

- С Т А Т Т І -

ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ «СКЛІФОСОФСЬКІ ЧИТАННЯ»

ПОЛТАВА 25-26 КВІТНЯ 2013 РОКУ

Нові хірургічні технології

УДК: 616.34-007.272-002.1-089.168.1

Біляєва О.О., Радзиховський А.П., Біляєв В.В., Іванченко Р.В., Циганенко О.О.

ЧЕРЕЗЗОНДОВА ТЕРАПІЯ ПРИ НЕПРОХІДНОСТІ КИШЕЧНИКУ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНОМУ ПЕРИТОНІТІ

Кафедра загальної та невідкладної хірургії НМАПО ім.П.Л.Шупика, КМКЛ №6.

Представлені результати лікування 76 хворих з непрохідністю кишечника та 29 з розповсюдженим перитонітом, яким проводилась назоінтестинальна інтубація. Череззондова терапія включала лаваж кишечника фізіологічним розчином, ентеральний діаліз 2% розчином хлориду натрію та череззондову ентеросорбцію ентеросгелем. Термін проведення череззондової терапії відповідає строку нормалізації токсичності ентерального вмісту, що визначається на підставі змін з боку культури клітин Нер – 2, після витримування останньої у пробах кишечного вмісту. Результатом застосування розробленої тактики стало зменшення кількості післяопераційних ускладнень при непрохідності кишечника на 14,4%, при розповсюдженному перитоніті – 9,7% та зниження рівня летальності, відповідно, на 9,4% та 6,6%.

Ключові слова: непрохідність кишечника, розповсюджений перитоніт, інтестинальна інтубація, токсичність, детоксикація.

Вступ

Важливим заходом у сучасному комплексному лікуванні хворих з непрохідністю кишечника та розповсюдженим перитонітом є інтубація тонкої кишки [1-11]. Частота інтестинальної інтубації при непрохідності кишечника становить 37-80% [5], при розповсюджених формах перитоніту вказаний показник сягає 19,1 – 72% [1,2,7,11]. Пов'язано це з важливістю функцій, які виконує інтубаційний зонд: декомпресійна, декомпресійно-детоксикаційна, профілактична або каркасна [7].

Питанням інтестинальної інтубації присвячено значну кількість досліджень провідних вітчизняних та закордонних авторів [1-10]. Однак до теперішнього часу дискусійним лишається питання визначення оптимального терміну декомпресії тонкої кишки. Так, за даними різних авторів, критеріями закінчення виконання кишечним зондом декомпресійно – детоксикаційної функції є зменшення кількості виділень через зонд ентерального вмісту до 500мл./добу [9], поява стійкої перистальтичної активності кишечника, зменшення здуття живота, світло-жовтий або зеленуватий колір та зникнення калового запаху кишечного вмісту [10], відновлення пасажу по шлуково-кишковому тракту [6].

Різні підходи до визначення терміну декомпресії тонкої кишки впливають на тривалість застосування процедури інтубації, яка за різними даними становить від 3 до 14 діб [1-10]. При цьому слід зазначити, що інтубація кишечника є безпосередньою причиною виникнення ускладнень у 0,8 – 10,2% пацієнтів [4,6]. Тому визначення доцільного часу перебування зонда у просвіті кишки є досить важливою задачею.

Матеріал та методи досліджень

Для визначення ефективності та виявлення статистичної достовірності результатів застосування розробленої тактики в ході дослідження відібрані рандомізовані групи хворих. До основної групи увійшли 76 хворих з непрохідністю кишечника та 29 з розповсюдженим перитонітом, яким застосовано назоінтестинальну інтубацію та в лікуванні використані розроблені лікувальні та діагностичні схеми. До контрольної групи увійшли 66 пацієнтів з непрохідністю кишечника та 22 з розповсюдженими формами перитоніту, яким проводилась трансназальна інтубація тонкої кишки, але в лікуванні не застосовувалась представлена тактика. Рандомізація груп проводилась за характером і стадією основної патології, віком хворих, наявністю супутньої патології з урахуванням ступеня важкості пацієнта при госпіталізації пацієнта.

Токсичність ентерального вмісту визначалась за оригінальною методикою (Деклараційний патент на винахід UA 52951 A “Спосіб визначення токсичності біологічних середовищ”), в основі якої лежить використання в якості тестового об'єкту культури ракових клітин організму людини Нер – 2. Використання для діагностики культури клітин, якій притаманні властивості тканин організму, дозволяє опосередковано простежити вплив токсинів, що їх вміщує ентеральний вміст, на організм людини та адекватно визначити рівень токсичності. Так, при стандартних умовах культивування культура клітин Нер – 2 має вигляд рівномірно розташованих клітин у вигляді моношару з чіткими контурами оболонок та зернистої цитоплазми.

Під дією токсинів біологічного середовища частина клітин втрачає життєдіяльність та деформується, що візуально реєструється у вигляді зруйнованих клітин з ознаками зморщування, втрати цитоплазматичної мембрани та форми клітин. Про ступінь токсичності ентерального вмісту свідчила кратність розведення досліджуваного матеріалу (норма – 1:1;1:2), в якій ще спостерігалось руйнування 50% (ЦПД 50%) клітинного моношару у 4 лунках 96 луночного планшета для культури клітин після 4 – 6 годинної експозиції.

Характер культивування культури Нер-2, спосіб забору клітин, стандартність поживного середовища та умов культивування дозволяє запобігти похибок у результатах досліджень, притаманних розповсюдженим “парамеційним” та “тетрахіменовим” тестам [7].

Результати дослідження та їх обговорення

Стосовно тривалості декомпресії тонкої кишки у хворих з непрохідністю кишечника та розповсюдженим перитонітом погляди клініки полягають в наступному. Надійним критерієм визначення ефективності останньої є рівень токсичності вмісту тонкої кишки. Суттєвою перевагою вказаного критерію є те, що нормалізація токсичності ентерального вмісту з одного боку адекватно характеризує відновлення функціональної здатності тонкої кишки, а з іншого – дає змогу чітко визначити зазначений термін.

Застосовували зазначену методику наступним чином. Два рази на день у післяопераційному періоді проводили забір проб кишечного вмісту через інтубаційний зонд та визначали рівень токсичності ентерального вмісту. Терміном закінчення виконання інтубаційним зондом декомпресійно – детоксикаційної функції вважали час, коли отримано результат, що свідчить про нормалізацію рівня токсичності кишечного вмісту. В основній групі хворих рівень токсичності ентерального вмісту при непрохідності кишечника нормалізувався на 4,1+/- 1,0 добу післяопераційного періоду, при розповсюдженному перитоніті, відповідно, на 4,8 +/-1,0 добу. Зазначений термін відповідав часу, на протязі якого проводилось череззондова детоксикація та терапія, що включала лаваж кишечника фізіологічним розчином, ентеральний діаліз 2% розчином хлориду натрію та череззондову ентеросорбцію ентеросгелем. В подальшому інтубатор знаходився у просвіті кишки лише з метою створення каркасу.

При порівнянні результатів застосування представленої лікувальної та діагностичної тактики отримані наступні дані. Так, у хворих контрольної групи череззондова терапія включала активну аспірацію ентерального вмісту та проведення кишечного лаважу фізіологічним розчином. Тривалість застосування череззондової терапії ґрунтувалась на строках відновлення перистальтики кишечника. Застосування череззондової терапії у вигляді лаважу кишечника фізіологічним розчином, ентерального діалізу 2% розчином хлориду натрію та череззондової ентеросорбції ентеросгелем з чітким визначенням термінів проведення останніх дозволило у коротший термін нормалізувати рівень лейкоцитарного індексу інтоксикації та скоротити три-

валість назоінтестинальної інтубації при непрохідності кишечника з 6,6 +/-1,1 діб до 5,8 +/-1,2 діб ($p < 0,001$) і з 6,1 +/-1,4 діб при розповсюдженному перитоніті ($p > 0,05$). При цьому кількість післяопераційних ускладнень у хворих основної групи зменшилась при непрохідності кишечника на 14,4 % (гнійно – септичних – на 8,4 % з боку органів дихання – на 9,4 %). При розповсюдженному перитоніті кількість післяопераційних ускладнень зменшилась на 9,7 % (гнійно – септичних – на 8,8 % з боку органів дихання – на 3,2 %). Летальність в основній групі хворих при непрохідності кишечника зменшилась на 9,4 % при розповсюджених формах перитоніту, відповідно, на 6,6 %.

Висновки

1.Застосування череззондової терапії у вигляді лаважу кишечника фізіологічним розчином, ентерального діалізу 2% розчином хлориду натрію та череззондової ентеросорбції ентеросгелем з чітким визначенням термінів проведення останніх на підставі строків нормалізації токсичності ентерального вмісту дозволяє суттєвим чином впливати на результати лікування пацієнтів із зазначеною патологією.

2.Впровадження розробленої лікувальної та діагностичної тактики дозволило зменшити кількість післяопераційних ускладнень при непрохідності кишечника на 14,4 % при розповсюдженному перитоніті – на 9,7 % і знизити рівень летальності, відповідно, на 9,4 % та 6,6%.

Література

1. Белый В.Я. Патофизиологические аспекты и пути патогенетической терапии острого разлитого перитонита: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Л., 1987. – 408 с.
2. Беляева О.А. Комплексное лечение перитонита и профилактики его осложнений : Автореф. дис. д-ра мед. наук. – К., 200. – 375 с.
3. Белянков А.В. Клиника и лечение острой кишечной непроходимости / Б.А.Велянков, В.М.Кунц, Ю.И.Янушко // Декабрьские чтения по неотложной хирургии : сбор. науч. трудов. – Минск : Промпечать. – Т.5. – С. 106 – 111.
4. Григорьев Е.Г. Ошибки и осложнения назоинтестинальной интубации в лечении синдрома непроходимости кишечника и их профилактика / Е.Г.Григорьев, А.В.Шумов, П.И.Сандаков [и др.] // Клин. хирургию. – 1991. – №3. – С. 68-69.
5. Ерюхин И.А. Декомпрессия тонкой кишки при острой непроходимости кишечника / И.А.Ерюхин, П.Н.Зубарев, Н.В.Рухляда // Вест. – 1998. – Т.141, №11. – С.15- 20.
6. Захараш М.П. Выбор метода интубации та декомпресії кишечника при гострій кишковій непрохідності / М.П.Захараш, Л.Г.Заверний, С.І.Пехенько [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського Університету, серія “Медицина”. – 2001. – Вип. 14. – С. 10- 11.
7. Нечаев Е.А. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости / Е.А.Нечаев, А.А.Куригин, М.Д.Ханевич. – СПб., 1993. – 238 с.
8. Сазонов К.Н. Возможности профилактики острой спаечной кишечной непроходимости / К.Н.Сазонов, Б.П.Филенко, И.И.Борсак [и др.] // Вестн. хирургии. – 2000. – Т.159, №6. – С. 107.
9. Шиманский И.Е. Декомпрессия кишечника при острой кишечной науч. трудов / Шиманский И.Е. – Минск : Пром печать, 2000, Т.5. – С. 130- 135.
10. Шуркалин Б.К. Технические аспекты назоинтестинальной интубации / Б.К.Шуркалин, А.Г.Кригер, В.А.Горский [и др.] // Хирургия. – 1999. – № 1. – С. 50–52.
11. Руводство для врачей / [А.П.Радзиховский, О.А.Беляева, Е.Б.Колесников и др.]. – Феникс, 2012. – 504 с.

Реферат

ЧЕРЕЗЗОНДОВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ

Беляева О.А., Радзиховский А.П., Беляев В.В., Иванченко Р.В., Циганенко А.О.

Ключевые слова: непроходимость кишечника, распространенный перитонит, интестинальная интубация, токсичность, детоксичность.

Представлены результаты 76 больных с непроходимостью кишечника и 29 с распространенным перитонитом, которым производилась интубация тонкой кишки. Череззондовая терапия включала лаваж кишечника физиологичным раствором, энтеральный диализ 2% раствором хлорида натрия и череззондовой энтеросорбцией энте-

росгелем. Длительность проведения череззондовой терапии соответствовала срокам нормализации токсичности энтерального содержимого. Результатом внедрения представленной тактики стало снижение количества послеоперационных осложнений при непроходимости кишечника на 14,4%, при распространённом перитоните – на 9,7% и снижение уровня летальности, соответственно, 9,4% и 6,6%.

Summary

TRANSTUBAL TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AND DIFFUSE PERITONITIS

Bilayeva O.O., Radzikovsky A.P., Bilayev V.V., Ivanchenko R.V., Tsiganenko O.O.

Key words: intestinal obstruction, diffuse peritonitis, nasointestinal intubation, toxicity, disintoxication.

This paper presents results of the treatment for 76 patients with acute intestinal obstruction and for 29 patients with diffuse peritonitis (test group), who were subjected to intestinal intubation in the course of multimodality therapy. The transtubal treatment included the lavage of small bowel with normal saline solution, intestinal dialysis with 2% sodium chloride solution, and transtubal enterosorption with enterosgel. The duration of transtubal treatment corresponded to the time required for elimination of intestinal content toxicity and its normalizing. The management suggested led to a decrease of the rate of postoperative complications among patients with acute intestinal obstruction by 14.4%, among patients with diffuse peritonitis by 9.7%, and reduced the lethality by 9.4% and by 6.6%, accordingly, in the test group.

УДК: 616.329/.33-008.17-07-089

Борота А.В., Гринцов А.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А.

СВАРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО ПОВОДУ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ

Целью работы являлось изучение эффективности клинического применения генератора автоматической сварки мягких тканей при выполнении лапароскопических операций по поводу диафрагмальной грыжи. В исследование включены 33 больных, которым лапароскопическая фундопликация выполнялась с использованием генератора автоматической сварки мягких тканей. Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения, производился анализ и оценка морфологических изменений в зоне биологической сварки. Установлено, что выполнение лапароскопической фундопликации с применением биологической сварки тканей сопровождается надежным интра- и послеоперационным гемостазом, позволяет уменьшить количество интра и послеоперационных осложнений, морфологические исследования демонстрируют эффективность, надежность и безопасность накладываемого электротермического шва.

Ключевые слова: лапароскопическая фундопликация, биологическая сварка

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

Актуальность и необходимость решения вопросов эффективного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обусловлены, в первую очередь, частотой распространения данного заболевания — у 44% населения, по крайней мере, один раз в месяц появляются симптомы изжоги; 7% испытывают ее ежедневно; 18% вынуждены прибегать к самолечению для устранения симптома. Таким образом, примерно 10% популяции страдает симптомами ГЭРБ, а у 40% при диагностическом обследовании выявляется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы [2,3]. В 70-е—80-е годы эта проблема, казалось бы, могла разрешиться благодаря широкому внедрению антацидных и подавляющих кислотопродукцию препаратов. Но вскоре стало ясно, что консервативная терапия ГЭРБ носит симптоматический характер. Неудачи медикаментозного лечения обусловлены также большим числом пациентов, страдающих рефлюксом не только кислого, но и щелочного желудочного содержимого. С накоплением опыта консервативной терапии стало очевидно, что у 20—30% больных она обеспечивает лишь временный, симптоматический эффект и не способна предотвратить развитие осложнений. Преобладание механистической теории развития ГЭРБ — наличие анатомического дефекта в виде грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или распряженного пищеводно-желудочного перехода, приводящего к развитию за-

болевания, сказалось на выборе способа коррекции симптомов заболевания, все более активно расширяя показания к хирургическому лечению данной патологии [2,7,11].

Новый этап лечения ГЭРБ связан с внедрением мининвазивной хирургии, которая привела в некоторое соответствие идею «малого вмешательства» с «малой травматичностью». На сегодняшний день лапароскопическая фундопликация по Ниссену становится все более популярной в Украине и выполняется практически во всех крупных городах страны. Вместе с тем выполнение такой достаточно технически сложной операции, относящейся к группе «advanced laparoscopy», особенно на первом этапе - освоения методики, сопряжено с риском развития интраоперационных осложнений, лидирующую роль среди которых занимают интраоперационные кровотечения. Существующие методики лапароскопической остановки интраоперационных кровотечений с помощью пленок «Surgicel» и «TachoComb» не гарантируют 100%-ю остановку кровотечения, использование же при диссекции аппарата «Ultrasign» производства «Ethicon Endo-Surgery», значительно уменьшающих вероятность интраоперационного кровотечения, на сегодняшний день для многих клиник является несбыточной мечтой из-за высокой стоимости оборудования [7,8,9,10].

Высокочастотная электрохирургия принадлежит к тем медицинским технологиям, без которых сегодня не возможно выполнение хирургических вмеша-

росгелем. Длительность проведения череззондовой терапии соответствовала срокам нормализации токсичности энтерального содержимого. Результатом внедрения представленной тактики стало снижение количества послеоперационных осложнений при непроходимости кишечника на 14,4%, при распространённом перитоните – на 9,7% и снижение уровня летальности, соответственно, 9,4% и 6,6%.

Summary

TRANSTUBAL TREATMENT OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION AND DIFFUSE PERITONITIS

Bilayeva O.O., Radzikovsky A.P., Bilayev V.V., Ivanchenko R.V., Tsiganenko O.O.

Key words: intestinal obstruction, diffuse peritonitis, nasointestinal intubation, toxicity, disintoxication.

This paper presents results of the treatment for 76 patients with acute intestinal obstruction and for 29 patients with diffuse peritonitis (test group), who were subjected to intestinal intubation in the course of multimodality therapy. The transtubal treatment included the lavage of small bowel with normal saline solution, intestinal dialysis with 2% sodium chloride solution, and transtubal enterosorption with enterosgel. The duration of transtubal treatment corresponded to the time required for elimination of intestinal content toxicity and its normalizing. The management suggested led to a decrease of the rate of postoperative complications among patients with acute intestinal obstruction by 14.4%, among patients with diffuse peritonitis by 9.7%, and reduced the lethality by 9.4% and by 6.6%, accordingly, in the test group.

УДК: 616.329/.33-008.17-07-089

Борота А.В., Гринцов А.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.А.

СВАРОЧНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ ПО ПОВОДУ ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ

Целью работы являлось изучение эффективности клинического применения генератора автоматической сварки мягких тканей при выполнении лапароскопических операций по поводу диафрагмальной грыжи. В исследование включены 33 больных, которым лапароскопическая фундопликация выполнялась с использованием генератора автоматической сварки мягких тканей. Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения, производился анализ и оценка морфологических изменений в зоне биологической сварки. Установлено, что выполнение лапароскопической фундопликации с применением биологической сварки тканей сопровождается надежным интра- и послеоперационным гемостазом, позволяет уменьшить количество интра и послеоперационных осложнений, морфологические исследования демонстрируют эффективность, надежность и безопасность накладываемого электротермического шва.

Ключевые слова: лапароскопическая фундопликация, биологическая сварка

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

Актуальность и необходимость решения вопросов эффективного лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) обусловлены, в первую очередь, частотой распространения данного заболевания — у 44% населения, по крайней мере, один раз в месяц появляются симптомы изжоги; 7% испытывают ее ежедневно; 18% вынуждены прибегать к самолечению для устранения симптома. Таким образом, примерно 10% популяции страдает симптомами ГЭРБ, а у 40% при диагностическом обследовании выявляется грыжа пищеводного отверстия диафрагмы [2,3]. В 70-е—80-е годы эта проблема, казалось бы, могла разрешиться благодаря широкому внедрению антацидных и подавляющих кислотопродукцию препаратов. Но вскоре стало ясно, что консервативная терапия ГЭРБ носит симптоматический характер. Неудачи медикаментозного лечения обусловлены также большим числом пациентов, страдающих рефлюксной болезнью не только кислого, но и щелочного желудочного содержимого. С накоплением опыта консервативной терапии стало очевидно, что у 20—30% больных она обеспечивает лишь временный, симптоматический эффект и не способна предотвратить развитие осложнений. Преобладание механистической теории развития ГЭРБ — наличие анатомического дефекта в виде грыжи пищеводного отверстия диафрагмы или распряженного пищеводно-желудочного перехода, приводящего к развитию за-

болевания, сказалось на выборе способа коррекции симптомов заболевания, все более активно расширяя показания к хирургическому лечению данной патологии [2,7,11].

Новый этап лечения ГЭРБ связан с внедрением мининвазивной хирургии, которая привела в некоторое соответствие идею «малого вмешательства» с «малой травматичностью». На сегодняшний день лапароскопическая фундопликация по Ниссену становится все более популярной в Украине и выполняется практически во всех крупных городах страны. Вместе с тем выполнение такой достаточно технически сложной операции, относящейся к группе «advanced laparoscopy», особенно на первом этапе - освоения методики, сопряжено с риском развития интраоперационных осложнений, лидирующую роль среди которых занимают интраоперационные кровотечения. Существующие методики лапароскопической остановки интраоперационных кровотечений с помощью пленок «Surgicel» и «TachoComb» не гарантируют 100%-ю остановку кровотечения, использование же при диссекции аппарата «Ultrasign» производства «Ethicon Endo-Surgery», значительно уменьшающих вероятность интраоперационного кровотечения, на сегодняшний день для многих клиник является несбыточной мечтой из-за высокой стоимости оборудования [7,8,9,10].

Высококачественная электрохирургия принадлежит к тем медицинским технологиям, без которых сегодня не возможно выполнение хирургических вмеша-

тельств в большинстве клинических специальностей, таких как общая хирургия, нейрохирургия, онкология, гастроэнтерология, гинекология и многие другие [1,4,5,6]. Благодаря разработкам коллектива сотрудников Института электросварки им. Е.О.Патона НАН Украины по инициативе академика Б.Е.Патона появилась возможность применения высокочастотного электротока для соединения мягких тканей. Разработанный высокочастотный генератор ЭК-300М1 и набор специализированного инструментария позволяет производить сварку тканей на основе дозированной подачи модулированного тока, автоматически генерируемого в зависимости от конкретного тканевого импеданса [4,5,6].

Цель работы

Изучение возможности клинического применения генератора автоматической сварки мягких тканей при выполнении лапароскопической фундопликации по поводу ГЭРБ.

Материал и методы

Клинический материал основан на изучении 33 историй болезни пациентов, оперированных сотрудниками кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета в 2011-2012 г. г. с диагнозом: ГЭРБ, осложненная рефлюкс-эзофагитом. Всем больным выполнены лапароскопические антирефлюксные операции, в том числе операций по Ниссену – 29 (87%), по Тупе - 4 (13%).

У всех больных имелись грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, план обследования включал в себя данные фиброгастроскопии, рентген-контрастного исследования пищевода и желудка, рН-метрии и манометрии пищевода. Характер выполненных вмешательств и структура осложненного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни представлены в табл. 1.

Таблица 1.

Характер выполненных вмешательств и структура осложненного течения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни

Вид патологии	Операция Ниссена	Операция Тупе	Итого	
	N	N	N	%
Параэзофагеальная грыжа	1	3	4	12,12±5,68
Аксиальная грыжа	28	1	29	87,88±8,14
Итого	29	4	33	100
Анемия	3	-	3	9,09±5,00
Пищевод Барретта	-	2	2	6,06±3,14
Язва пищевода	2	-	2	6,06±3,14
Стриктура пищевода	-	2	2	6,06±3,14
Эрозия пищевода	4	-	4	12,12±5,68

Для создания фундопликационной манжетки на этапе мобилизации дна желудка пересечение желудочно-селезеночной связки, где расположены короткие сосуды желудка, производилось после создания в ней дополнительного «окна», в которое на всю толщину желудочно-селезеночной связки накладывался сварочный зажим высокочастотного генератора ЭК-300М1 и производилось сваривание биологических тканей (Пат. 58724 А Украина, МПК А 61 В 17/00. Спосіб обробки коротких шлункових судин при лапароскопічній фундоплекції по Ниссену з приводу грижі стравохідного отвору діфрагми / Грінцов О.Г., Сов-

пель О.В., Шаповалова Ю.О., Мате В.В.; № 11 2012 03273; заявл. 20.03.2012; опубл. 10.10.12. Бюл. № 19). Технология предполагает отказ от стандартной хирургической методики мобилизации органов, при которой предполагается выделение сосуда среднего и крупного диаметра из окружающих тканей с последующим его лигированием.

При выполнении оперативных вмешательств нами отмечены 8 эпизодов острой кровопотери. Анализ причин кровотечения и объема кровопотери представлен в таблице 2.

Таблица 2.

Анализ причин интраоперационного и объем кровопотери кровотечения.

Причина кровотечения	N	%	Объем кровопотери, мл
Кровотечение из коротких желудочных артерий	2	6,06±3,14	25
Повреждение селезенки	2	6,06±3,14	100
Повреждение верхней диафрагмальной артерии	1	3,03±2,17	50
Надрыв паренхимы печени	2	6,06±3,14	25
Кровотечение из стенки пищевода.	1	3,03±2,17	50
Всего	8	24,2±7,12	-

Кровотечений из коротких желудочных артерий при мобилизации большой кривизны отмечено в 2 (6,06±3,14%) случаях. В обоих случаях причиной кровотечений послужило их пересечение без предварительной электротермической обработки. В 1 случае (3,03±2,17%) причиной повреждения селезенки послужила перфорация капсулы инструментом ассистента, имелся достаточно глубокий дефект 1*1 и глубиной 3 см, еще в 1 случае причиной повреждения капсулы селезенки послужила анатомическая особенность - фиксация дна желудка к капсуле. Повреждение верхней диафрагмальной артерии отмечено при прошивании левой ножки во время передней круорографии, причиной надрывов паренхимы печени в 2 случаях послужили неосторожные манипуляции с

ретрактором, еще в 1 случае мы наблюдали кровотечение в средостении из стенки пищевода на фоне выраженного периезофагита.

Во всех случаях осложнений производилась сварочная обработка кровоточащей зоны, что приводило к стойкой остановке кровотечения,

Результаты и их обсуждение

Результаты клинического применения ЭСМТ в лапароскопических операциях по поводу ГЭРБ говорят о возможности осуществления гемостаза тканей, в толще которых расположены сосуды диаметром до 8 мм. За счет применения сварочной технологии значительно сокращаются кровопотери. Операции производятся на "сухом" операционном поле с отсутствием в процессе сварки выделения дыма и неприятного

запаху. При этом уменьшается продолжительность операции, значительно упрощается ее техника.

Очевидные экономические преимущества. Практически не используется шовный и аппликационный материал, клипсы, поскольку соединение происходит за счет родного материала свариваемого органа. Уменьшение времени операции и восстановительного периода приводит к уменьшению расходов на лекарственные препараты, в том числе и на наркотические средства. В послеоперационном периоде никаких осложнений, непосредственно связанных с применением электрической сварки мягких тканей, не отмечено. Конверсий лапароскопической операции в открытую не было.

Выводы

Применение электрической сварки мягких тканей в лапароскопической хирургии грыж пищеводного отверстия диафрагмы дает хирургу альтернативу всем существующим стандартным методам лигирования - лигатурам, клипсам, скрепкам, а также электрохирургическим инструментам, ультразвуку и другим энергетическим технологиям.

При применении сварочной технологии достигается значительно меньшее травмирование тканей и отсутствие ожогов, а также исключается поражение ткани в месте сварки, что способствует более быстрому и легкому заживлению ткани прооперированного органа, восстановлению его морфологической структуры и функций.

Перспективы дальнейших исследований

Новая технология открывает дальнейшие перспективы по усовершенствованию, упрощению и повышению качества выполняемых оперативных вмешательств в лечении грыж пищеводного отверстия диафрагмы.

Литература

1. Галямов О. В. Лапароскопична корекція гриж стравохідного отвору і рефлюкс-езофагіта / О. В. Галямов, В. О. Ханов, Т. В. Рилова // *Ендоскоп. хирургія*. – 2006. – № 6. – С. 14-15.
2. Ковальчук О. А. Ефективність височастотного електрохірургічного зварювання тканин в комплексному лікуванні пухлин геніталій у жінок / О. А. Ковальчук, М. В. Купрієнко, В. Г. Шлопов // *Новоутворення*. – 2007. – № 1. – С. 41-47.
3. Кораблин Н. М. Разработка оптимального режима электровоздействия на биологические ткани при хирургических операциях : автореф. дис. на стиск ученой степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.27 "Хирургия" / Н. М. Кораблин. – СПб., 2002. – 23 с.
4. Пат. 39907 Україна, МПК А61В 18/12, А61В 17/00. Спосіб з'єднання судин та інших порожнистих органів тварини або людини й пристрій для його здійснення / Патон Б. Є., Лебедев В. К., Ворона Д. С. [та ін.] ; заявник і власник патенту Ін-т електрозварювання ім. Є. О. Патона НАНУ. – № 98031496 ; заявл. 25.03.1998 ; опубл. 16.07.2001, Бюл. № 6.
5. Пат. 44805 Україна, МПК А61В 17/00. Спосіб з'єднання м'яких біологічних тканин і пристрій для його здійснення / Патон Б. Є., Лебедев В. К., Ворона Д. С. [та ін.] ; заявник і власник патенту Ін-т електрозварювання ім. Є. О. Патона НАНУ. – № 98031492 ; заявл. 25.03.1998 ; опубл. 15.03.2002, Бюл. № 3.
6. Пат. 75342 Україна, МПК А61В 18/12, А61В 17/00. Спосіб зварювання м'яких тканин тварини і людини / Патон Б. Є., Лебедев В. К., Лебедев О. В. [та ін.] ; заявник і власник патенту Ін-т електрозварювання ім. Є. О. Патона НАНУ. – № 2002065056 ; заявл. 19.06.2002 ; опубл. 17.04.2006, Бюл. № 4.
7. Пряжин А. Н. Сравнительный анализ результатов использования высокоинтенсивного лазерного излучения и электрокоагуляции в лапароскопической хирургии желудка / А. Н. Пряжин // *Бюл. сибир. медицины*. – 2008. – № 1. – С. 102-106.
8. Hagen B. Randomised controlled trial of LigaSure versus conventional suture ligation for abdominal hysterectomy / B. Hagen, N. Eriksson, M. Sundset // *BJOG*. – 2005. – V. 112, №7. – P. 968-970.
9. Huscher C. G. Laparoscopic cholecystectomy by ultrasonic dissection without cystic duct and artery ligation / C.G.Huscher, M.M.Lirici, M.D.Paola // *Surg. endosc.* – 2003. – V. 17, № 3. – P. 442-451.
10. Laine L. Optimizing bipolar electrocoagulation for endoscopic hemostasis: assessment of factors influencing energy delivery and coagulation / L. Laine, G.L.Long, G.J.Bakos [et al.] // *Gastrointest. endosc.* – 2008. – V. 67, № 3. – P. 502-508.
11. Sovtsov S. A. Hemostasis problem in hepatobiliary surgery: comparison laser and electrocautery / S.A.Sovtsov, A.I.Kozel, A.N.Pryahin // *Offic. J. Int. Hepato Pancreato Biliary Association*. – 2006. – V. 8, № 2. – P. 104.

Реферат

ЗВАРЮВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ФУНДОПЛІКАЦІЇ З ПРИВОДУ ДІАФРАГМАЛЬНОЇ ГРИЖІ

Борота О.В., Грінцов О.Г., Совпель О.В., Шаповалова Ю.О.

Ключові слова: лапароскопічна фундоплікація, біологічне зварювання

Метою роботи було вивчення ефективності клінічного застосування генератора автоматичного зварювання м'яких тканин при виконанні лапароскопічних операцій з приводу діафрагмальної грижі. У дослідження включені 33 хворих, яким лапароскопічна фундоплікація виконувалася з використанням генератора автоматичного зварювання м'яких тканин. Вивчено безпосередні й віддалені результати лікування, вироблявся аналіз й оцінка морфологічних змін у зоні біологічного зварювання. Установлено, що виконання лапароскопічної фундоплікації із застосуванням біологічного зварювання тканин супроводжується надійним інтра- і післяопераційним гемостазом, дозволяє зменшити кількість інтра й післяопераційних ускладнень, морфологічні дослідження демонструють ефективність, надійність і безпеку електротермічного шва, що накладається.

Summary

WELDING TECHNOLOGIES IN LAPAROSCOPIC FUNDOPLICATION FOR DIAPHRAGMATIC HERNIAS

Borota A.V., Grintsov A.G., Sovpel O.V., Shapovalova Yu.O.

Keywords: laparoscopic fundoplication, biological welding

This research was aimed to study the efficiency of the automatic soft tissues welding generator in clinical practice, and namely in laparoscopic surgeries for diaphragmatic hernias. The research involved 33 patients who were subjected to laparoscopic fundoplication with automatic welding of soft tissues. The immediate results and follow ups of treatment as well as the estimation of morphological changes in the sites of biological welding were thoroughly studied and analyzed. It has been established the performing on laparoscopic fundoplication and biological tissues welding demonstrates reliable intra-surgical and postoperative homeostasis, enables to reduce intra-surgical and postoperative complications, morphological studies prove the efficiency, reliability and safety of electrothermal sutures.

УДК 616 - 006 - 089 : 616 – 091

Борота А.В., Совпель О.В., Мате В.В.

ЛАПАРОЛИФТИНГОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Центральная городская клиническая больница № 1 г.Донецк

Цель работы. Оценить эффективность выполненных холецистэктомий лапароскопическим способом с помощью лапаролифта и классическим открытым способом у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и легочной системы в стадии декомпенсации. 96 пациентов прооперировано по поводу ЖКБ острого калькулезного холецистита. Лапароскопическим способом с помощью лапаролифтинга по разработанной нами оригинальной методике прооперировано 63 пациента, они составили основную группу. В контрольную группу вошли 33 пациента, прооперированных открытым способом. Применение лифтинговой лапароскопии открывает дальнейшие перспективы по усовершенствованию данного способа, расширению объемов и характера оперативных вмешательств, повышению качества выполняемых оперативных пособий. Установлено, что длительность пребывания в стационаре пациентов основной группы составляет примерно $6,5 \pm 1,1$ к/д, а при классической открытой холецистэктомии - $9,1 \pm 2,1$ к/д.

Ключевые слова: лапаролифтинг, безгазовая лапароскопия, карбоксиперитонеум.

Вступление

При некоторых оперативных вмешательствах сам оперативный доступ приносит пациенту больше страданий, чем основной этап. Одной из главных задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Данный факт объясняет закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции, а также учитывая наличие сопутствующей патологии, которая осложняет течение основного заболевания у лиц пожилого и старческого возраста. Соответственно операционный и анестезиологический риск у данной категории больных возрастает до критических цифр. Традиционная холецистэктомия, выполняемая из широкого лапаротомного доступа, является большой травмой, приводящей в послеоперационном периоде к значительному болевому синдрому и ухудшению показателей функции дыхания, что особенно опасно у больных пожилого возраста. С момента широкого распространения миниинвазивных технологий, в частности лапароскопии, и по сегодняшний день ведутся дискуссии о показаниях и противопоказаниях выбора способа оперативного лечения данной категории больных [1-3]. У лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма. Поиск методик, уменьшающих негативное влияние напряженного карбоксиперитонеума на сердечно-легочную систему больного, привел к появлению «безгазовых» методов выполнения лапароскопической холецистэктомии.

На данный момент в мире создано более 15 различных вариантов лифтинговых подъемников для лапароскопии. Однако на III конгрессе Европейской ассоциации эндохирургов (Люксембург, 1995) ни один из них не устраивает хирургов в полной мере. Основные недостатки существующих лифтинговых систем:

- обзору подлежат не более 2 квадрантов брюшной полости;
- создаваемое пространство в брюшной полости при лифтинговой лапароскопии не имеет формы сферического купола, как при карбоксиперитонеуме, а скорее напоминает усеченную пирамиду;
- при этом осмотр боковых каналов брюшной полости затруднен;
- затруднена адекватная экспозиция у тучных больных [4].

Цель исследования

Оптимизация хирургической тактики и лечения у больных с острым холециститом и сопутствующей патологией, обуславливающей высокий операционный и анестезиологический риск.

Объект и методы исследования

Для осуществления лапароскопии без создания напряженного карбаси-перитонеума использовался нами спиральный лапаролифт оригинальной конструкции. Пат. 10315 А Украина, МПК А61В17/02. Пристрій для без газової лапароскопії / заявники та патентовласники Байдо С.В., Грінцов О.Г., Совпель О.В., Мате В.В.; – № у 2011 10315; заявл. 23.08.2011; опубл. 12.01.12. Одним из основных отличий применяемого устройства является сокращение время операции, время наркоза за счет сокращения двух этапов классического оперативного пособия – оперативного доступа, ушивания лапаротомной раны. При применении нашей методики остается только прокол 8 мм. в месте установки лапаролифта, достижение оперативного пространства, создаваемого спиральным лапаролифтом, сходное с куполом, который создается карбоксиперитонеумом. В результате манипуляция инструментами становится эффективной и комфортной как интракорпорально так и экстракорпорально.

В период с декабря 2010 года по январь 2013 года в клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета на базе хирургического отделения Центральной городской клинической больницы № 1 г.Донецка 96 пациентов прооперировано по поводу ЖКБ острого калькулезного холецистита.

У всех больных (96 пациентов) выявлены сердечно-сосудистые заболевания, обуславливающие наличие анестезиологического риска III, IV категории по классификации ASA, не позволяющего выполнить оперативное вмешательство в условиях напряженного карбоперитонеума. У (55,6%) больных выявлена ишемическая болезнь сердца II–IV функционального класса, у (7,9%) – нарушение ритма, у (36,5%) – артериальная гипертензия 2-3 ст. с высоким риском осложнений.

Сердечно-сосудистым заболеваниям в 33,8% случаев сопутствовала варикозная болезнь вен нижних конечностей, в 9,8% - сахарный диабет второго типа, в 8,5% - хронические обструктивные заболевания легких. Основную группу составили 63 пациента: из них женщин - 51 (81%), мужчин - 12 (19,0%). В контрольную группу вошли 33 пациента, прооперированных открытым способом, данная группа была выбрана еще до момента появления лапаролифта в отделении из них женщин - 26 (78,8%), мужчин - 7 (21,2%).

УДК 616 - 006 - 089 : 616 – 091

Борота А.В., Совпель О.В., Мате В.В.

ЛАПАРОЛИФТИНГОВАЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ У ЛИЦ С ВЫСОКИМ ОПЕРАЦИОННЫМ РИСКОМ

Центральная городская клиническая больница № 1 г.Донецк

Цель работы. Оценить эффективность выполненных холецистэктомий лапароскопическим способом с помощью лапаролифта и классическим открытым способом у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и легочной системы в стадии декомпенсации. 96 пациентов прооперировано по поводу ЖКБ острого калькулезного холецистита. Лапароскопическим способом с помощью лапаролифтинга по разработанной нами оригинальной методике прооперировано 63 пациента, они составили основную группу. В контрольную группу вошли 33 пациента, прооперированных открытым способом. Применение лифтинговой лапароскопии открывает дальнейшие перспективы по усовершенствованию данного способа, расширению объемов и характера оперативных вмешательств, повышению качества выполняемых оперативных пособий. Установлено, что длительность пребывания в стационаре пациентов основной группы составляет примерно $6,5 \pm 1,1$ к/д, а при классической открытой холецистэктомии - $9,1 \pm 2,1$ к/д.

Ключевые слова: лапаролифтинг, безгазовая лапароскопия, карбоксиперитонеум.

Вступление

При некоторых оперативных вмешательствах сам оперативный доступ приносит пациенту больше страданий, чем основной этап. Одной из главных задач хирургов всегда было уменьшение страданий больного. Данный факт объясняет закономерное стремление минимизировать травму, которую получает пациент во время хирургической операции, а также учитывая наличие сопутствующей патологии, которая осложняет течение основного заболевания у лиц пожилого и старческого возраста. Соответственно операционный и анестезиологический риск у данной категории больных возрастает до критических цифр. Традиционная холецистэктомия, выполняемая из широкого лапаротомного доступа, является большой травмой, приводящей в послеоперационном периоде к значительному болевому синдрому и ухудшению показателей функции дыхания, что особенно опасно у больных пожилого возраста. С момента широкого распространения миниинвазивных технологий, в частности лапароскопии, и по сегодняшний день ведутся дискуссии о показаниях и противопоказаниях выбора способа оперативного лечения данной категории больных [1-3]. У лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией со стороны сердечно-сосудистой системы влияние напряженного карбоксиперитонеума опасно вследствие снижения компенсаторных возможностей организма. Поиск методик, уменьшающих негативное влияние напряженного карбоксиперитонеума на сердечно-легочную систему больного, привел к появлению «безгазовых» методов выполнения лапароскопической холецистэктомии.

На данный момент в мире создано более 15 различных вариантов лифтинговых подъемников для лапароскопии. Однако на III конгрессе Европейской ассоциации эндохирургов (Люксембург, 1995) ни один из них не устраивает хирургов в полной мере. Основные недостатки существующих лифтинговых систем:

- обзору подлежат не более 2 квадрантов брюшной полости;
- создаваемое пространство в брюшной полости при лифтинговой лапароскопии не имеет формы сферического купола, как при карбоксиперитонеуме, а скорее напоминает усеченную пирамиду;
- при этом осмотр боковых каналов брюшной полости затруднен;
- затруднена адекватная экспозиция у тучных больных [4].

Цель исследования

Оптимизация хирургической тактики и лечения у больных с острым холециститом и сопутствующей патологией, обуславливающей высокий операционный и анестезиологический риск.

Объект и методы исследования

Для осуществления лапароскопии без создания напряженного карбаси-перитонеума использовался нами спиральный лапаролифт оригинальной конструкции. Пат. 10315 А Украина, МПК А61В17/02. Пристрій для без газової лапароскопії / заявники та патентовласники Байдо С.В., Грінцов О.Г., Совпель О.В., Мате В.В.; – № у 2011 10315; заявл. 23.08.2011; опубл. 12.01.12. Одним из основных отличий применяемого устройства является сокращение время операции, время наркоза за счет сокращения двух этапов классического оперативного пособия – оперативного доступа, ушивания лапаротомной раны. При применении нашей методики остается только прокол 8 мм. в месте установки лапаролифта, достижение оперативного пространства, создаваемого спиральным лапаролифтом, сходное с куполом, который создается карбоксиперитонеумом. В результате манипуляция инструментами становится эффективной и комфортной как интракорпорально так и экстракорпорально.

В период с декабря 2010 года по январь 2013 года в клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета на базе хирургического отделения Центральной городской клинической больницы № 1 г.Донецка 96 пациентов прооперировано по поводу ЖКБ острого калькулезного холецистита.

У всех больных (96 пациентов) выявлены сердечно-сосудистые заболевания, обуславливающие наличие анестезиологического риска III, IV категории по классификации ASA, не позволяющего выполнить оперативное вмешательство в условиях напряженного карбоперитонеума. У (55,6%) больных выявлена ишемическая болезнь сердца II–IV функционального класса, у (7,9%) – нарушение ритма, у (36,5%) – артериальная гипертензия 2-3 ст. с высоким риском осложнений.

Сердечно-сосудистым заболеваниям в 33,8% случаев сопутствовала варикозная болезнь вен нижних конечностей, в 9,8% - сахарный диабет второго типа, в 8,5% - хронические обструктивные заболевания легких. Основную группу составили 63 пациента: из них женщин - 51 (81%), мужчин - 12 (19,0%). В контрольную группу вошли 33 пациента, прооперированных открытым способом, данная группа была выбрана еще до момента появления лапаролифта в отделении из них женщин - 26 (78,8%), мужчин - 7 (21,2%).

Таблица 1.
Распределение больных основной и контрольной групп, в зависимости от пола и возраста.

Группы	Основная группа			Контрольная группа		
Пол /Возраст	60-69 лет	70-79 лет	80-89 лет	59-69 лет	70-79 лет	80-89 лет
Женский	35(54,1%)	10(14,9%)	6 (7,5%)	19(57,6%)	5(15,2%)	2(6,0%)
Мужской	8 10,7%)	2 (3,2%)	2(3,2%)	5(15,2,%)	1 (3,0%)	1 (3,0%)
Всего	43(64,8%)	12 (18,1%)	8 10,7%)	24 (72,8%)	6 (18,2%)	3 (9,0%)

Все больные оперированы в экстренном порядке, после проведенной кратковременной предоперационной подготовки. Острый флегмонозный холецистит диагностирован у 25 (39,7,5%) пациентов основной группы, у 12 (36,4%) пациентов контрольной группы. Эмпиема желчного пузыря выявлена в основной группе у 22 (34,9%) пациентов, в контрольной группе – у 6 (18,1%) больных, Перивезикальный инфильтрат выявлен у 9 (14,3%) пациентов основной группы, у 10 (30,3%) больных контрольной группы. Местный перитонит выявлен у 7 (11,1%) больных основной группы, у 5 (15,1%) пациентов контрольной группы.

Показатели SAPS II у больных основной группы составили 30,6±2,3 балла и предположительный риск смерти – 9,7±0,9%, в контрольной группе - 31,9±1,8 баллов и предположительный риск смерти – 11,2±0,7%, Длительность болевого синдрома в послеоперационном периоде в основной группе составила 3,5±0,9 суток, в контрольной группе 7,3±1,1 суток.

Активизация больных в различных группах распределялась следующим образом: в основной группе составила 1,7±0,7 суток, в контрольной группе 4,6±1,2 суток. Температура тела нормализовалась у пациен-

тов основной группы к 4,2±1,2 суток, в контрольной группе к 6,3±1,2 суткам, Нормализация количества лейкоцитов периферической крови в послеоперационном периоде отмечается у больных основной группы к 4,1±1,0 суткам, в контрольной группы к 6,4±1,2 суткам. Послеоперационные осложнения выявлены у 8 (12,7%) пациентов основной группы: пневмония у 4 (6,3%) больных, острый панкреатит у 2 (3,2%) пациентов, острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия) выявлен у 1 (1,6%) больного, транзиторная ишемическая атака у 1 больного(1,6%). В контрольной группе послеоперационные осложнения установлены у 10 (30,3%) пациентов: пневмония у 4 (12,1%) больных, острый панкреатит у 4(12,1%) пациента, острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия) выявлен у 2 (6,1%) больных. Качество жизни основной и контрольной групп больных, которым была выполнена холецистэктомия, оценивалась по сокращенной шкале Карновского в первые сутки после операции. Результаты исследования качества жизни пациентов основной и контрольной групп в первые сутки после холецистэктомии представлены в таблице 2.

Таблица 2
Оценка активности пациентов основной и контрольной групп по шкале Карновского в первые сутки после операции.

Шкала Карновского (активность %)	основная группа	Контрольная группа
Состояние нормальное, жалоб нет (100%)	17(26,9%)	0(%)
Способен к нормальной деятельности, незначительные симптомы заболевания(90%)	28(44,6%)	21(63,7%)
Нормальная активность с усилием (80%)	18(28,6%)	12(36,4%)
Всего	63(100%)	33(100%)

При исследовании активность пациентов основной группы в первые сутки после оперативного вмешательства выше, нежели в контрольной группе. При исследовании интенсивность боли в раннем послеоперационном периоде в основной группе пациентов значительно меньше и не требовало назначения наркотических анальгетиков как в контрольной группе. Сравнивая количество и тяжесть послеоперационных осложнений у больных, где был использован спиральный лапаролифт, отмечено меньшее количество осложнений и меньшую их тяжесть. Со стороны послеоперационной раны осложнений не отмечено. Как в основной, так и в контрольной группе летальных исходов не отмечено. Продолжительность пребывания в стационаре у пациентов основной группы составила 6,5±1,1 койко-дней, в контрольной группе 9,1±2,1 койко-дней.

Выводы

Использование спирального лапаролифта позволяет расширить показания к выполнению лапароскопических операций у 100% пациентов. Применение спирального лапаролифта при лапароскопической холецистэктомии для лечения острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста с сопутствующей декомпенсированной патологией позволяет улучшить результаты лечения данной категории больных (уменьшить длительность пребывания в стационаре, снизить процент послеоперационных осложнений). Наличие в арсенале лапароскопической хирургии разработанного нового лифтингового устрой-

ства, которое за счёт конструктивного решения значительно расширяет возможности и показания к лапароскопии. Проведен анализ лечения 96 больных с острым холециститом у лиц пожилого и старческого возраста. Использование спирального лапаролифта позволило расширить показания к выполнению эндовидеохирургических операций у пациентов, имеющих противопоказания к пневмоперитонеуму, улучшить результаты лечения данной категории больных: уменьшить длительность пребывания в стационаре, снизить процент послеоперационных осложнений и летальность.

Перспективы дальнейших исследований

Особенности конструкции лапаролифта делают его простым и доступным для освоения методики лапаролифтинга и применения в хирургической практике, у больных с тяжелой сердечно-лёгочной патологией в стадии декомпенсации.

Литература

1. Борисов А. Е. Оценка эффективности эндолифта при выполнении лапароскопической холецистэктомии / А. Е. Борисов [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – № 1. – С.7-12.
2. Борисов А. И. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии у лиц с высоким операционным риском / А.И.Борисов, Г.Григорьев // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 2. – С.13.
3. Бутковский А. Влияние карбоксиперитонеума на церебральный венозный кровоток при эндоскопических холецистэктомиях / А.Бутковский [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 3. – С.36-42.
4. Cozza C. Anesthesia. Laparoscopic surgery. / C.Cozza, M.Rambaldi, A. Affuso [et al.] // The nineties. Masson. – 1994. – P. 77-90.

Реферат

ЛАПАРОЛІФТИНГОВА ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ У ОСІБ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНИМ РИЗИКОМ

Борота А.В., Совпель О.В., Мате В.В..

Ключові слова: лапароліфтинг, безгазова лапароскопія, карбоксиперітоніум.

Мета роботи. Оцінити ефективність виконаних холецистектомій лапароскопічним способом за допомогою лапароліфта і класичного відкритого способу в осіб літнього і старечого віку з супутніми захворюваннями серцево-судинної і легеневої системи у стадії декомпенсації. 96 пацієнтів прооперовані з приводу ЖКБ гострого калькульозного холецистити. Лапароскопічним способом за допомогою лапароліфтингу по розробленій нами оригінальній методиці прооперовано 63 пацієнти, вони склали основну групу. До контрольної групи увійшли 33 пацієнти, прооперовані відкритим способом. Використання ліфтингової лапароскопії відкриває подальші перспективи по вдосконаленню даного способу, розширенню обсягу та характеру оперативних втручань, підвищенню якості виконуваних оперативних посібників. Встановлено, що тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів основної групи складає приблизно $6,5 \pm 1,1$ к/д, а при класичній відкритій холецистектомії $9,1 \pm 2,1$ к/д.

Summary

LIFTING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PERSONS WITH HIGH SURGICAL RISK

Borota A.V., Sovpel O.V., Mate V.V.

Keywords: laparolift techniques, gas-free laparoscopy

This research was aimed to study the effectiveness of laparoscopic cholecystectomies performed by applying laparolift techniques and conventional open access method in elderly and senile patients with cardiovascular and pulmonary comorbidities in the decompensation stage. 96 patients were operated on for acute calculous cholecystitis. The test group was made up with 63 patients subjected to laparoscopy by application of laparolift techniques we suggested. The control group involved 33 patients who were operated on according to conventional open access method. Laparolift techniques in laparoscopic surgery offer the challenge to improve this method, to broaden the extension and character of surgical interventions as well as to increase their outcomes. It has found out the term of hospital staying for the patients of the test group is approximately $6,5 \pm 1,1$ days, while in case of conventional open access surgeries it lasts $9,1 \pm 2,1$ days.

УДК 617.37-006.2-0.89.819

Грубник В.В., Четвериков С.Г., Вододюк Р.Ю.

МАЛОИВАЗИВНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одесский национальный медицинский университет. Одесская областная клиническая больница. Центр реконструктивной и восстановительной медицины.

Нами обследовано и пролечено 264 пациента с жидкостными образованиями в проекции ПЖ. Псевдокисты ПЖ диагностированы у 236 пациентов (89,4 %), абсцессы ПЖ - у 10 больных (3,8 %), истинные кисты ПЖ - у 18 пациентов (6,8 %). Пункционное лечение проведено у 125 больных (47,3 %), лапароскопические операции - у 38 пациентов, лапаротомные - у 30 пациентов (11,4 %). Показаниями к лапароскопическому дренированию были большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ высокоэффективны в качестве как первичной хирургической манипуляции в комплексе лечения деструктивного панкреатита, так и как метод выбора при радикальном лечении. Наш опыт применения лапароскопических вмешательств в лечении псевдокист показал, что эти операции имеют достаточно высокую эффективность, которую можно сравнить с открытыми лапаротомными вмешательствами.

Ключевые слова: острый и хронический панкреатит, малоинвазивные методики лечения кист поджелудочной железы.

Научная тема: «Разработка миниинвазивных методов хирургического лечения заболеваний органов грудной клетки, брюшной полости, сосудов, метаболического синдрома», госрегистрация № 0109U008568.

Вступление

В исходе острого деструктивного панкреатита у 8 - 10% больных образуется псевдокиста поджелудочной железы (ПЖ) [1,3, 4]. Значительное место в диагностике и выборе метода лечения ОП занимает УЗИ ПЖ и органов брюшной полости, которое позволяет определить очаг деструкции и его локализацию, распространённость деструктивного процесса за пределы ПЖ, диагностировать патологию внепеченочных желчных протоков [5]. Решающее значение в лечении ОП и его осложнений имеет адекватное своевременное хирургическое вмешательство, но единой концепции в отношении сроков его выполнения и объема нет [6, 7]. Возможным путем разрешения проблемы является использование чрескожных вмешательств под контролем УЗИ наряду с интенсивной терапией [2,6]. Использование миниинвазивных технологий обеспечивает асептическое течение панкреонекроза,

уменьшение бактериальной транслокации в зоне деструкции [6]. Кроме того, миниинвазивные вмешательства часто бывают единственно возможным способом лечения из-за тяжести состояния больного (сепсис, полиорганная недостаточность и др.), преклонного возраста, сложности доступа к патологическому очагу при применении классических методов и т. д. [8].

Частым исходом хронического панкреатита (ХП) также является формирование псевдокисты ПЖ. Традиционно используемые для лечения этой патологии лапаротомные оперативные вмешательства сопровождаются большой хирургической травмой, что приводит к высокой частоте осложнений и летальности. Использование малоинвазивных технологий при лечении этой патологии позволило значительно улучшить его результаты, особенно в случаях отсутствия связи кисты с панкреатическим протоком.

Реферат

ЛАПАРОЛІФТИНГОВА ЛАПАРОСКОПІЧНА ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ У ОСІБ З ВИСОКИМ ОПЕРАЦІЙНИМ РИЗИКОМ

Борота А.В., Совпель О.В., Мате В.В..

Ключові слова: лапароліфтинг, безгазова лапароскопія, карбоксиперітоніум.

Мета роботи. Оцінити ефективність виконаних холецистектомій лапароскопічним способом за допомогою лапароліфта і класичного відкритого способу в осіб літнього і старечого віку з супутніми захворюваннями серцево-судинної і легеневої системи у стадії декомпенсації. 96 пацієнтів прооперовані з приводу ЖКБ гострого калькульозного холецистити. Лапароскопічним способом за допомогою лапароліфтингу по розробленій нами оригінальній методиці прооперовано 63 пацієнти, вони склали основну групу. До контрольної групи увійшли 33 пацієнти, прооперовані відкритим способом. Використання ліфтингової лапароскопії відкриває подальші перспективи по вдосконаленню даного способу, розширенню обсягу та характеру оперативних втручань, підвищенню якості виконуваних оперативних посібників. Встановлено, що тривалість перебування в стаціонарі пацієнтів основної групи складає приблизно $6,5 \pm 1,1$ к/д, а при класичній відкритій холецистектомії $9,1 \pm 2,1$ к/д.

Summary

LIFTING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PERSONS WITH HIGH SURGICAL RISK

Borota A.V., Sovpel O.V., Mate V.V.

Keywords: laparolift techniques, gas-free laparoscopy

This research was aimed to study the effectiveness of laparoscopic cholecystectomies performed by applying laparolift techniques and conventional open access method in elderly and senile patients with cardiovascular and pulmonary comorbidities in the decompensation stage. 96 patients were operated on for acute calculous cholecystitis. The test group was made up with 63 patients subjected to laparoscopy by application of laparolift techniques we suggested. The control group involved 33 patients who were operated on according to conventional open access method. Laparolift techniques in laparoscopic surgery offer the challenge to improve this method, to broaden the extension and character of surgical interventions as well as to increase their outcomes. It has found out the term of hospital staying for the patients of the test group is approximately $6,5 \pm 1,1$ days, while in case of conventional open access surgeries it lasts $9,1 \pm 2,1$ days.

УДК 617.37-006.2-0.89.819

Грубник В.В., Четвериков С.Г., Вододюк Р.Ю.

МАЛОИВАЗИВНЫЕ ПУНКЦИОННЫЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Одесский национальный медицинский университет. Одесская областная клиническая больница. Центр реконструктивной и восстановительной медицины.

Нами обследовано и пролечено 264 пациента с жидкостными образованиями в проекции ПЖ. Псевдокисты ПЖ диагностированы у 236 пациентов (89,4 %), абсцессы ПЖ - у 10 больных (3,8 %), истинные кисты ПЖ - у 18 пациентов (6,8 %). Пункционное лечение проведено у 125 больных (47,3 %), лапароскопические операции - у 38 пациентов, лапаротомные - у 30 пациентов (11,4 %). Показаниями к лапароскопическому дренированию были большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита. Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ высокоэффективны в качестве как первичной хирургической манипуляции в комплексе лечения деструктивного панкреатита, так и как метод выбора при радикальном лечении. Наш опыт применения лапароскопических вмешательств в лечении псевдокист показал, что эти операции имеют достаточно высокую эффективность, которую можно сравнить с открытыми лапаротомными вмешательствами.

Ключевые слова: острый и хронический панкреатит, малоинвазивные методики лечения кист поджелудочной железы.

Научная тема: «Разработка миниинвазивных методов хирургического лечения заболеваний органов грудной клетки, брюшной полости, сосудов, метаболического синдрома», госрегистрация № 0109U008568.

Вступление

В исходе острого деструктивного панкреатита у 8 - 10% больных образуется псевдокиста поджелудочной железы (ПЖ) [1,3, 4]. Значительное место в диагностике и выборе метода лечения ОП занимает УЗИ ПЖ и органов брюшной полости, которое позволяет определить очаг деструкции и его локализацию, распространённость деструктивного процесса за пределы ПЖ, диагностировать патологию внепеченочных желчных протоков [5]. Решающее значение в лечении ОП и его осложнений имеет адекватное своевременное хирургическое вмешательство, но единой концепции в отношении сроков его выполнения и объема нет [6, 7]. Возможным путем разрешения проблемы является использование чрескожных вмешательств под контролем УЗИ наряду с интенсивной терапией [2,6]. Использование миниинвазивных технологий обеспечивает асептическое течение панкреонекроза,

уменьшение бактериальной транслокации в зоне деструкции [6]. Кроме того, миниинвазивные вмешательства часто бывают единственно возможным способом лечения из-за тяжести состояния больного (сепсис, полиорганная недостаточность и др.), преклонного возраста, сложности доступа к патологическому очагу при применении классических методов и т. д. [8].

Частым исходом хронического панкреатита (ХП) также является формирование псевдокисты ПЖ. Традиционно используемые для лечения этой патологии лапаротомные оперативные вмешательства сопровождаются большой хирургической травмой, что приводит к высокой частоте осложнений и летальности. Использование малоинвазивных технологий при лечении этой патологии позволило значительно улучшить его результаты, особенно в случаях отсутствия связи кисты с панкреатическим протоком.

Решением этой проблемы занимаются специалисты в Киевском научно-исследовательском институте хирургии и трансплантологии АМН Украины, Одесском национальном медицинском университете, центре абдоминальной эндоскопической хирургии МЗ Российской Федерации (Москва), других ведущих хирургических центрах Украины и за рубежом.

Цель исследования

Анализ результатов лечения больных с очаговыми жидкостными образованиями ПЖ с использованием чрескожных и лапароскопических методов лечения.

Объект и методы исследования

Нами обследовано и пролечено 264 пациента с жидкостными образованиями в проекции ПЖ, которые находились на лечении в хирургических отделениях областной клинической больницы, Центра восстановительной и реконструктивной медицины (Университетской клиники), ГКБ №10 с 2002 по 2012 г. Псевдокисты ПЖ диагностированы у 236 пациентов (89,4 %), абсцессы ПЖ - у 10 больных (3,8 %), истинные кисты ПЖ - у 18 пациентов (6,8 %).

Из общего количества больных мужчин было 208 (78,8 %), женщин - 56 (21,2 %). Средний возраст пациентов составил $42,9 \pm 3,1$ года. Наибольшее количество пациентов были в возрасте от 30 до 60 лет. 229 пациентов (86,7%) были трудоспособного возраста. Длительность существования кистозного образования на момент госпитализации в клинику (по данным УЗИ, КТ, МРТ) была меньше 4 недель у 77 больных (29,2%), от 4 до 12 недель - у 53 больных (20,1 %), от 3 до 12 месяцев - 122 пациента (46,2%) и больше 1 года - у 12 больных (4,5 %).

Кистозные образования располагались в области тела ПЖ у 126 больных (47,7 %), головки - у 62 больных (23,5 %) и хвоста железы - у 76 пациентов (28,8 %). У 113 больных (42,8 %) образование кисты было следствием ХП. У 98 больных (37,1 %) причиной образования кисты был ОП и у 53 пациентов (20,1 %) кисты сформировались вследствие травмы ПЖ, причиной которой у 37 больных (14,0 %) была травма органов брюшной полости, а у 16 больных (6,1 %) - оперативное вмешательство на органах брюшной полости.

У 21 пациента (8,0 %) заболевание сопровождалось механической желтухой вследствие сдавления холедоха кистой головки ПЖ. В 9 случаях (3,4 %) был диагностирован субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка вследствие его сдавления кистой. 58 пациентов (22,0 %) в анамнезе имели оперативные вмешательства по поводу заболеваний ПЖ, причем 39 из них (14,8 %) прооперированы по поводу панкреонекроза.

Оперативные вмешательства выполнялись после тщательного дооперационного обследования и соответствующего лечения основного заболевания и сопутствующей патологии. Пункционное лечение проведено у 125 больных (47,3 %) с кистозными образованиями в проекции ПЖ. При выполнении пункции и дренирования жидкостных образований использовали аппарат Aloka - 650 (Япония) с пункционной насадкой на линейный датчик 3,5 МГц.

Лапароскопические операции выполнены у 38 пациентов. У 18 больных выполнена цистогастростомия при локализации кисты в области тела ПЖ, у 2 пациентов - произведена цистоеюностомия на выключенной петле тонкой кишки при локализации кисты в теле и хвосте ПЖ и у 18 пациентов - выполнено наружное

дренирование кисты ПЖ.

Лапаротомные операции выполнены 30 пациентам (11,4 %). В 3 случаях при недостаточной плотности стенки кисты и технической невозможности выполнить ее внутреннее дренирование произведено наружное дренирование кисты. У 6 пациентов выполнено наложение цистогастроанастомоза, у 17 - цистоеюноанастомоза и у 4 - сочетание цистоеюноанастомоза с продольной панкреатоеюностомией.

Результаты исследований и их обсуждение

Пациентов госпитализировали в клинику в различные сроки от начала заболевания. Диагностику и контроль за результатами лечения проводили на основании анализа клинических данных, а также результатов лабораторных и биохимических исследований. Основным инструментальным методом диагностики ОП являлось УЗИ, которое проводили не только при поступлении больного, но и в динамике заболевания. При необходимости выполняли эзофагогастродуоденоскопию, КТ, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию.

Клинически формирование объемных образований в проекции ПЖ и сальниковой сумки сопровождалось усилением боли в зоне образования, высоким лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ. При наличии псевдокист ПЖ без нагноения наблюдали субфебрилитет или повышение температуры тела до 38°C в вечерние часы. Однако большинство пациентов, у которых обнаруживали очаговые жидкостные образования в проекции ПЖ, отмечали удовлетворительное самочувствие.

Базовой установкой в клинике в последние годы в отношении пациентов с ОП и приступами ХП является интенсивная консервативная терапия [7]. Наряду со стандартной схемой лечения ОП широко использовали октрестатин внутривенно по 100 - 300 мкг 2 - 3 раза в сутки. Наши наблюдения, как и данные других авторов, подтвердили его эффективность, в том числе при тяжелом ОП, особенно если препарат назначать с первых часов заболевания. У больных, которым назначали октрестатин, достоверно уменьшалась длительность лечения в стационаре, частота гнойно-септических осложнений.

Нами выявлено, что при хроническом рецидивирующем панкреатите, сопровождающемся формированием псевдокист ПЖ и острых скоплений жидкости, в том числе множественных, препарат оказывает положительное влияние, уменьшаются число и объем жидкостных образований, стенки их по данным УЗИ более четкие, а содержимое - однородное, что свидетельствует об уменьшении тяжести воспалительного процесса в этой зоне.

При уменьшении размеров кист и выраженности клинических и ультразвуковых признаков воспалительной реакции консервативную терапию продолжали. При этом самостоятельно исчезли небольшие псевдокисты ПЖ (диаметром менее 3 - 4 см), в том числе множественные у 32,1% пациентов. Спонтанное устранение оментобурсита при небольшом объеме (50 - 100 мл) содержимого отмечено у 10 (37,0%) больных, острых скоплений жидкости в парепанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства - у 12 (40%) больных.

При неэффективности проводимой терапии, увеличении размеров жидкостных образований ПЖ, сохранении клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков продолжающегося воспалительного

процесса, сохранении гиперамилаземии больным проводили пункционное лечение.

Для пункции использовали иглы размером 18 - 22 G, дренажи диаметром 8-12 Fr. Пункцию выполняли под местной анестезией 0,5% раствором новокаина или 2% раствором лидокаина через 30 мин после премедикации в виде 2% раствора промедола 1 мл внутримышечно. При выраженной болевой реакции у пациентов при повторных пункциях применяли внутривенный наркоз. Обязательным условием считали исключение энтерального питания в течение 1 сут после пункции. После пункционного вмешательства за больным устанавливали наблюдение на 1 сут, на область пункции накладывали холод на 2 ч.

В процессе описанного лечения у больных наступало формирование частичного наружного панкреатического свища, который самостоятельно закрылся у 125 пациентов. 8 больных со стойкими наружными панкреатическими свищами были прооперированы. Им выполнены панкреатофистулоэнтеростомии. У 3 пациентов с длительно незакрывающимся свищем кисты хвоста ПЖ наступила перфорация толстой кишки. Замена дренажа на дренаж из более мягкого материала, позволила закрыться свищу в течение 3 недель.

Показаниями к лапароскопическому дренированию очаговых образований ПЖ являются: большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита. Относительным показанием дренированию считали неэффективность пункций проведенных более 3 раз.

Длительность наружного лапароскопического дренирования составила в среднем 115 мин. Более сложным оказалось выполнение лапароскопической цистоеюностомии. У 1 больного эта операция длилась 158 мин, у другого пациента 130 мин. Интраоперационная кровопотеря не превышала 100-150 мл. В раннем послеоперационном периоде осложнения наблюдались у 3 пациентов (9,6%). У 2 больных на 2-4 сутки после операции наблюдалось кровотечение из сосудов рассеченной задней стенки желудка. Для остановки кровотечений им производилась фиброгастроскопия и прицельная электрокоагуляция сосудов. Необходимо отметить, что в тех случаях, когда соустье между задней стенкой желудка и псевдокистой ушивалось узловыми швами, ни в одном случае не наблюдалось кровотечение. У 1 больного после лапароскопической цистоеюностомии на 6 сутки после операции появились признаки спаечной кишечной непроходимости. Ему выполнена повторная релапароскопия, во время которой были рассечены спайки между петлями кишечника. После лапароскопических вмешательств больные выписывались на 5 - 9 сутки. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 5,8 дня.

В отдаленные сроки после лапароскопических операций у большинства больных отмечены хорошие результаты. Рецидив кисты выявлен у 3 больных. У 2 больных после наружного дренирования псевдокисты и у 1 больного после цистогастротомии. 2 больных с

рецидивами кист были повторно оперированы лапаротомным доступом. У 1 пациента произведено чрескожное дренирование рецидивной псевдокисты под контролем УЗИ. 1 больной поступил в клинику через 13 месяцев после лапароскопической цистогастротомии с явлениями желудочного кровотечения. Ему выполнена urgentная фиброгастроскопия, во время которой было установлено, что источником кровотечения является задняя стенка желудка. Эндоскопический гемостаз не позволил остановить кровотечение. Больному выполнена ангиография и эмболизация кровоточащего сосуда, после чего рецидивных кровотечений у больного не наблюдалось.

Выводы

Результаты применения чрескожных вмешательств под контролем УЗИ свидетельствуют об их высокой эффективности в качестве как первичной хирургической манипуляции в комплексе лечения деструктивного панкреатита, так и метода выбора при радикальном лечении. В 73% наблюдений частичные панкреатические свищи, сформировавшиеся после наружной пункционной панкреатоеюностомии по поводу псевдокист ПЖ закрылись без хирургического вмешательства. В 21% случаев кисты ПЖ не имели связи с протоковой системой ПЖ и оптимальным для них являлся пункционный метод лечения. Пункционное дренирование абсцедирующих кист и гнойных затеков при обширных панкреонекрозах показано как этап предоперационной подготовки для выведения больных из критического состояния. Наш опыт применения лапароскопических вмешательств в лечении псевдокист показал, что эти операции имеют достаточно высокую эффективность, которую можно сравнить с открытыми лапаротомными вмешательствами. В то же время лапароскопические операции сопровождаются низкой частотой послеоперационных осложнений и позволяют значительно сократить сроки стационарного лечения. Дальнейшее развития техники лапароскопических вмешательств позволит шире использовать их при лечении псевдокист ПЖ.

Литература

1. Andriuh A. Pharmacologic treatment can prevent pancreatic injury after ERCP: a meta-analysis / A.Andriulli, G.Leandro, G.Niro // *Gastrointest. Endosc.* – 2000. – V. 51, № 1. – P. 1-7.
2. Клиническая хирургия: Справочное руководство / [В. Л.Анзимиров, А. П.Баженова, В. А.Бухарин и др.]; Под ред. Ю. М. Панцирева. – М.: Медицина, 2000. – 640 с.
3. Данилов М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В.Данилов, В. Д.Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 320 с.
4. Даченко Б. М. Гострый панкреатит / Б.М.Даченко, Т.И.Тамм, К.О.Крамаренко. – Харьков: Прапор, 2004. – 84 с.
5. Миминошвили О.И. Современные возможности лечения острого панкреатита в условиях многопрофильной хирургической клиники / О.И.Миминошвили, Г.Д.Попандопуло, В.И.Резниченко, А.В.Денисов // *Хірургія України.* – 2003. – Т. 4, №8. – С. 61-64.
6. Федоров В.Д. Руководство по хирургии поджелудочной железы / В.Д.Федоров, М.В.Данилов. – М.: Медицина, 2005. – 220 с.
7. Филин В. И. Неотложная панкреатология. Справочник для врачей / В. И.Филин, А. Л.Костюченко. – СПб.: Питер, 2004. – 250 с.
8. Шалимов А. А. Острый панкреатит и его осложнения / А. А.Шалимов, А. П.Радзиховский, М. Е.Нечитайло. – К., 1990. – 272 с.

Реферат

МАЛОІНВАЗИВНІ ПУНКЦІЙНІ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Грубник В.В., Четвериков С.Г., Вододюк Р.Ю.

Ключові слова: гострий і хронічний панкреатит, малоінвазивні методики лікування кіст підшлункової залози.

Нами обстежено і проліковано 264 пацієнта з рідинними структурами в проекції підшлункової залози. Псевдокісти ПЗ діагностовано у 236 пацієнти (89,4%), абсцеси ПЗ - у 10 хворих (3,8%), істинні кісти ПЗ - у 18 пацієнтів (6,8%). Пункційне лікування проведено у 125 хворих (47,3%), лапароскопічні операції - у 38 пацієнтів,

лапаротомні – у 30 пацієнтів (11,4%). Показаннями до лапароскопічного дренивання були великі скупчення рідини (діаметром більше 6 см), отримання під час пункції гною або ексудату з ознаками інфікування і детриту. Черезшкірні втручання під контролем УЗД високоефективні в якості як первинної хірургічної маніпуляції в комплексі лікування деструктивного панкреатиту, так і як метод вибору при радикальному лікуванні. Наш досвід застосування лапароскопічних втручань в лікуванні псевдокіст показав, що ці операції мають досить високу ефективність, яку можна порівняти з відкритими лапаротомними втручаннями.

Summary

MINIMALLY INVASIVE PUNCTURE AND LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS FOR PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Grubnik V.V., Chetverikov S.G., Vododyuk R.Yu.

Key words: acute and chronic pancreatitis, minimally invasive method of treatment of cysts of the pancreas.

264 patients with liquid structures in the plane of the pancreas were examined and treated. Pancreatic pseudocysts were diagnosed in 236 patients (89.4%), 10 patients (3.8%) had pancreatic abscess, and 18 patients (6.8%) were diagnosed to have pancreatic true cysts. 125 patients (47.3%) underwent puncture treatment, 38 patients passed through laparoscopic surgery, and 30 patients (11.4%) were subjected to laparotomy. Indications for laparoscopic drainage included the presence of large fluid accumulations (> 6 cm in diameter), pus, infected fluid obtained by the puncture. Transcutaneous ultrasound-guided interventions were observed to be highly effective as a primary surgical procedure in the multimodality treatment of destructive pancreatitis as well as the method of choice for the radical treatment. Our experience with laparoscopy in the treatment of pseudocysts has shown these operations have a considerably high efficiency which can be compared with open access laparotomy.

Удк 617.576+617.577]–089.819–089.12

Дрюк Н. Ф., Евсеев В. Е., Гришай С. Е.

ИННОВАЦИОННАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ДЮПЮИТРЕНА

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова» НАМН Украины, г. Киев

Введение. Методом выбора лечения болезни Дюпюитрена считается хирургическое лечение. Апоневротомия предусматривает устранение контрактуры пальцев за счет рассечения тяжёлой изменённой ладонной апоневрозы, без их удаления. Была предложена новая миниинвазивная чрескожная методика апоневротомии в сочетании с трансплантацией аутологичного жира. Объект и методы исследования. Разработан и внедрён усовершенствованный способ лечения болезни Дюпюитрена, который включает множественную чрескожную апоневротомию участков изменённой ладонной апоневрозы в сочетании с аутотрансплантацией аспирата жировой ткани содержащего БотП. Используя миниинвазивную методику лечения как базовую, у пациентов с выраженными фиброзными изменениями мы выполняли, дополнительно, иссечение фиброзных участков в области фаланг пальцев. Результаты исследований и их обоснование. Все пациенты основной группы были удовлетворены ближайшими и отдалёнными результатами операции. Ни у одного из прооперированных по данному методу больных повреждения нервов и сухожилий не отмечено, инфекционных осложнений не наблюдалось. Выводы. Учитывая все недостатки и преимущества применяемых методов операции, можно сделать вывод о том, что методом первого выбора должна быть менее агрессивная миниинвазивная методика хирургического лечения. В то же время фасцизктомия остаётся актуальным и наиболее действенным методом оперативного лечения болезни Дюпюитрена, который может применяться в области фаланг пальцев и тем самым дополнять миниинвазивную методику при невозможности интраоперационной редресации пальцев кисти в полном объёме.

Ключевые слова: болезнь Дюпюитрена, сгибательная контрактура пальцев, липотрансплантация, богатая тромбоцитами плазма, апоневротомия, фасцизктомия.

Вступлення

Болезнь Дюпюитрена – прогрессирующее хроническое фиброзно–пролиферативное заболевание, характеризующееся рубцовой трансформацией ладонной апоневрозы [14], приводящее к сгибательной контрактуре пальцев и снижению функции кисти [7].

Заболевание характеризуется «северным» распространением, поражая в основном лиц европеоидной расы, преимущественно мужчин (92–96%) [4]. Так, среди мужчин старше 60 лет, заболеваемость составляет в Японии – 12%, в Испании – 19%, в Шотландии – 39%, в Норвегии – 46% [10].

Известны различные теории этиопатогенеза болезни Дюпюитрена травматического и не травматического генеза: микротравматизации, наследственная, онкогенная, эндокринная, дистрофическая, инфекционная и др. Несмотря на достаточно большое количество ни одна из предложенных теорий до конца не объясняет природу заболевания, этиология и патогенез остаются неизученными [9].

Большинство специалистов склонны считать болезнь Дюпюитрена наследственно обусловленным аутоиммунным процессом, в основе патогенеза которого лежит трансформация фибробластов в миофибробласты – фибробластоподобные клетки со свойствами гладкомышечных волокон [8]. При этом наблюдается гиперпродукция миофибробластами коллагена I и III типов, не характерных для нормальных фибробластов [4].

До настоящего времени отсутствуют способы патогенетически обоснованного консервативного лечения [6]. Как показывают наблюдения многих авторов, в результате применения различных методик консервативной терапии при болезни Дюпюитрена в лучшем случае наступает лишь временное замедление, но не ликвидация патологического процесса [1].

На сегодняшний день подавляющее большинство отечественных и зарубежных авторов методом выбора считают хирургическое лечение болезни Дюпюитрена. Все предложенные методики можно разделить

лапаротомні – у 30 пацієнтів (11,4%). Показаннями до лапароскопічного дренування були великі скупчення рідини (діаметром більше 6 см), отримання під час пункції гною або ексудату з ознаками інфікування і детриту. Черезшкірні втручання під контролем УЗД високоефективні в якості як первинної хірургічної маніпуляції в комплексі лікування деструктивного панкреатиту, так і як метод вибору при радикальному лікуванні. Наш досвід застосування лапароскопічних втручань в лікуванні псевдокіст показав, що ці операції мають досить високу ефективність, яку можна порівняти з відкритими лапаротомними втручаннями.

Summary

MINIMALLY INVASIVE PUNCTURE AND LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS FOR PANCREATIC PSEUDOCYSTS

Grubnik V.V., Chetverikov S.G., Vododyuk R.Yu.

Key words: acute and chronic pancreatitis, minimally invasive method of treatment of cysts of the pancreas.

264 patients with liquid structures in the plane of the pancreas were examined and treated. Pancreatic pseudocysts were diagnosed in 236 patients (89.4%), 10 patients (3.8%) had pancreatic abscess, and 18 patients (6.8%) were diagnosed to have pancreatic true cysts. 125 patients (47.3%) underwent puncture treatment, 38 patients passed through laparoscopic surgery, and 30 patients (11.4%) were subjected to laparotomy. Indications for laparoscopic drainage included the presence of large fluid accumulations (> 6 cm in diameter), pus, infected fluid obtained by the puncture. Transcutaneous ultrasound-guided interventions were observed to be highly effective as a primary surgical procedure in the multimodality treatment of destructive pancreatitis as well as the method of choice for the radical treatment. Our experience with laparoscopy in the treatment of pseudocysts has shown these operations have a considerably high efficiency which can be compared with open access laparotomy.

Удк 617.576+617.577]–089.819–089.12

Дрюк Н. Ф., Евсеев В. Е., Гришай С. Е.

ИННОВАЦИОННАЯ МИНИИНВАЗИВНАЯ МЕТОДИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ДЮПЮИТРЕНА

ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова» НАМН Украины, г. Киев

Введение. Методом выбора лечения болезни Дюпюитрена считается хирургическое лечение. Апоневротомия предусматривает устранение контрактуры пальцев за счет рассечения тяжёлой изменённой ладонной апоневрозы, без их удаления. Была предложена новая миниинвазивная чрескожная методика апоневротомии в сочетании с трансплантацией аутологичного жира. Объект и методы исследования. Разработан и внедрён усовершенствованный способ лечения болезни Дюпюитрена, который включает множественную чрескожную апоневротомию участков изменённой ладонной апоневрозы в сочетании с аутотрансплантацией аспирата жировой ткани содержащего БотП. Используя миниинвазивную методику лечения как базовую, у пациентов с выраженными фиброзными изменениями мы выполняли, дополнительно, иссечение фиброзных участков в области фаланг пальцев. Результаты исследований и их обоснование. Все пациенты основной группы были удовлетворены ближайшими и отдалёнными результатами операции. Ни у одного из прооперированных по данному методу больных повреждения нервов и сухожилий не отмечено, инфекционных осложнений не наблюдалось. Выводы. Учитывая все недостатки и преимущества применяемых методов операции, можно сделать вывод о том, что методом первого выбора должна быть менее агрессивная миниинвазивная методика хирургического лечения. В то же время фасцизтомия остаётся актуальным и наиболее действенным методом оперативного лечения болезни Дюпюитрена, который может применяться в области фаланг пальцев и тем самым дополнять миниинвазивную методику при невозможности интраоперационной редрессации пальцев кисти в полном объёме.

Ключевые слова: болезнь Дюпюитрена, сгибательная контрактура пальцев, липотрансплантация, богатая тромбоцитами плазма, апоневротомия, фасцизтомия.

Вступлення

Болезнь Дюпюитрена – прогрессирующее хроническое фиброзно–пролиферативное заболевание, характеризующееся рубцовой трансформацией ладонной апоневрозы [14], приводящее к сгибательной контрактуре пальцев и снижению функции кисти [7].

Заболевание характеризуется «северным» распространением, поражая в основном лиц европеоидной расы, преимущественно мужчин (92–96%) [4]. Так, среди мужчин старше 60 лет, заболеваемость составляет в Японии – 12%, в Испании – 19%, в Шотландии – 39%, в Норвегии – 46% [10].

Известны различные теории этиопатогенеза болезни Дюпюитрена травматического и не травматического генеза: микротравматизации, наследственная, онкогенная, эндокринная, дистрофическая, инфекционная и др. Несмотря на достаточно большое количество ни одна из предложенных теорий до конца не объясняет природу заболевания, этиология и патогенез остаются неизученными [9].

Большинство специалистов склонны считать болезнь Дюпюитрена наследственно обусловленным аутоиммунным процессом, в основе патогенеза которого лежит трансформация фибробластов в миофибробласты – фибробластоподобные клетки со свойствами гладкомышечных волокон [8]. При этом наблюдается гиперпродукция миофибробластами коллагена I и III типов, не характерных для нормальных фибробластов [4].

До настоящего времени отсутствуют способы патогенетически обоснованного консервативного лечения [6]. Как показывают наблюдения многих авторов, в результате применения различных методик консервативной терапии при болезни Дюпюитрена в лучшем случае наступает лишь временное замедление, но не ликвидация патологического процесса [1].

На сегодняшний день подавляющее большинство отечественных и зарубежных авторов методом выбора считают хирургическое лечение болезни Дюпюитрена. Все предложенные методики можно разделить

на паллиативные – апоневротомия (фасциотомия) и радикальные – апоневрэктомия (фасциэктомия) [5].

Апоневротомия предусматривает устранение контрактуры пальцев за счет рассечения тяжелой измененного ладонного апоневроза, без их удаления. В отдаленные сроки послеоперационного периода часто наблюдаются рецидивы заболевания, по данным R. Langenberg (1987) частота рецидивов заболевания достигает 75%. Несмотря на попытки модификации данная методика до настоящего времени не нашла широкого применения.

Апоневрэктомия предусматривает собой радикальное иссечение ладонного апоневроза, и, по мнению большинства авторов, на сегодняшний день, является методом выбора [12]. Суть методики заключается в экзцизии фиброзно-измененных фасциальных структур ладонной поверхности кисти и пальцев. Апоневрэктомия предполагает удаление всех участков апоневроза (тотальная апоневрэктомия), либо выполняется в пределах здоровых тканей с радикальным удалением фиброзно перерожденного ладонного апоневроза и хорд распространяющихся от него к ладонной поверхности пальцев кисти (частичная апоневрэктомия). По данным разных авторов при тотальной апоневрэктомии рецидивы наблюдаются до 25% случаев [11], при частичной апоневрэктомии частота рецидивов достигает в среднем 30% [15].

В последние годы на основе использования достижений в развитии биотехнологий, которые инициируют и регулируют регенеративно-репаративные процессы и ангиогенез, разработаны новые подходы к лечению болезни Дюпюитрена.

Была предложена новая миниинвазивная чрескожная методика апоневротомии в сочетании с трансплантацией аутологичного жира [14]. Показания к применению новой методики и ее эффективность не изучены, известны единичные публикации, включающие изучение отдаленных результатов операции.

Цель исследования

Изучение возможностей применения миниинвазивной методики хирургического лечения болезни Дюпюитрена и определение показаний к ее использованию при различных типах фиброзно-пролиферативных трансформаций тканей

Объект и методы исследования

На основании проведенных ранее исследований доказано положительно богатой тромбоцитами плазмы (БотП) на выживаемость аваскулярного жирового аутоотрансплантата, полученного путём липоаспирации [13]. Учитывая вышеизложенное, нами был разработан и внедрен усовершенствованный способ лечения болезни Дюпюитрена, который включает множественную чрескожную апоневротомию участков измененного ладонного апоневроза, в сочетании с аутоотрансплантацией аспирированной жировой ткани содержащего БотП [2]. При этом забор аутолипоспирированной производился с области передней брюшной стенки. Выбор данной зоны был связан с предположением о том, что жировая ткань, взятая с области живота, не имеет тенденции к фиброзной трансформации [14]. При использовании новой методики у больных с выраженной сгибательной контрактурой (III – V ст.) отдельных пальцев и массивным «опухольевидным» фиброзом фаланг, а так же области пястно-фалангового сустава, интраоперационная редрессация пальцев в полном объеме, в ряде случаев, ока-

залась невозможной. Используя миниинвазивную методику лечения как базовую, у этих пациентов мы выполняли, дополнительно, иссечение фиброзных участков в области фаланг пальцев [3].

Проведено оперативное лечение 16 больных с болезнью Дюпюитрена находившихся в отделении микрососудистой и пластической хирургии за период с 2007 по 2012 год. Мужчин было 15, женщин – 1. Большинство (14 пациентов) трудоспособного возраста от 27 до 70 лет. У 1 больного наблюдались клинические признаки болезни без контрактуры пальцев, у 7 – контрактура II степени, у 6 – контрактура III степени, у 2 – контрактура IV степени. Степень выраженности сгибательной контрактуры пальцев определялась по классификации Tubiana в модификации Mikkelsen [12]. Двухстороннее поражение отмечалось у 5 больных. В одном случае заболевание наблюдалось у отца и сына. Двое больных были прооперированы на двух кистях без выписки из стационара, 1 из них операция выполнена одномоментно, 1 – с промежутком в 6 дней.

Основную группу составили 5 пациентов, прооперированных по усовершенствованной методике за период с января по ноябрь 2012 г. У 3 пациентов со II степенью сгибательной контрактуры пальцев, у которых отсутствовали грубые фиброзные изменения, была выполнена множественная чрескожная апоневротомия в сочетании с аутоотрансплантацией аспирированной жировой ткани содержащего БотП. У 2-х пациентов с III степенью сгибательной контрактуры наблюдались грубые фиброзные изменения в области фаланг пальцев не позволяющие интраоперационно достичь редрессации пальцев в полном объеме. В связи с этим данным пациентам, кроме вышеуказанной методики, дополнительно выполнялось иссечение фиброзных тяжей в области основных фаланг пальцев с дальнейшей пластикой. Такая комбинация хирургической техники позволила полностью интраоперационно устранить сгибательную контрактуру и достичь выведения фаланг пораженных контрактурой пальцев в правильную ось.

Контрольную группу составили 11 пациентов с болезнью Дюпюитрена, которым была выполнена классическая апоневрэктомия.

Всем пациентам в послеоперационном периоде проводилась консервативная терапия, включающая применение антибактериальных и нестероидных противовоспалительных препаратов, в некоторых случаях выполнялись инъекции лидазы. Проводились физиотерапевтические процедуры включающие: фонофорез в комбинации с лидазой и дипроспаном, в дальнейшем электрофорез с лидазой; раннюю разработку фаланг пальцев с целью достижения движения последними в полном объеме.

Клинический пример. Больной В., 1943 г.р., история болезни №1154., обратился в клинику с жалобами на наличие сгибательной контрактуры пальцев обеих кистей (рис. 1а). Установлен клинический диагноз: болезнь Дюпюитрена III степени обеих кистей. 23.02.12 пациенту на правой кисти выполнена множественная чрескожная апоневротомия в сочетании с аутоотрансплантацией аспирированной жировой ткани содержащего БотП. Протокол операции: выполнена множественная чрескожная апоневротомия в соответствии с маркировкой на коже фиброзных тяжей и отрогов ладонного апоневроза.

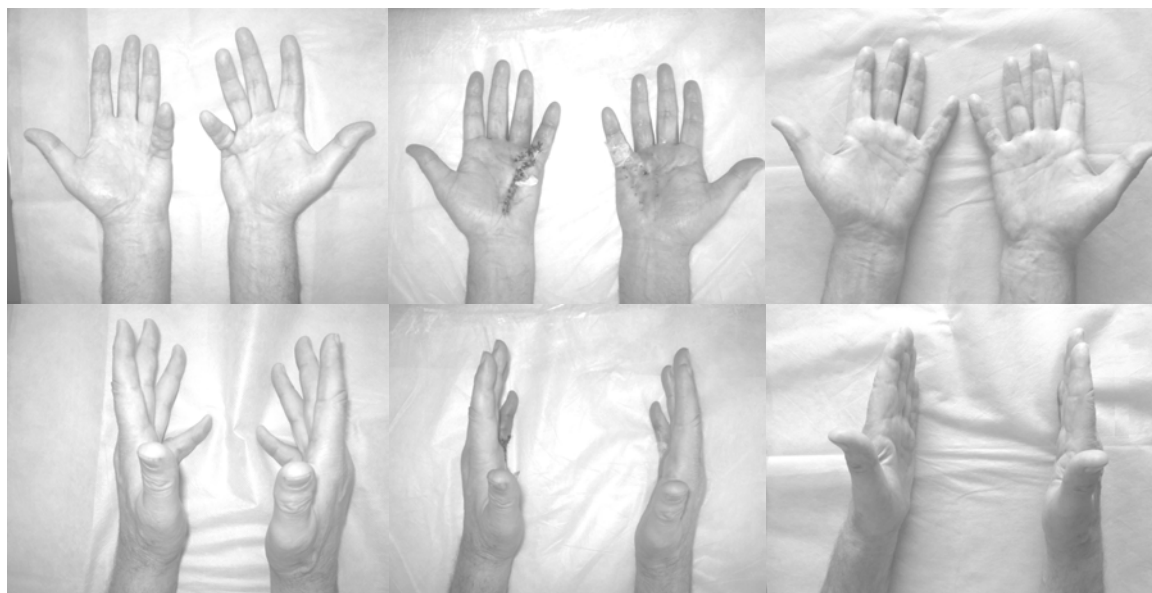


Рис. 1. а – до операции; б – после операции; в – результат через год.

Устранен ладонный компонент контрактуры. В области основной фаланги V-го пальца определяется массивный фиброз тканей. Через Г-образный разрез кожи выполнена резекция фиброзных тканей. Достигнуто полное разгибание пораженных контрактурой фаланг пальцев. Швы на рану. Одновременно на передней брюшной стенке произведен забор липоасpirата, приготовлена БоТП. Приготовленный аутолипотрансплантат смешан с БоТП в соотношении 9 : 1 и введен в зону апоневротомии в количестве 20 мл. Гипсовая иммобилизация. Через 6 дней 29.02.12 на левой кисти выполнена апоневрэктомия.

Результаты исследований и их обсуждение

Все пациенты основной группы были удовлетворены ближайшими и отдаленными результатами операции. Первые клинические исследования пациентов прооперированных по новой миниинвазивной методике показали: эффективность и безопасность применения данного метода операции; сведение к минимуму интраоперационных осложнений и практически полное отсутствие рецидивов заболевания, в сроки наблюдения до 1 года; возможность применения данного метода на ранних этапах развития заболевания, при наличии признаков фиброзной трансформации ладонного апоневроза и отсутствии сгибательной контрактуры пальцев кисти, с целью предупреждения развития заболевания. Операция является малотравматичной, так как на ладонной поверхности кисти отсутствуют рассечения кожи и экстирпация фиброзно-измененных тканей ладонного апоневроза. Безопасность метода достигается тем, что игла не погружается слишком глубоко, отсутствуют попытки к выполнению сечений в поперечном направлении, а при проколах можно ориентироваться на большую плотность фиброзных структур, не повреждая при этом окружающие ткани.

Ни у одного из прооперированных по данному методу больных повреждения нервов и сухожилий не отмечено. У одного больного в раннем послеоперационном периоде наблюдалось образование ограниченной гематомы в виде инфильтрации мягких тканей. Инфекционных осложнений не наблюдалось. В результате выполнения множественной черезкожной апоневротомии, в сочетании с аутотрансплантацией жировой ткани, содержащей БоТП, определялось от-

сутствие в зоне операции рубцовых изменений кожи, а также ее втяжений за счет создавшейся подкожной жировой прослойки. Все больные данной группы могли пользоваться прооперированной кистью с целью самообслуживания уже на 6–7 сутки послеоперационного периода, гипсовая иммобилизация лонгетой применялась лишь на ночь. Это, в свою очередь, позволило нам, при двухстороннем поражении, выполнить операцию в одном случае одномоментно на двух кистях, а в другом двухэтапно в сроки через 6 дней. Дополнительное иссечение фиброзных тканей в области фаланг пальцев у больных с выраженной сгибательной контрактурой (III – IV ст.) позволило полностью интраоперационно устранить последнюю и достичь выведения фаланг пальцев в правильную ось. За счет отсутствия разрезов кожи области ладонной поверхности кисти и минимизации травматичности, при применении данной техники операции, срок пребывания больных в стационаре сократился вдвое. Полная работоспособность пациентов данной группы возвращалась от 3–х до 4–х недель послеоперационного периода. Проведенный курс консервативной терапии позволил избежать ранние послеоперационные осложнения, а выполнение ряда ранее указанных физиотерапевтических мероприятий позволило закрепить и, в дальнейшем, улучшить достигнутый результат оперативного лечения.

Среди вновь обратившихся пациентов контрольной группы, прооперированных по классической методике – фасциэктомии у одного больного наблюдался рецидив заболевания, в ряде случаев больные отмечали ограниченное нарушение чувствительности кожных покровов, у одного больного определялось наличие гипертрофического рубца кожи, ограничивающего приведение пальца к ладонной поверхности кисти. Наличие рецидива заболевания и вышеуказанных осложнений свидетельствуют в пользу недостатков фасциэктомии. В процессе её выполнения происходит неизбежное повреждение мелких нервных стволов, кровеносных и лимфатических сосудов, к нарушению трофики тканей и их рубцевому перерождению. Для предупреждения развития таких изменений требуется дорогостоящее медикаментозное и физиотерапевтическое лечение, занимающее в общей сложности до 60 дней. Кроме того, гипсовая иммобилизация таким больным выполняется на протя-

женні 2 – 3 тижнів. Ураховуючи високу травматичність даної операції в післяопераційному періоді, пацієнти, при функціональній нарузці, испытывали біль в кисті в зв'язі з чим виникала стійка втрата працездатності.

Выводи

Ураховуючи всі недоліки і переваги застосовуваних методик операції, можна зробити висновок, що методом першого вибору повинна бути менш агресивна мініінвазивна методика хірургічного лікування. В той же час фасціотомія залишається актуальною і найбільш ефективним методом оперативного лікування хвороби Дюпюїтрена, який може застосовуватись в ділянці фаланг пальців і тим самим доповнювати мініінвазивну методику при неможливості інтраопераційної редресції пальців кисті в повному обсязі.

Перспективи дальнейших исследований

Необходими дальнейшие исследования с целью изучения отдаленных результатов и уточнения показаний к применению миниинвазивных и традиционных методик при различных формах заболевания.

Литература

1. Волкова А. М. Хирургия кисти / А. М. Волкова. – Свердловск, 1993. – Т. 2. – С. 10 – 58.
2. Пат. України № 75205 МПК А61В 17/00. Способ хірургічного лікування хвороби Дюпюїтрена / Н. Ф. Дрюк, В. Е. Євсєєв. – № у 2012 05524. Заявл. 07.05.2012. Опубл. 26.11.12. Бюл. № 22.
3. Пат. України № 76886 МПК А61В 17/00. Способ хірургічного лікування хвороби Дюпюїтрена / Н. Ф. Дрюк, В. Е. Євсєєв. – № у 2012 05525. Заявл. 07.05.2012. Опубл. 25.01.13. Бюл. № 2.

Реферат

ІНОВАЦІЙНА МІНІІНВАЗИВНА МЕТОДИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ДЮПЮІТРЕНА

Дрюк М. Ф., Євсєєв В. Є., Гришай С. Є.

Ключові слова: хвороба Дюпюїтрена, згинальна контрактура пальців, ліпотрансплантація, багата тромбоцитами плазма, апоневротомія, фасціотомія.

Вступ. Методом вибору лікування хвороби Дюпюїтрена вважається хірургічне лікування. Апоневротомія передбачає усунення контрактури пальців за рахунок розсічення тяжів зміненого долонного апоневрозу, без їх видалення. Була запропонована нова мініінвазивна черезшкірна методика апоневротомії в поєднанні з трансплантацією аутологічного жиру. Об'єкт і методи дослідження. Розроблено та впроваджено удосконалений спосіб лікування хвороби Дюпюїтрена, який включає множинну черезшкірну апоневротомію ділянок зміненого долонного апоневрозу в поєднанні з аутоотрансплантацією аспірату жирової тканини, що містить БоТП. Використовуючи мініінвазивну методику лікування як базову, у пацієнтів з вираженими фіброзними змінами ми виконували, додатково, висічення фіброзних ділянок в ділянці фаланг пальців. Результати досліджень та їх обґрунтування. Всі пацієнти основної групи були задоволені найближчими і віддаленими результатами операції. Ні в одного з прооперованих хворих за даним методом пошкодження нервів і сухожиль не відмічалось, інфекційних ускладнень не спостерігалось. Висновки. Враховуючи всі недоліки і переваги застосованих методик операції, можна зробити висновок про те, що методом вибору повинна бути менш агресивна мініінвазивна методика хірургічного лікування. У той же час фасціотомія залишається актуальною і найбільш дієвим методом оперативного лікування хвороби Дюпюїтрена, який може застосовуватись в ділянці фаланг пальців і тим самим доповнювати мініінвазивні методику при неможливості інтраопераційної редресції пальців кисті в повному обсязі.

Summary

INNOVATION MINIMALLY INVASIVE INTERVENTION FOR TREATMENT OF DUPUYTREN'S DISEASE

Dryuk M.F., Yevseyev V.Ye., Gryshai S.Ye.

Key words: Dupuytren's disease, flexion contracture of fingers, lipotransplantation, platelet-rich plasma, aponeurotomy, fascioectomy.

Introduction. Surgery is considered to be a method of choice for the treatment of Dupuytren's disease. Aponeurotomy provides the elimination of contracture of fingers by dissection of strands of altered palmar aponeurosis without their removing. We proposed a new minimally invasive transcuteaneous aponeurotomy combined with autologous fat grafting. Subjects and methods of investigation. We developed and implemented the method for the treatment of Dupuytren's disease, which included multiple percutaneous palmar aponeurotomy combined with autologous fat grafting with PRP. Following the minimally invasive method as a primary treatment for the patients with severe fibrosis, we also combined it with the excision of fibrotic areas in the phalanges. Results and discussion. All patients of the test group reported their satisfaction with immediate and long-term results. No patient observed had any nerve or tendon damage, or any infectious complications. Conclusions. Taking into account all advantages and disadvantages of surgical approaches we applied it is possible to conclude that the method of choice should include less aggressive minimally invasive surgical technique. At the same time the fascioectomy is still remaining as an important and the most effective method of surgical treatment for Dupuytren's disease, which can be applied on the phalanges and therefore can complement minimally invasive techniques in cases when intraoperative finger's full extension is impossible. .

4. Сиваконь С. В. Контрактура Дюпюїтрена. В кн: Курс пластической хирургии: руководство для врачей. В 2 томах / С. В. Сиваконь, И. О. Голубев; Под ред. К.П. Пшениснова. – Ярославль–Рыбинск : Изд-во ОАО Рыбинский дом печати, 2010. – Т. 2. – С. 1403–1418.
5. Сиваконь С. В. Комплексное хирургическое лечение контрактуры Дюпюїтрена: автореф. ... д-ра мед. наук: 14.00.27; 14.00.22 / С. В. Сиваконь. – Пензенский ин-т усовершенств. врачей МЗ РФ. – Пенза, 2003. – С. 26.
6. Тайлашев М. М. Наш опыт и результаты оперативного лечения контрактуры Дюпюїтрена / М. М. Тайлашев, К. А. Нестеренко, П. П. Салатин, Б. Б. Жамбалов // Бюл. ВСНЦ СО РАМН. – 2011. – Ч. 1, № 4(80). – С. 176.
7. Титаренко В. И. Десятилетний опыт оперативного лечения контрактуры Дюпюїтрена / В. И. Титаренко // Вестн. хирургии. – 2009. – Т. 168, № 1. – С. 92–94.
8. Alioto R. J. Comparative effects of growth factors on fibroblasts of Dupuytren's tissue and normal palmar fascia / R.J.Alioto, R.N.Rosier, R.I.Burton, J.E.Puzas // J. Hand. Surg. Am. – 1994. – V. 19, № 3. – P. 442–452.
9. Hurst L.C. Dupuytren's Disease / L. C. Hurst // Hand Surg. Update. – 1996. – V. 26. – P. 271–279.
10. Lennox I. A. A study of the repeatability of the diagnosis of Dupuytren's contracture and its prevalence in the grampian region / I.A.Lennox, S.R.Murali, R.Porter // J. Hand Surg. – 1993. – V.18, № 2. – P.258–261.
11. Langenberg R. Dupuytren Kontraktur partielle palmar aponeurektomie noch vertretbar? / R. Langenberg // Zbl. Chir. – 1987. – V. 112, № 12. – P.769 –773.
12. Moermas J. P. Long. – term results after segmental aponeurectomy for Dupuytren's disease / J. P. Moermas // J. Hand. Surg. Br. – 1996. – V.21, №6. – P.797–800.
13. Robert W. A. Use of Platelet-rich plasma to enhance effectiveness of autologous fat grafting / M. A. Shiffman // Autologous Fat Transfer. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. – 2010. – P.88–110.
14. Steven E. R. Hovius extensive percutaneous aponeurotomy and lipografting: A new treatment for dupuytren disease / E. R. Steven // Plast. Reconstr. Surg. – 2001. – V.128. – P.221–228.
15. Tubiana R. Dupuytren's disease of the radial side of the hand / R. Tubiana // Hand Clin. – 1999. – V. 15, № 1. – P.149–159.

УДК: 617.55-001-089.844

Лисенко Р.Б.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ КОНСТРУЮВАННЯ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава)

У роботі представлені результати вивчення особливостей конструювання при алопластиці дефектів черевної стінки. При виконанні планування алопластики з приводу дефекту черевної стінки хірургу необхідно враховувати не тільки розмір, розташування дефекту, стан навколишніх тканин, наявність чи відсутність додаткових дефектів, але й тип імплантату, його будову, розмір, фізико-механічні показники, спосіб розташування в тканинах черевної стінки та вид фіксації.

Ключові слова: дефект черевної стінки, алопластика, конструювання.

Дана робота є фрагментом НДР кафедри хірургії №3 „Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень” (номер державної реєстрації 0112006302).

Вступ

Конструкцію можна визначити як матеріальне утворення будь-якого виду, призначене для того, щоб витримувати навантаження. Вивчення конструкцій - одна з традиційних галузей науки.

Конструкції проходять через усе наше життя, і ми не можемо дозволити собі нічого про них не знати. Крім того, будь-яка тварина, орган, тканина і майже будь-який продукт людської праці повинні витримувати більші або менші механічні навантаження не руйнуючись, так що практично всі предмети навколо нас є того чи іншого виду конструкціями.

Говорячи про конструкції, ми інколи замислюємося про те, чому з часом руйнуються будівлі і мости, розвалюються машини і літаки та інше. Але чомусь не задумуємося про біологічні конструкції та їх біофізичні особливості руйнування. У сьогоднішньому світі, подобається нам це чи ні, ми прив'язані до тієї чи іншої форми сучасних технологій і зобов'язані прагнути до того, щоб продукт нашої діяльності працював надійно й ефективно, а це немислимо без грамотного розрахунку конструкцій. Зазвичай є кілька можливих шляхів руйнування конструкцій, але ламаються вони, природно, способом, що вимагає найменших зусиль, і саме про цей спосіб часто ніхто не здогадується, не кажучи вже про якісь розрахунки.

У той же час ми не можемо повністю уникнути математики, яка, як кажуть, зародилася у Вавилоні - можливо, саме після падіння горезвісної Вавилонської вежі. Для вченого та інженера математика - це знаряддя, для математика-професіонала - релігія, а для звичайної людини - камінь спотикання [2]. Але все ж усі ми безперервно використовуємо математику. Аналізуючи ту чи іншу ситуацію за допомогою математики, ми в дійсності створюємо робочу модель досліджуваного предмета. При цьому ми сподіваємося, що наша модель, або математичний аналог реальності, з одного боку, має досить багато спільного з реальним предметом, а з іншого - дозволяє нам зробити якісь корисні передбачення. Математичне моделювання як нормальних фізіологічних, так і патологічних процесів зараз є одним із найактуальніших напрямків у наукових дослідженнях [1, 7].

Хоча досить очевидно, що питання міцності, жорсткості і в'язкості мають відношення до медицини та зоології, лікарі та біологи довгий час не хотіли цього розуміти. Треба думати, таке ставлення частково пояснюється різницею в темпераментах і відсутністю спільної з інженерами мови, а можливо тут позначаються також неприйняття математизованих інженерних понять і страх перед ними. Проте не можна не погодитися з тим, що "вищі поверхи" теорії пружності

дуже важкі математично, але не менш справедливо й те, що такого роду теорія рідко буває потрібна інженерам-проектувальникам. Те, що буває дійсно необхідно в більшості випадків, зможе легко зрозуміти будь-яка розумна людина, якщо побажає вникнути в суть предмета.

Хірургів не вчать тому, як вирахувати наскільки деформується під навантаження тканина. Так що не дивно, що більшість з них, мабуть навіть не усвідомлюють, що об'єкти їхньої творчості відносяться до конструкцій. Дуже багато людей, це відноситься й до хірургів, не люблять теорії і, як правило, не дуже слухають теоретиків. Тим більше, якщо мова йде про жорсткість і пружність. Проте в деяких галузях конструювання люди-практики століттями діяли на свій власний розсуд. Стародавні будівельники, теслі, корабели працювали на совість і, мабуть, навіть не замислювалися над тим, чому конструкція здатна витримувати навантаження. Інтуїтивне розуміння можливих слабкостей, властивих матеріалам і конструкціям, - одна з найбільш цінних якостей інженера і ніякі інші інтелектуальні властивості не можуть його замінити.

Конструкції зроблені з певних матеріалів, тому можливо говорити як про конструкції, так і про матеріали, однак в дійсності між ними і іншими немає чітко розмежованої лінії. Сталь безсумнівно матеріал, а міст через річку - безсумнівно конструкція, але от армований бетон, дерево, живі тканини мають досить складну будову, а тому їх можна розглядати окремо і як матеріали, і як конструкції [2, 7].

Застосування сітчастих імплантатів різної конфігурації з метою хірургічного лікування хворих із дефектами черевної стінки зараз дуже поширене та сягає 95% всіх операцій такого роду і дозволяє суттєво покращити результати [5]. У пошуках шляхів зменшення кількості рецидивів за останні роки була розроблена концепція "ненатяжної" пластики з використанням синтетичних імплантатів. Але рецидиви після алопластики сягають 10 %, а при складних дефектах живота - 30 % та більше [5, 6]. Однією з причин цього є зшивання різних за фізичними властивостями тканин.

Відомо багато способів алопластики із різними варіантами розташування імплантату в черевній стінці. Найчастіше використовуються методики onlay та sublay. При цьому поряд із технікою оперативного втручання важливе значення мають характеристики імплантату.

Останнім часом з'явилися повідомлення про міграцію, сигароподібну деформацію, shrinking-ефект і навіть розрив сіток після їх імплантації [4, 5, 6]. Існують дані про зменшення розмірів поліпропіленової сітки при вrostанні тканин. Після імплантації, в залежності від м'якості, виникає скорочення сіток до 75%

УДК: 617.55-001-089.844

Лисенко Р.Б.

ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕМЕНТІВ КОНСТРУЮВАННЯ ПРИ АЛОПЛАСТИЦІ ДЕФЕКТІВ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Вищий державний навчальний заклад України "Українська медична стоматологічна академія" (м. Полтава)

У роботі представлені результати вивчення особливостей конструювання при алопластиці дефектів черевної стінки. При виконанні планування алопластики з приводу дефекту черевної стінки хірургу необхідно враховувати не тільки розмір, розташування дефекту, стан навколишніх тканин, наявність чи відсутність додаткових дефектів, але й тип імплантату, його будову, розмір, фізико-механічні показники, спосіб розташування в тканинах черевної стінки та вид фіксації.

Ключові слова: дефект черевної стінки, алопластика, конструювання.

Дана робота є фрагментом НДР кафедри хірургії №3 „Морфологічні і функціональні порушення органів та систем організму при гострій та хронічній хірургічній патології, оптимізація діагностики та лікувальної тактики, прогнозування, профілактика та лікування післяопераційних ускладнень” (номер державної реєстрації 0112006302).

Вступ

Конструкцію можна визначити як матеріальне утворення будь-якого виду, призначене для того, щоб витримувати навантаження. Вивчення конструкцій - одна з традиційних галузей науки.

Конструкції проходять через усе наше життя, і ми не можемо дозволити собі нічого про них не знати. Крім того, будь-яка тварина, орган, тканина і майже будь-який продукт людської праці повинні витримувати більші або менші механічні навантаження не руйнуючись, так що практично всі предмети навколо нас є того чи іншого виду конструкціями.

Говорячи про конструкції, ми інколи замислюємося про те, чому з часом руйнуються будівлі і мости, розвалюються машини і літаки та інше. Але чомусь не задумуємося про біологічні конструкції та їх біофізичні особливості руйнування. У сьогоднішньому світі, подобається нам це чи ні, ми прив'язані до тієї чи іншої форми сучасних технологій і зобов'язані прагнути до того, щоб продукт нашої діяльності працював надійно й ефективно, а це немислимо без грамотного розрахунку конструкцій. Зазвичай є кілька можливих шляхів руйнування конструкцій, але ламаються вони, природно, способом, що вимагає найменших зусиль, і саме про цей спосіб часто ніхто не здогадується, не кажучи вже про якісь розрахунки.

У той же час ми не можемо повністю уникнути математики, яка, як кажуть, зародилася у Вавилоні - можливо, саме після падіння горезвісної Вавилонської вежі. Для вченого та інженера математика - це знаряддя, для математика-професіонала - релігія, а для звичайної людини - камінь спотикання [2]. Але все ж усі ми безперервно використовуємо математику. Аналізуючи ту чи іншу ситуацію за допомогою математики, ми в дійсності створюємо робочу модель досліджуваного предмета. При цьому ми сподіваємося, що наша модель, або математичний аналог реальності, з одного боку, має досить багато спільного з реальним предметом, а з іншого - дозволяє нам зробити якісь корисні передбачення. Математичне моделювання як нормальних фізіологічних, так і патологічних процесів зараз є одним із найактуальніших напрямків у наукових дослідженнях [1, 7].

Хоча досить очевидно, що питання міцності, жорсткості і в'язкості мають відношення до медицини та зоології, лікарі та біологи довгий час не хотіли цього розуміти. Треба думати, таке ставлення частково пояснюється різницею в темпераментах і відсутністю спільної з інженерами мови, а можливо тут позначаються також неприйняття математизованих інженерних понять і страх перед ними. Проте не можна не погодитися з тим, що "вищі поверхи" теорії пружності

дуже важкі математично, але не менш справедливо й те, що такого роду теорія рідко буває потрібна інженерам-проектувальникам. Те, що буває дійсно необхідно в більшості випадків, зможе легко зрозуміти будь-яка розумна людина, якщо побажає вникнути в суть предмета.

Хірургів не вчать тому, як вирахувати наскільки деформується під навантаження тканина. Так що не дивно, що більшість з них, мабуть навіть не усвідомлюють, що об'єкти їхньої творчості відносяться до конструкцій. Дуже багато людей, це відноситься й до хірургів, не люблять теорії і, як правило, не дуже слухають теоретиків. Тим більше, якщо мова йде про жорсткість і пружність. Проте в деяких галузях конструювання люди-практики століттями діяли на свій власний розсуд. Стародавні будівельники, теслі, корабели працювали на совість і, мабуть, навіть не замислювалися над тим, чому конструкція здатна витримувати навантаження. Інтуїтивне розуміння можливих слабкостей, властивих матеріалам і конструкціям, - одна з найбільш цінних якостей інженера і ніякі інші інтелектуальні властивості не можуть його замінити.

Конструкції зроблені з певних матеріалів, тому можливо говорити як про конструкції, так і про матеріали, однак в дійсності між ними і іншими немає чітко розмежованої лінії. Сталь безсумнівно матеріал, а міст через річку - безсумнівно конструкція, але от армований бетон, дерево, живі тканини мають досить складну будову, а тому їх можна розглядати окремо і як матеріали, і як конструкції [2, 7].

Застосування сітчастих імплантатів різної конфігурації з метою хірургічного лікування хворих із дефектами черевної стінки зараз дуже поширене та сягає 95% всіх операцій такого роду і дозволяє суттєво покращити результати [5]. У пошуках шляхів зменшення кількості рецидивів за останні роки була розроблена концепція "ненатяжної" пластики з використанням синтетичних імплантатів. Але рецидиви після алопластики сягають 10 %, а при складних дефектах живота - 30 % та більше [5, 6]. Однією з причин цього є зшивання різних за фізичними властивостями тканин.

Відомо багато способів алопластики із різними варіантами розташування імплантату в черевній стінці. Найчастіше використовуються методики onlay та sublay. При цьому поряд із технікою оперативного втручання важливе значення мають характеристики імплантату.

Останнім часом з'явилися повідомлення про міграцію, сигароподібну деформацію, shrinking-ефект і навіть розрив сіток після їх імплантації [4, 5, 6]. Існують дані про зменшення розмірів поліпропіленової сітки при вrostанні тканин. Після імплантації, в залежності від м'якості, виникає скорочення сіток до 75%

первинного розміру, що зменшує надійність пластики [4, 6].

Досі залишається невирішеним питання: який найбільш ефективний вид та розмір сітчастого імплантату, спосіб його розташування та фіксації при пластичній дефекті черевної стінки?

Залежність між напруженням та деформацією у більшості випадків на даний час добре відома, однак дані про роботу руйнування м'яких біологічних тканин майже відсутні. Сучасна медицина являє собою, в основному, експериментальну науку з величезним емпіричним досвідом впливу на перебіг тих чи інших захворювань різноманітними способами. Щодо досконалого вивчення певних процесів у біологічних тканинах, то їх експериментальне дослідження є обмеженим, і найбільш ефективним апаратом їх дослідження може бути математичне моделювання. Механіко-математичні моделі реакції певної механічної системи на динамічні навантаження можна використовувати як інструмент для вивчення різноманітних параметрів її функціонування [1].

Мета дослідження

Вивчення деяких конструктивних особливостей при алопластиці дефектів черевної стінки.

Об'єкт та методи дослідження

Об'єктом дослідження є особливості конструювання при алопластиці дефектів черевної стінки. Предмет дослідження - біомеханічні особливості тканин черевної стінки щодо деформації. Методи дослідження – біофізичні, механіко-математичні.

Уже у 1676 р. Гук розумів, що опір твердих тіл механічним навантаженням виникає внаслідок сил протидії, а також, що будь-яке тверде тіло змінює свою форму, розтягуючись, і ці зміни форми дозволяють твердому тілу викликати силу протидії. Основний закон механіки: Дія дорівнює протидії за величиною і протилежна їй за напрямком. Надалі розвитку набула

теорія пружності – наука про співвідношення між силами і зміщеннями в матеріалах і конструкціях.

Під деформацією розуміють зміну об'єму чи форми тіла під дією зовнішніх сил. Деформація $E = \text{подовження} / \text{під дією навантаження по відношенню до первинної довжини } L (E = l/L)$. Напруження S (кгс/см²) = навантаження P / площа A ($S = P/A$). Модуль Юнга = напруження S / деформацію E [2]. Він є мірою пружності або, податливості, і характеризує жорсткість (пружність) даного матеріалу. Зараз модуль Юнга вважається фундаментальним поняттям – воно є оновним в інженерній справі, в матеріалознавстві і починає добиратися до біології.

Жорсткість і міцність – властивості різні. Міцність – це напруження, що необхідне для руйнування матеріалу. Міцність сітчастих ендопротезів визначається їх складом і структурою. Використання більш товстих ниток забезпечує підвищення міцності імплантатів, але при цьому різко підвищується їх жорсткість і матеріалоемність. Це може бути причиною збільшення запальних реакцій на імплантат у ранньому післяопераційному періоді і підсилення відчуття ригідності черевної стінки, появі хронічного болю у пізньому післяопераційному періоді. На тяжких сітках з дрібними порами формується міцний, але товстий, грубий і жорсткий рубець, що негативно впливає на функціонування черевної стінки і якість життя пацієнта. Значення модуля Юнга та міцність на розрив для різноманітних матеріалів представлені в таблиці №1 [2, 7].

На думку багатьох авторів, будова сполучної тканини залежить від функціональних особливостей, зокрема біомеханічної функції. Властивості тканин щодо розриву та модуль Юнга у колагенових волокнах різних порядків несуттєво розрізняються. Головним фактором, що впливає на архітектоніку волокон, є сила та вектор розподілення навантаження на тканину.

Таблиця 1.
Значення модуля Юнга та міцність на розрив для різноманітних матеріалів.

Матеріал	Модуль Юнга МН/м ²	Міцність на розрив МН/м ²
Гума	7	350
М'язова тканина	0,2	0,1
Хрящ людини	24	3
Сухожилок людини	600	82
Кістка людини	21000	110
Нейлон	7000	1050

Характеристики щодо в'язкості і механічні властивості залежать від часу, виду механічного навантаження і його напрямку. Міцність на розрив, що необхідна хірургічним імплантатам, які використовуються для реконструкції черевної стінки, при великих дефектах повинна бути не менше ніж 32 Н/см², а при невеликих – 16 Н/см². Враховуючи, що міцність на розрив абдомінальної фасції (апоневрозу) складає 60-80 Н/см² по горизонталі і 20-30 Н/см² – по вертикалі [4], та коли міцність сітчастих імплантатів вздовж петельного стовпчика суттєво відрізняється від такої вздовж петельного ряду, необхідно розташовувати імплантати у напрямку з більшою міцністю по горизонталі. Важливе значення має стабільність розмірів сіток у всіх напрямках. Більшість виробників розробили та випускають імплантати з достатньо близькими подовженням і міцністю в подовжньому та поперечному напрямках. Але у випадку, наприклад Parietex, Ultrapro, виробники рекомендують розташовувати їх у напрямку з більшим подовженням поперек черевної стінки,

тобто по горизонталі, оскільки еластичність останньої в цьому напрямку вища, ніж у подовжньому.

При виконанні алопластичних реконструктивних операцій у більшості випадків не враховуються фізико-механічні показники сітчастих імплантатів. Для нового покоління імплантатів подовження при підпороговому навантаженні 16 Н/см² рекомендується не більше 20-30%. Зменшення розтягуваності імплантатів призводить до ригідності черевної стінки (тяжкі сітки). Обмеження розтягуваності імплантатів забезпечує стабільність черевної стінки і об'єму черевної порожнини. Надлишкова розтягуваність може призвести до досить значного випинання черевної стінки, що може викликати у пацієнтів відчуття рецидиву грижі (Vupro).

Однак, вже через 30 днів основне навантаження у всіх напрямках сприймає сформована навколо імплантату капсула [4, 5]. Тому механічні характеристики імплантатів після їх проростання сполучною тканиною в основному визначаються властивостями рубця.

Черевну порожнину умовно можливо представити

як циліндр, при поперечному зрізі якого утворюється коло. Дугою кола називається частина кола між його двома точками. Хордою називається відрізок, який сполучає дві точки кола [3]. При алопластиці за методикою sublay сітчастий імплантат розташовується за напрямком хорди, хоча мав би бути за ходом дуги кола. При виконанні оперативних втручань з приводу невеликих дефектів різниця між довжиною хорди і дуги кола не суттєва, але у випадку великих дефектів – значима. При таких обставинах випадає круговий сегмент кола, що є причиною підвищення внутрішньо-черевного тиску та розвитку подальших ускладнень. Для попередження даних ускладнень необхідно застосовувати імплантати з дещо більшою розтягнутістю (наприклад Ultrapro), пропорційною до зменшення об'єму черевної порожнини, але з надійною фіксацією до опірних тканин, або розташування тяжких сіток (Prolen) більших розмірів за ходом дуги кола.

Результати дослідження та їх обговорення

Як виявилось, розуміння справжніх причин того, чому взагалі можуть працювати конструкції і чому вони ламаються, дається зі значно більшими труднощами і вимагає значно більшого часу, ніж можна було б очікувати.

Конструкції повинні бути міцними, що витримують певні навантаження, і ми можемо вдосконалювати всякого роду рукотворні споруди, враховуючи ці вимоги, у тому числі і щодо живих біологічних конструкцій.

Важливо усвідомити, що виникнення зміщень у кожній конструкції внаслідок дії навантаження є нормальним. Зміщення у конструкціях – не дефект, а важлива властивість, без якої жодна конструкція не могла б працювати. Величина зміщень залежить від двох факторів:

- від розміру і геометричної форми конструкції;
- від матеріалу, із якого зроблена конструкція.

Враховуючи основний сучасний постулат герніології про пластику без натягу (напруження), то чим більша площа імплантату (A), тим менше напруження /натяг (S) в тканинах при стабільному навантаженні (P). Так як максимальний внутрішньочеревний тиск при кашлі – 20 кПа, то його можна вважати граничним. Більш широкий оперативний доступ, роз'єднання та розшарування тканин у межах їх анатомо-фізіологічних можливостей дозволяють виконати більш поширену мобілізацію клаптів тканин для закриття поряд розташованих дефектів черевної стінки і таким чином зменшити їх натяг (напруження, згідно формули $S = P/A$). Тому для досягнення якнайкращого ефекту і зменшення негативних наслідків необхідно забезпечити оптимальне натягнення тканин.

Однак до сьогодні такі величини, як глибина та межі відшарування клаптя, залишаються емпіричними і залежать від досвіду хірурга, що часто призводить до додаткової деформації цієї ділянки та розвитку ускладнень. Проведені нами біомеханічні дослідження вказують на неможливість єдиного підходу до оптимізації методик мобілізації країв дефектів у різних топографоанатомічних ділянках черевної стінки. Для кожної окремо взятої ділянки є чіткі межі відшарування та ступінь можливого натягу тканин у межах пластичної деформації. Усі оперативні втручання повинні виконуватись за принципом максимальної деформації структур, але строго в межах пластичної деформації враховуючи глибину, межі відшарування клаптів та належність їх до різних топографоанатомічних ділянок черевної стінки. Будь-яке переміщення клаптів створює деформований, тобто напружений, стан тканин,

який призводить до реалізації сукупності біологічних репаративних процесів у зоні, що мобілізується.

Якщо проводити аналогію, то той чи інший варіант алопластики черевної стінки можна порівняти із мостобудуванням. Сучасні мости використовуються в будівництві, стоматології і відрізняються великим різноманіттям форм. Найпростіша з них – балочна, яку можливо порівняти із стандартними видами алопластик, але для закриття складних дефектів даний тип не відповідає всім вимогам. Тому є інші варіанти: консольні, підвісні, вантові, форми яких необхідно впроваджувати в герніологію.

При вирішенні подібних завдань виникають невідзначеності при пошуку напруги і деформацій у точках прикладання сили. Тому повинно застосовуватися розподілене навантаження, що моделює сили, які виникають у місці дефекту після зшивання тканини.

Деформація відбувається в два етапи: розтягнення постійним навантаженням і релаксація розтягнутого клаптя. При вирішенні цього завдання вважається, що перший етап, тобто розтягування постійною силою, відбувається достатньо швидко. Тому основним завданням є розгляд релаксації напруги, що відбувається в тканинах з часом. Враховуючи одержані результати, можливо зробити висновок, що з віком для досягнення величини у межах пластичної деформації час навантаження на тканини зростає, при цьому сила навантаження суттєво зменшується.

Дійсна напруга в якомусь невідомому заздалегідь місці конструкції може набагато перевищувати обчислену. Для повної безпеки роблять найбільшу обчислену існуючу напругу багато меншою – в декілька разів, – ніж міцність матеріалу, знайдена шляхом руйнування простих, однорідних його зразків, що навантажувалися в лабораторній установці. Цю процедуру називають введенням коефіцієнта запасу.

Причиною невдач після операцій найчастіше всі схильні визнавати дефекти матеріалу або тканин, а не якісь інші причини. Міцність матеріалів дійсно змінюється від зразка до зразка, і завжди присутній деякий ризик, що для виготовлення конструкції використаний поганий матеріал. На практиці настільки великі розбіжності між розрахованою та дійсною міцністю завжди бувають викликані іншими причинами. Навіть у випадку крашних, найбільш стійких матеріалів цей захист тільки відносний і будь-яка конструкція в чомусь вразлива. Тому про коефіцієнт запасу іноді говорять як про коефіцієнт незнання.

Отвори, тріщини, надрізи, гострі кути та інші особливості поверхні, на які раніше не звертали уваги, підвищують локальну напругу; такі ділянки підвищених напруг можуть бути дуже малими, але наслідки – вельми драматичними. Навколо отвору або надрізу напруга може значно перевищувати напругу, що є руйнівною для даного матеріалу навіть у тих випадках, коли загальний середній рівень напруги невисокий і, згідно "дрібномасштабним" обчисленням, конструкція здається цілком безпечною. Слід зазначити, що не тільки отвори, тріщини та інші порожнечі можуть бути причиною зниження міцності матеріалу.

Викликати концентрацію напружень може, наприклад, і добавка матеріалу, якщо це призводить до різкого локального збільшення жорсткості. Так, якщо поставити латку з нового матеріалу на старий одяг або товстий лист броні на тонкий борт військового корабля, з цього не вийде нічого хорошого. Часткова міцність призводить до загальної неміцності. Причина тут у наступному: траєкторії напруг можуть настільки ж сильно притягуватися до більш жорсткої області (лат-

ки), як і відштовхуватися від ділянки з більш низькою жорсткістю (отвори). Будь-який елемент конструкції, що відрізняється від оточуючих його елементів своїми пружними властивостями, викликає концентрацію напруження і може бути небезпечним. Концентрація напружень може бути істотним моментом хірургії гриж живота, особливо при з'єднанні м'яких тканин черевної стінки жорсткими синтетичними протезами.

Таким чином, при виконанні планування алопластики з приводу дефекту черевної стінки хірургу необхідно враховувати не тільки розмір, розташування дефекту, стан навколишніх тканин, наявність чи відсутність додаткових дефектів, але й тип імплантату, його будову, розмір, спосіб розташування в тканинах черевної стінки та вид фіксації.

Висновки

Усі види алопластик черевної стінки необхідно розцінювати як біологічні конструкції, що призначені для того, щоб витримувати навантаження. Необхідно застосовувати елементи конструювання на етапах планування оперативних втручань з приводу дефектів черевної стінки, особливо складних, що потребують додаткових пластичних матеріалів. Для зменшення напруження (натягу) тканин при алопластиці необхідно використовувати більш широкі оперативні доступи, роз'єднання та розшарування тканин у межах їх анатомо-фізіологічних можливостей, імплантати більших розмірів. При плануванні алопластичних реконструктивних операцій, що пов'язані з широкою мобілізацією клаптів тканин для закриття поряд розташованих дефектів черевної стінки, потрібно враховувати межі анатомо-фізіологічних можливостей тканин щодо пластичної деформації всіх структур цієї зони. При виконанні алопластичних реконструктивних операцій з приводу дефектів черевної стінки необхідно враховувати фізико-механічні показники різновидів сітчастих

імплантатів. Точки фіксації імплантатів мають відповідати за фізичними властивостями (модуль Юнга, міцність на розрив) характеристикам імплантатів. Прагнучи підвищити міцність за допомогою додаткових матеріалів, варто задуматися, а чи не зменшиться вона насправді.

Перспективи подальших досліджень

Виходячи із вищезазначеного, дослідження потребує подальшого вивчення біомеханіки в ділянках складних дефектів черевної стінки, особливо з врахування опірних тканин. Розробка повної фізико-математичної трьохмірної моделі і числове рішення відповідного динамічного просторового завдання при алопластиці складних дефектів черевної стінки також є перспективною проблемою. Перспективним напрямком сучасної медицини може бути комп'ютерна реалізація віртуальних хірургічних операцій і прогнозування їх наслідків.

Література

1. Белоцерковский О.М. Компьютерные модели и прогресс медицины / О.М.Белоцерковский, А.С.Холодов. – М. : Наука, 2001. – 300 с.
2. Гордон Д. Конструкции, или почему не ломаются вещи / Гордон Д. – 2001. – 278 с.
3. Доценко І.Д. Геометрія. 7-11(12) / І.Д.Доценко, К.В.Гордова. – Полтава, 2008. – 95 с.
4. Жуковский В.А. Полимерные эндопротезы для герниопластики / Жуковский В.А. – СПб. : Эскулап, 2011. – 114 с.
5. Фелештинський Я.П. Експлантація сіток при ускладненнях алогерніопластики, показання та профілактика / Я.П.Фелештинський, В.Ф.Ватаманюк, С.В.Овирядовський, В.О.Дубенець // Львівський медичний часопис. – 2009. – Т.ХV. – №2. – С. 61-64.
6. Basoglu M. Late complications of incisional hernias following prosthetic mesh repair / Basoglu M., Yildiran M., Yilmaz I. [et al.] // Acta Chir Belg. – 2004. – №104(4). – P.425-428.
7. Wainwright S. A. Mechanical Design of Organisms / S. A.Wainwright, W. D.Biggs, J. D.Currey, J. M.Gosline // Edward Arnold. – 1976. – 212 p.

Реферат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕМЕНТОВ КОНСТРУИРОВАНИЯ ПРИ АЛЛОПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Лысенко Р.Б.

Ключевые слова: дефект брюшной стенки, аллопластика, конструирование.

В работе представлены результаты изучения особенностей конструирования при аллопластике дефектов брюшной стенки. При планировании аллопластики по поводу дефекта брюшной стенки хирургу необходимо учитывать не только размер, расположение дефекта, состояние окружающих тканей, наличие или отсутствие дополнительных дефектов, но и тип имплантата, его строение, размер, физико-механические показатели, способ расположения в тканях брюшной стенки и вид фиксации.

Summary

APPLICATION OF DESIGN ELEMENTS IN ALLOPLASTY OF ABDOMINAL WALL DEFECTS

Lysenko R.B.

Key words: abdominal wall defects, alloplasty, design.

This paper presents the results obtained by studying the design peculiarities for alloplasty of abdominal wall defects. When the planning alloplasty on abdominal wall defects the surgeon must consider not only the size and the location of the defect, the condition of the surrounding tissue, the presence or absence of additional defects, but he should also take into account the type of graft, its structure, size, physical and mechanical properties, method of its placement in the tissues of the abdominal wall and the type of its stabilization.

УДК 539.3-616.31-76.29.55

Павленко О.В., Леоненко П.В.,¹ Кришук М.Г., Єщенко В.О.²

РАЦІОНАЛЬНЕ ПЛАНУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ТА ОРТОПЕДИЧНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ЗАХОДІВ ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ІМІТАЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ БІОМЕХАНІЧНОЇ СИСТЕМИ З ДЕНТАЛЬНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ

1 - Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна,

2 - НТУУ «Київський політехнічний інститут», м. Київ, Україна

В даній роботі створено та проаналізовано імітаційні моделі різних біомеханічних систем «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція» для проведення реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів з метою раціонального планування хірургічних та ортопедичних реконструктивних заходів. Проведений розрахунково-теоретичний аналіз сил, напружень та деформацій біомеханічних систем з дентальними імплантатами дозволив виділити біомеханічні фактори ризику при дентальній імплантації і дати практичні рекомендації з профілактики перевантаження імплантатів ортопедичними конструкціями ще до їх виготовлення.

Ключові слова: розрахунково-теоретичний біомеханічний аналіз, метод скінченних елементів, дентальні імплантати, опороздатність, напружено-деформований стан, зубо-щелепний апарат людини.

Вступ

Застосування дентальних внутрішньокісткових імплантатів відкрило нові можливості в конструюванні зубних протезів. Головною перевагою дентальної імплантації є створення умов для незнімного протезування, в тому числі при повній відсутності зубів або при значних дефектах зубних рядів. Крім того, внутрішньокісткові імплантати можуть використовуватися для підвищення якості фіксації знімних протезів [1, 2, 3, 4, 5].

Досвід використання дентальної імплантації в Україні та за її межами знайшов відображення у численних публікаціях, які в основному стосуються клінічної ефективності різних видів імплантатів, методик імплантації, а саме: безпосередньої, відстроеної, в умовах дефіциту кістки, при безпосередньому навантаженні імплантатів, а також лікуванню периімпланти-ту та методам його профілактики [1, 5, 6, 7, 8, 9,].

Розвиток дентальної імплантології і загальновідомі відмінності в умовах функціонування зуба та його штучної імітації – дентального імплантату обумовлюють необхідність прогнозування ефективності самої імплантації та протезування на імплантатах з позицій біомеханіки [8, 9].

Більшість дослідників, які вивчали кісткову тканину, зазначають, що, поряд з впливом безлічі системних і місцевих факторів, основними є біомеханічні зусилля, що регулюють процеси резорбції і регенерації кістки [8 - 10].

Параметри напружено-деформованого стану в кістковій тканині навколо дентальних імплантатів мають найважливіше значення для ефективності протезування на імплантатах, особливо у віддалені терміни їх функціонування. Значні силові навантаження змінної амплітуди в щелепі призводять до резорбції кісткової тканини і неспроможності імплантатів як штучних зубних протезів. У зв'язку з цим актуальні дослідження по моделюванню напружено-деформованого стану в кістковій тканині при різних умовах навантаження імплантатів [2, 3, 4, 11]. Біомеханічні аспекти планування імплантації та функціонування внутрішньокісткових імплантатів вивчені недостатньо, що частково пояснюється неможливістю виміряти *in vivo* напруження в кістковій тканині при навантаженні імплантатів. Гна-тодинамометричне, тензометричне, частотно-резонансне дослідження (RFA) дають відносне уявлення про напружено-деформований стан в кістковій тканині при навантаженні імплантатів [9].

Найбільш інформативним і перспективним експе-

риментальним методом вивчення біомеханіки зубо-щелепного апарату є тривимірне математичне моделювання напружено-деформованого стану при різних клінічних умовах функціонування [11, 12, 13, 14]. Проведені в цьому напрямку роботи базуються на математичних моделях і розрахунках різного рівня складності та відповідності клінічним умовам, дають суперечливі результати по величині і характеру напружень в кістковій тканині [2 – 4, 15].

Аналіз залежності клінічної ефективності імплантатів від біомеханічних умов їх функціонування відображений в численних публікаціях, що стосуються окремих факторів впливу функціонального навантаження на стан кісткової тканини (кількість, довжина імплантатів, первинна стабільність імплантатів) [1, 5 - 7]. Відсутні відомості про вплив на клінічні результати локалізації імплантатів в різних відділах щелепи, якості кісткової тканини в місці імплантації, типу супраконструкції протезів на імплантатах і їх оклюзійних співвідношень, особливостей функціонального навантаження.

Цифрові методи планування та виготовлення зубопротезних конструкцій поки використовуються в урізаному вигляді. Крім цього, етап розрахунку міцності під впливом динамічних навантажень при клініко-лабораторних етапах виготовлення зубопротезних конструкцій взагалі не існує [14].

Мета роботи

Удосконалення методики CAD проектування протезів та адаптування її до медичного застосування для САЕ аналізу трьохвимірних високоточних моделей зубощелепного апарату пацієнта та дентальних імплантатів з метою скінчено-елементного аналізу напружено-деформованого стану біомеханічної системи «кісткова тканина - дентальний імплантат – супраконструкція».

Об'єкт і методи дослідження

Дана частина роботи відноситься до покрокового дослідження, що стосується вивчення опороздатності і механічних аспектів поведінки біомеханічної системи «кісткова тканина – дентальний імплантат - супраконструкція» (КДІС) людини в умовах фізіологічної норми, методом покрокового вивчення імітаційних моделей по відношенню до анатомічної реальності (рис.1-2.). Поставлена задача вирішується із застосуванням методів комп'ютерної конусно-променевої томографії для візуальної і кількісної оцінки щільності та геометрії неоднорідних структур кісток щелепи, що візуалі-

УДК 539.3-616.31-76.29.55

Павленко О.В., Леоненко П.В.,¹ Кришук М.Г., Єщенко В.О.²

РАЦІОНАЛЬНЕ ПЛАНУВАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ТА ОРТОПЕДИЧНИХ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ЗАХОДІВ ШЛЯХОМ СТВОРЕННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ІМІТАЦІЙНИХ МОДЕЛЕЙ БІОМЕХАНІЧНОЇ СИСТЕМИ З ДЕНТАЛЬНИМИ ІМПЛАНТАТАМИ

1 - Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна,

2 - НТУУ «Київський політехнічний інститут», м. Київ, Україна

В даній роботі створено та проаналізовано імітаційні моделі різних біомеханічних систем «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція» для проведення реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів з метою раціонального планування хірургічних та ортопедичних реконструктивних заходів. Проведений розрахунково-теоретичний аналіз сил, напружень та деформацій біомеханічних систем з дентальними імплантатами дозволив виділити біомеханічні фактори ризику при дентальній імплантації і дати практичні рекомендації з профілактики перевантаження імплантатів ортопедичними конструкціями ще до їх виготовлення.

Ключові слова: розрахунково-теоретичний біомеханічний аналіз, метод скінченних елементів, дентальні імплантати, опороздатність, напружено-деформований стан, зубо-щелепний апарат людини.

Вступ

Застосування дентальних внутрішньокісткових імплантатів відкрило нові можливості в конструюванні зубних протезів. Головною перевагою дентальної імплантації є створення умов для незнімного протезування, в тому числі при повній відсутності зубів або при значних дефектах зубних рядів. Крім того, внутрішньокісткові імплантати можуть використовуватися для підвищення якості фіксації знімних протезів [1, 2, 3, 4, 5].

Досвід використання дентальної імплантації в Україні та за її межами знайшов відображення у численних публікаціях, які в основному стосуються клінічної ефективності різних видів імплантатів, методик імплантації, а саме: безпосередньої, відстроеної, в умовах дефіциту кістки, при безпосередньому навантаженні імплантатів, а також лікуванню периімпланти-ту та методам його профілактики [1, 5, 6, 7, 8, 9,].

Розвиток дентальної імплантології і загальновідомі відмінності в умовах функціонування зуба та його штучної імітації – дентального імплантату обумовлюють необхідність прогнозування ефективності самої імплантації та протезування на імплантатах з позицій біомеханіки [8, 9].

Більшість дослідників, які вивчали кісткову тканину, зазначають, що, поряд з впливом безлічі системних і місцевих факторів, основними є біомеханічні зусилля, що регулюють процеси резорбції і регенерації кістки [8 - 10].

Параметри напружено-деформованого стану в кістковій тканині навколо дентальних імплантатів мають найважливіше значення для ефективності протезування на імплантатах, особливо у віддалені терміни їх функціонування. Значні силові навантаження змінної амплітуди в щелепі призводять до резорбції кісткової тканини і неспроможності імплантатів як штучних зубних протезів. У зв'язку з цим актуальні дослідження по моделюванню напружено-деформованого стану в кістковій тканині при різних умовах навантаження імплантатів [2, 3, 4, 11]. Біомеханічні аспекти планування імплантації та функціонування внутрішньокісткових імплантатів вивчені недостатньо, що частково пояснюється неможливістю виміряти *in vivo* напруження в кістковій тканині при навантаженні імплантатів. Гна-тодинамометричне, тензометричне, частотно-резонансне дослідження (RFA) дають відносне уявлення про напружено-деформований стан в кістковій тканині при навантаженні імплантатів [9].

Найбільш інформативним і перспективним експе-

риментальним методом вивчення біомеханіки зубо-щелепного апарату є тривимірне математичне моделювання напружено-деформованого стану при різних клінічних умовах функціонування [11, 12, 13, 14]. Проведені в цьому напрямку роботи базуються на математичних моделях і розрахунках різного рівня складності та відповідності клінічним умовам, дають суперечливі результати по величині і характеру напружень в кістковій тканині [2 – 4, 15].

Аналіз залежності клінічної ефективності імплантатів від біомеханічних умов їх функціонування відображений в численних публікаціях, що стосуються окремих факторів впливу функціонального навантаження на стан кісткової тканини (кількість, довжина імплантатів, первинна стабільність імплантатів) [1, 5 - 7]. Відсутні відомості про вплив на клінічні результати локалізації імплантатів в різних відділах щелепи, якості кісткової тканини в місці імплантації, типу супраконструкції протезів на імплантатах і їх оклюзійних співвідношень, особливостей функціонального навантаження.

Цифрові методи планування та виготовлення зубопротезних конструкцій поки використовуються в урізаному вигляді. Крім цього, етап розрахунку міцності під впливом динамічних навантажень при клініко-лабораторних етапах виготовлення зубопротезних конструкцій взагалі не існує [14].

Мета роботи

Удосконалення методики CAD проектування протезів та адаптування її до медичного застосування для САЕ аналізу трьохвимірних високоточних моделей зубощелепного апарату пацієнта та дентальних імплантатів з метою скінчено-елементного аналізу напружено-деформованого стану біомеханічної системи «кісткова тканина - дентальний імплантат – супраконструкція».

Об'єкт і методи дослідження

Дана частина роботи відноситься до покрокового дослідження, що стосується вивчення опороздатності і механічних аспектів поведінки біомеханічної системи «кісткова тканина – дентальний імплантат - супраконструкція» (КДІС) людини в умовах фізіологічної норми, методом покрокового вивчення імітаційних моделей по відношенню до анатомічної реальності (рис.1-2.). Поставлена задача вирішується із застосуванням методів комп'ютерної конусно-променевої томографії для візуальної і кількісної оцінки щільності та геометрії неоднорідних структур кісток щелепи, що візуалі-

зуються, механіки твердого тіла, що пружно деформується, обчислювальної математики та інформаційних технологій для імітаційного моделювання мето-

дом скінченних елементів механічного стану КДІС людини в CAD/CAE системах.

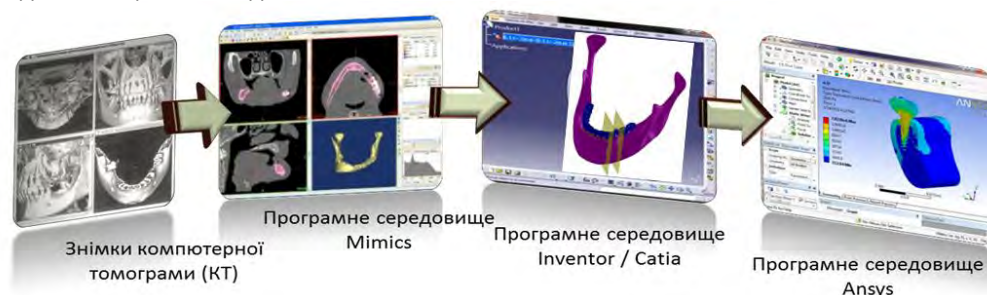


Рис. 1. Схема етапів проведення скінчено-елементного аналізу імітаційної моделі біомеханічної системи «кісткова тканина а - дентальний імплантат - супраконструкція» [11-13, 16].

Об'єктом дослідження в даній роботі обрано імітаційні моделі біомеханічних систем «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція» у пацієнтів з адентією нижньої щелепи. Для цього згідно запропонованого нами алгоритму за допомогою комп'ютерної томографії отримані геометричні параметри нижньої щелепи, в програмному забезпеченні Mimics визначені межі розподілу між кортикальним шаром та губчастим [11-13]. За даними СВСТ, рентгеновської денситометрії встановлювали рентгенологічну щільність анатомічних утворень, створювали набір поліліній та експортували в програмне середовище Inventor / Catia для створення 3D моделей. Отриману 3D модель розбивали на низку дискретних однорідних об'ємів, кожному з яких надавали власних анізотропних механічних властивостей. Згідно до плану лікування пацієнта, до створеної кусково-неоднорідної, 3D моделі щелепи за допомогою булевих операцій встановлювали попередньо створені твердотільні моделі дентальних імплантатів та супраконструкцій.

Розташування в даному дослідженні дентальних

імплантатів було наступним: 2-ва у фронтальній ділянці нижньої щелепи, та два у ділянці премолярів. Згідно до плану лікування, після дентальної імплантації 4-х імплантатів заплановане встановлення на них повного знімного покривного протезу з металевим каркасом. З метою пошуку оптимальних варіантів перерозподілу навантаження на дентальні імплантати та кістку навколо них, зроблено припущення про можливе покращення опороздатності біомеханічної системи у разі балочного шинування дентальних імплантатів по 2-ва (рис.2., СЕМ КДІС №2). З метою аналізу побудовано 3D моделі: №1 - протези з опорою на 4-х, окремо розташованих дентальних імплантатах і модель №2 - повні знімні покривні протези з опорою на 4-х дентальних імплантатах, по два шинованих між собою балкою (здвоєних) дентальних імплантата.

На рис. 2 наведена схема з варіантами силового навантаження дентальних імплантатів геометричним аналогом супраконструкції - повного знімного покривного протезу у вигляді балки в системі КДІС.

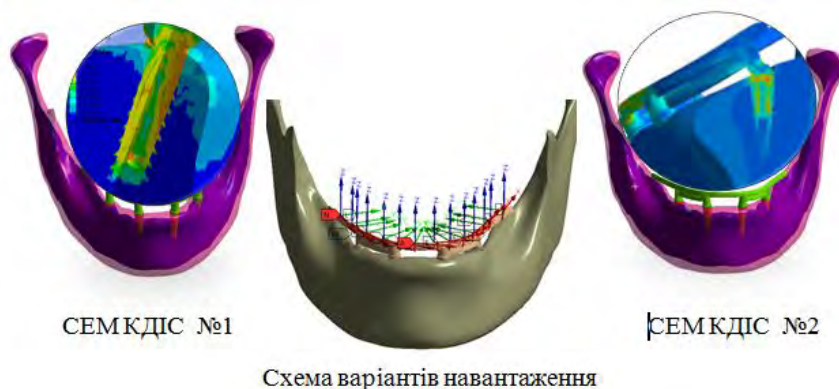


Рис. 2. Варіанти імітаційних моделей біомеханічної системи «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція», що були досліджені, а також схема їх силового навантаження.

Експериментальні навантаження скінчено-елементної моделі (СЕМ) КДІС проводили в програмному середовищі ANSYS в умовах максимально наближених до умов функціональних навантажень. Проведено вивчення пружно-деформованих станів і їх залежності від кута нахилу α вектора R сили оклюзійного навантаження. Прийняті в роботі механічні властивості матеріалів біомеханічної системи КДІС отримані з даних літератури, а також клінічних, спеціальних та експериментальних досліджень [9, 10, 12, 14].

Результати досліджень та їх обговорення

Для дослідження залежності опороздатності кісткової тканини (КТ) до функціональних навантажень

дентальних імплантатів в залежності від кількості опор, їх розташування та можливості шинування балкою проведено навантаження біомеханічної системи СЕМ КДІС. Застосовані алгоритми імітаційного математичного моделювання на основі методу скінченних елементів. Дані чисельного експерименту встановлені за результатами комп'ютерних тестів для біомеханічної системи СЕМ КДІС при функціональних силових навантаженнях, що залежать від точки прикладення сили на поверхні супраконструкції та напрямку її дії за критерієм досягнення еквівалентного за Мізесом напруженням границі міцності кортикальної КТ.

При функціональному навантаженні СЕМ КДІС №1 з окремо розташованими дентальними імплантатами

та у порівнянні з СЕМ КДІС №2, отримані певні закономірності. В моделі №1 мінімальна опороздатність КТ та витривалість до навантажень (за критерієм досягнення еквівалентного за Мізесом напруженням границі міцності кортикальної КТ) в біомеханічній системі КДІС визначена при горизонтальних навантаженнях $R = 300 \pm 120 \text{ Н}$, що відповідає куту вектора зусиль $\alpha = 90^\circ$. В СЕМ КДІС №2, при шинуванні дентальних імплантів балкою, мінімальна опороздатність КТ також визначена при горизонтальних навантаженнях, але загальна витривалість СЕМ КДІС по відношенню до відповідних навантажень окремо розташованих імплантів (модель №1) достовірно зросла в 6 разів, та становила $R = 1800 \pm 190 \text{ Н}$, ($P < 0,05$).

Максимальна опороздатність КТ та витривалість до навантажень в біомеханічній системі визначена при компресійному стиску вздовж лінії вісьової симетрії імплантів в СЕМ КДІС №2, у шинуваних по 2-ва дентальних імпланти, $R = 889 \pm 90 \text{ Н}$, що відповідає куту вектора зусиль $\alpha = 0^\circ$. Натомість в СЕМ КДІС №1 цей показник був достовірно меншим в двічі, та складав $R = 445 \pm 110 \text{ Н}$, ($P < 0,05$). Оскільки армований повний знімний покривний протез за межами спираю на жорсткі опори (імпланти), в дистальних відділах спирається виключно на піддатливу слизову, за своєю суттю (з точки зору біомеханічного конструювання) є консольною балкою. Відповідно для визначення відклику кісткової тканини на вплив навантажень на консольну частину балки, ми зміщували точки прикладання функціонального навантаження (вектор зусиль $\alpha = 0^\circ$) по поверхні консольної частини в СЕМ КДІС №2 на відстань 5мм, 10мм, 15мм (рис.2.). Визначено, що зміщення локалізованого навантаження на протез, дистально, в напрямку від вісі симетрії імплантата у варіанті СЕМ КДІС з суттєвим послабленням кісткової тканини (зниження модуля пружності) приводить до зміни напружено-деформованого стану КТ, з суттєвим зменшенням її опороздатності (5мм, $R = 808 \text{ Н}$), (10мм, $R = 728 \text{ Н}$), (15мм, $R = 622 \text{ Н}$).

Згідно результатів аналізу порівняльної біомеханічної оцінки СЕМ КДІС №1 і №2, біомеханічними факторами, що підвищують ефективність імплантації та витривалість до функціонального навантаження, є шинування імплантів балкою по 2-ва. Таке шинування призводить до падіння напружень в кортикальній кістковій тканині в 3 рази, відповідно збільшуючи запас міцності та витривалості усієї біомеханічної системи до перевантажень.

Оскільки оптимальним конструкційним рішенням визнано СЕМ КДІС №2, з метою вивчення поведінки цієї СЕМ КДІС в умовах зниження біомеханічних параметрів кісткової тканини при остеопенії та остеопорозі, вивчено вплив цих метаболічних остеопатій на витривалість усієї системи до функціональних навантажень. У разі повтору експерименту, але вже з по-

слабленими біомеханічними параметрами кортикального та губчастого шарів кісткової тканини встановлено відповідні закономірності. Мінімальна опороздатність КТ та витривалість до навантажень (за критерієм досягнення еквівалентного за Мізесом напруженням границі міцності кортикальної КТ) в біомеханічній системі КДІС також була визначена при здвигових навантаженнях (кут вектора зусиль $\alpha = 90^\circ$), але з падінням показника в 1,7 рази ($R = 1062 \pm 115 \text{ Н}$), ($P < 0,05$). Максимальна опороздатність КТ та витривалість до функціональних навантажень (розподілених по площі конструкції) в СЕМ КДІС також була визначена при компресійному стиску вздовж лінії вісьової симетрії шинуваних імплантів (СЕМ №2, $R = 1200 \pm 70 \text{ Н}$), але з послабленням біомеханічних властивостей кістки, її можливості витримувати жувальний тиск впали в 1,7 рази ($R = 734 \pm 89 \text{ Н}$), ($P < 0,05$). У разі точкового навантаження супраконструкції в СЕМ №2, під кутом вектора зусиль $\alpha = 0^\circ$, але з послабленими біомеханічними характеристиками кістки, ми отримали більш суттєве падіння її несучої здатності в досліджуємому варіанті конструкції з шинуваними імплантами. Встановлено зменшення в 2,6 рази несучої здатності біомеханічної системи з $R = 889 \text{ Н}$ до $R = 346 \text{ Н}$, ($P < 0,05$). Відповідно для визначення відклику кісткової тканини (з послабленими біомеханічними властивостями при остеопорозі) на вплив навантажень на консольну частину балки, ми зміщували точки прикладання функціонального навантаження (вектор зусиль $\alpha = 0^\circ$) по поверхні консольної частини як і в попередньому дослідженні моделі №2, на відстань 5мм, 10мм, 15мм (рис.2.). Визначено, що зміщення локалізованого навантаження на протез, дистально, в напрямку від вісі симетрії імплантата у варіанті СЕМ КДІС з суттєвим послабленням кісткової тканини (зниження модуля пружності) приводить до зміни напружено-деформованого стану КТ, з суттєвим зменшенням її опороздатності (5мм, $R = 321 \text{ Н}$), (10мм, $R = 295 \text{ Н}$), (15мм, $R = 270 \text{ Н}$).

Аналіз полів напружень при розподілену по площі супраконструкції навантаженні в 1200Н, у разі нормальних, фізико-механічних параметрів кісткової тканини, вказує, що оптимальним для СЕМ КДІС №2 є 4 опорних дентальних імпланти, що у разі шинування їх між собою по 2-ва, дозволяє без перевантажень навантажити кістку в опорних місцях повним знімним покривним протезом. В СЕМ КДІС №2 найбільші значення локалізовані в перших 5-ти витках різби імплантів з'єднаних між собою на відміну від локальних концентраторів напружень кортикального шару кістки навколо шийки імплантів розташованих поодинокі, не з'єднаних між собою (рис.3.).

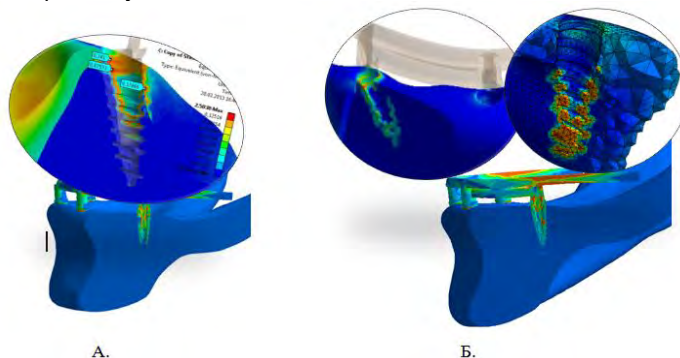


Рис.3. Розподіл напружень в з'єднанні кістка-імплантат: А. СЕМ КДІС №1; Б. СЕМ КДІС №2.

В СЕМ КДІС № 2 при вертикальному навантаженні, точковому, у фронтальному або бічному відділі усі напруження компенсуються та перерозподіляються за рахунок жорсткості їх з'єднуючої балки. Відповідно шинування встановлених імплантатів по 2-ва балкою, є найкращим рішенням для покривних знімних протезів (рис.3.).

Таким чином, отримано характеристики опороздатності та міцності біомеханічних систем «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція» при функціональних силових навантаженнях повних знімних покривних протезів з опорою на 4-х дентальних імплантатах, що найчастіше застосовуються у клінічній практиці. Застосування автоматизованих алгоритмів дозволило створити імітаційні 3D моделі, що з високою точністю відтворювали особливості геометрії біомеханічних систем, неоднорідність структури кісткової тканини, розподіл напружень та деформацій при силовому навантаженні біомеханічних систем (моделі №1-2). На відміну від інших досліджень даного типу, що відтворювали лише загальні особливості анатомії біомеханічної системи «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція» або її елементів в даному дослідженні було використано принцип максимального наближення імітаційних моделей до форми конструкцій імплантатів та структурної неоднорідності кісткової тканини щелепи (неоднорідності і анізотропії механічних характеристик) на основі методу тримірної реконструкції.

Висновки

Згідно даних аналізу порівняльної біомеханічної оцінки досліджених моделей, біомеханічними факторами, що підвищують ефективність імплантації, згідно з моделлю №2 є: функціональне навантаження імплантатів супраконструкцією вздовж лінії вісової симетрії імпланта; шинування опорних імплантатів по два (падиння напружень в КТ в 3 рази).

При конструюванні протезів на імплантатах рекомендовано забезпечення вертикально-спрямованого оклюзійного навантаження імплантатів і рівномірних оклюзійних контактів уздовж зубного ряду, за рахунок сплюснення бугрів та крапкових контактів у центрі штучних коронок, а також контролювати та уникати у пацієнтів звички однобічного типу жування.

Системні метаболічні захворювання КТ (остеопенія, остеопороз) різко погіршують опороздатність кістки до функціональних навантажень навіть при шинуванні дентальних імплантатів по 2-ва. Такий висновок дає нам змогу рекомендувати при плануванні імплантації пацієнтам, що втратили зуби внаслідок ГП та метаболічних остеопатій, максимально-оптимально збільшувати кількість опорних імплантатів (та їх діаметр) з обов'язковим попереднім плануванням місць їх розташування з використанням запропонованим нами способом CAD/CAE проектування реконструктивних втручань.

Хірургічне втручання по встановленню дентальних імплантатів потрібно починати виключно після ортопедичного планування майбутньої конструкції зубних протезів з проведенням CAD/CAE розрахунків, а потім добирати необхідну кількість дентальних імплантатів та їх макро та мікро геометричні параметри.

Створення імітаційних моделей біомеханічної системи «кісткова тканина - дентальний імплантат - супраконструкція» на етапах планування реабілітації пацієнтів з дефектами зубних рядів з метою раціонального планування хірургічних та ортопедичних реконструктивних заходів дозволяє виділити біомеханічні

фактори ризику при дентальній імплантації і дати практичні рекомендації з профілактики перевантаження імплантатів ортопедичними конструкціями ще до їх виготовлення.

Перспективи подальших досліджень

Виходячи з вищенаведеного, у подальшому, базуючись на отриманих знаннях та параметрах біомеханіки функціонування імітаційних моделей біомеханічних систем, будуть проведені пошуки оптимальних варіантів геометричних параметрів дентальних імплантатів з метою зменшення напружень в кістковій тканині.

Література

1. Кирюшин М.А. Ортопедическое лечение больных с полным отсутствием зубов на нижней челюсти пластиночными протезами с дополнительной фиксацией на внутрикостных мини-имплантатах : автореф. дис. к-та мед. наук: спец. 14.01.22 «Стоматология» / М.А.Кирюшин – М., 2007. – 20 с.
2. Олесова В.Н. Сравнительное трехмерное моделирование напряженно-деформированного состояния кортикальной кости нижней челюсти при нагрузке имплантатов в боковом и фронтальном отделах зубного ряда / В.Н. Олесова, Г.Н. Журули, Ю.М. Магамедханов [и др.] // Материалы конференции ; Импантация в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – Минск, 2009. – С.106.
3. Ревякин А.В. Исследование напряженно- деформированного состояния в системе протез-нижняя челюсть на имплантатах. Часть I / А.В. Ревякин, В.П. Болонкин, И.В. Болонкин // Маэстро стоматологии. – 2006. – №4. – С. 85-92.
4. Ревякин А.В. Исследование напряженно-деформированного состояния в системе протез-нижняя челюсть на имплантатах. Часть II. / А.В. Ревякин Ю.В. Никольский, В.Ф. Попов // Маэстро стоматологии. – 2007. – №1. – С. 11-22.
5. Хорвиц Я. Рентгенологические изменения в области имплантатов через один год после немедленного протезирования с опорой на имплантаты у пациентов с пародонтитом / Я. Хорвиц, О. Зуабн, Э. Мачтей // PERIO IQ. – 2009. – № 17. – С. 52-63.
6. Зуаби О. Рентгенологичні зміни навколо імплантатів, що були негайно відновлені реставраціями, у пацієнтів з захворюваннями пародонту / О. Зуаби, Дж. Горвіц, М. Пелед, Е. Махтей // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2010. – № 2 (18). – С. 37–39.
7. Rocuzzo M. Ten-year results of a three arms prospective cohort study on implants in periodontally compromised patients. Part 1: implant loss and radiographic bone loss / M. Rocuzzo, N. De Angelis, L. Bonino, M. Aglietta // Clin. Oral Impl. Res. – 2010. – P.490–496.
8. Мазур І. П. Біомеханічні аспекти кісткової тканини нижньої щелепи: клініко-експериментальне дослідження. Частина II / І.П. Мазур, П.В. Леоненко // Імплантологія. Пародонтологія. Остеологія. – 2010. – № 2 (18). – С. 8–16.
9. Леоненко П.В. Впровадження алгоритму (протоколу) надання комплексної діагностично-лікувальної допомоги пацієнтам з генералізованим пародонтитом, остеопатіями та дефектами зубних рядів з використанням методу дентальної імплантації / П.В. Леоненко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2012. – №21, кн.1. – С.211-225.
10. Shahar R. Anisotropic Poisson's ratio and compression modulus of cortical bone determined by speckle interferometry / R. Shahar, P. Zaslansky, M. Barak [et al.] // J. Biomech. – 2007. – V. 40 (2). – P. 252-264.
11. Леоненко П.В. Скінчено-елементний аналіз імітаційної трьохвимірної моделі біомеханічної системи «кісткова тканина - дентальний імплантат – супраконструкція» / П.В. Леоненко, В.О. Єщенко // Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут». – 2012. – №65. – С. 105-109.
12. Леоненко П.В. Створення і аналіз імітаційних 3D моделей біомеханічних систем "зуб - пародонт - щелепа" з метою експериментального вивчення змін їх біомеханіки у пацієнтів з генералізованим пародонтитом / П.В. Леоненко // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2012. – №21, кн.4. – С. 40-57.
13. Кришук М.Г. Імітаційне моделювання функціональних навантажень оклюзійної поверхні супраконструкцій з опорою на дентальні імплантати з метою визначення граничного стану напружень кісткових тканин щелепи людини / М.Г. Кришук, П.В. Леоненко, В.О. Єщенко // Матеріали 3-ї міжнародної конференції «Біомедична інженерія і технологія» 15-16 березня 2012р.. – К., 2012. – С.97-98.
14. Маланчук В. О. Вивчення біомеханіки нижньої щелепи на тривимірних комп'ютерних моделях методом скінченних елементів / В. О.Маланчук, А. В.Копчук, М. Г.Кришук // Вісник стоматології. – 2009. – №3. – С. 56-62.

15. Мандзюк Т. Обзор проблем компьютерного моделирования биомеханических систем у стоматологии / Т. Мандзюк, В. Вовк // Вісник Львів. Університету. Серія приклад. математ. та інформ. – 2008. – Вип. 14. – С.105-122.

16. Цибенко О.С. Автоматизовані системи проектування та інженерних розрахунків в машинобудуванні / О.С.Цибенко, М.Г.Кришук. – Навчальний посібник. – К. : Політехніка, НТУУ «КПІ», 2008. – 98 с.

Реферат

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМИТАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ С ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ

Павленко О.В., Леоненко П.В., Кришук М.Г., Ещенко В.О.

Ключевые слова: расчетно-теоретический биомеханический анализ, метод конечных элементов, дентальные имплантаты, опорная способность, напряженно-деформированное состояние, зубо-челюстной аппарат человека.

В данной работе созданы и проанализированы имитационные модели различных биомеханических систем «костная ткань - дентальный имплантат - супраконструкции» для проведения реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов с целью рационального планирования хирургических и ортопедических реконструктивных мероприятий. Проведенный расчетно-теоретический анализ сил, напряжений и деформаций биомеханических систем с дентальными имплантатами позволил выделить биомеханические факторы риска при дентальной имплантации и дать практические рекомендации по профилактике перегрузки имплантатов ортопедическими конструкциями еще до их изготовления.

Summary

RATIONAL PLANNING FOR SURGICAL AND ORTHOPEDIC RECONSTRUCTIVE MEASURES BY WORKING UP INDIVIDUAL SIMULATION MODELS OF BIOMECHANICAL SYSTEM WITH DENTAL IMPLANTS

Pavlenko A.V., Leonenko P.V., Krishchuk N.G., Yeschenko V.O.

Keywords: computational and theoretical biomechanical analysis, finite element method, dental implants, supporting capacity, stress-strain state, dentofacial apparatus.

This paper presents some aspects referring the development and analysis of simulations of various biomechanical systems "bone - dental implants – supra-constructions" for the rehabilitation of patients with dentition defects in order to improve the planning of surgical and orthopedic reconstructive measures. Computational and theoretical biomechanical analysis of forces, stresses and strains of biomechanical systems with dental implants allowed us to determine biomechanical risk factors in dental implantation and to provide practical guidelines for preventing implant overloading with the dental appliances before making them.

УДК 616-006.6-089.85

Сухін І.А., Білиловець О.М., Алікберов Ю.В., Сливка С.В., Васильєва І.В.

ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТУ «LIGASURE» В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

ДТГО «Південно-західна залізниця». Вузлова лікарня №1 ст. Дарниця.

ГТОО «Юго-западная железная дорога» Узловая больница № 1. ст. Дарница

Стаття присвячена досвіду використання енергетичної платформи «Force triad» фірми Valleylab, яка має режим електричного лігування судин «LigaSure» другого покоління, при виконанні оперативних втручань на органах черевної порожнини. Запропоновані варіанти режимів використання в залежності від діаметру судин та супутньої патології.

Ключові слова: LigaSure, електричне лігування судин, гемостаз, порожнинні операції

Вступ

Велика кількість методів здійснення гемостазу, які використовуються при операціях на органах черевної порожнини, свідчить не тільки про активний науковий пошук, але й про відсутність досконалих методик. Останнім часом створена велика кількість приладів та різноманітних пристроїв для полегшення виконання операцій пов'язаних з небезпекою великої крововтрати і на самперед це електрохірургічні блоки. Електрохірургія займає відповідне місце в арсеналі хірургічних підходів до безкровного розсічення тканин та отримання надійного гемостазу[2]. При операціях, які виконуються в важко доступних місцях з обмеженим візуальним контролем, електричний дозований вплив одна з небагатьох технологій, яка може забезпечити бажаний результат[1,3]. До переваг електрохірургічних апаратів можна віднести абластичність, можливість оперування в інфікованих тканинах. Разом з тим такі методики не позбавлені недоліків, які полягають в складності співставності дії з бажаним ефектом та небезпекою виникнення не санкціонованих електричних опіків у пацієнтів, утворення великої зони ушкодження оточуючих тканин. Окрім всього ви-

користання електрокоагулятора в ділянці проходження магістральних судин може викликати пошкодження останніх[5]. При проведенні різних за характером оперативних втручань з використанням сучасних електрохірургічних апаратів, параметри необхідні для розсічення тканин визначаються хірургом досить приблизно. Самі сучасні апарати обладнані зворотнім зв'язком не можуть виключити аномальних шляхів руху електричного струму в наслідок неоднорідності біологічної тканини. Серед електрохірургічних способів впливу особливе положення займають генератор для електролізування судин Vessel Sealing System (LigaSure) та височастотний електричний генератор ЕК300М-1 «Патонмед» [4]. Генератори для електролізування використовуються для коагуляції судин або пасма тканин з розташованими в них судинами. Переваги такої технології полягають в тому що при адекватному спрацюванні апарату в організмі не лишається сторонніх матеріалів. При такому впливі практично не буває явищ карбонізації [6]. До недоліків відносять тривалість процесу зварювання. Іноді виникає необхідність повторної дії на тканину в наслідок захвату надто великої ділянки або недостатньо щільно-

15. Мандзюк Т. Обзор проблем компьютерного моделирования биомеханических систем у стоматологии / Т. Мандзюк, В. Вовк // Вісник Львів. Університету. Серія приклад. математ. та інформ. – 2008. – Вип. 14. – С.105-122.

16. Цибенко О.С. Автоматизовані системи проектування та інженерних розрахунків в машинобудуванні / О.С.Цибенко, М.Г.Кришук. – Навчальний посібник. – К. : Політехніка, НТУУ «КПІ», 2008. – 98 с.

Реферат

РАЦИОНАЛЬНОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПУТЕМ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ИМИТАЦИОННЫХ МОДЕЛЕЙ БИОМЕХАНИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ С ДЕНТАЛЬНЫМИ ИМПЛАНТАТАМИ

Павленко О.В., Леоненко П.В., Кришук М.Г., Ещенко В.О.

Ключевые слова: расчетно-теоретический биомеханический анализ, метод конечных элементов, дентальные имплантаты, опорная способность, напряженно-деформированное состояние, зубо-челюстной аппарат человека.

В данной работе созданы и проанализированы имитационные модели различных биомеханических систем «костная ткань - дентальный имплантат - супраконструкции» для проведения реабилитации пациентов с дефектами зубных рядов с целью рационального планирования хирургических и ортопедических реконструктивных мероприятий. Проведенный расчетно-теоретический анализ сил, напряжений и деформаций биомеханических систем с дентальными имплантатами позволил выделить биомеханические факторы риска при дентальной имплантации и дать практические рекомендации по профилактике перегрузки имплантатов ортопедическими конструкциями еще до их изготовления.

Summary

RATIONAL PLANNING FOR SURGICAL AND ORTHOPEDIC RECONSTRUCTIVE MEASURES BY WORKING UP INDIVIDUAL SIMULATION MODELS OF BIOMECHANICAL SYSTEM WITH DENTAL IMPLANTS

Pavlenko A.V., Leonenko P.V., Krishchuk N.G., Yeschenko V.O.

Keywords: computational and theoretical biomechanical analysis, finite element method, dental implants, supporting capacity, stress-strain state, dentofacial apparatus.

This paper presents some aspects referring the development and analysis of simulations of various biomechanical systems "bone - dental implants – supra-constructions" for the rehabilitation of patients with dentition defects in order to improve the planning of surgical and orthopedic reconstructive measures. Computational and theoretical biomechanical analysis of forces, stresses and strains of biomechanical systems with dental implants allowed us to determine biomechanical risk factors in dental implantation and to provide practical guidelines for preventing implant overloading with the dental appliances before making them.

УДК 616-006.6-089.85

Сухін І.А., Білиловець О.М., Алікберов Ю.В., Сливка С.В., Васильєва І.В.

ВИКОРИСТАННЯ АПАРАТУ «LIGASURE» В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

ДТГО «Південно-західна залізниця». Вузлова лікарня №1 ст. Дарниця.

ГТОО «Юго-западная железная дорога» Узловая больница № 1. ст. Дарница

Стаття присвячена досвіду використання енергетичної платформи «Force triad» фірми Valleylab, яка має режим електричного лігування судин «LigaSure» другого покоління, при виконанні оперативних втручань на органах черевної порожнини. Запропоновані варіанти режимів використання в залежності від діаметру судин та супутньої патології.

Ключові слова: LigaSure, електричне лігування судин, гемостаз, порожнинні операції

Вступ

Велика кількість методів здійснення гемостазу, які використовуються при операціях на органах черевної порожнини, свідчить не тільки про активний науковий пошук, але й про відсутність досконалих методик. Останнім часом створена велика кількість приладів та різноманітних пристроїв для полегшення виконання операцій пов'язаних з небезпекою великої крововтрати і на самперед це електрохірургічні блоки. Електрохірургія займає відповідне місце в арсеналі хірургічних підходів до безкровного розсічення тканин та отримання надійного гемостазу[2]. При операціях, які виконуються в важко доступних місцях з обмеженим візуальним контролем, електричний дозований вплив одна з небагатьох технологій, яка може забезпечити бажаний результат[1,3]. До переваг електрохірургічних апаратів можна віднести абластичність, можливість оперування в інфікованих тканинах. Разом з тим такі методики не позбавлені недоліків, які полягають в складності співставності дії з бажаним ефектом та небезпекою виникнення не санкціонованих електричних опіків у пацієнтів, утворення великої зони ушкодження оточуючих тканин. Окрім всього ви-

користання електрокоагулятора в ділянці проходження магістральних судин може викликати пошкодження останніх[5]. При проведенні різних за характером оперативних втручань з використанням сучасних електрохірургічних апаратів, параметри необхідні для розсічення тканин визначаються хірургом досить приблизно. Самі сучасні апарати обладнані зворотнім зв'язком не можуть виключити аномальних шляхів руху електричного струму в наслідок неоднорідності біологічної тканини. Серед електрохірургічних способів впливу особливе положення займають генератор для електролізування судин Vessel Sealing System (LigaSure) та височастотний електричний генератор ЕК300М-1 «Патонмед» [4]. Генератори для електролізування використовуються для коагуляції судин або пасма тканин з розташованими в них судинами. Переваги такої технології полягають в тому що при адекватному спрацюванні апарату в організмі не лишається сторонніх матеріалів. При такому впливі практично не буває явищ карбонізації [6]. До недоліків відносять тривалість процесу зварювання. Іноді виникає необхідність повторної дії на тканину в наслідок захвату надто великої ділянки або недостатньо щільно-

го змикання бранші інструменту [7]. Апарат «LigaSure» забезпечує дозовану подачу енергії в залежності від змін властивостей тканин в зоні обробки, що призводить до випаровування рідини з подальшою денатурацією колагену та еластину до формування гомогенної пломби на весь просвіт судини. За даними літератури технологія дозволяє надійно закривати судини діаметром до 7 мм. Таким чином використання технології «LigaSure» для здійснення гемостазу при мобілізації органів та закриття просвіту крупних судин може бути універсальним способом зупинки кровотеч в абдомінальній хірургії. Але такі аспекти, як вплив струму на різні типи тканин, конкретні рекомендації по використанню технології на основних етапах порожнинних втручань, залишаються недостатньо висвітленими у вітчизняній та іноземній літературі.

Матеріали та методи

Протягом 2012 та 2013 років в хірургічному відділенні Вузлової лікарні №1. ст. Дарниця. м. Київ, при виконанні оперативних втручань на органах черевної порожнини для здійснення остаточного гемостазу використовували енергетичну платформу «Forcetriad» фірми Valleylab, яка має режими монополярний, біполярний та електричного лігування судин «LigaSure» другого покоління. Режим лігування судин офіційно рекомендовано для обробки артерій, вен та лімфатичних судин. За описом показань до використання, наведених в керівництві користувача, технологія дозволяє заварювати судини діаметром до 7 мм. без попереднього виділення з оточуючих тканин. Система забезпечує подачу енергії та стискання тканин електродами протягом часу достатнього для повного закриття просвіту судини. Блок «LigaSure» має сенсорний екран, який розділено на дві функціональні частини. Така будова екрана дозволяє одночасне підключення двох інструментів та почергову їх активацію протягом операції в залежності від потреб хірурга. Під час активації інструменту відповідна панель управління системи світиться синім кольором та лунає звуковий сигнал протягом всього періоду подачі енергії. Інтенсивність процесу заварювання обмежена трьома рівнями, які обираються в залежності від діаметру судин або об'єму тканин. Відповідно до рівня інтенсивності збільшується тривалість циклу зварювання, по завершенню якого лунає відповідний звуковий сигнал.

Загалом, з використанням даної технології, було виконано 92 операцій. Чоловіків було 58, жінок 34. Хворих віком від 18 до 60 років було 28 осіб, старших за 60 років було 64. Супутньою патологією у 8 хворих був цукровий діабет, у 11 хворих поширений атеросклероз судин з переважним ураженням коронарних артерій, мозкових артерій 2 та судин нижніх кінцівок 4 хворих. В усіх випадках обробку судин виконували в режимі автоматичного зворотного зв'язку. Від загальної кількості операцій резекція шлунку виконана у 11 хворих, гастректомія у 4 хворих, правобічна геміколектомія у 6 хворих, лівобічна геміколектомія у 4 хворих, резекція сигмоподібної кишки у 8 хворих, холецистектомія у 35 хворих, апендектомія у 14 хворих, екстирпація матки з додатками у 10. У 9 хворих, від загальної кількості, операції виконувались з приводу ускладненої онкологічної патології, у 83 з приводу доброякісних утворень та гостро запальних процесів.

Результати та їх обговорення

Для мобілізації шлунку при резекції електричне лігування правої шлунково-сальникової, правої шлункової та підшлунково-дванадцятипалих артерій та вен

без додаткового перев'язування або накладання кліпс. В усіх випадках був досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було. Для мобілізації шлунку в межах дистальної субтотальної резекції виконували зварювання правої шлунково-сальникової, правої шлункової та підшлунково-дванадцятипалих артерій та вен, лівої шлунково-сальникової артерії та вени, мобілізацію великого та малого сальників без додаткового перев'язування або накладання кліпс. Ліву шлункову артерію обробляли апаратом «LigaSure» та пересікали у місця відходження від черевного стовбура без додаткової обробки. В усіх випадках був досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було. При мобілізації шлунку в межах гастректомії виконували зварювання правої шлунково-сальникової, правої шлункової та підшлунково-дванадцятипалих артерій та вен, лівої шлунково-сальникової артерії та вени, коротких селезінкових судин, мобілізацію великого та малого сальників без додаткової обробки судин. Ліву шлункову артерію обробляли шляхом електричного лігування без додаткової обробки. У випадках видалення селезінки обробку її судинної ніжки здійснювали апаратом «LigaSure» без додаткової обробки. В усіх випадках був досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було.

Мобілізацію різних відділів товстої кишки не залежно від виду операції здійснювали шляхом електрозварювання судин без додаткового перев'язування або накладання кліпс. В усіх випадках був досягнутий надійний гемостаз, ускладнень не було.

При виконанні апендектомії виконували обробку кукси відростка шляхом електрозварювання без накладання лігатури та формування касетного шва. Брижку відростка обробляли шляхом електричного лігування. Випадків ускладнення в післяопераційному періоді не було.

Екстирпацію матки виконували шляхом поетапного електричного лігування судин зв'язувального апарату та маткових артерій разом з венами. Відсічення шийки матки від піхви, також виконували апаратом «LigaSure» без додаткової обробки. Випадків ускладнення в післяопераційному періоді не було.

При роботі з апаратом використовували автоматичний режим з функцією зворотного зв'язку. При мобілізації органів між захватними електродами інструменту розмішували ділянку тканини з судинами та після їх стискання активізували роботу апарату. Параметри зварювання встановлювались в залежності від діаметру судин, слід зазначити, що на надійність шва значний вплив має вид судини та кількість навколосудинної клітковини. За нашими спостереженнями, наявність певної кількості клітковини навколо судин відіграє роль протектору, що не дає змоги електричному струму та температурному чиннику в поєднанні з механічним стисканням між браншами інструменту, порушити цілісність стінки судини до формування коагуляційного тромбу. При обробці артеріальної судини діаметром до 3 мм достатньою є наявність клітковини через яку можливий візуальний її огляд, бажано щоб вона тонким шаром огортала ділянку обробки. В таких випадках інтенсивність роботи апарату встановлювали на рівні першої позначки шляхом її активації на моніторі. За таких умов для формування надійної ділянки коагуляції потрібно від чотирьох до шести секунд. Такі параметри роботи апарату не призводять до утворення коагуляційного струпу та перепалення судини. В усіх випадках для досягнення надійного гемостазу достатнім було формування однієї лінії коагуляції. При обробці судин діаметром від трьох до ше-

сти міліметрів інтенсивність роботи апарату встановлювали на рівні другої позначки шляхом її активації на моніторі. В усіх випадках для досягнення надійного гемостазу достатнім було формування однієї лінії коагуляції. При обробці судин, діаметр яких перевищував шість міліметрів інтенсивність роботи апарату встановлювали на рівні третьої позначки шляхом її активації на моніторі. В таких випадках формували дві лінії коагуляції в центральному напрямку та одну лінію в периферичному напрямку, що дозволило досягти надійного гемостазу. При роботі апарату на якість зварювання не впливає одночасна наявність артеріальної та венозної судини в тканинах, але наявна залежність між діаметром судин, їх типом, об'ємом клітковини та часом формування надійного коагуляційного шва. При обробці судин дрібного діаметру використовували інструмент LigaSure™ PrecisePlus сумісний з енергетичною платформою ForceTriad™, який має функцію лігування та розсічення. Обробку судин середнього та великого діаметру виконували інструментом LigaSure™ Impact з функцією лігування та розсічення, та інструментом LigaSure™ Max з функцією лігування. При використанні описаної методики для електричного легування правої шлунково-сальникової артерій витрачалося 9 (+2) с., лівої шлункової артерії 10 (+2) с., правої товсто кишкової 7(+2) с.. Час обробки маткових судин з обох боків, при мобілізації органу для виконання екстирпації, склав 60 (+4) с.

У хворих з проявами поширеного атеросклерозу та пацієнтів старечого віку, для підвищення надійності ділянки коагуляції, в усіх випадках виконували два цикли зварювання в дистальному напрямку з захопленням між електродами навколо судинної клітковини.

Реферат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА «LIGASURE» В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Сухин И.А., Белиловцев А.Н., Аликуберов Ю.В., Сливка С.В., Васильева И.В.

Ключевые слова: LigaSure, электрическое лигирование сосудов, гемостаз, полостные операции

Статья посвящена опыту использования энергетической платформы «Forcetriad» фирмы Valleylab, которая имеет режим электрического лигирования сосудов «LigaSure» второго поколения, при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Предложены варианты режимов использования в зависимости от диаметра сосудов и сопутствующей патологии.

Summary

APPLICATION OF THE APPARATUS «LIGASURE» IN ABDOMINAL SURGERY

Sukhin I.A., Belilovets A.N., Alikuberov Yu.V., Slivka S.V., Vasileva I.V.

Keywords: "LigaSure", electrical ligation of vessels, hemostasis, abdominal surgery

This paper focuses on the experience of application of energy platform «Forcetriad» manufactured by Valleylab, which has a mode for electric ligation of vessels «LigaSure» of the second generation and may be used in abdominal surgery. We suggested the variants of modes which might be applied depending on the diameter of the vessels and concomitant diseases.

УДК 615.361+ 616 – 089.814.84

Хацко В.В., Потапов В.В., Пархоменко А.В., Карапыш В.А., Матвиенко В.А.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНООРГАНОВ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

В статье приведены данные по применению ксеноорганов в современной медицине. Представлены основные методы использования ксенотрансплантации в хирургической и реанимационной практике. Показана их эффективность в борьбе с септическим шоком, перитонитом, полиорганной недостаточностью.

Ключевые слова: ксеноорганы, экстракорпоральная детоксикация.

В последние годы интерес к ксенотрансплантации возрос, и это не случайно. Ее преимущества перед аллотрансплантацией заключаются в том, что она позволяет: использовать орган для временного заме-

щения недостающей функции; осуществить поставку любых органов в неограниченном количестве; при возникновении рецидива первичного заболевания вследствие утраты функции ранее пересаженного

Висновки

Особистий досвід використання енергетичної платформи «Forcetriad» фірми Valleylab, яка має режим електричного лігування судин «LigaSure» другого покоління, дозволяє говорити про значне полегшення виконання кропітких етапів операції та надійність гемостазу. Широкий спектр інструментів дозволяє обрати необхідний практично для будь-яких ситуацій, що вказує на доцільність впровадження цієї технології в хірургічних відділеннях загального профілю.

Література

1. Гринцов А.Г. Использование биологической сварки тканей при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью / А.Г.Гринцов, О.В.Совпель, М.Ф.Сало [и др.] // Материалы научно-практической конференции "Актуальные вопросы абдоминальной хирургии" (Алушта, 29 – 30 апр. 2008г.) // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2008. – Т. 144, Ч.1. – С. 97–100.
2. Далецкий С. Я. Высокочастотная электрохирургия / С. Я. Далецкий, Р. П. Драбкин, А. И.Ленюшкин. – М. : Медицина, 1980. – 198 с.
3. Ничитайло М.Ю. Застосування методу електрозварювання біологічних тканин при лапароскопічних операціях / М.Ю. Ничитайло, О.М. Литвиненко, О.М. Гулько // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 42–44.
4. Фурманов Ю. А. Экспериментальное обоснование применения метода электросварки биологических тканей в хирургической гепатологии / Ю.А.Фурманов, М.Е.Ничитайло, А.Н.Литвиненко [и др.] // Клінічна хірургія. – 2004. – № 8. – С. 57–59.
5. Юшкин А. С. Физические способы диссекции и коагуляции в хирургии / А. С. Юшкин // Хирургия. – 2003. – № 1. – С. 48–53.
6. Franklin E. Randomized, clinical trial of LigaSurevs conventional diathermy in hemorrhoidectomy / E.Franklin, S.Seetharam, J.Lowney [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2003. – V. 46, №10. – P.1380–1383.
7. Matthews B. D. Effectiveness of the ultrasonic coagulating shears, LigaSure vessel sealer, and surgical clip application in biliary surgery: a comparative analysis / B.D.Matthews, B.L.Pratt, C.L.Backus [et al.] // Amer. Surg. – 2001. – V.67, № 9. – P.901–906.

сти міліметрів інтенсивність роботи апарату встановлювали на рівні другої позначки шляхом її активації на моніторі. В усіх випадках для досягнення надійного гемостазу достатнім було формування однієї лінії коагуляції. При обробці судин, діаметр яких перевищував шість міліметрів інтенсивність роботи апарату встановлювали на рівні третьої позначки шляхом її активації на моніторі. В таких випадках формували дві лінії коагуляції в центральному напрямку та одну лінію в периферичному напрямку, що дозволило досягти надійного гемостазу. При роботі апарату на якість зварювання не впливає одночасна наявність артеріальної та венозної судини в тканинах, але наявна залежність між діаметром судин, їх типом, об'ємом клітковини та часом формування надійного коагуляційного шва. При обробці судин дрібного діаметру використовували інструмент LigaSure™ PrecisePlus сумісний з енергетичною платформою ForceTriad™, який має функцію лігування та розсічення. Обробку судин середнього та великого діаметру виконували інструментом LigaSure™ Impact з функцією лігування та розсічення, та інструментом LigaSure™ Max з функцією лігування. При використанні описаної методики для електричного легування правої шлунково-сальникової артерій витрачалося 9 (+2) с., лівої шлункової артерії 10 (+2) с., правої товсто кишкової 7(+2) с.. Час обробки маткових судин з обох боків, при мобілізації органу для виконання екстирпації, склав 60 (+4) с.

У хворих з проявами поширеного атеросклерозу та пацієнтів старечого віку, для підвищення надійності ділянки коагуляції, в усіх випадках виконували два цикли зварювання в дистальному напрямку з захопленням між електродами навколо судинної клітковини.

Реферат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АППАРАТА «LIGASURE» В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ.

Сухин И.А., Белиловцев А.Н., Аликуберов Ю.В., Сливка С.В., Васильева И.В.

Ключевые слова: LigaSure, электрическое лигирование сосудов, гемостаз, полостные операции

Статья посвящена опыту использования энергетической платформы «Forcetriad» фирмы Valleylab, которая имеет режим электрического лигирования сосудов «LigaSure» второго поколения, при выполнении оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Предложены варианты режимов использования в зависимости от диаметра сосудов и сопутствующей патологии.

Summary

APPLICATION OF THE APPARATUS «LIGASURE» IN ABDOMINAL SURGERY

Sukhin I.A., Belilovets A.N., Alikuberov Yu.V., Slivka S.V., Vasileva I.V.

Keywords: "LigaSure", electrical ligation of vessels, hemostasis, abdominal surgery

This paper focuses on the experience of application of energy platform «Forcetriad» manufactured by Valleylab, which has a mode for electric ligation of vessels «LigaSure» of the second generation and may be used in abdominal surgery. We suggested the variants of modes which might be applied depending on the diameter of the vessels and concomitant diseases.

УДК 615.361+ 616 – 089.814.84

Хацко В.В., Потапов В.В., Пархоменко А.В., Карапыш В.А., Матвиенко В.А.

ПРИМЕНЕНИЕ КСЕНООРГАНОВ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

В статье приведены данные по применению ксеноорганов в современной медицине. Представлены основные методы использования ксенотрансплантации в хирургической и реанимационной практике. Показана их эффективность в борьбе с септическим шоком, перитонитом, полиорганной недостаточностью.

Ключевые слова: ксеноорганы, экстракорпоральная детоксикация.

В последние годы интерес к ксенотрансплантации возрос, и это не случайно. Ее преимущества перед аллотрансплантацией заключаются в том, что она позволяет: использовать орган для временного заме-

щения недостающей функции; осуществить поставку любых органов в неограниченном количестве; при возникновении рецидива первичного заболевания вследствие утраты функции ранее пересаженного

Висновки

Особистий досвід використання енергетичної платформи «Forcetriad» фірми Valleylab, яка має режим електричного лігування судин «LigaSure» другого покоління, дозволяє говорити про значне полегшення виконання кропітких етапів операції та надійність гемостазу. Широкий спектр інструментів дозволяє обрати необхідний практично для будь-яких ситуацій, що вказує на доцільність впровадження цієї технології в хірургічних відділеннях загального профілю.

Література

1. Гринцов А.Г. Использование биологической сварки тканей при лапароскопической холецистэктомии у больных с желчнокаменной болезнью / А.Г.Гринцов, О.В.Совпель, М.Ф.Сало [и др.] // Материалы научно-практической конференции "Актуальные вопросы абдоминальной хирургии" (Алушта, 29 – 30 апр. 2008г.) // Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. – 2008. – Т. 144, Ч.1. – С. 97–100.
2. Долецкий С. Я. Высокочастотная электрохирургия / С. Я. Долецкий, Р. П. Дабкин, А. И.Ленюшкин. – М. : Медицина, 1980. – 198 с.
3. Ничитайло М.Ю. Застосування методу електрозварювання біологічних тканин при лапароскопічних операціях / М.Ю. Ничитайло, О.М. Литвиненко, О.М. Гулько // Шпитальна хірургія. – 2005. – № 1. – С. 42–44.
4. Фурманов Ю. А. Экспериментальное обоснование применения метода электросварки биологических тканей в хирургической гепатологии / Ю.А.Фурманов, М.Е.Ничитайло, А.Н.Литвиненко [и др.] // Клінічна хірургія. – 2004. – № 8. – С. 57–59.
5. Юшкин А. С. Физические способы диссекции и коагуляции в хирургии / А. С. Юшкин // Хирургия. – 2003. – № 1. – С. 48–53.
6. Franklin E. Randomized, clinical trial of LigaSurevs conventional diathermy in hemorrhoidectomy / E.Franklin, S.Seetharam, J.Lowney [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2003. – V. 46, №10. – P.1380–1383.
7. Matthews B. D. Effectiveness of the ultrasonic coagulating shears, LigaSure vessel sealer, and surgical clip application in biliary surgery: a comparative analysis / B.D.Matthews, B.L.Pratt, C.L.Backus [et al.] // Amer. Surg. – 2001. – V.67, № 9. – P.901–906.

аллотрансплантата пересадить орган животного; использовать органы животных по размеру, анатомическим особенностям, степени функциональной активности; произвести пересадку прежде, чем состояние потенциального реципиента из-за несвоевременно выполненной трансплантации ухудшится; сократить расходы на трансплантацию [8,10].

Экстракорпоральные методы детоксикации (в частности, использование ксеноорганов) являются наиболее эффективными при различных тяжелых состояниях, они завоевывают все большую популярность среди методов эфферентной терапии, а их эффективность доказана во многих исследованиях [10,11,13,14].

Одними из самых распространенных процедур экстракорпоральной детоксикации организма являются гемосорбция, а также метод временного или кратковременного органозамещения, осуществляемого путем экстракорпорального подключения ксеногенных органов и (или) тканей к общему кровотоку пациента [3,11]. Изначально данный способ разрабатывался и был предназначен для лечения острых и некоторых хронических форм органной или полиорганной недостаточности. Было отмечено, что при использовании метода органотерапии достигалось не только полное замещение функции поврежденного органа или ткани, но и подавление их избыточной активизации или недостаточности при развивающейся полиорганной дисфункции [1,2,3,14,15].

Однако ксенотрансплантация сопряжена и с потенциальным риском, связанным с: отторжением ксенотрансплантата (риск выше по сравнению с аллотрансплантатом); развитием ксенозооноза, т. е. передачи инфекции реципиенту при пересадке органов животных. Свиньи могут быть носителями вирусных, бактериальных, грибковых и паразитарных возбудителей болезней. Однако проведенная экспертиза показала, что при соблюдении стандартных условий разведения свиней-доноров при пересадке их органов можно предотвратить передачу инфекции [8,9,16,17].

Хороший эффект оказывает гемоперфузия через ксеноселезенку. Селезенка является частью мощной естественной иммунной системы организма, играющей важную роль в захвате и элиминации антигенов, в том числе и иммунных комплексов [1,19]. Одно из наиболее ценных свойств этого органа — его способность продуцировать иммуноглобулины, опсонины (тафтин, фибронектин), комплекс цитокинов (IL-1, IL-2, IL-3, IL-4, IL-6, IL-8, IL-10, TNF- α), другие биологически активные вещества, которые имеют большое значение для обеспечения иммунного гомеостаза, стимулируя фагоцитарную активность лейкоцитов и макрофагов [2]. При ксеноспленосорбции значительно повышается детоксикационный эффект биогемосорбции, снижаются постперфузионные аллергические реакции [1,2,3,7,18].

Наиболее распространенным способом гемоперфузии через ксеноселезенку стала гемоперфузия через ее пласты. В этом случае вместо целостного органа применяются пласты (срезы) толщиной 3—4 мм, которыми заполняют стандартный массообменник для гемосорбции. Использование срезов позволяет увеличить площадь контакта ткани селезенки с кровью больного. Устраняется неблагоприятный феномен депонирования крови в селезенке и блок оттока из нее. Стало возможно и применение срезов криоконсервированной ксеноселезенки [1,10,15].

Ксеноперфузию через селезенку при перитонитах

с успехом использовали О.Б. Немчанинова, Ю.В. Бондарев. В последующем область клинического применения данного метода значительно расширилась, и в настоящее время он используется для целей детоксикации организма при гнойно-септических заболеваниях, при лечении бронхиальной астмы, системной красной волчанки, псориаза, ожоговой болезни, шистосомоза, острого панкреатита, цирроза печени и обтурационных желтух, гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры, рака пищевода [4,5,6,14].

Следует подчеркнуть, что ксеноспленоперфузия должна применяться в тех ситуациях, когда другие методы экстракорпоральной детоксикации не приносят эффекта [4,6,8,14].

В последнее время интерес к спленосорбции заметно снизился. Возможно, это связано с трудностью забора органов, а также с тем, что в 1990 году был создан препарат Спленид из ткани селезенки, который активизирует клеточный и гуморальный иммунитет, обеспечивая повышение специфической и неспецифической резистентности организма. Получены положительные результаты применения Спленида в комплексном лечении рассеянного склероза, онкологических заболеваний, диабетической стопы, пиелонефрита, геморрагической лихорадки, полиорганной недостаточности [1].

Кроме того, не всегда можно найти пригодных для забора селезенки свиней, также требуется специальная подготовка персонала. Несмотря на хорошие показатели в лечении полиорганной недостаточности, основным недостатком является развитие выраженной пирогенной реакции в виде сильных ознобов. Кроме того, при использовании селезенки свиньи не исключается возможность передачи прионных инфекций, которые являются общими как для животных, так и человека, например болезни Крейтцфельда - Якоба (губчатой энцефалопатии) [8,9,12].

В настоящее время нередко используют гемоперфузию через печень. Применяют взвесь гепатоцитов, помещенных в экстракорпоральные устройства. Применение ксеногепатоперфузии оказалось эффективным в лечении печеночной недостаточности, цирроза печени, острой печеночной интоксикации различной генеза, гепатоцеребральной дистрофии (болезнь Вильсона - Коновалова). Особый интерес представляют результаты работ по использованию для экстракорпорального лечения больных с эндотоксикозами различной этиологии «биококтейлей», приготовленных на основе криоконсервированных гепатоцитов. При этом используются комбинации: гепатоциты и гемопозитические клетки, экстракты или цитозольные фракции [10,15].

Гемоперфузия через почки также является эффективной. Еще в 1894г. врач М. В. Шапирович из Санкт-Петербурга впервые предпринял попытку использовать для лечения почечной недостаточности ткань почек мертвых новорожденных детей. Позже было проведено подключение ксенопочки пациенту, находившемуся в состоянии многосуточной постперфузионной полиорганной недостаточности, сопровождавшейся анурией, прогрессирующей сердечной недостаточностью и признаками развивающегося отека мозга при полной неэффективности медикаментозной и аппаратной коррекции. Процедура вызвала восстановление нормального диуреза, нормализацию дыхательной активности, сердечной деятельности и сознания [10,11].

Таким образом, применение гемоперфузии через

ксенооргані є перспективним методом дезінтоксикаційної терапії, так як показує хороші результати при ліченні гнійно-септичних ускладнень і ряду хронічних захворювань. В ряду досліджень продемонстровані вражаючі результати з точки зору змін показників ендотоксемії і виживаності. Однак іноді спостерігається розвиток вираженої пирогенної реакції і інфікування хворого, що ставить під загрозу цілісність їх застосування.

Література

1. Бызов В.В. Возможности использования ксеноселезенки в клинической практике / В.В.Бызов, Б.П.Сандомирский // *Межд. мед. журнал.* – 2004. – №1. – С.107-110.
2. Зубков В.И. Применение ксеноселезенки в лечении гнойно-септических осложнений / В.И.Зубков, В.В.Силантьев, В.А.Деев [и др.] // *Трансплантология.* – 2000. – № 12. – С. 43–44.
3. Лелянов А.Д. Способ ксеноплазмосорбции. / А.Д. Лелянов, С.А. Касумьян ; Патент Российской Федерации – №2086263, А61М1/36 ; Заявл. 05.03.1994. – Бюл №5.
4. Онищенко Н.А. Регуляторная поддержка важнейших систем организма, декомпенсирующихся при критических состояниях, с помощью пептидов донорских органов / Н.А. Онищенко, Д.В. Шумаков, М.Г. Лукава [и др.] // *II Рос. конгресс по патофизиол. : тез. докл.* – М., 2000. – С. 324.
5. Прохоров А.В. Свободная трансплантация культуры в-клеток в лечении экспериментального сахарного диабета / А.В.Прохоров, С.И.Третьяк // *Актуальные вопросы современной медицины : материалы юбилейной научн. конф., посв. 80-летию БГМУ в двух частях.* – Мн. : БГМУ, 2001. – №4.2. – С.91-93.
6. Шано В.П. На захист ксеноспленоперфузії / В.П.Шано, Т.В.Джоджуа, О.М.Нестеренко, Т.І.Шевченко // *Трансплантология.* – 2000. – Т.1, №1. – С.175–177.
7. Шуляк С.А. Способ хирургического лечения больных с гнойно-септическими состояниями / С.А.Шуляк, Е.В.Шуляк // Патент Российской Федерации – № 2210392(13) ; МПК А61М5/00, А61Р31/00 ; Заявл. 21.05.2001. – Бюл №5.

8. Щетинин Н.Н. Ксенотрансплантация в свете биомедицинских и психосоциальных проблем / Н.Н. Щетинин, А.В. Прохоров, С.И. Третьяк // *Мед. новости.* – 2004. – №4. – С.3-8.
9. Юдин Н.С. Эндогенные ретровирусы свиньи: насколько велик риск инфицирования при ксенотрансплантации? / Н.С.Юдин, Р.Б.Айтназаров, В.И.Ермолаев // *Вавиловский журнал генетики и селекции.* – 2011. – Т.15, №2. – С.340-349.
10. Якубцевич Р.Э. Экстракорпоральная гемоперфузия через ксеноорганы: современный взгляд на старую проблему / Р.Э.Якубцевич, В.В.Спас, А.А.Завадский // *Мед. новости.* – 2007. – №7. – С.7-11.
11. Brandt C.T. Autotransplant of spleen tissue in children with schistosomiasis: evaluation of splenic function after splenosis / C.T. Brandt, D.T. Maciel, O.A. Caneca [et al.] // *Mem. Inst. Oswaldo Cruz.* – 2001. – V. 96. – P. 117–122.
12. Denner J. Recombinant porcine endogenous retroviruses (PERV-A/C): a new risk for xenotransplantation? / J. Denner // *Arch. Virol.* – 2008. – V.153, № 8. – P.1421–1426.
13. Ekser B. Xenotransplantation of solid organs in the pig-to-primate model / B.Ekser, P.Rigotti, B.Gridelli, D.K.Cooper // *Transpl. Immunol.* – 2009. – V.21, № 2. – P. 87–92.
14. Klymiuk N. Genetic modification of pigs as organ donors for xenotransplantation / N.Klymiuk, B.Aigner, G.Brem, E.Wolf // *Mol. Reprod. Dev.* – 2010. – V.77, № 3. – P. 209.
15. Koutsojannis C. HEPAR: An Intelligent System for Hepatitis Prognosis and Liver Transplantation Decision Support / C.Koutsojannis, A.Koupparis, I.Hatzilygeroudis // *Studies in Computational Intelligence.* – 2009. – V.166. – P.163-180.
16. Meije Y. Retroviral restriction factors and infectious risk in xenotransplantation / Y.Meije, R.R.Tonjes, J.A.Fishman // *Am. J. Transplant.* – 2010. – V.10, № 7. – P. 1511-1516.
17. Mattiuzzo G. Suboptimal porcine endogenous retrovirus infection in non-human primate cells: implication for preclinical xenotransplantation / G.Mattiuzzo, Y.Takeuchi // *PLoS One.* – 2010. – V. 5, № 10. – P.113-203.
18. Scobie L. Porcine endogenous retrovirus and other viruses in xenotransplantation / L.Scobie, Y.Takeuchi // *Curr. Opin.Organ Transplant.* – 2009. – V.14, № 2. – P. 175–179.
19. Tacke S.J. Sensitive and specific immunological detection methods for porcine endogenous retroviruses applicable to experimental and clinical xenotransplantation / S.J.Tacke, K.Bodusch, A.Berg, J.Denner // *Xenotransplantation.* – 2001. – V. 8, № 2. – P. 125–135.

Резюме

ВЖИВАННЯ КСЕНООРГАНІВ У СУЧАСНІЙ МЕДИЦИНІ

Хацько В.В., Потапов В.В., Пархоменко Г.В., Карапиш В.А., Матвієнко В.А.

Ключові слова: ксенооргані, екстракорпоральна детоксикація.

У статті наведені дані щодо застосування ксеноорганів в сучасній медицині. Представлені основні методи використання ксенотрансплантації в хірургічній та реанімаційній практиці. Показана їх ефективність в боротьбі з септичним шоком, перитонітом, поліорганною недостатністю.

Summary

APPLICATION OF XENOORGANS IN MODERN MEDICINE

Khatsko V.V., Potapov V.V., Parkhomenko A.V., Karapyshev V.A., Matvienko V.A.

Keywords: xenoorgans, extracorporeal detoxication.

This article presents data on the application of xenoorgans in modern medicine as well as describes basic methods of xenotransplantation in surgical practice and intensive therapy. Much attention is paid to their efficiency against septic shock, peritonitis, multiple organ insufficiency.

УДК 616.366-003.7-089

Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринёв Р.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

При выполнении 7134 лапароскопических холецистэктомий авторами у 233 больных при сочетании желчно-каменной болезни с другими заболеваниями брюшной полости проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии. Выполнялись следующие симультанные операции: 134 больным - висцеролиз, 52 - наружное дренирование кист поджелудочной железы, 34 пациентам - фенестрация и дренирование кист печени и 13 - лапароскопическая спленэктомия. Выполнение симультанных операций было возможным, если позволял соматический статус больного и без серьезных осложнений прошел этап операции по поводу основного заболевания. Разработанные методы лапароскопической фенестрации кист печени с последующей криогенной обработкой оставшейся части кисты и лапароскопической спленэктомии являются эффективными методами лечения солитарных кист печени и заболеваний селезенки.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, симультанные операции.

Введение

В публикациях последних лет стали встречаться сообщения о симультанных операциях (СО), которые стали выполняться с использованием видеолапароскопической техники. Выполнение сочетанных лапароскопических вмешательств не требует расширения доступа, незначительно увеличивает продолжительность операции и избавляет больного от риска повторных вмешательств и анестезий. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время по общему количеству операций, выполненных лапароскопическим способом, занимает лидирующее место, поэтому и СО наиболее часто выполняются при ЖКБ [1-4].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности проведения СО с использованием лапароскопических технологий при сочетании желчнокаменной болезни (ЖКБ) с другими заболеваниями брюшной полости и малого таза. Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств в лечении больных желчнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», № госрегистрации 0100U005308.

Объект и методы исследования

Объектом исследования были 7134 ЛХЭ, при этом у 233 больных при сочетании ЖКБ с другими заболеваниями брюшной полости проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии, что составило 3,27%. Среди больных, которым выполнены СО, женщин было 193, мужчин - 41. Возраст больных был от 19 до 76 лет.

При ЖКБ с сопутствующей патологией органов брюшной полости выполнялись следующие СО: 134 - ЛХЭ с висцеролизом, 52 - ЛХЭ - с наружным дренированием кист поджелудочной железы, 34 - ЛХЭ с фенестрацией и дренированием кист печени и 13 ЛХЭ с лапароскопической спленэктомией (ЛСЭ) у больных с патологией селезенки.

Результаты исследований и их обсуждение

Выполнение СО было возможным, если позволял соматический статус больного и этап операции по поводу основного заболевания проходил без серьезных осложнений. Лапароскопическая СО при незначительном увеличении её продолжительности не лиша-

ет лапароскопическое вмешательство его физиологических преимуществ и позволяет избавить больного от риска повторной хирургической агрессии.

При определении места пункции иглой Вереща и введения первого троакара у 134 больных при сочетании ЖКБ со спаечной болезнью учитывали характер предыдущих заболеваний и оперативных вмешательств, протяженность и локализацию послеоперационных рубцов и результаты УЗИ.

После введения первого троакара производили лапароскопическую ревизию брюшной полости, результаты которой определяли дальнейший ход операции. Последующие троакары устанавливались под контролем лапароскопа в точках, свободных от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства. Если обширные сращения не позволяли ввести хотя бы один троакар в намеченных точках, то вводили троакар в свободной от сращений точке и освобождали переднюю брюшную стенку от спаек в местах предстоящего введения остальных манипуляторов. Первичный адгезиолизис выполняли до безопасного введения троакаров и достаточного доступа к желчному пузырю, необходимого для безопасного и удобного его удаления. После выполнения холецистэктомии до извлечения желчного пузыря из брюшной полости выполняли окончательный адгезиолизис. Для рассечения тканей использовали ножницы, монополярную коагуляцию и ультразвуковой скальпель. Наиболее эффективным и безопасным методом разъединения сращений являлось использование ультразвукового скальпеля. Ультразвуковой скальпель использован при адгезиолизисе у 56 больных. Использование ультразвукового скальпеля позволяло без клипирования пересекать сосуды до 3 мм в диаметре с надежным гемостазом. Кроме того, после разъединения салниковых сращений ультразвуковым скальпелем не наблюдалась повышенная кровоточивость и отсутствовали микрогематомы тканей, что нередко наблюдалось при выполнении адгезиолизиса электрокоагуляцией.

При сочетании ЖКБ с кистами поджелудочной железы у 52 больных выполнялась ЛХЭ и наружное дренирование полости кисты. Количество и расположение дренажей определялось в зависимости от размеров, формы полости, содержимого кисты и состояния её стенок.

При сочетании ЖКБ с непаразитарными кистами печени 34 больным выполнялась ЛХЭ и иссечение свободных оболочек кисты с дезэпителизацией ос-

УДК 616.366-003.7-089

Хворостов Е.Д., Бычков С.А., Гринёв Р.Н.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

При выполнении 7134 лапароскопических холецистэктомий авторами у 233 больных при сочетании желчно-каменной болезни с другими заболеваниями брюшной полости проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии. Выполнялись следующие симультанные операции: 134 больным - висцеролиз, 52 - наружное дренирование кист поджелудочной железы, 34 пациентам - фенестрация и дренирование кист печени и 13 - лапароскопическая спленэктомия. Выполнение симультанных операций было возможным, если позволял соматический статус больного и без серьезных осложнений прошел этап операции по поводу основного заболевания. Разработанные методы лапароскопической фенестрации кист печени с последующей криогенной обработкой оставшейся части кисты и лапароскопической спленэктомии являются эффективными методами лечения солитарных кист печени и заболеваний селезенки.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, лапароскопическая холецистэктомия, симультанные операции.

Введение

В публикациях последних лет стали встречаться сообщения о симультанных операциях (СО), которые стали выполняться с использованием видеолапароскопической техники. Выполнение сочетанных лапароскопических вмешательств не требует расширения доступа, незначительно увеличивает продолжительность операции и избавляет больного от риска повторных вмешательств и анестезий. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в настоящее время по общему количеству операций, выполненных лапароскопическим способом, занимает лидирующее место, поэтому и СО наиболее часто выполняются при ЖКБ [1-4].

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности проведения СО с использованием лапароскопических технологий при сочетании желчнокаменной болезни (ЖКБ) с другими заболеваниями брюшной полости и малого таза. Работа выполнена в соответствии с комплексной научно-исследовательской работой кафедры хирургических болезней Харьковского национального университета имени В.Н. Каразина «Разработка малоинвазивных оперативных вмешательств в лечении больных желчнокаменной болезнью, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», № госрегистрации 0100U005308.

Объект и методы исследования

Объектом исследования были 7134 ЛХЭ, при этом у 233 больных при сочетании ЖКБ с другими заболеваниями брюшной полости проведена хирургическая коррекция сочетанной патологии, что составило 3,27%. Среди больных, которым выполнены СО, женщин было 193, мужчин - 41. Возраст больных был от 19 до 76 лет.

При ЖКБ с сопутствующей патологией органов брюшной полости выполнялись следующие СО: 134 - ЛХЭ с висцеролизом, 52 - ЛХЭ - с наружным дренированием кист поджелудочной железы, 34 - ЛХЭ с фенестрацией и дренированием кист печени и 13 ЛХЭ с лапароскопической спленэктомией (ЛСЭ) у больных с патологией селезенки.

Результаты исследований и их обсуждение

Выполнение СО было возможным, если позволял соматический статус больного и этап операции по поводу основного заболевания проходил без серьезных осложнений. Лапароскопическая СО при незначительном увеличении её продолжительности не лиша-

ет лапароскопическое вмешательство его физиологических преимуществ и позволяет избавить больного от риска повторной хирургической агрессии.

При определении места пункции иглой Вереща и введения первого троакара у 134 больных при сочетании ЖКБ со спаечной болезнью учитывали характер предыдущих заболеваний и оперативных вмешательств, протяженность и локализацию послеоперационных рубцов и результаты УЗИ.

После введения первого троакара производили лапароскопическую ревизию брюшной полости, результаты которой определяли дальнейший ход операции. Последующие троакары устанавливались под контролем лапароскопа в точках, свободных от спаечного процесса и адекватных для выполнения последующего оперативного вмешательства. Если обширные сращения не позволяли ввести хотя бы один троакар в намеченных точках, то вводили троакар в свободной от сращений точке и освобождали переднюю брюшную стенку от спаек в местах предстоящего введения остальных манипуляторов. Первичный адгезиолизис выполняли до безопасного введения троакаров и достаточного доступа к желчному пузырю, необходимого для безопасного и удобного его удаления. После выполнения холецистэктомии до извлечения желчного пузыря из брюшной полости выполняли окончательный адгезиолизис. Для рассечения тканей использовали ножницы, монополярную коагуляцию и ультразвуковой скальпель. Наиболее эффективным и безопасным методом разъединения сращений являлось использование ультразвукового скальпеля. Ультразвуковой скальпель использован при адгезиолизисе у 56 больных. Использование ультразвукового скальпеля позволяло без клипирования пересекать сосуды до 3 мм в диаметре с надежным гемостазом. Кроме того, после разъединения салниковых сращений ультразвуковым скальпелем не наблюдалась повышенная кровоточивость и отсутствовали микрогематомы тканей, что нередко наблюдалось при выполнении адгезиолизиса электрокоагуляцией.

При сочетании ЖКБ с кистами поджелудочной железы у 52 больных выполнялась ЛХЭ и наружное дренирование полости кисты. Количество и расположение дренажей определялось в зависимости от размеров, формы полости, содержимого кисты и состояния её стенок.

При сочетании ЖКБ с непаразитарными кистами печени 34 больным выполнялась ЛХЭ и иссечение свободных оболочек кисты с дезэпителизацией ос-

тавшейся ее части электрокоагуляцией, криогенной обработкой или ультразвуковым скальпелем. Особенностью течения послеоперационного периода у 9 больных с дезпителизацией кисты электрокоагуляционным методом являлось наличие умеренных болей в правом подреберье и гипертермия в течение 4-х первых послеоперационных дней. Мы связывали гипертермию с электротермической деструкцией ткани печени. Для исключения неблагоприятных последствий высокотемпературного воздействия на ткань печени были применены криогенная обработка полости кисты по разработанному нами методу (патент Украины №28882А) - 8 больных и дезпителизация ультразвуковым скальпелем - 18 больных.

Показаниями для выполнения ЛСЭ служили неэффективность консервативной терапии иммунных осложнений (анемии и тромбоцитопении), цитопенический синдром, инфаркты и абсцессы селезёнки. Сочетанное выполнение ЛХЭ и ЛСЭ произведено 13 пациентам. Лапароскопический доступ позволил без увеличения общей травматичности операции одновременно со спленэктомией и холецистэктомией произвести биопсию печени, лимфатических узлов другой (вне ворот селезёнки) локализации с целью оценки степени распространённости гемобластоза.

Среднее время СО составило $71,1 \pm 8,9$ минут, интра- и послеоперационных осложнений не наблюдалось. Средний послеоперационный койко-день составил $6,5 \pm 1,2$; трудоспособность восстанавливалась через 18-20 дней.

Выводы

1. При ЖКБ и сопутствующей патологии органов брюшной полости показано выполнение лапароскопических СО, что позволяет при незначительном увеличении продолжительности вмешательства изба-

вить больного от риска повторной хирургической агрессии.

2. Предложенные методы лапароскопического иссечения кисты печени с последующей криообработкой оставшейся ее части являются эффективными при лечении солитарных кист печени и могут быть использованы в качестве одного из этапов при выполнении лапароскопической СО.

3. Возможность выполнения ЛХЭ при ЖКБ в сочетании с ЛСЭ при патологии селезёнки устанавливается при осмотре брюшной полости в начале операции и зависит в наибольшей степени от подготовленности хирургической бригады. Лишь при массивной спленомегалии, применение лапароскопического доступа становится нецелесообразным.

Перспективы развития исследований в данной области хирургии состоят в расширении арсенала лапароскопических оперативных вмешательств, которые могут быть использованы при выполнении СО, что позволит улучшить результаты лечения больных ЖКБ с сопутствующей патологией органов брюшной полости.

Литература

1. Гешелин С. А. Симультантные операции у больных холециститом / С.А. Гешелин [и др.] // Український Журнал Хірургії. – 2008. – №2. – С.60-63.
2. Гюльмамедов Ф. И. Симультантные лапароскопические операции на передней брюшной стенке, органах брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза / Ф.И. Гюльмамедов [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №3. – С.123-125.
3. Ничитайло М.Е. Симультантные операции при выполнении лапароскопической холецистэктомии / М.Е.Ничитайло [и др.] // Клінічна хірургія. – 2004. – №2. – С.5-7.
4. Протасов А.В. Лапароскопическая холецистэктомия и симультантные операции на её основе / А.В.Протасов, В.И.Кашеев // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №2. – С.107.

Реферат

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИКОНАННІ СИМУЛЬТАННИХ ОПЕРАЦІЙ

Хворостов Є.Д., Бичков С.О., Гриньов Р.М.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, лапароскопічна холецистектомія, симультанні операції

При виконанні 7134 лапароскопічних холецистектомій авторами в 233 хворих проведена хірургічна корекція поєднаної патології. Виконання симультанних операцій було можливим, якщо дозволяв соматичний статус хворого і без серйозних ускладнень пройшов етап операції із приводу основного захворювання. Виконувались наступні симультанні операції: 134 хворим - вісцероліз, 52 - зовнішнє дренування кіст підшлункової залози, 34 пацієнтам - фенестрація, деєпітелізація і дренування кіст печінки і 13 - лапароскопічна спленектомія. Виконання симультанних операцій було можливим, якщо дозволяв соматичний статус хворого і без серйозних ускладнень пройшов етап операції із приводу основного захворювання. Розроблені методи лапароскопічної фенестрації кіст печінки з наступною криогенною обробкою частини кісти, що залишилася, і лапароскопічної спленектомії є ефективними методами лікування солітарних кіст печінки і захворювань селезінки.

Summary

MODERN POTENTIALITIES OF LAPAROSCOPIC TECHNIQUES FOR SIMULTANEOUS OPERATIONS

Khvorostov Ye.D., Bychkov S. A., Grynyov R.N.

Key words: cholecystolithiasis, laparoscopic cholecystectomy, simultaneous operations.

Among 7134 cases of laparoscopic cholecystectomies 233 patients were subjected to the surgical correction of existing comorbidities. The simultaneous surgery was considered to be possible when the patient's somatic status was tolerable and there were no complications during the stage of operation for the underlying disease. As for the simultaneous surgeries the authors performed on 134 patients for viscerolysis, 52 patients for external drainage of pancreatic cysts, 34 patients for fenestration and drainage of liver cysts, and 13 patients for laparoscopic splenectomy. The methods for laparoscopic fenestration of liver cysts with following cryogenic treatment of cyst remainder and laparoscopic splenectomy are effective in the treatment of solitary liver cysts and spleen diseases.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ХІРУРГІЇ

УДК: 616.381-002-031.81:616.381-002.3

Акперов И. А. Мартыненко А. П.

ПРОГРАММИРОВАННЫЕ МНОГОЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко, кафедра хирургии №1, Приднестровье, Молдова

В публикации анализируются результаты лечения 144 больных с разными формами перитонита. В результате лечения закрытым способом умерли 51% (27 больных) из 53 пациентов. При лечении перитонита открытым способом (91 больной) смертность уменьшилась до 23% (20 больных). Открытый способ лечения перитонита дает возможность улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: перитонит, программируемая лапаросанация, лапаростома.

Вступление

Разлитой гнойный перитонит (РГП), несмотря на заметный успех в его лечении, остается одной из главных проблем современной ургентной абдоминальной хирургии, летальность при данной патологии составляет от 20% до 90% в зависимости от причин [7, 8].

В последние десятилетия принципиально новым направлением в лечении РГП явилось внедрение открытого ведения брюшной полости – лапаростомии [3, 4, 5]. Следует сказать, что лапаростомия, являясь ведущим звеном в комплексном лечении больных РГП не может и не должна рассматриваться как его заключительный этап. Последняя, дополненная программируемыми санациями брюшной полости, с заметным успехом применяется многими хирургами для лечения наиболее тяжелых форм перитонита (послеоперационного, анаэробного, калового и т.д.) с уменьшением летальности в 2,4 раза [2], до 25% с 43% [11], до 40% с 83% при послеоперационном перитоните [10].

Цель исследования

Изучить целесообразность применения открытого ведения брюшной полости как I этапа лечения более тяжелых форм РГП, соглашаясь с тем, что «все формы распространенного перитонита опасны и требуют одинаковой хирургической тактики» [8].

Поставленная цель заставила нас провести некоторую коррекцию в программе лечения РГП и его техническом обеспечении.

Материалы и методы исследования

Работа базируется на обобщении опыта обследования и лечения 144 больных с РГП.

Группу контроля составили 53 пациента, которым было применено закрытое или классическое ведение брюшной полости, когда после ликвидации источника перитонита, санации и дренирования брюшной полости лапаротомная рана ушивалась наглухо.

В группе изучения находились 91 больной, которым применяли двухэтапное лечение: I этапом этим пациентам проводили открытое ведение брюшной полости: управляемая лапаростома, на фоне последней выполняли ежесуточные лапаросанации. Тяжесть состояния больных РГП определялась по упрощенной системе APACHE – II (Радзиховский А.П. и соавт. 2000). Возраст больных составлял 14 – 80 лет; ($x =$

51 ± 2); причина перитонита: острый аппендицит (33), перфоративная язва (15), повреждения тонкой и толстой кишки (19+17), холецистит (7), гинекологическая патология (16), послеоперационный РГП (27), другие причины (10). Таких больных всего было 122 (по системе APACHE – II 20 ± 2 балла); при этом в группе контроля таких больных было 42; в группе изучения – 79 ($p > 0,05$).

Основным, в технологическом обеспечении открытого ведения брюшной полости, было использование сквозного спиралевидного шва брюшной стенки трубкой от системы для внутривенной инфузии [1]. Трубку проводили с помощью простого перфоратора. После удаления источника перитонита и лапаросанации на петли кишечника накладывали большой сальник, который покрывали полиэтиленовой пленкой, а поверх укладывали марлевые салфетки. При помощи спиралевидного шва края срединной раны сближали так, что между ними оставался промежуток в 4 – 6 см, при этом трубку фиксировали к коже в верхнем и нижнем углу раны. На следующий день доступ к органам брюшной полости достигался путем роспуска спиралевидного шва.

После последней лапаросанации накладывали брюшинно – апоневротические швы синтетическими нитями на расстоянии 3 – 4 см. друг от друга. Спиралевидный шов теперь использовался для плотного сближения краев раны, чем «разгружал» предварительно наложенные швы. При этом он не препятствовал проведению местного лечения промежутков раны (некрэктомия, аппликация мазей и гелей). После очищения раны от гноя спиралевидный шов выполнял функцию вторичных швов. Этот многофункциональный шов снимали только после клинического выздоровления больных. Иногда шов предварительно превращали в 2–3 одиночных. Всего 91 больному выполнено 222 лапаросанации ($x = 2,4 \pm 0,3$), в том числе выздоровевшим 152 ($x = 2,2 \pm 0,2$), умершим – 70 ($x = 3,3 \pm 1,1$).

Лапаросанации, как правило, выполняли ежесуточно, исключениями были 43 из них, когда по ряду объективных причин (слишком тяжелое состояние больных, сердечно – сосудистая декомпенсация, психоз) или субъективных (занятость квалифицированного анестезиолога) санацию временно откладывали. Показанием к переходу на закрытое ведение брюшной полости были регресс клинических проявлений перитонита, отсутствие выделения гнойного экссудата, восстановления тонуса тонкой кишки.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЧЕРЕВНОЇ ХІРУРГІЇ

УДК: 616.381-002-031.81:616.381-002.3

Акперов И. А. Мартыненко А. П.

ПРОГРАММИРОВАННЫЕ МНОГОЭТАПНЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Приднестровский государственный университет им. Т. Г. Шевченко, кафедра хирургии №1, Приднестровье, Молдова

В публикации анализируются результаты лечения 144 больных с разными формами перитонита. В результате лечения закрытым способом умерли 51% (27 больных) из 53 пациентов. При лечении перитонита открытым способом (91 больной) смертность уменьшилась до 23% (20 больных). Открытый способ лечения перитонита дает возможность улучшить результаты лечения.

Ключевые слова: перитонит, программируемая лапаросанация, лапаростома.

Вступление

Разлитой гнойный перитонит (РГП), несмотря на заметный успех в его лечении, остается одной из главных проблем современной ургентной абдоминальной хирургии, летальность при данной патологии составляет от 20% до 90% в зависимости от причин [7, 8].

В последние десятилетия принципиально новым направлением в лечении РГП явилось внедрение открытого ведения брюшной полости – лапаростомии [3, 4, 5]. Следует сказать, что лапаростомия, являясь ведущим звеном в комплексном лечении больных РГП не может и не должна рассматриваться как его заключительный этап. Последняя, дополненная программируемыми санациями брюшной полости, с заметным успехом применяется многими хирургами для лечения наиболее тяжелых форм перитонита (послеоперационного, анаэробного, калового и т.д.) с уменьшением летальности в 2,4 раза [2], до 25% с 43% [11], до 40% с 83% при послеоперационном перитоните [10].

Цель исследования

Изучить целесообразность применения открытого ведения брюшной полости как I этапа лечения более тяжелых форм РГП, соглашаясь с тем, что «все формы распространенного перитонита опасны и требуют одинаковой хирургической тактики» [8].

Поставленная цель заставила нас провести некоторую коррекцию в программе лечения РГП и его техническом обеспечении.

Материалы и методы исследования

Работа базируется на обобщении опыта обследования и лечения 144 больных с РГП.

Группу контроля составили 53 пациента, которым было применено закрытое или классическое ведение брюшной полости, когда после ликвидации источника перитонита, санации и дренирования брюшной полости лапаротомная рана ушивалась наглухо.

В группе изучения находились 91 больной, которым применяли двухэтапное лечение: I этапом этим пациентам проводили открытое ведение брюшной полости: управляемая лапаростома, на фоне последней выполняли ежесуточные лапаросанации. Тяжесть состояния больных РГП определялась по упрощенной системе APACHE – II (Радзиховский А.П. и соавт. 2000). Возраст больных составлял 14 – 80 лет; ($x =$

51 ± 2); причина перитонита: острый аппендицит (33), перфоративная язва (15), повреждения тонкой и толстой кишки (19+17), холецистит (7), гинекологическая патология (16), послеоперационный РГП (27), другие причины (10). Таких больных всего было 122 (по системе APACHE – II 20 ± 2 балла); при этом в группе контроля таких больных было 42; в группе изучения – 79 ($p > 0,05$).

Основным, в технологическом обеспечении открытого ведения брюшной полости, было использование сквозного спиралевидного шва брюшной стенки трубкой от системы для внутривенной инфузии [1]. Трубку проводили с помощью простого перфоратора. После удаления источника перитонита и лапаросанации на петли кишечника накладывали большой сальник, который покрывали полиэтиленовой пленкой, а поверх укладывали марлевые салфетки. При помощи спиралевидного шва края срединной раны сближали так, что между ними оставался промежуток в 4 – 6 см, при этом трубку фиксировали к коже в верхнем и нижнем углу раны. На следующий день доступ к органам брюшной полости достигался путем роспуска спиралевидного шва.

После последней лапаросанации накладывали брюшинно – апоневротические швы синтетическими нитями на расстоянии 3 – 4 см. друг от друга. Спиралевидный шов теперь использовался для плотного сближения краев раны, чем «разгружал» предварительно наложенные швы. При этом он не препятствовал проведению местного лечения промежутков раны (некрэктомия, аппликация мазей и гелей). После очищения раны от гноя спиралевидный шов выполнял функцию вторичных швов. Этот многофункциональный шов снимали только после клинического выздоровления больных. Иногда шов предварительно превращали в 2–3 одиночных. Всего 91 больному выполнено 222 лапаросанации ($x = 2,4 \pm 0,3$), в том числе выздоровевшим 152 ($x = 2,2 \pm 0,2$), умершим – 70 ($x = 3,3 \pm 1,1$).

Лапаросанации, как правило, выполняли ежесуточно, исключениями были 43 из них, когда по ряду объективных причин (слишком тяжелое состояние больных, сердечно – сосудистая декомпенсация, психоз) или субъективных (занятость квалифицированного анестезиолога) санацию временно откладывали. Показанием к переходу на закрытое ведение брюшной полости были регресс клинических проявлений перитонита, отсутствие выделения гнойного экссудата, восстановления тонуса тонкой кишки.

Значительную роль в получении положительных результатов лечения во время лапароскопических операций оказывает адекватная инфузионная терапия и квалифицированное проведение обезболивания.

Результаты и их обсуждение

Летальность в контрольной группе пациентов составила 51% (из 53 больных погибли 27). Применение двухэтапного лечения РГП (открытое ведение брюшной полости + закрытое) позволило достоверно ($p < 0,05$) уменьшить летальность до 23% (из 91 пациента погибли 21).

При закрытом лечении РГП осложнения со стороны лапаротомной раны составили 19 случаев (36±5%). Некоторые из этих осложнений – нагноение (6 больных, 11±43%) и эвентрация (2 больных, 3,7±2,5%) часто определяет прогноз болезни.

Использование спиралевидного шва позволило кроме бережного ведения лапаростомы и лапароскопических, уменьшить количество осложнений со стороны срединной раны на порядок ($p < 0,05$). Отмеченные осложнения не повлияли на прогноз болезни. Как правило, рана заживала через формирование полноценного узкого рубца. Лапаростома в лечении перитонитов впервые была использована Н.С. Макохой в 1949 г., о чем было сообщено в 1967 г. [7]. Пионеры лапароскопии и многие их последователи вплоть до наших времен видели улучшение технологии операции в более совершенном (адекватном) дренировании брюшной полости [5].

К настоящему времени достоверно установлено, что ведущим саногенетическим фактором лапаростомы является уменьшение внутрибрюшной гипертензии [9, 12]. Это способствует нормализации кровообращения в кавальной и портальной системах, и, следовательно, и функции почек, печени, кишечника. Таким образом, прерывается много порочных кругов и каскадных механизмов, в частности, вызывающие энтеральную недостаточность. Известно, что гипертензия в брюшной полости замедляет или совсем прекращает транспорт антибиотиков.

До сих пор существующие конструкции и приспособления для осуществления лапаростомы (ушивание различными способами, применение молнии – застежки, лапаростомические аппараты) не способствуют декомпрессии брюшной полости, а применение спиралевидного шва лишено этого недостатка.

Уменьшение внутрибрюшного давления способствует декомпрессии кишечной трубки, а применение полуклассического метода лапаростомии со спиралевидным швом компрессионный синдром не вызывает.

Наш опыт свидетельствует о том, что на фоне лапаростомы показание для тотальной долговременной декомпрессии тонкой кишки было лишь у 18 больных.

В практике мы отдаем предпочтение сеансу «декомпрессии, когда зонд проводится на несколько десятков сантиметров ниже дуоденоюнального перехода» [3]. Пренебрежение декомпрессией кишечника или ее профанация является основным условием для кишечных свищей.

Программированные лапароскопии мы стараемся выполнять ежедневно, хотя существует предложение выполнять их через каждые 48 или 72 часа [3, 6]. По данным литературы результаты лапароскопических осуществленных через различные сроки практически не отличаются. А плотная ежедневная программа с нашей точки зрения позволяет быстрее прервать острый воспалительный процесс. Также известно, что пациенты значительно тяжелее переносят обезболи-

вание и оперативное вмешательство в отдаленные сроки [6].

Выздоровливающие больные перенесли одну (25 человек), две (27 человек), 3 (7 человек) лапароскопических. Своевременный переход на закрытое ведение брюшной полости также важен для профилактики кишечных свищей.

Визуальный контроль в динамике органов и полости живота позволяет провести полноценную санацию, наблюдать за кишечными швами. В целом открытое лечение РГП позволяет контролировать течение болезни и результаты исследования лечебных технологий.

Во всех случаях на III – IV сутки после I вмешательства по результатам клинических и лабораторных данных эффективность открытого ведения брюшной полости существенно уменьшается. Следовательно, это также является аргументом на проведение короткого открытого этапа ведения РГП. Поэтому после IV – V санаций следующие выполнялись часто не по программе а по конкретным показаниям, среди которых доминировали свищи тонкой или толстой кишки.

В последние годы разрабатываем и внедряем ряд приемов, которые помогут выполнять лапароскопии более качественно.

Выводы

1. Этапное лечение РГП по степени тяжести 20±2 балла по шкале APACHE – II (I этап – открытое ведение брюшной полости, II этап – закрытое) позволяет снизить летальность до 23 %.

2. В основном достаточно провести до 3 – х лапароскопических на фоне управляемой лапаростомы, после чего необходим переход на закрытое ведение брюшной полости.

3. В технологическом обеспечении обоих этапов лечения РГП основным является использование сквозного спиралевидного шва полихлорвиниловой трубкой.

Литература

1. Акперов И. А. Профилактика и лечение эвентрации / И.А.Акперов, Г.И.Грибенчиков, А.П.Додул [и др.] // Клин. хир. – 2000. – №11. – С. 62-63.
2. Алиев М. А. Открытый метод лечения перитонита (управляемая лапаростомия) / М.А.Алиев, Н.И.Изимберганов, М.М.Шаферман [и др.] // Алматы. – 1994. – С. 208.
3. Буянов В. М. Комплексное лечение острого разлитого перитонита / В.М.Буянов, Т.И.Ахметели, Н.Б.Ломидзе // Хирургия. – №8 – 1997. – С.4 –7.
4. Волобуев Н.Н. Лапаростомия в комплексном лечении послеоперационного перитонита / Н.Н.Волобуев, Ю.П.Свиригуленко, В.Д.Сидоренко [и др.] // Гнойно – септические осложнения в неотложной хирургии. – 1995. – С. 94–95.
5. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия: Рук. Для врачей / Гостищев В. К. – М., Медицина, 1996. – 416 с.
6. Макарова Н. П. Лапаростомия в лечении распространенного перитонита / Н.П.Макарова, О.В.Киршина // Хирургия. – 2000. – №3. – С. 30-32.
7. Макоха Н. С. Лечение тяжелых форм разлитого перитонита открытым способом / Н.С.Макоха // Материалы пленума научного общества хирургов УССР. – К., 1967. – С. 116–117.
8. Маломан Е. Н. Диагностика и лечение острого разлитого перитонита / Маломан Е. Н. – Кишинев, 1985. – 174 с.
9. Рошин Г. Г. Декомпрессивная лапаростомия как метод выбора в лечении синдрома абдоминальной компрессии / Г.Г.Рошин // Клин. хирургия. – 2000. – №10. – С. 38-40.
10. Хотинян В. Ф. Открытое лечение послеоперационного перитонита / В.Ф.Хотинян, П.Ф.Бытка, Ю.Д.Борщ [и др.] // Вестник хир. – 1988. – №10. – С. 109-111.
11. Щелоков А. А. К вопросу об открытых методах лечения гнойного перитонита / А.А.Щелоков, П.Г.Брюсов // Вестник хир. – 2000. – С. 7–10.
12. Острый аппендицит у детей / [Я. Б.Юдин, Ю. Д.Прокопенко, К. К.Федоров и др.]. – М. : Медицина, 1988. – 256 с.

Реферат

ПРОГРАМОВАНІ БАГАТОЕТАПНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ РОЗЛИТОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНИТУ

Акперов І. А. Мартиненко А. П.

Ключові слова: перитоніт, програмована лапаросанация, лапаротомія.

У публікації аналізуються результати лікування 144 хворих з різними формами перитоніту. В результаті лікування закритим способом померли 51% (27 хворих) з 53 пацієнтів. При лікуванні перитоніту відкритим способом (91 хворий) смертність зменшилася до 23% (20 хворих). Відкритий спосіб лікування перитоніту дає можливість поліпшити результати лікування.

Summary

PLANNING OF MULTI-STAGE OPERATIONS IN DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

Akperov I.A., Martynenko A.P.

Key words: peritonitis, planned laparosonation, laparotomy.

This paper focuses on the results of treatment of 144 patients with various forms of peritonitis. The closed method of treatment led to lethality in 51% of cases (27 patients) of the 53 patients. The open access method (91 patients) decreases the mortality by 23% (20 patients).

УДК: 617.55-089.-819.7-083.98

Андрищенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин О.М.

РЕЛАПАРОТОМІЯ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії

Проведено детальний ретроспективний і проспективний аналіз результатів лікування 160 пацієнтів, яким виконували релапаротомії після невідкладних операцій з причини гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і заочеревинного простору. Чоловіків було 94 (58,8%), жінок – 66 (41,2%). Вік хворих від 14 до 90 років, середній вік 58,8 років. Вимушених релапаротомій виконано 104 (61,8%), програмованих – 68 (38,2%). Загальна летальність після виконання релапаротомій склала 30,6%. Вивчено структуру основних причин, що вимагали виконання вимушених релапаротомій. Серед них домінували: панкреатичні та паранепанкреатичні абсцеси (20,6%), рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність (20,0%), внутрішньочеревні кровотечі і неспроможність швів та перфорації кишок (по 11,9%), перитоніт (10,7%). Окреслено коло показань до проведення програмованих повторних операцій. Наведено бачення авторів на термінологічні дефініції та зміст повторних операційних втручань як підґрунтя поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з невідкладною абдомінальною патологією.

Ключові слова: невідкладне абдомінальна патологія, вимушена, програмована релапаротомія

вної порожнини та заочеревинного простору.

Вступ

Релапаротомія (РЛТ) являє собою важливий компонент в комплексному хірургічному лікуванні хворих на гострі захворювання органів черевної порожнини, а також у корекції виникаючих ускладнень патологічного процесу та первинного операційного втручання [2-5,7-11]. В теперішній час погляди на РЛТ зазнали певних змін, що пов'язано, передовсім, з введенням у клінічну практику термінів “програмована”, “вимушена”, “за потребою” РЛТ [2,4,9,12]. Однак, дефініції зазначених понять, зміст та засади реалізації РЛТ у невідкладній абдомінальній хірургії залишаються далекими від однозначного вирішення.

Мета дослідження

Визначити місце РЛТ як ефективної лікувальної складової в хірургії гострих захворювань органів чере-

Об'єкт і методи дослідження

За період з 1997 по 2012 роки в клініці загальної хірургії РЛТ виконано 160 хворим у віці від 18 до 90 років. Жінок було 66 (41,2%), чоловіків - 94 (58,8%). Середній вік пацієнтів складав 58,8 років. Здійснювався ретроспективний аналіз клінічного матеріалу, а також піддавалися оцінці та узагальненню результати хірургічного лікування пацієнтів в період актуального дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення

Структуру невідкладної абдомінальної патології, з приводу якої здійснювалися первинні операційні втручання, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1.
Види невідкладної абдомінальної патології.

Характер нозології	К-сть хворих	%
Гострий некротичний панкреатит	48	30,0
Гостра кишкова непрохідність	29	18,2
Гострий апендицит	16	10,0
Защемлена грижа	16	10,0
Проривна гастродуоденальна виразка	12	7,6
Перфорація кишки	10	6,3
Тупа травма живота	7	4,3
Гострий холецистит	8	5,0
Інша патологія	14	8,6
РАЗОМ	160	100%

Реферат

ПРОГРАМОВАНІ БАГАТОЕТАПНІ ОПЕРАЦІЇ В ЛІКУВАННІ РОЗЛИТОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНИТУ

Акперов І. А. Мартиненко А. П.

Ключові слова: перитоніт, програмована лапаросанация, лапаротомія.

У публікації аналізуються результати лікування 144 хворих з різними формами перитоніту. В результаті лікування закритим способом померли 51% (27 хворих) з 53 пацієнтів. При лікуванні перитоніту відкритим способом (91 хворий) смертність зменшилася до 23% (20 хворих). Відкритий спосіб лікування перитоніту дає можливість поліпшити результати лікування.

Summary

PLANNING OF MULTI-STAGE OPERATIONS IN DIFFUSE PURULENT PERITONITIS

Akperov I.A., Martynenko A.P.

Key words: peritonitis, planned laparosonation, laparotomy.

This paper focuses on the results of treatment of 144 patients with various forms of peritonitis. The closed method of treatment led to lethality in 51% of cases (27 patients) of the 53 patients. The open access method (91 patients) decreases the mortality by 23% (20 patients).

УДК: 617.55-089.-819.7-083.98

Андрищенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин О.М.

РЕЛАПАРОТОМІЯ У НЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії

Проведено детальний ретроспективний і проспективний аналіз результатів лікування 160 пацієнтів, яким виконували релапаротомії після невідкладних операцій з причини гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і заочеревинного простору. Чоловіків було 94 (58,8%), жінок – 66 (41,2%). Вік хворих від 14 до 90 років, середній вік 58,8 років. Вимушених релапаротомій виконано 104 (61,8%), програмованих – 68 (38,2%). Загальна летальність після виконання релапаротомій склала 30,6%. Вивчено структуру основних причин, що вимагали виконання вимушених релапаротомій. Серед них домінували: панкреатичні та паранепанкреатичні абсцеси (20,6%), рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність (20,0%), внутрішньочеревні кровотечі і неспроможність швів та перфорації кишок (по 11,9%), перитоніт (10,7%). Окреслено коло показань до проведення програмованих повторних операцій. Наведено бачення авторів на термінологічні дефініції та зміст повторних операційних втручань як підґрунтя поліпшення результатів хірургічного лікування хворих з невідкладною абдомінальною патологією.

Ключові слова: невідкладне абдомінальна патологія, вимушена, програмована релапаротомія

Вступ

Релапаротомія (РЛТ) являє собою важливий компонент в комплексному хірургічному лікуванні хворих на гострі захворювання органів черевної порожнини, а також у корекції виникаючих ускладнень патологічного процесу та первинного операційного втручання [2-5,7-11]. В теперішній час погляди на РЛТ зазнали певних змін, що пов'язано, передовсім, з введенням у клінічну практику термінів “програмована”, “вимушена”, “за потребою” РЛТ [2,4,9,12]. Однак, дефініції зазначених понять, зміст та засади реалізації РЛТ у невідкладній абдомінальній хірургії залишаються далекими від однозначного вирішення.

Мета дослідження

Визначити місце РЛТ як ефективною лікувальною складовою в хірургії гострих захворювань органів чере-

вної порожнини та заочеревинного простору.

Об'єкт і методи дослідження

За період з 1997 по 2012 роки в клініці загальної хірургії РЛТ виконано 160 хворим у віці від 18 до 90 років. Жінок було 66 (41,2%), чоловіків - 94 (58,8%). Середній вік пацієнтів складав 58,8 років. Здійснювався ретроспективний аналіз клінічного матеріалу, а також піддавалися оцінці та узагальненню результати хірургічного лікування пацієнтів в період актуального дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення

Структуру невідкладної абдомінальної патології, з приводу якої здійснювалися первинні операційні втручання, наведено в таблиці 1.

Таблиця 1.
Види невідкладної абдомінальної патології.

Характер нозології	К-сть хворих	%
Гострий некротичний панкреатит	48	30,0
Гостра кишкова непрохідність	29	18,2
Гострий апендицит	16	10,0
Защемлена грижа	16	10,0
Проривна гастродуоденальна виразка	12	7,6
Перфорація кишки	10	6,3
Тупа травма живота	7	4,3
Гострий холецистит	8	5,0
Інша патологія	14	8,6
РАЗОМ	160	100%

Як видно, в структурі захворювань домінували гострий некротичний панкреатит, гостра кишкова непрохідність, гострий апендицит та защемлена грижа передньої черевної стінки.

Характеристику чинників, що зумовлювали необхідність виконання РЛТ, представлено в таблиці 2. При зазначених ускладненнях раннього післяопераційного періоду (як захворювання, так і операційного втручання) виконувалися переважно вимушені РЛТ (84 пацієнта; 62,7%). Дані РЛТ розглядалися як безальтернативний лікувальний метод. Зміст вимушених РЛТ полягав у корекції виникаючих ускладнень захворювання, прогресування патологічного процесу або виявляємої неповноцінності первинного операційного втручання. Об'єм операції, при цьому, окрім усунення/елімінації ускладнення, санації та дренування че-

ревної порожнини доповнювався пролонгованою декомпресією тонкої кишки із застосуванням розпрацьованої череззондової лікувальної програми, яка включала парціальний лаваж тонкої кишки розчинами електролітів, наближених за складом до кишкового вмісту, ентеросорбцію ентеросгелем, селективну деконтамінацію кишкової мікрофлори антибактерійними засобами, стимуляцію моторно-евакуаторної функції тонкої кишки шляхом внутрішньокишкового електрофорезу, черезтубажне раннє ентеральне харчування. Ефективність лікування підтверджувалася скороченням термінів відновлення перистальтики, зниженням лейкоцитозу, лейкоцитарного індексу інтоксикації, величин рН і хімусного коефіцієнту тубажного вмісту, рівнів його мікробної контамінації та токсичності за модифікованим парамеційним тестом [1,2,6].

Таблиця 2.
Чинники, що зумовлювали необхідність виконання РЛТ.

Характер патології та ускладнень	К-сть хворих	%
Панкреатичні та паранкреатичні абсцеси	33	20,6
Рання післяопераційна спайкова кишкова непрохідність	32	20,0
Внутрішньочеревні кровотечі	19	11,9
Неспроможність швів та перфорації кишок	19	11,9
Перитоніт	17	10,7
Абсцеси черевної порожнини	12	7,5
Евентрація	11	6,8
Паралітична кишкова непрохідність	11	6,8
Інші	6	3,8
РАЗОМ	160	100%

У 60 пацієнтів (37,5%) застосовано методику програмованої РЛТ. Даний оперативно-тактичний підхід реалізовувався в тих клінічних ситуаціях, коли субопераційна елімінація патологічного процесу в черевній порожнині або заочеревинному просторі була принципово неможливою. Це стосувалось, перш за все, хворих з гнійно-некротичним панкреатитом, паранкреатитом, параколітом та поширеними формами фібринозно-гнійного перитоніту. Об'єм програмованої РЛТ передбачав етапні некр-секвестректомії девіталізованих тканин, повторний лаваж черевної порожнини з ліквідацією скупчень ексудату (що попереджувало злипання петель кишок між собою, як фактор формування міжпетельних абсцесів) та заміну трубчасто-гумових дренажів. У 22 пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом субопераційно проводився назогастроінтестинальний зонд в початковий відділ тонкої кишки і у 38 хворих формувалася підвісна єюностома за Witzel. Це забезпечувало декомпресію дигестивного тракту на фоні динамічної кишкової непрохідності (яка є притаманна гострому панкреатиту), а з 2-3 доби – зонди використовувалися для раннього ентерального харчування.

У 26 пацієнтів (16,3%) здійснено програмовану РЛТ за принципом Second Look («повторний погляд»). Первинні операційні втручання у даних хворих виконувалися з приводу: защемлених гриж та сегментарного тромбозу мезентеріальних судин (по 8 випадків), странгуляційної кишкової непрохідності і (3), множинних травматичних розривів тонкої кишки (по 3 випадки), товстокишкової непрохідності пухлинного генезу (2), гострої спайкової кишкової непрохідності та флегмони тонкої кишки (по 1 спостереженню). Підґрунтям для їх виконання були: оцінка стану стінки кишки, якщо при первинному втручанні життєздатність її була сумнівною, герметичності швів анастомозів, які формувалися в несприятливих умовах, констатація прогресування/непрогресування тромбозу брижових судин.

У 23 хворих цієї групи (88,5%) стверджено сприят-

ливий перебіг змін, у зв'язку з чим 14 пацієнтам проведено остаточне зашивання лапаротомної рани, трьом – герніопластику, шістьом – резекцію сегментарних некротів кишок. У трьох осіб (11,5%) з тромбозом мезентеріальних судин верифіковано тотальне прогресування патологічного процесу, хірургічна корекція якого була неможливою.

У 11 пацієнтів з поширеними формами фібринозно-гнійного перитоніту було реалізовано принцип «вірогідно можливої» РЛТ. Зміст цього лікувально-тактичного підходу полягав у тому, що первинне хірургічне втручання свідомо завершувалося зашиванням передньої черевної стінки на шви-зав'язки, що створювало зручні умови для повторної експлорації черевної порожнини за необхідністю. Покази до виконання РЛТ ґрунтувалися на традиційній оцінці загальних характеристик перебігу раннього післяопераційного періоду, зокрема, наявності клінічних та лабораторно-біохімічних ознак триваючої або наростаючої інтоксикації, а також місцевих проявах нерозрішеного перитоніту. Сукупний аналіз даних показників зумовлював необхідність виконання РЛТ, яку і було реалізовано у 8 пацієнтів. Загальна післяопераційна летальність після всіх наведених видів РЛТ склала 30,6%. Основними причинами були прогресуюча інтоксикація, поліорганна недостатність, тромбоемболія легеневої артерії.

Отже, аналіз представленого клінічного матеріалу з хірургічного лікування невідкладної абдомінальної патології надав підстави до виокремлення наступних видів РЛТ, кожна з яких має свій лікувально-тактичний та оперативно-технічний зміст. «Вимушена» РЛТ – це повторна операція, основна мета якої полягає у ліквідації прогресуючих ускладнень захворювання або загрозливих життю пацієнта ускладнень первинного операційного втручання. Вона має враховувати вид невідкладної абдомінальної патології та ступінь вираженості її ускладнень, об'єм здійсненого первинного втручання, адекватність санації і дренування черевної порожнини, ефективність декомпресії дигестивного тракту, а також вірогідність ускладнень первинної операції.

При «програмованій РЛТ» є доцільним виокремлення її наступних видів, кожний з яких має чіткі межі застосування. А саме: 1) санаційна (або етапна) РЛТ, з метою проведення чергової санації гнійно-некротичних осередків у черевній порожнини та заочеревинному просторі. Вона виконується переважно на 2-3-ю добу після операції при розповсюджених формах перитоніту, або на 5-7-у добу при гнійно-некротичному панкреатиті/парапанкреатиті; 2) експлоративна РЛТ (за принципом Sekond Look), яка здійснюється для оцінки життєздатності стінки порожнистого органу, що була сумнівною при первинному втручанні (кишка при защемленій грижі, странгуляційній непрохідності, сегментарному тромбозі судин брижі) або спроможності сформованого анастомозу.

В окремих клінічних випадках за аналізом субопераційної ситуації не виключається ймовірність виконання «вірогідно можливої» РЛТ. Вона передбачає готовність до ймовірної повторної санації черевної порожнини за наявності клінічних та лабораторних ознак триваючої інтоксикації або місцевих проявів «неблагополуччя» в ранньому післяопераційному періоді. Хоча за сприятливого перебігу післяопераційного періоду може бути і взагалі не зреалізованою.

Висновки

1. РЛТ є ефективним методом хірургічної корекції прогресуючої гострої абдомінальної патології, її ускладнень та ускладнень первинних операційних втручань.

2. В структурі релапаротомії доцільно виділяти вимушені і програмовані релапаротомії - етапно-санаційну, експлоративну (за принципом Sekond Look) та «вірогідно можливу».

3. Диференційований підхід до реалізації різних видів РЛТ оптимізує хірургічну тактику лікування гострих захворювань органів черевної порожнини та заочеревинного простору.

Перспективи подальших досліджень полягають у

Реферат

РЕЛАПАРОТОМИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Андрющенко В.П., Федоренко С.Т., Дворчин О.М.

Ключевые слова: неотложная абдоминальная патология, вынужденная, программированная релапаротомия

Проведен детальний ретроспективний і проспективний аналіз результатів лікування 160 пацієнтів, которым проводились релапаротомії після неотложних операцій по поводу острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Мужчин было 94 (58,8%), женщин – 66 (41,2%). Возраст больных составлял от 14 до 90 лет, средний возраст – 58,8 лет. Вынужденных релапаротомий было произведено 104 (61,8%), программированных – 68 (38,2%). Общая смертность после выполнения релапаротомий составила 30,6%. Изучена структура основных причин выполнения вынужденных релапаротомий. Среди них доминировали: панкреатические и парапанкреатические абсцессы (20,6%), ранняя послеоперационная спаечная кишечная непроходимость (20,0%), внутрибрюшные кровотечения, недостаточность швов и перфорации кишки (по 11,9%), перитонит (10,7%). Очерчен круг показаний к проведению программированных повторных операций. Определены терминологические дифиниции и содержание повторных оперативных вмешательств как основа улучшения результатов хирургического лечения больных с неотложной абдоминальной патологией.

Summary

REPEATED LAPAROTOMY IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

Andriuschenko V.P., Fedorenko S.T., Dvorchyn O.M.

Key words: urgent abdominal pathology, compulsory relaparotomy, programmed relaparotomy.

The detailed retrospective and prospective analysis of the results obtained in the treatment of 160 patients subjected to relaparotomy as a result of urgent operations caused by acute surgical diseases of the abdominal cavity and retroperitoneal organs. There were 94 (58.8%) males and 66 (41.2%) females aged 14 – 90 (mean age 58.8 years). The proportion of compulsory relaparotomy surgeries made up 104 (61.8%) cases, while planned relaparotomy surgeries constituted 68 (32.2%) cases. Total mortality rate due to relaparotomy surgeries was 30.6%. The main causes resulting in the relaparotomy surgeries include pancreatic and parapancreatic abscesses (20.6%), early postoperative adhesive obstruction (20.0%), intra-abdominal bleeding, suture insufficiency and intestinal perforation, and peritonitis (10.7%). This enabled to outline the indications for planning of relaparotomy surgeries, to suggest terminological definitions and the arguments for repeated surgeries.

подальшому науково-теоретичному та практично-прикладному опрацюванні невирішених питань РЛТ як ефективного компоненту хірургічного лікування пацієнтів з невідкладною абдомінальною патологією.

Література

1. Андрющенко В.П. Застосування череззондової лікувальної програми у хворих з гострою непрохідністю кишечника та перитонітом / В.П.Андрющенко, С.Т.Федоренко // Клінічна хірургія. – 1997. – № 9-10. – С.18-20.
2. Андрющенко В.П. Програмована і вимушена релапаротомія у невідкладній абдомінальній хірургії / В.П.Андрющенко, С.Т.Федоренко, Л.Р.Чайковська // Харківська хірургічна школа. – 2006. – № 1. – С.137-140.
3. Бондаренко М.В. Релапаротомія у хворих з високим операційним ризиком / М.В.Бондаренко // Клінічна хірургія. – 2004. – №3. – С. 26-29.
4. Дикий О.Г. Вимушені та етапні втручання в абдомінальній хірургії / О.Г.Дикий, В.Т.Поліщук, П.В.Піріор [и др.] // Клінічна хірургія. – 2007. – № 5-6. – С.68-69.
5. Заверный Л.Г. Релапаротомия: определение показаний и результаты / Л.Г.Заверный, В.М.Мельник, А.И.Пойда [и др.] // Хирургия. – 1996. – №1. – С. 66-69.
6. Мазур А.П. Алгоритм ентерального зондового введения розчину Рингера та сумішей Інліт, Фрезубін в ранньому післяопераційному періоді в абдомінальній хірургії / А.П.Мазур, О.Л.Риков, В.М.Шевченко, В.В.Силантьєв // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С.80.
7. Ольшанецкий А.А. Управляемые релапаротомии и многоэтапные операции при сомнительной жизнеспособности кишки у больных с ущемленной грыжей и острой непроходимостью кишечника / А.А.Ольшанецкий, Г.В.Румянцев, В.К.Глазунов // Харківська хірургічна школа. – 2004. – №1-2. – С. 122-124.
8. Перцов В.И. Релапаротомия – эффективный метод лечения осложнений у пострадавших с закрытой абдоминальной травмой / В.И.Перцов, Н.С.Кравец, А.И.Рылов, В.С.Прудюс // Клінічна хірургія. – 2004. – №9. – С.15-17.
9. Радзиховский А.П. Релапаротомия / А.П.Радзиховский, О.Е.Бобров, А.А.Ткаченко. – К.: Феникс, 2001. – 360 с.
10. Шапринский В.О. Застосування програмованої релапаротомії в лікуванні післяопераційного перитоніту / В.О.Шапринський // Клін. хірургія. – 1997. – № 3-4. – С. 74-76.
11. Van Goer H. Complication of planned relaparotomy in patients with severe general peritonitis / H.Van Goer, R.G.Nulsebos, R.P.Bleichroolt // Eur. J. Surg. – 1997. – №163. – P.61-66.
12. Zaniewsky M. Second-look in abdominal surgery / M.Zaniewsky, T.Urbaneck, A.Knipwies, M.Kazibudzi [et al.] // Wiad. Lek. – 1997. – №50. – P.241-246.

УДК 616.361- 002.3+616.94-092:[616.361- 002.3] – 092.9

Борисенко В.Б.¹, Даценко Б.М.¹, Тамм Т.И.¹, Мишина М.М.², Горголь Н.И.²

ТРАНСПАПИЛЛЯРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования

² Харьковский национальный медицинский университет

В эксперименте на 36 крысах разработан новый способ моделирования острого гнойного холангита и билиарного сепсиса, в основе которого использован феномен дигестивно-билиарного рефлюкса инфицированного содержимого из изолированного перевязкой лигатурами участка тонкой кишки, «содержащего» папиллу. Способ обеспечивает без пункции и пересечения холедоха развитие острого гнойного холангита и билиарного сепсиса уже с 3 суток эксперимента, что подтверждается данными бактериологического исследования желчи и крови, а также соответствующими патоморфологическими изменениями холедоха, печени, сердца, легких, почек, селезенки и регионарных лимфоузлов.

Ключевые слова: механическая желтуха, острый гнойный холангит, билиарный сепсис, транспапиллярное моделирование.

Работа является фрагментом темы «Комплексна профілактика гнійно-септичних ускладнень у хворих з невідкладними захворюваннями органів черевної порожнини» (державна реєстрація №0111U003580)

Вступление

В условиях стремительного развития хирургической гепатологии на современном этапе остается недостаточно изученной проблема механической желтухи (МЖ), что особенно касается вопросов ее трансформации в острый гнойный холангит (ОГХ) и билиарный сепсис (БС), и определяет актуальность проблемы в целом [3,5]. Мало изученными остаются механизмы развития бактериохолии, а также пути развития бактериемии и эндотоксемии у больных с синдромом МЖ. В патогенезе БС остается спорной роль феномена бактериальной транслокации микроорганизмов из желудочно-кишечного тракта [7,11].

Для изучения этих спорных вопросов был разработан ряд способов моделирования экспериментального холестаза и ОГХ, суть которых сводится к созданию в холедохе препятствия оттоку желчи [4, 8,12] с последующим ее инфицированием [1,2,3,10]. Каким-либо сообщением, касающимся моделирования БС, в доступной нам литературе найти не удалось, встречаются лишь косвенные упоминания о гибели части животных с моделью ОГХ [6], а также суждение о невозможности моделирования сепсиса [9].

Известные способы экспериментального моделирования ОГХ предполагают травму холедоха и не лишены определенных недостатков. Так, в способе, разработанном Г.Г. Ахаладзе в 1994 году [1], для достижения поставленной цели необходимо использование дорогостоящей микрохирургической техники и инструментария, наряду с полным пересечением холедоха, существует высокая вероятность его гидравлической травмы и подтекания микробной взвеси в свободную брюшную полость. В способе, предложенном Зарей И.Л. в 1994 году [6], помимо пункции холедоха и инфицирования его просвета, производится его механическая травма зажимом, вызывая некроз стенки протока, что не соответствует механизмам развития холангита. Даже наиболее технически простой пункционный способ моделирования ОГХ, предложенный А.Л. Ярошем в 2005 году [10], не гарантирует герметизма холедоха при его пункции, а ограниченная площадь инфицирования просвета холедоха и низкая концентрация патогенной микрофлоры вызывают сомнения в плане дальнейшего развития БС.

Кроме того, все предложенные способы не отвечают условиям клинического течения заболевания из-за значительного временного интервала с момента операции до возникновения ОГХ.

Цель исследования

Разработка способа моделирования ОГХ, обеспечивающего герметизм общего желчного протока и развитие гнойного воспаления в нем уже на третьи сутки эксперимента с последующей трансформацией в БС.

Объект и методы исследования

Проведено экспериментальное исследование на 36 крысах популяции Вистар в условиях вивария ХМАПО. Животные массой 160-220 г были разделены на две группы. Группу сравнения составили 6 животных (показатели нормы), основную – 30 животных.

Животным основной группы в условиях внутримышечного кетаминowego наркоза (доза препарата - 50 мг/кг массы крысы) производили верхне-срединную лапаротомию. Под дистальной частью общего желчного протока (непосредственно у места его впадения в тонкую кишку) подводилась капроновая лигатура. Далее, отступая на 0,5 см проксимальнее и дистальнее зоны большого дуоденального соска, на тонкой кишке (у человека соответствует двенадцатиперстной кишке) затягивали две лигатуры, образуя кишечный резервуар в зоне папиллы, в который инсулиновым шприцом медленно нагнетали 0,2-0,3 мл микробной взвеси *E. Coli* (ГСК 240533) в концентрации 1×10^8 КОЕ в 1 мл физиологического раствора, визуальнo контролируя возникновение постепенного расширения холедоха (\approx до 1,5мм), микробной взвесью, поступающей в него через папиллу из тонкокишечного резервуара. После чего производили затягивание лигатуры, наложенной ранее на общий желчный проток (рис. 1).

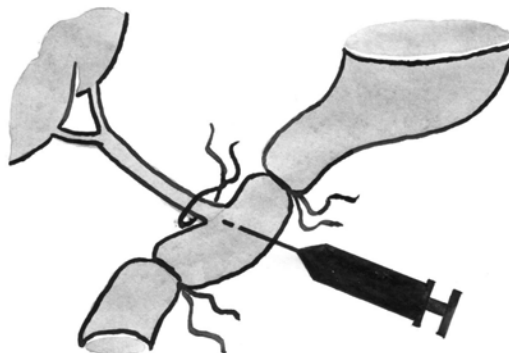


Рис. 1. Способ транспапиллярного моделирования острого гнойного холангита (объяснение в тексте).

УДК 616.361- 002.3+616.94-092:[616.361- 002.3] – 092.9

Борисенко В.Б.¹, Даценко Б.М.¹, Тамм Т.И.¹, Мишина М.М.², Горголь Н.И.²

ТРАНСПАПИЛЛЯРНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА И БИЛИАРНОГО СЕПСИСА

¹ Харьковская медицинская академия последипломного образования

² Харьковский национальный медицинский университет

В эксперименте на 36 крысах разработан новый способ моделирования острого гнойного холангита и билиарного сепсиса, в основе которого использован феномен дигестивно-билиарного рефлюкса инфицированного содержимого из изолированного перевязкой лигатурами участка тонкой кишки, «содержащего» папиллу. Способ обеспечивает без пункции и пересечения холедоха развитие острого гнойного холангита и билиарного сепсиса уже с 3 суток эксперимента, что подтверждается данными бактериологического исследования желчи и крови, а также соответствующими патоморфологическими изменениями холедоха, печени, сердца, легких, почек, селезенки и регионарных лимфоузлов.

Ключевые слова: механическая желтуха, острый гнойный холангит, билиарный сепсис, транспапиллярное моделирование.

Работа является фрагментом темы «Комплексна профілактика гнійно-септичних ускладнень у хворих з невідкладними захворюваннями органів черевної порожнини» (державна реєстрація №0111U003580)

Вступление

В условиях стремительного развития хирургической гепатологии на современном этапе остается недостаточно изученной проблема механической желтухи (МЖ), что особенно касается вопросов ее трансформации в острый гнойный холангит (ОГХ) и билиарный сепсис (БС), и определяет актуальность проблемы в целом [3,5]. Мало изученными остаются механизмы развития бактериохолии, а также пути развития бактериемии и эндотоксемии у больных с синдромом МЖ. В патогенезе БС остается спорной роль феномена бактериальной транслокации микроорганизмов из желудочно-кишечного тракта [7,11].

Для изучения этих спорных вопросов был разработан ряд способов моделирования экспериментального холестаза и ОГХ, суть которых сводится к созданию в холедохе препятствия оттоку желчи [4, 8,12] с последующим ее инфицированием [1,2,3,10]. Каким-либо сообщением, касающимся моделирования БС, в доступной нам литературе найти не удалось, встречаются лишь косвенные упоминания о гибели части животных с моделью ОГХ [6], а также суждение о невозможности моделирования сепсиса [9].

Известные способы экспериментального моделирования ОГХ предполагают травму холедоха и не лишены определенных недостатков. Так, в способе, разработанном Г.Г. Ахаладзе в 1994 году [1], для достижения поставленной цели необходимо использование дорогостоящей микрохирургической техники и инструментария, наряду с полным пересечением холедоха, существует высокая вероятность его гидравлической травмы и подтекания микробной взвеси в свободную брюшную полость. В способе, предложенном Зарей И.Л. в 1994 году [6], помимо пункции холедоха и инфицирования его просвета, производится его механическая травма зажимом, вызывая некроз стенки протока, что не соответствует механизмам развития холангита. Даже наиболее технически простой пункционный способ моделирования ОГХ, предложенный А.Л. Ярошем в 2005 году [10], не гарантирует герметизма холедоха при его пункции, а ограниченная площадь инфицирования просвета холедоха и низкая концентрация патогенной микрофлоры вызывают сомнения в плане дальнейшего развития БС.

Кроме того, все предложенные способы не отвечают условиям клинического течения заболевания из-за значительного временного интервала с момента операции до возникновения ОГХ.

Цель исследования

Разработка способа моделирования ОГХ, обеспечивающего герметизм общего желчного протока и развитие гнойного воспаления в нем уже на третьи сутки эксперимента с последующей трансформацией в БС.

Объект и методы исследования

Проведено экспериментальное исследование на 36 крысах популяции Вистар в условиях вивария ХМАПО. Животные массой 160-220 г были разделены на две группы. Группу сравнения составили 6 животных (показатели нормы), основную – 30 животных.

Животным основной группы в условиях внутримышечного кетаминowego наркоза (доза препарата - 50 мг/кг массы крысы) производили верхне-срединную лапаротомию. Под дистальной частью общего желчного протока (непосредственно у места его впадения в тонкую кишку) подводилась капроновая лигатура. Далее, отступая на 0,5 см проксимальнее и дистальнее зоны большого дуоденального соска, на тонкой кишке (у человека соответствует двенадцатиперстной кишке) затягивали две лигатуры, образуя кишечный резервуар в зоне папиллы, в который инсулиновым шприцом медленно нагнетали 0,2-0,3 мл микробной взвеси *E. Coli* (ГСК 240533) в концентрации 1×10^8 КОЕ в 1 мл физиологического раствора, визуальнo контролируя возникновение постепенного расширения холедоха (\approx до 1,5мм), микробной взвесью, поступающей в него через папиллу из тонкокишечного резервуара. После чего производили затягивание лигатуры, наложенной ранее на общий желчный проток (рис. 1).

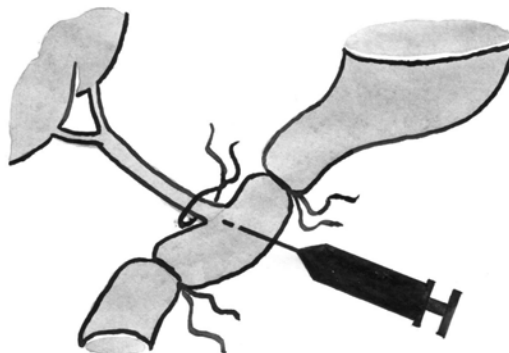


Рис. 1. Способ транспапиллярного моделирования острого гнойного холангита (объяснение в тексте).

Лигатуры с тонкой кишки удаляли, место инъекции кишки обрабатывали 96% этиловым спиртом, брюшную полость ушивали наглухо непрерывным капроновым швом через все слои (Патент №73778 Україна МПК, А 61 В 17/00 від 10.10.12. Спосіб транспілярного моделювання гострого гнійного холангіту та біліарного сепсису/ Борисенко В.Б., Даценко Б.М., Тамм Т.І., Мішина М.М., Горголь Н.І.; заявник та патентовласник Харківська медична академія післядипломної освіти).

Животных (по 6 особей одновременно) выводили из эксперимента на 3, 7, 14, 21 и 30 сутки путем введения летальной дозы анестетика (кетамин внутримышечно в дозе 100 мг/кг). Во время аутопсии у всех животных в асептических условиях производили забор желчи из расширенного холедоха, а также крови из левого желудочка сердца для проведения их микробиологического исследования.

Для морфологического исследования производили забор кусочков печени, общего желчного протока, а также легкого, селезенки, почки и внутрибрюшных регионарных лимфоузлов. Материал фиксировали в 10% водном растворе нейтрального формалина и подвергали спиртовой и парафиновой проводке. Готовили серийные срезы толщиной $4-5 \times 10^{-6}$ м, которые окрашивали гематоксилином и эозином.

Микроскопически оценивали степень выраженности дистрофических, некробиотических, гемодинамических и воспалительных изменений. Состояние ретикулоэндотелиальной системы печени оценивали по общему среднему количеству купферовых клеток в ограниченном поле зрения (ОПЗ) – $(3,12 \times 10^{-7} \text{ м}^2)$. Кроме того, определяли среднюю толщину стенки холедоха и высоту его эпителия.

Все манипуляции на животных осуществляли в соответствии с международными требованиями к проведению экспериментов на животных.

Результаты исследования обработаны статистически с использованием стандартного пакета программ Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

При макроскопическом исследовании органов брюшной полости на аутопсии у всех животных основной группы выявлена прогрессирующая дилатация общего желчного протока (от $0,4 \pm 0,03$ см на 3-и сутки и до $1,2 \pm 0,05$ см на 30 сутки эксперимента), утолщение стенки холедоха, а также перихоледохальная инфильтрация, нарастающая по срокам выведения из эксперимента. Отмечалось увеличение печени с 7 суток и изменение ее окраски (от темно- до светло-коричневой) к 21-30 суткам. Содержимым общего желчного протока была желчь с примесью гноя или гной.

При бактериологическом исследовании у всех животных опытной группы с 3-х суток из желчи и крови высевалась кишечная палочка.

При гистологическом исследовании препаратов холедоха с 3 суток отмечалось умеренное утолщение его стенки за счет отека и очаговой инфильтрации лимфоплазмочитарными элементами с примесью нейтрофильных гранулоцитов, а к 30 суткам выявлялось резкое утолщение, отек и диффузная инфильтрация холедоха нейтрофильными гранулоцитами.

Со стороны слизистой оболочки с 3 суток отмечалось сохранение складчатости с очагами десквамации эпителиоцитов, а к 30 суткам выявлялась сглаженность складчатости эпителиального покрова, его уплощение и выраженная очаговая десквамация.

По данным морфометрического исследования толщина стенки холедоха увеличивалась от $260,74 \pm 0,78$ ($p_1 < 0,001$) мкм на 3 сутки до $381,63 \pm 9,38$ ($p_1 < 0,001$) на 30 сутки (табл.1). Высота эпителия варьировала от $12,01 \pm 0,21$ ($p_1 < 0,001$) мкм на 3 сутки до $12,42 \pm 0,2$ мкм ($p_1 < 0,001$) на 30 сутки эксперимента (табл.1).

Таблица 1
Динамика морфометрических показателей стенки холедоха, мкм.

Исследуемый показатель	В норме	При моделировании гнойного холангита				
		3 сутки	7 сутки	14 сутки	21 сутки	30 сутки
Толщина стенки холедоха	$255,52 \pm 1,42$	$260,74 \pm 0,78$	$340,59 \pm 3,18$	$366,67 \pm 1,33$	$378,13 \pm 1,66$	$381,63 \pm 9,38$
Толщина эпителия слизистой холедоха	$15,47 \pm 0,12$	$12,01 \pm 0,21$	$11,89 \pm 0,14$	$13,5 \pm 0,21$	$14,03 \pm 0,18$	$12,42 \pm 0,2$

К 30 суткам отмечалось удлинение порталных трактов, пролиферация желчных протоков, белковая и жировая дистрофия гепатоцитов, в части наблюдений определялись очаги центробилюлярных некрозов печеночной паренхимы. В удлинённых склерозированных порталных трактах и фиброзных прослойках вокруг мелких желчных протоков определялись лим-

фоплазмочитарные инфильтраты с примесью нейтрофильных гранулоцитов, нередко перихолангиолит.

По данным морфометрического исследования отмечается пролиферация Купферовых клеток печени на 3 сутки до $263,97 \pm 1,46$ экзemplаров в ОПЗ ($p_1 < 0,001$) а на 30 сутки резкое их уменьшение до $153,73 \pm 0,85$ экзemplаров в ОПЗ ($p_1 < 0,001$) (табл.2).

Таблица №2
Количество Купферовых клеток в ОПЗ ($3,12 \times 10^{-7} \text{ м}^2$), экз.

В норме	При моделировании гнойного холангита				
	3 сутки	7 сутки	14 сутки	21 сутки	30 сутки
$253,7 \pm 1,51$	$263,97 \pm 1,46$	$198,13 \pm 1,18$	$209,53 \pm 0,89$	$154,07 \pm 1,29$	$153,73 \pm 0,85$

При морфологическом исследовании препаратов сердца, легких, почек, которые являются органами-мишенями при БС, выявлены тяжелые дистрофические и некробиотические процессы, а также воспалительные изменения различной степени выраженности.

В лимфоидных органах вслед за гиперпластическими компенсаторно-приспособительными процессами (3,7 сутки) следуют морфологические признаки декомпенсации иммунитета (21,30 сутки), а в тяжелых случаях БС происходит полное опустошение лимфоузлов и селезенки.

Выводы

Разработанный способ позволяет без пункции или пересечения общего желчного протока, сохраняя его герметизм, посредством дуодено-билиарного рефлюкса, инфицировать максимальную поверхность желчного дерева, обеспечивая при этом с 3 суток развитие и прогрессирование ОГХ и последующую трансформацию в БС.

Перспективы дальнейших исследований

Полученные данные экспериментальных исследований открывают новые направления в изучении патогенеза, морфогенеза и клиники МЖ, осложненной ОГХ и БС, что имеет важное научно-практическое значение и могут использоваться при усовершенствовании существующих программ диагностики и лечения этих патологий.

Литература

1. Ахаладзе Г.Г. Гнойный холангит: клинические формы, определение степени тяжести, лечение: диссертация доктора мед. наук / Г.Г. Ахаладзе. – М., 1994. – 250 с.
2. Ахаладзе Г.Г. Морфологические и микроциркуляторные изменения печени при механической желтухе и холангите (экспериментальное исследование) / Г.Г.Ахаладзе // Актуальные проблемы хирургической гепатологии : XVI международный конгресс хирургов-гепатологов стран СНГ : тезисы докладов. – Екатеринбург, 2009. – С.108.
3. Гальперин Э.И. Билиарный сепсис: некоторые особенности патогенеза / Э.И. Гальперин, Г.Г.Ахаладзе // Хирургия. – 1999. – №10. – С.24-28.
4. Гнатюк М.С. Морфологічні зміни печінки та їх кореляція при змодельованій обтураційній жовтяниці / М.С.Гнатюк, І.М.Кліш, М.М.Галей // Шпитальна хірургія. – 2008. – №4. – С.78-82.

5. Даденко Б.М. Обтурационная желтуха: патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса / Б.М. Даденко // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2010. – №14(1). – С.15-19.
6. Заря И.Л. Пути оптимизации диагностики и лечения больных острым гнойным холангитом: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» / И.Л. Заря. – Харьков, 1994. – 24 с.
7. Никитенко В.И. Роль транслокации бактерий в патогенезе хирургической инфекции / В.И.Никитенко, В.В.Захаров, А.В.Бородин [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 2. – С 63-65.
8. Смирнова Н.Г. Влияние инфузионных гепатопротекторов на функциональное состояние печени при экспериментальном холестазе / Н.Г.Смирнова, С.Г.Чефу, А.Л.Коваленко [и др.] // Хирургия. – 2010. – №10. – С.83-88.
9. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И.Струков, В.В.Серов. – М. : Медицина, 1993. – 688 с.
10. Ярош А.Л. Разработка способа моделирования острого гнойного холангита у экспериментальных животных / А.Л.Ярош, Н.А.Конопля, С.В. Иванов // Успехи современного естествознания. – 2005. – № 12. – С.62.
11. Berg R.D. Bacterial translocation from the intestines / R.D. Berg // Jikken Dobutsu. – 1985. – №34(1). – P.1-16.
12. Aller M.A. Comparative study of macro- and microsurgical extrahepatic cholestasis in the rat / M.A.Aller, M.Duran, L.Ortega, J.L.Arias // Microsurgery. – 2004. – №24-26. – P.442-447.

Реферат

ТРАНСПАПІЛЯРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ ТА БІЛІАРНОГО СЕПСИСУ

Борисенко В.Б., Даденко Б.М., Тамм Т.І., Мішина м.м., Горголь Н.І.

Ключові слова: механічна жовтяниця, гострий гнійний холангіт, біліарний сепсис, транспапілярне моделювання.

У експерименті на 36 щурах розроблений новий спосіб моделювання гострого гнійного холангіту і біліарного сепсису, в основі якого використаний феномен дигестивно-біліарного рефлюксу інфікованого вмісту ізольованої перев'язкою лігатурами ділянки тонкої кишки, що містить папілу. Спосіб забезпечує без пункції і перетину холедоха розвиток гострого гнійного холангіту і біліарного сепсису вже на 3 добу експерименту, що підтверджується даними бактеріологічного дослідження жовчі і крові, а також відповідними патоморфологічними змінами холедоха, печінки, серця, легенів, нирок, селезінки і регіонарних лімфовузлів.

Summary

TRANSPAPILLARY MODELING OF ACUTE PURULENT CHOLANGITIS AND BILIARY SEPSIS

Borisenko V.B., Datsenko B.M., Tamm T.I., Mishyna M.M., Gorgol N.I.

Key words: obstructive jaundice, acute purulent cholangitis, biliary sepsis, transpapillary modeling.

A new method of acute purulent cholangitis and biliary sepsis was worked out on 36 rats. It based on the phenomenon of digestive-biliary reflux of infected content from the area of small intestine isolated by ligation, and "containing" papilla. This method provides the development of acute purulent cholangitis and biliary sepsis without puncture and choledochus crosscutting just on the 3rd day of study which is proved by the data of bacteriologic study of bile and blood as well as corresponding pathomorphological changes of choledochus, hepatic, heart, lungs, kidneys, spleen and regional lymphatic nodes.

УДК 616 - 006 - 089 : 616 - 091

Бондарь Г.В., Башеев., В. Х., Совпель О.В.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ БРЮШНОАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ НЕКРОЗЕ НИЗВЕДЕННОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина.

Цель работы. Улучшение качества жизни больных, перенесших некроз низведенного трансплантата после операций с низведением ободочной кишки на промежность. В исследование включены 23 больных раком прямой кишки, после операций с низведением ободочной кишки, у которых после операции развился некроз низведенного на промежность трансплантата, в связи с чем произведено повторное оперативное вмешательство - релапаротомия, повторная мобилизация, ренизведение жизнеспособной кишки на промежность. В исследуемой группе больных изучены непосредственные и функциональные результаты лечения. После операции повторный некроз ренизведенного трансплантата наступил у 2 больных ($8,6 \pm 3,17\%$), в связи с чем больным произведена трансверзостомия, послеоперационные осложнения развились в 3 случаях и составили ($13,04 \pm 2,18\%$), в исследуемой группе после операции умерло 2 больных от некроза тонкой кишки на фоне тромбоза бассейна верхней брыжеечной артерии. Послеоперационная летальность составила $8,6 \pm 3,17\%$. При изучении значений тонуса и сократительной активности мышц анального сфинктера установлено, что через 12 мес после операции показатели в группе больных не отличаются от показателей неосложненного течения, являются высокими и стремятся к дооперационным. Наличие в арсенале хирурга технического приема влияет на стратегию хирургического лечения данной патологии, позволяя более активно выбирать объем требуемого оперативного вмешательства. Выполнение повторной первично-восстановительной операции при некрозе низведенной кишки позволяет достичь удовлетворительного непосредственных и функциональных результатов, что подтверждает целесообразность ее выполнения.

Ключевые слова: брюшноанальная резекция, некроз низведенной кишки.

Работа является фрагментом совместной НИР кафедр онкологии и онкологии лучевых методов диагностики и лечения ДонНМУ им. М.Горького "Розробити методи біологічного зварювання тканин, регіонарної та ендолімфатичної поліхіміотерапії у комплексному лікуванні злоякісних пухлин основних локалізацій (рандомізоване дослідження)" (№ державної реєстрації 0105U008713, шифр УН 06.04.10).

Вступление

Несмотря на существенный прогресс в клинической онкологии в последние годы, за хирургическим методом лечения сохраняется ведущая роль в лечении больных раком толстой кишки [1,3]. Единственным методом радикального лечения данной патологии является обширная резекция пораженного участка кишки с регионарной лимфодиссекцией, а при раке прямой кишки дистальной локализации этим требованиям наиболее полно отвечает брюшноанальная резекция прямой кишки с низведением на промежность ободочной [2,4,6].

Несмотря на несомненные достижения хирургии последних десятилетий, хорошо отработанную методику и технику, эти операции и сегодня относятся к разряду сложных вмешательств. Осложнения после операций при колоректальном раке составляют от 3 до 30 % случаев, а летальность достигает 18% [3,7].

Наиболее часто встречающимся осложнением при подобных операциях является некроз низведенной кишки, частота которого по данным литературы составляет 3-9%.

Среди факторов, влияющих на жизнеспособность аутотрансплантата кишки после операции, авторы, занимающиеся изучением этой проблемы, выделяют: общее состояние больного, наличие сопутствующей патологии, объем оперативного вмешательства, наличие перифокального воспаления, анемию, длительность операции, объем кровопотери, квалификацию хирурга и др.

В современной литературе, посвященной изучению проблемы некроза низведенной кишки, в настоящий момент имеется множество работ, посвященных профилактике возникновения осложнения – особенностям предоперационной подготовки, анестезиологической поддержки во время операции, различным приемам

формирования трансплантата достаточной длины и жизнеспособности, методикам послеоперационного контроля и ведения. В то же время в литературе нет четкого алгоритма действий врача при возникшем некрозе низведенного трансплантата. Традиционно единственной операцией при возникшем некрозе трансплантата является трансверзостомия с полным отключением пассажа кишечного содержимого по дистальным отделам пищеварительного тракта. Эти операции приводят к инвалидности, затрудняют пребывание этих больных в обществе, причиняя моральные и физические страдания. Лишь небольшой процент больных после трансверзостомии подлежат последующей реконструкции непрерывности ЖКТ, однако и после выполнения восстановительного этапа качество жизни больных остается неудовлетворительным, что обусловлено формированием рубцовых стенозов колоанального анастомоза и необходимостью его этапного бужирования и рассечения.

Цель работы

Улучшение качества жизни больных, перенесших некроз низведенного трансплантата после операций с низведением ободочной кишки на промежность.

Материал и методы исследования

За период с 2006 по 2009гг в Донецком областном противоопухолевом центре выполнено 1151 операций с низведением ободочной кишки на промежность, некроз низведенной кишки выявлен у 65 больных (4,6%)

У 18 больных этой группы (27,7%) выполнено до-низведение ободочной кишки на промежность разработанным в клинике промежностным доступом, 24 больным (36,9%) выполнена трансверзостомия, еще 23 больным (35,4%) произведено абдоминальное ренизведение ободочной кишки.

УДК 616 - 006 - 089 : 616 - 091

Бондарь Г.В., Башеев., В. Х., Совпель О.В.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВТОРНОЙ РЕКОНСТРУКЦИИ НЕПРЕРЫВНОСТИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПОСЛЕ БРЮШНОАНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ НЕКРОЗЕ НИЗВЕДЕННОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Донецкий областной противоопухолевый центр, Донецк, Украина.

Цель работы. Улучшение качества жизни больных, перенесших некроз низведенного трансплантата после операций с низведением ободочной кишки на промежность. В исследование включены 23 больных раком прямой кишки, после операций с низведением ободочной кишки, у которых после операции развился некроз низведенного на промежность трансплантата, в связи с чем произведено повторное оперативное вмешательство - релапаротомия, повторная мобилизация, ренизведение жизнеспособной кишки на промежность. В исследуемой группе больных изучены непосредственные и функциональные результаты лечения. После операции повторный некроз ренизведенного трансплантата наступил у 2 больных ($8,6 \pm 3,17\%$), в связи с чем больным произведена трансверзостомия, послеоперационные осложнения развились в 3 случаях и составили ($13,04 \pm 2,18\%$), в исследуемой группе после операции умерло 2 больных от некроза тонкой кишки на фоне тромбоза бассейна верхней брыжеечной артерии. Послеоперационная летальность составила $8,6 \pm 3,17\%$. При изучении значений тонуса и сократительной активности мышц анального сфинктера установлено, что через 12 мес после операции показатели в группе больных не отличаются от показателей неосложненного течения, являются высокими и стремятся к дооперационным. Наличие в арсенале хирурга технического приема влияет на стратегию хирургического лечения данной патологии, позволяя более активно выбирать объем требуемого оперативного вмешательства. Выполнение повторной первично-восстановительной операции при некрозе низведенной кишки позволяет достичь удовлетворительного непосредственных и функциональных результатов, что подтверждает целесообразность ее выполнения.

Ключевые слова: брюшноанальная резекция, некроз низведенной кишки.

Работа является фрагментом совместной НИР кафедр онкологии и онкологии лучевых методов диагностики и лечения ДонНМУ им. М.Горького "Розробити методи біологічного зварювання тканин, регіонарної та ендолімфатичної поліхіміотерапії у комплексному лікуванні злоякісних пухлин основних локалізацій (рандомізоване дослідження)" (№ державної реєстрації 0105U008713, шифр УН 06.04.10).

Вступление

Несмотря на существенный прогресс в клинической онкологии в последние годы, за хирургическим методом лечения сохраняется ведущая роль в лечении больных раком толстой кишки [1,3]. Единственным методом радикального лечения данной патологии является обширная резекция пораженного участка кишки с регионарной лимфодиссекцией, а при раке прямой кишки дистальной локализации этим требованиям наиболее полно отвечает брюшноанальная резекция прямой кишки с низведением на промежность ободочной [2,4,6].

Несмотря на несомненные достижения хирургии последних десятилетий, хорошо отработанную методику и технику, эти операции и сегодня относятся к разряду сложных вмешательств. Осложнения после операций при колоректальном раке составляют от 3 до 30 % случаев, а летальность достигает 18% [3,7].

Наиболее часто встречающимся осложнением при подобных операциях является некроз низведенной кишки, частота которого по данным литературы составляет 3-9%.

Среди факторов, влияющих на жизнеспособность аутотрансплантата кишки после операции, авторы, занимающиеся изучением этой проблемы, выделяют: общее состояние больного, наличие сопутствующей патологии, объем оперативного вмешательства, наличие перифокального воспаления, анемию, длительность операции, объем кровопотери, квалификацию хирурга и др.

В современной литературе, посвященной изучению проблемы некроза низведенной кишки, в настоящий момент имеется множество работ, посвященных профилактике возникновения осложнения – особенностям предоперационной подготовки, анестезиологической поддержки во время операции, различным приемам

формирования трансплантата достаточной длины и жизнеспособности, методикам послеоперационного контроля и ведения. В то же время в литературе нет четкого алгоритма действий врача при возникшем некрозе низведенного трансплантата. Традиционно единственной операцией при возникшем некрозе трансплантата является трансверзостомия с полным отключением пассажа кишечного содержимого по дистальным отделам пищеварительного тракта. Эти операции приводят к инвалидности, затрудняют пребывание этих больных в обществе, причиняя моральные и физические страдания. Лишь небольшой процент больных после трансверзостомии подлежат последующей реконструкции непрерывности ЖКТ, однако и после выполнения восстановительного этапа качество жизни больных остается неудовлетворительным, что обусловлено формированием рубцовых стенозов колоанального анастомоза и необходимостью его этапного бужирования и рассечения.

Цель работы

Улучшение качества жизни больных, перенесших некроз низведенного трансплантата после операций с низведением ободочной кишки на промежность.

Материал и методы исследования

За период с 2006 по 2009гг в Донецком областном противоопухолевом центре выполнено 1151 операций с низведением ободочной кишки на промежность, некроз низведенной кишки выявлен у 65 больных (4,6%)

У 18 больных этой группы (27,7%) выполнено до-низведение ободочной кишки на промежность разработанным в клинике промежностным доступом, 24 больным (36,9%) выполнена трансверзостомия, еще 23 больным (35,4%) произведено абдоминальное ренизведение ободочной кишки.

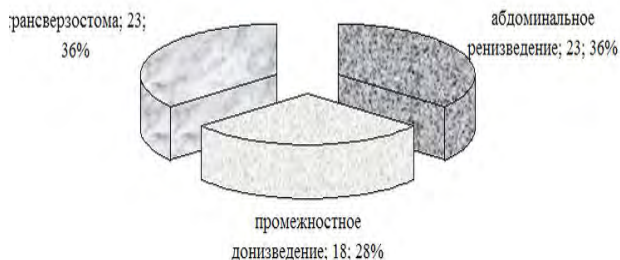


Диаграмма 1. Спектр повторных оперативных вмешательств при некрозах низведенной кишки.

Наш клинический материал основан на изучении историй болезни 23 больных раком прямой кишки, которым выполнены сфинктерсохраняющие операции с низведением ободочной кишки на промежность в Донецком областном противоопухолевом центре за период с 2006 по 2010 гг., у которых в послеоперационном периоде развился некроз низведенного на промежность трансплантата. 22 больным выполнена брюшноанальная резекция прямой кишки по Петрову-Холдину, 1 больному выполнена брюшнонаданальная резекция прямой кишки. Женщин в исследуемой группе было 6, мужчин – 17. 17 больных (73,9%) оперированы в возрасте 60 лет и старше, 18 больных (78,3%) имели сопутствующую патологию, среди которой доминировали заболевания сердечнососудистой системы (86,9%), заболевания легких – (11,4), 8 больных имели 2 и более сопутствующих заболеваний. Осложненное течение опухоли выявлено в 8 случаях (34,8%), у 7 больных диагностирована частичная кишечная непроходимость, у 1 больной оперирован на фоне параректального абсцесса. 9 (39,1%) больных в дооперационном периоде получили курс лучевой терапии, еще у 3 больных (13,0%) протокол неоадьювантной терапии дополнен дооперационным курсом химиотерапии. У всех больных на 2-е сутки послеоперационного периода диагностирован высокий некроз низведенного на промежность трансплантата, в связи с чем произведено повторное оперативное вмешательство, которое заключалось в лапаротомии, повторной мобилизации, трансплантата, ренизведении жизнеспособной кишки на промежность, у 11 больных (47,8%) ввиду недостаточной длины жизнеспособного трансплантата объем операции расширен до мобилизации селезеночного изгиба ободочной кишки до средней трети поперечной и низведения на промежность нисходящей кишки. Больным этой группы дополнительно перевязана нижняя брыжеечная вена в зоне формирования *vepae rogae*. (Рис. 1) что приводит к дополнительному удлинению трансплантата на $8 \pm 4,32$ см. В исследуемой группе больных изучены непосредственные и функциональные результаты лечения, с помощью прибора сфинктерометр (индикатор мышечных усилий сфинк-

тера). Прибор разработан в НИИ проктологии МЗ России (А.с. NN 510230л, 526348).

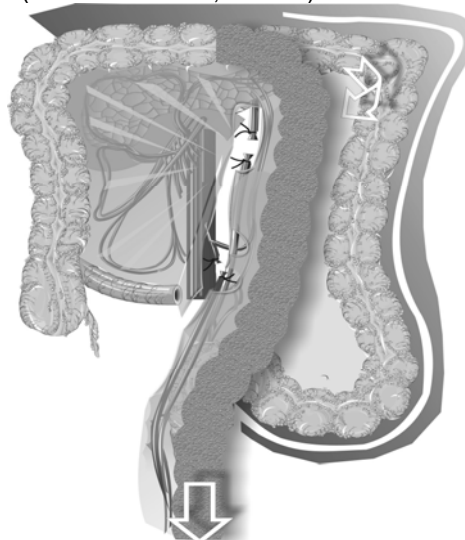


Рис. 1. Повторное пересечение нижней брыжеечной вены для обеспечения дополнительной длины трансплантата.

Мы фиксировали два показателя - тонус и максимальную величину его волевого сокращения. Регистрацию показателей мышечных усилий наружного сфинктера мы производили в дооперационном периоде, через 3, 6 и 12 месяцев после операции.

Результаты и их обсуждение

При изучении динамики послеоперационного периода установлено, что после операции повторный некроз ренизведенного трансплантата наступил у 2 больных ($8,6 \pm 3,17\%$), в связи с чем больным произведена трансверзостомия, спустя 3 месяца пациентам произведена реконструкция непрерывности ЖКТ. У 1 больного в послеоперационном периоде развилась пневмония. Таким образом, послеоперационные осложнения развились в 3 случаях и составили ($13,04 \pm 2,18\%$), в исследуемой группе после операции умерло 2 больных на 18-е и 21-е сутки после релапаротомии, причиной смерти в обоих случаях послужил некроз тонкой кишки на фоне тромбоза бассейна верхней брыжеечной артерии. Послеоперационная летальность составила $8,6 \pm 3,17\%$.

В данной статье показатели сфинктерометрии представлены в сравнении с контрольной группой больных после операции Петрова-Холдина с неосложненным течением послеоперационного периода, которым аналогичные показатели изучались в предыдущих работах.

Таблица №1
Показатели тонуса наружного сфинктера в дооперационном и послеоперационном периодах больных после брюшноанальной резекции

Период наблюдения	Больные после ренизведения кишки	Контрольная группа
	(Тонус, гр.)	(Тонус, гр.)
До операции	Не изучался	590 ± 20
3 мес. после операции	380 ± 20	490 ± 20
6 мес. после операции	430 ± 20	520 ± 20
12 мес. после операции	480 ± 20	530 ± 20

Аналізуючи вищеприведенні показателі, можна прийти к наступному висновку. Через 3 і 6 місяців після операції показателі тонуся зовнішнього сфинктера у хворих після ренізації ободочної кишки на проміжність декількома менше в порівнянні з аналогічними показателями контрольної групи на 22,4% і 17,3% відповідно, однак після 12 міс. після операції різниця значно зменшується і показателі в обох групах намагаються до операційного.

шастається і показателі в обох групах намагаються до операційного. Незначительне відставання в відновленні тонуся анального сфинктера можна пояснити додатковою травмою сфинктерного апарату, пов'язаною з повторною операцією. Аналогічна тенденція відзначена при вивченні показателів волевої скоротальної активності хворих після операції і контрольної групи (Таблиця 2)

Таблиця 3
Показателі волевої скоротальної активності зовнішнього сфинктера в доопераційному і післяопераційному періодах хворих після брешноанальної резекції

Період спостереження	Хворі після ренізації кишки	Контрольна група
	(Волеве зусилля, гр.)	(Волеве зусилля, гр.)
До операції	Не вивчалася	930 ± 50
3 міс. після операції	580 ± 50	670 ± 50
6 міс. після операції	640 ± 50	720 ± 50
12 міс. після операції	720 ± 50	770 ± 50

При вивченні показателів волевої скоротальної активності хворих досліджуваної і контрольної груп встановлено, що через 3 і 6 місяців після операції показателі волевої скоротальної активності зовнішнього сфинктера у хворих після ренізації ободочної кишки на проміжність декількома менше в порівнянні з аналогічними показателями контрольної групи - на 13,4% і 11,2% відповідно, однак після 12 міс. після операції різниця значно зменшується і становить всього 6,5%, а показателі в обох групах намагаються до операційного.

Висновки

1. Наявність в арсеналі хірурга такого технічного прийому як абдоминальне ренізування трансплантата при ускладненому перебігу брешноанальної резекції прямої кишки суттєво впливає на стратегію хірургічного лікування даної патології, дозволяючи більш активно вибирати обсяг необхідного оперативного втручання.

2. Виконання повторної первинно-відбудовної операції при некрозі низведеної кишки після операції з низведенням по поводі ректального раку дозволяє досягти задовільного функціонального результату.

Реферат

МОЖЛИВІСТЬ ПОВТОРНОЇ РЕКОНСТРУКЦІЇ БЕЗПЕРЕРВНОСТІ ТРАВНОГО ТРАКТУ ПІСЛЯ ЧЕРЕВНОАНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРИ ВИНИКНЕННІ НЕКРОЗУ ЗВЕДЕНОГО ТРАНСПЛАНТАТУ

Бондар Г.В., Башеев В.Х., Совпель О.В.

Ключові слова: черевноанальна резекція, некроз зведеної кишки.

Мета роботи. Поліпшення якості життя хворих, отримавших некроз аутоперитрансплантата після операції зі звенням ободової кишки на проміжності. У дослідження включені 23 хворих раком прямої кишки, після операції зі звенням ободової кишки, у яких після операції розвився некроз зведеного на проміжності трансплантата, у зв'язку з чим зроблене повторне оперативне втручання - релапаротомія, повторна мобілізація, звення життєздатної кишки на проміжності. У досліджуваній групі хворих вивчені безпосередні й функціональні результати лікування за допомогою приладу сфинктерометр, розробленого в НДІ проктології МОЗ Росії. Після операції повторний некроз звеного трансплантата настав в 2 хворих (8,6±3,17%), у зв'язку з чим хворим вироблена трасверзостомія, післяопераційні ускладнення розвинулися в 3 випадках і склали (13,04±2,18%), у досліджуваній групі після операції вмерло 2 хворих від некрозу тонкої кишки на фоні тромбозу басейну верхньої брижової артерії. Післяопераційна летальність складала 8,6±3,17%. При вивченні значень тонуся й скоротальної активності м'язів анального сфинктера встановлено, що через 12 міс. після операції показники в групах хворих періодом не відрізняються від показників неускладненого протікання, є високими й прагнуть до доопераційних. Наявність в арсеналі хірурга технічного прийому істотно впливає на стратегію хірургічного лікування даної патології, дозволяючи більш активно вибирати обсяг необхідного оперативного втручання. Виконання повторної первинно-відбудовної операції при некрозі зведеної кишки дозволяє досягти задовільного безпосереднього й функціонального результату, що підтверджує доцільність її виконання.

Література

1. Кикоть В.А. Приоритетні напрямки в лікуванні хворих раком прямої кишки / В.А.Кикоть, Е.С.Колесник, Б.Г.Сорокін // Тез. докл. II с'їзду онкологів країн СНГ. - К., 2000. - С. 737.
2. Янушкевич В.Ю. Брешно-наданальна резекція при раку прямої кишки. В: Нове в онкології / В.Ю.Янушкевич, М.С.Ратіани; Під ред. І.В.Поддубної, Н.А.Огнерубова. - Воронеж: Воронежський університет, 2007. - С.119-121.
3. Жадкевич М.Е. Сфинктеросохраняющие операції при розширеній резекції прямої кишки по поводі раку / М.Е.Жадкевич, В.А.Дерев'янський, М.М.Жадкевич // Хірургія. - 1994. - №6. - С.76-79.
4. Кныш В.И. Рак прямої кишки і проблема сфинктеросохраняющих операцій / В.И.Кныш, В.Ф.Царюк, В.С.Ананьєв // I с'їзд онкологів країн СНГ: Мат. С'їзду. - М., 1996. - Т. I. - С.355.
5. Масляк В.М. Практическая колопроктологія / В.М.Масляк, М.П.Павловський, Ю.С.Лозинський, И.М.Баривода. - Львів: Світ, 1990. - 184 с.
6. Атлас онкологічних операцій / Під ред. Б.Е. Петерсона, В.И. Чиссова, А.И. Пачеса. - М.: Медицина, 1987. - 536 с.
7. Федоров В.Д. Проктологія / В.Д.Федоров, Ю.В.Дульцев. - М.: Медицина, 1984. - 384 с.
8. Olagne E. Functional results of delayed coloanal anastomosis after preoperative radiotherapy for lower third rectal cancer / E. Olagne, J.Baulieu, E de la Roche [et. al.] // J Am Coll Surg. - 2000. - V.191, №3. - P.643-649.

Summary

POSSIBILITY OF REPEATED RECONSTRUCTION OF GASTROINTESTINAL TRACT INTEGRITY AFTER ABDOMINAL RESECTION IN CASE OF EXTERIORIZED GRAFT NECROSIS

Bondar G.V., Basheev V.H., Sovpel O.V.

Keywords: abdominal resection, exteriorized graft necrosis, colon.

Objectives. Improvement of life quality for patients who have had autograft necrosis developed due to the operations of colon exteriorization to perineum. The research involved 23 patients with the rectal cancer, who developed necrosis of exteriorized graft necrosis after the operation for colon exteriorization to perineum that led to the repeated laparotomy, repeated mobilization and colon exteriorization to perineum. The test group was studied for the immediate and functional results of treatment by usage of sphincterometry worked out in the Center of proctology (Ministry of Public Health) of Russia. After reoperation the repeated necrosis were diagnosed in 2 patients ($8,6 \pm 3,17\%$), therefore the patients were subjected to transversostomy. 3 cases ($13,04 \pm 2,18\%$) developed postoperative complications, 2 patients died of small intestine necrosis due to thrombosis of superior mesenteric artery pool. Postoperative lethality made up $8,6 \pm 3,17\%$. Studying values of tone contractility of anal sphincter muscles enabled to find out that in a year the values in the groups of patients did not differ from those in the patients who had had no complications, and tended to the values prior the surgery.

УДК: 616.344-002-031.84+616.348-002.44[089-036.8

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Танасов И.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета

Результаты лечения 1118 больных были проанализированы: 762 ($68,2 \pm 1,4\%$) с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и 356 ($31,8 \pm 1,4\%$) с болезнью Крона (БК). Обширные резекции толстой кишки (ТК) в объеме колонпроктэктомии (33 с НЯК и 32 с БК) были выполнены 65 пациентам. Одномоментная колонпроктэктомия выполнена 7 ($10,8 \pm 3,8\%$) пациентам. Субтотальная колонэктомия как первый этап хирургического лечения была выполнена 53 ($81,5 \pm 4,8\%$), резекции различных отделов ТК – 5 ($7,7 \pm 3,3\%$) пациентам. Резекции ТК на фоне обострения основного заболевания выполнены 58, фоне развития рака прямой кишки – 7 пациентам. Комплексный подход к выбору метода формирования илеоанальных резервуаров позволяет добиться хороших результатов. Наличие установленного диагноза БК не может являться противопоказанием к формированию илеоанальных резервуаров.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, илеальный резервуар.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а так же с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

Ежегодно в мире увеличивается число пациентов молодого и трудоспособного возраста с илеоректальными анастомозами, не просто не удовлетворенных результатами лечения, а впавших в отчаяние из-за тяжести последствий удаления толстой кишки (ТК) [1]. И если обменные нарушения можно временно стабилизировать, то восстановить состояние калообразующей функции является чрезвычайно сложной и практически неосуществимой задачей [6]. Идея о замедлении кишечного пассажа после колэктомии послужила поводом к широкому клиническому внедрению илеоректальных конструкций, принцип которых основан на формировании тонкокишечных резервуаров (ТКР) в виде основных J-, C-, Y-, L-, S- и W типов межкишечных анастомозов над уровнем культи прямой кишки (ПК) или анального канала (АК) [1, 4, 5].

Проблема создания функционально эффективных ТКР не решена до настоящего времени. Не разработана клиническая классификация осложнений, нет единых тактических подходов [3, 7]. Общепринятое мнение, что расположение ТКР вблизи АК улучшает его функцию. Установлено, что выраженность воспаления и дисбактериоза в отключенных отделах ТК прямо пропорциональна длине отключенного отдела и времени отключения [2]. Изучена взаимосвязи-

мость между видами ТКР их функцией. Операция формирования ТКР стала стандартной для больных с неспецифическим язвенным колитом (НЯК), но некоторые авторы считают эту операцию противопоказанной при болезни Крона (БК).

Цель работы

Оценить результаты хирургического лечения с формированием кишечных резервуаров у больных НЯК и БК.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 1118 больных НВЗТК: 762 ($68,2 \pm 1,4\%$) с НЯК и 356 ($31,8 \pm 1,4\%$) с БК, пролеченных во 2 хирургическом отделении Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) за 30 лет. Различные виды оперативных вмешательств выполнены 435 ($38,9 \pm 1,5\%$) пациентам – 222 ($29,1 \pm 1,6\%$) в группе НЯК и 213 ($59,8 \pm 2,6\%$) в группе БК ($p < 0,01$). В том числе резекции участков ТК в различном объеме выполнены 324 ($21,9 \pm 1,6\%$) пациентам – 165 ($29,9 \pm 1,7\%$) в группе НЯК и 159 ($29,9 \pm 1,7\%$) в группе БК ($p < 0,01$).

65 пациентам, составившими изучаемую группу (ИГ), выполнены обширные резекции ТК в объеме ко-

Summary

POSSIBILITY OF REPEATED RECONSTRUCTION OF GASTROINTESTINAL TRACT INTEGRITY AFTER ABDOMINAL RESECTION IN CASE OF EXTERIORIZED GRAFT NECROSIS

Bondar G.V., Basheev V.H., Sovpel O.V.

Keywords: abdominal resection, exteriorized graft necrosis, colon.

Objectives. Improvement of life quality for patients who have had autograft necrosis developed due to the operations of colon exteriorization to perineum. The research involved 23 patients with the rectal cancer, who developed necrosis of exteriorized graft necrosis after the operation for colon exteriorization to perineum that led to the repeated laparotomy, repeated mobilization and colon exteriorization to perineum. The test group was studied for the immediate and functional results of treatment by usage of sphincterometry worked out in the Center of proctology (Ministry of Public Health) of Russia. After reoperation the repeated necrosis were diagnosed in 2 patients ($8,6 \pm 3,17\%$), therefore the patients were subjected to transversostomy. 3 cases ($13,04 \pm 2,18\%$) developed postoperative complications, 2 patients died of small intestine necrosis due to thrombosis of superior mesenteric artery pool. Postoperative lethality made up $8,6 \pm 3,17\%$. Studying values of tone contractility of anal sphincter muscles enabled to find out that in a year the values in the groups of patients did not differ from those in the patients who had had no complications, and tended to the values prior the surgery.

УДК: 616.344-002-031.84+616.348-002.44[089-036.8

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Танасов И.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета

Результаты лечения 1118 больных были проанализированы: 762 ($68,2 \pm 1,4\%$) с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и 356 ($31,8 \pm 1,4\%$) с болезнью Крона (БК). Обширные резекции толстой кишки (ТК) в объеме колонпроктэктомии (33 с НЯК и 32 с БК) были выполнены 65 пациентам. Одномоментная колонпроктэктомия выполнена 7 ($10,8 \pm 3,8\%$) пациентам. Субтотальная колонэктомия как первый этап хирургического лечения была выполнена 53 ($81,5 \pm 4,8\%$), резекции различных отделов ТК – 5 ($7,7 \pm 3,3\%$) пациентам. Резекции ТК на фоне обострения основного заболевания выполнены 58, фоне развития рака прямой кишки – 7 пациентам. Комплексный подход к выбору метода формирования илеоанальных резервуаров позволяет добиться хороших результатов. Наличие установленного диагноза БК не может являться противопоказанием к формированию илеоанальных резервуаров.

Ключевые слова: язвенный колит, болезнь Крона, илеальный резервуар.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а так же с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

Ежегодно в мире увеличивается число пациентов молодого и трудоспособного возраста с илеоректальными анастомозами, не просто не удовлетворенных результатами лечения, а впавших в отчаяние из-за тяжести последствий удаления толстой кишки (ТК) [1]. И если обменные нарушения можно временно стабилизировать, то восстановить состояние калообразующей функции является чрезвычайно сложной и практически неосуществимой задачей [6]. Идея о замедлении кишечного пассажа после колэктомии послужила поводом к широкому клиническому внедрению илеоректальных конструкций, принцип которых основан на формировании тонкокишечных резервуаров (ТКР) в виде основных J-, C-, Y-, L-, S- и W типов межкишечных анастомозов над уровнем культи прямой кишки (ПК) или анального канала (АК) [1, 4, 5].

Проблема создания функционально эффективных ТКР не решена до настоящего времени. Не разработана клиническая классификация осложнений, нет единых тактических подходов [3, 7]. Общепринятое мнение, что расположение ТКР вблизи АК улучшает его функцию. Установлено, что выраженность воспаления и дисбактериоза в отключенных отделах ТК прямо пропорциональна длине отключенного отдела и времени отключения [2]. Изучена взаимосвязи-

мость между видами ТКР их функцией. Операция формирования ТКР стала стандартной для больных с неспецифическим язвенным колитом (НЯК), но некоторые авторы считают эту операцию противопоказанной при болезни Крона (БК).

Цель работы

Оценить результаты хирургического лечения с формированием кишечных резервуаров у больных НЯК и БК.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 1118 больных НВЗТК: 762 ($68,2 \pm 1,4\%$) с НЯК и 356 ($31,8 \pm 1,4\%$) с БК, пролеченных во 2 хирургическом отделении Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) за 30 лет. Различные виды оперативных вмешательств выполнены 435 ($38,9 \pm 1,5\%$) пациентам – 222 ($29,1 \pm 1,6\%$) в группе НЯК и 213 ($59,8 \pm 2,6\%$) в группе БК ($p < 0,01$). В том числе резекции участков ТК в различном объеме выполнены 324 ($21,9 \pm 1,6\%$) пациентам – 165 ($29,9 \pm 1,7\%$) в группе НЯК и 159 ($29,9 \pm 1,7\%$) в группе БК ($p < 0,01$).

65 пациентам, составившими изучаемую группу (ИГ), выполнены обширные резекции ТК в объеме ко-

лонпроктэктомии (33 с НЯК и 32 с БК).

Мужчин было 23 (35,4±5,9%), женщин 42 (64,6±5,9%). Городских жителей было 57 (87,7±4,1%), жителей сельской местности – 8 (12,3±4,1%).

Пациентов в возрасте от 15 до 39 лет было 37 (56,9±6,1%), от 40 до 59 – 21 (32,3±5,8%), от 60 до 76 – 7 (10,8±3,8%). Таким образом, удельный вес лиц трудоспособного возраста составил 89,2±3,8%.

С учетом того, что НЯК и БК являются факультативными предраками, диагностика и обследование пациентов основывалась на стандартах обследования онкологических больных.

Статистическая обработка результатов исследования была произведена на персональном компьютере Pentium-IV с применением лицензионного статистического пакета "Stadia 6.0". Для обработки статистических данных применяли классические методы вариационной статистики (расчет средних величин, оценка их достоверности), метод корреляционного анализа (бисериальный коэффициент корреляции). Для оценки достоверности различия средних величин использовали критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Возраст дебюта в ИГ в среднем составил для НЯК – 36,2±2,5, для БК – 33,7±2,6 лет. Для пациентов, перенесших резекции различных участков ТК в меньшем объеме, этот же показатель составил соответственно 36,9±2,6 ($p>0,05$) и 42,2±3,1 ($p<0,05$) года. Время, прошедшее от дебюта НЯК до первой операции в среднем составило для НЯК – 4,8±1,1, для БК – 5,9±1,4 года. Для пациентов, перенесших резекции различных участков ТК в меньшем объеме, этот же показатель составил соответственно 4,7±1,1 ($p>0,05$) и 2,9±0,3 ($p<0,05$) года. Таким образом, молодой возраст дебюта и длительность заболевания при БК может быть расценен как риск выполнения в перспективе обширных резекций ТК.

Во всех случаях мы наблюдали тотальное поражение ТК. Показаниями к операциям послужили: неэффективность консервативной терапии с развитием синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) – 32 (49,2±6,2%), кишечное кровотечение – 15 (23,1±5,2%), перфорация ТК и перитонит – 6 (9,2±3,6%), токсическая дилатация ТК – 5 (7,7±3,3%), кишечная непроходимость – 4 (6,2±3,0%) случая, рак ПК – 3 (4,6±2,6%).

Одномоментная колонпроктэктомия выполнена 7 (10,8±3,8%) пациентам. Субтотальная колонэктомия (СК) как первый этап хирургического лечения выполнена 53 (81,5±4,8%) пациентам, резекции различных отделов ТК – 5 (7,7±3,3%). В последующем указанным 58 пациентам выполнены ререзекции ТК на фоне обострения основного заболевания и 7 на фоне развития рака ПК в среднем через 13,4 лет после перенесенной ранее операции.

СК – вынужденная операция у пациентов находящихся в крайне тяжелом состоянии и достаточно радикальна (при условии постоянного санирования и лечения отключенной ТК, проведении консервативной базовой терапии), и в то же время оставляет больным надежды на восстановление естественной кишечной проходимости.

Несмотря на тяжелое общее состояние всех пациентов 45 (69,2±5,7%) операций были выполнены в

плановом порядке, 20 (30,8±5,7%) – по ургентным показаниям. Общее количество осложнений после первого этапа, в ближайшем послеоперационном периоде составило 13,8±4,3%. Общая послеоперационная летальность составила 8,5±4,1%. Средний возраст умерших составил 49,5 лет.

При формировании ТКР использовали собственные методики (Патенты Украины № 39747, № 14538, № 57734), а в последнее время, достаточно часто (16 случаев) используем методику формирования j-образного ТКР. Выбор методики строго индивидуальный. Различные виды ТКР сформированы 47 (72,3±5,6%) пациентам. 4 (6,2±3,0%) кишечная непрерывность восстановлена путем формирования илеоректальной анастомоза. 14 (21,5±5,1%) – реконструктивно-восстановительный этап хирургического лечения не проведен: 9 пациентов готовятся к плановому выполнению ТКР, 3 пациентов отказались от дальнейшего лечения, 2 – умерли после первого этапа хирургического лечения.

Концентрация пациентов в специализированном колопроктологическом центре и тесное сотрудничество с гастроэнтерологами, разработка программы прогнозирования, позволили на ранних стадиях выявлять развитие осложнений и только в 2012 году 6 из 12 пациентов выполнить одномоментную колонпроктэктомию с формированием j-ТКР.

Считаем необходимым временное отключение пассажа по ТКР на период адаптации с целью создания условий для заживления илео-анального анастомоза и предохранения кожи перианальной области от изъязвлений, с последующим ушиванием илеостомы через 2-3 месяца. Обязательным мероприятием является также лечебная физкультура для сфинктера с целью сохранения его функции.

Произведено исследование функции ТКР. Зависимость характера восстановительных операций и сроков их выполнения от результатов первых этапов хирургического лечения, послеоперационных осложнений, частоты обострений основного заболевания в послеоперационном периоде, бактериального мониторинга в отключенной кишке и нарушении микробного ценоза в функционирующих отделах. Результаты рентгенологического обследования сопоставлены с данными патоморфологических исследований после операции.

Выявлено, что во всех наблюдениях после формирования ТКР явления мальабсорбции требуют коррекции в течении 1-2 месяцев, при отсутствии послеоперационных осложнений. При наличии осложнений этот срок пролонгируется. Наиболее информативными показателями нарушений гомеостаза являются потеря веса, нарушения на ЭКГ в виде ранней реполяризации желудочков, снижение альбумина, анемия. В раннем послеоперационном периоде проводилась индивидуальная коррекция путем инфузионной терапии. В дальнейшем достаточный эффект оказывает применение сбалансированного питания на фоне анаболических стероидов.

При заполнении j-ТКР во время дистальной энтерографии перед ушиванием илеостомы объем последнего составлял 500 мл, содержимое произвольно удерживалось сфинктером (рис. 1).

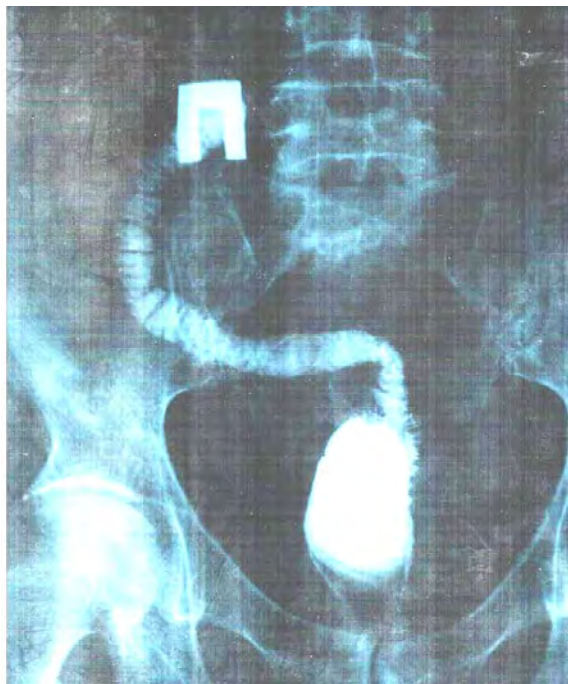


Рис. 1 Дистальна энтерография после формирования j-ТКР

Через 6 месяцев после ушивания илеостомы при пассаже по желудочно-кишечному тракту эвакуация из желудка и двенадцатиперстной кишки – в обычные сроки, пассаж по тонкой кишке замедляется, четко прослеживаются симптомы «колонизации» подвздошной кишки, резервуар начинает заполняться спустя 2 часа. Контраст полностью заполняет резервуар спустя 24 часа. Частота стула вне периодов обострений 2-3 раза в сутки, без патологических примесей. Наблюдается нормализация веса тела.

Реферат

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ ТА ХВОРОБУ КРОНА

Борота О.В., Гюльмамедов Ф.І., Полунін Г.Є., Косар Н.В., Танасов І.А.

Ключові слова: виразковий коліт, хвороба Крона, ілеальний резервуар.

Результати лікування 1118 хворих були проаналізовані: 762 (68,2±1,4%) з неспецифічним виразковим колітом (НВК) і 356 (31,8±1,4%) з хворобою Крона (ХК). Великі резекції товстої кишки (ТК) в об'ємі колонпроктектомії (33 з НВК і 32 з ХК) було виконано 65 пацієнтам. Одночасна колонпроктектомія – 7 (10,8±3,8%) пацієнтам. Субтотальна колонектомія, як перший етап хірургічного лікування, була виконана 53 (81,5±4,8%), резекції різних відділів ТК – 5 (7,7±3,3%) пацієнтам. Резекції ТК на тлі загострення основного захворювання виконані 58, при розвитку раку прямої кишки – 7 пацієнтам. Комплексний підхід до вибору методу формування ілеоанальних резервуарів дозволяє досягти гарних результатів. Наявність встановленого діагнозу ХК не може бути протипоказанням до формування ілеоанальних резервуарів.

Summary

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ULCERATIVE COLITIS AND CROHN'S DISEASE

Borota A.V., Gulmamedov F.I., Polunin G.E., Kosar N.V., Tanasov I.A.

Key words: ulcerative colitis, Crohn's disease, ileal pouch.

This paper presents the results of treatment of 1118 patients among whom 762 (68,2±1,4%) had nonspecific ulcerative colitis (UC) and 356 (31,8±1,4%) patients with Crohn's disease (CD). The vast colonproctectomy were performed on 65 patients (33 with UC and 32 with CD), simultaneous colonproctectomy was carried out for 7 (10,8±3,8%) patients. Subtotal colectomy as the first stage of surgical treatment was performed for 53 (81,5±4,8%) patients, the resection of the different colon was carried out for 5 (7,7±3,3%) patients. The colon resections against the background of the exacerbation of the underlying disease were performed in 58 patients, and against the background of rectal cancer – in 7 patients. The complex approach to the choice of surgical approach for the forming of ileal pouch allows us to obtain satisfactory results. The diagnosis of CD can not be considered as contra-indication to the forming of the ileal pouch.

Выводы

Колонпроктектомия является радикальным методом лечения тяжелых форм НЯК и БК. Комплексный подход к выбору метода формирования ТКР позволяет добиться хороших результатов реабилитации пациентов после обширных резекций ТК, а наличие установленного диагноза БК не может являться противопоказанием к формированию ТКР.

Перспективы дальнейших исследований

Необходима дальнейшая оценка и разработка показаний к выбору различных методов формирования ТКР и снижению количества этапов хирургического лечения.

Литература

1. Ривкин В.Л. Атлас практической колоректальной хирургии / В.Л.Ривкин, О.Э.Луцевич, С.Н.Файн, В.В.Лукин. – М.: ИД Мед-практика, 2006. – 144 с.
2. Баширов С.Р. Последствия тотального удаления ободочной кишки: патогенетические нарушения и перспективы коррекции / С.Р.Баширов // Бюллетень сибирской медицины. – 2003. – № 4. – С. 35-41.
3. Никитин А.М. Реконструктивно-восстановительные операции с созданием тазовых тонкокишечных резервуаров у больных после колэктомии / А.М.Никитин, Г.С.Михайлянц // Клин. хирургия. – 1989. – № 2. – С.142-148.
4. Пойда А.И. Новые методы хирургической реабилитации после колэктомии, колэктомии и резекции прямой кишки, колэктомии и экстирпации прямой кишки / А.И.Пойда, В.М.Мельник // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2. – С.73-76.
5. Реконструктивно-восстановительные операции у больных с илеоколотомой / [Ф.И.Гюльмамедов, В.Г.Шлопов, П.Ф.Гюльмамедов и др.]. – М., 2001. – С.147-159.
6. Юхтин В.И. Оценка различных типов илеоректального анастомоза после колэктомии / В.И.Юхтин, И.Н.Хуторянский // Хирургия. – 1986. – № 3. – С.103-108.
7. Яицкий Н.А. Реконструктивно-восстановительные операции при «короткой культ» прямой кишки / Н.А.Яицкий, С.А.Васильев // Сборник тезисов «Хирургия 2000». – 2000. – С.400-401.

УДК: 616.34-007.43-031:611.957]-036.87-072.1-089.85

Борота А.В., Енгенов Н.М., Василенко Л.И., Жадинский А.Н., Джеломанов С.К.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗНАТЯЖНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета

Авторами проведены качественная и количественная оценка лапароскопических операций у больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями (по Лихтенштайну, либо лапароскопическим методом). Разработаны различные технологические приемы, определена тактика оперативного лечения (в каждом случае индивидуально) и послеоперационного ведения пациентов, позволивших сократить продолжительность оперативных вмешательств на $24 \pm 1,25$ мин., количества интра- и послеоперационных осложнений на 4,6%, сроков госпитализации и реабилитации (на 5,8 койко-дней). Считаем эндовидеохирургическую герниопластику с использованием протезирующей безнатяжной пластики по разработанной в клинике методике (у больных с рецидивами грыж и ранее оперированных безнатяжными технологиями) – методом выбора. Данные операции обеспечивают малую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран, сокращают срок стационарного лечения и обеспечивают скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.

Ключевые слова: лапароскопия, рецидивные грыжи.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

В последнее десятилетие все более распространенной становится эндовидеохирургическая техника в плановой и экстренной хирургии. Возможность совмещения протезирующей безнатяжной герниопластики с малотравматичным эндовидеохирургическим (ЭВХ) подходом к зоне оперативного вмешательства, т. е. к задней стенке пахового канала, открыла новые перспективы хирургического лечения паховых грыж. Несмотря на большое количество способов герниопластики паховых грыж рецидивы достигают 10-35% при использовании классических методик и 3-5% при применении ненатяжных методов с использованием синтетических протезов. После лапароскопических способов пластики первичных грыж частота рецидивов колеблется от 0 до 0,1%, а рецидивных грыж – около 3%. Следует отметить, что наиболее трудными в техническом плане являются ЭВХ - операции при сложных формах паховых грыж, особенно после ранее перенесенных герниоаллопластик. К сложным формам мы относим рецидивные паховые грыжи, в том числе после перенесенной ЭВХ-герниопластики, фиксированные и невправимые паховые грыжи, пахово-мошоночные грыжи, скользящие и двусторонние паховые грыжи. Выполняя ЭВХ-герниопластики с 2001г, последние пять-шесть лет мы уделяли особое внимание разработке и внедрению различных технологических приемов, позволяющих улучшить результаты лечения у пациентов этой группы.

Цель исследования

Качественная и количественная оценка лапароскопических операций у контингента больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями (по Лихтенштайну, либо лапароскопическим методом). Разработать различные технологические приемы, определить тактику оперативного лечения в каждом случае индивидуально и послеоперационного ведения пациентов для сокращения продолжительности оперативного вмешательства, количества интра- и послеоперационных осложнений, сроков госпитализации и реабилитации.

Объект и методы исследования

В клинике общей хирургии на базе ДОКТМО в период с 2001-2012 гг. выполнена эндовидеохирургиче-

ская герниопластика 57 больным, которые ранее оперированы безнатяжными технологиями с применением синтетических протезов. Использовались две методики ЭВХ-герниопластики: лапароскопическая герниопластика с внебрюшинным расположением имплантата и лапароскопическая герниопластика с коррекцией грыжевых ворот и внебрюшинным расположением протеза. Коррекция грыжевых ворот выполнена в 23 случаях, чтобы создать каркас для последующего протезирования при значительном расширении внутреннего пахового кольца (более 3 см). Для ЭВХ – герниопластики использовался полипропилен в виде сетки фирм «Auto Suture», «Линтекс» и «Ethicon». Во всех случаях ЭВХ-герниопластику выполняли под общим обезболиванием. В случаях рецидива грыжи после нелапароскопических вмешательств (Лихтенштайна) мы предполагали наличие рубцового процесса в зоне задней стенки пахового канала, изменение анатомии паховой области, развитие спаечного процесса. В этих наблюдениях мы сталкивались с трудностями при отделении париетальной брюшины с целью формирования площадки для протеза. В тех случаях, когда не удавалось тупым путем выделить лоскут париетальной брюшины, приходилось использовать ножницы с порционным пересечением рубцовых тканей и постоянным визуальным контролем анатомических структур паховой области. Наиболее выраженные рубцовые изменения встречались непосредственно в паховом канале, где мы сталкивались с ними в случаях кривой паховой грыжи; выделение грыжевого мешка из пахового канала и его отделение от семенного канатика выполняли острым путем без использования электрокоагуляции под постоянным визуальным контролем элементов семенного канатика. Эти два этапа были наиболее трудными и сложными, тогда как последующие расположение протеза и его фиксация не вызывали затруднений. Технические сложности возникали также при перитонизации полипропиленового протеза, что мы считаем обязательным при выполнении вмешательства для профилактики спаечного процесса. В этом случае выкраивалась и использовалась брюшина зоны выполненного ранее оперативного вмешательства. Удобнее всего оказалось использование неизменной брюшины медиальной паховой складки, которая расправлялась и укладывалась над протезом, с последующей фиксацией. Случаи истинных рецидивов прямых грыж затруднений не вызывали, и

УДК: 616.34-007.43-031:611.957]-036.87-072.1-089.85

Борота А.В., Енгенов Н.М., Василенко Л.И., Жадинский А.Н., Джеломанов С.К.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНЫХ ПАХОВЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ОПЕРИРОВАННЫХ БЕЗНАТЯЖНЫМИ ТЕХНОЛОГИЯМИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета

Авторами проведены качественная и количественная оценка лапароскопических операций у больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями (по Лихтенштайну, либо лапароскопическим методом). Разработаны различные технологические приемы, определена тактика оперативного лечения (в каждом случае индивидуально) и послеоперационного ведения пациентов, позволивших сократить продолжительность оперативных вмешательств на $24 \pm 1,25$ мин., количества интра- и послеоперационных осложнений на 4,6%, сроков госпитализации и реабилитации (на 5,8 койко-дней). Считаем эндовидеохирургическую герниопластику с использованием протезирующей безнатяжной пластики по разработанной в клинике методике (у больных с рецидивами грыж и ранее оперированных безнатяжными технологиями) – методом выбора. Данные операции обеспечивают малую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран, сокращают срок стационарного лечения и обеспечивают скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.

Ключевые слова: лапароскопия, рецидивные грыжи.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

В последнее десятилетие все более распространенной становится эндовидеохирургическая техника в плановой и экстренной хирургии. Возможность совмещения протезирующей безнатяжной герниопластики с малотравматичным эндовидеохирургическим (ЭВХ) подходом к зоне оперативного вмешательства, т. е. к задней стенке пахового канала, открыла новые перспективы хирургического лечения паховых грыж. Несмотря на большое количество способов герниопластики паховых грыж рецидивы достигают 10-35% при использовании классических методик и 3-5% при применении ненатяжных методов с использованием синтетических протезов. После лапароскопических способов пластики первичных грыж частота рецидивов колеблется от 0 до 0,1%, а рецидивных грыж – около 3%. Следует отметить, что наиболее трудными в техническом плане являются ЭВХ - операции при сложных формах паховых грыж, особенно после ранее перенесенных герниоаллопластик. К сложным формам мы относим рецидивные паховые грыжи, в том числе после перенесенной ЭВХ-герниопластики, фиксированные и невправимые паховые грыжи, пахово-мошоночные грыжи, скользящие и двусторонние паховые грыжи. Выполняя ЭВХ-герниопластики с 2001г, последние пять-шесть лет мы уделяли особое внимание разработке и внедрению различных технологических приемов, позволяющих улучшить результаты лечения у пациентов этой группы.

Цель исследования

Качественная и количественная оценка лапароскопических операций у контингента больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями (по Лихтенштайну, либо лапароскопическим методом). Разработать различные технологические приемы, определить тактику оперативного лечения в каждом случае индивидуально и послеоперационного ведения пациентов для сокращения продолжительности оперативного вмешательства, количества интра- и послеоперационных осложнений, сроков госпитализации и реабилитации.

Объект и методы исследования

В клинике общей хирургии на базе ДОКТМО в период с 2001-2012 гг. выполнена эндовидеохирургиче-

ская герниопластика 57 больным, которые ранее оперированы безнатяжными технологиями с применением синтетических протезов. Использовались две методики ЭВХ-герниопластики: лапароскопическая герниопластика с внебрюшинным расположением имплантата и лапароскопическая герниопластика с коррекцией грыжевых ворот и внебрюшинным расположением протеза. Коррекция грыжевых ворот выполнена в 23 случаях, чтобы создать каркас для последующего протезирования при значительном расширении внутреннего пахового кольца (более 3 см). Для ЭВХ – герниопластики использовался полипропилен в виде сетки фирм «Auto Suture», «Линтекс» и «Ethicon». Во всех случаях ЭВХ-герниопластику выполняли под общим обезболиванием. В случаях рецидива грыжи после нелапароскопических вмешательств (Лихтенштайна) мы предполагали наличие рубцового процесса в зоне задней стенки пахового канала, изменение анатомии паховой области, развитие спаечного процесса. В этих наблюдениях мы сталкивались с трудностями при отделении париетальной брюшины с целью формирования площадки для протеза. В тех случаях, когда не удавалось тупым путем выделить лоскут париетальной брюшины, приходилось использовать ножницы с порционным пересечением рубцовых тканей и постоянным визуальным контролем анатомических структур паховой области. Наиболее выраженные рубцовые изменения встречались непосредственно в паховом канале, где мы сталкивались с ними в случаях косой паховой грыжи; выделение грыжевого мешка из пахового канала и его отделение от семенного канатика выполняли острым путем без использования электрокоагуляции под постоянным визуальным контролем элементов семенного канатика. Эти два этапа были наиболее трудными и сложными, тогда как последующие расположение протеза и его фиксация не вызывали затруднений. Технические сложности возникали также при перитонизации полипропиленового протеза, что мы считаем обязательным при выполнении вмешательства для профилактики спаечного процесса. В этом случае выкраивалась и использовалась брюшина зоны выполненного ранее оперативного вмешательства. Удобнее всего оказалось использование неизменной брюшины медиальной паховой складки, которая расправлялась и укладывалась над протезом, с последующей фиксацией. Случаи истинных рецидивов прямых грыж затруднений не вызывали, и

особенных технических приемов мы не использовали, выполняя вмешательство по описанной ранее методике с тщательной фиксацией медиальной части протеза. Следует отметить особенности оперативного лечения рецидивных паховых грыж после перенесенной эндовидеохирургической герниопластики. В этих наблюдениях смещение и деформация анатомических структур были менее значимы, вместе с тем рубцовые изменения брюшины над мигрировавшим протезом были настолько выражены, что практически не позволяли мобилизовать брюшину в этой области. Кроме того, не представляется возможным удаление ранее уложенного, проросшего собственными тканями протеза, а так же мы считаем нецелесообразным удаление ранее уложенного протеза. В связи с этим лечение заключалось в установке и фиксации второго имплантата, причем фиксация осуществлялась и к участку ранее установленного протеза, который не мигрировал от грыжевых ворот. Перитонизация представляла собой большую техническую проблему – использовались все доступные для мобилизации участки брюшины. В одном наблюдении пришлось сознательно пойти на формирование спаечного процесса с большим салынком, который был подтянут и уложен для закрытия приблизительно 2 см² неперитонизированного протеза. В двух случаях оказалось невозможным перитонизировать протез на площади приблизительно 5 см². В этих случаях использовался политетрафторэтилен фирмы «Gor-Tech» размерами 6х6 см, фиксированный стандартным способом над неперитонизированным участком.

Результаты и обсуждение

Мы считаем, что разработанные и внедренные нами технологические приемы оперативного лечения у больных, ранее оперированных безнатяжными технологиями, позволили добиться хороших результатов лечения. Длительность оперативного вмешательства при рецидивных грыжах после операции Лихтенштейна составила около 40 мин. при рецидивных и после ЭВХ-герниопластики около 55 мин. Наркотические анальгетики не назначали, болевой синдром был слабо выражен и успешно купировался ненаркотическими анальгетиками в первые сутки. В последующие двое суток после операции ненаркотические анальгетики вводили однократно, а далее не применяли. Через четыре часа после операции пациенты могли себя самостоятельно обслуживать, их переводили на палатный режим, а утром следующего дня на общий. Перевязку выполняли в первые сутки после операции, в дальнейшем по необходимости, как правило, не более двух раз. Следует отметить и минимальное количество используемого перевязочного материала. Антибактериальную профилактическую интра- и послеоперационную терапию применяли у 100% пациентов. В клинике признание эффективным использование цефалоспоринов третьего поколения.

Сроки пребывания наших пациентов в стационаре, составившие 5,8 койко-дня, не превышают таковые при традиционных вмешательствах. Следует остановиться на количестве и структуре осложнений при анализируемых операциях. Мы наблюдали интраоперационные осложнения у двух пациентов: кровотечение из нижней эпигастальной артерии, где гемостаз достигнут клипированием этих структур. В послеоперационном периоде у четырех пациентов имели место парестезии и невралгии, в том числе латерального кожного нерва бедра, у трех серомы пахово-мошоночной области.

К специфическим осложнениям ЭВХ-герниопластики

мы относим невралгию ветвей латерального кожного нерва, а также гематомы мошонки, псевдосеромы полости выделенного мешка и орхоэпидидимиты. Послеоперационные невралгии составляют серьезную самостоятельную проблему при ЭВХ-герниопластике. Причиной их возникновения является наложение скрепок, фиксирующих сетку и брюшину в области нервных волокон в зоне операции. Клинические проявления состоят в нарушении чувствительности и боли жгучего характера. Чаще всего страдают латеральный кожный нерв бедра и бедренная ветвь полово-бедренного нерва. Многие авторы при неэффективности консервативной терапии выполняют релапароскопию и снятие скрепок, вызывающих неврологическую симптоматику. В наших наблюдениях этого не потребовалось, при всех указанных осложнениях применяли консервативное лечение. При формировании серомы мошоночной области в месте выделенного грыжевого мешка в одном случае выполнили пункции и аспирацию скопившейся жидкости, в остальных наблюдениях на фоне физиолечения наступило рассасывание серомы. Надежной профилактикой данного осложнения явился тщательный гемостаз, применение технологических приемов оперативного пособия, одно из которых – резекция грыжевого мешка по запатентованной в клинике технологии, наложение суспензория. Явления послеоперационной невралгии во всех наблюдениях купированы консервативными мероприятиями, включающими противовоспалительную, противоотечную терапию. Важным критерием оценки эффективности операции можно считать количество рецидивов. Мы не располагаем данными о наличии рецидивов у наших пациентов, судьбу которых удалось проследить. В одном случае больной обратился с рецидивом, где при повторной операции было выявлено, что грыжевое выпячивание располагалось над мочевым пузырем.

Выводы

Таким образом, основываясь на полученных результатах выполненной работы, мы можем сделать следующее заключение. Эндовидеохирургическую герниопластику у больных с рецидивами, ранее оперированных безнатяжными технологиями, следует считать методом выбора, обеспечивающим малую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран. Методика основана на протезирующей безнатяжной пластике задней стенки пахового канала. Разработанные технические приемы позволяют уменьшить травматичность, сократить время операции (на 24±1,25 мин). Эндовидеохирургическая герниопластика обеспечивает благоприятное течение послеоперационного периода (на 4,6%), короткие сроки стационарного лечения (на 5,8 койко-дней), скорейшую трудовую и социальную реабилитацию.

Литература

1. Гуслев А.Б. Совершенствование технологии и оценка эффективности различных видов эндовидеохирургической герниопластики в лечении больных паховыми грыжами : автореф. дис. на соискание научн. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.27 „Хирургия“ / А. Б. Гуслев. – СПб., 1996. – 28 с.
2. Михайлов А.П. Осложнения в лапароскопической хирургии и их профилактика / А.П.Михайлов, В.В.Стрижелецкий, В.М.Седов, В.В.Стрижелецкий. – СПб., 2002. – 180 с.
3. Deans G.T. Recurrent inguinal hernia after laparoscopic repair: possible cause and prevention / G.T.Deans, W.A.Brough, C.M.Royston [et al.] // Br. J. Surg. – 1995. – V. 82, № 4. – P. 539-541.
4. Ridings P. The transabdominal pre-peritoneal (TAPP) inguinal hernia repair: a trip along the learning curve / P.Ridings, D.S.Evans // J. Coll. Surg. Edinb. – 2000. – V. 45, № 1. – P. 29-32.
5. Kunz R. Topographic-anatomic aspects of laparoscopic management of inguinal hernia / R.Kunz, M.Herrmann, B.Witte [et al.] // Chirarg. – 1996. – V. 67, № 8. – P. 807-813.

Реферат

ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ХВОРИХ, ЩО ОПЕРОВАНІ БЕЗНАТЯЖНИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ

Борота О.В., Енгенов Н.М., Василенко Л.І., Жадинський А.М., Джеломанов С.К.

Ключові слова: лапароскопія, рецидивні грижі.

Авторами проведені якісна і кількісна оцінка лапароскопічних операцій у хворих, що були оперовані безнатяжними технологіями (за методом Ліхтенштайна або лапароскопічним методом). Розроблені різні технологічні прийоми, визначена тактика оперативного лікування (у кожному випадку індивідуально) і післяопераційного ведення пацієнтів, що дозволили скоротити тривалість оперативних втручань на $24 \pm 1,25$ хв., кількості інтра- і післяопераційних ускладнень на 4,6%, термін госпіталізації і реабілітації (на 5,8 койко-днів). Вважаємо ендовідеохірургічну герніопластику з використанням протезуючої безнатяжно пластики за розробленою в клініці методикою (у хворих з рецидивами грижі і раніше оперованих безнатяжними технологіями) – методом вибору. Ці операції забезпечують малу травматичність, асептичність, хороші умови для загоєння ран, скорочують термін стаціонарного лікування і забезпечують швидку трудову і соціальну реабілітацію.

Summary

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY FOR RECURRENT INGUINAL HERNIA IN PATIENTS PREVIOUSLY OPERATED BY APPLYING TENSION-FREE METHODS

Borota A.V., Yengenov N.M., Vasilenko L.I., Zhadinskiy A.N., Dzhelomanov S.K.

Keywords: laparoscopy, recurrent hernia.

This paper focuses on the analysis of the qualitative and quantitative estimation of laparoscopic surgeries' outcomes in the patients, previously operated by tension-free techniques (Lichtenstein method or laparoscopic method). The authors worked out different surgical techniques, determined surgical approaches (individualized in each case) and approaches for postoperative management of patients that enabled to reduce the duration of surgical interventions by $24 \pm 1,25$ min, to decrease the cases of intra- and postoperative complications on 4,6%, to shorten the terms for hospital staying and rehabilitation on 5,8 days. We consider endovideosurgical hernioplasty and tension-free plasty technique (for patients with hernia relapses and who had been operated on before by means of tension-free techniques) as a method of choice. These operations provide low injury rate, good conditions for wound healing, diminish the term of hospital staying and contribute to the more rapid labor and social rehabilitation.

УДК 616.345-072.1-089.85

Борота А.В., Совпель О.В¹, Мирошниченко Е.Ю., Шаповалова Ю.А², Косарь Н.В.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им.М.Горького, г.Донецк

Донецкое Клиническое Территориальное Медицинское Объединение (ДОКТМО), г.Донецк

Лапароскопически-ассистированный (ЛА) доступ при оперативных вмешательствах на толстой кишке завоевывает все большую популярность ввиду очевидных преимуществ при выполнении самого оперативного пособия (детализация тканей и слоев, прецизионность выделения структур), а также в течении ближайшего послеоперационного периода, сроках ранней хирургической реабилитации. Настоящее исследование преследует цель изучения непосредственных результатов лечения заболеваний толстой кишки (ТК) на примере одной хирургической клиники. Методы. В базу данных вошли пациенты, оперированные лапароскопически-ассистированным доступом по поводу хирургических заболеваний ТК за период 2010-2012 гг. Изучены непосредственные результаты лечения. Результаты. 30 пациентов, оперированных при помощи ЛА доступа, вошли в исследование за указанный период. Средний возраст составил $55,8 (\pm 12,9)$ лет, показаниями к операции были колоректальный рак (90,0%) и дивертикулез (10,0%). Выполнялись различные по объему лапароскопические вмешательства – от сегментарных резекций ободочной кишки до передних и брюшно-анальных резекций и брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки. Продолжительность операций в зависимости от объема варьировала от 110 до 355 минут, объем кровопотери соответственно - от 80 до 350 мл. Осложнений наблюдалось три: анастомозит, раневая инфекция и инфекция мочевыводящих путей. Количество дней до полной активности и выписки из стационара варьировало от 5 до 14 суток. Выводы. ЛА доступ при операциях на толстой кишке обладает преимуществами лучшей визуализации и прецизионности, обеспечивает хорошие результаты по непосредственным хирургическим параметрам не только при операциях на ободочной кишке, но и при выполнении технически более сложных вмешательств, таких как резекции прямой кишки.

Ключевые слова: лапароскопические вмешательства, заболевания толстой кишки, непосредственные результаты.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

Лапароскопический доступ в хирургическом лечении заболеваний толстой кишки впервые применен в 1990 г. [6] и завоевывает все большую популярность

среди хирургов ввиду некоторых преимуществ: меньшей кровопотери и объема перелитых компонентов крови и инфузионных сред, сокращения сроков восстановления функции кишечника, менее выраженного болевого синдрома, лучшей косметично-

Реферат

ЛАПАРОСКОПІЧНА ГЕРНІОПЛАСТИКА РЕЦИДИВНИХ ПАХВИННИХ ГРИЖ У ХВОРИХ, ЩО ОПЕРОВАНІ БЕЗНАТЯЖНИМИ ТЕХНОЛОГІЯМИ

Борота О.В., Енгенов Н.М., Василенко Л.І., Жадинський А.М., Джеломанов С.К.

Ключові слова: лапароскопія, рецидивні грижі.

Авторами проведені якісна і кількісна оцінка лапароскопічних операцій у хворих, що були оперовані безнатяжними технологіями (за методом Ліхтенштайна або лапароскопічним методом). Розроблені різні технологічні прийоми, визначена тактика оперативного лікування (у кожному випадку індивідуально) і післяопераційного ведення пацієнтів, що дозволили скоротити тривалість оперативних втручань на $24 \pm 1,25$ хв., кількості інтра- і післяопераційних ускладнень на 4,6%, термін госпіталізації і реабілітації (на 5,8 койко-днів). Вважаємо ендовідеохірургічну герніопластику з використанням протезуючої безнатяжно пластики за розробленою в клініці методикою (у хворих з рецидивами грижі і раніше оперованих безнатяжними технологіями) – методом вибору. Ці операції забезпечують малу травматичність, асептичність, хороші умови для загоєння ран, скорочують термін стаціонарного лікування і забезпечують швидку трудову і соціальну реабілітацію.

Summary

LAPAROSCOPIC HERNIOPLASTY FOR RECURRENT INGUINAL HERNIA IN PATIENTS PREVIOUSLY OPERATED BY APPLYING TENSION-FREE METHODS

Borota A.V., Yengenov N.M., Vasilenko L.I., Zhadinskiy A.N., Dzhelomanov S.K.

Keywords: laparoscopy, recurrent hernia.

This paper focuses on the analysis of the qualitative and quantitative estimation of laparoscopic surgeries' outcomes in the patients, previously operated by tension-free techniques (Lichtenstein method or laparoscopic method). The authors worked out different surgical techniques, determined surgical approaches (individualized in each case) and approaches for postoperative management of patients that enabled to reduce the duration of surgical interventions by $24 \pm 1,25$ min, to decrease the cases of intra- and postoperative complications on 4,6%, to shorten the terms for hospital staying and rehabilitation on 5,8 days. We consider endovideosurgical hernioplasty and tension-free plasty technique (for patients with hernia relapses and who had been operated on before by means of tension-free techniques) as a method of choice. These operations provide low injury rate, good conditions for wound healing, diminish the term of hospital staying and contribute to the more rapid labor and social rehabilitation.

УДК 616.345-072.1-089.85

Борота А.В., Совпель О.В¹, Мирошніченко Е.Ю., Шаповалова Ю.А², Косарь Н.В.

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИ-АССИСТИРОВАННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им.М.Горького, г.Донецк

Донецкое Клиническое Территориальное Медицинское Объединение (ДОКТМО), г.Донецк

Лапароскопически-ассистированный (ЛА) доступ при оперативных вмешательствах на толстой кишке завоевывает все большую популярность ввиду очевидных преимуществ при выполнении самого оперативного пособия (детализация тканей и слоев, прецизионность выделения структур), а также в течении ближайшего послеоперационного периода, сроках ранней хирургической реабилитации. Настоящее исследование преследует цель изучения непосредственных результатов лечения заболеваний толстой кишки (ТК) на примере одной хирургической клиники. Методы. В базу данных вошли пациенты, оперированные лапароскопически-ассистированным доступом по поводу хирургических заболеваний ТК за период 2010-2012 гг. Изучены непосредственные результаты лечения. Результаты. 30 пациентов, оперированных при помощи ЛА доступа, вошли в исследование за указанный период. Средний возраст составил $55,8 (\pm 12,9)$ лет, показаниями к операции были колоректальный рак (90,0%) и дивертикулез (10,0%). Выполнялись различные по объему лапароскопические вмешательства – от сегментарных резекций ободочной кишки до передних и брюшно-анальных резекций и брюшно-промежностных экстирпаций прямой кишки. Продолжительность операций в зависимости от объема варьировала от 110 до 355 минут, объем кровопотери соответственно – от 80 до 350 мл. Осложнений наблюдалось три: анастомозит, раневая инфекция и инфекция мочевыводящих путей. Количество дней до полной активности и выписки из стационара варьировало от 5 до 14 суток. Выводы. ЛА доступ при операциях на толстой кишке обладает преимуществами лучшей визуализации и прецизионности, обеспечивает хорошие результаты по непосредственным хирургическим параметрам не только при операциях на ободочной кишке, но и при выполнении технически более сложных вмешательств, таких как резекции прямой кишки.

Ключевые слова: лапароскопические вмешательства, заболевания толстой кишки, непосредственные результаты.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а также с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

Лапароскопический доступ в хирургическом лечении заболеваний толстой кишки впервые применен в 1990 г. [6] и завоевывает все большую популярность

среди хирургов ввиду некоторых преимуществ: меньшей кровопотери и объема перелитых компонентов крови и инфузионных сред, сокращения сроков восстановления функции кишечника, менее выраженного болевого синдрома, лучшей косметично-

сти доступа [3, 8, 10, 11, 15, 16, 20, 21]. При этом, онкологические результаты, в случаях хирургического лечения колоректального рака (КРР), не различаются в сравнении с традиционным доступом [1, 4, 5, 9, 12, - 14, 18, 22].

Цель исследования

Изучение непосредственных результатов лечения заболеваний толстой кишки (ТК) на примере одной хирургической клиники.

Материалы и методы

Обсервационное изучение базы данных пациентов, подвергшихся оперативному лечению по поводу различных заболеваний ТК, произведено в клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им.М.Горького на двух клинических базах – Донецкого клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО) и первой городской клинической больницы г.Донецка за период 2010-2012 г.г.

Критерии исключения из исследования:

- возраст пациентов более 75 лет
- наличие тяжелых осложнений заболевания (обструкции, параколические абсцессы и пр.)
- тяжелое соматическое состояние пациентов по сопутствующей патологии.

Объем исследований до операции включал физикальное и анамнестическое изучение, сбор общеклинических анализов крови и мочи, ректороманоскопию, ирригографию и/или колоноскопию с биопсией, ультразвуковое исследование и/или спиральную компьютерную томографию брюшной полости, рентгенографию органов грудной клетки. Анестезиологическая

оценка проводилась по шкалам Американской Ассоциации Анестезиологов (ASA) и Гологорского. При опухолевой патологии использовали Международную классификацию злокачественных новообразований TNM, принятую в Украине (UICC, 6 ред.). В случаях КРР, при расположении опухоли ниже 12 см от ануса, проведена неoadъювантная лучевая терапия по протоколу крупнофракционного интенсивного облучения (СОД 25 Гр РОД 5 Гр) с проведением операции либо в течение 72 часов после окончания лучевой терапии, либо спустя 3-4 недели.

В исследовании оценивались следующие параметры: *вид операции, продолжительность операции, объем перелитых трансфузионных и инфузионных сред, количество койко-дней до полной активности пациента* (параметр койко-дней всего времени госпитализации неполноценно отражает влияние хирургической техники на результат ввиду того, что количество койко-дней до операции и после операции зависело от ряда других, не связанных непосредственно с результатами вмешательств, факторов), *спектр и количество хирургических осложнений*.

Особенности хирургической техники

Все операции выполнялись одной бригадой хирургов. Анестезиологическое пособие включало комбинированный эндотрахеально-внутривенный наркоз с продленной перидуральной анестезией. Положение пациентов, в зависимости от объема операции – либо лежа на спине с разведенными ногами в стороны, либо лежа на спине в литотомическом положении на ножных подставках. Схемы расстановки оптического и рабочих портов представлены на схемах (Рис. 1).

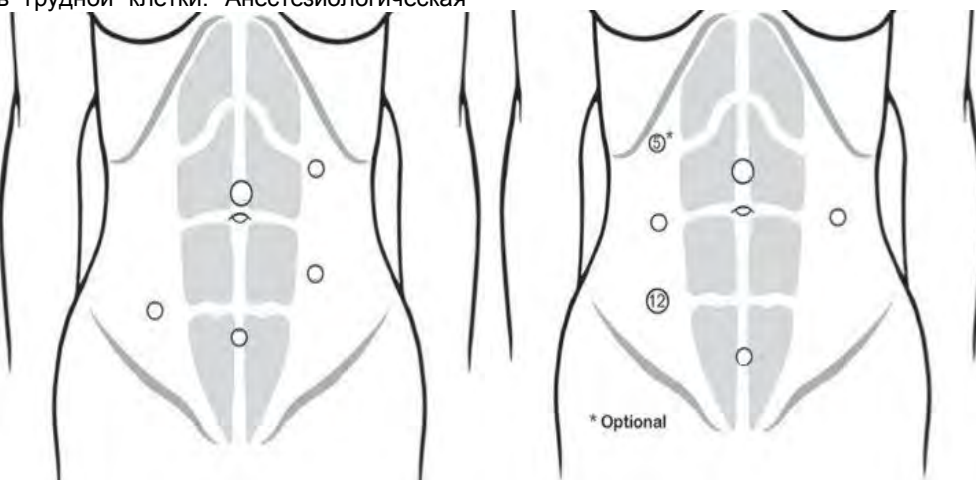


Рис. 1 Схемы расположения портов для удаления правых (а) и левых (б) отделов толстой кишки, включая прямую (по J.Milsom, B. Bohm, K.Nakajima, 2006).

При выполнении правосторонней гемиколэктомии (ПГКЭ) выполнялись следующие этапы медио-латеральной мобилизации с лимфодиссекцией и клипированием подвздошно-ободочных и правых толстокишечных сосудов от места их отхождения, поперечная минилапаротомия (5 см) справа от пупка, извлечение препарата через раневой протектор, формирование экстракорпорального тонко-толстокишечного анастомоза.

При выполнении операций на левых отделах толстой кишки (левосторонняя гемиколэктомия (ЛГКЭ) и передняя резекция (ПР)) этапы операции заключались в следующем: медио-латеральная мобилизация с лимфодиссекцией и клипированием нижних брыжечных сосудов дистальнее отхождения левой обо-

дочной артерии (при ЛГКЭ – нижнебрыжечная артерия клипировалась у устья в 1 см от аорты), левая мезocolэктомия и мобилизация дистального сегмента сигмовидной и ректосигмоидного отдела прямой кишки, пересечение дистальной границы препарата, извлечение препарата через раневой протектор, формирование аппаратного после промывания культи прямой кишки, под контролем целостности влагалища у женщин, циркулярного коло-ректального анастомоза или ручного экстракорпорального анастомоза.

При низком расположении опухоли в прямой кишке после мобилизации левых отделов толстой кишки выполнялась тотальная мезоректальная эксцизия под контролем гипогастральных нервов и целостности мезоректальной фасции (при циркулярном поражении

или локализации опухоли по передней полуокружности в препарат обязательно включали фасцию Денонвилле), промежностная мобилизация с низведением левых отделов на промежность по типу наданальной резекции (НАР) с эвагинационным колоанальным анастомозом на промежности или брюшно-анальной резекции (БАР) с колоанальным анастомозом.

При выполнении брюшно-промежностной экстирпации (БПЭ) выполнялись интраабдоминальные этапы, перечисленные для удаления левых отделов толстой кишки, после чего толстая кишка пересекалась на уровне сигмовидной для последующего стомирования, формировалась одностольная колостома по Бруку в левом мезогастрии, в литотомическом положении производился промежностный этап операции, не отличавшийся от традиционного, промежностная рана ушивалась наглухо после дренирования полости таза через ягодичную контрапертуру.

При выполнении колпроктэктомии (КПЭ) по поводу семейного диффузного полипоза производились этапы при удалении правых отделов, и этапы при удалении левых отделов толстой кишки, после чего мобилизовалась поперечно-ободочная кишка с клипированием средних толстокишечных сосудов до уровней мобилизации справа и слева; затем производилась тотальная мезоректальная эксцизия под контролем гипогастральных нервов и целостности мезоректальной фасции; дистальная граница препарата пересекалась при помощи эндоскопических линейных шовителей на уровне тазового дна под контролем пальца на расстоянии 2 см от зубчатой линии; затем производили поперечную минилапаротомию в надлобковой области, извлекали препарат через раневой протектор за дистальный его конец и удаляли препарат; формировали илеальный J-образный резервуар при помощи линейного шовителя длиной 12-14 см, формировали циркулярный аппаратный резервуарно-анальный анастомоз; протектировали анастомоз временной илеостомой по Торнболлу в правом мезогастрии.

Во время вмешательств использовали эндоскопические линейные шовители Echelon Flex 60 (J&J

Ethicon Endo-Surgerytm) и Endo GIA Universal (Covidientm), используя синие кассеты, раневой протектор Dextrus (J&J Ethicon Endo-Surgerytm), циркулярные шовители CEEA 28-31 mm (Covidientm) либо CDH 29-33 mm (J&J Ethicon Endo-Surgerytm).

Результаты и их обсуждение

В исследовании проанализировано 30 пациентов с заболеваниями ТК, подвергшихся лапароскопически-ассистированным вмешательствам. В таблице 1 продемонстрирована общая характеристика клинического материала. Преобладали пациенты с опухолевой патологией (90,0%), из них 11 пациентов оперированы по поводу рака прямой кишки, неоадьювантная терапия проведена 6 пациентам, у которых нижний край опухоли располагался ниже 12 см от анального края, две пациентки оперированы по поводу рецидивов анальной карциномы после проведенной радио-химиотерапии по радикальному протоколу; одна пациентка оперирована по поводу семейного диффузного полипоза с тотальным поражением от слепой до нижнеампулярного отдела прямой кишки с тяжелой дисплазией при гистологическом исследовании биоптатов; и один пациент оперирован по поводу карциномы in situ из полипа сигмовидной кишки после ранее перенесенной эндоскопической полипэктомии, ассоциированной с полипозом левых отделов толстой кишки; три пациента (10%) оперированы по поводу дивертикулеза в холодном периоде после ранее перенесенных атак дивертикулита.

В таблице 2 продемонстрирована характеристика произведенных оперативных вмешательств. Наибольшее количество из них пришлось на гемиколэктомию. Наиболее продолжительными оказались операции на прямой кишке, длившиеся более 4 часов в серии первых, с уменьшением их продолжительности до 3-3,5 часов в серии последних вмешательств в связи с накоплением опыта и приближением до плато кривой обучаемости.

Средний объем кровопотери не превышал 300 мл, при минимальной средней кровопотере 123 мл в группе правосторонних гемиколэктомий.

Таблица 1.
Характеристика клинического материала исследования.

Возраст (годы)	55,8 (±12,9)
Пол	
муж.	18 (60,0%)
жен.	12 (40,0%)
ASA	
I	2 (6,7%)
II	24 (80,0%)
III	4 (13,3%)
IV	-
Диагноз	
KPP	27 (90,0%)
Дивертикулез	3 (10,0%)
Стадия KPP (TNM, 6 ред.)	
I	2 (6,7%)
II	12 (40,0%)
III	16 (53,3%)
IV	-

Из всей серии пациентов только одной пациентке произведена трансфузия одной дозы свежезамороженной плазмы. Ряду пациентов инфузионная терапия прекращалась уже на вторые сутки послеопера-

ционного периода при переходе на полную пероральную гидратацию. Полупостельный режим большинству пациентов назначался со вторых суток, активный режим – с третьих.

Таблица 2.
Характеристика произведенных оперативных вмешательств.

	ПГКЭ	ЛГКЭ	ПР	НАР	БАР	БПЭ	КПЭ
Количество операций	6	10	7	1	3	2	1
Средняя продолжительность вмешательств (мин)	184 (±57)	182 (±50)	220 (±60)	340	268 (±37)	335 (±21)	355
Средний объем кровопотери	123 (±53)	145 (±62)	157 (±32)	270	193 (±16)	280 (±50)	150
Объем трансфузии	-	-	-	-	1	-	-
Количество дней до выписки из стационара	6 (±1,5)	9 (±2,1)	5 (±2,3)	12	14 (±5,2)	12 (±6,3)	6
Осложнения							
Раневая инфекция	1	-	-	-	-	1	-
Анастомозит	-	1	-	-	-	-	-
Инфекция мочевыводящих путей	-	-	1	-	-	-	-

Осложнения наблюдались у четырех пациентов – преимущественно инфекционно-воспалительного характера, все в легкой форме, купировались традиционными мероприятиями, в одном случае (после левосторонней гемиколэктомии) возник анастомозит, также купированный консервативным путем.

В нашей первой серии пациентов проанализированы непосредственные результаты лечения различных заболеваний ТК, преимущественно – колоректального рака. Отмечено, что даже значимо большая продолжительность вмешательства в процессе достижения кривой обучаемости не повлияла на процент послеоперационных осложнений. При этом, в процессе выполнения операций визуализация слоев и мелких анатомических структур была значительно лучшей, чем при открытом доступе, объем кровопотери значимо снижался до клинически незначимых объемов, в результате чего трансфузионные мероприятия не потребовались у 97% больных. Количество времени до полной активации и пребывания пациентов в стационаре было также непродолжительным.

Выводы

Таким образом, ЛА доступ при операциях на толстой кишке обладает преимуществами лучшей визуализации и прецизионности, обеспечивает хорошие результаты по непосредственным хирургическим параметрам не только при операциях на ободочной кишке, но и при выполнении технически более сложных вмешательств, таких как резекции прямой кишки.

Литература

1. COST Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer // *N Engl J Med.* – 2004. – V. 350. – P. 2050–2059.
2. Choi G.S. A novel approach of robotic-assisted anterior resection with transanal or transvaginal retrieval of the specimen for colorectal cancer / G.S. Choi, I.J. Park, B.M. Kang [et al.] // *Surg Endosc.* – 2009. – V. 23. – P. 2831–2835.
3. Weber D.M. Laparoscopic surgery: an excellent approach in elderly patients / D.M. Weber // *Arch Surg.* – 2003. – V. 138. – P. 1083–1088.
4. Jayne D.G. Five-year follow-up of the Medical Research Council CLASSIC trial of laparoscopically assisted versus open surgery for colorectal cancer / D. G. Jayne [et al.] // *Br J Surg.* – 2010. – V. 97. – P. 1638–1645.
5. Leung K.L. Laparoscopic resection of rectosigmoid carcinoma: prospective randomised trial / K.L. Leung, S.P. Kwok, S.C. Lam [et al.] // *Lancet.* – 2004. – V. 363. – P. 1187–1192.
6. Phillips E.H. Laparoscopic colectomy / E.H. Phillips, M. Franklin, B.J. Carroll [et al.] // *Ann Surg.* – 1992. – V. 216. – P. 703–707.
7. Rullier E. Laparoscopic intersphincteric resection with coloanal anastomosis for mid and low rectal cancer / E. Rullier,

- Sa A.Cunha, P.Couderc [et al.] // *Br J Surg.* – 2003. – V. 90. – P. 445–451.
8. Veldkamp R. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial / R.Veldkamp, E.Kuhry, W.C.Hop [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2005. – V. 6. – P. 477–484.
 9. Laurent C. Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer: long-term oncologic results / C.Laurent, F.Lebanc, P.Wutrich, M.Scheffler // *Ann Surg.* – 2009. – V. 250. – P. 54–61.
 10. Tuech J.J. Laparoscopic vs. open colectomy for sigmoid diverticulitis: a prospective comparative study in the elderly / J.J.Tuech, P.Pessaux, C.Rouge [et al.] // *Surg Endosc.* – 2000. – V. 14. – P. 1031–1033.
 11. Stewart B.T. Laparoscopically assisted colorectal surgery in the elderly / B.T.Stewart, R.W.Stitz, J.W.Lumley // *Br J Surg.* – 1999. – V. 86. – P. 938–941.
 12. Lacy A.M. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial / A.M.Lacy, J.C.Garcia-Valdecasas, S.Delgado [et al.] // *Lancet.* – 2002. – V. 359. – P. 2224–2229.
 13. Kuhry E. Long-term results of laparoscopic colorectal cancer resection / E. Kuhry, W. Schwenk, R. Gaupset [et al.] // *Cochrane Database Syst Rev.* – 2008. – V. 2. – P. 32–34.
 14. Kang S.B. Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial / S. B. Kang [et al.] // *Lancet Oncol.* – 2010. – V. 11. – P. 637–645.
 15. Panis Y. Laparoscopic surgery for benign colorectal diseases / Y.Panis // *J Chir (Paris)*. – 2000. – V. 137. – P. 261–267.
 16. Tei M. Postoperative complications in elderly patients with colorectal cancer: comparison of open and laparoscopic surgical procedures / M.Tei, M.Ikeda, N.Haraguchi [et al.] // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2009. – V. 19. – P. 488–492.
 17. Hong D. Prospective comparison of laparoscopic versus open resection for benign colorectal disease / D.Hong, M.Lewis, J.Tabet, M.Anvari // *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* – 2002. – V. 12. – P. 238–242.
 18. Jayne D.G. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group / D.G. Jayne [et al.] // *J Clin Oncol.* – 2007. – V. 25. – P. 3061–3068.
 19. Ballantyne G.H. Robotic surgery, telerobotic surgery, telepresence, and telemonitoring. Review of early clinical results / G.H. Ballantyne // *Surg Endosc.* – 2002. – V. 16. – P. 1389–1402.
 20. Pigazzi A. Robotic assisted laparoscopic low anterior resection with total mesorectal excision for rectal cancer / A.Pigazzi, J.D.Ellenhorn, G.H.Ballantyne, I.B. Paz // *Surg Endosc.* – 2006. – V. 20. – P. 1521–1525.
 21. Stocchi L. Safety and advantages of laparoscopic vs. open colectomy in the elderly: matched-control study / L.Stocchi, H.Nelson, T.M.Young-Fadok [et al.] // *Dis Colon Rectum.* – 2000. – V. 43. – P. 326–332.
 22. Guillou P.J. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial / P.J. Guillou, P. Quirke, H. Thorpe [et al.] // *Lancet.* – 2005. – V. 365. – P. 1718–1726.
 23. Reza M. Systematic review of laparoscopic versus open surgery for colorectal cancer / M.Reza, J.A.Blasco, E.Andradas [et al.] // *Br J Surg.* – 2006. – V. 93. – P. 921–928.

Реферат

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНО-АСИСТОВАНИХ ВТРУЧАНЬ НА ТОВСТІЙ КИШЦІ

Борота О.В., Совпель О.В., Мірошниченко Є.Ю., Шаповалова Ю.О., Косарь Н.В.

Ключові слова: лапароскопічні втручання, захворювання товстої кишки, безпосередні результати.

Лапароскопічно-асистований (ЛА) доступ при оперативних втручаннях на товстій кишці завоює все більшу популярність зважаючи на ряд очевидних переваг при виконанні самого оперативного втручання (деталізація тканин і шарів, прецизійність виділення структур), а також в перебігу найближчого післяопераційного періоду, термі-

нах ранньої хірургічної реабілітації. Дослідження має на меті вивчення безпосередніх результатів лікування захворювань товстої кишки (ТК) на прикладі однієї хірургічної клініки. Методи. У базу даних увійшли пацієнти, оперовані лапароскопічно-асистованим доступом з приводу хірургічних захворювань ТК за період 2010-2012 рр.. Вивчено безпосередні результати лікування. Результати. 30 пацієнтів, оперованих за допомогою ЛА доступу, увійшли в дослідження за вказаний період. Середній вік склав 55,8 (\pm 12,9) років, показаннями до операції були колоректальний рак (90,0%) та дивертикульоз (10,0%). Виконувалися різні за обсягом лапароскопічні втручання - від сегментарних резекцій ободової кишки до передніх і черевно-анальних резекцій і черевно-промежних екстирпацій прямої кишки. Тривалість операцій в залежності від обсягу варіювала від 110 до 355 хвилин, обсяг крововтрати, відповідно - від 80 до 350 мл. Ускладнень спостерігалось три: анастомозит, раньова інфекція і інфекція сечовивідних шляхів. Кількість днів до повної активності та виписки зі стаціонару варіювала від 5 до 14 діб. Висновки. ЛА доступ при операціях на товстій кишці має переваги у кращій візуалізації та прецизійності, забезпечує гарні результати по безпосередніх хірургічних параметрах не тільки при операціях на ободовій кишці, але і при виконанні технічно більш складних втручань, таких як резекції прямої кишки.

Summary

SHORT-TERM RESULTS OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGICAL PROCEDURES

Borota A.V., Sovpel O.V., Miroshnychenko Y.Y., Shapovalova Y.A., Kosar N.V.

Keywords: laparoscopic surgery, colorectal cancer, diverticulosis, short-term results.

Laparoscopic approach (LA) in the variety of colorectal surgical procedures is gaining in popularity because of the obvious technical advantages (detailed imaging and more precision) and short term surgical parameters. This study was aimed to investigate short-term results of colorectal surgical procedures performed with LA at certain surgical clinic. Methods. Observation was conducted during the period 2010-2012 and included patients underwent colorectal surgical procedures with LA. The study investigates the main short-term variables. Results. 30 patients with the average age of 55,8 (\pm 12,9) years were operated on for colorectal cancer (90.0%) and diverticulosis (10.0%). LA procedures varied from segmental resections of the colon to anterior and abdominal-anal resection and abdomino-perineal excisions of the rectum. Operation time ranged from 110 to 355 min., blood loss, respectively varied from 80 to 350 ml. The incidence of complications made up 10% (3 cases of anastomosis, wound infection and urinary tract infection). The interval between the beginning of hospital staying to complete activity and discharge varied from 5 to 14 days. Conclusions. LA access for surgical colorectal procedures has the considerable advantages as better visualization and precision, as well as provides good results in the short term surgical parameters, not only for colonic, but also for more technically complicated colorectal surgical interventions such as rectal resection.

УДК 616.33/34:616-005.1:617.089:616-083.98

Бутырский А.Г.¹, Бобков О.В.¹, Сеницын Д.А.², Решитов А.Н.², Шостикова Ю. Д.²

ЛЕЧЕНИЕ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

¹ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,

²6-ая ГКБ СМП, г. Симферополь,

Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов ЖКТ в неотложной хирургии. Бутырский А.Г., Старосек В.Н., Сеницын Д.А., Решитов А.Н., Шостикова Ю.Д. Цель работы: проследить основные статистические закономерности течения и результатов лечения язвенных кровотечений на собственном клиническом материале. Результаты: частота язвенных кровотечений составляет 2,9% от общего числа больных, смертность достигает 16%, преимущественно за счет больных с циррозами печени. Наиболее эффективен комбинированный метод лечения ЖКК, включающий медикаментозные, оперативные и эндоскопические методы. Эффективным препаратом является Тугина, применение которого снижает частоту рецидивов ЖКК, ускоряет наступление гемостаза на 33% и снижает госпитальный койко-день на 21%.

Ключевые слова: язвенные желудочно-кишечные кровотечения, лечение, неотложная хирургия, транексамовая кислота

Вступление

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) возникают при различных по этиологии и механизму развития заболеваниях и делятся на язвенные и неязвенные. К наиболее частым причинам неязвенных кровотечений относят синдром Меллори-Вейсса (СМВ), варикозно расширенные вены (ВРВ) пищевода и желудка при портальной гипертензии и иные патологические состояния [2, 3].

В структуре кровотечений из верхнего отдела ЖКТ ЖКК неязвенного генеза составляют 44,1-45,8% [1, 6]. За последние 5 лет в Украине количество ЖКК увеличилось на 14% [13], а число больных с ЖКК неязвенной природы увеличилось в 1,5 раза, по частоте почти сравнявшись с язвенными [9, 10]. Летальность при этом составляет 12,3%, что превышает показатель при язвенных кровотечениях более, чем в 3 раза [1]. Летальность при повторных кровотечениях достигает

53% [16]. Поэтому решающим в исходе лечения является профилактика рецидива кровотечения и достижение максимально стойкого гемостаза [10, 12].

Многие вопросы выбора метода лечения этой категории больных остаются спорными. Если у больных с язвенными кровотечениями, по мнению большинства хирургов, показания к срочному хирургическому вмешательству должны быть расширены, то при неязвенных кровотечениях многими авторами [4, 6, 12] в качестве основного рассматриваются эндоскопический и медикаментозный методы.

Работа выполнена в рамках темы кафедры хирургических болезней ФПО «Разработка перспективных методов профилактики, диагностики и лечения периоперационных осложнений заболевания и травм в неотложной абдоминальной хирургии» (шифр 10/07, номер госрегистрации 0107U006627).

нах ранньої хірургічної реабілітації. Дослідження має на меті вивчення безпосередніх результатів лікування захворювань товстої кишки (ТК) на прикладі однієї хірургічної клініки. Методи. У базу даних увійшли пацієнти, оперовані лапароскопічно-асистованим доступом з приводу хірургічних захворювань ТК за період 2010-2012 рр.. Вивчено безпосередні результати лікування. Результати. 30 пацієнтів, оперованих за допомогою ЛА доступу, увійшли в дослідження за вказаний період. Середній вік склав 55,8 (\pm 12,9) років, показаннями до операції були колоректальний рак (90,0%) та дивертикульоз (10,0%). Виконувалися різні за обсягом лапароскопічні втручання - від сегментарних резекцій ободової кишки до передніх і черевно-анальних резекцій і черевно-промежних екстирпацій прямої кишки. Тривалість операцій в залежності від обсягу варіювала від 110 до 355 хвилин, обсяг крововтрати, відповідно - від 80 до 350 мл. Ускладнень спостерігалось три: анастомозит, раньова інфекція і інфекція сечовивідних шляхів. Кількість днів до повної активності та виписки зі стаціонару варіювала від 5 до 14 днів. Висновки. ЛА доступ при операціях на товстій кишці має переваги у кращій візуалізації та прецизійності, забезпечує гарні результати по безпосередніх хірургічних параметрах не тільки при операціях на ободовій кишці, але і при виконанні технічно більш складних втручань, таких як резекції прямої кишки.

Summary

SHORT-TERM RESULTS OF LAPAROSCOPIC COLORECTAL SURGICAL PROCEDURES

Borota A.V., Sovpel O.V., Miroshnychenko Y.Y., Shapovalova Y.A., Kosar N.V.

Keywords: laparoscopic surgery, colorectal cancer, diverticulosis, short-term results.

Laparoscopic approach (LA) in the variety of colorectal surgical procedures is gaining in popularity because of the obvious technical advantages (detailed imaging and more precision) and short term surgical parameters. This study was aimed to investigate short-term results of colorectal surgical procedures performed with LA at certain surgical clinic. Methods. Observation was conducted during the period 2010-2012 and included patients underwent colorectal surgical procedures with LA. The study investigates the main short-term variables. Results. 30 patients with the average age of 55,8 (\pm 12,9) years were operated on for colorectal cancer (90.0%) and diverticulosis (10.0%). LA procedures varied from segmental resections of the colon to anterior and abdominal-anal resection and abdomino-perineal excisions of the rectum. Operation time ranged from 110 to 355 min., blood loss, respectively varied from 80 to 350 ml. The incidence of complications made up 10% (3 cases of anastomosis, wound infection and urinary tract infection). The interval between the beginning of hospital staying to complete activity and discharge varied from 5 to 14 days. Conclusions. LA access for surgical colorectal procedures has the considerable advantages as better visualization and precision, as well as provides good results in the short term surgical parameters, not only for colonic, but also for more technically complicated colorectal surgical interventions such as rectal resection.

УДК 616.33/34:616-005.1:617.089:616-083.98

Бутырский А.Г.¹, Бобков О.В.¹, Сеницын Д.А.², Решитов А.Н.², Шостикова Ю. Д.²

ЛЕЧЕНИЕ НЕЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖКТ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

¹ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»,

²6-ая ГКБ СМП, г. Симферополь,

Лечение язвенных желудочно-кишечных кровотечений из верхних отделов ЖКТ в неотложной хирургии. Бутырский А.Г., Старосек В.Н., Сеницын Д.А., Решитов А.Н., Шостикова Ю.Д. Цель работы: проследить основные статистические закономерности течения и результатов лечения язвенных кровотечений на собственном клиническом материале. Результаты: частота язвенных кровотечений составляет 2,9% от общего числа больных, смертность достигает 16%, преимущественно за счет больных с циррозами печени. Наиболее эффективен комбинированный метод лечения ЖКК, включающий медикаментозные, оперативные и эндоскопические методы. Эффективным препаратом является Тугина, применение которого снижает частоту рецидивов ЖКК, ускоряет наступление гемостаза на 33% и снижает госпитальный койко-день на 21%.

Ключевые слова: язвенные желудочно-кишечные кровотечения, лечение, неотложная хирургия, транексамовая кислота

Вступление

Желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) возникают при различных по этиологии и механизму развития заболеваниях и делятся на язвенные и неязвенные. К наиболее частым причинам неязвенных кровотечений относят синдром Меллори-Вейсса (СМВ), варикозно расширенные вены (ВРВ) пищевода и желудка при портальной гипертензии и иные патологические состояния [2, 3].

В структуре кровотечений из верхнего отдела ЖКТ ЖКК неязвенного генеза составляют 44,1-45,8% [1, 6]. За последние 5 лет в Украине количество ЖКК увеличилось на 14% [13], а число больных с ЖКК неязвенной природы увеличилось в 1,5 раза, по частоте почти сравнявшись с язвенными [9, 10]. Летальность при этом составляет 12,3%, что превышает показатель при язвенных кровотечениях более, чем в 3 раза [1]. Летальность при повторных кровотечениях достигает

53% [16]. Поэтому решающим в исходе лечения является профилактика рецидива кровотечения и достижение максимально стойкого гемостаза [10, 12].

Многие вопросы выбора метода лечения этой категории больных остаются спорными. Если у больных с язвенными кровотечениями, по мнению большинства хирургов, показания к срочному хирургическому вмешательству должны быть расширены, то при неязвенных кровотечениях многими авторами [4, 6, 12] в качестве основного рассматриваются эндоскопический и медикаментозный методы.

Работа выполнена в рамках темы кафедры хирургических болезней ФПО «Разработка перспективных методов профилактики, диагностики и лечения периоперационных осложнений заболевания и травм в неотложной абдоминальной хирургии» (шифр 10/07, номер госрегистрации 0107U006627).

Цель работы:

Выявить основные статистические закономерности возникновения и результатов лечения неязвенных кровотечений.

Объект и методы исследования

Мы провели ретроспективный анализ истории болезни больных с неязвенными кровотечениями за 2007-2011 годы. Одновременно исследовали гемостатическую активность транексамовой кислоты (ТК) (препарат Тугина). В сравнительное исследование эффективности Тугины вошли больные, получавшие комплексную гемостатическую терапию без ТК (197 человек), и больные, получавшие в комплексе гемостатической терапии ТК (103 человека). Тугина применялась в дозе 10 мг/кг массы тела 3-6 раз/день внутривенно. Из исследования исключены умершие и пробывшие в стационаре менее 2 дней. В качестве критериев оценки эффективности терапии мы использовали срок наступления гемостаза, длительность пребывания в стационаре и частоту повторных кровотечений в течение года (при кровотечении из ВРВ). Статистическая обработка проведена методом вариационной статистики.

Результаты и обсуждение

Проанализировано 13996 историй болезни паци-

ентов, лечившихся в нашей клинике, количество ЖКК составило 1296 (9,3% от общего количества поступивших), в т.ч. неязвенных – 402 (2,9 % от поступивших и 31,7% от всех ЖКК, что несколько ниже по сравнению с литературными данными [1, 6, 13]). Из них умерло – 67 человек (16,2%).

Кровотечения из варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода и желудка составили 41,7%, летальность - 33,7%. Основной причиной развития ВРВ является портальная гипертензия, обусловленная циррозом печени, реже – хроническим активным гепатитом и болезнью Вильсона-Коновалова (0,6% и 0,4% соответственно). Отметим, что причиной смерти является чаще не острая кровопотеря, а гепатаргия. Но имеется закономерность: среди получавших Тугину уровень смертности в стационаре ниже (12 vs 46, т.е. на половину меньше).

СМВ (МКБ-10: желудочно-пищеводный разрывно-геморрагический синдром) является самой частой причиной неязвенных кровотечений (44,6% случаев). Летальный исход при СМВ – 1 (0,2%).

Эрозивный эзофагит (ЭЭ) является причиной кровотечения у 7,7% больных. Мы считаем, что наиболее частой причиной ЭЭ являются поздние стадии гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), поражающей лиц любого возраста (таблица 1). Летальных исходов при ЭЭ не было.

Таблица 1
Распределение контингента больных

	Возраст (N=402)			Пол (N=402)	
	трудоспособный	пожилой	старческий	мужчины	женщины
Кровотечение из ВРВ пищевода и желудка	107 (32)*	50 (21)	15 (5)	108 (37)	64 (21)
ГЭРБ (ЭЭ)	18 (0)	8 (0)	6 (0)	22 (0)	10 (0)
СМВ	155 (0)	20 (1)	9 (0)	157 (1)	27 (0)
Опухоли (в т.ч. лейомиомы и полипы)	3 (1)	6 (2)	3 (1)	5 (1)	7 (3)
Редкие причины кровотечений	6 (1)	2 (1)	4 (2)	6 (1)	6 (3)
Всего	280 (34)	85 (25)	37 (8)	290 (40)	112 (27)

*в скобках – в т.ч. умершие

Опухоли среди причин кровотечений составляют 2,9% (в т.ч. доброкачественные новообразования). Чаще причиной кровотечения служат полипы и лейомиомы. Кровотечения при лейомиомах (0,4%) и полипах верхних отделов ЖКТ (1%) нередко служат первым клиническим признаком заболевания и могут быть остановлены как медикаментозным (при кровоточащих полипах), так и хирургическим (при лейомиомах) путем. При лейомиомах и полипах смертельных исходов не было.

При раке пищевода-желудочной зоны главной причиной кровотечения является распад опухоли. Кровотечения могут происходить из множества мелких сосудов распадающейся опухоли, не являются массивными и купируются консервативно (0,2%). Профузное кровотечение из аррозированных артерий при распаде опухоли отмечено в 0,8% случаев, все закончилось фатально.

Кровотечения, обусловленные ангиодисплазиями ЖКТ, редки и составляют 0,6%. Среди различных видов сосудистой патологии кровотечением осложнились очаговые ангиодисплазии слизистой желудка (0,2%) или появляющиеся у пожилых больных с хроническими заболеваниями (0,4%). Редкими причинами кровотечений являются также синдром Dieulafoy (0,2%), дивертикул и ожог пищевода (0,2 и 0,2%), заболевания крови (0,8%), кровотечения из панкреатической псевдокисты в просвет ЖКТ (0,4%) и пр.

ЖКК более характерны для мужчин работоспособного возраста; отмечают и другие отрицатель-

ные тенденции — увеличение количества пациентов с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери, с серьезной сопутствующей патологией, пребывание в стационаре более 7 дней у 58% больных (таблица 2). Преобладание пациентов трудоспособного возраста с неязвенными кровотечениями и высокая смертность акцентируют социальную значимость проблемы

Особенности патогенеза острой кровопотери обуславливают необходимость максимально ранней остановки кровотечения, для чего с успехом могут быть использованы хирургические, эндоскопические и консервативные методы. Эффективность этих методов достигает 97,4% в зависимости от степени кровопотери и характера кровотечения [7, 8, 10, 11, 12].

Способы эндоскопического гемостаза:

1. Медикаментозные: орошение растворами гемостатиков; нанесение пленкообразующих препаратов (диовин); инфильтрационный (инъекционный) гемостаз раствором адреналина, гипертоническим раствором NaCl, медицинским клеем, силиконовыми композициями, спирт-новокаиновыми смесями, склерозантами, дозированная эндоозонотерапия [1, 2, 5].

2. Механические: клипирование сосуда гемостатическими клипсами, лигирование эластическими кольцами/эндопетлей [7, 11, 14].

3. Физические: термокоагуляция, криогемостаз, электрокоагуляция, лазерная фотокоагуляция, плазменная коагуляция, радиоволновое воздействие [10, 16].

Заметим, что оперативные методы для лечения неязвенных кровотечений в ургентной хирургии при-

меняются редко [1, 2, 3, 6]. Среди методов оперативного лечения мы с известной долей успеха используем операцию Веуеа при СМВ (2 человека) без летальных исходов, операцию типа Пациора при циррозах печени с кровотечением из ВРВ (5) с летальных исходом у четверых, иссечения лейомиомы (2) без летальных исходов, иссечения опухоли (2) или резекция желудка по Б-II (1) – все умерли, иссечение кровоточащего дефекта со стволовой ваготомией при синдроме Dieulafoy (1, выздоровление). При кровотечении из панкреатических псевдокист один больной не был оперирован и умер, один больной был прооперирован и выписан после тяжелого послеоперационного периода.

Хотим отметить хороший эффект применения зонда Blakemore-Singstecken, который обычно применяется в практике остановки цирротических пищеводных кровотечений, для оказания помощи при СМВ. Раздутие желудочного баллона быстро приводит к окончательной остановке кровотечения, когда эндоскопический гемостаз невозможен, а медикаментозные методы не эффективны. За рубежом для этого используют зонд Linton-Nachlas.

На современном этапе развития хирургической помощи все методы могут и должны сочетаться; но, несмотря на значительный прогресс в эндоскопии, частота рецидивов кровотечения составляет 15-20% [5, 7, 11] и требует медикаментозной поддержки.

Для снижения риска ЖКК или его рецидивирования и достижения устойчивого гемостаза применяют различные группы препаратов, наиболее современными являются следующие: антисекреторные препараты, снижающие pH в желудке ниже 6,0 (пред-

почтительно ингибиторы протонной помпы), октрестатин, снижающий висцеральный кровоток в бассейнах брыжеечных артерий и системе воротной вены, и ингибиторы фибринолиза, повышающие стабильность фибрина. Среди последних наиболее эффективным является Тугина, демонстрирующий высокую гемостатическую активность [9, 15, 17].

В нашей клинике Тугина используется с 2009 года. Гемостатический эффект этого вещества основан на торможении фибринолиза. Дополнительным механизмом гемостатического эффекта ТК является стимуляция синтеза коллагена, благодаря чему увеличивается эластичность фибринового сгустка и ускоряется остановка кровотечения. Препарат Тугина достигает максимальной концентрации в течение часа после внутривенного введения и в течение суток выводится из организма. Разнообразны и способы применения: внутривенный, пероральный и местный (в виде полосканий/промываний). Основной областью применения препаратов ТК пока остаются гинекология и акушерство, ЛОР-болезни, лечение гемофилии [9, 17].

Абсолютным показанием к применению ТК в настоящее время являются ЖКК, основанное на высокой локальной активности фибринолитических ферментов в верхней части ЖКТ. Имеется статистика по снижению частоты повторных кровотечений, хирургических вмешательств и смертности при язвенных кровотечениях [15], но данных по применению ТК при неязвенных кровотечениях из верхних отделов ЖКТ мы в литературе не нашли. Данные проведенного исследования представлены в таблице 2.

Таблица 2
Показатели клинической эффективности ТК

	Срок наступления гемостаза		Длительность пребывания в стационаре		Частота повторных госпитализаций, человек/год	
	без ТК	с ТК	без ТК	с ТК	без ТК	с ТК
Кровотечение из ВРВ пищевода и желудка	7,6±0,6	6,3±0,24 p<0,01	8,3±0,4	7,02±0,33 p<0,01	2,6	2
ГЭРБ	5,2±0,6	4,9±0,3 p>0,05	6,2±0,8	5,1±0,73 p>0,05	-	-
СМВ	5,3±0,3	4,1±0,2 p<0,001	6,4±0,3	5,0±0,3 p<0,001	-	-
Кровоточащие полипы желудка	6,0±0,1	3,1±0,4 p<0,001	7,0±0,2	4,7±0,7 p<0,001	-	-

Применение ТК положительно влияет на состояние больных с неязвенными ЖКК, снижая частоту повторных кровотечений и госпитальный койко-день, ускоряет наступление гемостаза, что должно рассцениваться как серьезное социально-экономическое достижение. Применение Тугины можно рассматривать как перспективный способ уменьшения кровопотери и снижения потребности больных в гемотрансфузиях. Факт появления этого препарата расширяет возможности выбора методов уменьшения кровопотери, снижения потребности в гемотрансфузиях и, соответственно, улучшения результатов лечения пациентов.

Консервативная терапия после достижения стабильного гемостаза должна проводиться до момента выписки из хирургического стационара. Критерием стабильного гемостаза мы считаем отсутствие клинико-лабораторных признаков кровотечения и получение кала обычного цвета, данные ФГДС-мониторинга. После этого больные переводятся на амбулаторное/стационарное лечение под наблюдение гастроэнтеролога.

Выводы

1. Неязвенные ЖКК продолжают оставаться одной из нерешенных проблем неотложной хирургии, учитывая их частоту, высокую летальность и недостаточную эффективность существующих методов лечения.
2. Использование современных методов фармакотерапии позволяет добиться стабильного гемостаза при ЖКК. Одним из наиболее эффективных средств для остановки кровотечений и профилактики его рецидивов мы считаем ТК (препарат Тугина).

Литература

1. Баткаев А.Р. Комплексное лечение неязвенных гастродуоденальных кровотечений с использованием внутрипросветной эндоскопии : автореф. дис... д-ра мед. наук : 14.00.27 «Хирургия» / А.Р. Баткаев. – Воронеж, 2010 – 45 с.
2. Бобков О.В. Особливості клініки, діагностики та лікування кровоточивих гострих виразок та ерозій шлунка та дванадцятипалої кишки : автореф. дис... канд.мед.наук : 14.01.03 «Хірургія» / О.В. Бобков. – Сімферополь, 2005. – 20 с.
3. Богун Л.В. Острые желудочно-кишечные кровотечения / Л.В. Богун // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2010. – №3. – С. 56-58.

4. Введенский В.П. Эндоскопический мониторинг гастродуоденальных кровотечений в острый период травматической болезни / В.П. Введенский, В.В. Ключевский // Воен.-мед. журнал. – 2008. – Т.329, № 4. – С.60-61.
5. Колесникова Е.В. Острые кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода / Е.В.Колесникова // Острые и неотложные состояния в практике врача. – 2010. – №3. – С.56-58.
6. Кондратенко П.Г. Организационные вопросы оказания специализированной помощи больным с острыми кровотечениями в просвет пищеварительного канала / П.Г. Кондратенко, М.В. Соколов, Н.Л. Смирнов // Хирургия. – 2007. – №10. – С.63-64.
7. Короткевич А.Г. Эндоскопия при синдроме Маллори-Вейсса / А.Г.Короткевич, Я.Я.Маринич, Ф.И.Лобыкин // Эндоскоп. хир. – 2009. – №3. – С.20-26.
8. Чередников Е.Ф. Лечение больных с неязвенными гастродуоденальными кровотечениями с использованием новых технологий / Е.Ф.Чередников, А.Р.Баткаев, Ю.В.Малеев [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – №2. – С. 27-32.
9. Мамиев В.О. Клиническая оценка применения транексама у рожениц с повышенным риском кровотечения в раннем послеродовом периоде / В.О.Мамиев, О.Б.Мамиев, С.П.Синичин // Современная перинатология: организация, технологии и качество : V Конгресс специалистов перинатальной медицины. – М., 2010. – С.48.
10. Воробей А.В. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения (часть I) / А.В.Воробей, В.В.Климович, Д.И.Карпович, А.В.Жура // Хирургия. – 2009. – №10. – С.20-23.
11. Воробей А.В. Неязвенные гастроинтестинальные кровотечения (часть II) / А.В.Воробей, В.В.Климович, Д.И.Карпович, А.В.Жура // Хирургия. – 2010. – №11. – С.34-41.
12. Шапкин Ю.Г. Оптимизация медикаментозной профилактики рецидива язвенного желудочно-кишечного кровотечения / Ю.Г. Шапкин, С.В. Капралов, А.В. Климашевич [и др.] // Мед. альманах. – 2010. – №1. – С.125-127.
13. Фомин П.Д. Актуальные аспекты диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений / П.Д. Фомин, В.Я. Белый // Здоровье Украины. – 2007. – № 8. – С.41.
14. Hagege H. Preliminary results of a French prospective study including more than 3000 patients with upper gastrointestinal bleeding / H. Hagege, J. Latrive // Gut. – 2006. – V. 55. – P.210.
15. Leontiadis G.I. Pharmacologic Treatment of Peptic Ulcer Bleeding / G.I. Leontiadis, C.W. Howden // Curr. Treat. Options Gastroenterol. – 2007. – V.10, № 2. – P.134-142.
16. Rocall T. Risk assessment following acute upper gastrointestinal bleeding / T. Rockall, R. Logan, H. Delvin // Gut. – 1996. – V.38. – P. 316-321.
17. Wellington K. Tranexamic Acid: A Review of Its Use in the Management of Menorrhagia / K. Wellington, A.J. Wagstaff // Drugs. – 2003. – V.63, №13. – P.1417-1433.

Реферат

ЛІКУВАННЯ НЕВИРАЗКОВИХ КРОВОТЕЧ З ВЕРХНІХ ВІДДІЛІВ ШКТ В НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

Бутирський О.Г., Бобков О.В., Синицин Д.А., Решитов А.Н., Шостикова Ю. Д.

Ключові слова: невиразкові шлунково-кишкові кровотечі, лікування, невідкладна хірургія, транексамова кислота

Мета роботи: прослідкувати основні статистичні закономірності перебігу і результатів лікування невиразкових кровотеч на власному клінічному матеріалі. Результати: частота невиразкових кровотеч складає 2,9% від загального числа хворих, смертність досягає 16%, переважно за рахунок хворих з цирозами печінки. Найбільш ефективний комбінований метод лікування ЖКК, що включає медикаментозні, оперативні і ендоскопічні методи. Ефективним препаратом є Тугіна, застосування якої знижує частоту рецидивів ЖКК, прискорює настання гемостазу на 33% і знижує госпітальний койко-день на 21%.

Summary

TREATMENT OF NON-ULCEROUS UPPER GASTROINTESTINAL BLEEDING IN EMERGENCY SURGERY

Butyrsky O., Bobkov O., Sinitsyn D., Reshitov A., Shostikova Yu.

Key words: non-ulcerative upper gastrointestinal bleeding, treatment, emergency surgery, tranexamic acid

This study was aimed to reveal basic statistical conformities of the course of treatment and outcomes for non-ulcerous bleeding that based on own clinical material. Results: the incidence of non-ulcerous bleeding made up 2,9%, mortality rate made up 16% mainly due to patients with hepatic cirrhosis. The combined method of treatment for gastrointestinal bleeding including medication, surgery and endoscopy has been proven to be the most effective. Preparation Tugina is worthy of notice as it reduces incidences of bleeding relapses, accelerates the arrest of bleeding for 33% and reduces rate of patients' stay at the hospital for 21%.

УДК 616.34/.35-089.819.84

Василенко Л.И., Луценко Ю.Г., Енгенов Н.М.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА РУЧНОГО КИШЕЧНОГО ШВА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Предложена усовершенствованная методика ручного Х-образного кишечного шва, обоснованы его преимущества перед известными видами шва. Приведены результаты клинического применения шва в операциях у 18 пациентов при формировании передней губы соустья анастомозируемых трубчатых полых органов в качестве внутреннего этажа швов.

Ключевые слова: кишечный шов, желудочно-кишечное соустье

Вступление

Ключевым этапом хирургического вмешательства на полых органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является наложение кишечных швов и формирование соустья между анастомозируемыми органами [2]. Общеизвестно, что выбор вида кишечного шва и техники его наложения определяет не только качество течения послеоперационного периода, но и отдаленных результатов хирургического вмешательства [1].

В настоящее время в литературе насчитывается более 400 методик формирования ручного кишечного шва [2,3]. Вместе с тем, не существует идеального способа ручного кишечного шва, поскольку все они наряду с положительными моментами имеют ряд недостатков, из которых важнейшим является недостаточная прочность и герметичность шва.

Неудовлетворенность хирургов существующими способами ручного кишечного шва диктует необходимость поиска и разработки более совершенных методик кишечного шва.

Цель исследования

Разработка усовершенствованной методики ручного кишечного шва, удобного и максимально простого в техническом исполнении.

Объект и методы исследования

Усовершенствованная методика ручного кишечного шва применена у 18 пациентов, оперированных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Средний возраст составил $57,4 \pm 5,4$ года. Разработанная методика ручного кишечного шва заключалась в следующем: при дистальной резекции желудка заднюю губу желудочно-кишечного соустья формировали двухрядным швом по Альберту-Ревердену, переднюю губу формировали двухрядным узловым швом, последний (заключительный) шов передней губы формировали Х (икс) - образным швом (рис. 1 и 2).

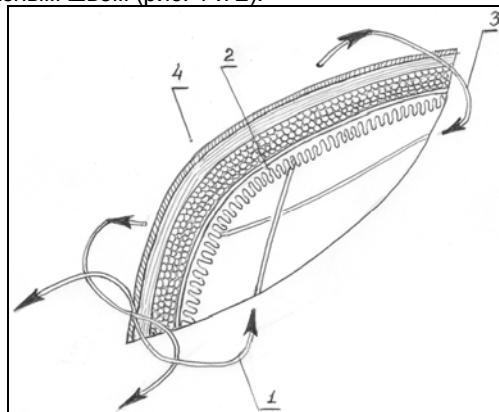


Рис. 1. Этапы формирования шва

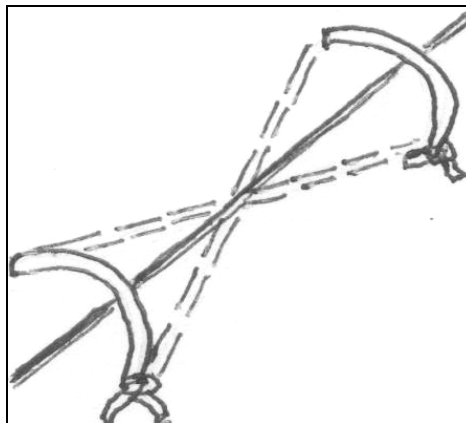


Рис. 2. Окончательный вид сформированного шва

Первый (начальный) стежок (рис.1-1) сквозного Х-образного шва накладывали со вколом иглы со стороны серозной поверхности одной из стенок анастомозируемого органа через все слои стенок на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенок с выколом со стороны слизистой (рис.1-3) на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенок с последующим проведением лигатуры (рис.1-5) в косом направлении справа – налево и снизу – вверх на расстоянии 0,6-0,8 см выше первоначального вкола первого стежка швов с последующим вколом иглы со стороны серозной поверхности (рис.1-4) противоположной стенки анастомозируемых органов на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенок.

Второй (заключительный) стежок (рис.1-2) сквозного Х-образного шва осуществляли непрерывной нитью как продолжение первого стежка со вколом иглы со стороны серозной поверхности на расстоянии 0,3-0,4 см от краев первоначальной стенки и 0,6-0,8 см выше первоначального вкола первого стежка швов с выколом со стороны слизистой первоначальной стенки на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенки с последующим проведением лигатуры в косом направлении (по диагонали) к противоположной стенке слева – направо и сверху – вниз на 0,6-0,7 см со вколом иглы со стороны слизистой противоположной стенки анастомозируемого органа на расстоянии 0,3-0,4 см от края проведением лигатуры через все слои и выколом со стороны серозной поверхности на расстоянии 0,3-0,4 см от края. Для наложения шва использовали лигатуры (капрон, викрил) с атравматичными иглами на концах нити.

Результаты исследований и их обсуждения

У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Эндоскопический и рентгенологический контроль сформированных гастродуоденального и гастроеюнального соустьев при дистальных резекциях желудка проведены на 11-12-е сутки после оперативного вмешательства: проходимость соустьев свободная, без выраженной воспалительной

УДК 616.34/.35-089.819.84

Василенко Л.И., Луценко Ю.Г., Енгенов Н.М.

УСОВЕРШЕНСТВОВАННАЯ МЕТОДИКА РУЧНОГО КИШЕЧНОГО ШВА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Предложена усовершенствованная методика ручного Х-образного кишечного шва, обоснованы его преимущества перед известными видами шва. Приведены результаты клинического применения шва в операциях у 18 пациентов при формировании передней губы соустья анастомозируемых трубчатых полых органов в качестве внутреннего этажа швов.

Ключевые слова: кишечный шов, желудочно-кишечное соустье

Вступление

Ключевым этапом хирургического вмешательства на полых органах желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) является наложение кишечных швов и формирование соустья между анастомозируемыми органами [2]. Общеизвестно, что выбор вида кишечного шва и техники его наложения определяет не только качество течения послеоперационного периода, но и отдаленных результатов хирургического вмешательства [1].

В настоящее время в литературе насчитывается более 400 методик формирования ручного кишечного шва [2,3]. Вместе с тем, не существует идеального способа ручного кишечного шва, поскольку все они наряду с положительными моментами имеют ряд недостатков, из которых важнейшим является недостаточная прочность и герметичность шва.

Неудовлетворенность хирургов существующими способами ручного кишечного шва диктует необходимость поиска и разработки более совершенных методик кишечного шва.

Цель исследования

Разработка усовершенствованной методики ручного кишечного шва, удобного и максимально простого в техническом исполнении.

Объект и методы исследования

Усовершенствованная методика ручного кишечного шва применена у 18 пациентов, оперированных по поводу осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Средний возраст составил $57,4 \pm 5,4$ года. Разработанная методика ручного кишечного шва заключалась в следующем: при дистальной резекции желудка заднюю губу желудочно-кишечного соустья формировали двухрядным швом по Альберту-Ревердену, переднюю губу формировали двухрядным узловым швом, последний (заключительный) шов передней губы формировали Х (икс) - образным швом (рис. 1 и 2).

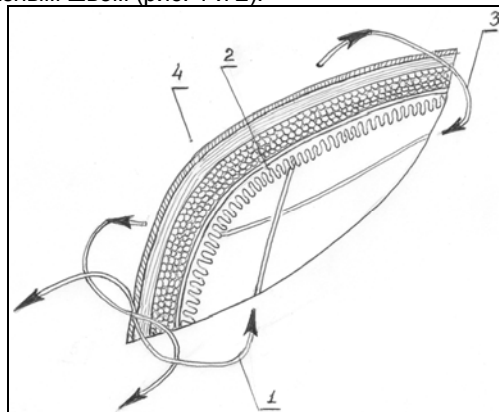


Рис. 1. Этапы формирования шва

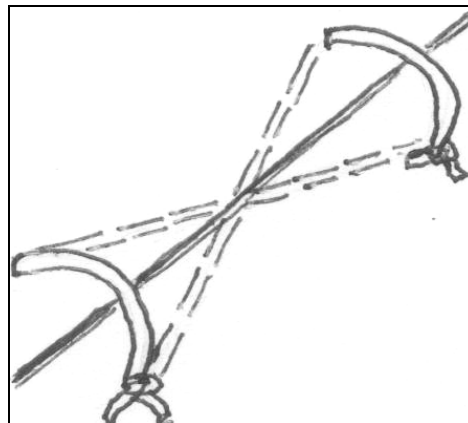


Рис. 2. Окончательный вид сформированного шва

Первый (начальный) стежок (рис.1-1) сквозного Х-образного шва накладывали со вколом иглы со стороны серозной поверхности одной из стенок анастомозируемого органа через все слои стенок на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенок с выколом со стороны слизистой (рис.1-3) на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенок с последующим проведением лигатуры (рис.1-5) в косом направлении справа – налево и снизу – вверх на расстоянии 0,6-0,8 см выше первоначального вкола первого стежка швов с последующим вколом иглы со стороны серозной поверхности (рис.1-4) противоположной стенки анастомозируемых органов на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенок.

Второй (заключительный) стежок (рис.1-2) сквозного Х-образного шва осуществляли непрерывной нитью как продолжение первого стежка со вколом иглы со стороны серозной поверхности на расстоянии 0,3-0,4 см от краев первоначальной стенки и 0,6-0,8 см выше первоначального вкола первого стежка швов с выколом со стороны слизистой первоначальной стенки на расстоянии 0,3-0,4 см от краев стенки с последующим проведением лигатуры в косом направлении (по диагонали) к противоположной стенке слева – направо и сверху – вниз на 0,6-0,7 см со вколом иглы со стороны слизистой противоположной стенки анастомозируемого органа на расстоянии 0,3-0,4 см от края проведением лигатуры через все слои и выколом со стороны серозной поверхности на расстоянии 0,3-0,4 см от края. Для наложения шва использовали лигатуры (капрон, викрил) с атравматичными иглами на концах нити.

Результаты исследований и их обсуждения

У всех пациентов послеоперационный период протекал без осложнений. Эндоскопический и рентгенологический контроль сформированных гастродуоденального и гастроеюнального соустьев при дистальных резекциях желудка проведены на 11-12-е сутки после оперативного вмешательства: проходимость соустьев свободная, без выраженной воспалительной

инфильтрации сшиваемых тканей, рентгенологически затеков не выявлено. Перистальтику наблюдали на 3-4-е сутки, самостоятельный стул на 4-е сутки, швы с кожной раны сняты на 9-10-е сутки. Недостаточности швов, явлений анастомозита, нарушений эвакуации, других осложнений, связанных с применением усовершенствованной методики ручного кишечного шва не наблюдали. Пациенты выписаны на амбулаторное лечение на 11-12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр пациентов осуществлен через 1,3,6 мес. после операции. Жалоб не предъявляли, диспептических расстройств и нарушений эвакуации не выявлено.

Выводы

1. Усовершенствованная методика ручного X-образного ручного кишечного шва обеспечивает достаточную механическую прочность и герметичность формируемого соустья анастомозируемых полых органов ЖКТ.

2. При затягивании краев шва по усовершенство-

ванной методике обеспечивается не только герметичное соприкосновение краев стенок анастомозируемых органов (включая слизистый слой), но и повышение герметичности формируемого шва за счет дополнительного поперечного сближения наложенных стежков шва, что дополнительно повышает герметичность и надежность шва формируемого соустья.

3. Методику X-образного ручного кишечного шва целесообразно накладывать в качестве (завершающего) последнего (внутреннего этажа) шва при формировании передней губы соустья анастомозируемых трубчатых полых органов.

Литература

1. Кипель В.С. Теоретические основы кишечного шва / В.С.Кипель, А.А.Запорожец, А.В.Шотт // Здоровоохранение. – 2004. – № 2. – С.2-6.
2. Кишечный шов / [В.И.Корепанов, Г.Н.Мумладзе и др.]. – М., 1995. – 74 с.
3. Основы теории и практики кишечного шва / [А.В. Шотт, А.А. Запорожец, В.Б. Стрижевский, Кипель В.С. и др.]. – Минск, 1994. – 276 с.

Реферат

УДОСКОНАЛЕНА МЕТОДИКА РУЧНОГО КИШКОВОГО ШВА

Василенко Л.І., Луценко Ю.Г., Єнгенов Н.М.

Ключові слова: кишковий шов, шлунково-кишкове спів'єднання.

Запропоновано удосконалити методику ручного X-подібного кишкового шва, обґрунтовані його переваги перед відомими видами шва. Наведені результати клінічного застосування шва в операціях у 18 пацієнтів при формуванні передньої губи спів'єднання трубчастих порожнистих анастомозних органів в якості внутрішньої поверхні швів.

Summary

IMPROVED TECHNIQUE OF MANUAL INTESTINAL SUTURE

Vasylenko L.I., Lutsenko Y.G., Yengenov N.M.

Keywords: intestinal suture, gastrointestinal anastomosis.

This paper focuses on the developing of hand X-shaped intestinal suture technique, giving proves for its advantages over the existing types of sutures. The results of the its clinical application in operations on 18 patients during the formation of the front lip fistula anastomoses for tubular hollow organs as the internal floor sutures are detailed as well.

УДК 616.342-002-06-089.8

Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Комарчук Е.В., Трушин А.С., Горбулич А.В., Арутюнов С.Э., Тесленко И.В.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ХМАПО, кафедра торакоабдоминальной хирургии (зав. кафедрой - проф. Велигоцкий Н.Н.)

Оперировано 62 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 37 больным проведен атропиновый тест до операции, 25 больным – интраоперационная рН-метрия. У 7 больных установлены показания к антрумэктомии. Из-за тяжести состояния у 4 больных ограничили иссечением язвы с ваготомией. Их включили в группу риска по рецидиву язвенной болезни. Дальнейшее лечение проводилось с контролем рН. При контрольном обследовании рецидивов не установлено.

Ключевые слова: рН-метрия, язвенная болезнь, оперативное лечение.

Введение

Последнее десятилетие сохраняется значительное количество осложнённых форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), требующих хирургической коррекции [1,4]. Частота послеоперационных рецидивных язв также остаётся высокой (5-14,5%) [3].

Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения осложнённых форм язвенной болезни может быть отсутствие учета кислотопродуцирующей функции желудка при выборе объёма оперативного вмешательства. Гиперсекреторный синдром при неадекватной либо невыполненной ваготомии, при отсутствии учета второй фазы желудочной секреции,

при гастриномах является одной из основных причин рецидива язвенной болезни.

Остаётся актуальным использование современных методик рН-метрии для индивидуального подхода при выборе вида оперативного вмешательства, для оценки эффективности выполненной операции и противорецидивного лечения.

Цель работы

Анализ эффективности применения современных методик рН-метрии при лечении осложнённых форм язвенной болезни.

инфильтрации сшиваемых тканей, рентгенологически затеков не выявлено. Перистальтику наблюдали на 3-4-е сутки, самостоятельный стул на 4-е сутки, швы с кожной раны сняты на 9-10-е сутки. Недостаточности швов, явлений анастомозита, нарушений эвакуации, других осложнений, связанных с применением усовершенствованной методики ручного кишечного шва не наблюдали. Пациенты выписаны на амбулаторное лечение на 11-12-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Контрольный осмотр пациентов осуществлен через 1,3,6 мес. после операции. Жалоб не предъявляли, диспептических расстройств и нарушений эвакуации не выявлено.

Выводы

1. Усовершенствованная методика ручного X-образного ручного кишечного шва обеспечивает достаточную механическую прочность и герметичность формируемого соустья анастомозируемых полых органов ЖКТ.

2. При затягивании краев шва по усовершенство-

ванной методике обеспечивается не только герметичное соприкосновение краев стенок анастомозируемых органов (включая слизистый слой), но и повышение герметичности формируемого шва за счет дополнительного поперечного сближения наложенных стежков шва, что дополнительно повышает герметичность и надежность шва формируемого соустья.

3. Методику X-образного ручного кишечного шва целесообразно накладывать в качестве (завершающего) последнего (внутреннего этажа) шва при формировании передней губы соустья анастомозируемых трубчатых полых органов.

Литература

1. Кипель В.С. Теоретические основы кишечного шва / В.С.Кипель, А.А.Запорожец, А.В.Шотт // Здоровоохранение. – 2004. – № 2. – С.2-6.
2. Кишечный шов / [В.И.Корепанов, Г.Н.Мумладзе и др.]. – М., 1995. – 74 с.
3. Основы теории и практики кишечного шва / [А.В. Шотт, А.А. Запорожец, В.Б. Стрижевский, Кипель В.С. и др.]. – Минск, 1994. – 276 с.

Реферат

УДОСКОНАЛЕНА МЕТОДИКА РУЧНОГО КИШКОВОГО ШВА

Василенко Л.І., Луценко Ю.Г., Єнгенов Н.М.

Ключові слова: кишковий шов, шлунково-кишкове спів'єднання.

Запропоновано удосконалити методику ручного X-подібного кишкового шва, обґрунтовані його переваги перед відомими видами шва. Наведені результати клінічного застосування шва в операціях у 18 пацієнтів при формуванні передньої губи спів'єднання трубчастих порожнистих анастомозних органів в якості внутрішньої поверхні швів.

Summary

IMPROVED TECHNIQUE OF MANUAL INTESTINAL SUTURE

Vasylenko L.I., Lutsenko Y.G., Yengenov N.M.

Keywords: intestinal suture, gastrointestinal anastomosis.

This paper focuses on the developing of hand X-shaped intestinal suture technique, giving proves for its advantages over the existing types of sutures. The results of the its clinical application in operations on 18 patients during the formation of the front lip fistula anastomoses for tubular hollow organs as the internal floor sutures are detailed as well.

УДК 616.342-002-06-089.8

Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Комарчук Е.В., Трушин А.С., Горбулич А.В., Арутюнов С.Э., Тесленко И.В.

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

ХМАПО, кафедра торакоабдоминальной хирургии (зав. кафедрой - проф. Велигоцкий Н.Н.)

Оперировано 62 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 37 больным проведен атропиновый тест до операции, 25 больным – интраоперационная рН-метрия. У 7 больных установлены показания к анттрумэктомии. Из-за тяжести состояния у 4 больных ограничили иссечением язвы с ваготомией. Их включили в группу риска по рецидиву язвенной болезни. Дальнейшее лечение проводилось с контролем рН. При контрольном обследовании рецидивов не установлено.

Ключевые слова: рН-метрия, язвенная болезнь, оперативное лечение.

Введение

Последнее десятилетие сохраняется значительное количество осложнённых форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), требующих хирургической коррекции [1,4]. Частота послеоперационных рецидивных язв также остаётся высокой (5-14,5%) [3].

Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения осложнённых форм язвенной болезни может быть отсутствие учета кислотопродуцирующей функции желудка при выборе объёма оперативного вмешательства. Гиперсекреторный синдром при неадекватной либо невыполненной ваготомии, при отсутствии учета второй фазы желудочной секреции,

при гастриномах является одной из основных причин рецидива язвенной болезни.

Остаётся актуальным использование современных методик рН-метрии для индивидуального подхода при выборе вида оперативного вмешательства, для оценки эффективности выполненной операции и противорецидивного лечения.

Цель работы

Анализ эффективности применения современных методик рН-метрии при лечении осложнённых форм язвенной болезни.

Материалы и методы исследования

Нами проведен анализ лечения 62 больных с осложненными формами ЯБ ДПК.

Для изучения кислотопродуцирующей функции желудка проводили экспресс-рН-метрию по методике

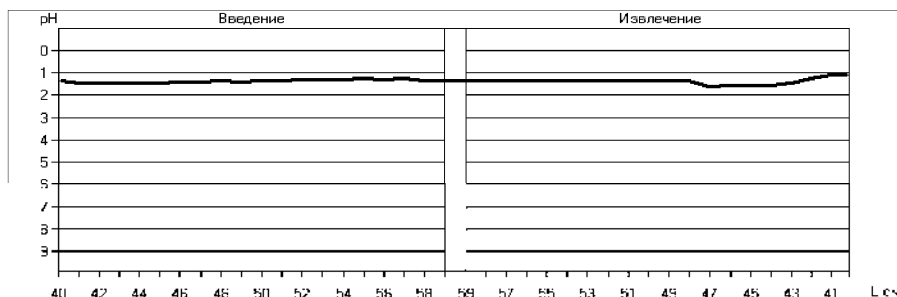
проф. В.М.Чернобрового [2,5] при помощи ацидогастрографа АГ-1рН-М с электродной гастроэнтерологической системой (рис.1-2.).



Рис.1-2. Ацидогастрограф АГ-1рН-М.

Экспресс-методика внутрижелудочной базальной топографической рН-метрии (рис.3.) предполагает начало измерений рН на уровне перехода пищевода в желудок. Проводится 20 измерений через 1 см от кардии до пилоруса и столько же в обратном направлении по 15-20 секунд при стабильных величинах рН. Между процедурой введения и выведения выдерживается интервал времени в 5-10 минут. Результаты

оцениваются по шести функциональным интервалам (ФИ) при введении или выведении микрозонда (рН 7,00 - 8,50 (ФИ рН 0 - анацидность); рН 3,60 - 6,99 (ФИ рН 1 - гипoaцидность выраженная); рН 2,30 - 3,59 (ФИ рН 2 - гипoaцидность умеренная); рН 1,60 - 2,29 (ФИ рН 3 - нормаацидность); рН 1,30 - 1,59 (ФИ рН 4 - гиперацидность умеренная); рН 0,86 - 1,29 (ФИ рН 5 - гиперацидность выраженная)).



ФИ рН	II	
	N	%
5 (0,86-1,29)	3	15,00
4 (1,30-1,59)	16	80,00
3 (1,60-2,29)	1	5,00
2 (2,30-3,59)	0	0,00
1 (3,60-6,99)	0	0,00
0 (7,00-8,50)	0	0,00

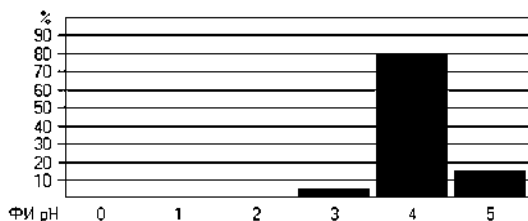


Рис 3. Внутрижелудочная экспресс-рН-метрия

Если тяжесть состояния больного не позволяет выполнить экспресс-рН-метрию, для получения более точной и быстрой информации о кислотности в условиях возможных помех для исследования (деформация желудка, "каскадный желудок", накопление в желудке пищи, крови, слюны, слизи, желчи при выра-

женном ДГР) применяли внутрижелудочную эндоскопическую рН- метрию (рис.4.). Измерения рН проводится в 20 точках по малой кривизне желудка (pars pylorica – 5 измерений, corpus ventriculi – 10, pars cardiaca – 5).

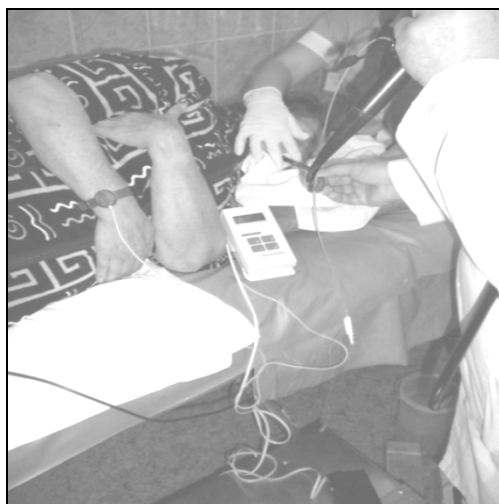


Рис. 4. Эндоскопическая рН-метрия.

При каждом измерении рН датчик-электрод располагается непосредственно около слизистой оболочки (пристеночно, легким прикосновением). Эндоскопист принимает во внимание перечисленные факторы, потому что они создают ощелачивающий эффект и старается максимально исключить их влияние (аспирация содержимого желудка, промывание слизистой оболочки водой, кратковременное ожидание более благоприятных условий). Оценка результатов внутрижелудочной эндоскопической рН-метрии "по топографии" преимущественно совпадает с оценкой результатов экспресс-методики.

При выборе метода оперативного лечения, наряду с уровнем кислотности, учитывали параметры атропинового теста. Атропиновый тест также проводили с учётом тяжести состояния больного. Через 30 минут после введения подкожно 1,0 мл 0,1% атропина

сульфата оценивали изменение уровня кислотности в желудке по методике Н.А. Скуя, Г.А. Орлика [6]. (При Δ рН (разница базального рН до введения атропина и последующего рН после действия препарата) 0-0,4 атропиновый тест считаем отрицательным, при Δ рН 0,5-1,0 – слабо положительным, при Δ рН 1,1-2,0 – положительным, при Δ рН 2,1 – резко положительным).

При преобладании рефлексного кислотообразования, когда атропиновый тест положительный (рис.5), предпочтение отдавали иссечению язвы в сочетании с ваготомией.

При преобладании гуморального кислотообразования, когда атропиновый тест отрицательный, выполняли антрумэктомию (для исключения гастриновой стимуляции кислотопродукции) в сочетании с ваготомией.

При слабоположительном атропиновом тесте, когда сдвиг рН в щелочную сторону происходит менее чем на одну ед., больному во время операции дополнительно проводили интраоперационную рН-метрию. После ваготомии проводили измерение рН по передней и задней стенкам, по малой и большой кривизне тела желудка, в области дна. Для измерения рН-зонд может быть введен через нос или через отверстие в желудке после иссечения язвы. При лапароскопических операциях – через троакар. При снижении рН после ваготомии до 5,5 - 7,0 ед рН делали выбор в пользу органосохраняющей операции.

Если состояние больного не позволяло выполнить атропиновый тест до операции, во время операции дополнительно также проводили интраоперационную рН-метрию для определения эффективности и полноты ваготомии. При снижении рН после ваготомии до 5,5 - 7,0 ед рН выполненную ваготомию считали эффективной. Это означает, что после иссечения язвы в сочетании с ваготомией можно рассчитывать на хороший результат.

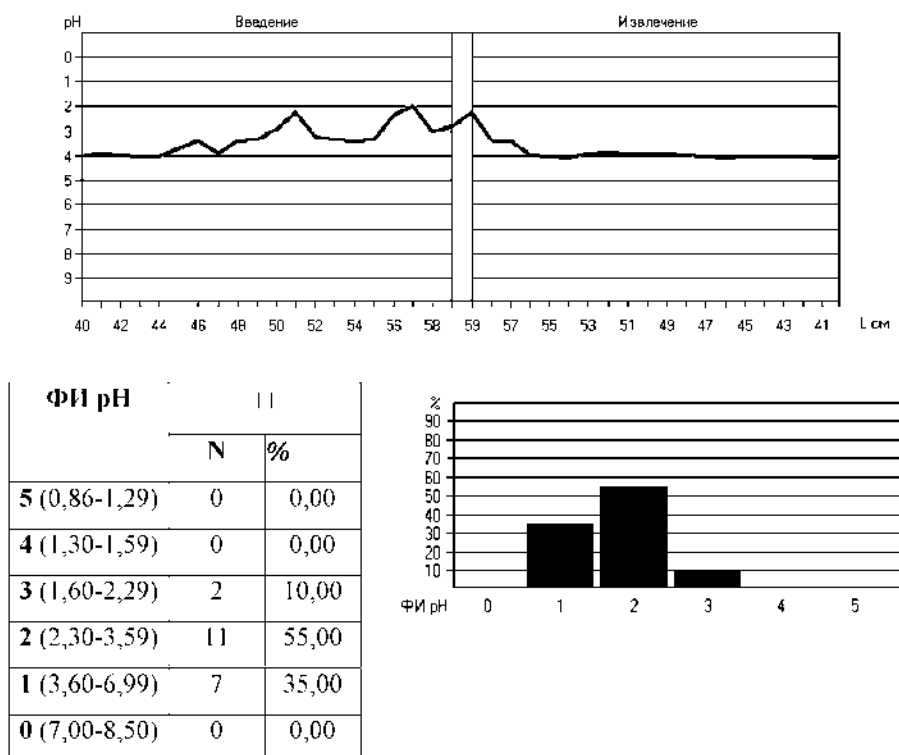


Рис. 5. Внутрижелудочная экспресс-рН-метрия после атропинового теста. Тест положительный (исходное состояние на рис.3).

Если интраоперационная рН-метрия после ваготомии не показывала снижения кислотности до 5,5 - 7,0 ед, ваготомию считали неэффективной. В такой ситуации больному выполняли антрумэктомию в сочетании с ваготомией. Резекция желудка, даже в объёме антрумэктомии, является более травматичной операцией. Поэтому при тяжёлом состоянии больного она не всегда бывает выполнима. Из-за этого вынужденно останавливали выбор на органосохраняющей операции, как менее травматичной. Таких больных выделяли в отдельную группу риска по развитию рецидива ЯБ ДПК и после хирургического стационара больного переводили в гастроэнтерологическое отделение с последующим ежегодным наблюдением у гастроэнтеролога и противорецидивными курсами противоязвенной терапии с рН-метрическим контролем уровня кислотности и эффективности кислотоснижающих препаратов.

Результаты и их обсуждение

Из 62 больных у 47 больных установлена гиперацидность, а у 15 – нормоацидность. Состояние 37 больных позволило выполнить экспресс рН-метрию и провести атропиновый тест. Из них 32 больным с гиперацидностью и положительным атропиновым тестом были выполнены органосохраняющие операции с ваготомией. В 5 случаях было установлено преобразование гуморального кислотообразования. Из них только двум больным была выполнена антрумэктомия с ваготомией. Тяжесть состояния троих пациентов не позволила выполнить резекцию. После перенесенной органосохраняющей операции эти трое больных были включены в группу риска. Учитывая большую вероятность сохранения гиперсекреции, им проводилось внутривенное введение антисекреторных препаратов с первого дня после операции, а затем лечение было продолжено в гастроэнтерологическом стационаре.

8 больным была выполнена экспресс - рН-метрия без атропинового теста. 17 больным измерения рН проведены во время эндоскопии. Для определения эффективности и полноты ваготомии дополнительно во время операции после ваготомии проводилась интраоперационная рН-метрия. Такая тактика позволила выявить в этой группе 2 больных с гиперацидностью и низкой эффективностью ваготомии. В одном случае была выполнена антрумэктомия с ваготомией, а в другом – иссечение язвы с ваготомией. Последний пациент также был включён в группу риска по развитию рецидива ЯБ ДПК.

Из 62 больных отдаленный результат удалось изучить у 47 в сроки от 1 до 7 лет. Рецидива язвы не выявлено.

В качестве примера может быть приведена история болезни больного В., 43 лет, госпитализированного в хирургическое отделение с диагнозом: ЯБ ДПК, осложненная субкомпенсированным стенозом, пенетрацией в гепатодуоденальную связку и головку поджелудочной железы, с выраженным болевым синдромом и нарушением моторно-эвакуаторной функции желудка и ДПК. Диагноз был подтверждён эндоскопически и рентгенологически. Для изучения секреции желудка перед операцией была выполнена эндоскопическая рН-метрия и установлена умеренная гиперацидность (рН 1,30 - 1,59). Исходное состояние больного не позволяло проводить дополнительные тесты для уточнения характера кислотообразования, по-

этому дополнительно после иссечения язвы, расширяющей пилородуоденопластики в сочетании с двухсторонней селективной ваготомией была проведена интраоперационная рН-метрия. Средние показатели рН составили от 5,7 до 6,5. Результат измерений подтвердил эффективность выполненной операции. В отдаленные сроки после операции (до 5 лет) состояние больного удовлетворительное. Рецидива язвенной болезни нет. По данным рН-метрии в желудке сохраняется умеренная гипоацидность.

У больного С., 47 лет с ЯБ ДПК, осложненной перфорацией, диагноз также как и в первом примере был подтверждён эндоскопически и рентгенологически. При выполнении эндоскопии была выполнена внутрижелудочная эндоскопическая рН-метрия и установлена выраженная гиперацидность (рН 0,86 - 1,29). После санации брюшной полости, иссечения язвы в сочетании с двухсторонней селективной ваготомией интраоперационная рН-метрия показала недостаточное снижение рН в теле желудка (3,5-3,9), что свидетельствует о преобладании нейрогуморальной регуляции секреторной функции желудка. Данному больному была показана антрумэктомия в сочетании с ваготомией. Тяжесть состояния больного не позволила расширить объём операции до резекционной методики. Следуя предложенной тактике, после органосохраняющей операции больной был включен в группу риска по развитию рецидива язвенной болезни. После операции была проведена диагностика хеликобактериоза и комплексная противоязвенная терапия. Лечение было продолжено в гастроэнтерологическом отделении. Соблюдение рекомендаций гастроэнтеролога, ежегодные противорецидивные курсы противоязвенной терапии с контролем рН в желудке позволили получить хороший результат. За 6 лет после операции рецидива язвенной болезни не наступило.

Выводы

Предложенная тактика может быть использована для повышения эффективности оперативных вмешательств при лечении осложнённых форм язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у больных с различной степенью тяжести.

Применение современных методик рН-метрии позволяет определить показания к органосохраняющей операции или резекции и выделить группу больных с риском развития послеоперационного рецидива язвенной болезни.

Литература

1. Березницкий Я.С. Хирургические методы в лечении язвенной болезни / Я.С. Березницкий, В.М. Ратчик // Здоровье Украины. – 2008. – №219. – С.10-12.
2. Внутрішньопорожнинна рН-метрія шлунково-кишкового тракту: [практичне керівництво] / [І.Я. Будзак, В.І. Гриценко, І.І. Гриценко та ін.]; Під ред. проф. В.М. Чернобрового. – Вінниця: Логос, 1999. – 80 с.
3. Велигоцкий Н.Н. Острые осложнения послеоперационных язв двенадцатиперстной кишки / Н.Н. Велигоцкий, Г.Ю. Бука, А.А. Ольшанецкий [и др.] // Кліні. хірургія. – 2006. – №4-5. – С.7-8.
4. Велигоцкий Н.Н. Хирургия осложнённых дуоденальных язв и дуоденопластика / Велигоцкий Н.Н. – Харьков: Издательство «Атос», 2009. – 88 с.
5. Чернобровий В.М. Експрес-гастро-рН-моніторинг – метод дослідження кислотоутворюючої функції шлунка / В.М.Чернобровий // Світ медицини та біології. – 2007. – №3.
6. Мороз Г.З. Использование атропинового теста у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / Г.З.Мороз // Врачебное дело. –1997. – №5. – С.29-31.

Реферат

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Комарчук Є.В., Трушин О.С., Горбуліч О.В., Арутюнов С.Е., Тесленко І.В.

Ключові слова: рН-метрія, виразкова хвороба, оперативне лікування.

Прооперовано 62 хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. 37 хворим проведено атропіновий тест до операції, 25 хворим - інтраопераційна рН-метрія. У 7 хворих встановлені показання до антрумектомії. Через тяжкий стан у 4 хворих обмежилися усуненням виразки з ваготомією. Їх включили в групу ризику рецидиву виразкової хвороби. Подальше лікування проводилося з контролем рН. При контрольному обстеженні рецидивів не встановлено.

Summary

HOW TO IMPROVE THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED DUODENAL ULCER

Veligotsky N.N., Komarchuk V.V., Komarchuk I.V., Trushin A.S., Gorbulich A.V., Arutyunov S.E., Teslenko I.V.

Keywords: pH metry, peptic ulcer disease, surgical treatment.

62 patients were operated for duodenal ulcer. 37 patients underwent atropine test prior surgery, 25 were subjected to intraoperative pH metry. 7 patients were established to have indications for gastric resection. 4 patients underwent ulcer excision and vagotomy because of their severe condition. They were included in the risk group for relapse of peptic ulcer disease. Further treatment was carried out with the control of pH. Control monitoring did not detect relapses.

УДК 617.55-007.43-089.843

Воровський О.О.

ЗАСТОСУВАННЯ АЛОПЛАСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЗАЩЕМЛЕНИХ ГРИЖАХ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни, м.Вінниця

Вінницький національний медичний університет

Проаналізовані результати хірургічного лікування 84 хворих похилого та старечого віку із защемленими вентральними грижами. Хворі розділилися на дві групи: в першу-58(69,0%) хворих, яким була виконана грижепластика із застосуванням поліпропіленового протезу, перитоніт мав місце у 36 (62,1%) випадках; в другу – 26(31,0%) хворих, яким була виконана пластика власними тканинами, перитоніт спостерігався у 8 (9,5%) хворих. У 42 (50,0%) хворих спостерігалось защемлення пахвинної грижі, у 8 (9,5%) – стегнової грижі, 12(14,3%) – пупкової грижі, у 22(26,2%) – післяопераційної вентральної грижі. В післяопераційному періоді з боку післяопераційної рани мали місце наступні ускладнення: серома – у 12(14,3%) хворих, нагноєння рани – у 5(6,0%) хворих, евісцерація – у 1 (1,2%) хворого. Померли 2 (2,4%) хворих. Ускладнення та летальність спостерігалось в обох групах, достовірної різниці не було встановлено. Таким чином, хворим похилого та старечого віку при защемлених вентральних грижах показано застосування “ненатяжної” герніопластики черевної стінки поліпропіленовим протезом.

Ключові слова: защемлена грижа, перитоніт, поліпропіленовий протез, алогерніопластика, хворі похилого та старечого віку.

Вступ

Актуальність хірургічного лікування грижonoсійства обумовлена розповсюдженістю серед дорослого населення – (3-7%) [9,16]. З віком частота грижonoсійв зростає, і в осіб похилого та старечого віку складає до 45,0% [4], а таке ускладнення, як защемлення, зустрічається від 10% до 20% і по кількості екстрених оперативних втручань займає третє місце після апендектомії та холецистектомії, летальність при цьому сягає 8% [7,16].

Пахвинні грижі в структурі гриж займають від 50,7 до 80% [13] з частотою защемлення до 57,3%[9]. Стегнова грижа за даними різних авторів займає друге місце – 25% [13], інші – п'яте (8%) [10], а по частоті защемлення посідає друге місце після защемлення (20-79 %) [11]. Не менш проблемне хірургічне лікування післяопераційних вентральних гриж у даній віковій категорії[15]. Частота їх виникнення після лапаротомії, за даними різних авторів, становить від 2 – 10% від всіх зовнішніх гриж [5], рецидиви до 10 – 45% [5] і разом з пупочною грижею частота защемлення складає від 8,8 до 20% [9,12]. А за даними деяких авторів, у зв'язку з розширенням надання хірургічної допомоги хворим похилого та старечого віку спостерігаємо збільшення кількості хворих даної вікової категорії із за-

щемленою грижею з 35-38,1% до 46,2% [8].

Найчастішим та самим небезпечним ускладненням защемленої кишки є перитоніт, який вважають найбільш частим і небезпечним ускладненням гострих захворювань органів черевної порожнини, обумовлений внутрішньочеревною інфекцією та супроводжується комплексом важких патофізіологічних реакцій з порушенням функцій всіх систем організму, характеризується стабільно високими показниками ускладнень і летальності [1]. Дана ситуація ускладнюється наявністю супутніх захворювань, що обтяжують післяопераційний перебіг [4] і які спостерігаються у 86,6% хворих, із них у 50,2% - відзначають їх поєднання. Вважають самим розповсюдженим поєднанням супутньої патології це – грижа + серцево-судинна недостатність + ожиріння [2]. На тлі цього, зростає ризик розвитку рестриктивних порушень при незначному підвищенні інтраабдомінальної гіпертензії. Таким чином, негативні наслідки при проведенні екстреного оперативного лікування зростають в декілька разів [4]. Одним із варіантів є стратегія запланованої повторної операції або “етапної корекції” (staged repair) [3]. Відмова в проведенні планового оперативного лікування хворим даної вікової патології обов'язково приведе до збільшення ургентних операцій, які закономірно будуть супроводжуватись більшим числом локальних та

Реферат

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Велигоцький М.М., Комарчук В.В., Комарчук Є.В., Трушин О.С., Горбуліч О.В., Арутюнов С.Е., Тесленко І.В.

Ключові слова: рН-метрія, виразкова хвороба, оперативне лікування.

Прооперовано 62 хворих виразковою хворобою дванадцятипалої кишки. 37 хворим проведено атропіновий тест до операції, 25 хворим - інтраопераційна рН-метрія. У 7 хворих встановлені показання до антрумектомії. Через тяжкий стан у 4 хворих обмежилися усуненням виразки з ваготомією. Їх включили в групу ризику рецидиву виразкової хвороби. Подальше лікування проводилося з контролем рН. При контрольному обстеженні рецидивів не встановлено.

Summary

HOW TO IMPROVE THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED DUODENAL ULCER

Veligotsky N.N., Komarchuk V.V., Komarchuk I.V., Trushin A.S., Gorbulich A.V., Arutyunov S.E., Teslenko I.V.

Keywords: pH metry, peptic ulcer disease, surgical treatment.

62 patients were operated for duodenal ulcer. 37 patients underwent atropine test prior surgery, 25 were subjected to intraoperative pH metry. 7 patients were established to have indications for gastric resection. 4 patients underwent ulcer excision and vagotomy because of their severe condition. They were included in the risk group for relapse of peptic ulcer disease. Further treatment was carried out with the control of pH. Control monitoring did not detect relapses.

УДК 617.55-007.43-089.843

Воровський О.О.

ЗАСТОСУВАННЯ АЛОПЛАСТИКИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ПРИ ЗАЩЕМЛЕНИХ ГРИЖАХ В УМОВАХ ПЕРИТОНІТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни, м.Вінниця

Вінницький національний медичний університет

Проаналізовані результати хірургічного лікування 84 хворих похилого та старечого віку із защемленими вентральними грижами. Хворі розділилися на дві групи: в першу-58(69,0%) хворих, яким була виконана грижепластика із застосуванням поліпропіленового протезу, перитоніт має місце у 36 (62,1%) випадках; в другу – 26(31,0%) хворих, яким була виконана пластика власними тканинами, перитоніт спостерігається у 8 (9,5%) хворих. У 42 (50,0%) хворих спостерігалось защемлення пахвинної грижі, у 8 (9,5%) – стегнової грижі, 12(14,3%) – пупкової грижі, у 22(26,2%) – післяопераційної вентральної грижі. В післяопераційному періоді з боку післяопераційної рани мали місце наступні ускладнення: серома – у 12(14,3%) хворих, нагноєння рани – у 5(6,0%) хворих, евісцерація – у 1 (1,2%) хворого. Померли 2 (2,4%) хворих. Ускладнення та летальність спостерігалось в обох групах, достовірної різниці не було встановлено. Таким чином, хворим похилого та старечого віку при защемлених вентральних грижах показано застосування “ненатяжної” герніопластики черевної стінки поліпропіленовим протезом.

Ключові слова: защемлена грижа, перитоніт, поліпропіленовий протез, алогерніопластика, хворі похилого та старечого віку.

Вступ

Актуальність хірургічного лікування грижonoсійства обумовлена розповсюдженістю серед дорослого населення – (3-7%) [9,16]. З віком частота грижonoсійв зростає, і в осіб похилого та старечого віку складає до 45,0% [4], а таке ускладнення, як защемлення, зустрічається від 10% до 20% і по кількості екстрених оперативних втручань займає третє місце після апендектомії та холецистектомії, летальність при цьому сягає 8% [7,16].

Пахвинні грижі в структурі гриж займають від 50,7 до 80% [13] з частотою защемлення до 57,3%[9]. Стегнова грижа за даними різних авторів займає друге місце – 25% [13], інші – п'яте (8%) [10], а по частоті защемлення посідає друге місце після защемлення (20-79 %) [11]. Не менш проблемне хірургічне лікування післяопераційних вентральних гриж у даній віковій категорії[15]. Частота їх виникнення після лапаротомії, за даними різних авторів, становить від 2 – 10% від всіх зовнішніх гриж [5], рецидиви до 10 – 45% [5] і разом з пупочною грижею частота защемлення складає від 8,8 до 20% [9,12]. А за даними деяких авторів, у зв'язку з розширенням надання хірургічної допомоги хворим похилого та старечого віку спостерігаємо збільшення кількості хворих даної вікової категорії із за-

щемленою грижею з 35-38,1% до 46,2% [8].

Найчастішим та самим небезпечним ускладненням защемленої кишки є перитоніт, який вважають найбільш частим і небезпечним ускладненням гострих захворювань органів черевної порожнини, обумовлений внутрішньочеревною інфекцією та супроводжується комплексом важких патофізіологічних реакцій з порушенням функцій всіх систем організму, характеризується стабільно високими показниками ускладнень і летальності [1]. Дана ситуація ускладнюється наявністю супутніх захворювань, що обтяжують післяопераційний перебіг [4] і які спостерігаються у 86,6% хворих, із них у 50,2% - відзначають їх поєднання. Вважають самим розповсюдженим поєднанням супутньої патології це – грижа + серцево-судинна недостатність + ожиріння [2]. На тлі цього, зростає ризик розвитку рестриктивних порушень при незначному підвищенні інтраабдомінальної гіпертензії. Таким чином, негативні наслідки при проведенні екстреного оперативного лікування зростають в декілька разів [4]. Одним із варіантів є стратегія запланованої повторної операції або “етапної корекції” (staged repair) [3]. Відмова в проведенні планового оперативного лікування хворим даної вікової патології обов'язково приведе до збільшення ургентних операцій, які закономірно будуть супроводжуватись більшим числом локальним та

системним післяопераційних ускладнень, а також ростом після оперативної летальності [8]. Таким чином, на даний час не існує єдиної тактики про застосування методів герніопластики у хворих похилого та старечого віку зі защемленою грижею. Дана робота є фрагментом комплексної програми Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова МОЗ України «Розробити та експериментально обґрунтувати нові методи хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини» (№ держреєстрації 0101U006801).

Мета дослідження

Проаналізувати результати алопластики черевної стінки поліпропіленовим протезом при защемлених грижах в умовах перитоніту у хворих похилого та старечого віку.

Матеріал і методи дослідження

З 2002 по 2011 р.р. в умовах хірургічного відділення Вінницького обласного госпіталю для інвалідів Вітчизняної війни було прооперовано 1477 хворих з грижами різної локалізації. Із них 84 (5,7%) хворих похилого та старечого віку із защемленими вентральними грижами. Вік хворих склав від 62 до 92 років. Жінки склали 48 (%) осіб, чоловіки – 38 (%).

Хворі розділились на дві групи: в першу ввійшли 58 (69,0%) хворих, яким була виконана грижепластика із застосуванням поліпропіленового протезу; в другу – 26 (31,0%) хворих, яким була виконана пластика власними тканинами. Тривалість защемлення склала від 1 до 7 діб. За локалізацією защемлення спостерігалось у 42 (50,0%) хворих з пахвинною грижею, у 8 (9,5%) – зі стеговою грижею, 12 (14,3%) – з пупковою грижею, у 22 (26,2%) – післяопераційною вентральною грижею.

В1-й групі за локалізацією защемлення мало місце в наступних випадках: 30 (50,8%) – з пахвинною грижею, де 8 (13,6%) – мали рецидивний перебіг, 6 (10,2%) – великі та гігантські пахвинно-каліткові «панталонні» грижі, 14 (23,7%) – прямі грижі, 16 (%) – косі грижі, 6 (10,2%) – «ковзні» грижі, защемленими органами були в 18 (27,1%) випадках кишка (тонка – 12, сигмовидна – 6) та в 12 (20,3%) – великий сальник, із них – у 6 (10,2%) випадках мало місце поєднання даних органів; 5 (8,5%) – зі стеговою грижею, де 2 (3,4%) – мали рецидивний перебіг, защемленими органами були в 2 випадках кишка та в 3 (%) – великий сальник; 7 (%) – з пупковою грижею, де 2 (3,4%) – мали рецидивний перебіг, защемленими органами були в 2 випадках кишка та в 5 (8,5%) – великий сальник, із них – у 2 (3,4%) випадках мало місце поєднання даних органів; 12 (20,3%) – з післяопераційною вентральною грижею (6 – після «відкритої» холецистектомії, 3 – після гінекологічних, 2 – після резекційних онкологічних операцій на шлунково-кишковому тракту, 1 – після апендектомії), де 6 (10,2%) – мали рецидивний перебіг, 10 (17,9%) – із них були віднесені до «складних» (великі та гігантські, множинні, багатокамерні, поєднанні зі спайковим процесом), у всіх випадках мало місце поєднання защемлених органів (кишка та великий чепець). Перитоніт мав місце у 36 (62,1%) випадках, із них «занедбаний» – у 12 (20,7%) випадках. Резекція кишки було виконана у 24 (41,4%) хворих.

В 2-й групі за локалізацією защемлення мало місце в наступних випадках: 18 (69,2%) – з пахвинною грижею, де 6 (23,1%) – мали рецидивний перебіг, 3 (11,5%) – великі та гігантські пахвинно-каліткові «панталонні» грижі, 16 (80,8%) – прямі грижі, 12 (46,2%) – косі

грижі, 3 (11,5%) – «ковзні» грижі, защемленими органами були в 8 (%) випадках кишка (тонка – 6, сигмовидна – 2) та в 10 (38,5%) – великий сальник, із них – у 6 (23,1%) випадках мало місце поєднання даних органів; 3 (11,5%) – зі стеговою грижею, защемленими органами були в великий сальник; 5 (19,2%) – з пупковою грижею, де 3 (11,5%) – мали рецидивний перебіг, защемленими органами були в 2 випадках кишка та в 3 – великий сальник, із них – у 2 (7,7%) випадках мало місце поєднання даних органів; 10 (38,5%) – з післяопераційною вентральною грижею (6 – після «відкритої» холецистектомії, 3 – після гінекологічних, 1 – на шлунково-кишковому тракту після мезентеріального тромбозу), де 4 (15,4%) – мали рецидивний перебіг, 6 (23,1%) – із них були віднесені до «складних» (великі та гігантські, множинні, багатокамерні, поєднанні зі спайковим процесом), у всіх випадках мало місце поєднання защемлених органів (кишка та великий чепець). Ознаки кишкової непрохідності спостерігали 39 (46,4%) випадках. Перитоніт мав місце у 8 (9,5%) хворих, із них «занедбаний» – у 3 (7,1%) випадках. Резекція кишки було виконана у 3 (7,1%) хворих.

У всіх 84 (100%) хворих відзначалось поєднання супутньої патології, а саме: атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз – у 84 (100,0%) випадках; гіпертонічна хвороба – у 62 (%); ожиріння – у 44 (%); хронічні обструктивні захворювання легень – у 60 (%); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. з кохлестивулярним та атаксичним синдромом – у 40 (%); захворювання опорно-рухової системи – у 52 (%); цукровий діабет – у 24 (%); посттромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 26 (%); аденома передміхурової залози із залишковою сечею більше 50 мл – 12 (%). Особливу увагу звертає наявність в структурі супутньої патології ожиріння – 44 (%), де в 34 (%) випадках були жінки. Ступень ожиріння вираховували за показниками індексу маси тіла (ІМТ) – кг/м^2 . Потрібно вказати, що хворі з I ступенем ожиріння (27,0-29,9 кг/м^2) взагалі не враховувались ні статистично, а ні клінічно. Із них II ступень (30,0-34,9 кг/м^2) спостерігали у 28 (45,2%) осіб, III ступень (35,0-39,9 кг/м^2) – у 12 (38,1%), IV ступень ($\geq 40 \text{ кг/м}^2$) – 4 (16,7%).

В комплекс до операційних досліджень були включені: лабораторні дослідження, спірограма, електрокардіограма та моніторинг серцево-судинної системи. Проводили ультразвукове та комп'ютерно-томографічне дослідження вмісту органів черевної порожнини у грижовому утворенні, їх розмірів та співвідношення до об'єму самої черевної порожнини та органів, що знаходились в ній, виявлення додаткових дефектів післяопераційного рубця, лігатурних абсцесів, інфільтратів черевної стінки, товщини апоневрозу, ширину діастазу прямих м'язів та ступінь їх атрофії, наявність вільної рідини в черевній порожнині та роздутих петель кишки та рівень її обструкції. Вважаємо, що дані дослідження найбільш інформативні, дозволяють на доопераційному періоді визначитись з методом та об'ємом хірургічного втручання, спрогнозувати можливе підвищення внутрішньочеревного тиску. Особливу увагу приділяли рентгенологічним дослідженням черевної порожнини (оглядова та рентгенконтрастна), де встановлювали наявність ознак непрохідності шлунково-кишкового тракту його рівня та виду.

Результати дослідження та їх обговорення

Передопераційна підготовка залежала від важкості перебігу як основного захворювання, наявності ускладнень так і супутньої патології. Тривалість її займала від 2-х до 6-ти годин, обов'язково включала в

себе декомпресію верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, інфузійну та детоксикаційну терапію з метою нормалізації центрального венозного тиску та діурезу, антибактеріальну та антикоагулянтну терапію, медикаментозну корекцію порушень з боку інших органів та систем, які були виявлені під час обстеження.

Для алогерніопластики застосовували поліпропіленові імплантати фірм: "Українська кольчуга" - в більшості випадків, а також "Lintex", "Serapren", "Ethicon".

Знеболювання хворим забезпечували у 44 (52,4%) пацієнтів за допомогою спинномозкової анестезії, в 4 (4,8%) - ендотрахеального наркозу, епідуральної анестезії - у 12 (14,3%) випадках, в 6 (7,1%) хворих поєднували дані види знеболення, у 18 (21,4%) - місцеву анестезію.

При пластичі імплантатом спосіб onlay був застосований у 4(4,8%) випадках, sublay - у 30 (35,7%), при пахвинних - удосконалений нами спосіб Кіселя, при стегнових - по типу "заплати".

Серед ранніх ускладнень в післяопераційному періоді з боку післяопераційної рани були наступні: серома - у 12 (14,3%) хворих, нагноєння рани - у 5 (6,0%) хворих, евісцерація - у 1 (1,2%) хворого. Померли 2 (2,4%) хворих від прогресування перитоніту. Поліпропіленовий імплантат був вилучений у одного хворого з цукровим діабетом через місяць після операції так, як в нього розвинулись численні нориці по ходу післяопераційного рубця. Ускладнення та летальність спостерігалось в обох групах, достовірної різниці не було встановлено.

Висновки

Хворим похилого та старечого віку із защемленою вентральною грижею в умовах перитоніту рекомендовано застосування алопластики черевної стінки, так як при даних способах поліпропіленовий матеріал протезів зберігає аморфність та інертність, при адекватному дренажу післяопераційної рани процеси відторгнення відсутні. Крім цього, в умовах непрохідності кишечника дають змогу уникнути додаткового підвищення внутрішньочеревного тиску, і тим самим запобігти розвитку ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем.

Перспективи подальших досліджень

Планується продовжити дослідження для вирішення проблеми закриття дефектів черевної стінки в умовах запальних процесів черевної порожнини у хворих похилого та старечого віку.

Реферат

ПРИМЕНЕНИЕ АЛОПЛАСТИКИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ГРЫЖАХ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Воровский О.О.

Ключевые слова: ущемленная грыжа, перитонит, полипропиленовый протез, алогерниопластика, больные пожилого и старческого возраста.

Проанализированы результаты хирургического лечения 84 больных пожилого и старческого возраста с защемленными вентральными грыжами. Больные разделились на две группы: в первую- 58 (69,0%) больных, которым была выполнена грыжепластика с применением полипропиленового протеза, перитонит ошел место у 36 (62,1%) случаях; во вторую - 26 (31,0%) больных, которым была выполнена пластика собственными тканями, перитонит наблюдался у 8 (9,5%) больных. У 42 (50,0%) больных наблюдалось ущемление паховой грыжи, у 8 (9,5%) - бедренной грыжи, 12 (14,3%) - пупочной грыжи, у 22 (26,2%) - послеоперационной вентральной грыжи. В послеоперационном периоде со стороны послеоперационной раны имели место следующие осложнения: серома - у 12 (14,3%) больных, нагноение раны - у 5 (6,0%) больных, евисцерация - у 1 (1,2%) больного. Умерли 2 (2,4%) больных. Осложнения и летальность наблюдалась в обеих группах, достоверной разницы не было установлено. Таким образом, больным пожилого и старческого возраста с ущемленными вентральной грыжи показано применения алогерниопластики брюшной стенки полипропиленовым протезом.

Література

1. Байчоров Э.Х. Течение раневого процесса у больных с лапаростомой и программированными санациями брюшной полости / Э.Х. Байчоров, А.З. Вафин, Ф.А. Куджеев [и др.] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2007. - № 29. - С.66-68.
2. Адамян А.А. К вопросу о классификации паховых грыж / А.А. Адамян, А.В. Федоров, Б.Ш. Гогия // Хирургия. - 2007. - №11. - С.44-45.
3. Бобров О.Е. Идеология "прерванной" операции при сосудистой непроходимости кишечника / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель, И.Н. Игнатов // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. - 2008. - Т.144, часть 1. - С. 35-37.
4. Бобров О.Е. Стратегия "прерванной" операции в неотложной абдоминальной хирургии / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель // Вісник Української медичної стоматологічної академії. - 2007. - Т.7, випуск 1-2 (17-18). - С. 102-105.
5. Верхулецкий И.Е. Трудности диагностики и лечении ущемленных послеоперационных вентральных грыж / И.Е. Верхулецкий, Ф.К. Папазов, А.Ф. Медведев [и др.] // Український Журнал Хірургії. - 2011. - № 6 (15). - С.129-133.
6. Гогия Б.Ш. Лечение грыж передней брюшной стенки с использованием эндопротезов PROLENE Hernia System (PHS) и САВ.S.Air / Б.Ш. Гогия, А.А. Адамян, Р.Р. Аляутдинов // Мат. 1-й Международной конф. "Современные технологии и возможности реконструктивно-восстановительной и эстетической хирургии" ; Под ред. проф. В.Д. Федорова, проф. А.А. Адамяна. - М., 2008. - С.101.
7. Десятникова И.Б. Опыт применения полипропиленового эндопротезу при пластике передней брюшной стенки в условиях инфицирования / И.Б. Десятникова, М.А. Сидоров, А.П. Медведев, Л.Е. Березова // Медицинский альманах. - 2009. - С.170-172.
8. Евсеев М.А. Особенности хирургической тактики при послеоперационных вентральных грыжах у пациентов пожилого и старческого возраста / М.А. Евсеев, Р.А. Головин, Д.Н. Сотников, Н.М. Лазаревича // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2011. - Т.IV, №1. - С.10-16.
9. Ермолов А.С. Общие принципы хирургического лечения ущемленных грыж брюшной стенки / А.С. Ермолов, Д.А. Благовестнов, А.В. Упырев, В.А. Ильичев // Медицинский альманах. - 2009. - № 3 - С.23-28.
10. Жебровский В.В. Хирургия грыж живота / Жебровский В.В. - М.: ООО "Медицинское информационное агенство", 2005. - 384 с.
11. Костюк Г.Я. Пластика глубокого стенового кильца клапем із передньої стінки піхви прямого м'язу живота / Г.Я. Костюк, Д.В.Цигалко, В.Ф. Цигалко, А.В. Дусик // АМЛ. - 2009. - XV, № 3. - С.10-12.
12. Мельник И.В. Застосування поліпропіленового ендопротезу пр. пластичі защемлених вентральних грыж / И.В. Мельник, М.Г. Гончар, О.В. Пиптюк // АМЛ. - 2009. - XV, №3. - С.35-36.
13. Ничитайло М.Е. Современные аспекты эндохирургического лечения сложных и рецидивных паховых грыж / М.Е. Ничитайло, И.И. Булик // Клінічна хірургія. - 2010. - № 3. - С.10-16.
14. Орехов Г.И. Послеоперационные серомы грыжевого мешка после лапароскопической герниопластики пахово-мошоночных грыж / Г.И. Орехов // Эндоскопическая хирургия. - 2007. - № 6. - С.31-33.
15. Плешков В.Г. Послеоперационные вентральные грыжи - нерешенные проблемы / В.Г. Плешков, О.И. Агафонов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2009. - Т.II, №3. - С.247-254.
16. Сажин В.П. Натяжная пластика передней брюшной стенки при ущемленных послеоперационных вентральных грыжах / В.П. Сажин, Д.Е. Климов, И.В. Сажин // Хирургия. - 2009. - № 7. - С. 4-6.

Summary

ABDOMINAL WALL ALLOPLASTY IN STRANGULATION OF HERNIA COMPLICATED WITH PERITONITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Vorovsky O.O.

Keywords: strangulation of hernia, polypropylene mesh, allohernioplasty, peritonitis, elderly and senile age.

The outcomes of surgical treatment of 84 elderly and senile patients who had had strangulation of ventral hernias were analyzed. The patients were divided into two groups. The first group included 58 (69,0%) patients subjected to hernioplasty with polypropylene surgical mesh and peritonitis in this group developed in 36 (62,1%) cases. The second group involved 26 (31,0%) patients who were carried out autoplasty. Peritonitis was diagnosed in 8 (9,5%) patients of the 2nd group. 42 (50,0%) patients showed strangulation of inguinal hernia, 8 (9,5%) patients had femoral hernia, 12 (14,3%) patients had umbilical hernia, and 22 (26,2%) were detected to have postoperative ventral hernia. During the postoperative period surgical wound was observed to produce the following complications: seromas in 12 (14,3%) cases, wound suppuration in 5 (6,0%) cases, evisceration in 1 (1,2%) case. There were 2 (2,4%) lethal outcomes. Complications and lethality were observed in both groups, and reliable difference was not found out. Thus, the elderly and senile patients with strangulation of ventral hernias are indicated to pass through the placement of polypropylene meshes in allohernioplasty.

УДК 612.633.52:615.837.3

Ганжий¹ В.В., Ганжий² И.Ю., Бойко К.А., Циомашко¹¹ П.Н..

НАШ ОПЫТ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРЕДБРЮШИННЫХ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ SILS-ТЕХНОЛОГИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Запорожский государственный медицинский университет¹.

Запорожская государственная медицинская академия последипломного образования², МСЧ "Мотор Сич", г. Запорожье².

Проанализированы результаты оперативного лечения 24 пациентов. Всем больным выполнены видеоэндоскопическая ТАРР герниопластика. 5 (20,83%) больным симультанные операции по поводу паховой грыжи и доброкачественных кист на фоне синдрома поликистозных яичников. У 19 (79,17%) пациентов оперативные вмешательства выполняли только по поводу паховых грыж. Пятерым (20,83%) больным симультанные операции видеоэндоскопические операции выполнены с применением SILS методики и генератора автоматической биологической сварки живых мягких тканей. Лапароскопический доступ обеспечивает более широкие возможности для выполнения симультанных операций, чем лапаротомия. При использовании генератора биологической сварки тканей не отмечено повреждение ткани или фолликулярного аппарата яичников, следовательно, сохраняется овариальный резерв.

Ключевые слова: симультанные операции, SILS методика, синдром поликистоза яичников; паховые грыжи, хирургическое лечение; генератор автоматической биологической сварки мягких тканей.

Введение

С конца прошлого и начала нашего столетия стала активно разрабатываться хирургия малых доступов, т.е. минимально инвазивные хирургические технологии. Наиболее перспективным направлением минимально инвазивной хирургии явилась видеоэндохирургия, которая, уже в течении 20 лет, с большим эффектом применяется при лечении желчнокаменной болезни и заболеваний придатков матки. Лечение паховых и пахово-мошоночных грыж с использованием видеоэндохирургической техники в последние десятилетия также приобрело большую популярность [1, 2, 3, 6, 7].

При оценке видеоэндохирургических вмешательств в новом свете открылась проблема сочетанных патологий. Тенденция к проведению симультанных операций появилась в конце 80-х годов прошлого столетия. Неоспоримым преимуществом этих операций является одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок, устраняется риск повторной общей анестезии и ее осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке [3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12].

В последние 6-5 лет в мире, да и в нашей стране стали применять новейшие технологии видеоэндохирургии - методику единого доступа или одного порта (методика S.I.L.S. -). Суть S.I.L.S.-методики заключается в введении через пупочное кольцо специального одноразового мягко-эластичного устройства (порта), оснащенного специальными отверстиями для проведения оптики и инструментов в брюшную полость, не прибегая к дополнительным проколам и троакарам [9, 10].

Цель работы

Изучение эффективности методики трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР - Transabdominal preperitoneal hernia repair) и сочетанной гинекологической патологии яичников - доброкачественные кисты на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Материалы и методы исследования

В исследование включены 24 пациента с паховыми и пахово-мошоночными грыжами, лечившиеся с 2012г. по 2013г. в гинекологическом отделении МСЧ "Мотор Сич", которое является клинической базой Запорожской государственной медицинской академии последипломного образования, а также хирургиче-

Summary

ABDOMINAL WALL ALLOPLASTY IN STRANGULATION OF HERNIA COMPLICATED WITH PERITONITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Vorovskiy O.O.

Keywords: strangulation of hernia, polypropylene mesh, allohernioplasty, peritonitis, elderly and senile age.

The outcomes of surgical treatment of 84 elderly and senile patients who had had strangulation of ventral hernias were analyzed. The patients were divided into two groups. The first group included 58 (69,0%) patients subjected to hernioplasty with polypropylene surgical mesh and peritonitis in this group developed in 36 (62,1%) cases. The second group involved 26 (31,0%) patients who were carried out autoplasty. Peritonitis was diagnosed in 8 (9,5%) patients of the 2nd group. 42 (50,0%) patients showed strangulation of inguinal hernia, 8 (9,5%) patients had femoral hernia, 12 (14,3%) patients had umbilical hernia, and 22 (26,2%) were detected to have postoperative ventral hernia. During the postoperative period surgical wound was observed to produce the following complications: seromas in 12 (14,3%) cases, wound suppuration in 5 (6,0%) cases, evisceration in 1 (1,2%) case. There were 2 (2,4%) lethal outcomes. Complications and lethality were observed in both groups, and reliable difference was not found out. Thus, the elderly and senile patients with strangulation of ventral hernias are indicated to pass through the placement of polypropylene meshes in allohernioplasty.

УДК 612.633.52:615.837.3

Ганжий¹ В.В., Ганжий² И.Ю., Бойко К.А., Циомашко¹¹ П.Н..

НАШ ОПЫТ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ПРЕДБРЮШИННЫХ ПРОТЕЗИРУЮЩИХ ГЕРНИОПЛАСТИК ПРИ ПАХОВЫХ И ПАХОВО-МОШОНОЧНЫХ ГРЫЖАХ С ПРИМЕНЕНИЕМ SILS-ТЕХНОЛОГИЙ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКА НА ФОНЕ СИНДРОМА ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ

Запорожский государственный медицинский университет¹.

Запорожская государственная медицинская академия последипломного образования², МСЧ "Мотор Сич", г. Запорожье².

Проанализированы результаты оперативного лечения 24 пациентов. Всем больным выполнены видеоэндоскопическая ТАРР герниопластика. 5 (20,83%) больным симультанные операции по поводу паховой грыжи и доброкачественных кист на фоне синдрома поликистозных яичников. У 19 (79,17%) пациентов оперативные вмешательства выполняли только по поводу паховых грыж. Пятерым (20,83%) больным симультанные операции видеоэндоскопические операции выполнены с применением SILS методики и генератора автоматической биологической сварки живых мягких тканей. Лапароскопический доступ обеспечивает более широкие возможности для выполнения симультанных операций, чем лапаротомия. При использовании генератора биологической сварки тканей не отмечено повреждение ткани или фолликулярного аппарата яичников, следовательно, сохраняется овариальный резерв.

Ключевые слова: симультанные операции, SILS методика, синдром поликистоза яичников; паховые грыжи, хирургическое лечение; генератор автоматической биологической сварки мягких тканей.

Введение

С конца прошлого и начала нашего столетия стала активно разрабатываться хирургия малых доступов, т.е. минимально инвазивные хирургические технологии. Наиболее перспективным направлением минимально инвазивной хирургии явилась видеоэндохирургия, которая, уже в течении 20 лет, с большим эффектом применяется при лечении желчнокаменной болезни и заболеваний придатков матки. Лечение паховых и пахово-мошоночных грыж с использованием видеоэндохирургической техники в последние десятилетия также приобрело большую популярность [1, 2, 3, 6, 7].

При оценке видеоэндохирургических вмешательств в новом свете открылась проблема сочетанных патологий. Тенденция к проведению симультанных операций появилась в конце 80-х годов прошлого столетия. Неоспоримым преимуществом этих операций является одновременное устранение двух или более хирургических заболеваний, оперативное лечение которых откладывалось на более поздний срок, устраняется риск повторной общей анестезии и ее осложнений, отпадает необходимость в повторном обследовании и предоперационной подготовке [3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 12].

В последние 6-5 лет в мире, да и в нашей стране стали применять новейшие технологии видеоэндохирургии - методику единого доступа или одного порта (методика S.I.L.S. -). Суть S.I.L.S.-методики заключается в введении через пупочное кольцо специального одноразового мягко-эластичного устройства (порта), оснащенного специальными отверстиями для проведения оптики и инструментов в брюшную полость, не прибегая к дополнительным проколам и троакарам [9, 10].

Цель работы

Изучение эффективности методики трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР - Transabdominal preperitoneal hernia repair) и сочетанной гинекологической патологией яичников - доброкачественные кисты на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Материалы и методы исследования

В исследование включены 24 пациента с паховыми и пахово-мошоночными грыжами, лечившиеся с 2012г. по 2013г. в гинекологическом отделении МСЧ "Мотор Сич", которое является клинической базой Запорожской государственной медицинской академии последипломного образования, а также хирургиче-

ских отделениях КП "Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи", клиническая база кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета. Основную массу - 19 (79,17%) больных, составили мужчины. 5 (20,83%) было женщин с паховыми грыжами и сочетанной гинекологической патологией - доброкачественные кисты на фоне синдрома поликистозных яичников (СПКЯ).

Среди мужчин у 8 (42,11%) пациентов были косые паховые грыжи, у 3 (15,79%) больных были пахово-мошоночные грыжи, 5 (26,31%) мужчин - прямые грыжи и у 3 (15,79%) пациентов - двусторонние (2 (66,67%) больных - с прямой и косой грыжами, 1 (33,33%) пациент с пантлонной грыжей). Всем пациентам выполнено TAPP грыжесечение.

У 4 (80,00%) женщин с сочетанной патологией (паховая грыжа и доброкачественная киста яичника на фоне СПКЯ), произведено TAPP грыжесечение и видеоэндоскопическая энуклеация кисты яичника. И у 1 (20,00%) пациентки - произведено TAPP грыжесечение, видеоэндоскопическая энуклеация кисты яичника и сальпингэктомия с удалением плодного яйца при внематочной беременности.

Пятерым (20,83%) больным симультанные оперативны видеоэндоскопические операции выполнены с применением SILS методики.

Всем пациентам проведено достаточное предоперационное обследование и предоперационная подготовка (если таковая требовалась).

Результаты и их обсуждение

Подготовка к операции должна проходить по схеме, предполагающий проведение операций сразу с двух сторон. Это связано с тем, что во время операции часто обнаруживается грыжа с двух сторон. Пациента укрывают операционным бельем, оставляя открытым области паха. Пациент располагается на спине, в положении супинации: в мочевого пузырь вводится катетер Фолея. При выполнении TAPP грыжесечения, мы использовали положение больного на спине в положении Тренделенбурга и наклоном операционного стола влево или право на 150 градусов. При таком положении внутренние органы смещались вверх, освобождая паховые области. Хирург и видео-ассистент размещались в изголовье больного. Монитор устанавливали в ногах больного. Операционная сестра с инструментальным столиком располагалась слева от операционного стола. Операцию выполняли из трех проколов. Первый - для лапароскопа делали в области пупка, и два других прокола - по наружным краям прямых мышц живота на уровне пупка. При этом использовали грыжевой степлер Protack 5мм. Хирург использовал двуручную технику, ассистент обеспечивал визуализацию операционного поля, работая лапароскопом. Только на этапе фиксации сетки, ассистент помогал удерживать сетку инструментом, через правый троакар, одновременно обеспечивая видимость лапароскопом. Сетчатый имплант мы использовали только раскроенный, во всех случаях грыжевой мешок иссекали и удаляли. В целях экономии "бюджетный вариант" у 6 больных использовали ручной шов сетчатого импланта и брюшины, с вязанием узлов интракорпорально.

Висцеролизис выполнен у 7 (29,17%) больных, перенесших в прошлом лапаротомию, острые заболевания или травмы живота. К висцеролизису мы отнесли рассечение рубцовых, шнуровидных и плоскостных спаек, обусловивших стойкие деформации тонких

кишок, клинические и интраоперационные признаки спаечной болезни.

Во время оперативного вмешательства по поводу доброкачественных кист на фоне СПКЯ производили их энуклеацию. Небольшими окаймляющими разрезами по краям кисты, которая частично выступала над тканью яичника, отделяли ее от окружающих тканей. "Тупо" с помощью "рабочего" инструмента (зажим Матисса) путем выкручивания отделяли кисту от ткани здоровой ткани яичника, стараясь не вскрывать ее полость. Для надежного гемостаза во время энуклеации кисты ложе обрабатывали с использованием генератора автоматической сварки живых мягких тканей, что позволяло осуществлять надежный гемостаз.

Для манипулятора генератора автоматической сварки мягких тканей использовали порт диаметром 10мм. Удаление преимущественно стромы яичника с помощью специального инструмента, к которому подключали генератор автоматической сварки мягких тканей (преимуществом метода является сохранение фолликулярного аппарата яичника и овариального резерва).

Осложнений при оперативных вмешательствах в раннем и позднем послеоперационном периоде не было, все пациенты в удовлетворительном состоянии.

Выводы

1. Видеоэндохирургическая TAPP герниопластика имеет свое определенное место в хирургии паховых грыж и вместе с пластикой по Lichtenstein является альтернативой натяжным способам пластики.

2. Необходимо отметить, что видеоэндохирургическая TAPP герниопластика по сравнению с пластикой Lichtenstein является более сложным вмешательством, требующим не только хорошего знания эндоскопической анатомии паховой области, но и безупречных навыков лапароскопической хирургии.

3. Симультанные оперативные вмешательства имеют очевидные преимущества и позволяют сократить общее время наркоза, который проводится под руководством одной анестезиологической бригады, значительно уменьшают итоговую сумму потраченных средств, сокращают общее количество часов, необходимых на лечение и восстановление, тем самым экономят время пациента, ускоряют сам процесс лечения и восстановления, психологически более комфортны для клиента.

4. Видеоэндохирургические технологии создают более благоприятные возможности для выполнения симультанных операций, чем лапаротомия.

5. Однопортовая S.I.L.S.-хирургия позволяет значительно снизить болевой синдром после операции, резко сократить сроки реабилитации пациентов после лапароскопических операций. Кроме того, S.I.L.S.-методика обладает существенным косметическим преимуществом перед обычной лапароскопией. Лучшее всего преимущества лапароскопической хирургии одного порта S.I.L.S. проявляется при выполнении симультанных операций на органах брюшной полости и малого таза, при соответствующих показаниях.

Литература

1. Адамьян Л.В. Эндоскопические методы выполнения симультанных операций в гинекологии. Эндоскопия в гинекологии / Л.В. Адамьян, А.В. Панин, А.В. Козаченко; Под ред. В.Н. Кулакова, Л.В. Адамьян. - М., 1999. - С.511-517.
2. Альтмарк Е.М. Паховая герниопластика как основной этап симультанных операций / Е.М.Альтмарк // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Новые технологии в хирургии грыж». - Саратов, 2006. - С. 10-12.

3. Галимов О.В. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни / О.В. Галимов, М.А. Нуртдинов, Е.И. Сендерович [и др.] // Вестн. хир. – 2002. – №1. – С.82-86.
4. Дедов И.И. Синдром поликистозных яичников : руководство для врачей / Дедов И.И. ; Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М. : ООО Мед. информ. агентство, 2007. – 368 с.
5. Иванов Ю.В. Первый опыт использования сварочных технологий во время операций в абдоминальной хирургии / Ю.В. Иванов, И.А. Белоглядов // Сб. науч. тр., посвящ. 40-летию ФГУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневского МО РФ "Организация высокотехнологичной медицинской помощи в многопрофильном стационаре". – Красноярск, 2008. – С.118-119.
6. Луцевич Э.В. Возможности эндохирургической коррекции сочетанной хирургической патологии / Э.В. Луцевич, Э.А. Галлямов, Р.Ю. Мальсагов // Всерос съезд по эндохирургии 6-й. – 2003. – С.78.
7. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия / Т.А. Назаренко. – [2-е изд.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 208 с.
8. Патон Б.Е. Электрическая сварка мягких тканей в хирургии / Б.Е. Патон // Автоматическая сварка. – 2004. – №9. – С.7-11.
9. Пучков К.В. Сравнительная оценка травматичности симультанных и изолированных лапароскопических оперативных вмешательств в гинекологии. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / К.В.Пучков, В.С.Баков, А.К.Политова ; Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М., 2000. – С.656-658.
10. Пучков К.В. Аллопластика паховых грыж с использованием полипропиленового имплантата / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, В.В. Осипов, А.П.Швальб [и др.] // Герниология. – 2004. – №1. – С.36-40.
11. Ding Z. Use of Ligasure bipolar diathermy system in vaginal hysterectomy / Z.Ding, M.Able, A.J. Rane // Obstet. Gynaec. – 2005. – V.25, №1. – P.49-51.
12. Hagen B. Randomised controlled trial of LigaSure versus conventional suture ligation for abdominal hysterectomy / B. Hagen, N. Eriksson, M. Sundset // Br. J. Obstet. Gynaec. – 2005. – V.112, № 7. – P. 968-970.

Реферат

НАШ ДОСВІД ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОЇ ПРЕДБРЮШИННИХ ПРОТЕЗУЮЧИХ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ТА ПАХВИННО-МОШОНОЧНИХ КИЛАХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ SILS-ТЕХНОЛОГІЙ І ДОБРОЯКІСНИХ КІСТАХ ЯЄЧНИКІВ НА ТЛІ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Ганжій В.В., Ганжій І.Ю., Бойко К.А., П.Н. Ціомашко

Ключові слова: симультанні операції, SILS методика, синдром полікістозу яєчників; пахові киля, хірургічне лікування; генератор автоматичного біологічного зварювання м'яких тканин.

Проаналізовано результати оперативного лікування 24 пацієнтів. Всім хворим виконані відеоендоскопічна TAPP герніопластика. 5 (20,83%) хворим симультанні операції з приводу пахової киля і доброякісних кіст на тлі синдрому полікістозних яєчників. У 19 (79,17%) пацієнтів оперативні втручання виконували тільки з приводу пахових кил. П'ятьом (20,83%) хворим симультанні оперативні відеоендоскопічної операції виконані із застосуванням SILS методики і генератора автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин. Лапароскопічний доступ забезпечує більш широкі можливості для виконання симультанних операцій, ніж лапаротомія. При використанні генератора біологічного зварювання тканин не відзначено пошкодження тканини або фолікулярного апарату яєчників, отже, зберігається оваріальний резерв.

SUMMARY

OUR EXPERIENCE OF VIDEOENDOSCOPIC PREPERITONEAL PROSTHETIC HERNIOPLASTY IN INGUINAL AND UMBILICAL HERNIA BY APPLYING SILS TECHNIQUES AGAINST THE OVARIAN CYSTS AND POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Ganzhiy V.V., Ganzhiy I. Yu., Boyko K.A., Tsiomashko P.N.

Key words: simultaneous operations, SILS technique, polycystic ovary syndrome, inguinal hernia, surgical treatment, automatic biological soft tissue welding generator.

This paper presents the analysis of the surgical treatment of 24 patients. All the patients underwent videoendoscopic hernia repair. 5 (20.83%) patients were performed on simultaneous operations for inguinal hernia and benign cysts against the background of polycystic ovary syndrome. For 19 (79.17%) patients surgery was performed only for inguinal hernia repair. Five (20.83%) patients were subjected to video endoscopic simultaneous operations including SILS technique and application of automatic soft tissue welding generator. Laparoscopic approach provides more opportunities to perform simultaneous operations in comparison to laparotomy. No tissue damage or ovarian follicular apparatus were observed due to the application of the automatic soft tissue welding generator, therefore ovarian reserve was saved.

УДК: 616.37 - 089:611.342:611.389

Годлевський А.І., Саволук С.І., Балабуєва В.В., Сацук О.С.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АЛІМЕНТАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Дослідження макроскопічних та гістологічних змін структури слизової оболонки дванадцятипалої кишки як складової в клініко-лабораторній оцінці морфологічної форми та подальшого перебігу гострого аліментарного панкреатиту у пацієнтів старшої вікової групи.

Ключові слова: гострий аліментарний панкреатит, структурні зміни слизової оболонки дванадцятипалої кишки, морфологічна форма гострого панкреатиту.

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова «Розробка комплексних лікувальних програм та вдосконалення методів профілактики ускладненого перебігу ургентної патології органів гепатобіліарної зони», №-держреєстрації 0111U006665.

Вступ

Актуальною проблемою абдоминальної ургентної хірургії є неухильне зростання захворюваності на гострий панкреатит (ГП) (20-80 випадків на 100 тис. населення за рік), особливо аліментарного ґенезу, зби-

льшення частки деструктивних форм захворювання з високим відсотком летальності – 50-85% [2]. Окреме значення порушення функціонування ДПК має в умовах розвитку гострого аліментарного панкреатиту (ГАП) [1, 5]. Порушення евакуаторної функції двана-

3. Галимов О.В. Сочетанные лапароскопические вмешательства при желчнокаменной болезни / О.В. Галимов, М.А. Нуртдинов, Е.И. Сендерович [и др.] // Вестн. хир. – 2002. – №1. – С.82-86.
4. Дедов И.И. Синдром поликистозных яичников : руководство для врачей / Дедов И.И. ; Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М. : ООО Мед. информ. агентство, 2007. – 368 с.
5. Иванов Ю.В. Первый опыт использования сварочных технологий во время операций в абдоминальной хирургии / Ю.В. Иванов, И.А. Белоглядов // Сб. науч. тр., посвящ. 40-летию ФГУ 3 ЦВКГ им. А.А. Вишневого МО РФ "Организация высокотехнологичной медицинской помощи в многопрофильном стационаре". – Красноярск, 2008. – С.118-119.
6. Луцевич Э.В. Возможности эндохирургической коррекции сочетанной хирургической патологии / Э.В. Луцевич, Э.А. Галлямов, Р.Ю. Мальсагов // Всерос съезд по эндохирургии 6-й. – 2003. – С.78.
7. Назаренко Т.А. Синдром поликистозных яичников: современные подходы к диагностике и лечению бесплодия / Т.А. Назаренко. – [2-е изд.]. – М. : МЕДпресс-информ, 2008. – 208 с.
8. Патон Б.Е. Электрическая сварка мягких тканей в хирургии / Б.Е. Патон // Автоматическая сварка. – 2004. – №9. – С.7-11.
9. Пучков К.В. Сравнительная оценка травматичности симультанных и изолированных лапароскопических оперативных вмешательств в гинекологии. Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней / К.В.Пучков, В.С.Баков, А.К.Политова ; Под ред. В.И. Кулакова, Л.В. Адамян. – М., 2000. – С.656-658.
10. Пучков К.В. Аллопластика паховых грыж с использованием полипропиленового имплантата / К.В. Пучков, В.Б. Филимонов, В.В. Осипов, А.П.Швальб [и др.] // Герниология. – 2004. – №1. – С.36-40.
11. Ding Z. Use of Ligasure bipolar diathermy system in vaginal hysterectomy / Z.Ding, M.Able, A.J. Rane // Obstet. Gynaec. – 2005. – V.25, №1. – P.49-51.
12. Hagen B. Randomised controlled trial of LigaSure versus conventional suture ligation for abdominal hysterectomy / B. Hagen, N. Eriksson, M. Sundset // Br. J. Obstet. Gynaec. – 2005. – V.112, № 7. – P. 968-970.

Реферат

НАШ ДОСВІД ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОЇ ПРЕДБРЮШИННИХ ПРОТЕЗУЮЧИХ ГЕРНІОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХВИННИХ ТА ПАХВИННО-МОШОНОЧНИХ КИЛАХ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ SILS-ТЕХНОЛОГІЙ І ДОБРОЯКІСНИХ КІСТАХ ЯЄЧНИКІВ НА ТЛІ СИНДРОМУ ПОЛІКІСТОЗНИХ ЯЄЧНИКІВ

Ганжій В.В., Ганжій І.Ю., Бойко К.А., П.Н. Ціомашко

Ключові слова: симультанні операції, SILS методика, синдром полікістозу яєчників; пахові киля, хірургічне лікування; генератор автоматичного біологічного зварювання м'яких тканин.

Проаналізовано результати оперативного лікування 24 пацієнтів. Всім хворим виконані відеоендоскопічна TAPP герніопластика. 5 (20,83%) хворим симультанні операції з приводу пахової киля і доброякісних кіст на тлі синдрому полікістозних яєчників. У 19 (79,17%) пацієнтів оперативні втручання виконували тільки з приводу пахових кил. П'ятьом (20,83%) хворим симультанні оперативні відеоендоскопічної операції виконані із застосуванням SILS методики і генератора автоматичного біологічного зварювання живих м'яких тканин. Лапароскопічний доступ забезпечує більш широкі можливості для виконання симультанних операцій, ніж лапаротомія. При використанні генератора біологічного зварювання тканин не відзначено пошкодження тканини або фолікулярного апарату яєчників, отже, зберігається оваріальний резерв.

SUMMARY

OUR EXPERIENCE OF VIDEOENDOSCOPIC PREPERITONEAL PROSTHETIC HERNIOPLASTY IN INGUINAL AND UMBILICAL HERNIA BY APPLYING SILS TECHNIQUES AGAINST THE OVARIAN CYSTS AND POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Ganzhiy V.V., Ganzhiy I. Yu., Boyko K.A., Tsiomashko P.N.

Key words: simultaneous operations, SILS technique, polycystic ovary syndrome, inguinal hernia, surgical treatment, automatic biological soft tissue welding generator.

This paper presents the analysis of the surgical treatment of 24 patients. All the patients underwent videoendoscopic hernia repair. 5 (20.83%) patients were performed on simultaneous operations for inguinal hernia and benign cysts against the background of polycystic ovary syndrome. For 19 (79.17%) patients surgery was performed only for inguinal hernia repair. Five (20.83%) patients were subjected to video endoscopic simultaneous operations including SILS technique and application of automatic soft tissue welding generator. Laparoscopic approach provides more opportunities to perform simultaneous operations in comparison to laparotomy. No tissue damage or ovarian follicular apparatus were observed due to the application of the automatic soft tissue welding generator, therefore ovarian reserve was saved.

УДК: 616.37 - 089:611.342:611.389

Годлевський А.І., Саволук С.І., Балабуєва В.В., Сацук О.С.

ПРОГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ ОЦІНКИ СТРУКТУРНИХ ЗМІН СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АЛІМЕНТАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Дослідження макроскопічних та гістологічних змін структури слизової оболонки дванадцятипалої кишки як складової в клініко-лабораторній оцінці морфологічної форми та подальшого перебігу гострого аліментарного панкреатиту у пацієнтів старшої вікової групи.

Ключові слова: гострий аліментарний панкреатит, структурні зміни слизової оболонки дванадцятипалої кишки, морфологічна форма гострого панкреатиту.

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова «Розробка комплексних лікувальних програм та вдосконалення методів профілактики ускладненого перебігу ургентної патології органів гепатобіліарної зони», №-держреєстрації 0111U006665.

Вступ

Актуальною проблемою абдоминальної ургентної хірургії є неухильне зростання захворюваності на гострий панкреатит (ГП) (20-80 випадків на 100 тис. населення за рік), особливо аліментарного ґенезу, зби-

льшення частки деструктивних форм захворювання з високим відсотком летальності – 50-85% [2]. Окреме значення порушення функціонування ДГК має в умовах розвитку гострого аліментарного панкреатиту (ГАП) [1, 5]. Порушення евакуаторної функції двана-

дцятипалої кишки (ДПК) призводить до підвищення рівня інтрадуоденального тиску (ІДТ) [3, 4]. Дослідження змін структури слизової оболонки ДПК, які виникають при ГП, з подальшою інтерпретацією отриманих результатів для прогнозування перебігу та визначення морфологічної форми захворювання, є мало вивченою темою.

Мета дослідження

Визначення змін структури слизової оболонки ДПК у хворих старшої вікової групи при ГАП в залежності від морфологічної форми захворювання.

Об'єкт та методи дослідження

Матеріалом роботи є результати проспективного обстеження 83 хворих старшої вікової групи на ГАП, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова протягом 2010-2012 р. р. Критерієм включення був вік пацієнтів (більше 60 років), наявність неускладненого гострого панкреатиту, відсутність в анамнезі травми підшлункової залози та патології позапечінокових жовчних протоків. Верифікацію клініко-морфологічної форми ГП проводили згідно рекомендацій Симпозіуму по гострому панкреатиту (Атланта, 1992 р.), Погоджувальної конференції по гострому панкреатиту (Греція, 1998 р.). При обстеженні хворих враховували скарги, дані анамнезу, клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження. Відразу при поступленні пацієнтам проводили ендоскопічне обстеження (ФГДС) з безпосередньою оцінкою макроскопічних змін слизової оболонки ДПК. ФГДС завершували взяттям прицільної біопсії з ділянки, наближеної до великого дуоденального соска. Забір матеріалу проводили з врахуванням рекомендацій по взяттю матеріалу для морфологічних досліджень. Після забору шматочки слизової оболонки ДПК фіксували в 10% розчині формаліну, промивали в проточній воді, потім проводили через батарею спиртів зростаючої міцності і заливали в парафін за загальноприйнятим методом. За допомогою ротаційного мікротома отримували зрізи товщиною 5-6 мкм, які фарбували гематоксилін-еозином для подальшого визначення мікроскопічних змін в біоптатах за допомогою світлового мікроскопа. Контрольне дослідження виконували на 10 добу стаціонарного лікування, на тлі запропонованої нами комплексної оптимізованої консервативної терапії.

Розподіл хворих проводився залежно від морфологічної форми ГП. 1-у групу склали 52 (71,2%) пацієнта на інтерстичний ГП. До 2-ї групи увійшли 11 (15,1%) пацієнтів на асептичний некротичний дрібновогнищевий панкреатит. У 7 (9,6%) хворих діагностовано асептичний некротичний крупновогнищевий панкреатит, вони склали 3-ю групу. Троє (4,1%) пацієнтів на увійшли до 4-ї групи, у них було діагностовано субтотальний панкреонекроз.

Результати досліджень та їх обговорення

Усі групи були репрезентативні за віком, статтю та етіологічним чинником захворювання.

Результати ФГДС пацієнтів 1-ї групи були наступними: просвіт ДПК нормального діаметру, з незначною кількістю пінистого секреторного вмісту з домішками жовчі. Розтяжимість, еластичність стінки ДПК задовільні, кишка вільно прохідна для апарата. Перистальтична хвиля ретроградного типу, що супроводжується рефлюксом дуоденального вмісту в просвіт шлунка. Слизова оболонка ДПК атрофічно змінена,

витончена, крізь неї просвічують судини підслизового шару, помірно дифузно гіперемована, блискуча, незначно набрякла. Структура складок кишки не порушена.

Гістологічне дослідження біоптатів отриманих у пацієнтів з інтерстиційною формою захворювання виявили поліморфізм, деформацію та дисконфlekтацію ворсинок слизової оболонки ДПК, зі злущеними епітеліоцитами в просвіті. Ядра в останніх зміщувались від базального полюса до центру та мали овальну форму, цитоплазма була просвітленою, вакуолізованою. Щіточкова облямівка на апікальному полюсі втратила чіткість контурів. В товщі епітеліального пласта були виявлені чисельні лімфоцити. На кишкових ворсинках зросла кількість келихоподібних клітин, які містили в апікальній частині слизовий секрет, а в базальній – сплюснуте ядро. Просвіти кровоносних капілярів в кишкових ворсинках були розширеними, повнокровними, з набряклими ендотеліоцитами. Базальна мембрана навколо кровоносних капілярів неоднорідно забарвлювалась, була розпушеною. Сполучна тканина в периваскулярних просторах була набряклою, в ній виявлялись чисельні лімфоцити, гістіоцити, еозинофільні лейкоцити та поодинокі тканинні базофіли. Просвіти центральних лімфатичних судин були розширені, заповнені лімфою. В кишкових криптах також зросла кількість келихоподібних клітин. Просвіти кишкових крипт були звивистими, на дні кишкових крипт спостерігали чисельні малодиференційовані клітини на різних стадіях мітозу. В клітинах Панета цитоплазма була просвітленою, з незначною кількістю ацидофільних гранул. Сполучна тканина власної пластинки слизової оболонки просвітлена, набрякла. Виявлено помірну гіперплазію підслизових дуоденальних залоз. Кровоносні судини мікроциркуляторного русла в підслизовому прошарку повнокровні, з потовщеними стінками артеріол. Сполучна тканина в підслизовому прошарку також набрякла, з чисельними лімфоцитами, гістіоцитами та поодинокими еозинофільними лейкоцитами (рис. 1).

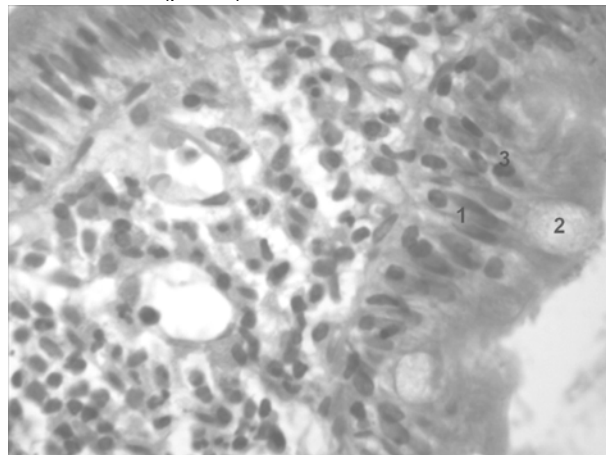


Рис. 1. Гістологічна структура стінки ДПК у хворих на інтерстиційний ГАП. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об'єктив $\times 40$ окуляр $\times 10$. 1 - стовпчасти епітеліоцити з облямівкою, 2 - келихоподібні клітини, 3 - лімфоцити.

Таким чином, можемо зробити висновок, що у хворих старшої вікової групи з інтерстиційною формою захворювання основні зміни в структурі досліджуваного органа були пов'язані з порушеннями гемодинаміки в судинах мікроциркуляторного русла. Дистрофічні та деструктивні зміни були виявлені в ендотеліоцитах стінки судин мікроциркуляторного русла ДПК. Стів-

часті епітеліоцити з облямівкою в кишкових ворсинках також зазнали дистрофічних змін. В товщі епітеліального пласта була збільшена частка лімфоцитів. Як на кишкових ворсинках, так і в кишкових криптах, зросла кількість келихоподібних клітин.

У пацієнтів 2-ї групи теж виявило більш глибокі зміни оболонки ДПК були більше вираженими, порівняно з попередньою. Слизова оболонка ДПК виразно дифузно гіперемована, «строката», блискуча, помірно набрякла, що було розцінено як еритематозна дуоденопатія. Крім того, слизова оболонка мала зернисту структуру, за рахунок лімфангіоектазій, тобто позитивний симптом «манної крупи». Складчастість кишки була збережена. Сама кишка добре роздувалась повітрям, вільно прохідна для апарата.

Гістологічне дослідження біоптатів отриманих у пацієнтів 2-ї групи теж виявило більш глибокі зміни. Більша частина кишкових ворсинок були вкорочені, з чисельними ділянками десквамації на верхівках – покриті епітеліоцити на них не утворювали суцільного шару. Епітеліоцити сплюснені, з ознаками дистрофії. Порушена базальна орієнтація ядер стовпчастих епітеліоцитів з облямівкою, їх цитоплазма набрякла, помірно базофільно забарвлена, з дрібнозернистими гранулами. Зросла чисельність келихоподібних клітин, частина з яких були гіпертрофовані, без секреторних гранул. Просвіти центральних лімфатичних судин кишкових ворсинок значно розширені. Серед клітин сполучнотканинної стромы кишкових ворсинок переважали фібробласти, а також чисельні лімфоцити, макрофаги. Подекуди виявлялись поодинокі тканинні базофіли. Ацидофільні лейкоцити розміщені поблизу кровоносних капілярів, їх чисельність значно збільшена порівняно з попередньою групою хворих (рис. 2).

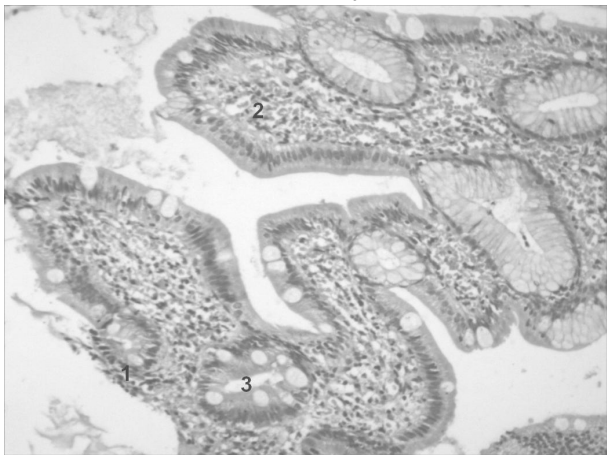


Рис. 2. Гістологічна структура стінки ДПК у хворих на дрібновогнищевий некротичний ГАП. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об'єктив $\times 40$ окуляр $\times 10$. 1 - десквамація епітеліоцитів кишкових ворсинок, 2 - повнокрів'я кровоносних судин кишкових ворсинок, 3 - розширені просвіти кишкових крипт.

В просвітах кишкових крипт скупчення слизу, некротизовані епітеліальні клітини та зимогенні гранули, що свідчить про порушення їх секретії. На дні кишкових крипт виявлені малодиференційовані клітини зі значно меншим числом мітозів. Глибина кишкових крипт менша порівняно з 1-ю групою. Інтерстицій підслизового прошарку набряклий, з помірною гістіолімфоцитарною інфільтрацією. Просвіти судин значно розширені, повнокровні, зі стазом лейкоцитів та їх діapedезом через стінки венул. Стінки артеріол потовщені за рахунок гіперплазії гладких м'язів у середній оболонці та гіперплазії колагенових волокон в ад-

вентиції, з пристінковими тромбами, складками еритроцитів. Таким чином можливо зробити висновок, що у хворих на дрібновогнищевий некротичний ГАП виявлені більш істотні зміни в структурі слизової оболонки ДПК, ніж у хворих на інтерстиційний ГАП. В судинах мікроциркуляторного русла кишкових ворсинок спостерігались виражені порушення гемодинаміки. Клітинна інфільтрація в стромі кишкових ворсинок також якісно змінена.

Під час проведення ФГДС у хворих 3-ї групи виявлено звуження просвіту ДПК, за рахунок спастичного компоненту. В просвіті кишки міститься велика кількість пінистого секреторного вмісту, жовчі. Слизова оболонка ДПК атрофічна, витончена, крізь неї просвічують судини підслизового шару, застійна, з яскравою еритематозною гіперемією, набрякла, блискуча, з підвищеною продукцією слизу та контактною кровоточивістю. Симптом «манної крупи» позитивний. Також візуалізувались множинні поверхневі дефекти, деякі з нашаруванням фібрину, на задній та верхній стінках ДПК, що було розцінено як ерозивна дуоденопатія.

Мікроскопічні зміни в структурі біоптатів пацієнтів цієї групи більш істотні. Кишкові ворсинки вкорочені, з поліморфізмом, деформацією, дисконплектацією та вогнищевою десквамацією епітеліоцитів на верхівках. Останні сплюснені, з ознаками дистрофії та набряком цитоплазми. Зросла кількість лімфоцитів в товщі епітеліального пласта. Проте глибина крипт зменшилась, зі збільшеним числом келихоподібних клітин, частина з яких не містила секреторних гранул. Просвіти крипт більш звивисті, на дні крипт – чисельні малодиференційовані клітини на різних стадіях мітозу. Число мітозів теж було меншим (рис. 3).

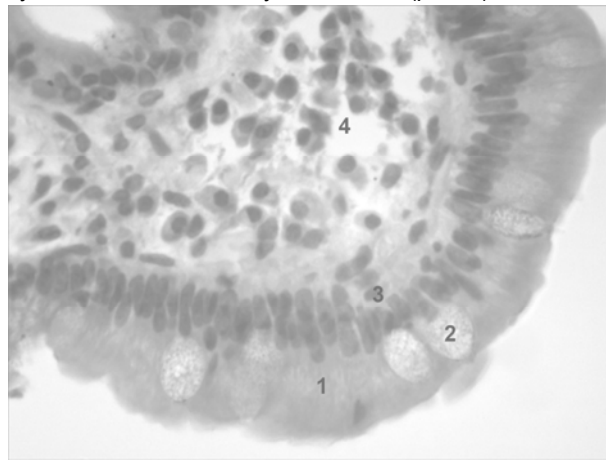


Рис. 3. Гістологічна структура стінки ДПК у хворих на крупновогнищевий некротичний ГАП. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Об'єктив $\times 40$ окуляр $\times 10$. 1 - стовпчасті епітеліоцити з облямівкою, 2 - келихоподібні клітини, 3 - лімфоцити, 4 - набряк та гістіолімфоцитарна інфільтрація сполучної тканини кишкових ворсинок.

В кровоносних капілярах ворсинок виявлено виражені порушення гемодинаміки у вигляді стазу, підвищення проникливості стінки судин, з паравазальним набряком інтерстицію та вогнищевими крововиливами. Просвіти лімфатичних капілярів ворсинок були значно розширені. Серед клітин сполучнотканинної стромы ворсинок переважали фібробласти, а також чисельні лімфоцити, макрофаги. Подекуди виявлялись поодинокі тканинні базофіли. Зросла і чисельність ацидофільних лейкоцитів, які розташовувались біля кровоносних капілярів. Таким чином у пацієнтів старшої вікової групи з крупновогнищевою формою

некрозу підшлункової залози виявлені більш істотні і суттєві зміни в структурі слизової оболонки ДПК, ніж у хворих з меншою площею некротизування. Вогнища десквамації епітеліоцитів на верхівках ворсинок більш поширені. В судинах мікроциркуляторного русла кишкових ворсинок порушення гемодинаміки, набряк інтерстицію також були більш вираженими. Дистрофічні та деструктивні зміни були виявлені в клітинах Панета. На відміну від вищеперерахованого значно зменшилось число мітозів у стовпчастих епітеліоцитах без облямівки на дні кишкових крипт.

Ендоскопічне дослідження пацієнтів 4-ї групи виявило різке функціональне звуження просвіту цибулини ДПК і самої кишки, за рахунок спастичного компонента, а сам простір містив велику кількість пінистого секреторного вмісту, жовчі, слизу, з наявним рефлюксом дуоденального вмісту в шлунок. Також знизилась еластичність і розтяжимість стінки ДПК. Мали місце і притамані даній віковій групі атрофічні зміни слизової оболонки. Крім того вона виявилась різко застійною, яскраво гіперемованою, виражено набряклою, з надмірною продукцією слизу та контактною кровоточивістю. Зернистість слизової оболонки рівномірна, інфільтративні зміни відсутні. У одного хворого крім ерозивних змін, на верхній стінці цибулини візуалізувався поверхневий дефект слизової, овальної форми, розмірами 0,3 на 0,7 см, глибиною до 0,1 см, краї м'які, рівні, частково з нашаруванням фібрину, що було розцінено як «стресова» виразка ДПК. Складчастість кишки була збережена. Сама кишка задовільно роздувалась повітрям, вільно прохідна для апарата.

Гістологічне дослідження глибини структурних змін біоптатів пацієнтів 4-ї групи виявило поліморфізм, деформацію та дисконфlekтацію ворсин. Покривні епітеліоцити не утворювали суцільного шару, виявлялись чисельні ділянки десквамації на верхівках ворсинок. Епітеліоцити були сплюснені, з ознаками дистрофії та набряком цитоплазми. Різко зросла кількість лімфоцитів в епітеліальному пласті (рис. 4). Виразене застійне повнокрів'я в судинах мікроциркуляторного русла. Стінки артеріол були потовщені, просвіти артеріол значно звужені, в них виявлялись пристінкові тромби, стаз, сладжі еритроцитів. Глибина крипт була меншою, просвіти крипт були більш звивистими. Як і на ворсинках, в криптах була збільшена кількість келихоподібних клітин. На дні крипт спостерігали чисельні малодиференційовані клітини на різних стадіях мітозу, число мітозів було меншим, ніж в інших групах. В клітинах Панета цитоплазма набрякла, з меншою чисельністю ацидофільних гранул. Таким чином у пацієнтів з субтотальним ураженням залози виявлені більш істотні зміни в структурі слизової оболонки ДПК, на відміну від хворих з меншим ураженням. В судинах мікроциркуляторного русла кишкових ворсинок виявлені виражені порушення гемодинаміки, а також підвищена проникність стінки судин. Значна клітинна інфільтрація в стромі кишкових ворсинок. Як на кишкових ворсинках, так і в кишкових криптах велика кількість келихоподібних клітин. Дистрофічні та деструктивні зміни були виявлені і в клітинах Панета. Число мітозів у стовпчастих епітеліоцитах без облямівки на дні кишкових крипт було значно меншим, порівняно з пацієнтами інших груп.

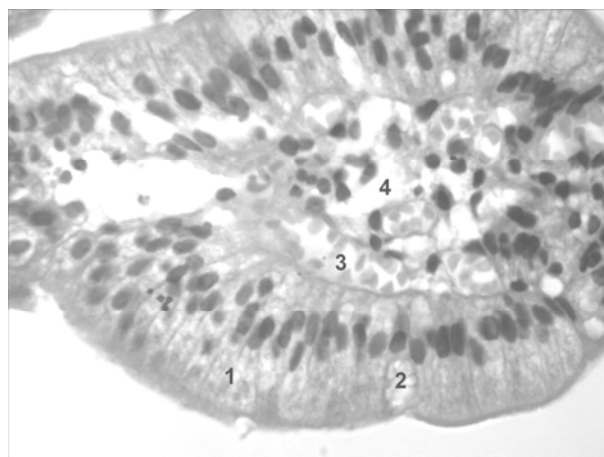


Рис. 4. Гістологічна структура стінки ДПК у хворих на субтотальний некротичний ГАП. Забарвлення гематоксилином та еозином. Об'єктив $\times 40$ окуляр $\times 10$. 1 - стовпчасти епітеліоцити з облямівою, 2 - келихоподібні клітини, 3 - розширені просвіти та повнокрів'я кровоносних судин кишкових ворсинок, 4 - набряк та гістіолімфоцитарна інфільтрація сполучної тканини кишкових ворсинок.

Проведене комплексне оптимізоване лікування (боротьба з больовим синдромом, корекція центральної та периферійної гемодинаміки, пригнічення секреторної активності підшлункової залози – ендолімфатичне та внутрішньопрокове введення синтетичного аналогу соматостатину (патент № 65159 «Спосіб пригнічення зовнішньої секреції підшлункової залози при гострому панкреатиті» та патент № 61790 «Спосіб пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози при гострому панкреатиті»), дезінтоксикаційна, антибактеріальна, антиоксидантна, антицикотінова, протизапальна терапія, адекватне білково-енергетичне забезпечення, назогастральна декомпресія з назодуоденальним введенням симетикону, корекція супутньої соматичної патології) призвело до позитивної ендоскопічної та гістологічної динаміки структурних змін слизової оболонки ДПК у хворих похилого та старечого віку основної групи на інтерстиційний ГАП, що проявлялось зменшенням судинних розладів, меншим рівнем дифузної гістіолімфоцитарної інфільтрації стромы кишкових ворсинок. Кишкові ворсинки ДПК набули циліндричної форми. Їх епітеліальний покрив був суцільним. Як на кишкових ворсинках, так і в кишкових криптах була збільшена кількість келихоподібних клітин. Частина келихоподібних клітин була спустошена і не містила секрету. У пацієнтів 2-ї групи проведено лікування також знижувало ступінь структурних вражень в стінці ДПК, що проявлялось зменшенням судинних розладів. Вогнищеві діapedезні крововиливи відсутні, менший рівень дифузної гістіолімфоцитарної інфільтрації стромы кишкових ворсинок. Кишкові ворсинки ДПК набули циліндричної форми. Їх епітеліальний покрив був суцільним. ворсинки ДПК набули циліндричної форми. Їх епітеліальний покрив був суцільним. У хворих на крупновогнищевий некротичний ГП лікування також знизило ступінь структурних вражень в стінці ДПК, порівняно зі змінами до лікування – зменшення судинних розладів, менший рівень дифузної гістіолімфоцитарної інфільтрації стромы кишкових ворсинок. Кишкові ворсинки ДПК набули циліндричної форми. Їх епітеліальний покрив був суцільним. У пацієнтів 4-ї групи і після лікування мали місце поліморфізм, деформація та дисконфlekтація кишкових ворсинок, виявлялись чисельні ділянки десквамації на верхівках

кишкових ворсинок. У просвіті ДПК виявлені зрушені епітеліоцити. Кишкові ворсинки також були вкороченими.

Висновки

Дослідження змін ДПК при різному стані первинного морфологічного субстрату захворювання, дозволило зробити висновок, що глибина та вираженість структурних змін стінки ДПК прямо пропорційно залежать від розповсюдженості некротичних змін в тканинах ПЗ і можуть слугувати об'єктивними критеріями визначення морфологічної форми ГП у пацієнтів старшої вікової групи. Виявлені нами закономірності змін слизової оболонки ДПК у таких пацієнтів при різних морфологічних формах захворювання дозволяють нам рекомендувати такий ендоскопічний метод діагностики як ефективний та доступний (патент № 70440 «Спосіб ендоскопічної оцінки морфологічної форми гострого панкреатиту»).

Перспективи подальших розробок

Перспективним напрямком подальшого наукового

дослідження є розробка комплексної діагностично-лікувальної програми у пацієнтів старшої вікової групи на ГП, з урахуванням прогностичних предикторів виникнення ускладнень у даного контингенту хворих.

Література

1. Бородин Ю.И. Гемолімфомікроциркуляторное русло поджелудочной железы при остром экспериментальном панкреатите / Ю.И. Бородин, М.Б. Васильева, П.М. Ларионов // Бюлл. эксперим. биол. и мед. – 2006. – Т.11, №4. – С.478-480.
2. Дацюк О.І. Деякі клініко-патогенетичні аспекти та безпечність внутрішньоартеріальної інфузійної терапії при гострому панкреатиті: експериментальне дослідження / О.І. Дацюк // Вісник морфології. – 2011. – № 2. – С.248-252.
3. Ничитайло М.Ю. Діагностична та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиті, ускладненому перитонітом / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк // Шпитальна хірургія. – 2004. – №2. – С.108–109.
4. Шутурма О.Я. Динаміка структурних змін дванадцятипалої кишки за умов експериментального панкреатиту / О.Я. Шутурма, Н.Є. Лісничук, К.С. Волков // Вісник морфології. – 2007. – №13(1). – С.66-69.
5. Sathyanarayan G. Elevated level of interleukin-6 predicts organ failure and severe disease in patients with acute pancreatitis / G. Sathyanarayan, P.K. Garg, H. Prasad // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – V.22(4). – P.550-554.

Реферат

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АЛИМЕНТАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Годлевский А.И., Саволюк С.И., Балабуева В.В., Сацык А.С.

Ключевые слова: острый алиментарный панкреатит, структурные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, морфологическая форма острого панкреатита.

Изучение макроскопических и гистологических изменений в структуре слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, как составляющей в клинико-лабораторной оценке морфологической формы и последующего течения острого алиментарного панкреатита у пациентов старшей возрастной группы.

Summary

PROGNOSTIC VALUE OF STRUCTURAL CHANGES IN DUODENAL MUCOSA IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE ALIMENTARY PANCREATITIS

Godlevsky A.I., Savolyuk S.I., Balabueva V.V., Satsyk A.S.

Key words: acute alimentary pancreatitis, structural changes, duodenal mucosa, morphological form of acute pancreatitis.

The study of macroscopic and histological changes in the structure of the duodenal mucosa as a component of the clinical and laboratory evaluation for morphological form and the subsequent course of acute alimentary pancreatitis in elderly patients was presented in this paper.

УДК 616-007.43-072.1-08

Грубник В.В., Малиновский А.В.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ВЫВОДЫ, СДЕЛАННЫЕ ПРИ АНАЛИЗЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 1

В работе представлен тщательный анализ неудовлетворительных результатов различных методик лапароскопической пластики грыж пищевода отверстия диафрагмы по данным отдаленных исходов и повторных лапароскопических операций, выполненных у 2 % прооперированных пациентов. Описана классификация неудовлетворительных результатов, позволяющая унифицировать понятия и определять тактику лечения. Даны рекомендации по диагностике неудовлетворительных результатов и особенностям повторных лапароскопических операций.

Ключевые слова: лапароскопическая пластика, грыжи пищевода отверстия диафрагмы, осложнения, повторные операции

Научно-исследовательская тема: «Розробка мініінвазивних методів хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, судин» № держреєстрації 0109U008568

Вступление

По последним литературным данным, пластика небольших скользящих грыж пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) и фундопликация характеризуются хорошими отдаленными результатами в 80 – 90 % случаев [9]. В то же время, пластика больших и гигантских ГПОД характеризуется высокой частотой ре-

цидивов, которая составляет в среднем 25 %, достигая 42 % [2,5,9,11]. Для уменьшения частоты рецидивов были разработаны разные методики аллопластики пищевода отверстия диафрагмы (ПОД), и ряд работ показал их преимущества [4,5,7,10]. Однако аллопластика может приводить к пищеводным осложнениям, достигающим 10-15 % [3,5,6]. Поэтому до

кишкових ворсинок. У просвіті ДПК виявлені зрушені епітеліоцити. Кишкові ворсинки також були вкороченими.

Висновки

Дослідження змін ДПК при різному стані первинного морфологічного субстрату захворювання, дозволило зробити висновок, що глибина та вираженість структурних змін стінки ДПК прямо пропорційно залежать від розповсюдженості некротичних змін в тканинах ПЗ і можуть слугувати об'єктивними критеріями визначення морфологічної форми ГП у пацієнтів старшої вікової групи. Виявлені нами закономірності змін слизової оболонки ДПК у таких пацієнтів при різних морфологічних формах захворювання дозволяють нам рекомендувати такий ендоскопічний метод діагностики як ефективний та доступний (патент № 70440 «Спосіб ендоскопічної оцінки морфологічної форми гострого панкреатиту»).

Перспективи подальших розробок

Перспективним напрямком подальшого наукового

дослідження є розробка комплексної діагностично-лікувальної програми у пацієнтів старшої вікової групи на ГП, з урахуванням прогностичних предикторів виникнення ускладнень у даного контингенту хворих.

Література

1. Бородин Ю.И. Гемолімфомікроциркуляторное русло поджелудочной железы при остром экспериментальном панкреатите / Ю.И. Бородин, М.Б. Васильева, П.М. Ларионов // Бюлл. эксперим. биол. и мед. – 2006. – Т.11, №4. – С.478-480.
2. Дацюк О.І. Деякі клініко-патогенетичні аспекти та безпечність внутрішньоартеріальної інфузійної терапії при гострому панкреатиті: експериментальне дослідження / О.І. Дацюк // Вісник морфології. – 2011. – № 2. – С.248-252.
3. Ничитайло М.Ю. Діагностична та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиті, ускладненому перитонітом / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк // Шпитальна хірургія. – 2004. – №2. – С.108–109.
4. Шутурма О.Я. Динаміка структурних змін дванадцятипалої кишки за умов експериментального панкреатиту / О.Я. Шутурма, Н.Є. Лісничук, К.С. Волков // Вісник морфології. – 2007. – №13(1). – С.66-69.
5. Sathyanarayan G. Elevated level of interleukin-6 predicts organ failure and severe disease in patients with acute pancreatitis / G. Sathyanarayan, P.K. Garg, H. Prasad // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – V.22(4). – P.550-554.

Реферат

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОЦЕНКИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АЛИМЕНТАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

Годлевский А.И., Саволюк С.И., Балабуева В.В., Сацык А.С.

Ключевые слова: острый алиментарный панкреатит, структурные изменения слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, морфологическая форма острого панкреатита.

Изучение макроскопических и гистологических изменений в структуре слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки, как составляющей в клинико-лабораторной оценке морфологической формы и последующего течения острого алиментарного панкреатита у пациентов старшей возрастной группы.

Summary

PROGNOSTIC VALUE OF STRUCTURAL CHANGES IN DUODENAL MUCOSA IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE ALIMENTARY PANCREATITIS

Godlevsky A.I., Savolyuk S.I., Balabueva V.V., Satsyk A.S.

Key words: acute alimentary pancreatitis, structural changes, duodenal mucosa, morphological form of acute pancreatitis.

The study of macroscopic and histological changes in the structure of the duodenal mucosa as a component of the clinical and laboratory evaluation for morphological form and the subsequent course of acute alimentary pancreatitis in elderly patients was presented in this paper.

УДК 616-007.43-072.1-08

Грубник В.В., Малиновский А.В.

НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ПЛАСТИКИ ГРЫЖ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ: ВЫВОДЫ, СДЕЛАННЫЕ ПРИ АНАЛИЗЕ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ И ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 1

В работе представлен тщательный анализ неудовлетворительных результатов различных методик лапароскопической пластики грыж пищевода отверстия диафрагмы по данным отдаленных исходов и повторных лапароскопических операций, выполненных у 2 % прооперированных пациентов. Описана классификация неудовлетворительных результатов, позволяющая унифицировать понятия и определять тактику лечения. Даны рекомендации по диагностике неудовлетворительных результатов и особенностям повторных лапароскопических операций.

Ключевые слова: лапароскопическая пластика, грыжи пищевода отверстия диафрагмы, осложнения, повторные операции

Научно-исследовательська тема: «Розробка мініінвазивних методів хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини, судин» № держреєстрації 0109U008568

Вступление

По последним литературным данным, пластика небольших скользящих грыж пищевода отверстия диафрагмы (ГПОД) и фундопликация характеризуются хорошими отдаленными результатами в 80 – 90 % случаев [9]. В то же время, пластика больших и гигантских ГПОД характеризуется высокой частотой ре-

цидивов, которая составляет в среднем 25 %, достигая 42 % [2,5,9,11]. Для уменьшения частоты рецидивов были разработаны разные методики аллопластики пищевода отверстия диафрагмы (ПОД), и ряд работ показал их преимущества [4,5,7,10]. Однако аллопластика может приводить к пищеводным осложнениям, достигающим 10-15 % [3,5,6]. Поэтому до

сих пор нет единого подхода в выборе метода пластики. Несмотря на многочисленные публикации с отдаленными результатами операций, в литературе мало работ, анализирующих, и, главное, классифицирующих неудовлетворительные результаты, особенно на основании повторных лапароскопических операций.

Цель работы

1) анализ неудовлетворительных результатов разных методов лапароскопической пластики ПОД на основании анализа отдаленных результатов и данных повторных операций;

2) разработка и обоснование классификации неудовлетворительных результатов лапароскопической пластики ПОД и фундопликации;

3) рекомендации по диагностике и лечению неудовлетворительных результатов.

Материалы и методы

С 1994 по 2011 годы лапароскопические операции по поводу ГПОД и ГЭРБ были выполнены у 1780 больных одной бригадой хирургов. Для статистически корректного анализа из числа этих пациентов были исключены больные: оперированные с 1994 по 2000 годы («кривая обучения»), с неполным послеоперационным обследованием, с дискинезиями пищевода, с риском анестезии ASA III и IV, с возрастом более 75 лет, с фундопликацией по Тупе, Розетти, Дору (т.е. анализу подвергнуты пациенты с фундопликацией по Ниссену), с ГЭРБ без ГПОД и с ГЭРБ и ГПОД I типа I степени. Таким образом, проанализированы результаты 787 операций. Из них ГПОД I типа II степени имели место у 185 больных, ГПОД I типа III степени – у 278, ГПОД II типа – у 48, ГПОД III типа – у 264, ГПОД IV типа – у 12 больных. Далее больные были разделены на 3 группы согласно новой оригинальной классификации в зависимости от площади поверхности пищеводного отверстия диафрагмы (ПППОД), измеренной по методике Granderath и соавт. (2007).

I группу составили 343 пациента с ПППОД < 10 см² (малые ГПОД), которым выполнялась крурорафия. II группа – 358 пациентов с ПППОД 10 – 20 см² (большие ГПОД), которым выполнялась крурорафия – 103 больных (подгруппа А), и аллопластика – 255 больных (подгруппа В): у 97 – on-lay пластика полипропиленовым трансплантатом (ПТ) Prolene (Ethicon), у 158 – оригинальная методика sub-lay пластики облегченным частично рассасывающимся (композиционным) трансплантатом (КТ) Ultrapro (Ethicon). III группа – 86 пациентов с ПППОД > 20 см² (гигантские грыжи), которым выполнялась только аллопластика: у 32 – on-lay пластика, у 54 – оригинальная методика.

Техника оригинальной методики двухслойной (sub-lay) пластики ПОД облегченным частично рассасывающимся (композиционным) трансплантатом подробно описана в наших предыдущих публикациях и неоднократно представлялась на конгрессах. Ключевым моментом является расположение трансплантата позади ножек диафрагмы так, чтобы его край не контактировал с пищеводом, с последующей крурорафией, закрывающей трансплантат.

Методы исследования включали опросники симптомов, рентгенологическое обследование, эндоско-

пическое исследование и суточный внутрипищеводный pH-мониторинг.

Статистический анализ. Сравнение непрерывных величин (в т.ч. величина ПППОД, индекс DeMeester), необходимое для подтверждения сопоставимости сравниваемых групп и подгрупп, для оценки результатов, и для факторного анализа (ANOVA), производилось по критериям Стьюдента и Манна-Уитни. Анализ категориальных величин проведен с помощью критерия хи-квадрат и одностороннего точного критерия Фишера. Сравниваемые группы оказались сопоставимыми по демографическим показателям: возраст, пол, класс ASA. Обработка данных произведена с использованием программы StatSoft STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение

Частота рецидивов после пластики больших и гигантских смешанных и параэзофагеальных ГПОД остается высокой. Недавний мета-анализ показал, что средняя частота анатомических рецидивов таких грыж составляет 25 % [11]. Подобные результаты показал и ряд систематических обзоров [2,5,9]. Для уменьшения высокой частоты рецидивов к пластике ПОД была применена технология аллопластики, что позволило существенно снизить частоту рецидивов. Двумя проспективными рандомизированными исследованиями, сравнивавшими пластику политетрафлюорэтиленовым (ПТФЭ) трансплантатом (одно исследование) и ПТ (другое исследование) с крурорафией, было получено достоверное снижение частоты рецидивов в группах аллопластики [4,7]. Другие обзоры литературы демонстрируют подобные результаты [2,5,9]. Однако, следует взять во внимание, что в большинстве публикаций понятие рецидива точно не определено. Сразу необходимо отметить, не во всех проанализированных нами работах было рутинно использовано рентгенологическое исследование при оценке отдаленных результатов. В результате, частота рецидивов в 1,5 – 2 раза выше в работах, где рентгеноскопия пищевода выполнялась в более чем 75 % случаев. Поэтому использование рентгенологического исследования необходимо у всех прооперированных больных, тем более именно рентгеноскопия позволяет наиболее точно (по сравнению с эндоскопией) определить вариант неудовлетворительного результата.

На основании данных мировой литературы и нашего опыта, мы выделяем следующие варианты неудовлетворительных результатов лапароскопической пластики ПОД: 1) рецидивы (основное клиническое проявление – боль и рефлюксные симптомы): а) анатомический рецидив – несостоятельность пластики ПОД с миграцией интраабдоминальных структур на уровень диафрагмы или выше ее; б) функциональный рецидив – рецидив ГЭРБ за счет несостоятельности фундопликационной манжетки (ФМ); в) сочетание анатомического и функционального рецидива; 2) пищеводные осложнения (основное клиническое проявление – дисфагия, gas-bloat синдром): а) длительная функциональная дисфагия – дисфагия без развития рубцовой стриктуры, продолжающаяся более 3 месяцев, за счет периззофагеального фиброза на уровне диафрагмы в результате пластики ПОД или компенсированного сдавления (или скручивания, или де-

формации) абдоминального отдела пищевода ФМ; б) стриктура пищевода (развивается преимущественно на уровне диафрагмы при аллопластике или в абдоминальном отделе за счет декомпенсированного сдавления ФМ); в) аррозия пищевода сетчатым трансплантатом; 3) феномен телескопа – втягивание пищевода в средостение при состоятельной пластике ПОД и состоятельной ФМ, остающейся под диафрагмой (развивается при неликвидированном укорочении пищевода, может перейти в анатомический рецидив, проявляется болями и дисфагией); 4) слиппедж-синдром – соскальзывание чрезмерно широкой и мобильной ФМ на верхнюю треть желудка с его деформацией в виде песочных часов (проявляется болями и дисфагией).

Анатомические рецидивы (АР) мы разделяем на: а) истинные симптомные анатомические рецидивы (ИСАР) (проявляющиеся симптомами, преимущественно болями и преходящей дисфагией); б) истинные бессимптомные анатомические рецидивы (ИБАР); в) ложные анатомические рецидивы. При истинном АР через значительно расширенное за счет несостоятельной пластики ПОД в средостение выходят (и, как правило, фиксируются здесь) интраабдоминальные структуры (чаще всего – дно желудка, нередко вместе с ФМ, которая может быть и состоятельной). Это четко определяется при рентгенологическом и эндоскопическом обследовании. Конечно, исследование должно производиться опытными специалистами. Однако, при рентгенологическом обследовании, особенно после пластики гигантских ГПОД, может быть обнаружена небольшая скользящая грыжа (выскальзывает как правило абдоминальный отдел пищевода) или паразофагеальная грыжа (спереди или сзади от пищевода). С учетом исходного размера грыжевого дефекта нет ничего удивительного, что такой небольшой «рецидив» возникает спустя некоторое время после пластики. Если такое выпячивание бессимптомно, не сочетается с функциональным рецидивом и не увеличивается со временем, его следует называть ложным анатомическим рецидивом (ЛАР). Тактика в отношении таких больных должна быть наблюдательной. В качестве примера, Andujar и соавт. (2004) доложили о выявлении небольших бессимптомных скользящих грыж у 20 % оперированных пациентов, при этом ни в одном случае они не потребовали реоперации. В то же время при ИСАР, особенно если он сочетается с истинным функциональным рецидивом (см. далее), нередко показана повторная операция, а как минимум – длительная антисекреторная и противовоспалительная терапия. С другой стороны, часть пациентов с ИБАР не предъявляют каких-либо жалоб даже при полной несостоятельности пластики с миграцией проксимальной части желудка и ФМ в средостение [1,4]. Если при этом ИБАР не сочетается с функциональным рецидивом, большинство таких пациентов не нуждаются в реоперации, и им показано наблюдение.

Функциональные рецидивы (ФР), мы также подразделяем на: а) истинные симптомные функциональные рецидивы (ИСФР); б) истинные бессимптомные функциональные рецидивы (ЛБФР); в) ложные функциональные рецидивы (ЛФР). Истинные ФР можно также называть рецидивом ГЭРБ. ИСФР ха-

рактеризуется рефлюксной симптоматикой и объективным ее подтверждением – патологическим значением суточного внутрипищеводного pH-мониторинга (индекс DeMeester более 14,7), а также рефлюкс-эзофагитом (который может и отсутствовать – эндоскопически-негативный вариант ГЭРБ). При отсутствии возможности выполнения pH-мониторинга, патологический гастроэзофагеальный рефлюкс можно подтвердить омега-пептидным тестом. ИСФР может потребовать повторной операции по реконструкции ФМ или консервативной антисекреторной терапии. При сочетании ИСАР и ИСФР показания к операции более веские. ИБФР характеризуется теми же объективными проявлениями, но отсутствием рефлюксной симптоматики (так называемый silent-ГЭРБ). ИБФР чаще всего лечится консервативно. ЛФР характеризуется симптоматикой, напоминающей рефлюксную, но отсутствием рефлюкс-эзофагита и, главное, нормальным значением pH-мониторинга. ЛФР может быть связан с нескорректированной сопутствующей патологией (гастрит, панкреатит, межреберная невралгия, ИБС и т.д.) или быть проявлением астено-невротического синдрома, нередко имеющегося у больных ГПОД и ГЭРБ.

Продолжая обзор литературы, необходимо отметить, что хотя аллопластика и уменьшает частоту рецидивов, она может вызвать ряд перечисленных выше пищеводных осложнений. По данным литературы, длительная дисфагия, связанная с воздействием трансплантата, составляет 10-15 % [6,7]. Опрос членов SAGES, опубликованный Frantzides и соавт. (2010) показал, что ПТ, а также ПТФЭ трансплантаты характеризуются наибольшим процентом пищеводных осложнений, хотя они характеризуются наименьшим процентом рецидивов [3]. Интересно, что в данном исследовании промежуточное положение в плане рецидивов и пищеводных осложнений занимают облегченные трансплантаты, такие как Ultargo [3]. В последнее время для уменьшения риска развития этих осложнений была предложена ксенопластика. Единственное проспективное рандомизированное исследование показало несущественную разницу в плане частоты рецидивов между биологическим трансплантатом и крурорафией, но в то же время не показало ни одного случая пищеводных осложнений при использовании ксенопластики [10]. Большинство специалистов сходятся во мнении, что использование биологических трансплантатов не целесообразно широко использовать при больших и гигантских ГПОД из-за высокого процента рецидивов и их высокой стоимости. Суммируя вышесказанное, большие и гигантские грыжи нуждаются в аллопластике, но поиск оптимальных трансплантатов и метода их фиксации продолжается.

Наиболее частым пищеводным осложнением пластики ПОД является длительная функциональная дисфагия (ДФД). Ее нельзя путать с краткосрочной функциональной дисфагией, которая должна разрешиться в течение 3 месяцев после операции. К сожалению, определить четко, за счет чего развилась ДФД – за счет перизофагеального фиброза на уровне диафрагмы в результате пластики ПОД (это бывает чаще при аллопластике, чем при крурорафии), или за счет декомпенсированного сдавления абдоминального

отдела пищевода ФМ (это бывает чаще при фундопликации по Ниссену, когда манжетка недостаточно мобильна или наложена туго или длиной более 3 см) – в большинстве случаев невозможно при рентгенологическом и эндоскопическом исследовании, поскольку существенного сужения абдоминального отдела пищевода при этом не наблюдается. Баллонная дилатация как правило ликвидирует это состояние. Определить происхождение стриктуры пищевода (за счет пластики или за счет декомпенсированного сужения ФМ) также сложно при рентгеноскопии пищевода или эндоскопии. Рентгенологическое исследование может это лишь предположить по длине стенозированного участка пищевода: чем он длиннее, тем более вероятно сдавление манжеткой. При баллонной дилатации под рентгенологическим контролем, которая выполняется всем таким пациентам, по характерной деформации баллона в виде песочных часов можно с большой вероятностью предположить рубцевание за счет пластики ПОД. Окончательная причина стриктуры пищевода определяется только при повторной операции. Аррозия пищевода сетчатым трансплантатом возникает на фоне стриктуры пищевода и диагностируется эндоскопически. Такие больные требуют повторной операции.

На наш взгляд, если аллопластика несет риск развития осложнений, необходимы четкие показания к ее использованию. Как предполагается большинством авторов, основной критерий для использования сеток – большой диаметр грыжевого дефекта. Измерение ПППОД было впервые описано Granderath и соавт. (2007), и этот показатель является более точным, чем диаметр [8,9]. Метод измерения ПППОД основан на измерении поперечного и продольного размера ПОД после полной мобилизации его краев и расчете показателя по следующей формуле: $\text{ПППОД} = \arcsin(\text{ПР} / 2 / \text{ВР}) * \text{ВР}^2$, где – ВР – вертикальный размер, ПР –

поперечный размер. Мы создали новую классификацию ГПОД в зависимости от ПППОД, корректность которой подтверждена анализом отдаленных результатов, в т.ч. факторным анализом ANOVA.

Отдаленные результаты операций изучены в среднем через $28,7 \pm 8,6$ месяца (10 - 48) у 716 пациентов (90,9 %). Для сравнения групп и подгрупп использовались лишь основные варианты неудовлетворительных результатов: для АР – суммарное число ИСАР в сочетании с ИСФР, и ИСАР без ИСФР; для ФР – ИСФР; ДФД; частота повторных операций.

Результаты в I группе являются удовлетворительными (3,5 % АР, и 1,9% ДФД, отсутствие стриктур), соответствуют литературным [2,8]. Они вряд ли могут быть значительно улучшены, в т.ч. за счет аллопластики, т.о. при малых ГПОД (ПППОД < 10 см²) она не оправдана. Повторные операции выполнены в 4 случаях (1,3 %): 3 операции по поводу ИСАР + ИСФР (выполнена аллопластика по оригинальной методике), 1 операция по поводу ИСФР из-за несостоятельности ФМ по Ниссену (выполнена реконструкция ФМ по Ниссену).

В подгруппе А II группы, АР имели место в 11,9 % случаев, что закономерно для больших грыж, как уже обсуждалось выше; ДФД имела место в 2,2 % случаев; стриктуры отсутствовали. Повторные операции выполнены у 5 больных (5,4 %): 4 операции по поводу ИСАР + ИСФР, 1 операция по поводу ИСАР без ИСФР (во всех случаях выполнена аллопластика по оригинальной методике). Сравнивая частоту АР и повторных операций у больных I группы и подгруппы А II группы, мы получили достоверную разницу в пользу первой, что влечет за собой важный вывод: при малых ГПОД крурорафия адекватна, при больших – очевидно необходима аллопластика. Достоверных отличий по частоте ДФД получено не было (см. табл. 1).

Таблица 1.

Сравнение результатов в I группе и подгруппе А II группы (крурорафии при малых и больших грыжах)

	Симптомы *	Анатомич. рецидивы †	Функцион. рецидивы #	Рефлюкс-эзофагит §	Индекс De-Meester	Дисфагия/стриктуры □	Повт. операции
Группа I (ПППОД < 10 см ²) Крурорафия n = 314	19 (6 %)	11 (3,5 %) / 8/3/1/1/1	6 (1,9 %) / 1/2	12 (3,8%) / 4	13,1±26,0 (1,0 – 176,1)	6 (1,9 %) / 6/0	4 (1,3%)
Группа II, Подгруппа А (ПППОД 10-20см ²) Крурорафия n = 92	15 (16,3%)	11 (11,9 %) / 7/4/0/1/1	2 (2,2 %) / 1/2	10 (10,8%) / 0	28,3±46,0 (3,9 – 207,6)	2 (2,2 %) / 2/0	5 (5,4%)
Значение p ^а	0,0018 ¹	0,0016 ¹	0,5739 ²	0,0086 ¹	<0,0001 ³	0,5739 ²	0,0313 ²

Примечания (относятся ко всем таблицам):

* Во всех таблицах под симптомами понимаются все симптомы кроме дисфагии, которая включена в отдельную графу.

† Вначале указано суммарное число и процент двух первых вариантов АР как наиболее значимых. Затем через дробь указаны варианты АР: ИСАР в сочетании с ИСФР / ИСАР без ИСФР / ИБАР в сочетании с ИБФР / ИБАР без ИБФР / ЛАР; # Вначале указано число и процент ИСФР (без ИСАР) как наиболее значимого. Затем через дробь указаны другие варианты ФР: ИБФР (без ИБАР) / ЛФР; § Через дробь указано число больных с эндоскопически-негативным вариантом ФР; □ Вначале указаны общее число и процент больных с длительной дисфагией. Затем через дробь указаны варианты дисфагии: ДФД / стриктура; ^а Относится к первым числам (с процентом) каждой ячейки; ¹ Критерий χ^2 ; ² Точный тест Фишера; ³ U-критерий Манна-Уитни

В подгруппе В II группы АР имели место в 5,2 % случаев; ДФД имела место в 8,2 % случаев, что закономерно с учетом аллопластики, как было показано ранее; имело место 3 случая стриктур (1,3 %, все относятся к пластике ПТ). Повторные операции выпол-

нены у 2 больных (0,9 %) по поводу ИСАР + ИСФР: в обоих случаях выполнена задняя крурорафия с передней аллопластикой по оригинальной методике (выходение проксимальной части желудка имело место преимущественно спереди от пищевода).

Стриктуры успешно ликвидированы баллонной дилатацией (от 2 до 5 курсов). Между подгруппами II группы были достоверные различия как по частоте АР и повторных операций в пользу аллопластики, так и по частоте ДФД и стриктур в пользу крурорафии (см. табл. 2). Первое еще раз подтверждает правильность предложенной классификации и необходимость использования при больших (ПППОД 10 - 20 см²) ГПОД для профилактики рецидивов аллопластику, второе - демонстрирует необходимость поиска оптимального

сетчатого трансплантата для профилактики пищеводных осложнений. Далее, сравнив аллопластику ПТ и КТ по оригинальной методике в пределах подгруппы В, мы не получили достоверных различий по частоте АР и повторных операций, но получили достоверное отличие по частоте ДФД и стриктур в пользу КТ (см. табл. 3), что уже неоднократно звучало в наших работах и докладах и еще раз позволяет сделать вывод о целесообразности использования именно этой методики при больших ГПОД.

Таблица 2.
Сравнение результатов между подгруппами II группы (крурорафии и аллопластики при больших грыжах)

	Симптомы *	Анатомич. рецидивы †	Функцион. рецидивы #	Рефлюкс-эзофагит §	Индекс De-Meester	Дисфагия/стриктуры □	Повт. операции
Группа II, Подгруппа А (ПППОД 10-20см ²) Крурорафия n = 92	15 (16,3%)	11 (11,9 %)/ 7/4/0/1/1	2 (2,2 %)/ 1/2	10 (10,8%)/ 0	28,3±46,0 (3,9 – 207,6)	2 (2,2 %)/ 2/0	5 (5,4%)
Группа II, Подгруппа В (ПППОД 10-20см ²) Аллопластика n = 231	23 (9,9%)	12 (5,2 %)/ 7/5/0/1/2	5 (2,2 %)/ 1/6	10 (4,3%)/ 3	15,6±25,8 (3,3 – 145,4)	19 (8,2 %)/ 16/3	2 (0,9%)
Значение p ^a	0,1100 ¹	0,0330 ¹	0,6400 ²	0,0277 ¹	0,0057 ³	0,0330 ²	0,0217 ²

Таблица 3.
Сравнение результатов между методиками подгруппы В II группы (аллопластики полипропиленовым (on-lay) и облегченным композитным (sub-lay) трансплантатами при больших грыжах)

	Симптомы *	Анатомич. рецидивы †	Функцион. рецидивы #	Рефлюкс-эзофагит §	Индекс De-Meester	Дисфагия/стриктуры □	Повт. операции
Группа II, Подгруппа В Аллопластика Prolene on-lay n = 89	10 (11,2%)	5 (5,6%)/ 3/2/0/0/1	2 (2,2 %)/ 0/3	3 (3,4%)/ 2	15,5±26,4 (3,3 – 145,4)	16 (17,9%)/ 13/3	1 (1,1%)
Группа II, Подгруппа В Аллопластика Ultrapro sub-lay n = 142	13 (9,1%)	7 (4,9%)/ 4/3/0/1/1	3 (2,1 %)/ 1/3	7 (4,9%)/ 1	15,7±25,6 (3,3 – 142,7)	3 (2,1%)/ 3/0	1 (0,7%)
Значение p ^a	0,6072 ¹	0,8185 ¹	0,6393 ²	0,4171 ²	0,7967 ³	<0,0001 ²	0,6232 ²

В III группе частота АР достигла 19 %, что характерно для гигантских грыж по данным мировой литературы, как уже обсуждалось выше, и, конечно, требует дальнейшего улучшения; ДФД имела место в 8,8 % случаев; стриктура пищевода имела место в одном случае (1,3 %, после пластики ПТ). Повторные операции выполнены в 4 случаях (5 %). 2 операции выполнены по поводу ИСАР + ИСФР: у одного больного из подгруппы В выполнена дополнительная on-lay аллопластика по оригинальной методике (выхождение проксимальной части желудка имело место преимущественно позади пищевода), у другой – задняя крурорафия с передней аллопластикой КТ. 1 операция выполнена по поводу тяжелого ИСАР без ИСФР: дополнительная on-lay аллопластика КТ с передней аллопластикой КТ. 1 операция выполнена по поводу рефрактерной к баллонной дилатации рубцовой стриктуры после пластики ПТ (выполнено удаление трансплантата с иссечением периезофагеальных рубцовых тканей). Сравнивая результаты в III группе с подгруппой В II группы, мы получили достоверное

отличие по частоте АР и повторных операций в пользу больших ГПОД, во то время как по частоте ДФД и стриктур достоверных отличий получено не было (см. табл. 4). Аналогично II группе, этот результат подтверждает целесообразность разделения ГПОД на большие и гигантские (ПППОД > 20 см²) не только на основании размера и технических трудностей, сопровождающих мобилизацию структур, а в первую очередь на основании резкого возрастания частоты рецидивов при гигантских грыжах по сравнению с большими, даже несмотря на аллопластику. Таким образом, пластика сетчатым трансплантатом определенно показана при гигантских грыжах, но необходимо совершенствование методик для уменьшения процента рецидивов. Сравнивая подгруппы III группы мы не получили достоверных различий по частоте АР, повторных операций и стриктур пищевода, но получили достоверное отличие по частоте ДФД в пользу оригинальной методики. Это еще раз подтверждает, что оригинальная методика безопасна в плане пищеводных осложнений и поэтому заслуживает широкого признания.

Таблица 4.
Сравнение результатов в подгруппе В II группы и III группе (аллопластики при больших и гигантских грыжах)

	Симптомы *	Анатомич. рецидивы †	Функцион. рецидивы #	Рефлюкс-эзофагит §	Индекс De-Meester	Дисфагия/стриктуры □	Повт. операции
Группа II, Подгруппа В (ПППОД 10-20см ²) Аллопластика n = 231	23 (9,9%)	12 (5,2 %)/ 7/5/0/1/2	5 (2,2 %)/ 1/6	10 (4,3%)/ 3	15,6±25,8 (3,3 – 145,4)	19 (8,2 %)/ 16/3	2 (0,9%)
Группа III (ПППОД > 20 см ²) Аллопластика n = 79	20 (25,3%)	15 (19%)/ 6/9/1/2/2	3 (3,8 %)/ 1/2	9 (25,3%)/ 2	31,3±51,8 (4,1 – 188,5)	7 (8,8%)/ 6/1	4 (5%)
Значение p ^а	0,0007 ¹	0,0002 ¹	0,3327 ²	0,0239 ¹	0,0664 ³	0,8603 ¹	0,0387 ²

Таблица 5.
Сравнение результатов между подгруппами III группы (аллопластики полипропиленовым (on-lay) и облегченным композитным (sub-lay) трансплантатами при гигантских грыжах)

	Симптомы *	Анатомич. рецидивы †	Функцион. рецидивы #	Рефлюкс-эзофагит §	Индекс De-Meester	Дисфагия/стриктуры □	Повт. операции
Группа III Аллопластика Prolene on-lay n = 29	7 (24,1%)	5 (17,2%)/ 2/3/1/1/0	1 (3,4 %)/ 0/1	4 (13,8%)/ 0	31,5±53,1 (4,1 – 187,4)	6 (20,7%)/ 5/1	3(10,3%)
Группа III Аллопластика Ultrapro sub-lay n = 50	13 (26%)	10 (20%)/ 4/6/0/1/2	2 (5 %)/ 1/1	5 (10%)/ 2	31,1±51,6 (4,5 – 188,5)	1 (2%)/ 1/0	1 (2%)
Значение p ^а	0,8544 ¹	0,7632 ¹	0,6971 ²	0,4330 ²	0,9278 ³	0,0087 ²	0,1374 ²

Анализируя неудовлетворительные результаты и данные повторных лапароскопических операций в общем, можно выявить следующие закономерности. 1) Повторные операции выполнены у 15 пациентов (2 % от всех больных), что соответствует данным литературы. Все они проведены без конверсий и обеспечили полную ликвидацию имеющихся расстройств. 2) Повторные операции выполнены преимущественно по поводу АР - в 86,6 % случаев (ИСАР без ИСФР от этого количества составили лишь 15 %, частота повторных операций по поводу ИСАР в сочетании с ИСФР достоверно отличалась при крурорафии и при аллопластике в пользу аллопластики), по поводу ФР - в 6,7 % случаев, по поводу стриктуры пищевода - лишь в 6,7 % случаев (при ДФД и стриктурах высокоэффективной была баллонная дилатация). 3) При АР после крурорафии успешно выполнена sub-lay аллопластика КТ по оригинальной методике; при АР после аллопластики успешно выполнялась как дополнительная задняя on-lay аллопластика КТ, так и комбинация задней крурорафии и передней on-lay аллопластики КТ или комбинация дополнительной задней on-lay аллопластики КТ и передней on-lay аллопластики КТ (в зависимости от топографических особенностей рецидива). 4) Частота ИСФР (без АР) среди всех больных составила 2,2 %, достоверно не отличалась между группами и подгруппами, что говорит о ее независимости от метода пластики ПОД и величины ПППОД. При ФР в 1 случае успешно выполнена реконструкция ФМ, в остальных случаях больным успешно проводилась терапия ингибиторами протонной помпы. 5) Частота ИБАР и ЛАР составила 20 % от всех типов АР и 1,8 % от всех больных, достоверно отличалась только между большими и гигантскими ГПОД в пользу больших, и не нуждалась в повторных операциях. 6) Частота ИБФР и ЛФР составила 50 % от всех типов ФР и 2,2 % от всех больных, достоверно не отличалась между группами и подгруппами, как и частота ИСФР. Определено, что при тщательном обследовании причиной ЛФР часто является астено-невротический синдром, что подтверждено эффективностью соответствующей терапии, и говорит о необходимости тщательного отбора больных.

Выводы

1. На основании новой классификации при малых грыжах показана крурорафия, при больших и гигантских – sub-lay аллопластика композитным трансплантатом.
2. Универсальная классификация неудовлетворительных результатов позволяет четко определить показания к повторной операции.
3. Повторные операции выполнимы лапароскопически и при соответствующем опыте позволяют полностью ликвидировать имеющуюся проблему.

Перспективы дальнейших исследований

Необходим анализ большего числа повторных операций со сравнением их результатов с результатами консервативного лечения соответствующих состояний по разным параметрам, в частности качеству жизни. Это позволит уточнить, и, возможно, расширить показания к повторным операциям. Естественно, для этого должна быть внедрена унифицированная классификация, один из вариантов которой представлен в данной работе.

Литература

1. Champion J.K. Hiatal size and risk of recurrence after laparoscopic fundoplication [abstract] / J.K. Champion, J.B. McKernan // Surgical endoscopy. – 1998. – V.12. – P. 565-570.
2. Draaisma W.A. Controversies in paraesophageal hernia repair. A review of literature / W.A. Draaisma, H.G. Gooszen, E. Tournioij [et al.] // Surgical endoscopy. – 2005. – V.19. – P.1300-1308.
3. Frantzides C.T. Hiatal hernia repair with mesh: a survey of SAGES members / C.T. Frantzides, M.A. Carlson, S. Loizides [et al.] // Surgical endoscopy. – 2010. – V.24. – P.1017-1024.
4. Frantzides C.T. A prospective, randomized trial of laparoscopic polytetrafluoroethylene (PTFE) patch repair vs simple cruroplasty for large hiatal hernia / C.T. Frantzides, A.K. Madan, M.A. Carlson [et al.] // Archives of surgery. – 2002. – V.137. – P.649-652.
5. Granderath F.A. Prosthetic closure of the esophageal hiatus in large hiatal hernia repair and laparoscopic antireflux surgery / F.A. Granderath, M.A. Carlson, J.K. Champion [et al.] // Surgical endoscopy. – 2006. – V.20. – P.367-379.
6. Granderath F.A. Dysphagia after laparoscopic antireflux surgery: a problem of hiatal closure more than a problem of the wrap / F.A. Granderath, U.M. Schweiger, T. Kamolz [et al.] // Surgical endoscopy. – 2005. – V.19. – P.1439-1446.
7. Granderath F.A. Laparoscopic Nissen fundoplication with prosthetic hiatal closure reduces postoperative intrathoracic wrap herniation:

- preliminary results of a prospective randomized functional and clinical study / F.A. Granderath, U.M. Schweiger, T. Kamolz [et al.] // Archives of surgery. – 2005. – V.140. – P.40-48.
8. Granderath F.A. Laparoscopic antireflux surgery: Tailoring the hiatal closure to the size of hiatal surface area / F.A. Granderath, U.M. Schweiger, R. Pointner // Surgical endoscopy. – 2007. – V.21. – P.542–548.
9. Johnson J.M. Laparoscopic mesh hiatoplasty for paraesophageal hernias and funduplications. A critical analysis of available literature / J.M. Johnson, A.M. Carbonell, B.J. Carmody [et al.] // Surgical endoscopy. – 2006. – V.20. – P.362–366.

10. Oelschlager B.K. Biologic prosthesis to prevent recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: long-term follow-up from a multicenter, prospective, randomized trial / B.K. Oelschlager, C.A. Pellegrini, J.G. Hunter [et al.] // Journal of American college of surgeons. – 2011. – V.4. – P.461-468.
11. Rathore M.A. Metaanalysis of recurrence after laparoscopic repair of paraesophageal hernia / M.A. Rathore, S.I. Andrabi, M.I. Bhatti [et al.] // Journal of society of laparoendoscopic surgeons. – 2007. – V.11. – P.456-460.

Реферат

НЕЗАДОВІЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ: ВИСНОВКИ, ЗРОБЛЕНІ ПРИ АНАЛІЗІ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ І ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ

Грубнік В.В., Малиновський А.В.

Ключові слова: лапароскопічна пластика, грижі стравохідного отвору діафрагми, ускладнення, повторні операції

У роботі представлений ретельний аналіз незадовільних результатів різних методик лапароскопічної пластики гриж стравохідного отвору діафрагми за даними віддалених результатів і повторних лапароскопічних операцій, виконаних в 2 % прооперованих пацієнтів. Описана класифікація незадовільних результатів, що дозволяє уніфікувати поняття і визначати тактику лікування. Дані рекомендації щодо діагностики незадовільних результатів і особливостей повторних лапароскопічних операцій.

Summary

FAILURES IN LAPAROSCOPIC REPAIR OF HIATAL HERNIAS: CONCLUSIONS DRAWN FROM ANALYSIS OF LONG-TERM OUTCOMES AND REPEATED SURGERIES

Grubnik V.V., Malynovskyi A.V.

Key words: laparoscopic repair, hiatal hernias, failures, repeated surgeries.

The article presents the comprehensive analysis of shortcomings resulted from laparoscopic repairs of hiatal hernias based on long-term outcomes and relaparoscopic surgeries which were necessary in 2 % cases. This allowed us to make up the classifications of failures which might help to unify conceptions and to find out the appropriate surgical approach. Special attention is paid to the diagnosis of unacceptable results and certain peculiarities of relaparotomy surgeries.

УДК:616.329/.33-002-071.3:611.329/.33

Гураєвський А.А., Стасишин А.Р.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ В ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти

Проаналізовано результати операційного лікування 144 хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії ФГДО з 2004 по 2012 р.р. Аналізували дані езофагогастроуденоскопії, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту, 24 год. стравохідної рН-метрії, комп'ютерної томографії, відеолапароскопії. У 118 (81,9%) хворих виконано відеолапароскопічну фундоплікацію за Ніссеном, у 19 (13,2%) – фундоплікацію за Тупе, у 7 (4,9%) пацієнтів – фундоплікацію за Ніссен-Розетті. Інтраопераційна оцінка структур стравохідно-шлункового переходу та доопераційні методи діагностики дали можливість визначити адекватний об'єм антирефлюксної операції.

Ключові слова: стравохідно-шлункове з'єднання, анатомія, фізіологія, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

Вступ

Гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) розглядають, як складову групи кислотозалежних захворювань, оскільки соляна кислота є основним патогенетичним чинником розвитку класичної симптоматики: печії, кислотої регургітації, морфологічних ознак езофагіту. Кожний епізод рефлюкса є проявом неспроможності нижнього стравохідного сфінктера на фоні зниження його базального тиску або збільшення кількості його спонтанної релаксації. Час взаємодії кислоти зі слизовою стравоходу визначається стравохідним кліренсом і в цьому механізмі перистальтика стравоходу відіграє вирішальну роль. З огляду на це, з патофізіологічної точки зору, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба може розглядатись як синдром первинного порушення стравохідної моторно-евакуаторної функції [2,5]. Замикальна функція кардії забезпечується сфінктерною дією м'язів нижнього відділу стравоходу, гострим кутом Гіса, дном шлунка з

газовим міхуром, ніжками діафрагми, косим «пращоподібним» шлунковим м'язом, клапаном Губарева та стравохідно-діафрагмальною зв'язкою Лаймера – Бертеллі [3]. Функція кардії регулюється центральним шляхом, автономними центрами, які закладені в самій кардії та дистальному відділі стравоходу, а також за допомогою складного гуморального механізму, до якого залучені численні гастроінтестинальні гормони (гастрин, холецистокінін-панкреозимін, соматостатин) [1,4].

Мета роботи

Проаналізувати анатомо-фізіологічні особливості стравохідно-шлункового переходу в пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати операційного лікування 144 хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, які перебували на стаціонарному лікуванні

- preliminary results of a prospective randomized functional and clinical study / F.A. Granderath, U.M. Schweiger, T. Kamolz [et al.] // Archives of surgery. – 2005. – V.140. – P.40-48.
8. Granderath F.A. Laparoscopic antireflux surgery: Tailoring the hiatal closure to the size of hiatal surface area / F.A. Granderath, U.M. Schweiger, R. Pointner // Surgical endoscopy. – 2007. – V.21. – P.542–548.
9. Johnson J.M. Laparoscopic mesh hiatoplasty for paraesophageal hernias and funduplications. A critical analysis of available literature / J.M. Johnson, A.M. Carbonell, B.J. Carmody [et al.] // Surgical endoscopy. – 2006. – V.20. – P.362–366.

10. Oelschlager B.K. Biologic prosthesis to prevent recurrence after laparoscopic paraesophageal hernia repair: long-term follow-up from a multicenter, prospective, randomized trial / B.K. Oelschlager, C.A. Pellegrini, J.G. Hunter [et al.] // Journal of American college of surgeons. – 2011. – V.4. – P.461-468.
11. Rathore M.A. Metaanalysis of recurrence after laparoscopic repair of paraesophageal hernia / M.A. Rathore, S.I. Andrabi, M.I. Bhatti [et al.] // Journal of society of laparoendoscopic surgeons. – 2007. – V.11. – P.456-460.

Реферат

НЕЗАДОВІЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ПЛАСТИКИ ГРИЖ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ: ВИСНОВКИ, ЗРОБЛЕНІ ПРИ АНАЛІЗІ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ І ПОВТОРНИХ ОПЕРАЦІЙ

Грубнік В.В., Малиновський А.В.

Ключові слова: лапароскопічна пластика, грижі стравохідного отвору діафрагми, ускладнення, повторні операції

У роботі представлений ретельний аналіз незадовільних результатів різних методик лапароскопічної пластики гриж стравохідного отвору діафрагми за даними віддалених результатів і повторних лапароскопічних операцій, виконаних в 2 % прооперованих пацієнтів. Описана класифікація незадовільних результатів, що дозволяє уніфікувати поняття і визначати тактику лікування. Дані рекомендації щодо діагностики незадовільних результатів і особливостей повторних лапароскопічних операцій.

Summary

FAILURES IN LAPAROSCOPIC REPAIR OF HIATAL HERNIAS: CONCLUSIONS DRAWN FROM ANALYSIS OF LONG-TERM OUTCOMES AND REPEATED SURGERIES

Grubnik V.V., Malynovskyi A.V.

Key words: laparoscopic repair, hiatal hernias, failures, repeated surgeries.

The article presents the comprehensive analysis of shortcomings resulted from laparoscopic repairs of hiatal hernias based on long-term outcomes and relaparoscopic surgeries which were necessary in 2 % cases. This allowed us to make up the classifications of failures which might help to unify conceptions and to find out the appropriate surgical approach. Special attention is paid to the diagnosis of unacceptable results and certain peculiarities of relaparotomy surgeries.

УДК:616.329/.33-002-071.3:611.329/.33

Гураєвський А.А., Стасишин А.Р.

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВОГО ПЕРЕХОДУ В ПАЦІЄНТІВ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти

Проаналізовано результати операційного лікування 144 хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії ФГДО з 2004 по 2012 р.р. Аналізували дані езофагогастроуденоскопії, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту, 24 год. стравохідної рН-метрії, комп'ютерної томографії, відеолапароскопії. У 118 (81,9%) хворих виконано відеолапароскопічну фундоплікацію за Ніссеном, у 19 (13,2%) – фундоплікацію за Тупе, у 7 (4,9%) пацієнтів – фундоплікацію за Ніссен-Розетті. Інтраопераційна оцінка структур стравохідно-шлункового переходу та доопераційні методи діагностики дали можливість визначити адекватний об'єм антирефлюксної операції.

Ключові слова: стравохідно-шлунково з'єднання, анатомія, фізіологія, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

Вступ

Гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу (ГЕРХ) розглядають, як складову групи кислотозалежних захворювань, оскільки соляна кислота є основним патогенетичним чинником розвитку класичної симптоматики: печії, кислотої регургітації, морфологічних ознак езофагіту. Кожний епізод рефлюкса є проявом неспроможності нижнього стравохідного сфінктера на фоні зниження його базального тиску або збільшення кількості його спонтанної релаксації. Час взаємодії кислоти зі слизовою стравоходу визначається стравохідним кліренсом і в цьому механізмі перистальтика стравоходу відіграє вирішальну роль. З огляду на це, з патофізіологічної точки зору, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба може розглядатись як синдром первинного порушення стравохідної моторно-евакуаторної функції [2,5]. Замикальна функція кардії забезпечується сфінктерною дією м'язів нижнього відділу стравоходу, гострим кутом Гіса, дном шлунка з

газовим міхуром, ніжками діафрагми, косим «пращоподібним» шлунковим м'язом, клапаном Губарева та стравохідно-діафрагмальною зв'язкою Лаймера – Бертеллі [3]. Функція кардії регулюється центральним шляхом, автономними центрами, які закладені в самій кардії та дистальному відділі стравоходу, а також за допомогою складного гуморального механізму, до якого залучені численні гастроінтестинальні гормони (гастрин, холецистокінін-панкреозимін, соматостатин) [1,4].

Мета роботи

Проаналізувати анатомо-фізіологічні особливості стравохідно-шлункового переходу в пацієнтів з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою.

Матеріали і методи

Проаналізовано результати операційного лікування 144 хворих з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою, які перебували на стаціонарному лікуванні

в клініці хірургії ФПДО з 2004 по 2012 р.р. Чоловіків було 88, жінок – 56. Вік пацієнтів становив від 24 до 77 років (середній – $48 \pm 11,5$). Аналізували дані езофагогастродуоденоскопії, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту, 24 год. стравохідної рН-метрії, комп'ютерної томографії, відеолапароскопії.

Результати досліджень та їх обговорення

Верхнє фізіологічне звуження знаходилося на рівні глотково-стравохідного переходу на відстані 12 – 16 см від передніх різців верхньої щелепи. Діаметр верхнього звуження становив близько 14 мм. Середнє звуження діаметром 15 – 17 мм знаходилося на рівні біфуркації трахеї у місці щільного прилягання до стінки стравоходу аорти та лівого головного бронха 24 – 26 см від верхніх різців. Нижнє фізіологічне звуження діаметром 16 – 19 мм відповідало інтрадіафрагмальної частині стравоходу. Ширина просвіту стравоходу між звуженнями становила 2 – 3 см. Стравохідний отвір діафрагми (СОД) утворювався за рахунок правої медіальної ніжки діафрагми, яка з'єднувалася з лівою на рівні першого поперекового хребця. Обидві діафрагмальні ніжки починалися від *ligamentum longitudinale anterior* та передньої поверхні тіл II – IV поперекових хребців. Разом вони утворювали дугу *ligamentum arcuatum*, яка спереду та з боків обмежувала аортальний отвір діафрагми. Довжина стравохідного отвору діафрагми, в середньому, становила 4 см, а ширина – 2,5 см і зростали в залежності від розміру та виду грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД). У ділянці СОД стравохід був фіксований фасціальною мембраною (зв'язка Лаймера – Бертеллі).

ГСОД діагностовано у 136 (94,4%) хворих (ковзну у 115 (84,6%), параезофагеальну у 4 (2,9%), змішану у 17 (12,5%) випадках). Середніх розмірів – у 26,5% пацієнтів, великих – у 58,1%, гігантську > 8 см – у 15,4% оперованих. Первинна перистальтична хвиля розповсюджувалася по стравоходу, в середньому, зі швидкістю 1,5 см за секунду і проходила стравохід за 12 – 14с.

У 118 (81,9%) хворих виконано відеолапароскопічну фундоплікацію за Ніссеном, у 19 (13,2%) – фундоплікацію за Тупе, у 7 (4,9%) пацієнтів – фундоплікацію за Ніссен-Розетті. Ми використовували методику з

введенням п'ятих троакарів (10,10,10,5,5). Виконували наступні етапи операції: 1) мобілізацію нижнього сегменту стравоходу; 2) ідентифікацію почергово правої і лівої ніжок діафрагми; 3) виділення печінкової гілки, передній та задній п. *vagus*; 4) мобілізацію дна шлунка; 6) звуження стравохідного отвору зшиванням ніжок діафрагми (1-3 «Z» подібні і/або вузлові шви за допомогою відеолапароскопічної техніки і/або з використанням EndoStich); 5) формування антирефлюксної манжети за допомогою вузлових швів. Для виділення абдомінального відділу стравоходу спочатку необхідно було розсікти над ним очеревину, після чого візуалізувати фасціальну пластину, яка розташовувалася між обома ніжками діафрагми, покривала передню поверхню стравоходу та фіксувалася до ділянки стравохідно – шлункового переходу. Тільки після цього стало можливим огляд самого стравоходу та його мобілізація з оточуючих тканин.

Висновки

Інтраопераційна оцінка структур стравохідно-шлункового переходу (дистальна частина стравоходу, стравохідний отвір діафрагми, ніжки діафрагми, розмір ГСОД) та доопераційні методи діагностики (езофагогастродуоденоскопія, рентгеноскопія шлунково-кишкового тракту, 24 год. стравохідна рН-метрія, комп'ютерна томографія) дають можливість визначити адекватний об'єм антирефлюксної операції

Література

1. Бабак О. Я. Гастрозофагеальна рефлюксная болезнь / О. Я. Бабак, Г. Д. Фадеенко. – К.: Интерфарма. – 2000. – 175 с.
2. Колісник С. П. Гастрозофагеальна рефлюксна хвороба: актуальні питання сучасної діагностики, лікування та профілактики / С. П. Колісник, В. М. Чернобровий // Сучасна гастроентерологія. – 2006. – № 1. – С. 93–96
3. Шварковский И.В. Топографо-анатомічне обґрунтування способу лікування гастрозофагеальної рефлюксної хвороби з використанням проленових імплантів / І.В. Шварковский // Вісник проблем біології і медицини. – 2007. – №1. – С.143–147.
4. Modzelewski B. Effect of arachidonic acid peroxidation products on the development of gastroesophageal reflux disease / B. Modzelewski // Pol. Merkur Lekarski. – 2004. – V.16, № 96. – P. 532–535.
5. Öberg S. Determinants of intestinal metaplasia within the columnar-lined esophagus / S. Öberg, J. Peters, T. DeMeester, R. Lord // Arch. Surg. – 2000. – V.135, № 6. – P. 651–656.

Резюме

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО ПЕРЕХОДА У ПАЦИЕНТОВ С ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Гураевский А.А., Стасышин А.Р.

Ключевые слова: пищеводно-желудочное соединение, анатомия, физиология, гастрозофагеальная рефлюксная болезнь

Проанализированы результаты операционного лечения 144 больных с гастрозофагеальной рефлюксной болезнью, находившихся на стационарном лечении в клинике хирургии ФПДО с 2004 по 2012 г.г. Анализировали данные эзофагогастродуоденоскопии, рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта, 24 час. пищевода рН-метрии, компьютерной томографии, видеолапароскопии. В 118 (81,9%) больных выполнено видеолапароскопичну фундоп्लीкацію по Ніссену, у 19 (13,2%) – фундоп्लीкацію за Тупе, у 7 (4,9%) пацієнтів – фундоп्लीкацію за Ніссен-Розетті. Інтраопераційна оцінка структур пищеводно-желудочного перехода и дооперационные методы диагностики позволили определить адекватный объем антирефлюксной операции.

Summary

ANATOMICAL AND PHYSIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ESOPHAGEAL-GASTRIC JUNCTION IN PATIENTS WITH GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

Hurayevskyy A.A., Stasyshyn A.R.

Key words: esophageal-gastric junction, anatomy, physiology, gastroesophageal reflux disease

This article presents the analysis of surgical treatment of 144 patients with gastroesophageal reflux disease at the Clinic of Surgery FPC, 2004 – 2012. Data studied included esophagogastroduodenoscopy, radioscopy gastrointestinal tract, 24-hour esophageal pH metry, CT, videolaparoscopy. 118 (81.9%) patients were performed on Nissen video-laparoscopic fundoplication, 19 patients (13.2%) were subjected to Toupet fundoplication, and 7 (4.9%) patients – to Nissen-Rosetti fundoplication. Intraoperative evaluation fro the structures of esophagogastric junction and preoperative diagnostic methods enabled to determine the adequate extent of antireflux surgery.

УДК 616.345-006.5-031.81-056.76-089.168

Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Завгородняя А.С.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Проанализированы результаты хирургического лечения 6 пациентов с диффузным семейным полипозом толстой кишки, оперированных в клинике за период с 1987 по 2008гг. Всем больным была произведена колон-проктэктомия с формированием илеоанального S-pouch резервуара. В одном случае имело место рубцовое сужение илеоанального анастомоза, в связи с чем проведена его дилатация. Летальных исходов зафиксировано не было. При исследовании функции сфинктера в сроки от 3 недель до 2 лет после восстановления кишечной непрерывности – тонус последнего не нарушен. При резервуарографии резервуарная функция полностью восстановилась у 3 больных в сроки от 2 до 4 месяцев после восстановительного этапа лечения, у 2 больных – от 3 до 7,5 месяцев. Кратность стула составила от 3 до 6 раз в сутки.

Ключевые слова: диффузный семейный полипоз, толстая кишка, резервуар, колонпроктэктомия, S-pouch.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького «Хирургическое лечение больных с заболеванием толстой кишки, передней брюшной стенки, а также хирургических осложнений сахарного диабета» (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

В настоящее время диффузный семейный полипоз толстой кишки (ДСПТК) бесспорно продолжает оставаться довольно актуальной проблемой, затрагивающей преимущественно лиц молодого возраста [2, 4]. Данные литературы все чаще свидетельствуют о неуклонном росте количества пациентов и недостаточной осведомленности многих врачей широкого профиля относительно клинико-морфологических форм полипоза и хирургической тактики при ней [5]. Нельзя забывать о том, что ДСПТК в большинстве случаев имеет наследственный характер и тяжелое течение, которое нередко обусловлено злокачественным перерождением. В связи с этим в 100% случаев пациентам показана колонпроктэктомия [1, 6]. Несмотря на то, что тонкокишечные резервуары все шире применяются в хирургическом лечении заболеваний тонкой и толстой кишки, возможности и особенности техники их формирования продолжают оставаться одной из наиболее неразрешенных проблем современной колопроктологии [3].

Цель исследования

Проанализировать особенности хирургической тактики и результаты лечения больных с ДСПТК.

Объект и методы исследования

В клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 1987 по 2008гг. проанализированы результаты лечения 6 больных с ДСПТК, которым была произведена колонпроктэктомия с формированием S-образного илеоанального резервуара. По половому признаку больные распределились поровну. Возраст больных колебался в пределах от 23 до 42 лет, то есть все пациенты молодого трудоспособного возраста.

Результаты исследований и их обсуждение

У всех больных после проведения колонпроктэктомии тонкую кишку низводили за анальный канал, формировали S-образный резервуар (рис.1), не вскрывая просвет кишки путем наложения серозно-мышечных швов на стенку тонкой кишки. При формировании илеоанального резервуара необходимо следить за тем, чтобы не было натяжения между анастомозируемой подвздошной кишкой и анальным каналом, т.е. петля кишки должна располагаться свободно в малом тазу поскольку вследствие имеющегося

место некоторого сокращения кишки возможно прорезывание швов илеоанального анастомоза. Абсолютно во всех случаях формирования резервуара проксимальнее формировали протектирующую петлевую илеостому, которая спустя 2-3 месяца ушивалась. Формирование последней считаем необходимым для отключения транзита по кишечной трубке для профилактики несостоятельности швов илеоанального анастомоза и предохранения кожи перинальной области от изъязвлений.

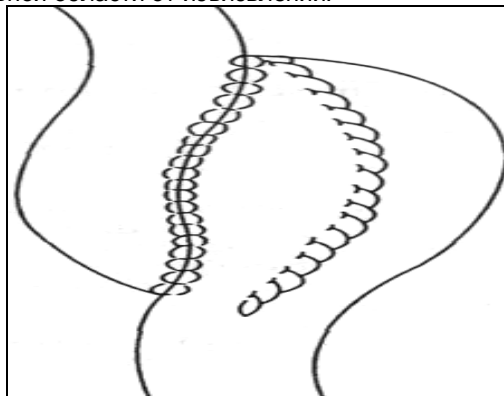


Рисунок 1. S-образный тонкокишечный резервуар

В одном случае имело место рубцовое сужение илеоанального анастомоза, в связи с чем была произведена его дилатация. Летальных исходов зафиксировано не было. У одной пациентки при исследовании послеоперационного материала выявлено наличие умеренно дифференцированной аденокарциномы с изъязвлением, прорастанием в мышечный слой, наличием опухолевых эмболов в мелких лимфатических сосудах, множественных тубулярных и тубуло-папиллярных аденом с пролиферацией и дисплазией эпителия различной степени на фоне диффузного семейного полипоза. Во всех остальных случаях морфологически верифицирована тубулярная аденома.

При исследовании функции сфинктера в сроки от 3 недель до 2 лет после восстановления кишечной непрерывности – тонус последнего не нарушен. При рентгенологическом исследовании (резервуарографии) – резервуарная функция полностью восстановилась у 3 больных в сроки от 2 до 4 месяцев после восстановительного этапа лечения, у 2 больных – от 3 до 7,5 месяцев. Кратность стула составила от 3 до 6 раз в сутки.

УДК 616.345-006.5-031.81-056.76-089.168

Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Завгородняя А.С.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДИФфуЗНЫМ СЕМЕЙНЫМ ПОЛИПОЗОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Проанализированы результаты хирургического лечения 6 пациентов с диффузным семейным полипозом толстой кишки, оперированных в клинике за период с 1987 по 2008гг. Всем больным была произведена колон-проктэктомия с формированием илеоанального S-pouch резервуара. В одном случае имело место рубцовое сужение илеоанального анастомоза, в связи с чем проведена его дилатация. Летальных исходов зафиксировано не было. При исследовании функции сфинктера в сроки от 3 недель до 2 лет после восстановления кишечной непрерывности – тонус последнего не нарушен. При резервуарографии резервуарная функция полностью восстановилась у 3 больных в сроки от 2 до 4 месяцев после восстановительного этапа лечения, у 2 больных – от 3 до 7,5 месяцев. Кратность стула составила от 3 до 6 раз в сутки.

Ключевые слова: диффузный семейный полипоз, толстая кишка, резервуар, колонпроктэктомия, S-pouch.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького «Хирургическое лечение больных с заболеванием толстой кишки, передней брюшной стенки, а также хирургических осложнений сахарного диабета» (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

В настоящее время диффузный семейный полипоз толстой кишки (ДСПТК) бесспорно продолжает оставаться довольно актуальной проблемой, затрагивающей преимущественно лиц молодого возраста [2, 4]. Данные литературы все чаще свидетельствуют о неуклонном росте количества пациентов и недостаточной осведомленности многих врачей широкого профиля относительно клинико-морфологических форм полипоза и хирургической тактики при ней [5]. Нельзя забывать о том, что ДСПТК в большинстве случаев имеет наследственный характер и тяжелое течение, которое нередко обусловлено злокачественным перерождением. В связи с этим в 100% случаев пациентам показана колонпроктэктомия [1, 6]. Несмотря на то, что тонкокишечные резервуары все шире применяются в хирургическом лечении заболеваний тонкой и толстой кишки, возможности и особенности техники их формирования продолжают оставаться одной из наиболее неразрешенных проблем современной колопроктологии [3].

Цель исследования

Проанализировать особенности хирургической тактики и результаты лечения больных с ДСПТК.

Объект и методы исследования

В клинике общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета на базе проктологического отделения ДОКТМО за период с 1987 по 2008гг. проанализированы результаты лечения 6 больных с ДСПТК, которым была произведена колонпроктэктомия с формированием S-образного илеоанального резервуара. По половому признаку больные распределились поровну. Возраст больных колебался в пределах от 23 до 42 лет, то есть все пациенты молодого трудоспособного возраста.

Результаты исследований и их обсуждение

У всех больных после проведения колонпроктэктомии тонкую кишку низводили за анальный канал, формировали S-образный резервуар (рис.1), не вскрывая просвет кишки путем наложения серозно-мышечных швов на стенку тонкой кишки. При формировании илеоанального резервуара необходимо следить за тем, чтобы не было натяжения между анастомозируемой подвздошной кишкой и анальным каналом, т.е. петля кишки должна располагаться свободно в малом тазу поскольку вследствие имеющегося

место некоторого сокращения кишки возможно прорезывание швов илеоанального анастомоза. Абсолютно во всех случаях формирования резервуара проксимальнее формировали протектирующую петлевую илеостому, которая спустя 2-3 месяца ушивалась. Формирование последней считаем необходимым для отключения транзита по кишечной трубке для профилактики несостоятельности швов илеоанального анастомоза и предохранения кожи перинальной области от изъязвлений.

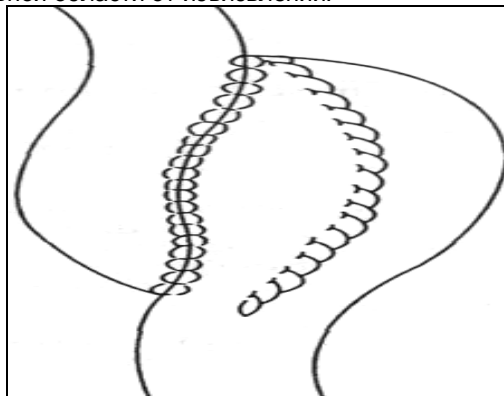


Рисунок 1. S-образный тонкокишечный резервуар

В одном случае имело место рубцовое сужение илеоанального анастомоза, в связи с чем была произведена его дилатация. Летальных исходов зафиксировано не было. У одной пациентки при исследовании послеоперационного материала выявлено наличие умеренно дифференцированной аденокарциномы с изъязвлением, прорастанием в мышечный слой, наличием опухолевых эмболов в мелких лимфатических сосудах, множественных тубулярных и тубуло-папиллярных аденом с пролиферацией и дисплазией эпителия различной степени на фоне диффузного семейного полипоза. Во всех остальных случаях морфологически верифицирована тубулярная аденома.

При исследовании функции сфинктера в сроки от 3 недель до 2 лет после восстановления кишечной непрерывности – тонус последнего не нарушен. При рентгенологическом исследовании (резервуарографии) – резервуарная функция полностью восстановилась у 3 больных в сроки от 2 до 4 месяцев после восстановительного этапа лечения, у 2 больных – от 3 до 7,5 месяцев. Кратность стула составила от 3 до 6 раз в сутки.

Выводы

Необходимым считаем проведение скрининга при наличии в семейном анамнезе хронических воспалительных заболеваний кишечника. При хирургическом лечении больных с ДСПТК при тотальном поражении толстой кишки – колонпроктэктомия с формированием тонкокишечного S,J-pouchрезервуара может считаться операцией выбора. Период адаптации в плане нормализации гомеостаза, восстановления моторно-эвакуаторной функции тонкокишечного резервуара, достижения ремиссии составляет в среднем 5-8 месяцев после восстановления кишечной непрерывности путем ушивания илеостомы. Считаем необходимым отключение пассажа по тонкокишечному паучу на период адаптации (2-3 месяца) с целью предохранения кожи перианальной области от мацераций, изъязвлений и профилактики несостоятельности швов илеоанального анастомоза.

Перспективы дальнейших исследований

Планируется проведение сравнения отдаленных функциональных результатов формирования S, W и

J-pouch резервуаров при различных патологиях толстой и прямой кишки, требующих выполнения колонпроктэктомии (неспецифический язвенный колит, диффузный семейный полипоз толстой кишки, мегадолихоколон с декомпенсированным мегаректумом).

Литература

1. Гюльмамедов Ф.И. Наш досвід формування тонко кишкових резервуарів при хірургічному лікуванні захворювань товстої кишки / Ф.И.Гюльмамедов, П.Ф.Гюльмамедов, Г.С.Полунін [та ін.] // Шпитальна хірургія. – 2005. – №1. – С. 52-54.
2. Дубовий В.А. Хірургічна корекція функції неоректуму / В.А. Дубовий // Хірургія України. – 2006. – № 3 (19). – С.59-65.
3. Захараш М.П. Післяопераційна корекція функції неоректуму / М.П. Захараш, О.І. Пойда, В.А. Дубовий // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісн. Укр. мед. стомат. академії. – 2006. – Т.6, № 1-2 (13-14). – С. 167-169.
4. Мельник В.М. Реконструктивно-відновні операції при видаленні функціонально-активних відділів товстої кишки / В.М. Мельник // Дисс...докт.мед.наук. – К., 2008. – 481 с.
5. Пойда О.І. Спосіб формування тонкокишкового резервуара / О.І. Пойда, В.М. Мельник // Промислова власність. – 2002. – №8. – С.52-54.
6. Mantyh C.R. Coloplasty in low colorectal anastomosis: manometric and functional comparison with straight and colonic J-pouch anastomosis / C.R. Mantyh, T.L. Hull, V.W. Fasio // Dis. Colon Rectum. – 2001. – V.44. – P.37-42.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ТА РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ РОДИННИЙ ПОЛІПОЗ ТОВСТОЇ КИШКИ

Гюльмамедов Ф.И., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К., Завгородняя А.С.

Ключові слова: дифузний сімейний поліпоз, товста кишка, резервуар, колонпроктэктомия, S-pouch.

Проаналізовано результати хірургічного лікування 6 пацієнтів на дифузний родинний поліпоз товстої кишки, оперованих у клініці за період з 1987 по 2008рр. Усім пацієнтам була виконана колонпрооктэктомия з формуванням ілеоанального S-pouch резервуару. В одному випадку було рубцеве звуження ілеоанального анастомозу, у зв'язку з чим проведена його дилатація. Летальних випадків не було. При дослідженні функції сфінктера в термін від 3 тижнів до 2 років після відновлення кишкової безперервності - тонус останнього не порушений. При дослідженні резервуарних функцій повністю відновилася у 3 хворих на термін від 2 до 4 місяців після відновлювального етапу лікування, у 2 хворих - від 3 до 7,5 місяців. Кратність випорожнень склала від 3 до 6 разів на добу.

Summary

PECULIARITIES OF SURGICAL APPROACH FOR PATIENTS WITH FAMILIAL COLON DIFFUSE POLYPOSIS AND THEIR RESULTS

Gulmamedov F.I., Gulmamedov P.F., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K., Zavgorodnya A.S.

Key words: diffuse familial polyposis, colonproctectomy, S-pouch reservoir.

This paper presents the results of surgical treatment of 6 patients with diffuse familial polyposis colon operated on at the clinic from 1987 to 2008. All patients were performed on colonproctectomy with formation ileal S-pouch reservoir. One case was complicated with stricture of ileal anastomosis therefore the dilatation was performed. Deaths were not reported. The study of sphincter function in the period from 3 weeks to 2 years after the intestinal restoration done showed the tone of sphincter was not affected. The reservoir function was restored in 3 patients for 2 to 4 months after the recovery phase of the treatment, and in 2 patients – from 3 to 7.5 months. Intestinal discharge was observed 3 – 6 times daily.

УДК:616.36-002.3-089

Десятерик В.І., Котов О.В. Шинкаренко Р.В.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО

Абсцеси печінки мають тяжкий перебіг та відрізняються високими показниками летальності. В статті наведений досвід лікування 26 хворих з абсцесами печінки. Всі хворі були оперовані шляхом використання мініінвазивних технологій під контролем ультразвуку. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 18 хворих, множинні – у 5, міліарні – у 2, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень сягав від 2 до 850 мл. Абсцеси в печінці, як правило, носили вторинний характер. Різними були строки захворювання: від 5 днів до 2-3 місяців. Дренували абсцеси з розмірами гнійної порожнини більше 3 см., абсцеси з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см., якщо при пункції не вдалося провести повноцінну санацію гноя, абсцеси з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більш ніж 1-5 см.). Встановлено, що чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим менш вірогідно, що такий гнояк вдасться вилікувати пункційно. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка обумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність додаткового застосування регіонарної терапії. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був наступним: *Staphylococcus spp.* (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella spp.* (13,6%), *Enterococcus spp.* (13,6%), *Citrobacter spp.* (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Строки дренивання колювались від 10 до 28-42 днів (в окремих випадках – 3 хворих). Спостерігали одне ускладнення. Летальних наслідків не було. Висновок: малоінвазивні втручання не тільки доцільно, але й необхідно використовувати з урахуванням тяжкості захворювання, віку хворих, наявності супутньої патології; їх ефективність і перевага перед традиційними є очевидною.

Ключові слова: абсцеси печінки, мініінвазивні втручання, результати лікування

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

Мета дослідження

Проаналізувати результати комплексного хірургічного лікування хворих з абсцесами печінки з використанням сучасних мініінвазивних технологій під контролем УЗ, оцінити їх переваги та ефективність.

Матеріали і методи

Проаналізовані результати лікування 26 хворих (12 чоловіків та 14 жінок) з абсцесами печінки, віком від 35 до 84 років. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 18 хворих, множинні – у 5, міліарні – у 2, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень сягав від 2 до 850 мл.

Всім хворим виконані мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УЗ. При виборі способу лікування абсцесів печінки, ми виходили, з розмірів гнійної порожнини, характеру вмісту та поширеності зони інфільтрації.

Так, при поодиноких абсцесах, з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. і незначною інфільтрацією навколо (приблизно до 0,5 см.) лікували пункційним способом. Як правило, 1-2 пункції з санацією порожнини гнояка розчинами антисептиків було достатньо. Для

промивання використовували розчин діоксидину 1%, декасан. Дренування здійснювали при абсцесах з розмірами гнійної порожнини більше 3 см., незважаючи на поширеність зони інфільтрації навколо; при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см., якщо при пункції не вдалося провести повноцінну санацію гнояка за рахунок наявності в гнійній порожнині щільного тканинного детриту; при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більш ніж 1-5 см.). В останньому випадку, після дренивання з одномоментною санацією таких порожнин з вираженою інфільтрацією тканин навколо, починаючи з наступного дня, спостерігали значне виділення гною – до 100-150 мл. за добу і більше; при цьому, за даними ультразвукового дослідження (УЗД) в порожнині гнояка, навколо встановленого дренажа рідкісного компоненту майже не спостерігалось. Чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим більше показів для його дренивання. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка обумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність поряд із системною, в окремих, найбільш тяжких випадках, додатково проводити й регіональну антибактеріальну, гепатотропну терапію, шляхом безперервної інфузії препаратів через катетер, заведений в печінкову артерію за методом Сельдінгера під контролем ангиографа.

При множинних гнояках печінки, 1-2-3 найбільших – дренивали, інші, менші за розміром, пунктували, загалом дотримуючись вище наведених принципів. Дренування здійснювали як окремо кожного гнояка з різних точок, так і з однієї точки, «нанизуючи» розташовані вздовж пункційної лінії кілька гнояків до ряду, попередньо зробивши в дренажі достатню кількість отворів на необхідному відрізку.

При міліарних абсцесах виконували пункційну біопсію печінки по ходу розташування дрібних гнояків. Відібраний матеріал направляли до бактеріологічної лабораторії для визначення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Всім хворим в обов'язковому плані проводили регіонарну антибактеріальну терапію, починаючи, як правило з карбапенемів.

Паразитарну кісту з нагоєнням дренивали. Вміст відправляли на дослідження до клінічної та бактеріологічної лабораторії. Порожнину гнояка протягом перших кількох днів промивали наведеними вище роз-

УДК:616.36-002.3-089

Десятерик В.І., Котов О.В. Шинкаренко Р.В.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія» МОЗ України кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО

Абсцеси печінки мають тяжкий перебіг та відрізняються високими показниками летальності. В статті наведений досвід лікування 26 хворих з абсцесами печінки. Всі хворі були оперовані шляхом використання мініінвазивних технологій під контролем ультразвуку. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 18 хворих, множинні – у 5, міліарні – у 2, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень сягав від 2 до 850 мл. Абсцеси в печінці, як правило, носили вторинний характер. Різними були строки захворювання: від 5 днів до 2-3 місяців. Дренували абсцеси з розмірами гнійної порожнини більше 3 см., абсцеси з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см., якщо при пункції не вдалося провести повноцінну санацію гноя, абсцеси з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більш ніж 1-5 см.). Встановлено, що чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим менш вірогідно, що такий гнояк вдасться вилікувати пункційно. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка обумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність додаткового застосування регіонарної терапії. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був наступним: *Staphylococcus spp.* (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella spp.* (13,6%), *Enterococcus spp.* (13,6%), *Citrobacter spp.* (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Строки дреноування колювались від 10 до 28-42 днів (в окремих випадках – 3 хворих). Спостерігали одне ускладнення. Летальних наслідків не було. Висновок: малоінвазивні втручання не тільки доцільно, але й необхідно використовувати з урахуванням тяжкості захворювання, віку хворих, наявності супутньої патології; їх ефективність і перевага перед традиційними є очевидною.

Ключові слова: абсцеси печінки, мініінвазивні втручання, результати лікування

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

Мета дослідження

Проаналізувати результати комплексного хірургічного лікування хворих з абсцесами печінки з використанням сучасних мініінвазивних технологій під контролем УЗ, оцінити їх переваги та ефективність.

Матеріали і методи

Проаналізовані результати лікування 26 хворих (12 чоловіків та 14 жінок) з абсцесами печінки, віком від 35 до 84 років. Поодинокі абсцеси різних розмірів спостерігали у 18 хворих, множинні – у 5, міліарні – у 2, паразитарний – у 1. Об'єм рідинних утворень сягав від 2 до 850 мл.

Всім хворим виконані мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УЗ. При виборі способу лікування абсцесів печінки, ми виходили, з розмірів гнійної порожнини, характеру вмісту та поширеності зони інфільтрації.

Так, при поодиноких абсцесах, з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. і незначною інфільтрацією навколо (приблизно до 0,5 см.) лікували пункційним способом. Як правило, 1-2 пункції з санацією порожнини гнояка розчинами антисептиків було достатньо. Для

промивання використовували розчин діоксидину 1%, декасан. Дренування здійснювали при абсцесах з розмірами гнійної порожнини більше 3 см., незважаючи на поширеність зони інфільтрації навколо; при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см., якщо при пункції не вдалося провести повноцінну санацію гнояка за рахунок наявності в гнійній порожнині щільного тканинного детриту; при абсцесах з розмірами гнійної порожнини до 2-3 см. та вираженою інфільтрацією тканин навколо (більш ніж 1-5 см.). В останньому випадку, після дреноування з одномоментною санацією таких порожнин з вираженою інфільтрацією тканин навколо, починаючи з наступного дня, спостерігали значне виділення гною – до 100-150 мл. за добу і більше; при цьому, за даними ультразвукового дослідження (УЗД) в порожнині гнояка, навколо встановленого дренажа рідкісного компоненту майже не спостерігалось. Чим більше зона інфільтрації навколо гнійної порожнини, тим більше показів для його дреноування. Саме поширеність зони інфільтрації навколо порожнини гнояка обумовлювала тяжкість перебігу захворювання і диктувала необхідність поряд із системною, в окремих, найбільш тяжких випадках, додатково проводити й регіональну антибактеріальну, гепатотропну терапію, шляхом безперервної інфузії препаратів через катетер, заведений в печінкову артерію за методом Сельдінгера під контролем ангиографа.

При множинних гнояках печінки, 1-2-3 найбільших – дреноували, інші, менші за розміром, пунктували, загалом дотримуючись вище наведених принципів. Дренування здійснювали як окремо кожного гнояка з різних точок, так і з однієї точки, «нанизуючи» розташовані вздовж пункційної лінії кілька гнояків до ряду, попередньо зробивши в дренажі достатню кількість отворів на необхідному відрідку.

При міліарних абсцесах виконували пункційну біопсію печінки по ходу розташування дрібних гнояків. Відібраний матеріал направляли до бактеріологічної лабораторії для визначення збудників та їх чутливості до антибіотиків. Всім хворим в обов'язковому плані проводили регіонарну антибактеріальну терапію, починаючи, як правило з карбапенемів.

Паразитарну кісту з нагоєнням дреноували. Вміст відправляли на дослідження до клінічної та бактеріологічної лабораторії. Порожнину гнояка протягом перших кількох днів промивали наведеними вище роз-

чинами, а потім, після ліквідації гнійного запалення, гліцерином, гіпохлоридом натрію. Паралельно хворій призначали вармил в стандартній дозі. Наявність паразита контролювали періодично, беручи на аналіз виділення з дренажа. Критеріями видалення дренажа були: задовільний стан хворої, повне знешкодження паразита, припинення виділень по дренажу, склерозація порожнини кісти.

Всім хворим контрольні УЗД виконували на наступний день після втручання і далі, через кожні 2-4 дні, за потребою.

Пункції виконували під контролем УЗ із застосуванням доплера (для вибору «безпечного» місця) за допомогою голки «СНІВА», діаметром 18-23G. Дренування здійснювали троакар-катетерами типу «Pigtail», діаметром 6-9F, зі стандартних й нестандартних точок, обов'язково враховуючи при цьому анатомію плеврального синусу. При наявності реактивного екссудату в плевральній порожнині більш ніж 50-100 мл. виконували плевральну пункцію з подальшим дослідженням вмісту в клінічній лабораторії. Вилучену рідину з внутрішньопечінкових гнояків досліджували бактеріологічно. Виконували бактеріоскопію відібраного матеріалу, а також засів на живильні середовища з метою ідентифікації виду збудника. Чутливість до антибіотиків визначали диско-дифузійним методом з набором дисків, які відповідали виділенням груп мікроорганізмів. Період інкубації складав повних 24 години. У всіх хворих, поряд із застосуванням пункційно-дренажного методу лікування, проводили інтенсивну консервативну терапію, згідно стандартів ведення хворих на цю тяжку патологію.

Результати та їх обговорення

Абсцеси в печінці, як правило, носили вторинний характер, навіть в тих випадках, коли саме джерело встановити вже неможливо. Інколи, лише анамнез захворювання і дані мікробіологічного пейзажу з абсцесу дозволяли орієнтовно судити про його етіологію і патогенетичні механізми виникнення. Різними були строки захворювання: від 5 днів до 2-3 місяців. Найчастіше за допомогою хворі звертались у строки 2-3 тижні від початку захворювання, коли лікування як правило правобічної пневмонії у терапевтів було не ефективним, а рентген моніторинг демонстрував негативну динаміку (поява або збільшення плеврального випоту).

Позитивні результати бактеріологічного дослідження отримали у 22 хворих. У 1 хворого з множинними абсцесами печінки, у 2 хворих з поодинокими, великими абсцесами печінки і у 1 хворої з нагноєнням паразитарної кісти не вдалося виділити мікрофлору, незважаючи на численні засіви, які виконувались через день, кілька разів. У цих 4 хворих антибактеріальну терапію проводили емпірично; у інших – протягом перших 2-3 діб емпіричну, потім – направлену, згідно результатів засівів. Мікробний пейзаж при абсцесах печінки був наступним: *Staphylococcus* spp. (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella* spp. (13,6%), *Enterococcus* spp. (13,6%), *Citrobacter* spp. (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Чутливість близько 40% виділених штамів мікроорганізмів відповідала стандартам емпіричної антимікробної терапії (АМТ), яка рекомендована для лікування даної патології – цефалоспорины III, IV поколінь, аміноглікозиди, фторхінолони II-IV поколінь. Оскільки абсцеси носять вторинний характер і є ускладненням основного захворювання, цілком зрозуміла досить велика кількість – майже 60,0% полірезистентних штамів мікроорганізмів, які в більшості ви-

падків мають ознаки нозокоміальних. Серед них: *Staphylococcus* spp. – 6 MRSA штамів, *Enterococcus* spp. – 3, *P.aeruginosa* – 1, *E.coli* – 2, *Citrobacter* spp. – 1. Чутливість полірезистентних штамів до антибіотиків була наступною: *Staphylococcus* spp. – ванкоміцин, кліндаміцин, левофлоксацин, гентаміцин, лінезолід; *P.aeruginosa* – меропенем, цефоперазон захищений сульбактамом, піперацилін/тазобактам, колістин; *E.coli*, *Citrobacter* spp. – меропенем, амікацин, цефоперазон захищений сульбактамом, тікарцилін/клавулонат; *Enterococcus* spp. – ванкоміцин, лінезолід. Саме полірезистентні штами представляли реальну загрозу життю пацієнтів, особливо у випадку міліарних абсцесів; їх необхідно своєчасно ідентифікувати і, відповідно, призначати направлену деескалаційну АМТ. Корекція призначеної емпірично антимікробної терапії, у всіх випадках виявлених полірезистентних штамів, проводилася у строки від 48 до 72 годин у відповідності до наведених вище даних про чутливість цих мікроорганізмів до антибіотиків.

Використані мініінвазивні технології були основними й остаточними в лікуванні. Строки дренування коливались від 12 до 28-42 діб (в окремих випадках – 3 хворих). Спостерігали одне ускладнення: у хворої Г., 66 років з холангіогенним абсцесом лівої долі печінки об'ємом до 500 мл через 3 тижні від початку лікування по ходу дренажного каналу, між печінкою та черевною стінкою сформувався абсцес об'ємом до 10мл. Ускладнення запідозрили клінічно, а локалізацію встановили при КТ-дослідженні. Абсцес було розкрито з мінідоступу, під місцевим знеболюванням, не видаляючи основний дренаж з печінки.

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

Висновки

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

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

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

Література

1. Борисов А.Е. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей / Борисов А.Е. – СПб. : Предприятие ЭФА, 2002. – 448 с.
2. Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии / Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. – М. : Трида-Х, 2003. – 216 с.
3. Ахаладзе Г.Г. Холангиогенные абсцессы печени / Г.Г.Ахаладзе, И.Ю. Церетели // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т.11, №2. – С.30-35.
4. Кондратенко П.Г. Хирургическая инфекция / П.Г.Кондратенко, В.В. Соболев. – Донецк, 2007. – 512 с.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Десятерик В.И., Котов А.В., Шинкаренко Р.В.

Ключевые слова: абсцессы печени, минимально инвазивные вмешательства, результаты лечения.

Абсцессы печени имеют тяжелое течение и отличаются высокими показателями летальности. В статье приведен опыт лечения 26 больных с абсцессами печени. Все больные оперировались путем использования минимально инвазивных технологий под контролем ультразвука. Одиночные абсцессы разных размеров наблюдали у 18 больных, множественные – у 5, милиарные – у 2, паразитарный – у 1. Объем жидкостных образований был от 2 до 850 мл. Абсцессы в печени, как правило, носили вторичный характер. Разными были сроки заболевания: от 5 дней до 2-3 месяцев. Дренировали абсцессы с размерами гнойной полости больше 3 см., абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см., если при пункции не удалось провести полноценную санацию гнойника, абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см., но с выраженной инфильтрацией тканей вокруг (более чем 1-5 см.). Установлено, что чем больше зона инфильтрации вокруг гнойной полости, тем менее достоверно, что такой гнойник удастся вылечить пункционно. Именно распространенность зоны инфильтрации вокруг полости гнойника обуславливала тяжесть течения заболевания и диктовала необходимость дополнительного применения регионарной терапии. Микробный пейзаж при абсцессах печени был следующим: *Staphylococcus* spp. (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella* spp. (13,6%), *Enterococcus* spp. (13,6%), *Citrobacter* spp. (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Сроки дренирования колебались от 10 до 28-42 суток (в отдельных случаях – 3 больных). Наблюдали одно осложнение. Летальных последствий не было. Вывод: минимально инвазивные вмешательства не только целесообразно, но и необходимо использовать с учетом тяжести заболевания, возраста больных, наличия сопутствующей патологии; их эффективность и преимущество перед традиционными является очевидным.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF LIVER ABSCESSSES

Desyaterik V.I., Kotov A.V., Shinkarenko R.V.

Key words: liver abscesses, minimally invasive interventions, outcomes.

Liver abscess is a severe pathology characterized by high mortality rate. This article illustrates our experience in treating 26 patients with liver abscesses. All patients were subjected to ultrasound-guided minimally invasive surgeries. Solitary abscesses of different sizes were observed in 18 patients, multiple abscesses were found in 5 cases, miliars – in 2 cases, and parasitic abscess was detected in 1 case. The volume of liquid collected was about 2 – 850 ml. Most of abscesses were of secondary nature. The terms of the diseases ranged from 5 days to 2-3 months. We drained the abscesses having pus-containing cavities over 3 cm, as well as the abscesses with the cavity sized of 2-3 cm, if a puncture did not provide complete sanitation of the abscess, and abscess with the cavity sized less than 2-3 cm, but with noticeable tissue infiltration (> 1-3-5 cm). It was revealed the larger infiltration area the around the puss-containing cavity, the less possibility to treat such abscess by the puncture only. The extent of infiltration area around the abscess cavity determined the severity of the disease and required additional local therapy. Bacterial landscape of the liver abscesses was made up with *Staphylococcus* spp. (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella* spp. (13,6%), *Enterococcus* spp. (13,6%), *Citrobacter* spp. (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Terms for drainage ranged from 10 to 28-42 days. The only complication was reported. There were no lethal outcomes. We concluded that the minimally invasive intervention was an appropriate and might be used according to the severity of the disease, patient's age, comorbidity. It was obvious that the efficiency of our mini-intervention techniques were higher in comparison with conventional.

УДК 616.381-008.718:616.37-002.1

Дронов А.И., Ковальская И.А., Горлач А.И., Уваров В.Ю., Лиходей К.О.

СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев

В работе проведено проспективное исследование, в которое включены 83 больных острым панкреатитом с синдромом внутрибрюшной гипертензии. Цель данной работы заключалась в оценке возможностей и непосредственных результатов экстракорпоральных методов детоксикации у больных с синдромом внутрибрюшной гипертензии. Мониторинг внутрибрюшного давления осуществлялся непрямым методом – измерением давления в мочевом пузыре. Моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки оценивали с помощью пневмобаллонной электрокинезометрии. После проведения лечебного плазмафереза у 42 % пациентов полностью восстановилась моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, соответственно нормализовалось внутрибрюшное давление. Применение аппаратного плазмафереза показано в комплексном лечении больным с острым панкреатитом, сопровождающимся синдромом внутрибрюшной гипертензии.

Ключевые слова: острый панкреатит, внутрибрюшная гипертензия, плазмаферез.

Несмотря на прогресс в области хирургии и реаниматологии, результаты лечения больных с острым панкреатитом (ОП) остаются неудовлетворительными в связи с сохраняющейся высокой летальностью, достигающей у больных с тяжелыми формами заболевания до 15 – 20 % [2, 3]. Тяжесть ОП определяет-

ся развивающейся органной дисфункцией, приводящей к развитию синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) [7]. Одним из характерных проявлений ОП является синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), отмечающийся у 60 – 80 % больных [1, 3]. Об изменениях функции внутренних органов в ответ на

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Десятерик В.И., Котов А.В., Шинкаренко Р.В.

Ключевые слова: абсцессы печени, минимально инвазивные вмешательства, результаты лечения.

Абсцессы печени имеют тяжелое течение и отличаются высокими показателями летальности. В статье приведен опыт лечения 26 больных с абсцессами печени. Все больные оперировались путем использования минимально инвазивных технологий под контролем ультразвука. Одиночные абсцессы разных размеров наблюдали у 18 больных, множественные – у 5, милиарные – у 2, паразитарный – у 1. Объем жидкостных образований был от 2 до 850 мл. Абсцессы в печени, как правило, носили вторичный характер. Разными были сроки заболевания: от 5 дней до 2-3 месяцев. Дренировали абсцессы с размерами гнойной полости больше 3 см., абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см., если при пункции не удалось провести полноценную санацию гнойника, абсцессы с размерами гнойной полости до 2-3 см., но с выраженной инфильтрацией тканей вокруг (более чем 1-5 см.). Установлено, что чем больше зона инфильтрации вокруг гнойной полости, тем менее достоверно, что такой гнойник удастся вылечить пункционно. Именно распространенность зоны инфильтрации вокруг полости гнойника обуславливала тяжесть течения заболевания и диктовала необходимость дополнительного применения регионарной терапии. Микробный пейзаж при абсцессах печени был следующим: *Staphylococcus* spp. (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella* spp. (13,6%), *Enterococcus* spp. (13,6%), *Citrobacter* spp. (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Сроки дренирования колебались от 10 до 28-42 суток (в отдельных случаях – 3 больных). Наблюдали одно осложнение. Летальных последствий не было. Вывод: минимально инвазивные вмешательства не только целесообразно, но и необходимо использовать с учетом тяжести заболевания, возраста больных, наличия сопутствующей патологии; их эффективность и преимущество перед традиционными является очевидным.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF LIVER ABSCESSSES

Desyaterik V.I., Kotov A.V., Shinkarenko R.V.

Key words: liver abscesses, minimally invasive interventions, outcomes.

Liver abscess is a severe pathology characterized by high mortality rate. This article illustrates our experience in treating 26 patients with liver abscesses. All patients were subjected to ultrasound-guided minimally invasive surgeries. Solitary abscesses of different sizes were observed in 18 patients, multiple abscesses were found in 5 cases, miliars – in 2 cases, and parasitic abscess was detected in 1 case. The volume of liquid collected was about 2 – 850 ml. Most of abscesses were of secondary nature. The terms of the diseases ranged from 5 days to 2-3 months. We drained the abscesses having pus-containing cavities over 3 cm, as well as the abscesses with the cavity sized of 2-3 cm, if a puncture did not provide complete sanitation of the abscess, and abscess with the cavity sized less than 2-3 cm, but with noticeable tissue infiltration (> 1-3-5 cm). It was revealed the larger infiltration area the around the puss-containing cavity, the less possibility to treat such abscess by the puncture only. The extent of infiltration area around the abscess cavity determined the severity of the disease and required additional local therapy. Bacterial landscape of the liver abscesses was made up with *Staphylococcus* spp. (40,9%), *E.coli* (22,7%), *Klebsiella* spp. (13,6%), *Enterococcus* spp. (13,6%), *Citrobacter* spp. (4,5%), *P.aeruginosa* (4,5%). Terms for drainage ranged from 10 to 28-42 days. The only complication was reported. There were no lethal outcomes. We concluded that the minimally invasive intervention was an appropriate and might be used according to the severity of the disease, patient's age, comorbidity. It was obvious that the efficiency of our mini-intervention techniques were higher in comparison with conventional.

УДК 616.381-008.718:616.37-002.1

Дронов А.И., Ковальская И.А., Горлач А.И., Уваров В.Ю., Лиходей К.О.

СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ И ЕГО КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев

В работе проведено проспективное исследование, в которое включены 83 больных острым панкреатитом с синдромом внутрибрюшной гипертензии. Цель данной работы заключалась в оценке возможностей и непосредственных результатов экстракорпоральных методов детоксикации у больных с синдромом внутрибрюшной гипертензии. Мониторирование внутрибрюшного давления осуществлялось непрямым методом – измерением давления в мочевом пузыре. Моторно-эвакуаторную функцию желудка и двенадцатиперстной кишки оценивали с помощью пневмобаллонной электрокинезометрии. После проведения лечебного плазмафереза у 42 % пациентов полностью восстановилась моторно-эвакуаторная функция желудочно-кишечного тракта, соответственно нормализовалось внутрибрюшное давление. Применение аппаратного плазмафереза показано в комплексном лечении больным с острым панкреатитом, сопровождающимся синдромом внутрибрюшной гипертензии.

Ключевые слова: острый панкреатит, внутрибрюшная гипертензия, плазмаферез.

Несмотря на прогресс в области хирургии и реаниматологии, результаты лечения больных с острым панкреатитом (ОП) остаются неудовлетворительными в связи с сохраняющейся высокой летальностью, достигающей у больных с тяжелыми формами заболевания до 15 – 20 % [2, 3]. Тяжесть ОП определяет-

ся развивающейся органной дисфункцией, приводящей к развитию синдрома полиорганной недостаточности (СПОН) [7]. Одним из характерных проявлений ОП является синдром внутрибрюшной гипертензии (ВБГ), отмечающийся у 60 – 80 % больных [1, 3]. Об изменениях функции внутренних органов в ответ на

повышение внутрибрюшного давления (ВБД) впервые сообщил E. Wendt в 1876 году [9]. Однако только недавно было признано, что повышение ВБД сопровождается развитием абдоминального компартмент синдрома (АКС) с летальностью до 42 – 68 % [1, 5]. Рассматривая патофизиологию АКС, вышеуказанная летальность обусловлена перфузионными нарушениями вызываемыми СПОН [8]. Основными предрасполагающими факторами развития ВБГ при ОП считаются повышение внутриполостного давления в желудочно-кишечном тракте, формирование острых жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве [1]. Устранение патоморфологических звеньев ВБГ снижает риск развития АКС, как одного из предикторов СПОН и имеет важное прогностическое значение в комплексном лечении больных с ОП. [2, 4]. Медикаментозная стимуляция перистальтики ЖКТ и гастроинтестинальная декомпрессия не способны прервать «порочный круг» и полностью ликвидировать ВБГ. В связи с этим особую значимость приобретают поиски новых методов, сочетающих в себе возможность улучшения моторной функции ЖКТ как фактора влияющего на ВБД [1].

Цель исследования

Оценить возможности и непосредственные результаты применения экстракорпоральных методов детоксикации как метода борьбы с внутрибрюшной гипертензией у больных с острым панкреатитом.

Материалы и методы

Проведено проспективное исследование, в которое были включены 83 больных ОП с синдромом ВБГ, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) Киевской городской клинической больницы № 10. Все пациенты были разделены на две репрезентативные группы, сопоставимые по полу, возрасту, тяжести ОП и степени ВБГ. Стандартный комплекс лечебных мероприятий в обеих группах включал продленную эпидуральную анестезию, медикаментозную стимуляцию перистальтики ЖКТ, гастроинтестинальную декомпрессию, перкутанные дренирования острых жидкостных скоплений брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства по показаниям. Вышеуказанные лечебные мероприятия в основной группе исследования были дополнены применением лечебного плазмафереза, всего проведено 248 сеансов (1-6) , в среднем 3 сеанса каждому больному. Контрольная группа составила 29 пациентов, которым лечебный плазмаферез не проводили по определенным причинам.

Мониторинг ВБГ осуществлялся непрямым методом - измерение уровня давления в мочевом пузыре [3, 4]. Измерения выполняли от 2 до 4 раз в сутки в зависимости от тяжести патологических изменений и динамики роста внутрибрюшного давления. Согласно градации, принятой на конференции Всемирной ассоциации абдоминального компартмент синдрома в 2004 году, выделено четыре степени ВБГ [5]. I степень ВБГ соответствовала 10– 15 мм. рт. ст., II степень – 15 – 25 мм. рт. ст., III – 25 – 35 мм. рт. ст., IV – 35 мм. рт. ст. и выше. Уровень повышения ВБД считали 10 мм. рт. ст. и выше.

Для мониторингирования моторно-эвакуаторной функции ЖКТ оценивали двигательную функцию желудка посредством пневмобаллонной электрокинезметрии с использованием автоматизированного комплекса «Ягуар». О суммарной активности ритмичного компонента моторики желудка и ДПК судили по вели-

чине моторного индекса (MI) по формуле Waller: $M.I. = \Sigma(hd)/T$, где h – амплитуда сокращений, d – длина каждой волны, T – время участка рассчитываемой кривой.

Для оценки влияния экстракорпоральных методов детоксикации на внутриполостное давление ЖКТ, как составляющего звена ВБГ, всем больным исследовали моторную функцию желудка и ВБД до и после лечения. Анализ полученных электрокинезограмм позволил судить про степень нарушений моторно-эвакуаторной функции желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Внутриполостная гипертензия в ЖКТ обусловленная парезом и динамической кишечной непроходимостью при ликвидации других причин повышения ВБД (дренирование жидкостных скоплений брюшной полости и забрюшинного пространства) отражала синдром ВБГ. В основной группе регистрации моторики осуществляли ежедневно на протяжении 1 – 1,5 часов до и на протяжении 1 – 1,5 часов после использования плазмафереза, посредством балнографического измерения внутриспросветного давления в см. водного столба.

Для проведения лечебного плазмафереза применяли автоматизированную систему для забора плазмы методом центрифугирования «Haemonetics» PCS 2. Плазмаферез проводился в одноканальном режиме. Длительность ежедневного сеанса составляла 2 – 2,5 часа. Сеанс плазмафереза проводили после восстановления объема циркулирующей крови (ОЦК) с элиминацией 800,0 – 1000,0 с одновременным адекватным ее восполнением свежзамороженной плазмой или альбумином и кристаллоидными растворами.

Результаты и обсуждение

Общее состояние больных по шкале Ranson оценено как тяжелое у всех больных основной и контрольной группы.

В первые сутки поступления больных в стационар отмечалось резкое угнетение моторной активности желудка и ДПК, что характеризовалось регистрацией низкоамплитудных сокращений с максимальной частотой 1 раз в минуту. На дуоденокинезограммах фиксировали низкоамплитудные волны частотой 8 – 10 в одну минуту. Как известно, нормальный ритм сокращений желудка составляет 2 – 3 в минуту, а ДПК – 12 – 14 в минуту.

При поступлении в ОРИТ у пациентов обеих групп уровень ВДБ составлял $18,3 \pm 1,4$ мм. рт. ст., что соответствовало II степени ВБГ. Последующее мониторирование ВБД позволило оценить его динамику на фоне проводимой терапии в обеих группах.

У больных, которым выполнялся сеанс лечебного плазмафереза, через 48 – 50 минут регистрировались внеочередные сокращения желудка и ДПК. В желудке развивались сокращения, так называемого редкого ритма с частотой 1 – 2 в минуту. В ДПК зафиксированы хаотичные, достаточно сильные сокращения с частотой 7 – 12 в минуту. После этого в желудке возникла серия сокращений, которая по характеру напоминала сильную перистальтику в антральном отделе. В этой фазе эвакуаторная способность сокращений желудка была настолько интенсивной, что баллон из антрального отдела часто перемещался в ДПК. Длительность экстрапериодов работы колебалась от 25 до 40 минут, после чего наступал период спокойствия в течении 20 – 30 минут. Подобная моторика активность длилась 2 – 2,5 часа.

Моторная активность ДПК изменялась в сторону повышения, как по длительности периодов работы

так и по амплитуде, что проявляется значительным увеличением показателей фазного МІ.

Фазный МІ в ДПК после сеанса плазмафереза в 2,4 раза превышал его показатели до его проведения. Значительно увеличивалась продолжительность (на 28 %) периода работы, соответственно укорачивались (в два раза) периоды спокойствия. Эффект сти-

мулирующего влияния был настолько значительным, что пациенты сами отмечали появление урчания в животе через 40 – 45 минут после завершения сеанса плазмафереза. Динамика моторной активности до и после проведения лечебного плазмафереза отображена в таблице 1.

Таблица 1
Стимулирующее действие лечебного плазмафереза на моторную активность желудка и двенадцатиперстной кишки при динамической кишечной непроходимости у больных с острым панкреатитом

Отделы желудка и ДПК	До плазмафереза			После плазмафереза		
	Длительность периода (мин)		Фазный моторный индекс	Длительность периода (мин)		Фазный моторный индекс
	Период работы	Период покоя		Период работы	Период покоя	
Антральный отдел	12,4±3,5	14,7±5,5	1435,4±565,7	14,0±6,7	14,0±7,3	4926,0±2002,1
ДПК	10,4±2,1	23,5±5,8	1898,0±624,4	13,3±4,5	11,6±5,0	4546,2±1374,6

Более выраженный эффект отмечался после второго сеанса плазмафереза, который проводился не ранее чем через 24 часа после первого. Улучшение моторно-эвакуаторной функции ЖКТ отмечалось через 20 – 25 минут после окончания плазмафереза и сохранялись в течении 2,5 часа, а у 42% больных восстанавливалась полностью.

У 87 % больных основной группы, где в комплексном лечении использовался лечебный плазмаферез, в течении 24 часов отмечалось снижение уровня ВБД в среднем на 4 мм. рт. ст. После завершения сеансов лечебного плазмафереза у 42% пациентов основной группы зарегистрирована достоверная ($p < 0,05$) нормализация ВБД в сравнении с поступлением ($8,5 \pm 0,5$ мм. рт.ст.). Такую динамику уровня ВБД следует считать прогностически благоприятной, поскольку она свидетельствует об эффективности интенсивной терапии.

У больных контрольной группы положительная динамика показателей ВБД отсутствовала. Отрицательная прогрессия ВБД в контрольной группе зафиксирована у 32 % пациентов соответствовало III степени ВБГ ($18,3 \pm 1,4$ мм. рт. ст.), что потребовало перевод на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ).

В проведении ИВЛ нуждались 32 % больных контрольной и 15 % основной групп. При этом длительность респираторной поддержки в основной группе составила $24 \pm 0,5$ часа, в контрольной – $72 \pm 1,2$ часа. Частота развития респираторных осложнений существенно отличалось в обеих группах с преобладанием их в контрольной.

Заключение

Таким образом, проведенные клинические исследования по изучению влияния лечебного плазмафереза на уровень внутрибрюшного давления у больных с острым панкреатитом продемонстрировали выраженные прокинетические свойства метода. Использование лечебного плазмафереза помогает снизить

внутриполостное давление в ЖКТ и уменьшить внутрибрюшную. Применение аппаратного плазмафереза показано в комплексном лечении больных с острым панкреатитом сопровождающимся синдромом внутрибрюшной гипертензии. Плазмаферез желателен проводить в первые 24 часа с момента установления синдрома внутрибрюшной гипертензии, с удалением за один сеанс не менее 50 – 75 % объема циркулирующей плазмы.

Литература

1. Гельфанд Б.Р. Синдром абдоминальной гипертензии / Б.Р. Гельфанд, Д.Н. Проценко, О.В. Игнатенко // Медицина неотложных состояний. – 2008. – № 5. – С. 5–28.
2. Дронов А.И. Оценка эффективности методов экстракорпоральной детоксикации в лечении острого панкреатита / А.И. Дронов, В.Ю. Уваров, Р.С. Цимбалюк // Хирургия України. – 2005. – № 3 (15). – С.32–34.
3. Дюжева Т.Г. Роль повышения внутрибрюшного давления в развитии полиорганной недостаточности при тяжелом остром панкреатите / Т.Г. Дюжева, А.В. Шефер // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т.14, №1. – С.11–17.
4. Beger H.G. Severe acute pancreatitis: clinical course and management / H.G. Beger, B.M. Rau // World J. Gastroenterol. – 2007. – V.38, №13. – P. 5043–5051.
5. Chen H. Abdominal compartment syndrome in patients with severe acute pancreatitis in early stage / H. Chen, F. Li, J. Sun // World Journal of Gastroenterology. – 2008. – V.22. – P.3541–3548.
6. Kirkpatrick A.W. Is clinical examination an accurate indicator of raised intra-abdominal pressure in critically injured patients? / A.W. Kirkpatrick // Canadian Journal of Surgery. – 2000. – V.43. – P. 207–211.
7. Knaus W.A. The APACHE III prognostic system: risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults / W.A. Knaus // Chest. – 2004. – V.100. – P.1619–1636.
8. Harrahill M. Intra-abdominal pressure monitoring / M. Harrahill // J Emerg. Nurs. – 1998. – V.5. – P. 465–466.
9. Hunter J.D. Intra-abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome / J.D. Hunter, Z. Damani // Anaesthesia. – 2004. – V.59. – P.899–907.
10. Schein M. The abdominal compartment syndrome: the physiological and clinical consequences of elevated intra-abdominal pressure / M. Schein // J. Am. Col. Surg. – 1995. – V.180. – P.745–753.
11. Wendt E. Über den einfluss des intraabdominalen druckes auf die absonderungsgeschwindigkeit des harnes / E. Wendt // Arch Physiologische Heikynde. – 1876. – V.57. – P.525–527.

Реферат

СИНДРОМ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ І ЙОГО КОРЕКЦІЯ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Дронов О.І., Ковальська І.О., Горлач А.І., Уваров В.Ю., Лиходей К.О.

Ключові слова: гострий панкреатит, внутрішньочеревна гіпертензія, плазмаферез.

В роботі проведено проспективне дослідження, в яке включено 83 хворих на гострий панкреатит з синдромом внутрішньочеревної гіпертензії. Мета даної роботи – оцінка можливостей безпосередніх результатів екстракорпоральних методів детоксикації у хворих з синдромом внутрішньочеревної гіпертензії. Моніторинг внутрішньочеревного тиску здійснювався непрямим методом – вимірюванням тиску в сечовому міхурі. Моторно-евакуаторну функцію шлунку та дванадцятипалої кишки оцінювали за допомогою пневмобалонної електрокінезометрії. Після проведення лікувального плазмаферезу у 42 % пацієнтів повністю відновилась моторно-евакуаторна функція шлунково-кишкового тракту, а відповідно нормалізувався внутрішньочеревний тиск. Застосування апаратного плазмаферезу показане в комплексному лікуванні хворих на гострий панкреатит, який супроводжується синдромом внутрішньочеревної гіпертензії.

Summary

CORRECTION OF INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION SYNDROME IN ACUTE PANCREATITIS

Dronov A.I., Kovalska I.A., Gorlach A.I., Uvarov V.Yu., Likhodey K.O.

Key words: acute pancreatitis, intra-abdominal hypertension, plasmapheresis.

The research was carried out on 83 patients with acute necrotizing pancreatitis accompanied with intra-abdominal hypertension and was aimed to study the influence of therapeutic plasmapheresis on the intra-abdominal hypertension. Monitoring of intra-abdominal pressure was performed by indirect method as bladder pressure measurement. Duodenal and gastric evacuation function was evaluated by electrokinesometry. 42% of patients who had undergone plasmapheresis gastro-intestinal evacuation function were restored and intra-abdominal pressure significantly decreased. Plasmapheresis may be recommended for patients with acute pancreatitis accompanied with intra-abdominal hypertension.

УДК 616.361 – 008.6:616.368 – 007.64:616.37 – 002.2

Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Швець Ю.П., Горlach А.І., Бурмич К.С.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЖОВЧЕВІДТОКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА НАЯВНОСТІ ПАРАФАТЕРАЛЬНИХ ДИВЕРТИКУЛІВ

Національний медичний університет імені акад. О.О.Богомольця, кафедра загальної хірургії №1, м. Київ

Вивчені результати розробленої та застосованої в клініці методики ендоскопічної антеградної папілосфінктеротомії (ЕАПСТ) у лікуванні хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП) з анатомічними особливостями будови дванадцятипалої кишки (ДПК) – розташування Фатерового сосочка в порожнині дивертикула. З 28 хворих, у яких виконувалися спроби проведення ЕАПСТ, позитивні результати отримані у 25 (89,3%), у 3 (10,7%) через анатомічні особливості будови дивертикула (великі розміри та багатокамерний просвіт) виконати адекватну папілотомію не вдалося.

Ключові слова: хронічний біліарний панкреатит, ендоскопічна антеградна папілосфінктеротомія, дивертикул дванадцятипалої кишки.

Актуальність

Хронічний панкреатит (ХП) – поліетіологічне захворювання. Однією з причин, що викликає розвиток запальних змін у підшлунковій залозі та порушення її функції, є жовчокам'яна хвороба (ЖКХ) [5]. Спираючись на данні досліджень вітчизняних та закордонних науковців з визначення розповсюдженості серед населення ЖКХ встановлено, що наявність холецистолітіазу серед населення у віковій групі від 30 до 69 років становить: у чоловіків – 9,5%, у жінок – 19%. У віці 75 років камені у жовчному міхурі виявляються у 20% чоловіків та у 35% жінок [1]. У 15% хворих, яким проводилась холецистектомія, було виявлено холангіолітіаз [1]. Ізольований холангіолітіаз мали 5% хворих [1]. За даними різних авторів частота розвитку ХП на фоні холангіолітіазу коливається в межах 25 – 65% [4,6]. ХБП є проявом синдрому "загального каналу". При міграції із жовчних протоків конкременти обтурують ампулярну частину великого сосочка ДПК (ВСДК), що спричиняє порушення відтоку панкреатичного секрету. Це відбувається гостро, при міграції великих конкрементів, або поступово, при мікрохоледохолітіазі, за рахунок механічного подразнення тканин ВСДК та розвитку стенозуючого папіліту [2,3].

Мета дослідження

З'ясувати ефективність лікування хворих на хронічний біліарний панкреатит із застосуванням запропонованої методики ендоскопічної антеградної папілосфінктеротомії.

Об'єкти і методи дослідження

При лікуванні хворих на хронічний панкреатит, причиною якого стала ЖКХ ускладнена холедохолітіазом, загальноприйнятною є двохетапна тактика лікування. Перший етап лікування – хворим виконується ЕПСТ з екстракцією конкрементів із жовчних протоків (ЖП). Другий етап – холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха (ЗДХ). В післяопераційному періоді проводиться фістулографія для визначення прохідності ЖП та можливості видалення ЗДХ [2,3].

Серед загальної кількості хворих, яким з різних причин виконувалась дуоденоскопія, навколососочкові дивертикули (НСД) зустрічались у 15-20% випадків. Проте у 5,7% випадків з них наявність НСД робила неможливою виконання ЕПСТ із застосуванням традиційних методик папілотомії (рис.1).



Рис.1 Фістулографія: дивертикул ДПК.

У зв'язку з цим, нами була запропонована та впроваджена методика одномоментної інтраопераційної корекції порушення жовчевідтоку, причиною якого стала жовчокам'яна хвороба, з врахуванням особливості будови ДПК – розташування ВСДК у дивертикулі (патент на корисну модель №62500 "Спосіб інтраопераційної корекції порушень жовчевідтоку") (рис.2). Дане втручання виконують таким чином: після виконання холецистектомії, через культю міхурової протоки у загальну жовчну протоку та через великий дуоденальний сосочок у дванадцятипалу кишку проводять провідник. У просвіті ДПК його кінець захоплюють ендоскопом і заводять його при зворотній траекторії

Summary

CORRECTION OF INTRA-ABDOMINAL HYPERTENSION SYNDROME IN ACUTE PANCREATITIS

Dronov A.I., Kovalska I.A., Gorlach A.I., Uvarov V.Yu., Likhodey K.O.

Key words: acute pancreatitis, intra-abdominal hypertension, plasmapheresis.

The research was carried out on 83 patients with acute necrotizing pancreatitis accompanied with intra-abdominal hypertension and was aimed to study the influence of therapeutic plasmapheresis on the intra-abdominal hypertension. Monitoring of intra-abdominal pressure was performed by indirect method as bladder pressure measurement. Duodenal and gastric evacuation function was evaluated by electrokinesometry. 42% of patients who had undergone plasmapheresis gastro-intestinal evacuation function were restored and intra-abdominal pressure significantly decreased. Plasmapheresis may be recommended for patients with acute pancreatitis accompanied with intra-abdominal hypertension.

УДК 616.361 – 008.6:616.368 – 007.64:616.37 – 002.2

Дронов О.І., Ковальська І.О., Насташенко І.Л., Швець Ю.П., Горlach А.І., Бурмич К.С.

КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ЖОВЧЕВІДТОКУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗА НАЯВНОСТІ ПАРАФАТЕРАЛЬНИХ ДИВЕРТИКУЛІВ

Національний медичний університет імені акад. О.О.Богомольця, кафедра загальної хірургії №1, м. Київ

Вивчені результати розробленої та застосованої в клініці методики ендоскопічної антеградної папілосфінктеротомії (ЕАПСТ) у лікуванні хворих на хронічний біліарний панкреатит (ХБП) з анатомічними особливостями будови дванадцятипалої кишки (ДПК) – розташування Фатерового сосочка в порожнині дивертикула. З 28 хворих, у яких виконувалися спроби проведення ЕАПСТ, позитивні результати отримані у 25 (89,3%), у 3 (10,7%) через анатомічні особливості будови дивертикула (великі розміри та багатокамерний просвіт) виконати адекватну папілотомію не вдалося.

Ключові слова: хронічний біліарний панкреатит, ендоскопічна антеградна папілосфінктеротомія, дивертикул дванадцятипалої кишки.

Актуальність

Хронічний панкреатит (ХП) – поліетіологічне захворювання. Однією з причин, що викликає розвиток запальних змін у підшлунковій залозі та порушення її функції, є жовчокам'яна хвороба (ЖКХ) [5]. Спираючись на данні досліджень вітчизняних та закордонних науковців з визначення розповсюдженості серед населення ЖКХ встановлено, що наявність холецистолітіазу серед населення у віковій групі від 30 до 69 років становить: у чоловіків – 9,5%, у жінок – 19%. У віці 75 років камені у жовчному міхурі виявляються у 20% чоловіків та у 35% жінок [1]. У 15% хворих, яким проводилась холецистектомія, було виявлено холангіолітіаз [1]. Ізольований холангіолітіаз мали 5% хворих [1]. За даними різних авторів частота розвитку ХП на фоні холангіолітіазу коливається в межах 25 – 65% [4,6]. ХБП є проявом синдрому "загального каналу". При міграції із жовчних протоків конкременти обтурують ампулярну частину великого сосочка ДПК (ВСДК), що спричиняє порушення відтоку панкреатичного секрету. Це відбувається гостро, при міграції великих конкрементів, або поступово, при мікрохоледохолітіазі, за рахунок механічного подразнення тканин ВСДК та розвитку стенозуючого папіліту [2,3].

Мета дослідження

З'ясувати ефективність лікування хворих на хронічний біліарний панкреатит із застосуванням запропонованої методики ендоскопічної антеградної папілосфінктеротомії.

Об'єкти і методи дослідження

При лікуванні хворих на хронічний панкреатит, причиною якого стала ЖКХ ускладнена холедохолітіазом, загальноприйнятною є двохетапна тактика лікування. Перший етап лікування – хворим виконується ЕПСТ з екстракцією конкрементів із жовчних протоків (ЖП). Другий етап – холецистектомія із зовнішнім дрениванням холедоха (ЗДХ). В післяопераційному періоді проводиться фістулографія для визначення прохідності ЖП та можливості видалення ЗДХ [2,3].

Серед загальної кількості хворих, яким з різних причин виконувалась дуоденоскопія, навколососочкові дивертикули (НСД) зустрічались у 15-20% випадків. Проте у 5,7% випадків з них наявність НСД робила неможливою виконання ЕПСТ із застосуванням традиційних методик папілотомії (рис.1).



Рис.1 Фістулографія: дивертикул ДПК.

У зв'язку з цим, нами була запропонована та впроваджена методика одномоментної інтраопераційної корекції порушення жовчевідтоку, причиною якого стала жовчокам'яна хвороба, з врахуванням особливості будови ДПК – розташування ВСДК у дивертикулі (патент на корисну модель №62500 "Спосіб інтраопераційної корекції порушень жовчевідтоку") (рис.2). Дане втручання виконують таким чином: після виконання холецистектомії, через культю міхурової протоки у загальну жовчну протоку та через великий дуоденальний сосочок у дванадцятипалу кишку проводять провідник. У просвіті ДПК його кінець захоплюють ендоскопом і заводять його при зворотній траекторії

у загальну жовчну протоку. В подальшому виконують ЕПСТ та проводять ревізію холедоха за допомогою корзинки Дорміа з подальшим виконанням інтраопераційної холангіографії.



Рис.2 Часткова ЕПСТ на антеградному провіднику.

Ця методика спрощує техніку операції, так як при цьому відпадає необхідність тривалого пошуку великого дуоденального сосочка, а виконання часткової папілосфінктеротомії зменшує травматичність операції, так як при цьому вдається частково зберегти сфінктерний апарат.

Приклад: Хворий Д. 1947г.р., поступив у клініку 28.12.11., історія хвороби №102854.

При обстеженні пацієнта встановлено діагноз: ЖКХ. Гострий флегмонозний калькульозний холецистит. Холедохолітаз. Механічна жовтяниця. Хронічний панкреатит.

28.12.11р. спроба виконати ЕРПХГ+ЕПСТ виявилася невдалою у зв'язку з розташуванням ВСДК в порожнині дивертикула дванадцятипалої кишки.

29.12.11р. операція: верхньо - середина лапаротомія із висіченням старого післяопераційного рубця. В черевній порожнині виражений злуканий процес. Виконано адгезіолізис. Ревізія: печінка збільшена, краї заокруглені - явища хронічного гепатиту. Жовчний міхур знаходиться у вираженому злуканому процесі із ДПК, шлунком, печінкою, великим сальником. Гепатодуоденальна зв'язка набрякла, щільна. Холедох до 10мм в діаметрі, пальпаторно містить конкременти. Виконана холецистектомія з лігуванням міхурової артерії та проксимальної частини кукси міхурової протоки. При зніманні затискача з кукси d. cysticus виділяється мутна жовч з гноєм. Проведено пальпаторна ревізія холедоха на зонді - конкременти не виявлені. Враховуючи вік хворого, наявність дивертикулу ДПК та небажаність накладання білідигестивного анастомозу, інтраопераційно виконано канюляцію хо-

ледоха через куксу міхурової протоки провідником з проведенням його кінця в просвіт ДПК. Після чого ендоскоп був підведений до великого сосочка ДПК та виконана ЕПСТ. Вилучено два конкременти. Холедох промитий розчином антисептика. Встановлено зовнішній дренаж холедоха за Піковським. Підпечінковий простір сановано розчинами антисептиків, висушено та встановлено два трубчатих дренажі. Гемостаз - сухо. Шви на операційну рану. Асептична пов'язка.

В післяопераційному періоді ускладнень не спостерігалось. Явища жовтяниці куповані. Виконано фістулографію, при якій перешкод пасажу жовчі до дванадцятипалої кишки не виявлено. Хворий виписаний на амбулаторне лікування на шосту добу після оперативного втручання у задовільному стані.

Результати досліджень та їх обговорення

За запропонованим способом проліковано 25 хворих. У всіх хворих цієї групи було досягнуто адекватного пасажу жовчі в ДПК. Тільки в одному випадку (4%) спостерігалась кровотеча з папілотомної рани, яка була зупинена за допомогою проведення консервативної гемостатичної терапії. Рецидиву жовтяниці серед цієї групи хворих у віддаленому післяопераційному періоді (строки спостереження 14 - 26 місяців) не відмічалось.

Висновки

1. При лікуванні хворих на ХП, спричиненого холедохолітазом, оптимальною є двохетапна тактика лікування, при якому першим етапом є виконання ЕПСТ з екстракцією конкрементів із ЖП та другим етапом - холецистектомія.

2. Методом вибору лікування хворих на ХБП, за наявності парафатеральних дивертикулів, є запропоноване одномоментне оперативне втручання: холецистектомія з антеградною папілосфінктеротомією.

Література

1. Герок В., Блюм Х.Е. Захворювання печінки та жовчовивідної системи. - 2009. - С. 144-152.
2. Дронов О.І. Рентген-ендоскопічна діагностика захворювань підшлункової залози. / О.І.Дронов, І.О.Ковальська, І.Л. Насташенко [та ін.] // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 2010. - V.14, №2. - С.29-31.
3. Дронов О.І. Сучасні можливості ендоскопічної корекції непрохідності жовчних проток непухлинного походження / О.І.Дронов, І.Л.Насташенко, В.Я.Шпак [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2009. - №7-8. - С.31-35.
4. Ничитайло М.Ю. Визначення мікрохоледохолітазу при хронічному біліарному панкреатиті / М.Е. Ничитайло, О.М. Литвиненко // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2002. - Т.11, №2. - С.128-130.
5. Ничитайло М.Ю. Особенности патогенеза хронического билиарного панкреатита и их клиническое значение / М. Е. Ничитайло, С. П. Кожара, Е. П. Харлановская // Сучас. гастроентерологія. - 2009. - №5. - С. 38-42.
6. Сипливы В.А. Оценка методов восстановления желчеоттока при холедохолитиазе с позиций качества жизни пациентов / В.А. Сипливы, А.В. Береснев, Е.А. Шаповалов // Клінічна хірургія. - 2007. - № 2-3. - С.81-82.

Реферат

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЖЕЛЧЕОТТОКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ПАРАФАТЕРАЛЬНЫХ ДИВЕРТИКУЛОВ

Дронов А.И., Ковальская И.А., Насташенко И.Л., Швеи Ю.П., Горлач А.И., Бурмич К.С.

Ключевые слова: хронический билиарный панкреатит, эндоскопическая антеградная папиллосфинктеротомия, дивертикул двенадцатиперстной кишки.

Изучены результаты разработанной и внедрённой в клинику методики эндоскопической антеградной папиллосфинктеротомии (ЭАПСТ) при лечении больных хроническим билиарным панкреатитом (ХБП) с анатомическими особенностями строения двенадцатиперстной кишки (ДПК) – расположение Фатерова соска в полости дивертикула. Из 28 больных, у которых выполнялись попытки проведения ЭАПСТ, положительные результаты получены у 25 (89,3%), у 3 (10,7%) из-за анатомических особенностей строения дивертикула (большие размеры и многокамерный просвет) выполнить адекватную папиллотомию не удалось.

Summary

CORRECTION OF BILIARY OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC BILIARY PANCREATITIS WITH PAPILLA VATERI DIVERTICULUM

Dronov A.I., Kovalska I.O., Nastashenko I.L., Shvets Y.P., Gorlach A.I., Burmich K.S.

Key words: chronic biliary pancreatitis, endoscopic antegrade papillosphincterotomy, duodenal diverticulum.

Results of our own method of endoscopic antegrade papillosphincterotomy were evaluated. 28 patients who had chronic biliary pancreatitis with anatomical particular qualities of duodenum (papilla Vateri was localized in diverticulum) were included. Positive results were observed in 25 cases (89,3%). It was impossible to perform procedure adequately in 3 cases (10,7%) because of specific anatomical features of diverticulum (large size, multilocular cavity).

УДК 616.36-008.51-08

Дудин А.М., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Каплун А.И., Матвиенко В.А.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 368 больных желчнокаменной болезнью, осложненной обтурационной желтухой и холангитом. Женщин было 220, мужчин - 148 в возрасте 21 - 80 лет. Старше 60 лет было 255 (69,4%) пациентов. Для диагностики применяли клиничко-лабораторные, лучевые, эндоскопические, биохимические методы исследования. Всем пациентам выполнены одномоментные (ЭПСТ) или двухэтапные (ЭПСТ и ЛХЭ) операции. Наиболее информативными диагностическими методами явились УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Постхолецистэктомический синдром был у 104 чел. Обтурационная желтуха наблюдалась у 81,3 % пациентов, у 30,6% - в сочетании с холангитом, стенозирующий папиллит - у 9,2%, калькулезный холецистит с холедохолитиазом - у 53,8%, опухоли футерова соска - у 2,9%. У 13 (3,6%) пациентов была произведена механическая билиарная литотрипсия. Непосредственно после ЭПСТ осложнения возникли у 19 (7,6%). Умерла 1(0,8%) больная от тромбоза легочной артерии. Больным применена усовершенствованная тактика лечения (2 изобретения). Таким образом, ЭПСТ позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 78,2% пациентов и дает возможность подготовить их к плановой операции в условиях сниженного операционного риска. Применение усовершенствованной тактики лечения позволило снизить число осложнений на 3,1%.

Ключевые слова: холедохолитиаз, обтурационная желтуха, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

На современном этапе ретроградные эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке (БДС) представляют комплекс диагностических (дуоденоскопия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией - ЭРХПГ) и лечебных (эндоскопическая папиллосфинктеротомия - ЭПСТ и др.) манипуляций с широким спектром. В 90 - 97% удается установить точный диагноз во время ЭРХПГ. Эффективность этого вмешательства составляет 70 - 97% [2, 4, 5].

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

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

Цель работы

Изучить эффективность ЭПСТ у больных с осложненным холедохолитиазом и стенозирующим папиллитом.

Материалы и методы исследования

За последние 7 лет эндоскопическое лечение проведено в клинике 368 больным желчнокаменной болезнью, осложненной нарушением проходимости желчных протоков. Из них женщин было 220 (60%), мужчин - 148 (40%) в возрасте 21 - 80 лет. Старше 60 лет было 255 (69,4%) человек. Сопутствующая па-

тология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия и др.) выявлена у 266 (72,3%) чел., из них у 142 (53,6%) имелось сочетание двух и более заболеваний. Постхолецистэктомический синдром был у 104 (28,2%) чел. Обтурационная желтуха наблюдалась у 81,3% пациентов, у 30,6% - в сочетании с холангитом, калькулезный холецистит с холедохолитиазом - у 198 (53,8%), стенозирующий папиллит - у 34 (9,2%), опухоли футерова соска - у 11 (2,9%). Длительность желтухи составила от 2 до 27 дней.

Для уточнения диагноза применялись следующие методы исследования: клиничко-лабораторные, УЗИ, КТ, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), ЭРХПГ, интраоперационную холангиографию, биохимические (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза (ЩФ), коагулограмма, мочевины, креатинин, сахар, коагулограмма), определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), статистические. Всем пациентам были выполнены одномоментные или двухэтапные операции после предоперационной подготовки.

Результаты и их обсуждение

Осложненная желчнокаменная болезнь проявлялась симптомами обтурационной желтухи (ОЖ), синдромами Шарко или Рейнолдса при холангите.

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

Диагностическая точность УЗИ при холангиоли-

Summary

CORRECTION OF BILIARY OBSTRUCTION IN PATIENTS WITH CHRONIC BILIARY PANCREATITIS WITH PAPILLA VATERI DIVERTICULUM

Dronov A.I., Kovalska I.O., Nastashenko I.L., Shvets Y.P., Gorlach A.I., Burmich K.S.

Key words: chronic biliary pancreatitis, endoscopic antegrade papillosphincterotomy, duodenal diverticulum.

Results of our own method of endoscopic antegrade papillosphincterotomy were evaluated. 28 patients who had chronic biliary pancreatitis with anatomical particular qualities of duodenum (papilla Vateri was localized in diverticulum) were included. Positive results were observed in 25 cases (89,3%). It was impossible to perform procedure adequately in 3 cases (10,7%) because of specific anatomical features of diverticulum (large size, multilocular cavity).

УДК 616.36-008.51-08

Дудин А.М., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Каплун А.И., Матвиенко В.А.

ТРАНСПАПИЛЛЯРНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЁННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Проведен анализ результатов эндоскопического лечения 368 больных желчнокаменной болезнью, осложненной обтурационной желтухой и холангитом. Женщин было 220, мужчин - 148 в возрасте 21 - 80 лет. Старше 60 лет было 255 (69,4%) пациентов. Для диагностики применяли клинко-лабораторные, лучевые, эндоскопические, биохимические методы исследования. Всем пациентам выполнены одномоментные (ЭПСТ) или двухэтапные (ЭПСТ и ЛХЭ) операции. Наиболее информативными диагностическими методами явились УЗИ, компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. Постхолецистэктомический синдром был у 104 чел. Обтурационная желтуха наблюдалась у 81,3 % пациентов, у 30,6% - в сочетании с холангитом, стенозирующий папиллит - у 9,2%, калькулезный холецистит с холедохолитиазом - у 53,8%, опухоли футерова соска - у 2,9%. У 13 (3,6%) пациентов была произведена механическая билиарная литотрипсия. Непосредственно после ЭПСТ осложнения возникли у 19 (7,6%). Умерла 1(0,8%) больная от тромбоза легочной артерии. Больным применена усовершенствованная тактика лечения (2 изобретения). Таким образом, ЭПСТ позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 78,2% пациентов и дает возможность подготовить их к плановой операции в условиях сниженного операционного риска. Применение усовершенствованной тактики лечения позволило снизить число осложнений на 3,1%.

Ключевые слова: холедохолитиаз, обтурационная желтуха, холангит, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

На современном этапе ретроградные эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном сосочке (БДС) представляют комплекс диагностических (дуоденоскопия с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией - ЭРХПГ) и лечебных (эндоскопическая папиллосфинктеротомия - ЭПСТ и др.) манипуляций с широким спектром. В 90 - 97% удается установить точный диагноз во время ЭРХПГ. Эффективность этого вмешательства составляет 70 - 97% [2, 4, 5].

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

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

Цель работы

Изучить эффективность ЭПСТ у больных с осложненным холедохолитиазом и стенозирующим папиллитом.

Материалы и методы исследования

За последние 7 лет эндоскопическое лечение проведено в клинике 368 больным желчнокаменной болезнью, осложненной нарушением проходимости желчных протоков. Из них женщин было 220 (60%), мужчин - 148 (40%) в возрасте 21 - 80 лет. Старше 60 лет было 255 (69,4%) человек. Сопутствующая па-

тология (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, сахарный диабет, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз, мерцательная аритмия и др.) выявлена у 266 (72,3%) чел., из них у 142 (53,6%) имелось сочетание двух и более заболеваний. Постхолецистэктомический синдром был у 104 (28,2%) чел. Обтурационная желтуха наблюдалась у 81,3% пациентов, у 30,6% - в сочетании с холангитом, калькулезный холецистит с холедохолитиазом - у 198 (53,8%), стенозирующий папиллит - у 34 (9,2%), опухоли футерова соска - у 11 (2,9%). Длительность желтухи составила от 2 до 27 дней.

Для уточнения диагноза применялись следующие методы исследования: клинко-лабораторные, УЗИ, КТ, фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), ЭРХПГ, интраоперационную холангиографию, биохимические (билирубин, трансаминазы, щелочная фосфатаза (ЩФ), коагулограмма, мочевины, креатинин, сахар, коагулограмма), определение лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ), статистические. Всем пациентам были выполнены одномоментные или двухэтапные операции после предоперационной подготовки.

Результаты и их обсуждение

Осложненная желчнокаменная болезнь проявлялась симптомами обтурационной желтухи (ОЖ), синдромами Шарко или Рейнолдса при холангите.

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

Диагностическая точность УЗИ при холангиоли-

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

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

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

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

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

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

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

Непосредственно после ЭПСТ осложнения возникли у 19 (7,6%) чел.: острый панкреатит – у 16, который купирован к 3 – 4 дню после консервативных мероприятий; кровотечение из папиллотомной раны – у 2, потребовавшее консервативного лечения в условиях палаты интенсивной терапии. В связи с продол-

жающимся кровотечением одной больной сделана операция – лапаротомия, дуоденостомия, прошивание и перевязка кровоточащего сосуда. 1 больная 69 лет умерла после купированного острого панкреатита от тромбоэмболии легочной артерии.

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

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

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

Заключение

Таким образом, адекватная премедикация и тщательная подготовка являются обязательными профилактическими условиями эндоскопических транспапиллярных хирургических вмешательств. ЭПСТ позволяет ликвидировать явления желтухи и холангита у 79,2% пациентов, что дает возможность подготовить их к плановому оперативному вмешательству. Двухэтапное лечение (ЭПСТ и ЛХЭ) целесообразно применять в специализированных хирургических отделениях при осложненных формах желчнокаменной болезни, особенно у лиц пожилого и старческого возраста. Применение тактики двухэтапного лечения и усовершенствованных нами способов лечения позволило уменьшить количество осложнений на 3,1%.

Перспективы дальнейших исследований

В перспективе целесообразно разработать протокол диагностических и лечебных ретроградных эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке для улучшения результатов.

Литература

1. Васильев А.А. Пути профилактики острого панкреатита после эндоскопических вмешательств на большом сосочке двенадцатиперстной кишки / А.А.Васильев // Укр. журнал хірургії. – 2011. – № 1 (10). – С.152–156.
2. Кондратенко П.Г. Прогнозирование и лечение осложнений транспапиллярных вмешательств / П.Г.Кондратенко, А.А.Стукало // Кліні. хірургія. – 2009. – № 7–8. – С.71–74.
3. Ничитайло М.Е. Стенозирующий папиллит как проявление постхолецистэктомического синдрома / М.Е.Ничитайло, П.В.Огородник, А.Г.Дейниченко // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С.66–67.
4. Смирнов Н.Л. Хирургическое лечение обтурационной желтухи / Н.Л.Смирнов // Мед. перспективи. – 2012. – Т. 17, № 1 – С.46–48.
5. Хацко В.В. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении обтурационной желтухи и холангита / В.В.Хацко, А.М.Дудин, С.А.Шаталов [и др.] // Укр. журнал хірургії. – 2009. – № 3. – С.133–135.
6. Costi R. Cholecystocholedocholithiasis: a case-control study comparing the short-and long-term outcomes for a "laparoscopy-first" attitude with the outcome for sequential treatment (systematic endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy) / R.Costi, A.Mazzeo, F. Tartamella [et al.] // Surg. Endosc. – 2010. – V.24. – P. 51–62.

Реферат

ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ

Дудін О.М., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Каплун О.І., Матвієнко В.А.

Ключові слова: холедохолітиаз, обтураційна жовтяниця, холангіт, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Проведено аналіз результатів ендоскопічного лікування 368 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену обтураційною жовтяницею і холангітом. Жінок було 220, чоловіків - 148 у віці 21 - 80 років. Старше 60 років було 255 (69,4%) пацієнтів. Післяхолецистектомічний синдром спостерігали у 28,2% осіб, обтураційна жовтяниця - у 81,3%, у 30,6% - у поєднанні із холангітом, калькульозний холецистит із холедохолітиазом - у 53,8%, стенозуючий папіліт - у 9,2%, пухлини футерова соска - у 2,9%. Для діагностики застосовували клініко-лабораторні, променеві, ендоскопічні, біохімічні методи дослідження. Усім пацієнтам виконані одноетапні (ЕПСТ) або двоетапні (ЕПСТ і ЛХЕ) операції. Найбільш інформативними діагностичними методами були УЗД, комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. У (13,6%) пацієнтів була виконана механічна біліарна літотріпсія. Безпосередньо після ЕПСТ ускладнення виникли у 19 (7,6%). Померла 1 (0,8%) хвора від тромбоемболії легеневої артерії. Хворим застосована удосконалена тактика лікування (2 винаходи). Таким чином, ЕПСТ дозволяє ліквідувати явища жовтяниці і холангіту у 78,2% пацієнтів і дає можливість підготувати їх до планової операції в умовах зниженого операційного ризику. Застосування удосконаленої тактики лікування дозволило знизити число ускладнень на 3,1%.

Summary

ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY FOR PATIENTS WITH COMPLICATED CHOLANGIOLITHIASIS

Dudin A.M., Gredzhev F.A., Kosse D.M., Kaplun A.I., Matvienko V.A.

Key words: choledocholithiasis, obturated icterus, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy.

The research focuses on the results of endoscopic treatment of 368 patients with cholelithiasis complicated by obturative icterus and cholangitis. There were 220 women and 148 men aged 21 - 80 years. The proportion of the patients over 60 years constituted 69,4% (255) of patients. The diagnosis was based on findings obtained by laboratory investigations, X-ray, endoscopic and biochemical studies. All patients were subjected to one-stage or two-stage operations. As the most factual diagnostic we considered US scanning, computer tomography (CT-scan), and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Obturation jaundice was observed in 81,3 % patients, 30,6% of patients were diagnosed to have obturation jaundice and comorbid cholangitis, papillitis was detected in 9,2% of patients, calculous cholecystitis with choledocholithiasis in 53,8%. 13 (13,6%) patients passed through mechanical biliary lithotripsy. Complications followed the one-stage surgeries were observed in 19 (7,6%) cases. There was 1(0,8%) lethal outcome due to pulmonary embolism. Thus the surgical approaches enable to eliminate the manifestations of jaundice and cholangitis in 78,2% patients and give an opportunity to prepare them to the planned low-risk operation. The above-mentioned approach results in reducing the cases of complications on 3,1%.

УДК 616.381-002-074-099

Дужий І.Д., Кравець О.В., Пятикоп Г.І., Кобилецький С.М., Попадинець В.М.

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Сумський державний університет, медичний інститут (м. Суми)

*КЗ Сумська обласна клінічна лікарня (м. Суми)

Проведено вивчення клінічних та лабораторних показників ендогенної інтоксикації у 67 хворих з поширеним перитонітом. У комплекс діагностичних заходів входило фізикальне та лабораторне обстеження. Синдром ендогенної інтоксикації I-го ступеня діагностовано у 29 (43,3%) хворих, II-го ступеня - у 25 (37,3%), III-го ступеня - у 13 (19,4%). Хворі оперовані в ургентному порядку. Інтенсивна терапія включала комплекс заходів з підтримки життєвих функцій, відновлення показників гомеостазису, профілактики і лікування ускладнень. У післяопераційний період проводився моніторинг температури тіла, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, діурезу, досліджували клінічні показники крові та сечі, біохімічні аналізи крові.

Ключові слова: поширений перитоніт, синдром ендогенної інтоксикації, лікування.

Вступ

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, лікування хворих з гострим перитонітом залишається складною хірургічною проблемою. Летальність при поширеному перитоніті сягає 25-35%, а при розвитку синдрому поліорганної недостатності - 80-90%. Причини високої летальності різноманітні. Насамперед, це пізнє звернення за медичною допомогою, коли більшість життєвих функцій значно загальмовані, поява антибіотикорезистентної мікрофлори, похилий вік хворих, важка супутня патологія [2, 3, 4, 5].

Актуальною ланкою проблеми перитоніту є діагностика синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ) та визначення ступеня його важкості. СЕІ характеризується накопиченням у організмі надлишку продуктів обміну

речовин. Виділяють декілька механізмів розвитку данного синдрому. Останні включають у себе надлишкове вироблення ендогенних токсичних продуктів, резорбцію токсичних речовин, накопичення продуктів перекисного окиснення ліпідів та інших медіаторів запалення, порушення виведення ендогенних токсичних продуктів з організму. Основними патогенетичними ланками ендотоксикозу вважають:

- 1) проникнення у кровоток з інфікованої черевної порожнини бактеріальних токсинів;
- 2) генералізація ендогенної інтоксикації внаслідок впливу токсинів мікробного походження і біологічно активних речовин;
- 3) поява аутоантгенних речовин і токсичних продуктів порушеного метаболізму;
- 4) грубе порушення процесів обміну;
- 5) функціональне, а потім і морфологічне пошкодження органів детоксикації, розвиток поліо-

Реферат

ТРАНСПАПІЛЯРНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗ

Дудін О.М., Греджев Ф.А., Коссе Д.М., Каплун О.І., Матвієнко В.А.

Ключові слова: холедохолітиаз, обтураційна жовтяниця, холангіт, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Проведено аналіз результатів ендоскопічного лікування 368 хворих на жовчнокам'яну хворобу, ускладнену обтураційною жовтяницею і холангітом. Жінок було 220, чоловіків - 148 у віці 21 - 80 років. Старше 60 років було 255 (69,4%) пацієнтів. Післяхолецистектомічний синдром спостерігали у 28,2% осіб, обтураційна жовтяниця - у 81,3%, у 30,6% - у поєднанні із холангітом, калькульозний холецистит із холедохолітиазом - у 53,8%, стенозуючий папіліт - у 9,2%, пухлини футерова соска - у 2,9%. Для діагностики застосовували клініко-лабораторні, променеві, ендоскопічні, біохімічні методи дослідження. Усім пацієнтам виконані одноетапні (ЕПСТ) або двоетапні (ЕПСТ і ЛХЕ) операції. Найбільш інформативними діагностичними методами були УЗД, комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. У (13,6%) пацієнтів була виконана механічна біліарна літотріпсія. Безпосередньо після ЕПСТ ускладнення виникли у 19 (7,6%). Померла 1 (0,8%) хвора від тромбоемболії легеневої артерії. Хворим застосована удосконалена тактика лікування (2 винаходи). Таким чином, ЕПСТ дозволяє ліквідувати явища жовтяниці і холангіту у 78,2% пацієнтів і дає можливість підготувати їх до планової операції в умовах зниженого операційного ризику. Застосування удосконаленої тактики лікування дозволило знизити число ускладнень на 3,1%.

Summary

ENDOSCOPIC PAPILLOSPHINCTEROTOMY FOR PATIENTS WITH COMPLICATED CHOLANGIOLITHIASIS

Dudin A.M., Gredzhev F.A., Kosse D.M., Kaplun A.I., Matvienko V.A.

Key words: choledocholithiasis, obturated icterus, cholangitis, endoscopic papillosphincterotomy.

The research focuses on the results of endoscopic treatment of 368 patients with cholelithiasis complicated by obturative icterus and cholangitis. There were 220 women and 148 men aged 21 - 80 years. The proportion of the patients over 60 years constituted 69,4% (255) of patients. The diagnosis was based on findings obtained by laboratory investigations, X-ray, endoscopic and biochemical studies. All patients were subjected to one-stage or two-stage operations. As the most factual diagnostic we considered US scanning, computer tomography (CT-scan), and endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Obturation jaundice was observed in 81,3 % patients, 30,6% of patients were diagnosed to have obturation jaundice and comorbid cholangitis, papillitis was detected in 9,2% of patients, calculous cholecystitis with choledocholithiasis in 53,8%. 13 (13,6%) patients passed through mechanical biliary lithotripsy. Complications followed the one-stage surgeries were observed in 19 (7,6%) cases. There was 1(0,8%) lethal outcome due to pulmonary embolism. Thus the surgical approaches enable to eliminate the manifestations of jaundice and cholangitis in 78,2% patients and give an opportunity to prepare them to the planned low-risk operation. The above-mentioned approach results in reducing the cases of complications on 3,1%.

УДК 616.381-002-074-099

Дужий І.Д., Кравець О.В., Пятикоп Г.І., Кобилецький С.М., Попадинець В.М.

ДИНАМІКА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ

Сумський державний університет, медичний інститут (м. Суми)

*КЗ Сумська обласна клінічна лікарня (м. Суми)

Проведено вивчення клінічних та лабораторних показників ендогенної інтоксикації у 67 хворих з поширеним перитонітом. У комплекс діагностичних заходів входило фізикальне та лабораторне обстеження. Синдром ендогенної інтоксикації I-го ступеня діагностовано у 29 (43,3%) хворих, II-го ступеня - у 25 (37,3%), III-го ступеня - у 13 (19,4%). Хворі оперовані в ургентному порядку. Інтенсивна терапія включала комплекс заходів з підтримки життєвих функцій, відновлення показників гомеостазису, профілактики і лікування ускладнень. У післяопераційний період проводився моніторинг температури тіла, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, діурезу, досліджували клінічні показники крові та сечі, біохімічні аналізи крові.

Ключові слова: поширений перитоніт, синдром ендогенної інтоксикації, лікування.

Вступ

Незважаючи на досягнення сучасної медицини, лікування хворих з гострим перитонітом залишається складною хірургічною проблемою. Летальність при поширеному перитоніті сягає 25-35%, а при розвитку синдрому поліорганної недостатності - 80-90%. Причини високої летальності різноманітні. Насамперед, це пізнє звернення за медичною допомогою, коли більшість життєвих функцій значно загальмовані, поява антибіотикорезистентної мікрофлори, похилий вік хворих, важка супутня патологія [2, 3, 4, 5].

Актуальною ланкою проблеми перитоніту є діагностика синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ) та визначення ступеня його важкості. СЕІ характеризується накопиченням у організмі надлишку продуктів обміну

речовин. Виділяють декілька механізмів розвитку данного синдрому. Останні включають у себе надлишкове вироблення ендогенних токсичних продуктів, резорбцію токсичних речовин, накопичення продуктів перекисного окиснення ліпідів та інших медіаторів запалення, порушення виведення ендогенних токсичних продуктів з організму. Основними патогенетичними ланками ендотоксикозу вважають:

- 1) проникнення у кровоток з інфікованої черевної порожнини бактеріальних токсинів;
- 2) генералізація ендогенної інтоксикації внаслідок впливу токсинів мікробного походження і біологічно активних речовин;
- 3) поява аутоантгенних речовин і токсичних продуктів порушеного метаболізму;
- 4) грубе порушення процесів обміну;
- 5) функціональне, а потім і морфологічне пошкодження органів детоксикації, розвиток поліо-

рганної недостатності [1, 6].

У розвитку СЕІ виділяють три фази [1]:

- фазу інтоксикації, яка характеризується накопиченням мікробних токсинів та біоактивних речовин;
- фазу диспротеїнемії, за якої відбуваються активні деструктивні процеси у тканинах, посилюється їх розпад, знижується синтез білків, порушуються процеси дезамінування;
- фазу накопичення проміжних метаболітів та продуктів неповного окиснення, при якій у крові та лімфі накопичуються етанол, аміак, ацетон та ін.

На початку II-ї фази приєднуються аутоалергічні процеси, що замикає патологічне коло. Отже, розвиток СЕІ це багатофакторний процес, що має поліетіологічну природу і складний патогенез [1, 4, 6].

Мета дослідження

Вивчення динаміки клінічних та лабораторних показників ендогенної інтоксикації у хворих з поширеним перитонітом для покращення результатів лікування даної категорії хворих.

Об'єкт і методи дослідження

У дослідження увійшли 67 хворих з поширеним перитонітом, які перебували на лікуванні у хірургічному відділенні Сумської обласної клінічної лікарні у 2007 – 2011 рр. Чоловіків було 49 (73,1%), жінок – 18 (26,9%). Вік хворих коливався у межах 22–81 року, середній вік – 57,2 роки.

В комплекс діагностичних заходів входило фізикальне та лабораторне обстеження (загальноклінічні та біохімічні аналізи крові). Ступінь ендогенної інтоксикації визначали за класифікацією В.К. Гостищева [1].

Результати досліджень та їх обговорення

На підставі аналізу історій хвороб встановлено, що у термін до 6-ти годин з початку захворювання госпіталізовано 32 (47,8%) особи, від 6 до 24 годин – 20 (29,9%), від 24 до 48 годин – 11 (16,4%). Госпіталізація у термін понад 48 годин з моменту захворювання мала місце у 4 (5,9%) хворих. При первинному огляді стан середньої тяжкості було діагностовано у 9 (13,4%) осіб, тяжкий стан – у 54 (80,6%), дуже тяжкий – у 4 (5,9%). Тяжкість загального стану хворих посилювалася наявністю супутніх захворювань, з яких найбільш часто зустрічалися ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, цукровий діабет.

Причинами розвитку поширеного перитоніту у 37 (55,2%) хворих були перфорація виразки шлунка та дванадцятипалої кишки, у 7 (10,4%) хворих – інфіко-

вані форми деструктивного панкреатиту, у 6 (8,9%) – тромбоз мезентеріальних судин, у 5 (7,5%) – деструктивний апендицит, у 2 (3,0%) – перфорація тонкої та товстої кишки, у 2 (3,0%) – гнійно-запальні ускладнення захворювань матки та додатків, у 2 (3,0%) – перфорація пухлини шлунку, у 2 (3,0%) – абсцеси черевної порожнини за рахунок мікроперфораций висхідного відділу товстої кишки та нагноєння мезентеріальних лімфовузлів, 3 (4,5%) – інші захворювання органів черевної порожнини.

СЕІ I-го ступеня встановлено у 29 (43,3%) осіб, II-го ступеня – у 25 (37,3%), III-го ступеня – у 13 (19,4%).

Усі хворі оперовані в ургентному порядку після проведення відповідної передопераційної підготовки. З метою знеболення застосовано загальний ендотрахеальний наркоз. Етапами операції були: ліквідація джерела перитоніту, санація та дренування черевної порожнини. Інтенсивна терапія у післяопераційний період включала комплекс заходів з підтримки життєвих функцій, відновлення показників гомеостазису, профілактики і лікування ускладнень.

Інфузійна терапія була спрямована на відновлення об'єму циркулюючої крові, корекцію електролітного і кислотно-лужного балансу. Виведення токсинів досягалось створенням гемодилуції та проведенням форсованого діурезу. Стабілізація показників гемодинаміки базувалася на введенні реологічних розчинів. Переливалися кристалоїди, розчини декстранів і гідроксиетилкрахмалю. За гіпопротеїнемії використовували альбумін, розчини амінокислот, свіжозаморожену плазму. Крім інфузійної терапії застосовували антиоксиданти, вітаміни (В₁, В₆, С), неспецифічні стимулятори імунітету (імунофан).

З перших годин госпіталізації проводили антибактеріальну терапію. Лікування розпочинали із застосування препаратів широкого спектру дії. Після отримання результатів мікробіологічного дослідження та чутливості мікрофлори до антибіотиків проводили корекцію лікування. Найбільш ефективним виявилось комбіноване застосування цефалоспоринов III-IV покоління або фторхінолонів з метронідазолом.

У післяопераційний період проводився щоденний моніторинг температури тіла, артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, діурезу. У всіх хворих у динаміці досліджували рівень гемоглобіну, кількість еритроцитів та лейкоцитів, ШОЕ. Вивчали біохімічні параметри крові (загальний білок, білірубін, сечовина, креатинін, рівень трансаміназ) (таблиця 1).

Таблиця 1
Динаміка клінічних та лабораторних показників хворих з поширеним перитонітом

Вивчені показники	Час вивчення				
	День госпіталізації	1-ша доба після операції	3-я доба після операції	7-ма доба після операції	Виписка
Температура тіла (°C)	38,2±0,5	37,8±0,6	37,5±0,4	37,0±0,3	36,7±0,2
Систолічний артеріальний тиск (мм.рт.ст)	108±10,1	114±12,0	125±9,3	130±7,5	131±6,4
Частота серцевих скорочень (за 1хв.)	92±9,3	86±7,5	78±8,7	74±5,4	70±4,0
Діурез (мл)	860±105	929±80	1272±90	1123±170	1284±203
Гемоглобін (г/л)	114,2±9,7	106,3±8,2	98,6±9,4	101±7,6	112,5±8,0
Еритроцити, × 10 ¹² /л	3,2±0,6	3,0±0,8	2,8±0,6	2,9±0,5	3,1±0,4
Лейкоцити, × 10 ⁹ /л	18,2±4,5	15,3±4,9	13,7±3,9	11,5±3,0	8,8±2,1
ШОЕ, мм/год	35,4±7,2	36,2±8,1	29,3±7,5	24,2±5,2	19,8±3,9
Загальний білок (г/л)	64,3±7,8	60,4±6,9	55,1±7,6	58,3±8,4	61,9±5,3
Сечовина (ммоль/л)	17,1±6,5	13,5±5,4	10,7±4,2	9,7±3,6	8,6±2,9
Креатинін (мкмоль/л)	168,4±32,7	159,7±28,2	112,5±12,5	106,0±11,8	98,7±9,2
Загальний білірубін (ммоль/л)	26,1±7,3	23,1±8,0	14,6±5,2	12,1±2,3	11,7±3,5
АсАТ (ммоль/г/л)	0,98±0,18	0,91±0,16	0,85±0,09	0,72±0,05	0,67±0,08
АлАТ (ммоль/г/л)	0,84±0,14	0,77±0,12	0,74±0,13	0,62±0,10	0,54±0,06

З таблиці бачимо, що гемодинамічні зміни проявлялися збільшенням частоти серцевих скорочень ($92 \pm 9,3$ за хв.) та зниженням систолічного артеріального тиску ($108 \pm 10,1$ мм.рт.ст.), причинами можна вважати реакцію на біль та ендотоксичний шок. Розвиток СЕІ характеризувався зменшенням кількості еритроцитів до $2,8 \pm 0,6 \times 10^{12}/л$ та вмісту гемоглобіну до $98,6 \pm 9,4$ г/л. Спостерігали лейкоцитоз ($18,2 \pm 4,9 \times 10^9/л$). Відхилення від норми вище наведених показників утримувалося протягом 3-7 діб після оперативного втручання.

Зменшення діурезу (860 ± 105 мл) було зумовлене втратою рідини (блювання, вихід у позаклітинний простір, втрата вологи при диханні, з потом) та токсичним ураженням ниркових канальців за типом гострого нефрозу. Про порушення функції нирок свідчило підвищення рівня креатиніну та сечовини ($168,4 \pm 32,7$ мкмоль/л і відповідно $17,1 \pm 6,5$ ммоль/л). Ознаками токсичного ураження печінки була поява жовтушності шкірних покривів, зниження рівня білка ($64,3 \pm 7,8$ г/л) та підвищення рівня трансаміназ (АсАТ – $0,98 \pm 0,18$ ммоль/г/л, АлАТ – $0,84 \pm 0,14$ ммоль/г/л). Проведене оперативне втручання та комплекс лікувальних заходів мали позитивні результати з динамічною нормалізацією клінічних та лабораторних показників до моменту виписки хворих із клініки. Одужало 64 особи (95,5%). У 3-х хворих (4,5%) перебіг перитоніту був украй тяжкий і закінчився смертю незважаючи на проведене оперативне втручання та інтенсивну антибактеріальну й інфузійну терапію у післяопераційному періоді.

Причинами незадовільних результатів лікування були запізниті звернення хворих за допомогою, похилий вік та важка супутня патологія. Характерним для несприятливого перебігу хвороби була наростаюча тахікардія ($105 \pm 12,1$ ударів за хв.) та стійка гіпотонія (систолічний артеріальний тиск за лишався у межах $88,7 \pm 8,4$ мм рт ст). Декомпенсація хворих характеризувалася анемією (еритроцити – $2,8 \pm 0,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобін – $93,2 \pm 10,8$ г/л) та лейкопенією ($5,2 \pm 2,1 \times 10^9/л$). Спостерігалось наростання ниркової недостатності ознаками якої було зменшенням діурезу аж до анурії,

значне підвищення рівня креатиніну ($374,8 \pm 86,5$ мкмоль/л) та сечовини ($42,1 \pm 15,3$ ммоль/л). Токсичне ураження печінки проявлялося підвищенням рівня білірубину ($54,2$ мкмоль/л), трансаміназ (АсАТ – $1,74 \pm 0,52$ ммоль/г/л, АлАТ – $1,81 \pm 0,47$ ммоль/г/л) та гіпопротеїнемією (загальний білок – $46,4 \pm 7,8$ г/л). Наростання порушень вітальних функцій організму та змін лабораторних показників спостерігалось до моменту смерті.

Висновки

1. Для об'єктивної оцінки ступеня ендогенної інтоксикації слід орієнтуватися на клінічну картину хвороби та лабораторні показники.
2. Оперативне втручання з санацією черевної порожнини є основою ланкою усунення СЕІ.
3. Наявність важкої ендогенної інтоксикації вимагає проведення інтенсивної терапії, спрямованої на корекцію основних показників гомеостазису на всіх етапах лікування.

Перспективи подальших досліджень

Проведене дослідження може лягти в основу подальших розробок методів дослідження синдрому ендогенної інтоксикації з метою покращення результатів лікування хворих з поширеним перитонітом.

Література

1. Гостищев В. К. Инфекции в хирургии / В. К. Гостищев. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 761 с.
2. Брискин Б.С. Лечение тяжёлых форм распространённого перитонита / Б.С. Брискин, Н.Н. Хачатрян, З.И. Савченко [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 8. – С.56-59.
3. Павловський М. П. Роль і місце мініінвазивних технологій у лікуванні перитоніту та його септичних ускладнень / М. П. Павловський // Клінічна хірургія. – 2003. – № 4-5. – С. 29.
4. Томнюк Н. Д. Перитонит, как одна из основных причин летальных исходов / Н. Д. Томнюк, Е. П. Данилина, А. Н. Черных [и др.] // Современные наукоемкие технологии. – 2010. – № 10. – С. 81-84.
5. Логачев В. К. Сравнительная оценка результатов лечения разлитого гнойного перитонита в зависимости от техники и тактики санации брюшной полости / В. К. Логачев, Ю. В. Иванова, И. А. Криворучко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2005. – №1. – С.82-85.
6. Ташев Х. Р. Эндогенная интоксикация у больных с острым распространённым перитонитом и проблемы её коррекции / Х. Р. Ташев, В. Е. Аваков, Х. О. Сафаров // Хирургия. – 2002. – №3. – С.38-41.

Реферат

ДИНАМИКА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Дужий И.Д., Кравец А.В., Пятикоп Г.И., Кобылецкий С.Н., Попадинец В.М.

Ключевые слова: разлитой перитонит, синдром эндогенной интоксикации, лечение.

Проведено изучение клинических и лабораторных показателей эндогенной интоксикации у 67 больных с разлитым перитонитом. В комплекс диагностических мероприятий входило физикальное и лабораторное обследование. Синдром эндогенной интоксикации I-й степени диагностирован у 29 (43,3%) больных, II-й степени – у 25 (37,3%), III-й степени – у 13 (19,4%). Больные оперированы в urgentном порядке. Интенсивная терапия включала комплекс мер по поддержке витальных функций, восстановлению показателей гомеостазиса, профилактики и лечения осложнений. В послеоперационном периоде проводился мониторинг температуры тела, артериального давления, частоты сердечных сокращений, диуреза, исследовали клинические показатели крови и мочи, биохимические анализы крови.

Summary

DYNAMICS OF CLINICAL AND LABORATORY INDICES OF ENDOGENOUS INTOXICATION IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS

Duzhiy I.D., Kravets O.V., Pyatykop G.I., Kobyletsky S.N., Popadynets V.M.

Keywords: diffuse peritonitis, syndrome of endogenous intoxication, treatment.

The paper presents the thorough study of clinical and laboratory indices of endogenous intoxication in 67 patients with diffuse peritonitis. The complex of diagnostic measures included physical and laboratory examinations. The syndrome of endogenous intoxication of the 1st stage was diagnosed in 29 (43.3%) patients, of the 2nd stage in 25 (37.3%) patients and of the 3rd degree – in 13 (19.4%) patients. All patients underwent urgent surgery. Intensive care consisted of measures which provided the support of vital functions, the recovery of homeostasis indices, the prevention and treatment of complications. During the postoperative period the body temperature, blood pressure, heart rate, and daily diuresis were monitored as well as clinical analysis blood test, urinalysis were performed to assess the patients' condition.

УДК 616.366-002.1-089.87

Желіба М. Д., Верба А. В., Марцинковський І. П., Хіміч С. Д., Ошовський І. Н.

МОНІТОРИНГ БАКТЕРІОХОЛІЇ ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКОПЛЕННЯХ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця

Мікробіологічні дослідження проб жовчі із жовчного міхура у 139 хворих на деструктивні форми гострого калькульозного холециститу, взятій інтраопераційно, показали, що у 85,6% досліджень виділяється мікрофлора, чутлива до цефоперазону. Проведений моніторинг бактеріохолії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу з явищами гнійного холангіту показав, що регіонарне внутрішньоартеріальне введення антибіотиків у автотологічних еритроцитарних тінях-носіях має значну перевагу у санації жовчовивідних шляхів порівняно з внутрішньовенним.

Ключові слова: бактеріохолія, гострий деструктивний холецистит, антибіотикотерапія.

Вступ

Важливими факторами розвитку гнійно-запальних ускладнень жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) є: порушення відтоку жовчі, зниження бактерицидних властивостей жовчі, мікробне обсіменіння жовчі з наступним розвитком біліарної інфекції [5]. Бактерії можуть проникати у біліарну систему гематогенним, лімфогенним та висхідним із дванадцятипалої кишки шляхами. Окрім цього, в умовах обтурації, при зменшенні поступлення жовчі у дванадцятипалу кишку, порушується бар'єрна функція епітелію слизової кишечника, що призводить до посилення транслокації бактерій із просвіту кишки у системний кровоток [1, 3, 6], знижується протимікробна активність купферовських клітин печінки [4].

Згідно літературних джерел, мікробіологічні дослідження спрямовані на вивчення етіології й патогенезу розвитку гнійно-запальних ускладнень ЖКХ і відсутні дані про моніторинг бактеріохолії як показника ефективності антибактеріальної терапії у комплексному лікуванні.

Метою нашого дослідження стало динамічне вивчення мікробного обсіменіння жовчі у процесі комплексного лікування гнійно-запальних ускладнень ЖКХ з застосуванням регіонарної антибіотикотерапії.

Матеріали та методи дослідження

Робота базується на проспективному аналізі результатів комплексного лікування 139 хворих на гострі гнійно-запальні ускладнення ЖКХ, які лікувалися у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону у 2008-10 рр. Чоловіків було 45 (32,4%), жінок – 94 (67,6%). У залежності від форми гострого холециститу і методу антибіотикотерапії хворі були розподілені на дві групи. Основну групу склали 59 хворих, з яких у 31 випадку мала місце флегмонозна форма ГХ, у 18 – гангренозна і у 10 – деструктивні форми у поєднанні з гострим гнійним холангітом. Комплексне лікування цієї групи хворих включало регіонарне внутрішньоартеріальне введення 1,0 цефоперазону в автотологічних еритроцитарних тінях-носіях [2]. Контрольну групу склали 80 хворих: у 47 була флегмонозна форма ГХ, у 19 – гангренозна, у 14 – деструктивні форми з явищами гнійного холангіту. Комплексне лікування цієї групи хворих включало внутрішньовенне введення 1,0 цефоперазону 2 рази на добу.

Під час операції в усіх хворих шляхом пункції жовчного міхура брали жовч для мікробіологічних досліджень з метою вивчення виду і кількості мікроорганізмів та їх чутливості до антибіотиків.

У післяопераційному періоді мікробіологічні дослідження проводилися на другу, третю, п'яту і сьому

добу шляхом забору жовчі із зовнішнього дренажу загальної жовчної протоки. Забір, транспортування проб клінічного матеріалу, виділення та ідентифікація мікроорганізмів проводилася у відповідності з нормативними документами і методичними рекомендаціями.

Результати дослідження та їх обговорення

Зі 139 проб жовчі, взятих під час оперативного втручання, мікрофлору виділили у 119 (85,6%). У 24 (17,3%) хворих з деструктивними формами ГХ у поєднанні з гнійним холангітом виділена патогенна мікрофлора у концентрації 10^6 - 10^7 КУО/мл. Найчастіше виділяли *E. coli* – 81 (68,1%) штам, при цьому у 37,5% випадків цей мікроорганізм був в асоціаціях з іншими мікроорганізмами. Другою за частотою була *Klebsiella* spp., яку виділили із 32 (26,9%) проб жовчі. У 28 (23,5%) пацієнтів із жовчі виділені *Enterococcus* spp., *Proteus vulgaris* 24 (20,1%), *Enterobacter* spp. у 19 (15,9%), *P. aeruginosa* у 13 (10,9%). У 76 (63,8%) випадках відзначені асоціації мікроорганізмів. Усі види виділених із жовчі мікроорганізмів мали чутливість до цефоперазону, що робить його антибіотиком вибору для проведення емпіричної антибіотикотерапії при гнійно-запальних ускладненнях ЖКХ.

У 10 хворих основної групи і 14 контрольної, у яких деструктивні форми ГХ поєднувалися із гострим холангітом, було виконано зовнішнє дренажування загальної жовчної протоки. Мікробіологічні дослідження виділень, взятих із зовнішнього дренажу загальної жовчної протоки у першу добу після операції у хворих основної групи були позитивними у 9, на третю добу – у 3, на 5 і 7 – лише у одного. У контрольній групі хворих у першу добу після операції мікрофлора із виділень через дренажі висівалась у 13 хворих, на третю добу – у 10, на п'яту – у 7, на сьому – у 3 і на 9 добу – у 2.

Післяопераційні ускладнення запального характеру з боку рани виникли у 4 хворих контрольної групи у хворих основної групи ускладнень не було. Померли два хворих у контрольній групі від серцево-судинної недостатності.

Висновки

1. У хворих на деструктивні форми ГХ у 85,6% випадків із жовчі виділяються мікроорганізми, які мають високу чутливість до цефоперазону.

2. Мікробіологічний моніторинг жовчі дає можливість оцінити ефективність санації жовчовивідних шляхів при різних методах антибіотикотерапії.

УДК 616.366-002.1-089.87

Желіба М. Д., Верба А. В., Марцинковський І. П., Хіміч С. Д., Ошовський І. Н.

МОНІТОРИНГ БАКТЕРІОХОЛІЇ ПРИ ГОСТРИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКОПЛЕННЯХ ЖОВЧОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ У ПРОЦЕСІ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова
Військово-медичний клінічний центр Центрального регіону, м. Вінниця

Мікробіологічні дослідження проб жовчі із жовчного міхура у 139 хворих на деструктивні форми гострого калькульозного холециститу, взятій інтраопераційно, показали, що у 85,6% досліджень виділяється мікрофлора, чутлива до цефоперазону. Проведений моніторинг бактеріохолії у хворих на деструктивні форми гострого холециститу з явищами гнійного холангіту показав, що регіонарне внутрішньоартеріальне введення антибіотиків у автотологічних еритроцитарних тінях-носіях має значну перевагу у санації жовчовивідних шляхів порівняно з внутрішньовенним.

Ключові слова: бактеріохолія, гострий деструктивний холецистит, антибіотикотерапія.

Вступ

Важливими факторами розвитку гнійно-запальних ускладнень жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) є: порушення відтоку жовчі, зниження бактерицидних властивостей жовчі, мікробне обсіменіння жовчі з наступним розвитком біліарної інфекції [5]. Бактерії можуть проникати у біліарну систему гематогенним, лімфогенним та висхідним із дванадцятипалої кишки шляхами. Окрім цього, в умовах обтурації, при зменшенні поступлення жовчі у дванадцятипалу кишку, порушується бар'єрна функція епітелію слизової кишечника, що призводить до посилення транслокації бактерій із просвіту кишки у системний кровоток [1, 3, 6], знижується протимікробна активність купферовських клітин печінки [4].

Згідно літературних джерел, мікробіологічні дослідження спрямовані на вивчення етіології й патогенезу розвитку гнійно-запальних ускладнень ЖКХ і відсутні дані про моніторинг бактеріохолії як показника ефективності антибактеріальної терапії у комплексному лікуванні.

Метою нашого дослідження стало динамічне вивчення мікробного обсіменіння жовчі у процесі комплексного лікування гнійно-запальних ускладнень ЖКХ з застосуванням регіонарної антибіотикотерапії.

Матеріали та методи дослідження

Робота базується на проспективному аналізі результатів комплексного лікування 139 хворих на гострі гнійно-запальні ускладнення ЖКХ, які лікувалися у Військово-медичному клінічному центрі Центрального регіону у 2008-10 рр. Чоловіків було 45 (32,4%), жінок – 94 (67,6%). У залежності від форми гострого холециститу і методу антибіотикотерапії хворі були розподілені на дві групи. Основну групу склали 59 хворих, з яких у 31 випадку мала місце флегмонозна форма ГХ, у 18 – гангренозна і у 10 – деструктивні форми у поєднанні з гострим гнійним холангітом. Комплексне лікування цієї групи хворих включало регіонарне внутрішньоартеріальне введення 1,0 цефоперазону в автотологічних еритроцитарних тінях-носіях [2]. Контрольну групу склали 80 хворих: у 47 була флегмонозна форма ГХ, у 19 – гангренозна, у 14 – деструктивні форми з явищами гнійного холангіту. Комплексне лікування цієї групи хворих включало внутрішньовенне введення 1,0 цефоперазону 2 рази на добу.

Під час операції в усіх хворих шляхом пункції жовчного міхура брали жовч для мікробіологічних досліджень з метою вивчення виду і кількості мікроорганізмів та їх чутливості до антибіотиків.

У післяопераційному періоді мікробіологічні дослідження проводилися на другу, третю, п'яту і сьому

добу шляхом забору жовчі із зовнішнього дренажу загальної жовчної протоки. Забір, транспортування проб клінічного матеріалу, виділення та ідентифікація мікроорганізмів проводилася у відповідності з нормативними документами і методичними рекомендаціями.

Результати дослідження та їх обговорення

Зі 139 проб жовчі, взятих під час оперативного втручання, мікрофлору виділили у 119 (85,6%). У 24 (17,3%) хворих з деструктивними формами ГХ у поєднанні з гнійним холангітом виділена патогенна мікрофлора у концентрації 10^6 - 10^7 КУО/мл. Найчастіше виділяли *E. coli* – 81 (68,1%) штам, при цьому у 37,5% випадків цей мікроорганізм був в асоціаціях з іншими мікроорганізмами. Другою за частотою була *Klebsiella* spp., яку виділили із 32 (26,9%) проб жовчі. У 28 (23,5%) пацієнтів із жовчі виділені *Enterococcus* spp., *Proteus vulgaris* 24 (20,1%), *Enterobacter* spp. у 19 (15,9%), *P. aeruginosa* у 13 (10,9%). У 76 (63,8%) випадках відзначені асоціації мікроорганізмів. Усі види виділених із жовчі мікроорганізмів мали чутливість до цефоперазону, що робить його антибіотиком вибору для проведення емпіричної антибіотикотерапії при гнійно-запальних ускладненнях ЖКХ.

У 10 хворих основної групи і 14 контрольної, у яких деструктивні форми ГХ поєднувалися із гострим холангітом, було виконано зовнішнє дренажування загальної жовчної протоки. Мікробіологічні дослідження виділень, взятих із зовнішнього дренажу загальної жовчної протоки у першу добу після операції у хворих основної групи були позитивними у 9, на третю добу – у 3, на 5 і 7 – лише у одного. У контрольній групі хворих у першу добу після операції мікрофлора із виділень через дренажі висівалась у 13 хворих, на третю добу – у 10, на п'яту – у 7, на сьому – у 3 і на 9 добу – у 2.

Післяопераційні ускладнення запального характеру з боку рани виникли у 4 хворих контрольної групи у хворих основної групи ускладнень не було. Померли два хворих у контрольній групі від серцево-судинної недостатності.

Висновки

1. У хворих на деструктивні форми ГХ у 85,6% випадків із жовчі виділяються мікроорганізми, які мають високу чутливість до цефоперазону.

2. Мікробіологічний моніторинг жовчі дає можливість оцінити ефективність санації жовчовивідних шляхів при різних методах антибіотикотерапії.

Література

1. Ордуян С.Л. Бактериохолия в генезе холециститов и ее значение в выборе методов лечения / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 44 с.
2. Пат. №53474 Україна, МПК А61К31/00, А61В17/00. Спосіб антибіотикотерапії гнійно-запальних ускладнень жовчнокам'яної хвороби / Верба А.В., Бурковський М.І., Желіба М.Д., Гонтар В.В., Стащук Р.П.; заявник та власник Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова №53474, заявлено 29.03.2010, опубліковано 11.10.2010, бюл. № 19.
3. Швецов С.А. Клиническое значение персистентных характеристик аэробной условно-патогенной микрофлоры у больных холециститом / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1994. – 31 с.
4. Minter R.M. Altered Kupffer cell function in biliary obstruction / R.M.Minter, M.H.Fan, J.Sun [et al.] // Surgery. – 2005. – V.138 (2). – P.236-245.
5. Panek M. Adherence of bile isolated bacteria to the bile ducts mucosa as a pathogenic factor in the development of inflammatory lesion / M.Panek, J.Lukasiewicz, K. Kosowski [et al.] // Med. Sci. Monit. – 2000. – V.6, № 2. – P.291-299.
6. White J.S. Patterns of bacterial translocation in experimental biliary obstruction / J.S. White // Journal of Hepato-biliary-pancreatic Surgery. – 2001. – V. 8. – P.46-47.

Реферат

МОНИТОРИНГ БАКТЕРИОХОЛИИ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Желиба Н. Д., Верба А. В., Марцинковский И. П., Химич С.Д., Ошовский И. Н.

Ключевые слова: бактериохолия, острый деструктивный холецистит, антибиотикотерапия.

Микробиологические исследования проб желчи из желчного пузыря у 139 больных деструктивными формами острого калькулезного холецистита, взятой интраоперационно, показали, что в 85,6% исследований определяется микрофлора, чувствительная к цефоперазону. Проведенный мониторинг бактериохолии у больных деструктивными формами острого холецистита с явлениями гнойного холангита показал, что регионарное внутриартериальное введение антибиотиков в аутологичных эритроцитарных тенях-носителях имеет значительное преимущество в санации желчевыводящих путей по сравнению с внутривенным.

Summary

MONITORING OF BACTERIOCHOLIA ON ACUTE SUPPURATIVE COMPLICATIONS OF GALLSTONE DISEASE IN INTEGRATED TREATMENT

Zheliba N., Verba A., Martsinkovsky I., Khimich S., Oshovskyy I.

Keywords: bacteriocholia, acute destructive cholecystitis, antibiotics.

Microbiological examination of bile samples taken intraoperatively from the gall bladder in 139 patients with destructive forms of acute calculous cholecystitis has shown that 85.6% of the samples studied were detected to contain microflora, sensitive to cefoperazone. The monitoring of bacteriocholia in patients with destructive forms of acute cholecystitis and signs of suppurative cholangitis demonstrated that regional intra-arterial injection of antibiotics with the autologous erythrocytic carriers had considerable benefits towards the biliary tract sanitation in comparison with intravenous injection.

УДК:616-089.168.1-06-092-099

Иващенко А.В.

СИНДРОМЫ НАРАСТАНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПОСЛЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В работе обобщен накопленный в клинике опыт лечения пациентов с рядом заболеваний, у которых после выполнения оперативных вмешательств закономерно нарастают явления эндотоксикоза различной этиологии (ишемический, бактериальный, гормональный, онкологический и химический). Автором предлагаются меры, направленные на борьбу с нарастающим токсикозом, представляющим довольно часто угрозу для жизни больного.

Ключевые слова: эндотоксикоз, рост, послеоперационный период, лечение

Вступление

При проведении многих лечебных патогенетически обоснованных мероприятий, в том числе и оперативных вмешательств, в организме может возникнуть целый ряд патологических состояний, которые сами по себе, даже при полной предшествующей ликвидации патологического очага, могут вызвать срыв компенсаторной функции, вплоть до развития неблагоприятного исхода. Подобных состояний немало и встречаются они в клинической практике довольно часто, особенно такие как постишемические синдромы, синдромы обкрадывания кровотока в хирургии магистральных сосудов, синдромы отмены препаратов с возвратом заболевания и др. [1]. Поэтому каждый врач должен быть знаком с закономерно развивающимися отклонениями гомеостаза во время и после проведения патогенетически обоснованных методов лечения целого ряда хирургических заболеваний и уметь, оценив исходное состояние больного, ответить

на основной тактический вопрос:

«Оправдано ли в конкретной клинической ситуации порой единственное лечебное пособие»? Трезво взвесить имеющиеся в наличии средства борьбы с возникающими расстройствами и порой благоразумно отказаться от бессмысленных врачебных действий.

Цель

Целью настоящего сообщения явилось обобщение опыта клиники общей хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького лечения пациентов с различной патологией, у которых после показанных оперативных вмешательств заведомо предполагалось нарастание эндогенной интоксикации в сравнении с исходной, существенно влияющей на результаты лечения и пытаться минимизировать эти проявления.

Література

1. Ордуян С.Л. Бактериохолия в генезе холециститов и ее значение в выборе методов лечения / Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1989. – 44 с.
2. Пат. №53474 Україна, МПК А61К31/00, А61В17/00. Спосіб антибіотикотерапії гнійно-запальних ускладнень жовчнокам'яної хвороби / Верба А.В., Бурковський М.І., Желіба М.Д., Гонтар В.В., Стащук Р.П.; заявник та власник Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова №53474, заявлено 29.03.2010, опубліковано 11.10.2010, бюл. № 19.
3. Швецов С.А. Клиническое значение персистентных характеристик аэробной условно-патогенной микрофлоры у больных холециститом / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 1994. – 31 с.
4. Minter R.M. Altered Kupffer cell function in biliary obstruction / R.M.Minter, M.H.Fan, J.Sun [et al.] // Surgery. – 2005. – V.138 (2). – P.236-245.
5. Panek M. Adherence of bile isolated bacteria to the bile ducts mucosa as a pathogenic factor in the development of inflammatory lesion / M.Panek, J.Lukasiewicz, K. Kosowski [et al.] // Med. Sci. Monit. – 2000. – V.6, № 2. – P.291-299.
6. White J.S. Patterns of bacterial translocation in experimental biliary obstruction / J.S. White // Journal of Hepato-biliary-pancreatic Surgery. – 2001. – V. 8. – P.46-47.

Реферат

МОНИТОРИНГ БАКТЕРИОХОЛИИ ПРИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Желиба Н. Д., Верба А. В., Марцинковский И. П., Химич С.Д., Ошовский И. Н.

Ключевые слова: бактериохолия, острый деструктивный холецистит, антибиотикотерапия.

Микробиологические исследования проб желчи из желчного пузыря у 139 больных деструктивными формами острого калькулезного холецистита, взятой интраоперационно, показали, что в 85,6% исследований определяется микрофлора, чувствительная к цефоперазону. Проведенный мониторинг бактериохолии у больных деструктивными формами острого холецистита с явлениями гнойного холангита показал, что регионарное внутриартериальное введение антибиотиков в аутологичных эритроцитарных тенях-носителях имеет значительное преимущество в санации желчевыводящих путей по сравнению с внутривенным.

Summary

MONITORING OF BACTERIOCHOLIA ON ACUTE SUPPURATIVE COMPLICATIONS OF GALLSTONE DISEASE IN INTEGRATED TREATMENT

Zheliba N., Verba A., Martsinkovsky I., Khimich S., Oshovskyy I.

Keywords: bacteriocholia, acute destructive cholecystitis, antibiotics.

Microbiological examination of bile samples taken intraoperatively from the gall bladder in 139 patients with destructive forms of acute calculous cholecystitis has shown that 85.6% of the samples studied were detected to contain microflora, sensitive to cefoperazone. The monitoring of bacteriocholia in patients with destructive forms of acute cholecystitis and signs of suppurative cholangitis demonstrated that regional intra-arterial injection of antibiotics with the autologous erythrocytic carriers had considerable benefits towards the biliary tract sanitation in comparison with intravenous injection.

УДК:616-089.168.1-06-092-099

Иващенко А.В.

СИНДРОМЫ НАРАСТАНИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА ПОСЛЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ И ВОЗМОЖНОСТИ ИХ КОРРЕКЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В работе обобщен накопленный в клинике опыт лечения пациентов с рядом заболеваний, у которых после выполнения оперативных вмешательств закономерно нарастают явления эндотоксикоза различной этиологии (ишемический, бактериальный, гормональный, онкологический и химический). Автором предлагаются меры, направленные на борьбу с нарастающим токсикозом, представляющим довольно часто угрозу для жизни больного.

Ключевые слова: эндотоксикоз, рост, послеоперационный период, лечение

Вступление

При проведении многих лечебных патогенетически обоснованных мероприятий, в том числе и оперативных вмешательств, в организме может возникнуть целый ряд патологических состояний, которые сами по себе, даже при полной предшествующей ликвидации патологического очага, могут вызвать срыв компенсаторной функции, вплоть до развития неблагоприятного исхода. Подобных состояний немало и встречаются они в клинической практике довольно часто, особенно такие как постишемические синдромы, синдромы обкрадывания кровотока в хирургии магистральных сосудов, синдромы отмены препаратов с возвратом заболевания и др. [1]. Поэтому каждый врач должен быть знаком с закономерно развивающимися отклонениями гомеостаза во время и после проведения патогенетически обоснованных методов лечения целого ряда хирургических заболеваний и уметь, оценив исходное состояние больного, ответить

на основной тактический вопрос:

«Оправдано ли в конкретной клинической ситуации порой единственное лечебное пособие»? Трезво взвесить имеющиеся в наличии средства борьбы с возникающими расстройствами и порой благоразумно отказаться от бессмысленных врачебных действий.

Цель

Целью настоящего сообщения явилось обобщение опыта клиники общей хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького лечения пациентов с различной патологией, у которых после показанных оперативных вмешательств заведомо предполагалось нарастание эндогенной интоксикации в сравнении с исходной, существенно влияющей на результаты лечения и пытаться минимизировать эти проявления.

Материал, методы исследования. Результаты и их обсуждение

Ключевые процессы патогенеза эндогенной интоксикации совершаются на молекулярном уровне. Обнаружено 38 продуктов интермедиарного обмена, появляющихся или изменяющих свою концентрацию в 51-1150 раз при возникновении эндогенной интоксикации [2]. Современное представление о эндогенной интоксикации связано в первую очередь с понятием полиорганной недостаточности. При этом подразумевается одномоментное или последовательное наступление несостоятельности сердца, легких, печени, почек, мозга, кишечника, что приводит к высокой летальности от 60 до 80%. Традиционно приоритетное значение при этом отводилось и отводится нарушению кровообращения и дыхания (60-65% случаев), в то же время несостоятельность метаболического гомеостаза, вследствие печеночно-почечной недостаточности, встречается так же часто, как и сердечно-легочная недостаточность. Однако клиническая картина нарушений метаболизма не проявляется так ярко, как нарушение дыхания и кровообращения, особенно на ранних этапах своего развития [3]. Поэтому диагностика нарушенного метаболизма, как правило, запаздывает за событиями развивающихся процессов, в том числе и из-за своего несовершенства. Исследования, проведенные проф. В.П. Шано (1993) [3] с помощью методов статистического анализа, позволили из множества разнообразных показателей выбрать их минимальное число, но достаточное для аргументации несостоятельности основных звеньев гомеостаза – монооксигеназной, иммунной и выделительной систем. В число универсальных маркеров эндогенной интоксикации, которые мы используем в клинической практике, вошли легко воспроизводимые тромбоциты, средние молекулы, трансаминазы, лактатдегидрогеназа, парамечийный тест, минутный, ударный объемы сердца, сердечный индекс, общее периферическое сопротивление, диастолический реографический индекс. Эти показатели не только отражают такое свойство эндогенной интоксикации как универсальность, но и зависимость ее проявлений от этиологического фактора. Поэтому в своей хирургической деятельности в зависимости от этиологического фактора мы выделяем следующие группы хирургического эндотоксикоза: ишемический, бактериальный, гормональный, онкологический и химический.

Следующий важный момент – не только констатация наличия эндотоксикоза, его вида, но и степени тяжести. Весьма показательна и доступна в этом отношении таблица степени тяжести эндотоксикоза в зависимости от клинических признаков его проявления, предложенная еще в 1987 году проф. П.К. Дьяченко и Н.М. Желваковым [4] и не утратившей своего значения до настоящего времени.

Общеизвестно, что результаты восстановительных операций у больных с острой артериальной непроходимостью конечностей во многом зависят от исходной степени ишемии конечности и времени тяжелой ишемии, с увеличением которых резко возрастает число неблагоприятных исходов, ввиду развития после восстановления кровотока синдрома включения [5].

С другой стороны, еще более возрастает летальность при условии неудачной попытки восстановления кровотока или просто ревизии сосудов, особенно у больных с исходной декомпенсацией кровообращения в конечности (ишемия ПБ, ША, ШБ степени), согласно классификации В.С. Савельева и соавт. 1974

[6], что приводит к очень быстрому прогрессированию ишемии и нарастанию ишемической интоксикации. К сожалению, это возникает при сопутствующих довольно часто острым окклюзиям распространенным типам поражения атеросклеротическим процессом дистального русла конечности, что делает невозможным полное восстановление магистрального кровотока. Информативность дооперационной ангиографии при этом (особенно при тяжелой ишемии) довольно низкая, что обусловлено тяжелейшим регионарным спазмом артерий. Так по нашим данным, если у 162 пациентов с восстановленным кровотоком умерло 25 больных (летальность 15,6%), то из 77 больных, у которых не удалось восстановить кровоток в конечности или наступил ретромбоз, и в дальнейшем выполнена ампутация конечности умерло 46 больных (послеоперационная летальность -59,7%) [5]. Поэтому ведущая роль в неблагоприятных исходах восстановительных операций принадлежит интоксикации, обусловленной длительным воздействием ишемического очага на организм пациента. По мнению В.С. Савельева и соавт. [7] боязнь развития синдрома включения не должна служить препятствием в стремлении восстановить кровообращение в конечности, поскольку оставление очага острой ишемии в 3,9 раза опаснее полного восстановления кровотока (за исключением тотальной мышечной контрактуры – ишемии ШВ степени, когда абсолютно показана первичная ампутация конечности). Это заставляет с одной стороны, строго аргументировать показания к восстановительной операции у больных с легкой ишемией (ишемия напряжения, IА, IБ, IIа степени), а у пациентов с выраженной ишемией, при условии ее обратимости, до операции оговаривать возможность ампутации после неудачной попытки восстановления кровотока (не откладывая ее, и выполняя ее сразу же после неудачной попытки восстановления кровотока). Пролонгация с ампутацией после неудавшейся попытки или наступившем ретромбозе при декомпенсации кровообращения в конечности является одной из основных причин смертельных послеоперационных осложнений, в частности, такого как эмболия легочной артерии.

Классическим примером чрезвычайно опасного нарастания бактериального токсикоза является возможность развития бактериального шока в послеоперационном периоде у пациентов с глубокой флегмоной стопы, или пиелонефритом на фоне острой обструкции мочевых путей, особенно у больных сахарным диабетом. Как правило, подобные пациенты поступают в хирургический стационар несвоевременно, ввиду запоздалой диагностики или неадекватного лечения на предыдущих этапах в состоянии тяжелого бактериального эндотоксикоза. Выполнение экстренного оперативного вмешательства, показанного, как правило, абсолютному большинству больных, без которого оказание эффективной помощи представляется эфемерным, связано с определенным риском. Избавляя пациента от основной причины поражения как во время операции, так и в ближайшем послеоперационном периоде, происходит усиленное поступление в кровь большого бактерий, продуктов их жизнедеятельности, ферментов протеолиза (немаловажное значение имеют манипуляции механического характера - ликвидация затеков, разъединение тканей), что усиливает явления токсикоза. Вследствие инфекционно-токсического поражения повышается общая протеолитическая активность крови, активность калликреин-кининовой системы крови, что способствует возникновению вторичных некрозов и повышает ве-

роятность сепсиса [8]. По мере увеличения гнойного очага катастрофически нарастает гипергликемия, глюкозурия, кетоацидоз, повышается вероятность декомпенсации сахарного диабета. Установлено, что 1 мл гноя инактивирует до 10-15 ЕД эндогенного или экзогенно введенного инсулина [9].

Исследованиями отечественных и зарубежных урологов установлено, что мочекаменная болезнь в 50-90% случаев сочетается с хроническим пиелонефритом. В этих условиях любое оперативное вмешательство может спровоцировать обострение пиелонефрита, развитие сепсиса, возникновение бактериального шока, летальность при котором достигает более 50% [10,11]. Окклюзирующий фактор вызывает нарушение оттока мочи, повышая внутрилоханочное давление. В условиях пиурии инфицируется мозговой и корковый слой паренхимы почки. В результате пиеловазальных рефлюксов и формирования каликоперитонитов в кровь поступает большое количество патогенных бактерий и бактериальных токсинов. Окклюзия мочевых путей замыкает этот круг [11]. Если в результате пиелонефрита очаги деструкции (апостемы, карбункулы) в паренхиме почек возникают лишь через 2-3 суток, то клиническая картина бактериально-токсического шока развивается в считанные часы [12]. Поэтому обезопасить последствия необходимых оперативных вмешательств у больных с тяжелыми гнойно-септическими процессами должны адекватные, превентивные и краткосрочные профилактические мероприятия, зависящие от характера гнойного поражения.

Так у 9 пациентов с диабетической стопой и глубокой флегмоной стопы, возникшей вследствие некротического поражения пальцев стопы, благодаря особой предоперационной подготовке удалось сохранить не только жизнь всем пациентам, но и опорную функцию стопы. Все больные поступили в клинику после безуспешного лечения в других медицинских учреждениях, у 5 из них ранее выполнена экзартикуляция или ампутация некротизированных пальцев. Возраст пациентов колебался от 40 до 62 лет. У 3-х пациентов отмечен тяжелый диабет, у 6 – средней тяжести.

Всем больным проводили комплексное лечение, включающее адекватную коррекцию гипергликемии, выполнение оперативного вмешательства – широкое вскрытие подошвенного апоневроза с удалением некротизированных тканей, экзартикуляция некротизированных пальцев с резекцией головок соответствующих плюсневых костей, а также мероприятия, направленных на профилактику и лечение неклостридиальной анаэробной инфекции (промывание раны раствором диоксида, применение метронидазола, метроджила) [13].

До операции, в первые 12 часов от момента поступления, для купирования гнойно-некротического процесса и уменьшения степени эндотоксемии использовали регионарный плазмаферез (в целях избирательного удаления токсинов из оттекающей от конечности венозной крови (аппарат ПФ-05) [14]), и внутриартериальную инфузию лекарственных средств (реополиглюкин, гепарин, антибиотики, инсулин, никотиновая кислота, реосорбилакт) не более 1200 мл в сутки с помощью дозатора и разработанного в клинике метода катетеризации нисходящей артерии колена [15] для создания их максимальной концентрации в очаге.

У всех больных гнойно-некротический процесс купирован, конечность сохранена, в то же время у 12

подобных больных (с глубокой диабетической флегмоной стопы), которым также выполнена некрэктомия с широким вскрытием подошвенного апоневроза, проводилась интенсивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, но до операции не проводились плазмаферез и внутриартериальное введение лекарственных препаратов, ни у одного больного не удалось сохранить опорную функцию конечности, а 2 пациента погибли от бактериального шока.

Современные методы миниинвазивной урологии (эндоурологические и лапароскопические), используемые в клинике в течение последних 7 лет, нацеливают нас на активную хирургическую тактику в неотложной урологии, однако с учетом степени выраженности эндотоксикоза. При тяжелой его форме при обтурационных поражениях отдаем предпочтение декомпрессивным превентивным вмешательствам, таким как транскутанная пиелостомия, надлобковая цистостомия с последующей контактной либо дистанционной литотрипсией при отсутствии противопоказаний. Экстренные декомпрессивные, даже мининвазивные вмешательства, не исключают возможности развития бактериального шока. Поэтому одновременно с ними, на фоне декомпрессии, проводим мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, антибактериальную терапию, широко используем методы эфферентной терапии, что позволило в последние 2 года в 5 раз уменьшить вероятность возникновения бактериального шока у подобных больных и летальный исход отмечен лишь в 1 наблюдении.

Одним из проявлений эндогенной интоксикации гормональной этиологии является тиреотоксический криз. При особо тяжелых его формах летальный исход может наступить спустя несколько часов. В зависимости от уровня повышения температуры тела, частоты пульса и нервно-психических расстройств тиреотоксический криз разделяют на легкий, средней тяжести и тяжелый. Лечение полностью развившегося тяжелого тиреотоксического криза часто малоэффективно (смертность колеблется от 50 до 75% [16]). Большинство исследователей считают, что главную роль в развитии криза играет недостаточность функции коры надпочечников и повышенная продукция адреналина их мозговым слоем. Для истощенной коры надпочечников оперативная и психическая травма являются дополнительными стрессовыми факторами. Эта выраженная надпочечниковая недостаточность способствует развитию тиреотоксического криза после субтотальной резекции щитовидной железы и вызывает порой неблагоприятный исход. Поэтому включение глюкокортикоидных препаратов в предоперационную подготовку и послеоперационное лечение больных с тяжелыми формами тиреотоксикоза является важным и необходимым условием для предотвращения и лечения криза [17].

Несмотря на окончательно невыясненный патогенез острой послеоперационной тиреотоксической реакции лечение этого осложнения хорошо разработано. Самые лучшие результаты дают мероприятия, направленные на профилактику криза, а именно - полноценная предоперационная подготовка, атравматически выполненная операция под эндотрахеальным наркозом и правильно проведенное послеоперационное лечение. В то же время следует помнить, что у ряда пациентов с тяжелым токсикозом при предоперационной подготовке иногда возникают серьезные трудности, связанные с непереносимостью цитостатиков, гликозидов и других препаратов, что требует

использования специальных методов подготовки [4].

Клиника общей хирургии, не являясь специализированным учреждением по хирургическому лечению эндокринопатий, периодически оказывала помощь пациентам с тиреотоксикозом. За последние 30 лет прооперировано 65 больных с диффузным токсическим зобом. В результате адекватно проведенной предоперационной подготовки после операции тиреотоксического криза не отмечено ни у одного больного.

Операции выполненные по поводу злокачественных опухолей имеют свои особенности: 1) удаление с опухолью органа, его части, а иногда и нескольких органов отягощает течение послеоперационного периода. Шок, стресс, снижение функции жизненно важных органов, вплоть до развития угрожающих жизни состояний, извращение функции, а иногда и полная ее потеря в связи с удалением органа – постоянные спутники онкологических операций; 2) удаление или резекция органа с опухолью в отличие от многих хирургических заболеваний не всегда сразу приносит облегчение больному, не всегда приводит к устранению причины ее породившей и соответствующий фон в организме с пребластоматозным состоянием и специфической реактивностью остается еще долгое время после операции. Около 2/3 больных подвергаются так называемой радикальной операции в состоянии доклинического метастазирования [18]. А произведенная в подобных условиях операция способствует диссеминации онкологического процесса. Не случайно при большинстве злокачественных опухолей внутренних органов, которым была произведена резекция больного органа, пациенты живут менее 5 лет и большинство из них погибает от рецидивов и метастазов в ближайшее 1-2 года после операции.

Решая вопросы показаний и противопоказаний к операции хирург одновременно должен разработать план операции. Установив после клинического исследования больного его «операбельность», он еще не всегда знает точно, возможно ли будет удалить опухоль. Согласно данным нашей клиники за последние 10 лет скрупулезно обследуя больных с помощью современного ультразвукового, эндоскопического исследований, иммунологических тестов, методом компьютерной томографии все же у 5% пациентов операция завершалась пробным вмешательством. Однако общеизвестно, что даже эксплоративное вмешательство способствует диссеминации онкологического процесса, поэтому является далеко небезразличным для пациента.

Выбор объема операции всегда должен быть индивидуальным. Пути уменьшения неблагоприятного воздействия операции на онкопроцесс лежат в дальнейшем совершенствовании дооперационной оценки онкологического больного, выборе оптимального, наиболее физиологического оперативного пособия, однако с сохранением всех признаков радикализма. Несомненно, на конечные результаты операции оказывает влияние его иммунологический статус, сопротивляемость развитию злокачественных опухолей. К сожалению, особенность защитных этих сил изучена пока недостаточно, но хорошо известно, что они есть и основой их является состояние иммунитета.

Одной из многих причин химического эндотоксикоза являются острая и хроническая почечная и печеночная недостаточность, обусловленные накоплением в организме большого количества продуктов азотистого метаболизма и желчных пигментов, особенно вследствие острого (механическое препятствие) нарушения оттока мочи или желчи с развитием механи-

ческой желтухи, либо напряженной пиелокаликоектазии, что требует обязательного оперативного лечения. Классическим примером может служить необходимость экстренного оперативного лечения больного с острой задержкой мочи вследствие аденомы предстательной железы. В зависимости от стадии заболевания и общего состояния больного (наличия сопутствующих заболеваний и уровня азотемии) единственно радикальный метод лечения чрезпузырная аденомэктомия или трансуретральная резекция предстательной железы. В последние 4 года миниинвазивным методом нами прооперированы 90% пациентов поступивших с этим заболеванием в урологическое отделение клиники, которое все же проводится в один или два этапа. Задача уролога оценить возможность выполнения радикальной операции в экстренном порядке, даже невзирая на травматичность метода, ибо на фоне выраженной азотемии, серьезных сопутствующих заболеваний, в том числе и сахарного диабета, обострения пиелонефрита в послеоперационном периоде может наступить летальный исход, вследствие развития острой почечной недостаточности или бактериального шока. В то же время, излишняя перестраховка при относительно удовлетворительном состоянии больного - неоправданное расчленение операции на два этапа путем выполнения паллиативного вмешательства на первом этапе – эпицистостомии, обеспечивающей деривацию мочи, может затянуть процесс лечения, в течении которого могут возникнуть непредсказуемые осложнения.

В клинике на протяжении многих лет четко отработаны и соблюдаются общеизвестные показания к выполнению операций при обструкции нижних мочевых путей у пациентов с различной стадией аденомы предстательной железы [19], что значительно снижает вероятность летального исхода вследствие нарастающего химического токсикоза (азотемии), обусловленного прогрессирующим почечной недостаточности.

Обтурационные поражения желчевыводящих путей, сопровождающиеся механической желтухой, вызывают симптомокомплекс, одним из ведущих проявлений которого является печеночная недостаточность, обусловленная эндогенной (пигментной) интоксикацией. Удачно проведенная и благополучно завершенная операция на печени и желчных путях еще не может полностью предрешать благоприятный исход хирургического лечения. Серьезные исходные нарушения гомеостаза, обусловленные основным заболеванием, требуют напряжения компенсаторных возможностей организма больного в послеоперационном периоде.

Мы изучили результаты оперативного лечения 96 больных с механической желтухой (у 72 – доброкачественного генеза, у 24 – злокачественные образования органов гепатобилиарной зоны). При поступлении в стационар у 68 из них определяли скрытую, а у 28 – выраженную печеночную недостаточность, обусловленную тяжелой формой механической желтухи. Больные были разделены на 4 группы: 1 группа – 4 больных, которым ввиду распространения онкологического процесса не удалось выполнить операцию отведения желчи, 2-я группа – 21 больной – выполнено наружное дренирование холедоха, 3-я группа – 18 пациентов – произведено внутреннее дренирование (различные виды билеодигестивных анастомозов и 4 группа -53 пациента – сочетание внутреннего и наружного дренирования. Кровь для исследования бралась в момент поступления в кли-

нику, накануне операции и на 3-4 сутки после операции. До операции проводилась комплексная дезинтоксикационная и общеукрепляющая терапия, при отсутствии улучшения проводили два сеанса гемосорбции с интервалом в 48 часов, назначали ингибиторы протеолиза, глютаминую кислоту.

Несмотря на своевременную и технически правильно выполненную операцию, мы отметили возникновение или усугубление печеночной недостаточности практически у всех оперированных больных. Клинически это проявлялось нарастанием желтухи, снижением суточного желчеотделения, заторможенностью, стойким парезом кишечника. Особенно закономерными выглядели изменения следующих показателей гомеостаза после декомпрессии в сравнении с

их дооперационным уровнем. Нарастала активность прекалликреин-калликреиновой системы крови, лизосомальных ферментов (табл.1), аминотрансфераз, фракций билирубина, что согласуется с данными и других исследователей [20].

Активность прекалликреин-калликреиновой системы крови определяли биохимическим методом по К.Н. Веремеенко [21], изучали исходную протамин-расщепляющую активность плазмы (ИПАП), содержание прекалликреина (ПК), быстро- и медленно реагирующего ингибиторов калликреина (БРИК, МРИК).

Активность катепсина –Д определяли по Баррету (1976) [22], рибонуклеазы и дезоксирибонуклеазы по Дингле (1980) [23].

Таблица 1
Показатели системы протеолиза до и после декомпрессивных операций у больных с механической желтухой

Показатель	Норма N1=30	До операции N2=96	После операции N3=96
ИПАП(мкмоль/мин)	4±0,1	6±0,2	11±1*
ПК (мкмоль/мин)	9±0,2	8±0,5	5±1*
БРИК(мкмоль/мин)	1,7±0,05	1,7 ±0,05	1,1±0,05*
МРИК(мкмоль/мин)	0,17 ±0,05	0,20±0,01	0,12±0,01*
Катепсин-Д (ед)	0,73±0,05	4,02±0,02	6±0,01*
РНК-аза (мкг/мин)	0,36±0,02	2,4±0,02	2,8±0,01*
ДНК-аза (мкг/мин)	0,14±0,02	1,2±0,2	1,6±0,02*

*Примечание. Достоверность различий показателей между n2 и n3 (p<0,05-0,01)

Наиболее эти изменения были выражены у больных, которым было выполнено внутреннее дренирование, менее – у больных с наружным и при сочетании наружного и внутреннего дренирования (между этими группами различия незначительны). У 4-х больных, которым технически не удалось выполнить деривацию желчи, отмечали лишь рост билирубина и ферментов переаминирования, в то время как существенных различий в системе протеолиза отмечено в сравнении с исходными показателями не было.

Главная причина развития подобных изменений – расстройство капиллярного кровотока после декомпрессии, вследствие нарастающего постишемического отека тканей, структурной их дискомпозиции, вызывающей гиперферментемии [24], усиление свободно-радикального окисления липидов, аммиачной интоксикации [20].

Поэтому наружное дренирование при желчеэстазе является обоснованным методом детоксикации и профилактики печеночной недостаточности. В то же время следует помнить, что чрезкожная, чрезпеченочная холангиостомия, как элемент предоперационной подготовки, оказывается возможным лишь у 20-30% подобных больных, а эндоскопические методы временной деривации желчи (папиллотомия, стентирование, назобилиарное дренирование) часто невозможны, ввиду особенностей патологического процесса, вызвавшего желтуху. Поэтому предоперационная подготовка должна быть интенсивной, многокомпонентной и непродолжительной, включая эфферентные методы, ибо каждый день продления холемической интоксикации лишь усугубляет состояние, не взирая на проводимую терапию.

Выводы

В настоящее время эндогенную интоксикацию по значимости рассматривают наравне с такими биологическими реакциями как воспаление, стресс, аллергия. Поэтому, определяя показания к какому-либо оперативному вмешательству, порой как единственной возможности спасения больного, врач, адекватно оценив исходное состояние пациента, определив ха-

рактер и степень тяжести имеющегося токсикоза, а также учитывая направленность его изменений во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде, должен предпринять действенные меры по профилактике возможных осложнений.

Литература

- Ивашенко В.В. Синдромы дезадаптации в лечении хирургических заболеваний / Ивашенко В.В. – Донецк, 2000. – 188 с.
- Васильев И.Т. Механизм развития эндотоксикоза при острых гнойных заболеваниях органов брюшной полости / И.Т. Васильев // Хирургия. – 1992. – №4. – С.54-58.
- Шано В.П. Клинические лекции по интенсивной терапии / Шано В.П. – Донецк, 1993. – 177 с.
- Дьяченко П.К. Эндотоксикоз в хирургии / П.К. Дьяченко, Н.М. Желваков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1987. – №7. – С.13-19.
- Ивашенко В.В. Синдром включения в хирургию острой эмболической артериальной непроходимости / В.В. Ивашенко // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1983. – №9. – С.13-19.
- Савельев В.С. Эмболии бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей / В.С. Савельев, И.И. Затевахин. – М.: Медицина, 1970. – 166 с.
- Савельев В.С. Тактика лечения острой ишемии конечностей / В.С. Савельев, И.И. Затевахин, М.В. Степанов, Л.И. Богданец // Хирургия. – 1983. – №5. – С.18-23.
- Ивашкевич Г.А. Предупреждение и лечение глубоких флегмон диабетической стопы / Г.А. Ивашкевич, Я.В. Головацкий // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1991. – №4. – С.31-36.
- Кулешов Е.В. Хирургические заболевания и сахарный диабет / Кулешов Е.В. – К.: Здоровье, 1990. – 184 с.
- Кравченко В.В. Бактериальных шок при урологических заболеваниях: автореф. дисс. ...канд. мед. наук / В.В. Кравченко. – 1 Моск.мед. ин-т. – М., 1975. – 18 с.
- Лопаткин Н.А. Бактериотоксический шок / Н.А. Лопаткин, В.Б. Румянцев, Э.К. Яненко // Урология и нефрология. – 1994. – №4. – С.5-8.
- Шок. Терминология и классификация. Шоковая клетка. Патология и лечение (пер. с румынского) / [Ю.Шуйсу, И. Бэн-диде, А. Кафрице и др.]. – Бухарест, 1981. – 526 с.
- Никоненко А.С. Выбор метода лечения диабетической ангиопатии нижних конечностей, осложненной гнойно-некротическим процессом / А.С. Никоненко, В.А. Овсиенко // Клиническая хирургия. – 1987. – №7. – С.45-46.
- Ивашенко В.В. Использование регионарного плазмафереза и пролонгированной внутриартериальной инфузии лекарственных средств в комплексном лечении глубокой флегмоны стопы у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей / В.В. Ивашенко, В.Ф. Ежелев // Клиническая хирургия. – 1992. – №7. – С.49-51.
- Ивашенко В.В. Использование нисходящей артерии колена для длительной внутриартериальной инфузии при хронической

- ишемии конечностей / В.В. Иващенко, В.Ф. Ежелев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1992. – №7-12. – С.326-329.
16. Бартельс Э.С. Щитовидная железа / Бартельс Э.С. – Л. : Медицина, 1963. – С.347-349.
 17. Зографски С. Эндокринная хирургия / Зографски С. – София : Медицина и физкультура, 1977. – 525 с.
 18. Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей / Петерсон Б.Е. – М. : Медицина, 1976. – 368 с.
 19. Пытель А.Я. Урология / А.Я. Пытель, Н.А. Лопаткин. – М. : Медицина, 1970. – 288 с.
 20. Тараненко Л.Д. Некоторые патогенетические аспекты лечения больных с механической желтухой / Л.Д. Тараненко, Н.В. Свиридов, Т.Е. Мареева, П.Ф. Головня // Респ. межв. сб. Общая и неотложная хирургия. – К. : Здоровье, 1987. – С.90-96.
 21. Веремеенко К.Н. Кишечная система / Веремеенко К.Н. – К. : Здоровье, – 1977. – 184 с.
 22. Barret A. Lysosomal acid proteinase of rabbit liver / A.Barret // J.Biochem. – 1967. – V.104, № 2. – P.601-608.
 23. Дингл Л. Лизосомы. Методы исследования / Дингл Л. – М. : Мир, 1980. – 337 с.
 24. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков / А.А. Шалимов, Б.В. Доманский, Г.А. Клименко, С.А. Шалимов. – К. : Здоровье, 1975. – 408 с.

Реферат

СИНДРОМИ ЗРОСТАННЯ ЕНДОТОКСИКОЗУ ПІСЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Иващенко А.В.

Ключові слова: ендотоксикоз, зростання, післяопераційний період, лікування

В роботі узагальнений накопичений в клініці досвід лікування пацієнтів з низкою захворювань, у яких після виконання оперативних втручань закономірно зростали прояви ендотоксикозу різної етіології (ішемічний, бактеріальний, гормональний, онкологічний та хімічний). Автором пропонуються засоби, що спрямовані на боротьбу з зростаючим ендотоксикозом, який являє собою доволі часто загрозу для життя хворого.

Summary

ENDOTOXEMIA-AUGMENTED SYNDROMES FOLLOWING PATHOGENETICALLY SUBSTANTIATED SURGERIES AND THEIR CORRECTION

Ivashchenko A.V.

Key words: postoperative period, endotoxiosis, increase, treatment.

This article summarizes the experience in treating patients with a number of diseases which were regularly accompanied with the endotoxicity augmentation signs of various etiologies (ischemic, bacteriological, hormonal, cancerous, and chemical). The author suggests the measures to correct endotoxicity augmentation which is often considered to be life-threatening condition.

УДК. 616.37-002.1:616.151]-08

Калюжка А.С.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ВРАХОВУЮЧИ ЗМІНИ В СИСТЕМІ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ

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

Були вивчені зміни в системі нейтрофільних гранулоцитів крові у хворих на різні форми гострого панкреатиту. Встановлено статистично достовірні відмінності в будові системи нейтрофільних гранулоцитів у хворих з ефективним консервативним лікуванням, ефективним хірургічним лікуванням та у хворих з ускладненим перебігом післяопераційного періоду та летальним виходом. На цій основі створено алгоритм прогнозування та моніторингу перебігу гострого панкреатиту. В результаті застосування запропонованої програми комплексного обстеження та лікування встановлено достовірне зменшення ліжко-дня (з $23,3 \pm 1,2$ до $15,9 \pm 1,8$, $P < 0,05$), летальності (з 17% до 7,7%), післяопераційних ускладнень (з 40,7% до 22,8%, $P < 0,05$).

Ключові слова: гострий панкреатит, прогноз перебігу, нейтрофільні гранулоцити

Гострий панкреатит (ГП) – одне з найбільш тяжких хірургічних захворювань з високою летальністю (20-40%)[1,4,10,11]. Захворюваність на ГП не має тенденції до зниження, а близько 80% летальних випадків обумовлені панкреонекрозом та розвитком гнійних ускладнень [7,9,12,13]. Вихідний фізичний стан хворого та стан імунітету є суттєвими факторами, які визначають прогноз та операційний ризик, впливають на результати лікування.

Індивідуальний прогноз дозволяє віднести хворого до певної групи: хворі, що потребують тільки інтенсивної консервативної терапії; хворі, що потребують невідкладного оперативного лікування; хворі, що потребують хірургічного лікування при безуспішному медикаментозному лікуванні. Оскільки віднесення хворого до однієї з цих груп є стратегічною задачею з точки зору оптимізації лікувальної тактики, індивідуальний прогноз має визначатись в найближчий період після

госпіталізації, але не пізніше, ніж в перші три доби від початку захворювання.

Існування численних діагностичних прийомів та методів свідчить про те, що питання прогнозування перебігу ГП є ще далекими від вирішення і існує необхідність їх удосконалення та розробки нових методичних підходів[5,8].

Публікації останніх років, а також власні спостереження свідчать про ефективність кількісних досліджень системи НГ для прогнозування і моніторингу перебігу таких захворювань як аневіризми черевної аорти, виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, ниркова недостатність та інші[2,3,6]. Це дає підстави припустити, що вивчення кількісних характеристик НГ може бути корисним для прогнозування перебігу ГП з метою покращення результатів лікування хворих з даною патологією.

- ишемии конечностей / В.В. Иващенко, В.Ф. Ежелев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1992. – №7-12. – С.326-329.
16. Бартельс Э.С. Щитовидная железа / Бартельс Э.С. – Л. : Медицина, 1963. – С.347-349.
 17. Зографски С. Эндокринная хирургия / Зографски С. – София : Медицина и физкультура, 1977. – 525 с.
 18. Петерсон Б.Е. Хирургическое лечение злокачественных опухолей / Петерсон Б.Е. – М. : Медицина, 1976. – 368 с.
 19. Пытель А.Я. Урология / А.Я. Пытель, Н.А. Лопаткин. – М. : Медицина, 1970. – 288 с.
 20. Тараненко Л.Д. Некоторые патогенетические аспекты лечения больных с механической желтухой / Л.Д. Тараненко, Н.В. Свиридов, Т.Е. Мареева, П.Ф. Головня // Респ. межв. сб. Общая и неотложная хирургия. – К. : Здоровье, 1987. – С.90-96.
 21. Веремеенко К.Н. Кишечная система / Веремеенко К.Н. – К. : Здоровье, – 1977. – 184 с.
 22. Barret A. Lysosomal acid proteinase of rabbit liver / A.Barret // J.Biochem. – 1967. – V.104, № 2. – P.601-608.
 23. Дингл Л. Лизосомы. Методы исследования / Дингл Л. – М. : Мир, 1980. – 337 с.
 24. Шалимов А.А. Хирургия печени и желчных протоков / А.А. Шалимов, Б.В. Доманский, Г.А. Клименко, С.А. Шалимов. – К. : Здоровье, 1975. – 408 с.

Реферат

СИНДРОМИ ЗРОСТАННЯ ЕНДОТОКСИКОЗУ ПІСЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧНО ОБГРУНТОВАНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ І МОЖЛИВОСТІ ЇХ КОРЕКЦІЇ

Иващенко А.В.

Ключові слова: ендотоксикоз, зростання, післяопераційний період, лікування

В роботі узагальнений накопичений в клініці досвід лікування пацієнтів з низкою захворювань, у яких після виконання оперативних втручань закономірно зростали прояви ендотоксикозу різної етіології (ішемічний, бактеріальний, гормональний, онкологічний та хімічний). Автором пропонуються засоби, що спрямовані на боротьбу з зростаючим ендотоксикозом, який являє собою доволі часто загрозу для життя хворого.

Summary

ENDOTOXEMIA-AUGMENTED SYNDROMES FOLLOWING PATHOGENETICALLY SUBSTANTIATED SURGERIES AND THEIR CORRECTION

Ivashchenko A.V.

Key words: postoperative period, endotoxiosis, increase, treatment.

This article summarizes the experience in treating patients with a number of diseases which were regularly accompanied with the endotoxicity augmentation signs of various etiologies (ischemic, bacteriological, hormonal, cancerous, and chemical). The author suggests the measures to correct endotoxicity augmentation which is often considered to be life-threatening condition.

УДК. 616.37-002.1:616.151]-08

Калюжка А.С.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РІЗНІ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ ВРАХОВУЮЧИ ЗМІНИ В СИСТЕМІ НЕЙТРОФІЛЬНИХ ГРАНУЛОЦИТІВ

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

Були вивчені зміни в системі нейтрофільних гранулоцитів крові у хворих на різні форми гострого панкреатиту. Встановлено статистично достовірні відмінності в будові системи нейтрофільних гранулоцитів у хворих з ефективним консервативним лікуванням, ефективним хірургічним лікуванням та у хворих з ускладненим перебігом післяопераційного періоду та летальним виходом. На цій основі створено алгоритм прогнозування та моніторингу перебігу гострого панкреатиту. В результаті застосування запропонованої програми комплексного обстеження та лікування встановлено достовірне зменшення ліжко-дня (з $23,3 \pm 1,2$ до $15,9 \pm 1,8$, $P < 0,05$), летальності (з 17% до 7,7%), післяопераційних ускладнень (з 40,7% до 22,8%, $P < 0,05$).

Ключові слова: гострий панкреатит, прогноз перебігу, нейтрофільні гранулоцити

Гострий панкреатит (ГП) – одне з найбільш тяжких хірургічних захворювань з високою летальністю (20-40%)[1,4,10,11]. Захворюваність на ГП не має тенденції до зниження, а близько 80% летальних випадків обумовлені панкреонекрозом та розвитком гнійних ускладнень [7,9,12,13]. Вихідний фізичний стан хворого та стан імунітету є суттєвими факторами, які визначають прогноз та операційний ризик, впливають на результати лікування.

Індивідуальний прогноз дозволяє віднести хворого до певної групи: хворі, що потребують тільки інтенсивної консервативної терапії; хворі, що потребують невідкладного оперативного лікування; хворі, що потребують хірургічного лікування при безуспішному медикаментозному лікуванні. Оскільки віднесення хворого до однієї з цих груп є стратегічною задачею з точки зору оптимізації лікувальної тактики, індивідуальний прогноз має визначатись в найближчий період після

госпіталізації, але не пізніше, ніж в перші три доби від початку захворювання.

Існування численних діагностичних прийомів та методів свідчить про те, що питання прогнозування перебігу ГП є ще далекими від вирішення і існує необхідність їх удосконалення та розробки нових методичних підходів[5,8].

Публікації останніх років, а також власні спостереження свідчать про ефективність кількісних досліджень системи НГ для прогнозування і моніторингу перебігу таких захворювань як аневіризми черевної аорти, виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, ниркова недостатність та інші[2,3,6]. Це дає підстави припустити, що вивчення кількісних характеристик НГ може бути корисним для прогнозування перебігу ГП з метою покращення результатів лікування хворих з даною патологією.

Мета дослідження

Створення ефективної методики прогнозування перебігу ГП та покращення лікування хворих на різні форми ГП на основі цитометричних досліджень системи НГ.

Матеріали і методи

Проаналізовано лікування 167 хворих на різні форми гострого панкреатиту. Вік хворих від 18 до 82 років. Чоловіків – 115 (69,2%), жінок – 52 (30,8%). Застосовані (у різних комбінаціях) такі методи дослідження: клініко-лабораторні, інструментальні (ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія органів черевної порожнини, ендоскопічне дослідження шлунково-кишкового тракту), цитометричне дослідження системи нейтрофільних гранулоцитів(НГ), об'єктивна оцінка тяжкості гострого панкреатиту за системами-шкалами Ranson, APACHE II, Balthazar.

Частота клінічних форм гострого панкреатиту (згідно класифікації Атланта 1992р): легка форма – 67 випадків(40,2%), тяжка форма: стерильний панкреонекроз – 47 хворих(28,2%), інфікований панкреонекроз – 53 хворих(31,6%).

Ізольоване консервативне лікування проводилось у 95 хворих (56,9%). Консервативне лікування та різні види оперативних втручань у 72 хворих (43,1%).

Цитометричні дослідження НГ були проведені у 26 хворих на різні форми гострого панкреатиту. Структура дослідження: група порівняння I (здорові донори); група порівняння II (стерильний ГП, СГП) – консервативне лікування; група основна I (некротичний інфікований ГП, НІГП I) – хірургічне лікування; група основна II (некротичний інфікований ГП з летальним виходом, НІГП II) – хірургічне лікування. У хворих на СГП (18 осіб) дослідження системи НГ проводили в день госпіталізації, на 3, 5 та 7 добу перебування в стаціонарі. У хворих на НІГП (8 осіб) – в день госпіталізації, на 3, 5 добу, за 1 добу до операції, в день операції, через годину після операції та на 1, 3, 5 та 7 добу в післяопераційному періоді.

Для цитометрії НГ використовували опрацьовані в стандартних умовах мазки периферичної крові, забарвлені за Романовським-Гимзою. Виміри виконували на аналізаторі зображення (фірма Olympus, програмне забезпечення DP-SOFT, Німеччина; PARADIZE, Україна) в стандартних умовах освітлення та збільшення. Результати вимірювання площі клітин подані в μm^2 , показника яскравості цитоплазми - в умовних одиницях (ум.од.). Показник площі визначає розміри НГ та їх адгезивні властивості. Показник яскравості цитоплазми - стан внутрішньоклітинних структур та рівень окислювальної активності НГ. Оптиміальне квантування вибірки та виділення 4-х типів НГ за площею (s) (sI(A) – “малі”, sII(B) – “середні”, sIII(C) – “збільшені” та sIV(D) – “великі”) та за яскравістю цитоплазми (int) (intI(A) – “темні”, intII(B) – “помірні”, intIII(C) – “просвітлені” та intIV(D) – “світлі”) дозволяє оцінити ряд параметрів системи НГ. Проводили аналіз розподілу типів НГ, визначення переважаючого типу реакції та рівня поліморфізму системи (1-4 рівні), оцінювали приналежність до певної морфофункціональної групи (МФ група – норма, I - III).

Для статистичного опрацювання матеріалу використовували комп'ютерну програму “Statistica for

Windows” версія 6.0, (розробники Stat Soft and Inc. 1984-2001, USA).

Результати дослідження та їх обговорення

Система НГ у кожного з обстежених хворих та у здорових осіб мала свої індивідуальні кількісні характеристики. В I групі розбіжності між окремими особами були мінімальними, а варіабельність показників знаходилась в межах нормальних значень (біля 20%). В Ігр. площа НГ становила $107,00 \pm 3,31^* \mu\text{m}^2$; CV=21,2 %, яскравість відповідно $27,0 \pm 0,5^* \text{ ум.од.}$; CV=14,1 %; у хворих на ГП відповідно - $124,00 \pm 5,01^* \mu\text{m}^2$; CV=28,3 %, $36,0 \pm 1,0^* \text{ ум.од.}$; CV=21,2 %. Дані I гр. і ГП відрізнялись достовірно. У хворих на ГП було відмічено суттєве збільшення площі та яскравості цитоплазми НГ, що є очікуваним і свідчить про активацію НГ – підвищення їх адгезивних властивостей і посилення процесів окислення, варіабельність показників також помітно зростала. Це є свідченням зменшення стабільності системи та її функціональної спроможності. Отже, на рівні загальної характеристики ГП були виявлені достовірні ознаки реакції системи НГ.

На рис. 1 і 2 представлені гістограми розподілу НГ за показниками площі та яскравості цитоплазми відповідно до інтервалів групування та груп дослідження, що створює певне уявлення про структурно-функціональний стан системи НГ за наявності ГП. Характеристика системи НГ при різних формах ГП за показником площі подібна, але суттєво відрізняється від групи порівняння I за критерієм Пірсона.

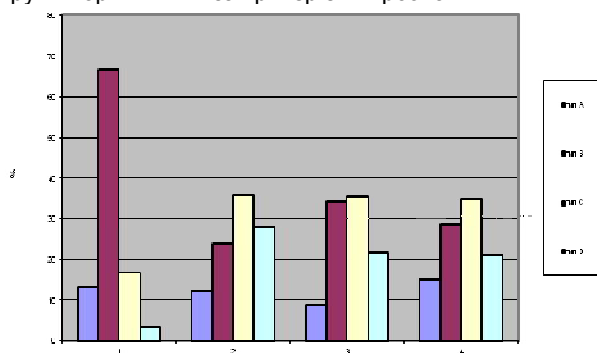


Рис.1. Розподіл НГ крові за показником площі при ГП (1- I гр., 2 – СГП, 3 –НІГП I, 4 – НІГП II).

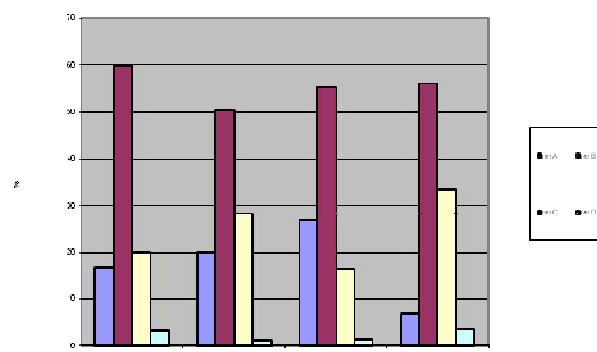


Рис.2. Розподіл НГ крові за показником яскравості при ГП (1- I гр., 2 – СГП, 3 –НІГП I, 4 –НІГП II).

За показником яскравості характер розподілу в усіх групах подібний з статистично незначущими коливаннями кількості неактивованих і активованих НГ. Основною відмінністю від здорових осіб є значне зни-

ження частки НГ II(B) типу, зростання частки НГ III(C) типу та частки маргінальних форм - intI(A) та intIV(D). Тобто спостерігається збільшення розмірів НГ та посилення їх адгезивних властивостей, збільшення частки неактивованих та помірно активованих НГ, що в цілому відображає пригнічення функції системи одночасно з посиленням активації НГ. Характеристика за-

гальних розподілів та характеристика переважаючого типу реакції майже повністю співпадали.

Незначні на перший погляд відмінності в 4-компонентних розподілах набувають більшої значимості при дослідженні особливостей поліморфізму системи, який є дуже важливим і чутливим показником функціонального стану системи НГ (табл.1).

Таблиця 1

Характеристика поліморфізму системи НГ за показниками площі і яскравості за наявності різних форм ГП (%)

Групи	Рівні поліморфізму за показником площі				Рівні поліморфізму за показником яскравості			
	1	2	3	4	1	2	3	4
I	10,0	73,3	16,7	0	6,7	80,0	13,3	0
СГП	7,1	53,3	38,1	1,5	4,43	51,75	10,05	33,77
НІГП I	22,13	39,12	38,5	0	10,91	55,8	22,5	10,81
НІГП II	20,0	20,0	60,0	0	30,0	30,0	0	40,0

Очевидними є суттєві відмінності між дослідженими групами за рівнем поліморфізму системи. В гр. I переважає 2 рівень поліморфізму системи за обома показниками, при якому 73,3% і 80 % клітин знаходяться в другому інтервалі групування, що відповідає нормі. За наявності ГП в залежності від форми частота 2 рівня поліморфізму за показником площі знижується до 53,3 – 20,0%, а за показником яскравості – 55,8 - 30,0%. Відповідно спостерігається зростання частоти 1 рівня поліморфізму до 20 % за площею та до 30% за яскравістю, 3 і 4 рівня – до 60 % за площею та 40% за яскравістю. В результаті формується функціонально недостатня система, причому в частині ви-

падків значно посилюється поліморфізм системи (1 рівень), в частині, навпаки, посилюється мономорфність НГ. Обидва явища є важливим показником недостатності функції системи. При цьому найменші відхилення від гр.1 спостерігаються при СГП, а найбільші – при НІГП II.

Показовими також є дані про приналежність хворих на ГП до певної морфофункціональної групи (табл. 2). У хворих на ГП розподіл за МФ-групами суттєво відрізнявся від такого у здорових осіб, а при НІГП II була найвищою частка випадків, що належали до III МФ-групи – 60, 0%.

Таблиця 2

Характеристика морфофункціональних груп системи НГ за наявності різних форм ГП (%)

Групи	Морфофункціональна недостатність системи НГ			
	норма	I	II	III
I	70,0	20,0	10,0	0
СГП	0	34,2	52,5	13,3
НІГП I	0	46,7	45,8	7,5
НІГП II	0	30,0	10,0	60,0

Таким чином, виявлені достовірні відмінності і стійкі тенденції щодо зміни структури системи НГ у хворих на різні форми ГП, що дає можливість використання отриманих частотних характеристик для побудови шкали бальної діагностики на основі послідовної статистичної процедури Байєса (теорема Байєса). Цей статистичний метод використовується для діагностики і прогнозування перебігу захворювання на основі сукупності ознак. Але, як уже відмічалось, використання бальної діагностики хоча і є досить точним, але є мало придатним для клінічного використання. Тому на основі отриманих даних був розрахований індекс пошкодження системи НГ з наступними градаціями: 0,7 і нижче – низький, I ступінь, 0,71–1,0 – помірний, II ступінь, 1,01- 1,3 - помірно підвищений, III

ступінь, 1,31–1,7 - високий, IV ступінь, 1,71 і вище – критичний, V ступінь. Індекс пошкодження системи НГ був використаний в діагностичній програмі «Prognos-rankreatit» (авторські права, реєстраційний номер 39900 від 01.09.2011р).

Визначення індексу пошкодження системи НГ в комплексі із клініко-лабораторними та інструментальними дослідженнями дозволяє проводити моніторинг хворого, корекції в лікуванні та показання до оперативного лікування.

Для оцінки результатів лікування хворі були поділені на основну групу(у яких досліджували систему НГ) – 26 хворих та групу порівняння(без дослідження системи НГ) – 146 хворих. Характеристика оперативних втручань представлена в таблиці 3.

Таблиця 3

Структура оперативних втручань

Види оперативних втручань	Основна група (26 хворих)		Група порівняння (141 хворий)	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Пункційні методи(під УЗД контролем)	5	19,2	10	7,1
Лапароскопічні втручання	5	19,2	14	9,9
Лапаротомні втручання	8	30,7	62	44
Двоетапні операції:				
пункція під УЗД +лапаротомія	2	7,7	3	2
прогнозовані лапаротомії	4	15,4	8	5,6
Всього	18	69,2	97	68,8

Таблиця 4
Післяопераційні ускладнення

Види ускладнень	Основна група (26 хворих)		Група порівняння (141 хворий)	
	Кількість хворих	%	Кількість хворих	%
Гнійно-септичні ускладнення	1	3,8	8	5,7
Кровотеча	-		5	3,5
Печінково-ниркова недостатність	1	3,8	6	4,3
Перитоніт	-		3	2,1
Тромбоемболічні ускладнення	1	3,8	3	2,1
Серцево-легенева недостатність	1	3,8	6	4,3
Пневмонія	2	7,6	26	18,5
Всього	4	22,8	57	40,7

Летальність також знизилась з 16% до 7,7%.

З основної групи прооперовано 18 хворих, з групи порівняння – 97 хворих.

Аналіз результатів ускладнень показав зниження їх відсотка з 40,7% (група порівняння) до 22,8% (основна група), що відображено в таблиці 4.

Висновки

Таким чином на основі проведених цитометричних досліджень системи НГ були встановлені нові характеристики системи НГ, була обґрунтована можливість використання цитометрії НГ для оцінки тяжкості і прогнозування перебігу ГП; була розроблена відповідна діагностично-прогностична комп'ютерна програма, яка дозволяє за невеликий проміжок часу провести необхідні розрахунки і отримати відповідь щодо індексу ускладнення системи НГ та вірогідності ускладненого перебігу хвороби, забезпечити індивідуальний прогноз і моніторинг хворих на ГП. Розроблений метод дослідження був включений в існуючий комплекс прогностичних, діагностичних та лікувальних заходів.

В результаті застосування запропонованої програми комплексного обстеження та лікування встановлено достовірне зменшення ліжко-дня (з $23,3 \pm 1,2$ до $15,9 \pm 1,8$, $P < 0,05$), летальності (з 17% до 7,7%), післяопераційних ускладнень (з 40,7% до 22,8%, $P < 0,05$).

Література

- Бойко В.В. Острый панкреатит. Патофизиология и лечение / В.В.Бойко, И.А. Криворучко, Р.С. Шевченко. – Харьков : Торнадо, 2002. – С.280.

- Гомоляко І.В. Зміни в системі нейтрофільних гранулоцитів протягом регіонарної аналгезії / І.В. Гомоляко, Л.М. Смирнова, Г.В. Самсонова // Патологія. – 2008. – Т.5, №3. – С.23-24.
- Гомоляко І.В. Цитометрія нейтрофільних гранулоцитів периферическої крові як критерій оцінки операційного стресса / І.В. Гомоляко, Л.М. Смирнова // Клінічна хірургія. – 2010. – №2. – С.21-25.
- Даченко Б.М. Гострий панкреатит / Б.М. Даченко, Т.І. Тамм, К.О. Крамаренко // Прапор. – 2004. – С.84.
- Дронов О.І. Сучасні можливості застосування мініінвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту / О.І. Дронов, А.П. Коваленко // Шпитальна хірургія. – 2006. – №3. – С. 89-94.
- Куц П.В. Структурно-функціональний стан системи нейтрофільних гранулоцитів як фактор прогнозу ефективності імплантационного лікування адентії / П.В. Куц, І.В. Гомоляко, В.І. Шматко // Патологія. – 2008. – Т.5, №4. – С.29-31.
- Лупальцов В.І. Сосудистий фактор в патогенезі гострого панкреатиту / В.І. Лупальцов // Експериментальна і клінічна медицина. – 2004. – №3. – С. 68-70.
- Кондратенко П.Г. Малоінвазивні пункційні втручання під ультразвуковим контролем при гострому панкреатиті / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, А.А. Васильєв [та ін.] // Експериментальна і клінічна медицина. – 2004. – №3. – С.46-48.
- Савельєв В.С. Острый панкреатит / В.С. Савельєв, В.М. Буянов, Ю.В. Огнев. – М.: Медицина, 1983. – С.240.
- Павловський М.П. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту / М.П. Павловський, А.Т. Чикайло, М.О. Лерчук [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2003. – №1. – С.31-32.
- Dervenis C.D. Staging acute pancreatitis. Where are we now? / C.D. Dervenis // Pancreatol. – 2001. – V.1. – P. 201-206.
- Fernandez del Castillo C. Debridement and closed packing for the treatment of necrotizing pancreatitis / C. Fernandez del Castillo // Ann. Surgery. – V.228, №5. – P. 676-684.
- Jonson C.H. Pancreatic Diseases / C.H. Jonson, C.W. Imrie. – Springer, 1999. – P. 1-253.

Резюме

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РАЗНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА УЧИТЫВАЯ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ГРАНУЛОЦИТОВ

Калюжка А.С.

Ключевые слова: острый панкреатит, прогноз течения, нейтрофильные гранулоциты.

Изучены изменения в системе нейтрофильных гранулоцитов крови у больных с разными формами острого панкреатита. Установлены статистически достоверные различия в строении системы нейтрофильных гранулоцитов у больных с эффективным консервативным лечением, эффективным хирургическим лечением и у больных с осложненным течением послеоперационного периода и летальным исходом. На этом основании создан алгоритм прогнозирования и мониторинга развития острого панкреатита. В результате использования предложенной программы комплексного обследования и лечения установлено достоверное уменьшение койко-дня (с $23,3 \pm 1,2$ до $15,9 \pm 1,8$, $P < 0,05$), летальности (с 17% до 7,7%), послеоперационных осложнений (с 40,7% до 22,8%, $P < 0,05$).

Summary

IMPROVED OUTCOMES OF ACUTE PANCREATITIS CONSIDERING CHANGES IN THE SYSTEM OF NEUTROPHILIC GRANULOCYTES

Kalyzhka A.S.

Key words: acute pancreatitis, prognostication of the course, neutrophilic granulocytes.

This paper presents the results obtained by studying the changes that occur in the system of neutrophilic granulocytes in patients with the different forms of acute pancreatitis. We have found out statistically reliable differences observed in the structure of the neutrophilic granulocytes system in the patients who underwent uncomplicated conservative treatment and in the patients with complicated postoperative period and lethal outcomes. On this basis the algorithm of prognostication and monitoring of the course of acute pancreatitis has been developed. The application of the program of the complex examination and multimodality treatment enables to attain the reliable decrease of patient capacity (from $23,3 \pm 1,2$ to $15,9 \pm 1,8$, $P < 0,05$), the lethality lowering (from 17% to 7,7%), and prevention of postoperative complications (from 40,7% to 22,8%, $P < 0,05$).

УДК 616.367-089.28-06:616.36-002.15

Каніковський О.Є., Боднарчук О.І., Карий Я.В., Бабійчук Ю.В., Павлік І.В.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ В ПОХИЛОМУ І СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний госпіталь інвалідів Вітчизняної війни

Проведено аналіз способів діагностики і лікування холедохолітіазу в 75 хворих похилого та старечого віку. У 32 (42,7%) випадках проведено відкриті оперативні втручання. У 43 (57,3%) холедохолітіаз ліквідовано малоінвазивними методами. За результатами проведеного дослідження показана доцільність застосування малоінвазивних методик у даній віковій категорії хворих.

Ключові слова: холедохолітіаз, лапароскопічна та відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

Серед хворих на ускладнену жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) 65–70% становлять особи похилого і старечого віку [1]. Холедохолітіаз, як ускладнення ЖКХ, спостерігається у 5–20% випадків [3, 5]. Механічна жовтяниця (МЖ) має місце у 13,9–60,0% хворих на холедохолітіаз [4]. Дані ускладнення не тільки погіршують загальний стан хворого, але і є причиною більш раннього переходу захворювання в стадію декомпенсації [2].

Мета дослідження

Вивчення ефективності відкритих і малоінвазивних методів ліквідації холедохолітіазу в хворих похилого та старечого віку.

Об'єкт і методи дослідження

З 2002 по 2012 роки у хірургічній клініці було проліковано 75 хворих з холедохолітіазом. Вік хворих коливався від 70 до 89 років. Найбільше хворих спостерігалось у віковій групі 70–79 років (45 осіб). Анамнез захворювання склав від 1 місяця до 25 років.

Серед хворих на холедохолітіаз: у 3 (4,0%) випадках було поєднання холедохолітіазу з стриктурою спільної жовчної протоки (СЖП) та у 5 (6,7%) – зі стенозуючим папілітом. Причиною постхолецистектомічного синдрому: в 1 (1,3%) випадку був резидуальний холедохолітіаз та у 3 (4,0%) рецидивний холедохолітіаз. У 33 (44,0%) хворих холедохолітіаз був ускладнений МЖ. Синдром Міріззі (СМ) діагностовано у 5 (6,7%) випадках.

Результати досліджень та їх обговорення

Першочергове значення для діагностики холедохолітіазу мали інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ретроградна панкреато-холангіографія (ЕРПХГ), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), інтраопераційна трансліюмінація (ІТ), магніторезонансна томографія (МРТ).

Скринінг-методом діагностики патології жовчних протоків було трансабдомінальне УЗД, яке проводилось у всіх хворих. За допомогою УЗД виявляли розширення жовчних шляхів та наявність в них конкрементів. При цьому діагностовано холедохолітіаз у 70 (93,3%) хворих. У 5 (6,7%) випадках холедохолітіаз УЗД не діагностовано через акустичні перешкоди.

Серед методів прямого контрастування жовчних протоків застосовували ЕРПХГ у 38 (50,7%) випадках. Діагностовано холедохолітіаз у 24 (32,0%); стенозуючий папіліт – у 5 (6,7%) хворих. У 2 (2,7%) випадках конкременти СЖП діаметром до 2 мм не було виявлено. Виконання ЕРПХГ було неможливим при наявності конкремента в ампулі великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСД) у 2 (2,7%) випадках, парафа-

теріального дивертикула – у 3 (4,0%), раку ВСД – у 1 (1,3%) та стану після резекції шлунку за Більрот-II – у 2 (2,7%) спостереженнях. Ускладнення після ЕРПХГ діагностовано в 3 (4,0%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту в 2 (2,7%) хворих та кровотечі з ВСД у 1 (1,3%) пацієнта при поєднанні ЕРПХГ із ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ).

ІОХГ проведено 18 (24,0%) хворим. Для цього вводили контраст в жовчні протоки через куксу міхурової протоки (МП) у 10 (13,3%) та через холедохотомний отвір у 5 (6,7%) хворих при проведенні відкритої холецистектомії (ВХЕ). ІОХГ під час виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) проводили, шляхом катетеризації МП у 3 (4,0%) випадках. За допомогою ІОХГ діагностовано холедохолітіаз у 14 (18,7%) хворих та у 4 (5,3%) було поєднання холедохолітіазу з стриктурою СЖП. У 2 (2,7%) хворих спостерігались ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки у вигляді гострого панкреатиту в 1 (1,3%) і гострого холангіту у 1 випадках.

Для діагностики холедохолітіазу застосовано ІТ у 40 (53,3%) випадках. При ЛХЕ проведено позапорожнинну ІТ у 20 (26,7%) хворого за допомогою зонда-трансліюмінатора (декларацийний патент на корисну модель № 8783), який вводили під гепотодуоденальну зв'язку (ГДЗ). Трансліюмінаційна холедохоскопія давала можливість діагностувати конкременти у супрадуоденальному відділі СЖП. Однак, при наявності щільного інфільтративно-злукового процесу, який поширювався на ГДЗ, було утруднене дослідження СЖП у супрадуоденальному відділі. Дані недоліки усувалися при застосуванні внутрішньопорожнинної ІТ за допомогою універсального зонда (декларацийний патент на корисну модель № 3439), який вводили у СЖП через куксу МП та холедохотомний отвір. Внутрішньопорожнинну ІТ застосовано під час виконання ЛХЕ у 3 (4,0%) хворих та при здійсненні ВХЕ у 17 (22,7%) випадках. Ускладнень після проведення ІТ не було.

МРТ виконували для діагностики холелітіазу при неможливості проведення ЕРПХГ: у 3 (4,0%) хворих при наявності парафатеріального дивертикула, у 2 (2,7%) – після резекції шлунку за Більрот-II та у 1 (1,3%) – при раку ВСД.

У хворих з діагностованим неускладненим холедохолітіазом до операції була виконана ЕПСТ. У 21 (28,0%) випадку, після проведеної ЕПСТ, зі СЖП виділювався «сладж» з конкрементами від 3 до 5 мм, після чого просвіт СЖП промивали антисептиками. В інших 10 (13,3%) випадках розміри конкрементів були від 10 до 12 мм. Після механічної літотрипсії фрагментовані конкременти вилучались корзинкою Дорміа. У 5 (6,7%) хворих поєднання холедохолітіазу зі стенозуючим папілітом також ліквідовано шляхом ЕПСТ. У післяопераційному періоді ЕПСТ проведено у 4 випад-

УДК 616.367-089.28-06:616.36-002.15

Каніковський О.Є., Боднарчук О.І., Карий Я.В., Бабійчук Ю.В., Павлік І.В.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ЛІКУВАННІ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ В ПОХИЛОМУ І СТАРЕЧОМУ ВІЦІ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Вінницький обласний клінічний госпіталь інвалідів Вітчизняної війни

Проведено аналіз способів діагностики і лікування холедохолітіазу в 75 хворих похилого та старечого віку. У 32 (42,7%) випадках проведено відкриті оперативні втручання. У 43 (57,3%) холедохолітіаз ліквідовано малоінвазивними методами. За результатами проведеного дослідження показана доцільність застосування малоінвазивних методик у даної вікової категорії хворих.

Ключові слова: холедохолітіаз, лапароскопічна та відкрита холецистектомія, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

Серед хворих на ускладнену жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ) 65–70% становлять особи похилого і старечого віку [1]. Холедохолітіаз, як ускладнення ЖКХ, спостерігається у 5–20% випадків [3, 5]. Механічна жовтяниця (МЖ) має місце у 13,9–60,0% хворих на холедохолітіаз [4]. Дані ускладнення не тільки погіршують загальний стан хворого, але і є причиною більш раннього переходу захворювання в стадію декомпенсації [2].

Мета дослідження

Вивчення ефективності відкритих і малоінвазивних методів ліквідації холедохолітіазу в хворих похилого та старечого віку.

Об'єкт і методи дослідження

З 2002 по 2012 роки у хірургічній клініці було проліковано 75 хворих з холедохолітіазом. Вік хворих коливався від 70 до 89 років. Найбільше хворих спостерігалось у віковій групі 70–79 років (45 осіб). Анамнез захворювання склав від 1 місяця до 25 років.

Серед хворих на холедохолітіаз: у 3 (4,0%) випадках було поєднання холедохолітіазу з стриктурою спільної жовчної протоки (СЖП) та у 5 (6,7%) – зі стенозуючим папілітом. Причиною постхолецистектомічного синдрому: в 1 (1,3%) випадку був резидуальний холедохолітіаз та у 3 (4,0%) рецидивний холедохолітіаз. У 33 (44,0%) хворих холедохолітіаз був ускладнений МЖ. Синдром Міріззі (СМ) діагностовано у 5 (6,7%) випадках.

Результати досліджень та їх обговорення

Першочергове значення для діагностики холедохолітіазу мали інструментальні методи обстеження: ультразвукове дослідження (УЗД), ендоскопічна ретроградна панкреато-холангіографія (ЕРПХГ), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), інтраопераційна трансліюмінація (ІТ), магніторезонансна томографія (МРТ).

Скринінг-методом діагностики патології жовчних протоків було трансабдомінальне УЗД, яке проводилось у всіх хворих. За допомогою УЗД виявляли розширення жовчних шляхів та наявність в них конкрементів. При цьому діагностовано холедохолітіаз у 70 (93,3%) хворих. У 5 (6,7%) випадках холедохолітіаз УЗД не діагностовано через акустичні перешкоди.

Серед методів прямого контрастування жовчних протоків застосовували ЕРПХГ у 38 (50,7%) випадках. Діагностовано холедохолітіаз у 24 (32,0%); стенозуючий папіліт – у 5 (6,7%) хворих. У 2 (2,7%) випадках конкременти СЖП діаметром до 2 мм не було виявлено. Виконання ЕРПХГ було неможливим при наявності конкремента в ампулі великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСД) у 2 (2,7%) випадках, парафа-

теріального дивертикула – у 3 (4,0%), раку ВСД – у 1 (1,3%) та стану після резекції шлунку за Більрот-II – у 2 (2,7%) спостереженнях. Ускладнення після ЕРПХГ діагностовано в 3 (4,0%) випадках: у вигляді гострого панкреатиту в 2 (2,7%) хворих та кровотечі з ВСД у 1 (1,3%) пацієнта при поєднанні ЕРПХГ із ендоскопічною папілосфінктеротомією (ЕПСТ).

ІОХГ проведено 18 (24,0%) хворим. Для цього вводили контраст в жовчні протоки через куксу міхурової протоки (МП) у 10 (13,3%) та через холедохотомний отвір у 5 (6,7%) хворих при проведенні відкритої холецистектомії (ВХЕ). ІОХГ під час виконання лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) проводили, шляхом катетеризації МП у 3 (4,0%) випадках. За допомогою ІОХГ діагностовано холедохолітіаз у 14 (18,7%) хворих та у 4 (5,3%) було поєднання холедохолітіазу з стриктурою СЖП. У 2 (2,7%) хворих спостерігались ускладнення після введення контрасту в жовчні протоки у вигляді гострого панкреатиту в 1 (1,3%) і гострого холангіту у 1 випадках.

Для діагностики холедохолітіазу застосовано ІТ у 40 (53,3%) випадках. При ЛХЕ проведено позапорожнинну ІТ у 20 (26,7%) хворого за допомогою зонда-трансліюмінатора (декларацийний патент на корисну модель № 8783), який вводили під гепотодуоденальну зв'язку (ГДЗ). Трансліюмінаційна холедохоскопія давала можливість діагностувати конкременти у супрадуоденальному відділі СЖП. Однак, при наявності щільного інфільтративно-злукового процесу, який поширювався на ГДЗ, було утруднене дослідження СЖП у супрадуоденальному відділі. Дані недоліки усувалися при застосуванні внутрішньопорожнинної ІТ за допомогою універсального зонда (декларацийний патент на корисну модель № 3439), який вводили у СЖП через куксу МП та холедохотомний отвір. Внутрішньопорожнинну ІТ застосовано під час виконання ЛХЕ у 3 (4,0%) хворих та при здійсненні ВХЕ у 17 (22,7%) випадках. Ускладнень після проведення ІТ не було.

МРТ виконували для діагностики холелітіазу при неможливості проведення ЕРПХГ: у 3 (4,0%) хворих при наявності парафатеріального дивертикула, у 2 (2,7%) – після резекції шлунку за Більрот-II та у 1 (1,3%) – при раку ВСД.

У хворих з діагностованим неускладненим холедохолітіазом до операції була виконана ЕПСТ. У 21 (28,0%) випадку, після проведеної ЕПСТ, зі СЖП виділювався «сладж» з конкрементами від 3 до 5 мм, після чого просвіт СЖП промивали антисептиками. В інших 10 (13,3%) випадках розміри конкрементів були від 10 до 12 мм. Після механічної літотрипсії фрагментовані конкременти вилучались корзинкою Дорміа. У 5 (6,7%) хворих поєднання холедохолітіазу зі стенозуючим папілітом також ліквідовано шляхом ЕПСТ. У післяопераційному періоді ЕПСТ проведено у 4 випад-

ках: у 1 (1,3%) через наявність резидуального холедохолітазу та у 3 (4,0%) при рецидивному холедохолітазі. Ревізію жовчних протоків проводили за допомогою ЕРПХГ у всіх випадках. У 27 (36,0%) хворих холедохолітаз був ускладнений МЖ, що потребувало повторних дозованих ЕПСТ. При наявності гнійного холангіту в 10 (13,3%) випадках виконували ЕПСТ та назобілярне дренування, яке давало можливість проводити декомпресію та санацію жовчних протоків. Причиною МЖ в даних випадках були конкременти СЖП більше 15 мм. Провести ендоскопічну літоекстракцію в даних випадках не вдалось, тому після транспапільярної ліквідації МЖ проводили відкрите оперативне втручання на жовчних протоках, спрямоване на усунення основної причини захворювання.

У 36 (48,0%) хворих з неускладненим холедохолітазом другим етапом після ЕПСТ проводили ЛХЕ. При наявності вираженої серцево-судинної і легеневої патології у 23 (30,7%) випадках ЛХЕ виконано під перидуральною анестезією та при тиску газу в черевній порожнині не більше 8 мм рт.ст. Термін між ЕПСТ і ЛХЕ був мінімальним (2-3 дні), що дало можливість знизити ризик міграції конкрементів з жовчного міхура у СЖП. У 3 (4,0%) хворих діагностовано СМ – І типу, який був обумовлений здавленням СЖП конкрементом, який знаходився у кишені Гартмана. Після ЛХЕ проводили зовнішнє дренування СЖП. Для контролю жовчевитікання та геморагії у післяопераційному періоді підпечінковий простір дренували трубчастим дренажем.

Тактика ведення хворих в післяопераційному періоді залежала від віку, наявності ускладнень та супутньої патології. Після ЛХЕ особливу увагу надавали профілактиці тромбоемболічних ускладнень, яку проводили у всіх хворих за допомогою фраксіпарина. При низькому і помірному ризику тромбоемболічних ускладнень препарат призначали один раз на добу в дозі 0,3 мл протягом 5–7 діб. При високому ступені ризику фраксіпарин призначали за 2–4 години до операції та через 12 годин після її закінчення, а потім 1 раз на добу протягом 7–10 діб. Також для профілактики тромбоемболічних ускладнень всім хворим проводили еластичну компресію нижніх кінцівок до і після операції, а також здійснювали ранню активізацію хворих на 1–2 добу післяопераційного періоду.

Ускладнення після ЛХЕ спостерігались у 2 (2,7%) хворих, де в одному випадку мала місце неспроможність кукси МП та в другому – серома післяопераційної рани. Летальних випадків після ЛХЕ не було.

ВХЕ з втручаннями на жовчних протоках проведено у 27 (36,0%) випадках на другому етапі після ендоскопічної ліквідації МЖ. У 17 (22,7%) хворих виконано холедохолітотомію і зовнішнє дренування СЖП. Для ревізії жовчних шляхів застосовували ІТ та ІОХГ. Якщо дистальний відділ СЖП був непрохідний операцію закінчували накладанням холедоходуоденоанастомоза у 10 (13,3%) випадках. У 5 (6,7%) хворих здійснено тільки відкриті оперативні втручання на жовчних про-

токах: у 3 (4,0%) проведено ВХЕ з гепатікоєностомією при поєднанні холедохолітазу зі стриктурою СЖП та у 2 (2,7%) діагностовано СМ – ІІ типу, який був пов'язаний з проникненням конкремента з МП у СЖП, що потребувало проведення ВХЕ з пластикою СЖП.

Ускладнення після відкритих оперативних втручань спостерігались у 4 (5,3%) випадках: жовчепідтікання з СЖП у 2 (2,7%); неспроможність холедоходуоденоанастомоза у 1 (1,3%) та нагноєння післяопераційної рани у 1 (1,3%). Помер 1 (1,3%) хворий з МЖ, де причиною смерті став гострий інфаркт міокарду.

Висновки:

1. Хворим похилого і старечого віку для діагностики холедохолітазу доцільно застосовувати неінвазивні методи діагностики (ІТ; УЗД; МРТ), які не викликають ускладнень, пов'язаних з введенням контрасту в жовчні протоки.

2. Двоетапна тактика лікування ЖКХ у даної вікової категорії є пріоритетною. При неускладненому холедохолітазі: перший етап – ЕПСТ; другий – ЛХЕ. При холедохолітазі, ускладненому МЖ: на першому етапі доцільно проводити ендоскопічну декомпресію жовчних протоків; на другому – відкрите оперативне втручання на жовчних протоках, спрямоване на усунення основної причини захворювання.

3. Після лапароскопічних і відкритих оперативних втручань на органах гепатодуоденальної ділянки для профілактики тромбоемболічних ускладнень необхідно застосовувати низькомолекулярні гепарини, проводити еластичну компресію нижніх кінцівок до і після операції, а також здійснювати ранню активізацію хворих на 1–2 добу післяопераційного періоду.

Перспективи подальших досліджень

Перспективним напрямком лікування холедохолітазу, ускладненого МЖ у хворих похилого і старечого віку, вважаємо перехід на комплексні малоінвазивні методики (ЕПСТ і ЛХЕ).

Література

1. Грубник В. В. Особенности лапароскопических вмешательств у больных с калькулёзным холециститом на фоне цирроза печени / В. В. Грубник, А. Л. Ковальчук, А. С. Дюжев // Клиническая хирургия. – 2007. – № 1. – С. 16–19.
2. Дудакова И. В. Выбор хирургической тактики при холедохолитиазе, осложнённом механической желтухой у пациентов пожилого и старческого возраста / И. В. Дудакова, А. А. Сысолятин, В. Г. Смолин // Тихоокеанский мед. журнал. – 2009. – № 2. – С. 94–96.
3. Ретенбург Г. М. Эффективность применения малоинвазивных оперативных доступов при хирургическом лечении холедохолитиаза / Г. М. Ретенбург, И. П. Румянцев, А. В. Протасов, Д. Ю. Богданов, М. В. Колиников, Г. Ю. Осокин // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – № 1. – С. 3–8.
4. Руководство по хирургии желчных путей / [Гальперин Э. И., Ветшев П. С.] – М.: Видар, 2006. – 557 с.
5. Schirmer B. D. Cholelithiasis and cholecystitis / B. D. Schirmer, K. L. Winters, R. F. Edlich // J. Long Term Eff. Med. Implants. – 2005. – V.15. – P. 329–338.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Каниковский О.Е., Боднарчук О.И., Карый Я.В., Бабийчук Ю.В., Павлик И.В.

Ключевые слова: холедохолитиаз, лапароскопическая и открытая холецистэктомия, эндоскопическая папилосфинктеротомия.

Проведен анализ способов диагностики и лечения холедохолитиаза в 75 больных пожилого и старческого возраста. В 32 (42,7%) случаях проведены открытые оперативные вмешательства. В 43 (57,3%) холедохолитиаз ликвидирован малоинвазивными методами. По результатам проведенного исследования показана целесообразность использования малоинвазивных методик в данной возрастной категории больных.

Summary

SURGICAL APPROACH IN THE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Kanikovskiy O.E., Bondarchuk O.I., Karyi Ya.V., Babiychuk Yu.V., Pavlyk I.V.

Key words: choledocholithiasis, laparoscopic and open-access cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

We analyzed the methods used for the diagnosis and treatment of choledocholithiasis in 75 elderly patients. Open-access surgeries were performed on in 32 (42,7%) cases. 43 (57,3%) cases of choledocholithiasis were corrected by minimally invasive techniques. The results obtained demonstrated the appropriateness of minimally invasive techniques for elderly patients.

УДК 617.55-007.43-089.168-089

Каніковський О.Є., Феджага О.П., Рауцкіс В.А., Шибінський В.В.

АБДОМІНОПЛАСТИКА І АЛОГЕРНІОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця

Проаналізовано результати лікування 47 хворих з вентральними грижами, яким окрім алогерніопластики виконали абдомінопластику. У 36 (76,56%) виконали алопластику onlay, в цю групу увійшли хворі з величиною грижових дефектів W1, W2 за SWR-класифікацією та 16 хворих з W3. У решти 11 (23,4%) хворих застосували алопластику sublay. Середня тривалість лікування в стаціонарі у хворих з грижами W1, W2 склала 8,9 днів, у хворих з грижами W3 – 12,3 днів. Спостерігались ускладнення у вигляді сероми у 6 (12,77%) хворих, інфільтрації післяопераційного рубця – у 4 (8,51%). Летальних випадків не було, у 2 (4,26%) в післяопераційному періоді розвинулась пневмонія, що продовжило тривалість їхнього лікування в стаціонарі. У віддаленому післяопераційному періоді в термін від 3 місяців до 1,5 року простежено 19 хворих. Даних про рецидиви у них виявлено не було.

Ключові слова: абдомінопластика, алогерніопластика, вентральні грижі

Вступ

Вентральні грижі, в тому числі післяопераційні, відносяться до поширеної хірургічної патології, на їх частку за даними різних авторів припадає від 5 до 40% від планових оперативних втручань. Виникнення вентральної грижі асоціюється як із загальними розладами, пов'язаними із зниженням функцій черевної стінки, можливим розвитком важких, небезпечних ускладнень, так і з наявністю косметичного дефекту, трудовою дезадаптацією, зниженням якості життя [1, 3].

На сьогоднішній день запропонована велика кількість оперативних втручань при вентральних грижах, насамперед різні варіанти алопластики, вивчаються переваги та недоліки різних способів, ведуться пошуки найбільш ефективних та патогенетично обґрунтованих [2, 4, 5].

До числа останніх можна віднести проведення алогерніопластики в поєднанні з абдомінопластикою, що окрім корекції власне грижового дефекту дозволяє позбутись надлишку підшкірної жирової клітковини та шкіри, надмірна вираженість яких у вигляді так званого «фартуха» вважається одним з факторів, що сприяють появі та прогресуванню вентральних гриж. Окрім того, застосування абдомінопластики забезпечує більшу косметичність операції, дозволяє покращити вигляд черевної стінки і статури в цілому [1, 4].

Мета дослідження

Дослідження проведене з метою обґрунтування більш широкого застосування абдомінопластики при оперативному лікуванні хворих з надмірною масою тіла та вентральними грижами для покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

Об'єкт і методи дослідження

За період 2011-2012 рр. в клініці кафедри хірургії медичного факультету №2 прооперовано 47 хворих з вентральними грижами, яким окрім алогерніопластики виконали абдомінопластику. Вік хворих коливався від 37 до 59 років, всі вони були жінками. Відповідно до

SWR-класифікації у 6 (12,77%) розмір грижового дефекту в межах W1, у 14 (29,79%) – в межах W2, у 23 (48,94%) – в межах W3, у 4 (8,51%) – W4. У 14 (29,79%) пацієнтів була рецидивна грижа, з них у 6 (12,77%) – повторний рецидив. Невправимі грижі виявлено у 19 (40,43%) хворих. Ожиріння II-III ступеню спостерігалось у 38 (80,85%) хворих, IV ступеню – 9 (19,15%) хворих. Також у значної частини хворих спостерігались гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет та інші супутні захворювання.

З числа 47 хворих у 36 (76,56%) виконали алопластику onlay, в цю групу увійшли хворі з величиною грижових дефектів W1, W2 та 16 хворих з W3. У решти 11 (23,4%) хворих застосували алопластику sublay. Під час операції проводився моніторинг сатурації кисню, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, ЕКГ. У всіх хворих проводилось активне дренування рани, профілактична антибактеріальна та антикоагулянтна терапія, рання активізація хворих в післяопераційному періоді.

Результати досліджень та їх обговорення

Середня тривалість лікування в стаціонарі у хворих з грижами W1, W2 склала 8,9 днів, у хворих з грижами W3 – 12,3 днів. Спостерігались ускладнення у вигляді сероми у 6 (12,77%) хворих, інфільтрації післяопераційного рубця – у 4 (8,51%). Летальних випадків не було. Для запобігання розвитку бронхолегеневих ускладнень проводилась рання активізація хворих, однак у 2 (4,26%) в післяопераційному періоді розвинулась пневмонія, що продовжило тривалість їхнього лікування в стаціонарі.

У віддаленому післяопераційному періоді в термін від 3 місяців до 1,5 року простежено 19 хворих. Даних за рецидиви у них виявлено не було. Із цього числа простежених хворих 12 мали значний ступінь ожиріння до операції з вираженим шкірно-жировим «фартухом», у 5 з них у віддаленому після операційному періоді виявлена тенденція до подальшого збільшення маси тіла.

Summary

SURGICAL APPROACH IN THE TREATMENT OF CHOLEDOCHOLITHIASIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Kanikovskiy O.E., Bondarchuk O.I., Karyi Ya.V., Babiychuk Yu.V., Pavlyk I.V.

Key words: choledocholithiasis, laparoscopic and open-access cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy.

We analyzed the methods used for the diagnosis and treatment of choledocholithiasis in 75 elderly patients. Open-access surgeries were performed on in 32 (42,7%) cases. 43 (57,3%) cases of choledocholithiasis were corrected by minimally invasive techniques. The results obtained demonstrated the appropriateness of minimally invasive techniques for elderly patients.

УДК 617.55-007.43-089.168-089

Каніковський О.Є., Феджага О.П., Рауцкіс В.А., Шибінський В.В.

АБДОМІНОПЛАСТИКА І АЛОГЕРНІОПЛАСТИКА У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м.Вінниця

Проаналізовано результати лікування 47 хворих з вентральними грижами, яким окрім алогерніопластики виконали абдомінопластику. У 36 (76,56%) виконали алопластику onlay, в цю групу увійшли хворі з величиною грижових дефектів W1, W2 за SWR-класифікацією та 16 хворих з W3. У решти 11 (23,4%) хворих застосували алопластику sublay. Середня тривалість лікування в стаціонарі у хворих з грижами W1, W2 склала 8,9 днів, у хворих з грижами W3 – 12,3 днів. Спостерігались ускладнення у вигляді сероми у 6 (12,77%) хворих, інфільтрації післяопераційного рубця – у 4 (8,51%). Летальних випадків не було, у 2 (4,26%) в післяопераційному періоді розвинулась пневмонія, що продовжило тривалість їхнього лікування в стаціонарі. У віддаленому післяопераційному періоді в термін від 3 місяців до 1,5 року простежено 19 хворих. Даних про рецидиви у них виявлено не було.

Ключові слова: абдомінопластика, алогерніопластика, вентральні грижі

Вступ

Вентральні грижі, в тому числі післяопераційні, відносяться до поширеної хірургічної патології, на їх частку за даними різних авторів припадає від 5 до 40% від планових оперативних втручань. Виникнення вентральної грижі асоціюється як із загальними розладами, пов'язаними із зниженням функцій черевної стінки, можливим розвитком важких, небезпечних ускладнень, так і з наявністю косметичного дефекту, трудовою дезадаптацією, зниженням якості життя [1, 3].

На сьогоднішній день запропонована велика кількість оперативних втручань при вентральних грижах, насамперед різні варіанти алопластики, вивчаються переваги та недоліки різних способів, ведуться пошуки найбільш ефективних та патогенетично обґрунтованих [2, 4, 5].

До числа останніх можна віднести проведення алогерніопластики в поєднанні з абдомінопластикою, що окрім корекції власне грижового дефекту дозволяє позбутись надлишку підшкірної жирової клітковини та шкіри, надмірна вираженість яких у вигляді так званого «фартуха» вважається одним з факторів, що сприяють появі та прогресуванню вентральних гриж. Окрім того, застосування абдомінопластики забезпечує більшу косметичність операції, дозволяє покращити вигляд черевної стінки і статури в цілому [1, 4].

Мета дослідження

Дослідження проведене з метою обґрунтування більш широкого застосування абдомінопластики при оперативному лікуванні хворих з надмірною масою тіла та вентральними грижами для покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

Об'єкт і методи дослідження

За період 2011-2012 рр. в клініці кафедри хірургії медичного факультету №2 прооперовано 47 хворих з вентральними грижами, яким окрім алогерніопластики виконали абдомінопластику. Вік хворих коливався від 37 до 59 років, всі вони були жінками. Відповідно до

SWR-класифікації у 6 (12,77%) розмір грижового дефекту в межах W1, у 14 (29,79%) – в межах W2, у 23 (48,94%) – в межах W3, у 4 (8,51%) – W4. У 14 (29,79%) пацієнтів була рецидивна грижа, з них у 6 (12,77%) – повторний рецидив. Невправимі грижі виявлено у 19 (40,43%) хворих. Ожиріння II-III ступеню спостерігалось у 38 (80,85%) хворих, IV ступеню – 9 (19,15%) хворих. Також у значної частини хворих спостерігались гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, цукровий діабет та інші супутні захворювання.

З числа 47 хворих у 36 (76,56%) виконали алопластику onlay, в цю групу увійшли хворі з величиною грижових дефектів W1, W2 та 16 хворих з W3. У решти 11 (23,4%) хворих застосували алопластику sublay. Під час операції проводився моніторинг сатурації кисню, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, ЕКГ. У всіх хворих проводилось активне дренування рани, профілактична антибактеріальна та антикоагулянтна терапія, рання активізація хворих в післяопераційному періоді.

Результати досліджень та їх обговорення

Середня тривалість лікування в стаціонарі у хворих з грижами W1, W2 склала 8,9 днів, у хворих з грижами W3 – 12,3 днів. Спостерігались ускладнення у вигляді сероми у 6 (12,77%) хворих, інфільтрації післяопераційного рубця – у 4 (8,51%). Летальних випадків не було. Для запобігання розвитку бронхолегеневих ускладнень проводилась рання активізація хворих, однак у 2 (4,26%) в післяопераційному періоді розвинулась пневмонія, що продовжило тривалість їхнього лікування в стаціонарі.

У віддаленому післяопераційному періоді в термін від 3 місяців до 1,5 року простежено 19 хворих. Даних за рецидиви у них виявлено не було. Із цього числа простежених хворих 12 мали значний ступінь ожиріння до операції з вираженим шкірно-жировим «фартухом», у 5 з них у віддаленому після операційному періоді виявлена тенденція до подальшого збільшення маси тіла.

Висновки

Застосування алогерніопластики в поєднанні з абдомінопластикой при вентральних грижах дозволяє звести до мінімуму число рецидивів гриж, не призводить до високої частоти ускладнень та одночасно забезпечує високу косметичність операції, покращує вигляд черевної стінки та статури в цілому.

Перспективи подальших досліджень

Необхідні подальші пошуки шляхів зменшення травматичності поєданого застосування абдомінопластики та алопластики вентральних гриж, особливо при наявності гриж значних розмірів, опрацювання чітких критеріїв щодо вибору способу алопластики при вентральних грижах, удосконалення способів передопераційної підготовки та способів оперативних втручань, направлених на запобігання чи зменшення проявів компартмент-синдрому у цієї категорії хворих.

Реферат

АБДОМИНОПЛАСТИКА И АЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Каниковский О.Е., Феджага О.П., Рауцкис В.А., Шибинский В.В.

Ключевые слова: абдоминальная пластика, алогерниопластика, вентральные грыжи

Проанализированы результаты лечения 47 больных с вентральными грыжами, которым кроме аллогерниопластики выполнили абдоминальную пластику. У 36 (76,56%) выполнили аллопластику onlay, в эту группу вошли больные с величиной грыжевых дефектов W1, W2 за SWR-классификацией и 16 больных с W3. У остальных 11 (23,4%) больных применили аллопластику sublay. Средняя продолжительность лечения в стационаре у больных с грыжами W1, W2 составила 8,9 дней, у больных с грыжами W3 - 12,3 дней. Наблюдались осложнения в виде сером у 6 (12,77%) больных, инфильтрата послеоперационного рубца - у 4 (8,51%). Летальных исходов не было. У 2 (4,26%) в послеоперационном периоде развилась пневмония, что удлинит продолжительность их лечения в стационаре. В отдаленном послеоперационном периоде в срок от 3 месяцев до 1,5 года прослежены 19 больных. Данных за рецидивы у них обнаружено не было.

Summary

ABDOMINOPLASTY AND ALLOHERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS

Kanikovsky O.E., Fedzhaha O.P., Rautskis V.A., Shybinsky V.V.

Key words: abdominoplasty, allohernioplasty, ventral hernias

This research paper focuses on the results of treatment of 47 patients with ventral hernias, who were performed on abdominoplasty and allohernioplasty. Onlay alloplasty was performed on 36 (76.56%) patients with the hernia defects equal to W1, W2 in accordance with SWR-classification and on 16 patients with W3 hernia defects. The rest 23.4% of patients were subjected to sublay alloplasty. The average hospital staying for patients with W1, W2 hernias lasted 8.9 days, and for the patients with W3 hernias - 12.3 days. Some complications were reported: 6 (12.77%) patients were observed to have seromas, infiltrates of postoperative wounds were found in 4 (8.51%) patients. There were no lethal outcomes. Two (4.26%) patients developed postoperative pneumonia that prolonged their staying at the hospital. In the remote postoperative period from 3 months to 1.5 years 19 patients were under the observation, but no relapses were reported.

УДК 616.366-002-036.11-089.819-072.1-053.891/9

Капшитарь А. В.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Холецистэктомия минилапаротомным доступом (МЛД) по поводу острого холецистита (ОХ) выполнена у 86 пациентов старше 60 лет и дополнена дренированием холедоха по Холстеду у 15 (17,4%). Катаральная форма ОХ была у 11 (12,8%) больных, флегмонозная - у 50 (58,1%), гангренозная - у 24 (27,9%) и перфоративная - у 1 (1,2%). Осложненное течение ОХ имело место у 70,9% пациентов. МЛД расширен у 5 (5,8%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 3 (3,5%) пациентов. Релапаротомия выполнена у 2 (2,3%) больных. Умерла 1 (1,2%) пациентка от отека легких.

Ключевые слова: острый холецистит, больные пожилого и старческого возраста, минилапаротомный доступ, холецистэктомия

Научная работа является фрагментом комплексной научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии с уклоном за больными ЗГМУ „Оптимизация малоинвазивных оперативных вмешательств при острой хирургической абдоминальной патологии”, № госрегистрации 01060008118.

Вступлення

В структуре острой хирургической абдоминальной патологии острый холецистит занимает лидирующее

Література

1. Горпинич А. Б. Анализ результатов лечения вентральных грыж / А. Б. Горпинич, М. А. Халилов, Е. А. Арефьев [и др.] // Материалы III международной конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М., 2004. - С.11.
2. Пушкин С. Ю. Ранние и поздние осложнения при пластике грыж сетчатым протезом / С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева, А.А.Супильников // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М., 2002. - С. 50-51.
3. Тимошин А. Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А. Л. Шестаков // Герниология. - 2004. - № 1. - С.5-11.
4. Щеголев А. К. Структурные основы рецидивов вентральных грыж / А.К. Щеголев, О.Д. Мишнев // Материалы I международной конференции «Современные методы герниологии и абдоминальной пластики с применением полимерных имплантатов». - М., 2003. - С.35-36.
5. Kingsnorth A. The management of incisional hernia / A. Kingsnorth // Ann. R. Coll. Surg. Engl. - 2006. - №88(3). - P.252-260.

положение [5]. Отмечается рост заболевания у лиц старше 60 лет [6]. Послеоперационные осложнения регистрируют у 4,8-30% больных [1, 6]. По данным

Висновки

Застосування алогерніопластики в поєднанні з абдомінопластикой при вентральних грижах дозволяє звести до мінімуму число рецидивів гриж, не призводить до високої частоти ускладнень та одночасно забезпечує високу косметичність операції, покращує вигляд черевної стінки та статури в цілому.

Перспективи подальших досліджень

Необхідні подальші пошуки шляхів зменшення травматичності поєданого застосування абдомінопластики та алопластики вентральних гриж, особливо при наявності гриж значних розмірів, опрацювання чітких критеріїв щодо вибору способу алопластики при вентральних грижах, удосконалення способів передопераційної підготовки та способів оперативних втручань, направлених на запобігання чи зменшення проявів компартмент-синдрому у цієї категорії хворих.

Реферат

АБДОМИНОПЛАСТИКА И АЛОГЕРНИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Каниковский О.Е., Феджага О.П., Рауцкис В.А., Шибинский В.В.

Ключевые слова: абдоминальная пластика, алогерниопластика, вентральные грыжи

Проанализированы результаты лечения 47 больных с вентральными грыжами, которым кроме аллогерниопластики выполнили абдоминальную пластику. У 36 (76,56%) выполнили аллопластику onlay, в эту группу вошли больные с величиной грыжевых дефектов W1, W2 за SWR-классификацией и 16 больных с W3. У остальных 11 (23,4%) больных применили аллопластику sublay. Средняя продолжительность лечения в стационаре у больных с грыжами W1, W2 составила 8,9 дней, у больных с грыжами W3 - 12,3 дней. Наблюдались осложнения в виде сером у 6 (12,77%) больных, инфильтрата послеоперационного рубца - у 4 (8,51%). Летальных исходов не было. У 2 (4,26%) в послеоперационном периоде развилась пневмония, что удлинит продолжительность их лечения в стационаре. В отдаленном послеоперационном периоде в срок от 3 месяцев до 1,5 года прослежены 19 больных. Данных за рецидивы у них обнаружено не было.

Summary

ABDOMINOPLASTY AND ALLOHERNIOPLASTY IN PATIENTS WITH VENTRAL HERNIAS

Kanikovsky O.E., Fedzhaha O.P., Rautskis V.A., Shybinsky V.V.

Key words: abdominoplasty, allohernioplasty, ventral hernias

This research paper focuses on the results of treatment of 47 patients with ventral hernias, who were performed on abdominoplasty and allohernioplasty. Onlay alloplasty was performed on 36 (76.56%) patients with the hernia defects equal to W1, W2 in accordance with SWR-classification and on 16 patients with W3 hernia defects. The rest 23.4% of patients were subjected to sublay alloplasty. The average hospital staying for patients with W1, W2 hernias lasted 8.9 days, and for the patients with W3 hernias - 12.3 days. Some complications were reported: 6 (12.77%) patients were observed to have seromas, infiltrates of postoperative wounds were found in 4 (8.51%) patients. There were no lethal outcomes. Two (4.26%) patients developed postoperative pneumonia that prolonged their staying at the hospital. In the remote postoperative period from 3 months to 1.5 years 19 patients were under the observation, but no relapses were reported.

УДК 616.366-002-036.11-089.819-072.1-053.891/9

Капшитарь А. В.

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ИЗ МИНИЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Холецистэктомия минилапаротомным доступом (МЛД) по поводу острого холецистита (ОХ) выполнена у 86 пациентов старше 60 лет и дополнена дренированием холедоха по Холстеду у 15 (17,4%). Катаральная форма ОХ была у 11 (12,8%) больных, флегмонозная - у 50 (58,1%), гангренозная - у 24 (27,9%) и перфоративная - у 1 (1,2%). Осложненное течение ОХ имело место у 70,9% пациентов. МЛД расширен у 5 (5,8%) больных. Послеоперационные осложнения развились у 3 (3,5%) пациентов. Релапаротомия выполнена у 2 (2,3%) больных. Умерла 1 (1,2%) пациентка от отека легких.

Ключевые слова: острый холецистит, больные пожилого и старческого возраста, минилапаротомный доступ, холецистэктомия

Научная работа является фрагментом комплексной научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии с уклоном за больными ЗГМУ „Оптимизация малоинвазивных оперативных вмешательств при острой хирургической абдоминальной патологии“, № госрегистрации 01060008118.

Вступлення

В структуре острой хирургической абдоминальной патологии острый холецистит занимает лидирующее

Література

1. Горпинич А. Б. Анализ результатов лечения вентральных грыж / А. Б. Горпинич, М. А. Халилов, Е. А. Арефьев [и др.] // Материалы III международной конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М., 2004. - С.11.
2. Пушкин С. Ю. Ранние и поздние осложнения при пластике грыж сетчатым протезом / С.Ю. Пушкин, З.В. Ковалева, А.А.Супильников // Материалы конференции «Актуальные вопросы герниологии». - М., 2002. - С. 50-51.
3. Тимошин А. Д. Концепция хирургического лечения послеоперационных грыж передней брюшной стенки / А.Д. Тимошин, А.В. Юрасов, А. Л. Шестаков // Герниология. - 2004. - № 1. - С.5-11.
4. Щеголев А. К. Структурные основы рецидивов вентральных грыж / А.К. Щеголев, О.Д. Мишнев // Материалы I международной конференции «Современные методы герниологии и абдоминальной пластики с применением полимерных имплантатов». - М., 2003. - С.35-36.
5. Kingsnorth A. The management of incisional hernia / A. Kingsnorth // Ann. R. Coll. Surg. Engl. - 2006. - №88(3). - P.252-260.

положение [5]. Отмечается рост заболевания у лиц старше 60 лет [6]. Послеоперационные осложнения регистрируют у 4,8-30% больных [1, 6]. По данным

ряда авторов летальность составляет 14-15%, у лиц пожилого возраста – 20% с резким подъёмом у пациентов старше 80 лет – 40-50% [5]. На степень операционного риска влияют тактика лечения, объём и длительность предоперационной подготовки, травматичность операционного доступа и внутрибрюшного этапа операции и др. [3, 4, 7, 8]. Особую опасность, в силу многих причин, представляют лица старше 60 лет, составляющие 63,3-68% [2, 5, 6]. Основными причинами летального исхода у них являются острая сердечно-сосудистая и печёчно-почечная недостаточность, тромбоэмболия. С внедрением малоинвазивных технологий появилась возможность снизить эти показатели [3, 5, 7]. Одной из технологий, позволяющих уменьшить травматичность холецистэктомии, является применение минилапаротомного доступа [1, 3, 6, 7]. Опубликованы обнадеживающие результаты: в первые сутки после операции больные более активны, восстановлена перистальтика кишечника, вследствие незначительного болевого синдрома нет необходимости в назначении наркотических анальгетиков, сокращены послеоперационные осложнения до 2,1-13,3%, среднего койко-дня – до 6,2-8 при отсутствии летальности [1, 3, 6, 7].

Цель исследования

Улучшить результаты холецистэктомии при остром холецистите у больных пожилого и старческого возраста путём внедрения минилапаротомного доступа.

Объект и методы исследования

В хирургическом отделении КП „Городской клинической больницы № 2” г. Запорожья, являющегося базой кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ, накоплен опыт выполнения холецистэктомии из минилапаротомного доступа (МЛД) у 152 больных с острым холециститом, из них у 86 (56,6%) – старше 60 лет. Пациенты пожилого возраста составили 69 (80,2%) и старческого – 17 (19,8%). Мужчин было 22 (25,6%), женщин – 64 (74,4%). В течение первых суток заболевания поступили 12 (14%) больных, от 1 до 2 суток – 21 (24,4%), через 3 суток и позже – 53 (61,1%).

Интеркуррентные заболевания выявлены у всех пациентов, от 2 до 6 у каждого из них. Все страдали ИБС и у 48 (55,8%) больных она сочеталась с ожирением, у 12 (14%) – гипертонической болезнью, у 11 (12,8%) – генерализованным атеросклерозом, у 10 (11,6%) – сахарным диабетом, у 5 (5,8%) – мочекаменной болезнью, хроническим пиелонефритом и у 4 (4,7%) – бронхитом курильщика. Наряду с этим 6 (7%) пациентов перенесли острый инфаркт миокарда и 5 (5,8%) – инсульт.

Ранее, в сроки от 8 до 63 лет, оперированы 33 (38,4%) больные. Из них у 11 (33,3%) пациентов выполнена аппендэктомия, у 7 (21,2%) – экстирпация матки с придатками, у 6 (18,2%) – грыжесечение с пластикой, у 3 (9,1%) – сальпингэктомия, у 2 (6,1%) – резекция желудка по Бильрот-II, у 2 (6,1%) – иссечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с пилоропластикой по Джадду-Хорсли и селективной проксимальной ваготомией, у 1 (3,0%) – ушивание перфоративной язвы желудка, у 1 (3,0%) – спленэктомия и у 1 (3,0%) – ушит травматический разрыв печени.

Риск анестезии оценивали согласно классификации степеней риска общей анестезии Американской ассоциации анестезиологов (ASA). I класс физическо-

го состояния пациентов установлен у 3 (3,5%) пациентов, II класс – у 20 (23,3%), III класс – у 29 (33,7%) и IV класс – у 34 (39,5%).

Диагностика острого холецистита слагалась из клинического обследования, интерпритации лабораторно – биохимических показателей, обзорной рентгеноскопии (графию) грудной и брюшной полостей, УЗИ. По показаниям применяли эзофагогастродуоденоскопию, внутривенную урографию, УЗИ – контроль, компьютерную томографию, лапароскопию.

Все пациенты оперированы в сроки от 6 до 72 часов с момента госпитализации в клинику в связи с неэффективной консервативной терапией.

Использована методика правостороннего вертикального трансректального МЛД длиной 4 – 6 см, отступа 2 – 3 см от белой линии живота и 1 см от края реберной дуги. После рассечения кожи и подкожной жировой клетчатки вскрывали переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота, тупо раздвигали мышцу и разводили в стороны, затем вскрывали заднюю стенку влагалища прямой мышцы живота вместе с поперечной фасцией и париетальной брюшиной. Для создания необходимого пространства в брюшной полости, обеспечивающего оптимальные условия выполнения холецистэктомии, мы использовали набор инструментов: печеночные зеркала 120x45 мм и подъемник для боковой стенки 110x35 мм, тупые четырехзубые крючки, остроконечный и брюшистый скальпель, хирургический пинцет, зажимы Федорова, Микулича, прямой и изогнутый Люера, торакальный для лигирования пузырного протока и пузырной артерии, добавочных сосудов, иглодержатель Гегара, ножницы прямые, остроконечные и полостные, вакуум – аспиратор. Применена тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ. Особенностью холецистэктомии из МЛД является знание классической топографической анатомии и ее вариантов гепатопанкреатобилиарной зоны, достаточный опыт в открытой билиарной хирургии и навыки работы в условиях ограниченного пространства.

Результаты исследований и их обсуждение

После выполнения правостороннего вертикального трансректального МЛД выявлены следующие клинико – морфологические формы острого калькулезного холецистита, согласно классификации В.С.Савельева [1986]: катаральная форма – у 11 (12,8%) больных, флегмонозная – у 50 (58,1%), гангренозная – у 24 (27,9%) и перфоративная – у 1 (1,2%). Течение патологического процесса у 25 (29,6%) пациентов было ограничено желчным пузырем, у 61 (70,9%) – имело место распространение патологического процесса за его пределы (табл.).

Таблица
Осложненное течение острого холецистита

Вид осложнения	Число больных	
	абс.	%
Паравезикальный инфильтрат	33	54,1
Паравезикальный абсцесс	5	8,2
Перитонит	9	14,7
Гнойный холангит, механическая желтуха	2	3,3
Механическая желтуха	7	11,5
Холедохолитиаз	5	8,2
Итого ...	61	100,0

Данные таблицы показывают, что у большинства больных, 33 (54,1%), образовался паравезикальный инфильтрат. Реже отмечен перитонит - у 9 (14,7%) пациентов, из которых у 5 (55,6%) он был местным, у

4 (44,4%) – диффузним. Превалировал гнойный перитонит у 7 (77,8%) больных, серозно – фибринозный перитонит установлен у 2 (22,2%). О длительном существовании желчнокаменной болезни, свидетельствовал рубцово – спаечный процесс между желчным пузырем и окружающими его органами. Скрыто протекающий холедохолитиаз диагностирован во время ревизии внепеченочных желчных путей у 5 (8,2%) пациентов. Причины механической желтухи были разнообразны: у 4 больных в результате сдавления паравезикальным инфильтратом гепатикохоледоха и у 1 – увеличенной головкой поджелудочной железы, у 2 – вследствие окклюзии гепатикохоледоха при гнойном холангите.

Паравезикальные инфильтраты и абсцессы разоблачали. Увеличенный и напряженный желчный пузырь пунктировали и эвакуировали высокотоксичное содержимое, после чего он уменьшался в объеме. Это значительно увеличивало угол операционного действия, создавая необходимые условия для проведения последующих этапов операции. Выделяли элементы треугольника Kallot, лигировали пузырный проток и артерию, ретроградно удаляли желчный пузырь из его ложа. С целью остановки кровотечения из ложа желчного пузыря у 38 (44,2%) пациентов выполняли тугую тампонаду марлевой салфеткой, смоченной горячим физиологическим раствором, у 18 (20,9%) – дополнительно использовали диатермокоагуляцию, у 4 (4,7%) – гемостатическую губку с амбе-ном, а у 26 (30,2%) – лишь диатермокоагуляцию.

Наружное дренирование холедоха по Холстеду выполнено у 15 (17,4%) пациентов, из них у 5 (33,3%) – после холедохолитотомии, у 4 (26,8%) – устранения инфильтрата, у 2 (13,3%) – удаления гнойной желчи из гепатикохоледоха, у 2 (13,3%) – в связи с асептическим панкреонекрозом и у 2 (13,3%) – при расширении холедоха (10-20 мм).

МЛД вынужденно расширили у 5 (5,8%) больных, т.к. у 2 (40%) – продолжалось кровотечение из пузырной артерии и у 2 (40%) – из ложа желчного пузыря, у 1 (20%) – не дифференцировались элементы треугольника Kallot. К винслову отверстию установлены дренажи. Длительность операции от 25 до 75 минут.

В послеоперационном периоде у 3 (3,5%) больных развились следующие осложнения: у 1 (33,3%) – резидуальный холедохолитиаз, у 1 (33,3%) – ограниченные желчно-геморрагические скопления в подпеченочном и поддиафрагмальном пространствах, поступивших из ходов Люшка, у 1 (33,3%) – нагноение раны. Первому пациенту выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литэкстракцией, второму – релапаротомия, дренирование, третьему – дренирование зоны нагноения.

Реферат

ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ З МІНІЛАПАРОТОМНОГО ДОСТУПУ ПРИ ГОСТРОМУ ХОЛЕЦИСТИТІ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

Капшитар О. В.

Ключові слова: гострий холецистит, хворі похилого та старечого віку, мінілапаротомний доступ, холецистектомія.

Холецистектомія мінілапаротомним доступом (МЛД) у зв'язку з гострим холециститом (ГХ) виконана у 86 пацієнтів у віці за 60 років та доповнена дренажуванням холедоха за Холстедом у 15 (17,4%). Катаральна форма ГХ була у 11 (12,8%) хворих, флегмонозна – у 50 (58,1%), гангренозна – у 24 (27,9%) та перфоративна – у 1 (1,2%). Ускладнений перебіг ГХ мав місце у 70,9% пацієнтів. МЛД розширений у 5 (5,8%) хворих. Післяопераційні ускладнення розвинулись у 3 (3,5%) пацієнтів. Релапаротомія виконана у 2 (2,3%) хворих. Померла 1 (1,2%) пацієнтка від набряку легень.

После операции больные получали внутривенные инфузии в течение 1 – 2 суток. Обезболивали нестероидными противовоспалительными препаратами. Их рано активизировали, разрешая ходить спустя 8-10 часов после операции. Перистальтика кишечника восстановлена к концу первых суток. Средний койко-день составил 5,6. Швы сняты на 7-8 день. Умерла 1 (1,2%) пациентка 81 года от тяжелой кардиальной патологии, осложнившейся отеком легких.

Выводы

1. У лиц старше 60 лет деструктивные формы острого калькулёзного холецистита составили 87,2%, а осложнённое течение – 70,9%.

2. Показанием к минилапаротомному доступу для холецистэктомии является отсутствие разлитого перитонита и патологии абдоминальных органов, нуждающейся в симультанной операции.

3. Преимущества данного доступа – это ранняя активизация больных с восстановлением функций и систем организма, минимальный болевой синдром, низкая частота осложнений, летальности.

Перспективами дальнейших исследований являются накопление клинического материала и его анализ, изучение динамики изменений стрессовых гормонов.

Литература

1. Баранов Г. А. Холецистэктомия из минилапаротомного доступа при острых деструктивных холециститах у больных пожилого и старческого возраста / Г.А. Баранов, А.В. Саликов, Б.В. Харламов // Клиническая геронтология. – 2006. – № 9. – С.77.
2. Вардинець І. С. Діагностика та хірургічне лікування гострого холециститу у хворих похилого та старечого віку / І.С. Вардинець, О.М. Кіт, Ю.М. Герасимчук, О.М. Остапюк // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 4. – С.71–73.
3. Бойко В. В. Опыт применения мини-лапаротомии при хирургических вмешательствах на органах гепатобилиарной системы / В.В. Бойко, Б.С. Федак, О.Н. Песоцкий [и др.] // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4. – С.48–50.
4. Лігоненко О. В. Профілактика тромбоемболічних ускладнень у хворих з гострим деструктивним холециститом / О.В. Лігоненко, І.О. Чорна, А.Б. Зубаха, І.А. Шумейко // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11-12. – С. 27.
5. Тотиков В. З. Хирургическая тактика при деструктивном холецистите у больных пожилого и старческого возраста / В.З. Тотиков, В.Д. Слепушкин, А.Э. Кибизова // Хирургия. – 2005. – № 6. – С.20–23.
6. Хирургические болезни в гериатрии / Под ред. Б. С. Брискина, С. Н. Пузина, Л. Н. Костюченко. – М.: БИНОМ, 2006. – 336 с.
7. Рахматуллаев Р. Р. Хирургическое лечение острого холецистита у лиц старческого и пожилого возраста из минилапаротомного доступа / Р.Р. Рахматуллаев, Ш.Ю. Валиев, А.С. Юлдашев, З.Х. Юлдашев // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – № 2. – С.216.
8. Эгамов Ю. С. К вопросу диагностики и хирургической тактики острого холецистита у лиц пожилого и старческого возраста / Ю.С. Эгамов, К.З. Сахиддинов, А.К. Пулатов // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – № 2. – С.234–235.

Summary

MINILAPAROTOMIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Kapshytar A. V.

Key words: acute cholecystitis, elderly patients, minilaparotomy cholecystectomy.

Minilaparotomic cholecystectomy in acute cholecystitis (AC) was performed on 86 patients over 60 years and appended with the Halsted common bile duct drainage in 15 (17,4 %) patients. Catarrhal form of AC was diagnosed in 11 (12,8 %) patients, phlegmonous form was detected in 50 (58,1 %) patients, and gangrenous and perforated forms were found in 24 (27,9 %) and 1 (1,2 %) patients respectively. Complicated course of AC occurred in 70,9 % of patients. Minilaparotomic cholecystectomy was expanded in 5 (5,8 %) patients. Postoperative complications developed in 3 (3,5 %) cases. Relaparotomy was performed on 2 (2,3 %) patients. 1 (1,2 %) case of lethality due to pulmonary edema was registered.

УДК 616.37-006.03-036-089

Криворучко И.А., Балака С.Н., Сыкал Н.А., Повеличенко М.С.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

В работе приведен анализ результатов лечения 231 больного с жидкостными осложнениями острого деструктивного панкреатита. Больным в 74 случаях выполнены миниинвазивные дренирующие и санлирующие операции под ультразвуковым контролем. Ранняя сонографическая диагностика жидкостных скоплений, их ранняя миниинвазивная санация и профилактика инфицирования очагов некроза определяют пути к улучшению результатов лечения больных с панкреонекрозом. Использование дифференцированного подхода с применением малоинвазивных технологий позволило уменьшить число послеоперационных осложнений с 38,1% до 15,2% и летальности с 6,6% до 1,3%, а также ликвидировать полость у 92,3% больных.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, острое жидкостное скопление, отграниченный очаг панкреонекроза, миниинвазивные операции под ультразвуковым контролем

Робота являється фрагментом науково-дослідницької роботи Харківського національного медичного університету №0106U001855 оп. теми: "Патолофізіологічне обґрунтування застосування сучасних методів діагностики і хірургічної корекції захворювань органів черевної порожнини, судин, легень, щитоподібної залози з урахуванням порушень гомеостазу"

Актуальность

В последнее время отмечается общемировая тенденция к использованию малоинвазивных технологий в лечении хирургических заболеваний [1, 2, 3]. Данные вмешательства позволяют значительно снизить интенсивность операционной травмы, избежать отрицательных сторон наркоза и более оправданы с экономической точки зрения [2, 4, 6]. Низкая агрессивность миниинвазивных операций является преимуществом по сравнению с открытыми вмешательствами при остром деструктивном панкреатите и позволяет их использовать у больных на фоне синдрома системного воспалительного ответа [4, 5, 6].

Цель

Разработать программу лечения больных осложненным острым деструктивным панкреатитом с использованием малоинвазивных технологий хирургических вмешательств с учетом особенностей эволюции на этапах его развития (морфологических и инструментальных изменений).

Материалы и методы

В Харьковской областной клинической больнице с 2000 года находилось на лечении 231 больной с жидкостными скоплениями и псевдокистами поджелудочной железы на фоне острого деструктивного панкреатита (мужчин – 172, женщин – 59, средний возраст – 42,4±0,87 лет). Распределение больных по группам в зависимости от формы заболевания и вариантов скоплений жидкости проводили согласно классификации острого панкреатита, принятой в Атланте (США) в 1992 г. и пересмотренной Рабочей группой в 2007 г. При выборе программы лечения использовались алгоритмы прогноза развития осложнений, раз-

работанные в клинике. Открытые вмешательства применялись у 153, лапароскопические – у 4, миниинвазивные операции под ультрасонографическим контролем – у 74 больных. Одному больному в виду неэффективности дренирования выполнена лапаротомия. Операции осуществляли с использованием ультразвуковых сканеров Philips HD-11 XE, Radmir Ultima Pro-30 и Simens Sonoline SI-50 (конвексные датчики с частотой 2-5 МГц), использовали иглы 16-20 G («Balton», Польша и «Rusch», Франция), а дренирование – с использованием комплектов для трансдермального дренирования 6-16 F («Balton», Польша). Спиральную компьютерную томографию (КТ) выполняли аппарате Somatom Emotion фирмы Simens. Исследование проводилось в спиральном режиме с шагом томографа 5 мм. Контрастное усиление проводилось перорально раствором «Урографин» 2% – 300 мл и внутривенно болюсно со скоростью 3 мл/с «Ультравист 300» – 100,0 мл.

Для анализа результатов хирургического лечения всех больных были разделены на две клинические группы. В первую группу (сравнения) вошли 152 больных, которым проводилось лечение с применением «классических» методов внутреннего и наружного дренирования. Наружное дренирование было выполнено в 113 случаях (при постнекротическом парапанкреатическом скоплении жидкости (ПНПСЖ) – 71, псевдокисте – 17 и отграниченном очаге панкреонекроза (ООП) – 25) в различных модификациях, а внутреннее – в 32. Резекция поджелудочной железы с псевдокистой выполнена у 7 больных.

Отличительной особенностью второй группы (основной), которую составило 100 больных, было использование миниинвазивных технологий: лапароскопического дренирования (4) и под контролем УЗИ

Summary

MINILAPAROTOMIC CHOLECYSTECTOMY IN ACUTE CHOLECYSTITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

Kapshytar A. V.

Key words: acute cholecystitis, elderly patients, minilaparotomy cholecystectomy.

Minilaparotomic cholecystectomy in acute cholecystitis (AC) was performed on 86 patients over 60 years and appended with the Halsted common bile duct drainage in 15 (17,4 %) patients. Catarrhal form of AC was diagnosed in 11 (12,8 %) patients, phlegmonous form was detected in 50 (58,1 %) patients, and gangrenous and perforated forms were found in 24 (27,9 %) and 1 (1,2 %) patients respectively. Complicated course of AC occurred in 70,9 % of patients. Minilaparotomic cholecystectomy was expanded in 5 (5,8 %) patients. Postoperative complications developed in 3 (3,5 %) cases. Relaparotomy was performed on 2 (2,3 %) patients. 1 (1,2 %) case of lethality due to pulmonary edema was registered.

УДК 616.37-006.03-036-089

Криворучко И.А., Балака С.Н., Сыкал Н.А., Повеличенко М.С.

ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков

В работе приведен анализ результатов лечения 231 больного с жидкостными осложнениями острого деструктивного панкреатита. Больным в 74 случаях выполнены миниинвазивные дренирующие и санлирующие операции под ультразвуковым контролем. Ранняя сонографическая диагностика жидкостных скоплений, их ранняя миниинвазивная санация и профилактика инфицирования очагов некроза определяют пути к улучшению результатов лечения больных с панкреонекрозом. Использование дифференцированного подхода с применением малоинвазивных технологий позволило уменьшить число послеоперационных осложнений с 38,1% до 15,2% и летальности с 6,6% до 1,3%, а также ликвидировать полость у 92,3% больных.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, острое жидкостное скопление, отграниченный очаг панкреонекроза, миниинвазивные операции под ультразвуковым контролем

Робота являється фрагментом науково-дослідницької роботи Харківського національного медичного університету №0106U001855 оп. теми: "Патолофізіологічне обґрунтування застосування сучасних методів діагностики і хірургічної корекції захворювань органів черевної порожнини, судин, легень, щитоподібної залози з урахуванням порушень гомеостазу"

Актуальность

В последнее время отмечается общемировая тенденция к использованию малоинвазивных технологий в лечении хирургических заболеваний [1, 2, 3]. Данные вмешательства позволяют значительно снизить интенсивность операционной травмы, избежать отрицательных сторон наркоза и более оправданы с экономической точки зрения [2, 4, 6]. Низкая агрессивность миниинвазивных операций является преимуществом по сравнению с открытыми вмешательствами при остром деструктивном панкреатите и позволяет их использовать у больных на фоне синдрома системного воспалительного ответа [4, 5, 6].

Цель

Разработать программу лечения больных осложненным острым деструктивным панкреатитом с использованием малоинвазивных технологий хирургических вмешательств с учетом особенностей эволюции на этапах его развития (морфологических и инструментальных изменений).

Материалы и методы

В Харьковской областной клинической больнице с 2000 года находилось на лечении 231 больной с жидкостными скоплениями и псевдокистами поджелудочной железы на фоне острого деструктивного панкреатита (мужчин – 172, женщин – 59, средний возраст – 42,4±0,87 лет). Распределение больных по группам в зависимости от формы заболевания и вариантов скоплений жидкости проводили согласно классификации острого панкреатита, принятой в Атланте (США) в 1992 г. и пересмотренной Рабочей группой в 2007 г. При выборе программы лечения использовались алгоритмы прогноза развития осложнений, раз-

работанные в клинике. Открытые вмешательства применялись у 153, лапароскопические – у 4, миниинвазивные операции под ультрасонографическим контролем – у 74 больных. Одному больному в виду неэффективности дренирования выполнена лапаротомия. Операции осуществляли с использованием ультразвуковых сканеров Philips HD-11 XE, Radmir Ultima Pro-30 и Simens Sonoline SI-50 (конвексные датчики с частотой 2-5 МГц), использовали иглы 16-20 G («Balton», Польша и «Rusch», Франция), а дренирование – с использованием комплектов для трансдермального дренирования 6-16 F («Balton», Польша). Спиральную компьютерную томографию (КТ) выполняли аппарате Somatom Emotion фирмы Simens. Исследование проводилось в спиральном режиме с шагом томографа 5 мм. Контрастное усиление проводилось перорально раствором «Урографин» 2% – 300 мл и внутривенно болюсно со скоростью 3 мл/с «Ультравист 300» – 100,0 мл.

Для анализа результатов хирургического лечения всех больных были разделены на две клинические группы. В первую группу (сравнения) вошли 152 больных, которым проводилось лечение с применением «классических» методов внутреннего и наружного дренирования. Наружное дренирование было выполнено в 113 случаях (при постнекротическом парапанкреатическом скоплении жидкости (ПНПСЖ) – 71, псевдокисте – 17 и отграниченном очаге панкреонекроза (ООП) – 25) в различных модификациях, а внутреннее – в 32. Резекция поджелудочной железы с псевдокистой выполнена у 7 больных.

Отличительной особенностью второй группы (основной), которую составило 100 больных, было использование миниинвазивных технологий: лапароскопического дренирования (4) и под контролем УЗИ

(74). Одному больному была выполнена лапаротомия.

Сравнение результатов лечения между группами осуществлялось в зависимости от морфологических форм ПО и наличия их осложнений. Статистическая обработка данных осуществлялась методом математической статистики с использованием статистического программного пакета StatSoft Statistica 6.0 та Microsoft® Office Excel.

Результаты и их обсуждение

Инструментальным скрининговым методом исследования полостных образований поджелудочной железы (ПОПЖ) была эхосонаграфия, а в диагностически сложных ситуациях – КТ.

Наиболее характерными ультразвуковыми признаками ПНПСЖ были наличие эхонегативной зоны, как правило, размером около 100 мм по длинной оси, неправильной формы с мелкими эхопозитивными включениями, неровными, размытыми, изъеденными контурами и дистальным усилением эхосигнала, внеорганный локализация в области сальниковой сумки или хвоста ПЖ (68, 8%). Эхопозитивные включения без признаков кровоснабжения при цветном доплеровском картировании (секвестры) были обнаружены в 9,4% больных. Ни в одном случае не визуализировалась капсула. Дисперсность содержания и гиперэхогенность взвеси не были признаками инфекционных осложнений в связи с их наличием в 48,4% больных с нагноением и в 50% - при отсутствии осложнений. При КТ визуализировался нечетко очерченный гиподенсивный участок неправильной или линейной формы без визуализации капсулы, с преимущественно внеорганным расположением в области сальниковой сумки или хвоста железы (в 70% наблюдений) на фоне деструктивного панкреатита. При инфекционных осложнениях при КТ выявлялась неоднородная структура за счет гипо- и гиперденсивных участков с размытыми контурами, инфильтрацией окружающей клетчатки с пузырьками газа (74,5%).

Эхосонаграфическими признаками ложной кисты поджелудочной железы, в отличие от ПНПСЖ, был меньший размер анэхогенной зоны, интраорганный локализация, «более правильная» сферическая или овальная форма, ровные, четкие края (в 85,3%), отсутствие эхопозитивных включений в полости (в 100%), дистальное акустическое усиление (в 91,5%), а также краевая тень (в 50,5%). Наиболее частой локализацией кист был участок головки поджелудочной железы (39,5% наблюдений). Стенка различной толщины визуализировалась при УЗИ в виде гиперэхогенного ободка вокруг эхонегативного участка в 31,0% больных. При КТ капсула псевдокисты определялась у 85,7% больных вокруг гиподенсивного участка в виде гиперденсивного ободка с плотностью 40-60 ед. Н. у одного больного при УЗИ связь псевдокисты с протоковой системой ПО не была обнаружена, при КТ диагностировано в 4,1% наблюдений, а при ретроградной холангиопанкреатографии - в 9 из 14 больных (64,3%).

При УЗИ достоверных признаков нагноения содержимого псевдокисты и кровотечения в ее полость не было найдено, а при КТ отмечалось повышение оптической плотности жидкостного компонента (в 30,3% больных), наличие пузырьков газа (в 45,3%) и неравномерное утолщение стенок образования (в 15,3%) у больных с инфицированными ложными кистами. Увеличение размеров псевдокисты с прогрессирующим истончением стенки в наиболее удален-

ных от органа участках (5 больных) мы рассматривали как фактор прогноза разрыва.

Ультразвуковыми признаками, которые позволяли дифференцировать ООП от других морфологических форм были участки отграниченных секвестров ПЖ в полости (35,7%) в виде эхопозитивных включений, примыкавшие к одной из стенок и напоминали Экзофитные образования. У 62% больных визуализированы эхонегативные структуры различных размеров и локализаций, в полости которых определились множественные эхопозитивные включения, имели вид гетерогенного содержимого, а у одного пациента - отграниченный инфильтрат с гипозоногенными участками. Капсула визуализировалась в 42,5% наблюдений. При КТ определялись гиперденсивные тканевые включения (плотностью 40-50 ед. Н.) на фоне полости с гиподенсивным содержанием (плотностью 10-15 ед. Н.), а также картина ограниченного инфильтрата неоднородной плотности.

Отличительных эхографических признаков нагноения у больных с ООП обнаружено не было. При КТ наличие газа (патогномоничный симптом инфицирования) выявлено у 64,2% больных.

Пункционно-дренирующие вмешательства у больных с жидкостными образованиями до 4 недель выполнены у 45 больных, более 4 недель – у 24 (из них, признаки инфицирования были у 27 больных).

Пункция осуществлялась под местной анестезией. Перед пункцией определяли расстояние от поверхности кожи до полости и объем содержимого. Продвижение иглы постоянно контролировалось на экране монитора. Вмешательство всегда осуществляли методом "hands free", что позволяет проводить санацию прикрытых скоплений по криволинейной траектории. При необходимости пункцию осуществляли через левую долю печени или желудок. Наличие петель кишечника и селезенки на пути иглы являлось абсолютным противопоказанием к проведению манипуляции. Пункцию выполняли при жидкостных образованиях небольшого и среднего объема (24 больных) и отсутствии связи с протоковой системой поджелудочной железы. Аспирировали содержимое и полость промывали раствором антисептика. При наличии коллекторов более 500 мл, а также гнойных полостей предпочтение отдавали чрезкожному дренированию. При поступлении большого количества тканевого детрита полость санировали не менее 4 раз в сутки.

В послеоперационном периоде в обязательном порядке контролировали объем отделяемого по дренажам, проводили его бактериологическое и цитологическое исследования, ультразвуковой мониторинг полости.

При наличии в полости секвестров крупных размеров выполняли этапное бужирование пункционного канала и постепенным увеличением диаметра дренажей до 36F. Данная манипуляция выполняется под местной анестезией, как правило, хорошо переносится больными и не ведет к увеличению тяжести состояния.

Время дренирования определялось строго индивидуально и зависело от количества отделяемого, скорости очищения от гнойно-некротических масс и объема остаточной полости.

При наличии связи псевдокисты с протоковой системой поджелудочной железы выполняли цистогастростомию под контролем УЗИ. Для этого после чрезкожного чрезжелудочного дренирования кисты фиксировали дистальный конец протеза замком в просвете кисты. Выполняли тракцию катетера наружу и

фиксируют к коже. В дальнейшем катетер периодически подтягивали, что обеспечивало тесное соприкосновение стенки кисты и желудка. Через 10-14 дней, после формирования отверстия и миграции в желудок катетер извлекали.

Из 78 больных у 72 использование малоинвазивных технологий в лечении жидкостных осложнений панкреатита позволило добиться ликвидации полости в сроки от 3 до 9 недель.

При неосложненных формах ПНПСЖ послеоперационные осложнения и рецидив заболевания не отмечено в обеих группах. При осложненных формах ПНПСЖ послеоперационные осложнения отмечались в 68,1% случаев с послеоперационной летальностью 19,1% в первой группе, а во второй группе эти показатели составили 33,3% и 3,7% соответственно. При этом в первой группе основными послеоперационными осложнениями были пневмония - 21 пациент и нагноение послеоперационной раны у 7, тогда как во второй пневмония встретилась у 8 больных, а нагноение раны не отмечено ни в одном случае.

У больных с неосложненными псевдокистами послеоперационные осложнения возникли у 5 из первой группы, что составило 15,9% и в одном - со второй, что составило 7,1% при отсутствии летальности. Основным из них были пневмония в первой группе. У больных с осложненными псевдокистами послеоперационные осложнения были выявлены в 5 наблюдениях первой группы, что составило 29,4% и в одном - второй, составило 10,0%.

У больных с неосложненными ООП в первой группе послеоперационные осложнения выявлены в 3 случаях (42,9%). Во второй дифференцированный подход к выбору вида дренирования позволил избежать послеоперационных осложнений, летальных исходов и рецидива заболевания.

Послеоперационные осложнения у больных с осложненными ООП развились в 14 (66,7%) случаях группы сравнения, которые в одном случае явились причиной летального исхода (4,8%). Основным осложнением было нагноение послеоперационной раны (во всех наблюдениях), в том числе в различных сочетаниях. В основной группе наблюдался только развите пневмонии у 1 (16,7%) больного.

Выводы

Использование дифференцированного подхода с применением малоинвазивных технологий позволило уменьшить число послеоперационных осложнений с 38,1% до 15,2% и летальности с 6,6% до 1,3%, а также ликвидировать полость у 92,3% больных.

Литература

1. Антиперович О. Ф. Малоинвазивные вмешательства при некротизирующем панкреатите / О. Ф. Антиперович, П. М. Назаренко // Эндоскоп. хирургия. – 2001. – Т. 7, № 3. – С.26.
2. Васильев А. А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению / А. А. Васильев // Университетська клініка. – 2007. – Т.3, № 1. – С.9-12.
3. Непомнящий В. В. Диагностика и лечение ложных кист поджелудочной железы : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.00.27 «Хірургія» / В. В. Непомнящий – М., 2009. – 16 с.
4. Чирков А. В. Лечебная и диагностическая тактика при острых скоплениях жидкости, осложняющих течение первичного деструктивного панкреатита : автореф. дис. на соиск. научн. ступени канд. мед. наук : спец. 14.00.27 «Хірургія» / А.В. Чирков. – М., 2009. – 25 с.
5. Krüger M. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts or abscesses after an EUS-guided 1-step procedure for initial access / M. Krüger, A. Schneider, M. Manns [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2006. – V.63, № 3. – P.409-416.
6. Lopes C. Endoscopic-ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses / C. Lopes, C. Pesenti, E. Bories [et al.] // Scand. J.Gastroenterol. – 2007. – V.42, № 4. – P.524-529.

Реферат

ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ МАЛОІНВАЗИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Криворучко І.А., Балака С.М., Сикал М.О., Повеліченко М.С.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, гостре рідинне скупчення, відмежоване вогнище панкреонекрозу, мініінвазивні операції під ультразвуковим контролем

У роботі наведено аналіз результатів лікування 231 хворого з рідинними ускладненнями гострого деструктивного панкреатиту. Хворим в 74 випадках виконані мініінвазивні дренажувальні та сануючі операції під ультразвуковим контролем. Рання сонографічна діагностика рідинних скупчень, їх мініінвазивна санація та профілактика інфікування вогнищ некрозу визначають шляхи до поліпшення результатів лікування хворих з панкреонекрозом.

Використання диференційного підходу із застосуванням малоінвазивних технологій дозволило зменшити число післяопераційних ускладнень з 38,1% до 15,2% і летальності з 6,6% до 1,3%, а також ліквідувати порожнини у 92,3% хворих.

Summary

TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS WITH MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES

Krivoruchko I.A., Balaka S.N., Sykal N.A., Povelichenko M.S.

Key words: acute necrotizing pancreatitis, acute fluid collection, walled-off pancreonecrosis, minimally invasive surgery under ultrasound guidance.

This article interprets the results of treatment of 231 patients with liquid complications of acute destructive pancreatitis. There were 74 cases of US-guided minimally invasive draining and sanitizing surgeries. Early sonographic diagnosis of liquid collections, early minimally invasive sanitation and prevention of infection determine the approaches for improving the results of treatment of necrotizing pancreatitis. Differentiated approach with using of minimally invasive techniques has reduced the number of postoperative complications from 38.1% to 15.2%, and mortality from 6.6% to 1.3%. It enables to eliminate cavities in 92.3% of patients.

УДК 616.381-002-036

Криворучко І.А¹., Бойко В.В²., Іванова Ю.В²., Повеліченко М.С¹.

РЕЛАПАРОТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

Харківський національний медичний університет МОЗ України¹,
ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМНУ»²

Аналізуються результати хірургічного лікування 189 хворих на абдомінальний сепсис після операцій на органах черевної порожнини. Авторами обґрунтована доцільність використання сучасної класифікації септичних синдромів, оскільки критерії, які лежать в основі їх визначення, дозволяють оцінити важкість стану пацієнтів, прогностичні орієнтири й динаміку патологічного процесу. Комплексне хірургічне лікування, яке включає адекватну санацію патологічного осередку, раціональну антимікробну терапію, респіраторну, циркуляторну й метаболічну підтримку, дозволяє суттєво поліпшити результати лікування тяжкої категорії хворих.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, релапаротомія, лікування.

Наукова тема: «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини» № держреєстрації 0110U000649.

Вступ

Абдомінальний сепсис (АС), що виникає після хірургічних втручань на органах черевної порожнини, є актуальною проблемою, яка пов'язана, насамперед, з високою летальністю, яка досягає 50-80% [1, 4]. Актуальність проблеми, що розглядається, зумовлена значним підвищенням загальної кількості хворих на АС (тенденція спостерігається в усіх розвинутих країнах), підвищенням кількості хворих з фатальними ускладненнями, наявністю множинних чи резидуальних осередків інфекції, полімікробним інфікуванням та іншими факторами [1, 4]. АС розглядається в даний час як неспецифічна реакція організму у відповідь на генералізовану інфекцію, що виникає в умовах постійного або періодичного надходження з гнійно-септичного вогнища черевної порожнини або заочеревинного простору в системний лімфо- і кровотік мікроорганізмів і їх токсинів при нездатності протиінфекційного (імунної) системи до їх локалізації і придушення за межами інфекційного вогнища [1]. Враховуючи універсальний характер перебігу та загальні закономірності розвитку системної запальної реакції (SIRS), до цієї категорії патологічних процесів відносимо наступні типи інфекцій, об'єднаних загальним терміном «абдомінальний сепсис» (АС): розповсюджений гнійний перитоніт, що виникає у післяопераційному періоді внаслідок деструкції органа і/або його перфорації, а також запущеної гострої непрохідності кишечника; післяопераційний перитоніт внаслідок формування та прориву гнійнику в вільну черевну порожнину, а також неспроможність зони раніше накладених швів анастомозів; гнійно-некротичний панкреатит внаслідок інфікування некротів підшлункової залози і/або розвитку заочеревинної септичної флегмони, що потребує виконання реексплорації черевної порожнини [1, 4].

Застосування існуючих тактик хірургічного контролю внутрішньочеревної інфекції – релаларотомії «на вимогу» і «за програмою» має свої переваги і недоліки. Залишається неясним наскільки значимий вплив самої операційної травми на прогресування системного запалення і органних порушень у пацієнтів на АС, чи можливо вивчити механізми розвитку цих порушень у залежності від кількості оперативних втручань, і тим самим оптимізувати лікування хворих. Відповіді на названі питання існують лише в поодиноких дослідженнях, найчастіше носять експериментальний характер, що не дозволяє їх повністю екстраполювати на клінічну практику.

Аналіз багаторічних лабораторних досліджень показав наявність достовірних відмінностей деяких показників померлих і хворих на абдомінальний сепсис,

що вижили. Ще в 90-х роках ХХ ст. нами була висунута гіпотеза: плановані релапаротомії справляють несприятливу дію на системну активацію медіаторів запалення, тим самим підвищуючи ризик розвитку органної дисфункції при АС [6], яка одержала підтвердження у наступних дослідженнях [1, 7, 8].

Мета дослідження

Проведення аналізу використання релапаротомії при лікуванні хворих на абдомінальний сепсис та узагальнення деяких отриманих даних щодо патофізіології розвитку системних ускладнень та оцінки прогностичної значимості деяких клініко-лабораторних і сучасних інтегральних шкал тяжкості стану хворих.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведені у 189 хворих віком від 26 до 83 років на АС, у яких відзначені наступні особливості перебігу основного захворювання: наявність не менше 2 клініко-лабораторних ознак SIRS по класифікації R.Bone та співавт. [11], наявність осередку інфекту і ентєральної недостатності. Хворі, що були оперовані з приводу раку травного тракту і розвитку ускладнень, що потребували виконання релапаротомії, із дослідження були виключені.

У більшості хворих була отримана оцінка фізичного стану і стану хронічного здоров'я за допомогою інтегральної системи APACHE II [12], визначено індекс перитоніту Mannheim (MPI), оцінювались Sepsis-Related Organ Failure Assessment (SOFA) scores та MODS scores [1, 13].

Лабораторні дослідження включали оцінку загальноклінічних і біохімічних аналізів крові, системи гемостазу за уніфікованими методиками, а також показників специфічної і неспецифічної резистентності організму. Гострофазову відповідь у хворих оцінювали шляхом визначення С-реактивного білку (СРБ) сироватки крові за допомогою тест-системи фірми CARMAY (Швейцарія), для напівкількісного аналізу. Рівень IL-2, IL-6, IL-8 в сироватці крові визначали за допомогою ІФА (розробник ТОО «Протеїновий контур», Росія.), а динаміку змін анти-LPS-IgA, IgM, IgG за допомогою імуноферментного аналізу. Програма досліджень передбачала визначення рівня молекул середньої маси (МСМ) в сироватці крові скринінговим методом [1, 10] з наступним вимірюванням на спектрофотометрі в ультрафіолетовому світлі при довжині хвилі 254 нм. Інтенсивність спонтанної біохемілюмінесценції, H₂O₂ і люмінозалежної індукованої сироватки крові реєстрували на медичному біохемілюмінометрі (ХЛМЦ-1) в діапазоні рахунку квантів світла за допомогою фотоелектронного помножувача (ФЕУ-130) і виражали в імпульсах за одиницю часу [6]. Малоновий діальдегід

УДК 616.381-002-036

Криворучко І.А¹., Бойко В.В²., Іванова Ю.В²., Повеліченко М.С¹.

РЕЛАПАРОТОМІЯ ПРИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

Харківський національний медичний університет МОЗ України¹,
ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМНУ»²

Аналізуються результати хірургічного лікування 189 хворих на абдомінальний сепсис після операцій на органах черевної порожнини. Авторами обґрунтована доцільність використання сучасної класифікації септичних синдромів, оскільки критерії, які лежать в основі їх визначення, дозволяють оцінити важкість стану пацієнтів, прогностичні орієнтири й динаміку патологічного процесу. Комплексне хірургічне лікування, яке включає адекватну санацію патологічного осередку, раціональну антимікробну терапію, респіраторну, циркуляторну й метаболічну підтримку, дозволяє суттєво поліпшити результати лікування тяжкої категорії хворих.

Ключові слова: абдомінальний сепсис, релапаротомія, лікування.

Наукова тема: «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм органів грудної клітини і черевної порожнини» № держреєстрації 0110U000649.

Вступ

Абдомінальний сепсис (АС), що виникає після хірургічних втручань на органах черевної порожнини, є актуальною проблемою, яка пов'язана, насамперед, з високою летальністю, яка досягає 50-80% [1, 4]. Актуальність проблеми, що розглядається, зумовлена значним підвищенням загальної кількості хворих на АС (тенденція спостерігається в усіх розвинутих країнах), підвищенням кількості хворих з фатальними ускладненнями, наявністю множинних чи резидуальних осередків інфекції, полімікробним інфікуванням та іншими факторами [1, 4]. АС розглядається в даний час як неспецифічна реакція організму у відповідь на генералізовану інфекцію, що виникає в умовах постійного або періодичного надходження з гнійно-септичного вогнища черевної порожнини або заочеревинного простору в системний лімфо- і кровотік мікроорганізмів і їх токсинів при нездатності протиінфекційного (імунної) системи до їх локалізації і придушення за межами інфекційного вогнища [1]. Враховуючи універсальний характер перебігу та загальні закономірності розвитку системної запальної реакції (SIRS), до цієї категорії патологічних процесів відносимо наступні типи інфекцій, об'єднаних загальним терміном «абдомінальний сепсис» (АС): розповсюджений гнійний перитоніт, що виникає у післяопераційному періоді внаслідок деструкції органа і/або його перфорації, а також запущеної гострої непрохідності кишечника; післяопераційний перитоніт внаслідок формування та прориву гнійнику в вільну черевну порожнину, а також неспроможність зони раніше накладених швів анастомозів; гнійно-некротичний панкреатит внаслідок інфікування некротів підшлункової залози і/або розвитку заочеревинної септичної флегмони, що потребує виконання реексплорації черевної порожнини [1, 4].

Застосування існуючих тактик хірургічного контролю внутрішньочеревної інфекції – реларотомії «на вимогу» і «за програмою» має свої переваги і недоліки. Залишається неясним наскільки значимий вплив самої операційної травми на прогресування системного запалення і органних порушень у пацієнтів на АС, чи можливо вивчити механізми розвитку цих порушень у залежності від кількості оперативних втручань, і тим самим оптимізувати лікування хворих. Відповіді на названі питання існують лише в поодиноких дослідженнях, найчастіше носять експериментальний характер, що не дозволяє їх повністю екстраполювати на клінічну практику.

Аналіз багаторічних лабораторних досліджень показав наявність достовірних відмінностей деяких показників померлих і хворих на абдомінальний сепсис,

що вижили. Ще в 90-х роках ХХ ст. нами була висунута гіпотеза: плановані релапаротомії справляють несприятливу дію на системну активацію медіаторів запалення, тим самим підвищуючи ризик розвитку органної дисфункції при АС [6], яка одержала підтвердження у наступних дослідженнях [1, 7, 8].

Мета дослідження

Проведення аналізу використання релапаротомії при лікуванні хворих на абдомінальний сепсис та узагальнення деяких отриманих даних щодо патофізіології розвитку системних ускладнень та оцінки прогностичної значимості деяких клініко-лабораторних і сучасних інтегральних шкал тяжкості стану хворих.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проведені у 189 хворих віком від 26 до 83 років на АС, у яких відзначені наступні особливості перебігу основного захворювання: наявність не менше 2 клініко-лабораторних ознак SIRS по класифікації R.Bone та співавт. [11], наявність осередку інфекції і ентєральної недостатності. Хворі, що були оперовані з приводу раку травного тракту і розвитку ускладнень, що потребували виконання релапаротомії, із дослідження були виключені.

У більшості хворих була отримана оцінка фізичного стану і стану хронічного здоров'я за допомогою інтегральної системи APACHE II [12], визначено індекс перитоніту Mannheim (MPI), оцінювались Sepsis-Related Organ Failure Assessment (SOFA) scores та MODS scores [1, 13].

Лабораторні дослідження включали оцінку загальноклінічних і біохімічних аналізів крові, системи гемостазу за уніфікованими методиками, а також показників специфічної і неспецифічної резистентності організму. Гострофазову відповідь у хворих оцінювали шляхом визначення С-реактивного білку (СРБ) сироватки крові за допомогою тест-системи фірми CARMAY (Швейцарія), для напівкількісного аналізу. Рівень IL-2, IL-6, IL-8 в сироватці крові визначали за допомогою ІФА (розробник ТОО «Протеїновий контур», Росія.), а динаміку змін анти-LPS-IgA, IgM, IgG за допомогою імуноферментного аналізу. Програма досліджень передбачала визначення рівня молекул середньої маси (МСМ) в сироватці крові скринінговим методом [1, 10] з наступним вимірюванням на спектрофотометрі в ультрафіолетовому світлі при довжині хвилі 254 нм. Інтенсивність спонтанної біохемілюмінесценції, H₂O₂ і люмінозалежної індукованої сироватки крові реєстрували на медичному біохемілюмінометрі (ХЛМЦ-1) в діапазоні рахунку квантів світла за допомогою фотоелектронного помножувача (ФЕУ-130) і виражали в імпульсах за одиницю часу [6]. Малоновий діальдегід

(МДА) в сироватці крові визначали тіобарбітуровим, а дієнові кон'югати ізопропанол гептановим методом [2]. Рівень окислювальної модифікації білків оцінювали по концентрації карбонільних груп, що реагують з 2,4-динітрофенілгідразом. По вмісту продуктів реакції 2,4-ДНФАГ і 2,4-ДНФКГ судили про стан перекисного окислювання білків [5]. Оцінку структурно-функціонального стану білків виконували шляхом дослідження інтенсивності фосфоресценції сироватки крові.

За показаннями проводили моніторинг внутрішньочеревного тиску непрямим методом за допомогою сечового катетеру за I.L. Kron та співавт. (1984) [1].

Бактеріологічні дослідження проводили за уніфікованими методиками.

Виконувався статистичний аналіз за допомогою статичних коп'ютерних програм «Біостатистика, Росія».

Всім хворим перед оперативним втручанням проводилась «стартова» інфузійна терапія гіпертонічним (7,5% або 10%) розчином натрію хлориду із розрахунку 3,5 мл/кг/30 хв в співвідношенні 1:1 з колоїдними розчинами (розчини гідроксиетилкрахмалу, желатини тощо), а подальша інфузійна терапія включала кристалоїдні розчини. При необхідності корекції розладів гемостазу використовувалась заморожена плазма; альбумін не застосовувався через підвищення проникності мембран клітини при шоку. У 31 хворого використовувалась інотропна підтримка допаміном (5 - 15 мкг/кг/ хв), у 12 – застосовувалось внутрішньовенне введення нітрогліцерину (5 - 15 мкг/кг/ хв.). Корекція киснево-транспортної функції крові проводилась еритромасою, відмитими еритроцитами при зниженні гемоглобіну (нижче 70 г/л) і показника доставки кисню. Антибактеріальна терапія у всіх хворих проводилась в 2 етапи: 1-й етап – емпіричне введення антибіотиків широкого спектру дії в комбінації з антианаеробом, 2-й етап – продовження або зміна режиму антибіотикотерапії з урахуванням чутливості мікрофлори. Як правило, призначались фторхінолони в сполученні з мератіном, цефалоспорины II- III-IV покоління в сполученні з аміноглікозидами і мератіном, або карбапенемами при край важкому стану хворих.

Філософія хірургічного втручання у всіх хворих включала дві основні складові: контроль джерела інфекції (його усунення чи екстеріоризацію, дренажування) та контроль функції ураженого органу й системних захисних механізмів. Інтубацію тонкої кишки здійснювали ante- або ретроградно (в залежності від конкретної клінічної ситуації) з використанням зонду, що має дві щілини, для здійснення раннього ентерального зондового харчування.

Результати й обговорення

Релапаротомію «за вимогою» проводили в екстреному (перфорація порожнистого органу чи кровотеча в черевну порожнину) та терміновому порядку (післяопераційна непрохідність кишечника, гостра кровотеча в просвіт травного тракту, множинні внутрішньочеревні абсцеси тощо) у 131 хворого.

Основними аргументами щодо лікування хворих з використанням санаційних релапаротомій «за програмою» були: інфікований панкреонекроз; перфорація товстої кишки, яку неможливо надійно ушити чи вивести за межі черевної порожнини; нестійка гемодинаміка, що вимагала мінімізації первинних втручань; тампонада черевної порожнини у зв'язку із кро-

вотечею; великий натяг черевної стінки внаслідок набряку чи ушкодження фасцій, який міг призвести до розвитку abdominal compartment syndrome (ACS); тяжка травма із великою втратою тканин черевної порожнини; ретроперитонеальна перфорація порожнистого органу; поганий стан фасцій після множинних лапаротомій тощо. Напіввідкриту методику використали у 32, відкриту – у 26 хворих. При лапаростомії для термінового закриття черевної порожнини використовували техніку «сандвіча» (20 хворих) та модифіковану методику (6 хворих) з використанням вакуумного пристрою власної модифікації. Незважаючи на те, що чітких рекомендацій до використання лапаростомії при лікуванні ранніх післяопераційних гнійно-септичних ускладнень в теперішній час немає, ряд авторів за останні 25 років запропонували цілий ряд методик з використанням різних пристроїв для тимчасового закриття черевної порожнини в цілях забезпечення простого й менш травматичного утримання внутрішніх органів, забезпечення умов для зменшення втрат рідини та білку в умовах наявності «катаболічного дренажу» [1].

Основні ускладнення, що виникли при реопераціях, були наступними: післяопераційна поліорганна недостатність (18%), кишечні нориці (5,8%), кровотечі (9,5%), бокова ретракція лапаротомної рани із утворенням великого дефекту (5,8%). Загальна летальність складала 23,3% (44 хворих).

Слід відзначити, що перебіг АС у хворих, що аналізуються, характеризувався порушеннями у системі газотранспортної функції крові, вираженість яких залежала від важкості перебігу захворювання [1]. Подібні порушення передбачають порочну активацію імунної системи і продукцію медіаторів, що характеризують гостру фазу запалення (виникнення імунотоксичних реакцій, підвищення цитокінів, білків гострої фази, кисневих радикалів тощо). У хворих на АС найбільш часто спостерігалось зниження рівня ІЛ-2 (біля 90% хворих), гіперсекреція СРБ (біля 97% хворих), ІЛ-6 та ІЛ-8 у всіх обстежених хворих. Найбільш тяжкий стан хворих був у пацієнтів зі ІІІ ступенем вираженості внутрішньочеревного тиску (>2,45 кПА), розвитком АС. При цьому спостерігали зниження анти-LPS-Ig всіх класів у цієї категорії хворих свідчило о масивному надходженні LPS комплексів в системний кровообіг у зв'язку з найбільш вираженими процесами у черевній порожнині, втратою бар'єрної функції кишечника та іншими причинами. Підтвердженням цього було пропорційна залежність зниження рівня анти-LPS-Ig у крові та рівня транслокації бактерій й їх токсинів, що свідчило про зв'язування його специфічними імунoglobулінами [1]. Різні механізми ініціації імунної відповіді при АС здійснюються шляхом «вступу в дію» різних компонентів грампозитивних і грамнегативних бактерій. Грамнегативна мікрофлора, окрім ліпідного біослоя, має у складі своєї капсули ліпополісахаридної комплекси, що є активними імунотоксичними з широким спектром активності та взаємодіють практично з усіма типами клітин, що представляють антигени: моноцитами/макрофагами, В-лімфоцитами, нейтрофілами, ендотеліальними і дендритними клітинами, що беруть участь в активації синдрому системної запальної відповіді [1]. Під впливом ендотоксинів відбувається індукція синтезу макрофагами цитокінів, посилюється адгезія мікробів на ендотеліальних клітинах і лімфоцитах, зростає експресія ко-рецепторів лімфоцитів (CD 80; CD 86), підвищується ефективність

мікробного антигену Т-лімфоцитам, активуються альтернативний і класичний шляху активації комплементу. У свою чергу, гіалуронова кислота, що входить до складу ліпополісахаридного комплексу ряду грамнегативних мікроорганізмів, а також поверхнево розташовані фімбрії, здатні зробити вплив на фагоцитуючі клітини, блокуючи процес злиття фагосом з лізосомами або зменшуючи інтенсивність хемотаксису і адгезії фагоцитів. Екзотоксини, які продукують грампозитивними мікроорганізмами, мають властивості суперантигенів допомогою гіперактивації Т-лімфоцитів (до 20-30% від загальної кількості) з подальшою надлишковою індукцією цитокінів. Крім цього, пептоглікани (мурамідпептидази) клітинних мембран більшості бактерій володіють спорідненістю до специфічних високоафінних рецепторів макрофагів, що сприяє виробленню цитокінів, посилюючи бактерицидну активність Т-, В- і НК-клітин. Тейхоеві і ліпотьхоеві кислоти, що входять до складу грампозитивних бактерій, поряд з пептогліканами, відіграють провідну роль в ініціації розвитку цитокін-індукованого шоку при грампозитивному сепсисі [1].

Аналіз динаміки МДА у хворих АС виявив підвищення цього показника при сепсисі в середньому на 184 %, при тяжкому сепсисі – на 238% і при септичному шоку на 318% у порівнянні з групою умовно-здорових пацієнтів. Подібна динаміка в сироватці крові відмічалась і для дієнових кон'югатів. Продукти окислювальної модифікації білків 2,4-ДНФАГ підвищилась на відповідно на 112% , 143% і 172%, а 2,4-ДНФКГ на 134%, 179% і 199% відповідно при сепсисі, тяжкому сепсисі та септичному шоку. Середньомоле-

кулярні пептиди зростали в сироватці крові на 180%, 211 та 236% відповідно тяжкості стану хворих. Ці дані показують, що розвиток ендогенної інтоксикації при АС супроводжується суттєвим зростанням МСМ, альдо- і кетогідразонів та дієнових кон'югатів, які, як відомо, здатні змінювати внутрішньоклітинний метаболізм і функцію клітин.

Визначення інтенсивності індукованої біохемілюмінесценції сироватки крові хворих на АС виявило зворотню залежність цього показника від тяжкості стану хворих: при сепсисі, тяжкому сепсисі та септичному шоку рівні інтенсивності надслабкого світіння знижувались відповідно на 63%, 89% та 107% у порівнянні з контрольними показниками (752,6±149,7 імп/сек). На думку багатьох авторів (24, 25, 27) така динаміка інтенсивності біохемілюмінесценції може віддзеркалювати пригнічення процесів біоенергетики, які найбільш виразні у найбільш тяжкій категорії хворих незалежно від виду основної патології [5, 6].

Слід зазначити, що вивчення фосфоресценції виявило її зростання у хворих на сепсис в середньому на 256%, при тяжкому сепсисі – на 309% і септичному шоку – на 348%. Ці дані свідчать, що в умовах розвитку тяжкої абдомінальної інфекції в сироватці крові підвищується кількість молекул, які є реакційно-здатними і можуть ушкоджувати макромолекули (білки, нуклеїнові кислоти та ін.), мембрани клітин і внутрішньоклітинних органел.

Доопераційні значення APACHE II, MPI, MODS та SOFA scores при релапаротомії «за вимогою» (РЛВ) та плановою релапаротомією (РЛП) наведено у таблиці 1.

Таблиця 1
Доопераційні значення APACHE II, MPI, MODS та SOFA scores

Шкали	РЛП (n=15)	РЛВ (n=15)	Уемпіричне
APACHE II	15,0 (9-22)	14,0 (6-24)	93,5 (в «зоні незначущості»)
MPI	31,5 (22-38)	28,5 (16-36)	72,5 (в «зоні незначущості»)
MODS	5,2 (1-10)	4,0 (1-8)	71,5 (в «зоні невизначеності»)
SOFA	5,2 (3-12)	3,1 (1-7)	17 (в «зоні значущості»)

Примітка: Уемпіричне – критерій Манна-Уїтні (при Укритичне: $p \leq 0,01$ – $p \leq 0,05$).

Як свідчать наведені у таблиці 1 дані, шкали APACHE II, MPI та MODS не відповідали критеріям, які б сприяли б термінам і методам вибору лікувальної тактики. При цьому тільки шкала SOFA знаходилась в «зоні значущості», але й її використання не завжди відповідає на питання, в які строки виконувати релапаротомію. Так, кореляція (AUC) показань та строків виконання релапаротомії з бальною оцінкою виконаної за шкалою APACHE II склала 0,49 (0,42-0,56, $p=0,860$), за MPI – 0,51 (0,42-0,59, $p=0,145$), за MODS – 0,52 (0,42-0,60, $p=0,469$) та за SOFA – 0,57 (0,48-0,65, $p=0,088$), але при наявності вірогідності відмінностей даної оцінки у хворих, що вижили і померли: за шкалою APACHE II – 0,74 (0,67-0,84, $p<0,001$), за MPI – 0,61 (0,53-0,61, $p<0,03$), за MODS – 0,75 (0,64-0,81, $p<0,001$) та за SOFA – 0,73 (0,63-0,86, $p<0,001$). Таким чином, ретроспективний аналіз тяжкості стану хворих на АС, проведений на підставі аналізованих прогностичних шкал, показав недостатню ефективність їх клінічного застосування щодо строків виконання релапаротомії, але необхідність їх застосування для прогнозування летальності.

Основними складовими, які суттєво впливають на результат лікування хворих на АС при виконанні релапаротомії з (без) застосування програмованих са-

націй черевної порожнини, є наступні: 1) вихідна тяжкість хворого («the first hit»); 2) біологічна конституція пацієнта (вік, маса тіла, супутні захворювання); 3) число необхідних реоперацій, їх тривалість та травматичність («the second hit»); 4) характер інтраабдомінальної інфекції. Серед переваг програмованих релапаротомій при лікуванні хворих на тяжкий АС (повноцінна санація та можливість адекватного дренирування черевної порожнини, своєчасна діагностика та корекція інтраабдомінальних ускладнень, є і інші суттєві недоліки такого лікувального підходу: ці операції є так званим другим «ударом» («the second hit») для хворого, що часто призводить до прогресування MODS (рис. 1); при цьому завжди є повторна травма черевної стінки та внутрішніх органів, тривала катетеризація судин, травного та сечового трактів з великою імовірністю приєднання нозокоміальної інфекції, високий ризик виникнення арозивної кровотечі, кишкових нориць та дефекту черевної стінки тощо [1, 6].

Як свідчать проведені дослідження, між кількістю реексплорацій черевної порожнини, з одного боку, та частотою розвитку ускладнень і рівнем летальності, з іншого, є велика позитивна залежність: $r_1=0,86$ та $r_2=0,88$ відповідно, $p=0,000$ (рис. 2).

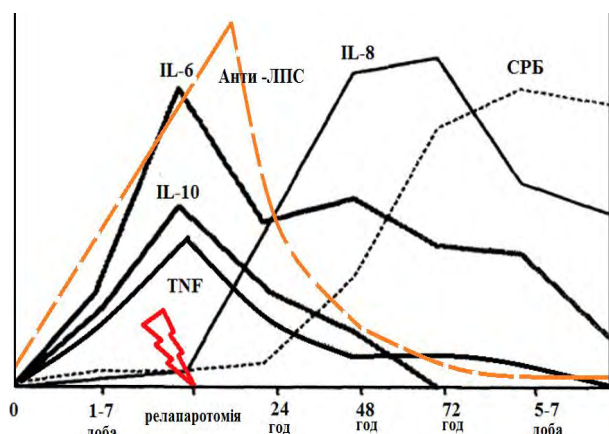


Рисунок 1. Схема ефекту «second hit» при релапаротомії.

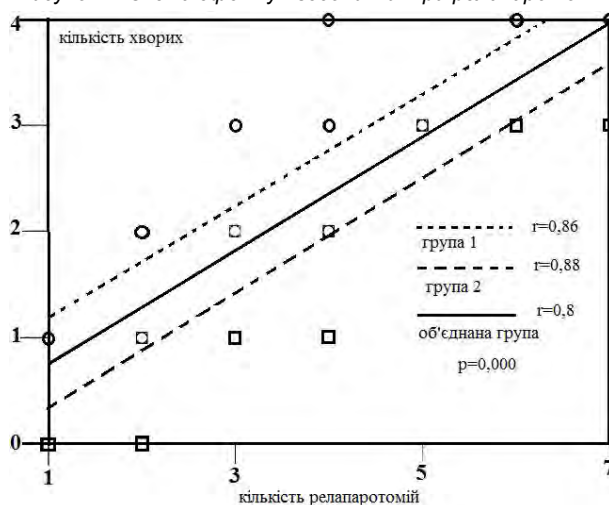


Рисунок 2. Порівняння двох ліній регресії: залежність кількості релапаротомій від виникнення ускладнень (група 1) та рівня летальності (група 2).

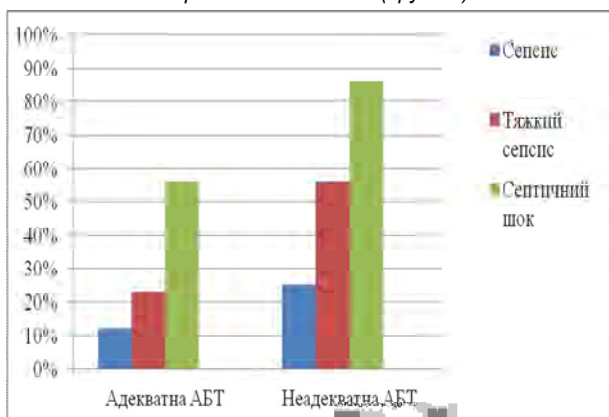


Рисунок 3. Вплив стартової АБТ на летальність при АС [1].

Принциповий вплив на етіологічну структуру абдомінальних інфекцій справляє характер цієї інфекції: позалікарняний або нозокоміальний. Етіологічна структура позалікарняних інфекцій добре вивчена, глобально не відрізняється для більшості стаціонарів і визначається областю порушення цілісності травного тракту або мікробами при розвитку вторинної панкреатичної інфекції. Збудником післяопераційних (нозокоміальних) інфекцій виявляється більш резистентна флора, що включає *Pseudomonas aeruginosa*, *Enterobacter species*, *Proteus species*, резистентні до

метициліну *Staphylococcus aureus*, ентерококи і *Candida species*.

Ще не так давно наші уявлення ґрунтувалися на постулаті, що адекватна стартова антибактеріальна терапія (АБТ) – провідний фактор прогнозу важких абдомінальних інфекцій за умови, що джерело інфекції надійно усунуто або екстеріорізовано (рис. 3). З 2001 року, після отримання рекомендацій експертів на Всесвітньому конгресі з хіміотерапії в Амстердамі, нами використовувався де-ескалаційний підхід до принципів АБТ тяжких абдомінальних інфекцій. У підсумку, до чого ми прийшли: з'явилися проблемні патогенні мікроби, а саме – так звана група мікроорганізмів «ESKAPE»: *Enterococcus facium*, *St. aureus*, *Kl. pneumoniae*, *Ac. baumannii*, *Ps. aeruginosae*, *Enterobacter spp.* Розвиток резистентності до антимікробних препаратів у багатьох бактеріальних патогенів зробило традиційну терапію неефективною, а це, в свою чергу, призвело до того, що лікування інфекцій стає більш складним і часто більш дорогим.

Більше 60 років тому Е. Abraham і Е. Chain повідомили про наявність пеніцилази у *Bacterium coli*, мікроорганізму, відомого в даний час як *Escherichia coli*, а W. Kirby – про присутність ферменту подібного типу у *Staphylococcus aureus* [1]. Ці два повідомлення поклали початок вивченню безлічі варіантів прояву резистентності мікроорганізмів до антимікробних препаратів. У 70-х роках з'явилося багато публікацій про мультирезистентні мікроорганізми, як грампозитивні, так і грамнегативні. Але тільки в 90-х рр. XX ст. з'явилася група мікроорганізмів, резистентних до всіх відомих антимікробних препаратів. Зараз ми зустрічаємося з інфекціями, викликаними деякими штамми ентерококів, акінетобактерією і *Pseudomonas aeruginosa*, які не піддаються лікуванню. Як виникла така ситуація? У розвитку та поширенні резистентності відіграють роль три основні фактори: мутації в звичайних генах, що призводять до розширення спектра резистентності, передача резистентності генів від одних мікроорганізмів до інших і посилення селективного тиску умов середовища в лікарнях і за їх межами, що призводить до активізації процесу розвитку резистентних організмів. Деякі нові механізми резистентності взагалі не піддаються виявленню лабораторними методами. Таким чином, резистентні мікроорганізми можуть залишатися невиявленими до тих пір, поки не поширяться в лікарні вельми широко. Крім того, за останні десять років значно зросла поширення грамнегативних ентеробактерій, що утворюють ензими бета-лактамази розширеного спектру (БЛРС). Ці ензими руйнують навіть ті антибіотики, які успішно використовуються в боротьбі проти мультирезистентних стафілококових бактерій. В даний час найбільш широко поширені рекомендації NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards, USA), згідно з якими штамми *E.coli* і *Klebsiella spp.* що продукують БЛРС, необхідно розглядати як стійкі до пеніцилінів, цефалоспоринов та азтреонаму. Враховуючи той факт, що на сьогоднішній день цефалоспоринов є основою терапії важких і вкрай важких позалікарняних і госпітальних інфекцій, виконання рекомендацій NCCLS різко обмежує можливість антибактеріальної терапії у хворих на АС.

Таким чином, лікування хворих на АС, що виникає внаслідок розвитку ранніх післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, представляє серйозну проблему сучасної хірургії. Аналіз тяжкості стану хворих на АС, проведений на підставі аналізованих прогностичних шкал, показав недостатню ефективність їх клі-

нічного застосування щодо строків виконання релапаротомії, але необхідність їх застосування для прогнозування летальності.

Наш досвід свідчить, що планові релапаротомії з використанням різних підходів потрібні лише частині цієї категорії хворих:

1) хворим на сепсис та MODS, коли джерело інфекції в них не було адекватно сановано під час першої релапаротомії;

2) хворим, у яких ушивання лапаротомної рани може призвести до розвитку abdominal compartment syndrome;

3) хворим, у яких при релапаротомії виявлено масивну внутрішньочеревну кровотечу, для зупинки якої потрібна туга тампонада із використанням хірургічних тампонів.

Література

1. Бойко В.В. Распространенный гнойный перитонит / В.В.Бойко, И.А.Криворучко, С.Н.Тесленко, А.В.Сивожелезов. – Х. : Прапор, 2008. – 280 с.
2. Владимиров Ю.А. Перикисное окисление липидов в биологических мембранах / Ю.А.Владимиров, А.И.Арчаков. – М. : Науки, 1972. – 320 с.
3. Габриэлян Н.И. Определение средних молекул скрининг-методом / Н.И.Габриэлян, А.А.Дмитриев // Клиническая медицина. – 1981. – №10. – С.38-42.

4. Гельфанд Е.Б. Абдоминальный сепсис / Е.Б.Гельфанд, М.И.Филимонов, С.З.Бурневич // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 11. – С.697-706.
5. Дубинина Е.Е. Окислительная модификация белков сыворотки крови человека, методы ее определения / Е.Е.Дубинина, С.О.Бурмистрова, Д.А.Ходов, И.Г.Порохов // Вопросы мед. химии. – 1995. – Т.41, №4. – С.24-25.
6. Жуков В.И. Детергенты-модуляторы радиометрических эффектов / В.И.Жуков, В.В.Мясоедов, Ю.И.Козин. – Белгород, 2000. – 450 с.
7. Зайцев В.Т.Тактика и техника коррекции энтеральной недостаточности при перитоните и острой кишечной непроходимости. / В.Т.Зайцев, И.А.Криворучко, М.П.Брусницына [и др.] // Клін. Хірургія. – 1999. – № 11. – С.36-38.
8. Криворучко И.А. Роль кишечника в патогенезе острого панкреатита: экстракция кислорода и транслокация бактерий у крыс / И.А.Криворучко, И.В.Гусак, Р.М.Смачило [и др.] // Клін. хірургія. – 1999. – №12. – С.40-42.
9. Криворучко И.А. Роль кишечника в патогенезе синдрома полиорганной дисфункции / И.А.Криворучко, В.В.Бойко, Ю.В.Иванова [и др.] // Клін. Хірургія. – 2000. – № 6. – С.45-47.
10. Николайчук В.В. «Средние молекулы» - образование и способы определения / В.В.Николайчук, В.В.Корковский, Г.А.Лобачева // Лаб. дело. –1989. – №8. – С.31-33.
11. Bone R.C. Difinitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis / R.C.Bone, R.A.Balk, F.B.Cerra // Crit. Care Med. – 1992. – № 20. – P.864-874.
12. Knaus W. A. APACHE II: a severity of disease classification system / W.A.Knaus, E.A.Draper, D.P.Wagner [et al.] // Crit. Care Med. – 1985. – № 13. – P.818-825.
13. Zimmerman J.E. Severity stratification and outcome prediction for multisistem organ failure and dysfunction / J.E.Zimmerman, W.A.Knaus, X.Sun, D.P.Wagner // World J. Surg. –1996. – № 20 (4). – P.401-405.

Реферат

РЕЛАПАРОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНЫМ СЕПСИСОМ

Криворучко И.А., Бойко В.В., Иванова Ю.В., Повеличенко М.С.

Ключевые слова: абдоминальный сепсис, релапаротомия, лечение.

Анализируются результаты хирургического лечения 189 больных с абдоминальным сепсисом после операций на органах брюшной полости. Авторами обоснована целесообразность использования современной классификации септических синдромов, поскольку критерии, лежащие в основе их определения, позволяют оценить тяжесть состояния пациентов, прогностические ориентиры и динамику патологического процесса. Комплексное хирургическое лечение, которое включает адекватную санацию патологического очага, рациональную антимикробную терапию, циркуляторную и метаболическую поддержку, позволяет существенно улучшить результаты лечения этой тяжелой категории больных.

Summary

RELAPAROTOMY IN PATIENTS WITH ABDOMINAL SEPSIS

Kryvoruchko I.A., Boyko V.V., Ivanova Y.V., Povelicheko M.S.

Key words: abdominal sepsis, relaparotomy, treatment.

This paper focuses on the results of repeated surgical treatment in 189 patients who developed abdominal sepsis after abdominal surgery. The authors have grounded the appropriateness in applying the modern classification of septic syndromes as the criteria laying in the base of their determination enable to evaluate the severity of patient's condition, prognostic landmarks and dynamics of pathological process. The complex surgical treatment including adequate sanitation of pathological focus, rational antimicrobial therapy, respiratory, circulatory and metabolic support makes possible to improve the results of the treatment of this category of patients.

УДК 616.381-002-08:616.94

Кришень В.П¹, Лященко П.В¹, Король В.В², Власенко А.М², Власенко А.В².

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНІТОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТРАНСМЕМБРАННОГО ДІАЛІЗУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра загальної хірургії¹

КЗ Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги²

Застосування інтраабдомінального сорбційно - трансмембранного діалізу у хворих з розповсюдженим перитонітом в післяопераційному періоді сприяє прискоренню регресу запального процесу в черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу і системного запалення. Крім того, додаткове використання запропонованого способу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволить знизити частоту післяопераційних ускладнень і знизити летальність в 1,7 рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС склало 5,6%, зниження відносного ризику склало 42,3%, що пов'язано з темпами зниження інтоксикації, відновленням органних порушень і зменшенням числа післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: перитоніт, абдомінальний сепсис

Вступ

В структурі хірургічної захворюваності одне з перших місць займає перитоніт. Однією з найбільш складних проблем сучасної абдомінальної хірургії залишається лікування важких форм перитоніту та його ускладнень. За останні роки спостерігається щорічне зростання кількості хворих з занедбаними формами перитоніту похилого віку, які характеризуються агресивним перебігом, високим відсотком післяопераційних ускладнень. Летальність при перитонітах в складає від 19% до 30%, а на фоні прогресування поліорганної недостатності (ПОН) досягає 80%, і на жаль не має тенденції до зниження, що призводить до великих економічних та медико-соціальних збитків [1,2]. Абдомінальний сепсис на фоні ПОН є головними чинниками летальних випадків при перитоніті, ступінь тяжкості яких безпосередньо залежать від тяжкості ендотоксикозу [3]. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає в бік поліпшення результатів лікування хворих з розповсюдженим перитонітом [4,5]. Неможливість ліквідувати осередок інфекції в черевній порожнині в процесі однієї операції послугувала основою для розробки концепції етапного хірургічного лікування важких форм перитоніту. Однак лікувальний ефект однократної санації черевної порожнини не тривалий, що диктує необхідність проведення повторних травматичних для хворих санаційних релапаротомій. Сучасні методи екстракорпоральної детоксикації у хворих на РП, коли у хворого вже подолані та пошкоджені усі бар'єри фізіологічної детоксикації і має місце виражений ендотоксикоз та ПОН, дозволяють видалити токсини з загального кровотоку [6]. В зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до вивчення відомих та розробки нових способів детоксикації, запобігаючих в тому або іншому ступені вступу токсинів у кровотік з вогнища запалення [7].

Мета дослідження

Поліпшити результати комплексного лікування хворих на розповсюджений перитоніт.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено аналіз результатів обстеження і хірургічного лікування 56 хворих на розповсюджений перитоніт, які перебували на лікуванні КЗ «Дніпропетровське КОШМД Державної обласної ради» внаслідок різних захворювань і травм органів черевної порожнини. Залежно від особливостей вживаної лікувальної тактики післяопераційного періоду всі хворі з розповсюдженим перитонітом були розподілені на дві групи:

Група спостереження (ГС) – 26 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному

періоді проводили інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз (ІСТД).

Контрольна група (КГ) – 30 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз не застосовували.

Для оцінки стану хворих у динаміці (початково та у процесі лікування) застосовували комплекс сучасних клініко-лабораторних та інструментальних методів досліджень.

Оцінку показників проводили початково (під час надходження до стаціонару, до операції), а також в першу і на 3-у, 5-у, 10-у добу після операції. Хворі обох груп були співставлені за віком, статтю, характером основної і супутньої патології та за станом важкості.

Всім хворим у повному обсязі були виконані необхідні оперативні втручання. У післяопераційному періоді всі хворі отримували стандартне лікування у тому числі і раціональну антибіотикотерапію. Черевна порожнина хворих ГС на закінчення операції дренировалась ПВХ трібками та додатково встановлювалися діалізатори (пристрої зі штучної напівпронкної мембрани), розташовували їх у місцях найбільшого скопчення запального ексудату. Трубки діалізаторів наповнювали 4,8% суспензією Силіксу у загальній кількості 6 гр на одну санацію черевної порожнини, що обумовлено сорбційними особливостями сорбенту. Після чого зовнішні кінці провідної частини дренажа герметично закривали. Через 12 годин проводили заміну суспензії. На добу використовували 12 гр сорбенту. У післяопераційному періоді діаліз проводили постійно, припиняли після появи об'єктивних ознак ліквідації перитоніту.

Для проведення ІСТД у якості штучної напівпронкної мембрани використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози з діаметром просвіту 20±2,0 мм та товщиною стінки 0,2 мм, яка використовується в харчовій промисловості, медицині для ранового діалізу, а також у апаратах для гемодіалізу та сорбент «Силікс» виробництва ПрАТ «БІОФАРМА» (Україна)

Вибір компонентів розчину, що діалізує, був визначений необхідністю створення умов для постійного видалення (діалізу) токсичних речовин, що містяться в перитонеальному ексудаті.

Результати досліджень та їх обговорення

Враховуючи те, що основним чинником несприятливого результату при розповсюдженому перитоніті є ПОН, найбільшу увагу при оцінці стану хворих приділяли показникам ендотоксикозу та системного запалення у динаміці. У таблиці 1 представлена динаміка деяких показників ендотоксикозу та системного запалення у хворих ГК та ГС.

УДК 616.381-002-08:616.94

Кришень В.П¹, Лященко П.В¹, Король В.В², Власенко А.М², Власенко А.В².**ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ЕНДОГЕННІЙ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ З РОЗПОВСЮДЖЕНИМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ТРАНСМЕМБРАННОГО ДІАЛІЗУ**ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», кафедра загальної хірургії¹КЗ Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги²

Застосування інтраабдомінального сорбційно - трансмембранного діалізу у хворих з розповсюдженим перитонітом в післяопераційному періоді сприяє прискоренню регресу запального процесу в черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу і системного запалення. Крім того, додаткове використання запропонованого способу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволить знизити частоту післяопераційних ускладнень і знизити летальність в 1,7 рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС склало 5,6%, зниження відносного ризику склало 42,3%, що пов'язано з темпами зниження інтоксикації, відновленням органних порушень і зменшенням числа післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: перитоніт, абдомінальний сепсис

Вступ

В структурі хірургічної захворюваності одне з перших місць займає перитоніт. Однією з найбільш складних проблем сучасної абдомінальної хірургії залишається лікування важких форм перитоніту та його ускладнень. За останні роки спостерігається щорічне зростання кількості хворих з занедбаними формами перитоніту похилого віку, які характеризуються агресивним перебігом, високим відсотком післяопераційних ускладнень. Летальність при перитонітах в складає від 19% до 30%, а на фоні прогресування поліорганної недостатності (ПОН) досягає 80%, і на жаль не має тенденції до зниження, що призводить до великих економічних та медико-соціальних збитків [1,2]. Абдомінальний сепсис на фоні ПОН є головними чинниками летальних випадків при перитоніті, ступінь тяжкості яких безпосередньо залежать від тяжкості ендотоксикозу [3]. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає в бік поліпшення результатів лікування хворих з розповсюдженим перитонітом [4,5]. Неможливість ліквідувати осередок інфекції в черевній порожнині в процесі однієї операції послугувала основою для розробки концепції етапного хірургічного лікування важких форм перитоніту. Однак лікувальний ефект однократної санації черевної порожнини не тривалий, що диктує необхідність проведення повторних травматичних для хворих санаційних релапаротомій. Сучасні методи екстракорпоральної детоксикації у хворих на РП, коли у хворого вже подолані та пошкоджені усі бар'єри фізіологічної детоксикації і має місце виражений ендотоксикоз та ПОН, дозволяють видалити токсини з загального кровотоку [6]. В зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до вивчення відомих та розробки нових способів детоксикації, запобігаючих в тому або іншому ступені вступу токсинів у кровотік з вогнища запалення [7].

Мета дослідження

Поліпшити результати комплексного лікування хворих на розповсюджений перитоніт.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено аналіз результатів обстеження і хірургічного лікування 56 хворих на розповсюджений перитоніт, які перебували на лікуванні КЗ «Дніпропетровське КОШМД Державної обласної ради» внаслідок різних захворювань і травм органів черевної порожнини. Залежно від особливостей вживаної лікувальної тактики післяопераційного періоду всі хворі з розповсюдженим перитонітом були розподілені на дві групи:

Група спостереження (ГС) – 26 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному

періоді проводили інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз (ІСТД).

Контрольна група (КГ) – 30 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз не застосовували.

Для оцінки стану хворих у динаміці (початково та у процесі лікування) застосовували комплекс сучасних клініко-лабораторних та інструментальних методів досліджень.

Оцінку показників проводили початково (під час надходження до стаціонару, до операції), а також в першу і на 3-у, 5-у, 10-у добу після операції. Хворі обох груп були співставлені за віком, статтю, характером основної і супутньої патології та за станом важкості.

Всім хворим у повному обсязі були виконані необхідні оперативні втручання. У післяопераційному періоді всі хворі отримували стандартне лікування у тому числі і раціональну антибіотикотерапію. Черевна порожнина хворих ГС на закінчення операції дренировалась ПВХ трібками та додатково встановлювалися діалізатори (пристрої зі штучної напівпронкної мембрани), розташовували їх у місцях найбільшого скопчення запального ексудату. Трубки діалізаторів наповнювали 4,8% суспензією Силіксу у загальній кількості 6 гр на одну санацію черевної порожнини, що обумовлено сорбційними особливостями сорбенту. Після чого зовнішні кінці провідної частини дренажа герметично закривали. Через 12 годин проводили заміну суспензії. На добу використовували 12 гр сорбенту. У післяопераційному періоді діаліз проводили постійно, припиняли після появи об'єктивних ознак ліквідації перитоніту.

Для проведення ІСТД у якості штучної напівпронкної мембрани використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози з діаметром просвіту 20±2,0 мм та товщиною стінки 0,2 мм, яка використовується в харчовій промисловості, медицині для ранового діалізу, а також у апаратах для гемодіалізу та сорбент «Силікс» виробництва ПрАТ «БІОФАРМА» (Україна)

Вибір компонентів розчину, що діалізує, був визначений необхідністю створення умов для постійного видалення (діалізу) токсичних речовин, що містяться в перитонеальному ексудаті.

Результати досліджень та їх обговорення

Враховуючи те, що основним чинником несприятливого результату при розповсюдженому перитоніті є ПОН, найбільшу увагу при оцінці стану хворих приділяли показникам ендотоксикозу та системного запалення у динаміці. У таблиці 1 представлена динаміка деяких показників ендотоксикозу та системного запалення у хворих ГК та ГС.

Таблиця 1

Паказники	Г р у п а	Термін після операції (доба)				
		Початково Ме (25%;75%)	1 доба Ме (25%; 75%)	3 доба Ме (25%; 75%)	5 доба Ме (25%; 75%)	10 доба Ме (25%; 75%)
SOFA, бали	КГ	6 (5;8)	7 (5;8)	6 (4;7)	4 (1;5)	1 (0;3)
	ГС	7 (5;8)	5 (3;7)	3 (2;5)	1 (0;4)	0 (0;1)
ЛПІ (1,0 ± 0,5)	КГ	3,9 (3,5;4,9)	4,0 (3,2;5,2)	4,7 (3,4;6,3)	3,2 (2,3;4,0)	2,3 (1,3;2,9)
	ГС	4,3 (3,4;5,0)	4,2 (3,2;5,0)	3,7 (3,0;5,2)	1,9 (1,6;2,9)	1,3 (1,0;2,1)
СРБ (до10мг/л)	КГ	64 (30;117)	75 (49;115)	65 (36;111)	29 (9;53)	13 (9;22)
	ГС	76 (27;115)	84 (48;128)	39 (26;85)	9 (8;21)	8 (6;15)
МСМ (0,215-0,282) у.о.	КГ	0,483 (0,426;0,559)	0,596 (0,512;0,69)	0,613 (0,429;0,66)	0,461 (0,377;0,50)	0,295 (0,258;0,34)
	ГС	0,481 (0,424;0,557)	0,587 (0,527;0,62)	0,479 (0,416;0,59)	0,322 (0,286;0,30)	0,245 (0,224;0,24)

Початково концентрація СРБ у сироватці крові хворих на РП значно перевищувала нормальні показники (до 10 мг/л) та складала у КГ 64 (30; 117) мг/л в ГС 76 (27; 115) мг/л ($p=0,643$). При цьому, встановлено, що у хворих ГС, починаючи з 3-ї доби післяопераційного періоду, відмічено більш швидке зниження концентрації СРБ, ніж в КГ: на 3-ю добу- $p<0,001$, на 5-у добу- $p<0,001$, на 10-у добу- $p<0,001$.

При аналізі динаміки ПОН було встановлено, що початково показники за шкалою SOFA склали в КГ 6 (5; 8) балів та в ГС 7 (5, 8) балів ($p=0,354$). Та починаючи з 1-ї доби післяопераційного періоду, у хворих ГС, відмічено більш швидке зниження показників за шкалою SOFA, ніж в КГ: на 1-у добу- $p<0,001$, на 3-ю добу- $p<0,001$, на 5-у добу- $p<0,001$, на 10-у добу- $p=0,005$.

Початково концентрація МСМ у сироватці крові хворих на РП значно перевищувала нормальні показники (0,215- 0,282) у.о. та складала у КГ 0,483 (0,426; 0,559) у.о. в ГС 0,479 (0,416; 0,549) у.о. ($p=0,477$). При аналізі показників встановлено, що у хворих ГС, починаючи з 3-ї доби післяопераційного періоду, відмічено більш швидке зниження концентрації МСМ, ніж в КГ: на 3-ю добу- $p<0,001$, на 5-у добу- $p<0,001$, на 10-у добу- $p<0,001$.

Початково значення показника ЛПІ у сироватці крові хворих на РП значно перевищувала нормальний діапазон (1,0 ± 0,5) та дорівнював у КГ 3,9(3,5;4,9) в ГС 4,3(3,4;5,0) ($p=0,110$). При цьому встановлено, що у хворих ГС, починаючи з 3-ї доби післяопераційного періоду, відмічено більш швидке зниження ЛПІ, ніж в КГ: на 3-ю добу- $p<0,001$, на 5-у добу- $p<0,001$, на 10-у добу- $p<0,001$.

Таким чином, результати аналізу маркерів інтоксикації: SOFA, ЛПІ, СРБ, МСМ свідчать про те, що у більшості хворих обох груп захворювання супроводилося важкими формами сепсису з ознаками СПОН початково і на тлі хірургічного лікування. Крім того, не дивлячись на комплексне лікування, явища системного запалення і ПОН у більшості хворих з КГ прогресували або зберігалися в перші 5 днів після операції. На відміну від КГ у більшості хворих з ГС, у комплексному лікуванні яких застосовували ІСТД відзначений стійкий регрес явищ системного запалення і ПОН починаючи з 3-ї доби післяопераційного періоду.

Не дивлячись на адекватне хірургічне лікування та інтенсивне комплексне лікування, у деяких хворих про-

гресували прояви ендогенної інтоксикації і ПОН, що призвело до летального випадку. Загальна летальність серед всіх хворих з розповсюдженим перитонітом склала у КГ – 13,2%, у ГС – 7,6%. Таким чином, летальність в ГС була в 1,7 рази нижча, ніж в КГ.

Висновки

1. Інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз у хворих на розповсюджений перитоніт сприяє прискоренню регресу запального процесу у черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу та системного запалення.

2. Додаткове використання інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволить знизити частоту післяопераційних ускладнень та знизити летальність в 1,7 рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС склало 5,6%, зниження відносного ризику склало 42,3%, що пов'язано з темпами зниження інтоксикації.

Перспективи подальших досліджень

Вирішення питання перспективи подальших досліджень знаходяться у площині подальшого вдосконалення способу та матеріалів, які використовуються для сорбційно-трансмембранного діалізу для покращення результатів лікування у хворих з розповсюдженим перитонітом.

Література

1. Плоткин Л. Л. Эпидемиология абдоминального сепсиса / Л. Л. Плоткин // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 2006. – № 4. – С.23-26.
2. Gauzit R. Epidemiology, management, and prognosis of secondary non-postoperative peritonitis / R. Gauzit, Y. Péan, X. Barth [et al.] // French prospective observational multicenter study. Surg. Infect. – 2009. – V.10, № 2. – P.119-127.
3. Апарцин К. А. Бактериальная транслокация при релапаротомии в условиях распространённого перитонита / К. А. Апарцин, Ю. Б. Лишманов, Ю. М. Галеев [и др.] // Бюл. СО РАМН. – 2009. – № 2. – С.95-99.
4. Ерюхин И. А. Абдоминальная хирургическая инфекция: современное состояние и ближайшее будущее в решении актуальной клинической проблемы / И. А. Ерюхин, С. Ф. Багненко, Е. Г. Григорьев [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2007. – № 1. – С.6-11.
5. Алиева Э. А. Пути повышения эффективности послеоперационной санации брюшной полости при разлитом гнойном перитоните (экспериментально-клиническое исследование) / Э. А. Алиева, Г. Б. Исаев, Ф. Д. Гасанов // Анналы хирургии. – 2008. – № 5. – С.57-59.
6. Антропова Н. М. Современные технологии экстракорпоральной детоксикации при перитоните / Н.М. Антропова, Н.Г. Колосов, А.К. Ровина // Вестн. новых мед. технологий. – 2007. – № 2. – С.69-70.
7. Рыбачков В. В. Перитонит / В.В. Рыбачков, К.В. Костюченко, С.В. Маевский. – Ярославль : ЯрМедиаГруп. – 2010. – 305 с.

Реферат

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСМЕМБРАННОГО ДИАЛИЗА

Крышень В.П., Лященко П.В., Король В.В., Власенко А.Н., Власенко А.В.

Ключевые слова: перитонит, абдоминальный сепсис

Применение интраабдоминального сорбционно- трансмембранного диализа у больных с распространённым перитонитом в послеоперационном периоде способствует ускорению регресса воспалительного процесса в брюшной полости, а также проявления эндотоксикоза и системного воспаления. Кроме того, дополнительное использование предлагаемого способа у больных распространённым перитонитом позволит снизить частоту послеоперационных осложнений и снизить летальность в 1,7 раза. Снижение абсолютного риска летальности в ГС составило 5,6%, снижение относительного риска составило 42,3%, что связано с темпами снижения интоксикации, восстановлением органных нарушений и уменьшением числа послеоперационных осложнений.

Summary

DYNAMICS OF PARAMETERS OF AUTOINTOXICATION IN SURGICAL PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS UNDER TRANSMEMBRANE DIALYSIS

Kryshen V.P., Lyashchenko P.V., Korol V.V., Vlasenko A.V., Vlasenko A.N.

Key words: peritonitis, abdominal sepsis

The post-operation intra-abdominal adsorption membrane dialysis for patients with diffuse peritonitis promotes the regression of inflammatory process in the abdominal cavity, as well as helps in detecting the manifestations of autointoxication and systemic inflammation. Moreover, the additional use of the method enables to reduce the rate of postoperative complications and mortality in 1.7 times for the patients with diffuse peritonitis. The decrease of absolute lethality risk makes up 5.6%, the reduction of the relative risk comes to 42.3%, that is mainly caused by the intensity of intoxication, the restoration of organ affections and the diminishing of postoperative complications rate.

УДК 616.36-002.3-006-089

Колкін Я.Г., Хацко В.В., Шаталов О.Д., Пархоменко Г.В., Потапов В.В.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ОСЕРЕДКОВІ УТВОРЕННЯ ПЕЧІНКИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Проаналізовано результати лікування 340 хворих на доброякісні осередковані утворення печінки (ДОУП) за останні 20 років. Серед них було 215 (63,2%) жінок і 125 (36,8%) чоловіків, середній вік - $47,5 \pm 2,2$ років. З непаразитарними кістами печінки (НКП) спостерігали 164 (48,2%) пацієнта, з абсцесами - 71 (20,9%), з ехінокозом - 41 (12,1%), з гемангіомами - 48 (14,1%), з аденомою - 12 (3,5%), з локальною вузловою гіперплазією (ЛВГ) - 4 (1,2%). Найбільш інформативними діагностичними методами були: сонографічний, комп'ютерна томографія, лапароскопія, біопсія печінки. 230 хворим I групи виконані малоінвазивні хірургічні втручання, 110 - різні лапаротомні операції. Післяопераційні ускладнення в I групі склали 6%, в II групі - 24,5%. Померли після операції 3 (1,3%) хворих I групи та 5 (4,5%) - II групи від поліорганної недостатності. Достовірно доведено, що малоінвазивні та вдосконалені (6 пацієнтів) способи лікування цієї патології значно покращують результати.

Ключові слова: доброякісні осередкові утворення печінки, діагностика, хірургічне лікування

Вступ

За останні роки, у зв'язку з підвищенням діагностичних можливостей лікувальних установ, частота ДОУП значно збільшилася (непаразитарні кісти - 5,3 - 11,8 % від усіх випадків цієї патології, гемангіоми - 0,4 - 8,2 %, абсцеси - до 2 %) [2,5,8].

Частота діагностичних помилок у хворих на абсцес печінки складає 50 - 70 % [1,3], внаслідок пізньої діагностики летальність може сягати 30 - 80% [6,8]. Чутливість і ефективність УЗД при процесах і кістах печінки складає 91%, КТ - 98 % [2,5,7].

Вибір тактики лікування кіст і гемангіом печінки також є предметом дискусії - від динамічного спостереження (при кістах діаметром до 5 см) - до резекції печінки [2,3,4,6]. Кожна з нозологічних одиниць утворень печінки має безліч проблем як діагностичного, так і тактичного характеру. Чітких показань до застосування пункційних і лапароскопічних втручань не існує. Вибір операції при ехінококу печінки вимагає своєї оцінки. Не виявлена роль мініінвазивних і лапароскопічних операцій при лікуванні таких хворих. Дотепер питання діагностики та лікування цих пацієнтів дуже актуальні.

Мета роботи

Порівняльне вивчення ефективності відкритого хірургічного втручання і мініінвазивного удосконаленого лікування хворих на доброякісні осередкові утворення печінки для поліпшення результатів.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 340 хворих на доброякісні осередковані утворення печінки за останні 20 років. Серед них було 215 (63,2%) жінок і 125 (36,8%) чоловіків, середній вік - $47,5 \pm 2,2$ років. З непаразитарними кістами печінки спостерігали 164 (48,2%) пацієнта, з абсцесами - 71 (20,9%), з ехінокозом - 41 (12,1%), з гемангіомами - 48 (14,1%), з аденомою - 12 (3,5%), з локальною вузловою гіперплазією (ЛВГ) - 4 (1,2%).

Застосовані (у різних сполученнях) наступні методи дослідження: клініко - лабораторні, ультразвуковий (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ), лапароскопія, цитологічне і бактеріологічне дослідження ріднини печінки. Для УЗД використовували сонографічний апарат «Dornier - 5200» у режимі кольорового доплера з да-

Реферат

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ТРАНСМЕМБРАННОГО ДИАЛИЗА

Крышень В.П., Лященко П.В., Король В.В., Власенко А.Н., Власенко А.В.

Ключевые слова: перитонит, абдоминальный сепсис

Применение интраабдоминального сорбционно- трансмембранного диализа у больных с распространённым перитонитом в послеоперационном периоде способствует ускорению регресса воспалительного процесса в брюшной полости, а также проявления эндотоксикоза и системного воспаления. Кроме того, дополнительное использование предлагаемого способа у больных распространённым перитонитом позволит снизить частоту послеоперационных осложнений и снизить летальность в 1,7 раза. Снижение абсолютного риска летальности в ГС составило 5,6%, снижение относительного риска составило 42,3%, что связано с темпами снижения интоксикации, восстановлением органных нарушений и уменьшением числа послеоперационных осложнений.

Summary

DYNAMICS OF PARAMETERS OF AUTOINTOXICATION IN SURGICAL PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS UNDER TRANSMEMBRANE DIALYSIS

Kryshen V.P., Lyashchenko P.V., Korol V.V., Vlasenko A.V., Vlasenko A.N.

Key words: peritonitis, abdominal sepsis

The post-operation intra-abdominal adsorption membrane dialysis for patients with diffuse peritonitis promotes the regression of inflammatory process in the abdominal cavity, as well as helps in detecting the manifestations of autointoxication and systemic inflammation. Moreover, the additional use of the method enables to reduce the rate of postoperative complications and mortality in 1.7 times for the patients with diffuse peritonitis. The decrease of absolute lethality risk makes up 5.6%, the reduction of the relative risk comes to 42.3%, that is mainly caused by the intensity of intoxication, the restoration of organ affections and the diminishing of postoperative complications rate.

УДК 616.36-002.3-006-089

Колкін Я.Г., Хацко В.В., Шаталов О.Д., Пархоменко Г.В., Потапов В.В.

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ОСЕРЕДКОВІ УТВОРЕННЯ ПЕЧІНКИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

Проаналізовано результати лікування 340 хворих на доброякісні осередковані утворення печінки (ДОУП) за останні 20 років. Серед них було 215 (63,2%) жінок і 125 (36,8%) чоловіків, середній вік - $47,5 \pm 2,2$ років. З непаразитарними кістами печінки (НКП) спостерігали 164 (48,2%) пацієнта, з абсцесами - 71 (20,9%), з ехінококкозом - 41 (12,1%), з гемангіомами - 48 (14,1%), з аденомою - 12 (3,5%), з локальною вузловою гіперплазією (ЛВГ) - 4 (1,2%). Найбільш інформативними діагностичними методами були: сонографічний, комп'ютерна томографія, лапароскопія, біопсія печінки. 230 хворим I групи виконані малоінвазивні хірургічні втручання, 110 - різні лапаротомні операції. Післяопераційні ускладнення в I групі склали 6%, в II групі - 24,5%. Померли після операцій 3 (1,3%) хворих I групи та 5 (4,5%) - II групи від поліорганної недостатності. Достовірно доведено, що малоінвазивні та вдосконалені (6 пацієнтів) способи лікування цієї патології значно покращують результати.

Ключові слова: доброякісні осередкові утворення печінки, діагностика, хірургічне лікування

Вступ

За останні роки, у зв'язку з підвищенням діагностичних можливостей лікувальних установ, частота ДОУП значно збільшилася (непаразитарні кісти - 5,3 - 11,8 % від усіх випадків цієї патології, гемангіоми - 0,4 - 8,2 %, абсцеси - до 2 %) [2,5,8].

Частота діагностичних помилок у хворих на абсцес печінки складає 50 - 70 % [1,3], внаслідок пізньої діагностики летальність може сягати 30 - 80% [6,8]. Чутливість і ефективність УЗД при процесах і кістах печінки складає 91%, КТ - 98 % [2,5,7].

Вибір тактики лікування кіст і гемангіом печінки також є предметом дискусії - від динамічного спостереження (при кістах діаметром до 5 см) - до резекції печінки [2,3,4,6]. Кожна з нозологічних одиниць утворень печінки має безліч проблем як діагностичного, так і тактичного характеру. Чітких показань до застосування пункційних і лапароскопічних втручань не існує. Вибір операції при ехінококу печінки вимагає своєї оцінки. Не виявлена роль мініінвазивних і лапароскопічних операцій при лікуванні таких хворих. Дотепер питання діагностики та лікування цих пацієнтів дуже актуальні.

Мета роботи

Порівняльне вивчення ефективності відкритого хірургічного втручання і мініінвазивного удосконаленого лікування хворих на доброякісні осередкові утворення печінки для поліпшення результатів.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано результати лікування 340 хворих на доброякісні осередковані утворення печінки за останні 20 років. Серед них було 215 (63,2%) жінок і 125 (36,8%) чоловіків, середній вік - $47,5 \pm 2,2$ років. З непаразитарними кістами печінки спостерігали 164 (48,2%) пацієнта, з абсцесами - 71 (20,9%), з ехінококкозом - 41 (12,1%), з гемангіомами - 48 (14,1%), з аденомою - 12 (3,5%), з локальною вузловою гіперплазією (ЛВГ) - 4 (1,2%).

Застосовані (у різних сполученнях) наступні методи дослідження: клініко - лабораторні, ультразвуковий (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ) або магнітно-резонансна томографія (МРТ), лапароскопія, цитологічне і бактеріологічне дослідження ріднини печінки. Для УЗД використовували сонографічний апарат «Dornier - 5200» у режимі кольорового доплера з да-

тчиками 3,5 і 5 мГц, для КТ – апарат «Siemens». Для лапароскопії і втручань під її контролем використовували апарати і інструменти фірм «Wolf» і «Karl Storz» (Німеччина). При підозрі на ехінокок печінки використовували реакцію латекс-аглютинації і імуноферментний аналіз.

Під час обстеження найбільш точними методами диференційної діагностики доброякісних утворень печінки, особливо при їх невеликому розмірі (діаметром до 2 см) є КТ і УЗД. У клініці виконані мініінвазивні хірургічні втручання 230 пацієнтам I групи, 110 хворим II групи – лапаротомні операції.

Результати та їх обговорення

На ехограмах кісти були представлені анехогенними утворами з чіткими контурами, що дають латеральне УЗ-посилання, вираженою капсулою, однорідним вмістом.

Для лікування НКП використовували лапароскопічні, відкриті операції, а також черезшкірні втручання під контролем УЗД або КТ. Пункційний метод лікування доцільно проводити при кістах або абсцесах (діаметром до 4-8 см) печінки, котрі розташовані у глибині паренхіми печінки.

Показанням до лапароскопічних операцій при НКП вважаємо наявність кіст діаметром 5-15см, котрі локалізовані на вісцеральній і передньодіафрагмальній поверхнях печінки. Після цих операцій в 1 випадку спостерігали незначну кровотечу. Двом пацієнтам з гемангіомою печінки виконали лапароскопічну атипovu резекцію без ускладнень. У порожнину ехінококової кісти вводили 86% розчин гліцерину або 10-20% хлориду натрію. Після цього висікали стінку кісти з видаленням сколексів, хітинової капсули і дренивали.

Виконані наступні мініінвазивні втручання 230 пацієнтам I групи: пункція, аспірація – 29, пункція, зовнішнє дренивання – 68; лапароскопічні операції висічення передньої стінки кісти, деепітелізація залишкової порожнини, зовнішнє дренивання – 17, висічення передньої стінки кісти, деепітелізація залишкової порожнини, оментоцистопексія, дренивання – 9, висічення передньої стінки кісти, деепітелізація залишкової порожнини, дренивання, введення у залишкову порожнину тромбозитарного фактору – 38, резекція печінки – 31, ехінококектомія – 20, перицистектомія – 7, “ідеальна” ехінококектомія – 2, енуклеація пухлини – 9. З 2000 року перевагу віддаємо малоінвазивним методам хірургічного втручання.

110 хворим II групи виконані лапаротомні втручання: крайова або атипова резекція печінки – 27, еханкокектомія – 7, висічення кісти, оментогепатопексія, дренивання – 8, пункція, дренивання кісти – 2, висічення кісти, дренивання – 24, дренивання кісти або абсцеса печінки – 20, енуклеація гемангіоми – 5, “ідеальна” ехінококектомія – 3, правобічна гемігепатектомія – 3, лівобічна гемігепатектомія – 1, перицистектомія – 10.

В клініці розроблені і впроваджені в практичну охорону здоров'я 6 нових способів діагностики і малоінвазивного лікування вогнищевих утворень печінки. “Спосіб диференціальної діагностики вогнищевих утворень печінки при спіральній комп'ютерній томографії” (декларційний патент на корисну модель UA 12375 від 15.02.2006 р.) включає проведення цього дослідження зі стандартної методики з додатковим болосним контрастним посиленням - введенням 90 – 100 мл неіонної контрастної речовини в кубітальну вену з швидкістю 3 мл/с, з аналізом томограм в артеріальній, венозній і відстроченій фазах контрастуван-

ня, і порівнянням зображень з попередньо проведеною тривимірною реконструкцією ультразвукового зображення в режимі сірої шкали.

“Спосіб хірургічного лікування кісти паренхіматозного органу” (декларційний патент на корисну модель UA 12656 від 15.02.2006 р.), включає розсічення капсули кісти по всьому діаметру, причому виконують радіальні розрізи від розсіченої частини кісти до периферичної, обробляють ультразвуковим скальпелем внутрішню поверхню кісти. Потім розсічені стінки кісти фіксують до дна її порожнини кетгутівими швами або кліпсами під час лапароскопічної операції. Спосіб дозволяє виключити небезпечні післяопераційні ускладнення і рецидиви кісти, значно зменшити раньову поверхню паренхіматозного органу, зменшити травматичність і термін виконання операції.

“Лапароскопічна пункційна голка” (декларційний патент на корисну модель UA 16961 від 15.09.2006 р.) представляє тонкостінну металеву трубку з загостреним кінцем, що має герметизуючий елемент для попередження кровотечі з пункційного каналу і герметичної аспірації вмісту кісти або абсцесу. Робочий кінець голки має конічне закінчення без країв, що ріжуть, і щілоподібні отвори. Пункція такою голкою особливо показана при ехінококкозі печінки.

“Пристрій для лапароскопічної обробки і дренивання рідинних утворень органів черевної порожнини” (декларційний патент на корисну модель UA 18243 від 15.11.2006 р.) має вигляд тонкостінної трубки з надувними герметизуючими манжетами на робочому кінці. Пристрій виключає витік рідини по пункційному каналу за рахунок надувних манжет, що також забезпечують його надійну фіксацію. Це усуває небезпеку інфікування і розвитку перитоніту.

„Спосіб ліквідації залишкових порожнин печінки” (патент на корисну модель UA 35718 від 10.10.2008 р.) включає введення під час операції тромбозитарного концентрату у залишкову порожнину печінки, що прискорює процес регенерації.

Нами розроблений також „Пристрій для видалення жовчного міхура або кісти паренхіматозного органу” (патент на корисну модель № 42186 від 25.06.2009 р.). Він складається з рухливого ріжучого елемента, який має дві бранші, довжина яких може змінюватися їхнім просуванням по головному і силовому важелях і фіксацією необхідної довжини за допомогою двох гвинтів, кожний із яких розташований відповідно на нижній і верхній браншах. Остання виконана рифленою, а ріжучий інструмент - у вигляді дугоподібного леза із закругленим кінцем, яке шарнірно поєднане із силовим важелем за допомогою штовхачів.

У першій групі хворих кількість післяопераційних ускладнень склала 6%, у другій групі – 24,5%. Померли після операцій 3 (1,3%) пацієнти I групи і 5 (4,5%) – II групи від поліорганної недостатності. Вірогідно доказано, що мініінвазивні та удосконалені способи лікування дозволяють значно покращити результати.

Заключення

Для діагностики доброякісних осередкових утворень печінки слід використовувати сучасні методи – УЗД, КТ, МРТ, лапароскопію, розроблений в клініці спосіб диференційної діагностики. При гемангіомах печінки доцільно робити енуклеацію або клиноподібну резекцію. Малоінвазивні удосконалені методи діагностики і лікування, із застосуванням 6 розроблених винаходів, під ультразвуковим та лапароскопічним контролем доцільно ширше виконувати при НКП, гемангіомах, абсцесах, аденомах та вузлових гіперплазіях

печінки у спеціалізованих хірургічних гепатологічних центрах. Такі методи сприяють зниженню частоти ускладнень і летальності.

Перспективи подальших досліджень

У перспективі доцільно застосовувати нові способи малоінвазивного лікування ДОУП, апарат для зв'язування біологічних тканин.

Література

1. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. – М. : ГЭ-ОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Чардаров И.К. Гемангиомы печени: взгляд хирурга / И.К. Чардаров, Ф.А. Ганцев, И.И. Багмет [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2012. – Т.17, №1. – С.86-93.
3. Отарашвили К.Н. Лечение непаразитарных кист печени / К.Н.Отарашвили // Матер. XXП з'їзду хірургів України. - Вінниця, 2010. – Т.2. – С.72.

4. Скипенко О.Г. Фокальная нодулярная гиперплазия печени / О.Г. Скипенко, Н.К. Чардаров, Г.А. Шатверян [и др.] // Хирургия. – 2012. – №6. – С.73-82.
5. Хацко В.В. Отдаленные результаты хирургического лечения больных по поводу неопухолевых очаговых образований печени / В.В.Хацко, А.Д.Шаталов, Н.К.Базиян // Клін. хірургія. – 2009. – № 7–8. – С.124–126.
6. Шаталов А.Д. Использование тромбоцитарного концентрата в хирургии доброкачественных очаговых образований печени / А.Д.Шаталов // Матер. XXП з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С.233 –234.
7. Скипенко О.Г. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике / О.Г. Скипенко, В.Д. Паршин, Г.А. Шатверян [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2011. – Т. 16, №4. – С.34-39.
8. Cerwenka H. Is surgery still needed for the treatment of pyogenic liver abscess? / H. Cerwenka // Dig. Liver Dis. – 2008. – V.40, №8. – P.697-698.

Реферат

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Пархоменко А.В., Потапов В.В.

Ключевые слова: доброкачественные очаговые образования печени, диагностика, хирургическое лечение.

Проанализированы результаты лечения 340 больных доброкачественными очаговыми образованиями печени (ДООП) за последние 20 лет. Среди них было 215 (63,2%) женщин и 125 (36,8%) мужчин, средний возраст - 47,5 ± 2,2 лет. С непаразитарными кистами печени (НКП) наблюдали 164 (48,2%) пациента, с абсцессами - 71 (20,9%), с эхинококкозом - 41 (12,1%), с гемангиомами - 48 (14,1%), с аденомой - 12 (3,5%), с локальной узловой гиперплазией (ЛУГ) - 4 (1,2%). Наиболее информативными диагностическими методами были: сонографический, компьютерная томография, лапароскопия, биопсия печени. 230 больным I группы выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, 110 - различные лапаротомные операции. Послеоперационные осложнения в I группе составили 6%, во II группе - 24,5%. Умерли после операций 3 (1,3%) больных I группы и 5 (4,5%) - II группы от полиорганной недостаточности. Достоверно доказано, что малоинвазивные и усовершенствованные (6 патентов) способы лечения этой патологии значительно улучшают результаты.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF BENIGN FOCAL LIVER MASSES

Kolkin J.G., Hatsko V.V., Shatalov A.D., Parkhomenko A.V., Potapov V.V.

Key words: benign focal liver formation, diagnosis, surgical treatment.

The research focuses on the results of treatment of 340 patients with benign focal liver masses (BFLM) obtained for previous 20 years. There were 215 (63, 2%) women and 125 (36, 8%) men, mean age was 47, 5 ± 2, 2 years. Nonparasitic liver cysts (NPLC) were reported in 164 (48.2%) patients, abscesses were diagnosed in 71 (20.9%) patients, cholangiocarcinoma made up 41 (12.1%) cases, hemangiomas – 48 (14.1%) cases, adenoma – 12 (3.5%) cases, and local nodular hyperplasia (LNH) was detected in 4 (1.2%) cases. US scanning, CT, laparoscopy, liver biopsy were applied as the most descriptive and reliable diagnostic methods. 230 patients of the 1st group were subjected to minimally invasive surgeries, 110 patients underwent various laparotomic surgeries. Postoperative complications came to 6% for the patients of the 1st group, and 24.5% for the 2nd g group. There were 3 (1.3%) cases of lethality in the 1st group and 5 (4.5%) cases in the 2nd group due to multiple organ failure. It has been reliably shown the minimally invasive and advanced treatments for this pathology significantly improve the outcomes.

УДК 616.367-007.271-003.92-089

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Фоминов В.М., Матвиенко В.А.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Проанализированы результаты повторных операций у 290 больных (женщин – 211, мужчин – 79 в возрасте 20 – 79 лет) с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков, которым первая операция сделана преимущественно в других больницах. Хороший эффект получен от предложенного и внедренного в клинику 1 способа операции (1 изобретение), модификаций гепатикодуоденостомии. За последние 5 лет послеоперационная летальность снижена с 12,4 до 3,7%. Намечены пути улучшения результатов лечения этого тяжелого контингента больных.

Ключевые слова: рубцовые стриктуры гепатикохоледоха, оперативное лечение.

Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) является осложнением оперативных вмешательств и составляет 0,3-1,6% при открытой ХЭ, при лапароскопической ХЭ – 0,3- 3%, при резекциях желудка – 0,4-9,1% [2, 3, 5, 7]. В настоящее время большинство осложнений возникает преимущественно

но в период освоения новой лапароскопической технологии и составляет 0,5 – 1% [1, 4, 7, 6]. Большинство восстановительных и реконструктивных операций на протоках обусловлено тактическими и техническими ошибками, допущенными хирургами во время первой операции.

печінки у спеціалізованих хірургічних гепатологічних центрах. Такі методи сприяють зниженню частоти ускладнень і летальності.

Перспективи подальших досліджень

У перспективі доцільно застосовувати нові способи малоінвазивного лікування ДОУП, апарат для зв'язування біологічних тканин.

Література

1. Альперович Б.И. Хирургия печени / Б.И. Альперович. – М. : ГЭ-ОТАР-Медиа, 2010. – 352 с.
2. Чардаров И.К. Гемангиомы печени: взгляд хирурга / И.К. Чардаров, Ф.А. Ганцев, И.И. Багмет [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2012. – Т.17, №1. – С.86-93.
3. Отарашвили К.Н. Лечение непаразитарных кист печени / К.Н.Отарашвили // Матер. XXП з'їзду хірургів України. - Вінниця, 2010. – Т.2. – С.72.

4. Скипенко О.Г. Фокальная нодулярная гиперплазия печени / О.Г. Скипенко, Н.К. Чардаров, Г.А. Шатверян [и др.] // Хирургия. – 2012. – №6. – С.73-82.
5. Хацко В.В. Отдаленные результаты хирургического лечения больных по поводу неопухолевых очаговых образований печени / В.В.Хацко, А.Д.Шаталов, Н.К.Базиян // Клін. хірургія. – 2009. – № 7–8. – С.124–126.
6. Шаталов А.Д. Использование тромбоцитарного концентрата в хирургии доброкачественных очаговых образований печени / А.Д.Шаталов // Матер. XXП з'їзду хірургів України. – Вінниця, 2010. – Т. 2. – С.233 –234.
7. Скипенко О.Г. Эхинококкоз печени: современные тенденции в хирургической тактике / О.Г. Скипенко, В.Д. Паршин, Г.А. Шатверян [и др.] // Анналы хир. гепатологии. – 2011. – Т. 16, №4. – С.34-39.
8. Cerwenka H. Is surgery still needed for the treatment of pyogenic liver abscess? / H. Cerwenka // Dig. Liver Dis. – 2008. – V.40, №8. – P.697-698.

Реферат

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Пархоменко А.В., Потапов В.В.

Ключевые слова: доброкачественные очаговые образования печени, диагностика, хирургическое лечение.

Проанализированы результаты лечения 340 больных доброкачественными очаговыми образованиями печени (ДООП) за последние 20 лет. Среди них было 215 (63,2%) женщин и 125 (36,8%) мужчин, средний возраст - 47,5 ± 2,2 лет. С непаразитарными кистами печени (НКП) наблюдали 164 (48,2%) пациента, с абсцессами - 71 (20,9%), с эхинококкозом - 41 (12,1%), с гемангиомами - 48 (14,1%), с аденомой - 12 (3,5%), с локальной узловой гиперплазией (ЛУГ) - 4 (1,2%). Наиболее информативными диагностическими методами были: сонографический, компьютерная томография, лапароскопия, биопсия печени. 230 больным I группы выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства, 110 - различные лапаротомные операции. Послеоперационные осложнения в I группе составили 6%, во II группе - 24,5%. Умерли после операций 3 (1,3%) больных I группы и 5 (4,5%) - II группы от полиорганной недостаточности. Достоверно доказано, что малоинвазивные и усовершенствованные (6 патентов) способы лечения этой патологии значительно улучшают результаты.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF BENIGN FOCAL LIVER MASSES

Kolkin J.G., Hatsko V.V., Shatalov A.D., Parkhomenko A.V., Potapov V.V.

Key words: benign focal liver formation, diagnosis, surgical treatment.

The research focuses on the results of treatment of 340 patients with benign focal liver masses (BFLM) obtained for previous 20 years. There were 215 (63, 2%) women and 125 (36, 8%) men, mean age was 47, 5 ± 2, 2 years. Nonparasitic liver cysts (NPLC) were reported in 164 (48.2%) patients, abscesses were diagnosed in 71 (20.9%) patients, cholangiocarcinoma made up 41 (12.1%) cases, hemangiomas – 48 (14.1%) cases, adenoma – 12 (3.5%) cases, and local nodular hyperplasia (LNH) was detected in 4 (1.2%) cases. US scanning, CT, laparoscopy, liver biopsy were applied as the most descriptive and reliable diagnostic methods. 230 patients of the 1st group were subjected to minimally invasive surgeries, 110 patients underwent various laparotomic surgeries. Postoperative complications came to 6% for the patients of the 1st group, and 24.5% for the 2nd g group. There were 3 (1.3%) cases of lethality in the 1st group and 5 (4.5%) cases in the 2nd group due to multiple organ failure. It has been reliably shown the minimally invasive and advanced treatments for this pathology significantly improve the outcomes.

УДК 616.367-007.271-003.92-089

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Шаталов А.Д., Фоминов В.М., Матвиенко В.А.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РУБЦОВЫХ СТРИКТУР ВНЕПЕЧЕНОЧНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Проанализированы результаты повторных операций у 290 больных (женщин – 211, мужчин – 79 в возрасте 20 – 79 лет) с рубцовыми стриктурами внепеченочных желчных протоков, которым первая операция сделана преимущественно в других больницах. Хороший эффект получен от предложенного и внедренного в клинику 1 способа операции (1 изобретение), модификаций гепатикодуоденостомии. За последние 5 лет послеоперационная летальность снижена с 12,4 до 3,7%. Намечены пути улучшения результатов лечения этого тяжелого контингента больных.

Ключевые слова: рубцовые стриктуры гепатикохоледоха, оперативное лечение.

Повреждение внепеченочных желчных протоков (ВЖП) является осложнением оперативных вмешательств и составляет 0,3-1,6% при открытой ХЭ, при лапароскопической ХЭ – 0,3- 3%, при резекциях желудка – 0,4-9,1% [2, 3, 5, 7]. В настоящее время большинство осложнений возникает преимущественно

но в период освоения новой лапароскопической технологии и составляет 0,5 – 1% [1, 4, 7, 6]. Большинство восстановительных и реконструктивных операций на протоках обусловлено тактическими и техническими ошибками, допущенными хирургами во время первой операции.

Целью работы явились разработка оптимального алгоритма хирургической тактики при ятрогенных повреждениях и рубцовых стриктурах желчных протоков, совершенствование способов и инструментария при их хирургическом лечении.

Материалы и методы исследования

В клинике хирургии им. К.Т.Овнатяна за последние 10 лет оперированы 290 больных с ятрогенными повреждениями желчевыводящих протоков, полученными преимущественно в других больницах. Среди оперированных больных были 79 мужчин и 211 женщин в возрасте от 20 до 79 лет. Плановая ХЭ производилась у 197 (67,9 %) чел., экстренная - у 93 (32,1 %). У 83 пациентов повреждение желчных протоков было обнаружено во время операции, у остальных правильный диагноз был поставлен в послеоперационном периоде.

В наших наблюдениях выявлены следующие причины интраоперационных повреждений желчных протоков: невозможность идентификации тканевых структур в результате выраженного воспаления или спаечного процесса - 130 (44,9%), отсутствие достаточного опыта у хирурга - 59 (20,4%), недостаточная оснащенность хирургического отделения и неадекватные условия операции - 71 (24,6%), неадекватные действия хирурга вследствие внезапного кровотечения - 16 (5,5%), аномальное расположение желчных протоков и сосудов - 14 (4,6%).

По характеру и локализации ранений желчных протоков больные распределились следующим образом: полное пересечение гепатикохоледох - 96 (33,3 %), прошивание протока лигатурой с частичным нарушением его проходимости или пристеночное ранение общего печеночного протока - 91 (31,5%), полная перевязка общего печеночного протока - 51 (17,6%), пересечение и перевязка печеночного протока в области бифуркации - 44 (14,8%), иссечение части общего печеночного протока - 8 (2,8%).

В зависимости от клинической картины, в алгоритме дифференциально-диагностического поиска выделяем три этапа. На первом этапе проводим стандартные клинично-лабораторные исследования. На втором этапе - УЗИ органов брюшной полости, компьютерная томография, фистулохолангиография. На третьем этапе - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография и чрескожная чреспеченочная холангиография.

Результаты исследования и их обсуждение

В клинике произведено 290 операций больным с ятрогенными повреждениями желчных протоков, из них 24 - восстановительных и 266 - реконструктивных. Метод адекватной коррекции желчеоттока выбираем после полной ревизии желчных протоков, при которой необходимо определить диастаз между неповрежденными концами протоков, их диаметр, оценить проходимость большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), а также степень выраженности холангита и мобильность двенадцатиперстной кишки (ДК).

Если диастаз между концами желчных протоков составляет менее 3 см. и диаметр их позволяет создать соустье не менее 1 см шириной, операцию заканчиваем наложением билиобилиарного анастомоза (у 13 чел.). При необходимости удлинения линии анастомоза продольно рассекаем заднюю стенку проксимального и переднюю стенку дистального конца желчного протока. Анастомоз формируем однорядным швом тонкой атравматической иглой. Однако при

этом должна быть сохранена или скорректирована проходимость БСДК.

При рубцовых стриктурах желчных протоков тактика должна быть направлена на достижение двух основных целей - максимально полного иссечения рубцово-измененных тканей и надежного восстановления желчеоттока.

При рубцовом изменении передней и боковой стенок с неизменной задней стенкой желчного протока и протяженностью стриктуры менее 1 см. прибегаем к операции Гейнекс-Микулича (8 чел.).

Бужирование применяем только при сужениях, протяженностью менее 0,5 см. с поражением лишь передней стенки желчного протока, при условии хорошей проходимости БСДК, и заканчиваем эту операцию оставлением в протоке чреспеченочного дренажа на срок до 2 лет (14 чел.).

Если диастаз между концами желчных протоков составляет более 3 см. и рубцовым процессом поражена развилка долевых печеночных протоков, прибегаем к созданию билиодигестивных анастомозов. Такие операции выполнены у 133 больных.

Гепатикодуоденостомию выполняем при отсутствии дуоденостаза и мобильной, недеформированной спайками ДК. Эта операция применена у 64 пациентов (у 34 - с каркасным дренированием по Прадери-Смиту, у 30 - без него). Анастомоз формируем, как правило, по методике Юраша-Виноградова. При проведении дренажа через паренхиму печени применяем специально разработанный нами набор проводников, представляющий из себя бужи-полукольца различного диаметра, кривизны и длины. В клинике разработана также методика беспроводниковой смены чреспеченочного дренажа через каждые 3-4 месяца, что позволило редко применять более сложную и трудоемкую операцию по Сэйпол-Куриану.

В последние годы при очень высоких рубцовых стриктурах применяем двойное чреспеченочное дренирование, чтобы исключить синдром недренируемой доли печени с развитием перихолангитических абсцессов. Гепатикодуоденостомию (ГДС) с проведением двух чреспеченочных дренажей по Прадери-Смиту выполнена нами у 6 больных. Хороший результат у 16 человек показал разработанный в клинике "Способ формирования билиодигестивного анастомоза при повреждениях общего желчного протока" (патент Украины №18169 А на изобретение от 01.07.97г.).

При высоких стриктурах, когда трудно дифференцировать тканевые структуры в воротах печени, а соустье необходимо сформировать на чреспеченочном дренаже, наложение анастомоза сопряжено с большим риском возникновения недостаточности его швов. Поэтому основной операцией у таких пациентов является гепатикоеюностомия (ГЕС), которая выполнена у 36 человек: у 27 - с каркасным дренированием по Прадери-Смиту, у 6 - без него, у 3 - с чреспеченочным дренированием по Сэйпол-Куриану. Для создания ГЕС обычно используем петлю тонкой кишки, выключенную из пищеварения по Ру или по Брауну с заглушкой приводящей петли. По нашим наблюдениям, ГДС обладает большей физиологичностью, чем ГЕС, проста в выполнении, относительно малотравматична. Однако, она должна выполняться в случаях полного иссечения рубцовых тканей желчных путей и при хорошей мобильности ДК. Каркасный дренаж должен находиться в просвете анастомоза в течение всей фазы репаративного процесса, которая длится от 1 до 1,5 лет при сшивании однородных тканей (при восстановительных операциях) и до 2-х лет -

при реконструктивных операциях, со сменой дренажа через каждые 3-4 месяца.

Различные осложнения в послеоперационном периоде мы наблюдали у 15 (13,8%) больных, умерли 9 чел. (8,2%). Основными причинами смерти явились - прогрессирование печеночной недостаточности и гнойного холангита с трансформацией его во множественные перихолангитические абсцессы печени.

Применение усовершенствованных способов лечения, переход на более дифференцированный подход к различным видам оперативных вмешательств позволили добиться снижения летальности за последние 5 лет с 8,2% до 6,8%.

Отдаленные результаты в сроки от 1-го года до 12 лет изучены у 89 из 100 выписанных из клиники пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты получены в 88,8% случаев.

Выводы

При хирургическом лечении ятрогенных повреждений и рубцовых стриктур желчных протоков должны учитываться их локализация, протяженность и состояние протоков проксимальнее и дистальнее стриктуры. Во всех сложных и нестандартных ситуациях обязательно выполнение интраоперационной холангиографии, а при возникновении кровотечения из сосудов печеночно-двенадцатиперстной связки целесообразно использовать разработанный нами зажим для временного гемостаза.

При ограниченных по протяженности и неполных рубцовых стриктурах хорошие отдаленные результаты дают билио-билиарные операции на транспеченочном дренаже.

При невозможности наложения широкого (диаметром 1 см. и более) соустья билиодигестивные анастомозы следует формировать на каркасных

сменных дренажах или применять разработанный в клинике способ операции. Дренажи должны находиться в просвете анастомоза не менее 1,5-2 лет с заменой через каждые 3-4 месяца с помощью предложенных нами проводников.

Перспективы дальнейших исследований

В перспективе целесообразно дальнейшее совершенствование инструментария и способов оперативного лечения рубцовых стриктур желчных протоков для улучшения результатов.

Литература

1. Лазарев С.М. Чрескожное чреспеченочное формирование гепатикодуоденального соустья на неперфорированном дренаже как вариант лечения стриктуры гепатикохоледохы / С.М. Лазарев, А.С. Иванов, Л.Л. Драч // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т.171, № 1. – С.121-122.
2. Криворучко И.А. Билиарные стриктуры после холецистэктомии / И.А.Криворучко, И.В.Сариан // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С.53–54.
3. Лохвицкий С.В. Варианты операций при послеоперационных стриктурах внепеченочных желчных протоков / С.В.Лохвицкий // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С.55–56.
4. Королев М.П. Эндопротезирование стриктуры анастомоза общего печеночного протока с применением комбинированных малоинвазивных технологий / М.П. Королев, Р.Г. Федотов, Р.Г. Аванесян // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2012. – Т.171, № 3. – С. 121-122.
5. Ситников С.А. Ятрогенные травмы гепатикохоледохы как причина постхолецистэктомического синдрома / С.А.Ситников, С.Н.Стяжкина, И.С.Кузнецов // Альманах Института хирургии им. А.В.Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 2. – С.74–75.
6. Gupta K. Endoscopic biliary recanalization by using a needle catheter in patients with complete ligation or stricture of the bile duct / K. Gupta, D. Aparicio, M. L. Freeman [et al.] // Gastrointestinal Endoscopy. – 2011. – V. 74. – P. 423-428.
7. Coté Gregory A. ERCP: Cannulation and Sphincterotomy (Stone Extraction and Stent Placement) Endoscopic management of benign bile duct strictures / G. A. Coté // Techniques in Gastrointestinal Endoscopy. – 2012. – V. 14. – P. 172-176.

Реферат

ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ РУБЦЕВИХ СТРИКТУР ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК

Колкін Я.Г., Хацько В.В., Шаталов О.Д., Фомінов В.М., Матвієнко В.А.

Ключові слова: рубцеві стриктури гепатикохоледоху, оперативне лікування.

Проаналізовано результати повторних операцій у 290 хворих (жінок – 211, чоловіків – 79 у віці 20 – 79 років) з рубцевими стриктурами позапечінкових жовчних проток, яким перша операція зроблена переважно в інших лікарнях. Гарний ефект отриманий від запропонованого і впроваджене у клініці способу операції (1 винахід), модифікацій гепатикодуоденостомії. За останні 5 років післяопераційна летальність знижена з 12,4 до 3,7%. Намічено шляхи поліпшення результатів лікування цього важкого контингенту хворих.

Summary

OPERATIVE TREATMENT FOR CICATRICAL STRICTURES OF EXTRAHEPATIC BILIARY DUCTS

Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Shatalov A.D., Fominov V.M., Matvienko V.A.

Key words: cicatrical strictures, extrahepatic bile ducts, operative treatment.

The paper is devoted to the analysis of outcomes of repeated surgeries for cicatrical strictures of bile ducts in 290 patients (211 females and 79 males aged 20 – 79 years) who had been operated on before at other hospitals. The positive results of the treatment have been achieved by introducing modified hepaticoduodenostomy. This technique has enabled to reduce postoperative lethality from 12,4 to 3,7% for the previous 5 years. This paper also outlines the approaches to improve the results of treatment for the patients.

УДК 616.33-002.44+612.366-003.7+616.37-002] – 089

Куницький Ю.Л., Христуленко А.А. Мамедалиев Новруз Али оглы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Представлены результаты хирургического лечения 177 больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС) -желчекаменной, язвенной болезней и панкреатита. Осложненная форма основного заболевания (ЖКБ) в виде острого деструктивного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, холангита, пузырно-двенадцатиперстных фистул имела место у 109(61,6%) больных. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 131(74,0%), желудка у 14(7,9%), ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 5(2,8%) больных. 33(18,6%) больных в анамнезе перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. Вторичный билиарный панкреатит выявлен у всех 177(100,0%) больных, его обострение у 98(%) больных. У 88(49,7%) больных отмечено бессимптомное течение язвенной болезни, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в послеоперационном периоде со стороны сочетанной язвенной болезни у 22(12,4%) больных. Хирургическое лечение больных данной категории предусматривает жесткое соблюдение диагностической программы, распределение больных в соответствии с ведущим диагнозом, учетом факторов хирургического риска и будет способствовать своевременной диагностике сочетанных заболеваний, значительному уменьшению количества послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: сочетанные заболевания, факторы риска, осложнения, хирургическое лечение.

Вступление

В структуре сочетанных заболеваний пищеварительного тракта наиболее часто сочетаются желчекаменная (ЖКБ), язвенная болезни и панкреатит (30-69%), в том числе и в различной их комбинации [2]. Объясняется этот факт тесной анатомической и функциональной связью между желудком, двенадцатиперстной кишкой (ДПК), печенью, желчевыводящими протоками и поджелудочной железой [4,5]. Количество больных с сочетанными заболеваниями ГПДС за последние годы увеличилось в два раза [1]. Актуальность вопросов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС обусловлена трудностью диагностики, высокой летальностью [3]. Вместе с тем, вопросы хирургической тактики у больных данной категории далеки от своего разрешения.

Цель исследования

Выявление факторов риска у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ), хроническим панкреатитом при их хирургическом лечении.

Объект и методы исследования

В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных. У данной категории больных основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанными – ЯБ и хронический панкреатит.

Возраст больных – от 27 до 82 (50,4±3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124(70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3±6,6) лет, urgentных больных от 3,5 до 144 (43,4±5,4) часов.

Хронический калькулезный холецистит имел место у 53 (29,9%), острый калькулезный холецистит у 69(39,0%), механическая желтуха у 55 (31,1%) больных, перитонит имел место у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136 (74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14 (7,9%), вторичный панкреатит у 177 (100,0%)

больных. 33 (18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ.

Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 51 (28,8%) больных. У 88 (49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение

Все больные оперированы. При хроническом калькулезном холецистите холецистэктомия, в т.ч. лапароскопическую холецистэктомия (ЛХЭ) выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При остром калькулезном холецистите выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до- и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала гастробиопсия с верификацией доброкачественности язвы. При механической желтухе использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутрипеченочного желчного протока под контролем УЗИ с последующим курсом ПЯТ, эндоскопической папиллосфинктеротомией, ЛХЭ. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 11 (18,3%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5±4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. На основании анализа развившихся осложнений в ближайшем послеоперационном периоде выявлены факторы риска развития ОЖКК у данной категории больных, с учетом данных анамнеза, инструментальных методов исследования, разработаны меры их профилактики. Симультаные операции – 11 (6,2%) по поводу сочетанной язвы у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высокой степени операционного риска развития осложнений с ее стороны на основе органосохраняющих вмешательств и использования этапных видов вмешательств.

УДК 616.33-002.44+612.366-003.7+616.37-002] – 089

Куницький Ю.Л., Христуленко А.А. Мамедалиев Новруз Али оглы

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Представлены результаты хирургического лечения 177 больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы (ГПДС) -желчекаменной, язвенной болезней и панкреатита. Осложненная форма основного заболевания (ЖКБ) в виде острого деструктивного холецистита, холедохолитиаза, механической желтухи, холангита, пузырно-двенадцатиперстных фистул имела место у 109(61,6%) больных. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК) выявлена у 131(74,0%), желудка у 14(7,9%), ДПК в сочетании со вторичной язвой желудка у 5(2,8%) больных. 33(18,6%) больных в анамнезе перенесли операции по поводу различных осложнений язвенной болезни. Вторичный билиарный панкреатит выявлен у всех 177(100,0%) больных, его обострение у 98(%) больных. У 88(49,7%) больных отмечено бессимптомное течение язвенной болезни, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам, развитию осложнений в послеоперационном периоде со стороны сочетанной язвенной болезни у 22(12,4%) больных. Хирургическое лечение больных данной категории предусматривает жесткое соблюдение диагностической программы, распределение больных в соответствии с ведущим диагнозом, учетом факторов хирургического риска и будет способствовать своевременной диагностике сочетанных заболеваний, значительному уменьшению количества послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: сочетанные заболевания, факторы риска, осложнения, хирургическое лечение.

Вступление

В структуре сочетанных заболеваний пищеварительного тракта наиболее часто сочетаются желчекаменная (ЖКБ), язвенная болезни и панкреатит (30-69%), в том числе и в различной их комбинации [2]. Объясняется этот факт тесной анатомической и функциональной связью между желудком, двенадцатиперстной кишкой (ДПК), печенью, желчевыводящими протоками и поджелудочной железой [4,5]. Количество больных с сочетанными заболеваниями ГПДС за последние годы увеличилось в два раза [1]. Актуальность вопросов хирургического лечения больных с сочетанными заболеваниями органов ГПДС обусловлена трудностью диагностики, высокой летальностью [3]. Вместе с тем, вопросы хирургической тактики у больных данной категории далеки от своего разрешения.

Цель исследования

Выявление факторов риска у больных с ЖКБ, сочетанной с язвенной болезнью (ЯБ), хроническим панкреатитом при их хирургическом лечении.

Объект и методы исследования

В основу работы положен опыт хирургического лечения 177 больных. У данной категории больных основным заболеванием считали ЖКБ и ее осложнения, сочетанными – ЯБ и хронический панкреатит.

Возраст больных – от 27 до 82 (50,4±3,7) лет. Мужчин было 83 (46,9%), женщин – 94 (53,1%). В плановом порядке госпитализированы 53 (29,9%), в неотложном – 124(70,1%) больных. Длительность основного заболевания – от 1 месяца до 30 (5,3±6,6) лет, ургентных больных от 3,5 до 144 (43,4±5,4) часов.

Хронический калькулезный холецистит имел место у 53 (29,9%), острый калькулезный холецистит у 69(39,0%), механическая желтуха у 55 (31,1%) больных, перитонит имел место у 20 (29,0%), холангит – у 15 (8,5%) больных. Сочетанная язвенная болезнь ДПК выявлена у 136 (74,0%) у 5 из них в сочетании со вторичной язвой желудка, язвенная болезнь желудка – у 14 (7,9%), вторичный панкреатит у 177 (100,0%)

больных. 33 (18,6%) больных в прошлом перенесли операции по поводу различных осложнений ЯБ.

Активная фаза язвенного процесса на момент операции была у 51 (28,8%) больных. У 88 (49,7%) больных отмечено бессимптомное течение основного и сочетанных заболеваний, что в ряде случаев привело к диагностическим ошибкам и развитию осложнений в ближайшем послеоперационном периоде.

Результаты и их обсуждение

Все больные оперированы. При хроническом калькулезном холецистите холецистэктомия, в т.ч. лапароскопическую холецистэктомия (ЛХЭ) выполняли после курса противоязвенной терапии (ПЯТ), рубцевания язвы с ФГДС-контролем. При остром калькулезном холецистите выполняли раннее оперативное лечение (в т.ч. ЛХЭ) с учетом ПЯТ в до- и послеоперационном периоде. При язве желудка операции предшествовала гастробиопсия с верификацией доброкачественности язвы. При механической желтухе использован 3-х этапный метод лечения: пункция внутрипеченочного желчного протока под контролем УЗИ с последующим курсом ПЯТ, эндоскопической папиллосфинктеротомией, ЛХЭ. Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде развились у 11 (18,3%) больных контрольной группы в виде острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) язвенного генеза через 3,5±4,3 суток после операции. Оно остановлено консервативно с учетом эндоскопических методов гемостаза. На основании анализа развившихся осложнений в ближайшем послеоперационном периоде выявлены факторы риска развития ОЖКК у данной категории больных, с учетом данных анамнеза, инструментальных методов исследования, разработаны меры их профилактики. Симультаные операции – 11 (6,2%) по поводу сочетанной язвы у больных основной группы выполняли при осложненных формах и высокой степени операционного риска развития осложнений с ее стороны на основе органосохраняющих вмешательств и использования этапных видов вмешательств.

Выводы

1. Сочетание желчекаменной, язвенной болезней и панкреатита сопровождается значительным количеством осложненных форм как основного, так и сочетанных заболеваний.

2. Отсутствие комплексной диагностической программы у больных с сочетанными заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной системы при хирургическом лечении данной категории больных приводит к значительному количеству осложнений в ближайшем послеоперационном периоде в сроки от 1 до 8 (3,5+4,3) суток в виде острого желудочно-кишечного кровотечения со стороны сочетанной язвенной болезни и наблюдается в 12,4% случаев.

3. Улучшение результатов хирургического лечения данной категории больных заключается в использовании комплексного подхода, минимально инвазивных технологий, учета выявленных факторов риска, принятия во внимание ЖКБ как «пускового механизма» в возникновении хирургической патологии в системе орга-

нов, объединенных ГПДС.

Литература

1. Велигоцкий Н.Н. Хирургическое лечение obstructивных заболеваний панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой / Н.Н.Велигоцкий, А.Н. Велигоцкий, Р.Б. Обуби [и др.] // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2. – С.67–70.
2. Колосович І.В. Особливості діагностики та хірургічної тактики у хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою виразковою хворобою шлунка / І.В.Колосович // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шулика. – К., 2000. – Вип. 9, кн. 4. – С.338–341.
3. Короткий В.М. Хронічна виразка шлунка та супутня їй патологія органів черевної порожнини: тактика хірургічного лікування / В.М.Короткий, І.В.Колосович, С.С.Чертищев // Вестн. неотложной и восстановительной медицины. – 2004. – №1, Т.5. – С.46–49.
4. Куницький Ю.Л. Особенности клинического течения при сочетанных заболеваниях гепатопанкреатодуоденальной зоны / Ю.Л.Куницький, В.Н.Буценко, А.Д.Шаталов [и др.] // Хирургия Украины. – 2005. – №2(14). – С.88–90.
5. Свідоцтво на реєстрацію авторського права на твір № 45435. Обґрунтування закономірності поєднання захворювань в гепатопанкреатодуоденальній системі / Ю.Л.Куницький. – Дата реєстрації 03.09.12р.

Реферат

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОЄДНАНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОРГАНІВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Куницький Ю.Л., Христуленко А.О., Мамедальєв Новруз Алі огли

Представлені результати хірургічного лікування 177 хворих з поєднаними захворюваннями органів гепатопанкреатодуоденальної системи (ГПДС) – жовчнокам'яною, виразковою хворобами і панкреатитом. Ускладнена форма основного захворювання (ЖКХ) у вигляді гострого деструктивного холецистити, холедохолітіази, механічної жовтяниці, холангіту, пузирно-дванадцятипалих фістул мала місце у 109(61,6%) хворих. Виразкова хвороба ДПК виявлена у 131(74,0%), шлунка у 14(7,9%), ДПК в поєднанні із вторинною виразкою шлунка у 5(2,8%) хворих. 33(18,6%) хворих в анамнезі перенесли оперативні втручання на шлунку з приводу різних ускладнень виразкової хвороби. Вторинний біліарний панкреатит встановлено у всіх 177(100,0%) хворих, його загострення у 98(%) хворих. У 88(49,7%) хворих відмічена безсимптомна течія виразкової хвороби, що в ряді випадків призвело до діагностичних помилок, розвитку ускладнень в післяопераційному періоді зі сторони поєднаної виразкової хвороби у 22(12,4%) хворих. Хірургічне лікування хворих даної категорії передбачає жорстке дотримання діагностичної програми, облік факторів операційного ризику і буде сприяти своєчасній діагностиці поєднаних захворювань, значному зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH COMBINATION DISEASES OF HEPATO- PANCREATIC AND DUODENAL SYSTEM.

Kunitsky Yu.L., Khristulenko A.A., Mamedaliev Novruz Ali ogly

Keywords: comorbid diseases, complications, pathogenesis, surgical treatment, prophylaxis.

This article presents and analyzes the results of surgical treatment of 177 patients with the comorbid diseases of hepato-pancreatic and duodenal system including gall stone diseases, duodenal ulcerous diseases and pancreatitis. Gall stone diseases was an underlying disease in most cases and such comorbidities as acute destructive cholecystitis, choledocholithiasis, mechanical icterus, cholangitis, fistulas between gall bladder and duodenum were reported in 109(61,6%) patients. The duodenal ulcers were diagnosed in 131 (74,0%) cases, stomach ulcers – in 14 (7,9%) cases, duodenal ulcer in combination with the secondary stomach ulcer were detected in 5 (2,8%) cases. 33 (18,6%) patients had surgeries for stomach ulcer complications in past history. Secondary biliary pancreatitis was diagnosed in all patients, its exacerbations were reported in 98% of patients. 88 (49,7%) patients had asymptomatic course of ulcer disease, that sometime led to misdiagnosing and post-operative complications of comorbid ulcerative disease in 22 (12,4%) patients. Surgical treatment and recovery for these patients requires the following of diagnostic program and thorough analysis of surgical risk factors. This approach contributes to the proper diagnosis of comorbidities and the decrease of postoperative complications.

УДК 616.366-089-035:616.2-057:622

Лупальцов В.И., Мельников В.В., Ворощук Р.С.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3

Проанализированы результаты хирургического лечения 99 горнорабочих угольной промышленности с пневмокониозом, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной хроническим или острым холециститом. Диагноз ЖКБ устанавливался на основании ультразвукового исследования, которое выполнялось всем больным при поступлении. Анализируемые больные разделены на две группы: первая – 49 пациентов, которые оперированы без учета сопутствующей легочной патологии, вторая (основная) – 50 больных, у которых проводилось комплексное обследование органов дыхания с учетом выраженности степени дыхательной недостаточности. Показано, что у больных, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) без учета выраженности легочных изменений пневмокониозом, осложнений было в два раза больше, чем в группе пациентов, которым выполнялась лапаротомная холецистэктомия (ЛТХЭ) или ЛСХЭ, но с учетом и коррекцией легочных осложнений. Авторы приходят к выводу, что выявление скрытой легочной патологии у работников угольной промышленности позволяет оптимизировать метод хирургического лечения осложненной ЖКБ.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, желчнокаменная болезнь, пневмокониоз, ультразвуковое исследование.

Вступление

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, составляя до 40% патологии органов пищеварения [1, 2]. Среди работников угольной промышленности (РУП) удельный вес ЖКБ не отличается от такого по Украине, однако наличие у многих из них профессиональных заболеваний органов дыхания, которые часто не учитываются при выполнении операции, приводит к увеличению интраоперационных и послеоперационных осложнений. Особенно это касается лапароскопических технологий, при которых пневмоперитонеум, приводящий к повышению внутрибрюшного давления, усугубляет развитие ишемии. Ишемия проявляется развитием гемодинамических и сосудистых нарушений, приводя к нарушению оксигенации тканей, вызывая гипоксию. И хотя лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) обладает техническими преимуществами по сравнению с лапаротомической холецистэктомией, её недостатком является то, что дыхательная система, измененная пневмокониозом, увеличивает операционно-анестезиологический риск. Таким образом, окончательно не выявлено какой из существующих вариантов операции является наиболее оправданным у этого контингента больных.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения

больных желчнокаменной болезнью с сопутствующим пневмокониозом путем разработки индивидуализированного подхода к выбору метода холецистэктомии.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 99 горнорабочих угольной промышленности с пневмокониозом, страдающих ЖКБ, осложненной хроническим или острым холециститом. Все пациенты были мужского пола в возрасте 50-75 лет и разделены на две группы. Первую группу составили 49 больных, которые оперированы без учета сопутствующей патологии органов дыхания. Вторую (основную) группу составили 50 пациентов, которым было проведено комплексное обследование органов дыхания с учетом степени выраженности дыхательной недостаточности.

Установлено, что среди обследованных шахтеров с патологией органов дыхания чаще встречались горнорабочие очистных забоев, проходчики и подземные разнорабочие. Это свидетельствует о том, что высокому риску развития пневмокониоза подвержены рабочие именно этих специальностей.

Характеристика обследованных пациентов по длительности течения ЖКБ представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Распределение наблюдавшихся работников угольной промышленности по длительности течения ЖКБ

Длительность заболевания ЖКБ, годы	Группа обследованных пациентов					
	1 группа		2 группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 года	8	16,3	11	22,0	19	19,2
1-3	21	42,9	19	38,0	40	40,4
4-6	13	26,5	10	20,0	23	23,2
7-10	5	10,2	7	14,0	12	12,1
10 лет и более	2	4,1	3	6,0	5	5,1

Как видно из приведенной таблицы 1, наибольшее количество из наблюдавшихся пациентов (40 человек – 40,4%) страдали ЖКБ от 1 до 3 лет. У 19 человек (19,2%) заболевание протекало до года. У остальных обследованных (40 человек – 40,4%) длительность заболевания составляла от 4 до 10 лет и более. Приведенные данные свидетельствуют о недостаточном плановом оздоровлении этого контингента больных.

Для определения структуры заболеваний органов дыхания у шахтеров проводили анализ рентгено-

грамм. Оценивали характер легочного рисунка, наличие линейных, сетчатых, тяжистых затемнений (интерстициальная форма фиброза), округлых затемнений – малых (узелковая форма) или крупных (узловая форма), их величину в мм, степень выраженности, площадь распространения, локализацию (одно- или двусторонняя) и прочее.

Структура заболеваний органов дыхания у пациентов обеих групп представлены в таблице 2.

УДК 616.366-089-035:616.2-057:622

Лупальцов В.И., Мельников В.В., Ворожук Р.С.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА МЕТОДА ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ РАБОТНИКОВ УГОЛЬНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3

Проанализированы результаты хирургического лечения 99 горнорабочих угольной промышленности с пневмокониозом, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), осложненной хроническим или острым холециститом. Диагноз ЖКБ устанавливался на основании ультразвукового исследования, которое выполнялось всем больным при поступлении. Анализируемые больные разделены на две группы: первая – 49 пациентов, которые оперированы без учета сопутствующей легочной патологии, вторая (основная) – 50 больных, у которых проводилось комплексное обследование органов дыхания с учетом выраженности степени дыхательной недостаточности. Показано, что у больных, которым выполнялась лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) без учета выраженности легочных изменений пневмокониозом, осложнений было в два раза больше, чем в группе пациентов, которым выполнялась лапаротомная холецистэктомия (ЛТХЭ) или ЛСХЭ, но с учетом и коррекцией легочных осложнений. Авторы приходят к выводу, что выявление скрытой легочной патологии у работников угольной промышленности позволяет оптимизировать метод хирургического лечения осложненной ЖКБ.

Ключевые слова: лапароскопическая холецистэктомия, желчнокаменная болезнь, пневмокониоз, ультразвуковое исследование.

Вступление

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) является одним из наиболее распространенных заболеваний, составляя до 40% патологии органов пищеварения [1, 2]. Среди работников угольной промышленности (РУП) удельный вес ЖКБ не отличается от такого по Украине, однако наличие у многих из них профессиональных заболеваний органов дыхания, которые часто не учитываются при выполнении операции, приводит к увеличению интраоперационных и послеоперационных осложнений. Особенно это касается лапароскопических технологий, при которых пневмоперитонеум, приводящий к повышению внутрибрюшного давления, усугубляет развитие ишемии. Ишемия проявляется развитием гемодинамических и сосудистых нарушений, приводя к нарушению оксигенации тканей, вызывая гипоксию. И хотя лапароскопическая холецистэктомия (ЛСХЭ) обладает техническими преимуществами по сравнению с лапаротомической холецистэктомией, её недостатком является то, что дыхательная система, измененная пневмокониозом, увеличивает операционно-анестезиологический риск. Таким образом, окончательно не выявлено какой из существующих вариантов операции является наиболее оправданным у этого контингента больных.

Цель исследования

Улучшение результатов хирургического лечения

больных желчнокаменной болезнью с сопутствующим пневмокониозом путем разработки индивидуализированного подхода к выбору метода холецистэктомии.

Материал и методы

Проанализированы результаты хирургического лечения 99 горнорабочих угольной промышленности с пневмокониозом, страдающих ЖКБ, осложненной хроническим или острым холециститом. Все пациенты были мужского пола в возрасте 50-75 лет и разделены на две группы. Первую группу составили 49 больных, которые оперированы без учета сопутствующей патологии органов дыхания. Вторую (основную) группу составили 50 пациентов, которым было проведено комплексное обследование органов дыхания с учетом степени выраженности дыхательной недостаточности.

Установлено, что среди обследованных шахтеров с патологией органов дыхания чаще встречались горнорабочие очистных забоев, проходчики и подземные разнорабочие. Это свидетельствует о том, что высокому риску развития пневмокониоза подвержены рабочие именно этих специальностей.

Характеристика обследованных пациентов по длительности течения ЖКБ представлены в таблице 1.

Таблица 1.
Распределение наблюдавшихся работников угольной промышленности по длительности течения ЖКБ

Длительность заболевания ЖКБ, годы	Группа обследованных пациентов					
	1 группа		2 группа		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
До 1 года	8	16,3	11	22,0	19	19,2
1-3	21	42,9	19	38,0	40	40,4
4-6	13	26,5	10	20,0	23	23,2
7-10	5	10,2	7	14,0	12	12,1
10 лет и более	2	4,1	3	6,0	5	5,1

Как видно из приведенной таблицы 1, наибольшее количество из наблюдавшихся пациентов (40 человек – 40,4%) страдали ЖКБ от 1 до 3 лет. У 19 человек (19,2%) заболевание протекало до года. У остальных обследованных (40 человек – 40,4%) длительность заболевания составляла от 4 до 10 лет и более. Приведенные данные свидетельствуют о недостаточном плановом оздоровлении этого контингента больных.

Для определения структуры заболеваний органов дыхания у шахтеров проводили анализ рентгено-

грамм. Оценивали характер легочного рисунка, наличие линейных, сетчатых, тяжистых затемнений (интерстициальная форма фиброза), округлых затемнений – малых (узелковая форма) или крупных (узловая форма), их величину в мм, степень выраженности, площадь распространения, локализацию (одно- или двусторонняя) и прочее.

Структура заболеваний органов дыхания у пациентов обеих групп представлены в таблице 2.

Таблиця 2
Структура захворювань органів дихання у шахтерів

Структура захворювань органів дихання на фоні силікоза або антракоза	1-я		2-я	
	абс.	%	абс.	%
Хронічний бронхіт	31	63,3	32	64
Хронічна пневмонія	13	26,5	15	30
Бронхіальна астма	3	6,1	2	4
Емфізема легких	2	4,1	1	2

Дані таблиці 2 свідчать про те, що по структурі, частіше всього причиною пневмокониоза був силікоз або антракоз легких, який проявлявся в формі хронічного бронхіту (31 пацієнт – 63,3% і 32 пацієнта – 64%) і хронічної пневмонії (13 больних – 26,5% і 15 больних – 30%).

Діагноз ЖКБ встановлювався на основі ульт-

развукового дослідження (УЗІ), яке виконувалося всім больним при поступленні в клініку. УЗІ давало інформацію про внутрішні і внепеченочні жовчних протоки, стан печінки і підшлункової залози.

Розподіл больних за формою жовчнокам'яної хвороби представлено в таблиці 3.

Таблиця 3
Розподіл працівників вугільної промисловості за формою жовчнокам'яної хвороби і методом оперативного лікування

Форми ЖКБ	Група досліджуваних пацієнтів							
	1 група, n=49				2 група, n=50			
	підгрупи				підгрупи			
	ЛСХЗ		ЛТХЗ		ЛСХЗ		ЛТХЗ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Хронічний калькулезний холецистит	17	65,4	19	82,6	7	38,9	22	68,8
Острій калькулезний холецистит	9	34,6	4	17,4	11	61,1	10	31,2
Всього	26	100	23	100	18	100	32	100

Як видно з наведеної таблиці 3, у більшості пацієнтів 1-ї і 2-ї груп (65 пацієнтів – 65,7%) перебіг ЖКБ був ускладнений хронічним холециститом, більшість з яких (41 особа – 41,4%) прооперовані методом лапаротомної холецистектомії (ЛТХЗ).

Для визначення стадії дихальної недостатності (ДН) використовували класифікацію Н.В. Путової і П.К. Булатової (1975).

У больних обох груп досліджували загальноприйняті лабораторні показники. Серед інструментальних методів во 2-й групі використовували спірометрію апаратом «Spirosift 3000» з програмним забезпеченням «Кардіо+», для встановлення наявності фонових патологій і ступеня її тяжкості з боку дихальної системи. Вивчалися такі показники як життєва ємкість легких (ЖЕЛ), об'єм фракції видиху (ОФВ), і індекс Тиффно і індекс фонових порушень вентиляції (ИФНВ) – який відображав ступінь порушення вентиляційної функції легких згідно загальноприйнятої класифікації.

Функція зовнішнього дихання вивчалася також за допомогою комп'ютерної спірографії («Master-Screen», Erich Jaeger, Німеччина) з аналізом кривої «потік-об'єм».

Показник рівня оксигенації досліджували в динаміці за рахунок визначення сатурації (Sa) з використанням реанімаційно-хірургічного монітора ЮМ-300. Враховувався показник часу проведення больним на штучній вентиляції легких (ІВЛ). Показники газів крові (PaCO₂ і PaO₂), і стан кислотно-щелочного рівноваги (pH) досліджували в обох групах за стандартною методикою (газовий аналізатор Easy Blood Gas).

Для оцінки вираженості одышки використовували візуальну аналогову шкалу, модифіковану по Borg (таблиця 4).

Ендоскопічні дослідження виконувалися фіброскопами фірми «Olympus» (Японія). ЛСХЗ

виконувалися за загальноприйнятою методикою. Для проведення ЛСХЗ використовували еозноскопическі стойки і інструментарій фірм «Carl Storz» (Німеччина), «Ендомедіум» (Росія) і «Ethikon» (США).

Вивчення вмісту ендотеліну-1 в плазмі крові у спостережуваних больних проводилося методом імуноферментного аналізу (ИФА) за допомогою набору реактивів «Endothelin-1 ELISA system» (Великобританія).

Таблиця 4
Візуальна аналогова шкала (модифікована по Borg)

Бали	Суб'єктивна оцінка одышки
10	Нестерпно важко дихати
9	Одышка виражена дуже сильно
8	Одышка виражена сильно
7	
6	
5	Одышка виражена сильно, але терпіти можна
4	
3	Одышка виражена, середньої тяжкості
2	Одышка турбує незначительно
1	Одышка ледь турбує

Результати дослідження

Аналіз отриманих результатів показав, що в крові больних з професійними захворюваннями органів дихання, перенеслих ЛСХЗ концентрація цитокінів ІЛ-1α і TNFα значимо зростала, складаючи в середньому: ІЛ-1α 372,3±12,8 пг/мл (до операції 164,2±12,1 пг/мл), TNFα 327,8±4,7 (до операції 182,6±6,1 пг/мл).

Значиме підвищення вмісту цих речовин в крові може свідчити про наявність вираженого запального процесу у цій категорії больних, на що повинно звертати увагу при виконанні оперативного втручання.

Показники факторів функції ендотелію у досліджуваних больних характеризувалися достовірним зниженням вмісту ЕТ-1 3,8±0,16 (до операції 7,5±1,23 нг/л) і підвищенням гуанозинмонофосфата до 6,1±0,1 нмоль/л перед операцією до

8,4±0,5 нмоль/л после нее.

Проведенное нами исследование показало, что у рабочих угольной промышленности с профессиональными заболеваниями органов дыхания наблюдается развитие дисфункции эндотелия, которая проявляется преимущественной активацией вазоконстрикторов, а также повышением синтеза провоспалительных цитокинов. Выявленные изменения функции эндотелия позволяют прогнозировать развитие дыхательных расстройств у пациентов с профессиональными заболеваниями органов дыхания в послеоперационном периоде и оптимизировать выбор оперативной тактики.

Количество и характер интраоперационных и послеоперационных осложнений при ЛСХЭ существенно отличались в обеих группах. Так, в 1-й группе, у больных, прооперированных ЛСХЭ без учета сопутствующей патологии, наблюдалось 12 осложнений. Среди них послеоперационные пневмонии – 7 случаев, вынужденный переход на ЛТХЭ у 5-ти пациентов: в трех случаях из-за нарастающей дыхательной недостаточности, в двух – из-за падения гемодинамики с уменьшением фракции выброса. Во второй группе у больных, прооперированных ЛСХЭ с учетом операционного риска и степени дыхательной недостаточ-

ности лишь у одного пациента развилась послеоперационная пневмония. У пациентов обеих групп прооперированных ЛТХЭ количество послеоперационных осложнений практически не отличались. Так в 1-й группе наблюдалось 3 нагноение послеоперационной раны, а во 2-й группе была отмечена 1 послеоперационная пневмония и 2 случая нагноения послеоперационной раны.

Выводы

Выявление скрытой легочной патологии у работников угольной промышленности позволяет оптимизировать метод хирургического лечения осложненной ЖКБ, снизить процент осложнений и улучшить результаты лечения.

Литература

1. Башилов В.П. Сравнительная оценка различных методов лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом / В.П. Башилов, Е.И. Брехов, Ю.А. Малов [и др.] // Хирургия. – 2005. – №10. – С.40-45.
2. Яковцов Е.П. Особенности течения и хирургическая тактика при желчнокаменной болезни в пожилом и старческом возрасте / Е.П. Яковцов, А.Е. Гавриков, А.Э. Феськов, С.К. Рамалданов // Харківська хірургічна школа. – 2007. – №4 (27). – С.200-202.

Реферат

ОБҐРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ У ПРАЦІВНИКІВ ВУГІЛЬНОЇ ПРОМИСЛОВОСТІ З ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Лупальцов В.І., Мельников В.В., Ворошук Р.С.

Ключові слова: лапароскопічна холецистектомія, жовчнокам'яна хвороба, пневмоконіоз, ультразвукове дослідження.

Проаналізовані результати хірургічного лікування 99 гірничих працівників вугільної промисловості із пневмоконіозом, які страждають на жовчнокам'яну хворобу (ЖКХ), що ускладнена хронічним або гострим холециститом. Діагноз ЖКХ встановлювався на підставі ультразвукового дослідження, яке проводилось всім хворим при госпіталізації. Проаналізовані хворі розподілені на 2 групи: перша – 49 пацієнтів, які оперовані без врахування супутньої легеневої патології, друга (основна) – 50 хворих, котрим проводилось комплексне обстеження органів дихання з врахуванням вираженості ступеню дихальної недостатності. Показано, що у хворих, яким виконувалась лапароскопічна холецистектомія (ЛХСЕ) без врахування вираженості легневих змін пневмоконіозом, ускладнень було у два рази більше, ніж в групі пацієнтів, котрим виконувалась лапаротомна холецистектомія (ЛТХЕ) або ЛСХЕ, але з врахуванням та корекцією легневих ускладнень. Автори приходять до висновку, що виявлення прихованої легеневої патології у працівників вугільної промисловості дозволяє оптимізувати метод хірургічного лікування ускладненої ЖКХ.

Summary

SUBSTANTIATION FOR CHOICE OF CHOLECYSTECTOMY METHODS IN COAL INDUSTRY WORKERS WITH RESPIRATORY COMORBIDITIES

Lupaltsov V.I., Melnikov V.V., Voroshchuk R.S.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, cholelithiasis, pneumoconiosis, ultrasound scanning.

The study is based on the results of treatment of 99 coal industry workers with pneumoconiosis who suffered from cholelithiasis complicated with chronic or acute cholecystitis. The diagnosis of cholelithiasis was based on the findings of US scanning on admission. Patients were divided into two groups: the 1st (n=49) were operated on without taking into account of pulmonary comorbidities, the 2nd (basic, n=50) underwent the complex investigation of the respiratory system taking into consideration the severity of their respiratory failures. It was found out the patients who were subjected to laparoscopic cholecystectomy and whose pulmonary changes due to pneumoconiosis were not taken into account, doubled the cases of complications in comparison to the patients who were performed on laparotomic cholecystectomy and who underwent preoperative correction of pulmonary complications. Authors may draw the conclusion that detection of latent pulmonary pathologies in coal industry workers can amend the surgical approach for complicated cholelithiasis.

УДК 616.34-007.43-089.844

Лавренко Д.А., Малик С.В., Челишвили А.Л., Подлесный В.И., Парасоцкий В.И.

МЕТОД АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В условиях хирургического стационара многопрофильного лечебного учреждения г. Полтава за период с 2011 по 2013 год пролечено 46 больных с паховыми грыжами в возрасте от 32 до 72 лет. Средний возраст составил 52 года. Все пациенты прооперированы в плановом порядке с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза фирмы «Линтекс». Сущность предлагаемого метода заключается в том, что сетка устанавливается по методике Лихтенштейна, но апоневроз наружной косой мышцы живота сшивается под семенным канатиком, выводя его в подкожную клетчатку. Это позволяет исключить постоянный контакт семенного канатика с эндопротезом, снижая риск возникновения соединительнотканых стриктур. Предложенный способ позволяет сохранить иннервацию и функциональность элементов семенного канатика, путем исключения его реакции на аллотрансплантат.

Ключевые слова: паховые грыжи, аллогерниопластика, паховый канал.

Вступление

Пациенты с паховыми грыжами формируют постоянный контингент хирургических стационаров [2,4,6,8]. Несмотря на внедрение в герниологии большого количества методов как аутопластических так и пластик с использованием аллотрансплантатов, результаты лечения не всегда удовлетворительны, что связано с возникновением как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений [1,3,6,9]. В виду того, что все элементы семенного канатика, включая мышцу, поднимающую яичко, играют важную роль в процессе семяизвержения, сохранение функциональности указанных структур при пластиках паховых грыж представляет определенный результативный интерес, учитывая его физиологическую значимость [3,5,7,8].

Цель

Улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами используя предложенный способ аллогерниопластики с сохранением функциональности структур семенного канатика путем исключения его контакта с аллотрансплантатом.

Материалы и методы

В условиях хирургического стационара многопрофильной больницы г.Полтава, для реализации поставленной цели нами исследовано за период с 2011 по 2013 год 46 мужчин в возрасте от 32 до 72 лет. Средний возраст составил 52 года. Все пациенты были прооперированы в плановом порядке по предложенной нами методике с использованием сетчатых эндопротезов фирмы «Линтекс».

Результаты исследования

Сущность предложенного метода аллопластики заключается в том, что после выделения, прошивания, перевязки и отсечения грыжевого мешка при косой паховой грыже семявыносящий проток и сосудистые структуры семенного канатика совместно с мышцей, поднимающей яичко, формируем в общую анатомическую структуру путем сшивания наружной семенной фасции редкими швами. При прямой паховой грыже заднюю стенку пахового канала формируем путем сшивания поперечной фасции по методике Кукуджанова. Полипропиленовый аллотрансплантат размером 6х11 см укладывается по методике Лихте-

нштейна [3,4,5,7] на всю длину под мышцы передней брюшной стенки и на поперечную фасцию. Отверстие для семенного канатика формируется в месте выхода из внутреннего пахового кольца. Фиксация сетки производится отдельными лигатурами внизу – к надкостнице лонной кости, латерально – к паховой связке, медиально – к апоневрозу наружной косой мышцы. Для исключения постоянного контакта семенного канатика с эндопротезом и снижения образования грубых соединительнотканых рубцовых стриктур в указанной зоне апоневроз наружной косой мышцы живота ушиваем под семенным канатиком, выводя его в подкожную клетчатку.

Выводы

Предложенный способ аллогерниопластики паховых грыж позволяет сохранить иннервацию и функциональность элементов семенного канатика, исключить реакцию семенного канатика на аллотрансплантат и предупредить развитие рецидивов. За период наблюдения у пациентов представленной группы послеоперационных осложнений нами не отмечено.

Литература

1. Антонов А. М. Результаты хирургического лечения больных с наружными брюшными грыжами / А.М. Антонов, М.В. Григорьев, Е.Г. Лебедев [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, № 3. – С. 92–96.
2. Билянский Л. С. Обоснованность индивидуального подхода к выбору синтетических протезов в хирургии грыжи брюшной стенки / Л. С. Билянский, Ю. А. Фурманов, И. М. Савицкая, Н. В. Манойло // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 4–5.
3. Даченко Б. М. Местная профилактика гнойных осложнений аллогерниопластики в первично инфицированных тканях / Б. М. Даченко, А. П. Захарчук, Е. В. Кутепова // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 14.
4. Жебровский В. В. Атлас операций при грыжах живота / В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко. – Симферополь, 2005. – 315 с.
5. Малиновский Н. Н. Результаты хирургического лечения пациентов с наружными грыжами передней брюшной стенки / Н. Н. Малиновский, В. П. Золотов, В. Н. Сацукевич [и др.] // Актуальные вопросы герниологии : матер. симпозиума. – М., 2001. – С. 6–8.
6. Саенко В.Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, Н.В. Манойло // Кліні. хірургія. – 2002. – №1. – С. 5–9.
7. Kockerling F. Anatomische und physiologische Rekonstruktion der Bauchwand / F. Kockerling, C. Yildirim, C. Tamme [et al.] // Chirurgische allgemeine. – 2002. – № 4. – P. 139–141.
8. Le Louarn C. High superior tension abdominoplasty / C. Le Louarn, J. F. Pascal // Aesth. Plast. Surg. – 2000. – V.24. – P. 375–381.
9. Ostroluck H. Laparoscopic solution of hernia ventral / H. Ostroluck // European Society of Surgery Annual Conference : Abstracts. – Cyprus, 2006. – P. 88.

УДК 616.34-007.43-089.844

Лавренко Д.А., Малик С.В., Челишвили А.Л., Подлесный В.И., Парасоцкий В.И.

МЕТОД АЛЛОГЕРНИОПЛАСТИКИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В условиях хирургического стационара многопрофильного лечебного учреждения г. Полтава за период с 2011 по 2013 год пролечено 46 больных с паховыми грыжами в возрасте от 32 до 72 лет. Средний возраст составил 52 года. Все пациенты прооперированы в плановом порядке с использованием полипропиленового сетчатого эндопротеза фирмы «Линтекс». Сущность предлагаемого метода заключается в том, что сетка устанавливается по методике Лихтенштейна, но апоневроз наружной косой мышцы живота сшивается под семенным канатиком, выводя его в подкожную клетчатку. Это позволяет исключить постоянный контакт семенного канатика с эндопротезом, снижая риск возникновения соединительнотканых стриктур. Предложенный способ позволяет сохранить иннервацию и функциональность элементов семенного канатика, путем исключения его реакции на аллотрансплантат.

Ключевые слова: паховые грыжи, аллогерниопластика, паховый канал.

Вступление

Пациенты с паховыми грыжами формируют постоянный контингент хирургических стационаров [2,4,6,8]. Несмотря на внедрение в герниологии большого количества методов как аутопластических так и пластик с использованием аллотрансплантатов, результаты лечения не всегда удовлетворительны, что связано с возникновением как ранних, так и поздних послеоперационных осложнений [1,3,6,9]. В виду того, что все элементы семенного канатика, включая мышцу, поднимающую яичко, играют важную роль в процессе семяизвержения, сохранение функциональности указанных структур при пластиках паховых грыж представляет определенный результативный интерес, учитывая его физиологическую значимость [3,5,7,8].

Цель

Улучшить результаты лечения больных с паховыми грыжами используя предложенный способ аллогерниопластики с сохранением функциональности структур семенного канатика путем исключения его контакта с аллотрансплантатом.

Материалы и методы

В условиях хирургического стационара многопрофильной больницы г.Полтава, для реализации поставленной цели нами исследовано за период с 2011 по 2013 год 46 мужчин в возрасте от 32 до 72 лет. Средний возраст составил 52 года. Все пациенты были прооперированы в плановом порядке по предложенной нами методике с использованием сетчатых эндопротезов фирмы «Линтекс».

Результаты исследования

Сущность предложенного метода аллопластики заключается в том, что после выделения, прошивания, перевязки и отсечения грыжевого мешка при косой паховой грыже семявыносящий проток и сосудистые структуры семенного канатика совместно с мышцей, поднимающей яичко, формируем в общую анатомическую структуру путем сшивания наружной семенной фасции редкими швами. При прямой паховой грыже заднюю стенку пахового канала формируем путем сшивания поперечной фасции по методике Кукуджанова. Полипропиленовый аллотрансплантат размером 6х11 см укладывается по методике Лихте-

нштейна [3,4,5,7] на всю длину под мышцу передней брюшной стенки и на поперечную фасцию. Отверстие для семенного канатика формируется в месте выхода из внутреннего пахового кольца. Фиксация сетки производится отдельными лигатурами внизу – к надкостнице лонной кости, латерально – к паховой связке, медиально – к апоневрозу наружной косой мышцы. Для исключения постоянного контакта семенного канатика с эндопротезом и снижения образования грубых соединительнотканых рубцовых стриктур в указанной зоне апоневроз наружной косой мышцы живота ушиваем под семенным канатиком, выводя его в подкожную клетчатку.

Выводы

Предложенный способ аллогерниопластики паховых грыж позволяет сохранить иннервацию и функциональность элементов семенного канатика, исключить реакцию семенного канатика на аллотрансплантат и предупредить развитие рецидивов. За период наблюдения у пациентов представленной группы послеоперационных осложнений нами не отмечено.

Литература

1. Антонов А. М. Результаты хирургического лечения больных с наружными брюшными грыжами / А.М. Антонов, М.В. Григорьев, Е.Г. Лебедев [и др.] // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160, № 3. – С. 92–96.
2. Билянский Л. С. Обоснованность индивидуального подхода к выбору синтетических протезов в хирургии грыжи брюшной стенки / Л. С. Билянский, Ю. А. Фурманов, И. М. Савицкая, Н. В. Манойло // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 4–5.
3. Даченко Б. М. Местная профилактика гнойных осложнений аллогерниопластики в первично инфицированных тканях / Б. М. Даченко, А. П. Захарчук, Е. В. Кутепова // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11–12. – С. 14.
4. Жебровский В. В. Атлас операций при грыжах живота / В. В. Жебровский, Ф. Н. Ильченко. – Симферополь, 2005. – 315 с.
5. Малиновский Н. Н. Результаты хирургического лечения пациентов с наружными грыжами передней брюшной стенки / Н. Н. Малиновский, В. П. Золотов, В. Н. Сацукевич [и др.] // Актуальные вопросы герниологии : матер. симпозиума. – М., 2001. – С. 6–8.
6. Саенко В. Ф. Выбор метода лечения грыжи брюшной стенки / В. Ф. Саенко, Л. С. Белянский, Н. В. Манойло // Кліні. хірургія. – 2002. – №1. – С. 5–9.
7. Kockerling F. Anatomische und physiologische Rekonstruktion der Bauchwand / F. Kockerling, C. Yildirim, C. Tamme [et al.] // Chirurgische allgemeine. – 2002. – № 4. – P. 139–141.
8. Le Louarn C. High superior tension abdominoplasty / C. Le Louarn, J. F. Pascal // Aesth. Plast. Surg. – 2000. – V. 24. – P. 375–381.
9. Ostroluck H. Laparoscopic solution of hernia ventral / H. Ostroluck // European Society of Surgery Annual Conference : Abstracts. – Cyprus, 2006. – P. 88.

Реферат

МЕТОД АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ

Лавренко Д.О., Малик С.В., Челішвілі А.Л., Подлесний В.І., Парасоцький В.І.

Ключові слова: пахові грижі, алогерніопластика, паховий канал.

В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікувального закладу м. Полтава за період з 2011 по 2013 рік проліковано 46 хворих з паховими грижами у віці від 32 до 72 років. Середній вік становив 52 роки. Всі пацієнти прооперовані в плановому порядку з використанням поліпропіленового сітчастого ендопротезу фірми «Лінтекс». Сутність запропонованого методу полягає в тому, що сітка встановлюється за методом Ліхтенштейна, але апоневроз зовнішнього косого м'язу зшивається під сім'яним канатиком, виводячи його в підшкірну клітковину. Запропонований спосіб дозволяє зберегти іннервацію і функціональність елементів сім'яного канатика, шляхом виключення його постійного контакту з ендопротезом.

Summary

ALLOHERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIA

Lavrenko D., Malik S., Chelishvili A., Podlesniy V., Parasotskiy V.

Key words: inguinal hernia, allogernioplastics, inguinal canal.

46 patients aged 32 – 72 (mean age was 46 years) with inguinal hernias were treated at the surgical department of multifield hospital for 2011 – 2013. All patients were subjected to planned operations and implantation of polypropylene mesh manufactured by "Linteks" firm. The specialty of the technique consisted in the following: the mesh is implanted according to the currently accepted procedure (Lichtenstein method), but the aponeurosis of the external oblique abdominal muscles was sutured below the spermatic cord, exteriorizing it into the subcutaneous tissue. This eliminated the constant contact with the mesh and hence reduced the risk of strictures. The method offered saved the innervations and functional elements of the spermatic cord.

УДК 616.33/.342-002.44-07-08

Ляховський В.І., Дем'янюк Д.Г., Дудченко М.О., Кравців М.І., Хасан Таджедин Ахмед

ПЕРФОРАТИВНА ВИРАЗКА - ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

У хірургічній клініці за 2010-2012 роки спостерігали 62 хворих з приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК. Чоловіків було 53 (85,4%), жінок - 9 (14,6%). Середній вік хворих становив $44,5 \pm 3,4$ років. Нетиповий початок захворювання відмічено у 24 (38,8%) пацієнтів. Після 24 годин з часу захворювання госпіталізовано 16,1% осіб. Рівень лейкоцитів у крові перевищував показник $8 \times 10^9/\text{л}$ – лише у 29 (46,7%) госпіталізованих. Показник загального білка у крові менше 60 г/л відмічений у 19 (30,6%) осіб. Показник еритроцитів більше $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобіну більше 150 г/л спостерігався у 21 (33,8%) пацієнтів. У хворих були ознаки дегідратації, ступінь її визначали згідно протоколу. Для діагностики перфоративної виразки використовували оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, ФГДС, пневмогастрографію. Усі хворі оперовані. Радикальне оперативне втручання з приводу перфоративної виразки ДПК виконали 13 (35,1%), з приводу перфоративної виразки шлунка – 2 (18,1%) хворим.

Ключові слова: виразка, перфорація, операція.

Вступ

Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається невирішеною проблемою. Вона актуальна, бо має велику медичну і соціальну вагу. Захворюваність на цю патологію залишається високою, вона уражає 2-10% населення, причому 35-48 % – працездатного віку [3,4,10,11,16,17].

Перфорація є однією із найбільш небезпечних та розповсюджених ускладнень виразкової хвороби. Частота перфорації виразки складає 12,5-15 на 100 000 населення [8], у 3-30% хворих на виразкову хворобу і вона не зменшується, незважаючи на успіхи консервативного лікування [1,2,7,11]. Серед невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини перфоративна виразка займає четверте місце після гострого апендициту, защемлених гриж і гострої кишкової непрохідності [12,15,16].

Суттєвою перешкодою на шляху своєчасного розпізнання, лікування та попередження ускладнення виразкової хвороби вважається безсимптомний перебіг захворювання. Перфоративна виразка шлунка та ДПК у 25,9% хворих є першим проявом захворювання [2].

При атипичних перфораціях – виразки задньої стінки ДПК, малої кривизни шлунка між листки печінково-шлункової зв'язки, прикриті перфорації -, що трапля-

ються у 0,6-5% осіб, діагностика ускладнення утруднена, а перебіг захворювання прогнозувати важко [10,11,15,16].

З приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК хворі пізно госпіталізуються до лікарняних закладів. Кількість госпіталізованих пізніше 24 годин з моменту захворювання сягає 21% [10,12].

Післяопераційна летальність при перфоративних виразках становить 6-8% і не має тенденції до зменшення [1,13].

У 2010 році в Україні з приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК госпіталізовано 7317 хворих. У тому числі пізніше 24-х годин з часу захворювання 1101(15,5%) особу. У 2011 році ця кількість майже не змінилась - госпіталізовано 7288, у тому числі пізніше 24 годин з часу захворювання 1232 (16,9%) осіб. Післяопераційна летальність у 2010 році становила 3,61%, а у 2011 році виросла до 3,87%. Майже втричі більшою залишалася післяопераційна летальність серед госпіталізованих пізніше 24 годин. У 2010 році вона складала 14,04%, а у 2011 році – 12,21% [13].

Мета дослідження

Поділитися досвідом лікування хворих на перфоративну виразку шлунка та ДПК.

Реферат

МЕТОД АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ ПАХОВИХ ГРИЖ

Лавренко Д.О., Малик С.В., Челішвілі А.Л., Подлесний В.І., Парасоцький В.І.

Ключові слова: пахові грижі, алогерніопластика, паховий канал.

В умовах хірургічного відділення багатопрофільного лікувального закладу м. Полтава за період з 2011 по 2013 рік проліковано 46 хворих з паховими грижами у віці від 32 до 72 років. Середній вік становив 52 роки. Всі пацієнти прооперовані в плановому порядку з використанням поліпропіленового сітчастого ендопротезу фірми «Лінтекс». Сутність запропонованого методу полягає в тому, що сітка встановлюється за методом Ліхтенштейна, але апоневроз зовнішнього косого м'язу зшивається під сім'яним канатиком, виводячи його в підшкірну клітковину. Запропонований спосіб дозволяє зберегти іннервацію і функціональність елементів сім'яного канатика, шляхом виключення його постійного контакту з ендопротезом.

Summary

ALLOHERNIOPLASTY OF INGUINAL HERNIA

Lavrenko D., Malik S., Chelishvili A., Podlesniy V., Parasotskiy V.

Key words: inguinal hernia, allogernioplastics, inguinal canal.

46 patients aged 32 – 72 (mean age was 46 years) with inguinal hernias were treated at the surgical department of multifield hospital for 2011 – 2013. All patients were subjected to planned operations and implantation of polypropylene mesh manufactured by "Linteks" firm. The specialty of the technique consisted in the following: the mesh is implanted according to the currently accepted procedure (Lichtenstein method), but the aponeurosis of the external oblique abdominal muscles was sutured below the spermatic cord, exteriorizing it into the subcutaneous tissue. This eliminated the constant contact with the mesh and hence reduced the risk of strictures. The method offered saved the innervations and functional elements of the spermatic cord.

УДК 616.33/.342-002.44-07-08

Ляховський В.І., Дем'янюк Д.Г., Дудченко М.О., Кравців М.І., Хасан Таджедин Ахмед

ПЕРФОРАТИВНА ВИРАЗКА - ДОСВІД ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

У хірургічній клініці за 2010-2012 роки спостерігали 62 хворих з приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК. Чоловіків було 53 (85,4%), жінок - 9 (14,6%). Середній вік хворих становив $44,5 \pm 3,4$ років. Нетиповий початок захворювання відмічено у 24 (38,8%) пацієнтів. Після 24 годин з часу захворювання госпіталізовано 16,1% осіб. Рівень лейкоцитів у крові перевищував показник $8 \times 10^9/\text{л}$ – лише у 29 (46,7%) госпіталізованих. Показник загального білка у крові менше 60 г/л відмічений у 19 (30,6%) осіб. Показник еритроцитів більше $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобіну більше 150 г/л спостерігався у 21 (33,8%) пацієнтів. У хворих були ознаки дегідратації, ступінь її визначали згідно протоколу. Для діагностики перфоративної виразки використовували оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, ФГДС, пневмогастрографію. Усі хворі оперовані. Радикальне оперативне втручання з приводу перфоративної виразки ДПК виконали 13 (35,1%), з приводу перфоративної виразки шлунка – 2 (18,1%) хворим.

Ключові слова: виразка, перфорація, операція.

Вступ

Перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається невирішеною проблемою. Вона актуальна, бо має велику медичну і соціальну вагу. Захворюваність на цю патологію залишається високою, вона уражає 2-10% населення, причому 35-48 % – працездатного віку [3,4,10,11,16,17].

Перфорація є однією із найбільш небезпечних та розповсюджених ускладнень виразкової хвороби. Частота перфорації виразки складає 12,5-15 на 100 000 населення [8], у 3-30% хворих на виразкову хворобу і вона не зменшується, незважаючи на успіхи консервативного лікування [1,2,7,11]. Серед невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини перфоративна виразка займає четверте місце після гострого апендициту, защемлених гриж і гострої кишкової непрохідності [12,15,16].

Суттєвою перешкодою на шляху своєчасного розпізнання, лікування та попередження ускладнення виразкової хвороби вважається безсимптомний перебіг захворювання. Перфоративна виразка шлунка та ДПК у 25,9% хворих є першим проявом захворювання [2].

При атипичних перфораціях – виразки задньої стінки ДПК, малої кривизни шлунка між листки печінково-шлункової зв'язки, прикриті перфорації -, що трапля-

ються у 0,6-5% осіб, діагностика ускладнення утруднена, а перебіг захворювання прогнозувати важко [10,11,15,16].

З приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК хворі пізно госпіталізуються до лікарняних закладів. Кількість госпіталізованих пізніше 24 годин з моменту захворювання сягає 21% [10,12].

Післяопераційна летальність при перфоративних виразках становить 6-8% і не має тенденції до зменшення [1,13].

У 2010 році в Україні з приводу перфоративної виразки шлунка та ДПК госпіталізовано 7317 хворих. У тому числі пізніше 24-х годин з часу захворювання 1101(15,5%) особу. У 2011 році ця кількість майже не змінилась - госпіталізовано 7288, у тому числі пізніше 24 годин з часу захворювання 1232 (16,9%) осіб. Післяопераційна летальність у 2010 році становила 3,61%, а у 2011 році виросла до 3,87%. Майже втричі більшою залишалася післяопераційна летальність серед госпіталізованих пізніше 24 годин. У 2010 році вона складала 14,04%, а у 2011 році – 12,21% [13].

Мета дослідження

Поділитися досвідом лікування хворих на перфоративну виразку шлунка та ДПК.

Об'єкт і методи дослідження

За 2010 – 2012 роки у клініці спостерігали 62 хворих на перфоративну виразку шлунка та ДПК. Чоловіків було 53 (85,4%), жінок - 9 (14,6%). Наймолодшому пацієнту було 15 років, а найстаршому - 80 років. Середній вік хворих становив $44,5 \pm 3,4$ років. Усі хворі у стаціонар доставлені машиною «швидкої допомоги».

Під час першого огляду доставлені у приймальне відділення хворі скаржилися на біль у епігастральній ділянці постійного характеру. Раптовий напад болю відмітили 38 (61,2%) госпіталізованих. Дані об'єктивного обстеження цих хворих не залишали сумніву щодо наявності перфорації порожнистого органу, що було підтверджено подальшим обстеженням. У 24 (38,8%) доставлених біль протягом 3-4 годин залишався локалізованим у епігастральній ділянці. У 7 (11,3%) осіб розповсюджувався у ділянку попереку, праву надключичну ділянку, у ділянку серця. 8 (12,9%) пацієнтів були переконані, що причиною захворювання стали конкременти жовчного міхура. З приводу жовчнокам'яної хвороби та періодичних печіночних колік вони спостерігалися і лікувалися за місцем проживання, де їм пропонувалося видалення жовчного міхура. У цих хворих при першому огляді виникли труднощі щодо імовірної причини появи больового синдрому.

Вдавалися до алгоритму діагностики перфоративної виразки [12,14,15]. Виконували оглядову рентгенограму грудної і черевної порожнини в прямій проекції. Характерні ознаки перфорації порожнистого органу – повітря під куполом діафрагми – відмічено у 32 (51,6%) осіб. Фіброгастродуоденоскопію (ФГДС), після зондового видалення вмісту шлунка шляхом вільного витоку, виконали 22 (35,5%) пацієнтам. При обстеженні 3 (4,8%) хворих відмітили значне посилення болю. Констатовано наявність перфорації виразки у 6 (9,7%) осіб. Наявність перфоративного отвору доказана пневмогастрографією після введення додатково 800 см³ повітря у – 11 (17,7%) госпіталізованих.

У 2 (3,2%) осіб на основі клінічних ознак прогресуючого перитоніту спочатку визначили показання до оперативного втручання. Локалізацію перфоративної виразки визначили при ревізії органів черевної порожнини.

Діагностика перфоративної виразки базується на даних об'єктивного та інструментального обстеження. Лабораторні методи обстеження, що дозволяють запідозрити наявність запального процесу та указують на дегідратацію, у наших спостереженнях втратили належну роль у діагностичному процесі. Ступінь втрати рідини при даному захворюванні згідно протоколу визначали за пробою Шелестюка [14]. Рівень лейкоцитів у крові перевищував показник 8×10^9 /л лише у 29 (46,7%) госпіталізованих. Показники червоної крові вказували на наявність дегідратації хворих. Кількість еритроцитів перевищувала показник $5,0 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін 150 г/л у 21 (33,8%) госпіталізованого.

Усі хворі оперовані в терміновому порядку. Вибір об'єму операції при перфоративній виразці визначався багатьма факторами: віком хворого, супутніми захворюваннями, тривалістю перебігу виразкової хвороби, ускладненнями. Проте вирішальне значення мав час госпіталізації хворого з моменту госпіталізації: у більшості хворих він визначає характер запального процесу у черевній порожнині.

Доставлено до 6 годин з часу захворювання 17 (27,4%), від 6 годин до 24 годин – 35 (56,5%), після 24 годин – 10 (16,1%) хворих.

Локалізацію перфоративної виразки під час ревізії

органів черевної порожнини визначали за ознаками характерної інфільтрації тканини навколо виразки, нашарування фібрину, наявності перфоративного отвору та виділення через нього вмісту визначили у 59 (95,2%) осіб. У 3 (4,8%) хворих пошук перфоративного отвору виявився значно утрудненим через нашарування фібрину та великої кількості серозно-гнійного випоту. Пошуку виразки допомогло використання запропонованого пристрою для введення під час операції повітря у шлунок. При цьому створювали тиск до 40 мм. рт. ст. та проводилась локальна перевірка цілісності стінок шлунка і ДПК.

Локалізація перфоративної виразки виявилась такою: на передній стінці цибулини ДПК – у 47 (75,9%), зацибулиного відділу – у 3 (4,8%), на задній боковій стінці у 1 (1,6%), шлунка: в ділянці пілоруса – у 3 (4,8%), препілоричного відділу шлунка – у 8 (12,9%) осіб. З них ураженою виразкою видалася мала кривизна у 6 (9,7%), мала кривизна між листками малого чіпця – у 2 (3,2%) хворих.

Відмічені такі особливості виразок ДПК: гігантські виразки розповсюджувались на передню та задню стінки ДПК у 2 (3,2%), кровотеча з виразки передньої стінки ДПК виявилася у 1 (1,6%) та циркулярна виразка ДПК спостерігалася у 3 (4,8%) пацієнтів.

У черевній порожнині були ознаки перитоніту: місцевого фібринозного у 6 (9,7%) оперованих, дифузного фібринозно-гнійного – у 42 (67,7%) , розлитого фібринозно-гнійного – у 14 (22,6%) хворих.

При визначенні об'єму оперативного втручання враховували розповсюдженість запального процесу у черевній порожнині. Обмежилися такими оперативними втручаннями.

При перфорації виразки ДПК: стовбурову ваготомію з висіченням країв та ушиванням виразки двошрядним швом виконали у 7 (11,3%), задню стовбурову, передню селективну ваготомію – у 3 (4,8%), резекцію шлунка за методом Гофмейстера-Фінстерера – у 3 (4,8%) пацієнтів. У 38 (61,3%) осіб краї виразки висікали та ушивали її двошрядним швом [4, 5, 9].

З приводу перфоративної виразки шлунка резекцію органа за Гофмейстером-Фінстерером виконали 2 (3,2%), висічення країв та ушивання дефекту двошрядним швом – 9 (14,6%) особам [4, 15].

У процесі висікання країв виразки відмітили певні труднощі в утримуванні країв та у формуванні лінії перетину тканини з метою належної адаптації країв. Запропонували пристрій, для фіксації країв виразки і позбавлення лінії перетину східцеподібної форми.

Визначення ступеня дегідратації було ключовим при складанні програми лікування хворих під час втручання і у післяопераційному періоді. Визнана дегідратація I ступеня у – 10 (16,2%), II ступеня – у 47 (75,8%) та III ступеня - у 5 (8,0%) оперованих [14].

Результати дослідження та їх обговорення

Перші три доби хворі перебували на повному парентеральному харчуванні. Розрахунок величини необхідних складових визначали на основі вихідних лабораторних показників у 45 (72,6%), за номограмою – у 17 (27,4%) оперованих.

Першочергово усували явища дегідратації. З цієї метою при I ступені дегідратації призначали доведено 65-70 мл, при II ступені - 80-100 мл, при III ступені – до 120 мл рідини на 1 кг маси тіла. Зауважимо, що це були вихідні розрахунки. Перенесення введеної рідини, позитивні зрушення внаслідок інфузійної терапії контролювали постійно величиною ЦВТ, АТ, частотою пульсу, погодинним діурезом. У якості середників ін-

фузійної терапії використовували головним чином готові багатокомпонентні суміші. Серед них розчин Рінгера, сорбілакт, реосорбілакт. Для корекції рівня K^+ призначали глюкозо-інсуліново-калієву суміш (ГІК). Білковий обмін корегували введенням розчинів амінокислот амінол, аміноплазмаль, інфезол. Одночасно з білковими препаратами вводили 10-20% розчин глюкози з інсуліном для запобігання використанню білка в катаболізмі. Раннє ентеральне зондове харчування хворих розпочинали в перші 24-48 годин після операції.

Лікування хворих у післяопераційному періоді мало комплексний характер. Воно включало противірускову терапію: антисекреторні препарати, блокатори протонної помпи, середники захисту слизової оболонки шлунка.

Хворим призначали антибіотики широкого спектру дії з урахуванням мікрофлори перитонеального ексудату. Основою антибіотикотерапії були наслідки посіву вмісту черевної порожнини на мікрофлору у 41 (66,1%) хворого. У переважній більшості випадків були виявлені коринебактерії та ентеробактерії у 23 (37,1%), стафілококи – у 6 (9,7%) та стрептококи – у 4 (6,5%) пацієнтів. У 8 (12,9%) оперованих при посіві вмісту черевної порожнини росту аеробної бактеріальної флори не відмічено.

За час спостереження післяопераційна летальність склала 6,4% (4 особи). Ці хворі були госпіталізовані пізніше 48 годин з моменту захворювання, у черевній порожнині були явища розлитого термінального фібринозно-гнійного перитоніту.

Висновки

1. Нетиповий перебіг перфоративної виразки шлунка та ДПК відмічено у 24 (38,8%) хворих.

2. Для розпізнання перфорації порожнинного органу використовували оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини, ФГДС, пневмогастрографію.

3. Для пошуку перфоративного отвору під час операції використовували запропонований спосіб, що базується на підвищенні тиску повітря у шлунку до величини 40 мм рт. ст. за допомогою спеціального розробленого пристрою.

4. Для висічення змінених країв наявного перфоративного отвору, уникнення східцеподібного перетину стінки органу, зручності зашивання країв отвору користувалися запропонованим пристроєм.

Перспективи подальших досліджень

До теперішнього часу не розроблено чітких критеріїв оперативного лікування пацієнтів з перфоратив-

ними гастродуоденальними виразками, що ускладнює вибір оптимального методу. Тому необхідно оцінити результати існуючих способів операцій, як відкритих так і лапароскопічних, що дозволить визначити об'єктивні критерії для обґрунтування хірургічної тактики при перфоративних виразках.

Література

1. Аладин А.С. Перфоративная язва культи желудка в сочетании с острой спаечной кишечной непроходимостью / А.С. Аладин, Д.Л. Борисов, А.Н. Чапайкин // Хирургия. – 2009. – № 5. – С.72-73.
2. Балогланов Д.А. Хирургическое лечение перфоративных язв двенадцатиперстной кишки / Д.А. Балогланов // Хирургия. – 2010. – №11. – С.76-79.
3. Валенкевич Л.Н. Болезни органов пищеварения. Руководство по гастроэнтерологии для врачей / Л.Н. Валенкевич, О.И. Яхонтова. – СПб.: Издательство ДЕАН, 2006. – 656 с.
4. Вачев А.Н. Морфологическое обоснование объема иссекаемой ткани при операции по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / А.Н. Вачев [та ін.] // Хирургия. – 2011. – №2. – С.21-24.
5. Велегоцкий Н.Н. Опыт лечения перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки с учетом кислотопродуцирующей функции желудка / Н.Н. Велегоцкий [та ін.] // Харківська хірургічна школа. – 2012. – №3. – С.47-49.
6. Гусейнов А.Х. Дуоденобронхиальный свищ, как осложнение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / А.Х.Гусейнов, И.А. Алиев, Э.Я. Гачабеков // Хирургия. – 2009. – № 6. – С.67-68.
7. Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под. ред. Ю.М. Панцирева. – М.: [б. в.], 1988. – 640 с.
8. Кононенко Д.А. Острые желудочно-кишечные кровотечения у больных с рецидивом дуоденальных язв после оперативного лечения перфоративной язвы. Клиника, диагностика и лечение / Д.А.Кононенко, Р.В. Водяник // Украинский медицинский альманах. – 2008. – № 4. – С.77-79.
9. Курбанов Ф.С. Операции минимального объема в хирургическом лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки / Ф.С.Курбанов [та ін.] // Хирургия. – 2011. – №3. – С.44-49.
10. Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки / Неймарк И.И. – М.: Медицина, 1972. – 278 с.
11. Неотложная абдоминальная хирургия (справочное пособие для врачей) / Под. ред. А.А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2010. – 496 с.
12. Ольшанский А.А. Острый живот / А.А.Ольшанский, И.В. Иоффе. – Луганск: [б. в.], 2008. – 192 с.
13. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2010-2011 рр.: інформаційний лист / Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2012. – 6 с.
14. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Науково-методичне видання // За ред. Беззницького Я.С., Фоміна П.Д. – К.: ТОВ «Доктор-Медіа», 2010 р. – 440с. – (Серія «Бібліотека «Здоров'я України»).
15. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под. ред. В.С. Савельева. – М.: Медицина, 1986. – 608 с.
16. Хирургия острого живота / Под. ред. Г.И. Синенченко. – СПб.: ЭЛБИ, 2007. – 512 с.
17. Яцкий Н.А. Язва желудка и двенадцатиперстной кишки / Н.А. Яцкий, В.М.Седов, В.П.Морозов. – М.: МЕД пресс-информ, 2002. – 376 с.

Реферат

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА - ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Ляховский В.И., Демьянюк Д.Г., Дудченко М.А., Кравцов Н.И., Хасан Таджедин Ахмед

Ключевые слова: язва, перфорация, операция.

В хирургической клинике за 2010-2012 годы наблюдали 62 больных по поводу перфоративной язвы желудка и ДПК. Мужчин было 53 (85,4%), женщин - 9 (14,6%). Средний возраст больных составлял $44,5 \pm 3,4$ лет. Нетипичное начало заболевания отмечено у 24 (38,8%) больных. После 24 часов с момента заболевания госпитализированы 16,1% человек. Уровень лейкоцитов в крови превышал показатель $8 \times 10^9/\text{л}$ у 29 (46,7%) госпитализированных. Показатель общего белка в крови менее 60 г/л отмечен у 19 (30,6%) лиц. Показатель эритроцитов больше $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобина больше 150 г/л наблюдался у 21 (33,8%) пациента. У больных были признаки дегидратации, степень ее определяли согласно протоколу. Для диагностики перфоративной язвы использовали обзорную рентгенографию органов грудной и брюшной полости, ФГДС, пневмогастрографию. Все больные оперированы. Радикальное оперативное вмешательство по поводу перфоративной язвы ДПК выполнили 13 (35,1%), по поводу перфоративной язвы желудка – 2 (18,1%) больным.

Summary

EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR PERFORATED ULCERS-

Liakhovskiy V.I., Demjaniuk D.G., Dudchenko M.O., Kravtsiv M.I., Hassan Ahmed Tadzhdyn

Key words: ulcer, perforation, operation.

62 patients were under the observation about perforated ulcers of the stomach and duodenum at the surgical clinic for the 2010-2012r. There were 53 men (85.4%) and 9 women (14.6%) with mean age of 44.5 ± 3.4 years. Atypical onset of the disease was reported in 24 (38.8%) patients. Since the alarming signs and symptoms had appeared 16.1% of patients were taken to the hospital. The white blood cell count was higher than $8 \times 10^9/l$ only in 29 (46.7%) patients. The level of total blood protein was found to be less than 60 g/l in 19 (30.6%) patients. The erythrocytes count higher than $5.0 \times 10^{12}/l$ and hemoglobin above 150 g/l were observed in 21 (33.8%) patients. The patients had the signs of dehydration and its intensity was evaluated according to the treatment protocol. Such investigations as plain radiography of the chest and abdomen, FADS, pneumogastrography were used to diagnose perforated ulcer. All the patients were operated on. 13 (35.1%) patients with perforated duodenal ulcer and 2 (18.1%) patients with the perforated stomach ulcer were subjected to radical surgery.

УДК: 616.149.2/.3-005.4-036.11-083.9:617

**Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Книш Я.М.*, Бочар В.Т., Долінський О.М.,
Дмитрик І.І., Данчак С.В., Дячук М.В., Потапенко В.С.**

ГОСТРА МЕЗЕНТЕРІЙНА ІШЕМІЯ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

*Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів

В статті проаналізовано результати діагностики та лікування 78 пацієнтів із гострою мезентерійною ішемією. Причиною високої летальності при гострій мезентерійній ішемії є пізні строки поступлення хворих в стаціонар та об'єктивні труднощі діагностики. Встановлено, що незалежними факторами ризику при гострій мезентерійній ішемії, які впливають на показники післяопераційної летальності, є вік більше 75 років, аритмія та лейкоцитоз більше $15 \times 10^9/l$. Перспективою у наданні адекватної медичної допомоги пацієнтам з гострою мезентерійною ішемією є підготовка та участь у складі ургентної бригади судинних хірургів та інтервенційних радіологів, здатних виконати втручання на брижових судинах.

Ключові слова: гостра мезентерійна ішемія, артеріальна емболія, артеріальний тромбоз, мезентерійний венозний тромбоз

Вступ

Гостра мезентерійна ішемія (ГМІ) – загрозливе для життя судинне захворювання, причиною якого є порушення кровопостачання в басейні верхньої та/або нижньої брижових артерій. У патогенезі ГМІ важливу роль відіграє артеріальна емболія (40-60% випадків), артеріальний тромбоз (25-30%), мезентерійний венозний тромбоз (10%) або їх поєднання [1, 5, 6, 9]. Окремо слід відзначити неоклюзійну форму гострої мезентерійної ішемії, яка на сьогодні недостатньо вивчена, та очевидно пов'язана з малим серцевим викидом у поєднанні з дифузною мезентерійною вазоконстрикцією [8].

Успіх лікування залежить від своєчасності встановлення правильного діагнозу та негайного операційного втручання, що забезпечить відновлення кровоплину, запобіжить некрозу кишки та смерті хворого. Оскільки більшість пацієнтів з цією патологією госпіталізують в загальнохірургічні відділення, труднощі діагностики та лікувальної тактики з об'єктивних причин є надзвичайно складними. Незадовільні результати лікування обумовлені похилим та старечим віком пацієнтів, декомпенсованими серцево-судинними захворюваннями (атеросклерозом аорти та її судин, миготливою аритмією та ін.), організаційними труднощами залучення спеціалізованих методів дослідження (на зразок комп'ютерної (КТ) чи магнітно-резонансної томографії (МРТ), інтервенційної мезентерійної ангіографії) та обмеженими умовами хірургічної чи рентгенологічної ревазуляризації [5, 7, 8].

Мета досліджень

Проаналізувати результати лікування хворих на ГМІ та визначити фактори ризику, які впливають на післяопераційну летальність.

Матеріали і методи

За період 2008-2011 р.р. у клініку хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького госпіталізовано 78 хворих з ГМІ. Незначно переважали чоловіки – 42 (53,8%). Середній вік хворих становив $75,3 \pm 12,2$ роки, понад 70% з яких були похилого та старечого віку.

Незважаючи на маніфестну абдомінальну симптоматику, лише 10,2% пацієнтів звернулись за допомогою в перші 12 год. захворювання. До 24 год. від початку перших проявів хвороби госпіталізовано 43,6%, решта – пізніше 24 год.

Супровідні захворювання як домінуючий фактор ризику виникнення ГМІ виявлено у всіх пацієнтів, зокрема мультифокальний атеросклероз – у 89,3%, ІХС – у 85,7%, артеріальну гіпертензію – у 69,3%, миготливу аритмію – у 47,1%, ожиріння – у 14,3%, цукровий діабет – у 10,7% пацієнтів. У 62 (79,5%) хворих відзначили поєднання двох і більше названих захворювань.

Для визначення факторів ризику, які статистично сигніфікантно впливають на показники післяопераційної летальності, застосовано пакет комп'ютерних програм STATISTICA® 6.0 (StatSoft, Inc, 2001) та Excel® (Microsoft® Office, 2007).

Результати досліджень та їх обговорення

У пацієнтів з підозрою на ГМІ, з ознаками гіповолемії та артеріальної гіпотензії виконували керувану гемодилію, корекцію супутніх захворювань, антибіотикопрофілактику широкого спектру дії, назогастральну декомпресію, катетеризацію сечового міхура та, по можливості, кисневу підтримку.

Операційне втручання виконано усім пацієнтам в межах від 2 до 9 год. з моменту поміщення в клініку.

Summary

EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR PERFORATED ULCERS-

Liakhovskiy V.I., Demjaniuk D.G., Dudchenko M.O., Kravtsiv M.I., Hassan Ahmed Tadzhdyn

Key words: ulcer, perforation, operation.

62 patients were under the observation about perforated ulcers of the stomach and duodenum at the surgical clinic for the 2010-2012r. There were 53 men (85.4%) and 9 women (14.6%) with mean age of 44.5 ± 3.4 years. Atypical onset of the disease was reported in 24 (38.8%) patients. Since the alarming signs and symptoms had appeared 16.1% of patients were taken to the hospital. The white blood cell count was higher than $8 \times 10^9/l$ only in 29 (46.7%) patients. The level of total blood protein was found to be less than 60 g/l in 19 (30.6%) patients. The erythrocytes count higher than $5.0 \times 10^{12}/l$ and hemoglobin above 150 g/l were observed in 21 (33.8%) patients. The patients had the signs of dehydration and its intensity was evaluated according to the treatment protocol. Such investigations as plain radiography of the chest and abdomen, FADS, pneumogastrography were used to diagnose perforated ulcer. All the patients were operated on. 13 (35.1%) patients with perforated duodenal ulcer and 2 (18.1%) patients with the perforated stomach ulcer were subjected to radical surgery.

УДК: 616.149.2/.3-005.4-036.11-083.9:617

**Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Книш Я.М.*, Бочар В.Т., Долінський О.М.,
Дмитрик І.І., Данчак С.В., Дячук М.В., Потапенко В.С.**

ГОСТРА МЕЗЕНТЕРІЙНА ІШЕМІЯ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

*Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів

В статті проаналізовано результати діагностики та лікування 78 пацієнтів із гострою мезентерійною ішемією. Причиною високої летальності при гострій мезентерійній ішемії є пізні строки поступлення хворих в стаціонар та об'єктивні труднощі діагностики. Встановлено, що незалежними факторами ризику при гострій мезентерійній ішемії, які впливають на показники післяопераційної летальності, є вік більше 75 років, аритмія та лейкоцитоз більше $15 \times 10^9/l$. Перспективою у наданні адекватної медичної допомоги пацієнтам з гострою мезентерійною ішемією є підготовка та участь у складі ургентної бригади судинних хірургів та інтервенційних радіологів, здатних виконати втручання на брижових судинах.

Ключові слова: гостра мезентерійна ішемія, артеріальна емболія, артеріальний тромбоз, мезентерійний венозний тромбоз

Вступ

Гостра мезентерійна ішемія (ГМІ) – загрозливе для життя судинне захворювання, причиною якого є порушення кровопостачання в басейні верхньої та/або нижньої брижових артерій. У патогенезі ГМІ важливу роль відіграє артеріальна емболія (40-60% випадків), артеріальний тромбоз (25-30%), мезентерійний венозний тромбоз (10%) або їх поєднання [1, 5, 6, 9]. Окремо слід відзначити неоклюзійну форму гострої мезентерійної ішемії, яка на сьогодні недостатньо вивчена, та очевидно пов'язана з малим серцевим викидом у поєднанні з дифузною мезентерійною вазоконстрикцією [8].

Успіх лікування залежить від своєчасності встановлення правильного діагнозу та негайного операційного втручання, що забезпечить відновлення кровоплину, запобіжить некрозу кишки та смерті хворого. Оскільки більшість пацієнтів з цією патологією госпіталізують в загальнохірургічні відділення, труднощі діагностики та лікувальної тактики з об'єктивних причин є надзвичайно складними. Незадовільні результати лікування обумовлені похилим та старечим віком пацієнтів, декомпенсованими серцево-судинними захворюваннями (атеросклерозом аорти та її судин, миготливою аритмією та ін.), організаційними труднощами залучення спеціалізованих методів дослідження (на зразок комп'ютерної (КТ) чи магнітно-резонансної томографії (МРТ), інтервенційної мезентерійної ангіографії) та обмеженими умовами хірургічної чи рентгенологічної реваскуляризації [5, 7, 8].

Мета досліджень

Проаналізувати результати лікування хворих на ГМІ та визначити фактори ризику, які впливають на післяопераційну летальність.

Матеріали і методи

За період 2008-2011 р.р. у клініку хірургії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького госпіталізовано 78 хворих з ГМІ. Незначно переважали чоловіки – 42 (53,8%). Середній вік хворих становив $75,3 \pm 12,2$ роки, понад 70% з яких були похилого та старечого віку.

Незважаючи на маніфестну абдомінальну симптоматику, лише 10,2% пацієнтів звернулись за допомогою в перші 12 год. захворювання. До 24 год. від початку перших проявів хвороби госпіталізовано 43,6%, решта – пізніше 24 год.

Супровідні захворювання як домінуючий фактор ризику виникнення ГМІ виявлено у всіх пацієнтів, зокрема мультифокальний атеросклероз – у 89,3%, ІХС – у 85,7%, артеріальну гіпертензію – у 69,3%, миготливу аритмію – у 47,1%, ожиріння – у 14,3%, цукровий діабет – у 10,7% пацієнтів. У 62 (79,5%) хворих відзначили поєднання двох і більше названих захворювань.

Для визначення факторів ризику, які статистично сигніфікантно впливають на показники післяопераційної летальності, застосовано пакет комп'ютерних програм STATISTICA® 6.0 (StatSoft, Inc, 2001) та Excel® (Microsoft® Office, 2007).

Результати досліджень та їх обговорення

У пацієнтів з підозрою на ГМІ, з ознаками гіповолемії та артеріальної гіпотензії виконували керувану гемодилію, корекцію супутніх захворювань, антибіотикопрофілактику широкого спектру дії, назогастральну декомпресію, катетеризацію сечового міхура та, по можливості, кисневу підтримку.

Операційне втручання виконано усім пацієнтам в межах від 2 до 9 год. з моменту поміщення в клініку.

Мінілапаротомію застосовано у 19 (24,4%) пацієнтів, з них у 57,8% випадках під місцевим знеболенням. У 52 (66,7%) – серединну лапаротомію, експлоративний характер якої був у 18 (23,1%) випадках. У 28 (35,9%) виконано резекційні методи лікування, у 6 (7,7%) ре-васкуляризацію та відновлення кровоплину. У 6 (7,6%) пацієнтів проведено відеолапароскопію, під час якої у 4 (5,1%) діагностовано інкурабельність патологічного процесу у зв'язку з тотальним некрозом тонкої та правої половини товстої кишки. В одному випадку виконано рентгенологічну аортomezентеріографію, результати якої за причини опрацювання та встановлення методики, можна вважати дискусійними. Релапаротомію виконано 12 (15,4%) пацієнтам, з них в 10 (12,8%) у плановому порядку за принципом second-look у термінах до 24 год. Двом пацієнтам виконано ургентну релапаротомію у зв'язку з неспроможністю швів анастомозу, розвитком дифузного перитоніту та формуванням термінальної ілеостомі.

За результатами операційних втручань ішемічну стадію ГМІ встановлено у 9 (11,5%) пацієнтів, у 25 (32,1%) – стадію інфаркту кишки, у решти 56,4% оперованих діагностовано дифузний перитоніт.

Загалом померло 58 хворих, в основному, від прогресування поліорганної та серцево-судинної недостатності. Післяопераційна летальність склала 74,4%. Аналізуючи протоколи патолого-анатомічного дослідження, мезентеріальну артеріальну емболію брижових артерій діагностовано у 26 (44,8%) осіб, артеріальний тромбоз – у 12 (20,6%), венозний тромбоз – у 9 (15,5%), відповідно. У 11 (18,9%) пацієнтів встановити причину ГМІ не вдалось.

Настороженість щодо ГМІ є першочерговою у пацієнтів з ускладненим серцево-судинним анамнезом (інфаркт міокарда в анамнезі, порушення серцевого ритму, некомпенсована серцева недостатність, перенесені емболії інших локалізацій, генералізований атеросклероз тощо), сильним постійним боєм у животі при відсутності в перші години захворювання симптомів подразнення очеревини та напруження м'язів передньої черевної стінки, блюванням, іноді – проносом, високим лейкоцитозом із зсувом формули вліво. Поява крові у випорожненнях, на думку дослідників, пов'язана з тотальним артеріальним ураженням всієї тонкої та правої половини товстої кишки [4, 8].

За ходом дослідження встановлено, що клінічна картина ГМІ супроводжувалась гострим абдомінальним боєм (89,3%), блюванням (64,3%), ознаками перитоніту (46,2%), лейкоцитозом більше $15 \times 10^9/\text{л}$ (41,4%), тахікардією (42,8%), аритмією (35,6%), відсутністю перистальтики (32,14%), проносом (21,4%), порушенням прохідності кишків (21,4%), випорожненнями у вигляді "малинового желе" (10,7%), гіпертермією більше 38°C (7,14%).

За даними багатьох авторів, чутливість лабораторної діагностики ГМІ прямопропорційна стадії патологічного процесу [1, 8, 9]. Лейкоцитоз, підвищення рівня амілази, гемоглобіну та фосфатів крові, а також метаболічний ацидоз є неспецифічними предикторами мезентеріальної ішемії, чутливість який зростає у стадії некротичних змін кишки та перитоніту [8]. Результати ряду досліджень, які показали, що низький рівень лактатемії допомагає виключити діагноз кишкової ішемії і зменшує кількість "даремних" лапаротомій, є дискусійними [9]. Загалом на сьогодні значення лабораторних маркерів вісцеральної ішемії, особливо на її ранніх стадіях, є значно обмеженими і потребують подальшого вивчення.

Питання щодо доцільності застосування КТ чи

МРТ при ГМІ потребує опрацювання. Тільки у 50-60% випадків при КТ вдається виявити неспецифічні ознаки ішемії кишки: дилатовані петлі, потовщені стінки, пневматоз, газ у стінці кишки чи у порталній системі [9]. Великі сподівання покладаються на МРТ в ангіорежимі, яке дає можливість оцінити магістральний та колатеральний кровоплин у мезентеріальних судинах.

Незважаючи на те, що "золотим стандартом" діагностики вісцеральної ішемії є інтервенційна ангіографія, застосування її в ургентній практиці загальнохірургічних стаціонарів України із зрозумілих причин обмежене.

Більш доступним методом невідкладної діагностики вісцеральної ішемії є відеолапароскопія, яка дає можливість оцінити ступінь ГМІ, розлеглість ураження та життєздатність кишки. При цьому діагноз формулюють за даними візуалізації кишкових петель, їх кольору, перистальтичних рухів, пульсації краєвих брижових артерій і наявності випоту у черевній порожнині [1, 2, 3, 5]. Найбільші труднощі для лапароскопічної діагностики становить ішемічна стадія, яка за даними різних авторів [3, 4] складає 10-43% випадків. Саме на цій стадії, за нашими спостереженнями, вдалось виконати дві успішні ре-васкуляризації брижових артерій.

Результати лікування хворих на ГМІ в цілому невтішні. Вирішальне значення мають терміни встановлення діагнозу і можливість застосування сучасних методів діагностики в ургентній хірургії. Лікування ГМІ залежить від етіологічної причини, гостроти та тяжкості захворювання. На нашу думку, раннє операційне втручання полягає у резекції нежиттєздатної кишки, відновленні кровоплину ішемізованих відділів кишки та комплексному консервативному лікуванні.

Враховуючи беззаперечні успіхи судинної та ендovasкулярної хірургії, необхідно окреслити нові шляхи діагностично-лікувальних заходів при ГМІ та перейти від етапу діагностичних лапаротомій та розlegлих резекцій кишки до етапу ургентних операцій на брижових судинах. Перспективою лікування цієї грізної патології, на нашу думку, може бути підготовка судинних хірургів та інтервенційних радіологів із залученням їх до складу ургентних бригад для виконання операцій на брижових судинах.

За ходом дослідження піддано мультифакторному аналізу методом множинної регресії 32 потенційно сигніфікантих фактори ризику абдомінальної ішемії. Проаналізувавши статистичні дані, отримано три незалежні фактори ризику: вік більше 75 років, миготлива аритмія та лейкоцитоз більше $15 \times 10^9/\text{л}$, які статистично достовірно ($p < 0,05$) впливали на показники післяопераційної летальності. При поєднанні зазначених ознак отримано результати, які є статистично достовірними у відношенні до ймовірності прогнозування абдомінальної ішемії, даючи можливість досягнути правильності прогнозування післяопераційної летальності внаслідок гангрені кишків з чутливістю 89,7% та специфічністю 91,2%.

Висновки

1. Причиною високої летальності при гострій мезентеріальній ішемії є пізні терміни госпіталізації хворих в стаціонар та об'єктивні труднощі діагностики.

2. Оскільки симптоми мезентеріальної ішемії неспецифічні, максимальна настороженість хірургів щодо цього потенційно смертельного стану може покращити результативність лікування.

3. Незалежними факторами ризику при гострій мезентеріальній ішемії, які впливають на показники післяопераційної летальності, є вік більше 75 років, мигот-

лива аритмія та лейкоцитоз більше $15 \times 10^9/\text{л}$.

4. Перспективою у наданні адекватної медичної допомоги пацієнтам з гострою мезентерійною ішемією є підготовка та участь у складі ургентної бригади су-динних хірургів та інтервенційних радіологів.

Література

1. Баешко А.А. Причина и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Баешко, С.А. Климук, В.А. Юшкевич // Хирургия. – 2005. – №4. – С. 57-63.
2. Огоновський В.К. Гостра мезентеріальна ішемія / В.К.Огоновський, О.І. Палій, В.М. Жолоб, О.Л. Куляба // Медицина транспорту України. – 2008. – №2. – С. 71-73.
3. Грома В.Г. Сучасні аспекти інструментальної діагностики гострих порушень брыжеечного кровообігу / В.Г. Грома // Український журнал хірургії. – 2011. – №3. – С. 183-187.

4. Кононенко М.Г. Діагностика гострих порушень мезентеріального кровообігу / М.Г. Кононенко, І.А. Даниленко, Л.Г. Кашенко [та ін.] // Вісник СумДУ, Серія Медицина. – 2010. – № 1. – С.61-68.
5. Матвійчук Б.О. Гостре порушення мезентерійного кровообігу в ургентній абдомінальній хірургії / Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар, О.В. Зубенко [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2010. – №2. – С.19-22.
6. Миминошвили О.И. Хирургическое лечение абдоминального ишемического синдрома / О.И. Миминошвили, А.А. Иваненко, А.А. Шутин [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 1. – С.84-91.
7. Орел Ю.Г. Хірургічне лікування гострої мезентеріальної ішемії / Ю.Г. Орел, І.І. Кобза, Р.А. Жук, [та ін.] // Хірургія України. – 2009. – Т. 29, № 1. – С.22-26.
8. Aouini F. Acute mesenteric ischemia: study of predictive factors of mortality / F. Aouini, A. Bouhaffa, J. Baazaoui [et al.] // Tunis Med. – 2012. – V.90, №7. – P.533-536.
9. Klar E. Acute mesenteric ischemia: a vascular emergency / E. Klar, P.B. Rahmianian, A. Bucker // Dtsch Arztebl Int. – 2012. – V.109, № 14. – P.249-256.

Реферат

ОСТРАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Кныш Я.М., Бочар В.Т., Долинский О.М., Дмыtryk І.І., Данчак С.В., Дячук М.В., Потапенко В.С.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия, артериальная эмболия, артериальный тромбоз, мезентериальной венозный тромбоз

В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 78 пациентов с острой мезентериальной ишемией. Причиной высокой летальности при острой мезентериальной ишемии являются поздние сроки поступления больных в стационар и объективные трудности диагностики. Установлено, что независимыми факторами риска при острой мезентериальной ишемии, влияющими на показатели послеоперационной летальности, являются возраст более 75 лет, аритмия и лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$. Перспективой в предоставлении адекватной медицинской помощи пациентам с острой мезентериальной ишемией является подготовка и участие в составе оперирующей бригады сосудистых хирургов и интервенционных радиологов, способных выполнить вмешательство на брыжеечных сосудах.

Summary

ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA IN URGENT SURGERY

Matviychuk B.O., Fedchyshyn N.R., Knysh Y.M., Bochar V.T., Doyinskiy O.M., Dmytryk I.I., Danchak S.V., Dyachuk M.V., Potapenko V.S.

Key words: acute mesenteric ischemia, arterial embolism, arterial thrombosis, mesenteric venous thrombosis

The data on diagnosis and treatment of 78 patients with acute mesenteric ischemia were analyzed. The high mortality in acute mesenteric ischemia is mainly caused by late admission to the hospital and objective diagnostic difficulties. The independent risk factors of postoperative mortality in the patients with acute mesenteric ischemia are the age over 75 years, cardiac arrhythmia and leukocytosis over $15 \times 10^9/\text{l}$. The improvement in management of the patients with acute mesenteric ischemia includes team co-work of vascular surgeons and interventional radiologists who can perform interventions on mesenteric vessels.

УДК 616.345-006.5-072.1

Милиця Н.Н., Маслов А.И., Солдусова В.В., Постоленко Н.Д.

РОЛЬ КОЛОНОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Кафедра хирургии и проктологии ГУ «ЗМАПО МОЗ Украины»

В работе представлены данные обследования 116 больных с полипами толстого кишечника. В ходе проведения исследования больным выполнялась биопсия выявленных полипов с последующей полипэктомией. Представлены данные об эффективности эндоскопической полипэктомии в лечении больных с полипами различных локализаций, размеров и гистологической структуры.

Ключевые слова: полипы толстого кишечника, колоноскопия, эндоскопическая полипэктомия, профилактика колоректального рака.

Вступлення

Ежегодно в мире регистрируются около 1 млн. новых больных раком толстой кишки, тогда как в 1975 этот показатель составлял порядка 500 тысяч [5]. Заболеваемость полипами толстой кишки, по мнению разных авторов, варьирует в широких пределах, достигая 49% от всех заболеваний толстой кишки [2].

Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении полипов и раннего колоректального рака проходят этап становления. Но имеющиеся данные показывают, что радикальные эндовидеохирургиче-

ские вмешательства не ухудшают показателей пятилетней выживаемости, при этом значительно укорачивая восстановительный период [7]. На онкологическую адекватность подобных операций, при определенных условиях, указывают С.А. Дидоров (2000), J. Greenberg, R. Bleday (2005). Однако показания к выполнению экономных вмешательств при колоректальном раке остаются предметом дискуссии [4,6].

Методы удаления крупных полипов нуждаются в дальнейшем совершенствовании. Дальнейшего изучения требует также оценка эффективности и ради-

лива аритмія та лейкоцитоз більше $15 \times 10^9/\text{л}$.

4. Перспективою у наданні адекватної медичної допомоги пацієнтам з гострою мезентерійною ішемією є підготовка та участь у складі ургентної бригади су-динних хірургів та інтервенційних радіологів.

Література

1. Баешко А.А. Причина и особенности поражений кишечника и его сосудов при остром нарушении брыжеечного кровообращения / А.А. Баешко, С.А. Климук, В.А. Юшкевич // Хирургия. – 2005. – №4. – С. 57-63.
2. Огоновський В.К. Гостра мезентеріальна ішемія / В.К.Огоновський, О.І. Палій, В.М. Жолоб, О.Л. Куляба // Медицина транспорту України. – 2008. – №2. – С. 71-73.
3. Грома В.Г. Сучасні аспекти інструментальної діагностики гострих порушень брыжеечного кровообігу / В.Г. Грома // Український журнал хірургії. – 2011. – №3. – С. 183-187.

4. Кононенко М.Г. Діагностика гострих порушень мезентеріально-го кровообігу / М.Г. Кононенко, І.А. Даниленко, Л.Г. Кашенко [та ін.] // Вісник СумДУ, Серія Медицина. – 2010. – № 1. – С.61-68.
5. Матвійчук Б.О. Гостре порушення мезентерійного кровообігу в ургентній абдомінальній хірургії / Б.О. Матвійчук, В.Т. Бочар, О.В. Зубенко [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2010. – №2. – С.19-22.
6. Миминошвили О.И. Хирургическое лечение абдоминального ишемического синдрома / О.И. Миминошвили, А.А. Иваненко, А.А. Шутин [и др.] // Украинский журнал хирургии. – 2011. – № 1. – С.84-91.
7. Орел Ю.Г. Хірургічне лікування гострої мезентеріальної ішемії / Ю.Г. Орел, І.І. Кобза, Р.А. Жук, [та ін.] // Хірургія України. – 2009. – Т. 29, № 1. – С.22-26.
8. Aouini F. Acute mesenteric ischemia: study of predictive factors of mortality / F. Aouini, A. Bouhaffa, J. Baazaoui [et al.] // Tunis Med. – 2012. – V.90, №7. – P.533-536.
9. Klar E. Acute mesenteric ischemia: a vascular emergency / E. Klar, P.B. Rahmmanian, A. Bucker // Dtsch Arztebl Int. – 2012. – V.109, № 14. – P.249-256.

Реферат

ОСТРАЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Матвійчук Б.О., Федчишин Н.Р., Кныш Я.М., Бочар В.Т., Долинский О.М., Дмыtryk І.І., Данчак С.В., Дячук М.В., Потапенко В.С.

Ключевые слова: острая мезентериальная ишемия, артериальная эмболия, артериальный тромбоз, мезентериальной венозный тромбоз

В статье проанализированы результаты диагностики и лечения 78 пациентов с острой мезентериальной ишемией. Причиной высокой летальности при острой мезентериальной ишемии являются поздние сроки поступления больных в стационар и объективные трудности диагностики. Установлено, что независимыми факторами риска при острой мезентериальной ишемии, влияющими на показатели послеоперационной летальности, являются возраст более 75 лет, аритмия и лейкоцитоз более $15 \times 10^9/\text{л}$. Перспективой в предоставлении адекватной медицинской помощи пациентам с острой мезентериальной ишемией является подготовка и участие в составе оперирующей бригады сосудистых хирургов и интервенционных радиологов, способных выполнить вмешательство на брыжеечных сосудах.

Summary

ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA IN URGENT SURGERY

Matviychuk B.O., Fedchyshyn N.R., Knysh Y.M., Bochar V.T., Doyinskiy O.M., Dmytryk I.I., Danchak S.V., Dyachuk M.V., Potapenko V.S.

Key words: acute mesenteric ischemia, arterial embolism, arterial thrombosis, mesenteric venous thrombosis

The data on diagnosis and treatment of 78 patients with acute mesenteric ischemia were analyzed. The high mortality in acute mesenteric ischemia is mainly caused by late admission to the hospital and objective diagnostic difficulties. The independent risk factors of postoperative mortality in the patients with acute mesenteric ischemia are the age over 75 years, cardiac arrhythmia and leukocytosis over $15 \times 10^9/\text{l}$. The improvement in management of the patients with acute mesenteric ischemia includes team co-work of vascular surgeons and interventional radiologists who can perform interventions on mesenteric vessels.

УДК 616.345-006.5-072.1

Милиця Н.Н., Маслов А.И., Солдусова В.В., Постоленко Н.Д.

РОЛЬ КОЛОНОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОЛИПАМИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

Кафедра хирургии и проктологии ГУ «ЗМАПО МОЗ України»

В работе представлены данные обследования 116 больных с полипами толстого кишечника. В ходе проведения исследования больным выполнялась биопсия выявленных полипов с последующей полипэктомией. Представлены данные об эффективности эндоскопической полипэктомии в лечении больных с полипами различных локализаций, размеров и гистологической структуры.

Ключевые слова: полипы толстого кишечника, колоноскопия, эндоскопическая полипэктомия, профилактика колоректального рака.

Вступлення

Ежегодно в мире регистрируются около 1 млн. новых больных раком толстой кишки, тогда как в 1975 этот показатель составлял порядка 500 тысяч [5]. Заболеваемость полипами толстой кишки, по мнению разных авторов, варьирует в широких пределах, достигая 49% от всех заболеваний толстой кишки [2].

Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении полипов и раннего колоректального рака проходят этап становления. Но имеющиеся данные показывают, что радикальные эндовидеохирургиче-

ские вмешательства не ухудшают показателей пятилетней выживаемости, при этом значительно укорачивая восстановительный период [7]. На онкологическую адекватность подобных операций, при определенных условиях, указывают С.А. Дидоров (2000), J. Greenberg, R. Bleday (2005). Однако показания к выполнению экономных вмешательств при колоректальном раке остаются предметом дискуссии [4,6].

Методы удаления крупных полипов нуждаются в дальнейшем совершенствовании. Дальнейшего изучения требует также оценка эффективности и ради-

кальности лечения указанных форм, тактика наблюдения после эндоскопического удаления.

Несмотря на теорию развития колоректального рака de novo, в настоящее время большинство исследователей признают, что аденоматозные полипы толстой кишки в течение нескольких лет путем последовательной трансформации, обусловленной генетическими аберрациями, могут превращаться в рак. Риск малигнизации полипов, по данным различных авторов, колеблется от 14% до 20%. Он значительно возрастает с увеличением размеров полипов [1,3]. При этом процесс их озлокачивания остается незамеченным из-за отсутствия специфической клинической картины заболевания и патогномоничных симптомов при инструментальных методах обследования.

Цель исследования

Определить роль и значение колоноскопии в диагностике и лечении пациентов с полипами толстого кишечника, а так же провести сравнительный анализ зависимости между размером и морфологией полипов толстой кишки.

Материалы и методы исследования

Проведено исследование 116 больных на кафедре хирургии и проктологии ГУ «ЗМАПО МОЗ Украины» в период с 2011 по 2012 гг. с полипами толстой кишки различных размеров и локализации. Установление диагноза - полип толстой кишки, проводилось с помощью колоноскопии. Критериями исключения являлись наличие тотального полипоза толстого кишечника, а также сочетание полипов с колоректальным раком категории T₂ и более.

Для подготовки кишечника к выполнению исследования больным рекомендовался прием препарата «Флит Фосфо-сода» по схеме, а также постановка

очистительных клизм накануне исследования.

В качестве оборудования для проведения исследования использовалась видеоэндоскопическая стойка фирмы Olympus CV-240 (Япония) с видеоколоноскопом фирмы Olympus CF-Q150 I. Для проведения монополярной электрокоагуляции использовали электрохирургический аппарат фирмы Olympus PSD-10 в режиме «Blend». Дополнительный инструментарий: петля электрохирургическая фирмы Olympus SD-11U-1, инжектор фирмы Olympus NM-6L-1, щипцы биопсийные фирмы Olympus FB-24E-1.

Получаемые данные подвергались фото- и видеофиксации.

Все обнаруженные полиповидные образования подвергались биопсии с последующей полипэктомией. Гиперпластические полипы и полиповидные образования размерами до 0,5-0,6 см удалялись биопсийными щипцами, также применялась петлевая электрокоагуляция полипов. В случае обнаружения полипов на ножке выполнялась одномоментная полипэктомия, а при удалении полипа крупных (более 3,0 см) размеров на широком основании применялась методика фрагментации полипа. Последняя дополнялась инъекцией Sol. Adrenalini 0.005% 1-2 ml в основание полипа посредством специального инжектора фирмы Olympus NM-6L-1. В некоторых случаях фрагментация полипов происходила в несколько этапов.

Весь полученный биопсийный и операционный материал отправлялся на патологогистологическое исследование.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенных исследований диагностировано 229 полипов толстой кишки, данные о локализации которых представлены в таблице 1.

Таблица 1
Сравнительная характеристика распределения полипов в различных отделах толстого кишечника

Отдел толстого кишечника	Количество выявленных полипов, шт.	Удельный вес, %
Слепая кишка	10	4,4
Восходящий отдел	14	6,1
Поперечноободочная кишка	20	8,7
Нисходящий отдел	29	12,7
Сигмовидная кишка	79	34,5
Прямая кишка	77	33,6
Всего	229	100

Преобладающее большинство полипов (185 шт., что составляет 80,8% от общего количества выявленных полипов) приходится на левые отделы толстого кишечника. Тогда как на правые отделы приходится 44 (19,2%) полипа.

По результатам статистической обработки полученных данных нами было выявлено, что полипы до 1,0 см в диаметре обнаружены в количестве 192 (83,8%), от 1,0 до 3,0 см - 29 (12,7%), более 3,0 см - 8 (3,5%). Распределение полипов в зависимости от диаметра и локализации, представлены в таблице 2.

Таблица 2
Распределение полипов толстой кишки в зависимости от размера и отдела толстой кишки

Отдел кишки	Всего полипов N = 229		
	Диаметр полипа		
	До 1,0 см	От 1,0 до 3,0 см	Более 3,0 см
Слепая кишка	8 (4,2%)	2 (6,9%)	0 (0%)
Восходящий отдел	11 (5,7%)	3 (10,4%)	0 (0%)
Поперечноободочная кишка	16 (8,3%)	3 (10,4%)	1 (12,5%)
Нисходящий отдел	22 (11,5%)	5 (17,2%)	2 (25%)
Сигмовидная кишка	68 (35,4%)	7 (24,1%)	4 (50%)
Прямая кишка	67 (34,9%)	9 (31%)	1 (12,5%)
Всего	192	29	8

При статистическом исследовании, на основании табличных данных видно, что полипы до 1,0 см в диаметре наиболее часто диагностировались в прямой и сигмовидной кишке, от 1,0 до 3,0 см там же, а полипы более 3,0 см преимущественно в сигмовидной кишке и нисходящем отделе толстого кишечника.

Тактика ведения пациентов при диагностировании полипов зависела от их размеров, локализации, общего состояния пациента, сопутствующей патологии.

Все полипы подлежали морфологической верификации. С этой целью проводилась полипэктомия или

биопсия материала из полипа.

Дальнейшая обработка полученных данных гистологических заключений биопсийного и операционного материала показала, что из 229 полипов 31 (13,5%) имели злокачественный характер, остальные дифференцировались как гиперпластические полипы 115 (50,2%), аденомы 83 (36,3%).

Сравнительная характеристика размеров полипов в зависимости от гистологической структуры представлена в таблице 3.

Таблица 3

Сравнительная количественная характеристика размеров полипов в зависимости от их гистологической структуры

Гистологическая структура	Всего полипов N = 229		
	Диаметр полипа		
	До 1,0 см	От 1,0 до 3,0 см	Более 3,0 см
Гиперпластические полипы	115 (60%)	0 (0%)	0 (0%)
Аденомы	71 (36,9%)	10 (34,5%)	2 (25%)
Малигнизированные полипы	6 (3,1%)	19 (65,5%)	6 (75%)
Всего	192	29	8

Результат проведенных исследований показал, что полипы до 1,0 см морфологически идентифицируются как доброкачественные в 186 (96,9%) случаях; при размерах от 1,0 до 3,0 см число доброкачественных форм снижается и достигает 10 (34,5%); а среди полипов более 3,0 см встречается только в 2 (25%) полипах.

Поэтому тактика ведения пациентов также различалась. Диагностированные полипы до 1,0 см в диаметре имеют минимальный риск развития злокачественных форм по сравнению с полипами, размеры которых превышают 1,0 см. Эти пациенты могут обслуживаться в амбулаторных условиях с последующим наблюдением через 1 и 3 мес.

У больных с полипами более 3,0 см, где риск малигнизации наиболее высокий, это требует госпитализации с более детальным и тщательным обследованием.

Тактика лечения пациентов заключалась в проведении эндоскопической полипэктомии петлевым методом.

Среди полипов размерами более 3,0 см и с гистологически верифицированной малигнизацией трем пациентам были даны рекомендации для оперативного удаления в виду технической невозможности проведения эндоскопической полипэктомии.

Результаты повторных обследований больных через 1 и 3 месяца показал, что у пациентов, где ранее была выполнена полипэктомия с размером полипа до 1,0 см, рецидив полипа с доброкачественной морфологией имел место в 1% случаев из этой группы, не было выявлено ни одного случая злокачественного перерождения при контрольных обследованиях; от 1,0 до 3,0 см – в 6,7%, а малигнизация обнаружена в 3,4%. У пациентов с полипами более 3,0 см рецидив роста имел место в 40% случаях, в том числе 20% с признаками малигнизации. Тактика ведения этой категории пациентов заключалась в госпитализации, повторной биопсии из полипа и по заключении мор-

фологии дальнейшее решение тактики лечения.

Выводы

1. С увеличением размеров полипов повышается риск злокачественной трансформации, достигая 75% при размерах полипов более 3,0 см, тогда как среди полипов размерами до 1,0 см доля малигнизированных полипов составляет 3,1%.

2. Своевременное выявление, диагностика и лечение полипов на ранних стадиях является достоверной профилактикой колоректального рака.

3. Основным методом лечения полипов и профилактики рака толстой кишки является их удаление, которое возможно выполнять у большинства больных амбулаторно.

4. Эндоскопическая полипэктомия может быть использована для удаления доброкачественных полипов и полипов с очагами малигнизации. Этот метод имеет минимальную частоту осложнений в ближайшем и отдаленном периоде.

Литература

1. Грубник В.В. Применение различных методов эндоскопического гемостаза в терапии кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта / В.В. Грубник, Ю.В. Грубник, Ю.А. Мельниченко [и др.] // Украинський журнал малінозвизної ендоскопічної хірургії. – 2001. – № 1. – С.18-19.
2. Кімакович В.І. Ендоскопія травного каналу. Норми, патологія, сучасні класифікації / В.І. Кімакович, В.І. Нікішаєв, І.М. Тумак [та ін.] // Медицина світу. – 2008. – 200 с.
3. Колоноскопія в діагностиці захворювань толстої кишки / [Сотников В.Н., Разживина А.А., Веселов В.В. и др.]. – М.: Экстра-принт, 2006. – 280 с.
4. Arribas del Amo D. Transanal ndoscopic surgery for rectal tumors / D.Arribas del Amo, J.M. V.Ramirez Rodriguez Aguilera Diago // Rev Esp Enferm Dig. – 2000. – № 92(8). – P.526-535.
5. Boyle P. Cancer incidence and mortality in Europe / P. Boyle, J. Ferlay // Ann. Oncol. – 2005. – V.16. – P.481-488.
6. Stocchi L. Operative techniques for radical surgery for rectal carcinoma: can surgeons improve outcomes? / L. Stocchi, B.G. Wolff // Surg Oncol Clin. – 2000. – № 9(4). – P.785-798.
7. Volk E.E. Management and outcome of patients with invasive carcinoma arising in colorectal polyps / E.E. Volk, J.R. Goldblum, R.E. Petras [et al.] Gastroenterology. – 1995. – № 109(6). – P.1801-1807.

Реферат

РОЛЬ КОЛОНОСКОПІЇ ТА ЕНДОСКОПІЧНОЇ ПОЛІПЕКТОМІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ З ПОЛІПАМИ ТОВСТОЇ КИШКИ

Милиця М.М., Маслов О.І., Солдусова В.В. Постоленко М.Д.

Ключові слова: поліпи товстої кишки, колоноскопія, ендоскопічна поліпектомія, профілактика колоректального раку.

В роботі надані дані обстеження 116 хворих з поліпами товстої кишки. При проведенні дослідження хворим виконувалася біопсія виявлених поліпів з подальшою поліпектомією. Надані дані про ефективність ендоскопічної поліпектомії в лікуванні хворих з поліпами різних локалізацій, розмірів і гістологічної структури.

Summary

ROLE OF COLONOSCOPY AND ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH COLON POLYPS

Militsa M.M., Maslov O.I., Soldusova V.V., Postolenko M.D.

Keywords: colon polyps, colonoscopy, endoscopic polypectomy, colorectal cancer prevention.

This work presents clinical findings of 116 patients with polyps of the colon. During the study patients underwent biopsy of polyps detected with subsequent polypectomy. We present the data on the effectiveness of endoscopic polypectomy in patients with polyps of different locations, their size and histological structure.

УДК 616.348-002.44-089

Милиця Н.Н., Постолєнко Н.Д., Ангеловський І.Н., Милиця К.Н., Солдусова В.В.

ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кафедра хирургии и проктологии ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

В работе представлены результаты хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом за последние 12 лет в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины». Обоснована необходимость расширения показаний к хирургическому лечению больных по относительным показаниям как основного резерва улучшения непосредственных и отдаленных функциональных результатов оперированных пациентов с язвенным колитом.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, хирургическое лечение, колэктомия.

Введение

Вопросы хирургического лечения больных с тяжелыми формами неспецифического язвенного колита (НЯК) в настоящее время привлекают внимание хирургов разных стран. Это объясняется не только увеличением количества случаев заболеваний, но и отсутствием единого мнения в вопросах хирургической тактики [1,3,4].

Быстрое прогрессирование заболевания, переоценка возможностей консервативной терапии, неуточненность показаний к операции часто ведут к затягиванию сроков выполнения хирургического вмешательства. В то же время, обширная резекция толстой кишки (ТК) у больного в терминальной фазе интоксикации и метаболических нарушений сопровождается неудовлетворительными результатами хирургического лечения – послеоперационные осложнения достигают 50 – 80%, а летальность – 15,5 – 60% [2,3,4].

Существует и экономическая сторона проблемы: пик заболеваемости НЯК приходится на 20–40 лет, это наиболее работоспособные и общественно активные члены общества [5,6].

История хирургического метода лечения НЯК насчитывает уже более 100 лет, но и в настоящее время разработка лечебной тактики при тяжелых формах заболевания остается актуальной задачей, а взгляды на показания к переходу от консервативного метода лечения к хирургическому у различных авторов не совпадают [2,4,5]. В настоящее время хирургия НЯК из “экстренной” постепенно переходит в разряд “срочной”, когда увеличивается группа больных, которым показания к операции устанавливают еще до развития осложнений, одновременно с констатацией неэффективности консервативной терапии [1,4,6].

Промедление с переходом от консервативного к хирургическому лечению, недооценка тяжести состояния больных и бесперспективности дальнейшей медикаментозной терапии при язвенном колите ухудшает непосредственные результаты лечения [1,3]. Развитие кишечного кровотечения на фоне НЯК увеличивает летальность до 12% [1,4], токсической дилатации до 25% и перфорации толстой кишки до 50

– 60% [3,6].

Риск развития рака ТК при язвенном колите в 7–8 раз выше, чем в общей популяции [2,5,6]. Наличие малигнизации у больных НЯК является абсолютным показанием к операции, а ее объем зависит от ряда причин: общего состояния больного, распространенности процесса, наличия осложнений и др. Частота колоректального рака при 5-летнем анамнезе заболевания составляет 2–3 %, при 10-летнем — 12 %, при 20-летнем — 23 %, а при продолжительности болезни более 25 лет — 42 % [5,6,8].

Все перечисленные проблемы диктуют необходимость разработки строгой лечебной тактики при тяжелой форме заболевания, сочетающей своевременное применение консервативных и хирургических методов лечения в зависимости от индивидуальных особенностей конкретного пациента [4,7].

В улучшении результатов хирургического лечения, снижении показателей послеоперационных осложнений и летальности важную роль играют своевременное установление показаний к операции, совершенствование техники выполнения оперативного вмешательства, адекватная патогенетическая терапия в до- и послеоперационном периодах.

Целью исследования

Изучение и оценка собственных результатов хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом.

Материалы и методы

За последние 12 лет в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины» под наблюдением находилось 307 больных с НЯК.

Мужчин было 147 (46,7 %), женщин 160 (53,3 %).

Тяжелое течение заболевания выявлено у 103 (33,1 %) пациентов, средней степени тяжести НЯК был диагностирован у 101 (32,8 %), легкое течение выявлено у 103 (34,1 %) больных.

Тотальное поражение ТК установлено у 101 (32,4 %) больных, субтотальное — у 45 (15,3 %) пациентов, левостороннее поражение ТК выявлено у 60 (20,1 %) больных, а воспалительные изменения дистальных

Summary

ROLE OF COLONOSCOPY AND ENDOSCOPIC POLYPECTOMY IN DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH COLON POLYPS

Militsa M.M., Maslov O.I., Soldusova V.V., Postolenko M.D.

Keywords: colon polyps, colonoscopy, endoscopic polypectomy, colorectal cancer prevention.

This work presents clinical findings of 116 patients with polyps of the colon. During the study patients underwent biopsy of polyps detected with subsequent polypectomy. We present the data on the effectiveness of endoscopic polypectomy in patients with polyps of different locations, their size and histological structure.

УДК 616.348-002.44-089

Милиця Н.Н., Постоленко Н.Д., Ангеловский И.Н., Милиця К.Н., Солдусова В.В.

ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

Кафедра хирургии и проктологии ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»

В работе представлены результаты хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом за последние 12 лет в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины». Обоснована необходимость расширения показаний к хирургическому лечению больных по относительным показаниям как основного резерва улучшения непосредственных и отдаленных функциональных результатов оперированных пациентов с язвенным колитом.

Ключевые слова: неспецифический язвенный колит, хирургическое лечение, колэктомия.

Введение

Вопросы хирургического лечения больных с тяжелыми формами неспецифического язвенного колита (НЯК) в настоящее время привлекают внимание хирургов разных стран. Это объясняется не только увеличением количества случаев заболеваний, но и отсутствием единого мнения в вопросах хирургической тактики [1,3,4].

Быстрое прогрессирование заболевания, переоценка возможностей консервативной терапии, неуточненность показаний к операции часто ведут к затягиванию сроков выполнения хирургического вмешательства. В то же время, обширная резекция толстой кишки (ТК) у больного в терминальной фазе интоксикации и метаболических нарушений сопровождается неудовлетворительными результатами хирургического лечения – послеоперационные осложнения достигают 50 – 80%, а летальность – 15,5 – 60% [2,3,4].

Существует и экономическая сторона проблемы: пик заболеваемости НЯК приходится на 20–40 лет, это наиболее работоспособные и общественно активные члены общества [5,6].

История хирургического метода лечения НЯК насчитывает уже более 100 лет, но и в настоящее время разработка лечебной тактики при тяжелых формах заболевания остается актуальной задачей, а взгляды на показания к переходу от консервативного метода лечения к хирургическому у различных авторов не совпадают [2,4,5]. В настоящее время хирургия НЯК из “экстренной” постепенно переходит в разряд “срочной”, когда увеличивается группа больных, которым показания к операции устанавливают еще до развития осложнений, одновременно с констатацией неэффективности консервативной терапии [1,4,6].

Промедление с переходом от консервативного к хирургическому лечению, недооценка тяжести состояния больных и бесперспективности дальнейшей медикаментозной терапии при язвенном колите ухудшает непосредственные результаты лечения [1,3]. Развитие кишечного кровотечения на фоне НЯК увеличивает летальность до 12% [1,4], токсической дилатации до 25% и перфорации толстой кишки до 50

– 60% [3,6].

Риск развития рака ТК при язвенном колите в 7–8 раз выше, чем в общей популяции [2,5,6]. Наличие малигнизации у больных НЯК является абсолютным показанием к операции, а ее объем зависит от ряда причин: общего состояния больного, распространенности процесса, наличия осложнений и др. Частота колоректального рака при 5-летнем анамнезе заболевания составляет 2–3 %, при 10-летнем — 12 %, при 20-летнем — 23 %, а при продолжительности болезни более 25 лет — 42 % [5,6,8].

Все перечисленные проблемы диктуют необходимость разработки строгой лечебной тактики при тяжелой форме заболевания, сочетающей своевременное применение консервативных и хирургических методов лечения в зависимости от индивидуальных особенностей конкретного пациента [4,7].

В улучшении результатов хирургического лечения, снижении показателей послеоперационных осложнений и летальности важную роль играют своевременное установление показаний к операции, совершенствование техники выполнения оперативного вмешательства, адекватная патогенетическая терапия в до- и послеоперационном периодах.

Целью исследования

Изучение и оценка собственных результатов хирургического лечения больных с неспецифическим язвенным колитом.

Материалы и методы

За последние 12 лет в клинике хирургии и проктологии ДЗ «ЗМАПО МОЗ Украины» под наблюдением находилось 307 больных с НЯК.

Мужчин было 147 (46,7 %), женщин 160 (53,3 %).

Тяжелое течение заболевания выявлено у 103 (33,1 %) пациентов, средней степени тяжести НЯК был диагностирован у 101 (32,8 %), легкое течение выявлено у 103 (34,1 %) больных.

Тотальное поражение ТК установлено у 101 (32,4 %) больных, субтотальное — у 45 (15,3 %) пациентов, левостороннее поражение ТК выявлено у 60 (20,1 %) больных, а воспалительные изменения дистальных

отделов ТК были у 101 (32,2 %) пациентов.

Внекишечные проявления наблюдали у 174 (56,8 %) пациентов.

Показания к операции при НЯК могут быть как абсолютными, так и относительными. Такие осложнения заболевания, как перфорация, профузное кишечное кровотечение, острая токсическая дилатация ТК считаются абсолютными показаниями.

Относительные показания к оперативному лечению достаточно полно сформулированы в работе М.П. Захараша и соавторов [2,3], которые к ним относят:

- хронические непрерывные формы ЯК, с тотальным поражением толстой кишки (панколит), длительностью заболевания более 10 лет, без тенденции к нормализации морфологического состояния слизистой оболочки ТК, с наличием множества псевдополипов;

- хронические часто рецидивирующие формы ЯК при тотальном поражении ТК, рефрактерностью к консервативной терапии;

- тяжелые стероидозависимые, стероидорезистентные формы ЯК;

- наличие дисплазии слизистой оболочки ТК;

- значительное отставание детей в росте, физическом и психическом развитии;

- наличие тяжелых внекишечных проявлений ЯК (склерозирующий холангит, цирроз печени, гангренозная пиодермия и др.).

После углубленного обследования и установления окончательного диагноза было прооперировано 53 больных (17,2%). По абсолютным показаниям (кровотечение, перитонит, токсическая дилатация ТК, прогрессирующая синдрома полиорганной недостаточности) операции проведены 27 (51,5%) больным. По относительным — 26 (48,5 %).

Кишечное кровотечение. В эту группу включены больные по следующим клиническим критериям: первый - частота дефекаций 12 и более в сутки с наличием крови в стуле на фоне проведения комплексной терапии с введением стероидных гормонов в течение 7 дней; второй - объем каловых масс с интенсивной примесью крови 1000 мл в сутки и более. Указанные симптомы наблюдали у 5 (9,8%) больных НЯК.

Токсическую дилатацию ободочной кишки 6 (11,9%), определяли при расширении диаметра одного или нескольких ее отделов от 8 см и более. У пациентов этой группы к клинической картине тяжелого язвенного колита присоединялись такие признаки, как вздутие живота, появление тимпанита в проекции ободочной кишки, выраженной интоксикации.

При рентгенографии у 4 больных наибольшее расширение (8 - 13см) наблюдали в проекции поперечной ободочной кишки, у 2 пациентов – сигмовидной кишки (7 - 12см).

Перфорация толстой кишки представляет наиболее тяжелую группу больных с осложнениями язвенного колита. Это состояние было диагностировано у 11 (19,1%) больных. У 9 пациентов этот диагноз был поставлен в первые часы после поступления больных в отделение, а у 2-х человек осложнение развилось на фоне проведения консервативной терапии в стационаре.

Типичная картина острой перфорации полого органа у больных отсутствовала. Клиническими признаками служили нарастание симптомов интоксикации, вздутие живота у 5 человек, появление перитонеальных симптомов у 6 больных. Абсолютным признаком перфорации служило наличие свободного газа в

брюшной полости, которое было обнаружено при рентгенологическом исследовании лишь у 7 больных.

Развитие рака наблюдали у 3 (6,1%) пациентов, как правило, при хроническом течении воспалительного процесса с редкими рецидивами. Длительность анамнеза НЯК до обнаружения опухоли, в среднем, составила 20,5±5,4 года. У 1 больного (2,2%) опухолевый процесс носил мультицентрический характер с развитием от 2 до 7 фокусов аденокарциномы, которые имели различную степень дифференцировки.

Среди относительных показаний: у 11 (24,2%) больных тотальным поражением ТК и наличием необратимых изменений слизистой оболочки ТК. Гормонозависимые и гормонорезистентные формы заболевания по 3 (7,1%) пациента. У 6 (9,9%) пациентов выполнена операция в связи с хроническим непрерывно рецидивирующим течением и резистентностью к проводимой терапии.

Наиболее радикальным методом хирургического лечения, позволяющим добиться полного излечения больных, является колпроктэктомия [2,5,7]. Но те задачи, которые стремится решить хирург, нередко оказываются недостижимыми. Это связано с тем, что при тяжелом состоянии больных в первую очередь приходится думать о спасении жизни пациента. Данное оперативное вмешательство больные с тяжелым течением заболевания не всегда могут перенести.

Убедительна в этом отношении точка зрения, согласно которой при решении вопроса о хирургической тактике у больных тяжелыми формами язвенного колита необходимо принимать во внимание не только тяжесть общего состояния, но и возможность последующей социальной и медицинской реабилитации.

В зависимости от тяжести состояния больного, наличия осложнений и показаний к операции больным выполняли различные оперативные вмешательства:

- колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением илеостомы – 13 (24,5%);

- колэктомия с выведением илеостомы – 6 (11,2%);

- колонпроктэктомия с пожизненной илеостомой – 2 (3,7%);

- колэктомия, низкая передняя резекция, с наложением резервуарных илеоанальных анастомозов – 22 (41,2%);

- колэктомия, передняя резекция, с наложением илеоректальных анастомозов – 10 (18,8%).

У больных оперированных по абсолютным показаниям в 13 (24,5%) случаях была выполнена колэктомия, передняя резекция прямой кишки с наложением илеостомы, у 4 (4,5%) пациентов ввиду тяжести общего состояния была выполнена операция колэктомия с выведением илеостомы.

У 32,1% больных удалось провести повторную реконструктивно-восстановительную операцию. У 2 (3,7%) пациентов из-за выраженных морфологических изменений в прямой кишке была выполнена колонпроктэктомия с пожизненной илеостомой.

В группе больных оперированных по относительным показаниям приоритетным было выполнение первичных восстановительных операций, а именно – колэктомия, низкая передняя резекция, с наложением резервуарных илеоанальных анастомозов. Такое оперативное вмешательство было выполнено у 22 (41,2%) больных. В большинстве случаев 78,2% данную операцию завершали формированием превентивной илеостомы, в связи с высоким риском развития несостоятельности анастомоза. У 10 (18,8%)

больных была проведена - колэктомия, передняя резекция, с наложением илеоректальных анастомозов

У 2 (3,7%) пациентов ввиду выраженных изменений в прямой кишке проведена колэктомия, илеостомия, что позволило в будущем выполнить вторичные реконструктивно-восстановительные операции.

Результаты и их обсуждение

Послеоперационные осложнения преобладали в группе пациентов оперированных по абсолютным показаниям 37,2% (9 пациентов). Среди них гнойно-септические осложнения: нагноение ран, абсцессы малого таза, послеоперационный перитонит, которые наблюдались у 6 (21,0%) больных. ТЭЛА была в 2 (5,1%) случаях, один из которых привел к летальному исходу.

В группе пациентов оперированных по относительным показаниям послеоперационные осложнения встречались в 21,3% (6 пациентов).

Несостоятельность резервуарного илеоанального анастомоза была у 2 (7,6%) больных, что потребовало наложение прерентивной илеостомы, которую удалось закрыть через 2 месяца. Нагноение послеоперационной раны и абсцессы малого таза составили 9,1% (3 пациента). Тромбогенных осложнений в данной группе пациентов удалось избежать.

Летальность отмечена у 3 пациентов (6,2%). Летальные исходы наступали у больных с тяжелым течением заболеваний, с измененной иммунной реактивностью и сниженной резистентностью, с наличием осложнений.

При проведении оперативного вмешательства по поводу тяжелой формы НЯК учитывали такие особенности как развитие коагулопатии на фоне геморрагического синдрома, снижение эластичности кишечной стенки и опасность ее травматического повреждения при интраоперационных манипуляциях, снижение регенеративных способностей тканей. Реанимационно-анестезиологическое обеспечение соответствовало тяжести больного и риску вмешательства. При этом прогнозировали возможные проблемы послеоперационного периода: проводилась трансфузия белковых и глюкозо-солевых препаратов с учетом гиповолемии и гипоксии.

Принципы проведения оперативного вмешательства включали:

- тщательный гемостаз на всех этапах операции;
- микробиологическое исследование экссудата брюшной полости;
- соблюдение принципа «некасания» пораженной стенки толстой кишки во избежание ее травматизации;
- лигирование магистральных сосудов непосредственно перед удалением препарата;
- тщательная фиксация кишечных стом;
- длительное (5 - 8 суток) дренирование брюшной полости.

Нормализация гомеостаза в послеоперационном периоде у больных тяжелой формой язвенного колита потребовала проведения интенсивной терапии не менее 10 - 14 дней, а специфическое лечение в амбулаторных условиях продолжается не менее 2 - 3 месяцев.

В ближайшем послеоперационном периоде проводилась комплексное лечение, в динамике учиты-

вающее ежедневные изменения клинических, лабораторных показателей систем гомеостаза, а именно: гормональная терапия, инфузионная терапия, коррекция гипопроотеинемии, коррекция электролитных расстройств, антибактериальная терапия, адекватная анестезия послеоперационного периода, стимуляция кишечника, раннее энтеральное питание, УЗИ-контроль брюшной полости.

Представленная схема, наряду с техническим выполнением операций, позволила сократить осложнения течения послеоперационного периода при срочных операциях у 87,2 % больных.

Функциональные результаты у больных, перенесших реконструктивно-восстановительные операции, считали хорошими если после восстановительной операции полностью нормализовалась функция сфинктера (больные самостоятельно удерживали газы и кал). Частота стула 1-2 раза в день. Стул оформленный или полужидкий. Жалобы проходили в течение первых 2-3 недель после операции. Трудоспособность сохранена.

Удовлетворительные — частота стула не превышала 4-6 раз в сутки через 3-6 месяцев. Стул оформленный или полужидкий. Некоторые ограничения трудоспособности.

Среди оперированных больных 40 (74,6%) пациентов составили хорошие и удовлетворительные результаты.

Выводы

1. Применение разработанной лечебной тактики позволило более четко и своевременно определять показания к оперативным вмешательствам, что отразилось на результатах хирургического лечения.

2. Своевременное определение показаний к операции, оптимальный выбор объема и техники выполнения вмешательства, комплексная терапия в послеоперационном периоде, индивидуальное применение различных методов хирургической реабилитации в настоящее время помогают решить проблему достижения хороших и удовлетворительных результатов хирургического лечения НЯК.

Литература

1. Воробьев Г.И. Хирургическое лечение осложнений неспецифического язвенного колита / Г.И. Воробьев, Н.В.Костенко, Т.Л. Михайлова [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2003. — Т.1. — С. 73-80.
2. Захараш М.П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М.П.Захараш, А.И.Пойда, В.М.Мельник // Матеріали ІІ з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. — К. : Медицина, 2006. — С.21-34.
3. Захараш М.П. Современная хирургическая тактика при неспецифическом язвенном колите / М.П.Захараш // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2. — С.31-34.
4. Неспецифический язвенный колит / [Ф.И. Комаров, А.М. Осадчук, М.А. Осадчук и др.]. — М. : Медицинское информационное агентство, 2008. — 256 с.
5. Пойда А.И. Новые методы хирургической реабилитации после колэктомии, колэктомии и резекции прямой кишки, колэктомии и экстирпации прямой кишки / А.И.Пойда, В.М. Мельник // Харківська хірургічна школа. — 2009. — № 2. — С.73-76.
6. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И.Л.Халиф, И.Д.Лоранская. — М. : Миклош, 2004. — 88 с.
7. Dozois R.R. The surgical management of ulcerative colitis / R.R.Dozois, K.A.Kelly // InInflammatory bowel disease (ed. by J.B. Kirshner) Fifth edition. — Saunders, 2000. — P.411-445.

Реферат

ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Милиця М.М., Постоленко М.Д., Ангеловський І.М., Милиця К.М., Солдусова В.В.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, хірургічне лікування, колектомія.

В роботі представлені результати хірургічного лікування хворих з неспецифічним виразковим колітом за останні 12 років в клініці хірургії та проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Обґрунтована необхідність розширення показань до хірургічного лікування таких хворих за відносними показаннями як основного резерву поліпшення безпосередніх і віддалених функціональних результатів оперованих пацієнтів з виразковим колітом.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

Militsa N.N., Postolenko N.D., Angelovskiy I.N., Militsa K.N., Soldusova V.V.

Keywords: ulcerative colitis, surgical treatment, colectomy.

This paper presents the results of treatment for patients with ulcerative colitis for previous 12 years at the clinic of surgery and proctology of the Ministry of Health of Ukraine. The extension of indications for surgical treatment of this pathology based on relative indications as the main resource to improve immediate and long-term functional results and life quality of patients operated have been substantiated.

УДК: 616-089.819-089.168:616-089.193.4

Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Скумс А.В., Литвиненко О.М., Литвин О.І.

РЕЛАПАРОСКОПІЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України, м.Київ

Вступ

Переваги сучасних мініінвазивних технологій в останні роки зумовили їх широке використання в хірургічній практиці, що в свою чергу збільшило частоту специфічних, притаманних саме для цих методик післяопераційних ускладнень [1,2]. Тому коли все більше клінік впроваджують в повсякденну практику лапароскопічні оперативні втручання, необхідно акцентувати увагу на можливих помилках та ускладненнях і шляхах їх профілактики та лікування.

Мета дослідження

Аналіз частоти виникнення післяопераційних ускладнень у хворих після лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини та заочеревинного простору, шляхи їх профілактики та лікування за допомогою виконання релапароскопічних втручань.

Об'єкт та методи дослідження

Проведений ретроспективний аналіз лапароскопіч-

них операцій, виконаних у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України у 21049 пацієнтів за період з 1993 по 2013рр., в тому числі 7262 (34,5%) чоловіків та 13787 (65,5%) жінок. Вік хворих від 7 до 94 роки у середньому (48,3±6,8) року.

Лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) виконали у 18095 хворих, експлорацію спільної жовчної протоки (СЖП) – у 675, герніопластику з приводу пахвинної грижі – у 197, післяопераційної грижі живота – у 73, кіст печінки – у 575, кіст селезінки – у 185, адреналектомія – у 154, апендектомія – у 334, видалення кіст яєчника – у 221, лапароскопічна міомектомія – у 14, резекція печінки – у 48, перицистектомія з приводу ехінококозу печінки – у 78, санація черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті – у 93, діагностична лапароскопія – у 255, цистопанкреатоеюностомія – у 9, дистальна резекція підшлункової залози (ПЗ) – у 5, енуклеція інсуліноми ПЗ – у 6, лапароскопічна спленектомія – у 32 (табл.1).

Таблиця 1.
Види лапароскопічних оперативних втручань

Оперативне втручання	Кількість хворих	Середній вік, років (x±m)	Стать ч:ж	Тривалість операції, хв (x±m)
ЛХЕ	18095	44,7±7,8	3:16	47±15,6
Лапароскопічна експлорація СЖП	675	46,8±6,7	2:11	85±12,6
Герніопластика пахвинної грижі	197	44,5±4,9	5:2	49±10,4
Пластика післяопераційної грижі живота	73	45,2±3,6	4:1	65±18,5
Видалення непаразитарних кіст печінки	575	52,6±9,3	4:7	35±12,6
Видалення кіст селезінки	185	20,2±3,7	3:5	87±6,3
Адреналектомія	154	51,5±10,4	5:4	64±13,6
Апендектомія	334	21,2±3,7	2:5	28,5±8,7
Видалення кіст яєчника	221	31,4±5,8	-	47,2±9,6
Лапароскопічна міомектомія	14	30,3±2,8	-	71,6±12,1
Резекція печінки	48	43,5±4,7	3:1	173,5±12,7
Перицистектомія з приводу ехінококозу печінки	78	31,2±3,4	3:4	116,3±7,2
Санація черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті	93	42,3±7,4	6:1	124,8±11,4
Діагностична лапароскопія	255	56,8±7,8	7:3	14,9±2,3
Цистопанкреатоеюностомія	9	45,7±4,2	7:2	189,6±14,6
Дистальна резекція ПЗ	5	49,7±6,3	4:1	241,6±15,2
Енуклеція інсуліноми ПЗ	6	37,3±4,8	1:2	100,4±15,1
Лапароскопічна спленектомія	32	29,6±5,1	5:3	94,5±8,1
Всього	21049	47,3±6,8	1:2	

Реферат

ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСПЕЦИФІЧНОГО ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

Милиця М.М., Постоленко М.Д., Ангеловський І.М., Милиця К.М., Солдусова В.В.

Ключові слова: неспецифічний виразковий коліт, хірургічне лікування, колектомія.

В роботі представлені результати хірургічного лікування хворих з неспецифічним виразковим колітом за останні 12 років в клініці хірургії та проктології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України». Обґрунтована необхідність розширення показань до хірургічного лікування таких хворих за відносними показаннями як основного резерву поліпшення безпосередніх і віддалених функціональних результатів оперованих пацієнтів з виразковим колітом.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

Militsa N.N., Postolenko N.D., Angelovskiy I.N., Militsa K.N., Soldusova V.V.

Keywords: ulcerative colitis, surgical treatment, colectomy.

This paper presents the results of treatment for patients with ulcerative colitis for previous 12 years at the clinic of surgery and proctology of the Ministry of Health of Ukraine. The extension of indications for surgical treatment of this pathology based on relative indications as the main resource to improve immediate and long-term functional results and life quality of patients operated have been substantiated.

УДК: 616-089.819-089.168:616-089.193.4

Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Скумс А.В., Литвиненко О.М., Литвин О.І.

РЕЛАПАРОСКОПІЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ В ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України, м.Київ

Вступ

Переваги сучасних мініінвазивних технологій в останні роки зумовили їх широке використання в хірургічній практиці, що в свою чергу збільшило частоту специфічних, притаманних саме для цих методик післяопераційних ускладнень [1,2]. Тому коли все більше клінік впроваджують в повсякденну практику лапароскопічні оперативні втручання, необхідно акцентувати увагу на можливих помилках та ускладненнях і шляхах їх профілактики та лікування.

Мета дослідження

Аналіз частоти виникнення післяопераційних ускладнень у хворих після лапароскопічних операцій на органах черевної порожнини та заочеревинного простору, шляхи їх профілактики та лікування за допомогою виконання релапароскопічних втручань.

Об'єкт та методи дослідження

Проведений ретроспективний аналіз лапароскопіч-

них операцій, виконаних у відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України у 21049 пацієнтів за період з 1993 по 2013рр., в тому числі 7262 (34,5%) чоловіків та 13787 (65,5%) жінок. Вік хворих від 7 до 94 роки у середньому (48,3±6,8) року.

Лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) виконали у 18095 хворих, експлорацію спільної жовчної протоки (СЖП) – у 675, герніопластику з приводу пахвинної грижі – у 197, післяопераційної грижі живота – у 73, кіст печінки – у 575, кіст селезінки – у 185, адреналектомія – у 154, апендектомія – у 334, видалення кіст яєчника – у 221, лапароскопічна міомектомія – у 14, резекція печінки – у 48, перицистектомія з приводу ехінококозу печінки – у 78, санація черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті – у 93, діагностична лапароскопія – у 255, цистопанкреатоеюностомія – у 9, дистальна резекція підшлункової залози (ПЗ) – у 5, енуклеція інсуліноми ПЗ – у 6, лапароскопічна спленектомія – у 32 (табл.1).

Таблиця 1.
Види лапароскопічних оперативних втручань

Оперативне втручання	Кількість хворих	Середній вік, років (x±m)	Стать ч:ж	Тривалість операції, хв (x±m)
ЛХЕ	18095	44,7±7,8	3:16	47±15,6
Лапароскопічна експлорація СЖП	675	46,8±6,7	2:11	85±12,6
Герніопластика пахвинної грижі	197	44,5±4,9	5:2	49±10,4
Пластика післяопераційної грижі живота	73	45,2±3,6	4:1	65±18,5
Видалення непаразитарних кіст печінки	575	52,6±9,3	4:7	35±12,6
Видалення кіст селезінки	185	20,2±3,7	3:5	87±6,3
Адреналектомія	154	51,5±10,4	5:4	64±13,6
Апендектомія	334	21,2±3,7	2:5	28,5±8,7
Видалення кіст яєчника	221	31,4±5,8	-	47,2±9,6
Лапароскопічна міомектомія	14	30,3±2,8	-	71,6±12,1
Резекція печінки	48	43,5±4,7	3:1	173,5±12,7
Перицистектомія з приводу ехінококозу печінки	78	31,2±3,4	3:4	116,3±7,2
Санація черевної порожнини при гострому деструктивному панкреатиті	93	42,3±7,4	6:1	124,8±11,4
Діагностична лапароскопія	255	56,8±7,8	7:3	14,9±2,3
Цистопанкреатоеюностомія	9	45,7±4,2	7:2	189,6±14,6
Дистальна резекція ПЗ	5	49,7±6,3	4:1	241,6±15,2
Енуклеція інсуліноми ПЗ	6	37,3±4,8	1:2	100,4±15,1
Лапароскопічна спленектомія	32	29,6±5,1	5:3	94,5±8,1
Всього	21049	47,3±6,8	1:2	

Більшість оперативних втручань (85,9%) – це ЛХЕ, що обумовлено значним поширенням жовчнокам'яної хвороби. Крім того, лапароскопічна хірургія в клініці, як і в інших клініках світу, починалася з холецистектомії. В подальшому інші лапароскопічні операції почали впроваджувати з 1995р., коли виконали першу лапароскопічну експлорацію СЖП при холедохолітазі.

Серед обстежених та прооперованих за допомогою лапароскопічного доступу 21049 хворих у 220 (1,04%) виникли ускладнення, що потребувало виконання повторних втручань. Всі повторні лапароскопічні втручання в ранньому післяопераційному періоді об'єднані під терміном “релапароскопія”. В структурі

післяопераційних ускладнень підтікання жовчі з ходів Люшка виявлено у 45 (20,5%) пацієнтів, підпечінковий абсцес – у 35 (15,9%), підтікання жовчі внаслідок дислокації кліпси – у 27 (12,3%), післяопераційна внутрішньочеревна кровотеча – у 63 (28,6%), механічна жовтяниця (кліпса на СЖП) – у 8 (3,6%), гематома пахвинної ділянки – у 9 (4,1%), підпечінкова гематома з нагноєнням – у 15 (6,8%), підтікання жовчі внаслідок “малих” пошкоджень – у 10 (4,5%), відмежовані скупчення рідини в черевній порожнині – у 5 (2,3%), сторонні тіла черевної порожнини – у 3 (1,4%) пацієнтів (табл.2).

Таблиця 2.
Структура післяопераційних ускладнень, які вимагали релапароскопії

Ускладнення	Кількість спостережень	
	абс.	%
підтікання жовчі з ходів Люшка	25	20,5
підпечінковий абсцес	35	15,9
підтікання жовчі внаслідок дислокації кліпси	27	12,3
післяопераційна внутрішньочеревна кровотеча	83	28,6
механічна жовтяниця (кліпса на СЖП)	8	3,6
гематома пахвинної ділянки	9	4,1
підпечінкова гематома з нагноєнням	15	6,8
підтікання жовчі внаслідок “малих” пошкоджень	10	4,5
відмежовані скупчення рідини	5	2,3
сторонні тіла	3	1,4
Всього	220	

Результати досліджень та їх обговорення

Враховуючи велику питому вагу ЛХЕ, структура післяопераційних ускладнень відповідає такій за даними статистики, які можна умовно розділити на гнійно-запальні (підпечінкові абсцеси, гематома з нагноєнням) та незапальні (кровотеча ложа жовчового міхура, підтікання жовчі), частота яких склала більше 90%. Виконані оперативні втручання належать до різних типів за ступенем ймовірного бактеріального забруднення операційних ран, від “чистих” (герніопластика, неускладнені форми ЖКХ, адреналектомії, тощо) до “умовно чистих” (деструктивний апендицит, деструктивні форми гострого холециститу, панкреонекроз та ін.), що зумовлює різну частоту гнійних ускладнень. Травматичність операції безпосередньо пов'язана з частотою гнійно-запальних ускладнень в післяопераційному періоді. Лапароскопічні операції виконують з застосуванням невеликих розрізів, отже, площа контакту тканин з зовнішнім середовищем менша і ймовірність інфікування також знижується.

Внутрішньочеревні гнійні ускладнення не спостерігали після виконання лапароскопічної герніопластики, адреналектомії, діагностичної лапароскопії. Інтраабдомінальні інфекційно-запальні ускладнення виявлені у 165 (0,78%) хворих, з яких у 58 випадках була виконана релапароскопія. Більшість з них виникали за ускладнених форм холециститу, деструктивного апендициту, панкреонекрозу, а також тяжких супутніх захворювань. Частота утворення внутрішньочеревних абсцесів після лапароскопічної холецистектомії, за даними літератури, становить від 0,17 до 1,92% [3,4]. Ми вважаємо, що для попередження таких ускладнень необхідне проведення УЗД-моніторингу після операції, і таким чином вчасно і адекватно реагувати на зміни в ложі жовчного міхура шляхом корекції лікувальної тактики (додаткові консервативні заходи, УЗД-контрольовані пункції, релапароскопія або лапаротомія) [6,7].

Найчастішим ускладненням в ранньому післяопераційному періоді була внутрішньочеревна кровотеча,

що спостерігалась у 63 пацієнтів. У 38 з них спостерігали кровотечу з ложа жовчного міхура, у 1 – з селезінкової артерії після спленектомії, у 3 – з ложа наднирника після адреналектомії, у 1 - з брижі червоподібного відростка, у 8 – з паренхіми печінки після її резекції та видалення кіст печінки, у 4 – після санації черевної порожнини з приводу деструктивного панкреатиту, у 2 – з паренхіми селезінки (після видалення її кісти), у 1 – після цистоваріоектомії, у 5 – внутрішньочеревна кровотеча з троакарної рани.

Релапароскопія являється гармонійним компонентом комплексного лікування та профілактики тяжких ускладнень в абдомінальній хірургії. Вона дає можливість активно діяти на патологічне вогнище, зберігати властивості мініінвазивності, що є надійним способом ранньої діагностики, та лікування післяопераційних ускладнень, в переважній більшості уникнути релапаротомії.

Висновки

1. Релапароскопія стала кінцевим методом лікування післяопераційних ускладнень лапароскопічних операцій у 94,3 % хворих.

2. В цілому метод релапароскопії, як і лапароскопічні втручання, необхідно визнати високоефективним в корекції післяопераційних ускладнень, з мінімальною операційною травмою для хворого з великим лікувальним ефектом та послідууючою швидкою реабілітацією пацієнтів.

3. Запропонована концепція використання релапароскопії та розроблені алгоритми її застосування при різних видах інтраабдомінальних післяопераційних ускладнень лапароскопічних операцій.

Література

1. Ничитайло М. Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М. Е. Ничитайло, А. В. Скумс. – К. : Макком. – 2006. – 189 с.
2. Мосягин В.Б. 15-летний-опыт использования релапароскопии в диагностике и лечении осложнений после лапароскопической холедохолитотомии / В.Б. Мосягин, М.А. Калинина, Н.Э. Заркуа, Д.Л. Бураковский // Вестник хирургии им.И.И.Грекова. – 2010. – № 6. – С.69-71.

3. Бебуришвили А.Г. Методологические и технологические аспекты релапароскопии / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 11. – С.35-39.
4. Dexter S.P. Relaparoscopy for the detection and treatment of complications of laparoscopic cholecystectomy / S.P. Dexter, G.V. Miller, D. Davides [et.al] // Am J Surg. – 2000. – V.179, №4. – P.316-319.
5. Leister I. Relaparoscopy as an alternative to laparotomy for laparoscopic complications / I.Leister, H. Becker // Chirurg. – 2006. – V. 77, №11. – P.986-997.
6. Barband A.R. Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach? / A.R.Barband, F. Kakaei, A. Daryani, M.B. Fakhree // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2011. – V.21, №4. – P.288-291.
7. Kirshtein B. Early relaparoscopy for management of suspected postoperative complications / B. Kirshtein, A. Roy-Shapira, S. Domchik, S. Mizrahi [et.al] // J Gastrointest Surg. – 2008. – V.12, №7. – P.1257-1262.

Реферат

РЕЛАПАРОСКОПИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Скумс А.В., Литвиненко А.Н., Литвин А.И.

Ключевые слова: релапароскопия, послеоперационные осложнения, внутрибрюшная гематома, истечение желчи.

Проведен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений, возникших у больных после лапароскопических вмешательств в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза. Доказано, что релапароскопия является эффективным диагностическо-лечебным методом и может быть использована в подавляющем большинстве пациентов данной группы.

Summary

RELAPAROSCOPY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY

Nychytaylo M.Ye., Ogorodnyk P.V., Skums A.V., Lytvynenko A.N., Lytvyn A.I.

Key words: relaparoscopy, postoperative complications, intra-abdominal hematoma, bile leakage

Results of postoperative complications occurred in patients who underwent laparoscopic intervention at the department of laparoscopic surgery and cholelithiasis have been analyzed. It has been proved the relaparoscopy is an effective diagnostic and therapeutic method, and can be used in the most cases for this group of patients.

УДК 616 – 007.43 – 073.763.5 – 079.4 – 089

Петренко Д.Г., Сипливый В.А., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ФОРМИРОВАНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
Клиника "Доктор Алекс" г. Харьков

Представлен опыт обследования 140 пациентов с большими и гигантскими грыжами. Проведено сравнение двух групп пациентов: первая – 28 пациентов, в стандарт обследования которых была включена КТ, и вторая – 112 пациентов традиционно обследованных с применением рентгенографии, рентгеноскопии и ультразвукового сканирования. Показано, что в первой группе частота выявления сопутствующей патологии в 5 раз больше по сравнению со второй группой. Углубленный анализ первой группы пациентов позволил рекомендовать выделить три клинические группы с учетом выявленной сопутствующей патологии: I-я группа – пациенты, которым показана плановая операция; II-я группа – пациенты, которым показана отсроченная плановая операция и III-я группа – пациентов, которым выполнение плановой операции в ближайшее время невозможно. Доказано, что включение КТ в стандарт обследования пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами позволит значительно улучшить качество диагностики сопутствующей патологии и сформировать дифференциальный подход к лечению. Это позволит хирургу планировать предоперационную подготовку пациента, адекватный способ оперативного вмешательства, анестезии и ведение послеоперационного периода, что будет способствовать значительному улучшению реабилитационных показателей.

Ключевые слова: вентральная грыжа, компьютерная томография.

Вступлення

Вентральные грыжи - широко распространенное заболевание во всех странах. Грыжи выявляются у 7-15% взрослого населения [1, 2, 5, 7], а большие и гигантские грыжи развиваются у 10 – 15% грыженосителей [1, 3, 7.]. Несмотря на значительные успехи герниологии за последние десятилетия: внедрение сетчатых эндопротезов, [1,5,10] эндоскопических способов герниопластики, улучшение анестезиологического пособия и др. результаты оперативного лечения больших и гигантских вентральных грыж не удовлетворяют ни хирургов, ни пациентов. Прежде всего обращает на себя внимание большой процент рецидивов грыж и неудовлетворяющий пациентов косметический эффект операции. Очевидно, что основная причина сложившейся ситуации обусловлена недооценкой сложности анатомо-функциональных нарушений в передней брюшной стенке, органах брюшной

полости, наличием интраабдоминальной и экстраабдоминальной сопутствующей патологии. Применение традиционных способов обследования пациентов рентгеноскопии, рентгенографии, ультразвукового сканирования ввиду малой разрешающей способности не позволяют хирургу получить интересующую его информацию. Внедрение компьютерной томографии (КТ) [2, 3, 9], особенно современных мультисрезовых спиральных томографов позволяет обследовать пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами на качественно более высоком уровне и получить высокодостоверную информацию при этой патологии. Анализируя полученную объективную информацию, хирург имеет возможность планировать предоперационную подготовку пациента, адекватный способ оперативного вмешательства, анестезии и ведение послеоперационного периода. Наш опыт мы представляем в этом сообщении

3. Бебуришвили А.Г. Методологические и технологические аспекты релапароскопии / А.Г. Бебуришвили, И.В. Михин, А.Н. Акинчиц [и др.] // Хирургия. – 2006. – № 11. – С.35-39.
4. Dexter S.P. Relaparoscopy for the detection and treatment of complications of laparoscopic cholecystectomy / S.P. Dexter, G.V. Miller, D. Davides [et.al] // Am J Surg. – 2000. – V.179, №4. – P.316-319.
5. Leister I. Relaparoscopy as an alternative to laparotomy for laparoscopic complications / I.Leister, H. Becker // Chirurg. – 2006. – V. 77, №11. – P.986-997.
6. Barband A.R. Relaparoscopy in minor bile leakage after laparoscopic cholecystectomy: an alternative approach? / A.R.Barband, F. Kakaei, A. Daryani, M.B. Fakhree // Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2011. – V.21, №4. – P.288-291.
7. Kirshtein B. Early relaparoscopy for management of suspected postoperative complications / B. Kirshtein, A. Roy-Shapira, S. Domchik, S. Mizrahi [et.al] // J Gastrointest Surg. – 2008. – V.12, №7. – P.1257-1262.

Реферат

РЕЛАПАРОСКОПИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ

Ничитайло М.Е., Огородник П.В., Скумс А.В., Литвиненко А.Н., Литвин А.И.

Ключевые слова: релапароскопия, послеоперационные осложнения, внутрибрюшная гематома, истечение желчи.

Проведен ретроспективный анализ послеоперационных осложнений, возникших у больных после лапароскопических вмешательств в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза. Доказано, что релапароскопия является эффективным диагностическо-лечебным методом и может быть использована в подавляющем большинстве пациентов данной группы.

Summary

RELAPAROSCOPY OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY

Nychytaylo M.Ye., Ogorodnyk P.V., Skums A.V., Lytvynenko A.N., Lytvyn A.I.

Key words: relaparoscopy, postoperative complications, intra-abdominal hematoma, bile leakage

Results of postoperative complications occurred in patients who underwent laparoscopic intervention at the department of laparoscopic surgery and cholelithiasis have been analyzed. It has been proved the relaparoscopy is an effective diagnostic and therapeutic method, and can be used in the most cases for this group of patients.

УДК 616 – 007.43 – 073.763.5 – 079.4 – 089

Петренко Д.Г., Сипливый В.А., Петренко Г.Д., Гузь А.Г., Менкус Б.В.

РОЛЬ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ФОРМИРОВАНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЬШИМИ И ГИГАНТСКИМИ ВЕНТРАЛЬНЫМИ ГРЫЖАМИ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков
Клиника "Доктор Алекс" г. Харьков

Представлен опыт обследования 140 пациентов с большими и гигантскими грыжами. Проведено сравнение двух групп пациентов: первая – 28 пациентов, в стандарт обследования которых была включена КТ, и вторая – 112 пациентов традиционно обследованных с применением рентгенографии, рентгеноскопии и ультразвукового сканирования. Показано, что в первой группе частота выявления сопутствующей патологии в 5 раз больше по сравнению со второй группой. Углубленный анализ первой группы пациентов позволил рекомендовать выделить три клинические группы с учетом выявленной сопутствующей патологии: I-я группа – пациенты, которым показана плановая операция; II-я группа – пациенты, которым показана отсроченная плановая операция и III-я группа – пациентов, которым выполнение плановой операции в ближайшее время невозможно. Доказано, что включение КТ в стандарт обследования пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами позволит значительно улучшить качество диагностики сопутствующей патологии и сформировать дифференциальный подход к лечению. Это позволит хирургу планировать предоперационную подготовку пациента, адекватный способ оперативного вмешательства, анестезии и ведение послеоперационного периода, что будет способствовать значительному улучшению реабилитационных показателей.

Ключевые слова: вентральная грыжа, компьютерная томография.

Вступлення

Вентральные грыжи - широко распространенное заболевание во всех странах. Грыжи выявляются у 7-15% взрослого населения [1, 2, 5, 7], а большие и гигантские грыжи развиваются у 10 – 15% грыженосителей [1, 3, 7.]. Несмотря на значительные успехи герниологии за последние десятилетия: внедрение сетчатых эндопротезов, [1,5,10] эндоскопических способов герниопластики, улучшение анестезиологического пособия и др. результаты оперативного лечения больших и гигантских вентральных грыж не удовлетворяют ни хирургов, ни пациентов. Прежде всего обращает на себя внимание большой процент рецидивов грыж и неудовлетворяющий пациентов косметический эффект операции. Очевидно, что основная причина сложившейся ситуации обусловлена недооценкой сложности анатомо-функциональных нарушений в передней брюшной стенке, органах брюшной

полости, наличием интраабдоминальной и экстраабдоминальной сопутствующей патологии. Применение традиционных способов обследования пациентов рентгеноскопии, рентгенографии, ультразвукового сканирования ввиду малой разрешающей способности не позволяют хирургу получить интересующую его информацию. Внедрение компьютерной томографии (КТ) [2, 3, 9], особенно современных мультисрезовых спиральных томографов позволяет обследовать пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами на качественно более высоком уровне и получить высокодостоверную информацию при этой патологии. Анализируя полученную объективную информацию, хирург имеет возможность планировать предоперационную подготовку пациента, адекватный способ оперативного вмешательства, анестезии и ведение послеоперационного периода. Наш опыт мы представляем в этом сообщении

Цель исследования

Оценка возможностей компьютерной томографии в формировании дифференциального подхода к пациентам с большими и гигантскими вентральными грыжами для улучшения реабилитационных показателей при оперативном лечении.

Объект и методы исследования

Под нашим наблюдением находилось 140 пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами. Среди них мужчин было 36 (25,7%), женщин – 104 (74,3%). Средний возраст пациентов составлял 56,2 года. Продолжительность грыженосительства была от 5 до 16 лет. Большие вентральные грыжи были у 84 (60,0%) пациентов, гигантские – у 56 (40,0%). Из них послеоперационные и рецидивные грыжи были у 117 (83,6%) пациентов. Все пациенты обследовались согласно разработанных нами стандартам с обязательным УЗИ и рентгеноскопией или рентгенографией органов брюшной полости. В последние годы в стандарт обследования нами включено и КТ органов брюшной полости – 28 пациентов. По показаниям выполняли КТ органов грудной клетки органов малого таза. КТ выполняли томографом Toshiba Aquilion – 16 с использованием стандартных методик сканирования, дополненных проведением пробы Вальсальвы и латеропозиции. Врач – рентгенолог описывал состояние внутренних органов, давал под-

робную характеристику грыжи, содержимого грыжевого мешка, размеры и локализацию грыжевых ворот, состояние мышечно – апоневротического каркаса стенок брюшной полости, толщину подкожно жирового слоя брюшной стенки.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ клинического материала при проведении компьютерной томографии позволил выявить ряд закономерностей у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами. Практически у всех пациентов обнаружена атрофия мышечного каркаса брюшной стенки. Важно отметить, что перераспределение внутрибрюшного давления в область грыжевого мешка приводит к развитию синдрома дислокации внутренних органов [Петренко Д.Г. с соавт. (2004)]. Эти вопросы описаны довольно подробно в предыдущих наших публикациях [4, 6].

Проводя сравнение двух групп пациентов: первая – 28 наблюдений у которых в обследовании применялась КТ и вторая – 112 наблюдений в стандарт обследования которых КТ не применялась, необходимо отметить, что сопутствующая патология в первой группе выявлена в 5 раз чаще, чем во второй группе пациентов. В таблице 1 представлена сопутствующая патология, которая была выявлена при обследовании пациентов томографом Toshiba Aquilion – 16.

Таблица 1
Сопутствующая патология у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами, выявленная при КТ обследовании.

№ п/п	Выявленная сопутствующая патология	Число пациентов	
		Абс.	%
1	Туберкулез легких	1	3,6
2	Рак предстательной железы	1	3,6
3	Хронический калькулезный холецистит	2	7,1
4	Хронический бескаменный холецистит	2	7,1
5	Хронический панкреатит	3	19,7
6	Кисты печени	1	3,6
7	Кисты почек	1	3,6
8	Мочекаменная болезнь	3	10,7
9	Фиброма матки	2	7,1
10	Кисты яичников	1	3,6
11	Ожирение с избыточным отложением жира в области живота	8	28,6
12	Патологии не выявлено	3	10,7
13	Всего	28	100,0

Следовательно, нами была выявлена сопутствующая патология с помощью КТ у 25 (89,3%) пациентов и только у 3 (10,7%) сопутствующей патологии не выявлено. Это свидетельствует о необходимости среди пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами дифференцировать три группы пациентов для определения различной лечебной тактики.

I-я клиническая группа – показаны плановые операции. Это пациенты без тяжелой сопутствующей патологии или с хирургической патологией, которым может быть выполнена симультанная операция. В наших наблюдениях это пациенты с хроническим калькулезным холециститом, хроническим бескаменным холециститом, хроническим панкреатитом, кистами печени, ожирением с избыточным отложением жира в области живота – 19 (67,8%) пациентов.

II-я клиническая группа - пациенты, которым может быть выполнена отсроченная плановая операция в связи с необходимой консультацией, а возможно и лечением у смежных специалистов (уролога, гинеколога и др.). В наших наблюдениях это пациенты с

кистами почек, мочекаменной болезнью, фибромой матки, кистами яичников – 7 (24,5%) пациентов.

III-я клиническая группа – включает пациентов, которым плановое оперативное вмешательство в ближайшей перспективе невозможно. В эту группу вошли пациенты с выявленными злокачественными новообразованиями (1 пациент раком предстательной железы), а также пациенты, нуждающиеся в длительном специальном лечении (1 пациент с выявленным туберкулезом легких). В эту группу включены 2 (7,2%) наблюдения из обследованных нами с помощью КТ пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами.

Таким образом, дополнение стандарта обследования пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами методом КТ значительно улучшает качество диагностики сопутствующей патологии и позволяет выработать дифференциальный подход к лечению таких пациентов.

Выводы

1. В стандарт обследования пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами необходимо

ввести КТ органов брюшной полости, а при необходимости органов малого таза и органов грудной клетки, что позволит значительно улучшить качество диагностики сопутствующей патологии.

2. Информация полученная с помощью КТ, позволяет среди пациентов с большими и гигантскими грыжами выделить три клинических группы: I – группа, пациенты, которым показано плановое оперативное лечение, II – группа, пациенты, которым показано отсроченное плановое оперативное лечение, и III – группа, пациенты, которым выполнение оперативного вмешательства в ближайшее время невозможно.

3. Проведение КТ в комплексном обследовании этого контингента пациентов поможет хирургу в формировании дифференциального подхода в лечении провести адекватную предоперационную подготовку, выбрать рациональный способ герниопластики и планировать ведение послеоперационного периода, что приведет к улучшению реабилитационных показателей у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами.

Литература

1. Грубник В.В. Современное лечение брюшных грыж / А.А.Лосев, Н.В.Баязиев, Р.С.Парфентьев. – К., Здоров'я, 2001. – 280 с.
2. Петренко Д.Г. Сучасні можливості оцінки великих і гігантських вентральних гриж шляхом комп'ютерно – томографічного до-

- слідження / Д.Г. Петренко // Матеріали XIV конгресу світової федерації Українських лікарських товариств. – 2012. – С. 359.
3. Петренко Д.Г. Роль компьютерной томографии в оценке течения больших и гигантских грыж брюшной стенки / Д.Г. Петренко, В.А. Сипливи, Г.Д. Петренко [и др.] // Тези доповідей наук.практи.конф. Актуальні аспекти абдоминальної хірургії. – Кліні. хірургія. – 2012. – №10. – С.43.
4. Петренко Д.Г. Объективная оценка риска гнойно – септических осложнений у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами / Д.Г. Петренко, В.А. Сипливи, Г.Д. Петренко [и др.] // Труды крым. – мед. ун- та им. С.Н. Георгиевского. – 2007. – Т.143. – С.211-214.
5. Петренко Д.Г. Оценка современных способов герниопластики у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами живота / Д.Г. Петренко, В.А.Сипливи, Г.Д. Петренко, А.Г.Гуз [и др.] // Кліні.хірургія. – 2008. – №11-12. – С.62-63.
6. Петренко Д.Г. Синдром дислокации внутренних органов у пациентов с большими и гигантскими вентральными грыжами / Д.Г. Петренко, В.А. Сипливи, Г.Д.Петренко [и др.] // Вісник Української стоматологічної академії. – 2007. – Т.7, Вип.1-2. – С.154-156.
7. Фелештинский Я.П. Развитие герниологии в Украине та його перспективи / Я.П. Фелештинский, М.І. Тутченко, С.М. Піотрович // Матеріали II Всеукраїнської наук. прак.конф. ; Хірургічне лікування гриж живота з використанням сучасних пластичних матеріалів. – Алушта, 2004. – С.5.
8. Aguirre D.A. Abdominal Wall Hernias: Imaging Features Complications, and Diagnostic Pitfalls at Multi / D.A. Aguirre, A.C. Santosa, G.Casola, C.B.Sirlin – Detector Row CT. RadioGraphics, 2005.
9. Conze J. Incisional hernia: challenge if reoperations after mesh repair / J.Conze, C.J.Krines, V.Schumpelick, U. Klinge // Llangenbecks Arch Surg. – 2007. – №392. – P.453-457.

Реферат

ЗНАЧЕННЯ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ФОРМУВАННІ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИБОРУ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ВЕЛИКИМИ І ГІГАНТСЬКИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ

Петренко Д.Г., Сипливи В.О., Петренко Г.Д., Гуз А.Г., Менкус Б.В

Ключові слова: вентральна грижа, комп'ютерна томографія, екстраабдоминальна і інтраабдоминальна патологія, лікувальна тактика.

Приведено досвід обстеження 140 пацієнтів з великими і гігантськими вентральними грижами. Проведено порівняння двох груп пацієнтів: перша група – 28 пацієнтів, в стандарт обстеження яких було включено КТ, і друга група – 112 пацієнтів, обслідуваних традиційно з застосуванням рентгенографії, рентгеноскопії і ультразвукового сканування. Показано, що в першій групі частота виявленої супутньої патології в 5 разів перевищує другу групу. Поглиблений аналіз першої групи пацієнтів дозволив рекомендувати виділення 3-х клінічних груп: I – а пацієнти, яким показана планова операція; II – а пацієнти, яким показана відсрочена планова операція і III - а група пацієнтів, яким виконати планову операцію в ближчий термін неможливо. Доведено, що включення КТ в стандарт обстеження пацієнтів з великими і гігантськими вентральними грижами дозволить значно поліпшити якість діагностики супутньої патології і формувати диференційований вибір лікування. Це дозволить хірургу планувати передоперативну підготовку пацієнта, адекватний спосіб оперативного втручання, анестезії і ведення післяопераційного періоду, що сприятиме значному поліпшенню реабілітаційних показників.

Summary

COMPUTED TOMOGRAPHY IN DEVELOPING OF DIFFERENTIAL APPROACH TO TREATMENT OF PATIENTS WITH LARGE AND GIANT VENTRAL HERNIAS

Petrenko D.G., Sipliviy V.A., Petrenko G.D., Guz A.G., Menkus B.V.

Keywords: ventral hernia, computed tomography, extra-abdominal and intraabdominal pathology, surgical approach, therapeutic management.

This paper describes the experience in examination of 140 patients with large and giant ventral hernias. We compared two groups of patients: the 1st group was made up of 28 patients with a CT included to the standard examination, and the 2nd group of 112 patients who were examined with conventional X-ray and US scanning. It has been found out the diagnosis of concomitant pathology was 5 times more in the 1st group compared to the 2nd group. The deep analysis of the findings obtained in the 1st group of patients allowed us to recommend to distinguish three clinical subgroups according to the concomitant pathology diagnosed: the 1st subgroup involves patients who are indicated to have planned surgery; the 2nd subgroup includes patients who are indicated to postpone surgery, and the 3rd subgroup comprises patients for whom planned operation is impossible in nearest future. It had been proven that including CT into standard examination for patients with large and giant ventral hernias will help to diagnose concomitant pathology in most cases and to plan a differential treatment approach for the patients. This will allow the surgeon to plan a preoperative preparation, to choose adequate surgical approach, proper anesthesia and post-operative care.

УДК – 616.344-002-03184-06-089

Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХВОРОБИ КРОНА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Частота хвороби Крона зростає в 60-70 роки ХХ століття, особливо у Великобританії, Швеції, США та Німеччині. Набагато рідше вона в Іспанії, Сицилії та Ізраїлі. Середній показник частоти хвороби Крона становить 5,9 випадків на 100000 населення в рік. Поширеність хвороби коливається в межах від 34 до 146 хворих на 100000 населення. Екстрені та термінові оперативні втручання при термінальному ілеїті показані при наступних ускладненнях: перитоніт, перфорація, кишкова непрохідність. При ремісії хворих з ускладненою хворобою Крона потребує планового етапного хірургічного лікування. Інфільтративно-норицеві форми термінального ілеїту ускладнені абсцесом черевної порожнини слід оперувати в три етапи – ілеостомія з розкриттям гноя як перший етап, резекцію ураженого сегменту кишки – як другий етап, реконструкція кишки – третім етапом.

Ключові слова: хвороба Крона, термінальний ілеїт.

Вступ

Частота хвороби Крона зростає в 60-70 роки ХХ століття, особливо у Великобританії, Швеції, США та Німеччині. Набагато рідше вона в Іспанії, Сицилії та Ізраїлі. Середній показник частоти хвороби Крона становить 5,9 випадків на 100000 населення в рік. Поширеність хвороби коливається в межах від 34 до 146 хворих на 100000 населення [1,4]. Середній рівень захворюваності в північній Європі на 80% вищий, ніж в південній її частині. Недавні дослідження в Східній Європі свідчать про низький рівень захворюваності хворобою Крона і, що найбільш важливо, звертають увагу на появу західно-східного напрямку у поширенні захворювання. Відзначено також, що в регіонах із високою захворюваністю неспецифічним виразковим колітом спостерігається і найвищий рівень захворюваності хворобою Крона [2].

Рано чи пізно майже усі хворі з хворобою Крона піддаються хірургічному лікуванню. Через 5 років після початку захворювання ймовірність операції складає близько 40%, через 10 років – близько 70%, а через 20 років – майже 90% [3]. Частота оперативних втручань залежить не тільки від тривалості захворювання, але і від локалізації ураження. При комбінованому ураженні тонкої та товстої кишок ймовірність операції найбільш висока. Вона залишається досить високою при ізольованому ураженні тонкої кишки і виявляється найбільш низькою при ізольованому ураженні товстої кишки [5].

Як показали мультицентрові дослідження, важливе прогностичне значення мають локалізація і поширеність уражень при хворобі Крона. Ізольоване ураження тонкої кишки рідко призводить до виникнення клінічно виражених рецидивів (менше 30%) і необхідності повторних оперативних втручань протягом 10 років після першої операції. Навпаки, при первинному ураженні клубової і товстої кишок прогноз помітно гірше: у 70% хворих розвиваються клінічно виражені рецидиви, у 60% протягом 10 років виникає необхідність у повторних операціях [7]. Ризик розвитку клінічних рецидивів у осіб з хворобою Крона при первинно-

му ізольованому ураженні товстої кишки протягом 10 років становить 60%, тоді як необхідність повторних операцій виникає у 15% хворих [6]. Згідно з дослідженнями Michelassietal (2000), ризик повторних операцій при первинному ураженні декількох відділів шлунково-кишкового тракту виявляється достовірно більш високим (до 65%), а при ізольованому ураженні лише одного з перерахованих відділів шлунково-кишкового тракту (тільки 25%).

Питання про обсяг хірургічного втручання при ускладнених формах хвороби Крона досі не вирішене. За даними більшості авторів, обсяг операції в даний час обмежується економною резекцією сегмента кишки, відповідального за розвиток ускладнень, які спричинили необхідність операції [7].

Мета дослідження

Розпрацювання диференційованої хірургічної тактики лікування ускладнень термінального ілеїту.

Об'єкт і методи дослідження

Відповідно до сучасної концепції курації хворих хворобою Крона, хірургічні методи застосовувалися тільки для лікування ускладнень (кишкова непрохідність, нориці, формування абсцесів, перфорація, карцинома), важкий загальний стан пацієнта стійко обмежує їхню фізичну активність.

В хірургічній клініці ЗОКП ім. Андрія Новака (м. Ужгород) ми спостерігали 43 пацієнти із розвиненими ускладненнями хвороби Крона. При цьому було виконано 79 операцій. З них 1 хворому виконано 8 оперативних втручань, 10 пацієнтів перенесли по 3 операції, ще 5 пацієнтам було виконано по 2 операції, а решта перенесли по одному оперативному втручання. Види оперативних втручань представлені в таблиці 1. Найбільш частими показаннями до виконання оперативного втручання в плановому порядку були зовнішні нориці, інфільтрати з міжкишковими норицями та абсцедуванням, 44% оперативних втручань виконували по невідкладних показах.

Таблиця №1
Види оперативних втручань застосованих при лікуванні хвороби Крона

Вид оперативного втручання	Ускладнення хвороби Крона			
	Перитоніт	Нориці	Стрикттури	Інфільтрати
Правобічна геміколектомія	–	3	16	1
Сегментарні резекції	–	–	–	9
Субтотальна колектомія	–	–	1	–
Ілеостомія	2	–	–	11
Розкриття і дренирування гнояків та ліквідація нориць в тому числі	–	16	–	8
Реконструктивні операції	2	5	1	4

УДК – 616.344-002-03184-06-089

Русин В.І., Чобей С.М., Шкріба І.І.

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ХВОРОБИ КРОНА

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Частота хвороби Крона зростає в 60-70 роки ХХ століття, особливо у Великобританії, Швеції, США та Німеччині. Набагато рідше вона в Іспанії, Сицилії та Ізраїлі. Середній показник частоти хвороби Крона становить 5,9 випадків на 100000 населення в рік. Поширеність хвороби коливається в межах від 34 до 146 хворих на 100000 населення. Екстрені та термінові оперативні втручання при термінальному ілеїті показані при наступних ускладненнях: перитоніт, перфорація, кишкова непрохідність. При ремісії хворих з ускладненою хворобою Крона потребує планового етапного хірургічного лікування. Інфільтративно-норицеві форми термінального ілеїту ускладнені абсцесом черевної порожнини слід оперувати в три етапи – ілеостомія з розкриттям гнояка як перший етап, резекцію ураженого сегменту кишки – як другий етап, реконструкція кишки – третім етапом.

Ключові слова: хвороба Крона, термінальний ілеїт.

Вступ

Частота хвороби Крона зростає в 60-70 роки ХХ століття, особливо у Великобританії, Швеції, США та Німеччині. Набагато рідше вона в Іспанії, Сицилії та Ізраїлі. Середній показник частоти хвороби Крона становить 5,9 випадків на 100000 населення в рік. Поширеність хвороби коливається в межах від 34 до 146 хворих на 100000 населення [1,4]. Середній рівень захворюваності в північній Європі на 80% вищий, ніж в південній її частині. Недавні дослідження в Східній Європі свідчать про низький рівень захворюваності хворобою Крона і, що найбільш важливо, звертають увагу на появу західно-східного напрямку у поширенні захворювання. Відзначено також, що в регіонах із високою захворюваністю неспецифічним виразковим колітом спостерігається і найвищий рівень захворюваності хворобою Крона [2].

Рано чи пізно майже усі хворі з хворобою Крона піддаються хірургічному лікуванню. Через 5 років після початку захворювання ймовірність операції складає близько 40%, через 10 років – близько 70%, а через 20 років – майже 90% [3]. Частота оперативних втручань залежить не тільки від тривалості захворювання, але і від локалізації ураження. При комбінованому ураженні тонкої та товстої кишок ймовірність операції найбільш висока. Вона залишається досить високою при ізольованому ураженні тонкої кишки і виявляється найбільш низькою при ізольованому ураженні товстої кишки [5].

Як показали мультицентрові дослідження, важливе прогностичне значення мають локалізація і поширеність уражень при хворобі Крона. Ізольоване ураження тонкої кишки рідко призводить до виникнення клінічно виражених рецидивів (менше 30%) і необхідності повторних оперативних втручань протягом 10 років після першої операції. Навпаки, при первинному ураженні клубової і товстої кишок прогноз помітно гірше: у 70% хворих розвиваються клінічно виражені рецидиви, у 60% протягом 10 років виникає необхідність у повторних операціях [7]. Ризик розвитку клінічних рецидивів у осіб з хворобою Крона при первинно-

му ізольованому ураженні товстої кишки протягом 10 років становить 60%, тоді як необхідність повторних операцій виникає у 15% хворих [6]. Згідно з дослідженнями Michelassietal (2000), ризик повторних операцій при первинному ураженні декількох відділів шлунково-кишкового тракту виявляється достовірно більш високим (до 65%), а при ізольованому ураженні лише одного з перерахованих відділів шлунково-кишкового тракту (тільки 25%).

Питання про обсяг хірургічного втручання при ускладнених формах хвороби Крона досі не вирішене. За даними більшості авторів, обсяг операції в даний час обмежується економною резекцією сегмента кишки, відповідального за розвиток ускладнень, які спричинили необхідність операції [7].

Мета дослідження

Розпрацювання диференційованої хірургічної тактики лікування ускладнень термінального ілеїту.

Об'єкт і методи дослідження

Відповідно до сучасної концепції курації хворих хворобою Крона, хірургічні методи застосовувалися тільки для лікування ускладнень (кишкова непрохідність, нориці, формування абсцесів, перфорація, карцинома), важкий загальний стан пацієнта стійко обмежує їхню фізичну активність.

В хірургічній клініці ЗОКП ім. Андрія Новака (м. Ужгород) ми спостерігали 43 пацієнти із розвиненими ускладненнями хвороби Крона. При цьому було виконано 79 операцій. З них 1 хворому виконано 8 оперативних втручань, 10 пацієнтів перенесли по 3 операції, ще 5 пацієнтам було виконано по 2 операції, а решта перенесли по одному оперативному втручання. Види оперативних втручань представлені в таблиці 1. Найбільш частими показаннями до виконання оперативного втручання в плановому порядку були зовнішні нориці, інфільтрати з міжкишковими норицями та абсцедуванням, 44% оперативних втручань виконували по невідкладних показах.

Таблиця №1
Види оперативних втручань застосованих при лікуванні хвороби Крона

Вид оперативного втручання	Ускладнення хвороби Крона			
	Перитоніт	Нориці	Стрикттури	Інфільтрати
Правобічна геміколектомія	–	3	16	1
Сегментарні резекції	–	–	–	9
Субтотальна колектомія	–	–	1	–
Ілеостомія	2	–	–	11
Розкриття і дренирування гнояків та ліквідація нориць в тому числі	–	16	–	8
Реконструктивні операції	2	5	1	4

Де показами до екстреного та термінового оперативного лікування при хворобі Крона були:

1. Перитоніт.
2. Перфорація.
3. Стриктри здухвинної кишки з явищами кишкової непрохідності.

У зв'язку з чим покази до операції при хворобі Крона можна поділити на:

Екстрені – при прогресуванні ускладнень, не дивлячись на проведення консервативної терапії.

Термінові – при недостатній ефективності консервативної терапії та збереженні клінічних проявів захворювання.

Планові – клінічні прояви захворювання ліквідовані, але патологічний субстрат зберігався (внутрішні нориці, стриктури) і був реальний ризик рецидиву.

Перитоніт при хворобі Крона спостерігався у двох (4,7%) пацієнтів і всі вони оперовані у декілька етапів. Зовнішні нориці як ускладнення термінального ілеїту спостерігались у 10 (23,3%) хворих і всі вони також оперувались у декілька етапів. Стриктра здухвинної кишки з порушенням кишкової прохідності була у 17 (19,5%) пацієнтів, де у 10 (58,8%) з них виконана одномоментна операція, а у семи (41,2%) – у декілька етапів. Наявність інфільтрату з міжкишковими норицями та абсцедуванням спостерігалось у 14 (32,6%) хворих де у 11 (78,6%) операція виконувалась одномоментно, а у трьох (21,4%) – у декілька етапів. Реконструктивно-відновні втручання виконані у 12 (26,7%) хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

Норицеві отвори на шкірі передньої черевної стінки спостерігались у 7 (50%) хворих, з них в трьох – два та більше отворів в правій здухвинній ділянці, в місці післяопераційного рубця, з яких спостерігались тонкокишкові виділення. У двох хворих зовнішні норицеві отвори спостерігались в нижній третині нижньосерединного лапаротомного рубця із скудним виділенням гною.

У 7 пацієнтів із інфільтратами в правій здухвинній ділянці, перебіг хвороби ускладнювався утворенням нориць після першого етапу оперативного лікування після виконання апендектомії в інших лікувальних закладах. У одного хворого виконано висічення нориці з правобічною геміколектомією, а у шести хворих у два етапи – висічення нориці та сегментарна резекція інфільтрату в межах тонкої кишки. При ураженні сигмоподібної кишки оперативне лікування проводили у два етапи, при першому накладали колоостому, а після стихання запального процесу виконували другий етап в обсязі резекції сигмоподібної кишки з висіченням нориці передньої черевної стінки.

Термінальний відділ здухвинної кишки був доступний для ревізії у 36 (77,8%) хворих. Ознаки запального перипроцесу виявлені у правій здухвинній ямці, де до термінального відділу здухвинної кишки були припаяні сигмоподібна та сліпа кишки. При роз'єднанні спайок у 7 (17,3%) виявлено норицю між петлями зду-

хвинної та сліпої кишки, а у двох (4,4%) між петлями здухвинної та сигмоподібної кишки. Лікування цих пацієнтів виконувалось в два етапи де у 6 (13,3%) виконана резекція ілеоцекального відділу з формуванням ілео- і асцендостоми. Резекція здухвинної кишки з формуванням двостулкової ілеостоми виконано у 4 (8,9%) хворих.

Абсцеси черевної порожнини спостерігались у семи хворих з інфільтратом та міжкишковими норицями, чотири в ілеоцекальному куті між передньою черевною стінкою та кишкою, три між петлями кишок в порожнині малого тазу.

Враховуючи важку форму хвороби Крона з ураженням термінального відділу здухвинної кишки, ускладненою формуванням зовнішніх і внутрішніх тонкокишкових нориць, обширного інфільтрату з наявністю абсцесів черевної порожнини та наростаючої кишкової непрохідності, неефективність консервативної терапії семи хворим (16,7%) оперативне лікування було розділено на три етапи. На першому етапі – виконувалось накладання двостулкової ілеостоми та розкриття і дренажування абсцесу, на другому етапі сегментарна резекція або геміколектомія через 2-8 місяців. На третьому етапі – закриття ілеостоми через 1-3 місяці після другого етапу.

При такому грізному ускладненні як перитоніт екстрена операція зводилась до санації черевної порожнини з наступним дренажуванням і створенням ілеостоми вище конгломерату кишок з перфорацією яка окремо вишивають на передню черевну стінку. Наступним етапом, через 2-3 місяці виконувалась сегментарна резекція уражених петель кишки з відновленням пасажу.

Основним патогенетичним механізмом розвитку ускладнень при хворобі Крона з локалізацією в термінальному відділі клубової кишки є формування запальної стриктури з одночасною пенетрацією виразкового дефекту в проксимальному відділі ураження за межі кишкової стінки. У цьому випадку розвивається реактивне запалення із формуванням паракишкового інфільтрату, а потім розвиток внутрішніх і зовнішніх кишкових нориць. Якщо прогресування захворювання відбувається на фоні неадекватної консервативної терапії і призводить до порушення кишкової прохідності, розвитку гнійно-септичних ускладнень, то виникає необхідність хірургічного лікування.

У половини хворих в черевній порожнині спостерігали серозний вміст в об'ємі 100-150мл. При бактеріологічному аналізі наявність інфекційного асцити виявлена у 5 хворих, в тому числі чотири види мікроорганізмів (*Citrobacter*, *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Escherichia coli*) з чутливістю до групи карбопенемів.

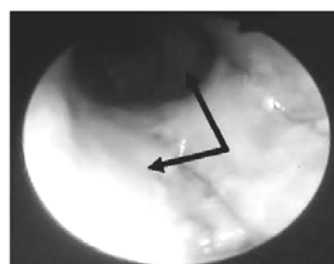
У 11 хворих термінальний ілеїт не розповсюджувався безпосередньо на зону баугінієвої заслінки і спостерігалась незмінена ділянка тонкої кишки протяжністю 10см до переходу в сліпу кишку. У трьох пацієнтів у запальний процес була втягнута здухвинна частина тонкої кишки безпосередньо в ілеоцекальний кут (рис.1).



Рис.1. Мікропрепарат хворої М. Стеноз термінального відділу тонкої кишки в ділянці переходу в сліпу кишку.



а)



б)

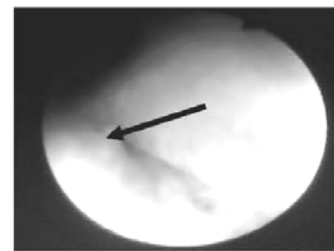


Рис. 2. Кишково-шкірні нориці: а) вид ззовні; б) вид з боку слизової прямої кишки.

Інфільтрат розташовувався переважно в правій здухвинній ділянці розмірами від 5х8см до 20х30см. У всіх хворих в інфільтрат були втягнуті ілеоцекальний кут з брижейкою термінального відділу тонкої кишки. Втягнуті в інфільтрат були сигмовидна кишка у 5 (35,7%), сальник 7 (50%), сечовий міхур у 2 (14,3%), матка з додатками у 1 (7,1%) пацієнта.

Термінальний відділ здухвинної кишки був доступний для ревізії у 11 (78,1%) хворих. Останній був потовщений, брижа інфільтрована. При роз'єднанні спайок у 5 (35,7%) пацієнтів виявлена нориця між термінальним відділом здухвинної та сліпої кишок.

Тривало існуючі стриктури і інфільтрати при хворобі Крона викликали гостру кишкову непрохідність у 20 пацієнтів. Причинами, що викликали непрохідність в 17 випадках, були стриктури, які локалізувалися в термінальному відділі клубової кишки. Інфільтрати черевної порожнини стали причиною виникнення ОКН у 3 пацієнтів, у 3-х з них вони локалізувалися також в ілеоцекальному куті.

У всіх 20 випадках операції виконували за екстремними показаннями одномоментно. При цьому при ОКН, що викликана стриктурою термінального відділу клубової кишки, виконували операцію в обсязі правосторонньої геміколектомії з назогастроінтестинальною інтубацією тонкої кишки.

При ураженні дистальних відділів товстої кишки у

80% випадків спостерігалися аноректальні нориці (рис.2). Кишково-шкірні нориці ускладнюються періодично парапроктитами, що потребують свого хірургічного лікування.

Серед хірургічних методів лікування цих хворих виконується розкриття та дренивання парапроктиту, висічення задньої екстрасфінктерної нориці прямої кишки з проведенням лігатури, висічення задньої екстрасфінктерної нориці з ушиванням сфінктеру, відновлення прямої кишки, на фоні місцевих мазевих аплікацій метрогіла, мікроклізмами (гідрокортизону 125мг, салофальку 3мг/кг на добу), імунодепресантів (азатіоприн 2мг/кг на добу, антибіотики).

Нориці відносяться до ускладнень хвороби Крона і являють собою канали, що утворюються в результаті поширення трансмурального запалення або виразки на прилеглі тканини. Частота виникнення нориць у осіб із довгостроково існуючою хворобою Крона, за різними даними становить від 5 до 40%. Як правило, вони розвиваються при важкому перебігу захворювання, утворень стенозів, а також після операції. Норичні ходи можуть досягати шкіри (зовнішні нориці), сусідніх органів (внутрішні нориці) або ж закінчуватися сліпо в навколишніх тканинах, стаючи придатною зоною для подальшого утворення абсцесів.

Кишково-кишкові нориці являють собою найбільш часті варіанти нориць, що зустрічаються при хворобі

Крона. Серед них переважають нориці між різними ділянками тонкої кишки, нориці між термінальним відділом клубової кишки та ободової або сигмовидної кишками. Нориці приводять до розвитку спадкового процесу між ураженими ділянками кишечника з формуванням пухлиноподібних конгломератів.

Для діагностики нориць доцільно застосувати рентгенологічне дослідження, ультразвукове дослідження, а також комп'ютерну томографію. Найбільш інформативним діагностики нориць є фістулографія. Внутрішні нориці виявляються за допомогою пероральної ентєрографії та ірігоскопії. Комп'ютерна томографія в 30% випадків дозволяє виявити нерозпізнані раніше зміни і в 80% діагностувати наявність раніше не виявлених нориць між ураженими ділянками кишки і внутрішніми органами, а також шкірою та м'язами.

При локалізації нориць в області прямої кишки і заднього проходу найкращі результати дають магніто-резонансна томографія та ендосонографія прямої кишки.

Серед ускладнень хвороби Крона абсцеси зустрічаються в 1-14% випадків. Внутрішні нориці, а також перфорація стінки кишки можуть стати у хворих хворобою Крона причинами виникнення абсцесів. Абсцеси частіше розташовуються між кишечником і черевною стінкою або заочеревинно. Рідше зустрічаються лігатурні або мезентеріальні абсцеси

Абсцеси, розташовані внутрішньоочеревинно, найчастіше бувають пов'язані з норицями, поперечною стінкою кишки або неспроможністю анастомозів. Внутрішньоочеревинні абсцеси також зазвичай обумовлюються норицями.

Стриктри кишки виявляють у 30-50% пацієнтів із хворобою Крона. Кишкова обструкція частіше розвивається в разі ураження тонкої кишки (35%) при локалізації процесу в товстій кишці в 17% випадків. Стриктри і стенози кишки, що розвинулися на ранній стадії захворювання, мають доброякісний характер. Фіброзні зміни в стінці кишки призводять до виникнення коротких ділянок стриктур або більш протяжних зон стенозування, що нагадують за формою слухавку. Стенози при хворобі Крона обумовлюються в більшості випадків ураженнями м'язової оболонки, що включають в себе дезінтеграцію її нормальної структури. Стенози, пов'язані з ураженням м'язової оболонки найчастіше локалізуються в сигмовидній кишці. Однак зміни м'язової оболонки нерідко беруть участь і у формуванні стенозів тонкої і товстої кишок. Кишкова обструкція частіше розвивається на тлі гострого запалення слизової оболонки, яка супроводжується набряком і запально обумовленим звуженням просвіту в тих випадках, коли початково є рубцеві зміни кишки, викликані попередніми загостреннями. Але завжди необхідно пам'ятати, що за виявленою стриктурою кишки може ховатися злоякісна пухлина. Найчастіше стриктури кишки локалізуються в термінальному відділі клубової кишки.

Захворювання не завжди вдається вилікувати за допомогою хірургічного втручання, проте вираженість клінічних проявів, а також частота загострень, які потребують лікарської терапії, після операції суттєво зменшуються. А при локалізації ураження в ілеоцекальному зоні, зволікання з операцією не призводять до зменшення частоти оперативних втручань і не покращують перебігу післяопераційного періоду. Це заключення призвело в останні 20 років до формування сучасної концепції, згідно якої хірургічні методи повинні застосовуватись тільки для лікування ускладнень (кишкова непрохідність, нориці, абсцеси, перфорація,

кровотеча), які не підлягають консервативній терапії.

Обсяг операції в даний час обмежується економною резекцією сегмента кишки, відповідального за розвиток ускладнень, який спричинив необхідність проведення операції.

У пацієнтів із поширеними формами хвороби Крона подальший перебіг захворювання в значній мірі залежить від виду первинної операції. Найкращий прогноз відмічається у хворих, які перенесли первинну проктоколектомію (частота клінічно виражених рецидивів протягом 10 років складає 20%), хоча нерідко це досягається ціною накладення постійної колостоми. Суттєво більш високі показники частоти рецидивів спостерігаються після колектомії та первинної (або подальшої) ілеоректостомії, а також після сегментарної резекції частота клінічно виражених рецидивів протягом 10 років досягає 60-80% (рис. 3).

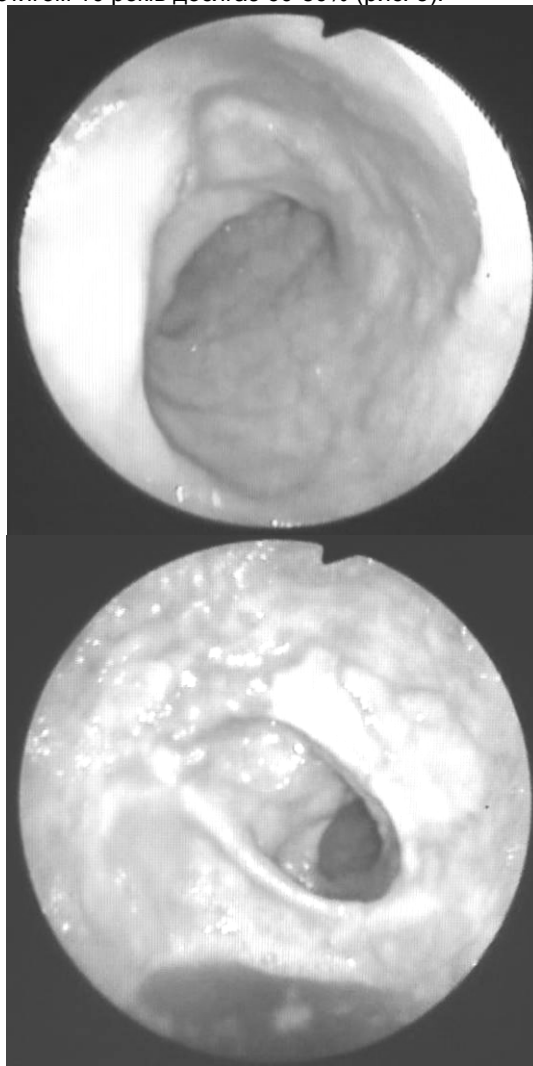


Рис. 3. Фіброколоноскопія хворої А. Виразкування зони ілео-ректального анастомозу.

При ізолюваному ураженні тонкої кишки найчастіше показанням до операції в 50% є кишкова обтурація (стеноз). Далі слідують нориці та абсцеси(23%). При ізолюваному ураженні товстої кишки найчастішими показаннями до операції стають неефективність консервативної терапії(27%).

Вибір обсягу операцій вирішується індивідуально: при кишковій непрохідності, яка виникла на тлі стенозу або інфільтрату, показані одномоментне оператив-

не втручання з назоінтестинальною інтубацією тонкої кишки. Ми вважаємо, що у більшості хворих виправдана тактика етапного оперативного лікування, при якому на першому етапі передбачається накладення ілеостома або колостоми та інтенсивне консервативне лікування. Виконання другого етапу включає в себе резекцію уражених сегментів кишки або колостоми і виконання відновної реконструктивної операції.

Висновки

1. Екстрені та термінові оперативні втручання при термінальному ілеїті показані при наступних ускладненнях: перитоніт, перфорація, кишкова непрохідність. При ремісії хворих з ускладненою хворобою Крона потребує планового етапного хірургічного лікування.

2. Інфільтративно-норицеві форми термінального ілеїту, ускладнені абсцесом черевної порожнини, слід оперувати в три етапи – ілеостомія з розкриттям гнояка як перший етап, резекцію ураженого сегменту кишки – як другий етап, реконструкція кишки – третім етапом.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ БОЛЕЗНИ КРОНА

Русин В.И., Чобей С.М., Шкриба И.И.

Ключевые слова: болезнь Крона, терминальный илеит.

Частота болезни Крона выросла в 60-70 годы XX века, особенно в Великобритании, Швеции, США и Германии. Гораздо реже она в Испании, Сицилии и Израиле. Средний показатель частоты болезни Крона составляет 5,9 случаев на 100000 населения в год. Распространённость болезни колеблется в пределах от 34 до 146 больных на 100000 населения. Экстренные и срочные оперативные вмешательства при терминальных илеитах показаны при следующих осложнениях: перитонит, перфорация, кишечная непроходимость. При ремиссии больных с осложнённой болезнью Крона требует планового этапного хирургического лечения. Инфильтративно-свищевые формы терминального илеита, осложнённые абсцессом брюшной полости, следует оперировать в три этапа - илеостомия с раскрытием нарыва как первый этап, резекцию поражённого сегмента кишки - как второй этап, реконструкция кишки - третьим этапом.

Summary

SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF CROHN'S DISEASE

Rusyn V.I., Chobey S. M., Shkriba I.I.

Key words: Crohn's disease, terminal ileitis.

The incidence of Crohn's disease has increased in the 60-70 of the twentieth century, especially in the UK, Sweden, the USA and Germany. It is much less prevalent in Spain, Sicily and Israel. Average incidence rate of Crohn's disease makes up 5.9 cases per 100,000 population per year. Prevalence of the disease varies from 34 to 146 patients per 100,000 population. Emergency and urgent surgeries in terminal ileitis are indicated in cases of peritonitis, perforation, intestinal obstruction. The remission of patients with complicated Crohn's disease requires planned stage-by-stage surgery. The infiltrative-fistula forms of terminal ileitis complicated with abdominal abscess should be operated in three stages – ileostomy and abscess drainage, as the first stage, resection of the affected bowel segment as the second stage, and bowel reconstruction as the third stage.

Література

1. Ривкин В.Л. Атлас практической колоректальной хирургии / В.Л. Ривкин, О.Э.Луцевич, С.Н.Файн, В.В. Лукин. – М. : ИД Медпрактика, 2006. – 144 с.
2. Григорьева Г.А. Болезнь Крона / Г.А. Григорьева, Н.Ю. Мешалкина. – М. : Медицина, 2007. – 184 с.
3. Гюльмамедов Ф.И. Хирургическое лечение болезни Крона: показания, хирургическая тактика, профилактика осложнений / Ф.И. Гюльмамедов, П.Ф. Гюльмамедов, А.П.Кухто [и др.] // Хирургия Украины. – 2003. – № 2 (6). – С.22-27.
4. Захараш М.П. Состояние колопроктологической помощи в Украине, ее проблемы и перспективы / М.П. Захараш // Матеріали II з'їзду колопроктологів України за міжнародною участю. – К. : Медицина, 2006. – С.21-34.
5. Кравченко Т.Г. Сучасні аспекти лікування хвороби Крона / Т.Г. Кравченко // Ліки України. – 1999. – №10. – С.51-52.
6. Халиф И.Л. Воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит и болезнь Крона): клиника, диагностика, лечение / И.Л. Халиф, И.Д. Лоранская. – М. : Миклош, 2004. – 88 с.
7. Kucher M. The role of laparoscopic techniques in the treatment of inflammatory bowel disease (IBD) / M.Kucher, Y.Baltaitis, S.Sheveluk [et al.] // Falk Symposium "New Aspects in Hepatology and Gastroenterology". – Tbilisi/Tiflis (Georgia), 1998. – P.151.
8. Michelassietal F. Surgical treatment of anorectal complications in Crohn's disease / F. Michelassietal // Surgery. – 2000. – №128. – P.597-603.

УДК 616.37-002-08

Семенюк Ю.С., Потійко О.В¹., Лепеха В.Б.**МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНИМИ РІДИННИМИ ТА ГНІЙНИМИ УТВОРАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Стаття присвячена покращенню результатів хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози з розробленням алгоритму вибору лікувальної тактики, пріоритетним застосуванням мініінвазивних багатоетапних пункційних та дренуючих операційних втручань шляхом вивчення сонографічних, топографо-анатомічних взаємовідношень локалізації утвору до шлунка, дванадцятипалої та ободової кишок, його вмісту та об'єму, рівня ендогенної інтоксикації, а також окреслення місця і можливості використання даних методик. Застосування запропонованої діагностично-лікувальної тактики у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози дозволило знизити частоту інтраопераційних ускладнень з 18,9 % при використанні лапаротомних методів лікування до 0 % при використанні пункційно-дренуючих методик, знизити частоту післяопераційних ускладнень з 43,2 до 6,8 %, рівень післяопераційної летальності з 8,1 до 0 %, середню тривалість перебування в стаціонарі з 40,0 до 16,6 днів відповідно.

Ключові слова: утвори підшлункової залози, ендогенна інтоксикація, сонографія, мініінвазивні методики.

Вступ

Гострий панкреатит складає 10-12 % всієї хірургічної патології, який у 73-87 % випадків супроводжується утворенням рідинних скупчень у черевній порожнині та заочеревинному просторі, смертність від ускладнень сягає до 80 % [1, 5]. Післянекротичні псевдокісти підшлункової залози зустрічаються у 29-50 % хворих, абсцес підшлункової залози – у 10-20 % хворих на гострий некротичний панкреатит [2, 8, 9].

Багатьма дослідниками доведена мала травматичність, висока лікувальна ефективність мініінвазивних інтервенційних сонографічних втручань у лікуванні обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози [4, 6].

Всі ці аспекти обґрунтовують актуальність досліджень, спрямованих на вдосконалення та розробку технологічних підходів, показів та критеріїв об'єктивної оцінки мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози [3, 7, 10].

Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» «Розробка і вдосконалення новітніх технологій ранньої діагностики та операційного лікування хірургічних захворювань на засадах доказової медицини» (№ держреєстрації 0110U003641).

Мета дослідження

Покращити результати хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози шляхом розробки показань та технологічних аспектів залежно від топографо-анатомічного взаємовідношення рідинного або гнійного утвору до шлунка, дванадцятипалої чи ободової кишок, з пріоритетним застосуванням мініінвазивних втручань під контролем сонографії; дослідити ефективність мініінвазивних операційних втручань за рівнем цитобіохімічного індексу інтоксикації та регресу ендотоксикозу.

Об'єкт та методи дослідження

Проведений аналіз безпосередніх результатів комплексного хірургічного лікування 81 пацієнта з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлун-

кової залози (ПЗ) за період від 2003 до 2011 року. Усі вони були обстежені і проліковані на базі хірургічних відділень Рівненської обласної клінічної лікарні. Обстежені пацієнти були розділені на 2 групи. До першої групи (досліджувана група) увійшли 44 (54,3 %) пацієнти, яким було проведено мініінвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії, до другої групи (група порівняння) – 37 (45,7 %) пацієнтів, яким проведені лапаротомні операції. Чоловіків було 64 (79,0 %), жінок – 17 (21,0 %). Пацієнти працездатного віку склали 84,1 %; у віці 60-70 років – 9,8 % і віком 70-85 років – 6,1 % хворих. Середній вік хворих становив (44,8±11,7) років.

Із 81 хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами ПЗ у 23 (28,4%) пацієнтів виявлено гостре паранекротичне, параколітичне скупчення рідини, у 20 (24,7 %) пацієнтів – гостра післянекротична кіста, у 38 (46,9 %) пацієнтів – абсцес підшлункової залози, абсцес заочеревинного простору.

Для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводили загальноклінічні дослідження, визначали рівень ендогенної інтоксикації (EI) за вмістом поліпептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) за методом Габріелян (1981), що базується на прямій УФ-спектрометрії депротейнізованого супернатанта, отриманого після осадження білків. Для оцінки тяжкості ендотоксикозу використовували цитобіохімічний індекс інтоксикації (ЦБІІ), ефективність лікування хворих оцінювали за цитобіохімічним індексом регресу ендотоксикозу (ЦБІРЕТ), запропоновані Вафіним (А.З. Вафин и соавт., 1999).

Обробку отриманих даних проводили за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Pentium III 1,8 MHz та прикладної програми для роботи з електронними таблицями Microsoft® Excel 2003 в середовищі Windows (США), з використанням програми SPSS Statistics V 17 Multilingual – EQ for Windows.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед етіологічних чинників виникнення обмежених рідинних та гнійних утворів ПЗ перше місце за частотою займав аліментарний панкреатит, що склав 81,5 % (66 хворих); біліарний панкреатит виявлено у 8,7 % (7 хворих); закрыта тупа травма живота виявлена у 8,7 % (7 пацієнтів); в 1 хворого (1,1 %) чіткої причини виникнення захворювання не встановлено.

УДК 616.37-002-08

Семенюк Ю.С., Потійко О.В¹., Лепеха В.Б.**МІНІІНВАЗИВНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ З ОБМЕЖЕНИМИ РІДИННИМИ ТА ГНІЙНИМИ УТВОРАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

КЗ «Рівненська обласна клінічна лікарня» Рівненської обласної ради

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Стаття присвячена покращенню результатів хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози з розробленням алгоритму вибору лікувальної тактики, пріоритетним застосуванням мініінвазивних багатоетапних пункційних та дренуючих операційних втручань шляхом вивчення сонографічних, топографо-анатомічних взаємовідношень локалізації утвору до шлунка, дванадцятипалої та ободової кишок, його вмісту та об'єму, рівня ендогенної інтоксикації, а також окреслення місця і можливості використання даних методик. Застосування запропонованої діагностично-лікувальної тактики у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози дозволило знизити частоту інтраопераційних ускладнень з 18,9 % при використанні лапаротомних методів лікування до 0 % при використанні пункційно-дренуючих методик, знизити частоту післяопераційних ускладнень з 43,2 до 6,8 %, рівень післяопераційної летальності з 8,1 до 0 %, середню тривалість перебування в стаціонарі з 40,0 до 16,6 днів відповідно.

Ключові слова: утвори підшлункової залози, ендогенна інтоксикація, сонографія, мініінвазивні методики.

Вступ

Гострий панкреатит складає 10-12 % всієї хірургічної патології, який у 73-87 % випадків супроводжується утворенням рідинних скупчень у черевній порожнині та заочеревинному просторі, смертність від ускладнень сягає до 80 % [1, 5]. Післянекротичні псевдокісти підшлункової залози зустрічаються у 29-50 % хворих, абсцес підшлункової залози – у 10-20 % хворих на гострий некротичний панкреатит [2, 8, 9].

Багатьма дослідниками доведена мала травматичність, висока лікувальна ефективність мініінвазивних інтервенційних сонографічних втручань у лікуванні обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози [4, 6].

Всі ці аспекти обґрунтовують актуальність досліджень, спрямованих на вдосконалення та розробку технологічних підходів, показів та критеріїв об'єктивної оцінки мініінвазивних хірургічних втручань під контролем сонографії у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози [3, 7, 10].

Стаття є фрагментом планової науково-дослідної роботи кафедри хірургії факультету післядипломної освіти ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України» «Розробка і вдосконалення новітніх технологій ранньої діагностики та операційного лікування хірургічних захворювань на засадах доказової медицини» (№ держреєстрації 0110U003641).

Мета дослідження

Покращити результати хірургічного лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози шляхом розробки показань та технологічних аспектів залежно від топографо-анатомічного взаємовідношення рідинного або гнійного утвору до шлунка, дванадцятипалої чи ободової кишок, з пріоритетним застосуванням мініінвазивних втручань під контролем сонографії; дослідити ефективність мініінвазивних операційних втручань за рівнем цитобіохімічного індексу інтоксикації та регресу ендотоксикозу.

Об'єкт та методи дослідження

Проведений аналіз безпосередніх результатів комплексного хірургічного лікування 81 пацієнта з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлун-

кової залози (ПЗ) за період від 2003 до 2011 року. Усі вони були обстежені і проліковані на базі хірургічних відділень Рівненської обласної клінічної лікарні. Обстежені пацієнти були розділені на 2 групи. До першої групи (досліджувана група) увійшли 44 (54,3 %) пацієнти, яким було проведено мініінвазивні хірургічні втручання під контролем сонографії, до другої групи (група порівняння) – 37 (45,7 %) пацієнтів, яким проведені лапаротомні операції. Чоловіків було 64 (79,0 %), жінок – 17 (21,0 %). Пацієнти працездатного віку склали 84,1 %; у віці 60-70 років – 9,8 % і віком 70-85 років – 6,1 % хворих. Середній вік хворих становив (44,8±11,7) років.

Із 81 хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами ПЗ у 23 (28,4%) пацієнтів виявлено гостре паранекротичне, параколітичне скупчення рідини, у 20 (24,7 %) пацієнтів – гостра післянекротична кіста, у 38 (46,9 %) пацієнтів – абсцес підшлункової залози, абсцес заочеревинного простору.

Для визначення об'єктивного статусу хворого та клінічного перебігу захворювання проводили загальноклінічні дослідження, визначали рівень ендогенної інтоксикації (EI) за вмістом поліпептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) за методом Габріелян (1981), що базується на прямій УФ-спектрометрії депротейнізованого супернатанта, отриманого після осадження білків. Для оцінки тяжкості ендотоксикозу використовували цитобіохімічний індекс інтоксикації (ЦБІІ), ефективність лікування хворих оцінювали за цитобіохімічним індексом регресу ендотоксикозу (ЦБІРЕТ), запропоновані Вафіним (А.З. Вафин и соавт., 1999).

Обробку отриманих даних проводили за допомогою персонального комп'ютера IBM PC Pentium III 1,8 MHz та прикладної програми для роботи з електронними таблицями Microsoft® Excel 2003 в середовищі Windows (США), з використанням програми SPSS Statistics V 17 Multilingual – EQ for Windows.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед етіологічних чинників виникнення обмежених рідинних та гнійних утворів ПЗ перше місце за частотою займав аліментарний панкреатит, що склав 81,5 % (66 хворих); біліарний панкреатит виявлено у 8,7 % (7 хворих); закрыта тупа травма живота виявлена у 8,7 % (7 пацієнтів); в 1 хворого (1,1 %) чіткої причини виникнення захворювання не встановлено.

Основним методом інструментального обстеження хворих з обмеженими утворами ПЗ є ультрасонографія (УСГ). За допомогою УСГ оцінювали наявність, топографо-анатомічну локалізацію, форму, об'єм, кількість утворів, визначали однорідність вмісту, наявність секвестрів та вільного "еховікна" для проведення мініінвазивного втручання. Інформативність сонографії в оцінці локалізації утвору підшлункової залози, їх вмісту та визначення сонографічного "еховікна" становила 93,8 % (у 76 з 81 хворих).

За результатами обчислення інтегративного показника ЦБІІ у 77 (95,1 %) хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози різні ступені тяжкості ЕІ (табл. 1). ЕІ 5 ступеня діагностовано у 6 (7,8 %) хворих, 4 ступеня – у 13 (16,9 %), 3 ступеня – у 24 (31,2 %), 2 ступеня – у 15 (19,5 %), 1 ступеня – у 19 (24,6 %) пацієнтів.

Таблиця 1
Ендотоксикоз за цитобіохімічним індексом

інтоксикації

Патологічний процес	Ендогенна інтоксикація									
	1 ст.		2 ст.		3 ст.		4 ст.		5 ст.	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс	%	Абс.	%
Гостра післянекротична псевдокіста	12	15,5	3	3,9	1	1,3	-	-	-	-
Гостре парапанкреатичне, параколітичне скупчення рідини	1	1,3	5	6,5	9	11,7	7	9,1	1	1,3
Абсцес ПЗ, абсцес заочеревинного простору	6	7,8	7	9,1	14	18,2	6	7,8	5	6,5
Всього:	19	24.6	15	19.5	24	31.2	13	16.9	6	7.8

Із 81 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні, 44 (54,3 %) пацієнтам проведено мініінвазивні хірургічні втручання під контролем УСГ, у 37 (45,7 %) хворих виконано лапаротомні операції. Множинні утвори спостерігали у 6 (7,4 %) хворих, а поодинокі – у 75 (92,6 %) пацієнтів. Найбільш часто поодинокі утвори локалізувалися у хвостовій частині підшлункової залози (у 26 (32,1 %) хворих), у чепцевій сумці (у 21 (26,0 %) хворого).

Нами розроблено алгоритм лікування хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами ПЗ, що регламентує етапність лікування із застосуванням мініінвазивних багатоетапних пункційних та пункційно-дренуючих втручань під контролем сонографії з врахування локалізації, об'єму, характеру вмісту утвору та цитобіохімічного показника рівня ендогенної інтоксикації (рис. 1).

Вміст амілази в пунктаті утворів ПЗ до 100 ум.од. у 5 (11,4 %) хворих свідчив про відсутність зв'язку утвору з протоками підшлункової залози; вміст амілази 100-225 ум.од. у 39 (88,6 %) пацієнтів – про наявність зв'язку утвору з дрібними протоками підшлункової залози; жодного зв'язку з головною протокою у пацієнтів не виявлено (вміст амілази більше 225 ум.од.).

Із 44 хворих з утворами ПЗ, пункційні методи лікування виконано у 22 (50,0 %) хворих, з яких у 4 (18,1 %) відмічено гостре парапанкреатичне скупчення рідини, у 8 (36,4 %) – гостра післянекротична кіста підшлункової залози, у 10 (45,5%) – панкреатогенний абсцес. Загалом із 22 хворих, яким виконували пункції утворів ПЗ, у 21 (95,5 %) хворого ми отримали успішний результат: у 15 (71,4 %) пацієнтів – усунення утвору, а в інших 6 (28,6 %) – зменшення порожнини до 10 мл.

Пункційно-дренуючі методики застосовані у 22 (50,0 %) хворих з обмеженими утворами ПЗ. Мініінвазивне дренирування одним дренажем проведено у 2 (4,5 %) хворих з гострим парапанкреатичним скупченням рідини, у 5 (11,4 %) з гострою післянекротичною кістою, у 8 (18,2 %) з панкреатогенним абсцесом. Успішного результату після дренирування одним дренажем досягли у 15 пацієнтів, з них утвор був ліквідований у 13 (86,7 %) хворих та значно зменшився у 2 (13,3 %). Подвійне дренирування вогнища виконано у 7 (15,9 %) пацієнтів з обмеженими утворами ПЗ, з них гостре скупчення рідини було ліквідоване у 2 (28,6 %) хво-

рих, гостре параколітичне скупчення рідини – у 2 (28,6 %), гостра післянекротична кіста – у 1 (14,3 %), панкреатогенний абсцес – у 2 (28,6 %).

Показанням до транспорожнинного мініінвазивного втручання під контролем сонографії була відсутність в точці доступу сонографічного вільного „акустичного вікна”. У 25 (56,8 %) хворих з обмеженими утворами підшлункової залози проведено транспорожнинні втручання, з яких у 8 (32,0 %) виконано при гострому парапанкреатичному скупченні рідини, у 9 (36,0 %) – при гострій післянекротичній кісті, у 8 (32,0 %) – при абсцесі підшлункової залози. Трансгастральні пункції проведені у 16 (64,0 %) хворих, трансгастральне дренирування – у 8 (32,0 %) хворих, трансдуоденальне дренирування – в 1 (4,0 %) хворого. У 2 (9,1 %) пацієнтів з абсцесом воріт селезінки виконано трансселезінкові пункції під контролем сонографії.

Про ефективність проведеного мініінвазивного втручання свідчить відсутність або значне зменшення утвору в об'ємі за даними сонографії, нормалізація клініко-лабораторних показників у хворих, зменшення рівня ЕІ у пацієнтів за ЦБІІ на 50 % протягом перших 3 діб та його нормалізація на 7-10 добу після операції, регрес ендогенної інтоксикації за ЦБІРЕТ та його нормалізація на 7 добу після операції, відсутність патологічних виділень по дренажу.

Аналізуючи кінцевий результат, слід відмітити, що з 44 хворих, в яких використовувалися для лікування мініінвазивні черезшкірні пункційні та дренуючі методи операційних втручань, у 35 (79,5 %) пацієнтів обмежені утвори ПЗ були ліквідовані, у 8 (18,2 %) хворих порожнина утвору значно зменшилась в розмірах. Безуспішним лікування було в 1 (2,3 %) хворого після багатоетапної пункції, якому проведено лапаротомне втручання внаслідок прогресування некротичного панкреатиту.

Із 81 хворих з утворами ПЗ у 37 (45,7 %) були виконані лапаротомні операційні втручання. У 2 (5,4 %) пацієнтів були виконані радикальні лапаротомні втручання, у 35 (94,6 %) пацієнтів – умовно-радикальні втручання. Із 35 пацієнтів, у яких проведені умовно-радикальні операційні втручання, у 31 (88,6%) виконано операцію зовнішнього дренирування.

Інтраопераційні ускладнення виникли у 7 (18,9 %) хворих групи порівняння. Під час лапаротомного втручання основним ускладненням була арозивна кровотеча. Інтраопераційних ускладнень в досліджу-

ваній групі не було. Сумарна частота післяопераційних ускладнень у 81 прооперованих хворих склала 23,5 %. Із 37 хворих, яким виконані лапаротомні операції, у 16 (43,2 %) були післяопераційні ускладнення. У групі із 44 хворих, у яких використані мініінвазивні

пункційно-дренуючі втручання під контролем сонографії, післяопераційні ускладнення були наявні у 3 (6,8 %) хворих.

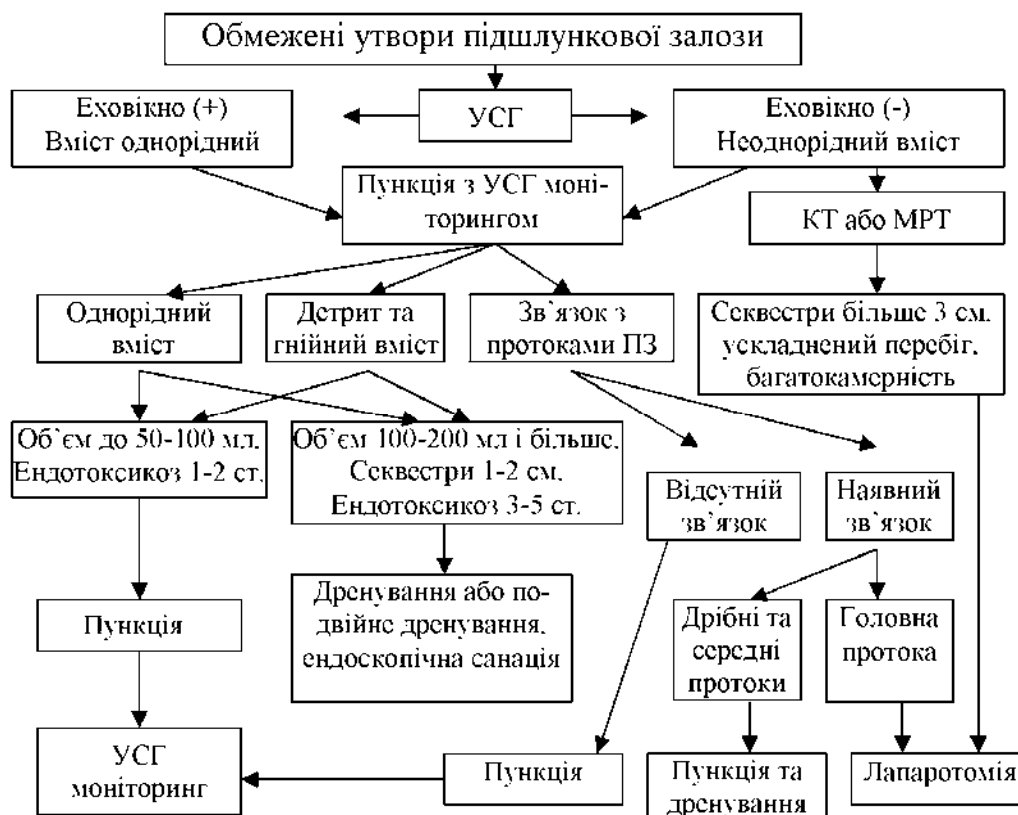


Рис. 1. Алгоритм вибору лікувальної тактики у хворих з обмеженими рідинними та гнійними утворами підшлункової залози.

Після виконання лапаротомних оперативних втручань померли 3 (8,1 %) хворих. Причиною смерті були: поліорганна недостатність – у двох хворих, рецидив арозивної кровотечі – в одного хворого. Летальних випадків після мініінвазивних хірургічних втручань не було.

Висновки

Застосування мініінвазивних сонографічних пункційних та дренуючих методів лікування обмежених рідинних та гнійних утворів підшлункової залози з розробленим алгоритмом вибору лікувальної тактики сприяє покращенню результатів лікування хворих з даною патологією, дозволяє уникнути інтраопераційних ускладнень, зменшити частоту післяопераційних ускладнень порівняно з традиційними лапаротомними методиками з 43,2 до 6,8 %, знизити тривалість перебування в стаціонарі з (40,0±21,0) до (16,6±9,7) ліжко-днів.

Література

1. Андрущенко В. П. Систематизований підхід до застосування сучасних мініінвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / В. П. Андрущенко, Л. М. Когут, Д. В. Андрущенко // Український журнал хірургії. – 2009. – № 2. – С. 7–12.

2. Ковальчук Л. Я. Міні-інвазивні технології в хірургічному лікуванні ускладнень некротичного панкреатиту / Л. Я. Ковальчук, І. Я. Дзюбановський, Р. В. Свистун, К. Г. Поляцко // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 1. – С. 13–16.
3. Кондратенко П. Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова // Украинский журнал хирургии. – 2009. – № 1. – С. 68–76.
4. Конькова М. В. Міні-інвазивні втручання під ультразвуковим контролем у невідкладній абдомінальній хірургії / М. В. Конькова // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 137–140.
5. Матвійчук Б. О. Інтервенційна ультрасонографія в діагностично-лікувальному процесі гострого панкреатиту та його ускладнень / Б. О. Матвійчук, Я. А. Король, О. Т. Грняк // Науковий вісник Ужгородського університету, серія "Медицина". – 2006. – Вип. 29. – С. 83–89.
6. Нестеренко Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. – М.: ООО БИНОМ-Пресс, 2004. – 304 с.
7. Ничитайло М. Е. Диагностика, прогнозирование течения деструктивного панкреатита и лечение его осложнений путем чрескожных эхоконтролируемых вмешательств / М. Е. Ничитайло, Г. Ю. Машковский, Н. Д. Вокошенкова // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т. 7, № 1. – С. 217–218.
8. Шапринський В. О. Хірургічне лікування псевдокіст підшлункової залози / В. О. Шапринський, В. В. Петрушенко, О. А. Камінський // Клінічна хірургія. – 2007. – № 2-3. – С. 105–106.
9. Шевчук І. М. Міні-інвазивні технології при локальних ускладненнях гострого некротичного панкреатиту / І. М. Шевчук, М. Г. Шевчук, М. М. Дроняк, А. О. Вацеба // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 4. – С. 23–25.
10. Gibbs C. M. Outcome following endoscopic transmural drainage of pancreatic fluid collections in outpatients / C. M. Gibbs, T. H. Baron // J. Clin. Gastroenterol. – 2005. – V. 39, № 7. – P. 634–637.

Реферат

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ЖИДКОСТНЫМИ И ГНОЙНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семенюк Ю.С., Потийко А.В., Лепеха В.Б.

Ключевые слова: образования поджелудочной железы, эндогенная интоксикация, сонография, миниинвазивные методики.

Статья посвящена улучшению результатов хирургического лечения больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы путем разработки алгоритма выбора лечебной тактики, приоритетным применением миниинвазивных многоэтапных пункционных и дренирующих операционных вмешательств путем изучения сонографических, топографо-анатомических взаимоотношений локализации образования к желудку, двенадцатиперстной и ободочной кишкам, его содержания и объема, уровня эндогенной интоксикации, а также определение места и возможности использования данных методик. Применение предложенной диагностически лечебной тактики у больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы позволило снизить частоту интраоперационных осложнений с 18,9% при использовании лапаротомных методов лечения до 0% при использовании пункционной-дренирующих методик, снизить частоту послеоперационных осложнений с 43,2 до 6,8%, уровень послеоперационной летальности с 8,1 до 0%, среднюю длительность пребывания в стационаре с 40,0 до 16,6 дней соответственно.

Summary

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERVENTION FOR LOCALIZED FLUID AND SUPPURATIVE ACCUMULATIONS WITHIN PANCREAS

Semenyuk Y.S., Potiyko O.V., Lepekha V.B.

Key words: pancreas, autointoxication, sonography, minimally invasive methods, collections.

This article is dedicated to the improvement of results of surgical treatment for patients with localized fluid and suppurative accumulations within pancreas with algorithm developed to choose the proper surgical approach with priority usage of mini-invasive multistage paracentetic and drainage surgical operations. This algorithm is based on investigation of sonographic scanning, topographic and anatomical interdependency in localization of the accumulations referred to the stomach, duodenum and colon, their contents and volume, the intensity of autointoxication. The application of the diagnostic approach and management for patients with localized internal abdominal accumulations had resulted in the decrease of the rate of intra-surgical complications from 18,9 % to 0% when paracentetic and drainage methods are used. This approach has also helped to reduce the rate of post-operative complications from 43,2 to 6,8 %, the rate of post-operative lethality from 8,1 to 0 % and the average period of the hospital staying from 40,0 to 16,6 days.

УДК 616.381-002-089:616.381-072.1

Сипливый В.А., Гринченко С.В., Доценко В.В., Евтушенко Д.В., Робак В.И..

РЕЛАПАРОТОМИЯ И ВИДЕОЛАПАРОСАНАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Релапаротомия и видеолапаросанация у больных с разлитым перитонитом с учетом показателей синдрома энтеральной недостаточности. Проведен анализ выполнения релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита у 83 больных. При этом у 20(24,1%) больных выполнена видео-лапароскопическая санация брюшной полости. Программная санация осуществляется методом промывания растворами Диоксидин и Декстрана и интубации тонкого кишечника. Показания к релапаротомии определялись с учётом шкалы энтеральной недостаточности, в основу которых входят лабораторные и инструментальные методы обследования больных.

Ключевые слова: релапаротомия, послеоперационный перитонит, лапароскопическая видеосанация, синдром энтеральной недостаточности.

Вступление

Перитонит - одно из тяжелых осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, имеющее свою клиническую картину, сопровождающееся выраженной эндогенной интоксикацией, приводящее к полиорганным нарушениям.

Решающее значение в успехе лечения распространенного перитонита является ранняя операция, задача которой сводится к устранению источника перитонита и тщательной санации брюшной полости.[1,3,4,9]

В клинической практике применяются разнообразные методики санаций брюшной полости – лапаротомия с установкой дренажных трубок, перитонеальный лаваж, программированная релапаротомия, программированная эндоскопическая видеосана-

ция.[2,5,6,7]

Благодаря усовершенствованию хирургических технологий и методов лечения, достижений в иммунологии, микробиологии, созданию новых антибактериальных препаратов и методов детоксикации организма снижают показатели развития послеоперационного перитонита и летальности.[6,7,8,9]

По данным различных авторов, релапаротомия при распространенном перитоните колеблется от 1,5% - 13,7% [1,2,3,6]. Однако, невзирая на проводимые лечебные мероприятия, после ликвидации источника перитонита сохраняется риск развития послеоперационного перитонита[2,4,5,8]. Современная диагностика и оперативное лечение послеоперационного перитонита представляет собой одну из трудных задач в хирургии. Не удовлетворительные результаты лечения послеоперационного перитонита обу-

Реферат

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ЖИДКОСТНЫМИ И ГНОЙНЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семенюк Ю.С., Потийко А.В., Лепеха В.Б.

Ключевые слова: образования поджелудочной железы, эндогенная интоксикация, сонография, миниинвазивные методики.

Статья посвящена улучшению результатов хирургического лечения больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы путем разработки алгоритма выбора лечебной тактики, приоритетным применением миниинвазивных многоэтапных пункционных и дренирующих операционных вмешательств путем изучения сонографических, топографо-анатомических взаимоотношений локализации образования к желудку, двенадцатиперстной и ободочной кишкам, его содержания и объема, уровня эндогенной интоксикации, а также определение места и возможности использования данных методик. Применение предложенной диагностически лечебной тактики у больных с ограниченными жидкостными и гнойными образованиями поджелудочной железы позволило снизить частоту интраоперационных осложнений с 18,9% при использовании лапаротомных методов лечения до 0% при использовании пункционной-дренирующих методик, снизить частоту послеоперационных осложнений с 43,2 до 6,8%, уровень послеоперационной летальности с 8,1 до 0%, среднюю длительность пребывания в стационаре с 40,0 до 16,6 дней соответственно.

Summary

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERVENTION FOR LOCALIZED FLUID AND SUPPURATIVE ACCUMULATIONS WITHIN PANCREAS

Semenyuk Y.S., Potiyko O.V., Lepekha V.B.

Key words: pancreas, autointoxication, sonography, minimally invasive methods, collections.

This article is dedicated to the improvement of results of surgical treatment for patients with localized fluid and suppurative accumulations within pancreas with algorithm developed to choose the proper surgical approach with priority usage of mini-invasive multistage paracentetic and drainage surgical operations. This algorithm is based on investigation of sonographic scanning, topographic and anatomical interdependency in localization of the accumulations referred to the stomach, duodenum and colon, their contents and volume, the intensity of autointoxication. The application of the diagnostic approach and management for patients with localized internal abdominal accumulations had resulted in the decrease of the rate of intra-surgical complications from 18,9 % to 0% when paracentetic and drainage methods are used. This approach has also helped to reduce the rate of post-operative complications from 43,2 to 6,8 %, the rate of post-operative lethality from 8,1 to 0 % and the average period of the hospital staying from 40,0 to 16,6 days.

УДК 616.381-002-089:616.381-072.1

Сипливый В.А., Гринченко С.В., Доценко В.В., Евтушенко Д.В., Робак В.И..

РЕЛАПАРОТОМИЯ И ВИДЕОЛАПАРОСАНЦИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИТЫМ ПЕРИТОНИТОМ С УЧЕТОМ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СИНДРОМА ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Харьковский национальный медицинский университет

Релапаротомия и видеолапаросанция у больных с разлитым перитонитом с учетом показателей синдрома энтеральной недостаточности. Проведен анализ выполнения релапаротомии по поводу послеоперационного перитонита у 83 больных. При этом у 20(24,1%) больных выполнена видео-лапароскопическая санация брюшной полости. Программная санация осуществляется методом промывания растворами Диоксидин и Декстрана и интубации тонкого кишечника. Показания к релапаротомии определялись с учётом шкалы энтеральной недостаточности, в основу которых входят лабораторные и инструментальные методы обследования больных.

Ключевые слова: релапаротомия, послеоперационный перитонит, лапароскопическая видеосанация, синдром энтеральной недостаточности.

Вступление

Перитонит - одно из тяжелых осложнений острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, имеющее свою клиническую картину, сопровождающееся выраженной эндогенной интоксикацией, приводящее к полиорганному нарушению.

Решающее значение в успехе лечения распространенного перитонита является ранняя операция, задача которой сводится к устранению источника перитонита и тщательной санации брюшной полости.[1,3,4,9]

В клинической практике применяются разнообразные методики санаций брюшной полости – лапаротомия с установкой дренажных трубок, перитонеальный лаваж, программированная релапаротомия, программированная эндоскопическая видеосана-

ция.[2,5,6,7]

Благодаря усовершенствованию хирургических технологий и методов лечения, достижений в иммунологии, микробиологии, созданию новых антибактериальных препаратов и методов детоксикации организма снижают показатели развития послеоперационного перитонита и летальности.[6,7,8,9]

По данным различных авторов, релапаротомия при распространенном перитоните колеблется от 1,5% - 13,7% [1,2,3,6]. Однако, невзирая на проводимые лечебные мероприятия, после ликвидации источника перитонита сохраняется риск развития послеоперационного перитонита[2,4,5,8]. Современная диагностика и оперативное лечение послеоперационного перитонита представляет собой одну из трудных задач в хирургии. Не удовлетворительные результаты лечения послеоперационного перитонита обу-

словлены в основном несвоевременной их диагностикой и поздними выполнениями операции.[3,4,5,6,7].

Актуальность данной проблемы обусловлена трудностью определения оптимальных сроков выполнения повторного оперативного вмешательства, психическим негативизмом к повторной операции хирурга, сложностью лечения послеоперационного периода[5.7.8].

Учитывая сложность диагностики послеоперационного перитонита, нами разработаны объективные показатели, основанные на бальной системе шкалы оценки энтеральной недостаточности [8], которая по-

зволяет принять решение о лечебной тактики.

Материалы и методы

За последние 10 лет (2002 – 2012г) под нашим наблюдением находилось 83 больных, у которых в послеоперационном периоде выполнена релапаротомия. Женщин было 27, мужчин – 56. Возраст больных колебался от 18 до 70 лет, при этом больные старше 50 лет составляли 42,3%. Релапаротомия выполнена у 54 больных, ранее оперированных в ургентном порядке, и у 29 больных, оперированных в плановом порядке. Количество санаций брюшной полости указано в таблице 1.

Таблица 1

Количество санаций брюшной полости у больных с распространенным перитонитом

Причина перитонита	Количество больных	Число санаций			
		1 санация	2 санации	3 санации	4 санации
Перфоративная язва	36	26	4	3	3
Острый аппендицит	14	12	2	-	-
Панкреонекроз	13	7	4	1	1
Острый холецистит	5	4	1	-	-
Несостоятельность швов анастомоза	12	7	2	2	1
Ранение брюшной полости					
Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки	2	2	-	-	-
	1	-	1	-	-
Всего	83	58	14	6	5

Релапаротомия чаще выполнялась у больных оперированных по поводу перфоративных гастродуоденальных язв – у 36 (43,4%) больных. Причиной выполнения релапаротомии были – несостоятельность швов у 6 больных; кровотечение у 5 больных; над- и подпеченочные абсцессы у 8 больных; межпеченочные абсцессы у 5 больных; спаечная кишечная непроходимость у 12 больных.

По поводу острого гангренозного и гангренозно перфоративного аппендицита, осложненного разлитым фибринозным и фибринозно – гнойным перитонитом релапаротомия выполнена у 14 (16,9%) больных. Поводом к релапаротомии у больных с острым деструктивным аппендицитом явилось: у 5-х – перекультевой абсцесс; у 3-х -формирование межпеченочных абсцессов; у 6-х - острое спаечная непроходимость кишечника с клиникой с разлитого перитонита

У 12(14,5%) больных произведена релапаротомия по поводу несостоятельности швов анастомоза. При этом у 4-х больных ранее была выполнена субтотальная резекция желудка по поводу рака антрального отдела желудка; у одного – гастроэктомиа с наложением эзофагоэнтерального анастомоза; у 2-х больных выполнена субтотальная резекция желудка; у 2-х левосторонняя гемиколэктомия; у одного – резекция поперечно-ободочной кишки; у 3-х больных – резекция сигмовидной кишки. Поводом к операциям на толстой кишке были опухоли, осложненные частичной непроходимостью кишечника или кровотечением из распадающейся опухоли с развитием клиникой разлитого перитонита.

У 13 (15,6%)больных релапаротомии выполнялись по поводу осложнений панкреонекроза. Ранее у всех было произведено некротомия, дренирование забрюшинного пространства и сальниковой сумки. Показание к релапаротомии явилось развитие забрюшинной флегмоны у 8 больных ,кровотечение из арозированных сосудов - 2 больных, формирование абсцесса сальниковой сумки и межпеченочных абсцессов – 3 больных.

Ранее по поводу острого калькулезного холеци-

стита были оперированы 5 (6,0%) больных. Релапаротомия у них выполнялась по поводу желчеистечения из культи пузырного протока с развитием желчного перитонита –2 больных; подпеченочного абсцесса – 3 больным.

У 2 (2,4%)больных, оперированных по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости с повреждением полого органа, релапаротомия выполнены по поводу послеоперационного разлитого перитонита.

У1(1,2%) больного релапаротомия выполнена по поводу несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по Бильрот II по поводу язвенной болезни желудка.

Местный неограниченный перитонит отмечался у 25 (30,1%) больных, распространенный неограниченный – у 58(69,9%) больного. При этом у 20 (24,1%) больных выполнена лапароскопическая видеосанация брюшной полости, у 63(75,9%) больного релапаротомия с лаважом и санацией брюшной полости.

Видео-лапароскопическая санация брюшной полости выполнялась у 13(65%)больных – два раза, у 9(45%) больных – три раза.

Программная санация брюшной полости осуществлялась методом промывания ее 0.03% раствором диоксида или раствором декасана в объеме 4-6 литров, с интубацией тонкого кишечника и дренирования брюшной полости.

Результаты исследования и их обсуждения

Показание к релапаротомии определяли с учетом шкалы оценки энтеральной недостаточности, разработанной нами, в основу которой положена бальная оценка клинических, лабораторных и инструментальных данных обследования больного [9].

При сумме до 20 баллов энтеральная недостаточность считается компенсированной, при сумме от 21 до 40 баллов – субкомпенсированной и при увеличении суммы от 41 баллов и выше - декомпенсированной.

Проведенный анализ показал, что при сумме баллов от 21 до 40 у больного имеется клиника вяло те-

кущего перитонита при абсцессах брюшной полости или желчном перитоните; свыше 41 балла – клиника разлитого перитонита в его токсической фазе.

Больные были разделены на две группы. Первую группу составили больные, которым показания к релапаротомии определялись с использованием шкалы оценки энтеральной недостаточности. Данную группу составило 45 (54,2%) больных, у которых релапаротомия выполнена в раннее сроки после диагностики послеоперационного перитонита, при этом у 12(26,6%) больным проведена лапароскопическая видеосанация брюшной полости.

Релапаротомия выполнена на 2 сутки у 24 (53,3%) больных, из них лапароскопическая санация у 8(17,8%) больных; на 3 сутки - у 15(33,3%) больных, из них - у 4(8,8%) больных лапароскопическая санация; на 4 сутки - у 6 (13,4%) больных. В данной группе умерло 6 (13,3%) больных. Синдром энтеральной недостаточности, в стадии субкомпенсации был диагностирован во время первой операции у 14 (31,2%) больных, у 10(22,2%) – в стадии декомпенсации. На 2-3 сутки послеоперационного периода, на основании шкалы энтеральной недостаточности в стадии декомпенсации была диагностирована у 21(46,6%) больного. В раннем, послеоперационном периоде балльные показатели у данной группы больных увеличивались, что позволило всем больным выполнять релапаротомию и видеосанацию в ранние сроки. При этом видеосанация выполнялась у всех больных минимум два раза. Из 12 лапароскопических санаций брюшной полости у 6(50%) больных пришлось выполнить релапаротомию из-за выраженного спаечного процесса, выраженного пареза кишечника с формированием межпетельных абсцессов и техническими трудностями оперативного устранения субстрата заболевания.

Во вторую группу входило 38 (45,7%) больных, которым релапаротомия и лапароскопическая видеосанация выполнены в более поздние сроки. На 5 - 6 сутки 22 (57,9%) больных, лапароскопическая видеосанация выполнена у 5 больных; на 7-8 сутки - 12 (31,6%) больных, у 3 больных лапароскопическая санация; более 10 суток у 4 (10,5%) больных. Летальность этой группе составило 11 (28,9%) больных. Причиной смерти в данной группе после релапаротомии была обусловлена полиорганная недостаточность, а также нечетким клиническим течением осложнений.

Выводы

1. При развитии послеоперационного перитонита релапаротомия должна выполняться в кратчайшие сроки. При выполнении релапаротомии хирургу необходимо решить задачу ликвидации источника перитонита; освободить брюшную полость от выпота; произвести трансназальную интубацию тонкого кишечника с целью лечения синдрома энтеральной недостаточности и для выполнения каркасной функции; выполнить дренирование брюшной полости.

2. Шкала оценки энтеральной недостаточности позволяет диагностировать ранние послеоперационные осложнения в брюшной полости и ускоренное принятие решения к повторной санации брюшной полости.

3. Использование видеолaparоскопической санации брюшной полости требует уточнения ее использования, разработки алгоритма показаний и методики ее применения

Литература

1. Андрущенко В.П. Сучасні аспекти хірургічного лікування гострого поширеного перитоніту/ В.П. Андрущенко, Д.В. Андрущенко, С.Т. Федоренко // Харківська хірургічна школа. – 2010. – №6(44). – С.40-42.
2. Бондарев Р.В. Морфометрическое обоснование показаний к программным санациям брюшной полости у больных острым разлитым перитонитом / Р.В. Бондарев, В.И. Бондарев, С.С.Селиванов // Харківська хірургічна школа. – 2010. – №3(41). – С.50-52.
3. Гамзатов Х.А. Сравнительная оценка методов прогнозирования исходов острого перитонита / Х.А. Гамзатов // Вестник хирургии. – 2008. – Том 167, №6. – С.96-99.
4. Мумладзе Р.Б. Актуальные вопросы диагностики и лечения послеоперационного перитонита и их решение в условиях современной клиники / Р.Б.Мумладзе, И.Т. Васильев, В.И. Якушин, Ю.Ш. Розиков // Анналы хирургии. – 2008. – №5. – С.46-62.
5. Покровский Е.Ж. Возможности видеолaparоскопической санации брюшной полости при вторичном распространенном перитоните / Е.Ж. Покровский, А.М.Станкевич, О.И. Коньков, М.Р. Сафиуллина // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – №1. – С.13-15.
6. Седов В.М. Программированная санационная лапароскопия в лечении перитонита / В.М. Седов, Р.Ж. Избасаров, В.В. Стрижелецкий, Г.М. Рутенбург // Вестник хирургии. – 2008. – Т.167, №1. – С.88-91.
7. Сипливы В.А. Релапаротомия в лечении послеоперационного перитонита / В.А. Сипливый, С.В. Гринченко, А.В. Береснев, С.Н. Тесленко // Харківська хірургічна школа. – 2005. – №1.1(15). – С.74-75.
8. Суковатых Б.С. Показания, противопоказания и технология видеолaparоскопических санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните / Б.С. Суковатых, Ю.Ю. Блинов, П.А. Иванов // Эндоскопическая хирургия. – 2011. – №5. – С.3-8.
9. Сипливый В.А. Энтеральное питание у хирургических больных / В.А. Сипливый, С.В. Гринченко, Д.В. Евтушенко, Ю.С. Митякова // Український Журнал Хірургії. – 2011. – №3(12). – С. 50-54.

Реферат

РЕЛАПАРОТОМІЯ ТА ВІДЕОЛАПАРОСАНАЦІЯ У ХВОРИХ НА РОЗЛИТИЙ ПЕРИТОНІТ З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ СИНДРОМУ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

Сипливий В.О., Грінченко С.В., Доценко В.В., Євтушенко Д.В., Робак В.І.

Ключові слова: релапаротомія, післяопераційний перитоніт, лапароскопічна відеосанация, синдром ентеральної недостатності.

Проведений аналіз виконання релапаротомій з приводу післяопераційного перитоніту у 83 хворих. При цьому у 20(24,1%) хворих виконана відеолaparоскопічна санация черевної порожнини. Показання до релапаротомії визначались з урахуванням шкали ентеральної недостатності, яка базується на бальній оцінці клінічних, лабораторних та інструментальних методів обстеження хворих.

Summary

RELAPAROTOMY AND VIDEO- LAPAROSCOPIC SANATION IN PATIENTS WITH DIFFUSE PERITONITIS IN CONSIDERATION OF ENTERAL INSUFFICIENCY INDICES

Siplivy VA. Grinchenko S. V., Dotsenko V. V., Yevtushenko D. V., Robak V. I.

Key words: relaparotomy, postoperative peritonitis, small intestine insufficiency syndrome, video-laparoscopic sanation.

This article describes the analysis of the relaparotomies performed on 83 patients for postoperative peritonitis. 20 (24,1%) patients were subjected to video-laparoscopic sanation of the abdomen. Programmed sanation was followed by washing with dioxidine and dextran solutions and small intestine intubation. Indications for relaparotomy were based on indices of the scale of enteral insufficiency, which included clinical, laboratory and instrumental findings.

УДК: 616.37 – 002 – 036.11 – 036.17 – 089

Сипливи В.О., Робак В.І., Грінченко С.В., Доценко В.В., Конь К.В.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КЛІТКОВИНИ ПРИ ВАЖКИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Харківський національний медичний університет

Кафедра загальної хірургії №2, м. Харків

Метою роботи було визначення діагностичних критеріїв характеру ураження підшлункової залози та заочеревинної клітковини, а також розробка індивідуалізованого прогнозу перебігу захворювання. Встановлено, що при розвитку важких форм гострого панкреатиту глибина патофізіологічних змін залежить від характеру ураження підшлункової залози і наявності ураження заочеревинної клітковини. Доведено, що шкала оцінки важкості стану хворих з гострим сепсисом і запропонований нами гематологічний індекс - показник інтоксикації - об'єктивно відображають стан хворого з важкою формою гострого панкреатиту. На підставі отриманих результатів розроблені способи прогнозування перебігу важкої форми гострого панкреатиту в післяопераційному періоді.

Ключові слова: важкі форми гострого панкреатиту, ураження заочеревинної клітковини, оцінка важкості стану хворого, критерії прогнозу перебігу гострого панкреатиту

Актуальність теми

Важкі форми гострого панкреатиту (ГП) залишаються одним із найскладніших захворювань як в діагностичній, так і в лікувальній тактиці. Протягом останніх років результати лікування ГП дещо покращилися, але загальна летальність при його деструктивних формах та ураженні заочеревинної клітковини й на сьогодні складає від 30 до 70% [1, 4-7].

Згідно з сучасними уявленнями, перебіг та прогноз ГП залежить як від ураження безпосередньо підшлункової залози, так і від екстрапанкреатичних ускладнень – ураження заочеревинної клітковини (ЗК) та перитоніту. Заочеревинна клітковина, уражена ще в асептичній фазі, є джерелом ендогенної інтоксикації, субстратом для подальшого інфікування та вогнищем розвитку сепсису [1, 4, 6].

Оптимізація лікувальної тактики при важких формах ГП пов'язана з проблемами своєчасного визначення ступеня та характеру ураження заочеревинної клітковини, об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого та оцінення рівня ендогенної інтоксикації [3-9].

Мета і завдання роботи

Визначення діагностичних критеріїв характеру ураження підшлункової залози і заочеревинної клітковини, а також розробка індивідуалізованого прогнозу перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 125 хворих на важкі форми ГП. Чоловіків було 80 (64%), жінок – 45 (36%). Вік хворих коливався від 19 до 90 років. Середній вік складав $54,13 \pm 2,63$ років.

Критерієм залучення до дослідження була наявність у хворого гострого некротичного панкреатиту з недостатністю органів та ускладненнями з боку черевної порожнини. Згідно з класифікацією гострого панкреатиту Атланта (2007) [8], інфікований ПН діагностовано у 80 (64,0%) хворих, стерильний ПН з ферментативним перитонітом та гострими асептичними перипанкреатичними рідинними скупченнями та недостатністю органів – у 45 (36,0%) хворих.

Показаннями до операції були: ускладнення панкреатиту – парапанкреатит та перитоніт – у 117 (93,6%) хворих; арозивна кровотеча з судин у ділянці некрозів та секвестрів – у 4 (3,2%) хворих; наростання жовтяниці – у 4 (3,2%) хворих.

Ураження заочеревинної клітковини виявлено у 80 (64%) хворих. Згідно з класифікацією А.Д. Толстого

(1999) [1], зливну некротичну флегмону виявлено у 25 (31,2%) хворих; зливну некротичну флегмону та один заток – у 19 (23,8) хворих; ураження декількох областей заочеревинної клітковини – у 14 (17,5%) хворих, множинні абсцеси парапанкреатичної клітковини – у 2 (2,5%) хворих. Набряк ЗК, який за думкою ряду авторів є заочеревинною флегмою у стадії інфільтрації, виявлено у 20 (25,0%) хворих.

Оперативні втручання з використанням різних лапаротомних та мінідostępів виконано 119 (95,2%) хворим, лапароскопічну санацію та дренивання чепцевої сумки та черевної порожнини – 6 (4,8%) хворим.

У післяопераційний період померло 34 (27,2%) хворих. Причиною смерті 26 (76,5%) хворих була поліорганна недостатність, 8 (23,5%) хворих – серцева недостатність.

Для визначення діагностичних критеріїв характеру ураження підшлункової залози та ЗК пацієнти були розподілені на дві групи. Перша група складалася з 80 (64,0%) хворих на інфікований ПН, друга – з 45 (36,0%) хворих на стерильний ПН. У кожній групі відокремлено підгрупи з ураженням і без ураження заочеревинної клітковини. У першій групі ураження ЗК виявлено у 60 (75,0%) хворих, у другій – у 20 (44,4%) хворих.

При надходженні до стаціонару та в динаміці раннього післяопераційного періоду у пацієнтів досліджено реакцію периферичної крові та на підставі отриманих даних визначено наступні гематологічні індекси інтоксикації: гематологічний показник інтоксикації за В.С. Васильєвим (ГПІ); гематологічний показник інтоксикації за В.С. Васильєвим з доповненнями П.І. Потеяка (ГПІ ВП); індекс алергізації (ІА); індекс Гаркаві (ІГ); індекс імунореактивності (ІІР); індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛШОЕ); індекс резистентності організму (ІРО); індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ); індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ); індекс співвідношення агранулоцитів і ШОЕ (ІСЛМ-ШОЕ); індекс співвідношення лімфоцитів і еозинофілів (ІСЛЕ); індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ); індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ); лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛГІ); лейкоцитарний індекс інтоксикації Я.Я. Кальф-Каліфа (ЛІІ) та його модифікації - Б.А. Рейса (ЛІІ Рейса); А.Я. Фіщенко та С.Д. Хіміча (ЛІІ ФХ); С.Д. Хіміча та А.Л. Костюченка (ЛІІ ХК); нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт (НЛК); загальний індекс (ЗІ); реактивна відповідь нейтрофілів (РВН); ядерний індекс зсуву (ЯІЗ); ядерний індекс ступеню ендотоксикоза (ЯІСЕ).

УДК: 616.37 – 002 – 036.11 – 036.17 – 089

Сипливи В.О., Робак В.І., Грінченко С.В., Доценко В.В., Конь К.В.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ УРАЖЕННЯ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КЛІТКОВИНИ ПРИ ВАЖКИХ ФОРМАХ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Харківський національний медичний університет
Кафедра загальної хірургії №2, м. Харків

Метою роботи було визначення діагностичних критеріїв характеру ураження підшлункової залози та заочеревинної клітковини, а також розробка індивідуалізованого прогнозу перебігу захворювання. Встановлено, що при розвитку важких форм гострого панкреатиту глибина патофізіологічних змін залежить від характеру ураження підшлункової залози і наявності ураження заочеревинної клітковини. Доведено, що шкала оцінки важкості стану хворих з гострим сепсисом і запропонований нами гематологічний індекс - показник інтоксикації - об'єктивно відображають стан хворого з важкою формою гострого панкреатиту. На підставі отриманих результатів розроблені способи прогнозування перебігу важкої форми гострого панкреатиту в післяопераційному періоді.

Ключові слова: важкі форми гострого панкреатиту, ураження заочеревинної клітковини, оцінка важкості стану хворого, критерії прогнозу перебігу гострого панкреатиту

Актуальність теми

Важкі форми гострого панкреатиту (ГП) залишаються одним із найскладніших захворювань як в діагностичній, так і в лікувальній тактиці. Протягом останніх років результати лікування ГП дещо покращилися, але загальна летальність при його деструктивних формах та ураженні заочеревинної клітковини й на сьогодні складає від 30 до 70% [1, 4-7].

Згідно з сучасними уявленнями, перебіг та прогноз ГП залежить як від ураження безпосередньо підшлункової залози, так і від екстрапанкреатичних ускладнень – ураження заочеревинної клітковини (ЗК) та перитоніту. Заочеревинна клітковина, уражена ще в асептичній фазі, є джерелом ендогенної інтоксикації, субстратом для подальшого інфікування та вогнищем розвитку сепсису [1, 4, 6].

Оптимізація лікувальної тактики при важких формах ГП пов'язана з проблемами своєчасного визначення ступеня та характеру ураження заочеревинної клітковини, об'єктивної оцінки тяжкості стану хворого та оцінення рівня ендогенної інтоксикації [3-9].

Мета і завдання роботи

Визначення діагностичних критеріїв характеру ураження підшлункової залози і заочеревинної клітковини, а також розробка індивідуалізованого прогнозу перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 125 хворих на важкі форми ГП. Чоловіків було 80 (64%), жінок – 45 (36%). Вік хворих коливався від 19 до 90 років. Середній вік складав $54,13 \pm 2,63$ років.

Критерієм залучення до дослідження була наявність у хворого гострого некротичного панкреатиту з недостатністю органів та ускладненнями з боку черевної порожнини. Згідно з класифікацією гострого панкреатиту Атланта (2007) [8], інфікований ПН діагностовано у 80 (64,0%) хворих, стерильний ПН з ферментативним перитонітом та гострими асептичними перипанкреатичними рідинними скупченнями та недостатністю органів – у 45 (36,0%) хворих.

Показаннями до операції були: ускладнення панкреатиту – парапанкреатит та перитоніт – у 117 (93,6%) хворих; арозивна кровотеча з судин у ділянці некрозів та секвестрів – у 4 (3,2%) хворих; наростання жовтяниці – у 4 (3,2%) хворих.

Ураження заочеревинної клітковини виявлено у 80 (64%) хворих. Згідно з класифікацією А.Д. Толстого

(1999) [1], зливну некротичну флегмону виявлено у 25 (31,2%) хворих; зливну некротичну флегмону та один заток – у 19 (23,8) хворих; ураження декількох областей заочеревинної клітковини – у 14 (17,5%) хворих, множинні абсцеси парапанкреатичної клітковини – у 2 (2,5%) хворих. Набряк ЗК, який за думкою ряду авторів є заочеревинною флегмою у стадії інфільтрації, виявлено у 20 (25,0%) хворих.

Оперативні втручання з використанням різних лапаротомних та мінідоступів виконано 119 (95,2%) хворим, лапароскопічну санацію та дренивання чепцевої сумки та черевної порожнини – 6 (4,8%) хворим.

У післяопераційний період померло 34 (27,2%) хворих. Причиною смерті 26 (76,5%) хворих була поліорганна недостатність, 8 (23,5%) хворих – серцева недостатність.

Для визначення діагностичних критеріїв характеру ураження підшлункової залози та ЗК пацієнти були розподілені на дві групи. Перша група складалася з 80 (64,0%) хворих на інфікований ПН, друга – з 45 (36,0%) хворих на стерильний ПН. У кожній групі відокремлено підгрупи з ураженням і без ураження заочеревинної клітковини. У першій групі ураження ЗК виявлено у 60 (75,0%) хворих, у другій – у 20 (44,4%) хворих.

При надходженні до стаціонару та в динаміці раннього післяопераційного періоду у пацієнтів досліджено реакцію периферичної крові та на підставі отриманих даних визначено наступні гематологічні індекси інтоксикації: гематологічний показник інтоксикації за В.С. Васильєвим (ГПІ); гематологічний показник інтоксикації за В.С. Васильєвим з доповненнями П.І. Потеяка (ГПІ ВП); індекс алергізації (ІА); індекс Гаркаві (ІГ); індекс імунореактивності (ІІР); індекс співвідношення лейкоцитів і ШОЕ (ІЛШОЕ); індекс резистентності організму (ІРО); індекс зсуву лейкоцитів (ІЗЛ); індекс співвідношення лімфоцитів і моноцитів (ІСЛМ); індекс співвідношення агранулоцитів і ШОЕ (ІСЛМ-ШОЕ); індекс співвідношення лімфоцитів і еозинофілів (ІСЛЕ); індекс співвідношення нейтрофілів і моноцитів (ІСНМ); індекс співвідношення еозинофілів і лімфоцитів (ІСЕЛ); лімфоцитарно-гранулоцитарний індекс (ЛГІ); лейкоцитарний індекс інтоксикації Я.Я. Кальф-Каліфа (ЛІІ) та його модифікації - Б.А. Рейса (ЛІІ Рейса); А.Я. Фіщенко та С.Д. Хіміча (ЛІІ ФХ); С.Д. Хіміча та А.Л. Костюченка (ЛІІ ХК); нейтрофільно-лімфоцитарний коефіцієнт (НЛК); загальний індекс (ЗІ); реактивна відповідь нейтрофілів (РВН); ядерний індекс зсуву (ЯІЗ); ядерний індекс ступеню ендотоксикоза (ЯІСЕ).

Крім того, у хворих на важкі форми ГП було визначено показник інтоксикації (ПІ), запропонований нами, який дозволяє виявити наявність гострого запального процесу [2].

Об'єктивне оцінення стану хворих в динаміці лікування проведено за шкалою оцінювання тяжкості стану хворих на гострий сепсис (ASSES) [4].

Статистичне опрацювання даних проводилося з використанням стандартного офісного пакету «Microsoft Office XP», статистичних програм «Biostatistics», прикладних програм «Stadia-6». Для визначення критичних значень використано метод CART. Статистичне опрацювання даних полягало в обчисленні середнього арифметичного значення (M) та його похибки (m). Параметричні та непараметричні дані подавали як $M \pm m$. Порівняння ознак проведено з використанням U -тесту Манна-Уїтні. Оцінювання статистичної значущості показників здійснювали при рівні $p < 0,05$.

Результати досліджень

При аналізі показників периферичної крові виявлено, що для хворих на інфікований ПН, у порівнянні з хворими на стерильний ПН, характерні більш високий лейкоцитоз ($12,68 \pm 0,68$ проти $10,77 \pm 0,57 \times 10^9/\text{л}$, $p < 0,05$) та еозінопенія ($0,94 \pm 0,20$ проти $1,68 \pm 0,29\%$, $p < 0,05$). При ураженні ЗК у хворих на стерильний ПН виявлено статистично більш високий рівень паличкоядерних нейтрофільних гранулоцитів ($9,06 \pm 1,53\%$ проти $5,0 \pm 0,86\%$, $p < 0,05$) та більш низький – моноцитів ($4,24 \pm 0,42\%$ проти $9,60 \pm 1,94\%$, $p < 0,05$). Для хворих на інфікований ПН з ураженням та без ураження ЗК була характерна майже однакова нейтрофільно-еозінопенічна гемограма з моноцитопенією, що свідчить про розвиток системної запальної реакції на тлі імуносупресії.

Аналіз гематологічних індексів виявив більш високі значення ГПІ, ГПІ ВП, ІРО, ІСЛШОЕ, ІСЕЛ, ЛІІ, ЛІІ ФХ, РВН та показника інтоксикації у хворих на інфікований ПН, у порівнянні з хворими на стерильний ПН ($p < 0,05$).

Показник інтоксикації достовірно віддзеркалює характер ураження підшлункової залози і ЗК: значення ПІ склали $1,53 \pm 0,32$ у хворих на інфікований та $1,15 \pm 0,66$ у хворих на стерильний ПН ($p < 0,05$).

У хворих на стерильний ПН з ураженням ЗК спостерігались вищі значення ІСНМ та нижчі – ІСЛМШОЕ, ніж у хворих без ураження ЗК, що свідчить про більш виражені прояви SIRS у хворих з ураженням ЗК ($p < 0,05$). У хворих на інфікований ПН з ураженням і без ураження ЗК в значеннях гематологічних індексів відмінностей не виявлено.

При вивченні реакції периферичної крові виявлено, що для померлих були характерними прогресуюча анемія як наслідок вторинної гемодепресії на тлі інтоксикації; метамієлоцитоз, еозінопенія, лімфоцитопенія та нейтрофілоз як свідчення субкомпенсації імунної системи ($p < 0,05$).

Аналіз значень гематологічних індексів показав, що з 1-2 доби післяопераційного періоду у померлих відзначалося наростання імуносупресії та гемодепресії, що відобразилось у більш високих значеннях ЛІІ, РВН, ГПІ, ІЗЛ, НЛК, показника інтоксикації та в більш низьких – ІРО, ІА, ІСЛМШОЕ, ЛГІ ($p < 0,05$).

У передопераційний період тяжкість стану хворих на інфікований ПН, за шкалою ASSES, оцінено в

$15,16 \pm 0,78$ балів. Стан хворих на стерильний ПН за шкалою ASSES оцінено в $10,36 \pm 1,03$ ($p < 0,05$). При інфікованому та при стерильному ПН у хворих з ураженням ЗК бальна оцінка була дещо вищою, однак без статистичної різниці.

У післяопераційний період за шкалою ASSES тяжкість стану хворих на інфікований ПН на 1-2 добу післяопераційного періоду оцінена в $15,89 \pm 0,74$ бала; хворих на стерильний ПН – у $12,03 \pm 0,48$ бала. Надалі в обох групах відмічено поступове зниження балів: у першій – до $10,73 \pm 1,69$, у другій – до $7,64 \pm 0,92$ ($p < 0,05$).

Тяжкість стану хворих на стерильний ПН з ураженням ЗК на 1-2 добу післяопераційного періоду оцінена в $12,04 \pm 0,62$ бала з поступовим зниженням балів до $9,2 \pm 1,6$ на 8-10 добу післяопераційного періоду. У хворих без ураження ЗК на 1-2 добу тяжкість стану оцінена в $11,87 \pm 0,81$ бала з поступовим зниженням балів до $6,78 \pm 0,72$ на 10 добу ($p < 0,05$).

У хворих на інфікований ПН з ураженням ЗК тяжкість стану на 1-2 добу післяопераційного періоду оцінена в $16,02 \pm 0,78$ бала з подальшим зниженням до $10,86 \pm 1,01$ балів на 10 добу. У хворих без ураження ЗК на 1-2 добу післяопераційного періоду сума балів складала $15,33 \pm 0,57$ та до 10-ї доби знизилась до $10,2 \pm 1,32$ бала ($p < 0,05$).

У передопераційний період стан хворих, що вижили, за шкалою ASSES оцінено в $11,74 \pm 0,77$ бала, померлих – $15,05 \pm 1,04$ бала ($p < 0,05$). На 1-2 добу післяопераційного періоду у хворих обох груп сума балів збільшилась до $12,6 \pm 0,52$ у хворих, що вижили, та до $17,92 \pm 0,78$ – у померлих ($p < 0,05$). З 3-4 до 8-10 доби післяопераційного періоду у хворих, що вижили, сума балів знизилась до $8,71 \pm 0,82$, а у померлих – до $12,83 \pm 1,7$ ($p < 0,05$).

В післяопераційний період померло 34 (27,2%) хворих. З них у 30 (88,2%) виявлено інфікований ПН; у 26 (76,5%) померлих на тлі некрозу підшлункової залози виявлено ураження заочеревинної клітковини. З 80 хворих на інфікований ПН померло 30 (37,5%); а з 80 хворих, у яких було діагностовано ураження заочеревинної клітковини, – 26 (32,5%). Таким чином, наявність у хворого інфікованого ПН збільшує летальність у 4,2 раза, а ураження заочеревинної клітковини – ще в 1,8 раза.

Для більш точного прогнозування перебігу важкої форми ГП нами було розроблено спосіб прогнозування перебігу захворювання в післяопераційний період за допомогою показника інтоксикації: у передопераційний та ранній післяопераційний періоди у пацієнта розраховується ПІ. При збільшенні ПІ на 2 добу післяопераційного періоду, порівняно з передопераційним значенням, менше ніж на 2,1 та кількості паличкоядерних лейкоцитів на 2 добу менше 25,5% прогнозується сприятливий перебіг гострого панкреатиту, при кількості паличкоядерних лейкоцитів більше 25,5% прогнозується несприятливий перебіг, а при збільшенні ПІ більше, ніж на 2,1, прогнозується у край несприятливий перебіг захворювання [3].

У зв'язку з тим, що при оціненні тяжкості стану хворих, за шкалою ASSES, в усі періоди спостереження виявлено статистичні відмінності між показниками хворих, що вижили, і померлими; методом CART було визначено кількість балів, що найбільш точно розподіляють хворих на групи з низькою та високою вірогідністю леталь-

ного наслідку: 13 балів – в передопераційний, та 16 – у ранній післяопераційний період.

З метою більш точного прогнозування ймовірності несприятливого перебігу важкої форми ГП у ранній післяопераційний період нами було розроблено рівняння прогнозу летальності, засноване на оціненні тяжкості стану хворих за шкалою ASSES:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-(0,37 \times ASSES - 6,24)}} \times 100\%$$

, де p – ймовірність летального наслідку (у %); ASSES – сума балів за шкалою ASSES.

Для даного рівняння загальна точність складає 86,24%, чутливість – 80%, специфічність – 88,1%.

Висновки

1. При розвитку важких форм гострого панкреатиту виникають глибокі зміни показників гомеостазу, що є проявами поліорганної недостатності. Глибина патофізіологічних змін залежить від характеру ураження підшлункової залози та наявності ураження заочеревинної клітковини. Порушення гомеостазу найбільш виражено у хворих на інфікований панкреонекроз з ураженням заочеревинної клітковини.

2. Застосування шкали оцінювання тяжкості стану хворих на гострий сепсис дозволяє об'єктивно оцінити тяжкість стану хворих на гострий панкреатит та прогнозувати динаміку перебігу захворювання.

3. Визначення показника інтоксикації дозволяє виявити наявність гострого запального процесу, оцінити рівень ендогенної інтоксикації та стан імунореактив-

ності організму у хворих на важкі форми гострого панкреатиту. Запропонований спосіб прогнозу перебігу гострого панкреатиту надає можливість індивідуалізувати лікувальну тактику в ранній післяопераційний період.

Література

1. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение. / [А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Краснорогов и др.]. – СПб., 2003. – 256 с.
2. Патент № 43305 Україна, МПК (2009) G01N 33/92 / Спосіб діагностики наявності гострого запального процесу / В.О. Сипливи, К.В. Конь, В.І.Робак, Д.В. Євтушенко. – заявл. 24.03.2009, опубл. 10.08.2009, Бюл. № 15.
3. Патент № 43304 Україна, МПК (2009) G01N 33/92 / Спосіб прогнозування перебігу перитоніту в післяопераційному періоді / В.О.Сипливи, К.В. Конь, Д.В. Євтушенко, В.І. Робак. – заявл. 24.03.2009, опубл. 10.08.2009, Бюл. № 15.
4. Сипливи В. А. Шкала оценки тяжести состояния больных с острым сепсисом / В. А. Сипливи, С. В. Гринченко, А. В. Берснев [и др.] // Клінічна хірургія. – 2005. – № 3. – С.46–49.
5. Frossard J. L. New serum markers for the detection of severe acute pancreatitis in humans / J. L. Frossard, A. Hadengue, C. Pastor // Am. J. Respir. Crit. Care Med. – 2001. – V.164. – № 1. – P.162–170.
6. Rau B. Laboratory markers of severe acute pancreatitis / B. Rau, M.K. Schilling, H.G. Beger [et al.] // Dig. Dis. – 2004. – V.22. – P. 247–257.
7. Papachristou G. I. Inflammatory markers of disease severity in acute pancreatitis / G. I. Papachristou, D. C. Whitcomb // Clin. Lab. Med. – 2005. – V.25. – P.17–37.
8. Revision of the Atlanta classification of acute pancreatitis / Acute Pancreatitis Classification Working Group // Documents Atlanta Classification.doc. April 9, 2008.
9. Tenner S. Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameters: a meta-analysis / S. Tenner, H. Dubner, W. Steinberg // Am. J. Gastroenterol. – 1994. – V.89. – P.1863–1866.

Реферат

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПОРАЖЕНИЯ ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Сипливи В.А., Робак В.И., Гринченко С.В., Доценко В.В., Конь К.В.

Ключевые слова: тяжелые формы острого панкреатита, поражение забрюшинной клетчатки, оценка тяжести состояния больного, критерии прогноза течения острого панкреатита

Целью работы было определение диагностических критериев характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, а также разработка индивидуализированного прогноза течения заболевания.

Установлено, что при развитии тяжелых форм острого панкреатита глубина патофизиологических изменений зависит от характера поражения поджелудочной железы и наличия поражения забрюшинной клетчатки. Доказано, что шкала оценки тяжести состояния больных с острым сепсисом и предложенный нами гематологический индекс – показатель интоксикации – объективно отражают состояние больного с тяжелой формой острого панкреатита. На основании полученных результатов разработаны способы прогнозирования течения тяжелой формы острого панкреатита в послеоперационном периоде.

Summary

CRITERIA FOR DETECTING AFFECTIONS OF RETROPERITONEAL FATTY TISSUE IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Siplivy V.A., Robak V.I., Grinchenko S. V., Dotsenko V. V., Kon K.V.

Key words: severe acute pancreatitis, affection of parapancreatic fatty tissues, estimation of patient's severity, prognostic criteria for the course of acute pancreatitis

This research was aimed to determine the diagnostic criteria for affection of pancreas and parapancreatic fatty tissues as well as to work out patient-centered prognosis for the course of the disease. The research is based on results of treatment of 125 patients with severe acute pancreatitis. It was established the intensity of pathophysiological changes in cases of severe acute pancreatitis depended on the character of pancreatic affection and the involvement of retroperitoneal fatty tissue into the affection. It was proven the Acute Sepsis Severity Evaluation Score and hematologic index we suggested fairly reflected the patient's severity in acute pancreatitis in early postoperative period. On the base of results obtained we developed the methods for prognosis of the course of severe acute pancreatitis in postoperative period.

УДК:617.346.2-002

Скиба В.В., Калина Р.А., Иванько А.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

ЧБУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ», г.Киев

Проведена сравнительная оценка эффективности применения различных методов диагностики острого аппендицита. Изучено 296 прооперированных больных поступивших с предоперационным диагнозом «Острый аппендицит». Установлено, что общая чувствительность всех методов предоперационной диагностики острого аппендицита составляет 87,1%. Применение лапароскопии позволяет в 100% случаев верифицировать острый аппендицит.

Ключевые слова: острый аппендицит, диагностика, лапароскопия.

Работа является частью научной темы кафедры хирургических болезней ЧБУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»: «Исследования возможности использования новых технологий при оперативных вмешательствах у больных с сочетанной хирургической патологией» (номер государственной регистрации 0103U008727).

Вступление

Острый аппендицит (ОА) стабильно занимает первое место по заболеваемости среди острой хирургической патологии живота. Среди большинства индустриально развитых стран заболеваемость ОА колеблется от 4-6% до 12-23% [5]. Применение современных достижений диагностики, не приводит к снижению этого показателя. При этом частота послеоперационных осложнений, летальность остаются на прежнем уровне.

Большое количество современных высокотехнологических способов диагностики острого аппендицита не избавляет от ошибок, которые встречаются часто и составляют от 3 до 15% в стационарах, а на догоспитальном этапе обследования до 70% [3]. Вероятность тактических и диагностических ошибок в предоперационном периоде в среднем составляет 12-31% [5]. Существующее положение приводит к тому, что количество аппендэктомий по поводу простого аппендицита достигает 26% [2]. Кроме того, атипичное течение острого аппендицита наблюдается у 20-33% больных [1]. Быстрое развитие деструктивных изменений в червеобразном отростке обуславливает необходимость своевременной диагностики и экстренной операции в максимально ранние сроки от начала заболевания [3]. По данным большинства исследователей гипердиагностика острого аппендицита приводит к неоправданному удалению неизмененного червеобразного отростка при традиционной аппендэктомии в 100% случаев [4]. При этом общеизвестно [3], что классическая аппендэктомия имеет недостатки, к которым относятся травматичность доступа, невозможность полноценной ревизии и санации брюшной полости, риск развития спаечного процесса с вовлечением маточных труб у женщин с последующим бесплодием, инфицирование послеоперационной раны с высокой вероятностью образования послеоперационных грыж, относительно длительный период нетрудоспособности.

Цель исследования

Повышение качества диагностики острого аппендицита путем сравнительной оценки существующих диагностических методов.

Объект и методы исследования

За период с 2007 по 2012 гг. нами изучено 296 прооперированных больных поступивших в клинику с предоперационным диагнозом «Острый аппендицит». Все больные перед операцией клинически, лабора-

торно и инструментально обследованы согласно соответствующим протоколам оказания медицинской помощи: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям КТ органов брюшной полости. При необходимости больные консультированы гинекологом, урологом. 82 пациента прооперированы лапароскопически, 214 – открытым способом.

Средняя продолжительность заболевания на момент поступления у пациентов в стационар составила 1,7 суток. Средний возраст пациентов составил 42,8 года, среди них женщин - 184, мужчин – 112.

Клинический диагноз устанавливался интраоперационно на основании визуальной оценки морфологических изменений червеобразного отростка или патологического процесса в брюшной полости, заключительный – на основании гистологического заключения. Операционный доступ при лапароскопической аппендэктомии у всех пациентов осуществлялся путем введения трех троакаров в стандартных точках, при открытой аппендэктомии – разрезом по Волковичу-Дьяконову. У 10 пациентов возникли показания к проведению лапаротомии.

Результаты исследования

Изменения лабораторных показателей до операции у обследованных больных носили неспецифический характер и свидетельствовали о наличии воспаления. Лейкоцитоз в среднем составлял $9,7 \pm 2,3 \times 10^9$ л, СОЭ $18,4 \pm 3,6$ мм/час. По данным обзорной рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости патологии не выявлено. По данным УЗИ до операции среди 184 пациентов у 156 патологии не обнаружено, у 16 установлен диагноз «острый аппендицит». Жидкость в брюшной полости обнаружена у 12. По результатам проведенной дооперационной КТ среди 14 пациентов у 8 заподозрен диагноз «острого аппендицита».

Из 296 больных прооперированных с предоперационным диагнозом «острый аппендицит» после операции диагноз остался прежним у 258. Из 38 больных (табл.1), у которого диагноз «острый аппендицит» во время операции не подтвердился у 23 был разрыв кисты правого яичника, у 5 – рак слепой кишки, у 2 – острый панкреатит, у 1 – разрыв кисты левого яичника, у 1 – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. У 6 пациентов был аппендикулярный инфильтрат.

УДК:617.346.2-002

Скиба В.В., Калина Р.А., Иванько А.В.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ», г.Киев

Проведена сравнительная оценка эффективности применения различных методов диагностики острого аппендицита. Изучено 296 прооперированных больных поступивших с предоперационным диагнозом «Острый аппендицит». Установлено, что общая чувствительность всех методов предоперационной диагностики острого аппендицита составляет 87,1%. Применение лапароскопии позволяет в 100% случаев верифицировать острый аппендицит.

Ключевые слова: острый аппендицит, диагностика, лапароскопия.

Работа является частью научной темы кафедры хирургических болезней ЧВУЗ «Киевский медицинский университет УАНМ»: «Исследования возможности использования новых технологий при оперативных вмешательствах у больных с сочетанной хирургической патологией» (номер государственной регистрации 0103U008727).

Вступление

Острый аппендицит (ОА) стабильно занимает первое место по заболеваемости среди острой хирургической патологии живота. Среди большинства индустриально развитых стран заболеваемость ОА колеблется от 4-6% до 12-23% [5]. Применение современных достижений диагностики, не приводит к снижению этого показателя. При этом частота послеоперационных осложнений, летальность остаются на прежнем уровне.

Большое количество современных высокотехнологических способов диагностики острого аппендицита не избавляет от ошибок, которые встречаются часто и составляют от 3 до 15% в стационарах, а на догоспитальном этапе обследования до 70% [3]. Вероятность тактических и диагностических ошибок в предоперационном периоде в среднем составляет 12-31% [5]. Существующее положение приводит к тому, что количество аппендэктомий по поводу простого аппендицита достигает 26% [2]. Кроме того, атипичное течение острого аппендицита наблюдается у 20-33% больных [1]. Быстрое развитие деструктивных изменений в червеобразном отростке обуславливает необходимость своевременной диагностики и экстренной операции в максимально ранние сроки от начала заболевания [3]. По данным большинства исследователей гипердиагностика острого аппендицита приводит к неоправданному удалению неизмененного червеобразного отростка при традиционной аппендэктомии в 100% случаев [4]. При этом общеизвестно [3], что классическая аппендэктомия имеет недостатки, к которым относятся травматичность доступа, невозможность полноценной ревизии и санации брюшной полости, риск развития спаечного процесса с вовлечением маточных труб у женщин с последующим бесплодием, инфицирование послеоперационной раны с высокой вероятностью образования послеоперационных грыж, относительно длительный период нетрудоспособности.

Цель исследования

Повышение качества диагностики острого аппендицита путем сравнительной оценки существующих диагностических методов.

Объект и методы исследования

За период с 2007 по 2012 гг. нами изучено 296 прооперированных больных поступивших в клинику с предоперационным диагнозом «Острый аппендицит». Все больные перед операцией клинически, лабора-

торно и инструментально обследованы согласно соответствующим протоколам оказания медицинской помощи: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, по показаниям КТ органов брюшной полости. При необходимости больные консультированы гинекологом, урологом. 82 пациента прооперированы лапароскопически, 214 – открытым способом.

Средняя продолжительность заболевания на момент поступления у пациентов в стационар составила 1,7 суток. Средний возраст пациентов составил 42,8 года, среди них женщин - 184, мужчин – 112.

Клинический диагноз устанавливался интраоперационно на основании визуальной оценки морфологических изменений червеобразного отростка или патологического процесса в брюшной полости, заключительный – на основании гистологического заключения. Операционный доступ при лапароскопической аппендэктомии у всех пациентов осуществлялся путем введения трех троакаров в стандартных точках, при открытой аппендэктомии – разрезом по Волковичу-Дьяконову. У 10 пациентов возникли показания к проведению лапаротомии.

Результаты исследования

Изменения лабораторных показателей до операции у обследованных больных носили неспецифический характер и свидетельствовали о наличии воспаления. Лейкоцитоз в среднем составлял $9,7 \pm 2,3 \times 10^9$ л, СОЭ $18,4 \pm 3,6$ мм/час. По данным обзорной рентгенографии органов грудной клетки и брюшной полости патологии не выявлено. По данным УЗИ до операции среди 184 пациентов у 156 патологии не обнаружено, у 16 установлен диагноз «острый аппендицит». Жидкость в брюшной полости обнаружена у 12. По результатам проведенной дооперационной КТ среди 14 пациентов у 8 заподозрен диагноз «острого аппендицита».

Из 296 больных прооперированных с предоперационным диагнозом «острый аппендицит» после операции диагноз остался прежним у 258. Из 38 больных (табл.1), у которого диагноз «острый аппендицит» во время операции не подтвердился у 23 был разрыв кисты правого яичника, у 5 – рак слепой кишки, у 2 – острый панкреатит, у 1 – разрыв кисты левого яичника, у 1 – перфоративная язва двенадцатиперстной кишки. У 6 пациентов был аппендикулярный инфильтрат.

Таблиця 1

Оперативные вмешательства, выполненные по поводу острой абдоминальной патологии у пациентов с предоперационным диагнозом «острый аппендицит»

Острая абдоминальная патология	Лапароскопическая операция	Открытая операция
Разрыв кисты правого яичника	12	11
Разрыв кисты левого яичника	1	-
Рак слепой кишки	5	-
Острый панкреатит	1	1
Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки	-	1
Аппендикулярный инфильтрат	-	6

Среди 258 больных с диагнозом «Острый аппендицит» у 32 был катаральный аппендицит, у 210 – флегмонозный, у 16 – гангренозный.

Выводы

Общая чувствительность всех методов предоперационной диагностики острого аппендицита составляет 87,1%. Применение лапароскопии позволяет в 100% случаев верифицировать острый аппендицит.

Перспективы дальнейших исследований

Заключаются в поиске новых экономически целесообразных высокоэффективных методов диагностики острого аппендицита, которые позволят быстро и неинвазивно (или с минимальной инвазивностью) установить до операции диагноз «Острый аппендицит».

Реферат

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Скиба В.В., Калина Р.А., Іванько О.В.

Ключові слова: гострий апендицит, діагностика, лапароскопія.

Проведена порівняльна оцінка ефективності застосування різних методів діагностики гострого апендициту. Вивчено 296 прооперованих хворих, які поступили з передопераційним діагнозом «Гострий апендицит». Встановлено, що загальна чутливість всіх методів передопераційної діагностики гострого апендициту становить 87,1%. Застосування лапароскопії дозволяє у 100% випадків верифікувати гострий апендицит.

Summary

MODERN DIAGNOSTIC METHODS OF ACUTE APPENDICITIS

Skiba V.V., Kalyna R.A., Ivanko A.V.

Key words: acute appendicitis, diagnostic testing, laparoscopy.

Comparative evaluation of effectiveness shown by different diagnostic methods of acute appendicitis was carried out. The study included 296 patients who were diagnosed to have acute appendicitis on admission and who underwent surgery. It was found that general sensitivity of all methods for pre-operative diagnosis of acute appendicitis reached 87,1%. Laparoscopy enabled to verify acute appendicitis in 100% of cases.

УДК 616.341–007.272 – 099 – 008 – 092. 9

Скрипко В.Д.

СТАН ПРОЦЕСІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ ТА ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено комплексне обстеження і хірургічне лікування 135 хворих на гостру тонкокишкову непрохідність. Установлено, що як в доопераційному періоді, так і після хірургічного втручання по відновленню прохідності тонкої кишки відбувається значне порушення процесів вільнорадикального окислення. Це стало підставою призначення до загально-прийнятого лікування застосувати антиоксидантну терапію. Використання розчину реамберину сприяє ефективній корекції дисбалансу в системі вільнорадикального окислення, зняженню ендогенної інтоксикації та післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: тонка кишка, ендогенна інтоксикація, реамберин, біохімічні показники.

Робота з фрагментом комплексної кафедральної роботи "Корекція ендогенної інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позаочеревинного простору" № 0109U003184

Вступ

Не дивлячись на вдосконалення методів хірургічного лікування та інтенсивної терапії гостра тонкокишкова непрохідність (ГТКН) залишається однією з актуальних проблем невідкладної хірургії. І відноситься до

Литература

1. Аванесова В.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / В.А. Аванесова, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова // Хирургия. – 2008. – №12. – С.8-11.
2. Козаченко А.В. Нужны ли напрасные аппендэктомии? / А.В. Козаченко, И. А. Дрозд, Т. П. Шумейко, С. А. Шарапанюк // Харківська хірургічна школа – 2009. – Т.34, №3. – С.95-98.
3. Орехов Г.И. Место эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым аппендицитом / Г.И. Орехов // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №3. – С.35-38.
4. Саданов В.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом / В.С. Саданов, И.В. Шмарина // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – №1. – С. 9-14.
5. Стойко Ю.М. Качество жизни больных после лапароскопической аппендэктомии / Ю.М. Стойко, А.А. Новик, А.Л. Левчук, Т.И. Ионов, В.Ф. Мамедов, К.В. Богиев // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – №1. – С.3-7.

найбільш тяжких порушень функції органів черевної порожнини [1, 2].

У формуванні критичного стану при ГТКН провідна роль відводиться розвитку ентеральної недостатності, що супроводжується інтенсивним наростанням ендотоксикації, зумовленої комплексом метаболічних

Таблиця 1

Оперативные вмешательства, выполненные по поводу острой абдоминальной патологии у пациентов с предоперационным диагнозом «острый аппендицит»

Острая абдоминальная патология	Лапароскопическая операция	Открытая операция
Разрыв кисты правого яичника	12	11
Разрыв кисты левого яичника	1	-
Рак слепой кишки	5	-
Острый панкреатит	1	1
Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки	-	1
Аппендикулярный инфильтрат	-	6

Среди 258 больных с диагнозом «Острый аппендицит» у 32 был катаральный аппендицит, у 210 – флегмонозный, у 16 – гангренозный.

Выводы

Общая чувствительность всех методов предоперационной диагностики острого аппендицита составляет 87,1%. Применение лапароскопии позволяет в 100% случаев верифицировать острый аппендицит.

Перспективы дальнейших исследований

Заключаются в поиске новых экономически целесообразных высокоэффективных методов диагностики острого аппендицита, которые позволят быстро и неинвазивно (или с минимальной инвазивностью) установить до операции диагноз «Острый аппендицит».

Реферат

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

Скиба В.В., Калина Р.А., Іванько О.В.

Ключові слова: гострий апендицит, діагностика, лапароскопія.

Проведена порівняльна оцінка ефективності застосування різних методів діагностики гострого апендициту. Вивчено 296 прооперованих хворих, які поступили з передопераційним діагнозом «Гострий апендицит». Встановлено, що загальна чутливість всіх методів передопераційної діагностики гострого апендициту становить 87,1%. Застосування лапароскопії дозволяє у 100% випадків верифікувати гострий апендицит.

Summary

MODERN DIAGNOSTIC METHODS OF ACUTE APPENDICITIS

Skiba V.V., Kalyna R.A., Ivanko A.V.

Key words: acute appendicitis, diagnostic testing, laparoscopy.

Comparative evaluation of effectiveness shown by different diagnostic methods of acute appendicitis was carried out. The study included 296 patients who were diagnosed to have acute appendicitis on admission and who underwent surgery. It was found that general sensitivity of all methods for pre-operative diagnosis of acute appendicitis reached 87,1%. Laparoscopy enabled to verify acute appendicitis in 100% of cases.

УДК 616.341–007.272 – 099 – 008 – 092. 9

Скрипко В.Д.

СТАН ПРОЦЕСІВ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕННЯ ТА ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОНКОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ

Івано-Франківський національний медичний університет

Проведено комплексне обстеження і хірургічне лікування 135 хворих на гостру тонкокишкову непрохідність. Установлено, що як в доопераційному періоді, так і після хірургічного втручання по відновленню прохідності тонкої кишки відбувається значне порушення процесів вільнорадикального окислення. Це стало підставою призначення до загально-прийнятого лікування застосувати антиоксидантну терапію. Використання розчину реамберину сприяє ефективній корекції дисбалансу в системі вільнорадикального окислення, зняженню ендогенної інтоксикації та післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: тонка кишка, ендогенна інтоксикація, реамберин, біохімічні показники.

Робота з фрагментом комплексної кафедральної роботи "Корекція ендогенної інтоксикації та дисметаболических розладів при гострих хірургічних захворюваннях черевної порожнини та позаочеревинного простору" № 0109U003184

Вступ

Не дивлячись на вдосконалення методів хірургічного лікування та інтенсивної терапії гостра тонкокишкова непрохідність (ГТКН) залишається однією з актуальних проблем невідкладної хірургії. І відноситься до

Литература

1. Аванесова В.А. Клиника, диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата / В.А. Аванесова, А.С. Ермолов, Г.В. Пахомова // Хирургия. – 2008. – №12. – С.8-11.
2. Козаченко А.В. Нужны ли напрасные аппендэктомии? / А.В. Козаченко, И. А. Дрозд, Т. П. Шумейко, С. А. Шарапанюк // Харківська хірургічна школа – 2009. – Т.34, №3. – С.95-98.
3. Орехов Г.И. Место эндовидеохирургической технологии в лечении больных острым аппендицитом / Г.И. Орехов // Эндоскопическая хирургия. – 2009. – №3. – С.35-38.
4. Саданов В.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и оперативном лечении больных острым аппендицитом / В.С. Саданов, И.В. Шмарина // Эндоскопическая хирургия. – 2008. – №1. – С. 9-14.
5. Стойко Ю.М. Качество жизни больных после лапароскопической аппендэктомии / Ю.М. Стойко, А.А. Новик, А.Л. Левчук, Т.И. Ионов, В.Ф. Мамедов, К.В. Богиев // Эндоскопическая хирургия. – 2010. – №1. – С.3-7.

найбільш тяжких порушень функції органів черевної порожнини [1, 2].

У формуванні критичного стану при ГТКН провідна роль відводиться розвитку ентеральної недостатності, що супроводжується інтенсивним наростанням ендотоксикації, зумовленої комплексом метаболічних

порушень [3]. При ГТКН метаболічні розлади обумовлюють активацію вільнорадикальних процесів, що сприяє утворенню перекисних радикалів, які в свою чергу ведуть до ланцюгового перекисного окислення жирних кислот. Накопичення продуктів вільнорадикального окислення ліпідів веде до роз'єднання окислювального фосфорилування та інгібує перенесення електронів в дихальному ланцюгу мітохондрій. В результаті цього пригнічуються енергозалежні функції і як наслідок розвивається поліорганна недостатність. В умовах інтоксикації та гіпоксії, дихальний ланцюг мітохондрій втрачає властивість приймати електрони від інших субстратів крім бурштинової кислоти, яка є одним із проміжних сполук циклу Кребса, та субстратом другого комплексу дихального ланцюга мітохондрій. Через це багато енергозалежних процесів в клітинах відбуваються при окисненні бурштинової кислоти [4]. Додаткове екзогенне надходження бурштинової кислоти значно поповнює енергетичний дефіцит в організмі [5].

В доступній літературі немає даних про те, що ентєральна недостатність пов'язана з порушенням функції мітохондрій, але ряд авторів вважає, що саме виникнення ентєральної недостатності пов'язано із порушенням функціональної активності мітохондрій м'язової оболонки тонкої кишки [6].

Все це є підставою для удосконалення існуючих і пошуку нових адекватних і патогенетично обґрунтованих методів комплексного хірургічного лікування хворих на ГТКН із застосуванням новітніх високоефективних фармакологічних препаратів.

Мета дослідження

Оцінити стан ендogenousної інтоксикації при гострій непрохідності тонкої кишки у людини та його корекція розчином реамберину.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено вивчення результатів лікування 140 хворих, які були прооперовані з приводу непрохідності тонкої кишки в ЦМКЛ м. Івано-Франківська в 2008-2012 роках. Серед пацієнтів було жінок 80 жінок (57%), а чоловіків 60 (43%). Вік хворих коливався в межах від 30 до 80 років, в середньому складав $66,2 \pm 10,3$ років. Причинами ГТКН були: защемлені грижі – 42 хворих в т. ч. післяопераційні – 30 пацієнтів, странгуляційна кишкова непрохідність – 34 пацієнти, злукова кишкова непрохідність – 29 хворих, обтураційна кишкова непрохідність – 5 хворих. Проведено вивчення клініко-біохімічних показників в доопераційному періоді, а також на 1-у, 5-у, та 14 добу післяопераційного періоду. Стан хворих оцінювався за шкалою SAPS. Статистичну обробку результатів дослідження проводили з використанням програмно-математичного комплексу для EOM і BM PC Excel-7,0 на базі Microsoft Windows 1985-2005, а також програми для статистичної обробки Analys+Soft, 2007. Перевірку закону розподілу вибірок на нормальність проводили за допомогою критерію Шапіро-Вілкі (Герасимов, 2007). Для перевірки гіпотези про рівність середніх величин використовували критерії Стюдента-Фішера для нормально розподілених вибірок і критерії

Вілкоксона-Манна-Вітні для вибірок, розподіл яких відрізняється від нормального (Лех Ю.Е., 2006). Уміст молекул середньої маси (МСМ) у плазмі крові визначали за методом Габрієлян Г.І. (1984), малонового альдегіду (МА) – за тестом тіобарбітуровою кислотою (Е.І. Коробейникова, 1989), дієнових кон'югатів (ДК) за УФ-поглинанням гептанових та ізопропанольних екстрактів (Гаврилов В.В., 1986).

Хворі були розділені на дві групи – основну та контрольну. З метою корекції метаболічних порушень і знешкодження токсичних речовин 62-м хворим основної групи на фоні стандартної інфузійно-трансфузійної терапії до операції та в перші 5 днів післяопераційного періоду вводили препарат розчин реамберину («Полісан», Росія) по 400 -800 мл -2 рази на добу доведено крапельно із швидкістю 90 кр за /хв в залежності від важкості захворювання. Реамберин володіє антигіпоксантаю та антиоксидантною дією, викликаючи позитивний ефект на аеробні процеси в клітині, зменшуючи продукцію вільних радикалів і відновлюючи енергетичний потенціал клітин [10]. Препарат дозволений до застосування ЦФК МОЗ України. З метою визначення ступеня ендogenousної інтоксикації (ЕІ) при поступленні хворих в стаціонар і протягом 14 діб в післяопераційному періоді визначали вміст молекул середньої маси (МСМ), малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югатів (ДК) в сироватці крові.

Результати дослідження та їх обговорення

Дослідження вмісту первинних (ДК) і вторинних продуктів ПОЛ (МДА) в сироватці крові у обидвох груп вказує на виражену інтенсифікацію процесів ПОЛ. Токсичність сироватки крові корелює з рівнем продуктів ПОЛ, одним з проявів дії яких є ініціація вільнорадикального окислення в органах-мішенях, перш за все в печінці, яка знаходиться на шляху відтоку крові з кишківника [7].

Рівень показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) – ДК, МДА та МСМ в сироватці крові хворих на ГТКН в обидвох досліджуваних групах до операції був вірогідно підвищеним в порівнянні із показниками норми. (табл. 1). Так показник ДК, МДА та МСМ становив $0,62 \pm 0,03$ ум. од., $5,59 \pm 0,29$ мкмоль/л., та $0,44 \pm 0,02$ ум.од., відповідно при нормі $0,38 \pm 0,04$ ум. од., $3,69 \pm 0,27$ мкмоль/л., та $0,24 \pm 0,01$ ум.од. На першу добу післяопераційного періоду в обидвох групах спостерігалось порушення балансу ПОЛ. Спостерігалось подальше наростання концентрації ДК і МДА в сироватці крові, як в основній так і в контрольній групах до 5 доби післяопераційного періоду, з поступовим зникненням на 14 добу, перевищуючи при цьому вихідний рівень в 1,25 рази в основній групі, та в 1,5 разів в контрольній групі.

Також спостерігалось зростання рівня показників МСМ у хворих на ГТКН до 5 доби післяопераційного періоду ($P < 0,05$), не приходячи до норми на 14 добу післяопераційного періоду.

Таблиця 1
Динаміка показників перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та молекул середньої маси (МСМ) у хворих з ГТКН в післяопераційному періоді

Терміни після операції	Групи хворих	Вміст ДК (ум.од.)	Вміст МДА (мкмоль/л)	Вміст МСМ (ум.од.)
Норма		0,38±0,04	3,69±0,27	0,24±0,01
До операції		0,62±0,03	5,49±0,29	0,44±0,02
1- доба	Контрольна	0,69±0,05	5,73±0,40	0,59±0,04*
	Основна	0,64±0,04	5,79±0,46	0,59±0,02
5 доба	Контрольна	1,09±0,10***	6,36±0,47	0,54±0,03
	Основна	0,78±0,02°	5,01±0,22 ^{ooo}	0,46±0,02°
14 доба	Контрольна	0,82±0,08*	6,69±0,46*	0,53±0,05
	Основна	0,62±0,05°	5,30±0,20°	0,41±0,03°

Примітка: * - Вірогідність різниці показника з доопераційним значенням,

*P<0,05; **P<0,01; ***P<0,001. ° - Вірогідність різниці показників контрольної і основної груп, °P<0,05; ^{ooo}P<0,001.

Вміст ДК, МДА, МСМ в певних концентраціях завжди знаходяться в сироватці крові як наслідок фізіологічних процесів ПОЛ та катаболізму ендogenousних та екзогенних білків в організмі. Збільшення вмісту цих сполук вказує на певний ступінь ендogenousної інтоксикації (ЕІ), який залежить від ефективності захисних детоксикаційних механізмів [8]. Розвиток синдрому ЕІ у хворих на ГТКН залежить від функції печінки, яка відповідає за зв'язування, інактивацію і виведення токсинів. Зростання інтенсивності процесів ПОЛ згубно впливає на мітросомальну систему детоксикації гепатоцитів і пошкоджує мембрани агранулярної ендoplasmатичної сітки, в результаті чого порушуються просторові співвідношення локалізованих там ферментних систем. У хворих на ГТКН результаті порушення процесів травлення та всмоктування в кишківнику інтенсивно розвивається гнильна мікрофлора, що сприяє посиленому утворенню МСМ, які в результаті порушеної захисної функції слизової оболонки тонкої кишки проникають через систему ворітної вени в печінку і як наслідок викликають пошкодження гепатоцитів, інгібуючи в них синтез ДНК, впливаючи на функціональний стан мітохондрій. Володіючи про-оксидантною дією МСМ активують процеси ПОЛ [9].

Як показали наші дослідження, зниження рівня показників ЕІ у хворих на ГТКН настає не одразу після відновлення прохідності тонкої кишки і залежить від ступеня пошкодження паренхіми печінки, через те показники навіть на 14 добу післяопераційного періоду не прийшли до норми. Призначення хворим з ГТКН в комплексі до загально-прийнятого лікування антигіпоксантами зокрема – фармакологічного препарату реамберин, який має здатність покращувати процеси тканинного дихання і безпосередньо знижувати активність процесів ПОЛ в сироватці крові сприяло нормалізації показників ПОЛ. В основній групі також спостерігалось зниження МСМ в сироватці крові за рахунок детоксикаційного впливу на функцію печінки розчину реамберину. Аналіз безпосередніх результатів комбінованого хірургічного лікування хворих на ГТКН показав, що в результаті застосування реамберину частота післяопераційних ускладнень в основній підгрупі хворих в порівнянні з контрольною групою знизилась в 1,2 рази, зокрема гнійно-септичних – в 2,3 рази. Післяопераційна летальність склала 17,21% в групі контролю, та 8,92% в основній групі. Перебування хворих в стаціонарі зменшилось із 19,2 ліжко-днів в контрольній групі, відповідно до 17 – в основній групі.

Висновки

1. У формуванні та прогресуванні ендogenousної інто-

ксикації при гострій тонкокишкової непрохідності важливу роль відіграють порушення процесів вільнорадикального окислення, що є одним із пускових механізмів формування факторів ендointоксикації.

2. Призначення хворим з ГТКН в комплексі до загальноприйнятого лікування антигіпоксантами зокрема фармакологічного препарату розчину реамберину, веде до покращення тканинного дихання, безпосередньо і опосередковано знижуючи активність процесів ПОЛ в сироватці крові.

3. Отримані дані можуть створити основу для корекції комплексного хірургічного лікування із застосуванням антиоксидантної терапії у хворих на ГТКН.

Перспективи подальших досліджень

На підставі отриманих даних планується сформулювати концепцію визначення факторів становлення, прогресування та взаємообтяження перебігу ГТКН та розробити критерії дисфункції печінки у хворих на ГТКН. Будуть сформульовані прогностичні критерії та розроблені протоколи надання невідкладної хірургічної допомоги з урахуванням показників ендogenousної інтоксикації.

Література

1. Дзюбановський І.Я. Профілактика поглиблення ентеральної недостатності та ендogenousної інтоксикації у хворих на гостру непрохідність тонкого кишечника / І.Я. Дзюбановський, К.Г. Поляцко // Матеріали науково-практичної конференції хірургів тернопілля. – Тернопіль: «Укрмедкнига», 2002. – С. 38–40.
2. Сипливий В.А. Оценка тяжести состояния хирургического больного / В.А. Сипливый, А.И. Дронов, Е.В.Конь. – К.: «Науковий світ», 2004. – 101 с.
3. Ничитайло М.Ю. Діагностична та лікувальна лапаротомія при гострих панкреатитах ускладнених перитонітом / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк, Н.Д. Волощенко // Клін. хірургія. – 2004. – № 4-5. – С.53-54.
4. Романцов М.Г. Реамберин 1,5% для инфузий – применение в клинической практике: руководство для врачей / М.Г. Романцов, Т.В. Сологуб, А.Л. Коваленко. – СПб.: Изд-во Минимакс, 2000. – 158 с.
5. Оболенский С.В. Реамберин – новое средство для инфузионной терапии в практике медицины критических состояний: метод. реком / Оболенский С.В. – СПб., 2002. – 23 с.
6. Гаин Ю.М. Синдром энтеральной недостаточности при перитоните: теоретические и практические аспекты, диагностика и лечение: монография / Ю.М.Гаин, С.И.Леонович, С.А.Алексеев. – Молодечно: Победа, 2001. – 265 с.
7. Тиунов Л.А. Механизмы естественной детоксикации и антиоксидантной защиты / Л.А. Тиунов // Вестник Рос. АМН. – 1995. – №3. – С.9-13.
8. Дорохин К.М. Патологические аспекты синдрома энтеральной интоксикации / К.М. Дорохин, В.В. Спас // Анестезиология и реаниматология. – 1994. – №1. – С.56-60.
9. Mates M. Effects of antioxidant enzymes in the molecular control of reactive oxygen species toxicology / M. Mates // Toxicology. – 2000. – V.153, №1-3. – P.83-104.
10. Інструкція по використанню розчину реамберин 1,5% для инфузій. Реєстраційне посвідчення N 99/363/2, 8 липня 1999 г.

Реферат

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Скрипко В.Д.

Ключевые слова: тонкая кишка, эндогенная интоксикация, реамберин, биохимические показатели.

Проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 133 больных с острой тонкокишечной непроходимостью. Установлено, что как в дооперационном периоде, так и после хирургического лечения по восстановлению проходимости тонкой кишки происходит значительное нарушение процессов свободнорадикального окисления. Это стало поводом до общепринятой схемы лечения применить антиоксидантную терапию. Использование раствора реамберина способствует эффективной коррекции дисбаланса в системе свободнорадикального окисления, снижению эндогенной интоксикации и послеоперационных осложнений.

Summary

STATE OF FREE RADICAL OXIDATION PROCESSES AND AUTOINTOXICATION IN PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Skrypko V.D.

Key words: small intestine, endogenous intoxication, Reamberin, biochemical indicators.

135 patients with acute intestinal obstruction are examined and operated on. It was established the considerable disturbances in the processes of free radicals oxidation occurred in the period prior the surgical recovery of intestinal patency as well as in post-operative period. This stimulated to introduce antioxidant therapy as a part of conventional treatment. Application of Reamberin preparation promoted the effective correction of imbalance in the free radical oxidation system and the reduction of endogenous intoxication and postoperative complications.

УДК 616.33/.342-002.446-005.1-07-084: 616.5-001.17

Сперанский И.И., Носенко В.М., Макиенко В.В., Тимошенко В.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ОБОЖЖЁННЫХ: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, г. Донецк

Проведён анализ лечения 321 больного с обширными ожогами. Больные разделены на три группы: основная группа (175 обожжённых) получала с целью профилактики селективные блокаторы H_2 -рецепторы гистамина, вторая группа (85 чел.) в качестве профилактики эрозий и язв ЖКК получали ингибиторы протонной помпы, контрольная группа (61 чел.) получала обычное противоязвенное лечение, без применения фамотидина или ингибиторов протонной помпы. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ встречается от 17 до 35,7% в зависимости от тяжести термического поражения и возможности проведения полноценного лечения данной категории пострадавших. Применение блокаторов протонной помпы и селективных блокаторов H_2 -рецепторов гистамина способствуют уменьшению случаев эрозий и кровотечений из верхнего отдела ЖКТ, ускоряют заживление острых эрозий и язв ЖКТ у обожжённых.

Ключевые слова: острые эрозии желудочно-кишечного тракта, кровотечения из острых эрозий

Одним из грозных осложнений тяжелой ожоговой болезни является образование острых гастродуоденальных эрозий и язв и развивающееся кровотечение из них. По литературным данным, множественные эрозии и изъязвления слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки образуется у 6 - 25% тяжелообожжённых и чаще всего встречается в стадии ожоговой токсемии. Актуальность данного вопроса обусловлена частотой этого осложнения у больных с обширным раневым процессом различной этиологии, что увеличивает расходы на лечение данной группы больных, удлинит сроки выздоровления, а порой и приводит к неблагоприятным исходам. В последние годы интерес к острым эрозивно-язвенным повреждениям желудочно-кишечного тракта у тяжелообожжённых возрастает в связи с их учащением, трудностью своевременной диагностики, малой эффективностью консервативного и хирургического лечения. Летальность при данном осложнении ожоговой болезни остаётся высокой и составляет в среднем около 17% [1,5,8].

В настоящее время имеются следующие теории образования острых язв и эрозий у обожжённых: 1)

нервно-рефлекторная теория; 2) теория прямого поражающего действия термического агента на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ); 3) теория гемоконцентрации; 4) тромбозмембранная теория; 5) токсическая теория. В результате перечисленных факторов в слизистой оболочке ЖКТ развивается ишемия и гипоксия, что приводит к появлению в ней очагов некроза, которые подвергаются воздействию пищеварительных ферментов и превращаются в острые язвы или эрозии. В настоящее время общепризнанной является роль нарушения микроциркуляции, как основная причина развития острых эрозивных повреждений ЖКТ. Эти нарушения наиболее выражены в периоде шока и токсемии, а в более поздние сроки причиной нарушения микроциркуляции является сепсис.

Подход к лечению больных этой группы неоднозначен, особенно при развитии кровотечения, что затрудняет выбор тактики ведения таких больных, даже у опытных врачей реаниматологов и комбустиологов часто возникают сомнения в правильности выбранной тактики. Остаются спорными вопросы назначения ингибиторов протонной помпы, селективных блокаторов H_2 -рецепторов гистамина, антацидов для профилак-

Реферат

СОСТОЯНИЕ ПРОЦЕССОВ СВОБОДНОРАДИКАЛЬНОГО ОКИСЛЕНИЯ И ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОНКОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Скрипко В.Д.

Ключевые слова: тонкая кишка, эндогенная интоксикация, реамберин, биохимические показатели.

Проведено комплексное обследование и хирургическое лечение 133 больных с острой тонкокишечной непроходимостью. Установлено, что как в дооперационном периоде, так и после хирургического лечения по восстановлению проходимости тонкой кишки происходит значительное нарушение процессов свободнорадикального окисления. Это стало поводом до общепринятой схемы лечения применить антиоксидантную терапию. Использование раствора реамберина способствует эффективной коррекции дисбаланса в системе свободнорадикального окисления, снижению эндогенной интоксикации и послеоперационных осложнений.

Summary

STATE OF FREE RADICAL OXIDATION PROCESSES AND AUTOINTOXICATION IN PATIENTS WITH ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

Skrypko V.D.

Key words: small intestine, endogenous intoxication, Reamberin, biochemical indicators.

135 patients with acute intestinal obstruction are examined and operated on. It was established the considerable disturbances in the processes of free radicals oxidation occurred in the period prior the surgical recovery of intestinal patency as well as in post-operative period. This stimulated to introduce antioxidant therapy as a part of conventional treatment. Application of Reamberin preparation promoted the effective correction of imbalance in the free radical oxidation system and the reduction of endogenous intoxication and postoperative complications.

УДК 616.33/.342-002.446-005.1-07-084: 616.5-001.17

Сперанский И.И., Носенко В.М., Макиенко В.В., Тимошенко В.В.

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ОБОЖЖЁННЫХ: ПУТИ И ВОЗМОЖНОСТИ УЛУЧШЕНИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, г. Донецк

Проведён анализ лечения 321 больного с обширными ожогами. Больные разделены на три группы: основная группа (175 обожжённых) получала с целью профилактики селективные блокаторы H₂- рецепторы гистамина, вторая группа (85 чел.) в качестве профилактики эрозий и язв ЖКК получали ингибиторы протонной помпы, контрольная группа (61 чел.) получала обычное противоязвенное лечение, без применения фамотидина или ингибиторов протонной помпы. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов ЖКТ встречается от 17 до 35,7% в зависимости от тяжести термического поражения и возможности проведения полноценного лечения данной категории пострадавших. Применение блокаторов протонной помпы и селективных блокаторов H₂- рецепторов гистамина способствуют уменьшению случаев эрозий и кровотечений из верхнего отдела ЖКТ, ускоряют заживление острых эрозий и язв ЖКТ у обожжённых.

Ключевые слова: острые эрозии желудочно – кишечного тракта, кровотечения из острых эрозий

Одним из грозных осложнений тяжелой ожоговой болезни является образование острых гастродуоденальных эрозий и язв и развивающееся кровотечение из них. По литературным данным, множественные эрозии и изъязвления слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки образуется у 6 - 25% тяжелообожжённых и чаще всего встречается в стадии ожоговой токсемии. Актуальность данного вопроса обусловлена частотой этого осложнения у больных с обширным раневым процессом различной этиологии, что увеличивает расходы на лечение данной группы больных, удлинит сроки выздоровления, а порой и приводит к неблагоприятным исходам. В последние годы интерес к острым эрозивно-язвенным повреждениям желудочно-кишечного тракта у тяжелообожжённых возрастает в связи с их учащением, трудностью своевременной диагностики, малой эффективностью консервативного и хирургического лечения. Летальность при данном осложнении ожоговой болезни остаётся высокой и составляет в среднем около 17% [1,5,8].

В настоящее время имеются следующие теории образования острых язв и эрозий у обожжённых: 1)

нервно-рефлекторная теория; 2) теория прямого поражающего действия термического агента на желудочно – кишечный тракт (ЖКТ); 3) теория гемоконцентрации; 4) тромбозомболическая теория; 5) токсическая теория. В результате перечисленных факторов в слизистой оболочке ЖКТ развивается ишемия и гипоксия, что приводит к появлению в ней очагов некроза, которые подвергаются воздействию пищеварительных ферментов и превращаются в острые язвы или эрозии. В настоящее время общепризнанной является роль нарушения микроциркуляции, как основная причина развития острых эрозивных повреждений ЖКТ. Эти нарушения наиболее выражены в периоде шока и токсемии, а в более поздние сроки причиной нарушения микроциркуляции является сепсис.

Подход к лечению больных этой группы неоднозначен, особенно при развитии кровотечения, что затрудняет выбор тактики ведения таких больных, даже у опытных врачей реаниматологов и комбустиологов часто возникают сомнения в правильности выбранной тактики. Остаются спорными вопросы назначения ингибиторов протонной помпы, селективных блокаторов H₂- рецепторов гистамина, антацидов для профилак-

тики и лечения гастродуоденальных эрозий и их осложнений, отсутствуют единые, патогенетически обоснованные схемы медикаментозной и эндоскопической остановки кровотечений. [7,9,10].

Важным звеном патогенеза острых заболеваний верхних отделов ЖКТ является повышение желудочной секреции, вызывающее острое эрозивно – язвенное поражение на фоне выраженной гипоксии слизистой желудка и 12-перстной кишки [3]. Кроме того, основными причинами возникновения эрозий и язв ЖКТ при ожоговой болезни являются также снижение кровоснабжения слизистой оболочки, уменьшение вымывания избытка ионов водорода, локальный внутристеночный ацидоз, увеличение количества свободных радикалов, снижение буферной ёмкости и снижение секреции слизи и бикарбонатов, увеличение обратной диффузии ионов водорода и нарушение реституции эпителиальных клеток.

Для профилактики и лечения эрозий и язв слизистой оболочки ЖКТ в настоящее время применяется диета со щелочным питьём, приём спазмолитиков, антацидов, а также в ингибиторы протонной помпы (ИПП), селективные блокаторы H_2 - рецепторы гистамина (БРГ) и др. Патогенетическими механизмами нарушения гомеостаза при рецидиве язвенных кровотечений являются активация перекисного окисления липидов и нарушение антиокислительной системы в организме [1]. Одним из важных этапов диагностики и лечения острых эрозий и изъязвлений желудочно – кишечного тракта в настоящее время также является диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) [8,9,12], которая позволяет диагностировать, проводить не только временную, но и окончательную остановку кровотечения, следить за процессом рубцевания эрозий, возникновением повторного кровотечения из ЖКТ.

В комплекс лечебно-профилактических мероприятий рекомендуют включать: холино- и адренолитические препараты, анаболические стероиды, H_2 -блокаторы, блокаторы дофаминовых рецепторов, антацидные препараты, вазоконстрикторы, гемостатики на фоне адекватной коррекции гиповолемии и водно-электролитных нарушений, нормализации показателей свертывающей системы крови, борьбы с инфекцией, полноценного парентерального питания [5,8]. В настоящее время продолжает проводиться активный поиск эффективных методов эндоскопического лечения гастродуоденальных эрозий и кровотечений, разработка и внедрение в клиническую практику современных гемостатических препаратов для местного применения [7].

Цель исследования

Определение эффективного метода профилактики и лечения образовавшихся эрозий и язв, профилактики и лечения кровотечения из острых эрозий и язв ЖКТ.

Материалы и методы исследования

Проведён анализ лечения 321 обожжённого с обширными, в том числе критическими ожогами, которые находились на лечении в Донецком ожоговом центре Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины в 2000 – 2010 гг. Из них - 179 шахтёров получили ожоги во время взрывов угольно-метановой смеси при групповых и массовых поражениях. 59 пострадали на других предприятиях Донецкой и других областей Украины, остальные 83 пострадавших ожоги получили в быту или на производстве не при групповых травмах. Муж-

чин было 260, женщин 61. Возраст пострадавших был от 5 до 72 лет. Этиологией ожогов были: пламя, включая пламя взрыва - у 235 (73,2%), горячие жидкости – 81 (25,2%), контактные ожоги – 5 (1,6%). Общая площадь поражения колебалась от 10 до 85% поверхности тела, из них глубокого от 5 до 60%. У 205 пострадавших (63,9%) ожоги кожных покровов сочетались с термоингаляционной травмой (ТИТ), отравлением СО и продуктами горения.

Основными направлениями профилактики эрозий и желудочно – кишечного кровотечения является полноценная трансфузионная противошоковая терапия, коррегирующая быстрое восполнение объёма циркулирующей крови (ОЦК) с применением дезагрегантов, антиоксидантов.

Все больные разделены на три группы. Пациенты основной группы (175 человек) получали фамотидин (квamatел) по 20 мг внутривенно на протяжении 7-10 дней однократно в 16 часов с последующим переходом на пероральный приём на протяжении 24 – 30 дней, до стабилизации гематологических показателей, биохимических анализов и индексов интоксикации [4,11]. При лечении больных в тяжёлом и крайне тяжёлом ожоговом шоке проводилась катетеризация желудка и двенадцатиперстной кишки тонким желудочным зондом для декомпрессии и парентерального питания. Кроме того, 159 больным дополнительно назначались антациды (альмагель, гастролептин и др.) три раза в день перед едой и на ночь, перед сном, при угрозе развития желудочно – кишечного кровотечения или наличия в анамнезе гиперацидного гастрита, язвы желудка или 12- перстной кишки обычно на протяжении месяца.

Во вторую группу включены 85 пострадавших, которые имели сходные термические поражения, но в качестве профилактики эрозий и язв ЖКТ они кроме общепринятой методики лечения ожоговой болезни получали ингибиторы протонной помпы (ИПП) - (омез, омезопразол, контролок и др.) по 80 мг первые сутки, далее по 40 мг внутривенно на протяжении 20 – 30 дней.

Контрольную группу составили 61 обожжённых, которые имели соизмеримые с предыдущими группами термическое поражение и по разным причинам получали обычное противоязвенное лечение (антациды, спазмолитики, диета, щелочное питьё) без применения фамотидина или ингибиторов протонной помпы.

По показаниям проводили диагностическую ФГДС. При выявлении эрозий или язв обкалывали поражённые участки слизистой оболочки желудка спазмолитиками и кровоостанавливающими препаратами, коагулировали кровоточащие участки слизистой, проводили пломбировку язвы. При наличии кровотечения, ФГДС повторяли через 3-5 дней для контроля эффективности проводимого лечения и/или остановки продолжающегося кровотечения. Всем больным на фоне общего лечения и коррекции всех нарушений гомеостаза выполнялись ранние оперативные вмешательства: дерматомия с ксенопластикой, ультразвуковая кавитация ран с ксенопластикой, ранняя некрэктомия с аутодермотрансплантацией или ксенопластикой.

На протяжении всего лечения проводились исследования: общий анализ крови с определением интегральных индексов интоксикации, по показаниям определялись показатели ферментов желудка, двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы, печени, изучалась функция кишечника, уровень токсемии, выполнялись диагностические и лечебные ФГДС, гистологические исследования.

Результаты исследования и обсуждения

У больных основной группы после 2-3 дней лечения квамателом уменьшался болевой синдром в эпигастриальной области, головные боли, чувство дискомфорта в области желудка, что приводило к улучшению самочувствия, уменьшению легочной недостаточности. Наши исследования показали, что квамател подавляет, вызванную различными индукторами, активацию нейтрофильных лейкоцитов, что уменьшает вероятность развития пневмоний у обожженных. Пострадавшие, которые одновременно получали альмагель или другой антацид, отмечали более быстрое улучшение состояния: исчезает или уменьшается изжога, отрыжка, ретростернальные боли. Через 5-7 дней явления дисфагии исчезали полностью. Острые эрозии желудка и /или 12- перстной кишки выявлены у 47(28,8%) обожженных данной группы. У 9 пациентов (19,1%) эрозии локализовались в желудке, у 24 (51,6%) – в 12 –ти перстной кишке, сочетанные поражения выявлены у 14 (29,8%). Заживление эрозий диаметром до 1 мм наблюдалось за 12 – 15 дней, у остальных эрозии стали меньше и имели тенденцию к эпителизации. Кровотечение различной степени тяжести из острых эрозий и язв выявлено у 23 больных, которое после проведенной эндоскопической терапии по принятой в клинике методике остановилось. В трех наблюдениях было повторное кровотечение, двое больных умерло от сверхкритических ожогов и продолжающегося кровотечения.

У больных второй группы, которые получали ИПП, болевой синдром держался более продолжительное время (до 10 суток), продолжалась отрыжка и чувство распирания желудка. Острые эрозии были выявлены у 12 пострадавших (14,1%) этой группы и они локализовались преимущественно в желудке. У троих (3,5%) больных выявлено ЖКК, которое было остановлено эндоскопически. Рецидивов кровотечения не было. Эпителизация эрозий и уменьшение острых язв в размерах наблюдалась на 18 -25 день после их выявления и все больные в последующем переходили на приём кваматела на протяжении 1 – 1,5 месяцев. В двух случаях наблюдался «эффект рикошета», когда после отмены БПП и не назначения кваматела или другого противоязвенного лечения у больных вновь появились боли в эпигастрии, вздутие и дискомфорт в эпигастриальной области, которые прошли на 10-12 день после активизации противоязвенного лечения. У одного больного на четвертые сутки после начала лечения кеторолаком развилось массивное кровотечение из острой язвы желудка которое остановлено методом эндоскопии – обкалывание и пломбирование язвы. Однако через 12 часов кровотечение возобновилось и больной умер от продолжавшегося профузного кровотечения.

У больных контрольной группы болевой синдром, дискомфорт в области желудка, отрыжки сохранялись на протяжении 7-10 дней, у некоторых были срыгивания съеденной пищей. У 7 (11,5%) больных выявлено ЖКК, которое остановлено эндоскопически, но в трех случаях наступил рецидив, один больной умер от продолжающегося профузного кровотечения. Больным с кровотечениями назначены БПП на протяжении 7-10 дней, затем перешли на таблетированный квамател на протяжении месяца. После выписки всем больным рекомендовалось наблюдение гастроэнтеролога.

При ретроспективном анализе всех пострадавших нами выявлены следующие закономерности: эрозии чаще всего наблюдаются у больных при групповых и

массовых поражениях, особенно у шахтёров и при наличии ожога дыхательных путей. Причём, чем тяжелее ТИТ, тем чаще встречаются эрозии у пострадавших.

Таким образом, высокая частота острых эрозий и язв у обожженных, а также высокая летальность при желудочно – кишечных кровотечениях, сложность выбора единого метода профилактики и лечения данной патологии оправдывают целесообразность поиска методов профилактики, прогнозирования и лечения острых стрессовых поражений желудочно – кишечного тракта, что позволит улучшить результаты лечения больных с данной патологией. Профилактика и лечение острых эрозивно – язвенных поражений желудочно-кишечного тракта, особенно осложнившееся кровотечением, должны включать адекватную терапию ожоговой болезни, постоянные диагностические и лечебные фиброгастродуоденоскопии, с первых часов лечения применение блокаторов желудочной секреции, антацидных и гемостатических (цитостатических) препаратов до начала рековаленценции. Внутривенные инфузии Н₂-антагонистов значительно снижают риск возникновения желудочно-кишечного кровотечения у обожженных, но их польза ограничена быстрым развитием толерантности. Отмечается, что ингибиторы протонного насоса гораздо более эффективны в профилактике именно рецидива кровотечения у обожженных [12]. Наши исследования показали, что использование при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях в дополнение к Н₂-блокаторам и/или ингибиторам протонной помпы повышает гемостатический эффект. Патогенетически обоснованные профилактика и лечение кровотечений из острых эрозивно- язвенных поражений верхних отделов желудочно – кишечного тракта позволяет уменьшить количество этих осложнений, улучшить непосредственные и отдалённые результаты лечения тяжелообожженных.

Выводы

1. По результатам нашего исследования эрозивно – язвенное поражение верхних отделов ЖКТ является довольно частым осложнением и составляет в разные годы от 17 до 35,7% в зависимости от тяжести термического поражения и возможности проведения полноценного лечения данной категории пострадавших.
2. Применение препаратов фамотидина и блокаторов протонной помпы способствуют уменьшению случаев эрозий и кровотечений из верхнего отдела ЖКТ, ускоряют заживление острых эрозий и язв ЖКТ.
3. Использование эндоскопических методов диагностики и лечения острых эрозий и язв ЖКТ позволяют своевременно диагностировать наличие и масштабы осложнений, уменьшают количество неблагоприятных исходов.
4. Эндоскопическими признаками высокого риска рецидива желудочно-кишечных кровотечений являются множественность источников кровотечения, обширность эрозивно-язвенного поражения, тромбированный сосуд в зоне эрозивно-язвенного дефекта слизистой, нарушение свертывающей системы крови и не выявленные источники кровотечения на момент исследования.
5. Выбор способа гемостаза зависит от эндоскопической картины. К приоритетным методам эндоскопического гемостаза при ранних кровотечениях следует отнести инъекционный метод и эндоклипирование, а при поздних кровотечениях - инъекционный способ, коагуляцию и термокоагуляцию

Література

- Варданян Э.С. Профилактика рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений / Э.С. Варданян. – автореф. дис. к.мед. – М., 2008. – 24 с.
- Вихриев В.С. Острые хирургические заболевания органов пищеварения у обожженных / Вихриев В.С. – Л. : «Медицина», 1985. – 165 с.
- Головин Р.А. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты / Р.А. Головин, В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4(11). – С.42-44.
- Гринь В.К. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы, как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / В.К. Гринь, Э.Я. Фисталь, И.И. Сперанский [и др.] // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 29-30 березня 2006 року "Сепсис: проблеми діагностики, терапії та профілактики". – Харків, 2006. – С.77-78.
- Казымов И.Л. Гастро-дуоденальные кровотечения у больных с тяжелыми термическими ожогами / И.Л. Казымов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №12. – С.26-29.
- Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложнённые кровотечениями / А.Ю. Котаев // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4(11). – С. 9-13.
- Луценко Ю.Г. Прогнозування і профілактика кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит : автореф. дис. к. мед. н / Ю.Г. Луценко. – Донецьк, 2009. – 22 с.
- Окунев А.Ю. Патогенетическое обоснование путей профилактики и лечения кровотечений из острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных : (Обзор литературы) / А.Ю. Окунев, О.Н. Эргашев, Ю.М. Виноградов [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – №7. – С.449 – 455.
- Раденко Є.Є. Оцінка ефективності ендоскопічного гемостазу у хворих на гостру кровотечу з верхніх відділів травного каналу : автореф. дис. к. мед. н. / Є.Є. Раденко. – Донецьк, 2009. – 18 с.
- Сперанский И.И. Особенности диагностики, лечения и профилактики желудочно-кишечных кровотечений у тяжелообожженных / И.И. Сперанский, Л.Г. Анищенко [и др.] // Матеріали ХХІ з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.ІІ. – С.67-69.
- Сперанский И.И. Общий анализ крови – все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / И.И. Сперанский, Г.Е. Самойленко, М.В. Лобачева // Острые и неотложные состояния в практике практического врача. – 2009. – №6. – С. 26-31.
- Chollet - Martin S. High levels of interleukin -8 in the blood and alveolar spaces of patients with pneumonia and adult respiratory distress syndrome / S. Chollet - Martin, P. Montravers, C.Gibert [et al.] // Infect. Immun. – 1993. – V.61, № 11. – P.4553-4559.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЕРОЗИВНО – ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ОБПЕЧЕНИХ: ШЛЯХИ ТА МОЖЛИВОСТІ ПОКРАЩЕННЯ ПОДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СПЕРАНСЬКИЙ І.І., НОСЕНКО В.М., МАКІЄНКО В.В., ТИМОШЕНКО В.В.

Ключові слова: гострі ерозії шлунка – кишкового тракту; кровотеча з гострих ерозій

Проведений аналіз лікування 321 обпеченого з великими опіками. Хворі поділені на три групи: основна група (175 обпечених) для профілактики ерозій використовувала селективні блокатори H₂ рецептори гістаміну, друга група використовувала інгібітори протонної помпи, контрольна група (61 чол.) одержувала загальне протизвиразкове лікування. Ерозивно – виразкове ураження верхніх відділів ЖКТ буває від 17 до 35,7% залежно від тяжкості термічного ураження та можливості повноцінного лікування даної категорії постраждалих. Використання інгібіторів протонної помпи та важкості термічного ураження. Використання блокаторів протонної помпи та селективних блокаторів H₂ – рецепторів гістаміну здатні зменшити випадки ерозій та кровотечі з верхніх відділів ЖКТ, прискорюють загоєння ерозій та виразок ЖКТ.

Summary

PREVENTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE EROSION AND ULCERATIVE GASTRO DUODENAL LESIONS IN PATIENTS WITH BURN INJURIES: APPROACHES AND OPPORTUNITIES TO MAKE HEALTH CARE MORE EFFECTIVE

Speranskiy I.I., Nosenko V.M., Makienko V.V., Timoshenko V.V.

Key words: gastrointestinal tract acute erosions, acute erosion bleedings.

The outcomes of treatment in 321 patients with extensive burns have been analyzed. The patients were divided into three groups: the main group (n=175) took selective blockers of H₂-receptor histamine to prevent erosions and ulcers of gastrointestinal tract, the second group (n=85) took proton pump inhibitors and the control group (n=61) followed conventional ant ulcerative treatment using no famotidine or proton pump inhibitors. 17 – 35.7 % of patients were reported to have erosive-ulcerative lesion of upper gastrointestinal tract that depended on thermal injury severity and the possibility of effective management obtained. The application of proton pump blockers and selective blockers of H₂-receptor histamine promoted reduction of upper gastrointestinal tract erosions and bleedings as well as accelerated healing of acute gastrointestinal erosions and ulcers.

УДК 617.55-06-089

Стороженко О.В., Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Зубаха А.Б., Чорна І.О., Шумейко І.А., Горб Л.І.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Узагальнений досвід та проаналізовані результати хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки у 178 хворих на ожиріння. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Обґрунтована доцільність поєднання абдомінопластики з дерматоліпектомією і з алогерніопластиком сучасними полімерними матеріалами у хворих із післяопераційною грижею черевної стінки та ожирінням.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки, ожиріння, алогерніопластика, абдомінопластика.

Вступ

Проблема хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки «ПОГЧС» залишається актуаль-

ною, незважаючи на значний прогрес в діагностиці та лікуванні даної патології та потребує пошуку і розробки нових методів її корекції. В проспективних дослідженнях їх частота складає від 10 до 20% [1,2], а у

Литература

- Варданян Э.С. Профилактика рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений / Э.С. Варданян. – автореф. дис. к.мед. – М., 2008. – 24 с.
- Вихриев В.С. Острые хирургические заболевания органов пищеварения у обожженных / Вихриев В.С. – Л. : «Медицина», 1985. – 165 с.
- Головин Р.А. Антисекреторная терапия в неотложной хирургической гастроэнтерологии: новые горизонты / Р.А. Головин, В.К. Гостищев, М.А. Евсеев, Г.Б. Ивахов // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4(11). – С.42-44.
- Гринь В.К. Интегральные гематологические показатели лейкоцитарной формулы, как критерий оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / В.К. Гринь, Э.Я. Фисталь, И.И. Сперанский [и др.] // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю 29-30 березня 2006 року "Сепсис: проблеми діагностики, терапії та профілактики". – Харків, 2006. – С.77-78.
- Казымов И.Л. Гастро-дуоденальные кровотечения у больных с тяжелыми термическими ожогами / И.Л. Казымов // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – №12. – С.26-29.
- Котаев А.Ю. Острые эрозии и язвы верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, осложненные кровотечениями / А.Ю. Котаев // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4(11). – С. 9-13.
- Луценко Ю.Г. Прогнозирования і профілактика кровоточивих гострих ерозій, виразок шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на гострий панкреатит : автореф. дис. к. мед. н / Ю.Г. Луценко. – Донецьк, 2009. – 22 с.
- Окунев А.Ю. Патогенетическое обоснование путей профилактики и лечения кровотечений из острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных : (Обзор литературы) / А.Ю. Окунев, О.Н. Эргашев, Ю.М. Виноградов [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2012. – №7. – С.449 – 455.
- Раденко Є.Є. Оцінка ефективності ендоскопічного гемостазу у хворих на гостру кровотечу з верхніх відділів травного каналу : автореф. дис. к. мед. н. / Є.Є. Раденко. – Донецьк, 2009. – 18 с.
- Сперанский И.И. Особенности диагностики, лечения и профилактики желудочно-кишечных кровотечений у тяжелообожженных / И.И. Сперанский, Л.Г. Анищенко [и др.] // Матеріали ХХІ з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т.ІІ. – С.67-69.
- Сперанский И.И. Общий анализ крови – все ли его возможности исчерпаны? Интегральные индексы интоксикации как критерии оценки тяжести течения ожоговой болезни, её осложнений и эффективности проводимого лечения / И.И. Сперанский, Г.Е. Самойленко, М.В. Лобачева // Острые и неотложные состояния в практике практического врача. – 2009. – №6. – С. 26-31.
- Chollet - Martin S. High levels of interleukin -8 in the blood and alveolar spaces of patients with pneumonia and adult respiratory distress syndrome / S. Chollet - Martin, P. Montravers, C.Gibert [et al.] // Infect. Immun. – 1993. – V.61, № 11. – P.4553-4559.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ, ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ЕРОЗИВНО – ВИРАЗКОВИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ У ОБПЕЧЕНИХ: ШЛЯХИ ТА МОЖЛИВОСТІ ПОКРАЩЕННЯ ПОДАВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СПЕРАНСЬКИЙ І.І., НОСЕНКО В.М., МАКІЄНКО В.В., ТИМОШЕНКО В.В.

Ключові слова: гострі ерозії шлунка – кишкового тракту; кровотеча з гострих ерозій

Проведений аналіз лікування 321 обпеченого з великими опіками. Хворі поділені на три групи: основна група (175 обпечених) для профілактики ерозій використовувала селективні блокатори H₂ рецептори гістаміну, друга група використовувала інгібітори протонної помпи, контрольна група (61 чол.) одержувала загальне противиразкове лікування. Ерозивно – виразкове ураження верхніх відділів ЖКТ буває від 17 до 35,7% залежно від тяжкості термічного ураження та можливості повноцінного лікування даної категорії постраждалих. Використання інгібіторів протонної помпи та важкості термічного ураження. Використання блокаторів протонної помпи та селективних блокаторів H₂ – рецепторів гістаміну здатні зменшити випадки ерозій та кровотечі з верхніх відділів ЖКТ, прискорюють загоєння ерозій та виразок ЖКТ.

Summary

PREVENTION, DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE EROSION AND ULCERATIVE GASTRO DUODENAL LESIONS IN PATIENTS WITH BURN INJURIES: APPROACHES AND OPPORTUNITIES TO MAKE HEALTH CARE MORE EFFECTIVE

Speranskiy I.I., Nosenko V.M., Makienko V.V., Timoshenko V.V.

Key words: gastrointestinal tract acute erosions, acute erosion bleedings.

The outcomes of treatment in 321 patients with extensive burns have been analyzed. The patients were divided into three groups: the main group (n=175) took selective blockers of H₂-receptor histamine to prevent erosions and ulcers of gastrointestinal tract, the second group (n=85) took proton pump inhibitors and the control group (n=61) followed conventional ant ulcerative treatment using no famotidine or proton pump inhibitors. 17 – 35.7 % of patients were reported to have erosive-ulcerative lesion of upper gastrointestinal tract that depended on thermal injury severity and the possibility of effective management obtained. The application of proton pump blockers and selective blockers of H₂-receptor histamine promoted reduction of upper gastrointestinal tract erosions and bleedings as well as accelerated healing of acute gastrointestinal erosions and ulcers.

УДК 617.55-06-089

Стороженко О.В., Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Зубаха А.Б., Чорна І.О., Шумейко І.А., Горб Л.І.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ГРИЖАМИ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ТА ОЖИРІННЯМ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Узагальнений досвід та проаналізовані результати хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки у 178 хворих на ожиріння. Запропонований підхід до вибору методу та обсягу оперативного втручання. Обґрунтована доцільність поєднання абдомінопластики з дерматоліпектомією і з алогерніопластиком сучасними полімерними матеріалами у хворих із післяопераційною грижею черевної стінки та ожирінням.

Ключові слова: післяопераційна грижа черевної стінки, ожиріння, алогерніопластика, абдомінопластика.

Вступ

Проблема хірургічного лікування післяопераційних гриж черевної стінки «ПОГЧС» залишається актуаль-

ною, незважаючи на значний прогрес в діагностиці та лікуванні даної патології та потребує пошуку і розробки нових методів її корекції. В проспективних дослідженнях їх частота складає від 10 до 20% [1,2], а у

хворих з надлишковою масою тіла цей відсоток значно збільшується [3,4]. Близько 60% хворих із ПОГЧС складають пацієнти працездатного віку, що визначає не тільки медичну, але і соціально-економічну проблему [3,4,5]. Супутнє ожиріння призводить до збільшення розмірів дефекту, розвитку гігантських гриж, які асоціюються зі ще більшою інвалідністю хворих. Комбінація ПОГЧС та ожиріння формує категорію «складних гриж», наявність яких часто змушує відмовлятися від виконання оперативного втручання навіть досвідчених хірургів [2-5]. Вимоги сучасної хірургії змушують шукати нові підходи до виконання поєднаних операцій. У сучасних умовах дана категорія пацієнтів часто звертається до лікарів з проханням не тільки усунути основну хірургічну патологію, але і корегувати косметичні недоліки живота [2,4,5]. В таких випадках при проведенні операції доводиться враховувати як хірургічні, так і естетичні аспекти. У сучасній літературі не розставлені акценти в особливостях діагностики, передопераційної підготовки та післяопераційного ведення цих хворих, не виявлено оптимальний спосіб герніопластики та технічні особливості виконання оперативних втручань при поєднанні ПОГЧС та ожиріння.

Мета дослідження

Оптимізувати вибір методу хірургічного лікування ПОГЧС у хворих на ожиріння для покращення результатів лікування і зменшення кількості рецидивів та ускладнень.

Матеріали і методи досліджень

Проаналізовані результати лікування 178 хворих з ПОГЧС та супутнім ожирінням за період з 2001 по 2012 рр. Всі пацієнти – жінки, віком від 27 до 74 років, що мали ожиріння різного ступеня вираженості. Маса тіла хворих коливалась від 90 до 160 кг. Індекс маси тіла у хворих знаходився в межах від 29,8 до 58,4 кг/м². Згідно класифікацією I.P. Chevrel, A.M. Path (2000 р.) [6], ПОГЧС W1 діагностовано у 37 хворих (20,8%), W2 – у 63 (53,4%), W3 – у 51 (28,6%), W4 – у 27 (15,2%); до підгрупи М віднесено 166 хворих (93,3%), до підгрупи L – 12 (6,7%). Рецидивні ПОГЧС відзначали у 22 хворих (12,3%), явища защемлення – у 12 (6,7%). Розміри грижових воріт у хворих з вправимими грижами визначали клінічно, при невправимих грижах – за допомогою УЗД, кінцеві розміри грижових воріт визначали інтраопераційно. Майже всі хворі були з гіпогастральною та значна з мезогастральною локалізацією грижових воріт, мали підвищене відкладання жирової клітковини у нижній частині живота, що мало форму «вісячого фартуха» або «відвислого живота». Передопераційне обстеження включало збір анамнезу, загальне обстеження пацієнтів, аналіз даних лабораторних досліджень, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, фіброгастродуоденоскопію, огляд пацієнток гінекологом. Особливу увагу приділяли обстеженню органів серцево-судинної та дихальної системи. Проводились електрoкардіографія, флюорографія, визначення функції зовнішнього дихання, при необхідності доплерографія серця і магістральних судин, обстеження вен нижніх кінцівок. Результати дозволяли уточнити діагноз, встановити наявність супутньої патології. Це, в свою чергу, давало можливість визначитись з об'ємом і способом хірургічного втручання, провести необхідну підготовку до операції. При обстеженні хворих особливу увагу приділяли супутнім захворюванням, які мали місце у 91% хворих. Найбільш поширеними за-

хворюваннями були серцево-судинні, хронічні легеневі, жовчовивідних шляхів, цукровий діабет, органів опорно-рухового апарату, варикозне ураження вен нижніх кінцівок. Корекцію супутніх захворювань у таких хворих починали проводити у передопераційному періоді.

Результати та їх обговорення

Вибір методу оперативного втручання залежав від локалізації грижі, розмірів грижового мішка, наявності післяопераційних рубців, а також від особливостей деформації черевної стінки підшкірно-жировими відкладеннями. У 162 (91%) хворих із ПОГЧС та наявністю «відвислого живота» значних розмірів поряд із грижосіченням виконували абдомінопластику з дерматоліпектомією передньої черевної стінки із розширеного оперативного доступу за Фернандесом та Берсоном. У 16 (9%) хворих без наявності значних розмірів «відвислого живота» та із середньою мезогастральною локалізацією грижі намагалися використати доступ найбільш зручний для виконання обох втручань. Спосіб герніопластики вибирали беручи до уваги розмір, локалізацію, стан грижових воріт і тканин черевної стінки, вік, загальний стан пацієнта, рецидиви і ускладнення, а також рівень внутрішньочеревного тиску (ВЧТ). Рівень ВЧТ вимірювали до виконання розрізу в наркозі. Цю величину брали за базовий рівень. Вивчення ВЧТ інтраопераційно виконувалося шляхом моделювання підвищеного ВЧТ під час тесту адаптації. Для цього виділяли грижовий мішок, занурювали його вміст у черевну порожнину та співставляли краї апоневрозу в медіальному напрямку до їх максимального зближення. Таким чином ми моделювали кінцевий результат пластики черевної стінки. У 31 (17,4%) пацієнтів із ПОГЧС W1 та незначними змінами тканин і без рецидивів застосовували автопластичні методи закриття грижових воріт. У 147 (82,6%) хворих із ПОГЧС W2, W3 та W4 і за наявності рецидиву, боковою локалізацією грижі – алопластичні методи із використанням поліпропіленової сітки. У 27 (71,3%) хворих виконані різні види реконструктивних операцій. Найбільш поширеною методикою імплантації сітки був спосіб алопластики sublay із заведенням сітки на 4 см за краї грижових воріт і фіксацією її окремими вузловими швами, застосований у 121 (68%) хворих. Герніопластику за методом onlay виконували як вимушену, в ургентних випадках та при ригідних краях дефекту у 6 (3,4%) хворих. Корегуючі операції виконуємо при умовах неможливості виконання реконструкції з різних причин. У 20 (11,2%) хворих застосовували методики пластики без натягу по типу inlay. Операцію завершували активним дрениванням місця пластики за Редоном протягом 4-5 діб, перед зашиванням операційної рани її промивали розчином декасану. При розміщенні дренажів в рані дотримувались наступних принципів: дренажі розташовувались строго над протезом, довжина дренажу співпадала з довжиною від сепарованих ділянок рани, кількість 2 і більше, діаметр просвіту дренажу не менше 5 мм. Рану зашивали пошарово. Зважаючи на можливість «дрімаючої інфекції» після попередніх оперативних втручань, пацієнти отримували антибіотикопрофілактику (цефалоспорины 2-3 покоління). В обов'язковому порядку всім хворим проводили заходи щодо попередження тромбоемболічних ускладнень у вигляді еластичного бинтування гомілок та застосовували низькомолекулярні гепарини (фраксипарин, клексан), що використовували в дозі 0,3 мг на добу одноразово перед операцією та в післяопераційному періоді до повного відновлен-

ня рухової активності хворого протягом 5-7 днів. Час дренування залежав від кількості виділень. В ранньому післяопераційному періоді хворим вдягали еластичні бандажні пов'язки для іммобілізації черевної стінки, а також для попередження сером, гематом та лімфореї. Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 6 (3,4%) хворих, гематома післяопераційної рани – у 5 (2,8%), нагноєння рани – 3 (1,7%), частковий некроз країв шкіри – у 3 (1,7%) хворих. Одна хвора померла після автопластики рецидивної ПОГЧС внаслідок каскадних явищ супутньої серцевої патології. Результати спостережень протягом 4 років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих. Практично усі хворі задоволені результатами операцій, які позбавили їх від фізичного та психологічного дискомфорту та повернули до повноцінного життя.

Висновки

Таким чином, виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією у поєднанні з алогерніопластиком

сучасними полімерними матеріалами дозволяє покращити результати лікування хворих із ПОГЧС та ожирінням, а також покращити косметичні результати операції та прискорити фізичну і соціальну реабілітацію пацієнтів.

Література

1. Білянський Л.С. Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, Тодуров І.М., Косюхно С.В. [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №2(11). – С.19-23.
2. Жебровський В.В. Хирургия грыж живота / Жебровський В.В. – М., 2005. – 384 с.
3. Ковальчук В.С. Лечение срединных вентральных грыж у больных с отвислым животом / В.С. Ковальчук, А.И. Николаев, М.В. Ковальчук // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Т.13, №2. – С.280-283.
4. Лаврик А.С. Особливості хірургічного лікування рубцевих грыж у хворих ожирінням та надлишковою масою тіла / А.С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тиванчук, М.В. Манойло [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №4 (13). – С.186-189.
5. Фомин П.Д. Аллопластические методы в хирургии послеоперационных вентральных грыж в сочетании с абдоминопластикой / П.Д.Фомин, Е.Н.Шепетько, О.В.Бельский [и др.] // Хирургия Украины. – 2008. – №2. – С.126-127.
6. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P.Chevrel, A.M. Rath // Hernia. – 2000. – V.4, №1. – P.1-7.

Реферат

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОЖИРЕНИЕМ

Стороженко А.В., Лигоненко А.В., Дигтярь И.И., Зубаха А.Б., Чорна И.А., Шумейко И.А., Горб Л.И.

Ключевые слова: послеоперационная грижа брюшной стенки, ожирение, аллогерниопластика, абдоминопластика.

Обобщен опыт и проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационных грыж брюшной стенки у 178 больных с ожирением. Предложен подход к выбору метода и объема оперативного вмешательства. Обоснована целесообразность сочетания абдоминопластики с дерматоліпектомією и аллогерниопластикой современными полимерными материалами у больных с послеоперационной грыжей брюшной стенки и ожирением.

Summary

MULTIMODALITY TREATMENT OF POSTOPERATIVE HERNIA OF ABDOMINAL WALL IN OBESE PATIENTS

Storozhenko A.V., Ligonenko A.V., Zubakha A.B., Digtar I.I., Chorna I.O., Shumejko I.A., Gorb L.I.

Key words: postoperative hernia of abdominal wall, obesity, dermatolipectomy, allohernioplasty

The results of surgical treatment of 178 obese patients with postoperative hernia of abdominal wall have been studied. The authors suggested the approach to choose the proper surgical method. The appropriateness for combining dermatolipectomy and allohernioplasty with the latest polymeric material in obese patients with hernia of abdominal wall has been substantiated.

УДК: 616.37-002.4-036.11-089

Сусак Я.М.¹, Ткаченко О.А.², Дирда О.О.², Лобанова О.М.²

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

1. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Київ

2. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

В статті представлені результати лікування 163 хворих з гострим некротичним панкреатитом. Чоловіків було 98 (60,1%), жінок 65 (39,8%). Середній вік становив 44,3 роки. Лікувальна тактика у пацієнтів з ГНП була спрямована на формування перипанкреатичного інфільтрату. Розсмоктування перипанкреатичного інфільтрату спостерігали в 77,5% випадків, постнекротична кіста утворилася в 14,9% хворих, нагноєння перипанкреатичного інфільтрату було в 7,5% випадків. Післяопераційна летальність склала 11,1%, загальна летальність в групі пацієнтів з некротичним панкреатитом склала 8,6%.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, перипанкреатичний інфільтрат, гнійні ускладнення.

Актуальність теми

Лікування хворих на гострий некротичний панкреатит є однією найбільш складних проблем ургентної хірургії. Згідно з останніми статистичними даними, захворюваність на гострий панкреатит (ГП) посідає друге місце після гострого апендициту [2, 3, 5, 7, 8]. За даними ряду авторів, гострий панкреатит діагностують у 70–90 випадках на 100 тис. населення [6].

Локальне і короткотривале порушення клітинного рівня у підшлунковій залозі спричиняє тотальне ураження органів і систем організму внаслідок руйнування мікроциркуляторного русла і високого рівня ендотоксикозу [1]. Зміни, які виникають в організмі при некротичному панкреатиті, настільки серйозні, що при відсутності адекватної терапії летальність сягає 70–90% [3]. Найбільш вагомим компонентом лікування є адекватна реанімаційно – анестезіологічна підтримка,

ня рухової активності хворого протягом 5-7 днів. Час дренування залежав від кількості виділень. В ранньому післяопераційному періоді хворим вдягали еластичні бандажні пов'язки для іммобілізації черевної стінки, а також для попередження сером, гематом та лімфореї. Загоєння ран після великих за обсягом операцій із видаленням шкірно-жирового клаптя на значній ділянці містить ризик розвитку в ранньому післяопераційному періоді місцевих ускладнень: серома виявлена у 6 (3,4%) хворих, гематома післяопераційної рани – у 5 (2,8%), нагноєння рани – 3 (1,7%), частковий некроз країв шкіри – у 3 (1,7%) хворих. Одна хвора померла після автопластики рецидивної ПОГЧС внаслідок каскадних явищ супутньої серцевої патології. Результати спостережень протягом 4 років свідчать про високу ефективність запропонованого методу лікування цієї категорії хворих. Практично усі хворі задоволені результатами операцій, які позбавили їх від фізичного та психологічного дискомфорту та повернули до повноцінного життя.

Висновки

Таким чином, виконання абдомінопластики з дерматоліпектомією у поєднанні з алогерніопластиком

сучасними полімерними матеріалами дозволяє покращити результати лікування хворих із ПОГЧС та ожирінням, а також покращити косметичні результати операції та прискорити фізичну і соціальну реабілітацію пацієнтів.

Література

1. Білянський Л.С. Хірургічна тактика у хворих з гігантськими дефектами черевної стінки / Л.С. Білянський, Тодуров І.М., Косюхно С.В. [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №2(11). – С.19-23.
2. Жебровський В.В. Хирургия грыж живота / Жебровський В.В. – М., 2005. – 384 с.
3. Ковальчук В.С. Лечение срединных вентральных грыж у больных с отвислым животом / В.С. Ковальчук, А.И. Николаев, М.В. Ковальчук // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2012. – Т.13, №2. – С.280-283.
4. Лаврик А.С. Особливості хірургічного лікування рубцевих грыж у хворих ожирінням та надлишковою масою тіла / А.С. Лаврик, О.Ю. Усенко, О.С. Тиванчук, М.В. Манойло [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2011. – №4 (13). – С.186-189.
5. Фомин П.Д. Аллопластические методы в хирургии послеоперационных вентральных грыж в сочетании с абдоминопластикой / П.Д.Фомин, Е.Н.Шепетько, О.В.Бельский [и др.] // Хирургия Украины. – 2008. – №2. – С.126-127.
6. Chevrel J.P. Classification of incisional hernias of the abdominal wall / J.P.Chevrel, A.M. Rath // Hernia. – 2000. – V.4, №1. – P.1-7.

Реферат

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ГРЫЖЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ И ОЖИРЕНИЕМ

Стороженко А.В., Лигоненко А.В., Дигтярь И.И., Зубаха А.Б., Чорна И.А., Шумейко И.А., Горб Л.И.

Ключевые слова: послеоперационная грижа брюшной стенки, ожирение, аллогерниопластика, абдоминопластика.

Обобщен опыт и проанализированы результаты хирургического лечения послеоперационных грыж брюшной стенки у 178 больных с ожирением. Предложен подход к выбору метода и объема оперативного вмешательства. Обоснована целесообразность сочетания абдоминопластики с дерматоліпектомією и аллогерниопластикой современными полимерными материалами у больных с послеоперационной грыжей брюшной стенки и ожирением.

Summary

MULTIMODALITY TREATMENT OF POSTOPERATIVE HERNIA OF ABDOMINAL WALL IN OBESE PATIENTS

Storozhenko A.V., Ligonenko A.V., Zubakha A.B., Digtar I.I., Chorna I.O., Shumejko I.A., Gorb L.I.

Key words: postoperative hernia of abdominal wall, obesity, dermatolipectomy, allohernioplasty

The results of surgical treatment of 178 obese patients with postoperative hernia of abdominal wall have been studied. The authors suggested the approach to choose the proper surgical method. The appropriateness for combining dermatolipectomy and allohernioplasty with the latest polymeric material in obese patients with hernia of abdominal wall has been substantiated.

УДК: 616.37-002.4-036.11-089

Сусак Я.М.¹, Ткаченко О.А.², Дирда О.О.², Лобанова О.М.²

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ

1. Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; кафедра хірургії стоматологічного факультету, м. Київ

2. Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Київ

В статті представлені результати лікування 163 хворих з гострим некротичним панкреатитом. Чоловіків було 98 (60,1%), жінок 65 (39,8%). Середній вік становив 44,3 роки. Лікувальна тактика у пацієнтів з ГНП була спрямована на формування перипанкреатичного інфільтрату. Розсмоктування перипанкреатичного інфільтрату спостерігали в 77,5% випадків, постнекротична кіста утворилася в 14,9% хворих, нагноєння перипанкреатичного інфільтрату було в 7,5% випадків. Післяопераційна летальність склала 11,1%, загальна летальність в групі пацієнтів з некротичним панкреатитом склала 8,6%.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, перипанкреатичний інфільтрат, гнійні ускладнення.

Актуальність теми

Лікування хворих на гострий некротичний панкреатит є однією найбільш складних проблем ургентної хірургії. Згідно з останніми статистичними даними, захворюваність на гострий панкреатит (ГП) посідає друге місце після гострого апендициту [2, 3, 5, 7, 8]. За даними ряду авторів, гострий панкреатит діагностують у 70–90 випадках на 100 тис. населення [6].

Локальне і короткотривале порушення клітинного рівня у підшлунковій залозі спричиняє тотальне ураження органів і систем організму внаслідок руйнування мікроциркуляторного русла і високого рівня ендотоксикозу [1]. Зміни, які виникають в організмі при некротичному панкреатиті, настільки серйозні, що при відсутності адекватної терапії летальність сягає 70–90% [3]. Найбільш вагомим компонентом лікування є адекватна реанімаційно – анестезіологічна підтримка,

яка дозволяє достовірно знизити летальність в «ранній» фазі захворювання. Наступним достовірним фактором зниження летальності є асептичний перебіг захворювання [3, 7, 8]. Саме інфікування некротичних тканин підшлункової залози, парапанкреатичної і заочеревинної клітковини, що виникає у хворих, які вижили після панкреатогенного, шоку є субстратом поліорганної недостатності і так званої «пізньої» летальності хворого [1, 3, 4].

Індивідуальний підхід та дотримання алгоритмів лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом враховуючи фазовий перебіг захворювання, є важливим етапом до покращення результатів лікування цієї категорії хворих.

Мета дослідження

Проаналізувати результати лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом в умовах ургентного хірургічного стаціонару багатoproфільної лікарні.

Матеріали і методи

За період з 2008 по 2012 рік в хірургічному відділенні №2 КМКЛШМД проліковано 163 пацієнти з гострим некротичним панкреатитом. Чоловіків було 98 (60,1%), жінок 65 (39,8%). Середній вік становив 44,3 роки. У 131 (80,3%) хворого виникнення панкреатиту було пов'язане з аліментарними факторами. Хворим проводили стандартний комплекс загальноклінічних, лабораторних обстежень, інструментальну діагностику, що включала УЗД, КТ, ФГДС, рентгенографію органів черевної та грудної порожнини.

З приймального відділення до відділення реанімації та інтенсивної терапії загального профілю (ВРІТ ЗП) госпіталізовано 141 (86,5%) хворого. Решту переведено з відділення хірургії протягом 18±4,5 години після госпіталізації в зв'язку з неефективністю консервативної терапії.

Тяжкість стану хворих визначали як:

1. Тяжкий стан, який вимагає підтримки «життєзабезпечувальних» функцій організму в умовах ВРІТ ЗП (гемодинамічна підтримка, киснева підтримка, штучне дихання, ультрафільтрація, корекція водно-електролітного балансу і т.д.). Таких пацієнтів було 14 (8,5%). Середній термін перебування їх у ВРІТ ЗП склав 9,8 діб в середньому.

2. Тяжкий стан, який не вимагає підтримки «життєзабезпечувальних» функцій в умовах ВРІТ ЗП. (хворих через 24 – 48 годин лікування переведено до хірургічного відділення). Таких хворих було 149 (91,4%).

Також оцінку ступеня тяжкості стану пацієнтів на гострий некротичний панкреатит проводили за шкалою BISAP (Bedside Index Severity Acute Pancreatitis) [2]. Середня кількість балів у хворих на гострий некротичний панкреатит становила 3,8, що розцінювали як тяжкий перебіг гострого панкреатиту.

Після поступлення хворого у ВРІТ ЗП хірург сумісно з реаніматологом призначали лікування, яке включало:

1. Гемодинамічну підтримку.

1.1. Рідинну ресуситацію (перша доба - 65 - 100мл рідини/кг/добу; друга доба - 40 - 65мл рідини/кг/добу);

1.2. Вазопресорну терапію (норадреналін; дофамін);

1.3. Інотропну підтримку.

2. Знеболення і забезпечення роботи кишечника.

2.1. Тривалу епідуральну анальгезію.

3. Профілактику стресових виразок (блокатори

протонної помпи).

4. Антибіотикотерапію (при наявності перипанкреатичного інфільтрату – цефалоспорины та фторхінолони III-IV поколінь з метронідозолом, з гнійними ускладненнями – карбопенемами та ертапенемами).

5. Ентеральне зондове введення розчинів (NaCl - 0,9%, пептамен, фрезубін).

6. Очищення кишечника.

7. Симптоматичну терапію

Середній термін перебування у ВРІТ ЗП склав 2,3 діб.

У всіх хворих протягом перших 12 - 24 годин було застосовано правило 4-х катетерів за Я.М. Сусак (катетеризація центральної вени, перидуральний катетер, зонд для харчування за зв'язку Трейца, програваний лапароцентез) [4]. При виконанні УЗД «вільна рідина» в черевній порожнині була діагностована у 151 (92,6%) хворого. Їм виконано програваний лапароцентез. У решти хворих, незважаючи на відсутність «вільної рідини» в черевній порожнині теж був виконаний програваний лапароцентез в зв'язку з наростанням інтоксикації та симптомів подразнення очеревини.

Протягом перших трьох діб, при наростанні явищ інтоксикації на фоні лікування, у 12 (7,3%) хворих виконано екстракорпоральні методи детоксикації – (гемосорбція на антипротеазному сорбенті Овосорб, не селективний плазмаферез). Гемосорбція була проведена у 4 (33,3%) хворих, у решти 8 (66,7%) виконано неселективний плазмаферез.

У 40 (24,5%) хворих проведено прогнозування розвитку гнійно – септичних ускладнень та вибір імуномодулятора за допомогою визначення фагоцитарної активності мононуклеарних фагоцитів периферійної крові (патенти на корисну модель №76812 та №76813 від 10.01.13 бюлетень №1).

Результати та їх обговорення

Лікувальна тактика у пацієнтів з ГНП була спрямована на формування перипанкреатичного інфільтрату з подальшим його розсмоктуванням.

В хворих, у котрих виконано програваний лапароцентез, евакуйовано до 250,0±100 рідини під час операції та по 150,0±100 протягом наступних 3-х діб в середньому. Середній рівень α -амілази ферментативного випоту з черевної порожнини склав 121 г/г.л. У хворих після виконання лапароцентезу спостерігали зниження інтоксикації, покращення ментального статусу та зникнення симптомів ферментативного перитоніту. На 4±1 добу в середньому катетер видалено.

З 12 (7,3%) хворих, яким проведені екстракорпоральні методи терапії, в 9 (75%) зникли явища інтоксикації. У 3 (25%) екстракорпоральні методи детоксикації були менш ефективні. У цих хворих спостерігали ураження 4 – х і більше заочеревинних клітковинних просторів без формування перипанкреатичного інфільтрату.

Перипанкреатичний інфільтрат утворився у 147 (90,1%) хворих. З них у 114 (77,5%) хворих мало місце розсмоктування перипанкреатичного інфільтрату. У 21 (14,2%) хворого діагностовано гостре скупчення рідини в заочеревинних клітковинних просторах. В цих пацієнтів було проведено пункцію рідинних утворень під контролем УЗД. У 16 (76,1%) цих хворих пункційний метод під контролем УЗД був ефективний. У 5 (23,8%) хворих після пункції виконана постановка дренажа по типу «Pigtail».

У 22 (14,9%) сформувалася постнекротична кіста підшлункової залози. У 9 (40,9%) цих хворих виконана

цистоєюностомія через 6 міс. після виписки з стаціонару. У 3 (13,6%) хворих постнекротична кіста була дренована за допомогою катетера «Pigtail» під контролем УЗД. У 2 (9,09%) хворих дреновання було ефективне. Одного прооперовано в віддаленому періоді – виконана цистоєюностомія.

У 16 (9,8%) хворих перипанкреатичний інфільтрат не сформувався. З них у 8 (4,9%) причиною гострого некротичного панкреатиту було виконання ендоскопічної папілотомії з літоекстракцією; 6 (3,6%) хворих госпіталізовано через 10±2 доби з початку захворювання (протягом цього часу хворі не отримували лікування); в 1 (0,6%) мав місце посттравматичний панкреатит; одного пацієнта - раніше (3 роки тому) оперовано з приводу гострого некротичного панкреатиту.

У 18 (11,04%) пацієнтів розвилися інфекційні ускладнення. З них у 11 (7,5%) випадках було нагноєння перипанкреатичного інфільтрату. Також інфекційні ускладнення мали місце у одного хворого, який був оперований раніше (3 роки тому) з приводу некротичного панкреатиту. У 6 (33,3%) цих хворих було діагностовано абсцес заочеревинного простору. На першому етапі в них було застосоване дреновання під контролем УЗД за допомогою катетера по типу «Pigtail». У 5 (83,3%) цих хворих дреновання було ефективне. Одного хворого прооперували відкритим способом. У 12 (66,6%) хворих було діагностовано флегмону заочеревинного простору з ураженням 2 – х і більше заочеревинних клітковинних ділянок. У них виконали некрсеквестектомію з лапаротомного доступу. Заочеревинний клітковинний простір було дреновано наскрізним способом, дренажі проводили під товстою кишкою. Прооперованих хворих вели «закритим» способом. Повторно оперовано 3 (16,6%) хворих. В 2 (11,1%) з цих пацієнтів розвилася арозивна кровотеча з заочеревинного простору, одного оперовано в зв'язку з прогресуванням некротичного процесу в заочеревинній клітковині.

Післяопераційний ліжкодень склав 21,2 доби в середньому. Післяопераційна летальність була 11,1%, загальна летальність в групі пацієнтів з некротичним панкреатитом склала 8,6%.

У 83,3% пацієнтів з інфекційними ускладненнями гострого некротичного панкреатиту фагоцитарна ак-

тивність мононуклеарних фагоцитів периферійної крові коливалася в межах 47±20 у.о. з асептичним перебігом перипанкреатичного інфільтрату фагоцитарна активність була вище та становила 459±100 у.о в середньому.

Висновки

1. У хворих на гострий некротичний панкреатит перипанкреатичний інфільтрат утворюється в 90,1% випадків. Розсмоктування перипанкреатичного інфільтрату складає в 77,5% випадків, постнекротична кіста утворюється в 14,9%, нагноєння інфільтрату відбувається в 7,5% пацієнтів.

2. У всіх хворих з гострим некротичним панкреатитом наявна вільна рідина в черевній порожнині з середнім рівнем α -амілази 121 г/л. Програмований лапароцентез хворим з гострим некротичним панкреатитом зменшує явища ферментної інтоксикації у 97,8% хворих, покращує роботу кишківника у 94,5% випадків.

3. Лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом повинно проводитися в спеціалізованому відділенні багатопрофільного лікувального закладу.

Література

1. Багненко С.Ф. Острый панкреатит. Протоколы диагностики и лечения / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Б. Красногоров [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – №1. – С.60-66.
2. Дронов О. І. Прогнозування тяжкості стану хворих на гострий панкреатит / О. І. Дронов, І. О. Ковальська [та ін.] // *Клінічна хірургія*. – 2011. – № 1. – С.32–34.
3. Дзюбановський І.Я. Антибіотики в комплексному лікуванні хворих з некротичним панкреатитом / І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун // *Український Журнал Хірургії*. – 2009. – № 4. – С.50–52.
4. Лобанова О.М. Ультразвукова некретомія в хірургічному лікуванні хворих на інфікований некротичний панкреатит : автореф. дис. ... канд. мед. наук / Лобанова О. М. – М., 2010. – 21 с.
5. Хомяк І. В. Індивідуалізована хірургічна тактика в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит / І. В. Хомяк // *Український журнал хірургії*. – 2009. – № 1. – С.129–133.
6. Шевчук І. М. Хірургічне лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / І.М. Шевчук, Р.Т. Кузенко [та ін.] // *Шпитальна хірургія*. – 2012. – №3. – С.111–115.
7. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. – Heidelberg : Springer Verlag, 2008.
8. Büchler M.W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection / M.W. Büchler, B.Gloor, C.A.Müller [et al.] // *Ann. Surg.* – 2000. – V. 232. – P. 619–626.

Резюме

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Дырда О.О., Лобанова О.М.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, перипанкреатический инфильтрат, гнойные осложнения.

В статье представлены результаты лечения 163 больных с острым некротическим панкреатитом. Мужчин было 98 (60,1%), женщин 65 (39,8%). Средний возраст составил 44,3 года. Лечебная тактика у пациентов с острым некротическим панкреатитом была направлена на формирование перипанкреатического инфильтрата. Рассасывания перипанкреатического инфильтрата наблюдали в 77,5% случаев, постнекротическая киста образовалась в 14,9% больных, нагноение перипанкреатического инфильтрата в 7,5% случаев. Послеоперационная летальность составила 11,1%, общая летальность в группе пациентов с некротическим панкреатитом составила 8,6%.

Summary

TREATMENT OF ACUTE NECROTIZING PANCREATIC AT THE MULTIFIELD HOSPITAL

Susak Y.M., Tkachenko O.A., Dirda O.O., Lobanova O.M.

Key words: acute necrotizing pancreatitis, peripancreatic infiltrate, suppurative complication.

This article presents the results of treatment of 163 patients with acute necrotizing pancreatitis. There were 98 (60.1%) male patients and 65 (39.8%) female patients, mean age were 44.3 years. Treatment policy for the patients with acute necrotizing pancreatitis was aimed to develop peripancreatic infiltrations. Resorption of peripancreatic infiltration was observed in 77.5% of cases, postnecrotic cysts were formed in 14.9% of cases, suppurative complications of peripancreatic infiltrations were reported in 7.5% of cases. Postoperative mortality made up 11.1% and overall mortality in patients with necrotic pancreatitis constituted 8.6%.

УДК: 616.366-002.4-089-072.1

Тутченко М.І., Сусак Я.М.

ГАНГРЕНОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЙОГО ЛАПАРОСКОПІЧНА КОРЕКЦІЯ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; кафедра хірургії стоматологічного факультету, м.Київ

Проаналізовані результати лікування 271 хворого на гострий гангренозний холецистит, які оперовані з застосуванням лапароскопічного методу. Діагноз був підтверджений при гістологічному дослідженні. Визначені покази до конверсії, проаналізовані причини післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гострий гангренозний холецистит, лапароскопічні операції, післяопераційні ускладнення.

Актуальність теми

Гангренозний холецистит зустрічається від 2% до 29,6% пацієнтів з гострим холециститом [1,2,3]. При гангренозному холециститі відсутні, за виключенням високого рівня лейкоцитів крові, чіткі клінічні та лабораторні дані, які могли б бути прогностичними критеріями [4]. До факторів, які збільшують ризики незадовільних результатів лікування, відносять похилий вік, чоловічу стать, серцево-судинні захворювання та діабет [5]. Сонографічне обстеження є обов'язковим в діагностиці гострого холециститу і дозволяє зробити висновок про ступінь деструкції стінки жовчного міхура та провести його дренування як перший етап лікування [6, 7].

Матеріали і методи

За період з 2007 по 2012 роки було виконано 1032 лапароскопічних холецистектомії з приводу гострого холециститу, серед яких у 271(26,3%) мав місце гангренозний холецистит, який був підтверджений при гістологічному дослідженні. Вік хворих з гангренозним холециститом коливався від 35 до 81 року (в середньому $59 \pm 4,3$). Жінок було 179(66,1%), чоловіків 92(33,9%). Термін від початку захворювання до операції складав від 1 до 14 діб. Зростання кількості лейкоцитів не дивлячись на проведення антибактеріальної терапії спостерігали у 238 (87,8%) пацієнтів і на 4-5 добу коливалось в межах $11-19 \times 10^9$ Л. Підвищення температури до $38,5-39^\circ\text{C}$ мало місце у 148 (54,6%) хворих.

Сонографічне дослідження дозволяло припустити формування гангренозного процесу в жовчному міхурі на підставі зниження локальної перфузії стінки при виконанні доплерографії, нечітких контурів слизової оболонки, потовщення стінки жовчного міхура з ділянками відшарування, газ в порожнині міхура, а також скопичення паравезикальної рідини. Ці ознаки різної інтенсивності були виявлені у 151(92,1%) хворого.

Операцію виконували під загальним знеболенням з застосуванням спинномозкової анестезії у 79,2% хворих. Використовували два 10 мм і два 5 мм троакари.

Один 10 мм троакар під пупком, другий справа і нижче на 2 см мечовидного паростка, 5 мм троакар по середньо, ключичній лінії в правому підребр'ї, другий по передній аксілярній лінії на рівні пупка.

У 41(15,1%) хворих жовчний міхур перебував в щільному інфільтраті, а у 15 (5,5%) інфільтрат розповсюджувався на печінково дванадцятипалу зв'язку. Деструктивно некротичні зміни на передній і бокових стінках міхура виявлені у 125 (73%) хворих, подальша мобілізація дозволяла виявити ділянки некрозу на задній стінці. Траекція і мобілізація жовчного міхура часом супроводжувались його ятрогенним пораненням з витіканням гнійної жовчі та випадінням конкрементів в підпечінковий простір, що потребувало додаткового часу на санацію. Набряк та інфільтрація печінководванадцятипалої зв'язки в 1 випадку обумовило по-

шкодження загальної печінкової протоки, що було виявлено в післяопераційному періоді і вимагало повторного оперативного втручання. У 9(3,32%) в зв'язку з значною інфільтрацією печінководванадцятипалої зв'язки, неможливістю чіткої диференціації позапечінкових жовчних структур, підвищеної кровоточивості тканин, значним подовженням часу оперативного втручання та нестабільними гемодинамічними показниками виконана конверсія. Після видалення жовчного міхура та конкрементів у випадку їх міграції операцію закінчували дренуванням черевної порожнини в ділянці підпечінкового простору. Середня тривалість операції складала $160 \pm 18,6$ хв.

Результати та обговорення

Хворі, оперовані лапароскопічно з приводу гангренозного холециститу, потребували використання знеболюючих препаратів впродовж 1-3 доби, в той час як оперовані відкритим методом впродовж 3-5 діб, а післяопераційне перебування на ліжку було на 3,1 день коротшим.

Після лапароскопічних оперативних втручань в 11 (1,06%) випадках спостерігали біломи, які проявляли себе підвищенням температури тіла до 38°C , тяжкістю та болями в правому підребр'ї. При ультразвуковому дослідженні виявлено скопичення рідини в ділянці ложа жовчного міхура розмірами від 5×7 до 9×12 см. Пункція патологічних утворів під ультразвуковим контролем дозволяла виконати евакуацію жовчі, що й призводило до одужання всіх хворих.

У 3 хворих після операції спостерігали підтікання жовчі по дренажу, встановленому в підпечінковий простір, яке припинилось впродовж 5-7 діб.

В одному випадку на 3 добу з'явилася наростаюча жовтяниця. При ультразвуковому дослідженні виявлено розширення загальної жовчної протоки та внутрішньопечінкових жовчних ходів, що потребувало повторного оперативного втручання з формуванням білодигестивного анастомозу (гепатикоєюностомія за методом Roux).

Нагноєння операційної рани в 10 (18,3%), в 2 випадках мала місце жовтяниця, зумовлена наявністю конкрементів в загальній жовчній протоці. Їх ендоскопічне видалення дозволило ліквідувати жовтяницю.

Таким чином, гострий гангренозний холецистит, який розвивається на 3-5 добу з моменту запалення жовчного міхура, потребує своєчасної діагностики та термінового хірургічного лікування, оскільки деструктивні зміни в жовчному міхурі та оточуючих його структурах в подальшому значно ускладнюють виконання технічних прийомів при видаленні жовчного міхура і супроводжуються інтра- та післяопераційними ускладненнями, які погіршують результати хірургічного лікування.

Висновки

1. Гангренозний холецистит складний для діагностики, потребує невідкладного оперативного втручання та необхідності чіткої внутрішньої операційної візуалі-

УДК: 616.366-002.4-089-072.1

Тутченко М.І., Сусак Я.М.

ГАНГРЕНОЗНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ТА ЙОГО ЛАПАРОСКОПІЧНА КОРЕКЦІЯ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця; кафедра хірургії стоматологічного факультету, м.Київ

Проаналізовані результати лікування 271 хворого на гострий гангренозний холецистит, які оперовані з застосуванням лапароскопічного методу. Діагноз був підтверджений при гістологічному дослідженні. Визначені покази до конверсії, проаналізовані причини післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гострий гангренозний холецистит, лапароскопічні операції, післяопераційні ускладнення.

Актуальність теми

Гангренозний холецистит зустрічається від 2% до 29,6% пацієнтів з гострим холециститом [1,2,3]. При гангренозному холециститі відсутні, за виключенням високого рівня лейкоцитів крові, чіткі клінічні та лабораторні дані, які могли б бути прогностичними критеріями [4]. До факторів, які збільшують ризики незадовільних результатів лікування, відносять похилий вік, чоловічу стать, серцево-судинні захворювання та діабет [5]. Сонографічне обстеження є обов'язковим в діагностиці гострого холециститу і дозволяє зробити висновок про ступінь деструкції стінки жовчного міхура та провести його дренування як перший етап лікування [6, 7].

Матеріали і методи

За період з 2007 по 2012 роки було виконано 1032 лапароскопічних холецистектомії з приводу гострого холециститу, серед яких у 271(26,3%) мав місце гангренозний холецистит, який був підтверджений при гістологічному дослідженні. Вік хворих з гангренозним холециститом коливався від 35 до 81 року (в середньому $59 \pm 4,3$). Жінок було 179(66,1%), чоловіків 92(33,9%). Термін від початку захворювання до операції складав від 1 до 14 діб. Зростання кількості лейкоцитів не дивлячись на проведення антибактеріальної терапії спостерігали у 238 (87,8%) пацієнтів і на 4-5 добу коливалось в межах $11-19 \times 10^9$ Л. Підвищення температури до $38,5-39^\circ\text{C}$ мало місце у 148 (54,6%) хворих.

Сонографічне дослідження дозволяло припустити формування гангренозного процесу в жовчному міхурі на підставі зниження локальної перфузії стінки при виконанні доплерографії, нечітких контурів слизової оболонки, потовщення стінки жовчного міхура з ділянками відшарування, газ в порожнині міхура, а також скопичення паравезикальної рідини. Ці ознаки різної інтенсивності були виявлені у 151(92,1%) хворого.

Операцію виконували під загальним знеболенням з застосуванням спинномозкової анестезії у 79,2% хворих. Використовували два 10 мм і два 5 мм троакари.

Один 10 мм троакар під пупком, другий справа і нижче на 2 см мечовидного паростка, 5 мм троакар по середньо, ключичній лінії в правому підребр'ї, другий по передній аксілярній лінії на рівні пупка.

У 41(15,1%) хворих жовчний міхур перебував в щільному інфільтраті, а у 15 (5,5%) інфільтрат розповсюджувався на печінково дванадцятипалу зв'язку. Деструктивно некротичні зміни на передній і бокових стінках міхура виявлені у 125 (73%) хворих, подальша мобілізація дозволяла виявити ділянки некрозу на задній стінці. Траекція і мобілізація жовчного міхура часом супроводжувались його ятрогенним пораненням з витіканням гнійної жовчі та випадінням конкрементів в підпечінковий простір, що потребувало додаткового часу на санацію. Набряк та інфільтрація печінководванадцятипалої зв'язки в 1 випадку обумовило по-

шкодження загальної печінкової протоки, що було виявлено в післяопераційному періоді і вимагало повторного оперативного втручання. У 9(3,32%) в зв'язку з значною інфільтрацією печінководванадцятипалої зв'язки, неможливістю чіткої диференціації позапечінкових жовчних структур, підвищеної кровоточивості тканин, значним подовженням часу оперативного втручання та нестабільними гемодинамічними показниками виконана конверсія. Після видалення жовчного міхура та конкрементів у випадку їх міграції операцію закінчували дренуванням черевної порожнини в ділянці підпечінкового простору. Середня тривалість операції складала $160 \pm 18,6$ хв.

Результати та обговорення

Хворі, оперовані лапароскопічно з приводу гангренозного холециститу, потребували використання знеболюючих препаратів впродовж 1-3 доби, в той час як оперовані відкритим методом впродовж 3-5 діб, а післяопераційне перебування на ліжку було на 3,1 день коротшим.

Після лапароскопічних оперативних втручань в 11 (1,06%) випадках спостерігали біломи, які проявляли себе підвищенням температури тіла до 38°C , тяжкістю та болями в правому підребр'ї. При ультразвуковому дослідженні виявлено скопичення рідини в ділянці ложа жовчного міхура розмірами від 5×7 до 9×12 см. Пункція патологічних утворів під ультразвуковим контролем дозволяла виконати евакуацію жовчі, що й призводило до одужання всіх хворих.

У 3 хворих після операції спостерігали підтікання жовчі по дренажу, встановленому в підпечінковий простір, яке припинилось впродовж 5-7 діб.

В одному випадку на 3 добу з'явилася наростаюча жовтяниця. При ультразвуковому дослідженні виявлено розширення загальної жовчної протоки та внутрішньопечінкових жовчних ходів, що потребувало повторного оперативного втручання з формуванням білодигестивного анастомозу (гепатикоєюностомія за методом Roux).

Нагноєння операційної рани в 10 (18,3%), в 2 випадках мала місце жовтяниця, зумовлена наявністю конкрементів в загальній жовчній протоці. Їх ендоскопічне видалення дозволило ліквідувати жовтяницю.

Таким чином, гострий гангренозний холецистит, який розвивається на 3-5 добу з моменту запалення жовчного міхура, потребує своєчасної діагностики та термінового хірургічного лікування, оскільки деструктивні зміни в жовчному міхурі та оточуючих його структурах в подальшому значно ускладнюють виконання технічних прийомів при видаленні жовчного міхура і супроводжуються інтра- та післяопераційними ускладненнями, які погіршують результати хірургічного лікування.

Висновки

1. Гангренозний холецистит складний для діагностики, потребує невідкладного оперативного втручання та необхідності чіткої внутрішньої операційної візуалі-

зації структур позапечінкових жовчних протоків для профілактики їх травмування.

2. Лапароскопічний метод в лікуванні гангренозного холециститу скорочує післяопераційний ліжкодень на 3,1 доби. Післяопераційні ускладнення спостерігаються в 2,4% випадків.

Література

1. Нечитайло М. Е. Использование миниинвазивных технологий при лечении острого холецистита, осложненного механической желтухой и холангитом / М.Е. Нечитайло, Ю.М. Захараш // Экспериментальная і клінічна медицина : науково-практичний журнал. – 2004. – №3. – С.199-200.
2. Bennett G.L. CT findings in acute gangrenous cholecystitis / G.L. Bennett, H. Rusinek [et al.] // AJR Am J Roentgenol. – 2002. – V.178, №2. – P.275-281.

3. Contini S. Can gangrenous cholecystitis be prevented?: a plea against a 'wait and see' attitude / S. Contini, D. Corradi [et al.] // Clin Gastroenterol. – 2004. – V.38, №8. – P.710-716.
4. Merriam L.T. Gangrenous cholecystitis: analysis of risk factors and experience with laparoscopic cholecystectomy / L.T. Merriam, S.A. Kanaan [et al.] // Surgery. – 1999. – V.126. – №4. – P.680-685.
5. Chaudhry S. Gangrenous cholecystitis in an asymptomatic patient found during an elective laparoscopic cholecystectomy: a case report / S. Chaudhry, R. Hussain [et al.] // Journal of Medical Case Reports. – 2011. – №5. – P.199.
6. Emerg J. Peter Corr Sonography of gangrenous cholecystitis / J. Emerg // Trauma Shock. – 2012. – №5. – P.82-83.
7. Han W. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage / W. Han, Jin-Young Jang [et al.] // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences March. – 2012. – V.19. – P.187-193.

Реферат

ГАНГРЕНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЕГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Тутченко М.И., Сусак Я.М.

Ключевые слова: острый гангренозный холецистит, лапароскопические операции, послеоперационные осложнения.

Проанализированы результаты лечения 271 больного с острым гангренозным холециститом, которые оперированы лапароскопически. Диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании. Определены показания к конверсии, проанализированы причины послеоперационных осложнений.

Summary

GANGRENOUS CHOLECYSTITIS AND ITS LAPAROSCOPIC CORRECTION

Tutchenko M.I., Susak Ya.M

Key words: acute gangrenous cholecystitis, laparoscopic surgery, postoperative complications.

The paper presents the results of the treatment of 271 patients with acute gangrenous cholecystitis who were subjected to laparoscopic surgery. The diagnosis was confirmed by histological examination. Special attention was paid to the indications for conversion and the causes of postoperative complications.

УДК 616.33/.342-002.44-06:616.379-008.64]-089

Фомін П.Д., Гула Г.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

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

Проаналізовано результати лікування 138 хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами (ВГДК) за період 2000-2004 рр. Частка хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД) серед пацієнтів з ВГДК є значною (2,8-3,8%). Для хворих на ЦД характерні старший вік ($67,2 \pm 9,3$ років), триваліші середній ліжко-день ($10,1 \pm 6,7$ діб) та виразковий анамнез ($7,5 \pm 2,2$ років), значна кількість попередніх ВГДК (27,3%) поряд з феноменом відсутності анамнезу виразкової хвороби (44,3%). ВГДК в анамнезі спостерігалися виключно у хворих на інсуліннезалежний ЦД (33,3% проти 0% у хворих на інсуліннезалежний ЦД 2 типу; $p < 0,01$), що може свідчити про протективну дію інсуліну по відношенню до слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки. Високими є показники тяжкості крововтрати (41,9%), загальної летальності (8,1%) на тлі наростаючої декомпенсації ЦД (69,9%). Застосування ендоскопічного гемостазу дозволило уникнути операційного втручання у 52,3%.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча, цукровий діабет 2 типу.

Вступ

Виразкові гастродуоденальні кровотечі (ВГДК) складають вагомую частку у структурі гострої хірургічної патології, водночас супроводжуються значним рівнем летальності [1, 3, 5, 7, 9]. Численними дослідженнями доведено пряму залежність показника летальності при ВГДК від віку, супутньої серцево-судинної патології та тяжкості стану при госпіталізації [7-9]. З'ясовано, що вік старше 65 років є незалежним чинником ризику розвитку ВГДК [14].

Незважаючи на значний прогрес світової медицини у консервативному та хірургічному лікуванні виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої кровотечею, відомі лише поодинокі наукові дослідження з проблеми лікування ВГДК у хворих на цукровий діабет (ЦД) [2, 6, 11-13]. Водночас у світі відбувається пандемічне зростання числа хворих на

ЦД 2 типу поряд із старінням населення та збільшенням числа вираженої супутньої патології [6, 9, 10]. Для хворих на ЦД характерні ангіопатія, порушення функції печінки, системи коагуляції, знижені репаративні можливості тканин організму, значні розміри і глибина виразкових дефектів шлунка та ДПК [2, 6, 9-11]. Окремими дослідженнями встановлено наростання ступеню декомпенсації ЦД у випадку розвитку гострої хірургічної патології, що на тлі перелічених особливостей загалом спричинює високу летальність [2, 6, 13]. З'ясовано, що ЦД у хворих на ВГДК суттєво впливає на короткострокові результати лікування, зростання тривалості ліжко-дня та ймовірності рецидиву кровотечі [2, 7, 10, 12, 13]. Такі пацієнти потребують швидкої оцінки за шкалою ризиків, проведення невідкладних реанімаційних заходів, інтенсивної фармакотерапії, термінового виконання езофагогастродуоденоско-

зації структур позапечінкових жовчних протоків для профілактики їх травмування.

2. Лапароскопічний метод в лікуванні гангренозного холециститу скорочує післяопераційний ліжкодень на 3,1 доби. Післяопераційні ускладнення спостерігаються в 2,4% випадків.

Література

1. Нечитайло М. Е. Использование миниинвазивных технологий при лечении острого холецистита, осложненного механической желтухой и холангитом / М.Е. Нечитайло, Ю.М. Захараш // Экспериментальная і клінічна медицина : науково-практичний журнал. – 2004. – №3. – С.199-200.
2. Bennett G.L. CT findings in acute gangrenous cholecystitis / G.L. Bennett, H. Rusinek [et al.] // AJR Am J Roentgenol. – 2002. – V.178, №2. – P.275-281.

3. Contini S. Can gangrenous cholecystitis be prevented?: a plea against a 'wait and see' attitude / S. Contini, D. Corradi [et al.] // Clin Gastroenterol. – 2004. – V.38, №8. – P.710-716.
4. Merriam L.T. Gangrenous cholecystitis: analysis of risk factors and experience with laparoscopic cholecystectomy / L.T. Merriam, S.A. Kanaan [et al.] // Surgery. – 1999. – V.126. – №4. – P.680-685.
5. Chaudhry S. Gangrenous cholecystitis in an asymptomatic patient found during an elective laparoscopic cholecystectomy: a case report / S. Chaudhry, R. Hussain [et al.] // Journal of Medical Case Reports. – 2011. – №5. – P.199.
6. Emerg J. Peter Corr Sonography of gangrenous cholecystitis / J. Emerg // Trauma Shock. – 2012. – №5. – P.82-83.
7. Han W. Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage / W. Han, Jin-Young Jang [et al.] // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences March. – 2012. – V.19. – P.187-193.

Реферат

ГАНГРЕНОЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ЕГО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Тутченко М.И., Сусак Я.М.

Ключевые слова: острый гангренозный холецистит, лапароскопические операции, послеоперационные осложнения.

Проанализированы результаты лечения 271 больного с острым гангренозным холециститом, которые оперированы лапароскопически. Диагноз был подтвержден при гистологическом исследовании. Определены показания к конверсии, проанализированы причины послеоперационных осложнений.

Summary

GANGRENOUS CHOLECYSTITIS AND ITS LAPAROSCOPIC CORRECTION

Tutchenko M.I., Susak Ya.M

Key words: acute gangrenous cholecystitis, laparoscopic surgery, postoperative complications.

The paper presents the results of the treatment of 271 patients with acute gangrenous cholecystitis who were subjected to laparoscopic surgery. The diagnosis was confirmed by histological examination. Special attention was paid to the indications for conversion and the causes of postoperative complications.

УДК 616.33/.342-002.44-06:616.379-008.64]-089

Фомін П.Д., Гула Г.В.

ОСОБЛИВОСТІ ВИРАЗКОВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 2 ТИПУ

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

Проаналізовано результати лікування 138 хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами (ВГДК) за період 2000-2004 рр. Частка хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД) серед пацієнтів з ВГДК є значною (2,8-3,8%). Для хворих на ЦД характерні старший вік ($67,2 \pm 9,3$ років), триваліші середній ліжко-день ($10,1 \pm 6,7$ діб) та виразковий анамнез ($7,5 \pm 2,2$ років), значна кількість попередніх ВГДК (27,3%) поряд з феноменом відсутності анамнезу виразкової хвороби (44,3%). ВГДК в анамнезі спостерігалися виключно у хворих на інсуліннезалежний ЦД (33,3% проти 0% у хворих на інсуліннезалежний ЦД 2 типу; $p < 0,01$), що може свідчити про протективну дію інсуліну по відношенню до слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки. Високими є показники тяжкості крововтрати (41,9%), загальної летальності (8,1%) на тлі наростаючої декомпенсації ЦД (69,9%). Застосування ендоскопічного гемостазу дозволило уникнути операційного втручання у 52,3%.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гастродуоденальна кровотеча, цукровий діабет 2 типу.

Вступ

Виразкові гастродуоденальні кровотечі (ВГДК) складають вагомую частку у структурі гострої хірургічної патології, водночас супроводжуються значним рівнем летальності [1, 3, 5, 7, 9]. Численними дослідженнями доведено пряму залежність показника летальності при ВГДК від віку, супутньої серцево-судинної патології та тяжкості стану при госпіталізації [7-9]. З'ясовано, що вік старше 65 років є незалежним чинником ризику розвитку ВГДК [14].

Незважаючи на значний прогрес світової медицини у консервативному та хірургічному лікуванні виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладненої кровотечею, відомі лише поодинокі наукові дослідження з проблеми лікування ВГДК у хворих на цукровий діабет (ЦД) [2, 6, 11-13]. Водночас у світі відбувається пандемічне зростання числа хворих на

ЦД 2 типу поряд із старінням населення та збільшенням числа вираженої супутньої патології [6, 9, 10]. Для хворих на ЦД характерні ангіопатія, порушення функції печінки, системи коагуляції, знижені репаративні можливості тканин організму, значні розміри і глибина виразкових дефектів шлунка та ДПК [2, 6, 9-11]. Окремими дослідженнями встановлено наростання ступеню декомпенсації ЦД у випадку розвитку гострої хірургічної патології, що на тлі перелічених особливостей загалом спричинює високу летальність [2, 6, 13]. З'ясовано, що ЦД у хворих на ВГДК суттєво впливає на короткострокові результати лікування, зростання тривалості ліжко-дня та ймовірності рецидиву кровотечі [2, 7, 10, 12, 13]. Такі пацієнти потребують швидкої оцінки за шкалою ризиків, проведення невідкладних реанімаційних заходів, інтенсивної фармакотерапії, термінового виконання езофагогастродуоденоско-

пії (ЕГДС) із застосуванням ендоскопічного гемостазу й моніторингу, що дає змогу дещо зменшити потребу ургентного операційного втручання [9, 11, 13].

На сьогодні відомі поодинокі дослідження з проблеми впливу ЦД на результати лікування ВГДК, немає опрацьованих діагностично-лікувальних алгоритмів [12, 13]. Відсутні чітко сформульовані настанови лікування хворих при цій складній поєднаній патології, а дотримання у клінічній практиці існуючих принципів є недостатнім [2, 7, 11, 14]. Таким чином, нагальною є необхідність проведення досліджень для визначення градації ризиків та з'ясування оптимальних підходів у лікуванні хворих на ВГДК на тлі ЦД.

Мета роботи

З'ясувати особливості перебігу та прогнозу виразкових гастродуоденальних кровотеч у хворих на цукровий діабет, госпіталізованих за період 2000-2004 рр. у Київський міський центр з надання допомоги хворим на шлунково-кишкові кровотечі.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено аналіз результатів лікування 138 хворих на ВГДК, серед яких – 86 хворих на цукровий діабет 2 типу (ЦД; основна група) і 52 пацієнти без ЦД (контрольна група).

У хворих основної групи середній вік становив $67,2 \pm 9,3$ років, переважали чоловіки (58,1%), середній ліжко-день склав $10,1 \pm 6,7$ діб. Бригадами швидкої ме-

дичної допомоги доставлено 67,4%, за скеруваннями поліклінік госпіталізовано 30,2%, самостійно звернулися до клініки 2,3%.

Тривалість виразкового анамнезу у хворих на ЦД була від 0 до 43 років (у середньому $8,5 \pm 4,7$ років). Період часу з моменту виникнення симптоматики ШКК становив від 1,5 години до 14 діб (у середньому $2,6 \pm 0,7$ доби). Виразковий анамнез був відсутній у 44,2%. Тривалість анамнезу ЦД складала від 0 до 40 років (у середньому $13,4 \pm 8,5$ років). У 80,2% хворих гастродуоденальні виразки виникли на тлі ЦД, у 19,8% ЦД 2 типу розвинувся на тлі виразкової хвороби.

Резистентний до пероральних глюкозознижуючих засобів (ПГЗЗ), інсулінзалежний ЦД 2 типу (ІЗЦД) констатовано у 14 хворих з ВГДК (16,3%). Середній вік хворих цієї підгрупи склав $64,5 \pm 10,7$ років, середній ліжко-день – $13,4 \pm 3,2$ діб. ЦД 2 типу виявлено вперше у 2 хворих (2,3%). З метою корекції глікемії 63,9% із 72 хворих на інсуліннезалежний ЦД 2 типу (ІНЦД) вживали ПГЗЗ, дієту застосовували 15,3%, не лікувалися 20,8%. Середній вік хворих на ІНЦД склав $67,7 \pm 8,9$ років, середній ліжко-день – $9,4 \pm 2,7$ діб.

Ступінь тяжкості та компенсації ЦД визначали згідно з рекомендаціями ВООЗ (1999), переважали хворі на субкомпенсований ЦД середньої тяжкості – 38,4% (таблиця 1).

Таблиця 1.
Розподіл хворих на ЦД 2 типу з ВГДК залежно від ступеню компенсації та тяжкості перебігу ЦД

ЦД 2 типу:	легкий перебіг	середньої тяжкості	тяжкий перебіг
Кількість хворих на ЦД	22	52	12
- % від загальної кількості	25,6	60,5*	14,0*
Компенсований ЦД, %	15,1	11,6	3,5
Субкомпенсований ЦД, %	10,5*	38,4*	10,5
Декомпенсований ЦД, %	-	10,5	-

Примітка: * - $p < 0,01$.

Оцінку ступеню тяжкості шлунково-кишкової кровотечі (ШКК) проводили за класифікацією В.Д. Братуся [1]. Переважали хворі з ШКК тяжкого ступеню

(41,9%) на тлі субкомпенсації ЦД (23,3%). Геморагічний шок розвинувся у 3 хворих на ЦД (3,5%), постгеморагічна анемія (ПГА) – у 64% (таблиця 2).

Таблиця 2.
Розподіл хворих на ЦД 2 типу з ВГДК залежно від тяжкості ШКК та ступеню компенсації ЦД

ВГДК:	помірного ступеню	середнього ступеню	тяжкого ступеню
Хворих на ЦД з ВГДК	22	28	36
- % від загальної кількості	25,6*	32,6	41,8*
Компенсований ЦД, %	11,6	9,3	9,3
Субкомпенсований ЦД, %	12,8	23,3	23,3
Декомпенсований ЦД, %	1,2*	-	9,3*

Примітка: * - $p < 0,01$.

У 100% пацієнтів з ЦД та ВГДК виявлено зміни на ЕКГ дифузного токсикодистрофічного характеру, вогнищеві склеротичні зміни міокарда лівого шлуночка (ЛШ) – у 27,9%, гіпертрофію міокарда ЛШ – у 32,6%, перевантаження ЛШ – у 23,3%, порушення внутрішньошлуночкової провідності – у 15,1%, синусову тахікардію – у 29,1%, пароксизмальну шлуночкову тахікардію – у 5,8 %. Ознаки гострої ішемії відзначено у 16,3%, однак у процесі проведеного згідно з рекомендаціями кардіолога лікування поступово відновлювалася задовільна перфузія міокарда.

Езофагогастродуоденоскопію з використанням фіброскопів Olympus GIF 1T, GIF Q20, GIF Q40 прове-

дено у 95,3% хворих, з них у перші 3 години від моменту госпіталізації – у 85,3%. У відстрочений період $1,3 \pm 0,3$ доби ЕГДС проведено у 10% через високий ризик виконання обстеження з боку серцево-судинної системи та тяжкий стан при госпіталізації з необхідністю проведення невідкладної інтенсивної терапії. Від ЕГДС відмовилися 4 хворих (4,7%), 1 з них помер від тривалої кровотечі.

Виразка ДПК була джерелом ШКК у 76,7% хворих на ЦД, шлунка – у 19,8%, з них виразка тіла шлунка – у 3,5%, антрального відділу – у 9,3%, препілоричного відділу – у 3,5%, пілоруса – у 3,5% (таблиця 3).

Таблиця 3.

Розподіл хворих на ЦД за локалізацією та розмірами кровоточивої виразки шлунка та ДПК залежно від форми ЦД

ЦД 2 типу:	легкий перебіг	середньої тяжкості	тяжкий перебіг	Разом
Кількість хворих	19	52	12	86
Джерело кровотечі:				
- виразка шлунка, %	5,8	11,6*	2,3*	19,8
0,5-0,9 см	-	5,8	-	5,8
1-1,9 см	1,2	2,3	1,2	4,7
2-4 см	4,7*	3,5	1,2*	9,3
- виразка ДПК, %	18,6	46,5*	11,6*	76,7
0,3-0,9 см	9,3*	23,3*	2,3	33,7
1-1,9 см	8,1	17,4*	5,8*	32,6
2-4 см	1,2	5,8	3,5	10,5

Примітка: * - $p < 0,01$.

У 1 хворого на ЦД (1,2%) джерелом ШКК були одночасно виразки шлунка та ДПК, у 2 (2,3%) – виразки гастроентероанастомозу після резекції шлунка за Білрот-2.

Стигмати ВГДК за результатами ЕГДС оцінювали

за класифікацією J. Forrest у модифікації В.І. Нікішаєва [3]. Більшість хворих на ЦД при ВГДК мали ознаки нестійкого гемостазу F IIa та F IIb на тлі ЦД середньої тяжкості (26,8%) (таблиця 4).

Таблиця 4.

Розподіл хворих на ЦД з ВГДК залежно від форми ЦД та стигмат кровотечі

ЦД 2 типу:	легкий перебіг	середньої тяжкості	тяжкий перебіг	Разом
Хворих на ЦД з ВГДК	19	52	12	86
Групи стигмат ШКК:				
- F Ia, %	-	1,2	-	1,2
- F Ib, %	-	4,9*	1,2*	6,1
- F Ix, %	-	1,2	-	1,2
- F IIa, %	7,3	14,6*	2,4*	24,4
- F IIb, %	6,1*	12,2*	8,5	26,8
- F IIc, %	-	11,0	1,2	12,2
- F III, %	9,8	17,1*	1,2*	28,0

Примітка: * - $p < 0,01$.

Ендоскопічну хімічну коагуляцію кровоточивого субстрату препаратом Капрофер застосовано у 45,1% хворих з триваючою кровотечею та нестабільним гемостазом [4]. Ендоскопічний гемостаз (ЕГ) був ефективним у 4 (4,9%) пацієнтів з активною кровотечею. Рецидив ШКК спостерігали у 1 хворого (1,2%) підгрупи F IIb з виразки на 13-ту добу лікування на тлі важкого субкомпенсованого ЦД. Було проведено повторний ЕГ, який мав ефект.

Прооперовано 5 хворих на ЦД з кровотечею з виразки ДПК (5,7%). Показами до операційного втручан-

ня у 3 хворих (3,4%) послужили триваюча кровотеча та неефективність ЕГ, у 2 хворих (2,3%) – високий ризик рецидиву ВГДК при значному розмірі виразки (ступінь гемостазу F IIa, F IIb при діаметрі виразки відповідно 1 та 1,5 см, глибині 0,3 та 0,5 см). Після операційний період минув без ускладнень, післяопераційної летальності не було. Середній ліжко-день у цій підгрупі склав $16,2 \pm 2,3$ діб. Усі прооперовані хворі виписані з покращенням для продовження лікування амбулаторно (таблиця 5).

Таблиця 5.

Типи операцій у хворих на ЦД з ВГДК

	Доба	Ліжко-день	Ступінь ШКК	Розмір виразки, см	Тяжкість перебігу ЦД	Ступінь компенсації ЦД
1. СРВ + п/п за Фінеєм	0	27	середній	1,5	тяжкий	субком-пенсація
2. СВ + п/п за Фінеєм	0	17	середній	2,5	середній	субком-пенсація
3. СВ + п/п за Фінеєм	0	10	тяжкий	1	середній	декомпен-сація
4. СВ + АЕ	13	24	помірний	2,5	середній	компенсація
5. ТВ + п/п за Фінеєм	0	16	тяжкий	1,5	середній	декомпен-сація

Примітка: СРВ – селективна проксимальна ваготомія; СВ – селективна ваготомія;

ТВ – трунккулярна ваготомія; АЕ – антрумектомія; п/п – пілоропластика.

Консервативна терапія ВГДК включала інгібітори протонної помпи, антациди, ін'єкційні гемостатики. Н2-блокатори застосовано у 56,8% хворих, антихелікобактерну терапію – у 29,5%. Інфузійну поповнюючу терапію проводили у 80,7% хворих з середнім та тяжким ступенем ВГДК, гемо- та плазматрансфузію – у 39,8%.

З метою корекції глікемії у хворих на ІЗЦД застосовували інсулін з розрахунку 0,6-1,2 ОД/кг залежно від рівня глікемії, з них у режимі фіксованих доз – у 5 (35,7%) пацієнтів, інтенсивну інсулінотерапію (базисно-болюсний режим) – у 8 (57,1%), комбіновану інсулінотерапію – у 1 (7,1%). У зв'язку з наростанням декомпенсації ЦД потреба у тимчасовому введенні простого інсуліну поряд з ПГЗЗ у режимі фіксованих доз

виникла у 9 (12,5%) хворих на ІНЦД. Монотерапію ПГЗЗ проводили у 44 (61,1%) пацієнтів з ІНЦД. Корекцію глікемії з допомогою дієти застосовували у 19 (26,4%) хворих з легкою формою ІНЦД.

З метою досягнення мети наукового дослідження було складено контрольну групу із 53 хворих з ВГДК без супутнього ЦД, співмірну з основною групою за віком, статтю, ступенем тяжкості крововтрати, характеристиками виразкового субстрату. Середній вік хворих цієї групи склав $47,3 \pm 5,9$ років, переважали чоловіки (71,2%), середній ліжко-день склав $6,3 \pm 2,2$ діб. Переважали хворі з ШКК помірного ступеню тяжкості (53,8%), геморагічний шок розвинувся у 1,9%, ПГА – у 38,5%. Джерелом ШКК переважно були виразки ДПК,

розмірами до 0,9 см (88,5%), підгрупи F ІІс (53,8%) за класифікацією J. Forrest. Ендоскопічну коагуляцію препаратом Капрофер застосовано у 32,7% хворих з триваючою кровотечею та нестабільним гемостазом. Рецидивів кровотеч не було. Прооперовано 6 (11,5%) хворих з ВГДК, з них з виразкою препілоричного відділу шлунка – 2 (3,8), з виразкою ДПК – 4 (7,7%). Післяопераційної летальності не було. Загальна летальність складала 3,8%.

Порівняння величини дисперсії у вивчених групах проводили за критерієм Фішера, порівняння середніх величин – за критерієм Ст'юдента. Розрахунки проводили, використовуючи спеціально розроблену програму для WINDOWS 7 у MS EXCELL-10.

Результати досліджень та їх обговорення

Частка хворих на ЦД серед усіх пацієнтів, госпіталізованих з ВГДК, складала 2,8-3,8%. Порівняно з хворими контрольної групи без ЦД, для хворих з ВГДК на тлі ЦД характерні старший вік (67,2±9,3 років проти 47,3±5,9; $p<0,01$), триваліший середній ліжко-день (10,1±6,7 діб проти 6,3±2,2; $p<0,01$), менша частка чоловіків (58,1% проти 71,2%; $p<0,01$).

Аналізуючи анамнестичні дані, у хворих на ЦД з ВГДК чітко простежується триваліший виразковий анамнез поряд з феноменом значної частки пацієнтів з відсутнім анамнезом виразкової хвороби (44,3% проти 4,0% контрольної групи; $p<0,01$), водночас значною кількістю попередніх ВГДК (27,3% проти 5,8%; $p<0,01$). Привертає увагу наявність ВГДК в анамнезі виключно у хворих на ІНЦД (33,3% проти 0% у хворих на ІЗЦД 2 типу; $p<0,01$), що може свідчити про протективну дію інсуліну по відношенню до слизової оболонки шлунка та ДПК. У хворих на ІЗЦД триваліший анамнез ЦД (15,25±4,2 років проти 12,5±2,9 років у хворих з ВГДК та ІНЦД; $p<0,01$), що пояснює поступовий розвиток резистентності до ПЦЗЗ та закономірну потребу в інсуліні. Встановлено, що у переважній більшості хворих основної групи (80,2%) ЦД послужив фоном для розвитку виразкової хвороби та ВГДК. Така закономірність свідчить про визначальну роль ангіопатії та порушень мікроциркуляції у патогенезі виразкової хвороби при ЦД.

При аналізі змін, виявлених на ЕКГ у хворих на ЦД при ВГДК, у всіх пацієнтів виявлено зміни міокарда дифузного токсикодистрофічного характеру, у значній частки хворих – вогнищеві склеротичні зміни, гіпертрофію міокарда ЛШ, перевантаження ЛШ, порушення внутрішньошлункової провідності, часто (16,3%) – ознаки гострої транзиторної ішемії.

У хворих на ЦД порівняно з контрольною групою без ЦД була вищою частка ВГДК з джерелом у шлунку (19,8% проти 9,6%; $p<0,01$), переважав тяжкий ступінь крововтрати (41,9% проти 9,5%; $p<0,01$), частіше розвивався геморагічний шок (3,5% проти 1,9%; $p<0,05$), ПГА (64% проти 34,6%; $p<0,05$), вищий показник неефективного ЕГ (5,8% проти 1,9%; $p<0,01$), були випадки рецидиву ШКК після ЕГ (1,2%), і, як результат – вища загальна летальність (8,1% проти 3,8%; $p<0,01$).

У результаті співставлення анамнестичних даних із ступенем тяжкості ВГДК, ступенем компенсації та тяжкістю ЦД виявлено пряму кореляцію, а саме – тяжкість та тривалість анамнезу ЦД впливає на тяжкість крововтрати ($p<0,01$), що у свою чергу збільшує ступінь декомпенсації ЦД ($p<0,01$). Немає залежності ступеню крововтрати від розміру виразкового дефекту ($p>0,05$), водночас низький ступінь вираженості ангіопатії у випадку легкого компенсованого ЦД визначає

при великих розмірах виразкового субстрату помірний ступінь крововтрати та мінімальні стигмати ШКК (FIII) ($p<0,05$).

Застосування ЕГ суттєво вплинуло на тактику лікування, оскільки у значного числа хворих на ЦД з ендоскопічними стигматами триваючої кровотечі та нестабільного гемостазу (52,3%) дозволило уникнути невідкладного операційного втручання, ризик виконання якого у цих хворих є достатньо високим. Водночас, з огляду на випадки рецидиву кровотечі (1,2%), методи ЕГ потребують вдосконалення.

Проведене наукове дослідження засвідчило нагальну необхідність опрацювання алгоритмів діагностики та лікування хворих на ВГДК на тлі ЦД, що сприятиме оптимізації та покращенню результатів лікування цього контингенту хворих.

Висновок

Діагностика та лікування виразкових гастроудоденальних кровотеч у хворих на цукровий діабет є важливою, далеко не вирішеною проблемою сучасної хірургії, що потребує подальшого опрацювання та вироблення оптимального лікувально-діагностичного алгоритму.

Література

1. Братусь В.Д. Острокровоточащие гигантские язвы желудка / В.Д. Братусь, В.М. Сидоренко, Н.М. Стець // Мат. респ. наук.-практ. конф. «Хірургічне лікування рецидивуючих гастроудоденальних виразок і їх ускладнень». – К.: Здоров'я, 1995. – С.58–59.
2. Зайцев В.Т. Хирургическое лечение больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением и сопутствующим сахарным диабетом / В.Т. Зайцев, В.В. Бойко, Б.И. Пеев // Кліні. хірургія. – 1994. – №6. – С.35–39.
3. Нікішаєв В.І. Діагностична і лікувальна фіброгастроскопія при шлунково-кишкових кровотечах / В.І. Нікішаєв // Матеріали ювілейної науково-практичної конференції, присвяченої 25-річчю створення Львівської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги «Сучасні аспекти невідкладної допомоги». – Львів. – 1997. – Книга 1. – С.144–145.
4. Фомін П.Д. Спосіб ендоскопічного лікування виразкової гастроудоденальної кровотечі / П.Д. Фомін, О.В. Ігнатів, О.А. Ананко, О.Б. Беляков-Бельський, П.В. Іванов, М.В. Щербина // Патент №40924 А UA, опубл. 15.08.2001. – Бюл. №7, Ч.2. – С.1-22.
5. Фомін П.Д. Еволюція тактичних підходів до вибору хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби / П.Д. Фомін, В.Д. Братусь, В.І. Нікішаєв, М.В. Щербина // Шпитальна хірургія. – 2005. – №1. – С.189–194.
6. Chow L.W. Risk factors for rebleeding and death from peptic ulcer in the very elderly / L.W. Chow, P. Gertsch, R.T. Poon, F.J. Branicki // Br J Surg. – 1998. – V.85. – №1. – P.121–124.
7. Gralnek I.M. Management of acute bleeding from a peptic ulcer / I.M. Gralnek, A.N. Barkun, M. Bardou // N Engl J Med. – 2008. – V.359. – №9. – P.928–937.
8. Hasselgren G. Risk factors for rebleeding and fatal outcome in elderly patients with acute peptic ulcer bleeding / G. Hasselgren, J. Carlsson, T. Lind [et al.] // Eur J Gastroenterol Hepatol. – 1998. – V.10. – №8. – P.667–672.
9. Holster I.L. Update on the endoscopic management of peptic ulcer bleeding / I.L. Holster, E.J. Kuipers // Curr Gastroenterol Rep. – 2011. – V.13. – №6. – P.525–531.
10. Marmo R. Predictive factors of mortality from nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: a multicenter study / R. Marmo, M. Koch, L. Cipolletta [et al.] // Am J Gastroenterol. – 2008. – V.103. – №7. – P.1639–1647.
11. Milosavljevic T. Complications of peptic ulcer disease / T. Milosavljevic, M. Kostic-Milosavljevic, I. Jovanovic, M. Krstic // Dig Dis. – 2011. – V.29. – №5. – P.491–493.
12. Murata A. The influence of diabetes mellitus on short-term outcomes of patients with bleeding peptic ulcers / A. Murata, S. Matsuda, K. Kuwabara [et al.] // Yonsei Med J. – 2012. – V.53. – №4. – P.701–707.
13. Thomsen R.W. Diabetes and 30-day mortality from peptic ulcer bleeding and perforation: a Danish population-based cohort study / R.W. Thomsen, A. Riis, S. Christensen [et al.] // Diabetes Care. – 2006. – V.29. – №4. – P.805–810.
14. Zullo A. Bleeding peptic ulcer in the elderly: risk factors and prevention strategies / A. Zullo, C. Hassan, S.M. Campo, S. Morini // Drugs Aging. – 2007. – V.24. – №10. – P.815–828.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Фомин П.Д., Гула А.В.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальное кровотечение, сахарный диабет 2 типа.

Проанализированы результаты лечения 138 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) за период 2000-2004 гг. Количество больных сахарным диабетом 2 типа (СД) среди пациентов с ЯГДК является значительным (2,8-3,8%). Для больных СД характерны больший возраст ($67,2 \pm 9,3$ лет), более длительный средний койко-день ($10,1 \pm 6,7$ суток) и язвенный анамнез ($7,5 \pm 2,2$ лет), значительное количество предыдущих ЯГДК (27,3%) наряду с феноменом отсутствия анамнеза язвенной болезни (44,3%). ЯГДК в анамнезе наблюдались исключительно у больных инсулиннезависимым СД (33,3% против 0% у больных инсулинозависимым СД 2 типа; $p < 0,01$), что может свидетельствовать о протективном действии инсулина в отношении слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Высоки показатели тяжести кровопотери (41,9%), общей летальности (8,1%) на фоне нарастающей декомпенсации СД (69,9%). Применение эндоскопического гемостаза позволило избежать операционного вмешательства в 52,3%.

Summary

PEPTIC ULCER BLEEDING IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2: ITS CHARACTERISTICS

Fomin P.D., Gula H.V.

Keywords: peptic ulcer disease, non-variceal upper gastrointestinal bleeding, diabetes mellitus type 2.

We investigated results of treatment of 138 patients with peptic ulcer bleeding (PUB) for the period 2000-2004. The proportion of people with diabetes mellitus (DM) among patients with PUB is considerable (2.8-3.8%). Patients with DM and PUB are characterized by elderly age ($67,2 \pm 9,3$ years), longer median duration of patient day ($10,1 \pm 6,7$ days) and ulcer history ($7,5 \pm 2,2$ years), significant number of previous PUB (27.3%), along with the phenomenon when peptic ulcers were not registered before in medical histories (44.3%). History of previous PUB was reported only in patients with non-insulin dependent DM (33.3% versus 0% in patients with insulin-dependent type 2 DM, $p < 0.01$), that suggested a protective effect produced by insulin on gastroduodenal mucous. The high rates of blood loss severity was observed in (41.9%) cases, total mortality came to 8.1% and DM decompensation was reported in 69.9%. The application of endoscopic homeostasis helped to avoid surgical interventions in 52.3% of cases.

УДК 616.37-002-036.11

Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Дрозд П.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького, ДОКТМО, Украина

Приведен опыт лечения 562 больных с острым панкреатитом (368 мужчин, и 194 женщины в возрасте от 18 до 67 лет). Лечебная тактика совершенствовалась и сегодня базируется на профилактике инфицирования панкреонекроза и на мининвазивной хирургии. В комплексе терапии в последние годы применяются соматостатин и октреостатин. Препараты показали свою эффективность в лечении больных с отечным панкреатитом и неинфицированным панкреонекрозом, а также в лечении больных с наружными панкреатическими свищами. Послеоперационная летальность у больных с панкреатитом снижена до 4,7%.

Ключевые слова: острый панкреатит, современное лечение.

Вступление

Больные острым панкреатитом оставляют 5 – 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15 - 20% наблюдений развитие острого панкреатита имеет деструктивный характер. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60 %, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [5, 2, 3, 4]. За прошедшие 15 лет достигнуты значительные успехи в понимании природы острого панкреатита [1, 5]. Значительно улучшились методы визуализации поджелудочной железы [3]. Таким образом, стало возможно классифицировать тяжесть болезни и оценивать развитие панкреатита в режиме реального времени [4]. Это позволило проводить объективную оценку различных новых подходов, разработанных с целью существенного сокращения смертности при этом заболевании [5].

Цель работы

Улучшить результаты лечения больных ОП путем совершенствования диагностической и лечебной тактики.

Материал и методы исследования

В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте (M.Thumshirin et.al., 1994, G.G. Tsitos et al., 1999), стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин - 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени - у 76 (14%), стерильный панкреонекроз - у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз - у 177 (31%), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) - 48 (8,5%), панкреатогенный абсцесс - у 49 (9,5%). Диагноз устанавливался в течение 24-48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5%) больных, умерло после операции - 17 (4,7%).

Всем больным производили клинический анализ и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, КТ

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА
Фомин П.Д., Гула А.В.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденальное кровотечение, сахарный диабет 2 типа.

Проанализированы результаты лечения 138 больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями (ЯГДК) за период 2000-2004 гг. Количество больных сахарным диабетом 2 типа (СД) среди пациентов с ЯГДК является значительным (2,8-3,8%). Для больных СД характерны больший возраст ($67,2 \pm 9,3$ лет), более длительный средний койко-день ($10,1 \pm 6,7$ суток) и язвенный анамнез ($7,5 \pm 2,2$ лет), значительное количество предыдущих ЯГДК (27,3%) наряду с феноменом отсутствия анамнеза язвенной болезни (44,3%). ЯГДК в анамнезе наблюдались исключительно у больных инсулиннезависимым СД (33,3% против 0% у больных инсулинозависимым СД 2 типа; $p < 0,01$), что может свидетельствовать о протективном действии инсулина в отношении слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Высоки показатели тяжести кровопотери (41,9%), общей летальности (8,1%) на фоне нарастающей декомпенсации СД (69,9%). Применение эндоскопического гемостаза позволило избежать операционного вмешательства в 52,3%.

Summary

PEPTIC ULCER BLEEDING IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2: ITS CHARACTERISTICS

Fomin P.D., Gula H.V.

Keywords: peptic ulcer disease, non-variceal upper gastrointestinal bleeding, diabetes mellitus type 2.

We investigated results of treatment of 138 patients with peptic ulcer bleeding (PUB) for the period 2000-2004. The proportion of people with diabetes mellitus (DM) among patients with PUB is considerable (2.8-3.8%). Patients with DM and PUB are characterized by elderly age ($67,2 \pm 9,3$ years), longer median duration of patient day ($10,1 \pm 6,7$ days) and ulcer history ($7,5 \pm 2,2$ years), significant number of previous PUB (27.3%), along with the phenomenon when peptic ulcers were not registered before in medical histories (44.3%). History of previous PUB was reported only in patients with non-insulin dependent DM (33.3% versus 0% in patients with insulin-dependent type 2 DM, $p < 0.01$), that suggested a protective effect produced by insulin on gastroduodenal mucous. The high rates of blood loss severity was observed in (41.9%) cases, total mortality came to 8.1% and DM decompensation was reported in 69.9%. The application of endoscopic homeostasis helped to avoid surgical interventions in 52.3% of cases.

УДК 616.37-002-036.11

Хацко В.В., Дудин А.М., Кузьменко А.Е., Дрозд П.И.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького, ДОКТМО, Украина

Приведен опыт лечения 562 больных с острым панкреатитом (368 мужчин, и 194 женщины в возрасте от 18 до 67 лет). Лечебная тактика совершенствовалась и сегодня базируется на профилактике инфицирования панкреонекроза и на мининвазивной хирургии. В комплексе терапии в последние годы применяются соматостатин и октреостатин. Препараты показали свою эффективность в лечении больных с отечным панкреатитом и неинфицированным панкреонекрозом, а также в лечении больных с наружными панкреатическими свищами. Послеоперационная летальность у больных с панкреатитом снижена до 4,7%.

Ключевые слова: острый панкреатит, современное лечение.

Вступление

Больные острым панкреатитом оставляют 5 – 10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15 - 20% наблюдений развитие острого панкреатита имеет деструктивный характер. Общая летальность при данном заболевании колеблется от 4,5 до 15%, при деструктивных формах летальность составляет 24-60 %, а послеоперационная достигает 70% и выше и не имеет тенденции к снижению [5, 2, 3, 4]. За прошедшие 15 лет достигнуты значительные успехи в понимании природы острого панкреатита [1, 5]. Значительно улучшились методы визуализации поджелудочной железы [3]. Таким образом, стало возможно классифицировать тяжесть болезни и оценивать развитие панкреатита в режиме реального времени [4]. Это позволило проводить объективную оценку различных новых подходов, разработанных с целью существенного сокращения смертности при этом заболевании [5].

Цель работы

Улучшить результаты лечения больных ОП путем совершенствования диагностической и лечебной тактики.

Материал и методы исследования

В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте (M.Thumshirin et.al., 1994, G.G. Tsitos et al., 1999), стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин - 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25%) больных, тяжелой степени - у 76 (14%), стерильный панкреонекроз - у 69 (12%), инфицированный панкреонекроз - у 177 (31%), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) - 48 (8,5%), панкреатогенный абсцесс - у 49 (9,5%). Диагноз устанавливался в течение 24-48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5%) больных, умерло после операции - 17 (4,7%).

Всем больным производили клинический анализ и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, КТ

или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и брюшинного пространства. Оценку степени тяжести острого панкреатита определяли по прогностическим критериям J. Ranson.

Результаты и их обсуждение

Основным этиологическим фактором в развитии ОП явились заболевания внепеченочных желчных путей -164 (29%) случая, алкогольная (алиментарная) причина панкреатита была у 26% больных. В 17% наблюдений этиологический фактор развития ОП в ходе обследования установить не удалось. У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J.Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5%) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson - 0-3), тяжелый ОП был у 76 (13,5%) больных (6 и более критериев Ranson). Чем больше критериев Ranson зарегистрировано, тем выше вероятность неблагоприятного течения заболевания вплоть до фазы гнойных осложнений и летального исхода.

Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита. Больным с диагнозом «ОП легкой и среднетяжелой ст.» проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия: анальгетики, внутривенная инфузионная терапия. При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а позже - лапароскопическая холецистэктомия.

Больные с ОП тяжелой степени имели высокий риск смерти от сердечно-сосудистой или легочной недостаточности, что требовало проведения интенсивной консервативной терапии. Отсроченное хирургическое вмешательство проводилось на третьей или четвертой неделе после начала заболевания, что считается оптимальным для обеспечения необходимых условий для некрсеквестрэктомии. При остром тяжелом панкреатите и стерильном панкреонекрозе больным проводилась профилактическая антибиотикотерапия. Применение антибиотика группы карбапенемов Меронема (компании AstraZeneca, Великобритания) в дозе 500мг 3 раза в сутки в течение 10-14 суток.

Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных на основании клинической картины (наличие сепсиса, критерии Ranson - 9 и более) и выявленного при сонографии (КТ, МРТ) панкреатического или перипанкреатического некроза с наличием газа в пределах поджелудочной железы,

брюшинного пространства. Все больные с инфицированным панкреонекрозом, независимо от этиопатогенетических форм, были оперированы. Выполнено 207 операций (однократно оперировано 152 больных, дважды-20, трижды-5): вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы, некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование брюшинной флегмоны - 177, этапная некрэктомия - 14, вскрытие и дренирование брюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки - 5, илеостомия - 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия - 4.

Антибактериальная терапия у 104 больных проводилась в виде экстракорпорального введения Меронема 1г в сутки в течение 8 дней, затем в/в 500мг 3 раза в сутки в течение 10-14 дней.

Острая киста поджелудочной железы диагностирована у 48 пациентов, из них у 54%. Всем проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия, оперировано 28 (58%) больных. Операцией выбора являлось перкутанное дренирование кисты под сонографическим контролем, которое произведено 17 (35%) пациентам.

Панкреатогенный абсцесс выявлен у 49 больных. Выполнялось всем больным дренирование абсцесса под сонографическим контролем, консервативная и антибактериальная терапия.

Заключение

Таким образом, определение этиопатогенетической является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показанием к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром легком, среднетяжелом панкреатите хирургическое лечение не показано. Этим больным должна проводиться комплексная консервативная терапия. Пациентам со стерильным панкреонекрозом показано консервативное лечение, а оперативное - в отдельных случаях.

Литература

1. Бобров О.Е. Мифы и реальности панкреатологии: целесообразно ли использование антибиотиков в лечении больных острым панкреатитом? // О.Е.Бобров // Укр. жур-нал хирургии. – 2008. – № 3. – С.3-14.
2. Кондратенко П.Г. Октрестатин в комплексном лечении больных острым панкреатитом / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова // Укр. журнал хирургии. – 2008. – № 2. – С.105-108.
3. Кондратюк О.П. Тактичні підходи до лікування деструктивних форм гострого панкреатиту з використанням мініінвазивних технологій та ендоскопічних втручань / О.П. Кондратюк // Укр. журнал хірургії. – 2010. – № 2. – С.139-142.
4. Теслюк І.І. Гострий панкреатит. Проблеми діагностики та лікування / І.І. Теслюк, В.В. Сулік, В.К. Сулік // Хірургія України. – 2010. – № 3. – С.116-121.
5. Carroll J.K. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment / J.K.Carroll, B.Herrick, T.Gipson, S.P.Lee // Am. Fam. Physician. – 2007. – №10. – P.1513-1520.

Реферат

СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Хацько В.В., Дудін О.М., Кузьменко О.Є., Дрозд П.І.

Ключові слова: гострий панкреатит, сучасне лікування.

Приведений досвід лікування 562 хворих на гострий панкреатит (368 чоловіків і 194 жінки у віці від 18 до 67 років). Лікувальна тактика удосконалювалася і сьогодні базується на профілактиці інфікування панкреонекрозу і мініінвазивній хірургії. У комплексі терапії в останні роки застосовуються соматостатин і октрестатин. Препарати показали свою ефективність у лікуванні хворих на набряклий панкреатит і неінфікований панкреонекроз, а також у лікуванні хворих із зовнішніми панкреатичними свищами. Післяопераційна летальність у хворих на панкреатит знижена до 4,7%.

Summary

MODERN PRINCIPLES FOR TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Khatsko V.V., Dudin A.M., Kuzmenko A.E., Drozd P.I.

Keywords: acute pancreatitis, modern treatment.

The experience based on the treatment 562 patients with acute pancreatitis (368 men and 194 women aged 18 – 67 years) was presented in this paper. Therapeutic management has being improved and now it is mainly based on the prevention of pancreanecrosis and application of minimally invasive surgery. For the last period the multimodality therapy for this pathology includes omastatin and okrestatin. The medications have been shown to be effective in the treatment of the patients with acute pancreatitis and non-infected pancreanecrosis as well as in the treatment of external pancreatic fistulas. The postoperative lethality in these cases has reduced to 4,7%.

УДК 616.36 – 006.03 – 031 – 089.168

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Базиян-Кухто Н.К., Карапыш В.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

Проанализированы отдаленные (через 1-10 лет) результаты хирургического лечения 103 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени. Женщин было 77 (75 %), мужчин – 26 (25%) в возрасте от 21 до 75 лет. Из них 51 (49,5±4,9%) человек был оперирован ранее по поводу непаразитарной кисты, 33 (32±4,5%) – абсцесса, 13 (12,7±3,2%) – гемангиомы, 6 (5,8±2,3%) – эхинококка. Традиционных оперативных вмешательств было выполнено 59, малоинвазивных – 44. Отдаленные результаты изучали с помощью общего опросника MOS SF -36 и специальной, разработанной нами анкеты. В группу хороших отдаленных результатов (45±3,4 баллов) отнесены 43 (44,8%) респондента. В группу удовлетворительных отдаленных результатов (85±4,3 баллов) включены 33 (34,4%) чел. В группу неудовлетворительных отдаленных результатов (135±3,1 баллов) отнесены 20 (20,8%) пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты наблюдались чаще всего у лиц, оперированных с использованием малоинвазивных технологий. Летальность в отдаленном периоде составила 7 (6,7%) человек от причин, не связанных с основным заболеванием.

Ключевые слова: доброкачественные очаговые образования печени, отдаленные результаты, качество жизни.

Исследование качества жизни в хирургии может позволить достоверно определить преимущества того или иного метода лечения, исходя не только из количественных, но и из качественных характеристик его результатов. Таким образом, зачастую исследование качества жизни является конечным этапом оценки эффективности того или иного метода хирургического лечения [4, 5, 6].

В доступной литературе мы встретили лишь единичные публикации по исследованию отдаленных результатов хирургического лечения доброкачественных очаговых образований печени (ДООП). Работы, посвященные изучению КЖ больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу ДООП, также крайне малочисленны [3, 2, 1].

Целью работы явилось изучение отдаленных результатов малоинвазивных и традиционных оперативных вмешательств у больных с ДООП для определения их качества жизни.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты хирургического лечения 103 пациентов с ДООП, оперированные в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна ДонНМУ им. М. Горького за 10 лет. Женщин было 77 (75%), мужчин

– 26 (25%) в возрасте от 21 до 75 лет. Традиционных оперативных вмешательств у больных с ДООП было выполнено 59, малоинвазивных – 44.

Дизайн работы состоял в параллельном выполнении двух групп исследований: I группа включала в себя объективные методы обследования, позволяющие нам оценить отдаленные результаты хирургического лечения больных. II группа исследований предполагала сбор субъективных данных путем анкетирования

пациентов с помощью общего опросника здоровья MOS SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form) и специальной, разработанной нами анкеты.

Общий опросник MOS SF -36 был создан в 1992 г. J.E. Ware, и предполагает изучение всех компонентов качества жизни. Он содержит 36 вопросов, которые объединены в 8 шкал: физического функционирования (ФФ), ролевого функционирования (РФ); интенсивности боли (ИБ); общего здоровья (ОЗ); жизнеспособности (Ж); социального функционирования (СФ); ролевого эмоционального функционирования (РЭФ); психического здоровья (ПЗ). Количество вопросов каждой шкалы варьирует от 2 до 10. Ответы, полученные при заполнении больными опросника, подвергаются шкалированию. После проведения этапа шкалирования показатели качества жизни выражаются в баллах от 0 до 10 по каждой из восьми шкал опросника SF-36. Чем выше балл по этой шкале, тем лучше показатель качества жизни. Показатели ФФ, РФ, ИБ, ОЗ характеризуют физическое здоровье, показатели ЖС, СА, РЭФ, ПЗ - психологическое здоровье. Показатели каждой шкалы оцениваются в баллах от 0 до 100. Большие значения показателей шкал соответствуют более высокому уровню жизни.

Специальный опросник представлен оригинальной картой, состоит из вопросов, объединенных в 9 шкал, содержит в себе два модуля. Специфический модуль составляют 12 вопросов, объединенных в пять шкал: количество операций (КО); абдоминальная боль (АБ); желтуха (Ж); диспепсия (Д); питание (П). Универсальный модуль состоит из 5 вопросов и четырех шкал: социальной адаптации (СА); жизненной активности (ЖА); эмоционального функционирования (ЭФ); общего здоровья (ОЗ). Данные, полученные при ответах респондентов, проходят процедуру шкалирования (перевод необрабо-

Summary

MODERN PRINCIPLES FOR TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Khatsko V.V., Dudin A.M., Kuzmenko A.E., Drozd P.I.

Keywords: acute pancreatitis, modern treatment.

The experience based on the treatment 562 patients with acute pancreatitis (368 men and 194 women aged 18 – 67 years) was presented in this paper. Therapeutic management has being improved and now it is mainly based on the prevention of pancreanecrosis and application of minimally invasive surgery. For the last period the multimodality therapy for this pathology includes omastatin and okrestatin. The medications have been shown to be effective in the treatment of the patients with acute pancreatitis and non-infected pancreanecrosis as well as in the treatment of external pancreatic fistulas. The postoperative lethality in these cases has reduced to 4,7%.

УДК 616.36 – 006.03 – 031 – 089.168

Хацко В.В., Шаталов А.Д., Кузьменко А.Е., Базиян-Кухто Н.К., Карапыш В.А.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОЧАГОВЫМИ ОБРАЗОВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ

Национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

Проанализированы отдаленные (через 1-10 лет) результаты хирургического лечения 103 больных с доброкачественными очаговыми образованиями печени. Женщин было 77 (75 %), мужчин – 26 (25%) в возрасте от 21 до 75 лет. Из них 51 (49,5±4,9%) человек был оперирован ранее по поводу непаразитарной кисты, 33 (32±4,5%) – абсцесса, 13 (12,7±3,2%) – гемангиомы, 6 (5,8±2,3%) – эхинококка. Традиционных оперативных вмешательств было выполнено 59, малоинвазивных – 44. Отдаленные результаты изучали с помощью общего опросника MOS SF -36 и специальной, разработанной нами анкеты. В группу хороших отдаленных результатов (45±3,4 баллов) отнесены 43 (44,8%) респондента. В группу удовлетворительных отдаленных результатов (85±4,3 баллов) включены 33 (34,4%) чел. В группу неудовлетворительных отдаленных результатов (135±3,1 баллов) отнесены 20 (20,8%) пациентов. Хорошие и удовлетворительные результаты наблюдались чаще всего у лиц, оперированных с использованием малоинвазивных технологий. Летальность в отдаленном периоде составила 7 (6,7%) человек от причин, не связанных с основным заболеванием.

Ключевые слова: доброкачественные очаговые образования печени, отдаленные результаты, качество жизни.

Исследование качества жизни в хирургии может позволить достоверно определить преимущества того или иного метода лечения, исходя не только из количественных, но и из качественных характеристик его результатов. Таким образом, зачастую исследование качества жизни является конечным этапом оценки эффективности того или иного метода хирургического лечения [4, 5, 6].

В доступной литературе мы встретили лишь единичные публикации по исследованию отдаленных результатов хирургического лечения доброкачественных очаговых образований печени (ДООП). Работы, посвященные изучению КЖ больных, перенесших оперативные вмешательства по поводу ДООП, также крайне малочисленны [3, 2, 1].

Целью работы явилось изучение отдаленных результатов малоинвазивных и традиционных оперативных вмешательств у больных с ДООП для определения их качества жизни.

Материал и методы исследования

Проанализированы результаты хирургического лечения 103 пациентов с ДООП, оперированные в клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна ДонНМУ им. М. Горького за 10 лет. Женщин было 77 (75%), мужчин

– 26 (25%) в возрасте от 21 до 75 лет. Традиционных оперативных вмешательств у больных с ДООП было выполнено 59, малоинвазивных – 44.

Дизайн работы состоял в параллельном выполнении двух групп исследований: I группа включала в себя объективные методы обследования, позволяющие нам оценить отдаленные результаты хирургического лечения больных. II группа исследований предполагала сбор субъективных данных путем анкетирования

пациентов с помощью общего опросника здоровья MOS SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form) и специальной, разработанной нами анкеты.

Общий опросник MOS SF -36 был создан в 1992 г. J.E. Ware, и предполагает изучение всех компонентов качества жизни. Он содержит 36 вопросов, которые объединены в 8 шкал: физического функционирования (ФФ), ролевого функционирования (РФ); интенсивности боли (ИБ); общего здоровья (ОЗ); жизнеспособности (Ж); социального функционирования (СФ); ролевого эмоционального функционирования (РЭФ); психического здоровья (ПЗ). Количество вопросов каждой шкалы варьирует от 2 до 10. Ответы, полученные при заполнении больными опросника, подвергаются шкалированию. После проведения этапа шкалирования показатели качества жизни выражаются в баллах от 0 до 10 по каждой из восьми шкал опросника SF-36. Чем выше балл по этой шкале, тем лучше показатель качества жизни. Показатели ФФ, РФ, ИБ, ОЗ характеризуют физическое здоровье, показатели ЖС, СА, РЭФ, ПЗ - психологическое здоровье. Показатели каждой шкалы оцениваются в баллах от 0 до 100. Большие значения показателей шкал соответствуют более высокому уровню жизни.

Специальный опросник представлен оригинальной картой, состоит из вопросов, объединенных в 9 шкал, содержит в себе два модуля. Специфический модуль составляют 12 вопросов, объединенных в пять шкал: количество операций (КО); абдоминальная боль (АБ); желтуха (Ж); диспепсия (Д); питание (П). Универсальный модуль состоит из 5 вопросов и четырех шкал: социальной адаптации (СА); жизненной активности (ЖА); эмоционального функционирования (ЭФ); общего здоровья (ОЗ). Данные, полученные при ответах респондентов, проходят процедуру шкалирования (перевод необрабо-

танных данных в баллы качества жизни). Чем ниже балл по шкале специфического опросника, тем лучше качество жизни, чем выше полученное значение шкалы, тем хуже показатель КЖ.

Результаты и их обсуждение

В группу хороших отдаленных результатов ($45 \pm 3,4$ баллов) отнесены 43 ($44,8 \pm 5,07\%$) респондента, которые не предъявляли жалоб. При опросе они считали себя практически здоровыми. Трудоспособность у них была сохранена в полном объеме. Они не нуждались в дополнительном приеме лекарственных препаратов и не придерживались строгой диеты. В этой группе больных не отмечено ни одного рецидива.

В группу удовлетворительных отдаленных результатов ($85 \pm 4,3$ баллов) включено 33 ($34,4 \pm 4,84\%$) чел. При опросе они отмечали периодически рецидивирующий на фоне погрешностей в диете болевой синдром, некоторое время функционировал желчный свищ. Однако трудоспособность при этом была сохранена. Они периодически прибегали к медикаментозной терапии и нуждались в соблюдении диеты.

В группу с неудовлетворительными отдаленными результатами ($135 \pm 3,1$ баллов) отнесено 20 ($20,8 \pm 4,14\%$) пациентов. Они предъявляли жалобы на рецидивирующий без видимой причины болевой синдром, придерживались строгой диеты и периодически нуждались в госпитализации в стационар для курса консервативной терапии. Трудоспособность была стойко утрачена на протяжении длительного времени.

Семь больных, прооперированных по поводу ДООП, за этот период умерли, причем в трех наблюдениях достоверно точно в связи с онкологическими заболеваниями (рак желудка, опухоль головного мозга, рак шейки матки), в четырех случаях от причин, не связанных с основным заболеванием (тромбоз легочной артерии – 2, пожилой возраст и полиорганная недостаточность неясного генеза – 2).

В группе больных с хорошими отдаленными результатами наиболее выраженными оказались изменения по шкалам РФФ и РЭФ. Однако следует отметить, что основную лепту в снижении показателей общего КЖ внесла подгруппа пациентов, оперированных традиционным доступом. В ней отмечено снижение всех показателей шкал опросника по отношению к популяционной норме: ФФ на 14,6%, РФФ на 53%, РЭФ на 50,6%, общего здоровья на 13,8% и ИБ на 11,2%.

И напротив, в группе больных, оперированных с использованием малоинвазивных методов, получены показатели по шкалам СФ, ПЗ, ОЗ и ИБ, близкие к популяционной норме. Отклонения по шкалам РЭФ (13,2%) и РФФ (19,5%) мы расценили как умеренные.

Сравнительный анализ специфического качества жизни по специальному опроснику между подгруппами с традиционными оперативными вмешательствами и малоинвазивными операциями выявил более лучшие показатели в подгруппе малоинвазивных по шкалам Д, П, СА и ЭФ. Определение специфического КЖ этой же группы больных показало, что данное снижение КЖ связано не только с общесоматическими и социальными проблемами пациентов, но и с ранее перенесенным ДООП.

Сравнение полученных результатов в подгруппах с традиционными и малоинвазивными вмешательствами отчетливо указывало на преимущество последних. Лица этой подгруппы по уровню КЖ, как правило, приближались к уровню жизни популяционной нормы.

В группе больных с удовлетворительными отдаленными результатами лечения ($34,4 \pm 4,84\%$) общее КЖ было снижено по всем шкалам опросника на 10-52% от популяционной нормы. Наиболее выраженное снижение отмечено по шкалам ФФ (34,1%), РФФ (52,1%), ИБ (22,3%), ОЗ (28,6%), РЭФ (37,5%), ПЗ (8,3%). Однако КЖ по шкалам Ж, СФ и ПЗ приближалось к популяционной норме. Показатели специфического КЖ однозначно указывали на его снижение по шкалам ОЗ, СА, ЭФ, абдоминальной боли и жизненной активности относительно популяционной нормы. Однако в этой же группе отмеченное снижение показателей по шкалам Д, П и желтухи менее выражено.

В группе больных с неудовлетворительными отдаленными результатами ($20,8 \pm 4,14\%$) общее КЖ снижено на 25-72% относительно популяционной нормы, специфическое – на 11-36%. Отклонение от последнего отмечено по всем шкалам как физического, так и психического компонентов здоровья. Ухудшение показателей физического здоровья общего КЖ было связано со снижением устойчивости к физической нагрузке, изменением образа жизни после операции. Как следствие, у пациентов развивается эмоциональная нестабильность и социальная дезадаптация в обществе.

Таким образом, качество жизни пациентов после различных видов хирургического лечения ДООП снижено относительно среднестатистических популяционных значений. Вместе с тем, прослеживается взаимосвязь между характером отдаленных результатов и уровнем качества жизни. Так, пациенты с хорошими отдаленными результатами имеют достаточно высокий уровень качества жизни, приближающийся к уровню здоровых лиц. Качество жизни пациентов, оперированных по поводу ДООП, не зависит от характера и объема выполненных оперативных вмешательств.

Заключение

Пациенты, оперированные по поводу ДООП, в отдаленном периоде, как правило, сохраняют трудоспособность ($70,8 \pm 4,47\%$). Хорошие и удовлетворительные результаты наблюдаются чаще всего у лиц, оперированных с использованием малоинвазивных технологий.

Специфический опросник качества жизни пациентов с ДООП адекватно оценивает весь спектр психосоматических расстройств, связанных с перенесенным заболеванием.

Уровень КЖ больных после хирургического лечения ДООП с применением малоинвазивных технологий приближается к популяционной норме, тогда как у лиц, оперированных из широкого лапаротомного доступа, качество жизни снижено практически в два раза относительно этой нормы. Полученные данные позволяют считать малоинвазивные вмешательства операциями выбора в лечении этих пациентов.

Литература

1. Мошківський Г.Ю. Сучасні можливості комплексного мініінвазивного лікування ехінококових кіст печінки / Г.Ю. Мошківський // Клін. хірургія. – 2009. – № 9. – С. 14-17.
2. Лобаков А.И. Результаты лапароскопических операций в лечении кист печени / А.И. Лобаков, В.Б. Румянцев, Ю.И. Захаров // Сборник тез. 13-го Моск. межд. конгресса по эндоск. хирургии. – М., 2009. – С. 185-186.
3. Івахів О.Л. Ехінокоз печінки: труднощі діагностики і терапії / О.Л. Івахів, Н.Ю. Вишневіська, Н.А. Васильєва // Інфекційні хвороби. – 2011. – №3. – С. 26-29.

4. Tagliacozzo S. Surgical treatment of hydatid disease of the liver / S. Tagliacozzo, M. Miccini, S.A. Bonapasta [et al.] // American Journal of Surger. - 2011. - V. 201, №6. - P. 797-804.
5. Kanojia R.P. Laparoscopic port-in-cyst technique for retrieval of hepatic hydatid and review of other techniques used in literature / R. P. Kanojia // Journal of Pediatric Surgery. - 2012. - V. 47, №9. - P.1772-1774.
6. Cosgrove Catherine A. Tropical infections Liver abscess and hydatid disease / A. Catherine Cosgrove, T. Doherty // Medicine. - 2010. - V. 38, №1. - P.18-20.

Реферат

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ОСЕРЕДКОВІ УТВОРЕННЯ ПЕЧІНКИ У ВІДДАЛЕННОМУ ПЕРІОДІ

Хацко В.В., Шаталов О.Д., Кузьменко О.Є., Базіян-Кухто Н.К., Карапиш В.А

Ключові слова: доброякісні осередкові утворення печінки, віддалені результати, якість життя.

Проаналізовано віддалені (через 1-10 років) результати хірургічного лікування 103 хворих з доброякісними осередковими утвореннями печінки. Жінок було 77(75%), чоловіків – 26(25%) у віці від 21 до 75 років. З них 51(49,5±4,9) особа була оперована раніше з приводу непаразитарної кисти, 33(32±4,5%) - абсцесу, 13 (12,7±3,2%) – гемангіоми, 6(5,8±2,3%) – ехінокока. Традиційних оперативних втручань було виконано 59, малоінвазивних – 44. Віддалені результати вивчали за допомогою загального опитувальника MOS SF -36 і спеціальної, розробленої нами анкети. У групу гарних віддалених результатів (45±3,4 балів) віднесені 43 (44,8%) респонденти. У групу задовільних віддалених результатів (85±4,3 балів) включені 33(34,4%) особи. У групу незадовільних віддалених результатів (135±3,1 балів) віднесені 20 (20,8%) пацієнтів. Гарні і задовільні результати спостерігались найчастіше в осіб, оперованих з використанням малоінвазивних технологій. Летальність у віддаленому періоді склала 7(6,7%) осіб від причин, не пов'язаних з основним захворюванням.

Summary

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH BENIGN LIVER FOCAL MASSES

Khatsko V.V., Shatalov A.D., Kuzmenko A.E., Baziyan-Kuhto N.K., Karapish V.A.

Key words: benign focal formations of the liver, long-term results, quality of life.

We have analyzed long-term (1-10 years) results of surgical treatment on 103 patients with benign liver focal masses. The study included 77 (75%) women and 26(25%) men aged 21 – 75 years. 51 (49,5±4,9%) patients were operated on for non-parasitic cysts, 33(32±4,5%) patients – for abscesses, 13(12,7±3,2%) patients – for hemangioma, and 6(5,8±2,3%) patients – for echinococcosis. 59 patients were subjected to conventional surgeries, and 44 patients underwent minimally invasive surgeries. The long-term results were studied by the questionnaire MOS SF-36 and questionnaire we specially designed. The group demonstrated positive long-term results (45±3,4 scores) was constituted with 43 (44,8%) respondents. The group of satisfactory long-term results (85±4,3 scores) included 33 (34,4%) persons. The group shown unsatisfactory long-term results (135±3,1 points) included 20 (20,8%) patients. The positive and satisfactory results were commonly observed in persons subjected to minimally invasive surgeries. There were 7 (6,7%) cases of lethal outcomes, which had no relation the underlying disease.

УДК: 616-002. 951. 21-072. 1: 615. 849.19

Четвериков С.Г., Закария Мохаммад Ахмад

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Одесский национальный медицинский университет.

Центр реконструктивной и восстановительной медицины

Реферат

Результаты работы основаны на анализе обследования и лечения 217 больных с эхинококкозом печени. У 53 больных (24,4%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии, у 94 (43,3%) - пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ и у 70 (32,3%) - традиционные лапаротомные эхинококкэктомии. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось у всех 53 пациентов. Средняя продолжительность операции составила 41,1±7,4 минуты (от 25 до 120 минут), продолжительность пребывания в стационаре составила 3,5±1,2 суток (от 2 до 9 суток). Летальность была нулевой. После лапаротомных эхинококкэктомий средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 12,3±4,2 койко-дня. Из 94 больных, которые были пролечены с использованием пункционного метода, хорошие результаты получены у 67 (71,3%). Все пациенты наблюдались на протяжении от 4 месяцев до 6 лет после операции. Рецидив эхинококкоза диагностирован у 14 больных (6,5%): у одного - после лапароскопической эхинококкэктомии (1,9%), 4 (5,7%) - после лапаротомной и 9 больных (9,6%) - после пункционного лечения.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, оперативные доступы, видеоэндоскопические операции.

Научная тема: "Разработка минимально инвазивных методов лечения заболеваний органов брюшной полости, грудной клетки, сосудистой патологии и эхинококкоза", госрегистрация №0104U010502.

Вступление

Эхинококкоз человека является серьезной медицинской и социальной проблемой Одесской области, где имеются эндемические очаги этого заболевания. В этом регионе ежегодно диагностируется до 120 новых случаев эхинококкоза [4, 5, 6].

Традиционно применяемые методы оперативного

лечения эхинококкоза печени травматичны, сопровождаются большим числом осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов в послеоперационном периоде. Использование новых малоинвазивных видеоэндоскопических и ультразвуковых технологий открывает новые перспективы в лечении этого паразитарного заболевания. Минимизация опера-

4. Tagliacozzo S. Surgical treatment of hydatid disease of the liver / S. Tagliacozzo, M. Miccini, S.A. Bonapasta [et al.] // American Journal of Surger. - 2011. - V. 201, №6. - P. 797-804.
5. Kanojia R.P. Laparoscopic port-in-cyst technique for retrieval of hepatic hydatid and review of other techniques used in literature / R. P. Kanojia // Journal of Pediatric Surgery. - 2012. - V. 47, №9. - P.1772-1774.
6. Cosgrove Catherine A. Tropical infections Liver abscess and hydatid disease / A. Catherine Cosgrove, T. Doherty // Medicine. - 2010. - V. 38, №1. - P.18-20.

Реферат

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДОБРОЯКІСНІ ОСЕРЕДКОВІ УТВОРЕННЯ ПЕЧІНКИ У ВІДДАЛЕННОМУ ПЕРІОДІ

Хацко В.В., Шаталов О.Д., Кузьменко О.Є., Базіян-Кухто Н.К., Карапиш В.А

Ключові слова: доброякісні осередкові утворення печінки, віддалені результати, якість життя.

Проаналізовано віддалені (через 1-10 років) результати хірургічного лікування 103 хворих з доброякісними осередковими утвореннями печінки. Жінок було 77(75%), чоловіків – 26(25%) у віці від 21 до 75 років. З них 51(49,5±4,9) особа була оперована раніше з приводу непаразитарної кисти, 33(32±4,5%) - абсцесу, 13 (12,7±3,2%) – гемангіоми, 6(5,8±2,3%) – ехінокока. Традиційних оперативних втручань було виконано 59, малоінвазивних – 44. Віддалені результати вивчали за допомогою загального опитувальника MOS SF -36 і спеціальної, розробленої нами анкети. У групу гарних віддалених результатів (45±3,4 балів) віднесені 43 (44,8%) респонденти. У групу задовільних віддалених результатів (85±4,3 балів) включені 33(34,4%) особи. У групу незадовільних віддалених результатів (135±3,1 балів) віднесені 20 (20,8%) пацієнтів. Гарні і задовільні результати спостерігались найчастіше в осіб, оперованих з використанням малоінвазивних технологій. Летальність у віддаленому періоді склала 7(6,7%) осіб від причин, не пов'язаних з основним захворюванням.

Summary

LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH BENIGN LIVER FOCAL MASSES

Khatsko V.V., Shatalov A.D., Kuzmenko A.E., Baziyan-Kuhto N.K., Karapish V.A.

Key words: benign focal formations of the liver, long-term results, quality of life.

We have analyzed long-term (1-10 years) results of surgical treatment on 103 patients with benign liver focal masses. The study included 77 (75%) women and 26(25%) men aged 21 – 75 years. 51 (49,5±4,9%) patients were operated on for non-parasitic cysts, 33(32±4,5%) patients – for abscesses, 13(12,7±3,2%) patients – for hemangioma, and 6(5,8±2,3%) patients – for echinococcosis. 59 patients were subjected to conventional surgeries, and 44 patients underwent minimally invasive surgeries. The long-term results were studied by the questionnaire MOS SF-36 and questionnaire we specially designed. The group demonstrated positive long-term results (45±3,4 scores) was constituted with 43 (44,8%) respondents. The group of satisfactory long-term results (85±4,3 scores) included 33 (34,4%) persons. The group shown unsatisfactory long-term results (135±3,1 points) included 20 (20,8%) patients. The positive and satisfactory results were commonly observed in persons subjected to minimally invasive surgeries. There were 7 (6,7%) cases of lethal outcomes, which had no relation the underlying disease.

УДК: 616-002. 951. 21-072. 1: 615. 849.19

Четвериков С.Г., Закария Мохаммад Ахмад

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫБОРА МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Одесский национальный медицинский университет.

Центр реконструктивной и восстановительной медицины

Реферат

Результаты работы основаны на анализе обследования и лечения 217 больных с эхинококкозом печени. У 53 больных (24,4%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии, у 94 (43,3%) - пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ и у 70 (32,3%) - традиционные лапаротомные эхинококкэктомии. Лапароскопическое удаление эхинококковых кист печени удалось у всех 53 пациентов. Средняя продолжительность операции составила 41,1±7,4 минуты (от 25 до 120 минут), продолжительность пребывания в стационаре составила 3,5±1,2 суток (от 2 до 9 суток). Летальность была нулевой. После лапаротомных эхинококкэктомий средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 12,3±4,2 койко-дня. Из 94 больных, которые были пролечены с использованием пункционного метода, хорошие результаты получены у 67 (71,3%). Все пациенты наблюдались на протяжении от 4 месяцев до 6 лет после операции. Рецидив эхинококкоза диагностирован у 14 больных (6,5%): у одного - после лапароскопической эхинококкэктомии (1,9%), 4 (5,7%) - после лапаротомной и 9 больных (9,6%) - после пункционного лечения.

Ключевые слова: эхинококкоз печени, оперативные доступы, видеоэндоскопические операции.

Научная тема: "Разработка минимально инвазивных методов лечения заболеваний органов брюшной полости, грудной клетки, сосудистой патологии и эхинококкоза", госрегистрация №0104U010502.

Вступление

Эхинококкоз человека является серьезной медицинской и социальной проблемой Одесской области, где имеются эндемические очаги этого заболевания. В этом регионе ежегодно диагностируется до 120 новых случаев эхинококкоза [4, 5, 6].

Традиционно применяемые методы оперативного

лечения эхинококкоза печени травматичны, сопровождаются большим числом осложнений, частыми рецидивами, инвалидизацией пациентов в послеоперационном периоде. Использование новых малоинвазивных видеоэндоскопических и ультразвуковых технологий открывает новые перспективы в лечении этого паразитарного заболевания. Минимизация опера-

ционной травмы позволяет уменьшить количество осложнений, значительно облегчить течение послеоперационного периода, сократить время реабилитации и улучшить качество жизни больных с эхинококкозом [1, 2, 3, 7].

Решением этой проблемы занимаются специалисты в Одесском национальном медицинском университете, Киевском научно-исследовательском институте хирургии и трансплантологии АМН Украины, центре абдоминальной эндоскопической хирургии МЗ Российской Федерации (Москва), ведущих научных медицинских центрах Турции, Греции, Индии, Италии, Испании.

Цель работы

Определить принципы выбора метода оперативного лечения эхинококкоза печени и роль малоинвазивных видеоэндоскопических и ультразвуковых технологий.

Материалы и методы

Результаты работы основаны на анализе обследования и лечения 217 больных с эхинококкозом печени. Сочетанное поражение печени и легких было у 38 больных (17,5%), диссеминированный эхинококкоз с поражением двух и более органов - у 18 больных (8,3%).

Из 217 больных эхинококкозом печени поражение правой доли было у 126 больных (58,1%), левой доли - у 57 пациентов (26,3%), правой и левой - у 34 больных (15,7%). Одна паразитарная киста была у 118 больных (54,4%), две кисты - у 43 (19,8%), три кисты - у 35 (16,1%), четыре и более кисты - у 21 пациентов (9,7%). Осложненный эхинококкоз печени с печеночно-легочными коммуникациями диагностирован у 7 больных. Среди оперированных больных было 98 мужчин и 119 женщин в возрасте от 18 до 72 лет. Средний возраст пациентов составил $42,3 \pm 6,8$ лет.

Всем больным выполняли общеклинические обследования, рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, 147 больным - компьютерную или магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

У 53 больных (24,4%) выполнены лапароскопические эхинококкэктомии, у 94 (43,3%) - пункционное лечение паразитарных кист под контролем УЗИ и у 70 (32,3%) - традиционные лапаротомные эхинококкэктомии.

Обработку остаточной полости после эхинококкэктомии производили 1% раствором бетадина (повидон-йода), который обладает выраженным бактерицидным и сколещоцидным действием, не раздражает брюшину и с меньшей частотой, чем при использовании других антисептиков, приводит к осложнениям. У 58 больных (26,7%) нами использованы оригинальные термические методики обработки стенок остаточной полости.

Пункция паразитарных кист под контролем УЗИ выполнена у 94 больных. Эта методика внедрена показала свою высокую эффективность при небольших интрапаренхиматозно расположенных и рецидивных паразитарных кистах. Применялась местная анестезия 2% раствором лидокаина. Использовались две основные методики лечения: пункционная аспирация и склерозирование небольших паразитарных кист и пункционное дренирование эхинококковых кист под контролем УЗИ. Для деструкции и склерозирования паразитарных кист использовался 96° этиловый

спирт. Последующее промывание дренажей, деструкция хитиновых оболочек и обеззараживание остаточной полости выполнялось с использованием раствора гипохлорида натрия или поливидон-йодида. Для выполнения склерозирования кист требовалось от одного до 3 вмешательства. Если после этого сохранялась остаточная полость, а также при первоначальном диаметре кист более 4 см выполняли их дренирование с использованием иглы 18G и дренажей от 16 до 22 Fr в диаметре. Длительность дренирования колебалась от 3 до 8 недель и зависела от размеров кист, их содержимого, состояния фиброзной капсулы и прилегающей печеночной паренхимы, а также возникших послеоперационных осложнений.

В послеоперационном периоде всем пациентам назначался вормил (альбендазол) по 10 мг/кг массы тела в сутки (в среднем по 1 таблетке, 400 мг дважды в день) на протяжении 4 недель. При рецидивном и диссеминированном эхинококкозе печени назначались от 2 до 4 месячных курсов.

Результаты и их обсуждение

Выполнение органосохраняющих операций при эхинококкозе печени сопровождается незначительной травматизацией ткани печени. Именно случаи, когда травматичность доступа превышает травматичность самого вмешательства на оперируемом органе, на наш взгляд, являются показанием к использованию малоинвазивных видеоэндоскопических технологий.

Во всех случаях гистологического исследования стенок паразитарных кист печени нами не выявлено эксцентричного роста паразита в толщу фиброзной капсулы и близлежащую паренхиму органа. Эта особенность инвазии *Echinococcus granulosus* в организме человека позволила нам отдать предпочтение органосохраняющему подходу к оперативному лечению эхинококкоза. Показаниями для резекции печени при эхинококкозе, по нашему мнению, являются лишь случаи множественного или тотального поражения левой доли печени, когда выполнялась левосторонняя латеральная сегментэктомия или лобэктомия, а также краевое поражение правой доли печени, когда рациональной является атипичная резекция печени. В некоторых случаях, при поверхностной локализации больших паразитарных кист, мы иссекали истонченные части стенки кисты с близлежащей печеночной паренхимой (частичная перицистэктомия).

Большинство органосохраняющих оперативных вмешательств на печени при эхинококкозе можно выполнить с использованием видеоэндоскопической техники. Основным условием для успешного выполнения этих вмешательств является поверхностная локализация кисты. Так, показаниями к лапароскопической эхинококкэктомии служили поверхностно расположенные паразитарные кисты по висцеральной или диафрагмальной поверхности печени, кисты левой доли печени. Для получения точного представления о топографии паразитарной кисты мы пользовались полипозиционным ультразвуковым исследованием или компьютерной томографией. В случаях, когда киста выходит на поверхность органа, ее визуализация во время операции не представляет проблем. В остальных случаях следует отказаться от лапароскопического доступа либо использовать интраоперационное ультразвуковое исследование.

Важное значение при выполнении лапароскопических операций имеет расположение троакаров. Так, в начале освоения методики мы использовали традиционное расположение троакаров: первый, диаметр

ром 10 мм вводили в окологрудищної області (для лапароскопа), другої і третій - в епігастральній області і в правому подребер'ї. Но при такому розположенні троакаров доступними для лапароскопічного видалення являються лише кисти, розположенні в висцеральних частинах III, IV, V і VI сегментів печінки. При локалізації кист по діафрагмальній поверхності I, II і VIII сегментів їх візуалізація і маніпуляції по їх видаленню практично неможливі.

В останнє час ми використовуємо розположення троакаров індивідуальне в кожному конкретному випадку в залежності від локалізації і кількості паразитарних кист. Пневмоперитонеум накладуємо иглою Вереща в окологрудищної області. Перший 10 мм троакар для лапароскопа вводимо в правій подреберній області на відстані 3 - 5 см по напрямку до середньої лінії от найбільш близького до черевної стінки ділянки кисти. Другий 10 - 12 мм троакар вводимо на 3 - 5 см нижче кисти. Через нього виробляємо видалення вмісту кисти з допомогою електрокоагуляції, обробку залишкової порожнини і її дренирування. При наявності двох кист вводимо додатково четвертий троакар в залежності від локалізації другої кисти. Таке розположення троакаров дозволяє видалити кисти майже всіх ділянок печінки при умовах їх поверхневого розположення. Розположення третього і додаткових троакаров вибираємо з урахування використання цих ділянок для наступного дренирування залишкових порожнин.

Для більш зручного доступу до кісток діафрагмальної поверхності печінки ми пересікали круглу і серповидну зв'язки печінки, пацієнта переводили в фаулеровське положення. При цьому печінка під дією сили тяжіння опускається вниз, відкриваючи діафрагмальну поверхню.

Пункційне лікування паразитарних кист використовувалося при їх інтрапаренхіматозному розположенні переважно в I, VII, VIII сегментах, діаметр до 5 см і при рецидивному ехінококкозі печінки. В цих випадках використання лапароскопічних операцій є технічно дуже складним, а застосування лапаротомного доступу - травматичним і неоправданим.

Лапароскопічне видалення ехінококкових кист печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції склала $41,1 \pm 7,4$ хвилин (від 25 до 120 хвилин). Ні в одному випадку ми не перейшли до лапаротомії. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала $3,5 \pm 1,2$ доби (від 2 до 9 діб). Летальність була нульовою. Після лапаротомних ехінококкэктомій середня тривалість перебування в стаціонарі склала $12,3 \pm 4,2$ койко-днів.

Із 94 хворих, які були пролічені з використанням пункційного методу, хороші результати отримані у 67 (71,3%). Це були пацієнти з монокистозними молодими кістами розміром до 5 - 6 см. У 27 пацієнтів (28,7%) потрібувалися повторні пункційні втручання через неефек-

тивної роботи дренажа і виникшим внаслідок цього нагноєння залишкової порожнини. У частини хворих нагноєння залишкової порожнини виникає при порушенні ними правил антисептики при самостійному промиванні дренажа в амбулаторних умовах і ці випадки не можна відносити до недоліків методу. Пацієнти цієї групи мали або великі паразитарні кисти, або кисти старі ускладнені кистами з дочірніми бульбашками і товстою фіброзною капсулою. У 6 пацієнтів (6,4%) через розвинулися ускладнення при пункційному дренируванні паразитарних кист (кровотеча в порожнину кисти або вільну черевну порожнину, розвиток перитоніту, довготривало функціонуючий жовчний свищ) виконали лапаротомію і лікування ехінококкоза традиційним шляхом. У 12 пацієнтів в терміни до 14 місяців при ультразвуковому контролі діагностовані залишкові порожнини неправильної форми до 5 см в діаметрі, які при відсутності клінічної симптоматики не вимагають будь-якого втручання і хірургічної корекції.

Всі пацієнти спостерігалися нами на протязі від 4 місяців до 6 років після операції (в середньому, 18 місяців). Рецидив ехінококкоза печінки діагностований у 14 хворих (6,5%): у одного - після лапароскопічної ехінококкэктомії (1,9%), 4 (5,7%) - після лапаротомної і 9 хворих (9,6%) - після пункційного лікування.

Висновки

Використання малоінвазивних відеоендоскопічних і пункційних методів лікування ехінококкоза печінки значно покращує результати лікування хворих. По мірі накоплення досвіду виконання цих операцій, для більшості хворих ехінококкозом лапароскопічні і пункційні методи стануть оптимальними для виконання оперативного втручання.

Література

1. Грубнік В.В. Використання торакоскопічних і лазерних операцій при ехінококкозі легких / В.В. Грубнік, С.Г. Четвериков, П.П. Шипулін, В.І. Байдан // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім.П.Л.Шупика. - 2001. - Випуск 10, книга 4. - С. 152-157.
2. Грубнік В.В. Технічні аспекти виконання лапароскопічної ехінококкэктомії при лікуванні ехінококкозу печінки / В.В. Грубнік, С.Г. Четвериков, Н. Аль Сабрі // Шпитальна хірургія. - 2001. - №2. - С. 33-36.
3. Кротов Н.Ф. Відеоторакоскопічний ехінококкэктомія легкого / Н.Ф. Кротов, А.Э. Расулов, З.Ф. Шамаєв // Ендоскопічний хірургія. - 1999. - №1. - С. 18-21.
4. Четвериков С.Г. Епідеміологія та медико-соціальні аспекти лікування ехінококкозу в Одеській області / С.Г. Четвериков // Матеріали науково-практичної інтернет-конференції з міжнародною участю "Управління охороною здоров'я". - Львів, 2003. - С. 59-61.
5. Dziri C. Hydatid disease - continuing serious public health problem: introduction / C. Dziri // World J Surg. - 2001. - V.25, №3. - P.1-3.
6. El-On J. Benzimidazole treatment of cystic echinococcosis / J. El-On // Acta Trop. - 2003. - V.85, №2. - P.243-252.
7. Gloor B. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery / B. Gloor, Q. Ly, D. Candinas // Dig Surg. - 2002. - V.19, №6. - P.494-499.

Реферат

ПРОБЛЕМИ ВИБОРУ МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

Четвериков С.Г., Закарія Мохаммад Ахмад

Ключові слова: ехінококкоз печінки, оперативні методи, відеоендоскопічні операції.

Результати роботи засновані на аналізі обстеження та лікування 217 хворих на ехінококкоз печінки. У 53 хворих (24,4%) виконані лапароскопічні ехінококкэктомії, у 94 (43,3%) - пункційне лікування паразитарних кист під контролем УЗД і у 70 (32,3%) - традиційні лапаротомні ехінококкэктомії. Лапароскопічне видалення ехінококкових кист печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції склала $41,1 \pm 7,4$ хвилини (від 25 до 120 хвилин), тривалість перебування в стаціонарі склала $3,5 \pm 1,2$ доби (від 2 до 9 діб). Летальність була нульовою. Після лапа-

ротомних ехінококкостомій середня тривалість перебування в стаціонарі склала $12,3 \pm 4,2$ ліжко-дня. З 94 хворих, які були проліковані з використанням пункційного методу, хороші результати отримані у 67 (71,3%). Всі пацієнти спостерігалися впродовж від 4 місяців до 6 років після операції. Рецидив ехінококозу діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного - після лапароскопічної ехінококкостомії (1,9%), 4 (5,7%) - після лапаротомної і 9 хворих (9,6%) - після пункційного лікування.

Summary

VEXED QUESTIONS OF CHOOSING PROPER THERAPEUTIC MANAGEMENT FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Chetverikov S.G., Zakaria Mohammad Ahmad

Keywords: liver echinococcosis, operative access, video-endoscopic surgery.

The results of the study were based on the analysis of exam findings and treatment outcomes of 217 patients with liver echinococcosis. 53 patients (24.4%) underwent laparoscopic echinococcectomy, 94 (43.3%) were subjected to US-guided puncture treatment of parasitic cysts and 70 (32.3%) experienced conventional laparotomic echinococcectomy. Laparoscopic removal of hydrated cysts of the liver was performed on all 53 patients. Mean operative time made up $41,1 \pm 7,4$ min. (this time ranged from 25 – 120 min.), duration of hospital stay lasted $3,5 \pm 1,2$ days (from 2 to 9 days). There were no lethal outcomes. The term of average hospital staying after laparotomic echinococcectomy was $12,3 \pm 4,2$ days. Among 94 patients who were treated with the puncture, 67 (71.3%) persons showed positive results. All patients were followed up for 4 months to 6 years after surgery. The recurrence of echinococcosis was diagnosed in 14 patients (6.5%): one case occurred after laparoscopic echinococcectomy (1.9%), 4 (5.7%) cases developed after laparotomic surgery and 9 (9.6%) cases were reported after the puncture.

УДК 616.084+616-089+616.34-007.272

Чурпій І.К., Пиптюк О.В., Чурпій К.Л., Чурпій В.К.

ЛІКУВАННЯ ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

В роботі висвітлені питання парезу кишечника - ранньої стимуляції, що є ефективним методом відновлення його роботи та зниження інтоксикації. Для стимуляції кишечника був використаний препарат "Бішофіт Полтавський", в поєднанні з електрофорезом як методу доставки останнього. Методика проведення електро-стимуляції кишечника препаратом "Бішофіт Полтавський" в поєднанні з електрофорезом є ефективним методом відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника та зниження ендогенної інтоксикації.

Ключові слова: перитоніт, парез кишечника, "Бішофіт Полтавський", лікування.

Вступ

Провідними ознаками перитоніту є синдром ендогенної інтоксикації, що приводить до пригнічення рухової функції кишки [1]. Одним із ведучих компонентів порушення мікроекології шлунково-кишкового тракту є стійкий і довготривалий парез кишечника, при якому виникають наступні зміни в біocenozі кишки: розмноження умовно патогенної флори [2], активізація гнильних і бродильних процесів, посилення парезу та гіпоксії кишки та порушення моторно-евакуаторної функції. Перераховані вище процеси призводять до надлишкового утворення високотоксичних речовин [3], аутоінтоксикації та поліорганної недостатності [4].

Мета дослідження

Покращити методи лікування парезу кишечника в післяопераційному періоді у хворих з перитонітом.

Матеріали та методи

Під спостереженням знаходилось 135 хворих які були прооперовані з перитоніту різної етіології. Причиною виникнення перитоніту у 49 (36,3%) хворих був гострий деструктивний апендицит, у 16 (11,8%) – перфорація виразки шлунку та 12-палої кишки, у 16 – (11,8%) деструктивний холецистит, у 7 (5,2%) – гостра кишкова непрохідність, защемлена грижа у 8 (5,9%) пацієнтів, рак товстого кишечника склав - 14 (10,4%). Відкриті та закриті травми порожнистих органів черевної порожнини – у 4 (3%), інші – 21 (15,6%).

Результати та їх обговорення

Характер ексудату у хворих досліджуваних групах був таким: серозний – 8, серозно-фібринозний – 66, гнійно-фібринозний – 35, геморагічний – 7, жовчевий – 4, каловий – 12, гнійний – 3.

Серед хворих чоловіків було 72, жінок – 63, вік пацієнтів коливався від 18 до 90 років.

При аналізі супутньої патології на першому місці за частотою є захворювання серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця – 51 (37,8%), гіпертонічна хвороба – 37 (27,4%), порушення серцевого ритму – 14 (10,4%), варикозне розширення вен н/кінцівок – 70 (51,8%)), ендокринної системи (ожиріння – 18 (13,3%), цукровий діабет – 5 (3,7%)), злукова хвороба очере-
вини – 29 (21,5%).

Перед проведенням оперативного втручання хворим проводили передопераційну підготовку: інфузійну терапію з метою зменшення інтоксикації, корекцію водно-електролітного балансу, усунення гіповолемії. Для зменшення інтоксикації та декомпресії ШКТ вводили назогастральний зонд, проводили промивання шлунка, очисні та сифонні клізми.

Всі операції виконували під ендотрахеальним комбінованим наркозом. В післяопераційному періоді спостерігали парез кишечника у всіх хворих. Тривалість парезу залежала від об'єму оперативного втручання.

Діагностика післяопераційного періоду базувалась на скаргах хворого, об'єктивних та інструментальних методах обстеження. Клінічна картина характеризу-
валася в здуттям живота, посиленням болю в ділянці

ротомних ехінококкостомій середня тривалість перебування в стаціонарі склала $12,3 \pm 4,2$ ліжко-дня. З 94 хворих, які були проліковані з використанням пункційного методу, хороші результати отримані у 67 (71,3%). Всі пацієнти спостерігалися впродовж від 4 місяців до 6 років після операції. Рецидив ехінококозу діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного - після лапароскопічної ехінококкостомії (1,9%), 4 (5,7%) - після лапаротомної і 9 хворих (9,6%) - після пункційного лікування.

Summary

VEXED QUESTIONS OF CHOOSING PROPER THERAPEUTIC MANAGEMENT FOR LIVER ECHINOCOCCOSIS

Chetverikov S.G., Zakaria Mohammad Ahmad

Keywords: liver echinococcosis, operative access, video-endoscopic surgery.

The results of the study were based on the analysis of exam findings and treatment outcomes of 217 patients with liver echinococcosis. 53 patients (24.4%) underwent laparoscopic echinococcectomy, 94 (43.3%) were subjected to US-guided puncture treatment of parasitic cysts and 70 (32.3%) experienced conventional laparotomic echinococcectomy. Laparoscopic removal of hydrated cysts of the liver was performed on all 53 patients. Mean operative time made up $41,1 \pm 7,4$ min. (this time ranged from 25 – 120 min.), duration of hospital stay lasted $3,5 \pm 1,2$ days (from 2 to 9 days). There were no lethal outcomes. The term of average hospital staying after laparotomic echinococcectomy was $12,3 \pm 4,2$ days. Among 94 patients who were treated with the puncture, 67 (71.3%) persons showed positive results. All patients were followed up for 4 months to 6 years after surgery. The recurrence of echinococcosis was diagnosed in 14 patients (6.5%): one case occurred after laparoscopic echinococcectomy (1.9%), 4 (5.7%) cases developed after laparotomic surgery and 9 (9.6%) cases were reported after the puncture.

УДК 616.084+616-089+616.34-007.272

Чурпій І.К., Пиптюк О.В., Чурпій К.Л., Чурпій В.К.

ЛІКУВАННЯ ПАРЕЗУ КИШЕЧНИКА В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Івано-Франківський національний медичний університет м. Івано-Франківськ

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

В роботі висвітлені питання парезу кишечника - ранньої стимуляції, що є ефективним методом відновлення його роботи та зниження інтоксикації. Для стимуляції кишечника був використаний препарат "Бішофіт Полтавський", в поєднанні з електрофорезом як методу доставки останнього. Методика проведення електро-стимуляції кишечника препаратом "Бішофіт Полтавський" в поєднанні з електрофорезом є ефективним методом відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника та зниження ендогенної інтоксикації.

Ключові слова: перитоніт, парез кишечника, "Бішофіт Полтавський", лікування.

Вступ

Провідними ознаками перитоніту є синдром ендогенної інтоксикації, що приводить до пригнічення рухової функції кишки [1]. Одним із ведучих компонентів порушення мікроекології шлунково-кишкового тракту є стійкий і довготривалий парез кишечника, при якому виникають наступні зміни в біоценозі кишки: розмноження умовно патогенної флори [2], активізація гнильних і бродильних процесів, посилення парезу та гіпоксії кишки та порушення моторно-евакуаторної функції. Перераховані вище процеси призводять до надлишкового утворення високотоксичних речовин [3], аутоінтоксикації та поліорганної недостатності [4].

Мета дослідження

Покращити методи лікування парезу кишечника в післяопераційному періоді у хворих з перитонітом.

Матеріали та методи

Під спостереженням знаходилось 135 хворих які були прооперовані з перитоніту різної етіології. Причиною виникнення перитоніту у 49 (36,3%) хворих був гострий деструктивний апендицит, у 16 (11,8%) – перфорація виразки шлунку та 12-палої кишки, у 16 – (11,8%) деструктивний холецистит, у 7 (5,2%) – гостра кишкова непрохідність, защемлена грижа у 8 (5,9%) пацієнтів, рак товстого кишечника склав - 14 (10,4%). Відкриті та закриті травми порожнистих органів черевної порожнини – у 4 (3%), інші – 21 (15,6%).

Результати та їх обговорення

Характер ексудату у хворих досліджуваних групах був таким: серозний – 8, серозно-фібринозний – 66, гнійно-фібринозний – 35, геморагічний – 7, жовчавий – 4, каловий – 12, гнійний – 3.

Серед хворих чоловіків було 72, жінок – 63, вік пацієнтів коливався від 18 до 90 років.

При аналізі супутньої патології на першому місці за частотою є захворювання серцево-судинної системи (ішемічна хвороба серця – 51 (37,8%), гіпертонічна хвороба – 37 (27,4%), порушення серцевого ритму – 14 (10,4%), варикозне розширення вен н/кінцівок – 70 (51,8%)), ендокринної системи (ожиріння – 18 (13,3%), цукровий діабет – 5 (3,7%)), злукова хвороба очередини – 29 (21,5%).

Перед проведенням оперативного втручання хворим проводили передопераційну підготовку: інфузійну терапію з метою зменшення інтоксикації, корекцію водно-електролітного балансу, усунення гіповолемії. Для зменшення інтоксикації та декомпресії ШКТ вводили назогастральний зонд, проводили промивання шлунка, очисні та сифонні клізми.

Всі операції виконували під ендотрахеальним комбінованим наркозом. В післяопераційному періоді спостерігали парез кишечника у всіх хворих. Тривалість парезу залежала від об'єму оперативного втручання.

Діагностика післяопераційного періоду базувалась на скаргах хворого, об'єктивних та інструментальних методах обстеження. Клінічна картина характеризувався в здуттям живота, посиленням болю в ділянці

післяопераційні рани, не відходженням газів, затримкою сечопуску, відсутністю апетиту.

Всім хворим профілактику парезу кишечника розпочинали до операції та з подальшим лікуванням на всіх етапах.

Хворі були поділені на дві групи. В контрольній групі стимуляція проводилась по загальноприйнятій методиці з використанням медикаментозної та інструментальної стимуляції. Традиційним методом стимуляції кишечника є використання імпульсної електротерапії за допомогою апарату «Поток-1». Для кращої провідності електричного струму прокладки між електродами та шкірою пацієнта змочують 0,9% розчином натрію хлориду або розчином хлориду калію, який впливає на роботу кишечника [5].

В основній групі електрофорез проводився з препаратом «Бішофіт Полтавський» [6], який за допомогою електричного струму сприяє кращому проникненню в організм, що стимулює роботу кишечника (патент на корисну модель № 68654, Бюл.№7 від 10.04.2012).

Препарат «Бішофіт Полтавський» – це поліелектролітний водний розчин природного хлоридно-магнієвого, йодо-бромного мінералу з вмістом значної кількості мікроелементів. Загальна мінералізація становить 340 - 400 г/л.

«Бішофіт Полтавський» містить багато компонентів, тому біологічні властивості визначаються наявністю іонів: магнію (до 95 г/л), калію (до 5 г/л), броду (до 3500 мг/л), йоду (до 50 мг/л), мікро- та ультрамікроелементів, які самі по собі, та через вплив на метаболізм приймають участь в нервово-м'язовій провідності.

Методика проводиться в лежачому положенні хворого. Струм при гальванізації підводиться до тіла за допомогою струмонесучих електродів та гідрофільних прокладок (площа 200 – 300 см²), які кладуть на бокові поверхні живота паралельно післяопераційній рані з таким розрахунком щоб силові лінії електричного поля пронизували черевну порожнину в фронтальній площині, сила струму 0,2 – 0,3 мА, тривалість 15 хвилин, один раз на добу.

Створений спосіб стимуляції перистальтики кишечника не дає ускладнень за виключенням індивідуальної непереносимості до препарату.

Відмічено, що в порівнянні з основною з контрольною групою хворих, які в комплексному післяопераційному періоді отримували стимуляцію перистальтики кишечника з використанням препарату «Бішофіт Полтавський», у хворих відмічено скорішу нормалізацію загального стану, поява апетиту, відновлення пе-

ристальтики, яке підтверджено аускультативно, крім цього спостерігалось більш активне відходження газів і калу. Зменшувалось здуття живота, що сприяло меншому больовому симптому та інтоксикації. Дані явища були відмічені на 2 – 3 добу після проведення процедур. Це дозволило попередити виникнення післяопераційних ускладнень, скоротити ранній післяопераційний період і термін перебування хворих у стаціонарі на 2 – 3 дні.

Висновки

1. Створений спосіб лікування хворих на перитоніт дає можливість без додаткового медикаментозного навантаження посилити ефективність загальноприйнятої терапії. Провідним діючим чинником препарату «Бішофіт Полтавський» є підвищення функціональної активності нервово-м'язового апарату, стимуляція крово- та лімфообігу, що призводить до скорішого одужання хворих на перитоніт.

2. Методика проведення електростимуляції кишечника препаратом «Бішофіт Полтавський» в поєднанні з електрофорезом проста, не вимагає складних пристосувань чи обладнання, спеціальної підготовки персоналу, невеликий діапазон протипоказів (індивідуальна непереносимість) є ефективним методом відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника, що сприяє зниженню ендогенної інтоксикації.

Перспективи подальшого розвитку

Викладений метод стимуляції парезу кишечника не є абсолютними і досконалими, тому постійно проводимо пошук нових методів та удосконалення уже існуючих.

Література

1. Глумчер Ф.С. Септический шок: новые концепции патогенеза и лечения / Ф.С. Глумчер // Мистецтво лікування. – 2004. – № 8. – С. 4-8.
2. Алиева Э.А. Новый метод санации и дренирования брюшной полости при экспериментальном разлитом гнойном перитоните / Э.А. Алиева // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2005. – № 1. – С. 20-22.
3. Никитенко В.И. Роль транслокации бактерий в патогенезе хирургической инфекции / В.И.Никитенко, В.В.Захаров, А.В.Бородин [и др.] // Хирургия. – 2001. – №2. – С.63-65.
4. Дзюбановський І.Я. Динаміка активності антиоксидантної системи у хворих на гострий гострий поширений перитоніт / І.Я.Дзюбановський, Б.О.Мігенько // Клінічна та експериментальна патологія. – 2007. – Т. VI, №3. – С.38-40.
5. Алексеев А.В. Внутритканевый электрофорез / Алексеев А.В. – Черновцы, 1991. – С. 52-66.
6. Оржешковский В.В. Бишофитотерапия / В.В.Оржешковский, В.В. Оржешковский // Вестник физиотерапии и курортологии. – 2005. – №3. – С.62-71.

Реферат

ЛЕЧЕНИЕ ПАРЕЗА КИШЕЧНИКА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ПЕРИТОНИТЕ

Чурпий І.К., Пиптюк А.В., Чурпий К.Л., Чурпий В.К.

Ключевые слова: перитонит, парез кишечника, «Бишофит Полтавский», лечение.

В работе освещены вопросы пареза кишечника - ранней стимуляции, является эффективным методом восстановления его работы и снижения интоксикации. Для стимуляции кишечника был использован препарат "Бишофит Полтавский" в сочетании с электрофорезом как метода доставки последнего. Методика проведения электростимуляции кишечника препаратом "Бишофит Полтавский" в сочетании с электрофорезом является эффективным методом восстановления моторно-эвакуаторной функции кишечника и снижения эндогенной интоксикации.

Summary

TREATMENT OF ENTEROPARESIS IN POSTOPERATIVE PERITONITIS PERIOD

Churpiy I.K., Pyptuk O.V., Churpiy K.L., Churpiy V.K.

Key words: peritonitis, enteroparesis, "Bishofit Poltava", treatment.

This paper highlights the issues about enteroparesis and its early stimulation, which is an effective method enabled to restore normal bowel movement and to reduce toxicity. To stimulate bowel movement we used "Dishofite Poltava" preparation in conjunction with electrophoresis as a method of drug delivery. The methods of bowel electrostimulation with «Bishofite Poltava» in conjunction with electrophoresis have been proven to be an effective method for restoring motor bowel function and for the decrease of endogenous intoxication.

УДК: 616-001.37-089.844

Шапринський Є. В.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТЕНОЗУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Стаття присвячена лікуванню стенозуючих захворювань стравоходу. Проведено ретроспективний аналіз лікування 443 хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу за період з 2003 по 2012 роки. Встановлено покази до проведення езофагопластики. Запропонована інфузійна терапія з метою профілактики ішемічних розладів у товстокишковому трансплантаті. Найкращі результати отримано при проведенні ізоперистальтичної ретростернальної езофагопластики сегментом товстої кишки.

Ключові слова: стенозуючі захворювання стравоходу, езофагопластика, товста кишка.

Вступ

Лікування хворих на стенозуючі захворювання стравоходу є складною і невирішеною на сьогоднішній день проблемою. До таких захворювань прийнято відносити: післяопікові рубцеві стриктури, післяопераційні рубцеві стриктури, стриктури після рефлюкс-езофагіта, ахалазію кардії, доброякісні і злоякісні пухлини стравоходу, дивертикули стравоходу у їх кінцевій стадії, стриктури після променевої терапії, склерозування варикозно розширених вен стравоходу, після мікозів, перенесених інфекційних хвороб тощо [2, 3, 5, 6, 7].

На даний час у вітчизняній і закордонній літературі немає єдиної думки щодо методів консервативного та оперативного лікування даної групи захворювань. Крім того, залишається відкритим питання щодо вибору трансплантату для пластики стравоходу, профілактики та лікування неспроможності швів стравохідно-органних анастомозів, які виникають в 7 – 30 % випадків; інфекційних ускладнень, медіастеніту, перитоніту та післяопераційних рубцевих стриктур. Післяопераційна летальність залишається високою і складає 3,5 – 30 % [1, 4, 8, 9, 10].

Дана проблема тісно пов'язана з науково-дослідною роботою кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Розробка нових і удосконалення відомих методів діагностики та лікування хірургічних захворювань і пошкоджень органів черевної і грудної порожнини», № державної реєстрації 0109V003771 по спеціальності 14.01.03 – хірургія.

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих на стенозуючі захворювання стравоходу шляхом аналізу та удосконалення методів консервативної терапії та диференційованого підходу до того чи іншого методу оперативного лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 443 хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу, що знаходились на лікуванні у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 2003 по 2012 роки. Вік хворих становив від 36 до 72 років. Післяопікові рубцеві стриктури стравоходу спостерігались у 170 хворих, післяопераційні рубцеві стриктури – у 54, стриктури після рефлюкс-езофагіта – у 12, ахалазія кардії – у 148, рак стравоходу – у 33, лейоміома стравоходу – у 1, стороннє тіло стравоходу – у 21, дивертикул стравоходу – у 2, кардіоспазм – у 3, посттравматичний езофагіт – у 1 хворого.

Всім хворим проводили комплексне клініко-

лабораторне та інструментальне обстеження. Лікування розпочинали з бужування, яке було виконане у 120 пацієнтів. Бужування в більшості випадків проводили антеградним шляхом по провіднику, а у 4-х випадках, коли була наявна гастростома, проводили ретроградно.

Пацієнтам, які підлягали езофагопластиці, з метою профілактики ішемічних розладів у трансплантаті, а також для покращення живлення обраного трансплантату та попередження розвитку післяопераційних ускладнень проводили запропоновану нами інфузійну терапію (деклараційний патент України на корисну модель) за 1 добу до операції, інтраопераційно та в післяопераційному періоді, яка включала внутрішньовенне введення 4 мл 5 % розчину мексідолу на 200 мл фізіологічного розчину 2 рази на добу, 100 мл тівортину 1 раз на добу, 1 мл 1 % розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно 2 рази на добу. Дані препарати мають антигіпоксичну, антиоксидантну, детоксикаційну дію, покращують мікроциркуляцію. В післяопераційному періоді курс даної інфузійної терапії становив до 7 днів.

У пацієнтів з критичними порушеннями метаболізму і кахексією в першу чергу формували гастростому, що було виконане у 17 хворих за Вітцелем та у 1 за Кадером. Крім того, при ахалазії кардії на I і II стадіях виконувалась кардіодилатація апаратом Штарка у 71 хворого.

Результати досліджень та їх обговорення

Форсоване бужування у більшості випадків мало позитивний клінічний ефект, що дозволяло досягнути достатнього для харчування діаметра стенозованих ділянок стравоходу.

У 87 хворих були виконані наступні оперативні втручання, перелік яких представлений у таблиці №1. У групі хворих, яким була виконана езофагопластика (14), стеноз верхньої третини стравоходу був у 4, середньої – у 5, нижньої – у 5 хворих. Показами до тотальної езофагопластики були: повна непрохідність стравоходу, протяжність стриктури більше 3,5 см, наявність декількох звужень, неможливість проведення бужування, швидке виникнення рецидиву стриктури, перфорація стінки стравоходу під час бужування, як ускладнення, за даними анамнезу, наявність стравохідної нориці. Пластику стравоходу виконано у 14 пацієнтів: 10 чоловіків і 4 жінок. З приводу післяопікових рубцевих стриктур була виконана пластика сегментом товстої кишки у 5 хворих, з приводу раку стравоходу – товстокишкова пластика у 3 хворих та пластика шлунком за Черноусовим у 5, з приводу лейоміоми стравоходу – пластика шлунком у 1 хворого. Переважна кількість хворих, які підлягали езофагопластиці, були з рубцевими післяопіковими стриктурами.

УДК: 616-001.37-089.844

Шапринський Є. В.

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СТЕНОЗУЮЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ СТРАВОХОДУ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Стаття присвячена лікуванню стенозуючих захворювань стравоходу. Проведено ретроспективний аналіз лікування 443 хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу за період з 2003 по 2012 роки. Встановлено покази до проведення езофагопластики. Запропонована інфузійна терапія з метою профілактики ішемічних розладів у товстокишковому трансплантаті. Найкращі результати отримано при проведенні ізоперистальтичної ретростернальної езофагопластики сегментом товстої кишки.

Ключові слова: стенозуючі захворювання стравоходу, езофагопластика, товста кишка.

Вступ

Лікування хворих на стенозуючі захворювання стравоходу є складною і невирішеною на сьогоднішній день проблемою. До таких захворювань прийнято відносити: післяопікові рубцеві стриктури, післяопераційні рубцеві стриктури, стриктури після рефлюкс-езофагіта, ахалазію кардії, доброякісні і злоякісні пухлини стравоходу, дивертикули стравоходу у їх кінцевій стадії, стриктури після променевої терапії, склерозування варикозно розширених вен стравоходу, після мікозів, перенесених інфекційних хвороб тощо [2, 3, 5, 6, 7].

На даний час у вітчизняній і закордонній літературі немає єдиної думки щодо методів консервативного та оперативного лікування даної групи захворювань. Крім того, залишається відкритим питання щодо вибору трансплантату для пластики стравоходу, профілактики та лікування неспроможності швів стравохідно-органних анастомозів, які виникають в 7 – 30 % випадків; інфекційних ускладнень, медіастеніту, перитоніту та післяопераційних рубцевих стриктур. Післяопераційна летальність залишається високою і складає 3,5 – 30 % [1, 4, 8, 9, 10].

Дана проблема тісно пов'язана з науково-дослідною роботою кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова «Розробка нових і удосконалення відомих методів діагностики та лікування хірургічних захворювань і пошкоджень органів черевної і грудної порожнини», № державної реєстрації 0109V003771 по спеціальності 14.01.03 – хірургія.

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих на стенозуючі захворювання стравоходу шляхом аналізу та удосконалення методів консервативної терапії та диференційованого підходу до того чи іншого методу оперативного лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Проведено ретроспективний аналіз 443 хворих зі стенозуючими захворюваннями стравоходу, що знаходились на лікуванні у клініці хірургії № 1 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 2003 по 2012 роки. Вік хворих становив від 36 до 72 років. Післяопікові рубцеві стриктури стравоходу спостерігались у 170 хворих, післяопераційні рубцеві стриктури – у 54, стриктури після рефлюкс-езофагіту – у 12, ахалазія кардії – у 148, рак стравоходу – у 33, лейоміома стравоходу – у 1, стороннє тіло стравоходу – у 21, дивертикул стравоходу – у 2, кардіоспазм – у 3, посттравматичний езофагіт – у 1 хворого.

Всім хворим проводили комплексне клініко-

лабораторне та інструментальне обстеження. Лікування розпочинали з бужування, яке було виконане у 120 пацієнтів. Бужування в більшості випадків проводили антеградним шляхом по провіднику, а у 4-х випадках, коли була наявна гастростома, проводили ретроградно.

Пацієнтам, які підлягали езофагопластиці, з метою профілактики ішемічних розладів у трансплантаті, а також для покращення живлення обраного трансплантату та попередження розвитку післяопераційних ускладнень проводили запропоновану нами інфузійну терапію (деклараційний патент України на корисну модель) за 1 добу до операції, інтраопераційно та в післяопераційному періоді, яка включала внутрішньовенне введення 4 мл 5 % розчину мексідолу на 200 мл фізіологічного розчину 2 рази на добу, 100 мл тівортину 1 раз на добу, 1 мл 1 % розчину нікотинової кислоти внутрішньовенно повільно 2 рази на добу. Дані препарати мають антигіпоксичну, антиоксидантну, детоксикаційну дію, покращують мікроциркуляцію. В післяопераційному періоді курс даної інфузійної терапії становив до 7 днів.

У пацієнтів з критичними порушеннями метаболізму і кахексією в першу чергу формували гастростому, що було виконане у 17 хворих за Вітцелом та у 1 за Кадером. Крім того, при ахалазії кардії на I і II стадіях виконувалась кардіодилатація апаратом Штарка у 71 хворого.

Результати досліджень та їх обговорення

Форсоване бужування у більшості випадків мало позитивний клінічний ефект, що дозволяло досягнути достатнього для харчування діаметра стенозованих ділянок стравоходу.

У 87 хворих були виконані наступні оперативні втручання, перелік яких представлений у таблиці №1. У групі хворих, яким була виконана езофагопластика (14), стеноз верхньої третини стравоходу був у 4, середньої – у 5, нижньої – у 5 хворих. Показами до тотальної езофагопластики були: повна непрохідність стравоходу, протяжність стриктури більше 3,5 см, наявність декількох звужень, неможливість проведення бужування, швидке виникнення рецидиву стриктури, перфорація стінки стравоходу під час бужування, як ускладнення, за даними анамнезу, наявність стравохідної нориці. Пластику стравоходу виконано у 14 пацієнтів: 10 чоловіків і 4 жінок. З приводу післяопікових рубцевих стриктур була виконана пластика сегментом товстої кишки у 5 хворих, з приводу раку стравоходу – товстокишкова пластика у 3 хворих та пластика шлунком за Черноусовим у 5, з приводу лейоміоми стравоходу – пластика шлунком у 1 хворого. Переважна кількість хворих, які підлягали езофагопластиці, були з рубцевими післяопіковими стриктурами.

Таблиця 1

Перелік нозологій і виконаних оперативних втручань та маніпуляцій у хворих на стенозуючі захворювання стравоходу

Патологія, кількість хворих	Оперативні втручання та маніпуляції	Кількість операцій
Післяоперативні рубцеві стриктури, 170	Форсоване бужування стравоходу	84
	Гастростома за Вітцелем	12
	Товстокишкова пластика	5
	Передній гастроентероанастомоз	4
	Задній гастроентероанастомоз	2
	Позаочеревинне закриття гастростоми	3
	Езофагостомія	1
	Операція Готштейна	1
Післяопераційні рубцеві стриктури, 4	Форсоване бужування стравоходу	31
	Кардіодилатація апаратом Штарка	2
	Гастростома за Вітцелем	1
	Реконструкція езофагошлункового анастомозу	1
	Кардіоміопластика по Дору	2
	Медіастиноскопія, ушивання перфорації стравоходу	1
Стриктури після рефлюкс-езофагіта, 12	Форсоване бужування	4
	Езофагофундоплатика	1
	Резекція с/3 і н/3 стравоходу, езофагогастроанастомоз	1
Ахалазія кардії, 148	Кардіодилатація апаратом Штарка	70
	Форсоване бужування стравоходу	28
	Пластика за Гелером-Дором	18
	Пластика за Гелером-Петровським	4
	Пластика за Беслі	1
	Фундоплекція за Нісеном	2
Рак стравоходу, 33	Товстокишкова пластика	3
	Пластика шлунком	2
	Трансхіатальна екстирпація стравоходу з пластикою шлунком за Черноусовим	3
	Екстирпація стравоходу з формуванням гостро- і езофагостоми	
	Гастростома за Вітцелем	2
	Гастростома за Кадером	4
	Торакоскопія	1
	Кардіодилатація апаратом Штарка	1
	Торакотомія, біопсія	1
	Єюностомія за Майдлем	1
		1
Лейоміома стравоходу, 1	Резекція н/3 стравоходу і кардії з пластикою	1
Дивертикули стравоходу, 2	Торакотомія, видалення дивертикула	2
Спонтанний розрив н/3 стравоходу, 1	Закрита торакотомія справа	1
Стороннє тіло стравоходу, 21	Дренування середостіння і подвійна гастростома	1
	Шийна медіастинотомія	1
	Ендоскопічне видалення	15
	Езофаготомія	1
Кардіоспазм, 3	Цервікотомія, езофаготомія	1
Посттравматичний езофагіт, 1	Бужування стравоходу	1

У клініці надається перевага товстокишковій пластичності стравоходу.

Товстокишкова пластика була виконана у 8 хворих. Ми надаємо перевагу ізоперистальтичній ретро-стернальній пластичності стравоходу сегментом ободової кишки зі збереженням кровопостачання за рахунок лівої ободової артерії. Під час оперативного втручання виділяємо трансплантат, що складається з частково висхідної, поперековоободової і частини нисхідної ободової кишки зі збереженням кровопостачання за рахунок лівої ободової артерії. Довжина трансплантату в середньому складає $40 \pm 4,5$ см. У малому чепці робимо отвір і через нього позаду шлунку проводимо мобілізовану кишку таким чином, щоб не було перекруту судинної ніжки. Формуємо анастомоз між нижнім кінцем трансплантату з передньою стінкою шлунку в антральному відділі. При наявності гастростоми останню зберігали для харчування в післяоперацій-

ному періоді. Відновлюємо безперервність товстої кишки, формуючи анастомоз між висхідною і нисхідною (сигмовидною) кишкою «кінець в кінець». Трансплантат через ретростернальний тунель проводимо на шию та формуємо езофагоколоанастомоз. Саме при формуванні даного анастомозу виникає велика частота неспроможності швів. Для попередження неспроможності швів даного анастомозу нами, крім застосування запропонованої інфузійної терапії, в більшості випадків формувалася езофагоколоанастомоз по типу інвагінаційного «кінець в кінець». У деяких випадках при ширшій товстій кишці формували езофагоколоанастомоз «кінець в бік» з адекватним дренуванням ділянки анастомозу.

В післяопераційному періоді проводили ентеральне харчування сумішами підвищеної калорійності через назогастральний зонд або через гастростому та продовжували проводити запропоновану інфузійну, а

також антибактеріальну, протизапальну терапію. На 8-10 добу виконували рентгенологічне дослідження водорозчинним контрастом, таким чином, перевіряючи спроможність езофагоколоанастомозу. Після цього дозволяли спочатку пити, а потім приймати їжу.

Найчастіше в ранньому післяопераційному періоді виникали наступні ускладнення: часткова неспроможність езофагоколоанастомозу (2) та езофагогастроанастомозу (2), неспроможність швів на стравоході після дивертикулектомії з розвитком медіастиніту; в пізньому післяопераційному періоді – виникнення стриктур. Лікування часткових неспроможностей вдалося провести консервативним шляхом. Стриктури стравоходу у відділеному післяопераційному періоді лікували консервативно шляхом бужування. В одному випадку у пізньому післяопераційному періоді виник сліпий мішок стравоходу, що залишився. Дане ускладнення ліквідовано оперативним шляхом.

Післяопераційна летальність при стенозуючих захворюваннях стравоходу склала 6,9 %. Померло 6 хворих, серед яких двоє, яким була виконана гастростома за Вітцелем з приводу рубцевих стриктур, 1 помер з приводу спонтанного розриву стравоходу, 1 хвора після дивертикулектомії та двоє неоперованих з ахалазією кардії. Причиною смерті у 1 була ендогенна інтоксикація на ґрунті гнійного медіастиніту після неспроможності швів після дивертикулектомії, у 4 була серцево-судинна недостатність на фоні виснаження і кахексії, у 1 – поліорганна недостатність на фоні сепсису.

Висновки

Бужування залишається одним з основних методів лікування стенозуючих захворювань стравоходу та повинно використовуватися в якості передопераційної підготовки хворих.

При лікуванні важкохворих і декомпенсованих хворих з критичними порушеннями метаболізму показане етапне оперативне лікування з проведенням мінімального за об'ємом лікування на першому етапі у вигляді гастростоми та реконструктивно-відновної пластики – на другому етапі.

Застосування запропонованої інфузійної терапії з метою профілактики ішемічних розладів у трансплантаті при проведенні езофагопластики дозволяє знизити або уникнути гнійно-септичних ускладнень,

пов'язаних з розвитком неспроможності стравохідно-органичних анастомозів.

На нашу думку, кращим способом пластики стравоходу є пластика шлунком за Черноусовим з формуванням езофагогастроанастомозу поза плевральною порожниною, у випадку неможливості використання шлунку – ізоперистальтична ретростернальна товстокишкова пластика зі збереженням кровопостачання за рахунок лівої ободової артерії.

Перспективи подальших досліджень

На нашу думку, в подальшому є доцільним вивчення інших способів пластики стравоходу та використання інших відділів шлунково-кишкового тракту в якості трансплантату під час її проведення.

Література

1. Аллахвердян А. С. Лечение сочетанных рубцовых стриктур грудного отдела пищевода и желудка / А. С. Аллахвердян, В. С. Мазурин, В. А. Исаков // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. – 2003. – № 3. – С. 61-67.
2. Багиров М. М. Применение тотальной и субтотальной эзофагопластики в лечении рубцового стеноза пищевода / М. М. Багиров, Р. И. Верещако // Клиническая хирургия. – 2008. – № 8. – С. 11-15.
3. Бакиров А. А. Тотальная пластика пищевода при его стриктурах / А. А. Бакиров // Вестник хирургии. – 2001. – № 1. – С. 53-57.
4. Ксенофонтов С. С. Вдосконалення товстокишкової езофагопластики при високих опікових та протяжних доброякісних рубцевих стриктурах стравоходу і глотково-стравохідного переходу: автореф. дис...д-ра мед наук: спец. 14.01.03 «Хірургія» / С. С. Ксенофонтов. – К., 2007. – 40 с.
5. Черноусов А. Ф. Пластика пищевода толстой кишкой у больных с ожоговыми стриктурами пищевода / А. Ф. Черноусов, В. А. Андрианов, А. И. Чернооков [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 7. – С. 50-54.
6. Саенко В. Ф. Восстановленные операции по поводу рубцовой послеожоговой стриктуры пищевода / В. Ф. Саенко, С. А. Андреев, П. Н. Кондратенко, С. Д. Мясоедов // Клиническая хирургия. – 2002. – № 5-6. – С. 4.
7. Бойко В.В. Хирургическое лечение рубцовых послеожоговых стриктур пищевода и выходного отдела желудка / В.В. Бойко, С.А. Криворучко, С.А. Савви [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. – № 2. – С. 187-189.
8. Рахметов Н. Р. Хирургическое лечение сочетанных стриктур пищевода и желудка / Н. Р. Рахметов, Д. С. Жетимкаринов, В. А. Хребтов [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 11. – С. 17-19.
9. Dantas R.O. Motility of the transverse colon used for esophageal replacement / R.O. Dantas, R.C. Matede // J.Clin Gastroenterol. – 2002. – V.34, № 3. – P.225-228.
10. Maish M.S. Indications and technique of colon and jejunal interposition for esophageal disease / M.S. Maish, C. Denschamps // Surg. Clin. North. Am. – 2005. – V.85, № 3. – P. 505-514.

Реферат

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПИЩЕВОДА

Шапринский Е.В.

Ключевые слова: стенозирующие заболевания пищевода, эзофагопластика, толстая кишка.

Статья посвящена лечению стенозирующих заболеваний пищевода. Проведен ретроспективный анализ лечения 443 больных со стенозирующими заболеваниями пищевода за период с 2003 по 2012 года. Установлены показания к проведению эзофагопластики. Предложена инфузионная терапия с целью профилактики ишемических расстройств в толстокишечном трансплантате. Наилучшие результаты получены при проведении изоперистальтической ретростернальной эзофагопластики сегментом толстой кишки.

Summary

TREATMENT OF PATIENTS WITH ESOPHAGEAL STENOSIS

Shaprynsky Y.V.

Keywords: esophageal stenosis, esophagoplasty, colon.

The article is devoted to treatment of esophageal stenosis. Retrospective analysis of treatment of 443 patients with this pathology for the period from 2003 to 2012 was carried out. We substantiated the indications for esophagoplasty as well as offered the infusion therapy to prevent ischemic disorders of colonic transplant. The most promising results were obtained by the isoperistaltic retrosternal replacement of esophagus with colonic segment.

УДК 616.334-005.1:615.276

Шапринський В.О., Романчук В.Д.

ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, УСКЛАДНЕНИХ ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

У роботі наведено результати лікування 185 хворих, у яких виникла шлунково-кишкова кровотеча на фоні прийому медикаментозних препаратів. Проаналізовано частоту розвитку гострих медикаментозних виразок верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і можливості їх лікування.

Ключові слова: гострі медикаментозні виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, кровотеча.

Вступ

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) складають більше 80% всіх шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Такі кровотечі потенційно летальні, оскільки розвиваються при пошкодженні високо васкуляризованих відділів слизової оболонки від стравоходу до зв'язки Трейца і, внаслідок цього, пов'язані зі значною крововтратою і ризиком гіповолемічного шоку та загрозливих життю ішемічних уражень внутрішніх органів та головного мозку.[4,8] Гастроудоденальні виразки є найбільш поширеним джерелом кровотеч верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і займають більш ніж 50 % із їх числа. Незважаючи на зменшення захворюваності неускладненої виразкової хвороби, що пов'язано з відкриттям патогенетичної ролі Н. pylori і досягненнями консервативної терапії [4], число госпіталізацій із приводу гастроудоденальних кровотеч суттєво не змінилось і навіть збільшилось [4]. За останнє десятиріччя змінилась епідеміологія і структура шлунково-кишкових кровотеч на фоні демографічної ситуації (старіння населення), появі нових лікарських препаратів та безконтрольне їхнє вживання. Велика питома вага гострих кровоточивих виразок обумовлена прийомом цілого ряду фармакологічних препаратів, які спричиняють загострення хронічного процесу або утворення гострих виразок.[1,2,5] Серед факторів, що впливають на розвиток запальних та деструктивних уражень слизової оболонки гастроудоденальної зони, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) посідають друге місце після *Helicobacter pylori*. Слід визнати, що відкриття і синтез нестероїдних протизапальних препаратів відносяться до видатних досягнень медичної науки, адже нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є однією з найпоширеніших груп лікарських засобів у світі, що зумовлено унікальним поєднанням анагетичної, протизапальної, дезагрегатної та антипіретичної властивостей. За масштабами і частотою застосування НПЗП займають 1-е місце в світі. Понад 30 млн людей у світі застосовують НПЗП, причому у віці після 60 років - більше 40%. В умовах стаціонару отримують НПЗП більше 20% хворих.[1,2,10] Терапія НПЗП може призвести до порушень в різних відділах ШКТ. Однак ураження слизової гастроудоденальної зони розвивається найбільш часто і пов'язане з найбільш високим ризиком летального результату, асоційованим з шлунково-кишковою кровотечею. Вперше Rots S.H. і співавт. (1986) встановили, що 68% хворих, що систематично приймають НПЗП більше 6 тижнів, мають геморагії та ерозії, а 15% - виразки слизової оболонки шлунка і ДПК, і запропонували клінічний термін «НПЗП-гастропатія». У подальших дослідженнях частота НПЗП-гастропатії варіювала від 40 [6,7,9] до 81% [10]. У 20-25% хворих з НПЗП-гастропатією розвиваються гострі виразки, а більш ніж у 50% - ерозивне ураження слизової гастроудоденальної зони [8]. На початок XXI ст. було встановлено, що НПЗП регуляр-

но приймали більше 50% всіх пацієнтів, що перенесли шлунково-кишкову кровотечу [9], і що при НПЗП-гастропатії шлунково-кишкова кровотеча розвивається в 5 разів частіше, ніж у хворих, які не вживали НПЗП [2]. Частота ШКК при НПЗП-гастропатії сьогодні оцінюється в 10-15% від усіх зареєстрованих випадків, а частота летальних ШКК - в 15,5 випадків на 100 тис. населення [1,3]. Загальна смертність від асоційованих з НПЗП уражень становить 5,62% (95% CI: 4,8-6,8)

Механізми ураження слизової оболонки гастроудоденальної зони на тлі прийому НПЗП остаточно не вивчені, однак, на думку більшості науковців, провідну роль у патологічному процесі відіграє фермент циклооксигеназа (ЦОГ). Взаємодіючи практично з усіма мітохондріальними ферментами, НПЗП найбільш впливають на ЦОГ, різко пригнічуючи її активність. [2,8,10].

Мета роботи

Провести аналіз результатів лікування хворих з кровотечами з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, що спричинені медикаментозними виразками.

Матеріали та методи

Ми проаналізували дані Центру шлунково-кишкових кровотеч, який знаходиться на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, за період з 2008 по 2012 рік. Проліковано 185 пацієнтів віком від 27 до 84 років. Чоловіків було 102 (55,1%) та 83 (44,9%) жінок, у яких діагностовано гостру або хронічну виразку, ускладнену профузною кровотечею. Кількість хворих у хронологічному порядку: 2008рік – 28 хворих, 2009рік – 32 хворих, 2010рік – 35 хворих, 2011рік – 41 хворий, 2012 рік – 49 хворих. Аналізуючи дані, видно, що кількість хворих з кожним роком збільшується. В структурі захворювань з приводу яких приймали медикаментозні препарати виявлено, що ішемічна хвороба серця була у 85 хворих (45,94%), больовий синдром у 52(28,13%), захворювання хребта та суглобів у 28(15,13%), порушення мозкового кровообігу у 12(6,48%), захворювання вен нижніх кінцівок у 8(4,32%). Тривалість прийому препаратів становила від 2 – 3 діб до 6 років. Виразковий анамнез був встановлений у 75 пацієнтів (40,54 %). Препарати, що приймали хворі: Аспекард 0,1 по 1 таб. 2 рази на добу per os; Аспетер 0,325 по 2 таб. 2 рази на добу per os; Аспірин-кардіо 0,3 по 1 таб 1 раз на добу per os; Вольтарен 75 мг 2 рази на добу в/м; Варфарін 2,5 мг по 1таб. 2рази на добу; Диклофенак 50 мг 2 рази на добу в/м; Діклоберл 75 мг 2рази на добу в/м; Доларен 0,55 по 2 таб. 3рази на добу; Кардіомагніл 75мг по 1 таб. 1 раз на добу; Наклофен 75мг по 1 таб. 2рази на добу; Наклофен ретард 100 мг. по 1 таб. 2 рази на добу; Преднізолон 30 мг по 1 таб. 1 раз добу; Синкумар 0,002 1раз на добу; Цитрамон по 1таб. 2-3 рази на добу.

За даними ЕФГДС було встановлено джерело

УДК 616.334-005.1:615.276

Шапринський В.О., Романчук В.Д.

ПІДХОДИ ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ МЕДИКАМЕНТОЗНИХ УРАЖЕНЬ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, УСКЛАДНЕНИХ ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

У роботі наведено результати лікування 185 хворих, у яких виникла шлунково-кишкова кровотеча на фоні прийому медикаментозних препаратів. Проаналізовано частоту розвитку гострих медикаментозних виразок верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і можливості їх лікування.

Ключові слова: гострі медикаментозні виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, кровотеча.

Вступ

Кровотечі з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ) складають більше 80% всіх шлунково-кишкових кровотеч (ШКК). Такі кровотечі потенційно летальні, оскільки розвиваються при пошкодженні високо васкуляризованих відділів слизової оболонки від стравоходу до зв'язки Трейца і, внаслідок цього, пов'язані зі значною крововтратою і ризиком гіповолемічного шоку та загрозливих життю ішемічних уражень внутрішніх органів та головного мозку.[4,8] Гастроудоденальні виразки є найбільш поширеним джерелом кровотеч верхнього відділу шлунково-кишкового тракту і займають більш ніж 50 % із їх числа. Незважаючи на зменшення захворюваності неускладненої виразкової хвороби, що пов'язано з відкриттям патогенетичної ролі Н. pylori і досягненнями консервативної терапії [4], число госпіталізацій із приводу гастроудоденальних кровотеч суттєво не змінилось і навіть збільшилось [4]. За останнє десятиріччя змінилась епідеміологія і структура шлунково-кишкових кровотеч на фоні демографічної ситуації (старіння населення), появі нових лікарських препаратів та безконтрольне їхнє вживання. Велика питома вага гострих кровоточивих виразок обумовлена прийомом цілого ряду фармакологічних препаратів, які спричиняють загострення хронічного процесу або утворення гострих виразок.[1,2,5] Серед факторів, що впливають на розвиток запальних та деструктивних уражень слизової оболонки гастроудоденальної зони, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) посідають друге місце після *Helicobacter pylori*. Слід визнати, що відкриття і синтез нестероїдних протизапальних препаратів відносяться до видатних досягнень медичної науки, адже нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) є однією з найпоширеніших груп лікарських засобів у світі, що зумовлено унікальним поєднанням анагетичної, протизапальної, дезагрегатної та антипіретичної властивостей. За масштабами і частотою застосування НПЗП займають 1-е місце в світі. Понад 30 млн людей у світі застосовують НПЗП, причому у віці після 60 років - більше 40%. В умовах стаціонару отримують НПЗП більше 20% хворих.[1,2,10] Терапія НПЗП може призвести до порушень в різних відділах ШКТ. Однак ураження слизової гастроудоденальної зони розвивається найбільш часто і пов'язане з найбільш високим ризиком летального результату, асоційованим з шлунково-кишковою кровотечею. Вперше Rots S.H. і співавт. (1986) встановили, що 68% хворих, що систематично приймають НПЗП більше 6 тижнів, мають геморагії та ерозії, а 15% - виразки слизової оболонки шлунка і ДПК, і запропонували клінічний термін «НПЗП-гастропатія». У подальших дослідженнях частота НПЗП-гастропатії варіювала від 40 [6,7,9] до 81% [10]. У 20-25% хворих з НПЗП-гастропатією розвиваються гострі виразки, а більш ніж у 50% - ерозивне ураження слизової гастроудоденальної зони [8]. На початок ХХІ ст. було встановлено, що НПЗП регуляр-

но приймали більше 50% всіх пацієнтів, що перенесли шлунково-кишкову кровотечу [9], і що при НПЗП-гастропатії шлунково-кишкова кровотеча розвивається в 5 разів частіше, ніж у хворих, які не вживали НПЗП [2]. Частота ШКК при НПЗП-гастропатії сьогодні оцінюється в 10-15% від усіх зареєстрованих випадків, а частота летальних ШКК - в 15,5 випадків на 100 тис. населення [1,3]. Загальна смертність від асоційованих з НПЗП уражень становить 5,62% (95% CI: 4,8-6,8)

Механізми ураження слизової оболонки гастроудоденальної зони на тлі прийому НПЗП остаточно не вивчені, однак, на думку більшості науковців, провідну роль у патологічному процесі відіграє фермент циклооксигеназа (ЦОГ). Взаємодіючи практично з усіма мітохондріальними ферментами, НПЗП найбільш впливають на ЦОГ, різко пригнічуючи її активність. [2,8,10].

Мета роботи

Провести аналіз результатів лікування хворих з кровотечами з верхнього відділу шлунково-кишкового тракту, що спричинені медикаментозними виразками.

Матеріали та методи

Ми проаналізували дані Центру шлунково-кишкових кровотеч, який знаходиться на базі відділення абдомінальної хірургії Вінницької обласної клінічної лікарні ім. М.І. Пирогова, за період з 2008 по 2012 рік. Проліковано 185 пацієнтів віком від 27 до 84 років. Чоловіків було 102 (55,1%) та 83 (44,9%) жінок, у яких діагностовано гостру або хронічну виразку, ускладнену профузною кровотечею. Кількість хворих у хронологічному порядку: 2008рік – 28 хворих, 2009рік – 32 хворих, 2010рік – 35 хворих, 2011рік – 41 хворий, 2012 рік – 49 хворих. Аналізуючи дані, видно, що кількість хворих з кожним роком збільшується. В структурі захворювань з приводу яких приймали медикаментозні препарати виявлено, що ішемічна хвороба серця була у 85 хворих (45,94%), больовий синдром у 52(28,13%), захворювання хребта та суглобів у 28(15,13%), порушення мозкового кровообігу у 12(6,48%), захворювання вен нижніх кінцівок у 8(4,32%). Тривалість прийому препаратів становила від 2 – 3 діб до 6 років. Виразковий анамнез був встановлений у 75 пацієнтів (40,54 %). Препарати, що приймали хворі: Аспекард 0,1 по 1 таб. 2 рази на добу per os; Аспетер 0,325 по 2 таб. 2 рази на добу per os; Аспірин-кардіо 0,3 по 1 таб 1 раз на добу per os; Вольтарен 75 мг 2 рази на добу в/м; Варфарін 2,5 мг по 1таб. 2рази на добу; Диклофенак 50 мг 2 рази на добу в/м; Діклоберл 75 мг 2рази на добу в/м; Доларен 0,55 по 2 таб. 3рази на добу; Кардіомагніл 75мг по 1 таб. 1 раз на добу; Наклофен 75мг по 1 таб. 2рази на добу; Наклофен ретард 100 мг. по 1 таб. 2 рази на добу; Преднізолон 30 мг по 1 таб. 1 раз добу; Синкумар 0,002 1раз на добу; Цитрамон по 1таб. 2-3 рази на добу.

За даними ЕФГДС було встановлено джерело

кровотечі та ступінь гемостазу відповідно до загальноновизнаної класифікації Forrest. На момент госпіталізації хворих кровотеча за ступенем Forrest Ia мала місце у 8 хворих (4,33%), Forrest Ib у 35 (18,91%), Forrest IIa у 55 (29,73%), Forrest IIb у 43 (23,24%), Forrest IIc у 19 (10,27%), Forrest III у 25 (13,52%). Локалізація виразки: у 96 (51,89%) пацієнтів – дванадцятипала кишка, у 64 (34,60%) – шлунок та у 25 (13,51%) – множинні ураження шлунку та дванадцятипалої кишки. Більшість хворих знаходилися в стадії нестабільного гемостазу.

У хворих з гострими виразками, що ускладнилися шлунково-кишковою кровотечею на фоні прийому медикаментозних препаратів, основним напрямком лікування було призначення гемостатичної та кровозамісної терапії. Консервативно проліковано 157 хворих. Для гемостатичної терапії використовували свіжозаморожену плазму; транексамову кислоту в дозі 15 мг/кг (1 гр. – 4 амп.) в/в крапельно, безпосередньо перед введенням розчинивши препарат у 200 мл фізіологічного розчину, далі 1 амп. 5,0 мл (250 мг) на 200 мл фізіологічного розчину в/в крапельно 2 рази на добу; етамзілат натрію 4,0 в/в 2 рази на добу; вікасол 2,0 в/в 2 рази на добу. Нині необхідність застосування противиразкових препаратів при гострих гастроудоденальних виразкових кровотечах загальноновизнана. Використання інгібіторів протонної помпи є ефективною профілактичною мірою проти шлунково-кишкових кровотеч із верхніх відділів у пацієнтів, що приймають нестероїдні протизапальні препарати та АСК. Доцільність застосування антисекреторних засобів обґрунтовується підвищеною секреторною активністю шлунку і провідною патогенетичною роллю кислотно-пептичного фактора в прогресуванні фібриноідного некрозу з пошкодженням судин дна і стінок виразкового кратера, розвитком геморагії і її рецидиву. Кров'яний згусток може стати повноцінним, щільно фіксованим до стінки судини тромбом тільки при інтрагастральному рН не нижче 4,0. При менших значеннях рН порушується ретракція кров'яного згустку, а оклюзія судин є нестабільною. Таким чином, саме антисекреторні препарати, що створюють адекватні умови для тромбування арозованих судин виразкового кратера є найважливішими засобами гемостазу при гострих гастроудоденальних виразкових кровотечах.

Усім пацієнтам призначали ін'єкційні форми інгібіторів протонної помпи (езомепразол, пантопразол) в дозі 80 мг болюсно (при наявності даних про кровотечу, що продовжується (Forrest I), у подальшому – по 40 мг на 200 мл фізіологічного розчину кожні 12 годин внутрішньовенно крапельно (2 рази на добу). Ін'єкційні форми препарату вводили протягом 3 – 5 діб; у подальшому переходили на пероральний прийом у дозі 40 мг 2 рази на добу протягом 10 – 14 днів. Крім того, призначали блокатори периферичних м1-холінорецепторів – пірензепін, блокатори H2-гістамінових рецепторів – фамотидин, інгібітори протеаз – гордокс, контрікал, антациди та ін., а також відміну препаратів, що призвели до кровотечі.

Ендоскопічний гемостаз за допомогою аргоноплазменної коагуляції виконано 20 хворим з хорошими результатами.

З неоперованих хворих померло 13 (8,28%) переважно від складної супутньої патології на фоні профузної кровотечі. На секції у них було виявлено гострі виразки (рис. 1), чисельні ерозії та загострення хронічних виразок

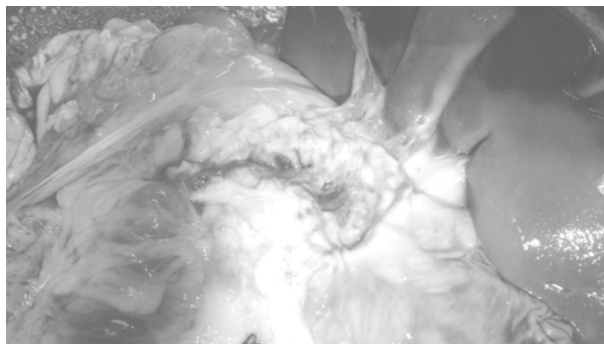


Рис. 1 Гостра медикаментозна виразка та ерозії дванадцятипалої кишки.

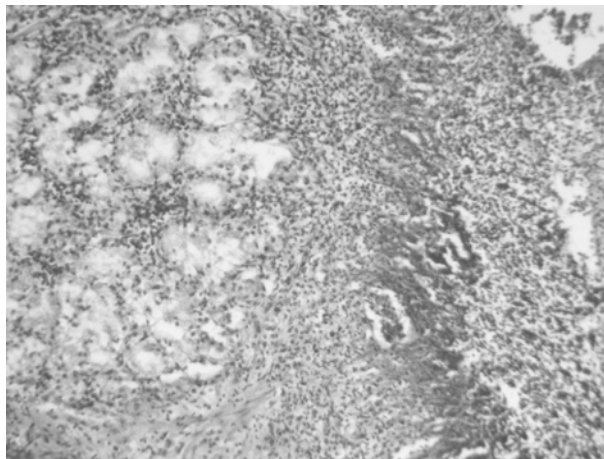


Рис. 2 Мікроскопічне дослідження гострої виразки. ×200. Забарвлення гематоксиліном та еозином.

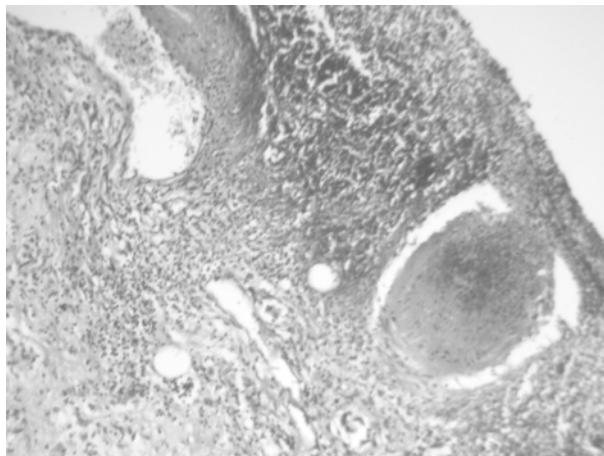


Рис. 3 Мікроскопічне дослідження гострої виразки. ×200. Забарвлення гематоксиліном та еозином. Відмічається зона фібриноїдного некрозу, тромбована артерія

Відмічається зона некрозу, нейтрофільна інфільтрація із зниженням залозистого компоненту.

Кровотечі, які не вдалось зупинити консервативно, підлягали хірургічній корекції. 28 хворим із загостренням хронічної виразки було виконано наступні операції: висічення виразки з проведенням дуоденопластики – у 11 хворих, секторальна резекція шлунку у 6 хворих, резекція шлунку за Білльот – 1 у 5 хворих, екстериторизація виразки у 4 хворих та прошивання виразки у 2 хворих. Післяопераційних ускладнень не спостерігали, хворих у задовільному стані виписано із стаціонару. Летальності в післяопераційному періоді не було.

Висновки

1. Продовження застосування НПЗЗ та глюкокортикостероїдів гальмує ангиогенез і сповільнює загоєння виразок, через що найраціональнішою тактикою є відміна таких препаратів. У лікуванні хворих із НПЗЗ-гастропатіями і для запобігання появи нових виразок (якщо НПЗЗ-терапію неможливо припинити) найефективнішими є інгібітори протонної помпи та мізопростол.

2. Незалежно від важкості стану всім хворим, у яких виникла кровотеча на фоні прийому ульцерогенних медикаментозних препаратів, показано проведення консервативного лікування, що включає корекцію крововтрати, введення інгібіторів протонної помпи та ін., лікування супутнього захворювання та ендоскопічний контроль у динаміці. Серед методів ендоскопічного гемостазу найбільш ефективним є аргон-плазменна коагуляція.

3. Показами до невідкладного оперативного лікування вважаємо кровотечу, що продовжується (Forrest IA і IB) (у тому числі її рецидив) при неможливості ендоскопічної зупинки.

Перспективи подальших досліджень

Дана проблема вимагає подальшого дослідження, розробки та впровадження надійних методів гемостазу та прогностичних шкал рецидиву шлунково-кишкових кровотеч на фоні прийому медикаментозних препаратів.

Література

1. Буров Н.Е. Нестероидные противовоспалительные препараты как компонент комплексной терапии боли. Фокус на нимесулид / Н.Е. Буров // РМЖ Хирургия. Урология. – 2012. – №36. – С.1730-1733.
2. Вовк Е. И. Гастродуоденальное кровотечение глазами врача общей практики: фокус на фармакотерапию / Е. И. Вовк // РМЖ Болезни органов пищеварения. – 2012. – №15. – С.771-778.
3. Степанов Ю.М. Вміст синтаз оксид азоту в слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на НПЗП-гастропатії / Ю.М. Степанов, Ю.С. Бреславець // Сучасна гастроентерологія. – 2010. – № 6(56). – С. 11-16.
4. Фомін П. Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих із кровоточивими гастродуоденальними виразками на різних рівнях надання медичної допомоги / П. Д. Фомін, С. Й. Запорожан // Шпитальна хірургія. – 2012. – №4. – С.5–11.
5. Фомін П. Д. Оптимізація лікувальної тактики у хворих з виразковими гастродуоденальними кровотечами / П. Д. Фомін, С. Й. Запорожан // Вісн. Вінниц. нац. мед. ун-ту. – 2010. – Т.14, № 1. – С.71–73.
6. Gilard M. Influence of omeprazole on the antiplatelet action of clopidogrel associated with aspirin, the randomized, double-blind OCLA (Omeprazole CLopidogrel Aspirin) study / M. Gilard, B. Arnaud, J.C. Cornily [et al.] // J. Am. Coll. Cardiol. – 2008. – № 51. – P.256–260.
7. Hunt R.H. Review article, should NSAID/low-dose aspirin takers be tested routinely for H. pylori infection and treated if positive? Implications for primary risk of ulcer and ulcer relapse after initial healing / R.H. Hunt, F. Bazzoli // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2004. – № 19. – P. 9–16.
8. Kojo A. Aggravation by Selective Serotonin Re-Uptake Inhibitor of Antral Ulcers Induced by Indomethacin in Rats: Pathogenic Importance of Impaired Anti-Oxidative System / A. Kojo, K. Nukui, A. Tanaka, K. Amagase, K. Takeuchi // DDW. – 2010 – T.1142.
9. Rude M.K. Proton-pump inhibitors, clopidogrel, and cardiovascular adverse events, fact, fiction, or something in between? / M.K. Rude, W.D. Chey // Gastroenterology. – 2009. – № 137. – P. 1168–1171.
10. Warner T. D. Cyclooxygenases, new forms, new inhibitors, and lessons from the clinic / T. D. Warner, J. A. Mitchell // FASEB J. – 2004. – V.18. – P. 790–804.

Реферат

ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Шапринский В.А., Романчук В.Д.

Ключевые слова: острые медикаментозные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, кровотечение.

В работе приведены результаты лечения 185 больных, у которых возникло желудочно-кишечное кровотечение на фоне приема медикаментозных препаратов. Проанализирована частота развития острых медикаментозных язв верхнего отдела желудочно-кишечного тракта и возможности их лечения.

Summary

APPROACHES TO MULTIMODALITY TREATMENT OF DRUG-INDUCED PEPTIC LESIONS COMPLICATED WITH ACUTE BLEEDING

Shaprynskiy V.A., Romanchuk V.D.

Key words: acute drug-induced ulcers, bleeding.

This paper presents the results of treatment of 185 patients with acute drug-induced peptic ulcers, complicated by bleeding as well as focuses on the analysis of the incidence rate for this pathology and possibilities for its correction.

УДК 616.37-002.3-06

Шейко В.Д., Должковий С.В., Оганезян А.Г., Прихидько Р.А.

ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ОЦІНКИ КЛІНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З МЕТОЮ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТЯЖКОЇ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою дослідження було виявлення прогностично значимих клінічних параметрів, які б дозволяли передбачати виникнення гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) у хворих на тяжкий гострий панкреатит ТГП на різних етапах перебігу захворювання. До дослідження включено 76 пацієнтів, яких було розділено на 2 групи: пацієнти з ГСУ ($n=28$, I група) та пацієнти з асептичним перебігом захворювання ($n=48$, II група). Проведено порівняльний аналіз динаміки показників температури тіла (T тіла), середнього артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (ЧСС) між досліджуваними групами. Виявлено, що показники, які перевищують 75 процентиль T тіла та ЧСС у I групі, можна вважати такими, що мають певну прогностичну цінність щодо розвитку ГСУ у пацієнтів з ТГП при одночасному їх виявленні.

Ключові слова: гострий панкреатит тяжка форма, гнійно-септичні ускладнення, прогнозування.

Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології № 0111U006299

Вступ

Незважаючи на розробку протягом останніх років нових мініінвазивних методів лікування та зміни тактичних підходів до ведення пацієнтів з тяжкою формою гострого панкреатиту (ТГП), питома вага ускладнень при даному захворюванні залишається високою. На ранніх термінах перебігу ТГП основними видами ускладнень є поліорганна недостатність та ендотоксичний шок. Провідною групою ускладнень, що зумовлюють смертність після третього тижня захворювання є гнійно-септичні ускладнення (ГСУ). В той час, як проблема оцінки тяжкості захворювання на гострий панкреатит привертала увагу багатьох науковців, можливість прогнозування виникнення ГСУ у хворих на ТГП на сьогодні залишаються недостатньо висвітленими [1-4,6].

Мета дослідження

Виявлення прогностично значимих клінічних параметрів, які б дозволяли передбачати виникнення ГСУ у хворих на ТГП на різних етапах перебігу захворювання.

Матеріали і методи дослідження

До дослідження включено 76 пацієнтів, які перебували на лікуванні у хірургічних відділеннях Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського та 1-ї і 2-ї міських лікарень м. Полтава протягом 2010-2012 років. Чоловіки склали 75,68%, жінки — 26,32%. Вік хворих коливався в межах від 26 до 92 років і в середньому становив $46,52 \pm 13,6$ років. Середня тривалість захворювання до госпіталізації становила $15,3 \pm 6,54$ годин.

До масиву даних, що містив клінічні показники пацієнтів з досліджуваної вибірки на різних термінах перебігу захворювання, було застосовано метод аналізу розподілу змінних. Виявлено, що показники температури тіла (T тіла), середнього артеріального тиску (СерАТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) мали несиметричний бімодальний розподіл. Даний факт дозволив висунути припущення про наявність прогностичної цінності вищезгаданих параметрів, які було піддано більш поглибленому аналізу.

Враховуючи, з одного боку, типові терміни розвитку ГСУ при ТГП — третій тиждень перебігу захворювання, та зважаючи на необхідність максимально раннього прогнозування розвитку ГСУ з іншого, оцінку обраних показників проводили протягом першої та другої доби після госпіталізації та на 6-7 добу перебігу

захворювання.

Пацієнтів було розділено на 2 групи: пацієнти з ГСУ ($n=28$, I група) та пацієнти з асептичним перебігом захворювання ($n=48$, II група). Статистичної значимості різниці між групами проводилося за допомогою пакету програм STATISTICA 6.0 на IBM-сумісному персональному комп'ютері. Беручи до уваги кількість пацієнтів в групах, для порівняння сукупностей змінних використовували тест Манна-Уїтні [5].

Результати досліджень

Динаміку вивчаємих показників подано на рисунку. Температура тіла пацієнтів обох груп протягом 1-ї доби госпіталізації відрізнялася незначно: нижні квартилі співпадали ($36,8^\circ\text{C}$), верхні — відрізнялися на $0,2^\circ\text{C}$ ($37,8^\circ\text{C}$ для I та $37,6^\circ\text{C}$ для II груп відповідно), різниця між медіанами становила $0,05^\circ\text{C}$ ($37,2^\circ\text{C}$ та $37,15^\circ\text{C}$ для I та II груп відповідно). Схожа ситуація спостерігалася і протягом 2 доби госпіталізації: різниця між медіанами становила $0,35^\circ\text{C}$; нижні квартилі — $0,2^\circ\text{C}$; верхніми квартилями — $0,3^\circ\text{C}$. Різниця між групами при порівнянні не була статистично значимою ($p_1 = 0,63$; $p_2 = 0,093$ для 1 та 2 доби госпіталізації відповідно). Для 6-7 доби захворювання медіана в I групі склала $37,75^\circ\text{C}$; в II — $37,4^\circ\text{C}$. Різниця між нижніми квартилями становила $0,3^\circ\text{C}$ ($37,3^\circ\text{C}$ та $37,0^\circ\text{C}$ для I та II груп відповідно). Більш суттєво відрізнялися верхні квартилі: $38,15^\circ\text{C}$ та $37,7^\circ\text{C}$ для I і II груп відповідно. При порівнянні груп виявлено наявність статистично значимої різниці між ними ($p = 0,049$).

Показники СерАТ протягом 1-ї та 2-ї доби суттєво не змінювалися: медіана змінних як в I так і в II групах становила $96,67$ мм.рт.ст. Протягом 1-ї доби після госпіталізації в обох групах також співпадали нижні квартилі — $90,0$ мм.рт.ст., а верхні квартилі різнилися незначно ($100,0$ та $103,33$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно). Різниця між верхніми та нижніми квартилями протягом 2-ї доби госпіталізації також була незначною та не перевищувала 5 мм.рт.ст. Протягом 6-7 доби захворювання верхні квартилі відрізнялися більш значно ($95,86$ мм.рт.ст. та $90,0$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно), так само як і верхні квартилі ($106,67$ мм.рт.ст. та $100,0$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно) та медіани ($99,17$ мм.рт.ст. та $95,84$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно). При порівнянні груп статистично значимої різниці між ними виявлено не було ($p_1 = 0,9$; $p_2 = 0,5$; $p_6-7 = 0,17$ для 1 та 2 доби госпіталізації та 6-7 доби перебігу захворювання відповідно).

УДК 616.37-002.3-06

Шейко В.Д., Должковий С.В., Оганезян А.Г., Прихидько Р.А.

ЗАСТОСУВАННЯ ДИНАМІЧНОЇ ОЦІНКИ КЛІНІЧНИХ ПАРАМЕТРІВ З МЕТОЮ ПРОГНОЗУВАННЯ РОЗВИТКУ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ТЯЖКОЇ ФОРМИ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Метою дослідження було виявлення прогностично значимих клінічних параметрів, які б дозволяли передбачати виникнення гнійно-септичних ускладнень (ГСУ) у хворих на тяжкий гострий панкреатит ТГП на різних етапах перебігу захворювання. До дослідження включено 76 пацієнтів, яких було розділено на 2 групи: пацієнти з ГСУ ($n=28$, I група) та пацієнти з асептичним перебігом захворювання ($n=48$, II група). Проведено порівняльний аналіз динаміки показників температури тіла (T тіла), середнього артеріального тиску та частоти серцевих скорочень (ЧСС) між досліджуваними групами. Виявлено, що показники, які перевищують 75 процентиль T тіла та ЧСС у I групі, можна вважати такими, що мають певну прогностичну цінність щодо розвитку ГСУ у пацієнтів з ТГП при одночасному їх виявленні.

Ключові слова: гострий панкреатит тяжка форма, гнійно-септичні ускладнення, прогнозування.

Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології № 0111U006299

Вступ

Незважаючи на розробку протягом останніх років нових мініінвазивних методів лікування та зміни тактичних підходів до ведення пацієнтів з тяжкою формою гострого панкреатиту (ТГП), питома вага ускладнень при даному захворюванні залишається високою. На ранніх термінах перебігу ТГП основними видами ускладнень є поліорганна недостатність та ендотоксичний шок. Провідною групою ускладнень, що зумовлюють смертність після третього тижня захворювання є гнійно-септичні ускладнення (ГСУ). В той час, як проблема оцінки тяжкості захворювання на гострий панкреатит привертала увагу багатьох науковців, можливість прогнозування виникнення ГСУ у хворих на ТГП на сьогодні залишаються недостатньо висвітленими [1-4,6].

Мета дослідження

Виявлення прогностично значимих клінічних параметрів, які б дозволяли передбачати виникнення ГСУ у хворих на ТГП на різних етапах перебігу захворювання.

Матеріали і методи дослідження

До дослідження включено 76 пацієнтів, які перебували на лікуванні у хірургічних відділеннях Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського та 1-ї і 2-ї міських лікарень м. Полтава протягом 2010-2012 років. Чоловіки склали 75,68%, жінки — 26,32%. Вік хворих коливався в межах від 26 до 92 років і в середньому становив $46,52 \pm 13,6$ років. Середня тривалість захворювання до госпіталізації становила $15,3 \pm 6,54$ годин.

До масиву даних, що містив клінічні показники пацієнтів з досліджуваної вибірки на різних термінах перебігу захворювання, було застосовано метод аналізу розподілу змінних. Виявлено, що показники температури тіла (T тіла), середнього артеріального тиску (СерАТ) та частоти серцевих скорочень (ЧСС) мали несиметричний бімодальний розподіл. Даний факт дозволив висунути припущення про наявність прогностичної цінності вищезгаданих параметрів, які було піддано більш поглибленому аналізу.

Враховуючи, з одного боку, типові терміни розвитку ГСУ при ТГП — третій тиждень перебігу захворювання, та зважаючи на необхідність максимально раннього прогнозування розвитку ГСУ з іншого, оцінку обраних показників проводили протягом першої та другої доби після госпіталізації та на 6-7 добу перебігу

захворювання.

Пацієнтів було розділено на 2 групи: пацієнти з ГСУ ($n=28$, I група) та пацієнти з асептичним перебігом захворювання ($n=48$, II група). Статистичної значимості різниці між групами проводилося за допомогою пакету програм STATISTICA 6.0 на IBM-сумісному персональному комп'ютері. Беручи до уваги кількість пацієнтів в групах, для порівняння сукупностей змінних використовували тест Манна-Уїтні [5].

Результати досліджень

Динаміку вивчаємих показників подано на рисунку. Температура тіла пацієнтів обох груп протягом 1-ї доби госпіталізації відрізнялася незначно: нижні квартилі співпадали ($36,8^\circ\text{C}$), верхні — відрізнялися на $0,2^\circ\text{C}$ ($37,8^\circ\text{C}$ для I та $37,6^\circ\text{C}$ для II груп відповідно), різниця між медіанами становила $0,05^\circ\text{C}$ ($37,2^\circ\text{C}$ та $37,15^\circ\text{C}$ для I та II груп відповідно). Схожа ситуація спостерігалася і протягом 2 доби госпіталізації: різниця між медіанами становила $0,35^\circ\text{C}$; нижні квартилі — $0,2^\circ\text{C}$; верхніми квартилями — $0,3^\circ\text{C}$. Різниця між групами при порівнянні не була статистично значимою ($p_1 = 0,63$; $p_2 = 0,093$ для 1 та 2 доби госпіталізації відповідно). Для 6-7 доби захворювання медіана в I групі склала $37,75^\circ\text{C}$; в II — $37,4^\circ\text{C}$. Різниця між нижніми квартилями становила $0,3^\circ\text{C}$ ($37,3^\circ\text{C}$ та $37,0^\circ\text{C}$ для I та II груп відповідно). Більш суттєво відрізнялися верхні квартилі: $38,15^\circ\text{C}$ та $37,7^\circ\text{C}$ для I і II груп відповідно. При порівнянні груп виявлено наявність статистично значимої різниці між ними ($p = 0,049$).

Показники СерАТ протягом 1-ї та 2-ї доби суттєво не змінювалися: медіана змінних як в I так і в II групах становила $96,67$ мм.рт.ст. Протягом 1-ї доби після госпіталізації в обох групах також співпадали нижні квартилі — $90,0$ мм.рт.ст., а верхні квартилі різнилися незначно ($100,0$ та $103,33$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно). Різниця між верхніми та нижніми квартилями протягом 2-ї доби госпіталізації також була незначною та не перевищувала 5 мм.рт.ст. Протягом 6-7 доби захворювання верхні квартилі відрізнялися більш значно ($95,86$ мм.рт.ст. та $90,0$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно), так само як і верхні квартилі ($106,67$ мм.рт.ст. та $100,0$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно) та медіани ($99,17$ мм.рт.ст. та $95,84$ мм.рт.ст. для I та II груп відповідно). При порівнянні груп статистично значимої різниці між ними виявлено не було ($p_1 = 0,9$; $p_2 = 0,5$; $p_6-7 = 0,17$ для 1 та 2 доби госпіталізації та 6-7 доби перебігу захворювання відповідно).

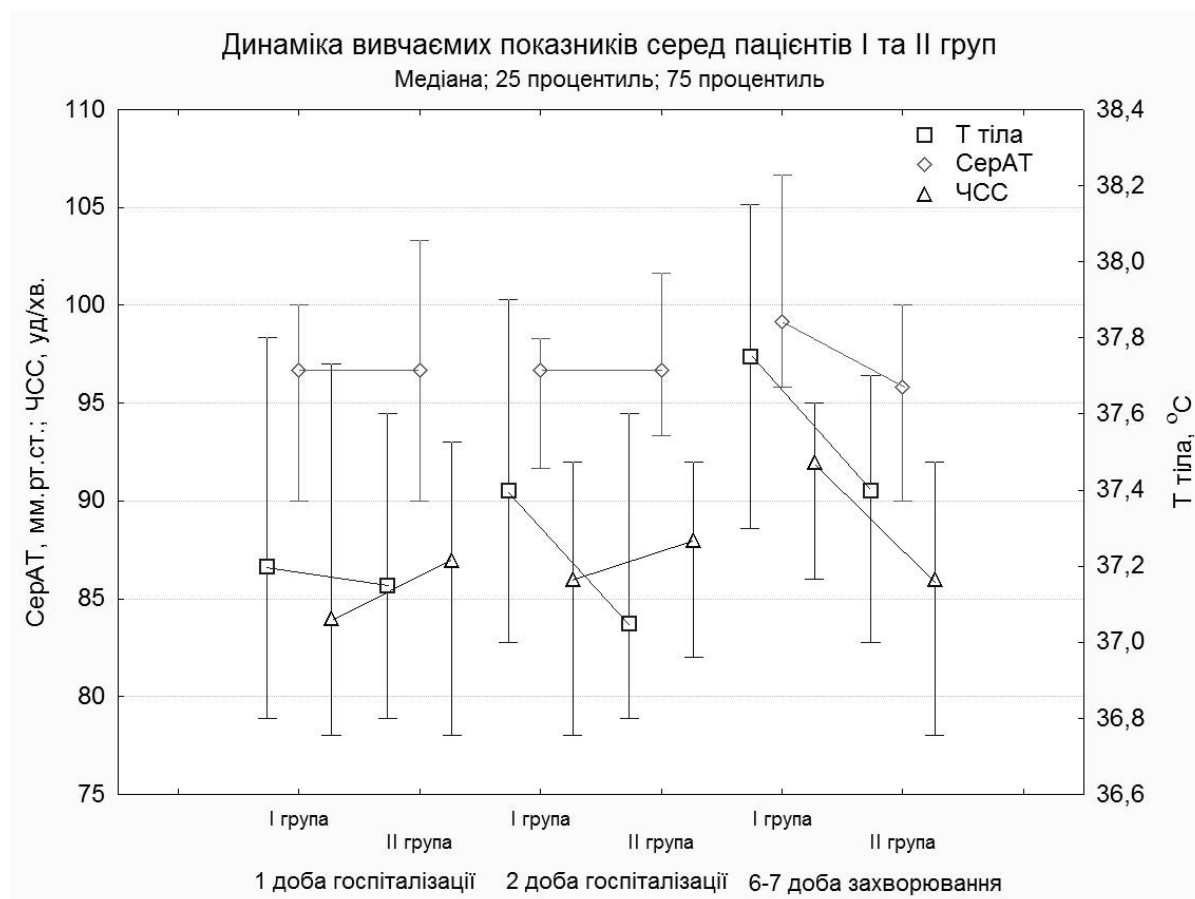


Рисунок. Динаміка вивчаємих показників серед пацієнтів I та II груп

Протягом 1 доби госпіталізації медіани ЧСС становили 84 та 87 уд/хв. для I та II груп відповідно; нижні квадрантилі співпадали та становили 78 уд/хв., верхні — складали 97 та 93 уд/хв. для I та II груп відповідно. Статистично значимої різниці при порівнянні груп не виявлено ($p=0,98$). Протягом 2 доби госпіталізації зафіксовано співпадіння верхніх квадрантилів в обох групах — вони становили 92 уд/хв., значення медіан збільшилося в порівнянні з 1 добою госпіталізації — 86 та 88 уд/хв. для I та II груп відповідно. Значення нижнього квадрантилю в I групі становило 78 уд/хв., в II — збільшилося в порівнянні з 1 добою госпіталізації та становило 82 уд/хв. Під час порівняння значень ЧСС в групах протягом 2 доби госпіталізації статистично значимої різниці між ними не виявлено ($p=0,41$). Протягом 6-7 доби перебігу захворювання виявлено досить значну розбіжність між медіанами: 92 та 86 уд/хв. для I і II груп відповідно; досить значно відрізнялися також 25 процентилі: 86 уд/хв. у I групі та 78 уд/хв. у II. Значення верхніх квадрантилів становило 95 уд/хв. у I групі та 92 уд/хв. у II. В цілому для пацієнтів I групи були характерні більш високі значення ЧСС протягом 6-7 доби захворювання. При порівнянні груп була виявлена статистично значима різниця між ними ($p=0,046$).

Висновки

Таким чином, протягом 1 та 2 доби госпіталізації значних відмінностей між досліджуваними групами не

спостерігалось. Дещо інша ситуація виявлена при аналізі показників на 6-7 добу перебігу захворювання. В той час як значення СерАТ суттєво не відрізнялися в обох групах, для температури тіла та ЧСС виявлено статистично значиму різницю між групами ($p=0,049$ та $p=0,046$ відповідно). Враховуючи отримані значення статистичної вірогідності, показники, які перевищують 75 процентиль температури тіла та ЧСС у I групі (95 уд/хв. та $37,7^{\circ}\text{C}$ відповідно), можна вважати такими, що мають певну прогностичну цінність щодо розвитку ГСУ у пацієнтів з ТГП при одночасному їх виявленні.

Література

1. Дибиров М.Д. Прогностические факторы и патогенетическое лечение панкреатогенного эндотоксикоза / М.Д.Дибиров, М.В.Костюченко, Ю.И.Рамазанова [и др.] // Инфекции в хирургии. — 2011. — № 2. — С. 32-37.
2. Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение острого небилиарного асептического некротического панкреатита / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, И.Н. Джансыз // Український журнал хірургії. — 2011. — № 1(10). — С. 58-64.
3. Лобанов С. Л. Современные подходы к лечению острого панкреатита / С. Л. Лобанов, А. В. Степанов, Л. С. Лобанов — Чита : ИИЦ ЧГМА, 2008. — 160 с.
4. Ничитайло М. Ю. Мініінвазивні технології й ендоскопічні втручання у лікуванні деструктивних форм гострого панкреатиту / М. Ю. Ничитайло, О. П. Кондратюк, В. А. Кондратюк // Здоров'я України. — 2011. — № 2(5). — С. 15.
5. Glantz S.A. Primer of biostatistics / S.A. Glantz. — N.Y. : McGRAW-HILL, 1997. — 473 p.
6. Tonsi A.F. Acute pancreatitis: The state of the art. / A.F.Tonsi, M Bacchion, S.Crippa [et al.] // World J Gastroenterol. — 2009. — V.15(24). — P. 2945-2959.

Реферат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Шейко В.Д., Должковой С.В., Оганезян А.Г., Прихидько Р.А.

Ключевые слова: острый панкреатит тяжелая форма, гнойно-септические осложнения, прогнозирование.

Целью исследования являлось определение прогностически значимых клинических показателей, которые позволяли бы прогнозировать развитие гнойно-септических осложнений (ГСО) у пациентов с тяжелым острым панкреатитом (ТОП) на разных стадиях заболевания. В исследование было включено 76 пациентов с последующим разделением на группы: пациенты с ГСО (I группа, n=28) и пациенты с асептическим течением заболевания (II группа, n=48). Проведен сравнительный анализ динамики показателей температуры тела (Т тела), среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС). В результате исследования выявлено, что показатели, превышающие 75 перцентиль Т тела и ЧСС в I группе, можно считать имеющими определенную прогностическую ценность для развития ГСО у пациентов с ТОП при условии одновременного их выявления.

Summary

DYNAMIC ASSESSMENT OF CLINICAL PARAMETERS IN ORDER TO PROGNOSTICATE OCCURRENCE OF SUPPURATIVE AND SEPTICEMIC COMPLICATIONS IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Sheyko V.D., Dolzhkoviy S.V., Oganezian A.G., Pryhidko R.A.

The study was aimed to reveal reliable clinical parameters helping prognose the occurrence of septicemic and suppurative complications (SSC) in patients with severe acute pancreatitis (SAP). 76 patients were involved in the study (28 persons with SAC made up I group and 48 persons having no SSC constituted the II group). The dynamic comparative analysis of body temperature (BT), average blood pressure and heart rate (HR) parameters was carried out. It was found out the parameters of HR and BD which were over 75 percentile of values in I group could be used for prognosis of SSC when they were properly detected.

УДК 616.37-002.1-073.48-085

Шейко В. Д., Оганезян А. Г., Должковий С.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПУНКЦІЙНО – ДРЕНУЮЧИХ САНАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД В ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНИХ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проаналізовані результати обстеження та лікування 25 хворих з інфікованими ОПРС. Всім хворим виконані ПДС від контролю УЗД. У всіх хворих з ІГПРС та ІГП ПДС виявилось остаточними в лікуванні. 8 (32%) хворих після ПДС під контролем УЗД потребували відкритої НСЕ. У хворих з інфікованими постнекротичними рідинними скупченнями є ймовірність необхідності виконання НСЕ.

Ключові слова: гострий панкреатит, обмежені рідинні скупчення, пункційно – дренуючі санації.

НДР: «Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології». № держреєстрації: 0111 У 006299

Вступ

За даними різних авторів у 15 – 25% хворих розвивається тяжкий гострий панкреатит (ТГП) з формуванням гострих рідинних скупчень в 30 - 60% випадків, а летальність від ускладнень становить 25-60% [1, 2, 3]. Перебіг ТГП характеризується двома піками летальності. Перший пік спостерігається в перші 3-5 діб від початку захворювання, другий – через 3 – 4 тижні від початку захворювання. Якщо причиною смерті в ранньому періоді є ендотоксичний шок та первинний синдром поліорганної недостатності, то причиною смерті під час другого піку летальності, як правило, є сепсис та вторинна поліорганна недостатність. Проблема хірургічного лікування ТГП надзвичайно актуальна в сучасній панкреатології, вона продовжує привертати увагу багатьох дослідників. Необхідність виконання оперативних втручань за умови доведеності гнійного процесу у більшості хірургів не викликає сумнівів [4, 5]. Однак питання про оптимальні терміни, режими та методи їх виконання залишаються суперечливими [5].

Мета дослідження

Оцінити ефективність пункційно – дренуючих санаційних (ПДС) втручань в лікуванні обмежених рі-

динних скупчень (ОРС) у хворих на ТГП та визначити оптимальні терміни їх виконання.

Об'єкт і методи дослідження

Проаналізовані результати обстеження та лікування 35 хворих з обмеженими парапанкреатичними рідинними скупченнями (ОПРС), які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2009 по 2012 роки. У 10 хворих мали місце асептичні ОПРС, у 25 - інфіковані ОПРС. В дане дослідження включені тільки хворі з інфікованими ОПРС Чоловіків було 16 (64%), жінок – 9 (36%). Вік хворих коливався від 25 до 72 років. У всіх хворих даної групи в лікуванні використані ПДС під контролем УЗД на апараті "Logiq C 5" (GE) з конвексним датчиком під місцевою анестезією з використанням катетерів типу "pig tail". Під час дренування видаляли патологічний вміст (100-6000 мл), виконували його бактеріологічне, мікроскопічне дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Інфіковані гострі парапанкреатичні рідинні скупчення (ІГПРС) мали місце у 1 хворого, інфіковані гострі постнекротичні рідинні скупчення (ІГПНРС) – у 10 хворих, інфіковані гострі псевдокісти (ІГПК) – у 6 хворих, інфіковані обмежені ділянки некрозу (ІОДН) – у 8

Реферат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ КЛИНИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Шейко В.Д., Должковой С.В., Оганезян А.Г., Прихидько Р.А.

Ключевые слова: острый панкреатит тяжелая форма, гнойно-септические осложнения, прогнозирование.

Целью исследования являлось определение прогностически значимых клинических показателей, которые позволяли бы прогнозировать развитие гнойно-септических осложнений (ГСО) у пациентов с тяжелым острым панкреатитом (ТОП) на разных стадиях заболевания. В исследование было включено 76 пациентов с последующим разделением на группы: пациенты с ГСО (I группа, n=28) и пациенты с асептическим течением заболевания (II группа, n=48). Проведен сравнительный анализ динамики показателей температуры тела (Т тела), среднего артериального давления и частоты сердечных сокращений (ЧСС). В результате исследования выявлено, что показатели, превышающие 75 перцентиль Т тела и ЧСС в I группе, можно считать имеющими определенную прогностическую ценность для развития ГСО у пациентов с ТОП при условии одновременного их выявления.

Summary

DYNAMIC ASSESSMENT OF CLINICAL PARAMETERS IN ORDER TO PROGNOSTICATE OCCURRENCE OF SUPPURATIVE AND SEPTICEMIC COMPLICATIONS IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Sheyko V.D., Dolzhkoviy S.V., Oganezian A.G., Pryhidko R.A.

The study was aimed to reveal reliable clinical parameters helping prognose the occurrence of septicemic and suppurative complications (SSC) in patients with severe acute pancreatitis (SAP). 76 patients were involved in the study (28 persons with SAC made up I group and 48 persons having no SSC constituted the II group). The dynamic comparative analysis of body temperature (BT), average blood pressure and heart rate (HR) parameters was carried out. It was found out the parameters of HR and BD which were over 75 percentile of values in I group could be used for prognosis of SSC when they were properly detected.

УДК 616.37-002.1-073.48-085

Шейко В. Д., Оганезян А. Г., Должковий С.В.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПУНКЦІЙНО – ДРЕНУЮЧИХ САНАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД В ЛІКУВАННІ ІНФІКОВАНИХ ОБМЕЖЕНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕНЬ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проаналізовані результати обстеження та лікування 25 хворих з інфікованими ОПРС. Всім хворим виконані ПДС від контролю УЗД. У всіх хворих з ІГПРС та ІГП ПДС виявилось остаточними в лікуванні. 8 (32%) хворих після ПДС під контролем УЗД потребували відкритої НСЕ. У хворих з інфікованими постнекротичними рідинними скупченнями є ймовірність необхідності виконання НСЕ.

Ключові слова: гострий панкреатит, обмежені рідинні скупчення, пункційно – дренажні санації.

НДР: «Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології». № держреєстрації: 0111 У 006299

Вступ

За даними різних авторів у 15 – 25% хворих розвивається тяжкий гострий панкреатит (ТГП) з формуванням гострих рідинних скупчень в 30 - 60% випадків, а летальність від ускладнень становить 25-60% [1, 2, 3]. Перебіг ТГП характеризується двома піками летальності. Перший пік спостерігається в перші 3-5 діб від початку захворювання, другий – через 3 – 4 тижні від початку захворювання. Якщо причиною смерті в ранньому періоді є ендотоксичний шок та первинний синдром поліорганної недостатності, то причиною смерті під час другого піку летальності, як правило, є сепсис та вторинна поліорганна недостатність. Проблема хірургічного лікування ТГП надзвичайно актуальна в сучасній панкреатології, вона продовжує привертати увагу багатьох дослідників. Необхідність виконання оперативних втручань за умови доведеності гнійного процесу у більшості хірургів не викликає сумнівів [4, 5]. Однак питання про оптимальні терміни, режими та методи їх виконання залишаються суперечливими [5].

Мета дослідження

Оцінити ефективність пункційно – дренажних санаційних (ПДС) втручань в лікуванні обмежених рі-

динних скупчень (ОРС) у хворих на ТГП та визначити оптимальні терміни їх виконання.

Об'єкт і методи дослідження

Проаналізовані результати обстеження та лікування 35 хворих з обмеженими парапанкреатичними рідинними скупченнями (ОПРС), які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2009 по 2012 роки. У 10 хворих мали місце асептичні ОПРС, у 25 - інфіковані ОПРС. В дане дослідження включені тільки хворі з інфікованими ОПРС Чоловіків було 16 (64%), жінок – 9 (36%). Вік хворих коливався від 25 до 72 років. У всіх хворих даної групи в лікуванні використані ПДС під контролем УЗД на апараті "Logiq C 5" (GE) з конвексним датчиком під місцевою анестезією з використанням катетерів типу "pig tail". Під час дренажу видаляли патологічний вміст (100-6000 мл), виконували його бактеріологічне, мікроскопічне дослідження.

Результати дослідження та їх обговорення

Інфіковані гострі парапанкреатичні рідинні скупчення (ІГПРС) мали місце у 1 хворого, інфіковані гострі постнекротичні рідинні скупчення (ІГПНРС) – у 10 хворих, інфіковані гострі псевдокісти (ІГПК) – у 6 хворих, інфіковані обмежені ділянки некрозу (ІОДН) – у 8

хворих.

При оцінці тяжкості стану хворого враховували наступні параметри: ознаки синдрому системної запальної відповіді, поліорганної недостатності. Тяжкість стану хворих за шкалою APACHE II до ПДС складала в ≥ 8 балів.

На основі результатів візуальної оцінки характеру ексудату, мікроскопічного та бактеріологічного дослідження вміст інфікованих ОРС розділяли на інфікований, гнійний та гнійний з газом. У 15 (60%) хворих вміст рідинних скупчень був представлений інфікованою рідиною, у 9 (36%) хворих – гноем, у 1 (4%) хворого – гноем з газом.

При оцінці топографії ОРС виявлено, що вони були локалізовані в парапанкреатичній клітковині – у 15, ретроколярно – у 2, в черевній порожнині – у 1, в декількох топографо – анатомічних ділянках одночасно – у 7 хворих.

Запропоновано, в залежності від кінцевого результату, ПДС поділяти на остаточні та етапні. У 17 (68%) хворих ПДС було остаточним в лікуванні. Серед них у 14 хворих ПДС було одномоментно – остаточним, 3 хворих потребували повторні ПДС (від 1 до 3).

8 (32%) хворих після ПДС під контролем УЗД потребували некрсеквестрэктомії (НСЕ). У 6 (24%) пацієнтів з виконана відкрита НСЕ через лапаротомний доступ після стабілізації стану. Серед них 2 хворих з ІГПНСР, 4 хворих з ІОДН. У 2 (8%) хворих виконана люмботомія, НСЕ.

Таким чином ПДС були остаточними у хворих з ІГПНСР та у хворих з ІГПК. При ІГПНСР у 7 (70%) хво-

рих з 10 ПДС були остаточними в лікуванні, при ІОДН у 3 (37,5%) хворих з 8 ПДС були остаточними в лікуванні.

Висновки

ПДС виявилось остаточним в лікуванні у всіх хворих з ІГПНСР та ІГПК. У хворих з інфікованими постнекротичними рідинними скупченнями є ймовірність необхідності виконання НСЕ. ПДС під контролем УЗД протягом перших чотирьох тижнів від початку захворювання при інфікованих постнекротичних рідинних скупченнях частіше забезпечують кінцевий позитивний результат. При виконанні ПДС після чотирьох тижнів від початку захворювання більш висока вірогідність потреби в НСЕ.

Література

1. Дронов О.І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. – 2008. – № 4. – С. 89-90.
2. Колчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту / В.М. Колчак, І.В. Хом'як, І.М. Шевчук [та ін.] // Клін. Хірургія. – 2003. – №8. – С. 12-15.
3. Криворучко І.А. Хирургическое лечение вторичной панкреатической инфекции / И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко // Клініна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 51.
4. Оганезян А.Г. Возможности мініінвазивних технологій при лікуванні обмежених рідинних скупчень у хворих на тяжкий гострий панкреатит. / А.Г. Оганезян // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2011 – Т. 11, № 2 (34). – С. 178-180.
5. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: ООО Мед. информ. агентство, 2008. – 264 с.

Реферат

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУНКЦИОННО – ДРЕНИРУЮЩИХ САНАЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ОГРАНИЧЕННЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Шейко В. Д., Оганезян А. Г., Должковой С.В.

Ключевые слова: острый панкреатит, ограниченные жидкостные скопления, пункционно – дренирующие санации.

Проанализированы результаты обследования и лечения 25 больных с инфицированными ограниченными парапанкреатическими жидкостными скоплениями. Всем больным выполнены ПДС под контролем УЗИ. У всех больных с инфицированными острыми парапанкреатическими жидкостными скоплениями и инфицированными острыми псевдокистами ПДС оказались окончательными в лечении. У 8 (32%) больных после ПДС под контролем УЗИ была необходимость выполнения открытой НСЕ. У больных с инфицированными постнекротическими жидкостными скоплениями высокая вероятность необходимости НСЕ.

Summary

EFFECTIVENESS OF ULTRASOUND-GUIDED PUNCTURE-DRAINAGE SANATION FOF INFECTED SEPARATE FLUID COLLECTIONS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Sheyko V.D., Oganeyan A.G., Dolzhkovy S.V.

Key words: acute pancreatitis, separate fluid collections, puncture-drainage sanation.

The results of diagnosis and treatment of 25 patients with infected separate peripancreatic fluid collections were presented. US-guided puncture-drainage sanations (PDS) were applied for all patients. In most cases of acute pancreatic fluid collections and acute pseudocysts PDS these procedures were the final treatment. 8 (32%) patients subjected to PDS were operated repeatedly. Patients with infected postnecrotic fluid collections had high probability of necrotomy.

ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ РАН

УДК: 617.58-001.4-009.85-022.7-089.851

Балацкий Е.Р.

МИКРОБИОЦЕНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОЙ ТРОФИКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Проведен анализ микробиоценоза ран нижних конечностей различного генеза (гнойные поражения (n=23), ампутиационные культы стоп (n=15), после некрэктомий (n=14), травматические поражения (n=10)) на фоне трофических нарушений перед аутодермопластикой у 62 пациентов. Изучены результаты приживления свободных кожных трансплантатов. Микробиоценоз ран в условиях трофических нарушений в большинстве случаев (80,6 %) был представлен S.aureus, ассоциативной флорой, S.epidermidis, Ps.aeruginosa. Длительная (> 14 суток) подготовка ран коррелирует с повышением уровня контаминации и уменьшением площади приживления трансплантатов для всех типов поражений, кроме гнойных ран.

Ключевые слова: микробиоценоз ран, трофические нарушения, аутодермопластика.

Вступление

Основные проблемы закрытия раневых дефектов (РД) в условиях нарушенной трофики базируются на специфических особенностях течения раневого процесса с нарушением классического фазного перехода, как правило, характеризующегося замедленным переходом во II-III фазу со склонностью формирования «застывших» ран [1]. Продолжительная подготовка раны способствует формированию трофических язв, длительно незаживающих ран, фактически формируя патологический замкнутый круг, разорвать который чаще всего возможно лишь после выполнения аутодермопластического (АДП) закрытия раны. Классические основы пластического закрытия ран в основном базируются на комбустииологических принципах. Микробиоценоз ожоговых ран хорошо изучен, но он имеет свои особенности [2], влияющие на результаты лечения и требующие максимальной деконтаминации РД. В условиях трофических нарушений, в силу целого ряда причин, имеются специфические особенности микробиоценоза и стремление к деконтаминации ран становится практически невозможным [3]. Информации об особенностях микробиоценоза РД в условиях трофических нарушений перед АДП закрытием в связи с прогнозом последующей регенерации нами не выявлено.

Цель исследования

Изучить особенности микробиоценоза перед АДП ран нижних конечностей в условиях трофических нарушений и возможное влияние его на результаты регенерации.

Объект и методы исследования

Использована сформированная в клинике систематическая архивная база результатов лечения РД на фоне трофических нарушений нижних конечностей за 2007-2012 гг. Критерии включения в данное исследование: остро возникшие РД в результате гнойно-некротических поражений и травматического генеза на фоне облитерирующего атеросклероза, различных

ангио-нейропатических расстройств, сердечной недостаточности; наличие данных о динамике контаминации, площади поражения; выполненная свободная АДП РД. Критерии исключения: трофические язвы и длительно незаживающие РД (более 1 месяца) до начала лечения; отсутствие данных динамического контроля; самостоятельная эпителизация РД или другой способ закрытия РД, кроме свободной АДП. Дополнительные факторы влияния, такие как способы подготовки РД, факторы общего и локального воздействия, не учитывались ввиду большого разнообразия и невозможности их полного учета в рамках данного исследования. Таким образом, для анализа отобраны данные о 62 больных с РД, закрытыми методом свободной АДП. Средний возраст больных $48,5 \pm 2,3$ лет. Средняя площадь РД составила $18,2 \pm 2,6$ см². Причины развития РД были распределены на 4 группы: гнойные поражения (n=23), ампутиационные культы стоп (n=15), после некрэктомий (n=14), травматические поражения (n=10). Бактериологические исследования проводились на базе районной бактериологической лаборатории в динамике течения раневого процесса с включением качественных (вид возбудителя, чувствительность к антибактериальным препаратам) и количественных (количество колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 г ткани) показателей. Забор материала для бактериологических исследований осуществляли в соответствии с приказом МЗ СССР № 535 от 22.04.1985 г. «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». Площадь РД определяли с помощью обычных измерений и по методу расчета цифрового фотоизображения по формуле при сложной конфигурации поверхности [4]. При статистической обработке достоверность оценок проводили с использованием параметрических критериев и коэффициента корреляции, с поправкой на малые объемы сравниваемых выборок (n<30) при корреляционном анализе этиологических факторов развития ран и уровня контаминации, а также при сопоставле-

ФУНДАМЕНТАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ РАН

УДК: 617.58-001.4-009.85-022.7-089.851

Балацкий Е.Р.

МИКРОБИОЦЕНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ АУТОПЛАСТИЧЕСКОГО ЗАКРЫТИЯ РАН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ НАРУШЕННОЙ ТРОФИКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Проведен анализ микробиоценоза ран нижних конечностей различного генеза (гнойные поражения (n=23), ампутационные культы стоп (n=15), после некрэктомий (n=14), травматические поражения (n=10)) на фоне трофических нарушений перед аутодермопластикой у 62 пациентов. Изучены результаты приживления свободных кожных трансплантатов. Микробиоценоз ран в условиях трофических нарушений в большинстве случаев (80,6 %) был представлен S.aureus, ассоциативной флорой, S.epidermidis, Ps.aeruginosa. Длительная (> 14 суток) подготовка ран коррелирует с повышением уровня контаминации и уменьшением площади приживления трансплантатов для всех типов поражений, кроме гнойных ран.

Ключевые слова: микробиоценоз ран, трофические нарушения, аутодермопластика.

Вступление

Основные проблемы закрытия раневых дефектов (РД) в условиях нарушенной трофики базируются на специфических особенностях течения раневого процесса с нарушением классического фазного перехода, как правило, характеризующегося замедленным переходом во II-III фазу со склонностью формирования «застывших» ран [1]. Продолжительная подготовка раны способствует формированию трофических язв, длительно незаживающих ран, фактически формируя патологический замкнутый круг, разорвать который чаще всего возможно лишь после выполнения аутодермопластического (АДП) закрытия раны. Классические основы пластического закрытия ран в основном базируются на комбустииологических принципах. Микробиоценоз ожоговых ран хорошо изучен, но он имеет свои особенности [2], влияющие на результаты лечения и требующие максимальной деконтаминации РД. В условиях трофических нарушений, в силу целого ряда причин, имеются специфические особенности микробиоценоза и стремление к деконтаминации ран становится практически невозможным [3]. Информации об особенностях микробиоценоза РД в условиях трофических нарушений перед АДП закрытием в связи с прогнозом последующей регенерации нами не выявлено.

Цель исследования

Изучить особенности микробиоценоза перед АДП ран нижних конечностей в условиях трофических нарушений и возможное влияние его на результаты регенерации.

Объект и методы исследования

Использована сформированная в клинике систематическая архивная база результатов лечения РД на фоне трофических нарушений нижних конечностей за 2007-2012 гг. Критерии включения в данное исследование: остро возникшие РД в результате гнойно-некротических поражений и травматического генеза на фоне облитерирующего атеросклероза, различных

ангио-нейропатических расстройств, сердечной недостаточности; наличие данных о динамике контаминации, площади поражения; выполненная свободная АДП РД. Критерии исключения: трофические язвы и длительно незаживающие РД (более 1 месяца) до начала лечения; отсутствие данных динамического контроля; самостоятельная эпителизация РД или другой способ закрытия РД, кроме свободной АДП. Дополнительные факторы влияния, такие как способы подготовки РД, факторы общего и локального воздействия, не учитывались ввиду большого разнообразия и невозможности их полного учета в рамках данного исследования. Таким образом, для анализа отобраны данные о 62 больных с РД, закрытыми методом свободной АДП. Средний возраст больных $48,5 \pm 2,3$ лет. Средняя площадь РД составила $18,2 \pm 2,6$ см². Причины развития РД были распределены на 4 группы: гнойные поражения (n=23), ампутационные культы стоп (n=15), после некрэктомий (n=14), травматические поражения (n=10). Бактериологические исследования проводились на базе районной бактериологической лаборатории в динамике течения раневого процесса с включением качественных (вид возбудителя, чувствительность к антибактериальным препаратам) и количественных (количество колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 г ткани) показателей. Забор материала для бактериологических исследований осуществляли в соответствии с приказом МЗ СССР № 535 от 22.04.1985 г. «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений». Площадь РД определяли с помощью обычных измерений и по методу расчета цифрового фотоизображения по формуле при сложной конфигурации поверхности [4]. При статистической обработке достоверность оценок проводили с использованием параметрических критериев и коэффициента корреляции, с поправкой на малые объемы сравниваемых выборок (n<30) при корреляционном анализе этиологических факторов развития ран и уровня контаминации, а также при сопоставле-

нии контаминационных штаммов РД и площади регенерации. Расчеты проводили с использованием стандартного пакета Microsoft Office Excel (2003-2007) с макрос-дополнением XLSTAT-Pro и пакета прикладных статистических программ STATISTICA, версия 6.

Результаты исследований и их обсуждение

Основные полученные результаты отображены на рисунке 1 и в таблицах 1 и 2. Достоверной связи между различными штаммами и этиологическими особенностями развития РД (гнойные поражения, травма и др.) выявлено не было, то есть контаминация носила случайный характер. В 7 случаях при первичном бактериологическом исследовании посев отделяемого роста не дал (5 – ампутированная рана; 2 – травматические РД), но в динамике при контроле перед АДП получили появление микрофлоры в 3 случаях (кроме 4 случаев ампутированных ран, закрытых на 2-3 сутки). Уровень контаминации, вне зависимости от микробных изолятов и их ассоциаций, в динамике имел слабую положительную корреляцию (от +0,21 до +0,30 для 5 % уровня значимости), отражающую количественный рост штаммов от исходного уровня при длительной подготовке РД к АДП для всех типов поражений, кроме гнойных ран (Рис. 1). Правда, при этом необходимо учитывать тот факт, что к 14 суткам лечения уже более в 75,0 % случаев РД подверглись первому АДП закрытию, то есть, в последующем анализу подлежали наиболее проблематичные случаи. При гнойных поражениях количественная характеристика уровня контаминации резко снижалась, но постепенно нарастала после 14 суток, в основном за счет присоединения ассоциативной флоры, не превышая в средних показателях исходный уровень. По особенностям уровня контаминации и видовой характеристики штаммов травматические повреждения оказались схожими с ожоговыми ранами.

Особенности приживления в ранние сроки (до 14 суток) зависели от этиологической причины РД (табл. 1). Максимальная достоверная эффективность АДП для раннего закрытия РД получена для ран после ампутаций с культями (положительная корреляция до +0,36), оставленными для последующего этапного закрытия, травматических ран (положительная корреляция до +0,28) и ран после некрэктомий (положительная корреляция до +0,30). То есть, в этих случаях

выявлена прямая зависимость эффективной площади приживления от сроков АДП – чем раньше выполнялось закрытие, тем больше площадь приживления в ранние сроки. Возможно, это связано со специфическими трофическими расстройствами в ампутированной культе, обусловленными нарастанием ишемии в ране. Для гнойных ран целесообразна более длительная подготовка, с наиболее эффективным временным диапазоном в 7-14 дней с минимальным ранним лизисом при последующем контроле.

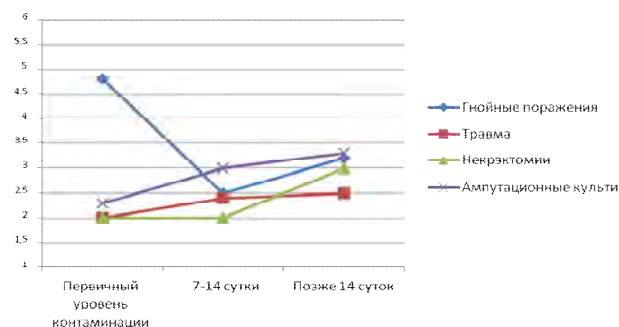


Рис. 1. Динамика изменения средних величин контаминации раны (по оси ординат КОЕ на 1 г ткани в условном пересчете от 10^1 до 10^6) в зависимости от причины развития РД и продолжительности лечения.

Повторные пластические вмешательства выполнены у 26 больных с целью полного закрытия РД, в среднем выполнено 1,8 повторных вмешательств на пациента в группе исследования. Риск раннего лизиса и вероятность выполнения повторных вмешательств достоверно повышался при высокой первичной контаминации раны, при сохранении высокого уровня контаминации перед пластикой и у больных с контаминацией отдельными штаммами. Наиболее высокий риск лизиса получен при контаминации штаммами *Pseudomonas aeruginosa*, *Ent. faecalis*, *S. aureus* MRSA и при наличии ассоциативной микрофлоры. Анализ отдаленных результатов лечения не входил в рамки исследования, но следует отметить выявленную закономерность (с невысоким уровнем положительной корреляции для малых выборок) наиболее высокого риска развития длительно незаживающих ран и трофических язв в этих же случаях.

Таблица 1. Выживаемость аутолооскутов в связи с этиологическими факторами и продолжительностью подготовки РД к закрытию.

Этиология раны	Приживление через 7 дней (средний % от площади РД) после пластики			Приживление через 14 дней (средний % от площади РД) после пластики		
	подготовка < 7 дней	подготовка 7–14 дней	подготовка > 14 дней	подготовка < 7 дней	подготовка 7–14 дней	подготовка > 14 дней
Гнойные поражения (n=23)	46,7±4,3 (n=7)	78,2±2,8 (n=8)	64,2±2,6 (n=8)	40,2±2,6 (n=7)	74,8±3,4 (n=8)	50,2±3,4 (n=8)
Ампутация (n=15)	80,2±6,6 (n=11)	34,8±2,6 (n=2)	54,5±2,2 (n=2)	72,8±4,5 (n=11)	30,2±4,8 (n=2)	50,4±4,0 (n=2)
Некрэктомии (n=14)	68,5±5,1 (n=8)	42,4±4,7 (n=2)	38,6±3,8 (n=4)	52,6±6,4 (n=8)	31,7±3,6 (n=2)	30,8±7,2 (n=4)
Травма (n=10)	78,4±6,6 (n=5)	75,4±6,3 (n=3)	58,2±6,8 (n=2)	72,0±4,4 (n=5)	68,5±4,5 (n=3)	56,3±4,2 (n=2)

Таблиця 2.
Основні штамми мікробіоценоза (95,5 %),
динаміка їх кількісних змін і найближчі результати аутопластичного закриття

Основні штамми мікроорганізмів (n=62)	Первинний рівень контамінації в рані			Рівень контамінації перед пластикой			Приживлення аутолооскутів від загальної площі рани в ранні терміни (середній % к 14 суткам)
	< 10 ³ КОЕ*	10 ³ – 10 ⁵ КОЕ	> 10 ⁵ КОЕ	< 10 ³ КОЕ	10 ³ – 10 ⁵ КОЕ	> 10 ⁵ КОЕ	
S.aureus MSSA (n=20)	3	15		18	1		86,2±3,8
MRSA (n=6)	1	5	2	4	2	1	52,2±2,7
S.epidermidis (n=6)	2	3	1	5	1		75,6±3,7
Ps.aeruginosa (n=6)	1	4	1	5	1		38,2±5,3
E.coli (n=4)	1	3		4			60,4±4,8
Kl.pneumoniae (n=3)	1	2		3			71,6±6,4
Enterobacter spp. (n=3)	1	2		2	1		58,2±5,6
Ent. faecalis (n=2)		2		1	1		45,0±5,0
Асоціативна флора сумарно (n=12)	3	3	6	6	4	2	46,2±4,8

РД. * – в тому числі випадки, коли первинний посів росту не дав.

Висновки

Мікробіоценоз ран в умовах трофічних порушень в більшості випадків (80,6 %) був представлений S.aureus з переважанням MSSA форм, асоціативної флори, S.epidermidis, Ps.aeruginosa. Довготривала (> 14 днів) підготовка РД к АДП корелює з підвищенням рівня контамінації і зменшенням площі приживлення аутолооскутів для всіх типів уражень, крім гнійних ран. Необхідно враховувати високий ризик раннього лізису аутолооскутів при контамінації штаммами Pseudomonas aeruginosa, Ent. faecalis, S. aureus MRSA і при наявності асоціативної мікрофлори, що вимагає проведення радикальної антибактеріальної терапії, активної локальної підготовки РД для максимальної де-контамінації.

Перспективи подальших досліджень

В клініці продовжуються дослідження впливу окремих факторів підготовки раневої поверхно-

сти, загального впливу (антибіотикотерапії, імуностимуляції і др.) на ефективність АДП при різних РД. Актуально дослідження факторів росту на різних етапах лікування РД в умовах трофічних порушень. Представляється перспективним проведення генетичного типірування штамів в динаміці в лікуванні проблемних ран.

Література

1. Иващенко В.В. Патогенез „застывшей раны” при синдроме диабетической стопы и методы восстановления микроциркуляции / В.В. Иващенко // Клінічна хірургія. – 2003. – № 11. – С. 48.
2. Клименко С.І. Мікрофлора опікової рани та чутливість її представників до антибіотиків при лікуванні з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів / С.І. Клименко, Т. І. Пятковський, О. Я. Бадюк // Шпитальна хірургія. – 2007. – № 2. – С. 23-25.
3. Kirketerp- K.Moller Distribution, organization, and ecology of bacteria in chronic wounds / K.Moller Kirketerp, P.O.Jensen, M.Fazli [et al.] // J. Clin. Microbiol. – 2008. – V. 46 (8). – P. 2717–2722.
4. Пат. 2301626 Россия, МКИ А61В10/00. Способ определения площади дефекта кожи и контроля ее изменений / Ю.П. Савченко, С.Р. Федосов, А.М. Плаксин – № 2005135783/14 ; заявл. 01.11.2005 ; Опубл.01.2006 ; Приоритет 18.11.2007.

Реферат

МІКРОБІОЦЕНОЗ ТА РЕЗУЛЬТАТИ АУТОПЛАСТИЧНОГО ЗАКРИТТЯ РАН НИЖНІХ КІНЦІВОК В УМОВАХ ТРОФІЧНИХ ПОРУШЕНЬ

Балацький Є.Р.

Ключові слова: мікробіоценоз ран, трофічні порушення, аутодермопластика.

Проведено аналіз мікробіоценозу ран нижніх кінцівок різного генезу (гнійні ураження (n = 23), ампутаційні куки стоп (n = 15), після некротомії (n = 14), травматичні ураження (n = 10)) на тлі трофічних порушень перед аутодермопластикой у 62 пацієнтів. Вивчено результати приживлення вільних шкірних трансплантатів. Мікробіоценоз ран в умовах трофічних порушень у більшості випадків (80,6%) був представлений S.aureus, асоціативної флорою, S.epidermidis, Ps.aeruginosa. Тривала (> 14 днів) підготовка ран корелює з підвищенням рівня контамінації та зменшенням площі приживлення трансплантатів для всіх типів уражень, крім гнійних ран.

Summary

MICROBIOCENOSIS AND RESULTS OF AUTOPLASTIC WOUND CLOSURE ON LOWER EXTREMITIES AGAINST TROPHIC DISTURBANCES

Balatskiy Ye.R.

Keywords: microbiocenosis of wound, trophic disturbances, autodermoplasty.

The analysis of microbiocenosis of wounds of different genesis as suppurations (n=23), foot stumps (n=15), after necrotomies (n=14), traumatic injuries (n=10)) against the background of trophic disorders before autodermoplasty was carried out on 62 patients. The results of engraftment of free skin grafts were studied. The microbiocenosis of wounds against the background of trophic disturbances was mainly (80.6 %) presented with S.aureus associative microbiota, S.epidermidis, Ps.aeruginosa. Long-term (> 14 days) treatment of wounds correlates with the increased contamination and the reduction of the area of engraftment for all types of lesions, except of purulent wounds.

УДК 617.586 – 001.19 - 08

Бугайов В.І, Леонов В. В., Кононенко М.Г., Жданов С.М., Солодовник О.В.

ВИПАДОК САМОАМПУТАЦІЇ ОБОХ СТОП ВНАСЛІДОК ВІДМОРОЖЕННЯ

Медичний інститут Сумського медичного університету

Спеціалізована медична допомога при відмороженнях є комплексом консервативних та оперативних засобів лікування в реактивному періоді холодової травми. Мета консервативного лікування – максимально відновити життєздатність пошкоджених тканин. Оперативне лікування проводиться у вигляді некректомії на рівні демаркаційної лінії у віддалений термін після відмороження. Попередження або зменшення ускладнень внаслідок холодкових чинників відбувається при своєчасному зверненні за медичною допомогою.

Ключові слова: холодова травма, суха гангрена, самоампутація.

Вступ

Щорічно до лікувальних закладів України надходять постраждалі з різними стадіями відмороження. Кількість таких хворих збільшується у декілька разів у періоди різких похолодань. За зимовий період 2011-2012 років в Україні були зареєстровані понад 10000 переохолоджень та відмороження. Близько 100 потерпілих загинуло [1, 2, 4, 5].

Мета

Продемонструвати результати лікування хворого на тяжку холодову травму з відмороженням IV ступеня обох стоп.

Матеріали і методи

У хірургічному відділенні №3 Сумської клінічної лікарні №5 ми спостерігали хворого з сухою гангrenoю і самоампутацією обох ступнів на рівні гомілкостопних суглобів внаслідок відмороження.

Чоловік Н., 57 років, звернувся за медичною допомогою до приймального відділення 03 травня 2009 року. При госпіталізації хворого встановлений діагноз: суха гангрена нижніх кінцівок, самоампутація обох ступнів на рівні гомілкостопних суглобів (Мал. 1). З анамнезу відомо, що у березні 2009 року, після вживання алкоголю, нехтуючи правилами індивідуальної безпеки (повертався з роботи пішки в мокрому взутті) отримав переохолодження. Хворий є самотній і понад два тижні після переохолодження перебував вдома.



Мал. 1. Вигляд кінцівок при госпіталізації Історія хвороби № 141

Пацієнт відмічає, що за порадою знайомих, які не мали медичної освіти, займався самолікуванням. Після появи кров'янистих пухирів на стопах, почав застосовувати ванни (окріп з сіллю) та використовувати місцево тваринний жир. Зі слів хворого наступного дня шкіра на стопах залишалася блідою, з'явилися міхури

з кров'яним вмістом, зберігався сильний біль у кінцівках. Протягом наступних двох днів ступні втратили чутливість. Через добу з'явився озноб, на 6 добу відмітив погіршення загального самопочуття. Колір шкіри ступнів змінився на сіро-чорний. Через 13 днів шкіра на стопах стала сухою, що свідчить про початок муміфікації тканин. Клінічна картина відповідала вкрай тяжкому (IV) ступеню відмороження. Об'єктивно: хворий орієнтований в часі. Стопи обох нижніх кінцівок муміфіковані з чіткою демаркаційною лінією, з гомілками були поєднані лише залишками сухожилів. Кістки ступнів та гомілок оголені. Потерпілому протягом двох днів проводилася інфузійна, дезінтоксикаційна та антибактеріальна терапія. Враховуючи збережений кровоток в проксимальній частині гомілок, з метою подальшого оптимального функціонального протезування запропоновано виконати ампутацію обох нижніх кінцівок на рівні середньої третини гомілок [2, 3, 5, 8]. Оперативне втручання проведено під епідуральною та внутрішньовенною анестезією. Під час операції в ампутаційні кукси введено 2,0 ципрофлоксацину, який застосовували протягом 7 днів у післяопераційному періоді. Ампутаційні кукси дреновані гумовими випускниками. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

Результати. Хворий у задовільному стані на 12 добу після операції виписаний під нагляд хірурга-ортопеда за місцем мешкання (Мал.2).



Мал. 2 Кінцевий результат лікування.

Спеціалізована медична допомога при відмороженнях є комплексом консервативних та оперативних засобів лікування в реактивному періоді холодової травми. Головна мета консервативного лікування – максимально відновити життєздатність пошкоджених тканин. Для цього використовують антикоагулянти та дезагриганти, десенсибілізуючі засоби, імуномодуючу та трансфузійну терапію. Оперативне лікування складається в проведенні некректомії на рівні демаркаційної лінії у віддалений термін після відмороження [4,5,6,7].

УДК 617.586 – 001.19 - 08

Бугайов В.І, Леонов В. В., Кононенко М.Г., Жданов С.М., Солодовник О.В.

ВИПАДОК САМОАМПУТАЦІЇ ОБОХ СТОП ВНАСЛІДОК ВІДМОРОЖЕННЯ

Медичний інститут Сумського медичного університету

Спеціалізована медична допомога при відмороженнях є комплексом консервативних та оперативних засобів лікування в реактивному періоді холодової травми. Мета консервативного лікування – максимально відновити життєздатність пошкоджених тканин. Оперативне лікування проводиться у вигляді некректомії на рівні демаркаційної лінії у віддалений термін після відмороження. Попередження або зменшення ускладнень внаслідок холодкових чинників відбувається при своєчасному зверненні за медичною допомогою.

Ключові слова: холодова травма, суха гангрена, самоампутація.

Вступ

Щорічно до лікувальних закладів України надходять постраждалі з різними стадіями відмороження. Кількість таких хворих збільшується у декілька разів у періоди різких похолодань. За зимовий період 2011-2012 років в Україні були зареєстровані понад 10000 переохолоджень та відмороження. Близько 100 потерпілих загинуло [1, 2, 4, 5].

Мета

Продемонструвати результати лікування хворого на тяжку холодову травму з відмороженням IV ступеня обох стоп.

Матеріали і методи

У хірургічному відділенні №3 Сумської клінічної лікарні №5 ми спостерігали хворого з сухою гангrenoю і самоампутацією обох ступнів на рівні гомілкостопних суглобів внаслідок відмороження.

Чоловік Н., 57 років, звернувся за медичною допомогою до приймального відділення 03 травня 2009 року. При госпіталізації хворого встановлений діагноз: суха гангрена нижніх кінцівок, самоампутація обох ступнів на рівні гомілкостопних суглобів (Мал. 1). З анамнезу відомо, що у березні 2009 року, після вживання алкоголю, нехтуючи правилами індивідуальної безпеки (повертався з роботи пішки в мокрому взутті) отримав переохолодження. Хворий є самотній і понад два тижні після переохолодження перебував вдома.



Мал. 1. Вигляд кінцівок при госпіталізації Історія хвороби № 141

Пацієнт відмічає, що за порадою знайомих, які не мали медичної освіти, займався самолікуванням. Після появи кров'янистих пухирів на стопах, почав застосовувати ванни (окріп з сіллю) та використовувати місцево тваринний жир. Зі слів хворого наступного дня шкіра на стопах залишалася блідою, з'явилися міхури

з кров'яним вмістом, зберігався сильний біль у кінцівках. Протягом наступних двох днів ступні втратили чутливість. Через добу з'явився озноб, на 6 добу відмітив погіршення загального самопочуття. Колір шкіри ступнів змінився на сіро-чорний. Через 13 днів шкіра на стопах стала сухою, що свідчить про початок муміфікації тканин. Клінічна картина відповідала вкрай тяжкому (IV) ступеню відмороження. Об'єктивно: хворий орієнтований в часі. Стопи обох нижніх кінцівок муміфіковані з чіткою демаркаційною лінією, з гомілками були поєднані лише залишками сухожилля. Кістки ступнів та гомілок оголені. Потерпілому протягом двох днів проводилася інфузійна, дезінтоксикаційна та антибактеріальна терапія. Враховуючи збережений кровоток в проксимальній частині гомілок, з метою подальшого оптимального функціонального протезування запропоновано виконати ампутацію обох нижніх кінцівок на рівні середньої третини гомілок [2, 3, 5, 8]. Оперативне втручання проведено під епідуральною та внутрішньовенною анестезією. Під час операції в ампутаційні кукси введено 2,0 ципрофлоксацину, який застосовували протягом 7 днів у післяопераційному періоді. Ампутаційні кукси дреновані гумовими випускниками. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень.

Результати. Хворий у задовільному стані на 12 добу після операції виписаний під нагляд хірурга-ортопеда за місцем мешкання (Мал.2).



Мал. 2 Кінцевий результат лікування.

Спеціалізована медична допомога при відмороженнях є комплексом консервативних та оперативних засобів лікування в реактивному періоді холодової травми. Головна мета консервативного лікування – максимально відновити життєздатність пошкоджених тканин. Для цього використовують антикоагулянти та дезагриганти, десенсибілізуючі засоби, імуномодуючу та трансфузійну терапію. Оперативне лікування складається в проведенні некректомії на рівні демаркаційної лінії у віддалений термін після відмороження [4,5,6,7].

Висновки

В цьому клінічному випадку чинниками, які призвели до розвитку сухої гангрен з самоампутацією обох ступнів та подальшої інвалідизації пацієнта працездатного віку були: низька обізнаність хворого та його оточення щодо холододових пошкоджень та нехтування правилами індивідуальної безпеки. У наведеному клінічному спостереженні можна припустити високу ймовірність попередження або зменшення ускладнень внаслідок холододових чинників при своєчасному зверненні за медичною допомогою.

Перспективи подальших досліджень

Підвищення обізнаності населення щодо наслідків холодової травми та неприпустимості самолікування шляхом активізації санітарно-просвітницької роботи. Подальше вивчення холодової травми з метою покращення результатів лікування та зменшення інвалідності.

Література

1. Акимов Г.А. Общее охлаждение организма / Г.А. Акимов, Н.В. Алишев, В.А. Бернштейн, В.А. Бурков. – Л. : Медицина, 1977. – 184 с.
2. Козинец Г.П. Консервативне та оперативне лікування відморожень / Г.П. Козинец, А.С.Садовий, Ю.М. Васильчук // Хірургія України. – 2005. – №4. – С.6-8.
3. Липатов К. М. Глубокие отморожения конечностей: комплексный подход к диагностике и лечению / К. М. Липатов, Ф.Г. Фархат, А.Л. Бородин // Журнал Врач. – 2005. – №9. – С.36-38.
4. Чадаев А.П. Холодовая травма / А.П.Чадаев // Российский медицинский журнал. – 2005. – №5. – С. 20.
5. Мищук Н.Е. Холодовая болезнь / Н.Е. Мищук // Медицина неотложных состояний. – 2006. – №4. – С.42-47.
6. Козинец Г.П. Особенности развития эндогенной интоксикации при тяжелых отморожениях / Г.П. Козинец, О.И. Осадча, Г.П. Хитрый // Український журнал екстремальної медицини. – 2007. – Т. 8, №2. – С.48-51.
7. Affleck D.G. Assessment of tissue viability in complex extremity injuries: utility of the pyrophosphate nuclear scan / D.G. Affleck, L. Edelman, S.E. Morris, J.R. Saffle // J. Trauma. – 2001. – V.50, №2. – P.263-269.
8. Cheng W. Cold trauma / W. Cheng, H. Saing, H. Zhou, Y. Han, W. Peh // J. Pediatr Surg. – 2001. – V.36, №3. – P.466-469.

Реферат

СЛУЧАЙ САМОАМПУТАЦИИ ОБЕИХ СТОП ВСЛЕДСТВИЕ ОТМОРОЖЕНИЯ

Бугайов В.И., Леонов В. В., Кононенко Н.Г., Жданов С.Н., Солодовник А.В.

Ключевые слова : холододовая травма, сухая гангрена, самоампутация.

Специализированная медицинская помощь при отморожениях – это комплекс консервативных и оперативных способов лечения в реактивном периоде холодовой травмы. Цель консервативного лечения - максимально восстановить жизнеспособность поврежденных тканей. Оперативное лечение проводится в виде некрэктомии на уровне демаркационной линии в отдаленные сроки после отморожения. Предупреждение или уменьшение осложнений вследствие холодовых факторов происходит при своевременном обращении за медицинской помощью.

Summary

CASE OF SELF-AMPUTATION CAUSED WITH FROSTBITE

Bugayov V.I., Leonov, V. V., Kononenko M. G., Zhdanov S. M., Solodovnyk O. V

Keywords: cold injury, dry gangrene, self- amputation.

Treatment for frostbite includes first-aid care and medical treatment both conservative and surgical depending on the severity of the frostbite. The goal of conservative treatment is to provide maximum tissue viability in injured areas. Surgical treatment consists in performing necrectomy above the demarcation line in remote period after frostbite. Prevention or reduction of complications caused by cold affection may be possible in cases when medical care is provided immediately.

УДК 616-0.85.835.546.214; 616.5-089.844

Ганжий В.В., Рилов А.І., Руденко Д.Ю., Танцура П.Ю.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ

Запорізький державний медичний університет.

Статтю присвячено проблемі поліпшення результатів лікування хворих з трофічними виразками (ТВ) нижніх кінцівок різної етіології шляхом удосконалення методів діагностики місцевих тканинних змін і лікування, способів підготовки виразкових дефектів та вдосконалення техніки операцій шкірної пластики. Клінічна частина роботи ґрунтується на комплексному обстеженні 156 хворих з ТВ різної етіології. Розроблена програма місцевого лікування з використанням методу локальної озонотерапії з урахуванням фаз ранового процесу та характеру місцевих дегенеративних змін в зоні виразкового дефекту, що ефективно сприяла ранньому регресу гнійно-запального процесу та активізації регенерації у хворих основної групи, а також більш випередженим термінам підготовки ТВ до шкірно-пластичних операцій у порівнянні з контрольною групою.

Ключові слова: трофічна виразка, аутодермопластика, консервативне та хірургічне лікування.

Вступ

Лікування трофічних виразок (ТВ) є однією з актуальних і складних проблем сучасної клінічної хірургії [1,3]. Її актуальність пов'язана з широким поширенням даної патології [4,7,8]. Незважаючи на появу величезної кількості препаратів і способів консервативної та місцевої терапії, тривалість строків лікування в більшості пацієнтів становлять у середньому близько 4-6 місяців [2,6]. У сучасній науці досить велика увага приділяється питанням підготовки та особливостям виконання шкірно-пластичних операцій [4]. Але, не-

зважаючи на це, мають місце істотні розбіжності у виборі способів місцевого лікування і фізичних методів впливу з метою підготовки до виконання шкірно-пластичних операцій у хворих з ТВ різної етіології [2,4,5].

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих з ТВ нижніх кінцівок різної етіології шляхом удосконалення методів діагностики, способів підготовки виразкових дефектів до шкірної пластики.

Висновки

В цьому клінічному випадку чинниками, які призвели до розвитку сухої гангрені з самоампутацією обох ступнів та подальшої інвалідизації пацієнта працездатного віку були: низька обізнаність хворого та його оточення щодо холододових пошкоджень та нехтування правилами індивідуальної безпеки. У наведеному клінічному спостереженні можна припустити високу ймовірність попередження або зменшення ускладнень внаслідок холододових чинників при своєчасному зверненні за медичною допомогою.

Перспективи подальших досліджень

Підвищення обізнаності населення щодо наслідків холодової травми та неприпустимості самолікування шляхом активізації санітарно-просвітницької роботи. Подальше вивчення холодової травми з метою покращення результатів лікування та зменшення інвалідності.

Література

1. Акимов Г.А. Общее охлаждение организма / Г.А. Акимов, Н.В. Алишев, В.А. Бернштейн, В.А. Бурков. – Л. : Медицина, 1977. – 184 с.
2. Козинец Г.П. Консервативне та оперативне лікування відморожень / Г.П. Козинец, А.С.Садовий, Ю.М. Васильчук // Хірургія України. – 2005. – №4. – С.6-8.
3. Липатов К. М. Глубокие отморожения конечностей: комплексный подход к диагностике и лечению / К. М. Липатов, Ф.Г. Фархат, А.Л. Бородин // Журнал Врач. – 2005. – №9. – С.36-38.
4. Чадаев А.П. Холодовая травма / А.П.Чадаев // Российский медицинский журнал. – 2005. – №5. – С. 20.
5. Мищук Н.Е. Холодовая болезнь / Н.Е. Мищук // Медицина неотложных состояний. – 2006. – №4. – С.42-47.
6. Козинец Г.П. Особенности развития эндогенной интоксикации при тяжелых отморожениях / Г.П. Козинец, О.И. Осадча, Г.П. Хитрый // Український журнал екстремальної медицини. – 2007. – Т. 8, №2. – С.48-51.
7. Affleck D.G. Assessment of tissue viability in complex extremity injuries: utility of the pyrophosphate nuclear scan / D.G. Affleck, L. Edelman, S.E. Morris, J.R. Saffle // J. Trauma. – 2001. – V.50, №2. – P.263-269.
8. Cheng W. Cold trauma / W. Cheng, H. Saing, H. Zhou, Y. Han, W. Peh // J. Pediatr Surg. – 2001. – V.36, №3. – P.466-469.

Реферат

СЛУЧАЙ САМОАМПУТАЦИИ ОБЕИХ СТОП ВСЛЕДСТВИЕ ОТМОРОЖЕНИЯ

Бугайов В.И., Леонов В. В., Кононенко Н.Г., Жданов С.Н., Солодовник А.В.

Ключевые слова : холододовая травма, сухая гангрена, самоампутация.

Специализированная медицинская помощь при отморожениях – это комплекс консервативных и оперативных способов лечения в реактивном периоде холодовой травмы. Цель консервативного лечения - максимально восстановить жизнеспособность поврежденных тканей. Оперативное лечение проводится в виде некрэктомии на уровне демаркационной линии в отдаленные сроки после отморожения. Предупреждение или уменьшение осложнений вследствие холододовых факторов происходит при своевременном обращении за медицинской помощью.

Summary

CASE OF SELF-AMPUTATION CAUSED WITH FROSTBITE

Bugayov V.I., Leonov, V. V., Kononenko M. G., Zhdanov S. M., Solodovnyk O. V

Keywords: cold injury, dry gangrene, self- amputation.

Treatment for frostbite includes first-aid care and medical treatment both conservative and surgical depending on the severity of the frostbite. The goal of conservative treatment is to provide maximum tissue viability in injured areas. Surgical treatment consists in performing necrectomy above the demarcation line in remote period after frostbite. Prevention or reduction of complications caused by cold affection may be possible in cases when medical care is provided immediately.

УДК 616-0.85.835.546.214; 616.5-089.844

Ганжий В.В., Рилов А.І., Руденко Д.Ю., Танцура П.Ю.

ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ТРОФІЧНИМИ ВИРАЗКАМИ

Запорізький державний медичний університет.

Статтю присвячено проблемі поліпшення результатів лікування хворих з трофічними виразками (ТВ) нижніх кінцівок різної етіології шляхом удосконалення методів діагностики місцевих тканинних змін і лікування, способів підготовки виразкових дефектів та вдосконалення техніки операцій шкірної пластики. Клінічна частина роботи ґрунтується на комплексному обстеженні 156 хворих з ТВ різної етіології. Розроблена програма місцевого лікування з використанням методу локальної озонотерапії з урахуванням фаз ранового процесу та характеру місцевих дегенеративних змін в зоні виразкового дефекту, що ефективно сприяла ранньому регресу гнійно-запального процесу та активізації регенерації у хворих основної групи, а також більш випередженим термінам підготовки ТВ до шкірно-пластичних операцій у порівнянні з контрольною групою.

Ключові слова: трофічна виразка, аутодермопластика, консервативне та хірургічне лікування.

Вступ

Лікування трофічних виразок (ТВ) є однією з актуальних і складних проблем сучасної клінічної хірургії [1,3]. Її актуальність пов'язана з широким поширенням даної патології [4,7,8]. Незважаючи на появу величезної кількості препаратів і способів консервативної та місцевої терапії, тривалість строків лікування в більшості пацієнтів становлять у середньому близько 4-6 місяців [2,6]. У сучасній науці досить велика увага приділяється питанням підготовки та особливостям виконання шкірно-пластичних операцій [4]. Але, не-

зважаючи на це, мають місце істотні розбіжності у виборі способів місцевого лікування і фізичних методів впливу з метою підготовки до виконання шкірно-пластичних операцій у хворих з ТВ різної етіології [2,4,5].

Мета дослідження

Покращення результатів лікування хворих з ТВ нижніх кінцівок різної етіології шляхом удосконалення методів діагностики, способів підготовки виразкових дефектів до шкірної пластики.

Пацієнти та методи дослідження

Клінічна частина роботи ґрунтується на комплексному обстеженні 156 хворих з ТВ венозної етіології, ХАННК, ЦД. Встановлені клінічні особливості місцевих тканинних змін у хворих з ТВ різної етіології: у 22 (33,3 %) було виявлено некротичний, у 31 (46,9 %) – дистрофічний, у 13 (19,8 %) запальний тип місцевих дегенеративних змін.

Хворим з ТВ призначали консервативне етіологічне і патогенетичне лікування захворювань артерій, або вен нижніх кінцівок, компенсацію ЦД.

Пацієнтам контрольної групи місцеве лікування проводилося за традиційними методиками. Лікування хворих основної групи проводилось з урахуванням характеру місцевих тканинних змін в зоні виразкового дефекту.

З метою очищення ТВ від некротів та зменшення гнійної ексудації у пацієнтів з некротичним типом місцевих дегенеративних змін застосовували наступні додаткові методи впливу на рановий процес: проточну обробку ранової поверхні озоном, сорбційну терапію, метод «вологої камери». Для найбільш повного видалення мікробних тіл і бактеріальних токсинів з рани використовували сорбційні покриття. Ранову поверхню обробляли сорбентом, після чого покривали стерильними серветками, зверху накладали стерильну целофанову плівку. Далі створювали ватну подушку і проводили марлеве бинтування. Таким чином, створювалися умови для загоєння у вологому середовищі, тобто проводили метод «вологої камери». Також проводили системну антибактеріальну терапію.

Пацієнтам з запальним типом місцевих дегенеративних змін у зоні ТВ місцева озонотерапія проводилася у вигляді проточної газациї ураженої кінцівки в пластиковій камері з концентрацією озону 15 мг/л та експозицією 15 хв. Тривалість аерації становила 15 хв, щодня, протягом 8-10 діб. Через день виконували підшкірне введення озono-кисневої суміші по периметру виразкового дефекту з концентрацією озону 1 мг/л у кількості від 50 до 100 см³.

Хворим у другій фазі ранового процесу і пацієнтам з дистрофічним типом місцевих дегенеративних змін у зоні ТВ концентрацію озону при місцевому впливі знижували до 5 мг/л, а час впливу збільшували до 20-

25 хв.. Призначали препарати, що поліпшують трофіку тканин. По закінченні чергового сеансу лазеротерапії, на виразкову поверхню накладали мазеву або гідроколоїдну (гідрогелеву) пов'язку з метою створення в рані вологого середовища. Призначали препарати, що поліпшують трофіку тканин.

В процесі лікування у пацієнтів основної групи очищення ТВ та активізація епітелізації наступали в більш ранні терміни у порівнянні з контрольною групою

Результати досліджень та їх обговорення

В процесі лікування у пацієнтів основної групи очищення ТВ та активізація епітелізації наставали в більш ранні терміни у порівнянні з контрольною групою.

У хворих основної групи з ТВ венозної етіології, відзначалося найбільш швидке загоєння – (0,36 ± 0,02) см/діб, в контрольній групі швидкість загоєння становила (0,27 ± 0,02) см/діб (t=4,01 при p<0,05). Середня швидкість епітелізації ТВ на тлі ЦД у пацієнтів основної групи складала (0,32 ± 0,02) см/діб, у пацієнтів контрольної групи – (0,23 ± 0,02) см/діб (t=3,20 при p<0,05). У хворих основної групи з ТВ при ХАННК швидкість загоєння була трохи нижчою – (0,31 ± 0,02) см/діб, в контрольній групі швидкість загоєння була мінімальною – (0,21 ± 0,02) см/діб (t=3,53 при p<0,05).

За даними бактеріологічних досліджень, на 15 добу кількість мікробних тіл знизилася нижче критичного рівня (менш ніж 10³ КУО/мл) в 39,06 % випадків в основній групі та в 41,92 % в контрольній групі. У 8 (12,50 %) пацієнтів основної та у 25 (27,17 %) хворих контрольної групи кількість мікробних тіл залишалася вище критичного рівня. У 42,19% хворих основної групи та у 20,65% хворих контрольної групи спостерігалася повна санація ТВ. Крім того, у контрольній і основній групах відбулася зміна мікрофлори на умовно-патогенну та сапрофітну в 25,60 % і 19,67 % випадках, відповідно.

Дослідження кількісного складу клітин у мазках-відбитках на 7-му добу лікування показало, що у пацієнтів основної групи більш інтенсивно та з явним випередженням зросла кількість лімфоцитів, макрофагів, фібробластів у порівнянні з контрольною групою (табл. 1)

Таблиця 1
Цитологічні показники у хворих основної і контрольної групи на 7-му добу лікування (M±σ)

Показник	Основна група			Контрольна група (n=26)
	запальний тип (n=8)	некротичний тип (n=13)	дистрофічний тип (n=19)	
Число лейкоцитів у полі зору	78,8 ± 4,3*	70 ± 2,9	75,2 ± 2,0	81,4 ± 1,1
Деструкція лейкоцитів, %	52,9 ± 2,5	53,5 ± 1,4	57,6 ± 1,7*	59,5 ± 2,0
Клітинний склад, %				
Лімфоцити	3,9 ± 0,1*	3,7 ± 0,1	1,8 ± 0,09	1,0 ± 0,08
Макрофаги	12,3 ± 0,9*	11,8 ± 0,6	10,2 ± 0,7	8,8 ± 0,5
Фібробласти	5,9 ± 0,3	5,2 ± 0,4	3,8 ± 0,5	2,1 ± 0,3

Примітка. * - статистично значимі розбіжності в групах по відповідному показнику (p<0,05) при порівнянні з контрольною групою

Середній термін готовності ТВ венозної етіології до пластичного закриття в основній групі склав (14,4 ± 0,4) діб, у контрольній групі цей показник дорівнював (18,6 ± 0,7) діб (p<0,05). При традиційному лікуванні у 36 (76,6 %) хворих за цей час треба було проведення більш ніж 2-і некректомії, у той час в основній групі 2-і та більше некректомії треба було виконати 16 (48,5 %) пацієнтам (p<0,05), а у 17 (51,5 %) хворих вдалося повністю їх уникнути.

Середній термін готовності ТВ, обумовлених ХАННК до пластичного закриття в основній групі становив (21,3 ± 0,5) діб, в контрольній групі – (25,8 ± 0,6)

діб (p<0,05). Проведення більш ніж 2-х некректомій треба було виконати 13 (61,9 %) хворим контрольної групи та 6 (40,0 %) пацієнтам основної групи (p<0,05).

Середній термін готовності ТВ у пацієнтів на тлі ЦД до пластичного закриття склав (18,2 ± 0,6) діб, у контрольній групі цей показник дорівнював (23,6 ± 0,7) діб (p<0,05). При традиційному лікуванні у 20 (83,3%) хворих за цей час треба було проведення більш ніж 2-х некректомій, в основній групі 2-і та більше некректомії треба було провести 11 (68,8 %) пацієнтам (p<0,05), а у 5 (31,2 %) пацієнтів вдалося повністю уникнути проведення повторних некректомій.

Висновки

Розроблена програма місцевого лікування у хворих з ТВ різної етіології з використанням методів локальної озонотерапії сприяє більш ранньому регресу гнійно-запального процесу та активізації регенерації. Строки появи зрілої грануляційної тканини достовірно скоротилися у хворих з ТВ венозної етіології на 36,2 % ($t=3,67$, $p<0,05$), при ЦД – на 21,9 % ($t=3,96$, $p<0,05$), при ХАННК – на 20,8 % ($t=4,01$, $p<0,05$), а строки готовності ТВ до шкірної пластики – на 25,0 % ($t=3,18$, $p<0,05$); 28,1 % ($t=3$, $p<0,05$); 32,3 % ($t=3,53$, $p<0,05$), відповідно.

Література

1. Богданец Л. И. Концепция влажного заживления венозных язв / Л. И. Богданец, С. С. Березина, А. И. Кириенко // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2007. – № 5. – С. 26-35.

2. Козинец Т. П. Лечение венозных трофических язв с применением вакуум-дренирования / Т. П. Козинец, Ю. М. Васильчук, А. С. Садовой [и др.] // Клінічна хірургія. – 2010. – №11-12. – С.24.
3. Нузова О. Б. Лечение трофических язв нижних конечностей милацилом и магнитолазеротерапией / О. Б. Нузова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. – 2008. – № 3. – С. 30-33.
4. Фисталь Э. Я. Опыт ультразвуковой кавитации при лечении ран различной этиологии / Э. Я. Фисталь, Д. М. Коротких, В. В. Сошенко [и др.] // Камбустиология. – 2007. – № 1. – С.56.
5. Бойко В. В. Способ подготовки трофических язв голени и стопы к операции кожной пластики / В. В. Бойко, Аль Ганем Ибрагим, Ю. И. Исаев [и др.] // Український журнал хірургії. – 2009. – №3. – С.14-16.
6. Хромили В. Н. Современные аспекты местного лечения хронических ран нижних конечностей у больных сахарным диабетом / В. Н. Хромили // Сахарный диабет. – 2005. – № 4. – С.1-8.
7. Chetter I. C. Quality of life analysis in lower limb ischaemia: suggestions for standardization / I. C. Chetter [et al.] // Eur. J. Vase. Endovasc. – V.3, №6. – P.597-604.
8. Dissemmond J. Differential diagnosis of leg ulcers / J. Dissemmond, A. Korber, S. Grabbe // JDDG. – 2006. – V.8. – P.627-633.

Реферат

УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ

Ганжий В.В., Рылов А.И., Руденко Д.Ю., Танцура П.Ю.

Ключевые слова: трофическая язва, аутодермопластика, консервативное и хирургическое лечение

Статья посвящена проблеме улучшения результатов лечения больных с трофическими язвами (ТЯ) нижних конечностей различной этиологии путем усовершенствования методов диагностики местных тканевых изменений и лечения, способов подготовки язвенных дефектов к операциям кожной пластики. Клиническая часть работы основывается на комплексном обследовании 156 больных с ТЯ различной этиологии. Разработана программа местного лечения с использованием методов локальной озонотерапии с учетом фазы раневого процесса и характера местных дегенеративных изменений в зоне язвенного дефекта, которая эффективно способствовала купированию гнойно-воспалительного процесса и ранней активизации регенерации у больных основной группы, а также более опережающим срокам подготовки ТЯ к кожно-пластическим операциям по сравнению с контрольной группой.

Summary

HOW TO IMPROVE TREATMENT OUTCOMES FOR PATIENTS WITH TROPHIC ULCERS

Ganzhiy V.V., Rylov A.I., Rudenko D. Y., Tantsura P.Y.

Key words: trophic ulcers, autodermoplasty, conservative and surgical treatment.

Clinical part of work is based on comprehensive survey of 156 patients with trophic ulcers (TU) of venous etiology, chronic arterial insufficiency of lower extremities (CAILE), diabetes mellitus (DM). There was a program developed for local treatment using the method of local ozone therapy taking into account the phase of wound healing and character of local degenerative changes in the TU zone. This effectively promoted the regression of purulent and inflammatory process and enhanced the tissue regeneration.

УДК: 617.51-001.17.001.33

Герич І.Д.¹, Савчин В.С.², Стояновський І.В.¹, Барвінська А.С.¹, Чемерис О.М.²**НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ОПІКІВ ГОЛОВИ**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹,
8-ма міська клінічна лікарня м. Львова²

Актуальність. Опіки голови (ОГ) характеризуються важкими фізичними, соціальними та естетичними наслідками. **Мета.** Розпрацювати анатомо-функціональну класифікацію для диференційованої оцінки важкості опікових уражень окремих естетичних територій голови як підґрунтя для застосування диференційованих діагностично-лікувальних підходів, прогнозування і лікування наслідків опікової травми. **Матеріали і методи.** Ретроспективний аналіз 128 хворих з ОГ та їх ускладненнями, які лікувалися в опіковому центрі Львова в 1999-2012 рр. **Результати.** Класифікація ґрунтується на відмінності обличчя і волосистої частини голови. Обличчя було розділено на центральну і периферичну зони. В обох зонах виділено окремі естетичні регіони: очі, ніс, рот, губи і підборіддя в центральній зоні; чоло, скроні, щоки та вуха в периферичній зоні. Кожен сегмент голови було позначено по першій букві відповідного англійського терміну для конкретної зони. Для оцінки площі та поширеності опікового ураження в межах кожної окремої зони використано власну трисегментну шкалу оцінки розповсюдженості опіку, яка передбачала стратифікацію ОГ на великі (Ттах – ураження всього сегмента), помірні (Ттеd – ураження понад 1/2 сегмента) та малі (Ттін – від точкового до ураження до 1/2 сегмента), зокрема зони площею, починаючи від точки і до 4 см² були оцінені як мінімальні. Тому, виходячи з цієї класифікації, традиційний діагноз ОГ трансформувався в набір індексів, які містили детальну інформацію про прикладні характеристики опіку, необхідні для прийняття адекватних лікувальних рішень і неупередженого прогнозування. **Висновки.** Нова класифікація ОГ дозволяє диференційно оцінити опікове ушкодження, просто, швидко і прецизійно верифікувати клінічно зорієнтований діагноз, спланувати адекватну стратегію лікування та коректніше прогнозувати наслідки опікової травми цієї локалізації.

Ключові слова: опікова травма голови, класифікація, лікування опіків.

Опіки голови (ОГ) належать до термічної травми, яка характеризується високим рівнем інцидентності, важкістю ураження функціонально важливих зон і закономірним розвитком несприятливих фізичних, соціальних і естетичних наслідків [1 – 3]. Особливе місце ОГ у загальній структурі опікових уражень зумовлене ще й тим, що ця локалізація опіків традиційно трактується як «важка опікова травма»: у цієї категорії пацієнтів існує загрозливий ризик коморбідних інгаляційних уражень, раптового набряку верхніх дихальних шляхів, грубого пошкодження структури і функції низки важливих анатомічних утворень – очей, повік, носа, вуха та ін. [4 – 7]. Власне мозаїчність ураження анатомо-функціональних елементів обличчя при ОГ визначає проблемність лікування цієї травми, як в гострому, так і в віддаленому періоді. Понад те, лікування опіків обличчя на сучасному етапі, ймовірно, є одним з найбільш спірних питань комбустіології та пластичної хірургії: сьогодні серед провідних фахівців відсутній консенсус щодо виду лікування, термінів втручання, оптимальних хірургічних технологій і подальшого догляду при ОГ [8].

Серед іншого такий стан речей зумовлюється однією важливою обставиною – історичною традицією трактування опікової травми голови як ураження цілісної однорідної анатомічної частини тіла і, відповідно, традиційною її сукупною оцінкою за класичними загальними класифікаційними параметрами (площа ураження, обчислена стосовно загальної площі тіла, глибина, важкість) [1, 2, 6, 8 – 11]. Існування такого рутинного підходу, незважаючи на наявність у кожному окремому випадку ОГ диференційованих за глибиною пошкоджень різних функціональних структур обличчя та різну ступінь складності їх відновлення і ліквідації естетичних наслідків, унеможливує об'єктивне порівняння досвіду різних дослідників, неупереджену оцінку ефективності новітніх комбустіологічних досягнень, їх коректну екстраполяцію на відповідні клінічні категорії обпечених і, кінцево – формування консенсусу щодо стратегічних питань хірургічного лікування ОГ.

Мета

Розпрацювати анатомо-функціональну класифікацію для диференційованої оцінки важкості опікових уражень окремих естетичних територій голови як підґрунтя для застосування диференційованих діагностично-лікувальних підходів, прогнозування і лікування наслідків опікової травми.

Матеріали та методи

Клінічний матеріал склали 128 пацієнтів з ОГ (92 – ретроспективних і 36 – проспективних), які в 1999-2012 рр. лікувалися в центрі термічної травми та пластичної хірургії 8-ої міської клінічної лікарні м. Львова. Середній вік потерпілих складав $35,2 \pm 4,1$ р. (від 1 до 68 років). Жінок було – 45 (35,2 %), чоловіків – 83 (64,8 %), у т.ч. дітей – 47 (36,8 %). Критерієм включення пацієнтів до дослідження була наявність ізольованого чи поєднаного ОГ, незалежно від площі й глибини опікового ураження голови, пошкоджуючого чинника і термінів травми, загальної площі опіку та соматичного стану потерпілих. Для оцінки ОГ використовували традиційні термінологічні і класифікаційні підходи [11]. Обстеження та лікування обпечених відповідали затвердженим галузевим стандартам [12].

В усіх потерпілих, окрім конвенційних клінічно-інструментальних досліджень, аналізували локалізацію, контури, площу, глибину ОГ у динаміці – від моменту шпиталізації до часу формування віддалених наслідків опікової травми. Окремо, за допомогою комп'ютерного моделювання, вивчали динаміку опікових уражень і закономірності формування післяопікових ускладнень на серійних фотографічних зображеннях loci morbi.

Результати та їх обговорення

В основу розпрацювання класифікації ми поклали власну наукову гіпотезу про клінічну доцільність топічного структурування ОГ як підґрунтя для оптимізації диференційованих діагностично-лікувальних підходів, прогно-

УДК: 617.51-001.17.001.33

Герич І.Д.¹, Савчин В.С.², Стояновський І.В.¹, Барвінська А.С.¹, Чемерис О.М.²**НОВА КЛАСИФІКАЦІЯ ОПІКІВ ГОЛОВИ**Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького¹,
8-ма міська клінічна лікарня м. Львова²

Актуальність. Опіки голови (ОГ) характеризуються важкими фізичними, соціальними та естетичними наслідками. **Мета.** Розпрацювати анатомо-функціональну класифікацію для диференційованої оцінки важкості опікових уражень окремих естетичних територій голови як підґрунтя для застосування диференційованих діагностично-лікувальних підходів, прогнозування і лікування наслідків опікової травми. **Матеріали і методи.** Ретроспективний аналіз 128 хворих з ОГ та їх ускладненнями, які лікувалися в опіковому центрі Львова в 1999-2012 рр. **Результати.** Класифікація ґрунтується на відмінності обличчя і волосистої частини голови. Обличчя було розділено на центральну і периферичну зони. В обох зонах виділено окремі естетичні регіони: очі, ніс, рот, губи і підборіддя в центральній зоні; чоло, скроні, щоки та вуха в периферичній зоні. Кожен сегмент голови було позначено по першій букві відповідного англійського терміну для конкретної зони. Для оцінки площі та поширеності опікового ураження в межах кожної окремої зони використано власну трисегментну шкалу оцінки розповсюдженості опіку, яка передбачала стратифікацію ОГ на великі (Ттах – ураження всього сегмента), помірні (Ттед – ураження понад 1/2 сегмента) та малі (Тмін – від точкового до ураження до 1/2 сегмента), зокрема зони площею, починаючи від точки і до 4 см² були оцінені як мінімальні. Тому, виходячи з цієї класифікації, традиційний діагноз ОГ трансформувався в набір індексів, які містили детальну інформацію про прикладні характеристики опіку, необхідні для прийняття адекватних лікувальних рішень і неупередженого прогнозування. **Висновки.** Нова класифікація ОГ дозволяє диференційно оцінити опікове ушкодження, просто, швидко і прецизійно верифікувати клінічно зорієнтований діагноз, спланувати адекватну стратегію лікування та коректніше прогнозувати наслідки опікової травми цієї локалізації.

Ключові слова: опікова травма голови, класифікація, лікування опіків.

Опіки голови (ОГ) належать до термічної травми, яка характеризується високим рівнем інцидентності, важкістю ураження функціонально важливих зон і закономірним розвитком несприятливих фізичних, соціальних і естетичних наслідків [1 – 3]. Особливе місце ОГ у загальній структурі опікових уражень зумовлене ще й тим, що ця локалізація опіків традиційно трактується як «важка опікова травма»: у цієї категорії пацієнтів існує загрозливий ризик коморбідних інгаляційних уражень, раптового набряку верхніх дихальних шляхів, грубого пошкодження структури і функції низки важливих анатомічних утворень – очей, повік, носа, вуха та ін. [4 – 7]. Власне мозаїчність ураження анатомо-функціональних елементів обличчя при ОГ визначає проблемність лікування цієї травми, як в гострому, так і в віддаленому періоді. Понад те, лікування опіків обличчя на сучасному етапі, ймовірно, є одним з найбільш спірних питань комбустіології та пластичної хірургії: сьогодні серед провідних фахівців відсутній консенсус щодо виду лікування, термінів втручання, оптимальних хірургічних технологій і подальшого догляду при ОГ [8].

Серед іншого такий стан речей зумовлюється однією важливою обставиною – історичною традицією трактування опікової травми голови як ураження цілісної однорідної анатомічної частини тіла і, відповідно, традиційною її сукупною оцінкою за класичними загальними класифікаційними параметрами (площа ураження, обчислена стосовно загальної площі тіла, глибина, важкість) [1, 2, 6, 8 – 11]. Існування такого рутинного підходу, незважаючи на наявність у кожному окремому випадку ОГ диференційованих за глибиною пошкоджень різних функціональних структур обличчя та різну ступінь складності їх відновлення і ліквідації естетичних наслідків, унеможливує об'єктивне порівняння досвіду різних дослідників, неупереджену оцінку ефективності новітніх комбустіологічних досягнень, їх коректну екстраполяцію на відповідні клінічні категорії обпечених і, кінцево – формування консенсусу щодо стратегічних питань хірургічного лікування ОГ.

Мета

Розпрацювати анатомо-функціональну класифікацію для диференційованої оцінки важкості опікових уражень окремих естетичних територій голови як підґрунтя для застосування диференційованих діагностично-лікувальних підходів, прогнозування і лікування наслідків опікової травми.

Матеріали та методи

Клінічний матеріал склали 128 пацієнтів з ОГ (92 – ретроспективних і 36 – проспективних), які в 1999-2012 рр. лікувалися в центрі термічної травми та пластичної хірургії 8-ої міської клінічної лікарні м. Львова. Середній вік потерпілих складав $35,2 \pm 4,1$ р. (від 1 до 68 років). Жінок було – 45 (35,2 %), чоловіків – 83 (64,8 %), у т.ч. дітей – 47 (36,8 %). Критерієм включення пацієнтів до дослідження була наявність ізольованого чи поєданого ОГ, незалежно від площі й глибини опікового ураження голови, пошкоджуючого чинника і термінів травми, загальної площі опіку та соматичного стану потерпілих. Для оцінки ОГ використовували традиційні термінологічні і класифікаційні підходи [11]. Обстеження та лікування обпечених відповідали затвердженим галузевим стандартам [12].

В усіх потерпілих, окрім конвенційних клінічно-інструментальних досліджень, аналізували локалізацію, контури, площу, глибину ОГ у динаміці – від моменту шпиталізації до часу формування віддалених наслідків опікової травми. Окремо, за допомогою комп'ютерного моделювання, вивчали динаміку опікових уражень і закономірності формування післяопікових ускладнень на серійних фотографічних зображеннях loci morbi.

Результати та їх обговорення

В основу розпрацювання класифікації ми поклали власну наукову гіпотезу про клінічну доцільність топічного структурування ОГ як підґрунтя для оптимізації диференційованих діагностично-лікувальних підходів, прогно-

зування і лікування наслідків цієї опікової травми.

Відповідно, робота над класифікацією передбачала декілька етапів: I – структурування поверхні голови на сталі анатомо-функціональні зони; II – розпрацювання системи комплексної оцінки опіку в межах кожної окремої зони (поширеність, площа, глибина); III – запровадження чіткої системи їх індексації та принципів формулювання деталізованого діагнозу ОГ.

На першому етапі, враховуючи відомі літературні дані про принципові відмінності обличчя і волосистої частини голови – за структурою і особливостями шкіри, наявністю функціонально активних анатомічних утворів, частотою уражень, складністю і естетичним значенням ускладнень – ми заклали в класифікації первинний розподіл ОГ на «опік обличчя» та «опік волосистої частини голови» [8, 10, 13 – 15]. Слід зауважити, що обґрунтованість такого поділу підтверджується як публікаціями інших дослідників [8, 10, 16], так і результатами аналізу динаміки перебігу ОГ у наших пацієнтів, які засвідчили наявність вірогідних відмінностей між опіковою травмою цієї локалізації за характером і темпом загоєння, структурою та функціональним значенням ускладнень ($P < 0,001$).

Інший вислід нашого дослідження – вузький спектр і однотипність післяопікових ускладнень при опіку волосистої частини голови на противагу широкому спектру і різноманіттю останніх при опіках обличчя ($P < 0,01$) – сформував підстави для трактування першої як цілісного сегмента голови і обов'язкового розрізнення на поверхні другої окремих анатомо-функціональних зон.

Для структуризації обличчя ми застосували загальноприйнятий в пластичній хірургії принцип W.R. Dougherty і R. G. Spence розподілу його поверхні на сталі естетичні регіони [17]. Він передбачав первинний розподіл поверхні обличчя за межами, описаними в 1956 р. Gonzales-Ulloa, на центральну і периферійну зони [18], які, відтак, додатково поділялися на низку додаткових естетичних зон: «периферійна» – на чоло, щоки, скроні, вуха, «центральна» – на очі, ніс, верхню і нижню губи, підборіддя (Рис. 1).

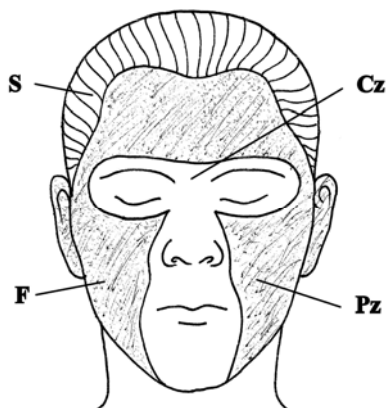


Рис. 1. Принципова схема зонування поверхні голови людини на анатомічні зони (S – волосиста частина голови, F – обличчя, Cz – центральна зона обличчя, Pz – периферійна зона обличчя)

Резонансність використання в комбустіологічній практиці запозичених з естетичної хірургії підходів до зазначеної структуризації поверхні обличчя повною мірою підтвердили результати ретроспективного аналізу особливостей опікової травми обличчя у наших па-

цієнтів. Зокрема, ми констатували вірогідну відмінність між ОГ центральної та периферійної зони за загрозливими опіковими ураженнями ($P < 0,05$), гострими розладами дихання ($P < 0,01$), складнощами інтубації трахеї ($P < 0,001$), частотою післятравматичних депресій ($P < 0,01$) і спотворюючими обличчя ранніми рубцевими деформаціями ($P < 0,05$): усі з наведених несприятливих характеристик ОГ були притаманними для опіків центральної зони обличчя. Своєю чергою за загрозливими опіковими ураженнями, спотворюючими ранніми рубцевими деформаціями, складнощами і багатоетапністю реконструкції найнесприятливішими виявилися опіки очей, носа, губ і вух ($P < 0,001$).

Другим етапом ми розпрацювали систему комплексної оцінки ОГ, яка ґрунтувалася на класичних діагностичних підходах. Вона передбачала верифікацію уражених локусів (зон) поверхні голови і оцінку поширеності, площі та глибини опікового пошкодження тканин у межах кожної окремої скомпрометованої зони.

Задля полегшення фіксації кожного із зазначених параметрів ми запропонували доволі просту систему їх індексації. Так, анатомо-функціональні зони обличчя позначали великими буквами їх англійської назви: голова – H (англ. – head), волосиста частина голови – S (англ. – scalp), обличчя – F (англ. – face), центральна зона – Cz (англ. – central zone), периферійна зона – Pz (англ. – peripheral zone), очі – Ey (англ. – eyes), ніс – N (англ. – nose), губи – Li (англ. – lips), чоло – Fh (англ. – forehead), щоки – Ck (англ. – cheek), вуха – Ea (англ. – ears), підборіддя – Cn (англ. – chin), скроні – Te (англ. – temples) (Рис. 2). Для позначення сторони ураження симетричних зон біля букви, що позначає відповідну зону, використовували нижні індекси: права сторона – R (англ. – right), ліва сторона – L (англ. – left), наприклад – праве око – Ey_R.

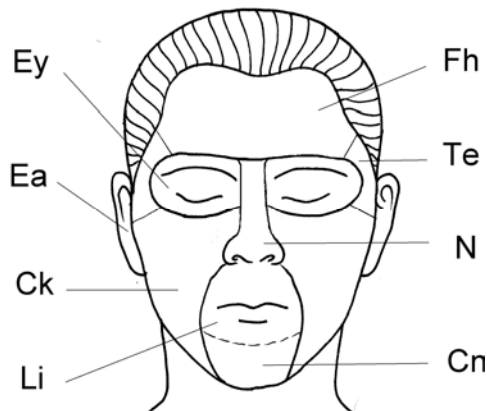


Рис. 2. Принципова схема зонування поверхні обличчя на анатомічні зони (Ey – очі, N – ніс, Li – губи, Fh – чоло, Ck – щоки, Ea – вуха, Cn – підборіддя, Te – скроні)

Для оцінки площі та поширеності опікового ураження в межах кожної окремої зони ми використали власну триступеневу шкалу оцінки розповсюдженості опіку, яка передбачала стратифікацію ОГ на великі (Tmax – ураження всього сегменту), помірні (Tmed – ураження понад 1/2 сегмента) та малі (Tmin – від точкового до ураження до 1/2 сегмента).

Глибину опікового ураження кожного сегмента індексували традиційно, використовуючи як базисну прийнятну в Україні до використання класифікацію глибини опіків за Е.Я. Фісталем [19].

Відповідно до запропонованої класифікації процес

діагностування ОГ зводився до ієрархічно послідовної оцінки опікового ураження за локалізацією (яка зона уражена), поширенням (яка площа ураження зони) і глибиною (яка глибина ураження). Відтак, традиційний діагноз ОГ трансформувався в набір індексів, які містили детальну інформацію про прикладні характеристики опіку, необхідні для прийняття адекватних лікувальних рішень і неупередженого прогнозування.

Наприклад, діагноз «Хімічний опік обличчя III ст., 0,5%» у пацієнта М. трансформувався в діагноз ««Хімічний опік обличчя III ст., 0,5% (Ck_R Tmin III, Ey_R Tmin н/повіка III, N Tmin III, Fh Tmin III)» (Рис.3).



Рис.3. Хворий М. Діагноз «Хімічний опік обличчя III ст., 0,5% (Ck_R Tmin III, Ey_R Tmin н/повіка III, N Tmin III, Fh Tmin III)»

Для спрощення фіксації при тотальному однотипному ураженні центральної чи периферійної зон подальшу деталізацію кожної з них не застосовували (Рис. 4), при не повному ураженні структурно складних зон (очі, губи) після фіксації основних параметрів опіку в цій зоні деталізували обпечену структуру (напр. – при ураженні зони ока вказували, яка повіка уражена).

Як засвідчила клінічна апробація класифікації на 24 проспективних обпечених, пролікованих в клініці впродовж січня-травня 2012 року, зазначений підхід до діагностування ОГ дозволяє прагматично оцінити опікову травму, швидко і прецизійно верифікувати клінічно зорієнтований діагноз, який містить чіткі дані про локалізацію й усі сутнісні характеристики опікового ураження обличчя, неупереджено зафіксувати обсяг первинної травми та динаміку післяопікового процесу в тракті лікування. З іншого боку, така зміна принципу діагностики ОГ формує підґрунтя для адекватного диференціювання лікувальної програми, залежно від чітких характеристик, локалізації та прогнозованих наслідків опікової травми, моніторингу перебігу опіку обличчя та, за необхідності – його неупередженої і об'єктивної експертної оцінки (соціально-медичної, судово-медичної чи ін.). Водночас, апробація засвідчила що розпрацьована класифікація не є складною, її використання не спричиняє додаткових незручностей пацієнтам і лікарям.



Рис.4. Хвора Л. Діагноз «Термічний опік окропом обличчя II-III ст., 3% (Cz Tmax II- III, Ck_{RL} Tmax II, Fh Tmax III)»

У доступній медичній літературі ми не знайшли робіт, присвячених питанням класифікації ОГ. Цілком очевидно, що впродовж тривалого часу розвитку комбустіології додатково класифікувати опікову травму окремих локалізацій, у т.ч. – голови, напевно не було потреби – традиційна загальна концепція діагностики та лікування опіків доволі довгий період була однотипною і ґрунтувалася виключно на врахуванні рутинних параметрів площі та глибини ураження [11, 19]. На сучасному ж етапі розвитку хірургії динамічний приріст фундаментальних знань суттєво змінив наукові уявлення про опікову травму, механізми загоєння рани та репарації тканин і спричинився до суттєвого розширення спектру лікувальних засобів і хірургічних методик лікування опіків, особливо ОГ [6, 8, 13, 14, 20]. Власне мериторична розбіжність між інтегральними традиційного трактування ОГ і шириною новітнього діапазону методів і засобів хірургічного лікування опікової травми обличчя, на нашу думку, разюче підкреслює неадекватність усталених класифікаційних підходів до ОГ.

З іншого боку актуальна відсутність будь-якої класифікації ОГ формує методологічну прогалину в сучасному ланцюгу лікування опікової травми голови – між комбустіологією (гострий період травми) і пластичною хірургією (період відновлення). Адже з часу, коли Gonzales-Ulloa вперше запровадив поняття і описав «естетичні території» обличчя (1956 р.) стратегія сучасної хірургічної корекції наслідків опікової травми в пластичній хірургії реалізується власне в цій класифікаційній площині [1, 2, 17, 18].

Загалом, на нашу думку пропонована класифікація заповнює очевидну прогалину в академічних уявленнях про ОГ, відкриває перспективи знаходження консенсусу щодо диференційованих діагностично-лікувальних підходів при різних клінічних варіантах опіків цієї локалізації та прокладає методологічний «місток наступності» між комбустіологією і пластичною хірургією в царині попередження і лікування наслідків цієї важкої опікової травми. Не менш важливою є придатність цієї класифікації для об'єктивізації та неупередженості порівняння опублікованих результатів лікування ОГ.

Висновок

Запропонована класифікація ОГ, що ґрунтується на оцінці опіку за повнотою та характером ураження окремих анатомо-функціональних зон голови, дає змогу прагматично оцінити опікове ушкодження, просто, швидко і прецизійно верифікувати клінічно зорієнтований діагноз, спланувати адекватну стратегію лікування та коректніше прогнозувати наслідки опікової травми цієї локалізації.

Література

1. Герич І.Д. Термічні опіки / І.Д. Герич, Д.А. Макар, В.С. Савчин. – Львів : Галицька видавнича спілка, 2000. – 32 с.
2. Фисталь Э.Я. Неотложная хирургическая помощь обожженным на этапах медицинской эвакуации / Э.Я. Фисталь, Г.Е. Самойленко, В.В. Солошенко, Н.Н. Фисталь // Украинский журнал экстремальной медицины им. Г.О.Можаяева. – 2004. – Т.5, №1 – С. 31-34.
3. Blome-Eberwein S. Facial Burns / S. Blome-Eberwein // Plastic Surgery Practice. – 2006. – P. 2006. – http://www.plasticsurgerypractice.com/issues/articles/2006-01_10.asp
4. Boeckx, W. Facial burn reconstruction: A continuum between early surgery, pressure therapy and reconstruction / W. Boeckx, V.D.H. Bert, G. Kim, V. Eric // Burns. – 2007. – V.33. – P.63.
5. Breathnach A.S. Aspects of epidermal ultrastructure of human skin / Breathnach A.S. – L. : Churchill, 1971. – 122 p.
6. Dougherty W.R. Reconstruction of the burned face/cheek: acute and delayed / W.R. Dougherty, R.J. Spence R. Sood, B.M. Achauer // Achauer and Sood's burn surgery : reconstruction and rehabilitation. – 2006. – P. 234-253.
7. Foyatier J.L. Reconstruction of facial burn sequelae / J.L. Foyatier, J.P. Comparin, J.P. Boulos, J.C. Bichet // Ann. Chir. Plast. Esthet. – 2001. – V.46. – P. 210-226.

8. Gonzales Ulloa M. Restoration of the facial covering by means of selected skin in regional aesthetic units / M. Gonzales Ulloa // Br. J. Plast. Surg. – 1956. – №9. – P.212.
9. Griffin J.E. Management of the maxillofacial burn patient: current therapy / J.E. Griffin, D.L. Johnson // J. Oral Maxillofac. Surg. – 2005. – V.63, № 2. – P. 247-252.
10. Halloway jr. G.A. Laser doppler measurement of cutaneous blood flow / G.A. Halloway jr., D.W. Watkins // J. Invest. Derm. – 1977. – V.69. – P.306-309.
11. Harminder S.D. A new classification of ocular surface burns / S.D. Harminder, A.J. King, J. Annie // Br. J. Ophthalmol. – 2001. – V.85. – P.1379-1383.
12. Jonsson C.E. The surgical treatment of acute facial burns / C.E. Jonsson // Scand. J. Plast. Reconstr. Surg. Hand Surg. – 1987. – V.21. – P.235-236.
13. Lee J.W. Esthetic and functional reconstruction for burn deformities of the lower lip and chin with free radial forearm flap / J.W. Lee, Y.C. Jang, S.J. Oh // Ann. Plast. Surg. – 2006. – V.56, №4. – P.384-386.
14. Madnani. D.D. Factors that predict the need for intubation in patients with smoke inhalation injury / D.D. Madnani, N.P. Steele, E. de Vries // Ear Nose Throat J. – 2006. – V.85, №4. – P.278-280.
15. Montagna W. The structure and function of skin / W. Montagna, P. Parakkal. – 3 ed, L. : Academic Press, 1974. – 215 p.
16. Scheithauer M.O. Operative treatment of functional facial skin disorders / M.O. Scheithauer, G. Rettinger // Curr. Top Otorhinolaryngol. Head Neck Surg. – 2005. – V. 4. – P.18.
17. Shumrick K.A. The anatomic basis for the design of forehead flaps in nasal reconstruction / K.A. Shumrick, T.L. Smith // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 1992. – V.118. – P.373-379.
18. Siamanga H. Burn injuries – treatment of burn patient's prior top admission to the emergency department / H. Siamanga // Annals of Burns and Fire Disasters. – 2002. – V.XV, №2. – P.110-112.
19. Tenenhaus M. Burn surgery / M. Tenenhaus, H.O. Rennekampff // Clinics in plastic surgery. – 2007. – V.34, №4. – P.697-717.
20. Vehmeyer-Heeman M. Initial reconstruction of sustained neck and facial burns / M. Vehmeyer-Heeman, L. Nanhekhan, E. Van den Kerckhove // J. Burn Care Res. – 2007. – V. 28, №3. – P.442-446.

Реферат

НОВАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОЖОГОВ ГОЛОВЫ.

Герич И.Д., Савчин В.С., Стояновский И.В., Барвинская А.С., Чемерис О.М.

Ключевые слова: ожоговая травма головы, классификация, лечение ожогов.

Актуальность. Ожоги головы (ОГ) характеризуются тяжелыми физическими, социальными и эстетическими последствиями. Цель. Разработать анатомо-функциональную классификацию для дифференцированной оценки тяжести ожоговых поражений отдельных эстетических территорий головы как основу для применения дифференцированных диагностических и лечебных подходов, прогнозирования и лечения последствий ожоговой травмы. Материалы и методы. Ретроспективный анализ 128 больных с ОГ и их осложнениями, лечившихся в ожоговом центре г. Львова в 1999-2012 гг. Результаты. Классификация основывается на различии лица и волосистой части головы. Лицо было разделено на центральную и периферическую зоны. В обеих зонах выделены отдельные эстетические регионы: глаза, нос, рот, губы и подбородок в центральной зоне; лоб, виски, щеки и уши в периферической зоне. Каждый сегмент головы было обозначено по первой букве соответствующего английского термина для конкретной зоны. Для оценки площади и распространенности ожогового поражения в пределах каждой отдельной зоны использовано собственную трехступенчатую шкалу оценки распространенности ожога, которая предусматривала стратификацию ОГ на большие (Tmax - поражение всего сегмента), умеренные (Tmed - поражение более 1/2 сегмента) и малые (Tmin - от точечного до поражения менее 1/2 сегмента), в частности зоны площадью, начиная от точки и до 4 см² были оценены как минимальные. Исходя из данной классификации, традиционный диагноз ОГ трансформировался в набор индексов, содержащих подробную информацию о прикладных характеристиках ожога, необходимых для принятия адекватных лечебных решений и беспристрастного прогнозирования. Выводы. Новая классификация ОГ позволяет дифференцированно оценить ожоговое повреждение, просто, быстро и прецизионно верифицировать клинически ориентированный диагноз, спланировать адекватную стратегию лечения и корректно прогнозировать последствия ожоговой травмы этой локализации.

Summary

NEW CLASSIFICATION OF BURN INJURIES FOR HEAD

Herych I., Savchyn V., Stojanovskiy I., Barvinska A., Chemerys O.

Keywords: burn injury of the head, classification, treatment of burns.

Burn injuries (BI) of the head are characterized by severe physical, social and esthetic consequences. Objectives. The study was aimed to develop anatomical and functional classification for differentiated assessment of BI severity for some esthetic regions of the head. Materials and methods. The retrospective study involved 128 cases of head BI and their complications which were managed at the Lviv Burns Centre in 1999-2012. Results. The classification is based on the division of the head into the facial and hairy parts. The face is divided into the central and peripheral areas. Both areas are subdivided into particular esthetic regions in the eyes, nose, mouth, lips and chin in the central zone, and the forehead, temples, cheeks and ears in the peripheral areas. Each segment of the head was designated by the first letter of the respective English term for a particular zone. BI were also evaluated by quantitative scale according to which total affection (100%) of any segment was qualified as maximum injury (Tmax), BI exceeding 50% were qualified as severe, BI which did not exceed 50% were qualified as medium, and BI of a particular anatomic zone ranging from a spot to a 4

cm² area were rated as minimal. Based on this classification any conventional diagnosis of any burn of the head ate transformed into a sum of burns to particular esthetic zones with respective indices of the affected surface. Conclusions. The new classification allows surgeons to estimate the severity of BI of particular esthetic zones of the face and forms grounds for choosing an adequate treatment approach and favorable prognosis.

УДК 616-001.4-003.97:579.61

Жадинский Н.В., Борота А.В., Жадинский А.Н.

РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

На основании анализа современной литературы, результатов собственных исследований, полученных ранее, построена система «Клеточные механизмы заживления ран» в виде схемы с указанием тех элементов и связей между ними, которые необходимы для понимания этих процессов. Схема использована для оценки роли микробов в раневых процессах и, в частности, для ответа на вопрос: вредны или полезны микробы в ране? Сделан вывод о том, что микроорганизмы в процессе роста и размножения усиливают дефицит питательных веществ, необходимых для образования клеток регенерата. Поэтому вредными в ране являются как патогенные так и непатогенные микроорганизмы.

Ключевые слова: раны, заживление, микроорганизмы.

Робота являється фрагментом НІР кафедри загальної хірургії №1 ДонНМУ «Хірургічна реабілітація хворих з захворюваннями та пошкодженнями передньої черевної стінки, стравоходу і товстої кишки, а також з хірургічними ускладненнями захворювань ендокринної системи» (№ гос. реєстрації 0105U003456, шифр роботи УН 05.04.12) і НІР кафедри мікробіології, вірусології та епідеміології ДонНМУ «Розробка способів корекції раневих процесів, прискорюючих загоєння гнійних ран та ран, що тривалий час не загоюються» (№ гос. реєстрації 0105U008691, шифр роботи УН 06.01.03).

Вступлення

Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и гнойные осложнения в послеоперационном периоде остаются актуальной проблемой хирургии. Частота этой патологии среди больных общехирургического профиля может достигать 19-40% [3, 6, 7, 12]. Проблема имеет глобальный характер и большую социально-экономическую значимость, которая ещё более возрастает в связи с увеличением в последние годы случаев промышленных, бытовых, военных травм, расширением объёма оперативных вмешательств [2, 4, 5].

Нерешенность проблемы хирургической инфекции становится всё большим тормозом на пути дальнейшего развития хирургии. Назрела необходимость в междисциплинарном подходе к изучению факторов, обуславливающих хирургическую инфекцию. Понимание механизмов возникновения и развития хирургической инфекции возможно только при объединении усилий хирургов, микробиологов, иммунологов и других специалистов. Это мы попытались реализовать в данной работе и ответить на вопрос: вредны или полезны микроорганизмы в ране?

Одни исследователи считают, что микробы в ране полезны, что выделяя ферменты они помогают организму расчистить рану от погибших тканей [1]. Высказываются мысли, что «стремясь во чтобы то ни стало убить микробов в ране, покуда там есть некротические ткани, мы действуем против механизма, выработанного природой» [8, 9, 10].

Другие отстаивают точку зрения, что микробы, находясь в ране, приносят больше вреда, чем пользы и что жизнедеятельность их нужно подавлять [14, 15, 16].

Цель исследования

Проследить за тем, как заживают раны и какую роль в этом играют микроорганизмы.

Объект и методы исследования

Проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы, касающейся механизмов заживления ран; использован системный подход, который в последние годы начинает завоёвывать при-

знание в медицине [11].

Результаты исследований и их обсуждение

Нами построена в виде схемы система (рис. 1), раскрывающая клеточные механизмы заживления ран для последующей оценки роли микробов в раневых процессах.

Проследим в начале по этой схеме как протекает воспаление и воспалительная регенерация в ране неинфицированной, а затем в инфицированной с указанием тех элементов и связей между ними, которые необходимы для понимания этих процессов.

Как известно, при гибели клеток (1, 2) происходит денатурация белков, в результате чего они становятся «чужими» для данного организма и должны быть удалены из здоровых тканей. Очистить рану от них могут только фагоциты – нейтрофилы, макрофаги. Нейтрофилы – это подвижные клетки, они мигрируют из крови (5) в места тканевого повреждения, где создается градиент хемоаттрактантов (4) – субкомпонентов комплемента C3a, C5a, C5b67, калликирина, денатурированных белков, лейкотриенов и др.

Индукцию хемоаттрактантов в сыворотке вызывает и низкомолекулярная РНК, локально накапливающаяся при повреждении клеток. Лейкоциты (особенно нейтрофилы), находящиеся в крови, исключительно чутко реагируют на появление продуктов белкового распада. Где бы они ни возникали, и откуда бы ни исходило воздействие на организм, лейкоциты моментально туда устремляются (6). Во время воспаления лейкоциты располагаются периферически, увеличиваясь проницаемость стенки венул и капилляров вследствие сокращения филаментов актина в эндотелиальных клетках. Это способствует расширению межклеточных щелей, через которые и проходят лейкоциты.

Наряду с нейтрофилами (7) в рану поступают мононуклеары (8), которые превращаются здесь в макрофаги (9,10). С кровью в рану могут попадать и мезенхимальные стволовые клетки (11).

Биологический смысл выхода нейтрофилов и макрофагов в очаг мы видим, прежде всего, в том, что эти клетки, являющиеся носителями гидролитических ферментов, готовы переварить и, таким образом,

cm² area were rated as minimal. Based on this classification any conventional diagnosis of any burn of the head ate transformed into a sum of burns to particular esthetic zones with respective indices of the affected surface. Conclusions. The new classification allows surgeons to estimate the severity of BI of particular esthetic zones of the face and forms grounds for choosing an adequate treatment approach and favorable prognosis.

УДК 616-001.4-003.97:579.61

Жадинский Н.В., Борота А.В., Жадинский А.Н.

РОЛЬ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЗАЖИВЛЕНИИ РАН

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

На основании анализа современной литературы, результатов собственных исследований, полученных ранее, построена система «Клеточные механизмы заживления ран» в виде схемы с указанием тех элементов и связей между ними, которые необходимы для понимания этих процессов. Схема использована для оценки роли микробов в раневых процессах и, в частности, для ответа на вопрос: вредны или полезны микробы в ране? Сделан вывод о том, что микроорганизмы в процессе роста и размножения усиливают дефицит питательных веществ, необходимых для образования клеток регенерата. Поэтому вредными в ране являются как патогенные так и непатогенные микроорганизмы.

Ключевые слова: раны, заживление, микроорганизмы.

Робота являється фрагментом НІР кафедри загальної хірургії №1 ДонНМУ «Хірургічна реабілітація хворих з захворюваннями та пошкодженнями передньої черевної стінки, стравоходу і товстої кишки, а також з хірургічними ускладненнями захворювань ендокринної системи» (№ гос. реєстрації 0105U003456, шифр роботи УН 05.04.12) і НІР кафедри мікробіології, вірусології та епідеміології ДонНМУ «Розробка способів корекції раневих процесів, прискорюючих загоєння гнійних ран та ран, що тривалий час не загоюються» (№ гос. реєстрації 0105U008691, шифр роботи УН 06.01.03).

Вступление

Гнойно-воспалительные заболевания мягких тканей и гнойные осложнения в послеоперационном периоде остаются актуальной проблемой хирургии. Частота этой патологии среди больных общехирургического профиля может достигать 19-40% [3, 6, 7, 12]. Проблема имеет глобальный характер и большую социально-экономическую значимость, которая ещё более возрастает в связи с увеличением в последние годы случаев промышленных, бытовых, военных травм, расширением объёма оперативных вмешательств [2, 4, 5].

Нерешенность проблемы хирургической инфекции становится всё большим тормозом на пути дальнейшего развития хирургии. Назрела необходимость в междисциплинарном подходе к изучению факторов, обуславливающих хирургическую инфекцию. Понимание механизмов возникновения и развития хирургической инфекции возможно только при объединении усилий хирургов, микробиологов, иммунологов и других специалистов. Это мы попытались реализовать в данной работе и ответить на вопрос: вредны или полезны микроорганизмы в ране?

Одни исследователи считают, что микробы в ране полезны, что выделяя ферменты они помогают организму расчистить рану от погибших тканей [1]. Высказываются мысли, что «стремясь во чтобы то ни стало убить микробов в ране, покуда там есть некротические ткани, мы действуем против механизма, выработанного природой» [8, 9, 10].

Другие отстаивают точку зрения, что микробы, находясь в ране, приносят больше вреда, чем пользы и что жизнедеятельность их нужно подавлять [14, 15, 16].

Цель исследования

Проследить за тем, как заживают раны и какую роль в этом играют микроорганизмы.

Объект и методы исследования

Проведен анализ современной отечественной и зарубежной литературы, касающейся механизмов заживления ран; использован системный подход, который в последние годы начинает завоёвывать при-

знание в медицине [11].

Результаты исследований и их обсуждение

Нами построена в виде схемы система (рис. 1), раскрывающая клеточные механизмы заживления ран для последующей оценки роли микробов в раневых процессах.

Проследим в начале по этой схеме как протекает воспаление и воспалительная регенерация в ране неинфицированной, а затем в инфицированной с указанием тех элементов и связей между ними, которые необходимы для понимания этих процессов.

Как известно, при гибели клеток (1, 2) происходит денатурация белков, в результате чего они становятся «чужими» для данного организма и должны быть удалены из здоровых тканей. Очистить рану от них могут только фагоциты – нейтрофилы, макрофаги. Нейтрофилы – это подвижные клетки, они мигрируют из крови (5) в места тканевого повреждения, где создается градиент хемоаттрактантов (4) – субкомпонентов комплемента C3a, C5a, C5b67, калликриина, дена-турированных белков, лейкотриенов и др.

Индукцию хемоаттрактантов в сыворотке вызывает и низкомолекулярная РНК, локально накапливающаяся при повреждении клеток. Лейкоциты (особенно нейтрофилы), находящиеся в крови, исключительно чутко реагируют на появление продуктов белкового распада. Где бы они ни возникали, и откуда бы ни исходило воздействие на организм, лейкоциты моментально туда устремляются (6). Во время воспаления лейкоциты располагаются периферически, увеличиваясь проницаемость стенки венул и капилляров вследствие сокращения филаментов актина в эндотелиальных клетках. Это способствует расширению межклеточных щелей, через которые и проходят лейкоциты.

Наряду с нейтрофилами (7) в рану поступают мононуклеары (8), которые превращаются здесь в макрофаги (9,10). С кровью в рану могут попадать и мезенхимальные стволовые клетки (11).

Биологический смысл выхода нейтрофилов и макрофагов в очаг мы видим, прежде всего, в том, что эти клетки, являющиеся носителями гидролитических ферментов, готовы переварить и, таким образом,

«нейтрализовать» утративший физиологическое значение биополимерный материал, каким являются погибшие клетки – их белки, жиры, углеводы. Известно, что гидролитические ферменты находятся в лизосомах и от окружающих структур клетки отграничены в норме лизосомальной мембраной. Выйдя в очаг, нейтрофил подвергается воздействию ряда неблагоприятных факторов. Из-за нарушения микроциркуляции в области раны блокируется диффузия кислорода, поступление питательных веществ в очаг.

Гипоксия тканей, изменение pH раневого экссудата, дефицит питательных веществ и ряд других факторов приводят к лабильности мембран лизосом, что влечет за собой выход ферментов в цитоплазму. Цитоплазма нейтрофила лизируется, ферменты выходят за пределы клетки и способны осуществлять внеклеточное переваривание погибших клеток (2).

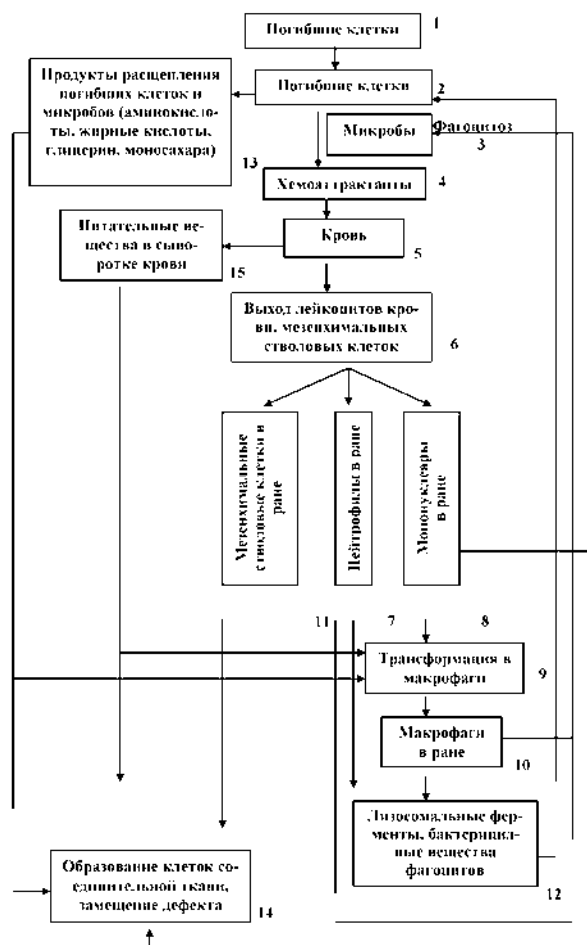


Рис. 1. Клеточные механизмы заживления ран

Существенная роль в переваривании погибших клеток отводится макрофагам. Имея большой запас ферментов, образовавшиеся в ране макрофаги (10) также включаются в эту работу и завершают ее. Переваривание с помощью макрофагов может идти как внутриклеточно, так и внеклеточно, – лизосомальные ферменты могут выделяться, как при жизни макрофагов, так и после их разрушения.

Под действием лизосомальных ферментов (12) нейтрофилов и макрофагов белки погибших клеток (2) расщепляются, в конечном счете, до аминокислот, жиры – до жирных кислот и глицерина; полисахариды до моносахаров (13), которые перестают быть раздражителями, утрачивают антигенные свойства.

Когда это наступает, прекращается выход нейтрофилов из крови и начинается регенерация. Идет образование новых клеток соединительной ткани в ране (14). Источник их окончательно не установлен. На эту роль могут претендовать и мезенхимальные стволовые клетки (11), присутствующие в тканях раны и поступающие в нее с кровью.

Аминокислоты и другие мономеры (13), образовавшиеся от расщепления погибших в ране клеток, а также питательные вещества, поступающие с сыновороткой крови (15) способствуют дифференцировке моноядерных клеток в макрофаги (10) и росту соединительнотканых клеток: профибробластов, фибробластов (14). Фибробласты, синтезируя коллаген, обеспечивают заполнение дефекта соединительной тканью.

Такова в общих чертах схема заживления раны без микробов. В случае, если в очаг разрушенных тканей попадают микроорганизмы (3), то, являясь «чужими» для организма, они становятся дополнительным раздражителем, привлекающим в рану дополнительные порции нейтрофилов. А это поддерживает воспалительную реакцию. Кроме того, микроорганизмы, особенно патогенные, выделяют токсины, ряд ферментов (лейкоцидин, ДНК-азу, РНК-азу и др.), которые способны необратимо повреждать лейкоциты, что тормозит аутолитические процессы в ране. Микроорганизмы для своего роста и размножения используют питательные вещества – мономеры, образовавшиеся при расщеплении погибших клеток лизосомальными ферментами, тем самым тормозя развитие макрофагальных клеток, клеток соединительной ткани.

Выводы

Анализ построенной системы «Заживление раны» позволяет сделать вывод о том, что природой предусмотрен иной (не микробный) механизм освобождения ран от погибших тканей. Очищение идет через воспаление с помощью клеток богатых лизосомальными ферментами – нейтрофилов, макрофагов.

Обеспечение оптимальных условий в ране для трансформации моноядерных клеток экссудата в макрофаги, для образования клеток соединительной ткани возможно только при создании в ране достаточной концентрации питательных веществ и условий для их усвоения растущими клетками. Присутствие же в ране микробов не способствует этому. В условиях нарушения кровообращения в ране и недостаточного поступления в рану питательных веществ с сыновороткой крови больного, усиливает их дефицит, замедляет регенеративные процессы.

При назначении больным антимикробных препаратов необходимо учитывать чувствительность к ним всех присутствующих в ране микробов, как патогенных, так и непатогенных.

Литература

- Абаев Ю. К. Эффективность антисептиков и значение микрофлоры в процессе раневого заживления / Ю. К. Абаев, Н. Р. Прокопчук, А. А. Адарченко // Дет. хирургия. – 2008. – №1. – С. 25-29.
- Баситханова Э. И. Периоперационная антибиотикопрофилактика гнойно-септических осложнений в травматологической практике / Э. И. Баситханова // Травма. – 2007. – Т. 8, №1. – С. 12-17.
- Біляєва О.О. Вплив аплікаційних сорбентів нового покоління на результати комплексного лікування хворих з синдромом діабетичної стопи / О.О. Біляєва, В.В. Нешта, В.П. Курилішин // Клінічна хірургія. – 2009. – №5. – С. 35-37.
- Лігоненко О.В. Вплив естрогенів та ліпосом на перебіг раневого процесу та перспективи їх використання для лікування запаль-

- но-гнійних уражень м'яких тканин / О.В. Лігоненко, І.І. Дігтяр, М.І. Кравців [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т.9, вип. 1. – С. 297-300.
5. Дворчин Н.О. Параметри об'єктивної оцінки перебігу ранового процесу як підґрунтя покращення ефективності лікування ран : автореф. дис. на здобуття наук : ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 / Н.О. Дворчин. – Вінниця, 2009. – 22 с.
 6. Дігтяр І.І. Комплексне лікування запально-гнійних уражень м'яких тканин у хворих похилого та старечого віку (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук : ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 / І.І. Дігтяр. – К., 2009. – 20 с.
 7. Жадінський А.М. Розробка способу корекції ранового процесу, що прискорює загоєння гнійних ран : автореф. дис.на здобуття наук : ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 /А.М. Жадінський. – Донецьк, 2010. –19 с.
 8. Фейгельман С.С. Дело не в убиении микроба / С.С. Фейгельман // Журнал химия и жизнь. – 1988. – №9. – С.55-59.
 9. Фейгельман С.С. Почему хирурги не могут победить гнойеродных микробов? / С.С. Фейгельман // Врач. – 1996. – №4. – С.34-36.

10. Фейгельман С.С. Воспаление и раневая инфекция: взгляд на проблему / С.С. Фейгельман // Врач. – 1997. – №5. – С.41-42.
11. Карпин В. А. Философские основания общей теории патологии / В. А.Карпин // Архив патологии. – 2004. – Т.66, №5. – С.56-60.
12. Хворостов Е. Д. Многокомпонентное лечение гнойных ран / Е. Д.Хворостов, С. А.Марозов, Ю. Б. Захарченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник української медичної стоматологічної Академії. – 2008. – Т. 7, вип.1-2. – С. 250-252.
13. Хитров Н. К. Теория функциональных систем и общая патология человека / Н. К.Хитров, А. Б. Салтыков // Бюл. экспер. биол. и мед. – 2003. – Т.136, №7. – С.4-10.
14. Khorvash F. Antimicrobial susceptibility pattern of microorganisms involved in the pathogenesis of surgical site infection (SSI); A 1 year of surveillance / F. Khorvash, K. Mostafavizadeh, S. Mobasherizadeh [et al.] // Pak J Biol Sci. – 2008. – № 11(15). – P.1940-1944.
15. Dohmen P.M. Antibiotic resistance in common pathogens reinforces the need to minimise surgical site infections / P.M. Dohmen // J Hosp Infect. – 2008. – № 70 – P. 15-20.
16. Owens C.D. Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention / C.D. Owens, K. Stoessel // J Hosp Infect. – 2008. – №70. – P. 3-10

Реферат

РОЛЬ МІКРООРГАНІЗМІВ В РАНОВИХ ПРОЦЕСАХ

Жадінський М.В., Борота О.В., Жадінський А.М.

Ключові слова: рани, загоєння, мікроорганізми.

На підставі аналізу сучасної літератури, результатів власних досліджень, що були отримані раніш, побудована система «Клітинні механізми загоєння ран» у вигляді схеми з вказівкою тих елементів та зв'язків між ними, які необхідні для розуміння цих процесів. Схема використана для оцінки ролі мікроорганізмів у ранових процесах і, зокрема, для відповіді на питання: шкідливі чи корисні мікроби в рані? Зроблений висновок про те, що мікроорганізми в процесі росту і розмноження підсилюють дефіцит поживних речовин, необхідних для утворення клітин регенерації. Тому шкідливими в рані є як патогенні, так і непатогенні мікроорганізми.

Summary

FUNCTION OF MICROORGANISMS IN WOUND HEALING

Zhadinskiy N.V., Borota A.V., Zhadinskiy A.N.

Key words: wounds, healing, microorganisms.

Based on the review of the latest literature and the results of own investigations we developed the system titled as "Cellular wound healing mechanisms" and presented as a chart which specifies its elements and their relations to clarify these processes properly. The chart may be used in estimating the functions of microorganisms in the wound healing and may help answer the question whether the microbes in the wound are useful or harmful. The conclusion which may be drawn is the microorganisms in the period of their growth and multiplication aggravate the nutritional deficiency thus worsening the cellular regeneration. Therefore both pathogenic and non-pathogenic microorganisms in the wound are considered to be hazardous.

УДК 617-001.4-001.17-085.281-089.844

Козинець Г.П¹, Циганков В.П¹, Коваленко О.М², Назаренко В.М³, Боярська Г.М⁴.

МОДУЛЮВАННЯ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМИ ТА ГЛИБОКИМИ ОПІКАМИ

НМАПО імені П.Л.Шупика¹, НМУ ім. О.О. Богомольця², Київська міська клінічна лікарня №2³, ДУ «Інститут гематології та трансфузіології» НАМН України⁴. Київ.

Вивчається перебіг ранового процесу у хворих з поширеними та глибокими опіками в гострому періоді опікової хвороби, яким проводилася інфузійна терапія, оперативне лікування, обробка ранових поверхонь антисептичними препаратами, антибактеріальна терапія за схемами до 2007 і за схемами, де в лікуванні використовувались більш сучасні препарати (2007-2012 рр.). Розроблені алгоритми оперативного лікування з використанням штучних та біологічних замінників шкіри, визначена необхідність використання сучасних антисептичних засобів в комплексному лікуванні опікових ран, надані схеми сучасної системної антибактеріальної терапії. Визначені зміни в динаміці показників перебігу ранового процесу під впливом проведеного лікування, що відображають компенсацію патофізіологічних зрушень, викликаних поширеною термічною травмою в системі природної резистентності, що дозволяє знизити кількість інфекційних ускладнень за рахунок збереження адаптивного рівня факторів природної резистентності.

Ключові слова: опіковий шок. Інфузійна терапія. Оперативне лікування опіків. Антисептики. Антибактеріальна терапія.

Вступ

Нові знання про патогенез опікової хвороби дозволяють лікувати хворих з поширеними опіками. Лікування хворих з великою площею ураження потребує вирішення багатьох проблем, основними з яких є:

- адекватна компенсація розладів організму пост-

раждалого детермінованих опіковим шоком;

- проведення ранніх оперативних втручань, направлених на видалення некротично змінених тканин та відновлення (чи тимчасове протезування) шкіряного покриву;

- стимуляція репаративних процесів (алотрансплантати, синтетичні покриття, ксеноматеріали, клі-

- но-гнійних уражень м'яких тканин / О.В. Лігоненко, І.І. Дігтяр, М.І. Кравців [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т.9, вип. 1. – С. 297-300.
5. Дворчин Н.О. Параметри об'єктивної оцінки перебігу ранового процесу як підґрунтя покращення ефективності лікування ран : автореф. дис. на здобуття наук : ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 / Н.О. Дворчин. – Вінниця, 2009. – 22 с.
 6. Дігтяр І.І. Комплексне лікування запально-гнійних уражень м'яких тканин у хворих похилого та старечого віку (клініко-експериментальне дослідження) : автореф. дис. на здобуття наук : ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 / І.І. Дігтяр. – К., 2009. – 20 с.
 7. Жадінський А.М. Розробка способу корекції ранового процесу, що прискорює загоєння гнійних ран : автореф. дис.на здобуття наук : ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.03 /А.М. Жадінський. – Донецьк, 2010. –19 с.
 8. Фейгельман С.С. Дело не в убиении микроба / С.С. Фейгельман // Журнал химия и жизнь. – 1988. – №9. – С.55-59.
 9. Фейгельман С.С. Почему хирурги не могут победить гнойеродных микробов? / С.С. Фейгельман // Врач. – 1996. – №4. – С.34-36.

10. Фейгельман С.С. Воспаление и раневая инфекция: взгляд на проблему / С.С. Фейгельман // Врач. – 1997. – №5. – С.41-42.
11. Карпин В. А. Философские основания общей теории патологии / В. А.Карпин // Архив патологии. – 2004. – Т.66, №5. – С.56-60.
12. Хворостов Е. Д. Многокомпонентное лечение гнойных ран / Е. Д.Хворостов, С. А.Марозов, Ю. Б. Захарченко // Актуальні проблеми сучасної медицини. Вісник української медичної стоматологічної Академії. – 2008. – Т. 7, вип.1-2. – С. 250-252.
13. Хитров Н. К. Теория функциональных систем и общая патология человека / Н. К.Хитров, А. Б. Салтыков // Бюл. exper. биол. и мед. – 2003. – Т.136, №7. – С.4-10.
14. Khorvash F. Antimicrobial susceptibility pattern of microorganisms involved in the pathogenesis of surgical site infection (SSI); A 1 year of surveillance / F. Khorvash, K. Mostafavizadeh, S. Mobasherizadeh [et al.] // Pak J Biol Sci. – 2008. – № 11(15). – P.1940-1944.
15. Dohmen P.M. Antibiotic resistance in common pathogens reinforces the need to minimise surgical site infections / P.M. Dohmen // J Hosp Infect. – 2008. – № 70 – P. 15-20.
16. Owens C.D. Surgical site infections: epidemiology, microbiology and prevention / C.D. Owens, K. Stoessel // J Hosp Infect. – 2008. – №70. – P. 3-10

Реферат

РОЛЬ МІКРООРГАНІЗМІВ В РАНОВИХ ПРОЦЕСАХ

Жадінський М.В., Борота О.В., Жадінський А.М.

Ключові слова: рани, загоєння, мікроорганізми.

На підставі аналізу сучасної літератури, результатів власних досліджень, що були отримані раніш, побудована система «Клітинні механізми загоєння ран» у вигляді схеми з вказівкою тих елементів та зв'язків між ними, які необхідні для розуміння цих процесів. Схема використана для оцінки ролі мікроорганізмів у ранових процесах і, зокрема, для відповіді на питання: шкідливі чи корисні мікроби в рані? Зроблений висновок про те, що мікроорганізми в процесі росту і розмноження підсилюють дефіцит поживних речовин, необхідних для утворення клітин регенерації. Тому шкідливими в рані є як патогенні, так і непатогенні мікроорганізми.

Summary

FUNCTION OF MICROORGANISMS IN WOUND HEALING

Zhadinskiy N.V., Borota A.V., Zhadinskiy A.N.

Key words: wounds, healing, microorganisms.

Based on the review of the latest literature and the results of own investigations we developed the system titled as "Cellular wound healing mechanisms" and presented as a chart which specifies its elements and their relations to clarify these processes properly. The chart may be used in estimating the functions of microorganisms in the wound healing and may help answer the question whether the microbes in the wound are useful or harmful. The conclusion which may be drawn is the microorganisms in the period of their growth and multiplication aggravate the nutritional deficiency thus worsening the cellular regeneration. Therefore both pathogenic and non-pathogenic microorganisms in the wound are considered to be hazardous.

УДК 617-001.4-001.17-085.281-089.844

Козинець Г.П¹, Циганков В.П¹, Коваленко О.М², Назаренко В.М³, Боярська Г.М⁴.

МОДУЛЮВАННЯ РАНОВОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З ПОШИРЕНИМИ ТА ГЛИБОКИМИ ОПІКАМИ

НМАПО імені П.Л.Шупика¹, НМУ ім. О.О. Богомольця², Київська міська клінічна лікарня №2³, ДУ «Інститут гематології та трансфузіології» НАМН України⁴. Київ.

Вивчається перебіг ранового процесу у хворих з поширеними та глибокими опіками в гострому періоді опікової хвороби, яким проводилася інфузійна терапія, оперативне лікування, обробка ранових поверхонь антисептичними препаратами, антибактеріальна терапія за схемами до 2007 і за схемами, де в лікуванні використовувались більш сучасні препарати (2007-2012 рр.). Розроблені алгоритми оперативного лікування з використанням штучних та біологічних замінників шкіри, визначена необхідність використання сучасних антисептичних засобів в комплексному лікуванні опікових ран, надані схеми сучасної системної антибактеріальної терапії. Визначені зміни в динаміці показників перебігу ранового процесу під впливом проведеного лікування, що відображають компенсацію патофізіологічних зрушень, викликаних поширеною термічною травмою в системі природної резистентності, що дозволяє знизити кількість інфекційних ускладнень за рахунок збереження адаптивного рівня факторів природної резистентності.

Ключові слова: опіковий шок. Інфузійна терапія. Оперативне лікування опіків. Антисептики. Антибактеріальна терапія.

Вступ

Нові знання про патогенез опікової хвороби дозволяють лікувати хворих з поширеними опіками. Лікування хворих з великою площею ураження потребує вирішення багатьох проблем, основними з яких є:

- адекватна компенсація розладів організму пост-

раждалого детермінованих опіковим шоком;

- проведення ранніх оперативних втручань, направлених на видалення некротично змінених тканин та відновлення (чи тимчасове протезування) шкіряного покриву;

- стимуляція репаративних процесів (алотрансплантати, синтетичні покриття, ксеноматеріали, клі-

тинні технології, складні трансплантати);

- системний та місцевий антибактеріальний захист.

Мета дослідження

Визначення можливостей оптимізації перебігу ранового процесу за рахунок розробки та впровадження комплексної програми лікування хворих з глибокими та поширеними опіками за рахунок використання сучасних медичних препаратів.

Об'єкт і методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилося 250 (основна група) хворих у віці від 18 до 60 років, які знаходилися на лікуванні в Центрі термічних уражень і пластичної хірургії КМКЛ №2 в період з 2007 р. по 2012 рік, де були застосовані розроблені сучасні схеми лікування (медикаментозного та хірургічного). До групи порівняння увійшли 210 осіб, які лікувались на протязі 2000-2007 років. В дослідження включили хворих з площею ураження більше, ніж 20% поверхні тіла.

Постраждалим проводилось комплексне клінічне та лабораторне обстеження, включаючи цитологічні, гематологічні та мікробіологічні методи дослідження.

Результати досліджень та їх обговорення

Основою компенсації розладів організму постраждалого з поширеними опіками є: адекватна інфузійна терапія, яка повинна забезпечувати одночасні: підтримку гемодинаміки, поліпшення мікроциркуляції, корекцію кислотно-лужного стану, відновлення водно-електролітного балансу, заповнення об'єму циркулюючої крові та позаклітинного сектору, профілактику реперфузійних ушкоджень, для чого в комплексі протишокової терапії використані сучасні препарати інфузійної терапії, завдяки яким реалізуються можливості прискорення адекватної компенсації патофізіологічних зрушень в організмі постраждалого і відбуваються умови для виконання оперативних втручань вже в стадії опікового шоку і адекватної компенсації післяопераційного періоду [8.]. До таких інфузійних розчинів відносяться гідроксиетилкрахмалі (ГЕК) - рефортран, гекадес, волювен, які забезпечують відновлення гемодинаміки, збільшення серцевого індексу, підвищення середнього артеріального тиску, поліпшують перфузію тканин, мають виражену ендотеліопротективну дію. Препарати на основі багатоатомних спиртів – реосорбілакт, сорбілакт (препарати вміщують сорбітол і катіони (Na⁺, Mg²⁺, Ca²⁺, K⁺), лактат-аніон, які завдяки гіперосмолярності викликають перехід рідини із міжклітинного сектору в судинне русло, що покращує мікроциркуляцію і перфузію тканин), дозволяють поліпшити енергетичне забезпечення потерпілого. Розчини глюкози на першу добу не використовували через недостатню функціональну активність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази і розвиток толерантності до введення вуглеводів на тлі реактивної гіперглікемії. В цей час патогенетично обґрунтованим є введення препарату «Ксилат», який має виражену антикетогенну дію і є джерелом енергії з незалежним від інсуліну метаболізмом.

Раннє оперативне лікування, направлене на видалення некротично змінених тканин, що виконувалося на тлі явищ компенсації опікового шоку. Початок оперативних втручань 36–48 год. після отримання травми диференціювався згідно тяжкості отриманого ураження. Так у хворих середнього ступеню важкості некретомії починали виконувати на 1,6±0,6 добу після

травми, з тяжким - 2,3±0,7 добу і на 3,6±0,6 добу у хворих з вкрай важким ураженням.

Згідно з площею та глибиною ураження розроблялись програми оперативних втручань, визначались терміни відновлення шкірного покриву та засоби тимчасового закриття висічених ран для профілактики їх вторинного поглиблення та оптимізації процесів репарації [4.].

При оперативному лікуванні хворих основної групи дотримувались розроблених алгоритмів поетапного хірургічного лікування пацієнтів з поширеними опіками, що полягали в парціальному висіченні некротично змінених тканин з одночасним закриттям рани ксенодермотрансплантатом або штучним покриттям у хворих з поверхневими дермальними опіками, висіченням поверхневих дермальних опіків та закриттям рани ксенодермотрансплантатом на 1-му етапі оперативного лікування, висіченням глибоких опікових ран з одномоментним закриттям шляхом вільної аутодермопластики на 2-му етапі у постраждалих з поверхневими опіками та обмеженими глибокими опіками, та висіченням 50% некрозу із закриттям дефекту шляхом ксенодермопластики на 1-му етапі, висіченням 25% некрозу із закриттям дефекту шляхом ксенодермопластики на 2-му етапі, відновлення раніш висіченого шкіряного покриву шляхом аутодермопластики на 3-му етапі, та продовження висічення залишків некрозу та відновлення шкірного покриву шляхом аутодермопластики на послідовних етапах оперативного лікування у хворих з глибокими дермальними опіками більше 30% поверхні тіла [6.].

Через тяжкість стану відновлення шкірного покриву за допомогою аутодермопластики відразу після висічення поширеного некрозу, як правило, неможливе, і виникає потреба підбирати відповідні покриття що протезують втрачений шкірний покрив. Ранові покриття накладали на рану після видалення некротичного струпу. Вони не тільки запобігали виснаженню організму, поглибленню рани, захищали рани від інфікування, але і готували рани до наступної шкірної пластики за рахунок поліпшення умов розвитку репаративної регенерації [9.].

В процесі лікування хворих основної групи використовувались як штучні («Сюспур-дерм», «Гідросорб», «Гідроколл», «Тітріол серветка», «Акварель», «Грасолінд» та ін.), так і біологічні тимчасові покриття (ксенодермотрансплантат, аллодермотрансплантат, амніотична оболонка), згідно показань до застосування та фази розвитку ранового процесу [1, 2, 7.].

Недоліком практично всіх тимчасових покриттів є їх недостатня антибактеріальна властивість, що потребувало застосування у всіх хворих антисептичних препаратів, застосування системної антибактеріальної терапії на протязі всього терміну опікової хвороби.

Мікрофлора опікових ран, пригнічуючи гуморальні й клітинні фактори природної резистентності та імунологічної реактивності, створювала умови для поширення інфекційного процесу, погіршення загального стану хворих.

Виникаючі місцеві інфекційні ускладнення - нагноєння ран, целюліти, лімфангіти, при неадекватній антибактеріальній терапії, в першу чергу місцевого характеру, значно уповільнювали плин ранового процесу, сприяли вторинному поглибленню ран, створювали умови до генералізації інфекції.

Усім хворим здійснювались: обробка ран розчинами антисептиків, раннє призначення антибактеріальної терапії з опіками понад 10-12% поверхні тіла.

В лікуванні хворих основної групи перевагу нада-

вали сучасним антисептичним препаратам («Декасан», «Октенисепт»), які відповідаючи основним вимогам до антисептиків для ран, мають високу антимікробну активність до основних збудників інфекції, не мають відомої резистентності та системної токсичності, мають низький алергічний потенціал, здійснюють імуномодельючу дію, що загалом оптимізувало перебіг ранового процесу.

У 3-й фазі ранового процесу довів високу ефективність препарат «Ацербін», що є комплексним препаратом, який містить водний розчин яблучної, бензойної та саліцилової кислот. За рахунок вищезазначених сполук препарат має в основному некролітичну дію та задовільний антисептичний ефект. Ми застосовували «Ацербін» з метою покращення метаболічних процесів при затяжному перебігу ранового процесу при опіковій хворобі. При застосуванні препарату відзначалося швидке видалення залишкових некротизованих тканин, фібрину; прискорювалось на дві-три доби формування грануляційного покриву, відмічено швидке загоювання тривало існуючих залишкових опікових ран. У ряді випадків препарат мав сенсорну по-

дражливу дію.

Застосування сучасних антисептичних засобів в ранньому періоді забезпечило:

- зниження рівня мікробного забруднення ран (кількість колонійутворюючих одиниць зменшилося з 10^4 до 10^2) після 2-3 перев'язок;
- зменшення кількості висівання асоціацій мікроорганізмів на 22%;
- зменшення явищ місцевих інфекційних ускладнень (целюліт, лімфангоїт) після 1-2 перев'язок;
- тип ранових цитограм через 5-7 діб після застосування препаратів змінювався з дегенеративно-запального на запальний, а на 10-12 добу на запально-регенераторний.

При дослідженні ранових відбитків нами встановлено, що у хворих до застосування обробки ранових поверхонь сучасними антисептичними препаратами визначався дегенеративний тип запальної реакції з переважанням вмісту нейтрофільних гранулоцитів (НГ), що знаходились у стані незавершеного фагоцитозу у 98% випадків (Таб. № 1).

Таблиця № 1.

Зміна показників ранових відбитків у хворих основної групи при застосуванні сучасних антисептичних препаратів, $M \pm m$, ($n=209$).

Досліджувані показники	Одиниці виміру	До застосування антисептиків	Після застосування антисептиків (8-10 доба)
Базофіли	%	—	—
Еозинофіли	%	—	2,09 \pm 0,11
Нейтрофіли	%	—	—
Паличкоядерні	%	—	—
Сегментоядерні	%	85,71 \pm 5,02	76,75 \pm 3,7*
Лімфоцити	%	12,58 \pm 0,74	17,31 \pm 0,69*
Моноцити	%	2,22 \pm 0,12	4,35 \pm 0,37*

Примітка: * - $p < 0,05$ достовірність відмінностей по відношенню до вихідних показників

В процесі проведеного дослідження у хворих визначається розвиток запальної реакції в зоні ураження зі зміною типу ранового відбитку на дегенеративно-запальний, запальний і запально-регенераторні зі зниженням кількості нейтрофільних гранулоцитів з незавершеним і збоченим фагоцитозом до 63%.

У хворих групи порівняння зменшення мікробного забруднення ран наставало після 5-6 перев'язок і не було нижчим за 10^3 , кількість висівання асоціацій мікрофлори знижувалось лише на 15%, а зміна типу цитограм на запально-регенераторний наставав лише

на 14-16 добу. Призначення системної антибактеріальної терапії у хворих основної групи відповідало наступним умовам: раннє призначення антибактеріального препарату широкого спектру дії, дотримання адекватних доз препарату, шляхів введення, тривалості лікування, облік потенціалу розвитку резистентності збудників [5]. На протязі виконання дослідження розроблені схеми застосування сучасних антибактеріальних препаратів згідно з тяжкістю опікового ураження та терміну опікової хвороби (таб. №2).

Таблиця №2.

Алгоритми антибактеріальної терапії при поширених опіках

Епідермальні та поверхневі дермальні опіки II - III ст. (10%-30%)		Глибокі дермальні та субфасціальні опіки III - VI ст. (30%-60%)	
Під час вступу пацієнта в першу добу після травми			
Епідермальний опік	Дермальний поверхневий опік	Дермальний глибокий опік	Глибокий термальний та субфасціальний опік
1. Цефалоспорины III покоління	1. Цефалоспорины III покоління + аміногліказиди	1. Цефалоспорины IV покоління + аміногліказиди	1. Цефалоспорины IV покоління + орнідазол
2. Фторхінолони I-II покоління	2. Фторхінолони II-III покоління + метронідазол (ципрофлоксацин, лефлоцин	2. Фторхінолони III-IV покоління + орнідазол (лефлоцин, гатіфлоксацин) + коломіцин	2. Карбопеніми + фторхинолони III-IV покоління + коломіцин + Орнідазол (тіенам, меронем + лефлоцин, гатіфлоксацин)

Вивчення деяких фагоцитарних показників НГ як відображення стану природної резистентності [3.] у постраждалих основної групи та групи порівняння встановило, що на 2 - 3 добу після опікової травми здатність клітин до захвату продуктів розпаду, відсоток фагоцитуючих клітин та загальна фагоцитарна активність в периферичній крові підвищені. Однак, спо-

стерігається зниження фагоцитарної активності НГ капілярної крові зони термічного ураження пропорційно ступеню тяжкості травми. Виявлене пригнічення активності клітин поєднується зі зміною можливостей зони опіку щодо притягнення функціонально повноцінних клітин. Активні НГ затримуються у центральному руслі та не мігрують на периферію (таб. № 3,4).

Таблиця №3.
Фагоцитарні показники НГ крові у хворих основної групи $M \pm m$, $n=209$.

Досліджуване середовище	Досліджувані показники	Одиниці виміру	Строки дослідження (доба після травми)			Показники здорових осіб.
			2 - 3	8 - 10	19-21	
периферійна кров	ФІ	Од.	11,20±2,63	7,28±0,60	7,01±0,14	7,21±0,50
	ФП	%	85,80±3,57	85,90±1,75	80,15±4,63	80,51±3,49
	ЗФА	Од.	119,71±9,55*	107,36±4,55	114,34±5,20	107,00±8,21
Капілярна кров з зони опіку	ФІ	Од.	2,65±0,85*	4,42±0,68*	6,22±1,29 *	7,21±0,50
	ФП	%	55,41±7,15*	55,45±5,15*	75,3±5,35	80,51±3,49
	ЗФА	Од.	63,40±7,00*	72,27±7,00*	92,27±7,21 *	107,00±8,21

Примітка. *- вірогідно порівняно з показниками контрольної групи, ($P<0,05$).

Таблиця №4
Фагоцитарні показники НГ крові у хворих групи порівняння $M \pm m$, $n=169$.

Досліджуване середовище	Досліджувані показники	Одиниці виміру	Строки дослідження (доба після травми)			Показники здорових осіб.
			2 - 3	8 - 10	19-21	
периферійна кров	ФІ	Од.	9,40±2,10	5,55±0,47*	4,90±0,15*	7,21±0,50
	ФП	%	80,75±3,10	69,80±1,65	65,15±3,55*	80,51±3,49
	ЗФА	Од.	115,90±11,45	90,25±4,56	86,00±5,35*	107,00±8,21
капілярна кров з зони опіку	ФІ	Од.	2,60±0,55*	3,00±0,56*	5,70±0,66 *	7,21±0,50
	ФП	%	48,11±5,80*	53,55±5,45*	58,30±5,43 *	80,51±3,49
	ЗФА	Од.	56,00±5,35*	62,27±6,45*	68,5±7,15 *	107,00±8,21

Примітка. *- вірогідно порівняно з показниками контрольної групи, ($P<0,05$).

Вплив опікової хвороби, з наростанням токсичного навантаження на організм постраждалого спостерігається тенденція до зниження фагоцитарної активності НГ периферійної крові порівняно зі стадією шоку. Але у хворих основної групи інтоксикаційне пригнічення фагоцитарної активності НГ виражено менше, ніж у хворих контрольної групи.

У капілярній крові зони термічного ураження у цей період усі показники фагоцитарної активності НГ залишалися нижче відповідних показників здорових осіб.

На 20 - 21 добу після травми спостерігається нормалізація досліджуваних показників у постраждалих основної групи на відміну від хворих групи порівняння, у яких зберігається недостатність фагоцитарної активності НГ пропорційно ступеню тяжкості травми.

Висновки

Аналізуючи отримані результати, можна казати, що впровадження в практику лікування хворих з глибокими та поширеними опіками системних заходів таких як:

- використання сучасних трансфузійних розчинів для компенсації опікового шоку;
- первинна обробка ран розчинами сучасних антисептиків;
- використання біологічних та синтетичних покриттів після первинної хірургічної обробки опікових ран;
- раннє призначення сучасної антибактеріальної терапії з виконанням умов її адекватного використання у пацієнтів при площі опіку понад 10-12% поверхні тіла;
- раннє висічення некротичних тканин в період з 2-ї по 8 - 10 добу з одночасним закриттям ран ауто - або ауто- ксенодермотрансплантатами;

- відновлення втраченого шкірного покриву та загоювання донорських ділянок у хворих з критичною травмою в термін до 40 доби

дозволяє поліпшити перебіг ранового процесу і опікової хвороби загалом за рахунок зниження інфекційно-токсичного навантаження на організм постраждалого, поліпшення процесів репаративної регенерації, утримання факторів природної резистентності на адаптованому рівні, зменшити ризик виникнення генералізованих септичних ускладнень в 1,3 рази.

Література

1. Андреев Д.Ю. Современные раневые покрытия / Д.Ю. Андреев, Б.А. Парамонов, А.М. Мухтарова // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2009. - №3. - С.98-102.
2. Коваленко О.Н. Использование биологических покрытий для лечения глубоких ожогов / О.Н. Коваленко, А.В. Воронин, Г.П. Козинец, Л.Л. Лукаш // Матер. XXI з'їзду хірургів України. - Запоріжжя, 2005. - Т. 2. - С.19-20.
3. Сачек К. В. Иммунологические нарушения при ожоговой болезни / К. В. Сачек, А. В. Павленко // 1 Съезд комбустиологов России : сб. науч. тр. М. : Ин-т хирургии им. А. В. Вишневского РАМН, 2005. - С. 90-91.
4. Худяков В. А. Различные методы оперативного лечения глубоких ожогов / В. А. Худяков, М. Г. Крутиков // Скорая мед. помощь. - 2006. - Т. 7, № 3. - С.163-164.
5. Branski L.K. Emerging infections in burns / L.K. Branski, A. Al-Mousawi, H. Rivero [et al.] // Surg Infect (Larchmt). - 2009. - № 10(5). - P.389-397.
6. Liao Z.J. The intermingled transplantation used in severe burn patients after eschar excision / Z.J. Liao // Zhonghua Shao Shang Za Zhi. - 2008. - № 24(5). - P.340-342.
7. Martin F.T. Hydrocolloid dressing in pediatric burns may decrease operative intervention rates / F.T. Martin, J.B. O'Sullivan, P.J. Regan, J.L. McCann // J Pediatr Surg. - 2010. - № 45(3). - P.600-605.
8. Mitra B. Fluid resuscitation in major burns / B. Mitra, M. Fitzgerald, P. Cameron, H. Cleland // ANZ Journ. Surg. - 2006. - V.76, №1-2. - P. 35-38.
9. Sheridan R. Closure of the excised burn wound: autografts, semipermanent skin substitutes, and permanent skin substitutes / R. Sheridan // Clin Plast Surg. - 2009. - V.36, №4. - P.643-651.

Реферат

МОДЕЛИРОВАНИЕ РАНЕВОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ И ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ

Козинец Г.П., Цыганков В.П., Коваленко О.Н., Назаренко В.Н., Боярская А.М.

Ключевые слова: ожоговый шок. Инфузионная терапия. Оперативное лечение ожогов. Антисептики. Антибактериальная терапия.

Изучалось течение раневого процесса у больных с распространенными и глубокими ожогами в остром периоде ожоговой болезни, которым проводилась инфузионная терапия, оперативное лечение, обработка раневых

поверхностей антисептичними препаратами, антибактеріальна терапія по схемам до 2007 і по схемам, где в лечении использовались более современные препараты (2007-2012 гг.). Разработаны алгоритмы оперативного лечения с использованием искусственных и биологических заменителей кожи, определена необходимость использования современных антисептических средств в комплексном лечении ожоговых ран, предоставлены схемы современной системной антибактериальной терапии. Определены изменения в динамике показателей течения раневого процесса под влиянием проводимого лечения, отражающие компенсацию патофизиологических сдвигов, вызванных распространенной термической травмой в системе естественной резистентности, что позволяет снизить количество инфекционных осложнений за счет сохранения адаптивного уровня факторов естественной резистентности.

Summary

MODELING OF WOUND HEALING IN PATIENTS WITH EXTENSIVE AND DEEP BURNS

Kozinets G.P., Tsygankov V.P., Kovalenko O.N., Nazarenko V.N., Boyarskaya A.M.

Keywords: burn shock, infusion therapy, surgical treatment of burns, antiseptics, antibiotic therapy.

This research was aimed to study the wound healing in patients with extensive and deep burns in the acute phase of burn disease. The patients took the course of infusion therapy, underwent the surgical treatment, the antiseptic treatment of the wound surfaces, the antibiotic treatment according to the schemes dated prior 2007 and using the latest medicines dated 2007 - 2012. We designed the algorithms for the surgical treatment with applying artificial and biological skin substitutes, describes the use of the latest antiseptics in burn therapy, the up-to-date system of antibiotic therapy. We identified the changes in the dynamics of the wound healing process in response to the treatment, reflecting the compensation of pathophysiological shifts in the system of natural resistance caused by extensive thermal injury that enabled to reduce the number of infectious complications by maintaining an adaptive level of natural resistance factors.

УДК: 616-002.32

Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Шумейко І.Н., Стороженко А.В., Горб Л.І., Лігоненко О.О.

ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ ЕНЗИМОПРЕПАРАТІВ В ЯКОСТІ БУСТЕР-ТЕРАПІЇ ДЛЯ БОРОТЬБИ

З МІКРОБНИМИ БІОПЛІВКАМИ ХРОНІЧНИХ РАН

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На підставі аналізу лікування 34 хворих з хронічними ранами різного генезу доведена можливість використання системних ензимопрепаратів у якості ензімо-бустер-терапії для боротьби з рановими бактеріальними біоплівками.

Ключові слова: хронічні рани, системна ензимотерапія, бустер-терапія, мікробні біоплівки.

Вступ

Під бактеріальними біоплівками розуміють асоціації (колонії) мікроорганізмів, збалансованих за видовим складом та функціональним розподілом, що розміщені на поверхні розподілу середовищ та занурені в позаклітинний полімерний матрикс, який є екзогенним продуктом самих бактерій [5,6].

На теперішній час вважають загальноприйнятим, що бактеріальні біоплівки розвиваються на будь-якому матеріалі, який контактує з будь-якою рідиною, де в принципі можуть існувати мікроорганізми. Фактично будь-яка поверхня, як біогенного, так і абіогенного походження, колонізована мікроорганізмами з формуванням біоплівок [1,4].

Бактеріальні біоплівки утворюються також і на поверхні гнійних ран, особливо хронічних, та є одним із основних патогенетичних чинників пролонгації ранозагоєння [3,7,8].

Мікроорганізми в біоплівці в декілька раз (в 500 раз по даним Costerton et al., 1995) більш стійкі до антибіотиків, антимікробних препаратів та інших активних агентів. Біоплівками важко керувати ззовні. Наприклад впливати на них антибіотиками, коли чутливість мікроорганізмів до антибіотиків в біоплівці інша, ніж на клінічних ізолятах чистих культур (Noibye et al., 2010).

Речовини, що використовуються для боротьби з біоплівками (антибіоплівки), розділяють на ті, які направлені на знешкодження або видалення біоплівок та ті, що попереджають їх утворення [11].

В останні роки з'явилися дослідження, які доводять можливість використання системної ензимотерапії в якості бустер-терапії (забезпечення та посилення дії основної терапії: від англ. service – обслуговування та booster – підсилювач) для знешкодження бактеріальних біоплівок шляхом посилення дії антибіотиків та їх проникності до вогнища запалення [2]. Але використання системних ензимопрепаратів з антибіоплівковими бустер-ефектами при лікуванні хронічних ран досліджено недостатньо.

Мета дослідження

Визначити можливість застосування системної ензімо-бустер-терапії для боротьби з мікробними біоплівками гнійних ран.

Матеріали та методи

Нами було проліковано 34 хворих з хронічними ранами різного генезу, у яких при мікроскопічному дослідженні ран були виявлені бактеріальні біоплівки. Усі хворі отримували загальноприйняте лікування (хірургічна обробка рани, антибіотикотерапія, місцеве лікування з мазевими пов'язками згідно фаз раневого процесу, фізпроцедури та ін.), хворим основної групи до комплексного лікування додавали «Вобензим» (7 осіб) по 5 драже 3 рази на добу, «Флогензим» (7 осіб) по 2 драже 3 рази на добу та «Вобе-мугос Е» (8 осіб) по 3 драже 3 рази на добу. Усі ензимопрепарати застосовували за 30-40 хвилин до їжі запиваючи 200 мл. води. Тривалість ензимотерапії співпадала з тривалістю антибіотикотерапії та складала 14 діб. Середній

поверхностей антисептичними препаратами, антибактеріальна терапія по схемам до 2007 і по схемам, где в лечении использовались более современные препараты (2007-2012 гг.). Разработаны алгоритмы оперативного лечения с использованием искусственных и биологических заменителей кожи, определена необходимость использования современных антисептических средств в комплексном лечении ожоговых ран, предоставлены схемы современной системной антибактериальной терапии. Определены изменения в динамике показателей течения раневого процесса под влиянием проводимого лечения, отражающие компенсацию патофизиологических сдвигов, вызванных распространенной термической травмой в системе естественной резистентности, что позволяет снизить количество инфекционных осложнений за счет сохранения адаптивного уровня факторов естественной резистентности.

Summary

MODELING OF WOUND HEALING IN PATIENTS WITH EXTENSIVE AND DEEP BURNS

Kozinets G.P., Tsygankov V.P., Kovalenko O.N., Nazarenko V.N., Boyarskaya A.M.

Keywords: burn shock, infusion therapy, surgical treatment of burns, antiseptics, antibiotic therapy.

This research was aimed to study the wound healing in patients with extensive and deep burns in the acute phase of burn disease. The patients took the course of infusion therapy, underwent the surgical treatment, the antiseptic treatment of the wound surfaces, the antibiotic treatment according to the schemes dated prior 2007 and using the latest medicines dated 2007 - 2012. We designed the algorithms for the surgical treatment with applying artificial and biological skin substitutes, describes the use of the latest antiseptics in burn therapy, the up-to-date system of antibiotic therapy. We identified the changes in the dynamics of the wound healing process in response to the treatment, reflecting the compensation of pathophysiological shifts in the system of natural resistance caused by extensive thermal injury that enabled to reduce the number of infectious complications by maintaining an adaptive level of natural resistance factors.

УДК: 616-002.32

Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Шумейко І.Н., Стороженко А.В., Горб Л.І., Лігоненко О.О.

ВИКОРИСТАННЯ СИСТЕМНИХ ЕНЗИМОПРЕПАРАТІВ В ЯКОСТІ БУСТЕР-ТЕРАПІЇ ДЛЯ БОРОТЬБИ

З МІКРОБНИМИ БІОПЛІВКАМИ ХРОНІЧНИХ РАН

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

На підставі аналізу лікування 34 хворих з хронічними ранами різного генезу доведена можливість використання системних ензимопрепаратів у якості ензімо-бустер-терапії для боротьби з рановими бактеріальними біоплівками.

Ключові слова: хронічні рани, системна ензимотерапія, бустер-терапія, мікробні біоплівки.

Вступ

Під бактеріальними біоплівками розуміють асоціації (колонії) мікроорганізмів, збалансованих за видовим складом та функціональним розподілом, що розміщені на поверхні розподілу середовищ та занурені в позаклітинний полімерний матрикс, який є екзогенним продуктом самих бактерій [5,6].

На теперішній час вважають загальноприйнятим, що бактеріальні біоплівки розвиваються на будь-якому матеріалі, який контактує з будь-якою рідиною, де в принципі можуть існувати мікроорганізми. Фактично будь-яка поверхня, як біогенного, так і абіогенного походження, колонізована мікроорганізмами з формуванням біоплівок [1,4].

Бактеріальні біоплівки утворюються також і на поверхні гнійних ран, особливо хронічних, та є одним із основних патогенетичних чинників пролонгації ранозагоєння [3,7,8].

Мікроорганізми в біоплівці в декілька раз (в 500 раз по даним Costerton et al., 1995) більш стійкі до антибіотиків, антимікробних препаратів та інших активних агентів. Біоплівками важко керувати ззовні. Наприклад впливати на них антибіотиками, коли чутливість мікроорганізмів до антибіотиків в біоплівці інша, ніж на клінічних ізолятах чистих культур (Noibye et al., 2010).

Речовини, що використовуються для боротьби з біоплівками (антибіоплівки), розділяють на ті, які направлені на знешкодження або видалення біоплівок та ті, що попереджають їх утворення [11].

В останні роки з'явилися дослідження, які доводять можливість використання системної ензимотерапії в якості бустер-терапії (забезпечення та посилення дії основної терапії: від англ. service – обслуговування та booster – підсилювач) для знешкодження бактеріальних біоплівок шляхом посилення дії антибіотиків та їх проникності до вогнища запалення [2]. Але використання системних ензимопрепаратів з антибіоплівковими бустер-ефектами при лікуванні хронічних ран досліджено недостатньо.

Мета дослідження

Визначити можливість застосування системної ензімо-бустер-терапії для боротьби з мікробними біоплівками гнійних ран.

Матеріали та методи

Нами було проліковано 34 хворих з хронічними ранами різного генезу, у яких при мікроскопічному дослідженні ран були виявлені бактеріальні біоплівки. Усі хворі отримували загальноприйняте лікування (хірургічна обробка рани, антибіотикотерапія, місцеве лікування з мазевими пов'язками згідно фаз раневого процесу, фізпроцедури та ін.), хворим основної групи до комплексного лікування додавали «Вобензим» (7 осіб) по 5 драже 3 рази на добу, «Флогензим» (7 осіб) по 2 драже 3 рази на добу та «Вобе-мугос Е» (8 осіб) по 3 драже 3 рази на добу. Усі ензимопрепарати застосовували за 30-40 хвилин до їжі запиваючи 200 мл. води. Тривалість ензимотерапії співпадала з тривалістю антибіотикотерапії та складала 14 днів. Середній

вік хворих становив $62,7 \pm 13,4$ років. Контролювали перебіг ранозагоєння мікроскопічно (шляхом визначення наявності в рані бактеріальних біоплівки) на 5-у, 10-у та 14-у добу ранозагоєння (від початку ензимотерапії) з використанням світлової та фазово-контрастної мікроскопії (вивчали нативні препарати та після подвійного фарбування Конго червоним та фуксином) [12]. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програми STATISTICA 7 (StatSoft) з використанням критерію χ^2 -квадрат.

Результати та обговорення

На 5-у добу ранозагоєння в контрольній групі бактеріальні біоплівки в ділянці рани визначались у 9 (81,8%) хворих, в групі, що отримували флогензим – у 6 (85,7%) хворих, вобе-мугос Е – у 5 (71,4%) хворих, вобензим – у 6 (75%) хворих. Статистично значимої різниці між основною та контрольною групами не зафіксовано.

Таблиця 1.
Динаміка бактеріальних біоплівки в ділянці рани

Доба ранозагоєння	Наявність бактеріальних біоплівки в рані	Контроль (n=11)	Флогензим (n=7)	Вобе-Мугос Е (n=7)	Вобензим (n=8)
5-а	так	9 (81,8%)	6 (85,7%)	5 (71,4%)	6 (75%)
	ні	2 (18,2%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)	2 (25%)
p*			0,829	0,605	0,719
10-а	так	8 (72,7%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)	3 (37,5%)
	ні	3 (27,3%)	5 (71,4%)	4 (57,1%)	6 (62,5%)
p*			0,066	0,20	0,078
14-а	так	7 (63,6%)	0	1 (14,3%)	1 (12,5%)
	ні	4 (36,4%)	7 (100%)	6 (85,7%)	7 (87,5%)
p*			0,006	0,0039	0,026

* - у порівнянні з контрольною групою

На 10-у добу ранозагоєння в контрольній групі бактеріальні біоплівки в ділянці рани визначались у 8 (72,7%) хворих, тоді як в групі, що отримували флогензим, – у 2 (28,6%) хворих, вобе-мугос Е – у 3 (42,9%) хворих, вобензим – у 6 (37,5%) хворих. Але статистично значимої різниці між групами також не зафіксовано. Лише на 14-у добу ранозагоєння нами відмічена статистично значима відмінність в наявності бактеріальних біоплівки між основною та контрольною групами, так в контрольній групі бактеріальні біоплівки в ділянці рани визначались у 7 (63,6%) хворих, тоді як в групі, що отримували вобензим та вобе-мугос Е, у одного хворого, відповідно 14,3% та 12,5%, а у хворих, що отримували флогензим в усіх хворих бактеріальні біоплівки не визначались (див. табл.).

Статистично значимої відмінності у наявності бактеріальних біоплівки в ділянці рани між підгрупами основної групи ми не зафіксували.

Висновки

Системні ензимопрепарати доцільно використовувати у комплексному лікуванні хронічних ран різного генезу у якості ензимо-бустер-терапії для боротьби з рановими бактеріальними біоплівками.

Література

1. Сидоренко С.В. Роль бактериальных биопленок в патологии человека / С.В. Сидоренко // Инфекции в хирургии. – 2004. – №2(3). – С.16-20.

2. Тец В.В. Влияние экзогенных протеолитических ферментов на бактерии / В.В. Тец, Г.Ю. Кнорринг, Н.К. Артеменко [и др.] // Антибиотики и химиотерапия. – 2004. – Т. 49, № 12. – С.9–13.
3. Фадеев С.Б. Способность возбудителей флегмон мягкой ткани формировать биопленки / С.Б. Фадеев, Н.В. Немцева, Н.Б. Перунова, В.С. Тарасенко [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2009. – №2. – С.41–45.
4. Carpentier B. Biofilms and their consequences, with particular reference to hygiene in the food industry / B. Carpentier, O. Cerf // J. Appl. Bacteriol. – 1993. – V.75, №6. – P. 499–511.
5. Davey M.E. Microbial biofilms: from ecology to molecular genetics / M.E. Davey, G.A. O'toole // Microbiol Mol Biol Rev. – 2000. – V.64, №4. – P.847–867.
6. Hall-Stoodley L. Evolving concepts in biofilm infections / L. Hall-Stoodley, P. Stoodley // Cell Microbiol. – 2009. – V.11, №7. – P.1034–1043.
7. James G.A. Biofilms in chronic wounds / G.A. James, E. Swogger, R. Wolcott [et al.] // Wound Rep Regen. – 2008. – V.16, №1. – P.37–44.
8. Percival S. Microbiology of wounds / S. Percival, K. Cutting. – CRC Press Taylor & Francis Group Boca Raton L., N.Y., 2010. – 409 p.
9. Percival S.L. The antimicrobial efficacy of a silver alginate dressing against a broad spectrum of clinically relevant wound isolates / S.L. Percival, W. Slone, S. Linton [at all.] // Int. Wound J. – 2011. – V.8, №3. – P. 237–243.
10. Thomas J.G. A comparison of the antimicrobial efficacy of two silver-containing wound dressings on burn wound isolates / J.G. Thomas, W. Slone, S. Linton, L. Corum, // Percival Journal of Wound Care. – 2011. – V. 20, №12. – P. 580–586.
11. Wolcott R.D. Biofilms and chronic wound inflammation / R.D. Wolcott, D.D. Rhoads, S.E. Dowd // J Wound Care. – 2008. – V.17, №8. – P. 333–341.
12. Yi K. Biofilm formation by Neisseria meningitidis / K. Yi, A.W. Rasmussen, S.K. Gudlavalletti, D.S. Stephens, I. Stojiljkovic // Infect. Immun. – 2004. – V.72. – P.6132–6138.

Реферат

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНЫХ ЭНЗИМОПРЕПАРАТОВ В КАЧЕСТВЕ БУСТЕР-ТЕРАПИИ ДЛЯ БОРЬБЫ С МИКРОБНЫМИ БИОПЛЕНКАМИ ХРОНИЧЕСКИХ РАН

Лигоненко А.В., Дигтяр И.И., Чёрная И.А., Зубаха А.Б., Шумейко И.А., Стороженко А.В., Горб Л.И., Лигоненко О.А.

Ключевые слова: хронические раны, системная энзимотерапия, бустер-терапия, микробные биопленки

На основе анализа лечения 34 больных с хроническими ранами разного генеза доказана возможность использования системных энзимопрепаратов в качестве энзимо-бустер-терапии для борьбы с раневыми микробными биопленками.

Summary

APPLICATION OF SYSTEMIC ENZYMATIC THERAPY AS A BOOSTER-THERAPY FOR MICROBIAL BIOFILMS OF CHRONIC WOUND

Ligonenko A.V., Digtiar I.I., Chorna I.A., Zubakha A.B., Shumeyko I.A., Storozhenko A.V., Gorb L.I., Ligonenko O.A.

Keywords: chronic wounds, systemic enzymatic therapy, booster therapy, microbial biofilms.

The analysis of the treatment of 34 patients with chronic wounds of different genesis has proven the possibility to use systemic enzymatic therapy as booster against wound microbial biofilms.

УДК 618.19-002.1

Лігоненко О.В., Зубаха А.Б., Чорна І.О., Шумейко І.Н., Стороженко О.В.,
Дігтярь І.І., Іващенко Д.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОЇ ГНІЙНОЇ РАНИ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава

Нині на особливу увагу заслуговує проблема інфекційних ускладнень після важких комбінованих травм. При лікуванні хворих був застосований комплекс лікувальних засобів: антимікробна терапія, дезінтоксикаційна і симптоматична терапія. Найважливіше значення надавали вилученню некротизованих і девіталізованих тканин, забезпеченню вільного відтоку гною з рани. При лікуванні був застосований комплекс лікувальних засобів із застосуванням: ультрафіолетового опромінення аутокрові, антеградної нодулолімфатичної антибіотикотерапії, місцевого застосування багатокомпонентних мазей. При використанні в комплексному лікуванні лазеротерапії швидше зникали болі, проходило очищення стінок рани від некротичних тканин, різко знижувався рівень мікробного забруднення стінок рани. Епітелізація ран і поява фіброblastів достовірно були більше вираженими при лазерному опроміненні.

Ключові слова: посттравматична гнійна рана, ультрафіолетове опромінення аутокрові, антеградна нодулолімфатична терапія

Вступ

В теперішній час проблема лікування післятравматичних гнійних ускладнень привертає до себе увагу спеціалістів усього світу в зв'язку зі збільшенням кількості військових конфліктів, стихійних лих, транспортного травматизму. Аналіз джерел науково-медичної інформації, присвячених даній проблемі показує значний її вплив на порушення працездатності, якості життя пацієнтів з даною патологією.

Мета дослідження

Покращити результати лікування хворих з даною патологією та визначити показання до застосування запропонованого комплексу лікувальних заходів.

Об'єкт та методи дослідження

В теперішній час особливої уваги заслуговує проблема інфекційних ускладнень після тяжких комбінованих травм. Пошкодження великих масивів тканин створює умови для проникнення мікроорганізмів у внутрішнє середовище організму і генералізації процесу.

При лікуванні 18 хворих був застосований комплекс лікувальних засобів: 1) антимікробна терапія з урахуванням чутливості мікробів до антибіотиків; 2) дезінтоксикаційна і симптоматична терапія. Найважливіше значення надавали вилученню некротизованих та девіталізованих тканин, розкриттю всіх гнійних "кишень", забезпеченню вільного відтоку гною з рани. У всіх хворих відмічені явища інтоксикації різного ступеню вираженості, загальна слабкість, гарячка, безсоння, поганий апетит. Температура тіла була підвищена від 37,5° до 39,5°. В аналізах периферичної крові у 80% хворих відмічався лейкоцитоз від $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$ зі зміщенням лейкоцитарної формули вліво та збільшення ШОЕ до 30-44 мм/год. Величину ендогенної інтоксикації визначали по модифікованому лейкоцитарному індексу інтоксикації (МЛІІ). У 77% хворих МЛІІ був від 3,1 до 4,0 при нормі $2,64 \pm 0,2$. При лікуванні був застосований комплекс лікувальних засобів із застосуванням: ультрафіолетового опромінення аутокрові (УФО), антеградної нодулолімфатичної антибіотикотерапії (АНЛАТ) і місцевого застосування багатокомпонентних мазей на гідрофільній основі: в першу фазу запального процесу - Офлокаїн, Діоксизоль, Левоміколь, у фазу утворення грануляційної тканини -

Мірамістин, Пантенстін, Метилурацил, при епітелізації використовувалися масла обліпихи, шипшини.

Лазерне опромінювання при лікуванні проводили установкою ЛГ-38 з довжиною хвилі 632,8 нм. Сеанс лазерної терапії терміном 10 хвилин з відстанню від кінця світловода 20-25 см.

До 3-го дня після початку лазерного опромінювання достовірно підвищувалась активність та інтенсивність фагоцитозу, кількість Т-загальних та В-лімфоцитів, концентрація імуноглобуліну М, а також достовірно знижувався рівень циркулюючих імунних комплексів.

При використанні в комплексному лікуванні лазеротерапії швидше зникали болі, швидше проходило очищення стінок рани від некротичних тканин, скорочувався термін гідратації рани, достовірно швидше зменшувалась концентрація водневих іонів, різко знижувався рівень мікробного забруднення стінок рани (навіть в тих випадках, коли місцево не використовувались традиційні антисептики та антибіотики).

Епітелізація ран та з'явлення фіброblastів достовірно були більш вираженими при лазерному опромінюванні.

Висновки

1. Лікування хворих з гнійно-некротичними ускладненнями після травматичних ран повинно бути комплексним.

2. Суттєвим компонентом у лікуванні хворих з даною патологією варто визначити своєчасне попередження та усунення некротично-інфекційних ускладнень.

3. Дані цитологічних досліджень свідчать про те, що використання лазеротерапії пришвидшує процеси репарації та загоєння в рани.

Література

1. Дмитрієв Б.І. Ендолимфатична терапія локальних гнійно-запальних процесів у хворих на цукровий діабет / Дмитрієв Б.І. // Матеріали V Республіканської учбово-методичної та наукової конференції зав.кафедрами загальної хірургії медвузів України. – Тернопіль, 1996. – С.34-35.
2. Лігоненко О. Вплив естрогенів та ліпосом на перебіг гнійних ран у осіб похилого та старечого віку / О. Лігоненко, І. Дігтярь // Клінічна хірургія. – 2009. – №2. – С.17-21.
3. Зубаха А.Б. Особливості лікування гострих гнійних маститів / А.Б. Зубаха // Матеріали V Республіканської учбово-методичної та наукової конференції зав.кафедрами загальної хірургії медвузів України. – Тернопіль, 1996. – С.267.

УДК 618.19-002.1

Лігоненко О.В., Зубаха А.Б., Чорна І.О., Шумейко І.Н., Стороженко О.В.,
Дігтярь І.І., Іващенко Д.М.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОЇ ГНІЙНОЇ РАНИ

ВДНЗУ "Українська медична стоматологічна академія", м.Полтава

Нині на особливу увагу заслуговує проблема інфекційних ускладнень після важких комбінованих травм. При лікуванні хворих був застосований комплекс лікувальних засобів: антимікробна терапія, дезінтоксикаційна і симптоматична терапія. Найважливіше значення надавали вилученню некротизованих і девіталізованих тканин, забезпеченню вільного відтоку гною з рани. При лікуванні був застосований комплекс лікувальних засобів із застосуванням: ультрафіолетового опромінення аутокрові, антеградної нодулолімфатичної антибіотикотерапії, місцевого застосування багатокомпонентних мазей. При використанні в комплексному лікуванні лазеротерапії швидше зникали болі, проходило очищення стінок рани від некротичних тканин, різко знижувався рівень мікробного забруднення стінок рани. Епітелізація ран і поява фіброblastів достовірно були більше вираженими при лазерному опроміненні.

Ключові слова: посттравматична гнійна рана, ультрафіолетове опромінення аутокрові, антеградна нодулолімфатична терапія

Вступ

В теперішній час проблема лікування післятравматичних гнійних ускладнень привертає до себе увагу спеціалістів усього світу в зв'язку зі збільшенням кількості військових конфліктів, стихійних лих, транспортного травматизму. Аналіз джерел науково-медичної інформації, присвячених даній проблемі показує значний її вплив на порушення працездатності, якості життя пацієнтів з даною патологією.

Мета дослідження

Покращити результати лікування хворих з даною патологією та визначити показання до застосування запропонованого комплексу лікувальних заходів.

Об'єкт та методи дослідження

В теперішній час особливої уваги заслуговує проблема інфекційних ускладнень після тяжких комбінованих травм. Пошкодження великих масивів тканин створює умови для проникнення мікроорганізмів у внутрішнє середовище організму і генералізації процесу.

При лікуванні 18 хворих був застосований комплекс лікувальних засобів: 1) антимікробна терапія з урахуванням чутливості мікробів до антибіотиків; 2) дезінтоксикаційна і симптоматична терапія. Найважливіше значення надавали вилученню некротизованих та девіталізованих тканин, розкриттю всіх гнійних "кишень", забезпеченню вільного відтоку гною з рани. У всіх хворих відмічені явища інтоксикації різного ступеню вираженості, загальна слабкість, гарячка, безсоння, поганий апетит. Температура тіла була підвищена від 37,5° до 39,5°. В аналізах периферичної крові у 80% хворих відмічався лейкоцитоз від $10,0 \cdot 10^9/\text{л}$ зі зміщенням лейкоцитарної формули вліво та збільшення ШОЕ до 30-44 мм/год. Величину ендогенної інтоксикації визначали по модифікованому лейкоцитарному індексу інтоксикації (МЛІІ). У 77% хворих МЛІІ був від 3,1 до 4,0 при нормі $2,64 \pm 0,2$. При лікуванні був застосований комплекс лікувальних засобів із застосуванням: ультрафіолетового опромінення аутокрові (УФО), антеградної нодулолімфатичної антибіотикотерапії (АНЛАТ) і місцевого застосування багатокомпонентних мазей на гідрофільній основі: в першу фазу запального процесу - Офлокаїн, Діоксизоль, Левоміколь, у фазу утворення грануляційної тканини -

Мірамістин, Пантенстін, Метилурацил, при епітелізації використовувалися масла обліпихи, шипшини.

Лазерне опромінювання при лікуванні проводили установкою ЛГ-38 з довжиною хвилі 632,8 нм. Сеанс лазерної терапії терміном 10 хвилин з відстанню від кінця світловода 20-25 см.

До 3-го дня після початку лазерного опромінювання достовірно підвищувалась активність та інтенсивність фагоцитозу, кількість Т-загальних та В-лімфоцитів, концентрація імуноглобуліну М, а також достовірно знижувався рівень циркулюючих імунних комплексів.

При використанні в комплексному лікуванні лазеротерапії швидше зникали болі, швидше проходило очищення стінок рани від некротичних тканин, скорочувався термін гідратації рани, достовірно швидше зменшувалась концентрація водневих іонів, різко знижувався рівень мікробного забруднення стінок рани (навіть в тих випадках, коли місцево не використовувались традиційні антисептики та антибіотики).

Епітелізація ран та з'явлення фіброblastів достовірно були більш вираженими при лазерному опромінюванні.

Висновки

1. Лікування хворих з гнійно-некротичними ускладненнями після травматичних ран повинно бути комплексним.
2. Суттєвим компонентом у лікуванні хворих з даною патологією варто визначити своєчасне попередження та усунення некротично-інфекційних ускладнень.
3. Дані цитологічних досліджень свідчать про те, що використання лазеротерапії пришвидшує процеси репарації та загоєння в рани.

Література

1. Дмитрієв Б.І. Ендолимфатична терапія локальних гнійно-запальних процесів у хворих на цукровий діабет / Дмитрієв Б.І. // Матеріали V Республіканської учбово-методичної та наукової конференції зав.кафедрами загальної хірургії медвузів України. – Тернопіль, 1996. – С.34-35.
2. Лігоненко О. Вплив естрогенів та ліпосом на перебіг гнійних ран у осіб похилого та старечого віку / О. Лігоненко, І. Дігтярь // Клінічна хірургія. – 2009. – №2. – С.17-21.
3. Зубаха А.Б. Особливості лікування гострих гнійних маститів / А.Б. Зубаха // Матеріали V Республіканської учбово-методичної та наукової конференції зав.кафедрами загальної хірургії медвузів України. – Тернопіль, 1996. – С.267.

Реферат

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГНОЙНОЙ РАНЫ

Лигоненко А.В., Зубаха А.Б., Чорна И.О., Шумейко И.Н., Стороженко А.В., Дигтярь И.И., Иващенко Д.Н.

Ключевые слова: посттравматическая гнойная рана, ультрафиолетовое облучение аутокрови, антеградная нодулолимфатическая антибиотикотерапия.

В настоящее время особого внимания заслуживает проблема инфекционных осложнений после тяжелых комбинированных травм. При лечении больных был применен комплекс лечебных средств: антимикробная терапия, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Важнейшее значение придавали изъятию некротизированных и девитализованных тканей, обеспечению свободного оттока гноя из раны. При лечении был применен комплекс лечебных средств с применением: ультрафиолетового облучения аутокрови, антеградной нодулолимфатической антибиотикотерапии, местного применения многокомпонентных мазей. При использовании в комплексном лечении лазеротерапии быстрее исчезали боли, проходила очистка стенок раны от некротических тканей, резко снижался уровень микробного загрязнения стенок раны. Эпителизация ран и появление фибробластов достоверно были более выраженными при лазерном облучении.

Summary

MULTIMODALITY TREATMENT FOR POST-TRAUMATIC PURULENT WOUNDS

Ligonenko A.V., Zubakha A.B., Chorna I.O., Shumeiko I.N., Storozhenko A.V., Digtiar I.I., Ivaschenko D.N.

Keywords: posttraumatic purulent wound, ultraviolet irradiation autologous blood, antegrade nodulolymphatic antibiotics therapy.

Nowadays the problems caused with infectious complications of severe combined traumas are still requiring in-depth study. We introduced the multimodality treatment of the conditions which included antimicrobial therapy, detoxication and therapeutic symptom-relief. Special attention was paid to removal of necrotized and devitalized tissues, free pus from the wound. The treatment also included UV exposure of autologous blood, antegrade nodulolymphatic antibiotics, topical multicomponent ointments. Laser therapy promoted rapid pain relief, cleaned off necrotic tissue, the decreased the level of microbial contamination of the wound walls. Wound epithelialization and the appearance of fibroblasts were significantly more pronounced due to the laser irradiation.

УДК 616-002.44+616.137.82+617.58-005.4-036.17]-089

Пиптюк О.В., Телемуха С.Б., Пиптюк В.О.

МЕТОДИ ЗАКРИТТЯ ІШЕМІЧНИХ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ

Івано-Франківський Національний медичний університет

Мета роботи – вивчити безпосередні і віддалені результати лікування хворих з хронічними трофічними виразками нижніх кінцівок в умовах ішемії тканин. Матеріали і методи. За період з 2004 по 2012 роки обстежено та проліковано 86 хворих з периферичною формою атеросклерозу і хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у віці від 41 до 79 років, ускладненою хронічними трофічними виразками (ХТВ) нижніх кінцівок. Середній вік пацієнтів склав 66,6±14,1 років. В першу групу контролю увійшли 30 хворих, яким проведено консервативне лікування по загальноприйнятих схемах. В другу (основну) групу (56 хворих) проведена катетеризація нижньої надчеревної артерії (КНАА) з наступною доартеріальною інфузією медикаментозних середників, остеоперфорація великогомілкової кістки (ОПВГК). В 39 хворих основної групи проведено некректомію або малу ампутацію на стопі, з них у 29 послідовно аутодермопластику вільними перфорованими клаптями шкіри (АВПКШ). 9 хворим проведено трансплантацію культивованих фібробластів на ХТВ після попередньої підготовки. Вивчено безпосередні і віддалені результати лікування. Висновки. Досягти стійкого і позитивного результату можна тільки при використанні комплексного підходу до лікування. Використання катетеризації нижньої надчеревної артерії, доартеріальної інфузії, остеоперфорації великогомілкової кістки, трансплантації культивованих фібробластів, аутодермопластики покращує результати лікування хворих з КІНК.

Ключові слова: хронічні трофічні виразки нижніх кінцівок, облітеруючий атеросклероз, критична ішемія нижніх кінцівок, катетеризація нижньої надчеревної артерії, остеоперфорація великогомілкової кістки.

Вступ

Облітеруючими захворюваннями судин кінцівок страждають 5% осіб середнього та похилого віку, що становить 3 - 4% всіх хірургічних захворювань [1]. Частота оклюзійних захворювань артерій нижніх кінцівок у старшій віковій групі може сягати 23%, серед яких у 20-40% розвивається ХКІНК [2,3,4].

У 72-78% хворих на цукровий діабет в похилому віці виникає ураження судин нижніх кінцівок в поєднанні з облітеруючим атеросклерозом різного ступеня тяжкості. Близько половини всіх високих ампутацій пов'язані з ускладненнями периферичної форми атеросклерозу на фоні цукрового діабету, з них у 80-90% хворих передують хронічні виразкові дефекти [5]. Розповсюдженість як мікро-, так і макро-ангіопатії збільшується з віком хворих і тривалістю діабету, зростає смертність від судинних ускладнень.

Лікування хворих з діабетичною ангіопатією нижніх

кінцівок і ХТВ складне, особливо при поширеному ураженні тканин і декомпенсації цукрового діабету. Багато хірургів вважають безперспективним виконання малої ампутації і при безуспішності консервативної терапії виконують ампутацію кінцівки на рівні стегна. Тому вироблення правильної хірургічної тактики і використання нових методів лікування дозволяє покращити лікування даної патології.

Мета роботи

Вивчити безпосередні і віддалені результати лікування хворих з хронічними трофічними виразками нижніх кінцівок в умовах ішемії тканин.

Матеріали та методи

За період з 2004 по 2012 роки обстежено та проліковано 86 хворих з периферичною формою атеросклерозу і хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у віці від 41 до 78 років. Середній вік хворих

Реферат

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГНОЙНОЙ РАНЫ

Лигоненко А.В., Зубаха А.Б., Чорна И.О., Шумейко И.Н., Стороженко А.В., Дигтярь И.И., Иващенко Д.Н.

Ключевые слова: посттравматическая гнойная рана, ультрафиолетовое облучение аутокрови, антеградная нодулолимфатическая антибиотикотерапия.

В настоящее время особого внимания заслуживает проблема инфекционных осложнений после тяжелых комбинированных травм. При лечении больных был применен комплекс лечебных средств: антимикробная терапия, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. Важнейшее значение придавали изъятию некротизированных и девитализованных тканей, обеспечению свободного оттока гноя из раны. При лечении был применен комплекс лечебных средств с применением: ультрафиолетового облучения аутокрови, антеградной нодулолимфатической антибиотикотерапии, местного применения многокомпонентных мазей. При использовании в комплексном лечении лазеротерапии быстрее исчезали боли, проходила очистка стенок раны от некротических тканей, резко снижался уровень микробного загрязнения стенок раны. Эпителизация ран и появление фибробластов достоверно были более выраженными при лазерном облучении.

Summary

MULTIMODALITY TREATMENT FOR POST-TRAUMATIC PURULENT WOUNDS

Ligonenko A.V., Zubakha A.B., Chorna I.O., Shumeiko I.N., Storozhenko A.V., Digtiar I.I., Ivaschenko D.N.

Keywords: posttraumatic purulent wound, ultraviolet irradiation autologous blood, antegrade nodulolymphatic antibiotics therapy.

Nowadays the problems caused with infectious complications of severe combined traumas are still requiring in-depth study. We introduced the multimodality treatment of the conditions which included antimicrobial therapy, detoxication and therapeutic symptom-relief. Special attention was paid to removal of necrotized and devitalized tissues, free pus from the wound. The treatment also included UV exposure of autologous blood, antegrade nodulolymphatic antibiotics, topical multicomponent ointments. Laser therapy promoted rapid pain relief, cleaned off necrotic tissue, the decreased the level of microbial contamination of the wound walls. Wound epithelialization and the appearance of fibroblasts were significantly more pronounced due to the laser irradiation.

УДК 616-002.44+616.137.82+617.58-005.4-036.17]-089

Пиптюк О.В., Телемуха С.Б., Пиптюк В.О.

МЕТОДИ ЗАКРИТТЯ ІШЕМІЧНИХ РАНОВИХ ДЕФЕКТІВ

Івано-Франківський Національний медичний університет

Мета роботи – вивчити безпосередні і віддалені результати лікування хворих з хронічними трофічними виразками нижніх кінцівок в умовах ішемії тканин. Матеріали і методи. За період з 2004 по 2012 роки обстежено та проліковано 86 хворих з периферичною формою атеросклерозу і хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у віці від 41 до 79 років, ускладненою хронічними трофічними виразками (ХТВ) нижніх кінцівок. Середній вік пацієнтів склав 66,6±14,1 років. В першу групу контролю увійшли 30 хворих, яким проведено консервативне лікування по загальноприйнятих схемах. В другу (основну) групу (56 хворих) проведена катетеризація нижньої надчеревної артерії (КНАА) з наступною доартеріальною інфузією медикаментозних середників, остеоперфорація великогомілкової кістки (ОПВГК). В 39 хворих основної групи проведено некректомію або малу ампутацію на стопі, з них у 29 послідовно аутодермопластику вільними перфорованими клаптями шкіри (АВПКШ). 9 хворим проведено трансплантацію культивованих фібробластів на ХТВ після попередньої підготовки. Вивчено безпосередні і віддалені результати лікування. Висновки. Досягти стійкого і позитивного результату можна тільки при використанні комплексного підходу до лікування. Використання катетеризації нижньої надчеревної артерії, доартеріальної інфузії, остеоперфорації великогомілкової кістки, трансплантації культивованих фібробластів, аутодермопластики покращує результати лікування хворих з КІНК.

Ключові слова: хронічні трофічні виразки нижніх кінцівок, облітеруючий атеросклероз, критична ішемія нижніх кінцівок, катетеризація нижньої надчеревної артерії, остеоперфорація великогомілкової кістки.

Вступ

Облітеруючими захворюваннями судин кінцівок страждають 5% осіб середнього та похилого віку, що становить 3 - 4% всіх хірургічних захворювань [1]. Частота оклюзійних захворювань артерій нижніх кінцівок у старшій віковій групі може сягати 23%, серед яких у 20-40% розвивається ХКІНК [2,3,4].

У 72-78% хворих на цукровий діабет в похилому віці виникає ураження судин нижніх кінцівок в поєднанні з облітеруючим атеросклерозом різного ступеня тяжкості. Близько половини всіх високих ампутацій пов'язані з ускладненнями периферичної форми атеросклерозу на фоні цукрового діабету, з них у 80-90% хворих передують хронічні виразкові дефекти [5]. Розповсюдженість як мікро-, так і макро-ангіопатії збільшується з віком хворих і тривалістю діабету, зростає смертність від судинних ускладнень.

Лікування хворих з діабетичною ангіопатією нижніх

кінцівок і ХТВ складне, особливо при поширеному ураженні тканин і декомпенсації цукрового діабету. Багато хірургів вважають безперспективним виконання малої ампутації і при безуспішності консервативної терапії виконують ампутацію кінцівки на рівні стегна. Тому вироблення правильної хірургічної тактики і використання нових методів лікування дозволяє покращити лікування даної патології.

Мета роботи

Вивчити безпосередні і віддалені результати лікування хворих з хронічними трофічними виразками нижніх кінцівок в умовах ішемії тканин.

Матеріали та методи

За період з 2004 по 2012 роки обстежено та проліковано 86 хворих з периферичною формою атеросклерозу і хронічною критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК) у віці від 41 до 78 років. Середній вік хворих

складав 66,6±14,1 років ($m=1,27$), 55% хворих припадо на працездатний вік до 60 років. Жінок було 45, чоловіків - 41.

В групу першу контролю ввійшли 30 хворих, яким проведено консервативне лікування загальноприйнятими медичними середниками (непрямі антикоагулянти, дезагреганти, простагландини, антибіотики при наявності трофічних змін згідно чутливості після зробленого посіву). Як правило, ці хворі відмовлялися від оперативного лікування.

В основній групі (56 хворих) проведена КННА, ОПВГК верхньої і середньої третини в кількості 5-6 перфораційних отворів на фоні довготривалої внутрішньоартеріальної інфузії антибіотиків і медикаментозних препаратів з наступною санацією гнійно-некротичного вогнища. В 39 хворих основної групи проведено некректомію або малу ампутацію на стопі, з них у 29 послідовно АВПКШ. Термін функціонування доартеріального катетера коливався від 3 до 28 діб, в середньому 14,1±0,1 діб. Гематом після забирання катетера не було, сангвінацію зупиняли затягуванням гемостатичного черезшкірного шва. 9 хворим проведено трансплантацію культивованих фібробластів на ХТВ після попередньої підготовки.

При загальноклінічних обстеженнях у хворих були виявлені супутні захворювання, серед яких у 75,6% діагностовано захворювання серцево-судинної системи (з них у 12,2% - порушення ритму серця); у 11,6% - хронічні захворювання легень; у 6,9% - наслідки перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу; у 4,6% - гострі та хронічні захворювання нирок; у 19,8 - інші хвороби. Це свідчить про підвищений операційний ризик оперованих пацієнтів. У 57 хворих виявлено по 2 супутні захворювання. Інші пацієнти мали 3 і більше супутніх захворювань. Супутня патологія в групах не відрізнялася.

Для дослідження і лікування відбирали хворих з тривалістю існування виразок не менше 6 тижнів

Результати та обговорення

Всі проліковані хворі комплексно обстежені.

Методи обстеження:

1. клінічне обстеження хворих;
2. дуплексне кольорове сканування нижніх кінцівок;
3. цитологічний метод;
4. визначення мікробної картини виразки;
5. рентгенконтрастна черезстегова пункційна артеріографія за Сельдінгером.

Ультразвукове дуплексне кольорове сканування проведено всім пацієнтам. При кольоровому дуплексному скануванні визначали швидкість і об'єм кровоплину, оцінювали стан артеріальної стінки, просвіт судини.

У 86 пацієнтів кісточно-плечовий індекс (КПІ) становив менше 0,8, що вказувало на наявність артеріальної патології. Для кінцевого встановлення ступеню порушення кровопостачання, хворим проводили кольорове дуплексне сканування артерій з кольоровим картуванням і рентгенконтрастну ангіографію. Рентгенконтрастну черезстегову пункційну артеріо-

рафію проводили за Сельдінгером. Результати обстеження вказували на проходність судин стегна, підколінної артерії, і «обрив» проходження контрастної речовини на гомілці.

Мікробіологічне дослідження нами проведено 33 хворим до використання ефективного лікування і на 9-14 добу лікування. Середній показник кількості колонієутворюючих одиниць до санації трофічних виразок склав $lg=6,63 \pm 0,19$ на 1 г тканини; після санації - $lg=4,72 \pm 0,09$ ($p<0,001$). Критерієм «чистоти хронічної рани» і готовності до аутодермопластики є рівень мікробного обсіменіння не більше 5×10^5 на 1 г тканини. У 15,9 % пацієнтів була нечутливість мікрофлори до антибіотиків.

Згідно наших даних цитологічного дослідження, протікання ХТВ нижніх кінцівок можна поділити на два періоди. Перший - до використання ефективного лікування - відповідає фазі ексудації і запалення. В мазку переважають нейтрофільні лейкоцити до 20-30 в полі зору, некробіоз (каріопікноз, каріорексис, каріолізис) їх посилений. Визначається велика кількість мікрофлори. Фагоцитоз майже відсутній або проявляється по типу незавершеного. Другий період - після і під час лікування - відповідає фазі регенерації і гранулювання. При цитологічному дослідженні відмічається різке зменшення кількості мікроорганізмів. Фагоцитоз енергійний і завершений. В мазках, крім нейтрофілів, визначаються фібробласти, лімфоцити, моноцити, епітеліальні клітини.

Методи лікування

Консервативне лікування - загальна фармакотерапія, санація виразки і навколишніх тканин.

Особливістю клінічного перебігу ХКІНК є наявність постійного больового синдрому і трофічних змін, які спричиняють малу рухомість хворих. Консервативна терапія при периферичній формі атеросклерозу нижніх кінцівок малоефективна. Висока частота ускладнень при лікуванні даної патології, і відповідно виконання високих ампутацій, змушує хірургів шукати нових ефективних методів лікування [2,3,5]. Методом вибору, який дозволяє покращити результати лікування, є використання поєднання з КННА (з інфузією медикаментозних середників для покращення реологічних і метаболічних процесів в кінцівці), ОПВГК, при наявності трофічних виразок чи некротизованих чи малої ампутації, трансплантація культивованих фібробластів, АВПКШ.

Згідно з TASC (2000р.) оцінку результатів лікування проводили за стандартизованими часовими інтервалами, рекомендованими міжнародними судинними і серцево-судинними хірургами: безпосередні результати - протягом 30 днів, короткострокові результати - від 1 до 6 місяців по операції, проміжні результати - від 12 до 24 місяці по операції, віддалені результати - від 2-х років після операції.

Критерії оцінки безпосередніх результатів лікування хворих з ХТВ (табл. 1).

Таблиця 1. Критерії оцінки результатів лікування

Критерії	Результат		
	Добрий	Задовільний	Незадовільний
Біль в спокої	відсутній	зменшився	посилився
КПІ	відсутній	зменшився	посилився
Доплер-тиск на задньомілкової артерії	Зростання на 0,2 і більше	Зростання на 0,1-0,2	Без змін або зменшення
Ішемічні виразки або некрози	>70 мм рт ст	50-70 мм рт ст	<50 мм рт ст
Висока ампутація	загоєння	зменшення площі	збільшення площі або поширення в глибину
	-	-	+

Безумовним критерієм покращення лікування ішемічних ХТВ в відділеному періоді є відсутність болю в спокої, збільшення безбольової ходьби, відсутність рецидиву

ХТВ, відсутність виконання високої ампутації.

Безпосередні і віддалені результати лікування груп хворих показані в табл. №2.

Таблиця 2
Результати лікування груп хворих

Результати		Добрий	Задовільний	Незадовільний
Безпосередні	основна	26(46,5%)	25(44,6%)	5(8,9%)
Віддалені	контрольна	8(26,7%)	14(46,6%)	8(26,7%)
	основна	19(34%)	23(41%)	14(25%)
	контрольна	6(20%)	5(16,7%)	19(63,3%)

Із поданої таблиці видно, що безпосередні і віддалені результати контрольної групи лікування найгірші. При ішемічних ХТВ самостійне консервативне лікування дає великий відсоток незадовільних результатів або приносить тільки тимчасовий ефект і в подальшому закінчується рецидивом ХТВ або високою ампутацією.

У віддаленому періоді терміном спостереження до 5 років у основній групі з КННА високу ампутацію виконано 14 хворим (25%). Отже, вдалося досягнути більш ніж в 2 рази зменшення високих ампутацій у віддаленому періоді у хворих з ішемічними ХТВ.

Висновки

Досягти стійкого і позитивного результату можна тільки при використанні комплексного підходу до лікування. Використання катетеризації нижньої надчревної артерії, доартеріальної інфузії, остеоперфоратії великогомілкової кістки, трансплантації культивованих фібробластів, аутодермопластики покращує результати лікування хворих з КІНК.

Перспективні методи лікування

Місцево для лікування ХТВ перспективним є використання спреїв з факторами росту фібробластів або ендотеліальним фактором росту, або фактором росту тромбоцитів. На жаль, в Україні таких ліків немає - ніхто не виробляє, не затверджені фармкомітетом для

використання. Розроблені методики використання стовбурних і плацентарних клітин дом'язево на гоміліці. При КІНК після проведеного лікування і покращення мікроциркуляції для стимуляції неангіогенезу використання стовбурних і плацентарних клітин доартеріально має перспективу, що є стимулом для розробки цих методик.

Література

1. Асланов А.Д. Тактика хирургического лечения больных с хронической критической ишемией нижних конечностей / А.Д. Асланов, А.Н. Косенков, Б.А. Мизаушев. – Пособие для врачей, 2006. – 51 с.
2. Клітинно-тканинні технології у лікуванні хронічних виразкованих дефектів нижніх кінцівок / [В.К.Гринь, А.Г. Попандоупо, О.А. Шутін та ін.]. – Донецьк, 2009. – 243 с.
3. Коваль Б. М. Сучасний стан діагностики та хірургічного лікування хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок / Б.М. Коваль // Хірургія України. – 2009. – № 3. – С.84-89.
4. Международное соглашение по диабетической стопе. – М. : Берг, 2000. – 96 с.
5. Мішалов В.Г. Найближчі та віддалені результати хірургічного лікування діабетичних ангіопатій нижніх кінцівок / В.Г. Мішалов, Б. М. Коваль, В. А. Черняк // Практична медицина. – 2008. – № 5. – С.146-149.
6. Тычинкина А. К. Кожно-пластические операции / Тычинкина А. К. – М., 1972. – 288 с.
7. Хрупкин В.И.Использование фибробластов для лечения гранулирующих ран / В.И. Хрупкин, А.В. Низовой, С.В. Леонов // Военно-медицинский журнал. – 1998. – № 1. – С. 38-42.
8. Falanga V. Workshop on the pathogenesis of chronic wounds / V. Falanga, F. Grinnell, B. Gilchrist, Y.T. Maddox // J. Invest. Dermatol. – 1994. – № 102. – P.125-127.

Реферат

МЕТОДЫ ЗАКРЫТИЯ ИШЕМИЧЕСКИХ РАНЕВЫХ ДЕФЕКТОВ

Пиптюк А.В., Телемуха С.Б., Пиптюк В.О.

Ключевые слова: хронические трофические язвы нижних конечностей, облитерирующий атеросклероз, критическая ишемия нижних конечностей, катетеризация нижней надчревной артерии, остеоперфорация большеберцовой кости.

Цель работы - изучить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с хроническими трофическими язвами нижних конечностей в условиях ишемии тканей. Материалы и методы. За период с 2004 по 2012 годы обследовано и пролечено 86 больных с периферической формой атеросклероза и хронической критической ишемией нижних конечностей (ХКИНК) в возрасте от 41 до 79 лет, осложненной хроническими трофическими язвами (ХТЯ) нижних конечностей. Средний возраст пациентов составил 66,6 ± 14,1 лет. В первую группу контроля вошли 30 больных, которым проведено консервативное лечение по общепринятым схемам. Во второй (основной) группе (56 больных) проведена катетеризация нижней надчревной артерии (КННА) с последующим внутриапериартериальным введением медикаментов, остеоперфорация большеберцовой кости (ОББК). У 39 больных основной группы проведено некрэктомия или малую ампутацию на стопе, из них в последующих 29 больных - аутодермопластику свободными перфорированными лоскутами кожи (АСПЛК). 9 больным проведены трансплантации культивированных фибробластов на ХТЯ после предварительной подготовки. Изучены непосредственные и отдаленные результаты лечения. Выводы. Добиться устойчивого и положительного результата можно только при использовании комплексного подхода к лечению. Использование катетеризации нижней надчревной артерии, доартериальной инфузии, остеоперфорации большеберцовой кости, трансплантации культивированных фибробластов, аутодермопластики улучшает результаты лечения больных с КИНК.

Summary

CLOSURE TECHNIQUES OF CLOSING OF ISCHEMIC WOUND DEFECTS

Pyptiuk A.V., Telemukha S. B., Pyptiuk V. A.

Key words: chronic trophic ulcers of lower extremities, arteriosclerosis, critical ischemia of lower extremities, epigastric artery catheterization, tibia osteoperforation.

The research was aimed to study immediate and remote results of treatment for the patients with the peripheral form of atherosclerosis and chronic critical ischemia of lower limbs (CILE) aged 79 – 41 (mean age 66.6±14.1 years), complicated by the chronic trophic ulcers (CTU) of lower limbs. The first group (control group) included 30 patients subjected to

conventional conservative treatment. The second (basic) group (n=56) underwent the inferior epigastric artery catheterization followed with intra-arterial introduction of medicines and tibia osteoperforation. 39 the patients of the basic were subjected to necrectomy or minor foot amputation, and 29 of them were performed on autodermplasty with free skin mesh graft. 9 patients were performed on transplantation of the cultivated fibroblasts. The immediate and remote results of treatment were calculated and studied.

УДК 616-002/-03.-72

Подпрятюв С.С., Корбут С.М., Маринський Г.С., Ткаченко В.А., Сидоренко О.В.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ПАРАПРОКТИТУ

Київська міська клінічна лікарня № 1

Інститут електрозварювання імені Є.О.Патона НАН України

Сорбуючу пов'язку з волокон кальцію-альгінату та суперабсорбуючу полімерну пов'язку використали для лікування 4 з 14 хворих на гострий парапроктит (ГП) з ішіоректальним, ретроректальним чи пельвіоректальним поширенням. Для здійснення гемостазу використовували електрозварювання живих тканин (Україна). Матеріал з рани щодня висівали на агар. Всі хворі отримували протягом 3-5 діб цефоперазон з сульбактамом 4-6 грамів на добу, метронідазол 1500 мг на добу. Основним збудником ГП у всіх хворих була E.coli в кількості 10^4 - 10^5 КУО, у 3 - в асоціації з St.aureus, чутливі до цефалоспоринів. На 3-4 добу, відповідно до очищення рани, основний мікроорганізм в посіві змінювався на представників кишкової групи сапрофітів, які не мали чутливості до жодного з перевірених антибіотиків. При цьому відміна антибіотиків на 3-4 добу не спричинила спалаху запалення у жодного з хворих. При зміні сорбуючої пов'язки разом з нею видалявся весь фібрин з рани, майже безболісно - 4,25±1,25 балів ВАШ, при зміні ж марлевої - поверхня вогнищево вкрита фібрином та слизом, біль 24,25±8,75 балів ВАШ. Струп у місцях електрозварювального перекриття артерій зберігався без відторгнення. Отже, клінічно ефективно очищення рани, достовірне ($p<0,01$) зниження болю при застосуванні сорбційних пов'язок визначає переваги їх застосування у хворих з глибоким ГП. Застосування електрозварювання має перевагу для здійснення гемостазу в гнійній рані.

Ключові слова: парапроктит, сорбуюча пов'язка, електрозварювання, рана, збудник, E.coli, цефоперазон.

Вступ

При використанні традиційних методів лікування ран після розкриття парапроктиту майже у чверті пацієнтів спостерігають ускладнений перебіг ранового процесу, а частота складних форм гострого парапроктиту сягає 47% [1,3,5]. Частота виявлення асоціацій бактерій - збудників парапроктиту збільшується і становить нині 34,0%, що вимагає активнішого застосування місцевого лікування для прискорення переходу в другу фазу ранового процесу, надто за складних форм захворювання [2,4]. Цей перехід при застосуванні вітчизняних мазьових та сорбційно-антибактеріальних місцевих засобів відбувається на 4-8 добу [5,6].

Мета

Оцінити перспективність застосування сухих і вологих сорбуючих пов'язок та технології електрозварювання в модифікації ранового процесу при лікуванні гострого парапроктиту.

Об'єкт та методи

Лікували 14 хворих на гострий парапроктит з ішіоректальним, ретроректальним чи пельвіоректальним поширенням. Чоловіків було 10, жінок - 4 в віці від 32 до 65 років.

Сорбуючі пов'язки використали для лікування 4 хворих (основна група). Сорбалгон - суху пов'язку з волокон кальцію-альгінату, який в рані перетворюється в гідрофільний гель, встановлювали, рихло вповнюючи рановий канал до його дна, один раз на добу. Тендер Вет - багатощарову суперабсорбуючу полімерну пов'язку з оболонкою, яка запобігає приклеюванню до рани, встановлювали, вповнюючи всю ранову порожнину, один раз на добу. При зміні пов'язок рани промивали струменем 3% перекису водню та Декасану 10-20 мл одноразово.

Для здійснення гемостазу використовували технологію електрозварювання живих тканин, апарат Пато-

нмед ЕКВЗ-300 та електрозварювальний затискач. При цьому застосовували режим коагуляції. В 2 спостереженнях, при необхідності перекриття артерії діаметром до 2 мм, застосовували режим зварювання.

У всіх хворих досліджували мікрофлору ран, висіваючи на живильне середовище мазки з ран та фрагменти видалених з ран сорбуючих пов'язок. Матеріал для дослідження брали одразу після розкриття гнояка та на 2, 3 добу, і висівали на живильне середовище з агаром. Визначали якісний, кількісний (утворюючи колонію одиниці - КУО) вміст мікрофлори та чутливість її до антибіотиків. Біль під час перев'язки оцінювали за 100-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ).

Всі хворі отримували антибактеріальну терапію: комбінований препарат цефоперазону з сульбактамом 4-6 грамів на добу, метронідазол 1500 мг на добу протягом 3-5 діб.

Результати та їх обговорення

В усіх спостереженнях гнояк було розкрито ефективно, без крововтрати. Ємність гнояка складала від 5 до 250 мл. В 10 спостереженнях гній був сірим рідким смердючим, у 2 вершкоподібним смердючим, у 2 - рідким водянистим без смороду. Переважання гнилісного характеру мікрофлори у досліджених хворих не спостерігали. Лише у останніх двох відзначили первинне переважання обсягу інфільтрації тканин над порожниною гнояка.

Основним збудником гострого парапроктиту у всіх хворих була E.coli в кількості 10^4 - 10^5 КУО, чутлива до цефалоспоринів II-IV поколінь, оксикінолонів, аміноглікозидів. На 2 добу у 3 хворих з ранового ексудату висіли такі самі чутливі до антибіотиків, як і E.coli, штам St.aureus.

У всіх хворих на 3 добу клінічно ефективного лікування, на тлі зменшення інфільтрації в рані, болю та виділень з рани, очищення рани, кількість E.coli в рані зменшувалася до 10^3 КУО, або колонії E.coli взагалі

conventional conservative treatment. The second (basic) group (n=56) underwent the inferior epigastric artery catheterization followed with intra-arterial introduction of medicines and tibia osteoperforation. 39 the patients of the basic were subjected to necrectomy or minor foot amputation, and 29 of them were performed on autodermaplasty with free skin mesh graft. 9 patients were performed on transplantation of the cultivated fibroblasts. The immediate and remote results of treatment were calculated and studied.

УДК 616-002/-03.-72

Подпрятюв С.С., Корбут С.М., Маринський Г.С., Ткаченко В.А., Сидоренко О.В.

НОВІТНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ПАРАПРОКТИТУ

Київська міська клінічна лікарня № 1

Інститут електрозварювання імені Є.О.Патона НАН України

Сорбуючу пов'язку з волокон кальцію-альгінату та суперсорбуючу полімерну пов'язку використали для лікування 4 з 14 хворих на гострий парапроктит (ГП) з ішіоректальним, ретроректальним чи пельвіоректальним поширенням. Для здійснення гемостазу використовували електрозварювання живих тканин (Україна). Матеріал з рани щодня висівали на агар. Всі хворі отримували протягом 3-5 діб цефоперазон з сульбактамом 4-6 грамів на добу, метронідазол 1500 мг на добу. Основним збудником ГП у всіх хворих була E.coli в кількості 10^4 - 10^5 КУО, у 3 - в асоціації з St.aureus, чутливі до цефалоспоринів. На 3-4 добу, відповідно до очищення рани, основний мікроорганізм в посіві змінювався на представників кишкової групи сапрофітів, які не мали чутливості до жодного з перевірених антибіотиків. При цьому відміна антибіотиків на 3-4 добу не спричинила спалаху запалення у жодного з хворих. При зміні сорбуючої пов'язки разом з нею видалявся весь фібрин з рани, майже безболісно - 4,25±1,25 балів ВАШ, при зміні ж марлевої - поверхня вогнищево вкрита фібрином та слизом, біль 24,25±8,75 балів ВАШ. Струп у місцях електрозварювального перекриття артерій зберігався без відторгнення. Отже, клінічно ефективно очищення рани, достовірне ($p<0,01$) зниження болю при застосуванні сорбційних пов'язок визначає переваги їх застосування у хворих з глибоким ГП. Застосування електрозварювання має перевагу для здійснення гемостазу в гнійній рані.

Ключові слова: парапроктит, сорбуюча пов'язка, електрозварювання, рана, збудник, E.coli, цефоперазон.

Вступ

При використанні традиційних методів лікування ран після розкриття парапроктиту майже у чверті пацієнтів спостерігають ускладнений перебіг ранового процесу, а частота складних форм гострого парапроктиту сягає 47% [1,3,5]. Частота виявлення асоціацій бактерій - збудників парапроктиту збільшується і становить нині 34,0%, що вимагає активнішого застосування місцевого лікування для прискорення переходу в другу фазу ранового процесу, надто за складних форм захворювання [2,4]. Цей перехід при застосуванні вітчизняних мазьових та сорбційно-антибактеріальних місцевих засобів відбувається на 4-8 добу [5,6].

Мета

Оцінити перспективність застосування сухих і вологих сорбуючих пов'язок та технології електрозварювання в модифікації ранового процесу при лікуванні гострого парапроктиту.

Об'єкт та методи

Лікували 14 хворих на гострий парапроктит з ішіоректальним, ретроректальним чи пельвіоректальним поширенням. Чоловіків було 10, жінок - 4 в віці від 32 до 65 років.

Сорбуючі пов'язки використали для лікування 4 хворих (основна група). Сорбалгон - суху пов'язку з волокон кальцію-альгінату, який в рані перетворюється в гідрофільний гель, встановлювали, рихло вповнюючи рановий канал до його дна, один раз на добу. Тендер Вет - багатощарову суперсорбуючу полімерну пов'язку з оболонкою, яка запобігає приклеюванню до рани, встановлювали, вповнюючи всю ранову порожнину, один раз на добу. При зміні пов'язок рани промивали струменем 3% перекису водню та Декасану 10-20 мл одноразово.

Для здійснення гемостазу використовували технологію електрозварювання живих тканин, апарат Пато-

нмед ЕКВЗ-300 та електрозварювальний затискач. При цьому застосовували режим коагуляції. В 2 спостереженнях, при необхідності перекриття артерії діаметром до 2 мм, застосували режим зварювання.

У всіх хворих досліджували мікрофлору ран, висіваючи на живильне середовище мазки з ран та фрагменти видалених з ран сорбуючих пов'язок. Матеріал для дослідження брали одразу після розкриття гнояка та на 2, 3 добу, і висівали на живильне середовище з агаром. Визначали якісний, кількісний (утворюючи колонію одиниці - КУО) вміст мікрофлори та чутливість її до антибіотиків. Біль під час перев'язки оцінювали за 100-бальною візуальною аналоговою шкалою (ВАШ).

Всі хворі отримували антибактеріальну терапію: комбінований препарат цефоперазону з сульбактамом 4-6 грамів на добу, метронідазол 1500 мг на добу протягом 3-5 діб.

Результати та їх обговорення

В усіх спостереженнях гнояк було розкрито ефективно, без крововтрати. Ємність гнояка складала від 5 до 250 мл. В 10 спостереженнях гній був сірим рідким смердючим, у 2 вершковоподібним смердючим, у 2 - рідким водянистим без смороду. Переважання гнилісного характеру мікрофлори у досліджених хворих не спостерігали. Лише у останніх двох відзначили первинне переважання обсягу інфільтрації тканин над порожниною гнояка.

Основним збудником гострого парапроктиту у всіх хворих була E.coli в кількості 10^4 - 10^5 КУО, чутлива до цефалоспоринів II-IV поколінь, оксикінолонів, аміноглікозидів. На 2 добу у 3 хворих з ранового ексудату висіли такі самі чутливі до антибіотиків, як і E.coli, штам St.aureus.

У всіх хворих на 3 добу клінічно ефективного лікування, на тлі зменшення інфільтрації в рані, болю та виділень з рани, очищення рани, кількість E.coli в рані зменшувалася до 10^3 КУО, або колонії E.coli взагалі

переставали висіватися. Протягом всього періоду висівання в обох типах сорбуючої пов'язки кількість *E.coli* була вищою на 1-2 порядки.

На 3-4 добу, відповідно до очищення рани, основний мікроорганізм в посіві змінювався на представника кишкової групи сапрофітів: *E.faecalis*, *Ac. lwoffii*, *C.freundii* у кількості 10^3 - 10^5 КУО. Вказані сапрофіти не мали чутливості до жодного з перевірених антибіотиків. В той же час, відміна призначених антибіотиків на 3-4 добу і продовження місцевого лікування не спричинювала спалаху запалення у жодного з хворих.

При зміні сорбуючої пов'язки разом з нею видалявся весь фібрин з рани, її поверхня залишалася яскравою та не ослизненою, незважаючи на збереження залишків характерного «колібацилярного» запаху в чистій рані. У хворих контрольної групи поверхня рани навіть після санації була вогнищево вкрита фібрином та значною кількістю слизу.

Струп у місцях електрозварювального перекриття артерій зберігався без ознак відторгнення до переходу рани в фазу грануляції у всіх хворих, кровотечі не було.

Видалення сорбуючої пов'язки було майже безболісним, надто – вологої, $4,25 \pm 1,25$ балів ВАШ, – на відміну від марлевої, та подальших маніпуляцій тампоном для повноцінного очищення рани від фібринових плівок, біль під час яких хворі оцінювали на рівні $24,25 \pm 8,75$ балів ВАШ.

Дренаж з рани видаляли після припинення виділення фібрину в рану та появи активних грануляцій: на 5-ту добу у хворий основної групи та 6-7 добу – контрольної.

Необхідності додаткового чи повторного розкриття гнояка не було в жодному спостереженні. Протягом року рецидиву гнояка хворі не відзначали. У 6 сформована анальна нориця.

Висновки

1. Застосування електрозварювання має перевагу для здійснення гемостазу в гнійній рані, оскільки заварений край судини зберігається без ознак відторгнення до настання фази грануляції у всіх хворих.

2. Збереження сорбуючих властивостей пов'язки щодо збудника гострого парапроктиту та фібринозних виділень через добу після перебування в рані свідчить про можливість застосовувати її в режимі одної перев'язки на добу.

3. Клінічно ефективного очищення рани від збуд-

ника гострого парапроктиту, фібрину та слизу на 3-ю добу після розкриття «стафілококового» та/чи «колібацилярного» парапроктиту можливо досягти щоденним встановленням сорбуючих пов'язок замість традиційних.

4. Достовірне ($p < 0,01$) зниження болючості санаційних перев'язок та швидше видалення жорсткого дренажа при застосуванні сорбційних пов'язок замість протирання тампоном має переваги належного здійснення ревізії та досягнення якісної санації рани у невротизованих хворих з глибоким, надто – пельвіоректальним розташуванням гнійної порожнини.

Перспективи подальших досліджень

Наявність в рані стійких до антибіотиків сапрофітних мікроорганізмів після очищення її від провідного збудника гнійно-запального процесу свідчить про ймовірну загрозу утворення стійких мікробних асоціацій та інфільтративно-некротичного поширення запалення країв рани.

Відсутність спостережень формування інфільтрату в рані на тлі постійно діючого очищення її від мікроорганізмів й ексудату з допомогою сорбуючої пов'язки, прийому захищених цефалоспоринов III покоління – свідчать про запобігання у такий спосіб утворенню стійких мікробних асоціацій та життєздатності тканин після застосування електрозварювання.

Література

1. Акопян А.С. Улучшение результатов лечения больных с острым парапроктитом / А.С. Акопян, Г.Э. Эксюзян, Э.В. Манукян [и др.] // Проблемы колопроктологии: Республиканский сб. науч. тр. – М.: ГНЦ колопроктологии, 2002. – Вып. 18. – С. 24-28.
2. Милица Н.Н. Изучение характера микрофлоры и ее связи с тяжестью острого парапроктита / Н.Н. Милица, Д.С. Гребенников // Клиническая хирургия. – 2009. – №11-12. – С.58-59.
3. Возможность синхронных операций в анальном канале при остром парапроктите: сборник I съезда колопроктологов России "Актуальные вопросы колопроктологии". – Самара, 2003. – С. 43-44.
4. Сідак В.В. Шляхи оптимізації діагностики та місцевого лікування складних форм гострого парапроктиту: автореф.дис. на здобуття наук. ступеню канд..мед. наук: спец. 14.01.13 "Хірургія" / В.В. Сідак. – Харків, 2003. – 208 с.
5. Чепляка О.М. Комплексне лікування хворих на гострий парапроктит: автореф.дис. на здобуття наук. ступеню канд..мед. наук: спец. 14.01.13 "Хірургія" / О.М. Чепляка. – Вінниця, 2006. – 171 с.
6. Шевчук І.М. Місцеве лікування післяопераційних ран у хворих за глибоких форм гострого парапроктиту / І.М. Шевчук, О.В. Навицький, О.О. Побуцький // Клиническая хирургия. – 2009. – №11-12. – С.58-59.

Реферат

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАРАПРОКТИТА

Подпратов С.С., Корбут С.М., Маринский Г.С., Ткаченко В.А., Сидоренко О.В.

Ключевые слова: парапроктит, сорбирующая повязка, электросварка, рана, возбудитель, *E.coli*, цефоперазон.

Сорбирующую повязку из волокон кальция-альгината и суперсорбирующую полимерную повязку использовали для лечения 4 из 14 больных острым парапроктитом (ОП) с ишиоректальным, ретроректальным и пельвиоректальным расположением. Для осуществления гемостаза использовали технологию электросварки живых тканей (Украина). Материал из раны ежедневно высевали на агар. Все больные получали 3-5 дней цефоперазон с сульбактамом 4-6 грамм в сутки, метронидазол 1500 мг в сутки. Основным возбудителем ОП у всех больных была *E.coli* в количестве 10^4 - 10^8 КОЕ, у 3 - в ассоциации с *St.aureus*, чувствительные к цефалоспорином. На 3-4 сутки, соответственно очищению раны, основной микроорганизм в посеве сменился представителем кишечной группы сапрофитов, которые были нечувствительны ни одному из проверяемых антибиотиков. При этом отмена антибиотиков на 3-4 сутки не привела к вспышке воспаления ни у одного из больных. При смене сорбирующей повязки вместе с нею удалялся весь фибрин из раны, почти безболезненно - $4,25 \pm 1,25$ баллов ВАШ, при смене же марлевой – поверхность очагово укрыта фибрином и слизью, боль $24,25 \pm 8,75$ баллов ВАШ. Струп в местах электросварного перекрывания артерий сохранялся без отторжения. В итоге, клинически эффективное очищение раны, достоверное ($p < 0,01$) снижение боли при применении сорбирующих повязок определяет преимущества их применения для лечения больных с глубоким ОП. Применение электросварки предпочтительнее при необходимости осуществления гемостаза в гнойной ране.

Summary

LATEST TECHNOLOGIES FOR TREATMENT OF PERIPROCTITIS

Podpriatov S.S., Korbut S.M., Marinsky G.S., Tkachenko V.A., Sidorenko O.V.

Keywords: perianal abscess, sorbing dressing, disease-produced agent E.coli, electric welding, wound, cefoperazone.

Sorbing wound dressing with calcium-alginate fibers and polymer superabsorbing dressing comparatively used to treat 4 of 14 patients with acute perianal abscess with ischio-, retro- or pelviorectal location. To perform homeostasis the electric welding technique (Patonmed, Ukraine) was used. Wound exudates were plated on agar daily. The patients took cefoperazone and sulbactam in a dose 4-6 g per day, metronidazole in a dose 1500 mg per day for 3 – 5 days. The main disease-produced agent was E.coli in amount 10^4 - 10^8 CFU, 3 cases were reported to have their association with St.aureus, sensitive to cephalosporins. In 3-4 days, according to the wounds cleansing the main cultured microorganism was replaced with specimen of intestinal saprophytes, which were insensitive to the antibiotics tested. Discontinuation of antibiotic therapy did not cause the inflammation outbreak in any case. The taking off sorbing bandage was mainly painless ($4,25 \pm 1,25$ scores according to VAS), and nearly all the fibrin was removed from the wound. In contrast, gauze removing caused pain ($24,25 \pm 8,75$ points according to VAS), the wound surface were covered with focal fibrin and mucus. Crusts due to welding on arteries were not rejected to granulation phase. Consequently, the clinical effectiveness of sorbing dressing in wounds cleaning with significant ($p < 0,01$) pain-relieving effect has been proved and may be introduced into medical practice for treatment of deep perianal abscesses.

УДК 617.5-089.844

Фисталь Н.Н

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Разнообразие современных консервативных и хирургических методов профилактики и лечения рубцов и рубцовых деформаций позволяет хирургу подобрать для каждого пациента индивидуальную программу реабилитации и получить хороший функциональный и эстетически приемлемый результат. Процесс реабилитации обожженных длительный и трудоемкий. Разработка и внедрение новых способов консервативного и хирургического лечения рубцов и усовершенствование существующих средств и методов реабилитации позволяет достичь желаемых результатов, уменьшить инвалидизацию, улучшить качество жизни пациентов

Ключевые слова: рубцы, ожоги, реабилитация.

Вступление

По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно в мире травмы получают более 50 млн. человек, из них 4 млн страдают от глубоких ожогов, и тенденций к уменьшению этой цифры пока нет. Одним из последствий травматизма, оказывающим значительное влияние на качество жизни, являются рубцы. Их состояние не удовлетворяет эстетическим требованиям пациента, рубцы приводят к формированию контрактур и деформаций, вплоть до полной изоляции от мира. Келоидные и гипертрофические рубцы, по данным Alster T. (2003), наблюдаются у 1,5-4,5% общей популяции, данные W.G. Chernoff (2007) значительно выше - 10%. В нашей клинике за год получает лечение более 1000 человек, из них 70-75% - это обожженные, 10-12% - пациенты с последствиями ожогов, столько же - с рубцами нежоговой этиологии, остальные - это пациенты с обширными механическими ранами и трофическими язвами.

Рубцы являются неизбежным последствием глубоких ожогов. При неадекватном местном лечении, обширных поражениях и особенностях иммунного статуса пациента рубцы возникают и при поверхностных ожогах.

Рубцы и рубцовые деформации являются серьезной проблемой в пластической хирургии, особенно если они распространенные, захватывают функционально и эстетически значимые области

Цель

Обобщить и систематизировать весь спектр консервативных и хирургических способов профилактики и лечения последствий ожоговой травмы.

Материалы и методы

Главным принципом профилактики грубых послеожоговых рубцов является раннее и адекватное хирургическое лечение ожоговых ран: при поверхностных ожогах - дермабразия с закрытием ран биологическими повязками, ксенокожей, использованием клеточных культур; при глубоких - ранняя некрэктомия с одномоментной аутопластикой либо закрытием дефекта сложными лоскутами, использование клеточных технологий и биологических покрытий. При соблюдении этих принципов удается в 2-2,5 раза уменьшить количество грубых послеожоговых деформаций и контрактур. Последующее диспансерное наблюдение и лечебные мероприятия позволяют улучшить эстетические результаты лечения, восстановить качество жизни обожженных.

Результаты исследования

В клинике разработана и используется схема профилактики и лечения послеожоговых рубцов, которая назначается всем реконвалесцентам, перенесшим глубокие поражения, а также поверхностные распространенные ожоги и ожоги особой локализации (лицо, кисти, промежности, области суставов). После выписки из стационара таким пациентам назначается ношение компрессионной одежды, ЛФК, использование препаратов силикона. При быстром прогрессировании рубцовой ткани дополнительно назначаем фонофорез со стероидами, лонгидазу внутримышечно, при формирующихся келоидных рубцах - стероиды инъекционно в ткань рубца. При обширной площади поражения с выраженным зудом, болевыми ощущениями назначается плазмаферез, стероиды системно, санаторно-курортное лечение. Контроль эффективности консервативного лечения проводится с по-

Summary

LATEST TECHNOLOGIES FOR TREATMENT OF PERIPROCTITIS

Podpriatov S.S., Korbut S.M., Marinsky G.S., Tkachenko V.A., Sidorenko O.V.

Keywords: perianal abscess, sorbing dressing, disease-produced agent E.coli, electric welding, wound, cefoperazone.

Sorbing wound dressing with calcium-alginate fibers and polymer superabsorbing dressing comparatively used to treat 4 of 14 patients with acute perianal abscess with ischio-, retro- or pelviorectal location. To perform homeostasis the electric welding technique (Patonmed, Ukraine) was used. Wound exudates were plated on agar daily. The patients took cefoperazone and sulbactam in a dose 4-6 g per day, metronidazole in a dose 1500 mg per day for 3 – 5 days. The main disease-produced agent was E.coli in amount 10^4 - 10^8 CFU, 3 cases were reported to have their association with St.aureus, sensitive to cephalosporins. In 3-4 days, according to the wounds cleansing the main cultured microorganism was replaced with specimen of intestinal saprophytes, which were insensitive to the antibiotics tested. Discontinuation of antibiotic therapy did not cause the inflammation outbreak in any case. The taking off sorbing bandage was mainly painless ($4,25 \pm 1,25$ scores according to VAS), and nearly all the fibrin was removed from the wound. In contrast, gauze removing caused pain ($24,25 \pm 8,75$ points according to VAS), the wound surface were covered with focal fibrin and mucus. Crusts due to welding on arteries were not rejected to granulation phase. Consequently, the clinical effectiveness of sorbing dressing in wounds cleaning with significant ($p < 0,01$) pain-relieving effect has been proved and may be introduced into medical practice for treatment of deep perianal abscesses.

УДК 617.5-089.844

Фисталь Н.Н

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Разнообразие современных консервативных и хирургических методов профилактики и лечения рубцов и рубцовых деформаций позволяет хирургу подобрать для каждого пациента индивидуальную программу реабилитации и получить хороший функциональный и эстетически приемлемый результат. Процесс реабилитации обожженных длительный и трудоемкий. Разработка и внедрение новых способов консервативного и хирургического лечения рубцов и усовершенствование существующих средств и методов реабилитации позволяет достичь желаемых результатов, уменьшить инвалидизацию, улучшить качество жизни пациентов

Ключевые слова: рубцы, ожоги, реабилитация.

Вступление

По данным Всемирной Организации Здравоохранения ежегодно в мире травмы получают более 50 млн. человек, из них 4 млн страдают от глубоких ожогов, и тенденций к уменьшению этой цифры пока нет. Одним из последствий травматизма, оказывающим значительное влияние на качество жизни, являются рубцы. Их состояние не удовлетворяет эстетическим требованиям пациента, рубцы приводят к формированию контрактур и деформаций, вплоть до полной изоляции от мира. Келоидные и гипертрофические рубцы, по данным Alster T. (2003), наблюдаются у 1,5-4,5% общей популяции, данные W.G. Chernoff (2007) значительно выше - 10%. В нашей клинике за год получает лечение более 1000 человек, из них 70-75% - это обожженные, 10-12% - пациенты с последствиями ожогов, столько же - с рубцами неожоговой этиологии, остальные - это пациенты с обширными механическими ранами и трофическими язвами.

Рубцы являются неизбежным последствием глубоких ожогов. При неадекватном местном лечении, обширных поражениях и особенностях иммунного статуса пациента рубцы возникают и при поверхностных ожогах.

Рубцы и рубцовые деформации являются серьезной проблемой в пластической хирургии, особенно если они распространенные, захватывают функционально и эстетически значимые области

Цель

Обобщить и систематизировать весь спектр консервативных и хирургических способов профилактики и лечения последствий ожоговой травмы.

Материалы и методы

Главным принципом профилактики грубых послеожоговых рубцов является раннее и адекватное хирургическое лечение ожоговых ран: при поверхностных ожогах - дермабразия с закрытием ран биологическими повязками, ксенокожей, использованием клеточных культур; при глубоких - ранняя некрэктомия с одномоментной аутопластикой либо закрытием дефекта сложными лоскутами, использование клеточных технологий и биологических покрытий. При соблюдении этих принципов удается в 2-2,5 раза уменьшить количество грубых послеожоговых деформаций и контрактур. Последующее диспансерное наблюдение и лечебные мероприятия позволяют улучшить эстетические результаты лечения, восстановить качество жизни обожженных.

Результаты исследования

В клинике разработана и используется схема профилактики и лечения послеожоговых рубцов, которая назначается всем реконвалесцентам, перенесшим глубокие поражения, а также поверхностные распространенные ожоги и ожоги особой локализации (лицо, кисти, промежности, области суставов). После выписки из стационара таким пациентам назначается ношение компрессионной одежды, ЛФК, использование препаратов силикона. При быстром прогрессировании рубцовой ткани дополнительно назначаем фонофорез со стероидами, лонгидазу внутримышечно, при формирующихся келоидных рубцах - стероиды инъекционно в ткань рубца. При обширной площади поражения с выраженным зудом, болевыми ощущениями назначается плазмаферез, стероиды системно, санаторно-курортное лечение. Контроль эффективности консервативного лечения проводится с по-

мощью оценочной шкалы и лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ).

Наиболее распространенным методом воздействия на формирующиеся рубцы является физиолечение. Фонофорез с противовоспалительными, гормональными препаратами показан для лечения незрелых рубцов с признаками воспаления. Назначаем 10-15 процедур на область рубцов. При этом препараты, проникая вглубь образующейся рубцовой ткани, подавляют активность макрофагов, выработку медиаторов воспаления, неоангиогенез, что приводит к уменьшению воспаления, нормализации процессов синтеза соединительной ткани.

Проведение массажа в зоне рубцов приводит к усилению кровотока и тканевой перфузии, что стимулирует рост и развитие рубцовой ткани. Поэтому массаж назначаем только при условии ношения компрессионной одежды, использовании препаратов силикона, эластичного бинтования зоны поражения сразу после процедуры. Если рубец быстро прогрессирует, имеет выраженные признаки воспаления, гнойничковые или экзематозные высыпания, изъязвления — массаж противопоказан.

Лечебная физкультура назначается независимо от распространенности рубца, его состояния, сроков реабилитационных мероприятий. Основная цель ЛФК при рубцовых поражениях — предупреждение развития рубцовых контрактур, восстановление объема движений в суставах в процессе хирургической реабилитации, возвращение тонуса и функции мышц пораженных участков тела, общеукрепляющее действие. План проведения лечебной физкультуры устанавливается физиотерапевтом для каждого пациента индивидуально, выполняется систематически с постепенным увеличением количества и частоты выполняемых упражнений, увеличением нагрузок.

Санаторно-курортное специализированное лечение является неотъемлемой частью реабилитационной программы пациентов с распространенными рубцами. В Украине пациенты с последствиями ожогов проходят реабилитацию в санаториях «Авангард» (г.Немиров), Днепропетровской сероводородной клинике, Славянском курорте, санатории «Сакрополь» (г. Саки, Крым), на курорте «Кюяльник (г.Одесса) и др. Для лечения реконвалесцентов с различными видами рубцов используется грязелечение, бальнеолечение, климатотерапия, применяются различные физиотерапевтические методы, психотерапия, массаж, минеральные воды, а также эфферентные методы лечения.

Местное применение силиконсодержащих препаратов — относительно новый и безболезненный метод для лечения и профилактики развития гипертрофических рубцов. Механизм воздействия неизвестен, но предполагается, что гидратация определяет воздействие кератиноцитов на фибробласты и снижение выработки коллагена. широко используются силиконовые пластины и силиконсодержащие гели. Для лечения небольших рубцов, а также рубцов, расположенных в зонах суставов, рекомендуем использование силиконовых пластырей

Основное требование к применению силиконовых пластин — это поддержание чистоты поверхности пластины и области кожи, на которую ее накладывают. Оптимальный срок действия пластины — 24 ч в сутки, минимальный срок аппликации — 12 ч в сутки.

Недостатками использования силиконовых пластин является необходимость крепления их к коже давящими повязками, пластырем или компрессион-

ной одеждой, плохая адгезия к рубцам в области подвижных участков туловища, на суставах, на лице. На таких участках используются силиконсодержащие пластыри.

Пластыри с силиконом представляют собой самоклеющуюся повязку с мягким силиконовым слоем, покрытым защитной пленкой. Их можно использовать сразу после полного заживления ран как в комплексе с компрессионной одеждой, так и без нее в качестве самостоятельной лечебной процедуры. Повязки удобны в использовании, не требуют предварительной подготовки и дополнительной фиксации к рубцовой поверхности. Перед наложением повязки проводится туалет области рубцового поражения: удаление корочек, мытье водой с мылом и высушивание. Повязки необходимого размера извлекаются из упаковки и вырезаются в соответствии с формой рубца. После снятия защитной пленки повязка силиконовым слоем накладывается на рубцовую область и плотно прижимается к поверхности. Ношение повязки для достижения наилучшего результата больные осуществляют непрерывно в течение суток. После проведения ежедневных гигиенических процедур повязку снимают с кожи, а затем вновь помещают на прежнее место. Только в случае отсутствия фиксирующего эффекта повязка заменяется на новую. Длительность использования одной повязки определяется наличием адгезивных свойств и составляет в начале лечения 3-5 суток, а через 1-2 месяца использования после выравнивания рубцовой поверхности эти сроки увеличиваются до 7-10 суток. В случае возникновения мацерации следует прекратить использование пластыря до исчезновения этих симптомов с последующим продолжением лечения.

Силиконсодержащие гели назначаем так же, как пластины и пластыри: после мытья и высушивания пораженного участка гель наносится тонким слоем 2 раза в день. Рекомендовано использование в течение 2-3 месяцев. К сожалению, у пациентов с гипертрофическими послеожоговыми рубцами использование силиконсодержащих препаратов лимитируется площадью пораженной поверхности, а также стоимостью препарата.

Компрессионная терапия признана одним из самых действенных методов, позволяющих профилировать образование послеожоговых контрактур и гипертрофических рубцов. В литературе достаточно много данных в поддержку использования компрессии для лечения келоидных и гипертрофических рубцов. Считается, что давление более 25 мм рт.ст. уменьшает интерстициальный отек, ограничивает новообразование капилляров, способствует ишемизации рубцовой ткани. Гипоксия приводит к дегенеративным изменениям фибробластов, что уменьшает продукцию коллагена, а образованные коллагеновые волокна располагаются упорядоченно.

Компрессионные изделия более 30 лет применяются при лечении пациентов в странах Западной Европы и Америки, более 10 лет — в Восточной Европе. Компрессионную одежду назначаем ожоговым реконвалесцентам после заживления ран на срок 6-12 месяцев. Важным условием эффективности компрессионной одежды при лечении распространенных рубцов является однородное давление на всех пораженных участках. Мы не назначаем ношение компрессионной одежды поверх силиконовых пластин, так как не видим преимуществ сочетанного использования этих методов.

При быстром росте рубца и явлениях выраженно-

го воспаления, боли, зуде назначаем введение в рубцовую ткань кортикостероидных препаратов, которые тормозят высвобождение интерлейкинов 1 и 2, гамма-интерферона из лимфоцитов и макрофагов, медиаторов воспаления, снижают метаболизм арахидоновой кислоты. Мы используем препараты бетаметазона. Препарат вводится инсулиновым шприцем 0,5-2 мл в ткань небольшого или линейного рубца медленно 1 раз в месяц 4-6 раз, количество введений определяется состоянием рубца. Методика также эффективна при лечении и подготовке к иссечению небольших келоидных рубцов. Признаком правильного введения является побледнение рубца в зоне введения. Если рубец более 3-7 см² - рекомендуем введение препарата в виде мезотерапии по всей площади рубца, при этом не следует превышать дозу введения 0,2 мл/см² - 1 мл в неделю. Таким же образом (в ткань рубца), а также системно вводится лонгидаза – препарат с ферментативной (гиалуронидазной) активностью, иммуномодулирующими, антиоксидантными и умеренными противовоспалительными свойствами.

Криохирургия успешно используется для лечения келоидных и гипертрофических рубцов. Терапевтический эффект криолечения зависит от прямого повреждения клеток и изменений микроциркуляции, вызванных замораживанием. Экстремально низкая температура вызывает сосудистые повреждения с соответствующим стазом крови, что приводит к клеточной аноксии. Вязкость крови повышается, приводя к тромбообразованию, ведущему, в свою очередь, к тканевому некрозу. Каждая лечебная сессия должна сопровождаться двумя-тремя актами замораживания-оттаивания по 30 секунд каждый. Процесс заживления около месяца. Рекомендуем применение метода при устойчивых к другим видам лечения келоидных рубцах с признаками резкого прогрессирования и воспаления. Неизбежным осложнением криотерапии рубцов является стойкая депигментация в связи с высокой чувствительностью меланоцитов к низкой температуре, и атрофия кожи.

При распространенных рубцах с выраженными явлениями воспаления, зуда, быстрым ростом, а также при определенных лабораторных показателях (наличие криоглобулинов в сыворотке крови, повышение содержания IgG, IgM на 30%, увеличения количества лимфоцитов и ЦИК в периферической крови более чем в 2 раза) назначаем обменный плазмаферез. Действие плазмафереза выражается в снижении содержания лимфоцитов и ЦИК, подавлении активности макрофагов и снижении выработки медиаторов воспаления, подавление неоангиогенеза соединительной ткани. Плазмаферез проводится 2 раза в неделю, не менее 4 процедур.

Результаты и обсуждение. Для определения эффективности лечения рубцов наиболее распространенное имеет Vancouver Scar Scale (Baryza MJ, Baryza GA, 1995). Оценка эффективности базируется на наблюдении ряда симптомов рубцов, изменяющихся под действием изучаемых методов и средств.

Объективным методом определения эффективности консервативного лечения рубцов является лазерная доплеровская флоуметрия. Исследование микроциркуляции в рубце проводим с помощью флоуметра ЛААК-2 до начала лечения по всей площади рубца, а также неповрежденной кожи того же участка конечности или туловища пациента. Если показатели микроциркуляции в рубце превышают таковые в неповрежденной коже – назначаем консервативное лечение в виде моно- либо сочетанной терапии. Повторное ис-

следование проводят через месяц: если показатели микроциркуляции снизились на 20% и более – назначенное лечение считаем эффективным и продолжаем. Если показатели микроциркуляции изменились несущественно либо усилились – проводим коррекцию назначенной схемы лечения.

Таким образом, все ожоговые реконвалесценты подлежат диспансерному наблюдению и назначению различных средств консервативной профилактики рубцов.

Хирургическое лечение рубцов проводится в фазу их инволюции, за исключением формирования микростомии и сужения других анатомических отверстий, выворота век, контрактур тяжелой степени. При оперативном вмешательстве соблюдаем следующие принципы:

1. тщательный гемостаз, минимальное травмирование тканей во время операции, использованием атравматического шовного материала, профилактика инфекционных осложнений;

2. при ушивании раны натяжение ее краев должно быть минимальным;

3. разрезы должны совпадать с линиями Лангера;

4. сразу после снятия швов и полного заживления ран назначаются консервативные меры профилактики рубцов.

Хирургическое лечение келоидных рубцов имеет ряд особенностей в связи с высокой частотой рецидивирования келоида.

Основными видами хирургического лечения гипертрофических рубцов являются иссечение, удлинение, замещение полноценным кожным либо сложным лоскутом, дермабразия.

Простое иссечение рубца выполняем при относительно небольшой его ширине и при хорошей подвижности краев раны. В этом случае после удаления рубцовой ткани края раны мобилизуем и после тщательного гемостаза накладываем двухрядный шов: узловой неудаляемый шов на глубокие слои раны и удаляемый (сопоставляющий) дермо-дермальный шов атравматичной нитью. При значительной глубине и ширине раны, выраженной толщине подкожной клетчатки, в зонах высокой подвижности накладываемся 3-рядный шов.

Создание дубликатуры целесообразно в тех случаях, когда рубец имеет значительную ширину или расположен в зоне с малоподвижными окружающими тканями, в результате чего на линии шва создается значительное натяжение. В таком случае рубец не иссекаем, а дезэпидермизируем, рассекаем ткани лишь по одному из его краев. После достаточно широкой мобилизации краев раны накладываем первый глубокий ряд швов между краем дезэпидермизированного рубца и соответствующим участком тканей в стороне от противоположного края раны. В результате этого первая глубокая линия швов берет на себя основную нагрузку, что позволяет наложить вторую линию швов практически без натяжения.

Удлинение рубца выполняем в тех случаях, когда рубцы гипертрофического характера формируют контрактуры, ограничивают движения в суставах, являются причиной болевых ощущений. В зависимости от степени укорочения рубца (следовательно, и от величины необходимого его удлинения) используем варианты пластики встречными лоскутами. При этом выделяемые лоскуты должны включать максимальное количество подкожной жировой клетчатки, а их основание должно быть представлено нормальной тканью.

Обширные послеожоговые рубцы зачастую формируют множественные контрактуры, ликвидация которых проходит в несколько этапов.

Замещение рубцово-измененных тканей полноценным кожным лоскутом выполняем при значительных косметических дефектах и/или ограничении движений в суставах конечностей. Рубцовое поле иссекаем, проводим гемостаз, полученный раневой дефект замещаем идентичным по форме и размеру свободным полнослойным кожным лоскутом, взятым с участка тела, где толщина кожи и волосяной покров сходны с утраченным

Если при иссечении рубцов дном раны являются сухожилия, кости, суставы – проводим несвободную пластику кожно-фасциальным либо кожно-мышечным лоскутом, при этом донорское место закрываем свободным расщепленным аутолоскутом.

Наиболее эстетически и функционально приемлемым способом замещения рубцовых дефектов является дермотензия, так как этот метод позволяет за короткий срок получить пластический материал, идентичный утраченному по толщине, тургору, цвету, волосяному покрову.

Для проведения дермотензии используем силиконовые экспандеры. Операция проводится в 3 этапа: имплантация экспандера, собственно дермотензия, иссечение рубца и замещение дефекта дермотезионным лоскутом. Разрез для формирования ложе экспандера выполняем в зоне, подлежащей последующему удалению; затем тупо формируем ложе для экспандера так, чтобы он располагался свободно, без складок и перегибов. Ниппель всегда выводим наружу, при больших экспандерах, при выведенном вертикально ниппеле либо значительной травматизации тканей при формировании ложе – проводим дренирование из конрапертуры полихлорвиниловой трубкой. Введение жидкости осуществляем 2 раза в неделю, объем однократного введения зависит от величины экспандера, числа предыдущих введений, реакции покровных тканей. Длительность дермотензии составляет 30-35 суток. Такая методика позволяет избежать осложнений.

Одним из наиболее востребованных методов в коррекции гипертрофических послеожоговых рубцов является дермабразия. Дермабразия не является радикальным средством лечения рубцов, но позволяет приблизить состояние гипертрофического рубца к

нормотрофическому: выравнять поверхность, добиться однородной нормальной пигментации, эластичности и мягкости тканей. В клинике выполняем механическую дермабразию, принцип действия которой заключается в постепенном удалении эпидермиса до сосочкового слоя дермы.

В большинстве случаев проводим местная инфильтрационная анестезия. Проведение дермабразии всегда требует индивидуального подхода и имеет целью достижение одинаковой глубины шлифовки. При неравномерной толщине рубца добиваемся выравнивания его рельефа. Капиллярное кровотечение является показателем глубины проникновения. Образовавшуюся раневую поверхность обычно закрывают повязками с кремами и мазями, способствующими нормальной эпителизации. Мы рекомендуем закрытие ран после дермабразии ксенокожей, размоченной в антисептических растворах. При таком методе раневая поверхность не высыхает, не инфицируется, а факторы роста, содержащиеся в ксенокоже, способствуют более быстрой эпителизации.

Выводы

Таким образом, разнообразие современных консервативных и хирургических методов профилактики и лечения рубцов и рубцовых деформаций позволяет хирургу подобрать для каждого пациента индивидуальную программу реабилитации и получить хороший функциональный и эстетически приемлемый результат.

Процесс реабилитации обожженных длительный и трудоемкий. Разработка и внедрение новых способов консервативного и хирургического лечения рубцов и усовершенствование существующих средств и методов реабилитации позволяют достичь желаемых результатов, уменьшить инвалидизацию, улучшить качество жизни пациентов.

Литература

1. Alster T. Laser scar revision: comparison study of 585-nm pulsed laser with and without intralesion corticosteroids / T. Alster // Dermatologic surgery. – 2003. – №29(1). – P. 25-29.
2. Chernoff W. G. The Efficacy of Topical Silicone Gel Elastomers in the Treatment of Hypertrophic Scars, Keloid Scars, and Post-Laser Exfoliation Erythema / W. G. Chernoff, H. Cramer, S. Su- Huang // Aesthetic Plastic Surgery. – V.3, №5. – P.495-500.
3. Baryza M.J. The Vancouver Scar Scale: an administration tool and its interrater reliability / M.J. Baryza, G.A. Baryza // J. Burn Care Rehabil. – 1995. – V.16, №5. – P.535-538.

Реферат

ПРОФІЛАКТИКА І ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦІВ
Фісталь Н.М.

Ключові слова: рубці, опіки, реабілітація

Різноманітність сучасних консервативних і хірургічних методів профілактики та лікування рубців та рубцевих деформацій дозволяє хірургові підібрати для кожного пацієнта індивідуальну програму реабілітації та отримати хороший функціональний і естетичний результат. Процес реабілітації обпечених тривалий і трудомісткий. Розробка та впровадження нових способів консервативного та хірургічного лікування рубців, а також удосконалення існуючих засобів і методів реабілітації дозволяє досягти бажаних результатів, зменшити інвалідизацію, поліпшити якість життя пацієнтів

Summary

PREVENTION AND TREATMENT OF POST-BURN SCARS
Fistal N.N.

Key words: scars, burn, rehabilitation

Diversity of modern conservative and surgical methods for the prevention and treatment of scars and scar deformation allows the surgeon to develop a patient-centered rehabilitation program and get a good functional and aesthetically acceptable result. The rehabilitation for patients with burns is a time-consuming and requires great efforts. The development and introduction of new methods of conservative and surgical treatment for scars and improvement of existing tools and methods for rehabilitation promotes the promising results, reduces disability rate and improves the patients' life quality.

УДК 617-001.4-003.92: 615.54.1]- 08/-084

Фисталь Н.Н., Сперанский И.И.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА «ДЕРМОФИБРАЗЕ» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, г. Донецк

Изучены непосредственные и отдалённые результаты лечения 143 больных, которые перенесли поверхностные и глубокие ожоги различной локализации и площади поражения. Из них, 103 пострадавших, перенесших эпидермальные и глубокие ожоги, после консервативного и/или оперативного лечения на протяжении от 4 до 18 месяцев и лечились втиранием крема «Дермофибразе» 2-3 раза в сутки на протяжении 3 – 6 месяцев. 40 человек, с аналогичными эпидермальными или глубокими ожогами, после лечения в ближайшие 3-6 месяцев после начала рубцевания, получали местное лечение препаратом «Контрактубекс». Отмечены лучшие непосредственные и отдалённые результаты у больных, получавших крем «Дермофибразе».

Ключевые слова: патологическое рубцевание ран, профилактика и лечение рубцов, крем «Дермофибразе»

Вступление

Проблема профилактики и лечения гипертрофических и келоидных рубцов у обожжённых несмотря на наличие множества лекарственных средств и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Это обусловлено тем, что гипертрофические и келоидные рубцы по данным различных авторов встречаются у 1,5 – 4,5% общей популяции, а после перенесенных ожогов в зависимости от пола, национальности, этиологии ожога и методов лечения эти цифры колеблются от 5,8 до 17,3% [10,11,12]. Они приводят к косметическим дефектам, деформациям конечностей или отдельных участков тела с нарушением функции конечностей, различным эстетическим и социальным проблемам, высокому проценту инвалидизации перенесших ожоги.

Имеются также определённые трудности в выборе метода консервативного лечения ожоговой раны, особенно при развитии воспалительных и аллергических осложнений, появлении тенденции образования патологического рубца. Образование рубцов – нормальная реакция организма на травму, без которой не может обходиться ни один живой организм. Рубец возникает как результат ответа организма на потерю или разрушение кожных структур путем образования соединительной ткани. Рубцовая ткань не является идентичной той ткани, которую заменяет, и обладает более низкими функциональными качествами [3]. Это замещение всегда несовершенно и приводит, в зависимости от вида замещения, к различным рубцам: атрофическим, нормотрофическим, гипертрофическим или келоидным.

Причиной образования патологических рубцов являются:

- а) механические факторы – неправильное и длительное заживление ран, особенно в функционально активных зонах;
 - б) локализация ран – область кистей, плечи, подколennая ямка, грудина;
 - в) расовые и индивидуальные факторы – чернокожие, рыжеволосые;
 - г) нарушение обмена веществ – диабет, атеросклероз, гипопротенемия, гиповитаминоз;
 - д) факторы физического воздействия – рентгеновское и ультрафиолетовое облучение;
 - е) инфицирование и неадекватное (не патогенетическое) лечение ран;
 - ж) размеры площади рубцевания и постоянная травматизация её в функционально активных зонах.
- При заживлении раны проходят поочередно стадии коагуляции, воспаления, синтеза матрикса, ангиогенеза, фиброплазии, эпителизации, контракции и моделирования рубца [1,13]. Формирование рубца также проходит несколько стадий [5,8]:

- первая стадия – воспаление и эпителизация раны на 7-10 суток после получения раны. В это время грануляционная ткань выражена слабо и рубца как такового еще нет;

- вторая стадия – образование молодого рубца, которая длится 20 – 30 дней после травмы. В грануляционной ткани начинают формироваться волокна коллагена и эластина. Сохраняется повышенное кровоснабжение рубца, он приобретает насыщенно – розовый цвет.

- третья стадия – образование «зрелого» рубца длительностью от 1 до 3 месяцев после травмы, полностью исчезают сосуды, волокна коллагена выстраиваются вдоль линий максимального натяжения. Рубец становится светлым и плотным.

- четвёртая стадия – окончательная трансформация рубца, которая длится 4-12 месяцев.

Время формирования рубца составляет от 6 до 12, по некоторым авторам до 18 месяцев с момента эпителизации раны.

Наиболее часто применяемыми средствами и способами профилактики и лечения рубцов являются силикон, компрессионная одежда, различные виды физиотерапевтических процедур (ультразвук, лазер, рентгенотерапия, химическая и криодермабразия, криодеструкция и др.) и различные средства для местного консервативного медикаментозного лечения. Для местного консервативного лечения и профилактики рубцов различной этиологии используют Мелифон, бальзам Сандлера №3, Kelofibrase, Elecia, Kelo-cote, MedGel, Дерматикс и др. лекарственные средства, но наиболее часто на территории СНГ и в Украине в частности используется КОНТРАТУБЕКС (гель и крем) и его аналог Медерма.

Несмотря на наличие большого количества лекарственных средств и способов профилактики и лечения патологических рубцов, частота их появления и инвалидизации обожжённых по данной причине не уменьшается. Это обусловлено различными факторами, как увеличением количества обожжённых, позднего обращения больных за медицинской помощью и длительное не патогенетическое самолечение, отсутствием возможности приобретения высокоэффективных препаратов из – за их дороговизны и обеднения основной массы населения.

На фармацевтический рынок Украины ежегодно поступают до 30 различных препаратов для лечения ожогов непосредственно или для всех видов ран, включая и ожоговые. В последнее время все больше

УДК 617-001.4-003.92: 615.54.1]- 08/-084

Фисталь Н.Н., Сперанский И.И.

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО ОТЕЧЕСТВЕННОГО КОСМЕТИЧЕСКОГО КРЕМА «ДЕРМОФИБРАЗЕ» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОБШИРНЫХ ПОСЛЕОЖГОВЫХ РУБЦОВ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины, г. Донецк

Изучены непосредственные и отдалённые результаты лечения 143 больных, которые перенесли поверхностные и глубокие ожоги различной локализации и площади поражения. Из них, 103 пострадавших, перенесших эпидермальные и глубокие ожоги, после консервативного и/или оперативного лечения на протяжении от 4 до 18 месяцев и лечились втиранием крема «Дермофибразе» 2-3 раза в сутки на протяжении 3 – 6 месяцев. 40 человек, с аналогичными эпидермальными или глубокими ожогами, после лечения в ближайшие 3-6 месяцев после начала рубцевания, получали местное лечение препаратом «Контрактубекс». Отмечены лучшие непосредственные и отдалённые результаты у больных, получавших крем «Дермофибразе».

Ключевые слова: патологическое рубцевание ран, профилактика и лечение рубцов, крем «Дермофибразе»

Вступление

Проблема профилактики и лечения гипертрофических и келоидных рубцов у обожжённых несмотря на наличие множества лекарственных средств и в настоящее время сохраняет свою актуальность. Это обусловлено тем, что гипертрофические и келоидные рубцы по данным различных авторов встречаются у 1,5 – 4,5% общей популяции, а после перенесенных ожогов в зависимости от пола, национальности, этиологии ожога и методов лечения эти цифры колеблются от 5,8 до 17,3% [10,11,12]. Они приводят к косметическим дефектам, деформациям конечностей или отдельных участков тела с нарушением функции конечностей, различным эстетическим и социальным проблемам, высокому проценту инвалидизации перенесших ожоги.

Имеются также определённые трудности в выборе метода консервативного лечения ожоговой раны, особенно при развитии воспалительных и аллергических осложнений, появлении тенденции образования патологического рубца. Образование рубцов – нормальная реакция организма на травму, без которой не может обходиться ни один живой организм. Рубец возникает как результат ответа организма на потерю или разрушение кожных структур путем образования соединительной ткани. Рубцовая ткань не является идентичной той ткани, которую заменяет, и обладает более низкими функциональными качествами [3]. Это замещение всегда несовершенно и приводит, в зависимости от вида замещения, к различным рубцам: атрофическим, нормотрофическим, гипертрофическим или келоидным.

Причиной образования патологических рубцов являются:

- а) механические факторы – неправильное и длительное заживление ран, особенно в функционально активных зонах;
 - б) локализация ран – область кистей, плечи, подколennая ямка, грудина;
 - в) расовые и индивидуальные факторы – чернокожие, рыжеволосые;
 - г) нарушение обмена веществ – диабет, атеросклероз, гипопротенемия, гиповитаминоз;
 - д) факторы физического воздействия – рентгеновское и ультрафиолетовое облучение;
 - е) инфицирование и неадекватное (не патогенетическое) лечение ран;
 - ж) размеры площади рубцевания и постоянная травматизация её в функционально активных зонах.
- При заживлении раны проходят поочередно стадии коагуляции, воспаления, синтеза матрикса, ангиогенеза, фиброплазии, эпителизации, контракции и моделирования рубца [1,13].

Формирование рубца также проходит несколько стадий [5,8]:

- первая стадия – воспаление и эпителизация раны на 7-10 суток после получения раны. В это время грануляционная ткань выражена слабо и рубца как такового еще нет;

- вторая стадия – образование молодого рубца, которая длится 20 – 30 дней после травмы. В грануляционной ткани начинают формироваться волокна коллагена и эластина. Сохраняется повышенное кровоснабжение рубца, он приобретает насыщенно – розовый цвет.

- третья стадия – образование «зрелого» рубца длительностью от 1 до 3 месяцев после травмы, полностью исчезают сосуды, волокна коллагена выстраиваются вдоль линий максимального натяжения. Рубец становится светлым и плотным.

- четвёртая стадия – окончательная трансформация рубца, которая длится 4-12 месяцев.

Время формирования рубца составляет от 6 до 12, по некоторым авторам до 18 месяцев с момента эпителизации раны.

Наиболее часто применяемыми средствами и способами профилактики и лечения рубцов являются силикон, компрессионная одежда, различные виды физиотерапевтических процедур (ультразвук, лазер, рентгенотерапия, химическая и криодермабразия, криодеструкция и др.) и различные средства для местного консервативного медикаментозного лечения. Для местного консервативного лечения и профилактики рубцов различной этиологии используют Мелифон, бальзам Сандлера №3, Kelofibrase, Elecia, Kelo-cote, MedGel, Дерматикс и др. лекарственные средства, но наиболее часто на территории СНГ и в Украине в частности используется КОНТРАТУБЕКС (гель и крем) и его аналог Медерма.

Несмотря на наличие большого количества лекарственных средств и способов профилактики и лечения патологических рубцов, частота их появления и инвалидизации обожжённых по данной причине не уменьшается. Это обусловлено различными факторами, как увеличением количества обожжённых, позднего обращения больных за медицинской помощью и длительное не патогенетическое самолечение, отсутствием возможности приобретения высокоэффективных препаратов из – за их дороговизны и обеднения основной массы населения.

На фармацевтический рынок Украины ежегодно поступают до 30 различных препаратов для лечения ожогов непосредственно или для всех видов ран, включая и ожоговые. В последнее время все больше

внимания уделяется лекарственным препаратам на растительной основе, которые обладают лечебными и профилактическими свойствами, способствуют быстрейшему очищению ран и подготовки их к аутодермотрансплантации, замедляют развитие патологических рубцов и т.д.. Это побудило нас провести сравнительное изучение местного воздействия препаратов «Контрактубекс» и крема «Дермофибразе» на рубцы ожогового генеза в различные сроки их образования после травмы.

Цель исследования

Целью данного исследования являлась сравнительная клиническая оценка эффективности использования препаратов гель «КОНТРАКТУБЕКС» и крема «ДЕРМОФИБРАЗЕ» для профилактики образования и лечения патологических рубцов у больных, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в Донецком ожоговом центре ГУ «ИНВХ им. В.К. Гусака» НАМН Украины, определение переносимости данных препаратов, выявление побочных реакций при их использовании.

Материал и методы исследования

Для сравнения эффективности профилактики и консервативного лечения послеожоговых и других рубцов были выбраны два препарата: крем «Дермофибразе» (производства ООО «Георг Биосистем», Украина, Великобритания) и наиболее давно и часто применяемый в Украине и в странах СНГ - гель «Контрактубекс» (Merz Pharmaceuticals GmbH, Frankfurt). Основанием для сравнения этих двух препаратов послужило то, что они имеют общее действующее вещество, но в тоже время отличаются его дозировкой и некоторыми составляющими [11].

Изучены непосредственные и отдалённые результаты лечения 143 больных, которые перенесли дермальные поверхностные и глубокие ожоги различной локализации и площади поражения и находились на стационарном лечении и дальнейшем наблюдении в Донецком ожоговом центре ИНВХ им. В.К. Гусака НАМН Украины.

Больные разделены на две группы: Первая группа - 103 пострадавших, перенесших дермальные поверхностные ожоги II ст с операцией дерматомии, ксенопластика или без неё и глубокие ожоги с ранней некрэктомией и аутодермотрансплантацией. Все больные находились на динамическом наблюдении сотрудников отдела термических поражений на протяжении от 4 до 18 месяцев и лечилась втиранием крема «Дермофибразе» 2-3 раза в сутки в места появившейся гипертрофизации заживших ран или когда в анамнезе была отмечена склонность к образованию гипертрофических рубцов. 10 больным из них, крем был наложен на мелкие остаточные раны среди гипертрофических участков рубцевания эпидермальных ожогов. Препарат накладывали на зажившую ожоговую поверхность и оставшиеся мелкие раны ежедневно, после туалета её влажной салфеткой, смоченной фурацилином, декасаном или 2% борной кислотой, равномерным слоем 1-2-3 мм, сверху два слоя сухой стерильной марлевой салфетки и фиксирование марлевым бинтом. Курс лечения колебался от 20 до 30 дней втирания и от 3 до 10 дней в виде повязок на остаточные раны в условиях стационара и до 6 месяцев после выписки из него.

Вторая группа (группа сравнения) – 40 человек, которые также перенесли эпидермальные или глубокие ожоги с оперативным лечением в ближайшие 3-6 месяцев после начала рубцевания и получала местное лечение препаратом «Контрактубекс» путём вти-

рания его в гипертрофические участки или уже сформировавшиеся рубцы в сроки аналогичные для больных первой группы.

Возраст больных колебался от 8 до 60 лет. Этиологическим фактором термического поражения были пламя – у 58 больных, горячие жидкости – у 85 пострадавших.

Группы создавались произвольно, по мере выписывания пострадавших из стационара или при обращении их на консультацию к комбустиологу ожогового центра. Клиническая характеристика наблюдавшихся групп в возрастном и качественном отношении были сопоставимы, что позволило в дальнейшем провести сравнительный анализ.

При учёте эффективности лечения учитывали ощущения пациентов, изменение цвета, влажности, размера и эластичности (плотности) участков гипертрофизации и нежных гипертрофических рубцов, подвижность кожи по отношению к подлежащим тканям, наличие зуда и чувствительности в этих местах. Эффективным считали отсутствие или уменьшение зуда в области гипертрофизации, увеличение подвижности по отношению к подлежащим тканям, исчезновение чувства стягивания и парестезии.

Эффективность лечения оценивали на основании субъективных (визуальная оценка состояния участков гипертрофизации и сформировавшихся рубцов, боли и зуда в области рубцов и окружающих тканей, равномерность и пигментация исследуемых участков) и объективных (размер рубца, его чувствительность – болевая и тактильная, плотность и подвижность) критериев согласно универсальной оценочной шкалы рубцов [10].

Всем больным до назначения лечения и на 7-8 день и после окончания лечения производили общие и биохимические анализы крови и мочи, контроль температуры, пульса, давления.

Результаты и их обсуждения

У больных первой группы (n-43), которым лечение гипертрофических участков заживших ожоговых ран начинали непосредственно с момента появления первых признаков развития патологического рубца, уже через 2 недели отмечалось снижение выпячивания рубца над уровнем кожи. Рубец становился более мягким, подвижным и при продолжении лечения до 5-6 недель признаки продолжающегося патологического рубцевания не отмечалось. Также отмечалось уменьшение площади рубца на 15-20% по сравнению с момента начала лечения. Те больные, которые начинали использовать препарат крем «Дермофибразе» при сформировавшемся патологическом рубце через 3-6 месяцев (незрелый гипертрофический рубец красного цвета) с момента появления явных признаков гипертрофизации заживших участков (n- 50) аналогичные изменения появлялись только через 40 - 50 дней втирания крема 2 раза в сутки. При этом уплощение рубца было менее выражено, появлялась подвижность гипертрофированного участка по отношению к подлежащим тканям. Для достижения положительного результата лечения необходимо было провести 2-3 курса лечения по 8-12 недель каждый с перерывом между курсами 12-16 недель. В этот период они получали различные виды физиотерапевтического лечения.

У больных первой группы (n-10), которым лечение начинали при наличии мелких остаточных ран и наличии сформировавшегося рубца давностью более 6-8 месяцев уплощение и подвижность рубца выражены слабо, но у них отмечалось исчезновение или уменьшение сухости и кожного зуда в области пато-

логического рубцевания, кожа принимала более бледный цвет, становилась влажной по сравнению с началом лечения. Все больные первой группы хорошо переносили лечение кремом «Дермофибразе» и ни в одном случае не отмечалось появления или усиление имеющегося кожного зуда. Во всех случаях побледнение и размягчение рубца, увеличение его подвижности, которое наблюдалось в более короткие сроки, чем при лечении кремом «Контрактубекс» или при рубцевании без медикаментозного лечения.

Для больных второй группы (n=40) характерно появление чувства сухости в местах гипертрофизации или уже сформировавшегося рубца, а у 17 больных отмечено усиление кожного зуда, появление сухости и растрескивания эпидермального слоя. Причем 5 человек прекратили использование препарата «Контрактубекс» из-за зуда и сухости рубца, которые не снимались приемом седативных и антигистаминных препаратов, использования увлажняющих кремов. У тех больных, которые продолжили рекомендованный инструкцией курс лечения (2-3 месяца) отмечалось при раннем применении уменьшение выступающих участков гипертрофизации и уменьшения площади рубца на 7-10%, появление подвижности этих участков по отношению к подлежащим тканям выражено слабо, держался кожный зуд, который оценивался по уровневой системе 2-3 балла. Аналогичные результаты получены у больных при несозревших или сформировавшихся патологических рубцах.

При назначении «Дермофибразе» необходимо учитывать его безопасность и эффективность, отсутствие побочных эффектов, возможность длительного использования и нанесение его на большие площади рубцового поражения кожи без системного воздействия, удобство использования и доступную цену. Не следует ожидать сиюминутного эффекта от местного применения препарата, поскольку его действие начинается проявляться через 2-3 недели и поддерживается (закрепляется) при раннем и длительном применении у больных с формирующимся рубцовыми изменениями кожи после различных ожоговых повреждений.

Выводы и рекомендации

1. Как показали клинико – лабораторные наблюдения, препарат крем «Дермофибразе», может быть использован в профилактике развития патологических рубцов на местах эпителизации поверхностных ожогов сразу же после заживления ран и в начале четвертой стадии формирования рубца (до 6-8 месяцев от начала появления патологического рубцевания).

2. Препарат крем «Дермофибразе» удовлетворительно переносится больными, побочных эффектов у пострадавших исследуемой группы мы не наблюдали. Он не вызывает болезненных и дискомфортных ощущений при использовании, а наоборот - обладает обезболивающим эффектом.

Реферат

ДО ПИТАННЯ ПРО ЕФЕКТИВНІСТЬ НОВОГО ВІТЧИЗНЯНОГО КОСМЕТИЧНОГО КРЕМУ «ДЕРМОФІБРАЗЕ» У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ВЕЛИКИХ РОЗМІРІВ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦІВ

Фисталь Н.М., Сперанський І.І.

Ключові слова: патологічне рубцювання ран, профілактика та лікування рубців, крем «Дермофібразе».

Вивчені безпосередньо та віддалено результати лікування 143 хворих, котрі перенесли поверхневі або глибокі опіки різної локалізації та площини ураження. З них 103 постраждалих, що перенесли епідермальні або глибокі опіки, після консервативного або хірургічного лікування на протязі від 4 до 18 місяців лікувались втиранням крему «Дермофібразе» 2-3 рази на добу на протязі 3 – 6 місяців. 40 людей з аналогічними епідермальними або глибокими опіками після лікування в найближчі 3-6 місяців після початку рубцювання отримували місцеве лікування препаратом «Контрактубекс». Відмічено кращі безпосередні та віддалені результати у хворих, які лікувались кремом «Дермофібразе».

3. Препарат крем «Дермофибразе» имеет удобную упаковку, что позволяет дозировать расход препарата и полностью использовать содержимое тубы.

4. Считаем целесообразным применение препарата крем «Дермофибразе», в ранней профилактике и лечении рубцевания в местах заживших поверхностных ожогов, а также на участках трансплантации аутодермальных лоскутов, особенно при использовании сетчатых трансплантатов.

5. Необходимо продолжить изучение отдаленных результатов лечения патологических рубцов у больных с термическими поражениями, с давностью образования более 12 месяцев.

Перспективы дальнейших исследований

Работа выполнена в программе апробации нового лекарственного средства «Дермофибразе». Предполагается продолжить исследование эффективности «Дермофибразе» в сравнении с другими методами лечения – криодеструкция, прескотерапия, использование лекарственных средств для местного лечения другой категории и т.д.

Литература:

1. Абаев Ю.К. Биология заживления острой и хронической раны / Ю.К. Абаев // Медицинские новости. – 2003. – №6. – С.63-65.
2. Алексеев А.А. Использование мази «Пантодерм» для лечения ожоговых ран. / А.А. Алексеев, А.Э. Бобровников, А.Б. Акименко // Электронный журнал «Комбустиология». – 2007. – № 32-33. – WWW.burn.ru
3. Владимиров В.И. Применение препарата галадерм для профилактики патологического рубцевания / В.И.Владимиров, О.В. Владимиров, П.М. Лаврешин // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – №4. – С.80-82.
4. Гунько В.В. Биологически активные вещества в косметических средствах по уходу за кожей лица / В.В. Гунько, С.В. Андреева // Провизор. – 2002. – №12. – С.12-14.
5. Каллямова Ю. А. Гипертрофические и келоидные рубцы / Ю.А. Каллямова, З.З. Кардашова // Лечащий врач. – 2010. – №9. – С.69-71.
6. Кешишян Е.С. Использование крема и мази «Д-пантенол» для профилактики и лечения повреждения кожи у детей раннего возраста / Е.С. Кешишян, Е.С. Сахарова // Consilium Medicum. – 2007. – V.9, №1. – С.82-84.
7. Рудаков Г.А. Химия и технология камфоры / Рудаков Г.А. – М., 1976. – 124 с.
8. Сарыгин П.В. Принципы профилактики и консервативного лечения последствий ожоговой травмы / П.В. Сарыгин // Электронный журнал «Комбустиология». – 2001. – № 10. – WWW.burn.ru
9. Справочник Видаль.- М.: АстраФармСервис, 2008.
10. Фисталь Н.Н. Оценка эффективности препарата «Дерматикс» в профилактике и лечении послеожоговых рубцов / Н.Н. Фисталь // Украинский Медицинский Часопис. – 2006. – №2. – С.65-67.
11. Фисталь Н.Н. Оценка эффективности препарата «Дерматикс» в профилактике и лечении послеожоговых рубцов / Н.Н. Фисталь // Электронный журнал «Комбустиология». – 2006. – WWW/burn.ru.
12. Фисталь Э.Я. Наш опыт применения косметического крема «Дермофибразе» в профилактике и лечении гипертрофических рубцов у обожженных / Э.Я. Фисталь, Н.Н. Фисталь, И.И. Сперанский // www.georgio.com / Stati/ 010.html
13. Alster T. Laser scar revision ^ comparison study of 585 – nm pulsed laser with and without intralesional corticosteroids / T. Alster // Dermatologic surgery. – 2003. – №29(1). – P. 25-29.

Summary

EFFICIENCY OF NEW DOMESTIC COSMETIC CREAM "DERMOFIBRAZE" IN PREVENTION AND TREATMENT OF MAJOR BURN SCARS
Fistal N.N., Speranskiy I.I.

Keywords: pathologic scarring, injuries, prevention and treatment of scars, cream Dermofibraze.

The immediate and long-term results of treatment of 143 patients with superficial and deep burns of various localization and area affected have been studied. Among them 103 injured persons who had epidermal and deep burns after non-surgical and / or surgical treatment over the period from 4 to 18 months were treated by rubbing in the cream Dermofibraze 2-3 times a day over the period of 3 – 6 months. 40 patients with similar epidermal or deep burns were treated with the medical jell Kontraktubeks in 3-6 months since scarring started. The best immediate and long-term results were showed by the patients who used cream Dermofibraze.

УДК: 617.55-007.43-089:616-002.3:616.248

Форманчук А. М.

ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ УСКОПЛЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЯК РЕАКЦІЯ НА ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

В роботі проаналізовано результати лікування 886 хворих (46,44 %), яким оперативні втручання виконували з доступом через передньо-бокову стінку живота з традиційним зашиванням післяопераційних ран. В післяопераційному періоді у 18 (2,03%) хворих розвинулись ранові ускладнення, серед яких домінували лігатурні нориці (у 66,7 % хворих). Наведений клінічний випадок підтверджує наявність шовного матеріалу в рані як фактору розвитку ранових ускладнень в післяопераційному періоді. Шовний матеріал, незважаючи на свою інертність, є стороннім тілом для організму та здатний викликати запальні реакції та слугувати джерелом хронічної інфекції в тканинах хворого.

Ключові слова: ранові ускладнення, лігатурна нориця, шовний матеріал.

Вступ

Із розвитком медичних технологій та матеріалів збільшується спектр та кількість хірургічних втручань. Проте, не зважаючи на новітні методи профілактики, частота гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран коливається від 3% до 21,1% без тенденції до зниження за останні роки [6, 8, 10, 14, 15].

В сучасній хірургії для зашивання післяопераційних ран широко використовують синтетичні хірургічні матеріали (пролен, мерсилен, дакрон, вікріл і т.і.) [4].

Однією із важливих причин розвитку гнійно-запальних ускладнень в післяопераційних ранах є залишення шовного матеріалу в тканинах [16], а особливо, в підшкірно-жировій клітковині, яка характеризується особливостями кровопостачання та легко ушкоджується під час оперативного втручання. Шовний матеріал є чужорідним тілом та уповільнює процеси репарації в рані [3]. За даними Кокранівського огляду щодо зашивання операційних ран черевної стінки підшкірно-жирову клітковину потрібно зашивати з метою профілактики розвитку гематом та сером [13]. Особливо велика кількість шовного матеріалу у вигляді сітчастого алопротезу залишається у тканинах після алогерніопластик. При розміщенні сітчастого імплантату за методикою «on-lay» навколо поліпропіленового шовного матеріалу формується капсула із грубої сполучної тканини та вогнищами запалення [12]. За останніми даними, навіть монофіламентні синтетичні шовні матеріали (наприклад, політетрафторетилен), що вважаються хімічно інертними та гідрофобними, зазнають суттєвих змін, фрагментації в живих тканинах після імплантації, та можуть викликати реакцію організму [9]. Також шовний матеріал може викликати реакцію «відторгнення трансплантату», що проявляється морфологічно адгезією гранулоцитів та макрофагів на поверхні нитки, її розшаруванням та руйнуванням [1].

Відомі ускладнення післяопераційних ран після планових оперативних втручань, такі, як нагноєння, виникнення сером, нориць, надлишкового росту спо-

лучної тканини, формування «вогнищ хронічної інфекції», мікроабсцесів, гранульом, кіст, тощо, які схильні до рецидивування та тривалого перебігу [5].

Використання антибіотиків є загальноприйнятим методом профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень, але часто не виправдовує покладені на нього сподівання, внаслідок зростання кількості антибіотикорезистентних штамів та порушення кровопостачання в самій рані при їх використанні [7, 11].

На сьогоднішній день для запобігання розвитку гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран в Україні та за кордоном використовують шовні матеріали із антисептичними речовинами в їх складі («Вікріл+» або «Монокріл+») [2].

Мета дослідження

Дослідити кількість та структуру гнійно-запальних ускладнень післяопераційних лапаротомних ран передньої черевної стінки, місцеву реакцію навколоранових тканин на залишений шовний матеріал в рані при гнійно-запальному ускладненні.

Матеріали та методи

В клініці загальної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова на базі хірургічного відділення Вінницької міської клінічної лікарні № 1 протягом 2010-2012 років в плановому порядку було прооперовано 1908 хворих. Проаналізовано результати лікування 886 хворих (46,44%), яким оперативні втручання виконували з доступом через передньо-бокову стінку живота. Серед них виконано: грижопластик з приводу гриж черевної стінки - 543, лапароскопічних холецистектомій - 190, холецистектомій з приводу хронічного калькульозного холециститу відкритим методом - 71, лапароскопічних гінекологічних операцій - 34, операції на тонкій та товстій кишках - 29, операцій на жовчних шляхах - 10, операцій на шлунку - 9. Серед 886 хворих чоловіків було - 401 (45,3%), жінок - 485 (54,7%). Вік хворих варіював від 17 до 85 років. Всім хворим вико-

Summary

EFFICIENCY OF NEW DOMESTIC COSMETIC CREAM "DERMOFIBRAZE" IN PREVENTION AND TREATMENT OF MAJOR BURN SCARS
Fistal N.N., Speranskiy I.I.

Keywords: pathologic scarring, injuries, prevention and treatment of scars, cream Dermofibraze.

The immediate and long-term results of treatment of 143 patients with superficial and deep burns of various localization and area affected have been studied. Among them 103 injured persons who had epidermal and deep burns after non-surgical and / or surgical treatment over the period from 4 to 18 months were treated by rubbing in the cream Dermofibraze 2-3 times a day over the period of 3 – 6 months. 40 patients with similar epidermal or deep burns were treated with the medical jell Kontraktubeks in 3-6 months since scarring started. The best immediate and long-term results were showed by the patients who used cream Dermofibraze.

УДК: 617.55-007.43-089:616-002.3:616.248

Форманчук А. М.

ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНІ УСКОПЛЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ ЯК РЕАКЦІЯ НА ШОВНИЙ МАТЕРІАЛ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

В роботі проаналізовано результати лікування 886 хворих (46,44 %), яким оперативні втручання виконували з доступом через передньо-бокову стінку живота з традиційним зашиванням післяопераційних ран. В післяопераційному періоді у 18 (2,03%) хворих розвинулись ранові ускладнення, серед яких домінували лігатурні нориці (у 66,7 % хворих). Наведений клінічний випадок підтверджує наявність шовного матеріалу в рані як фактору розвитку ранових ускладнень в післяопераційному періоді. Шовний матеріал, незважаючи на свою інертність, є стороннім тілом для організму та здатний викликати запальні реакції та слугувати джерелом хронічної інфекції в тканинах хворого.

Ключові слова: ранові ускладнення, лігатурна нориця, шовний матеріал.

Вступ

Із розвитком медичних технологій та матеріалів збільшується спектр та кількість хірургічних втручань. Проте, не зважаючи на новітні методи профілактики, частота гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран коливається від 3% до 21,1% без тенденції до зниження за останні роки [6, 8, 10, 14, 15].

В сучасній хірургії для зашивання післяопераційних ран широко використовують синтетичні хірургічні матеріали (пролен, мерсилен, дакрон, вікріл і т.і.) [4].

Однією із важливих причин розвитку гнійно-запальних ускладнень в післяопераційних ранах є залишення шовного матеріалу в тканинах [16], а особливо, в підшкірно-жировій клітковині, яка характеризується особливостями кровопостачання та легко ушкоджується під час оперативного втручання. Шовний матеріал є чужорідним тілом та уповільнює процеси репарації в рані [3]. За даними Кокранівського огляду щодо зашивання операційних ран черевної стінки підшкірно-жирову клітковину потрібно зашивати з метою профілактики розвитку гематом та сером [13]. Особливо велика кількість шовного матеріалу у вигляді сітчастого алопротезу залишається у тканинах після алогерніопластик. При розміщенні сітчастого імплантату за методикою «on-lay» навколо поліпропіленового шовного матеріалу формується капсула із грубої сполучної тканини та вогнищами запалення [12]. За останніми даними, навіть монофіламентні синтетичні шовні матеріали (наприклад, політетрафторетилен), що вважаються хімічно інертними та гідрофобними, зазнають суттєвих змін, фрагментації в живих тканинах після імплантації, та можуть викликати реакцію організму [9]. Також шовний матеріал може викликати реакцію «відторгнення трансплантату», що проявляється морфологічно адгезією гранулоцитів та макрофагів на поверхні нитки, її розшаруванням та руйнуванням [1].

Відомі ускладнення післяопераційних ран після планових оперативних втручань, такі, як нагноєння, виникнення сером, нориць, надлишкового росту спо-

лучної тканини, формування «вогнищ хронічної інфекції», мікроабсцесів, гранульом, кіст, тощо, які схильні до рецидивування та тривалого перебігу [5].

Використання антибіотиків є загальноприйнятим методом профілактики післяопераційних гнійно-запальних ускладнень, але часто не виправдовує покладені на нього сподівання, внаслідок зростання кількості антибіотикорезистентних штамів та порушення кровопостачання в самій рані при їх використанні [7, 11].

На сьогоднішній день для запобігання розвитку гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран в Україні та за кордоном використовують шовні матеріали із антисептичними речовинами в їх складі («Вікріл+» або «Монокріл+») [2].

Мета дослідження

Дослідити кількість та структуру гнійно-запальних ускладнень післяопераційних лапаротомних ран передньої черевної стінки, місцеву реакцію навколоранових тканин на залишений шовний матеріал в рані при гнійно-запальному ускладненні.

Матеріали та методи

В клініці загальної хірургії ВНМУ ім. М.І. Пирогова на базі хірургічного відділення Вінницької міської клінічної лікарні № 1 протягом 2010-2012 років в плановому порядку було прооперовано 1908 хворих. Проаналізовано результати лікування 886 хворих (46,44%), яким оперативні втручання виконували з доступом через передньо-бокову стінку живота. Серед них виконано: грижопластик з приводу гриж черевної стінки - 543, лапароскопічних холецистектомій - 190, холецистектомій з приводу хронічного калькульозного холециститу відкритим методом - 71, лапароскопічних гінекологічних операцій - 34, операції на тонкій та товстій кишках - 29, операцій на жовчних шляхах - 10, операцій на шлунку - 9. Серед 886 хворих чоловіків було - 401 (45,3%), жінок - 485 (54,7%). Вік хворих варіював від 17 до 85 років. Всім хворим вико-

нували традиційне зашивання післяопераційної рани із пошаровим зашиванням м'язово-апоневротичного шару черевної стінки вузловими швами крученим та монофіламентним поліамідним шовним матеріалом, монофіламентним шовним матеріалом Prolene. В післяопераційному періоді всі хворі отримували антибіотикопрофілактику згідно клінічного протоколу з антибактеріальної профілактики в хірургії (наказ № 502 МОЗ України від 29.08.2008). Зв'язок між віком, статтю, наявністю супутніх захворювань із розвитком гнійно-запальних ускладнень визначали за лінійним коефіцієнтом кореляції Пірсона.

Результати та обговорення

В післяопераційному періоді у 18 хворих в стаціонарі та після виписки виникли гнійно-запальні ускладнення, що склало 2,03%: лігатурних нориць післяопераційних рубців було – 12 (66,7%), лігатурних абсцесів післяопераційних ран – 3 (16,7%), підапоневротичних абсцесів – 2 (11%), інфільтратів післяопераційних рубців – 1 (5,6%). 16 хворих було прооперовано з приводу ускладнень. Двоє хворих отримували комплексну консервативну протизапальну терапію. Середній термін перебування у стаціонарі з приводу гнійно-запальних ускладнень післяопераційних ран склав – 14,4 діб. Вік хворих від 25 до 81 років. У 6 хворих із 18 були супутні захворювання серцево-судинної, дихальної та травної систем. Вік хворих із лігатурними норицями був від 34 до 81 року, з них у чотирьох хворих були супутні захворювання. Чоловіків серед них було 2 (16,7%), жінок – 10 (83,3%).

Таким чином, в досліджуваній групі хворих лігатурні нориці були найбільш поширеними ускладненнями післяопераційних ран передньої черевної стінки (66,7%) та зустрічались частіше у жінок ($r = 0,93$). Розвиток їх не пов'язаний із супутніми захворюваннями ($r = 0,23$) та віком ($r = 0,12$).

Для оцінки реакції навколоранових тканин на шовний матеріал наводимо клінічний випадок хронічного рецидивуючого гранулематозного гнійно-запального процесу черевної стінки хворої І., 31 року, якій протягом 1997–2012 років загалом було виконано 24 оперативних втручань на передній черевній стінці. Після виконання первинної операції – алогерніопластики за методикою "on-lay" післяопераційний період ускладнився виникненням лігатурної нориці. Загалом хворій виконано 16 операцій з приводу гнійно-запальних процесів в жировій клітковині передньої черевної стінки.



Рис. 1. Макропрепарат: гранульома післяопераційного рубця хворої І., 31 року.

Неодноразово хворій виконували висічення гранульом післяопераційного рубця. Макропрепарат представлений на рис. 1.

При патогістологічному дослідженні операційного матеріалу, взятого після операцій з приводу інфільтратів із вираженим больовим синдромом без гнійного запалення (фрагменти післяопераційного рубця із підшкірно-жировою клітковиною), було встановлено наступне. В фіброзно-жировій тканині передньої черевної стінки виявлялись окремі або у вигляді невеликих скупчень (груп) дрібні гранулеми, що складались із невеликої кількості епітеліоїдних та багатоядерних гігантських клітин як із упорядкованим кільцеподібним розташуванням ядер по периферії клітин, так і ядрами, що були розташовані в центрі клітини (клітини Лангханса та клітини чужорідних тіл). В складі деяких гранул також виявлялись по периферії розсіяні лімфоцити та поодинокі плазматичні клітини (рис. 2).

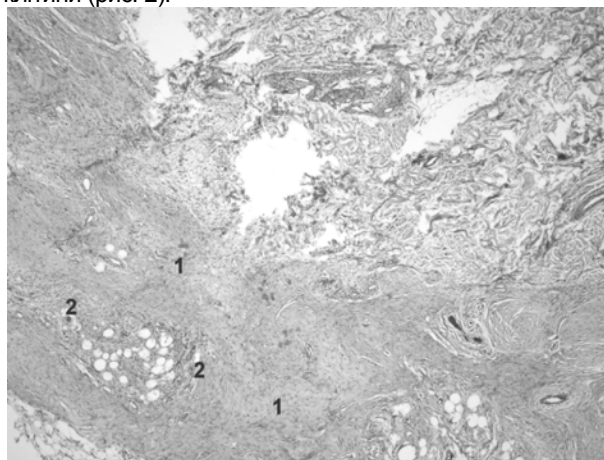


Рис. 2. Склероз (1), епітеліоїдно-клітинні гранулеми (2) в підшкірно-жировій клітковині хворої І., 31 року. Гематоксилін-еозин. Збільшення $\times 40$.

В центрі більшості гранул розташовувались переважно витягнутої форми двошарові структури, що не сприймають барвники, які застосовувались. По своїй будові структури нагадують фрагменти шовного матеріалу. Гігантські багатоядерні клітини безпосередньо контактували з ними, а найбільш дрібні фрагменти були, навіть, включені у вакуолі їх цитоплазми (рис. 3).

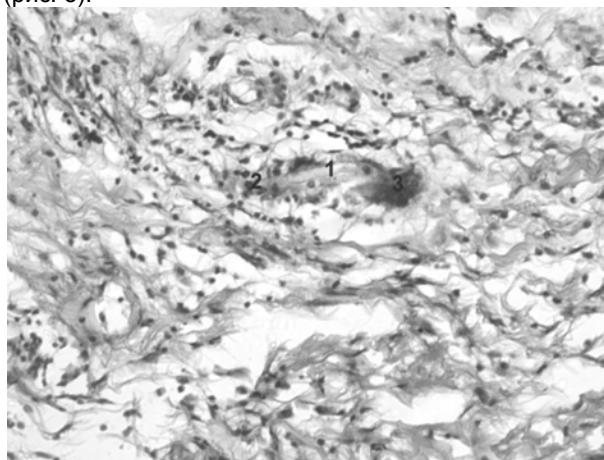


Рис. 3. Чужорідне тіло - фрагмент шовного матеріалу (1), епітеліоїдні клітини (2), багатоядерні гігантські клітини (3) у складі гранул підшкірно-жирової клітковини хворої І., 31 року. Гематоксилін-еозин. Збільшення $\times 200$.

Віддалено від гранул навколо судин мікроциркуляції (переважно венул) мали місце лімфоїдні інфільтрати з домішками плазматичних клітин та сегментоядерних нейтрофільних лейкоцитів. Вказана інфільтрація не була системною, а мала вогнищевий характер. При цьому самі судини гемомікроциркуляції були із вираженим повнокрів'ям та ознаками еритростазу (рис. 4).

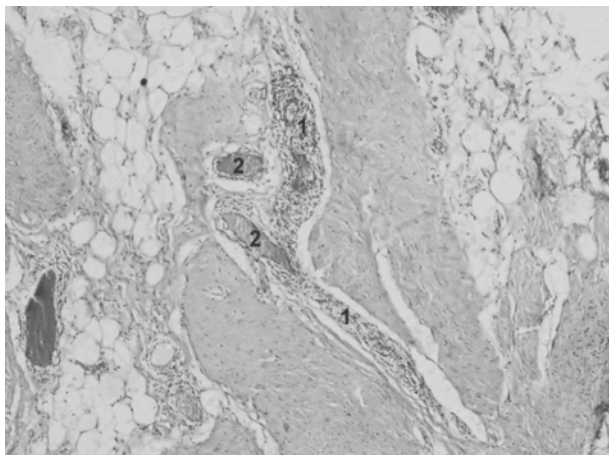


Рис. 4. Запально-клітинна інфільтрація (1) навколо судин гемомікроциркуляції (2) в тканинах передньої черевної стінки хворої І., 31р. Гематоксипін-еозин. Збільшення x 100.

Аналізуючи даний клінічний випадок, очевидно гранулематозний процес у підшкірно-жировій клітковині у хворої І., 31року, первинно виник після імплантації сітчастого поліпропіленового алоімплантата. Шовний матеріал, незважаючи на свою інертність є стороннім тілом для організму та може розщеплюватись на мікроартефакти, що здатні викликати гранулематозне запалення та слугувати джерелом хронічної інфекції в тканинах хворого. Навколо стороннього тіла утворюється сполучнотканнна капсула залежно від реактивності організму та виду шовного матеріалу. В даному клінічному випадку має місце реакція мононуклеарних фагоцитів на нерозчинний екзогенний агент (фрагментований шовний матеріал) у вигляді гранул чужорідних тіл. Неефективність такої реакції зумовлює тривале перебування інфікованих чужорідних частинок у тканинах з наступною періодичною активацією інфекційних збудників в утвореному вогнищі інфекції, рецидивуючим запаленням стінки регіонарних судин гемомікроциркуляції (васкуліту), розвитком в подальшому ішемічних пошкоджень тканин та некрозу. Тому можливо припустити, що реакція організму на сучасний шовний матеріал має важливе значення при розвитку гнійно-запальних ранових ускладнень.

Висновки

Реакція організму хворого на шовний матеріал є актуальним питанням внаслідок складних патогістологічних процесів, що виникають в ділянці післяопераційного рубця, та потребує подальшого вивчення. Найчастішими проявами післяопераційних гнійно-запальних ранових ускладнень у підшкірно-жировій

клітковині є лігатурні нориці. Лігатурні нориці частіше зустрічаються у жінок та можуть виникнути у хворих будь-якого віку.

Перспективою для подальших досліджень, враховуючи вищенаведені дані, є вивчення ефективності профілактики гнійно-запальних ускладнень з боку післяопераційної рани.

Література

1. Алексеева Т. А. Мимикрия шовного материала к организму пациента / Т. А. Алексеева, О. В. Береговой, И. В. Гомоляко [и др.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 11. – С. 3.
2. Гривенко С. Г. Применение шовных материалов с антибактериальным покрытием в хирургии передней брюшной стенки / С. Г. Гривенко // Харківська хірургічна школа. – 2011. – № 2 (47). – С. 92-94.
3. Даченко Б. М. Трансформация коллагенов в инфицированной ране с аллотрансплантатом / Б. М. Даченко, Е. В. Кутепова, В. Б. Борисенко // Клінічна хірургія. – 2011. – № 11. – С. 16.
4. Егив В. Н. Хирургический шов / В. Н. Егив, В. М. Буянов, О. А. Удотов. – М. : Медпрактика-М, 2001. – 112 с.
5. Жебровский В. В. Хирургия грыж живота / Жебровский В. В. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2005. – 384 с.
6. Жученко О. П. Актуальність профілактики ускладнень та реабілітації хворих з ургентною хірургічною патологією після операції в умовах сучасної антибіотикотерапії / О. П. Жученко // Вісник винницького державного медичного університету. – 1999. – Т. 1. – С. 81-83.
7. Коноваленко О. В. Лікування хворих з хірургічною інфекцією на тлі зростаючої антибіотикорезистентності ранової мікрофлори / О. В. Коноваленко, Є. Р. Балацький, Ю. І. Журавльова [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 11. – С. 25.
8. Мохов Е. М. Этапы разработки новых биологически активных шовных материалов и результаты их применения в экстренной абдоминальной хирургии / Е. М. Мохов, А. Н. Сергеев, Р. Ю. Чумаков [и др.] // Вестник хирургии. – 2009. – Т. 168, № 6. – С. 25-28.
9. Прокопенко И. В. Реакция организма на политетрафторэтилен / И. В. Прокопенко, О. Н. Лазаренко, П. М. Литвин [и др.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 11. – С. 41.
10. Радзіховський А. П. Профілактика ранової хірургічної інфекції при виконанні відновних герніопластичних операцій / А. П. Радзіховський, О. І. Мироненко, М. І. Знаєвський // Клінічна хірургія. – 2006. – № 11-12. – С. 35-36.
11. Салманов А. Г. Антибіотикорезистентність клінічних штамів *Staphylococcus aureus* у хірургічних стаціонарах України в 2010 році / А. Г. Салманов // Хірургія України. – 2011. – № 3(39). – С. 32.
12. Фелештинський Я. П. Клініко-експериментальні дослідження перебігу ранового процесу після алопластики рубцевої грижі живота / Я. П. Фелештинський, В. А. Шуляренко, В. І. Мамчич [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 11. – С. 52.
13. Anderson E.R, Gates S. Techniques and materials for closure of the abdominal wall in caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD004663. DOI: 10.1002/14651858.CD004663.pub2;
14. Kui-Hin. Reducing surgical site infection in a hospital in Singapore [Електронний ресурс] / Kui-Hin // <http://www.woundsinternational.com/article.php?issueid=3307&contentid=122&articleid=9737&page=1>.
15. Leaper D. J. Surgical-site infection / D. J. Leaper // British journal of Surgery. – 2010. – V. 97. – P.1601-1602.
16. Russell R. C. G. Bailey & Love's. Short practice of surgery / R. C. G. Russell, N. S. Williams, C. J. K. Bulstrode. – Twenty-third edition published in 2000 by Arnold. – Oxford University Press Inc. – 1348 p.
17. Shumpelik V. Atlas of hernia surgery / V. Shumpelik. – Toronto : Decker, 1990. – 290 p.

Реферат

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ КАК РЕАКЦИЯ НА ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ

Форманчук А. М.

Ключевые слова: раневые осложнения, лигатурные свищи, шовный материал.

В работе проанализированы результаты лечения 886 больных (46,44 %), которым оперативные вмешательства выполняли через передне-боковую стенку живота с традиционным ушиванием послеоперационных ран. В послеоперационном периоде у 18 больных (2,03%) возникли раневые осложнения, среди которых доминировали лигатурные свищи (у 66,7% больных). Приведенный клинический пример подтверждает наличие шовного материала в ране как фактора развития раневых осложнений в послеоперационном периоде. Шовный материал, несмотря на свою инертность, есть чужеродным телом для организма и способен вызывать воспалительные реакции и может быть источником хронической инфекции в тканях больного.

Summary

PURULENT-INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN POSTOPERATIVE WOUNDS ON THE ANTERIOR ABDOMINAL WALL AS A REACTION TO SUTURE MATERIAL

Formanchuk A.N.

Key words: wound, complication, ligature fistula, suture material.

The results of the treatment of 886 patients who were performed on the surgical interventions through side-front abdominal wall access with conventional postoperative wound suturing have been analyzed and presented in this article. In postoperative period 18 patients (2,03%) developed wound complications, the most of them were ligature fistulas (66,7% patients). Clinical cases described confirm the presence of suture material in the wound as a risk factor for postoperative wound complication. Despite its inertness suture material is detected by the patient's organism as a foreign body and it can lead to inflammation reactions and can be a source of chronic infection in s.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ

УДК: 616-089.844

Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Яценко І.В.

ОСОБЛИВОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ АНГІОМОСНИХ КЛАПТІВ НА ГОЛОВІ ТА ШИЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема центральної і периферичної реваскуляризації на сьогоднішній день дуже актуальна, так як визначає оптимальний перебіг післяопераційного періоду і терміни госпіталізації пацієнтів. Методики періодичного перетискання судинної ніжки та поступового її перетискання дозволяють відсікати судинну ніжку вже на 7 доби після операції. Методика збільшення площі зіткнення тканин клаптя із сприймаючим ложем дозволяє значно прискорити швидкість периферичної реваскуляризації клаптя, що дозволяє відсікати його судинну ніжку на 8 добу.

Ключові слова: реваскуляризація, ангіосом, артеризований аутотрансплантат, центральна реваскуляризація, периферична реваскуляризація.

Робота є фрагментом загальної кафедральної теми «Розробка і удосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених і набутих захворювань, дефектів і деформацій щелепно-лицевої ділянки», яка виконується на кафедрі пропедевтики хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови і шиї, номер державної реєстрації 0105V004081.

Вступ

Проблема центральної і периферичної реваскуляризації на сьогодні дуже актуальна, тому що зумовлює оптимальний перебіг післяопераційного періоду і терміни госпіталізації пацієнтів [1, 3, 8, 9].

На відміну від периферичної, центральна реваскуляризація забезпечується шляхом накладення мікросудинних анастомозів в ході пересадки комплексів тканин [2, 4, 7]. Вона може бути також названа осьовою, оскільки передбачає відновлення основної судинної осі в аутотрансплантаті з осьовим типом живлення [5, 6, 8].

Неосьова периферична реваскуляризація клаптів у післяопераційному періоді – це біологічно закономірне утворення судинних зв'язків між пересадженими тканинами і сприймаючим ложем [3, 7]. Цей процес може робити великий вплив як на зміст лікування, так і на його результати [6].

Мета роботи

Уточнення механізмів реваскуляризації клаптів на голові та шиї і розробка методів її прискорення.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження були 42 пацієнти, яким були проведені пластичні реконструктивні операції з використанням ангіосомних аутотрансплантатів і клаптів із застосуванням методики прискорення периферичної неосьової реваскуляризації. Застосовувалися методи дослідження кровообігу в пересаджених клаптях і аутотрансплантатах: доплерографія та імпедансна реоплатізмографія.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з отриманими даними, при пересаджуванні повношарових шкірних трансплантатів їх периферична реваскуляризація починається через 3 доби і закінчується через 5 – 7 днів.

При пересадці складних клаптів із збереженням кровообігом цей процес йде активно з двох сторін. Наші дослідження підтвердили думку більшості авторів, які вважають, що у формуванні судинних зв'язків

між клаптем і ложем основну роль відіграє первинна реваскуляризація (відновлення кровообігу в раніше існуючих судинах клаптя) і вторинна реваскуляризація (вросання в клапоть знову утворених судин).

Механізми неосьової периферичної реваскуляризації пов'язані з загоєнням рани, хід якого вивчений вже досить глибоко. Встановлено, що цей процес має спрямований характер: судини виростають з тканин із добрим кровопостачанням у бік ділянок із поганим кровозабезпеченням.

Таким чином, при пересадці клаптів із добрим кровопостачанням на постійній живлячій ніжці кровопостачання сприймаючого ложа за рахунок периферичної реваскуляризації може поліпшуватися або залишатися таким самим. Якщо ж пересаджують комплекс тканин на тимчасовій живлячій ніжці, то після її пережигання периферична реваскуляризація стає єдиним шляхом забезпечення життєздатності пересаджених тканин. Така ж ситуація виникає при вільній пересадці аутотрансплантату в разі тромбозу мікросудинних анастомозів.

Питання про швидкість периферичної реваскуляризації клаптів представляє для пластичних хірургів винятковий інтерес, оскільки відповідь на нього може в значній мірі вплинути як на зміст, так і на терміни лікування хворого. У розвитку периферичної реваскуляризації складних клаптів існує момент, після досягнення якого судинні зв'язки, що сформувалися, самі по собі здатні забезпечити живлення пересаджених тканин. В цьому випадку при пересадці складних клаптів на тимчасовій живлячій ніжці остання може бути перетнута, а при трансплантації вільних складних клаптів і тромбозі мікросудинних анастомозів немає необхідності в проведенні термінового повторного втручання, спрямованого на центральну реваскуляризацію комплексу тканин.

З урахуванням сказаного однією з важливих проблем пластичної хірургії є скорочення термінів досягнення достатнього рівня периферичної реваскуляризації пересаджених клаптів. Наші дослідження показали – чим на більшій площі відбувається процес утворення судинних зв'язків, тим більше знов освіче-

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ

УДК: 616-089.844

Аветіков Д.С., Ставицький С.О., Яценко І.В.

ОСОБЛИВОСТІ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ АНГІОМОСНИХ КЛАПТІВ НА ГОЛОВІ ТА ШИЇ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проблема центральної і периферичної реваскуляризації на сьогоднішній день дуже актуальна, так як визначає оптимальний перебіг післяопераційного періоду і терміни госпіталізації пацієнтів. Методики періодичного перетискання судинної ніжки та поступового її перетискання дозволяють відсікати судинну ніжку вже на 7 доби після операції. Методика збільшення площі зіткнення тканин клаптя із сприймаючим ложем дозволяє значно прискорити швидкість периферичної реваскуляризації клаптя, що дозволяє відсікати його судинну ніжку на 8 добу.

Ключові слова: реваскуляризація, ангіосом, артеризований аутотрансплантат, центральна реваскуляризація, периферична реваскуляризація.

Робота є фрагментом загальної кафедральної теми «Розробка і удосконалення методів діагностики, лікування, реабілітації і профілактики вроджених і набутих захворювань, дефектів і деформацій щелепно-лицевої ділянки», яка виконується на кафедрі пропедевтики хірургічної стоматології з реконструктивною хірургією голови і шиї, номер державної реєстрації 0105V004081.

Вступ

Проблема центральної і периферичної реваскуляризації на сьогодні дуже актуальна, тому що зумовлює оптимальний перебіг післяопераційного періоду і терміни госпіталізації пацієнтів [1, 3, 8, 9].

На відміну від периферичної, центральна реваскуляризація забезпечується шляхом накладення мікросудинних анастомозів в ході пересадки комплексів тканин [2, 4, 7]. Вона може бути також названа осьовою, оскільки передбачає відновлення основної судинної осі в аутотрансплантаті з осьовим типом живлення [5, 6, 8].

Неосьова периферична реваскуляризація клаптів у післяопераційному періоді – це біологічно закономірне утворення судинних зв'язків між пересадженими тканинами і сприймаючим ложем [3, 7]. Цей процес може робити великий вплив як на зміст лікування, так і на його результати [6].

Мета роботи

Уточнення механізмів реваскуляризації клаптів на голові та шиї і розробка методів її прискорення.

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження були 42 пацієнти, яким були проведені пластичні реконструктивні операції з використанням ангіосомних аутотрансплантатів і клаптів із застосуванням методики прискорення периферичної неосьової реваскуляризації. Застосовувалися методи дослідження кровообігу в пересаджених клаптях і аутотрансплантатах: доплерографія та імпульсна реоплатизмографія.

Результати дослідження та їх обговорення

Згідно з отриманими даними, при пересаджуванні повношарових шкірних трансплантатів їх периферична реваскуляризація починається через 3 доби і закінчується через 5 – 7 днів.

При пересадці складних клаптів із збереженням кровообігом цей процес йде активно з двох сторін. Наші дослідження підтвердили думку більшості авторів, які вважають, що у формуванні судинних зв'язків

між клаптем і ложем основну роль відіграє первинна реваскуляризація (відновлення кровообігу в раніше існуючих судинах клаптя) і вторинна реваскуляризація (вросання в клапоть знову утворених судин).

Механізми неосьової периферичної реваскуляризації пов'язані з загоєнням рани, хід якого вивчений вже досить глибоко. Встановлено, що цей процес має спрямований характер: судини виростають з тканин із добрим кровопостачанням у бік ділянок із поганим кровозабезпеченням.

Таким чином, при пересадці клаптів із добрим кровопостачанням на постійній живлячій ніжці кровопостачання сприймаючого ложа за рахунок периферичної реваскуляризації може поліпшуватися або залишатися таким самим. Якщо ж пересаджують комплекс тканин на тимчасовій живлячій ніжці, то після її пережигання периферична реваскуляризація стає єдиним шляхом забезпечення життєздатності пересаджених тканин. Така ж ситуація виникає при вільній пересадці аутотрансплантату в разі тромбозу мікросудинних анастомозів.

Питання про швидкість периферичної реваскуляризації клаптів представляє для пластичних хірургів винятковий інтерес, оскільки відповідь на нього може в значній мірі вплинути як на зміст, так і на терміни лікування хворого. У розвитку периферичної реваскуляризації складних клаптів існує момент, після досягнення якого судинні зв'язки, що сформувалися, самі по собі здатні забезпечити живлення пересаджених тканин. В цьому випадку при пересадці складних клаптів на тимчасовій живлячій ніжці остання може бути перетнута, а при трансплантації вільних складних клаптів і тромбозі мікросудинних анастомозів немає необхідності в проведенні термінового повторного втручання, спрямованого на центральну реваскуляризацію комплексу тканин.

З урахуванням сказаного однією з важливих проблем пластичної хірургії є скорочення термінів досягнення достатнього рівня периферичної реваскуляризації пересаджених клаптів. Наші дослідження показали – чим на більшій площі відбувається процес утворення судинних зв'язків, тим більше знов освіче-

них джерел живлення формується за певний період часу, і при плануванні пластичних операцій рішення цієї задачі слід приділяти серйозну увагу.

При недостатній зупинці кровотечі та неефективному дренируванні рани утворення гематоми під клаптом може значно уповільнити процеси відновлення судинних зв'язків, не говорячи вже про небезпеку розвитку гнійних та інших ускладнень.

Ступінь кровопостачання тканин сприймаючого ложа впливає на швидкість периферичної реваскуляризації клаптів. При значних рубцевих змінах тканин сприймаючого ложа швидкість утворення судинних зв'язків із тканинами клаптя істотно сповільнюється, їх масштаби знижуються. При цьому достатній рівень периферичної реваскуляризації клаптя досягається пізніше, а в крайніх випадках зберігається повна залежність пересадженого комплексу тканин від прохідності основних живлячих судин.

Одним з методів прискорення периферичної реваскуляризації клаптів, який застосовується в нашій клініці – періодичне пережимання судинної ніжки. Відомо, що при пересадці складного клаптя на тимчасовий живлячий ніжки достатній для його живлення рівень периферичної реваскуляризації досягається в терміни від 2 до 4 тижнів, залежно від конкретних умов. Критерієм достатнього розвитку периферичних судинних зв'язків є наявність симптомів, що свідчать про задовільний кровообіг в тканинах після повного пережимання живлячої ніжки. Цей прийом може бути використаний для «тренування» клаптя, яке полягає в періодичній компресії судинної ніжки м'яким затиском або невеликим джгутом. Тимчасове повне відключення центральних джерел живлення, що супроводжується гіпоксією тканин клаптя, стимулює процеси його периферичної реваскуляризації.

Прискорена програма «тренування» клаптя полягає в тому, що вже через 30 годин після закінчення операції ніжку клаптя перетинають м'яким затиском на 15 хвилин з подальшим 45-хвилинним інтервалом реперфузії. Таким чином, вже на 7-у добу після операції при відповідних ознаках достатнього кровообігу в пересаджених тканинах ніжка клаптя може бути відсічена.

Також ми застосовуємо метод поступового здавлення ніжки клаптя. Суть методу полягає в тому, що при формуванні ніжки клаптя у її основі субдермально проводять нитку. Кінці останній зав'язують і виводять в зручному місці. Через 2-3 тижні цей шов може бути злегка натягнутий, що приведе до компресії живлячих судин.

Характер змін кровообігу в клапті при подальшому поетапному підтягуванні лігатури дозволяє визначити остаточний термін відсікання ніжки.

Однією з нових методик прискорення периферичної неосової реваскуляризації є збільшення площі зіткнення тканин клаптя із сприймаючим ложем. Метод заснований на тому, що при рубцюватих змінах тка-

нин сприймаючого ложа основну роль в периферичній реваскуляризації клаптя грає утворення судинних зв'язків з краями рани. Тому для створення умов максимального використання цього джерела реваскуляризації на краях шкірно-фасціального клаптя додатково викроюють фасціально-жирову ділянку.

Цю ділянку при вшиванні клаптя в дефект поміщають в розщеплений край рани, що значно розширює площу зіткнення клаптя з навколишніми тканинами. З урахуванням важливої ролі фасціального судинного сплетення це дозволяє значно прискорити процеси периферичної реваскуляризації клаптя і зменшити термін відсікання його ніжки до 8 діб.

Висновки

Прискорення неосової периферичної реваскуляризації клаптів в післяопераційному періоді призводить до посилення біологічно закономірних утворень судинних зв'язків між пересадженими тканинами і сприймаючим ложем.

Методики періодичного пережимання судинної ніжки та поступового її пережимання дозволяють відсікати судинну ніжку вже на 7 добі після операції.

Методика збільшення площі зіткнення тканин клаптя із сприймаючим ложем дозволяє значно прискорити швидкість периферичної реваскуляризації клаптя, що дозволяє відсікати його судинну ніжку на 8 добу.

В своїх подальших дослідженнях ми будемо вивчати механізми центральної реваскуляризації складних комплексних тканин та методики її прискорення.

Література

1. Беляков Ж.О. Корекція послеожоговых дефектів і рубцюватих деформацій шиї і кінцівок вільним клаптом на мікросудинних анастомозах : Автореф. дисс. канд. мед. наук : спец. 14.00.27 – хірургія / Беляков Ж.О. – М., 2009. – 21 с.
2. Наумов П.В. Відновні операції на обличчі / П.В. Наумов // Керівництво по хірургічній стоматології. – М. : Медицина, 1972. – С.17-24.
3. Неробеев А.І. Визначення свідчень до відновних операцій після видалення поширених злоякісних пухлин голови і шиї / А.І. Неробеев // Вопр. онкол. – 2003. – № 4. – С. 78-82.
4. Brunelli O. Direct neurotization of severely damaged denervated muscles / O. Brunelli, L.M. Brunelli // Int. Surg. – 1980. – P. 529-531.
5. Chang K.N. Sensory reinnervation in microsurgical reconstruction of the heel / K.N. Chang, S.J. DeArmond, H.J. Buncke // Plast. reconstr. Surg. – 2010. – V.78, № 5. – P. 652-663.
6. Endo T. Facial contour reconstruction in lipodystrophy using a double padolle dermois-fat radial forearm free flap / T. Endo, Y. Nakayama, E. Mantsuura // Ann. Plast. Surg. – 2004. – V.32. – №1. – P. 93-96.
7. Freedlander E. The present role of the groin flap in hand trauma in the light of a long-term review / E. Freedlander, W.A. Dicson, D.A. McGrouther // J. Hand Surg. – 2006. – V.II-B, № 2. – P. 187-190.
8. Hermanson A. Sensibility and cutaneous reinnervation in free flaps / A. Hermanson, C.J. Dalsgaard, C. Arnander, U. Undblom // Plast. reconstr. Surg. – 2007. – V.79, № 3. – P.422-425.
9. Supino P.G. Risk stratification in the elderly patient after coronary artery bypass grafting: the prognostic value of radionuclide cineangiography / P.G. Supino, J.B. Wallis // J. Nud Cardiol. – 2008. – №1. – P.159-170.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ АНГИОМОСНЫХ ЛОСКУТОВ НА ГОЛОВЕ И ШЕЕ

Аветиков Д.С., Ставицкий С.О., Яценко И.В.

Ключевые слова: реваскуляризация, ангиосом, артеризированный аутоотрансплантат, центральная реваскуляризация, периферическая реваскуляризация.

Проблема центральной и периферической реваскуляризации на сегодняшний день очень актуальна, так как определяет оптимальное течение послеоперационного периода и сроки госпитализации пациентов. Методики периодического пережима сосудистой ножки и постепенного ее пережима позволяют отсекают сосудистую ножку уже на 7 сутки после операции. Методика увеличения площади соприкосновения тканей лоскута с воспринимающим ложем позволяет значительно ускорить скорость периферической реваскуляризации лоскута, что позволяет отсекают его сосудистую ножку на 8 сутки.

Summary

CHARACTERISTICS OF REVASCULARITY IN ANGIOSOMAL GRAFTS ON HEAD AND NECK AREAS

Avetikov D. S., Stavitskiy S. A., Yatsenko I. V.

Keywords: revascularity, angiosomal graft, autotransplantat, central revascularity, peripheral revascularity.

Nowadays the problem of central and peripheral is considered to be very urgent as this determines the optimal course of post-operation period and lengths of hospital stay. The technique of periodic overclamping of vascular pedicles and the technique of its gradual overclamping enable to cut off a vascular pedicle on 7th day after the surgery. The technique which extending area of contact between the graft and transplant bed promotes the rate of peripheral revascularization that allows surgeons to cut off this vascular pedicle on 8th day.

УДК 616.61-78:616.14/.16-089.86

Борота А.В., Христуленко А.А., Кирьякулова Т.Г., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА С УЧЕТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСУДОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

В статье проанализированы анатомические особенности, отмеченные при проведении операций по формированию артерио-венозной фистулы по методике Чимино-Брешиа на предплечье. Предложены способы улучшения результатов оперативного лечения.

Ключевые слова: хронический гемодиализ, артерио-венозная фистула, методики формирования, анатомические особенности сосудов.

Вступление

В мире сегодня сотни тысяч больных, страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью, нуждаются в лечении различными методами внепочечного очищения крови. Программный гемодиализ остается ведущим из них, его доля в разных странах мира составляет от 62% до 95%.

Улучшение качества диализа и соответственно увеличение выживаемости пациентов, наряду с дефицитом почечных трансплантатов, ведет к увеличению сроков нахождения пациентов на программном гемодиализе, и вследствие этого, возрастают требования к более продолжительному функционированию постоянного сосудистого доступа.

Эффективным является доступ, который обеспечивает соответствие скорости кровотока назначенной дозе диализа, функционирует многие годы и не имеет осложнений. В настоящее время ни один из известных вариантов постоянного сосудистого доступа не является идеальным. Чаще всего применяется методика Чимино-Брешиа, при которой фистула формируется анастомозированием артерии и вены на предплечье (возможные и другие локализации). Способы наложения анастомоза различны: бок в бок, бок в конец, конец в конец.

Фистула должна обеспечивать как минимум скорость перфузии крови через диализатор не ниже 200 мл/мин при давлении крови до кровяного насоса не ниже минус 200 мм Нд.

В связи с тем, что в Центральной городской клинической больнице № 1 г. Донецка в течение 5 лет функционирует отделение хронического гемодиализа, в клинике возникла необходимость выполнения операций по формированию артерио-венозных фистул для обеспечения сосудистого доступа.

Цель работы

Проанализировать анатомические особенности, отмеченные при проведении операций и предложить способы улучшения результатов оперативного лечения.

Объект и методы исследования

Объектом исследования явились 41 больной, которым выполнены 57 операций по формированию артерио-венозной фистулы в нижней трети предплечья. В данной группе мужчин было – 25 (61%), женщин – 16 (39%). Заболевания, приведшие к хронической почечной недостаточности распределились среди исследуемых таким образом: хронический гломерулонефрит – 15 (36,6%), сахарный диабет – 11 (26,8%), поликистоз почек – 6 (17,6%), хронический пиелонефрит, двухсторонние сморщенные почки – 2 (4,9%), МКБ, коралловидные камни обеих почек – 2 (4,9%), интерстициальный нефрит – 2 (4,9%), синдром Гудпасчера, вторичный пиелонефрит – 1 (2,4%), вазоренальная гипертензия, вторично сморщенные почки – 1 (2,4%), подагрическая нефропатия – 1 (2,4%). Всем больным перед операцией проводилась доплерография и дуплексное сканирование сосудов верхних конечностей. Средний диаметр соединяемых артерий составил 1,4 мм. В качестве метода обезболивания применялась местная анестезия смесью 0,5% раствора новокаина с 0,5% раствором бупивакаина соотношении 2:1. Анастомозы между а. radialis и v. cephalica выполнены методом «конец в бок» или «конец в конец» узловым проленовым швом 6/0-7/0, в одном случае использовалась аутовена, в двух случаях – методика с формированием подкожного тоннеля. В раннем послеоперационном периоде в 11 случаях (19,3%) развился тромбоз анастомоза, что требовало выполнения реконструктивных операций, а в 4 случаях (7%) – ретромбоз анастомоза.

Результаты, их обсуждение

Наиболее удобным местом для формирования нативной артерио-венозной фистулы по методике Чимино-Брешиа является область запястья, желательно на недоминантной руке. В этом случае у пациента формируется довольно длинный участок, на котором можно пунктировать артерио-венозную фистулу для подключения аппарата искусственной почки. Здесь, в месте формирования головной вены (v. cephalica) в области тенара, к ней достаточно близко

Summary

CHARACTERISTICS OF REVASCULARITY IN ANGIOSOMAL GRAFTS ON HEAD AND NECK AREAS

Avetikov D. S., Stavitskiy S. A., Yatsenko I. V.

Keywords: revascularity, angiosomal graft, autotransplantat, central revascularity, peripheral revascularity.

Nowadays the problem of central and peripheral is considered to be very urgent as this determines the optimal course of post-operation period and lengths of hospital stay. The technique of periodic overclamping of vascular pedicles and the technique of its gradual overclamping enable to cut off a vascular pedicle on 7th day after the surgery. The technique which extending area of contact between the graft and transplant bed promotes the rate of peripheral revascularization that allows surgeons to cut off this vascular pedicle on 8th day.

УДК 616.61-78:616.14/.16-089.86

Борота А.В., Христуленко А.А., Кирьякулова Т.Г., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л.

ВАРИАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СОСУДИСТОГО ДОСТУПА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЕМОДИАЛИЗА С УЧЕТОМ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ СОСУДОВ ПРЕДПЛЕЧЬЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

В статье проанализированы анатомические особенности, отмеченные при проведении операций по формированию артерио-венозной фистулы по методике Чимино-Брешиа на предплечье. Предложены способы улучшения результатов оперативного лечения.

Ключевые слова: хронический гемодиализ, артерио-венозная фистула, методики формирования, анатомические особенности сосудов.

Вступление

В мире сегодня сотни тысяч больных, страдающих терминальной хронической почечной недостаточностью, нуждаются в лечении различными методами внепочечного очищения крови. Программный гемодиализ остается ведущим из них, его доля в разных странах мира составляет от 62% до 95%.

Улучшение качества диализа и соответственно увеличение выживаемости пациентов, наряду с дефицитом почечных трансплантатов, ведет к увеличению сроков нахождения пациентов на программном гемодиализе, и вследствие этого, возрастают требования к более продолжительному функционированию постоянного сосудистого доступа.

Эффективным является доступ, который обеспечивает соответствие скорости кровотока назначенной дозе диализа, функционирует многие годы и не имеет осложнений. В настоящее время ни один из известных вариантов постоянного сосудистого доступа не является идеальным. Чаще всего применяется методика Чимино-Брешиа, при которой фистула формируется анастомозированием артерии и вены на предплечье (возможные и другие локализации). Способы наложения анастомоза различны: бок в бок, бок в конец, конец в конец.

Фистула должна обеспечивать как минимум скорость перфузии крови через диализатор не ниже 200 мл/мин при давлении крови до кровяного насоса не ниже минус 200 мм Нд.

В связи с тем, что в Центральной городской клинической больнице № 1 г. Донецка в течение 5 лет функционирует отделение хронического гемодиализа, в клинике возникла необходимость выполнения операций по формированию артерио-венозных фистул для обеспечения сосудистого доступа.

Цель работы

Проанализировать анатомические особенности, отмеченные при проведении операций и предложить способы улучшения результатов оперативного лечения.

Объект и методы исследования

Объектом исследования явились 41 больной, которым выполнены 57 операций по формированию артерио-венозной фистулы в нижней трети предплечья. В данной группе мужчин было – 25 (61%), женщин – 16 (39%). Заболевания, приведшие к хронической почечной недостаточности распределились среди исследуемых таким образом: хронический гломерулонефрит – 15 (36,6%), сахарный диабет – 11 (26,8%), поликистоз почек – 6 (17,6%), хронический пиелонефрит, двухсторонние сморщенные почки – 2 (4,9%), МКБ, коралловидные камни обеих почек – 2 (4,9%), интерстициальный нефрит – 2 (4,9%), синдром Гудпасчера, вторичный пиелонефрит – 1 (2,4%), вазоренальная гипертензия, вторично сморщенные почки – 1 (2,4%), подагрическая нефропатия – 1 (2,4%). Всем больным перед операцией проводилась доплерография и дуплексное сканирование сосудов верхних конечностей. Средний диаметр соединяемых артерий составил 1,4 мм. В качестве метода обезболивания применялась местная анестезия смесью 0,5% раствора новокаина с 0,5% раствором бупивакаина соотношении 2:1. Анастомозы между а. radialis и v. cephalica выполнены методом «конец в бок» или «конец в конец» узловым проленовым швом 6/0-7/0, в одном случае использовалась аутовена, в двух случаях – методика с формированием подкожного тоннеля. В раннем послеоперационном периоде в 11 случаях (19,3%) развился тромбоз анастомоза, что требовало выполнения реконструктивных операций, а в 4 случаях (7%) – ретромбоз анастомоза.

Результаты, их обсуждение

Наиболее удобным местом для формирования нативной артерио-венозной фистулы по методике Чимино-Брешиа является область запястья, желательно на недоминантной руке. В этом случае у пациента формируется довольно длинный участок, на котором можно пунктировать артерио-венозную фистулу для подключения аппарата искусственной почки. Здесь, в месте формирования головной вены (v. cephalica) в области тенара, к ней достаточно близко

прилежит лучевая артерия, что позволяет уменьшить длину разреза кожи (не более 2 см) и приводит к улучшению заживления ран. Разрезы кожи здесь удобно проводить несколько окаймляющими, выпуклостью к возвышению большого пальца. Однако, в данной зоне диаметры и расположение сосудов весьма переменны, что часто приводит к усложнению оперативного вмешательства. Так в случае невыраженности подкожной системы вен, рассыпного типа их строения, либо, глубокого (подапоневротического) расположения, а также в случае малых диаметров артерий (около 1 мм) создаются неблагоприятные условия для перфузии анастомоза и, как следствие, повышение вероятности его тромбоза. Так, из 11 случаев, которые требовали от нас выполнения повторных операций, в 7 (63,6%) случаях отмечен рассыпной тип строения венозной системы v. cephalica. В 5 (45,5%) случаях диаметр лучевой артерии не превышал 1 мм. Следует отметить, что полученные нами данные дуплексного сканирования и доплерографии сосудов верхних конечностей не обеспечили нас достаточной информацией относительно прогноза данного осложнения. Это вероятнее всего объясняется невозможностью использовать данные методы исследования для характеристики подкожной венозной системы.

Обратило на себя внимание также и то, что при

выполнении анастомоза по методике «конец в бок» частота тромбоза в 2 раза превышала таковую при анастомозировании сосудов по методике «конец в конец».

Выводы

1. При формировании артерио-венозной фистулы на предплечье следует учитывать анатомические особенности сосудов, а именно – выраженность подкожной венозной системы, тип ее строения в нижней трети предплечья, диаметр используемых артерий.
2. В случае диаметра артерии меньше 1,5 мм преимущество следует отдавать анастомозам по методике "конец в конец", что увеличивает скорость кровотока в анастомозе.

Литература

1. Лотц В. И. Первичный сосудистый доступ для гемодиализа, варианты формирования, сроки функционирования : автореф. дисс. ... к. мед. н. / Лотц В. И. – Кемерово, 2009. – 22 с.
2. А. Ю. Беляев Обеспечение постоянного сосудистого доступа для гемодиализа: результаты работы центра за последние 10 лет / А. Ю. Беляев // Нефрология и диализ. – 2012. – Т.14, №3. – С. 164-169 .
3. Hayakawa K. The effect of patient age and other factors on the maintenance of permanent hemodialysis vascular access / K. Hayakawa, S. Miyakawa, K. Hoshinaga [et al.] // Ther. Apher. Dial. – 2007. – V.11, №1. – P.36-41.

Рефрат

ВАРИАНТИ ФОРМУВАННЯ СУДИННОГО ДОСТУПУ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ГЕМОДІАЛІЗУ З УРАХУВАННЯМ АНАТОМІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ СУДИН ПЕРЕДПЛІЧЧЯ

Борота О.В., Христуленко А.О., Кирьякулова Т.Г., Куніцький Ю.Л., Христуленко А.Л.

Ключові слова: хронічний гемодіаліз, артеріо-венозна фістула, методики формування, анатомічні особливості судин.

У статті проаналізовані анатомічні особливості, відмічені при проведенні операцій по формуванню артеріо-венозної фістули за методикою Чіміно-Брешиа на передпліччі. Запропоновані способи поліпшення результатів оперативного лікування.

Summary

APPROACHES IN FORMATION OF VASCULAR ACCESS FOR HEMODIALYSIS IN CONSIDERATION OF ANATOMIC CHARACTERISTICS OF ANTEBRACHIAL VESSELS

Borota A.V., Khrystulenko A.A., Kirjakulova T.G., Kunickij Yu.L., Khrystulenko A.L.

Keywords: chronic hemodialysis, arteriovenous fistula, formation, anatomic features of vessels.

This paper presents the analysis of the anatomic features marked during the surgeries for the formation of arteriovenous fistula by Cimino–Brescia method on a forearm. The method suggested has been proven to improve the results of operative treatment.

УДК 616.132:616.13-002-089.12

Дрюк Н.Ф., Барна И.Е., Киримов В.И..

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ ИЛИ КРУПНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА ИЛИ ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН Украины. Киев, Украина.

В статье проанализированы результаты лечения 28 пациентов с облитерирующими поражениями аорты или крупных магистральных артерий конечностей сочетанных с окклюзией периферического сосудистого русла или тяжелой сопутствующей патологией. Всем пациентам были применены не прямые методы реваскуляризации с использованием трансплантации аутологических клеточных материалов. У части пациентов также выполнялись реконструктивно-восстановительные операции на проксимальном артериальном сегменте, а больным с СГВ хирургическое лечение включало также декомпрессию сосудисто-нервного пучка путем резекции дополнительного шейного и/или I ребра. Оценка результатов лечения проводилась с помощью клинических данных и лабораторно-инструментальных исследований сосудов и гемодинамики до и после операций. Клиническое улучшение в ближайший период после операции было отмечено у 16 больных. У больных с ишемией IV ст. после примененного лечения удалось ограничиться экономными ампутациями пальцев на кисти или стопы. 4 пациентам в связи с прогрессированием заболевания выполнена ампутация нижней конечности на уровне верхней трети голени. У всех пациентов с поражением сосудов нижних конечностей ишемия полностью не устраняется, сохраняется в той или иной степени «нагрузочная» ишемия, а у большинства пациентов с заболеваниями верхних конечностей клинические признаки ишемии исчезают практически полностью. Исследуя функциональные показатели гемодинамики в отдаленные сроки наиболее выраженный их рост был отмечен у пациентов с ишемией IIБ-III ст. Так отмечалось стабильное увеличение ЛПИ и ЛДФ. При проведении повторной рентгеноконтрастной ангиографии сосудов конечности отмечались выраженные очаги образования коллатеральных неососудов в местах трансплантации аутологических клеточных материалов. У пациентов с «нереконструктивными» формами поражения сосудов конечности, особенно при «критической» стадии ишемии представленная тактика и методы хирургического лечения являются методом выбора, не имеющим другой эффективной альтернативы.

Ключевые слова: облитерирующие заболевания сосудов, критическая ишемия, трансплантация аутологических клеточных материалов.

Введение

На современном этапе развития медицины «золотым стандартом» лечения больных с окклюзионно-стенотическим поражением аорты и крупных магистральных артерий особенно в стадии критической ишемии является реконструктивная операция или ангиопластика (тромбэндартеректомия, рентгенэндоваскулярная баллонная дилатация или стентирование) [1,4-7,9,13,14]. Однако, даже при использовании современных качественных сосудистых имплантатов и совершенной техники выполнения операции, частота периоперационных и отдаленных осложнений остается достаточно высокой и заканчивается ампутацией конечности у 10% больных, летальность после реконструктивных операций составляет от 2 до 13% [12,16,17].

Недостаточность артериального кровоснабжения верхних конечностей встречается у 0,5% пациентов среди всех больных с ишемией верхних и нижних конечностей [8]. Благодаря заранее предопределенной анатомически хорошо развитой коллатеральной сети верхней конечности, ишемия, как правило, имеет менее выраженный характер в сравнении с ишемией нижней конечности. Однако нередко наблюдаются ишемические некрозы в области пальцев у больных с поражением дистального артериального русла верхних конечностей при «критической» ишемии кисти [3]. А спонтанная компенсация кровообращения верхней конечности при уже развившейся «критической» ишемии происходит крайне редко [10], обуславливая высокую до 6% частоту ампутации пальцев кисти [19].

В последние годы чаще наблюдаются сочетанные (мультифокальные) поражения артерий конечности, как проксимального, так и дистального сосудистого русла, что исключает, или значительно ограничивает применение реконструктивно-восстановительных

операций на сосудах, усугубляемые также и частым наличием у этих пациентов тяжелой сопутствующей патологии сопряженной с высоким риском периоперационных осложнений. Данные пациенты относятся к категории «нереконструктивных» больных. Реально в настоящее время лечение этих пациентов ограничено применением консервативной терапии или симпатэктоми, которые малоэффективны у больных с «критической» ишемией конечности. В последнее десятилетие все более широко стали применять не прямые методы реваскуляризации, в том числе с использованием клеточных технологий.

В отделении микрососудистой и пластической хирургии НИХиТ НАМНУ разработаны и внедрены новые методы не прямой реваскуляризации конечностей, в том числе с использованием аутоотрансплантации мезенхимальных стромальных клеток жировой ткани или костного мозга в ишемизированные ткани в виде аспиринов или выделенных из этих аспиринов клеточных культур. [11,15]. Известны данные, что трансплантация аутогенных мультипотентных стромальных клеток (МСК) костного мозга (КМ) и жировой ткани (ЖТ) оказывает неоангиогенное, гемоциркуляторное воздействие, ремоделирует сосудистую стенку [2,18].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения хронической ишемии у «нереконструктивных» больных с помощью стимуляции ангиогенеза и ремоделирования сосудистой системы.

Объект и методы исследований

Исследуемые пациенты разделены на три группы согласно сегменту поражения: 1 – облитерирующие поражения аорты (неспецифический аортоартериит – 1, атеросклероз – 6); 2 – облитерирующие заболева-

УДК 616.132:616.13-002-089.12

Дрюк Н.Ф., Барна И.Е., Киримов В.И..

НОВЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ПОРАЖЕНИЙ АОРТЫ ИЛИ КРУПНЫХ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТЕЙ, СОЧЕТАННЫХ С ОККЛЮЗИЕЙ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СОСУДИСТОГО РУСЛА ИЛИ ТЯЖЕЛОЙ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А.Шалимова НАМН Украины. Киев, Украина.

В статье проанализированы результаты лечения 28 пациентов с облитерирующими поражениями аорты или крупных магистральных артерий конечностей сочетанных с окклюзией периферического сосудистого русла или тяжелой сопутствующей патологией. Всем пациентам были применены не прямые методы реваскуляризации с использованием трансплантации аутологических клеточных материалов. У части пациентов также выполнялись реконструктивно-восстановительные операции на проксимальном артериальном сегменте, а больным с СГВ хирургическое лечение включало также декомпрессию сосудисто-нервного пучка путем резекции дополнительного шейного и/или I ребра. Оценка результатов лечения проводилась с помощью клинических данных и лабораторно-инструментальных исследований сосудов и гемодинамики до и после операций. Клиническое улучшение в ближайший период после операции было отмечено у 16 больных. У больных с ишемией IV ст. после примененного лечения удалось ограничиться экономными ампутациями пальцев на кисти или стопы. 4 пациентам в связи с прогрессированием заболевания выполнена ампутация нижней конечности на уровне верхней трети голени. У всех пациентов с поражением сосудов нижних конечностей ишемия полностью не устраняется, сохраняется в той или иной степени «нагрузочная» ишемия, а у большинства пациентов с заболеваниями верхних конечностей клинические признаки ишемии исчезают практически полностью. Исследуя функциональные показатели гемодинамики в отдаленные сроки наиболее выраженный их рост был отмечен у пациентов с ишемией IIБ-III ст. Так отмечалось стабильное увеличение ЛПИ и ЛДФ. При проведении повторной рентгеноконтрастной ангиографии сосудов конечности отмечались выраженные очаги образования коллатеральных неососудов в местах трансплантации аутологических клеточных материалов. У пациентов с «нереконструктивными» формами поражения сосудов конечности, особенно при «критической» стадии ишемии представленная тактика и методы хирургического лечения являются методом выбора, не имеющим другой эффективной альтернативы.

Ключевые слова: облитерирующие заболевания сосудов, критическая ишемия, трансплантация аутологических клеточных материалов.

Введение

На современном этапе развития медицины «золотым стандартом» лечения больных с окклюзионно-стенотическим поражением аорты и крупных магистральных артерий особенно в стадии критической ишемии является реконструктивная операция или ангиопластика (тромбэндартеректомия, рентгенэндоваскулярная баллонная дилатация или стентирование) [1,4-7,9,13,14]. Однако, даже при использовании современных качественных сосудистых имплантатов и совершенной техники выполнения операции, частота периоперационных и отдаленных осложнений остается достаточно высокой и заканчивается ампутацией конечности у 10% больных, летальность после реконструктивных операций составляет от 2 до 13% [12,16,17].

Недостаточность артериального кровоснабжения верхних конечностей встречается у 0,5% пациентов среди всех больных с ишемией верхних и нижних конечностей [8]. Благодаря заранее предопределенной анатомически хорошо развитой коллатеральной сети верхней конечности, ишемия, как правило, имеет менее выраженный характер в сравнении с ишемией нижней конечности. Однако нередко наблюдаются ишемические некрозы в области пальцев у больных с поражением дистального артериального русла верхних конечностей при «критической» ишемии кисти [3]. А спонтанная компенсация кровообращения верхней конечности при уже развившейся «критической» ишемии происходит крайне редко [10], обуславливая высокую до 6% частоту ампутации пальцев кисти [19].

В последние годы чаще наблюдаются сочетанные (мультифокальные) поражения артерий конечности, как проксимального, так и дистального сосудистого русла, что исключает, или значительно ограничивает применение реконструктивно-восстановительных

операций на сосудах, усугубляемые также и частым наличием у этих пациентов тяжелой сопутствующей патологии сопряженной с высоким риском периоперационных осложнений. Данные пациенты относятся к категории «нереконструктивных» больных. Реально в настоящее время лечение этих пациентов ограничено применением консервативной терапии или симпатэктомии, которые малоэффективны у больных с «критической» ишемией конечности. В последнее десятилетие все более широко стали применять не прямые методы реваскуляризации, в том числе с использованием клеточных технологий.

В отделении микрососудистой и пластической хирургии НИХиТ НАМНУ разработаны и внедрены новые методы не прямой реваскуляризации конечностей, в том числе с использованием аутоотрансплантации мезенхимальных стромальных клеток жировой ткани или костного мозга в ишемизированные ткани в виде аспиратов или выделенных из этих аспиратов клеточных культур. [11,15]. Известны данные, что трансплантация аутогенных мультипотентных стромальных клеток (МСК) костного мозга (КМ) и жировой ткани (ЖТ) оказывает неоангиогенное, гемоциркуляторное воздействие, ремоделирует сосудистую стенку [2,18].

Цель исследования

Улучшение результатов лечения хронической ишемии у «нереконструктивных» больных с помощью стимуляции ангиогенеза и ремоделирования сосудистой системы.

Объект и методы исследований

Исследуемые пациенты разделены на три группы согласно сегменту поражения: 1 – облитерирующие поражения аорты (неспецифический аортоартериит – 1, атеросклероз – 6); 2 – облитерирующие заболева-

ния магистральных сосудов нижних конечностей (подвздошно-бедренный сегмент – 5); 3 – окклюзионно-стенозические поражения магистральных сосудов верхних конечностей (осложненные артериальные формы синдрома грудного выхода – 7, облитерирующие заболевания подключично-подмышечного сегмента – 9). У всех пациентов также было поражение дистального сосудистого русла.

Соответственно степени ишемии у 12(43%) пациентов была ишемия IV ст. (по Fontaine-Покровському), у пациентов имелись трофические язвы или раневые дефекты кожи пальцев или стопы (кисти), гангрена пальцев. У 16(57%) больных ишемия отмечали IIБ-III ст. ишемии. У 5(18%) больных выявлена тяжелая сопутствующая патология (у 3 – тяжелая форма сахарного диабета с хронической почечной недостаточностью IV ст., больным проводился гемодиализ; у 2 пациентов выраженная сердечная недостаточность вследствие ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения и различных форм аритмии).

Проводились лабораторно-инструментальные исследования сосудов и гемодинамики: доплероманометрия (исследования регионарного систолического давления на голени (РСДГ)), определение лодыжечно-плечевого индекса (ЛПИ), лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ) в области тыла стопы возле большого пальца и в н/3 голени – для оценки тканевой перфузии до и после оперативных вмешательств. Рентгенконтрастная ангиография выполнялась с обязательным исследованием дистального сосудистого русла. После проведения детального анализа исследования анатомо-гемодинамических особенностей поражения сосудистого русла определяли оптимальную патогенетически обоснованную тактику хирургического лечения, которая включала применение не прямых методов реваскуляризации с использованием трансплантации аутологических клеточных материалов для стимуляции ангиогенеза в ишемизированных тканях конечности. Клеточные материалы (аспират костного мозга, аспират жировой ткани, мультипотентные стромальные клетки жировой ткани, в виде выделенной васкулярно-стромальной фракции) вводили непосредственно в ткани-мышцы зон ишемии.

Аутооттрансплантация аспириата костного мозга (АтАКМ) выполнена в 34 случаях. Аутооттрансплантация аспириата жировой ткани (АЖТ) выполнена в 7 случаях. Введение мультипотентных стромальных клеток (МСК) жировой ткани в виде выделенной васкулярно-стромальной фракции было выполнено 3 пациентам. Из них пациентке с высокой окклюзией аорты выполнено 4 повторных аутооттрансплантации аспириата костного мозга и 2 введения аспириата жировой ткани на протяжении 5 лет, 1 пациенту – 2 раза АтАКМ. АЛТ при осложненных формах грудного выхода (3), облитерирующих поражениях нижних конечностей (2). У одного пациента с поражением сосудов как верхних, так и нижних конечностей выполнено АтАКМ 3 раза, выделенную васкуло-стромальную фракцию жировой ткани 2 раза, как в верхние, так и в нижние конечности.

Дополнительно у больных с поражением подвздошно-бедренного сегмента нижней конечности выполнялось: рентгенэндоваскулярная дилатация (стентирование) локального стеноза (4); подвздошно-бедренной (2) или аорто-бедренной аллошунтирование с включением глубокой артерии бедра (1).

У пациентов с поражением сосудов верхних конечностей выполнялись различные оперативные

вмешательства: тромбэндартерэктомия из подключично-подмышечного сегмента (4); эверсионная эндартерэктомия из глубокой артерии плеча и наложение артериовенозного соустья в связи с окклюзией дистального артериального русла с целью уменьшения периферического артериального сопротивления (1); пластика аневризмы подключичной артерии (2), в одном случае с наложением временного артериовенозного соустья; подключично-подмышечное шунтирование (2).

Основной целью данных операций было восстановление кровотока в сохранившихся сегментах и крупных ветвях магистральных сосудов, а также устранение источника эмболии. У больных с синдромом грудного выхода хирургическое лечение включало также декомпрессию сосудисто-нервного пучка путем резекции дополнительного шейного и/или I ребра.

Результаты и их обсуждение

Осложнений, непосредственно связанных с применением не прямых методов реваскуляризации, в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде не отмечено. Данные операции малотравматичны, безопасны и доступны в аспекте техники их выполнения.

Клиническое улучшение в ближайший период после операции (до 30 суток) было отмечено у 16(57%) больных (уменьшение или полное прекращение боли покоя, потепление конечности).

У больных с ишемией IV ст. экономные ампутации пальцев на кисти или стопе выполнены у 6(21%); резекция переднего отдела стопы у 3(11). В связи с усилением болевого синдрома, увеличением зон некроза 1 пациенту с заболеванием магистральных артерий нижних конечностей выполнено ампутацию на уровне нижней трети бедра (3%).

У всех пациентов с поражением сосудов нижних конечностей ишемия полностью не устраняется, сохраняется в той или иной степени «нагрузочная» ишемия, а у большинства пациентов с заболеваниями верхних конечностей клинические признаки ишемии исчезают практически полностью.

В отдаленные сроки 3(11%) пациентам с облитерирующими заболеваниями нижних конечностей, в связи с прогрессированием ишемии, увеличением зон некрозов на стопе, выполнена ампутация нижней конечности на уровне верхней трети голени.

Исследуя функциональные показатели гемодинамики в отдаленные сроки наиболее выраженный их рост был отмечен у пациентов с ишемией IIБ-III ст. Так отмечалось стабильное увеличение ЛПИ и ЛДФ (увеличение показателей перфузионных единиц на акральных сегментах конечности, обусловленное повышением насыщенности ишемизированных тканей кислородом за счет образования капиллярной артериальной сети).

В сроки до 12 месяцев большей части пациентов выполняли повторную рентгенконтрастную ангиографию сосудов конечности, где отмечали выраженные очаги образования коллатеральных неососудов в местах трансплантации аутологических клеточных материалов.

Выводы

1. У большинства пациентов с «нереконструктивными» формами поражения сосудов конечности, особенно при «критической» стадии ишемии представленная тактика и методы хирургического лечения являются методом выбора, не имеющим другой эффективной

альтернативы.

2. Применение данной разработанной хирургической тактики позволяет у большинства больных устранить «критическую» ишемию и сохранить опорную функцию стопы, а у пациентов со IIБ–III ст. ишемии достичь стабильного клинического улучшения.

3. Преимущество – безопасность, малотравматичность, доступность в аспекте техники выполнения, возможность повторного использования по показаниям.

4. Дальнейшие исследования и разработка хирургических методов лечения с использованием клеточных технологий являются, безусловно, перспективными, обуславливая значимость для практического здравоохранения.

Литература

1. AbuRahma A.F. Angioplasty and stenting versus carotid-subclavian bypass for the treatment of isolated subclavian artery disease / A.F. AbuRahma, M.C. Bates, P.A. Stone // J Endovasc Ther. – 2007. – V.14, №5. – P.698-704.
2. Asahara T. VEGF contributes to postnatal neovascularization by mobilizing bone marrow-derived endothelial progenitor cells / T. Asahara, T. Takahashi, H. Masuda [et al.] // EMBO J. – 1999. – V.18, №14. – P.3964-3972.
3. Cicconetti F. Endoscopic thoracic sympathectomy in the treatment of functional microangiopathy of the upper limb / F. Cicconetti, S. Brun, C. Paparelli, A. Cavallaro // Kongressbd. Dtsch.Ges Chir.Kongr. – 2001. – V.118. – P. 443-445.
4. Dormandy J.A. Management of peripheral arterial disease / J.A. Dormandy, R.B. Rutherford // TASC Group. Trans Atlantic Inter-Society Consensus. J. Vasc. Surg. – 2000. – №31. – P.1-296.
5. Dorros G. Tibioperoneal (outflow lesion) angioplasty can be used as primary treatment in 235 patients with critical limb ischemia : five-year follow-up / G. Dorros, M.R. Jaff, A.M. Dorros [et al.] // Circ. – 2001. – №104. – P. 2057-2062.
6. Emmerich J. Current state and perspective on medical treatment of critical leg ischemia / J. Emmerich // Gene and cell therapy. Int. J. of Lower Extremity Wounds. – 2005. – №4. – P.234-241.
7. Faglia E. Peripheral angioplasty as the first choice revascularization procedure in diabetic patients with critical limb ischemia prospective study of 993 consecutive patients hospitalized and followed

- between 1999 and 2003 / E. Faglia, L. Dalla Paola, G. Clerici [et al.] // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2005. – №29. – P.620-627.
8. Holti G. Raynaud's phenomenon / Holti G. – Advances in microcirc ; Basel, N.Y. : Karger, 1982. – V.10. – P. 1-16.
9. Kudo T. The effectiveness of percutaneous transluminal angioplasty for the treatment of critical limb ischemia: a 10-year experience / T. Kudo, F.A. Chandra, S.S. Ahn // J. Vasc. Surg. – 2005. – №41. – P.423-435.
10. Mahler F. Local cold exposure test for capillaroscopic examination of patients with Raynaud's syndrome / F. Mahler, H. Saner, C. Boss [et al.] // Microvasc.Res. – 1987. – V.33, №3. – P. 422-427.
11. Дрюк М.Ф. Окклюзійні ураження підколінно-гомількового сегменту: Реконструктивні операції чи хірургічні методи непрямой реваскуляризації – вибір методу / М.Ф. Дрюк, В.І. Кіримов, І.Є. Барна // Клінічна флебологія. – 2001. – Т.4, №1. – С.51-54.
12. Кротовский Г.С. Тактика лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей / Г.С. Кротовский, А.М. Зудин. – М., 2005, 160 с.
13. Мирзоян А.М. Сравнительная оценка результатов хирургического и эндоваскулярного методов лечения пораженных брахиоцефального ствола и подключичных артерий : автореф. дис. ...к-та мед. наук / Мирзоян А.М. – М., 1999.
14. Покровский А.В. Клиническая ангиология. Руководство для врачей / Покровский А.В. – М., 2004. – Т.1. – 808 с.
15. Поляченко Ю. В. Трансплантація мультипотентних стромальних клітин жирової тканини в лікуванні хворих на хронічну ішемію нижніх кінцівок / Поляченко Ю. В. Домбровский Д. Б. Салютин Р.В // Четверта конференція з міжнародною участю «Ангиология та судинна хірургія «Сухарецькі читання»», 21-22 квітня 2011 р., м. Київ.
16. Савельев В.С. Критическая ишемия нижних конечностей / В.С. Савельев, В.М. Кошкин. – М.: Медицина, 1997. –160 с.
17. Смолянинов А.Б. Клеточные технологии в лечении терминальной стадии хронической ишемии нижних конечностей / А.Б. Смолянинов, Е.В. Пыхтин, Д.В. Булгин, М. Томолнага // Клеточная трансплантология и тканевая инженерия. – Т.11, № 3. – 2007. – С. 40-46.
18. Траптуев Д.О. Стромальные клетки жировой ткани мультипотентные клетки с высоким терапевтическим потенциалом для стимуляции ангиогенеза при ишемии тканей / Д.О. Траптуев, К.Л. Марч, В.А. Тканук [и др.] // Кардиология. – 2006. – №5. – Р. 69-85.
19. Фокин А.А. Лечение дистальных ангиопатий верхних конечностей с помощью пальцевой периапериартериальной симпатэктоми / А.А. Фокин, А.А. Медведев, А.Г. Пухов [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 1995. – № 1. – С. 120-124.

Реферат

НОВИЙ ПІДХІД В ЛІКУВАННІ ОБЛІТЕРУЮЧИХ УРАЖЕНЬ АОРТИ АБО ВЕЛИКИХ МАГІСТРАЛЬНИХ АРТЕРІЙ КІНЦІВОК, ПОЄДНАНИХ З ОКЛЮЗІЄЮ ПЕРИФЕРИЧНОГО СУДИННОГО РУСЛА АБО ВАЖКОЮ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Дрюк М.Ф., Барна І.Є., Кіримов В.І.

Ключові слова: облітеруючі захворювання судин, критична ішемія, трансплантація аутологічних клітинних матеріалів.

У статті проаналізовано результати лікування 28 пацієнтів з облітеруючими ураженнями аорти або великих магістральних артерій кінцівок поєднаних з оклюзією периферичного судинного русла або важкою супутньою патологією. Всім пацієнтам були застосовані непрямі методи реваскуляризації з використанням трансплантації аутологічних клітинних матеріалів. У частини пацієнтів також виконувалися реконструктивно-відновлювальні операції на проксимальному артеріальному сегменті, а хворим з СГВ хірургічне лікування включало також декомпресію судинно-нервового жмута шляхом резекції додаткового шийного та/або І ребра. Оцінка результатів лікування проводилася за допомогою клінічних даних та лабораторно-інструментальних досліджень судин і гемодинаміки до і після операцій. Клінічне поліпшення в найближчий період після операції було відзначено у 16% хворих. У хворих з ішемією IV ст. після застосованого лікування вдалося обмежитися економними ампутаціями пальців на кисті або стопі. 4 пацієнтам у зв'язку з прогресуванням захворювання виконана ампутація нижньої кінцівки на рівні верхньої третини гомілки. У всіх пацієнтів з ураженням судин нижніх кінцівок ішемія повністю не усувається, зберігається в тій чи іншій мірі «навантажувальна» ішемія, а у більшості пацієнтів із захворюваннями верхніх кінцівок клінічні ознаки ішемії зникають практично повністю. Досліджуючи функціональні показники гемодинаміки у віддалені терміни найбільш виражене їх зростання було відзначено у пацієнтів з ішемією IIБ-III ст. Так відзначалося стабільне збільшення КПІ і ЛДФ. При проведенні повторної рентгеноконтрастної ангіографії судин кінцівки відзначалися виражені вогнища утворення колатеральних неосудин в місцях трансплантації аутологічних клітинних матеріалів. У пацієнтів з «нереконструктабельними» формами ураження судин кінцівки, особливо при «критичній» ішемії представлена тактика і методи хірургічного лікування є методом вибору і не мають іншої ефективної альтернативи.

Summary

NEW APPROACH FOR MANAGEMENT OF OCCLUSIVE DISEASES OF AORTA OR MAJOR ARTERIES ASSOCIATED WITH OCCLUSION OF PERIPHERAL VASCULAR BED OR SEVERE COMORBIDITIES

Druk N.F., Barna I.Ye., Kirimov V.I.

Keywords: occlusive vascular disease, critical ischemia, autologous transplantation, cell materials.

This article presents the analyzes of the results of 28 patients who were treated for occlusive diseases of the aorta or major arteries of the extremities combined with the occlusion of peripheral vascular bed or severe concomitant diseases.

All patients experienced indirect methods of revascularization and transplantation of autologous cell materials. Some patients were subjected to reconstructive surgery on the proximal arterial segment. For those were performed on TOS surgery the management included decompression of the neurovascular bundle by additional resection of the cervical and / or the I rib. The estimation of outcomes was performed by taking into consideration the findings of clinical, laboratory and instrumental studies of blood vessels and hemodynamic before and after surgery. Clinical improvement in the short term after surgery was observed in 16 patients. The patients with ischemia (IV degree) who had undergone the treatment mentioned above had some fingers or toes amputated. 4 patients because of the disease progression experienced the lower limb amputations to the level of the upper third of the tibia. In all the cases of the vascular diseases of lower limbs ischemia was not entirely eliminated and remained as "exertion" ischemia, but for the most patients with upper limb ischemia the clinical signs of ischemia mainly disappeared. Studying the functional hemodynamic parameters in the remote periods showed their most pronounced increase in the patients with III – IV degree ischemia. The repeated X-ray contrast angiography of the limbs showed the marked foci formed by new vessels in the sites of autologous cell material transplantation. For the patients who had "irreconstructible" forms of vascular diseases of the extremities, especially in the "critical" stage of ischemia the tactics and methods of surgical treatment mentioned above were the method of choice.

УДК 617.58-002.44-009.85-02:616.147.3-008.64-036.12]-085.013.68

Лупальцов В.И., Дехтярук И.А., Фоминов А.А.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОРДОВОЙ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Харьковский национальный медицинский университет

Проведен анализ лечения 40 больных с трофическими язвами нижних конечностей, обусловленных хронической венозной недостаточностью. В комплекс лечения основной группы (20 больных) включали аппликации кордовой крови на язвенные дефекты. Контрольную группу создали из 20 больных, которых лечили традиционными методами. Скорость уменьшения площади язвенного дефекта у больных основной группы составляла 8 – 11 % в сутки, в контрольной группе – 3 - 4% в сутки. Полное заживление трофических язв у больных с хронической венозной недостаточностью в основной группе наблюдалось у 13 (65,0%) больных. Средние сроки лечения в стационаре составляли 21,4 сутки. У больных контрольной группы полное заживление трофических язв наблюдалось лишь у 7 (30,0%) больных. Средние сроки лечения в стационаре в этой группе составляли 34,5 сутки.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, трофическая язва, кордовая кровь.

Вступление

Несмотря на значительные достижения последних лет в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности (ХВН), частота развития венозных трофических язв остается на достаточно высоком уровне и не имеет достоверной тенденции к снижению. Именно поэтому до настоящего времени поиск более эффективных способов лечения трофических язв обусловленных ХВН является актуальной проблемой заслуживающей внимания [2,4,5,6].

На сегодняшний день в научной и клинической практике накоплена значительная информация о позитивном влиянии кордовой крови на течение различных заболеваний (хирургических, офтальмологических, гинекологических и др.). На основе кордовой крови созданы и используются в клинической практике препараты, которые относят к группе биогенных стимуляторов. Основное отличие кордовой крови как биогенного стимулятора заключается в том, что она имеет в своем составе сбалансированный комплекс биологически активных веществ, которые участвуют в индукции и обратном ингибировании ферментов в органах и тканях реципиента, благодаря чему возможно влияние на метаболизм больного.

Цель исследования

Изучить эффективность местного применения кордовой крови в комплексной терапии трофических язв нижних конечностей, обусловленных хронической венозной недостаточностью.

Объект и методы исследования

Нами проведен анализ лечения 40 больных с трофическими язвами нижних конечностей обусловленных ХВН. Причиной развития ХВН у 26 (65,0%) больных была варикозная болезнь, у 14 (35,0%) – посттромбофлебитический синдром. Средний возраст больных составил 58,4 лет. Женщин было 29 (72,5%), мужчин 11 (27,5%). Длительность варикозного анамнеза от 5 месяцев до 10 лет и более. С открытыми трофическими язвами голени было 27 (67,5%), стопы – 8 (20,0%) и их сочетании – 5 (12,5%) больных. Площадь трофических язв у 9 (22,5%) больных составляла более 10 см², у 19 (47,5%) больных от 5 до 10 см², у 12 (30,0%) больных площадь дефекта была менее 5 см².

У 25 больных (62,5%) была обнаружена сопутствующая патология витальных систем организма. Заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как: гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца были выявлены у 13 (32,5%) больных, хронические заболевания органов дыхания – у 3 (7,5%), сахарный диабет средней степени тяжести – у 3 (7,5%), хронический пиелонефрит – у 2 (5%), ожирение II – III степени тяжести – у 2 (5%), другая патология – в 2 (5%) случаях.

При поступлении в стационар при ультразвуковом исследовании венозной системы нижних конечностей у всех больных была обнаружена недостаточность перфорантных вен с наличием вено-венозного рефлюкса в зоне трофической язвы. Именно наличие недостаточности перфорантных вен с высоким или низ-

All patients experienced indirect methods of revascularization and transplantation of autologous cell materials. Some patients were subjected to reconstructive surgery on the proximal arterial segment. For those were performed on TOS surgery the management included decompression of the neurovascular bundle by additional resection of the cervical and / or the I rib. The estimation of outcomes was performed by taking into consideration the findings of clinical, laboratory and instrumental studies of blood vessels and hemodynamic before and after surgery. Clinical improvement in the short term after surgery was observed in 16 patients. The patients with ischemia (IV degree) who had undergone the treatment mentioned above had some fingers or toes amputated. 4 patients because of the disease progression experienced the lower limb amputations to the level of the upper third of the tibia. In all the cases of the vascular diseases of lower limbs ischemia was not entirely eliminated and remained as "exertion" ischemia, but for the most patients with upper limb ischemia the clinical signs of ischemia mainly disappeared. Studying the functional hemodynamic parameters in the remote periods showed their most pronounced increase in the patients with III – IV degree ischemia. The repeated X-ray contrast angiography of the limbs showed the marked foci formed by new vessels in the sites of autologous cell material transplantation. For the patients who had "irreconstructible" forms of vascular diseases of the extremities, especially in the "critical" stage of ischemia the tactics and methods of surgical treatment mentioned above were the method of choice.

УДК 617.58-002.44-009.85-02:616.147.3-008.64-036.12]-085.013.68

Лупальцов В.И., Дехтярук И.А., Фоминов А.А.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОРДОВОЙ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Харьковский национальный медицинский университет

Проведен анализ лечения 40 больных с трофическими язвами нижних конечностей, обусловленных хронической венозной недостаточностью. В комплекс лечения основной группы (20 больных) включали аппликации кордовой крови на язвенные дефекты. Контрольную группу создали из 20 больных, которых лечили традиционными методами. Скорость уменьшения площади язвенного дефекта у больных основной группы составляла 8 – 11 % в сутки, в контрольной группе – 3 - 4% в сутки. Полное заживление трофических язв у больных с хронической венозной недостаточностью в основной группе наблюдалось у 13 (65,0%) больных. Средние сроки лечения в стационаре составляли 21,4 сутки. У больных контрольной группы полное заживление трофических язв наблюдалось лишь у 7 (30,0%) больных. Средние сроки лечения в стационаре в этой группе составляли 34,5 сутки.

Ключевые слова: хроническая венозная недостаточность, трофическая язва, кордовая кровь.

Вступление

Несмотря на значительные достижения последних лет в диагностике и лечении хронической венозной недостаточности (ХВН), частота развития венозных трофических язв остается на достаточно высоком уровне и не имеет достоверной тенденции к снижению. Именно поэтому до настоящего времени поиск более эффективных способов лечения трофических язв обусловленных ХВН является актуальной проблемой заслуживающей внимания [2,4,5,6].

На сегодняшний день в научной и клинической практике накоплена значительная информация о позитивном влиянии кордовой крови на течение различных заболеваний (хирургических, офтальмологических, гинекологических и др.). На основе кордовой крови созданы и используются в клинической практике препараты, которые относят к группе биогенных стимуляторов. Основное отличие кордовой крови как биогенного стимулятора заключается в том, что она имеет в своем составе сбалансированный комплекс биологически активных веществ, которые участвуют в индукции и обратном ингибировании ферментов в органах и тканях реципиента, благодаря чему возможно влияние на метаболизм больного.

Цель исследования

Изучить эффективность местного применения кордовой крови в комплексной терапии трофических язв нижних конечностей, обусловленных хронической венозной недостаточностью.

Объект и методы исследования

Нами проведен анализ лечения 40 больных с трофическими язвами нижних конечностей обусловленных ХВН. Причиной развития ХВН у 26 (65,0%) больных была варикозная болезнь, у 14 (35,0%) – посттромбофлебитический синдром. Средний возраст больных составил 58,4 лет. Женщин было 29 (72,5%), мужчин 11 (27,5%). Длительность варикозного анамнеза от 5 месяцев до 10 лет и более. С открытыми трофическими язвами голени было 27 (67,5%), стопы – 8 (20,0%) и их сочетании – 5 (12,5%) больных. Площадь трофических язв у 9 (22,5%) больных составляла более 10 см², у 19 (47,5%) больных от 5 до 10 см², у 12 (30,0%) больных площадь дефекта была менее 5 см².

У 25 больных (62,5%) была обнаружена сопутствующая патология витальных систем организма. Заболевания сердечно-сосудистой системы, такие как: гипертоническая болезнь, атеросклероз, ишемическая болезнь сердца были выявлены у 13 (32,5%) больных, хронические заболевания органов дыхания – у 3 (7,5%), сахарный диабет средней степени тяжести – у 3 (7,5%), хронический пиелонефрит – у 2 (5%), ожирение II – III степени тяжести – у 2 (5%), другая патология – в 2 (5%) случаях.

При поступлении в стационар при ультразвуковом исследовании венозной системы нижних конечностей у всех больных была обнаружена недостаточность перфорантных вен с наличием вено-венозного рефлюкса в зоне трофической язвы. Именно наличие недостаточности перфорантных вен с высоким или низ-

ким вено-венозным рефлюксом обуславливают хроническую венозную недостаточность и появление трофических язв голени или стопы.

Всем больным проводили бактериальное исследование язвенных дефектов. Для количественного определения микрофлоры в трофической язве определяли количество микробных тел в 1 г. ткани язвенного дефекта. Площадь язвенного дефекта и оценку скорости заживления в процентах высчитывали с помощью теста Л.Н. Поповой [1]. Прогнозирование течения процесса заживления проводили изучая цитологическую картину по данным микроскопии мазков-отпечатков по методу Покровской М.П. и Макарова М.С. [3].

Больные были распределены на две группы. В комплекс лечения основной группы (20 больных) включали аппликации кордовой крови на язвенные дефекты. Суть способа лечения заключается в том, что на высушенную поверхность трофической язвы наносится аппликация такого количества кордовой крови, которое необходимо для равномерного покрытия всей поверхности язвы. При выполнении этой манипуляции необходимо соблюдать асептику. Контрольную группу создали из 20 больных, которых лечили традиционными методами. Обе клинических группы больных по полу, возрасту, основной и сопутствующей патологии сопоставимы.

Результаты исследований и их обсуждение

При бактериальном исследовании язвенных дефектов у всех больных высевалась ассоциативная аэробная микрофлора с высоким уровнем микробного обсеменения (106 – 107 микробных тел в 1 г. ткани язвенного дефекта) [4].

В основной группе больных уже на 5 - 6 сутки лечения был отмечен выраженный бактерицидный эффект, ускорение некролиза и отторжения нежизнеспособных тканей и противовоспалительное действие аппликаций кордовой крови. Клинически это проявлялось тем, что значительно улучшалось общее состояние больных, почти полностью исчезала боль в язвенных дефектах, резко уменьшалась экссудация раневого отделяемого и отек тканей не только около трофической язвы, но и всей нижней конечности. Количество микроорганизмов в язвенных дефектах резко уменьшилось, что совпадало с данными микроскопии мазков-отпечатков.

Первая фаза раневого процесса у больных основной группы завершалась на 6 – 7 сутки лечения и характеризовалась полной очисткой язвенных дефектов от некротических тканей, появлением грануляций. Выраженная краевая эпителизация трофических язв появлялась в среднем на 13,7 сутки. Скорость уменьшения площади язвенного дефекта у больных основной группы составляла 8 – 11 % в сутки.

В контрольной группе больных подобные результаты были достигнуты лишь на 10 – 11 сутки лечения в стационаре традиционным методом. Краевая эпителизация у этих больных появилась в среднем на 23,6 сутки. Скорость уменьшения площади язвенного дефекта у больных в контрольной группе составляла 3 – 4 % в сутки.

Во второй фазе раневого процесса в основной

группе больных продолжали лечение трофических язв нижних конечностей аппликациями кордовой крови. Динамический контроль за уровнем микробного обсеменения свидетельствовал о неуклонном снижении количества микрофлоры в 1 г. ткани язвенного дефекта. В среднем на 17,8 сутки у 13 больных (65,0%) были зафиксированы отсутствие роста микрофлоры в ткани язвенного дефекта.

В контрольной группе динамический контроль за количеством микрофлоры в 1 г. ткани язвенного дефекта лишь на 26 – 27 сутки у 7 больных (30,0%) зафиксировал отсутствие роста микрофлоры. Результаты динамического контроля за количеством микрофлоры в 1 г. ткани язвенного дефекта совпадали с данными микроскопии мазков-отпечатков как в основной так и в контрольной группах.

Полное заживление трофических язв у больных с хронической венозной недостаточностью в основной группе наблюдалось у 13 больных (65,0%). Средние сроки лечения в стационаре составляли 21,4 сутки. У больных контрольной группы полное заживление трофических язв наблюдалось лишь у 7 больных (30,0%). Средние сроки лечения в стационаре в этой группе составляли 34,5 сутки.

На наш взгляд ускорение темпов заживления трофических язв у больных с ХВН при местном использовании кордовой крови достигается как за счет ослабления выраженности воспалительной фазы раневого процесса, так и активации пролиферативно-репаративных процессов.

Выводы

1. Местное использование кордовой крови в лечении трофических, язв обусловленных хронической венозной недостаточностью нижних конечностей, ускоряет очищение раны от некротических тканей, стимулирует репаративные процессы в стадии образования грануляций и снижает уровень бактериального обсеменения тканей язвенного дефекта.

2. Местное использование кордовой крови в лечении таких больных позволяет достичь заживления трофических язв у 65,0% пациентов и значительно сократить средние сроки пребывания их в стационаре, что важно в социально-экономическом аспекте и перспективно для рекомендации широкого использования в практическом здравоохранении.

Литература

1. Бауэркакс Ж. Патология хронической венозной недостаточности / Ж. Бауэркакс, И. Флеминг, Р. Буссе // Флебология. – 1998. – № 7. – С. 1–7.
2. Кузнецов Н.А. Этапное хирургическое лечение хронической венозной недостаточности при открытой трофической язве / Н.А. Кузнецов, А.Н.Желтиков, Б.В. Телешов [и др.] // Флебология. – 2000. – № 11. – С. 12–15.
3. Раны и раневая инфекция: руководство для врачей / Под ред. М.И. Кузина, Б. М. Костюченко. – М.: Медицина, 1990. – 592 с.
4. Флебология. Руководство для врачей / [В.С.Савельев, В.А. Голгорский, А.И. Кириенко и др.]; Под ред. В. С. Савельева. – М.: Медицина, 2001. – 664 с.
5. Baker S.R. Epidemiology of chronic venous ulcers / S.R.Baker, M.C. Stacey, A.G. Jopp-McKay [et al.] // Br. J. Surg. – 1991. – № 78. – P. 864–867.
6. Schmid-Schonbein G.W. Molecular basis for microcirculatory disorders / G.W. Schmid-Schonbein, D.N. Granger. – Springer, 2003. – 640 p.

Реферат

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ КОРДОВОЇ КРОВІ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК, ЗУМОВЛЕНИХ ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Лупальцов В.І., Дехтярук І.А., Фомінов А.А.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, трофічна виразка, кордова кров.

Проведено аналіз лікування 40 хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок, зумовлених хронічною венозною недостатністю. В комплекс лікування основної групи (20 хворих) включали аплікації кордової крові на виразкові дефекти. Контрольну групу створили з 20 хворих, яких лікували традиційними методами. Швидкість зменшення площі виразкового дефекту у хворих основної групи становила 8 - 11% на добу, в контрольній групі - 3 - 4% на добу. Повне загоєння трофічних виразок у хворих з хронічною венозною недостатністю в основній групі спостерігалось у 13 (65,0%) хворих. Середні терміни лікування в стаціонарі становили 21,4 доби. У хворих контрольної групи повне загоєння трофічних виразок спостерігалось лише у 7 (30,0%) хворих. Середні терміни лікування в стаціонарі в цій групі складали 34,5 доби.

Summary

PROSPECTS FOR APPLICATION OF CORD BLOOD IN TREATMENT OF LOWER EXTREMITY TROPHIC ULCERS CAUSED BY VENOUS INSUFFICIENCY

Lupaltsov V.I., Dekhtyaruk I.A., Fominov A.A.

Keywords: chronic venous insufficiency, trophic ulcer, cord blood.

The study is based on the analysis of the treatment of 40 patients with trophic ulcers of the lower extremities caused by chronic venous insufficiency. The treatment regimen for the basic group (n=20) included the cord blood applications. The control group (20 patients) was treated by conventional methods. The rate of reduction of ulceration area decreased on 8-11% per day in the basic group and on 3-4% in the control group. Complete healing of the trophic ulcers was reported in 13 (65,0%) patients of the basic group. The average hospital stay for them was 21,4 days. In the control group there were 7 (30,0%) patients with total reparation of the ulcer defect and average hospital staying period was 34,5 days.

УДК 616.147.3-00764-089.81

Паламарчук В.І., Ходос В.А.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ХІРУРГІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

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

У статті наведені дані про сучасні інноваційні технології, які застосовуються в хірургічному лікуванні варикозної хвороби, відображені можливості та недоліки різних малоінвазивних методів, тим самим показана необхідність їх подальшого вивчення та удосконалення.

Ключові слова: варикозна хвороба, амбулаторна флебохірургія.

Вступ

Варикозна хвороба є одним з найпоширеніших захворювань судинної системи. За оцінками різних фахівців в індустріально розвинених країнах світу вона зустрічається у 15-25% працездатного населення [49,60].

Під терміном «амбулаторна хірургія» слід розуміти проведення операції в умовах спеціалізованої операційної з ранньою випискою пацієнта в день операції [34,63]. Амбулаторна хірургія варикозної хвороби відрізняється своєю специфікою в плані різноманіття і широких можливостей сучасних малоінвазивних лікувальних і діагностичних технологій, а також перспективою свого подальшого розвитку [1,7,36,46].

Кріостріппінг

До сучасних технологій, що застосовуються в амбулаторній хірургії варикозної хвороби, відноситься кріостріппінг, суть якого полягає в холодовій фіксації (примержанні) стінки вени до наконечника зонда, охолодженого до температури мінус 85 ° С [68]. Кріозонд вводиться через розріз для кроссектомії в велику або малу підшкірну вену (ВПВ/МПВ) і проводиться дистально до межі розповсюдження рефлюксу. В цьому місці і відбувається примержання зонда до стінки судини, після чого оперуючий хірург різким рухом відриває вену. Кровотечі з дистального кінця практично не буває внаслідок виникаючого холодового спазму [15].

Крім цього, кровотечі практично не буває і в рановому каналі, за рахунок того ж спазму.

Недоліком даного методу є виникнення неврологічних ускладнень у зв'язку з пошкодженням прилеглих гілок чутливих нервів, частота котрих після кріостріппінга не відрізняється від такої після стандартної флебектомії [61,66]. Ступінь травми, що виникає при тракції вени, збільшується ще й за рахунок холодового впливу на паравазальні структури [30]. При виражених трофічних розладах ця методика призводить до пошкодження шкірних покривів і, перш за все, шляхів лімфовідтоку [30].

Гемодинамічні операції

Прагнення зберегти стовбур ВПВ і зменшити операційну травму призвело до появи гемодинамічних операцій [57]. Одна з них методика CHIVA (Conservative Hemodynamic Insufficiency Venous Ambulatory), запропонована С. Francheschi в 1988 році. Суть оперативного втручання полягає в усуненні тільки вено-венозних рефлюксів (кроссектомія, дисекція перфорантних вен) і видаленні варикозно-розширених приток, зберігаючи стовбур ВПВ [43, 69]. Джерела рефлюксу виявляються за допомогою ультразвукового дуплексного ангіосканування. Методика характеризується мінімальною операційною травмою і високими косметичними результатами [57, 74, 84]. У той же час у 18-35% хворих після застосування методу CHIVA розвивається рецидив захворювання зумо-

Реферат

ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ КОРДОВОЇ КРОВІ В ЛІКУВАННІ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК, ЗУМОВЛЕНИХ ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Лупальцов В.І., Дехтярук І.А., Фомінов А.А.

Ключові слова: хронічна венозна недостатність, трофічна виразка, кордова кров.

Проведено аналіз лікування 40 хворих з трофічними виразками нижніх кінцівок, зумовлених хронічною венозною недостатністю. В комплекс лікування основної групи (20 хворих) включали аплікації кордової крові на виразкові дефекти. Контрольну групу створили з 20 хворих, яких лікували традиційними методами. Швидкість зменшення площі виразкового дефекту у хворих основної групи становила 8 - 11% на добу, в контрольній групі - 3 - 4% на добу. Повне загоєння трофічних виразок у хворих з хронічною венозною недостатністю в основній групі спостерігалось у 13 (65,0%) хворих. Середні терміни лікування в стаціонарі становили 21,4 доби. У хворих контрольної групи повне загоєння трофічних виразок спостерігалось лише у 7 (30,0%) хворих. Середні терміни лікування в стаціонарі в цій групі складали 34,5 доби.

Summary

PROSPECTS FOR APPLICATION OF CORD BLOOD IN TREATMENT OF LOWER EXTREMITY TROPHIC ULCERS CAUSED BY VENOUS INSUFFICIENCY

Lupaltsov V.I., Dekhtyaruk I.A., Fominov A.A.

Keywords: chronic venous insufficiency, trophic ulcer, cord blood.

The study is based on the analysis of the treatment of 40 patients with trophic ulcers of the lower extremities caused by chronic venous insufficiency. The treatment regimen for the basic group (n=20) included the cord blood applications. The control group (20 patients) was treated by conventional methods. The rate of reduction of ulceration area decreased on 8-11% per day in the basic group and on 3-4% in the control group. Complete healing of the trophic ulcers was reported in 13 (65,0%) patients of the basic group. The average hospital stay for them was 21,4 days. In the control group there were 7 (30,0%) patients with total reparation of the ulcer defect and average hospital staying period was 34,5 days.

УДК 616.147.3-00764-089.81

Паламарчук В.І., Ходос В.А.

ІННОВАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В АМБУЛАТОРНІЙ ХІРУРГІЇ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

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

У статті наведені дані про сучасні інноваційні технології, які застосовуються в хірургічному лікуванні варикозної хвороби, відображені можливості та недоліки різних малоінвазивних методів, тим самим показана необхідність їх подальшого вивчення та удосконалення.

Ключові слова: варикозна хвороба, амбулаторна флебохірургія.

Вступ

Варикозна хвороба є одним з найпоширеніших захворювань судинної системи. За оцінками різних фахівців в індустріально розвинених країнах світу вона зустрічається у 15-25% працездатного населення [49,60].

Під терміном «амбулаторна хірургія» слід розуміти проведення операції в умовах спеціалізованої операційної з ранньою випискою пацієнта в день операції [34,63]. Амбулаторна хірургія варикозної хвороби відрізняється своєю специфікою в плані різноманіття і широких можливостей сучасних малоінвазивних лікувальних і діагностичних технологій, а також перспективою свого подальшого розвитку [1,7,36,46].

Кріостріппінг

До сучасних технологій, що застосовуються в амбулаторній хірургії варикозної хвороби, відноситься кріостріппінг, суть якого полягає в холодовій фіксації (примержанні) стінки вени до наконечника зонда, охолодженого до температури мінус 85 ° С [68]. Кріозонд вводиться через розріз для кроссектомії в велику або малу підшкірну вену (ВПВ/МПВ) і проводиться дистально до межі розповсюдження рефлюксу. В цьому місці і відбувається примержання зонда до стінки судини, після чого оперуючий хірург різким рухом відриває вену. Кровотечі з дистального кінця практично не буває внаслідок виникаючого холодового спазму [15].

Крім цього, кровотечі практично не буває і в рановому каналі, за рахунок того ж спазму.

Недоліком даного методу є виникнення неврологічних ускладнень у зв'язку з пошкодженням прилеглих гілок чутливих нервів, частота котрих після кріостріппінга не відрізняється від такої після стандартної флебектомії [61,66]. Ступінь травми, що виникає при тракції вени, збільшується ще й за рахунок холодового впливу на паравазальні структури [30]. При виражених трофічних розладах ця методика призводить до пошкодження шкірних покривів і, перш за все, шляхів лімфовідтоку [30].

Гемодинамічні операції

Прагнення зберегти стовбур ВПВ і зменшити операційну травму призвело до появи гемодинамічних операцій [57]. Одна з них методика CHIVA (Conservative Hemodynamic Insufficiency Venous Ambulatory), запропонована С. Francheschi в 1988 році. Суть оперативного втручання полягає в усуненні тільки вено-венозних рефлюксів (кроссектомія, дисекція перфорантних вен) і видаленні варикозно-розширених приток, зберігаючи стовбур ВПВ [43, 69]. Джерела рефлюксу виявляються за допомогою ультразвукового дуплексного ангіосканування. Методика характеризується мінімальною операційною травмою і високими косметичними результатами [57, 74, 84]. У той же час у 18-35% хворих після застосування методу CHIVA розвивається рецидив захворювання зумо-

влений наявністю рефлюксу в ВПВ і залученням у процес раніше не змінених приток [41].

Іншим варіантом гемодинамічного лікування варикозної хвороби є методика OCRAM (Operation Corrective Reflux Ambulatory Miniincisions), запропонована А. Nasі в 1995 році. Від методу CHIVA дана методика відрізняється тим, що виконується не кроссектомія а екстравазальна корекція гирла ВПВ фрагментом фасції стегна або іншим синтетичним матеріалом. Сам же стовбур ВПВ перев'язується нижче перфорантної вени Гунтера, що забезпечує перфузію ВПВ з метою профілактики виникнення в збереженому стовбурі тромбофлебіту. Гемодинамічні методи лікування не супроводжуються значною травматизацією паравазальних структур, однак залишений неспроможний стовбур ВПВ сприяє розвитку венозного стазу і протягом 3 років після операції за цими методиками рецидив захворювання зустрічається практично в 100% випадків [40, 47]. У силу великої кількості рецидивів дані операції в теперішній час мають малу кількість прихильників.

Мініфлебектомія за Мюллером

В останні роки видалення варикозно розширених приток ВПВ/МПВ проводиться шляхом амбулаторної мініфлебектомії, вперше розробленої R. Muller у 1956 році [58]. У зв'язку з цим класична операція Нарата в даний час втрачає своє значення. Рядом авторів методика визнана ефективною, малотравматичною і висококосметичною операцією [11, 44, 45, 50]. У той же час, незважаючи на малу травматичність, після виконання методики спостерігається незначна кількість таких ускладнень, як короткочасна лимфорей, транзиторні парестезії, гематоми в області видаленої вени [44, 45].

Трансілюмінаційна флебектомія

Високотехнологічним методом видалення варикозно змінених приток магістральних підшкірних вен є трансілюмінаційна флебектомія (ТІФЕ) системою Trivex. [78]. Суть методу полягає в тому, що шляхом трансілюмінації забезпечується візуалізація вен, а їх видалення на тлі підравлічної препаровки тканин здійснюється обертовим флєборезектором, вмонтованим в 3-міліметровий троакар [21,35]. Показанням до застосування ТІФЕ системою Trivex вважається наявність варикозної трансформації приток на стегні і гомілці. Виконання ТІФЕ системою Trivex передувє кроссектомія і дисекція ПВ. До переваг ТІФЕ системою Trivex слід віднести: візуальний контроль самого процесу фрагментарного видалення вени; мінімізація кількості та довжини мікроінцізій; можливість виконання процедури під тумесцентною анестезією [17, 64, 78].

У той же час, за даними різних авторів виконання даної методики призводить до виникнення екхімозів і гематом у 4,9% - 95% випадків, парестезій - 9,5% - 39%, перфорації шкіри - 1,2% - 5%, поверхневих флєбітів - 2,4% - 13%, набряків 5% - 17,5%, гіперпигментації 1,2% - 3,3%, а рецидив захворювання, викликаний залишеними фрагментами вен після проведеного втручання, зафіксований в 9,1% - 21,2% спостережень [77].

Застосування методу обмежено у хворих з декомпенсованою формою ХВН у зв'язку з можливим розвитком та довгостроковим збереженням набряку кінцівок після операції, зумовленим інтраопераційним введенням значного обсягу розчинів в підшкірну клітковину [22]. Крім того, при наявності трофічних розладів, втручання буде супроводжуватися значною травматизацією підшкірної клітковини і субдермального

шару по ходу вени, що видаляється [22]. Широкому впровадженню цього методу перешкоджає дорожнеча комплексу апаратури та її одноразової видаєткової частини [22].

Субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен

Сучасною альтернативою операції Лінтонє субфасціальна ендоскопічна дисекція перфорантних вен (СЕДПВ). Особливість операції полягає у використанні ендоскопічної технології, що дозволяє виконати дистанційне втручання на ПВ з доступу, що знаходиться далеко від трофічних розладів, в межах незмінених тканин [24, 54]. Переваги СЕДПВ над класичною СДПВ за методом Лінтонє полягають у зменшенні травматичності втручання, збереженні цілісності фасціального футляра гомілки, зменшенні кількості післяопераційних ускладнень, зменшенні больового синдрому в післяопераційному періоді, прискоренні ліквідації набряку кінцівки, скороченні термінів лікування, поліпшенні косметичного ефекту [3, 13, 65, 82].

За рахунок розташування доступу в зоні незмінених тканин, кількість гнійно-некротичних ускладнень вдалося знизити з 53% при класичній операції Лінтонє до 2,4% при СЕДПВ [13, 62].

Застосування методики СЕДПВ (SEPS) в поєднанні або без флєбектомії поверхневих підшкірних вен дозволило досягти загосення виразок у 88% з 1140 кінцівок з рецидивом 13% у строки спостереження 21 місяць [79].

В.В. Інжеватов (2005) наводить дані про виконання СЕДПВ 32 хворим в амбулаторних умовах. Ніяких ранніх післяопераційних ускладнень, які викликали необхідність повторної госпіталізації, автор не зазначає.

На можливість застосування СЕДПВ в амбулаторних умовах вказують і інші автори [2].

Спроби знайти заміну видалення великої і малої підшкірних вен у зв'язку з травматичністю і великою кількістю ускладнень після операції Бебкокка призвели до впровадження нових малоінвазивних технологій, таких як ендовазальних лазерна облітерація (ЕВЛО), радіочастотна облітерація (РЧО), катетерна інтраопераційна склеротерапія (ІОСТ).

Ендовазальна лазерна облітерація

Метод ЕВЛО був розроблений в 1999 р. і увійшов в практику в 2000 р. [70,73,75]. Останні дослідження *in vitro* і *ex vivo* показали, що вплив лазерного випромінювання на венозний комплекс реалізується не через бульбашки пари, як це вважалося раніше, а складається з декількох складових: прямий вплив лазерного випромінювання, вплив пари крові, вплив розігрітої вище 1000°C робочої частини світловода. З них основним компонентом є прямий вплив лазерного випромінювання на стінку вени [31]. При цьому відбувається пряме пошкодження ендотелію і коагуляція білків в субендотеліальних шарах з подальшим виникненням асептичної тромботичної оклюзії вени. Надалі, відбувається процес організації тромбу. Тромб, закриває просвіт вени, заміщається сполучною тканиною і через рік після ЕВЛО вена набуває вигляду сполучнотканинного тяжа [8,31,59].

Згідно з даними порівняльного дослідження Л.М.Чернухи, В.П.Шапринського (2012р.) встановлено, що післяопераційний період протікає легше і швидше за рахунок зменшення кількості побічних дій і ускладнень при використанні ЕВЛК з довжиною хвилі 1460 нм у порівнянні з ЕВЛК з довжиною хвилі 940 нм.

Рядом переваг, у порівнянні з торцевими світло-

водами, володіють нові світловоди з радіальної емісією [18,19]. Застосування радіальних світловодів збільшує площу лазерного випромінювання і зменшує розігрів кінчика світловода. Кругова пляма випромінювання зменшує ризик ускладнень і діє в основному на венозну стінку. Больові відчуття після ЕВЛО такими світловодами мінімальні [18,21].

Метод ЕВЛО створювався для лікування варикозної хвороби безопераційним способом і рядом авторів розглядається як альтернатива кроссектомії і зондового видалення вени по Бебкокку [70, 75, 80].

Автори, які застосовували «класичну» антеградну ЕВЛО, відзначають досягнення повної оклюзії облітерированих ВПВ/МПВ у 93,3% - 100% випадків [18,19, 27,38].

У той же час інші автори негативно сприймають можливість відмови від кроссектомії при проведенні ЕВЛО, оскільки вважають кроссектомію одним з факторів профілактики рецидиву захворювання і запобігання тромбоемболічних ускладнень. [11, 32].

Третя група авторів щодо кроссектомії дотримується диференційованого підходу, визначаючи тактику в залежності від діаметру стовбурової вени. Частина авторів при екстазії ВПВ до 15мм виконували ЕВЛО без упереджуючої кроссектомії [14,19]. При діаметрі судини більш 15мм ЕВЛО проводили в складі кроссектомії [18].

За даними Л.М. Чорнухи і співавт. (2012р) максимально допустимим діаметром стовбура при виконанні ЕВЛА є 9мм. Показанням до ретроградної ЕВЛО і кроссектомії було також наявність аневризми гирла ВПВ, латеральної додаткової вени [27].

Характерним ускладненням для ЕВЛО є опіки в проекції коагульованих вен, що виникають у 0,9%-3,4% випадків у наслідок близького розташування або щільної фіксації зі шкірою коагульованої судини [16,22].

У дослідженні О.Н. Гужкова (2008р.) відзначено виникнення реканалізації кукси термінального відділу стовбура коагульованої сафени, яка спостерігалася у 31 (5,7%) з 544 пацієнтів.

До рідкісних ускладнень ЕВЛО (0,15%) відносяться венозні тромбози [8].

Радіочастотна облітерація

Механізм РЧО або (VNUS Closure Vein Treatment System) заснований на впливі на стінку вени енергії радіочастотного випромінювання, яка продукується генератором і подається до катетерного електроду [71]. У зоні теплового впливу на стінку вени виникає температура близько 85 ° С. При використанні нового катетера Closure Fast в просвіті судини створюється температура до 110 ° С, що викликає контракцію вени. Результатом цього є тромботична оклюзія венозної судини з наступною фіброзною трансформацією вени.

Опубліковані результати показують, що в терміни до 10 років після проведення РЧО повна оклюзія вен зберігається у 90 - 100% пацієнтів [5, 29, 67].

Можливості РЧО дозволяють її використовувати в амбулаторних умовах і розглядати як альтернативу традиційному хірургічному лікуванню варикозної хвороби [67, 83].

До ускладнень РЧО відносяться тромбофлебії поверхневих вен, опіки шкіри при поверхневому розташуванні стовбура [55, 67].

Технічним обмеженням для проведення РЧО є відсутність прямого ходу магістрального стовбура і наявність аневризми пригирлового відділу ВПВ [5].

Істотним недоліком цієї методики є вартість катетера з електродом одноразового використання (близько 700 доларів США), що різко обмежує її застосування у більшості хворих.

Катетерна інтраопераційна склеротерапія

Суть флебосклерооблітерації полягає в провокуванні асептичного запалення стінки вени і її рубцевого переродження внаслідок введення в просвіт судини спеціальних склерозувальних засобів [37,56]. При досягненні ефекту вена облітерується, перетворюється в тонкий тяж і у більшості хворих розсмоктується. Відбувається свого роду «безкровна флектомія», яка дозволяє досягти радикальності лікування, притаманного оперативному втручанню [26].

Існує два основних способи введення склерозувальних препаратів - шляхом ін'єкції шприцом і з використанням катетера. У відповідності з цим техніка склерооблітерації може бути пункційною або катетерною.

Катетерне введення склерозанту проводиться в стовбури великої і малої підшкірних вен (ВПВ/МПВ) з метою усунення вертикального рефлексу [11,39]. Відомий ряд модифікацій катетерної склерооблітерації. Так, катетерізація ВПВ і МПВ під час операції кроссектомії з подальшим введенням в їх просвіт через катетери склерозувальної речовини отримало назву катетерної інтраопераційної склеротерапії (ІОСТ) [4,9,11, 20].

Застосування СМП в значній мірі підвищує ефективність і безпеку лікування в порівнянні з рідинною склеротерапією [12]. Високий склерозувальний ефект мікропінної форми склерозанту, у порівнянні з рідиною дозволив її використовувати для стовбурової ехо-склерооблітерації без попередньої кроссектомії [42, 53]. Використання методики ехо-foam-склерооблітерації у 39 хворих для усунення сафено-стегового рефлюксу призвело до її ефективності у 90% випадків [6]. Метод заслужив визнання серед флебологів різних країн світу [39, 33, 42,76].

Найбільш частою побічною дією після склеротерапії є гіперпигментація, що зустрічається приблизно у 10-80% пацієнтів [52]. Частота виникнення гіперпигментації пов'язана з концентрацією, типом склерозувальної речовини і діаметром вени [52]. Спроби лікування гіперпигментації різними засобами виявилися мало-ефективними [52, 81].

Шкірний некроз, виразки шкіри можуть виникати при паравазальному введенні склерозанту. У цих випадках створюються умови для розвитку гіпоксії і некрозу [51,85].

Таким чином, завдяки технічному прогресу останніх двох десятиліть розроблено нові технології лікування варикозної хвороби, які у порівнянні зі стандартними методами лікування є малотравматичними, високо косметичними без шкоди радикальності лікування. Застосування сучасних інноваційних технологій дозволяє зменшити обсяг операції і в більшості випадків дає можливість виконувати оперативне втручання амбулаторно. Операції, що виконуються із застосуванням малоінвазивних технологій, не супроводжуються тривалою непрацездатністю, відповідають естетичним вимогам пацієнтів. Однак наявні в літературі відомості про застосування цих методів у лікуванні даного захворювання не в повній мірі відображають їх місце в амбулаторній хірургії варикозної хвороби. Не встановлені чіткі показання та протипоказання до їх застосування, не до кінця вивченим залишається питання які методи необхідно комбінувати

один з одним, не уточнений обсяг і методики втручання в залежності від анатомічних форм і характеру гемодинамічних розладів, тривають дискусії про переваги тієї чи іншої методики в хірургічному лікуванні варикозної хвороби.

Література

- Алекперова Т.В. История возникновения и становления амбулаторной хирургии / Т.В. Алекперова, А.И. Кириенко // Амбулаторная хирургия. - 2001. - №2. - С. 5-9.
- Алукханян О.А. Роль эндоскопической перевязки перфорантных вен при лечении хронической венозной недостаточности в условиях центра хирургии одного дня / Алукханян О.А., Мартиросян Х.Г., Аристов Д.С., Святенко И.В. // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2003. - Т.9.-№2. - С.62-64.
- Аскеров Н.Г. Сравнительный анализ хирургической коррекции горизонтального венозного рефлюкса у больных с обширными трофическими язвами голени / Н.Г. Аскеров, А.О. Жуков, В.Н. Малина // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2009. - №10. - С.29-32.
- Аскерханов Г.Р. Катетерная баллонная склерооблитерация - новый метод склерохирургического лечения варикозной болезни вен нижних конечностей / Г.Р. Аскерханов, М.А.Казакмурзаев, С.Г. Адильханов, Р.М. Рохоева // Ангиология и сосуд. хирургия. - 2005. - №1. - С. 85-91.
- Беленцов С.М. Радиочастотная абляция магистральных стволов подкожных вен: опыт 550 вмешательств / С.М. Беленцов, Б.А. Веселов, С.Е. Макаров, С.А. Чукин, М.В. Эктова // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т. 6. - № 2. - С.85-86.
- Богачев В.Ю. Флебосклерозирующее лечение варикозной болезни вен нижних конечностей с использованием техники «foam-foam» / В.Ю. Богачев, И. А. Золотухин, А.Ю. Брюшков, О.В. Журавлева // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2003. - Т.9, №2. - С. 81-85.
- Гервазиев В.Б. Методы скрытого выключения перфорантных и варикознорасширенных вен нижних конечностей при хронической венозной недостаточности (сообщение 1) / В.Б. Гервазиев // Хирургия. - 1999. - №4. - С. 52-55.
- Гужков О. Н. Эндовазальная лазерная коагуляция в комплексном лечении больных с варикозной болезнью вен нижних конечностей : / Дисс. ... д-ра мед. наук - Я., 2008 г. - 315 с.
- Градусов Е.Г. Склерохирургия в амбулаторном лечении варикозной болезни / Е.Г. Градусов, Г.Д. Константинова, А.Б. Белюсов // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т. 6, № 2. - С.64-65.
- Инжеватов В.В. Возможности эндоскопической хирургии в поликлинических условиях : Дис. ... к. мед. наук. - М., 2005. - 148 с.
- Константинова Г.Д. Практикум по лечению варикозной болезни / Константинова Г.Д. - М. : Профиль. - 2006. - 191 с.
- Константинова Г.Д. Сравнительный анализ использования флебосклерозирующих препаратов в виде раствора или микропены для стволковой склерооблитерации у больных варикозной болезнью / Г.Д. Константинова, Е.Д. Донская // Материалы XIII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2010. - Т. 4. - № 2. - С.83-84.
- Кунгурцев В.В. Роль эндоскопической диссекции перфорантных вен у больных с хронической венозной недостаточностью в стадии трофических расстройств / В.В. Кунгурцев, В.Р. Чиж, И.М. Гольдина // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2000. - Т.6, №4. - С. 42-46.
- Кульчиев А.А. Место эндовенозной лазерной коагуляции в лечении варикозной болезни вен нижних конечностей в амбулаторно-поликлинических условиях / А.А. Кульчиев, Т.М. Демуров, Б.И. Джиоев // Амбулаторная хирургия. - 2008. - Т. 29, №1. - С.45-46.
- Лаберко Л.А. Сравнительный анализ результатов применения криостриппинга и сафенэктомии по Бебкокку при варикозной болезни / Л.А. Лаберко, И.В. Счастливцев, К.В. Лобастов // Материалы VIII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2010. - Т. 4, № 2. - С.101.
- Максимов С.В. Эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) в амбулаторном лечении варикозной болезни / С.В. Максимов, В. Сорокин // Материалы VIII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2010. - Т. 4, № 2. - С.91.
- Назаренко Г.И. Трансиллюминационная флебэктомия в лечении варикозной болезни нижних конечностей / Г.И. Назаренко, В.В. Кунгурцев, В.И. Сидоренко [и др.] // Материалы VIII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2010. - Т. 4, № 2. - С.99.
- Османов Э.Г. Пути оптимизации результатов эндовазальной лазерной коагуляции - наш опыт / Э.Г. Османов, А.М. Шулутко, Г.Ю. Анчиков, [и др.] // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т.6, № 2. - С. 81-82.
- Париков М.А. Эндовазальная лазерная абляция при варикозной болезни: сравнение радиальных световодов / М.А. Париков, И.М. Калитко, У.Р. Долидзе [и др.] // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т.6, № 2. - С. 84-85.
- Савельев В.С. Склерохирургия варикозной болезни / В.С. Савельев, А.И. Кириенко, В.Ю. Богачев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. - 1999. - №1. - С.22-25.
- Славин Д.А. Трансиллюминационная шейверная флебэктомия / Д.А. Славин, А.Н. Чугунов, Л.Р. Баширова [и др.] // Материалы VIII научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2010. - Т. 4, № 2. - С.95.
- Соколов А.Л. Трансиллюминационной флебэктомии в мининвазивной хирургии варикозного расширения вен / А.Л. Соколов, Ю.М. Стойко, К.В. Лядов, Н.А. Ермаков // Хирургия. Журнал им. Н.И.Пирогова. - 2006. - №2. - С.26-31.
- Славин Д.А. Оценка послеоперационного периода эндовенозной лазерной облитерации (ЭВЛО) с длиной волны 1470 нм и автоматической тракцией с разными типами световодов / Д.А. Славин, М.А. Париков, И.М. Калитко, Ж.И. Кузнецова // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т. 6, № 2. - С. 80-81.
- Старков Ю. Г. Методика и техника эндоскопической субфасциальной диссекции перфорантных вен голени / Ю. Г. Старков К. В. Шишин М. И. Выборный Н. Г. Аскеров // Эндоскопическая хирургия. - 2010. - №6. - С.21-26.
- Соколов А.Л. Термическая облитерация вен в амбулаторной флебологии / А.Л. Соколов, М.М. Луценко, К.В. Лядов // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т.6, № 2. - С. 88.
- Феган Д. Варикозная болезнь. Компрессионная склеротерапия / Феган Д. - М. : Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1997. - 93 с.
- Чернуха Л.М. Эндовазальная лазерная коагуляция и рутинная флебэктомия в лечении варикозной болезни нижних конечностей / Л.М. Чернуха, А.А. Гуч, О.А. Боброва // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т. 6, № 2. - С. 68.
- Чернуха Л.М. ЭВЛК в лечении варикозной болезни нижних конечностей, нас колько значима длина волны / Л.М. Чернуха, В.В. Шапринский // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т.6, № 2. - С. 77-78.
- Шайдаков Е.В. Возможности применения радиочастотной облитерации (РЧО) в ликвидации рефлюкса в разных венозных бассейнах при декомпенсированных формах варикозной болезни / Е.В. Шайдаков, А.В. Петухов, Е.А. Илюхин, О.И. Царев // Материалы IX научно-практической конференции Ассоциации флебологов России. - Флебология. - 2012. - Т. 6, № 2. - С.78.
- Шевченко Ю.Л. Основы клинической флебологии / Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, М.И. Лыткина. - М. : Медицина, 2005. - 312 с.
- Шевченко Ю.Л. Механизм эндовенозной лазерной облитерации: новый взгляд / Ю.Л. Шевченко, Ю.М. Стойко, К.В. Мазайшвили, Т.В. Хлевцова // Флебология. - 2011. - №1. - С. 46-50.
- Шиманко А.И. Применение лазера во флебологической практике / А.И. Шиманко, М.Д. Дибиров, А.Ю. Васильев, А.С. Волков // Труды V конференции ассоциации флебологов России. - 2004. - С.348-349.
- Alos J. Efficacy and safety of sclerotherapy using Polidocanol foam: a controlled clinical trial / J. Alos, P. Carreno, J.A. Lopez [et al.] // Eur. J. Vase Endovasc. Surg. - 2006. - V.31. - P. 101-107.
- Ambulatory (day) surgery: Suggested international terminology and definitions. - Paris, 2003. - 72 p.
- Arumugasamy M. The technique of transilluminated powered phlebectomy: A novel minimally invasive system for varicose vein surgery / M. Arumugasamy, G. McGreal, A. O'Connor [et al.] // Eur J Vasc Endovasc Surg. - 2002. - V.23. - P.180-182.
- Baccaglini U. Outpatient surgery of varices of the lower limbs: experience of 2568 cases at four universities / U. Baccaglini, G. Spreafico, P. Sorrentino [et al.] // J. Int. Angiol. - 1995. - №14. - P.397-399.
- Bergan J. The Vein Book / Bergan J. - Elsevier Academic Press, 2007. - 617 c.
- Brar R. Surgical management of varicose veins: meta-analysis / R. Brar, I.M. Nordon, R.J. Hinchliffe [et al.] // Vascular. - 2010. - V.18(4). - P.205-220.
- Breu F.K. 2nd European consensus meeting on foam sclerotherapy 2006, Tegernsee, Germany / F.K. Breu, S. Guggenbichler, J.C. Wollmann // Vasa. - 2008. - V.71. - P.3-29.
- Capelli M. Ambulatory conservative hemodynamic management of varicose veins: critical analysis of results at 3 years / M. Capelli, R.L. Molino, S. Ermini [et al.] // Ann. Vasc. Surg. - 2000. - №14. - P.376-384.
- Carandina S. Varicose vein stripping vs haemodynamic correction (CHIVA): a long term randomised trial / S. Carandina, C. Mari, M. De Palma [et al.] // Eur J Vasc Endovasc Surg. - 2008. - V.35(2). - P.230-237.

42. Ceulen R.P. Outcomes and side effects of duplex-guided sclerotherapy in the treatment of great saphenous veins with 1% versus 3% Polidocanol form: results of randomised controlled trial with 1-year follow-up / R.P. Ceulen, Y.I. Bullens-Coessens, S.J. Pi-Van de Venne [et al.] // *Dermatol Surg.* – 2007. – V.33. – P.281.
43. Criado E. Conservative hemodyna Carandina mic surgery for varicose veins / E. Criado, Lujan, L. Izquierdo [et al.] // *Semin Vasc Surg.* – 2002. – V.15. – P. 27-33.
44. De Roos K.P. Traumatik neuroma a rare complication following Muller's phlebectomy / K.P. De Roos, H.A.M. Neumann // *J Dermatol Surg Oncol.* – 1994. – V.20. – P. 681-682.
45. Dortu J.A. Complications de la phlébectomie ambulatoire / J.A. Dortu, J. Dortu // *Phlebology Digest.* – 1995. – V.3. – P. 4-9.
46. Enzler M.A. A New Gold Standard for Varicose Vein Treatment? / M.A. Enzler, R.R. van den Bos // *Eur J Vase Endovasc Surg.* – 2010. – V.39. – P. 97-99.
47. Escribano J.M. Durability of reflux-elimination by a Minimal Invasive CHIVA Procedure on patients with varicose veins. A 3-year prospective case study / J.M. Escribano, J. Juan, R. Bofill [et al.] // *Eur. J. Vase Endovasc. Surg.* – 2003. – V.25. – P.159-163.
48. Francheschi C. La cure CHIVA / C. Francheschi, A. Franco // *Phlebologie.* – 1989. – V.42. – P.567-568.
49. Głowiczki P. Мета-анализ проспективных рандомизированных исследований, посвященных применению детралекса при венозных язвах нижних конечностей / P. Głowiczki // *Флебологическая.* – 2004. – № 22. – С. 18-19.
50. Gilliet F. Die Ambulante Phlebectomie / F. Gilliet // *Schw Rundschau Me (Praxis).* – 1980. – V. 69. – P. 1398-1404.
51. Goldman M.P. Cutaneous necrosis, telangiectatic matting, and hyperpigmentation following sclerotherapy. Etiology, prevention, and treatment / M.P. Goldman, N.S. Sadick, R.A. Weiss // *Dermatol. Surg.* – 1995. – V. 21. – P. 19-29.
52. Goldman M.P. Sclerotherapy. Treatment of varicose and telangiectatic leg veins / M.P. Goldman // *Mosby-Year Book, Inc.* – 1995. – 520 p.
53. Hamel-Desnos C. Evaluation of efficacy of Polidocanol in the form compared with liquid form in sclerotherapy of the long saphenous vein: initial results / C. Hamel-Desnos, P. Desnos, J.C. Wollmann [et al.] // *Dermatol Surg.* – 2003. – V. 2. – P.1170-1175.
54. Hauer G. Development of endoscopic dissection of perforating veins and fasciotomy for treatment of chronic venous insufficiency / G. Hauer, J. Bergan, A. Werner [et al.] // *Ann. Vasc. Surg.* – 1999. – V. 13. – P. 357-364.
55. Hingorani A.P. Deep venous thrombosis after radiofrequency ablation of greater saphenous vein: a word of caution / A.P. Hingorani, E. Ascher, N. Markevich [et al.] // *J Vasc Surg.* – 2004. – V. 40(3). – P. 500-504.
56. Janbon C.H. Historical aspects of varicose vein treatment / C.H. Janbon, J.C. Laborde, J. Quere // *Scope on phlebology and lymphology.* – 1995. – V.2. – P. 4-6.
57. Juan J. Haemodynamic surgery for varicose veins: surgical Strategy / J. Juan, J.M. Escribano, E. Criado, J. Fontcuberta // *Phlebology.* – 2005. – V.20. – P. 2-13.
58. Kabnick L.S. Phlebectomy. In: Głowiczki P, editor. Handbook of venous disorders: guidelines of the American Venous Forum. 3rd ed. / Kabnick L.S. – London : Hodder Arnold, 2009. – P. 429-438.
59. Kaspar S. Standardisation of parameters during endovenous laser therapy of truncal varicose veins - experimental ex-vivo study / S. Kaspar, J. Siller, Z. Cervinkova, T. Danex // *Eur. J. Vase. Endovasc. Surg.* – 2007. – V.34(3). – P.224-228.
60. Kistner R. Deep venous valve reconstruction / R. Kistner, B. Eklof, E. Masuda // *Cardiovasc. Surgery.* – 1995. – V. 3(2) - P. 129-140.
61. Klem T.M. A randomized trial of cryo stripping versus conventional stripping of the great saphenous vein / T.M. Klem, J.M. Schnater, P.R. Schütte, [et al.] // *J Vasc Surg.* – 2009. – V.49(2). –P. 403-409.
62. Lafrati M.D. Subfascial endoscopic perforator ligation: an analysis of early clinical outcomes and cost / M.D. Lafrati, H.J., Welch, T.F. O'Donnell // *J. Vase. Surg.* – 1997. – V. 25(6). – P. 995-1001.
63. Lemos P. Patient outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. In: Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds) / P. Lemos and A. Regalado // *Day surgery – development and practice.* London: International Association for Ambulatory Surgery. – 2006. – P. 257-280.
64. Luebke T. Meta-analysis of transilluminated powered phlebectomy for superficial varicosities / T. Luebke, J. Brunkwall // *J Cardiovasc Surg.* – 2008. – V. 49. – P. 757-764.
65. Luebke T. Meta-analysis of subfascial endoscopic perforator vein surgery (SEPS) for chronic venous insufficiency / T. Luebke, J. Brunkwall // *Phlebology.* – 2009. – V.24. – P. 8-16.
66. Menyhei G. Conventional stripping versus cryostripping: a prospective randomised trial to compare improvement in quality of life and complications / G. Menyhei, Z.Gyevnar, E. Arato [et al.] // *Eur J Vasc Endovasc Surg.* – 2008. – V.35(2). – P. 218-223.
67. Merchant R.F. Four-year follow-up on endovascular radiofrequency obliteration of great saphenous reflux / R.F. Merchant, O. Pichot, K.A. Myers // *Dermatol Surg.* – 2005. – V.31(2). – P. 129-134.
68. Milleret R. Mon experience de la cryochirurgie des varices / R. Milleret // *Phlebologie.* – 1989. – V.4. – P. 573 - 575.
69. Mowatt-Larssen E. CHIVA / E. Mowatt-Larssen, C. Shortell // *Semin Vasc Surg.* – 2010. – V.23. – P. 118-122.
70. Min R.J. Endovenous laser treatment of saphenous vein reflux / R.J. Min, N.M. Khilnani // *J. Vasc. Intervent. Radiol.* – 2003. – V.14(3). – P.125-131.
71. Mulken P.J.M. Treatment of superficial refluxing veins with the VNUS closure vein treatment system / P.J.M. Mulken, E. Rabe, F. Pannier-Fisher // *Abstracts of European Congress of the UIP.* – Bremen. – 1999. – №1. – P.40.
72. Nasi A. O.C.R.A.M. : Operacion correctiva de reflujo ambulatoria por una mini-incision (corrective operation of ambulatory reflux by a micro-incision): Union Internationale de Phlebologie. XII World Congress, London / A. Nasi // *Phlebologie.* – 1995. – V.1. – P. 413-415.
73. Navarro L. Endovenous laser: a new minimally invasive methods of treatment of varicose veins – preliminary observations using an 810 nm diode laser / L. Navarro, R.J. Min, C. Bone // *Dermatol. Surg.* – 2001. – V. 27(2). – P.117-122.
74. Parés J.O. Varicose vein surgery: stripping versus the CHIVA method: a randomized controlled trial / J.O. Parés, J. Juan, R. Tellez [et al.] // *Ann Surg.* – 2010. – V.251. – P. 624-631.
75. Proebstle T.M. Endovenous treatment of the greater saphenous vein with a 940-nm diode laser: Thrombotic occlusion after endoluminal thermal damage by laser-generated steam bubbles / T.M. Proebstle., H.A., Lehr, A. Kargl // *J. Vasc. Surg.* – 2002. – V.35(4). – P.729-736.
76. Rabe E. Efficacy and safety of great saphenous vein sclerotherapy using standardized polidocanol foam (ESAF): a randomised controlled multicentre clinical trial / E. Rabe, J. Otto, D. Schliephake, F. Pannier // *Eur J Vase Endovasc Surg.* – 2008. – V. 35. – P. 238-245.
77. Scavée V. Transilluminated powered phlebectomy: not enough advantages? Review of the literature / V. Scavée // *Eur J Vasc Endovasc Surg.* – 2006. – V.31. – P. 316-319.
78. Spitz G.A. Outpatient varicose vein surgery with transilluminated powered phlebectomy / G.A. Spitz, J.M. Braxton, J.J.Bergan // *Vasc Surg.* – 2000. – V.34. – P. 547-555.
79. Tenbrook J.A. Systematic review of outcomes after surgical management of venous disease incorporating subfascial endoscopic perforator surgery / J.A. Tenbrook, M.D. lafrati, T.F. O'Donnell [et al.] // *J Vasc Surg.* – 2004. – V.39. – P. 583-589.
80. Van den Boss R.R. Tehnical Review of endovenous Laser Therapy for Vari-cose Veins / R.R. van den Boss, M.A. Kockaert, H.A.M. and T. Nijsten // *Eur. J. Vase. Endovasc Surg.* – 2008. – V.35(1). – P. 88-95.
81. Weiss R.A. Incidence of side effects in the treatment of telangiectasias by compression sclerotherapy: hypertonic saline vs. Polidocanol / R.A. Weiss M.A. Weiss // *J Dermatol Surg Oncol.* – 1990. – V.16(9). – P. 800-804.
82. Wiesław P. The place of subfascial endoscopic perforator vein surgery (SEPS) in advanced chronic venous insufficiency treatment / P. Wiesław, K. Waldemar, K. Marek [et al.] // *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques.* – 2011. – V.6 (4). – P. 181-189.
83. Whitely M. Радиочастотная абляция при недостаточности поверхностных и перфорантных вен по методу «Venous Closure» / M. Whitely // *Флебологическая.* – 2004. – №22. – С. 1.
84. Zamboni P. Minimally invasive surgical management of primary venous ulcers vs. compression treatment: a randomized clinical trial / P. Zamboni, C. Cisno, F. Marchetti [et al.] // *Eur J Vasc Endovasc Surg.* – 2003. – V.25. – P. 313-318.
85. Zimmet S.E. The prevention of cutaneous necrosis following extravasation of hypertonic saline and sodium tetracycl sulfate / S.E. Zimmet // *Dermatol Surg Oncol.* – 1993. – V.19. –P. 641-643.

Реферат

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ
Паламарчук В.И., Ходос В.А.

Ключевые слова: варикозная болезнь, амбулаторная флебохирургия.

В статье приведены данные о современных инновационных технологиях, которые применяются в хирургическом лечении варикозной болезни, отражены возможности и недостатки различных малоинвазивных методов, тем самым показана необходимость их дальнейшего изучения и усовершенствования.

Summary

INNOVATIVE TECHNOLOGIES REFERRING OUTPATIENT SURGERY OF LOWER EXTREMITIES VARICOSITY

Palamarchuk V.I., Khodos V.A.

Key words: varicose veins, outpatient phlebosurgery.

The article presents data on the latest innovative technologies used in the surgical treatment of varicose veins as well as reflects the benefits and shortcomings of various minimally invasive techniques, emphasizing the importance of their further studying and improving.

УДК 616.146–005.6:612.15

Русин В.І., Болдіжар П.О., Попович Я.М.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОПЛИНУ ПРИ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ У СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

У роботі наведено аналіз результатів обстеження 7 хворих з гострими глибокими венозними тромбозами у системі нижньої порожнистої вени. Включення в комплекс клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне скенування та доплерографія, рентгеноконтрастна флебографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням) радіоізотопної флебосцинтиграфії дало можливість оцінити функціонального стану колатерального кровоплину при гострих глибоких венозних тромбозах у системі нижньої порожнистої вени.

Ключові слова: гострий глибокий венозний тромбоз, нижня порожниста вена, радіоізотопна флебосцинтиграфія, радіофармпрепарат.

Робота є частиною наукової програми кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» з науково-дослідної роботи «Венозна гіпертензія та її ускладнення» (№ ДР 0112U001548).

Вступ

Частота тромбозів у системі нижньої порожнистої вени у розвинутих країнах складає 1 – 4 на 1000 населення. Вони є серйозною медичною і соціальною проблемою – в США ГВТ і ТЕЛА обумовлюють до 600000 госпіталізацій на рік, щорічно потребуючи на лікування близько 2,4 мільярди доларів [3].

Важливою задачею лікування гострих венозних тромбозів нижніх кінцівок є попередження хронічної венозної недостатності. Венозний тромбоз у 80 – 85% випадків призводить до формування посттромбофлебітичної хвороби і в 45% до хронічної венозної недостатності (ХВН). У розвинутих країнах поширеність трофічних порушень шкіри досягає 3% серед дорослого населення. Загоєння трофічних виразок, що зустрічаються в 0,3 – 1%, особливо рецидивуючих, представляє серйозні труднощі [2].

Лікуванню гострих тромбозів системи нижньої порожнистої вени присвячено велика кількість робіт, що торкаються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних проявів, методів діагностики, показів та протипоказів до різноманітних видів терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними. ТЕЛА як і раніше рахують однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності неухильно зростає.

Прихильники операційного лікування обґрунтовують доцільність тромбектомії з клубово-стегнового сегменту суттєвим покращенням відтоку, навіть при локальному ретромбозі, завдяки включенню нових колатералей [5]. Однак, до цього часу не досліджено параметри кровоплину при гострому тромбозі під час та після його лікування, функціональний стан колатерального кровоплину при гострих венозних тромбозах у системі нижньої порожнистої вени. Для цього необхідно застосування методів, здатних визначити об'ємний кровоплин у кінцівці. На даний час широко застосовують плетизмографію, яка дозволяє лише

опосередковано оцінювати кровоплин при гострому глибокому флеботромбозі [1, 4].

Мета дослідження

Оцінити компенсаторні можливості колатерального венозного кровоплину при гострих венозних тромбозах в системі нижньої порожнистої вени.

Матеріали та методи

В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 7 хворих з гострими ілеофemorальними флеботромбозами, яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2011 – 2012 років. Вік хворих становив від 28 до 68 років, середній вік – $42 \pm 2,2$ роки.

Для 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; «SIM-5000», Радмір; «ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips), мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994) та радіоізотопну флебосцинтиграфію (емісійний комп'ютерний томограф «Тамара» (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ «Оризон» Україна, НІО ЩГК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкрис-Ейч»).

В літературі запропоновано декілька схем венозного відтоку у системі нижньої порожнистої вени, найбільш поширені з них схеми запропоновані М.Д. Злотниковим (1949) та В.С. Савельєв та співавт. (1979). Жодна з існуючих схем не відповідає практичним цілям: або надто громіздка, або не враховує особливостей будови венозного русла і його компенсаторних можливостей.

А.В. Каралкін, А.В. Дубровський (2005) запропону-

Summary

INNOVATIVE TECHNOLOGIES REFERRING OUTPATIENT SURGERY OF LOWER EXTREMITIES VARICOSITY

Palamarchuk V.I., Khodos V.A.

Key words: varicose veins, outpatient phlebosurgery.

The article presents data on the latest innovative technologies used in the surgical treatment of varicose veins as well as reflects the benefits and shortcomings of various minimally invasive techniques, emphasizing the importance of their further studying and improving.

УДК 616.146–005.6:612.15

Русин В.І., Болдіжар П.О., Попович Я.М.

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ КОЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОПЛИНУ ПРИ ГОСТРИХ ВЕНОЗНИХ ТРОМБОЗАХ У СИСТЕМІ НИЖНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ

Державний вищий навчальний заклад «Ужгородський національний університет»

У роботі наведено аналіз результатів обстеження 7 хворих з гострими глибокими венозними тромбозами у системі нижньої порожнистої вени. Включення в комплекс клініко-інструментального обстеження пацієнтів (ультразвукове дуплексне скенування та доплерографія, рентгеноконтрастна флебографія, мультиспіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням) радіоізотопної флебосцинтиграфії дало можливість оцінити функціонального стану колатерального кровоплину при гострих глибоких венозних тромбозах у системі нижньої порожнистої вени.

Ключові слова: гострий глибокий венозний тромбоз, нижня порожниста вена, радіоізотопна флебосцинтиграфія, радіофармпрепарат.

Робота є частиною наукової програми кафедри хірургічних хвороб медичного факультету ДВНЗ «Ужгородський національний університет» з науково-дослідної роботи «Венозна гіпертензія та її ускладнення» (№ ДР 0112U001548).

Вступ

Частота тромбозів у системі нижньої порожнистої вени у розвинутих країнах складає 1 – 4 на 1000 населення. Вони є серйозною медичною і соціальною проблемою – в США ГВТ і ТЕЛА обумовлюють до 600000 госпіталізацій на рік, щорічно потребуючи на лікування близько 2,4 мільярди доларів [3].

Важливою задачею лікування гострих венозних тромбозів нижніх кінцівок є попередження хронічної венозної недостатності. Венозний тромбоз у 80 – 85% випадків призводить до формування посттромбофлебічної хвороби і в 45% до хронічної венозної недостатності (ХВН). У розвинутих країнах поширеність трофічних порушень шкіри досягає 3% серед дорослого населення. Загоєння трофічних виразок, що зустрічаються в 0,3 – 1%, особливо рецидивуючих, представляє серйозні труднощі [2].

Лікуванню гострих тромбозів системи нижньої порожнистої вени присвячено велика кількість робіт, що торкаються причин виникнення, механізмів розвитку, клінічних проявів, методів діагностики, показів та протипоказів до різноманітних видів терапії. Але результати лікування залишаються незадовільними. ТЕЛА як і раніше рахують однією з головних причин летальності в хірургічних стаціонарах, а кількість хворих з важкими формами хронічної венозної недостатності неухильно зростає.

Прихильники операційного лікування обґрунтовують доцільність тромбектомії з клубово-стегнового сегменту суттєвим покращенням відтоку, навіть при локальному ретромбозі, завдяки включенню нових колатералей [5]. Однак, до цього часу не досліджено параметри кровоплину при гострому тромбозі під час та після його лікування, функціональний стан колатерального кровоплину при гострих венозних тромбозах у системі нижньої порожнистої вени. Для цього необхідно застосування методів, здатних визначити об'ємний кровоплин у кінцівці. На даний час широко застосовують плетизмографію, яка дозволяє лише

опосередковано оцінювати кровоплин при гострому глибокому флеботромбозі [1, 4].

Мета дослідження

Оцінити компенсаторні можливості колатерального венозного кровоплину при гострих венозних тромбозах в системі нижньої порожнистої вени.

Матеріали та методи

В роботі проаналізовано результати обстеження та лікування 7 хворих з гострими ілеофеморальними флеботромбозами, яких проліковано у відділенні хірургії магістральних судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака протягом 2011 – 2012 років. Вік хворих становив від 28 до 68 років, середній вік – $42 \pm 2,2$ роки.

Для 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; «SIM-5000», Радмір; «ULTIMA PRO-30, z.one Ultra», ZONARE Medical Systems Inc., США); рентгеноконтрастну флебографію (DSA, Integris-2000, Philips), мультиспіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням (Somatom CRX «Siemens», Німеччина, 1994) та радіоізотопну флебосцинтиграфію (емісійний комп'ютерний томограф «Тамара» (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ «Оризон» Україна, НІО ЩГК НТК «Інститут монокристалів» НАН України, СП «Амкрис-Ейч»).

В літературі запропоновано декілька схем венозного відтоку у системі нижньої порожнистої вени, найбільш поширені з них схеми запропоновані М.Д. Злотниковим (1949) та В.С. Савельєв та співавт. (1979). Жодна з існуючих схем не відповідає практичним цілям: або надто громіздка, або не враховує особливостей будови венозного русла і його компенсаторних можливостей.

А.В. Каралкін, А.В. Дубровський (2005) запропону-

вали модифіковану схему венозного кровоплину у системі нижньої порожнистої вени, де докладно описано колатеральні шляхи відтоку венозної крові з нижніх кінцівок. Дана схема складна і в хірургічній роботі користуватися нею незручно. Головна перевага її в тому, що вона показує різноманіття шляхів відтоку крові з дистальних відділів кінцівки. Величезна кількість колатералей здатні змінювати не тільки свою пропускну здатність, але і напрямок кровоплину, демонструючи можливості венозного русла компенсувати непрохідність уражених ділянок за рахунок інтактних. Це означає, що оклюзія одних відділів може не викликати важких функціональних розладів, а інших – призводити до серйозних наслідків.

Вивчаючи особливості гемодинаміки в нижніх кінцівках при різних захворюваннях за допомогою динамічної радіоізотопної флебосцинтиграфії, необхідно співставляти параметри кровоплину з анатомічною будовою і морфологічними змінами у венах. Знання відповідності поширення та локалізації тромботичного процесу в кінцівці порушенням регіональної гемодинаміки повинно допомогти у виборі оптимального алгоритму обстеження і раціональної тактики лікування хворих. Проведені дослідження венозного відтоку повинні показати, які ділянки є найбільш проблемними і де необхідно в першу чергу спробувати відновити прохідність хірургічним чи іншим шляхом.

Результати досліджень та їх обговорення

В своїй роботі використовуємо модифіковану в нашій клініці схему венозного відтоку у системі нижньої порожнистої вени, яка є більш простою та зручною у використанні (рис. 1).

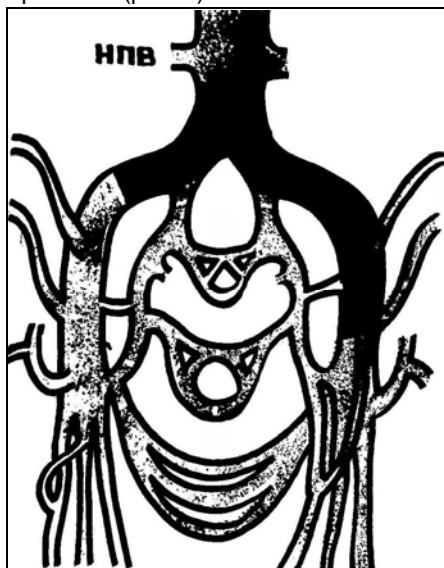


Рис. 1. Схема венозного кровоплину в системі нижньої порожнистої вени.

Для практичних цілей ми розділили венозну систему нижніх кінцівок на 4 сегменти: гомілково-підколінний (м'язово-венозна помпа гомілки), підколінно-стегновий, стегново-клубовий і клубово-кавальний венозні сегменти. Під терміном венозний сегмент розуміємо сукупність усіх судин, що здійснюють доцентровий кровоплин. При цьому функціональна активність сегмента – це сумарна пропускна спроможність всіх його складових. Компетентність венозного сегмента визначається можливістю забезпечення фізіологічно необхідного відтоку з дистальних відділів кінцівки.

Уявлення про будову венозного сегмента виглядає наступним чином. У формуванні кожного з них беруть участь: «приносні магістралі» (глибокі вени гомілки, проксимальний відділ підколінної вени, поверхнева стегнова вена, зовнішня клубова вена, нижня порожниста вена), венозні колектори (їх є три: підколінний, стегновий, клубовий) і їх шунти (мала і велика підшкірні, глибока стегнова, статеві, внутрішні клубові, хребетні, висхідна поперекова вени), а також «виносні магістралі» (поверхнева стегнова, зовнішня клубова, нижня порожниста вени). Одна і та ж магістраль може бути приносяною для одного і виносяною для іншого сегмента.

Запропонований принцип будови венозного сегмента відповідає загальним уявленням про функціональну анатомію венозного русла. Найбільше значення в порушенні відтоку має венозний колектор. У колектор завжди впадають декілька приносячих вен – здатних повністю компенсувати непрохідність супутників, а виходить одна винося, яка є приносяною для вище розміщеного сегмента.

Кожен колектор має обхідний шлях – природний шунт, від функціональної можливості якого залежить ступінь порушення відтоку при оклюзії колектора. Для підколінного – це велика підшкірна вена, глибока вена стегна і колатералі – мережа колінного суглоба, а також вена Джакоміні; для стегнового сегмента – це стегнові вени і крижове сплетення; для клубового – внутрішні клубові вени і вени передньої черевної стінки.

Виходом з колектора завжди є магістраль, яка не має великої кількості приток. За нашими даними, що ґрунтуються на застосуванні динамічної радіоізотопної флебосцинтиграфії, найменший вплив на кровоплин має оклюзія підколінної і поверхневої стегнової вен (наявні шунти здатні повністю компенсувати його непрохідність). Головним шунтом (рис. 2) є велика підшкірна вена, яка здатна в умовах оклюзії глибоких вен забезпечити до 90% відтоку з кінцівки, тобто повністю взяти на себе «фізіологічну» норму глибокої венозної системи. Крім того, велике значення в компенсації кровотоку мають глибока і огинаюча стегнову кістку вени.

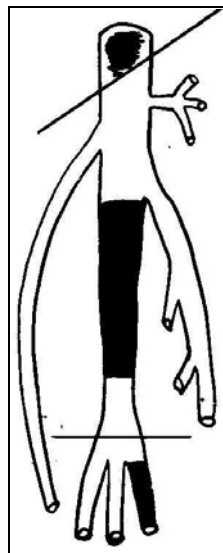


Рис. 2. Колатеральні шляхи венозного відтоку при гострому глибокому венозному тромбозі підколінно-стегнового сегменту.

На представленому рисунку (рис. 2) видно, що основні шунти – велика підшкірна і глибока стегнова ве-

ни здатні взяти на себе функцію і колектора, і виносної магістралі. В даному випадку неспроможність комунікантів відіграє позитивну роль. Кровоплин компенсований і немає необхідності його покращувати.

Окклюзія самого дистального колектора – підколінної вени не викликає виражених порушень кровоплину. Компенсація венозного відтоку здійснюється за рахунок добре розвинених магістральних шунтів. Відсутність змін при радіоізотопній флебосцинтиграфії доводить, що не існує повної відповідності морфологічних змін у венах із ступенем порушення відтоку в тому випадку, коли є хороші колатералі. Тому не слід прагнути замінити один метод обстеження – ультразвуковий, що визначає внутрішньопросвітні зміни, радіоізотопною флебосцинтиграфією, що вказує на функціональний стан венозного відтоку. Вони доповнюють один одного, а не конкурують між собою.

Непрохідність клубово-кавального сегменту має суттєво вищий негативний вплив на венозний відтік, ніж підколінного, але разом з тим, виключення його з кровоплину частково компенсується за рахунок переоток на контрлатеральну сторону, поперекових вен і вен передньої черевної стінки (рис 3, 4). Шунти мають колатеральний тип будови, тим не менш ізольоване ураження даного колектора може не викликати серйозних функціональних порушень, особливо при обмеженій проксимальній локалізації. Основні шляхи колатерального відтоку: статеві, хребетні, гонадні вени, вени передньої черевної стінки та висхідна поперекова вена.

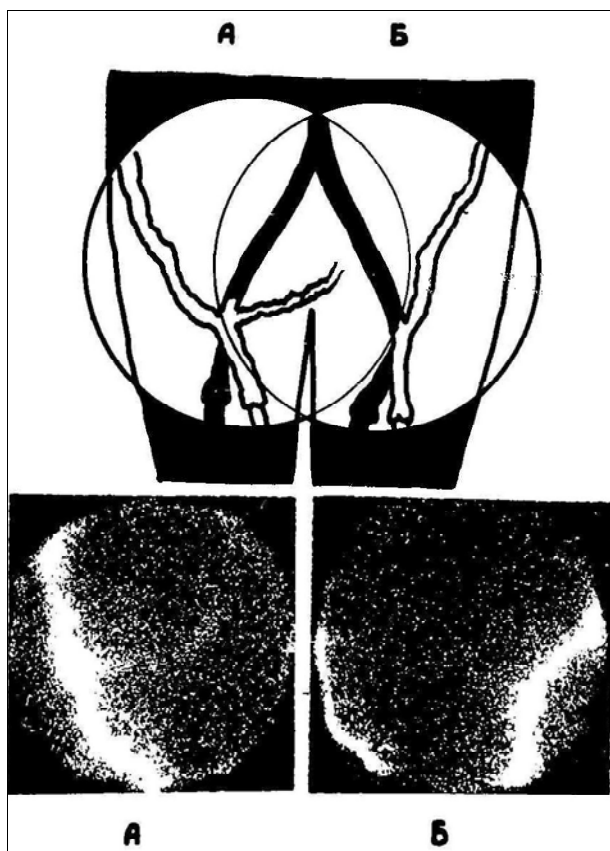


Рис. 3. Флебосцинтиграфія пацієнта М.: колатеральні шляхи венозного відтоку при гострому глибокому венозному тромбозі клубово-кавального сегменту.

Сукупна пропускна здатність усіх шунтів не призводить до вираженого венозного застою в спокої, між тим в умовах фізичного навантаження можна говорити лише про часткову компенсацію. Описана вище картина характерна для сегментарного ураження. При тромботичній окклюзії дистального русла об'ємний кровотік стає недостатнім у спокої, так як з кровотоку виключається частина шунтів: статеві вени та вени передньої черевної стінки – компенсаторні можливості знижуються на половину. Ця обставина змушує задуматися про відновлення прохідності при поширеному тромбозі з ураженням клубово-кавального і дистальних сегментів.



Рис. 4. Флебосцинтиграфія пацієнта Л.: заповнення радіофармпрепаратом статевих вен та вен передньої черевної стінки при гострому ілеофemorальному флеботромбозі справа.

Навіть висока, але ізольована окклюзія нижньої порожнистої вени може не спричиняти важких порушень гемодинаміки при збереженні прохідності дистального русла і нормальної роботи м'язово-венозної помпи гомілки. Але це можливо тільки при умові збереження прохідності дистального венозного русла і функції м'язово-венозної помпи гомілки. У подібній ситуації лікувальні заходи повинні бути спрямовані на запобігання поширенню тромботичного процесу в дистальному напрямку.

Найбільш важкі порушення венозної гемодинаміки у нижній кінцівці викликає окклюзія стегнового колектора – в нього впадають не тільки глибокі вени, але і поверхневі – практично всі значні шляхи відтоку крові виявляються перекритими. Виникає застій крові в м'язово-венозній pompі гомілки незалежно від наявності або відсутності тромбів у глибоких венах (рис. 5).

Компенсація відтоку крові відбувається за рахунок вен передньої черевної стінки і системи глибокої вени стегна – внутрішньої клубової і складає всього 60% від необхідної величини. Цей рівень являє собою функціональну межу і при навантаженні кровотік практично не посилюється. Стегново-клубовий сегмент не має магістральних шунтів, що визначає обмежені функціональні резерви і серйозний негативний вплив як на дистальні, так і на проксимальні сегменти.

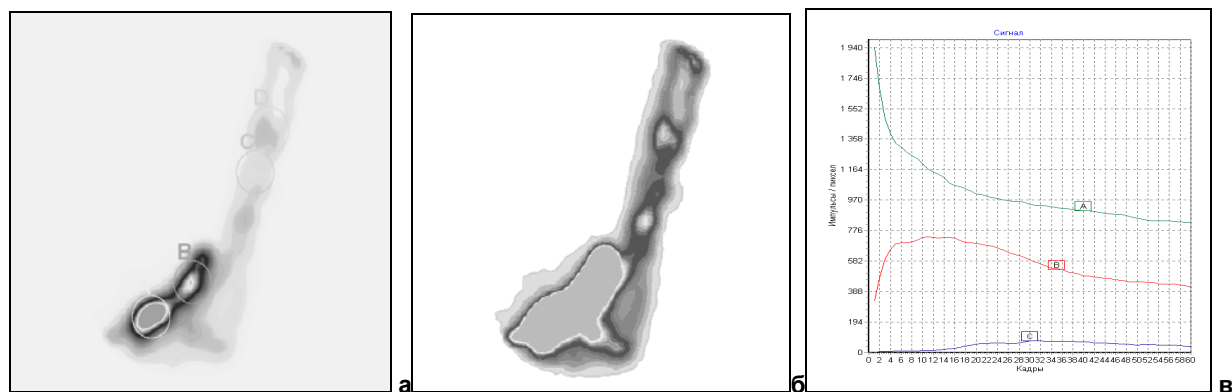


Рис. 5. Флебосцинтиграма пацієнта О.: значне сповільнення поширення радіофармпрепарату (а, б) при гострому тромбозі підколінної, поверхневої стегнової та гомілкових вен (б).

Основні виносні магістралі стегнового сегмента – зовнішні клубові вени. Приносні – поверхнева, глибока, огинаюча стегнову кістку та велика підшкірна вени. Колектор – загальна стегнова вена. Виносна магістраль – зовнішня клубова вена. Колатералі: стетеві вени – перетікання на протилежну сторону, крижове сплетіння, анастомози між глибокою веною стегна і внутрішньою клубовою веною, вени передньої черевної стінки, висхідна поперекова вена. Особливості будови стегново-клубового сегмента визначають обмежені функціональні можливості компенсації кровотоку при його оклюзії. Це змушує визначати можливості відновлення прохідності загальної стегнової вени – основного колектора всієї нижньої кінцівки. При збереженні її оклюзії не можна розраховувати на задовільні функціональні результати як в найближчому, так і у віддаленому періоді. Стосовно стегново-клубового сегмента можна говорити про часткову або неповну компенсацію. Порушення венозного відтоку обґрунтовує доцільність його відновлення або поліпшення, так як збереження непрохідності цього сегменту призводить до порушення евакуації з м'язово-венозної помпи гомілки і в подальшому до її дисфункції.

Таким чином, при вивченні гемодинамічних порушень та компенсаторних можливостей венозного русла при тромботичних оклюзіях вен нижніх кінцівок найбільше значення для відтоку крові має стегновий колектор. Якщо він прохідний, як при дистальній, так і при проксимальній оклюзії відзначається задовільна компенсація венозного кровотоку. При його блоці, навпаки, спостерігається істотне порушення відтоку, яке найбільш виражене в умовах фізичного навантаження. Тяжкі гемодинамічні розлади відзначаються навіть

при ізолюванні оклюзії стегнового колектору і стають критичними при ураженні сусідніх сегментів. Відсутність у віддаленому періоді істотної позитивної динаміки приводить надалі до серйозної дисфункції м'язово-венозної помпи гомілки і формуванню хронічної венозної недостатності.

Висновки:

1. Для оцінки функціонального стану та компенсаторних можливостей колатерального кровоплину при гострих венозних тромбозах слід використовувати радіоізотопну флебосцинтиграфію.

2. Компенсаторні можливості колатерального кровоплину при гострих глибоких венозних тромбозах прямо залежать від стану венозного колектору, колатералей та стану м'язово-венозної помпи гомілки.

Література

1. Kilpatrick T.K. A comparative study of radionuclide venography and contrast venography in the diagnosis of deep venous thrombosis / T.K. Kilpatrick, M. Lichtenstein, J. Andrews [et al.] // J. Med. Pregl. – 1994. – № 47(5–6). – P. 209–212.
2. Alemany J. Reconstructive surgery of cavo-ilio-femoral segment in the acute occlusion / J. Alemany, H. Gortz // Zentralbl. Chir. – 1999. – № 124(1). – P. 37–41.
3. Greenfield L.J. Recommended reporting standards for vena caval filter placement and patient follow-up. Vena Caval Filter Consensus Conference / L.J. Greenfield, R.B. Rutherford // J. Vasc. Interv. Radiol. – 1999. – № 10(8). – P. 1013–1019.
4. Milne A.A. The clinical course of patients following extensive deep vein thrombosis / A.A. Milne, C.V. Ruckley // Eur. J. Vasc. Surg. – 1994. – № 8. – P. 56–59.
5. Zhao J. Compositive treatment of acute deep vein thrombosis of lower extremity / J. Zhao, G. Dong // Chung Hua Wai Ko Tsa Chin – 1995. – № 33 (5). – P. 310–312.

Реферат

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВОТОКА ПРИ ОСТРЫХ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗАХ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

Русин В.И., Болдижар П.О., Попович Я.М.

Ключевые слова: острый глубокий венозный тромбоз, нижняя полая вена, радиоизотопная флебосцинтиграфия, радиофармпрепарат.

В работе приведен анализ результатов обследования 7 больных с острыми глубоким венозным тромбозом в системе нижней полой вены. Включение в комплекс клинко-инструментального обследования пациентов (ультразвуковое дуплексное сканирование и доплерография, рентгенконтрастная флебография, мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным контрастированием) радиоизотопной флебосцинтиграфии дало возможность оценить функциональное состояние коллатерального кровотока при острых глубоких венозных тромбозах в системе нижней полой вены.

Summary

THE EVALUATION OF FUNCTION STATUS OF COLLATERAL FLOW IN ACUTE VENOUS THROMBOSIS OF INFERIOR VENA CAVA
Rusyn V.I., Boldizhar P.O., Popovych Ya.M.

Key words: acute deep venous thrombosis, inferior vena cava, radionuclide venography, radiopharmaceutical preparation.

This article focuses on the analysis of the exam findings of 7 patients with acute deep venous thrombosis in the inferior vena cava system. The introduction of radionuclide phleboscintigraphy to the complex of clinical and instrumental investigations (duplex ultrasound scanning, X-ray contrast ascending phlebography, multispiral computed tomography with intravenous injections a radioactive isotope into the vein) allowed us to assess the functional status of collateral flow in acute deep venous thrombosis.

УДК 616.14-002.1-005.6-031.62-089.819

Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Ряшко М.І.

МІНІІНВАЗИВНЕ СКЛЕРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ У ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ПРОТИПОКАЗАННЯМИ ДО ВЕНЕКТОМІЇ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб

У статті проведений аналіз результатів мініінвазивного склерохірургічного лікування 26 пацієнтів на базі відділення хірургії судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака з гострим поверхневим варикотромбофлебітом, що мали соматичні протипоказання до радикальних венектомій. Розроблені у клініці технології лікування гострого поверхневого варикотромбофлебіту дозволили повністю відновити якість життя у 80,8% і значно поліпшити у 15,4 % хворих з слабо вираженими проявами венозної недостатності за умови відсутності вертикального рефлюксу через недостатнє співгірло великої підшкірної вени і при наявності вираженої супутньої церебро-васкулярної та серцево-судинної патології. Таким чином, кросектомія і поетапний флебоцентез у поєднанні з стовбуровою і ін'єкційною склеротерапією є ефективним методом лікування гострого поверхневого локального та поширеного варикотромбофлебіту.

Ключові слова: гострий поверхневий варикотромбофлебіт, склеротерапія, кросектомія, флебоцентез.

Дана робота є фрагментом науково-дослідної теми: «Венозна гіпертензія та її ускладнення» (державна реєстрація № 112U001518).

Вступ

Одним з найбільш частих та небезпечних ускладнень варикозної хвороби нижніх кінцівок є гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ). Щодо частоти тромбофлебіту поверхневих вен серед населення можна зустріти суперечливі відомості. В.С. Савельєв об'єднує усі випадки венозного тромбозу і говорить про кількість у 240000 осіб на рік [4]. За іншими даними, гострий варикотромбофлебіт зустрічається у 30-60% хворих варикозною хворобою, що з урахуванням мільйонів хворих з даною патологією виглядає загрозливо, а проблема набуває великого медико-соціального значення [1].

Досить гостро стоїть питання про способи лікування хворих, що мають соматичні протипоказання до венектомії. У цю групу слід віднести хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу, ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда, туберкульозом легень у гострій стадії, абсцесом легень, гіпертонічною хворобою III стадії, печінковою і нирковою недостатністю, захворюваннями крові, облітеруючим атеросклерозом [2]. Переважна більшість флебологів сходяться на думці, що у цієї категорії хворих необхідно обмежитися виконанням тільки кросектомії, попередивши таким чином можливість поширення тромбозу на глибоку систему вен [3]. У зв'язку зі серйозною хронічною соматичною патологією радикальна флектомія цим хворим протипоказана. Запропонований професором Швальбом П.Г. [6] флебоцентез тромбованих вен дозволяє досить ефективно лікувати запальні явища гострого тромбофлебіту, проте прояви хронічної венозної недостатності не зменшує. Спосіб полягає у нанесенні проколів очним скальпелем над тромбованою веною. Через виконані інцизії видаляються тромботичні маси і проводиться еластична компресія. Автор відзначає, що процес облітерації відбувається більш надійно, ніж при

склерозуючій терапії. Хоча за даними інших джерел, реканалізація тромбованої вени відбувається частіше, ніж облітерація її просвіту [5]. Безумовно, слабким місцем запропонованої мініінвазивної технології лікування є видалення тромботичних мас через інцизії. Якщо пацієнт поступає в перші 5-7 діб від моменту розвитку захворювання без вираженої запальної реакції стінки вени, тромботичні маси легко видаляються. При надходженні хворих у пізні терміни розвитку захворювання виконати флебоцентез одночасно на протязі всієї тромбованої вени навряд чи можливо. Так, Лепилов А.В. [2] стверджує, що при тромбофлебіті в терміні від 2 до 4 тижнів відбувається значна організація тромбу. Стінка вени дегенеративно змінюється, а у місцях пошкодження ендотелія фібробласти щільно зв'язують тромб з венозною стінкою.

Мета дослідження

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий поверхневий варикотромбофлебіт, що мають соматичні протипоказання до радикальної флектомії, шляхом розробки способу, що поєднує в собі радикальність і мініінвазивність лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Вагомою проблемою ГВТФ залишається лікування хворих з супутньою патологією. Важкий загальний стан і високий операційний ризик є абсолютними протипоказаннями до радикальної венектомії. У багатьох клініках при поверхневому варикотромбофлебіті у цієї категорії пацієнтів виконується тільки кросектомія. У 50-75 % випадків у них зустрічаються рецидиви захворювання. У зв'язку з цим, нами запропонований спосіб лікування ГВТФ у хворих, які мають протипоказання до радикальної венектомії. Даний спосіб застосовувався для лікування 26 хворих з поширеним і ло-

Summary

THE EVALUATION OF FUNCTION STATUS OF COLLATERAL FLOW IN ACUTE VENOUS THROMBOSIS OF INFERIOR VENA CAVA
Rusyn V.I., Boldizhar P.O., Popovych Ya.M.

Key words: acute deep venous thrombosis, inferior vena cava, radionuclide venography, radiopharmaceutical preparation.

This article focuses on the analysis of the exam findings of 7 patients with acute deep venous thrombosis in the inferior vena cava system. The introduction of radionuclide phleboscintigraphy to the complex of clinical and instrumental investigations (duplex ultrasound scanning, X-ray contrast ascending phlebography, multispiral computed tomography with intravenous injections a radioactive isotope into the vein) allowed us to assess the functional status of collateral flow in acute deep venous thrombosis.

УДК 616.14-002.1-005.6-031.62-089.819

Русин В.І., Корсак В.В., Болдіжар П.О., Ряшко М.І.

МІНІІНВАЗИВНЕ СКЛЕРОХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБІТУ У ХВОРИХ З СОМАТИЧНИМИ ПРОТИПОКАЗАННЯМИ ДО ВЕНЕКТОМІЇ

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб

У статті проведений аналіз результатів мініінвазивного склерохірургічного лікування 26 пацієнтів на базі відділення хірургії судин Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. А. Новака з гострим поверхневим варикотромбофлебітом, що мали соматичні протипоказання до радикальних венектомій. Розроблені у клініці технології лікування гострого поверхневого варикотромбофлебіту дозволили повністю відновити якість життя у 80,8% і значно поліпшити у 15,4 % хворих з слабо вираженими проявами венозної недостатності за умови відсутності вертикального рефлюксу через недостатнє співгірло великої підшкірної вени і при наявності вираженої супутньої церебро-васкулярної та серцево-судинної патології. Таким чином, кросектомія і поетапний флебоцентез у поєднанні з стовбуровою і ін'єкційною склеротерапією є ефективним методом лікування гострого поверхневого локального та поширеного варикотромбофлебіту.

Ключові слова: гострий поверхневий варикотромбофлебіт, склеротерапія, кросектомія, флебоцентез.

Дана робота є фрагментом науково-дослідної теми: «Венозна гіпертензія та її ускладнення» (державна реєстрація № 112U001518).

Вступ

Одним з найбільш частих та небезпечних ускладнень варикозної хвороби нижніх кінцівок є гострий варикотромбофлебіт (ГВТФ). Щодо частоти тромбофлебіту поверхневих вен серед населення можна зустріти суперечливі відомості. В.С. Савельєв об'єднує усі випадки венозного тромбозу і говорить про кількість у 240000 осіб на рік [4]. За іншими даними, гострий варикотромбофлебіт зустрічається у 30-60% хворих варикозною хворобою, що з урахуванням мільйонів хворих з даною патологією виглядає загрозливо, а проблема набуває великого медико-соціального значення [1].

Досить гостро стоїть питання про способи лікування хворих, що мають соматичні протипоказання до венектомії. У цю групу слід віднести хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу, ішемічною хворобою серця, інфарктом міокарда, туберкульозом легень у гострій стадії, абсцесом легень, гіпертонічною хворобою III стадії, печінковою і нирковою недостатністю, захворюваннями крові, облітеруючим атеросклерозом [2]. Переважна більшість флебологів сходяться на думці, що у цієї категорії хворих необхідно обмежитися виконанням тільки кросектомії, попередивши таким чином можливість поширення тромбозу на глибоку систему вен [3]. У зв'язку зі серйозною хронічною соматичною патологією радикальна флектомія цим хворим протипоказана. Запропонований професором Швальбом П.Г. [6] флебоцентез тромбованих вен дозволяє досить ефективно лікувати запальні явища гострого тромбофлебіту, проте прояви хронічної венозної недостатності не зменшує. Спосіб полягає у нанесенні проколів очним скальпелем над тромбованою веною. Через виконані інцизії видаляються тромботичні маси і проводиться еластична компресія. Автор відзначає, що процес облітерації відбувається більш надійно, ніж при

склерозуючій терапії. Хоча за даними інших джерел, реканалізація тромбованої вени відбувається частіше, ніж облітерація її просвіту [5]. Безумовно, слабким місцем запропонованої мініінвазивної технології лікування є видалення тромботичних мас через інцизії. Якщо пацієнт поступає в перші 5-7 діб від моменту розвитку захворювання без вираженої запальної реакції стінки вени, тромботичні маси легко видаляються. При надходженні хворих у пізні терміни розвитку захворювання виконати флебоцентез одночасно на протязі всієї тромбованої вени навряд чи можливо. Так, Лепилов А.В. [2] стверджує, що при тромбофлебіті в терміні від 2 до 4 тижнів відбувається значна організація тромбу. Стінка вени дегенеративно змінюється, а у місцях пошкодження ендотелія фібробласти щільно зв'язують тромб з венозною стінкою.

Мета дослідження

Підвищення ефективності лікування хворих на гострий поверхневий варикотромбофлебіт, що мають соматичні протипоказання до радикальної флектомії, шляхом розробки способу, що поєднує в собі радикальність і мініінвазивність лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Вагомою проблемою ГВТФ залишається лікування хворих з супутньою патологією. Важкий загальний стан і високий операційний ризик є абсолютними протипоказаннями до радикальної венектомії. У багатьох клініках при поверхневому варикотромбофлебіті у цієї категорії пацієнтів виконується тільки кросектомія. У 50-75 % випадків у них зустрічаються рецидиви захворювання. У зв'язку з цим, нами запропонований спосіб лікування ГВТФ у хворих, які мають протипоказання до радикальної венектомії. Даний спосіб застосовувався для лікування 26 хворих з поширеним і ло-

кальним варикотромбофлебітом. Всі пацієнти мали виражену супутню патологію. Ішемічною хворобою серця з III функціональним класом хронічної серцевої недостатності згідно класифікації NYHA страждали 15 хворих, з наслідками гострих порушень мозкового кровообігу – 6, гіпертонічною хворобою III ст. – 20 пацієнтів.

Лікування здійснюється в два етапи. На першому етапі для запобігання поширення тромбозу і зменшення запального процесу у венах, проводиться кро-сектомія і катетерна склерохірургія нетромбованого стовбура підшкірної вени. На другому етапі під ультразвуковим контролем відзначається тромбована ділянка і точки для виконання флебоцентезу тромбованих варикозних вен з їх подальшою ін'єкційною склеротерапією за методикою «foam-form».

Терміни проведення другого етапу залежали від тривалості перебігу захворювання. Якщо хворий поступав в перші три доби, то флебоцентез і тромбектомію можна було легко виконати одномоментно, а подальша склеротерапія була не потрібною. Якщо ж паравазальна реакція була виражена у значній мірі, а хворий звертався за допомогою тільки через 4 і більше днів, застосовували весь наявний комплекс протизапальної терапії і тільки після стихання запалення проводили флебоцентез і склеротерапію другим етапом.

Безперечно, якщо варикозний процес не перейшов у стадію декомпенсації, а діаметр вени не перевищує 8-9 мм, поетапній склеротерапії надавалась перевага. Існує досить великий контингент хворих, стурбованих косметичними аспектами операції або просто не згодних на виконання стандартної операції. У представленій групі хворих не було зареєстровано реканалізації склерозованих вен і прогресування варикозного процесу. Ми дійшли висновку, що необхідний більш ретельний відбір пацієнтів для застосування розробленої методики.

Під місцевою анестезією 2% розчином лідокаїну або 0,25% розчином новокаїну очним скальпелем в намічених під УЗД-контролем точках проводили флебоцентез на глибину 0,5-0,8 см над тромбованими сегментами вени в зонах найбільшого розм'якшення тромбів з інтервалом 4-5 см.



Рис. 1. «Здоювання» тромбу стовбура великої підшкірної вени через флеботомічний отвір.

Хворого просили максимально зробити тильне згинання стопи в гомілковостопному суглобі. Це запобігає просуванню тромботичних мас в перфорантні вени, так як відбувається скорочення «помпи» гомілки і помірна компресія гомілкових вен, в результаті чого тиск у них стає вищим, ніж у підшкірних венах. Одно-

часно відбувається натяг власної фасції гомілки і зсув перфорантної вени відносно місця її проходження через фасцію, внаслідок чого виникає її компресія на цьому рівні.

Без зайвого тиску на запалену шкіру обережними рухами по ходу вени, починаючи з дистальної точки, звільняли її від тромботичних мас через інцизії (рис.1.). Тромби відходили досить вільно, якщо знаходилися у стані гелю. Про ефективність виконання «здоювання» тромбу з вени говорила поява венозної крові з флеботомічного отвору.

Використовуючи гачечок для мініфлебектомії через виконану мініінцизію виводили вену в рану. Через флеботомічний отвір у просвіт вени проводили підключичний катетер найменшого діаметру, в його канюлі з'являлася венозна або гемолізована кров. Це свідчило про те, що катетер знаходиться інтравенозно. До канюлі катетера приєднували шприц із склерозантом. Ін'єкційним способом вводили 0,4-0,7 мл 2% розчину склеровейну (рис.2).

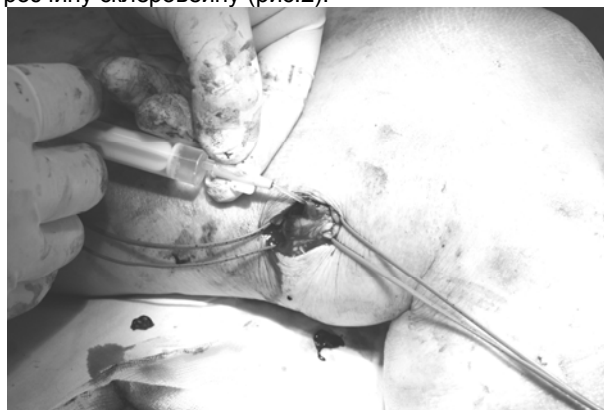


Рис. 2. Ін'єкційна склеротерапія стовбура великої підшкірної вени після тромбектомії.

Для оцінки «якості життя» хворих досліджуваної групи ми використовували анкетне опитування. Опитувальна анкета заповнювалась самим хворим на основі його власних переживань і оцінки результатів лікування. Анкета включала 20 питань, розділених на 4 підгрупи.

Перша підгрупа включала 5 питань для оцінки фізичного стану хворого:	Друга підгрупа оцінювала психологічний стан пацієнтів:
Чи важко Вам швидко ходити?	Соромитеся Ви виду своїх ніг?
Чи важко Вам підніматися по сходах?	Чи вважаєте себе фізично повноцінним?
Чи важко Вам виконувати хатню роботу?	Чи носите модне взуття?
Чи важко Вам виконувати професійні обов'язки?	Чи ходите в театр, гості?
Чи важко Вам активно проводити дозвілля?	Чи можете обговорювати проблеми Вашого стану з оточуючими?
Третя підгрупа питань оцінювала соціально-економічний стан пацієнтів:	Четверта підгрупа оцінювала стан прооперованої кінцівки:
Чи працюєте Ви за тією ж спеціальністю?	- Чи відчуваєте Ви біль в прооперованій кінцівці?
Чи не потребуєте Ви санаторно-курортного лікування?	- Чи з'являються набряки ніг?
Чи не перейшли Ви на інвалідність?	- Чи не виникають нічні судороги?
Чи не несете Ви додаткових матеріальних витрат на купівлю ліків і проведення лікувальних процедур?	- Чи не з'явилися варикозні вени на прооперованій кінцівці?
Чи не було нових випадків короткочасної втрати працездатності з приводу даного захворювання?	- Чи не виникав рецидив трофічних виразок, дерматиту, екземи?

У відповідності з міжнародними рекомендаціями нами проведена оцінка «якості життя» хворих досліджуваної групи після оперативного лікування [8].

Отримані результати оброблялися на комп'ютері з використанням оригінальних прикладних програм статистичного та кореляційного аналізу, а також пакету «Microsoft Office XP».

Результати досліджень та їх обговорення

Застосування розробленої нами технології лікування цієї категорії пацієнтів дало гарні результати. При дуплексному скануванні кровоток у венах, що зазнали флебосклерозуючого лікування, не реєструвався. Через один місяць після склерозування вени на стегні і голі пальпувалися у вигляді еластичного безболісного тяжа. Через 6 місяців вони пальпаторно не визначалися. У всіх хворих відмітили регрес клінічних проявів хронічної венозної недостатності: відсутні важкість, болі і набряк кінцівки. Варикозне розширення поверхневих вен, що не залучалися в тромботичний процес, не прогресувало.

Клінічне обстеження і дуплексне сканування венозної системи дозволило встановити сумарні результати лікування хворих. Відмінні результати зареєстровані у 9 пацієнтів (34,6%), хороші – у 14 (53,8%), задовільні – у 3 (11,6%), незадовільні відсутні.

Щодо якості життя, то 21 респондент (80,8%) оцінили свій фізичний стан як «відмінний» і «хороший». При цьому 25 опитаних (96,2%) вважають, що їх фізичний та психологічний стан значно покращився, так як був ліквідований основний негативний фактор – наявність варикозно розширених поверхневих вен.

18 респондентів (69,2%) оцінили своє соціально-економічне становище як стабільне (хороше і відмінне). Ці хворі повністю припинили прийом лікарських препаратів, працюють за колишньою спеціальністю і не змінили звичний спосіб життя. 7 пацієнтів (27%) вважають своє соціально-економічне становище задовільним, а в 1 (3,8%) – незадовільним.

21 опитаний (80,8%) оцінюють стан оперованої кінцівки як хороший та відмінний. При цьому 5 респондентів (19,2%) розцінюють результат операції як задовільний, а незадовільні результати були відсутні. Таким чином 100% хворих відмічають поліпшення функції оперованої кінцівки.

Таким чином, розроблені у клініці технології лікування при гострому варикотромбофлебіті дозволили повністю відновити якість життя у 21 респондента (80,8%) і значно поліпшити у 4 пацієнтів (15,4 %). Лише у 1 хворого (3,8%) операція не вплинула позитивним чином на перебіг подальшого життя.

З успіхом її можна застосовувати у хворих з мало вираженими проявами венозної недостатності за умови відсутності вертикального рефлюксу через недостатнє співгирло, крім того, у пацієнтів з супутньою патологією.

Висновки

Кросектомія і поетапний флебоцентез у поєднанні зі стовбуровою і ін'єкційною склеротерапією є ефективним методом лікування гострого поверхневого локального та поширеного варикотромбофлебіту у хворих з супутньою патологією.

Перспективи подальших досліджень

Розроблені у клініці мініінвазивні склерохірургічні технології є перспективним напрямком у лікуванні локального та поширеного гострого варикотромбофлебіту. У той же час потребують подальшого вивчення віддалені результати комбінованого лікування хворих на варикотромбофлебіт.

Література

1. Заболевания вен / Под ред. Х.С. Фронек ; пер. с англ. под ред. И.А. Золотухина. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 208 с.
2. Кириенко А.И. Острый тромбофлебит: учебное пособие / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин. – М. : Littera, 2006. – 101 с.
3. Русин В.И. Варикотромбофлебит / В.И. Русин, В.В. Корсак, П.О. Болдизар, Ю.А. Левчак. – Ужгород : Карпати, 2012. – 288 с.
4. Савельев В.С. Болезни магистральных вен / В.С. Савельев, Э.П. Думпе, Е.Г. Яблоков. – М., 1972. – 440 с.
5. Суковатых Б.С. Миниинвазивная хирургия острого поверхностного варикотромбофлебита у больных, имеющих соматические противопоказания к венэктомии / Б.С. Суковатых, Л.Н., А.Н. Щербаков // Вест. хир. – 2005. – №1. – С.73-75.
6. Швальб П.Г. Системный подход к патогенезу хронической венозной недостаточности нижних конечностей / П.Г.Швальб // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2002. – Т.8, №3. – С.30–35.
7. Ascher E. Lesser saphenous vein thrombophlebitis: its natural history and implications for management / E. Ascher, J.N. Hanson, S. Salles-Cunha, A. Hingorani // Vasc-Endovascular-Surg. – 2003. – V. 37(6). – P. 421–427.
8. Ramelet A.A. Phlebology: the Guide / A.A. Ramelet, M. Monty. –P. : Masson, 1999. – P. 445.

Реферат

МИНИИНВАЗИВНОЕ СКЛЕРОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА У БОЛЬНЫХ С СОМАТИЧЕСКИМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К ВЕНЭКТОМИИ

Русин В.И., Корсак В.В., Болдизар П.О., Ряшко М.И.

Ключевые слова: острый поверхностный варикотромбофлебит, склеротерапия, кроссектомия, флебоцентез.

В статье проведен анализ результатов миниинвазивного склерохірургического лечение 26 пациентов на базе отделения хирургии сосудов Закарпатской областной клинической больницы им. А. Новака с острым поверхностным варикотромбофлебитом, имевших соматические противопоказания к радикальной венэктомии. Разработанные в клинике технологии лечения острого поверхностного варикотромбофлебита позволили полностью восстановить качество жизни в 80,8% и значительно улучшить в 15,4 % больных со слабо выраженными явлениями венозной недостаточности при отсутствии вертикального рефлюкса из-за недостаточности соустья большой подкожной вены и при наличии выраженной сопутствующей церебро-васкулярной и сердечно-сосудистой патологии. Таким образом, кроссектомия и поэтапный флебоцентез в сочетании с стволовой и инъекционной склеротерапией является эффективным методом лечения острого поверхностного локального и распространенного варикотромбофлебита.

Summary

MINIMALLY INVASIVE SCLEROTHERAPY FOR ACUTE SUPERFICIAL THROMBOPHLEBITIS IN PATIENTS WHO ARE CONTRAINDICATED TO RADICAL PHLEBECTOMY

Rusyn V.I., Korsak V.V., Boldizhar P.O., Riashko M.I.

Key words: acute superficial thrombophlebitis, sclerotherapy, crossectomy.

This research paper describes the consequences of sclerotherapy performed on 26 patients with acute superficial thrombophlebitis who had physical contraindications to radical phlebectomy at the Department of vascular surgery in

Thranscarpatian Clinical Hospital. Techniques developed for the treatment of acute superficial thrombophlebitis allowed us to restore life quality in 80.8% of patients and significantly improved it for 15.4 % of patients with manifestations of venous insufficiency under the absence of vertical reflux due to insufficient saphenofemoral junction and in cases of severe concomitant cerebrovascular and cardiovascular diseases. Thus, crossectomy and phlebocentesis combined with sclerotherapy may be considered as an effective treatment for acute superficial local and generalized thrombophlebitis.

УДК – 616.136/.137-07-08

Сандер С.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИКИ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Винницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Мета дослідження – оптимізація методики внутрішньоартеріального введення в комплексному лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок. Обстежено 189 хворих (фізикальне, клініко-лабораторне і біохімічне обстеження, УЗ-сканування, артеріографія, лазерна фотоплетизмографія). У 80 пацієнтів проводили форсоване внутрішньоартеріальне введення. При ішемії ІІІБ ст форсоване введення купірувало критичну ішемію у 26% хворих і зберігало опорну функцію у 87,1% (при фармакотерапії – ішемія прогресувала, частка високих ампутацій - 23,9%), при ішемії ІV ст - знижувало частку високих ампутацій з 66,7 до 36,7%. Форсоване внутрішньоартеріальне введення - ефективний компонент комплексного лікування хронічної ішемії нижніх кінцівок при нереконструктабельності і передопераційної підготовки при розвитку гангрен, що дозволяє знизити частку високих ампутацій з 48,6 до 27,5%.

Ключові слова – ішемія нижніх кінцівок, коллатеральний кровоплин, внутрішньоартеріальне введення.

Вступ

Провідний метод лікування хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок - реконструктивні операції. Проте, 31-83% хворих не мають умов для їх виконання, що примушує шукати альтернативні методи лікування. Одним з напрямлень є стимуляція коллатерального кровоплину [1, 5]. Серед прийомів вирішення цієї задачі цільне місце відводять тривалій внутрішньоартеріальній (в/а) інфузії [4, 7, 8]. Проте, її терапевтичний ефект залежить лише від можливості створити високу концентрацію лікарських засобів в патологічному вогнищі. Ліки ж розповсюджуються в ділянці збереженого коллатерального кровоплину і деблокада коллатерального русла нижче рівня оклюзії не відбувається. Тривала в/а інфузія ефективна лише при відсутності оклюзійно-стенотичного ураження магістральних артерій [4].

Мета дослідження

Оптимізація методики внутрішньоартеріального введення в комплексному лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок.

Об'єкт і методи дослідження

Спостерігали 189 хворих віком 27-86 років. Облітеруючий атеросклероз був у 103, облітеруючий ендартеріїт – у 7, діабетична макроангіопатія – у 79. Проводили фізикальне, клініко-лабораторне і біохімічне обстеження, УЗ-сканування, артеріографію, лазерну фотоплетизмографію. У 77 хворих була ішемія ІІ-ІІІБ ст, у 112 – ІV ст. Умови для реконструктивної операції були відсутні у 154 хворих, відмовились від операції – 35. Всім хворим проводили фармакотерапію. У 7 хворих на початку лікування проводили тривале в/а введення 200 мл інфузату (наприклад - новокаїн, гепарин, пентоксифілін) зі швидкістю 50 мл/год. У 80 хворих (31 на ішемію ІІІБ ст, 49 – ІV ст) катетеризували загальну стегнову артерію і вводили 40-80мл інфузата зі швидкістю 1–3 мл/с. Далі чередували швидке введення 20мл інфузату і повільне відсмоктування рівного об'єму крові з подальшим зворотнім швидким введенням. Загальна кількість інфузату не перевищувала 200мл. В наступні 3-7 днів продовжу-

вали форсоване в/а введення по 20 мл 3-4 рази на добу.

Результати дослідження та їх обговорення

При тривалому в/а введенні 5 з 7 хворих відмічали сильний дискомфорт і посилення болю в зв'язку із тривалим обмеженням рухів і необхідністю тримати ногу в горизонтальному положенні. У них відмічали наростання набряку і посилення болю. В зв'язку з цим на другий-третій день переходили на проведення форсованого введення.

При першому форсованому введенні хворі на ішемію ІІІБ ст відчували „поштовх“, що за 30-65с досягав колінної ділянки, 40-85с - гомілки, 50-90с - гомілковостопної ділянки, 1-3 хв - плесна і пальців. Виникало короточасне відчуття тепла, яке у всіх хворих поширювалось до гомілки, у 25 – гомілковостопної ділянки, у 19 – плесни і лише у двох – пальців. Двоє хворих відмічали „холодні“ парестезії. При ішемії ІV ст хворі відмічали відчуття „поштовху“, що за 1-2 хв досягав гомілки, 1,5-3 хв - гомілковостопної ділянки, 2-5 хв – плесна і пальців. Виникало короточасне відчуття тепла, яке у всіх хворих поширювалось до рівня коліна, у 37-гомілки, у 26 - гомілковостопної ділянки, у 11 - плесни і лише у трьох – пальців. „Холодні“ парестезії відмічали 10 хворих.

При ішемії ІІІБ ст форсоване в/а введення купірувало біль у 8 хворих. У решти – зменшувалась її інтенсивність. У 18 хворих зберігалась необхідність 1-3 рази опускати ногу під час нічного сну (до лікування – 4-8). У 24 хворих виникало відчуття легкого тепла в проксимальній частині стопи. У 8 хворих багряне забарвлення шкіри наближалось до блідо-рожевого. Набряк стопи зменшувався. Високу ампутацію було виконано у 4 хворих (12,9%). Форсоване введення купірувало критичну ішемію у 26% хворих і зберігало опорну функцію у 87,1%. Досягнутий ефект зберігався 6-12 міс у 13 з 22 повторно обстежених пацієнтів. Фармакотерапія позитивної клінічної динаміки не забезпечувала, ішемія прогресувала. Високу ампутацію вимушені були виконати у 11 хворих (23,9%).

При ішемії ІV ст у 30 хворих купірували біль на 2-8 год. Необхідність опускати ногу зменшувалась з 4-12 до 2-6 разів за ніч. В гомілковостопній ділянці у 26

Thranscarpatian Clinical Hospital. Techniques developed for the treatment of acute superficial thrombophlebitis allowed us to restore life quality in 80.8% of patients and significantly improved it for 15.4 % of patients with manifestations of venous insufficiency under the absence of vertical reflux due to insufficient saphenofemoral junction and in cases of severe concomitant cerebrovascular and cardiovascular diseases. Thus, crosssection and phlebocentesis combined with sclerotherapy may be considered as an effective treatment for acute superficial local and generalized thrombophlebitis.

УДК – 616.136/.137-07-08

Сандер С.В.

ОПТИМІЗАЦІЯ МЕТОДИКИ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОГО ВВЕДЕННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ КРИТИЧНОЇ ІШЕМІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Винницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

Мета дослідження – оптимізація методики внутрішньоартеріального введення в комплексному лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок. Обстежено 189 хворих (фізикальне, клініко-лабораторне і біохімічне обстеження, УЗ-сканування, артеріографія, лазерна фотоплетизмографія). У 80 пацієнтів проводили форсоване внутрішньоартеріальне введення. При ішемії ІІІБ ст форсоване введення купірувало критичну ішемію у 26% хворих і зберігало опорну функцію у 87,1% (при фармакотерапії – ішемія прогресувала, частка високих ампутацій – 23,9%), при ішемії ІV ст – знижувало частку високих ампутацій з 66,7 до 36,7%. Форсоване внутрішньоартеріальне введення – ефективний компонент комплексного лікування хронічної ішемії нижніх кінцівок при нереконструктабельності і передопераційної підготовки при розвитку гангрен, що дозволяє знизити частку високих ампутацій з 48,6 до 27,5%.

Ключові слова – ішемія нижніх кінцівок, коллатеральний кровоплин, внутрішньоартеріальне введення.

Вступ

Провідний метод лікування хронічних облітеруючих захворювань артерій нижніх кінцівок – реконструктивні операції. Проте, 31-83% хворих не мають умов для їх виконання, що примушує шукати альтернативні методи лікування. Одним з напрямлень є стимуляція коллатерального кровоплину [1, 5]. Серед прийомів вирішення цієї задачі цільне місце відводять тривалій внутрішньоартеріальній (в/а) інфузії [4, 7, 8]. Проте, її терапевтичний ефект залежить лише від можливості створити високу концентрацію лікарських засобів в патологічному вогнищі. Ліки ж розповсюджуються в ділянці збереженого коллатерального кровоплину і деблокада коллатерального русла нижче рівня оклюзії не відбувається. Тривала в/а інфузія ефективна лише при відсутності оклюзійно-стенотичного ураження магістральних артерій [4].

Мета дослідження

Оптимізація методики внутрішньоартеріального введення в комплексному лікуванні критичної ішемії нижніх кінцівок.

Об'єкт і методи дослідження

Спостерігали 189 хворих віком 27-86 років. Облітеруючий атеросклероз був у 103, облітеруючий ендартеріїт – у 7, діабетична макроангіопатія – у 79. Проводили фізикальне, клініко-лабораторне і біохімічне обстеження, УЗ-сканування, артеріографію, лазерну фотоплетизмографію. У 77 хворих була ішемія ІІ-ІІІБ ст, у 112 – ІV ст. Умови для реконструктивної операції були відсутні у 154 хворих, відмовились від операції – 35. Всім хворим проводили фармакотерапію. У 7 хворих на початку лікування проводили тривале в/а введення 200 мл інфузату (наприклад - новокаїн, гепарин, пентоксифілін) зі швидкістю 50 мл/год. У 80 хворих (31 на ішемію ІІІБ ст, 49 – ІV ст) катетеризували загальну стегнову артерію і вводили 40-80мл інфузата зі швидкістю 1–3 мл/с. Далі чередували швидке введення 20мл інфузату і повільне відсмоктування рівного об'єму крові з подальшим зворотнім швидким введенням. Загальна кількість інфузату не перевищувала 200мл. В наступні 3-7 днів продовжу-

вали форсоване в/а введення по 20 мл 3-4 рази на добу.

Результати дослідження та їх обговорення

При тривалому в/а введенні 5 з 7 хворих відмічали сильний дискомфорт і посилення болю в зв'язку із тривалим обмеженням рухів і необхідністю тримати ногу в горизонтальному положенні. У них відмічали наростання набряку і посилення болю. В зв'язку з цим на другий-третій день переходили на проведення форсованого введення.

При першому форсованому введенні хворі на ішемію ІІІБ ст відчували „поштовх“, що за 30-65с досягав колінної ділянки, 40-85с - гомілки, 50-90с - гомілковостопної ділянки, 1-3 хв - плесна і пальців. Виникало короточасне відчуття тепла, яке у всіх хворих поширювалось до гомілки, у 25 – гомілковостопної ділянки, у 19 – плесни і лише у двох – пальців. Двоє хворих відмічали „холодні“ парестезії. При ішемії ІV ст хворі відмічали відчуття „поштовху“, що за 1-2 хв досягав гомілки, 1,5-3 хв - гомілковостопної ділянки, 2-5 хв – плесна і пальців. Виникало короточасне відчуття тепла, яке у всіх хворих поширювалось до рівня коліна, у 37-гомілки, у 26 - гомілковостопної ділянки, у 11 - плесни і лише у трьох – пальців. „Холодні“ парестезії відмічали 10 хворих.

При ішемії ІІІБ ст форсоване в/а введення купірувало біль у 8 хворих. У решти – зменшувалась її інтенсивність. У 18 хворих зберігалась необхідність 1-3 рази опускати ногу під час нічного сну (до лікування – 4-8). У 24 хворих виникало відчуття легкого тепла в проксимальній частині стопи. У 8 хворих багряне забарвлення шкіри наближалось до блідо-рожевого. Набряк стопи зменшувався. Високу ампутацію було виконано у 4 хворих (12,9%). Форсоване введення купірувало критичну ішемію у 26% хворих і зберігало опорну функцію у 87,1%. Досягнутий ефект зберігався 6-12 міс у 13 з 22 повторно обстежених пацієнтів. Фармакотерапія позитивної клінічної динаміки не забезпечувала, ішемія прогресувала. Високу ампутацію вимушені були виконати у 11 хворих (23,9%).

При ішемії ІV ст у 30 хворих купірували біль на 2-8 год. Необхідність опускати ногу зменшувалась з 4-12 до 2-6 разів за ніч. В гомілковостопній ділянці у 26

хворих виникало відчуття легкого тепла, у 11 хворих забарвлення шкіри з багряного переходило у блідо-рожеву. В дистальному відділі стопи забарвлення шкіри не змінювалось. Високі ампутації були проведені у 18 хворих (36,7%). При ішемії IV ст частка високих ампутацій зменшувалась з 66,7 до 36,7%. У пацієнтів контрольної групи позитивної клінічної динаміки не відмічали. Знижувалась лише частота опускання ноги і, незначно, інтенсивність болю. Високу ампутацію вимушені були виконати у 42 хворих (66,7%).



Рис. 1. Динаміка показників регіонарної гемодинаміки при ішемії III-B ст

Швидкість плинину крові у хворих на ішемію III-B ст зростала достовірно, але у більшості на стопі залишалась нижче критичного рівня (реактивна гіперемія – понад 70 с). Рівень систолічного тиску перевищував критичний у 8 хворих. Амплітуда і пульсативність кровоплину зростали лише на голілці. В контрольній групі показники гемодинаміки зростали недостовірно і були значно віддалені від «межі благополуччя» (рис.1). Ріст амплітуди і пульсативності кровоплину був відсутній.

При ішемії IV ст значно зростала швидкість кровоплину в ділянці голілки. На стопі цей показник опускався нижче «некротичного» рівня (реактивна гіперемія - понад 2 хв) у 12 хворих. Амплітуда і пульсативність кровоплину зростали в колінній ділянці. Це дозволило у 2/3 хворих уникнути високої ампутації. В контрольній групі позитивної динаміки не відмічали. Швидкість кровоплину на стопі залишалась у межах «некротичних показників» (рис.2). Амплітуда і пульсативність кровоплину не збільшувались.



Рис. 2. Динаміка показників регіонарної гемодинаміки при ішемії IV ст

Покращення кровоплину в ділянці голілки при форсованому в/а введенні при III-B-IV ст ішемії може супроводжуватись наростанням деструктивних змін в дистальних відділах і розвитком гангрені. У 22 хворих (27,5%) виникла необхідність високої (стегно, голілка), у 34 – низької ампутації. В контрольній групі у 53 хворих (48,6%) були вимушені виконати високу, у 25 – низьку ампутацію.

Механізм дії в/а трансфузії полягає у відновленні судинного тонуусу [2]. При сегментарному блоці і доброду розвитку коллатералей можливий перетік крові з

проксимальної частини артерії у дистальну. Під впливом форсованого введення вираженість цього явища значно зростає. Зростання градієнту тиску сприяє подоланню високого судинного опору, розкриттю коллатералей і підвищенню тиску на артеріальному кінці капіляра.

При ішемії III-IV ст виникає атонія судин, глибокі розлади мікроциркуляції і незворотні зміни тканин [3, 6]. Форсоване введення пришивдшує кровоплин і купірує описані зміни. Проте, при оклюзії великої ділянки цей ефект реалізується в колінній ділянці і на голілці. Покращення плинину крові у проксимальних відділах, де збережено судинне русло і менші гіпоксичні зміни тканин, спричиняє «обкрадання» дистальних відділів, поглиблює їх ішемію і підвищує ймовірність високої ампутації.

Позитивний вплив форсованого в/а введення можна пов'язати із пришивдшенням кровоплину, що спричиняє зростання продукції оксиду азоту і купірує ендотеліальну дисфункцію (покращення показників тесту на реактивну гіперемію) на ділянках зі збереженим функціональним резервом (пульсуючий кровоплин).

Висновки

Форсоване внутрішньоартеріальне введення - ефективний компонент комплексного лікування критичної ішемії нижніх кінцівок при нереконструктабельності і передопераційної підготовки при розвитку гангрені, що дозволяє знизити частку високих ампутацій з 48,6 до 27,5% за рахунок стабілізації гемодинаміки голілки.

Перспективи подальших досліджень

Поглиблене дослідження дії швидкого в/а введення, удосконалення техніки, уточнення тактичних аспектів при окремих видах оклюзійних уражень артерій нижніх кінцівок.

Література

1. Андожская Ю.С. Возможности гемодилуции и фотокоррекции крови в лечении больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей / Ю.С. Андожская, М.Б. Гирина, И.И. Гиринов // Вестник хирургии. – 2004. – Т. 163, №6. – С. 43-46.
2. Блажа К. Теория и практика оживления в хирургии / К. Блажа, С. Кривда. – Бухарест: Мед изд-во, 1967. – 521 с.
3. Гуч А.А. Факторы развития хронической артериальной недостаточности при сочетанных поражениях брюшной части аорты и периферических артерий / А.А. Гуч // Хирургия України. – 2002. – № 2. – С. 74-75.
4. Тутченко М.І. Ефективність внутрішньоартеріального введення лікарських препаратів у комплексному лікуванні пацієнтів із синдромом діабетичної стопи / М.І. Тутченко, В.Г. Меркотан, В.І. Смовженко [та ін.] // Хирургия України. – 2012. – №4. – С. 83-86.
5. Кошкин В.М. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей: недостатки и перспективы лечения / В.М. Кошкин // Клиническая фармакология и терапия. – 2005. – №4. – С. 72-75.
6. Черняк В.А. Поражение периферических вен при хронической критической ишемии нижних конечностей / В.А. Черняк // Серце і судини. – 2007. – №1. – С. 87-95.
7. Чудных С.М. Применение постоянных полностью имплантируемых устройств при лечении критической ишемии нижних конечностей / С.М. Чудных, В.В. Полежаев // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – №5. – С. 3-6.
8. Kandapra K. Intraarterial thrombolysis of lower extremity occlusions: a prospective, randomized comparison of forced perfused infusion and conventional slow continuous infusion / K. Kandapra, P.S. Chopra, J. Arun [et al.] // Radiology. – 1993. – V.188. – P.861-867.

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сандер С.В.

Ключевые слова: ишемия нижних конечностей, коллатеральный кровоток, внутриартериальное введение

Цель работы – оптимизация методики внутриартериального введения в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей. Обследовали 189 больных (физикальное, клиничко-лабораторное и биохимическое обследование, УЗ-сканирование, ангиография, лазерная фотоплетизмография). У 80 пациентов проводили форсированное внутриартериальное введение. При ишемии IIIБ ст форсированное введение купировало критическую ишемию у 26% больных и сохраняло опорную функцию у 87,1% (при фармакотерапии – ишемия прогрессировала, доля высоких ампутаций - 23,9%), при ишемии IV ст - снижало долю высоких ампутаций с 66,7 до 36,7%. Форсированное внутриартериальное введение - эффективный компонент комплексного лечения хронической ишемии нижних конечностей при нереконструктивности и предоперационной подготовке при развитии гангрены, позволяющий снизить долю высоких ампутаций с 48,6 до 27,5%.

Summary

OPTIMIZATION OF TECHNIQUE FOR INTRA-ARTERIAL INFUSION IN MULTIMODALITY TREATMENT OF CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA

Sander S.V.

Key words: lower limb ischemia, collateral circulation, intra-arterial infusion

The research was aimed to improve the technique of intra-arterial infusion in the multimodality treatment of critical lower limb ischemia. The study included 189 patients who underwent physical, laboratory and biochemistry investigations, ultrasound scanning, arteriography, laser photoplethysmography. Intensive intra-arterial infusion was performed on 80 patients. In cases of ischemia the intensive infusion arrested critical ischemia in 26% of cases and provided support for 87.1% of cases (in cases when patients received drug-therapy only ischemia progressed and the percentage of hip high came to 23.9%). At ischemia of IV degree the intensive infusion decreased the percentage of hip high amputations from 66.7 to 36.7%. Thus, intensive intra-arterial infusion is an effective component of multimodality treatment for irreconstructable chronic lower limb ischemia and preoperative preparation of the patient with gangrene. In ischemia III-IV degree the method decreased the percentage of hip high amputations 48.6 to 27.5%.

УДК 616.134.1/4-007.271-036.11-02-07-08

Циповяз С.В., Янко С.В., Рябоконь А.М.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Одесский национальный медицинский университет

КУ Городская клиническая больница № 9 им. проф. А.И. Минакова Одесса, Украина

В статье проведен анализ причин острых окклюзий артерий верхних конечностей, оценка выбранной тактики лечения, эффективности эмбол-тромбэктомии выполненной в ранние сроки от начала заболевания в отделении неотложной хирургии. Всего проанализированы результаты лечения 21 пациента, из которых женщин было 12 (57%), мужчин – 9 (43%). Диагностика включала общеклинические анализы крови, дуплексное ангиосканирование сосудов верхних конечностей, ЭхоКс, ЭКГ. Наилучшие результаты лечения при острых артериальных тромбозах получены у больных с I-IIА степенью острой ишемии, которым была выполнена экстренная тромбэктомия.

Ключевые слова: верхняя конечность, острая артериальная непроходимость, тромбоз.

Робота являється фрагментом теми «Розробка мініінвазивних методів хірургічного лікування грудної клітини, черевної порожнини, судин, метаболічного синдрому», № Госреєстрації 0109U008568

Введение

Проблема острой артериальной непроходимости (ОАН) привлекает внимание исследователей с давних времен. В 1856 г. R. Virchow теоретически обосновал природу непроходимости артерий. Вирховская триада тромбообразования (замедление тока крови, изменение или повреждение внутренней оболочки сосуда и повышение свертываемости крови) до сих пор сохраняет свое патогенетическое значение [1,3]. Среди причин ОАН эмболии составляют 56,6%, тромбозы - 43,4% [8]. Причиной эмболии сосудов верхних конечностей в 95% случаев являются заболевания сердца [6]. Реже - это следствие изъязвления бляшек подключичной артерии, аневризмы дуги аорты и парадоксальные эмболии, исходящие из незаращенного овального отверстия [2,4]. 60-80% больных страдают мерцательной аритмией. Это позволяет считать, что

аритмия способствует формированию и мобилизации сердечных тромбов и приводит к периферической тромбоземболии [5].

Острые артериальные окклюзии, вызванные тромбозом или эмболией, относятся к экстренной хирургии сосудов. Основными факторами, определяющими тактику лечения больного в стационаре, являются время, прошедшее с момента закупорки или травмы, степень выраженности ишемии тканей, уровень поражения и общее состояние больного. Из-за несвоевременной диагностики или позднего обращения больных в стационар возможности специализированной ангиохирургической помощи этим больным оказываются ограниченными, а выполнение хирургического вмешательства иногда - невозможным [3,5, 7].

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДИКИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Сандер С.В.

Ключевые слова: ишемия нижних конечностей, коллатеральный кровоток, внутриаартериальное введение

Цель работы – оптимизация методики внутриаартериального введения в комплексном лечении критической ишемии нижних конечностей. Обследовали 189 больных (физикальное, клинко-лабораторное и биохимическое обследование, УЗ-сканирование, ангиография, лазерная фотоплетизмография). У 80 пациентов проводили форсированное внутриаартериальное введение. При ишемии IIIБ ст форсированное введение купировало критическую ишемию у 26% больных и сохраняло опорную функцию у 87,1% (при фармакотерапии – ишемия прогрессировала, доля высоких ампутаций - 23,9%), при ишемии IV ст - снижало долю высоких ампутаций с 66,7 до 36,7%. Форсированное внутриаартериальное введение - эффективный компонент комплексного лечения хронической ишемии нижних конечностей при нереконструктивности и предоперационной подготовке при развитии гангрены, позволяющий снизить долю высоких ампутаций с 48,6 до 27,5%.

Summary

OPTIMIZATION OF TECHNIQUE FOR INTRA-ARTERIAL INFUSION IN MULTIMODALITY TREATMENT OF CRITICAL LOWER LIMB ISCHEMIA

Sander S.V.

Key words: lower limb ischemia, collateral circulation, intra-arterial infusion

The research was aimed to improve the technique of intra-arterial infusion in the multimodality treatment of critical lower limb ischemia. The study included 189 patients who underwent physical, laboratory and biochemistry investigations, ultrasound scanning, arteriography, laser photoplethysmography. Intensive intra-arterial infusion was performed on 80 patients. In cases of ischemia the intensive infusion arrested critical ischemia in 26% of cases and provided support for 87.1% of cases (in cases when patients received drug-therapy only ischemia progressed and the percentage of hip high came to 23.9%). At ischemia of IV degree the intensive infusion decreased the percentage of hip high amputations from 66.7 to 36.7%. Thus, intensive intra-arterial infusion is an effective component of multimodality treatment for irreconstructable chronic lower limb ischemia and preoperative preparation of the patient with gangrene. In ischemia III-IV degree the method decreased the percentage of hip high amputations 48.6 to 27.5%.

УДК 616.134.1/4-007.271-036.11-02-07-08

Циповяз С.В., Янко С.В., Рябоконь А.М.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Одесский национальный медицинский университет

КУ Городская клиническая больница № 9 им. проф. А.И. Минакова Одесса, Украина

В статье проведен анализ причин острых окклюзий артерий верхних конечностей, оценка выбранной тактики лечения, эффективности эмбол-тромбэктомии выполненной в ранние сроки от начала заболевания в отделении неотложной хирургии. Всего проанализированы результаты лечения 21 пациента, из которых женщин было 12 (57%), мужчин – 9 (43%). Диагностика включала общеклинические анализы крови, дуплексное ангиосканирование сосудов верхних конечностей, ЭхоКс, ЭКГ. Наилучшие результаты лечения при острых артериальных тромбозах получены у больных с I-IIА степенью острой ишемии, которым была выполнена экстренная тромбэктомия.

Ключевые слова: верхняя конечность, острая артериальная непроходимость, тромбоз.

Робота являється фрагментом теми «Розробка мініінвазивних методів хірургічного лікування грудної клітини, черевної порожнини, судин, метаболічного синдрому», № Госреєстрації 0109U008568

Введение

Проблема острой артериальной непроходимости (ОАН) привлекает внимание исследователей с давних времен. В 1856 г. R. Virchow теоретически обосновал природу непроходимости артерий. Вирховская триада тромбообразования (замедление тока крови, изменение или повреждение внутренней оболочки сосуда и повышение свертываемости крови) до сих пор сохраняет свое патогенетическое значение [1,3]. Среди причин ОАН эмболии составляют 56,6%, тромбозы - 43,4% [8]. Причиной эмболии сосудов верхних конечностей в 95% случаев являются заболевания сердца [6]. Реже - это следствие изъязвления бляшек подключичной артерии, аневризмы дуги аорты и парадоксальные эмболии, исходящие из незаращенного овального отверстия [2,4]. 60-80% больных страдают мерцательной аритмией. Это позволяет считать, что

аритмия способствует формированию и мобилизации сердечных тромбов и приводит к периферической тромбоземболии [5].

Острые артериальные окклюзии, вызванные тромбозом или эмболией, относятся к экстренной хирургии сосудов. Основными факторами, определяющими тактику лечения больного в стационаре, являются время, прошедшее с момента закупорки или травмы, степень выраженности ишемии тканей, уровень поражения и общее состояние больного. Из-за несвоевременной диагностики или позднего обращения больных в стационар возможности специализированной ангиохирургической помощи этим больным оказываются ограниченными, а выполнение хирургического вмешательства иногда - невозможным [3,5, 7].

Цель работы

Проведение ретроспективного анализа причин острых окклюзий артерий верхних конечностей, оценка выбранной тактики лечения, эффективности эмбол-тромбэктомии, выполненной в ранние сроки от начала заболевания.

Материалы и методы

В I хирургическом отделении ГКБ № 9 им. проф. Минакова А.И. г. Одессы за период с 2006 г. по 2012 г. находился на лечении 21 пациент с ОАН верхних конечностей: 12 (57%) женщин, 9 (43%) – мужчин в возрасте от 51 до 85 лет.

Клиническая картина заболевания зависела от факторов, которые можно сгруппировать следующим образом:

I. Характер острой артериальной непроходимости: 1) эмболия; 2) острый тромбоз.

II. Уровень окклюзии, состояние коллатерального русла, наличие сопутствующего артериального спазма.

III. Комплекс факторов, на фоне которых развивалась острая окклюзия магистральной артерии: 1) эмболо- или тромбогенное заболевание; 2) степень декомпенсации сердечной деятельности; 3) сопутствующие заболевания; 4) возраст больного.

IV. Степень ишемии конечности.

V. Характер течения ишемии.

Для оценки ОАН применялась классификация В. С. Савельева [3].

Диагностика включала общеклинические анализы крови, дуплексное сканирование сосудов верхних конечностей, ЭхоКс, ЭКГ.

Тактика лечения острой артериальной непроходимости определялась согласно следующей таблице.

Таблица 1
Тактика лечения ОАН [3].

Степень ишемии		Эмболия	Острый тромбоз	Эмболия? Острый тромбоз?
I		Экстренная или отсроченная до 24 ч эмболэктомия для обследования и стабилизации общего состояния	Антикоагулянтная или тромболитическая терапия, обследование (ангиография, УЗДГ, УЗДС). В зависимости от динамики заболевания и данных обследования — консервативная терапия, тромболитизис, реваскуляризирующая операция*	
II	A	Экстренная операция	Антикоагулянтная или тромболитическая терапия, ангиография, УЗДС, УЗДГ, тромболитизис, ROT, реваскуляризирующая операция в первые 24 ч**	
	B	Экстренное оперативное лечение		
	B	Экстренная реваскуляризация + фасциотомия		
III	A	Экстренная реваскуляризация, некрэктомия, отсроченная ампутация		
	B	Первичная ампутация		

Консервативная терапия применялась у пациентов как самостоятельный метод лечения или в сочетании с оперативным вмешательством.

В качестве предоперационной подготовки и для послеоперационного ведения у всех пациентов использовались низкомолекулярные гепарины (клексан, фраксипарин согласно схеме) с постепенным переводом на таблетированные антикоагулянты непрямого действия, реологические препараты (реосорбилакт (400 мл/сут), никотиновая кислота (5 мг/кг), трентал (2мг/кг), тивортин 200 (мл/сутки)), озонотерапия (озонированный р-р 0,9% NaCl 200,0).

Консервативная терапия как самостоятельный метод лечения применялась у пациентов с IIB-III ст., которые обратились в стационар в поздние сроки от начала заболевания. Она состояла в комплексной анти-тромботической терапии, включавшей либо внутримышечное введение гепарина по 75 ЕД/кг каждые 4 часа, либо непрерывное внутривенное введение гепарина (450—500 ЕД/кг), реосорбилакта (400мл/сут), никотиновой кислоты (5 мг/кг), трентала (2 мг/кг), тивортина 200 (мл/сутки), озонированный р-р 0,9% NaCl 200,0/сутки (концентрация ОКС 1мг/л). После окончания непрерывной инфузии пациенты переводились на внутримышечное введение гепарина по 75 ЕД/кг каждые 4 часа и никотиновой кислоты по 0,5 мг/кг ка-

ждые 6 часа. Дробная терапевтическая гепаринизация продолжалась до 10 суток в зависимости от состояния системы гемостаза с последующим переводом на таблетированные антикоагулянты непрямого действия.

В течение всего срока госпитализации осуществлялся лабораторный контроль общепринятых показателей свертывающей системы крови: протромбиновый индекс, фибриноген, время рекальцификации, МНО.

Из анализируемой группы пациентов у 12 (57%) больных с ОАН диагностированы заболевания сердца, осложненные нарушениями сердечного ритма: чаще в виде фибрилляции предсердий – у 6 (28,6%), мерцательной аритмии – у 3 (14,3%), желудочковой экстрасистолии – у 2 (9,5%), пароксизмальной предсердной тахикардии – у 1 (4,8) пациента, которые способствуют внутрисердечному тромбообразованию. У 8 (38,1%) пациентов выявлена ИБС с явлениями атеросклероза сосудов верхних и нижних конечностей без нарушения сердечного ритма.

У 1 (4,8%) больного причиной ОАН было обнаружено заболевание сосудов верхних конечностей по типу энтертериита.

Тактика выбранного лечения, причины возникновения ОАН у анализируемой группы больных приведены в таблице 2:

Таблиця 2.

Оперативные вмешательства в зависимости от причин и локализации артериальной непроходимости

Уровень ОАН	Количество пациентов			Тактика лечения	
	Всего	Эмболия	Тромбоз	Оперативное	Консервативное
Острая непроходимость левой локтевой артерии	3	1	2	Эмболектomia из левой локтевой артерии (n-1)	2
Острая непроходимость левой плечевой артерии	3	2	1	Эмболектomia из левой плечевой артерии (n-1)	2
Острая непроходимость правой плечевой артерии	8	6	2	Эмболектomia из правой плечевой артерии (n-5) Тромбэктомия из правой плечевой артерии (n-2) Ампутация правой в/ конечности в средней трети плеча (n-1)	
Острая непроходимость левой подмышечной, плечевой артерий	5	2	3	Эмболектomia из подмышечной, плечевой артерии (n-2) Тромбэктомия из подмышечной, плечевой артерии (n-2)	1
Острая непроходимость (эмболия) правой подмышечной, плечевой артерий	1	1		Эмболектomia из подмышечной, плечевой артерий (n-1)	
Острая непроходимость (эмболия) левой лучевой артерии (n-1)	1	1			1
Всего	21	13 (61,9%)	8 (38,1%)	15 (71,4%)	6 (28,6%)

Результаты и обсуждение

Из группы анализируемых больных (21 пациент) с ОАН сосудов верхних конечностей у 13 (61,9%) причиной заболевания являлась эмболия артерий верхних конечностей, у 8 (38,1%) пациентов - тромбоз.

В группе больных с ОАН сосудов верхних конечностей, причиной которой была эмболия, у 13 (61,9%) имелись заболевания сердца с нарушениями ритма сердечной деятельности.

Среди пациентов с ОАН сосудов верхних конечностей, причиной которой был тромбоз, у 8 (38,1%) имелись признаки хронического облитерирующего поражения артерий (чаще атеросклеротического генеза), с атеросклеротической кардиопатией – у 7 (33,3%) больных и признаки хронического облитерирующего поражения артерий по типу эндартериита - у 1 (4,8%) пациента.

Наилучшие результаты лечения при острых артериальных тромбозах получены у больных с I-IIA степенью острой ишемии, которым была выполнена экстренная тромбэктомия. При поздних обращениях в стационар (6 человек (28,6%)), степень ишемии была IIB - III степени. При проведении консервативной терапии удалось добиться положительной динамики у 5 пациентов (23,8%), у 1 пациента (4,8%) была выполнена ампутация плеча (обращение на 10-е сутки с момента начала заболевания).

В 96% случаев причиной ОАН послужили заболевания сердца, такие как атеросклеротические кардиопатии, нарушения ритма сердечной деятельности. 38,1% ОАН составили больные с ИБС и ее осложнениями. В 1 (4,8%) случае причиной тромбоза являлся облитерирующий эндартериит сосудов верхних конечностей.

Выводы

Течение острой ишемии у больных может быть регрессирующим, стабильным или прогрессирующим в зависимости от локализации и распространенности окклюзионного процесса, наличия коллатерального кровотока.

Характер хирургической тактики и прогноз течения острой ишемии верхних конечностей зависит от локализации и распространенности острой окклюзии, наличия коллатерального кровотока.

В экстренном порядке вмешательства по восста-

новлению кровотока должны проводиться пациентам с выраженными ишемическими изменениями конечностей (парез, паралич) и больным с низкими степенями острой ишемии, у которых определены предпосылки к развитию тромбоза артерий периферического русла.

Наилучшие результаты лечения при острых артериальных тромбозах получены у больных с I-IIA степенью острой ишемии, которым была выполнена экстренная тромбэктомия.

Экстренное вмешательство по восстановлению кровообращения в 1 сутки госпитализации предпочтительно у всех пациентов с острыми эмболиями, тромбозами артерий верхних конечностей I-IIA степени, когда пробная консервативная терапия, проводимая в течение 2-4 часов при субкомпенсации кровообращения конечности, не дала положительного результата.

Консервативное лечение как самостоятельный вид лечения допустимо у больных с IIB - III степенью острой ишемии, когда имеется субкомпенсированное кровообращение в конечности, в поздние сроки обращения, тяжелой сопутствующей патологией и положительной динамикой клинического течения заболевания.

Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование с определением наличия коллатерального кровотока и венозного оттока в дистальных отделах конечности должно выполняться всем больным с диагнозом «острая артериальная непроходимость» в качестве скринингового метода определения степени ишемии конечности.

Литература

1. Белов Ю. В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники / Ю. В. Белов. – М.: Де Ново, 2000. – 448 с.
2. Гусак В. К. Опыт лечения острых тромбозов магистральных артерий конечностей атеросклеротической этиологии / В. К. Гусак, В. В. Иващенко // Клиническая хирургия. – 1985. – № 7. – С. 42-43.
3. Клиническая ангиология : Руководство / Под ред. А. В. Покровского. В двух томах – Т.1. – М.: Медицина, 2004. – 808 с.
4. Коновец Ю. А. Результаты лечения пациентов с острой артериальной непроходимостью / Ю. А. Коновец, А. А. Мазуренко, П. В. Толпыгин [и др.] // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра СО РАМН. – 2007. – № 4. – С.98-99.
5. Савельев В. С. Эмболии бифуркации аорты и магистральных артерий конечностей (клиника, диагностика, лечение) / В. С. Савельев, И. И. Затевахин. – М.: Медицина, 1970. – 167 с.

6. Abbott W. M. Arterial embolism: A 44 year perspective / W. M. Abbott, R. D. Maloney, C. C. McCabe [et al.] // Am. J. Surg. – 1982. – V. 143. – P. 460.
7. Blaisdell F. W. Management of acute lower extremity arterial ischemia due to embolism and thrombosis / F. W. Blaisdell, M. Seale, R. B. Allen // Surgery. – 1978. – V. 84, № 6. – P. 822-834.
8. Haimovici H. Arterial embolism of the extremities and technique of embolectomy. Acute arterial thrombosis / H. Haimovici // In. : Haimovici's vascular surgery. - Cambridge : Blackwell Science, 1996. – P. 423-444, 458-465.

Реферат

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ АРТЕРІАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК

Ціповяз С.В., Янко С.В., Рябоконь А.М.

Ключові слова: верхня кінцівка, гостра артеріальна непрохідність, тромбоз.

У статті проведено ретроспективний аналіз причин гострих оклюзій артерій верхніх кінцівок, оцінка обраної тактики лікування, ефективності ембол-тромбектомії, виконаної в ранні терміни від початку захворювання у відділенні невідкладної хірургії. Всього проаналізовані результати лікування 21 пацієнта, з яких жінок було 12 (57%), чоловіків – 9 (43%). Діагностика включала загальноклінічні аналізи крові, дуплексне ангіосканування судин верхніх кінцівок, ЕХОКс, ЕКГ. Найкращі результати лікування при гострих артеріальних тромбозах отримані у хворих з I-IIA ступенем гострої ішемії, яким була виконана екстрена тромбектомія.

Summary

MANAGEMENT OF ACUTE ARTERIAL OBSTRUCTION IN UPPER LIMBS

Tsipoviyaz S.V., Yanko S.V., Ryabokon A.M.

Key words: upper extremity, acute arterial occlusion, thrombosis.

The analysis of the causes led to acute arterial obstruction in upper extremities, the assessment of the management used, and the effectiveness of thrombectomy performed at the early stages of the disease at the Department of Urgent Surgery are discussed in this article. The results of the treatment of 21 patients (12 (57%) females and 9 (43%) males) are presented. Diagnosis included general blood test, the duplex scanning for blood vessels of upper extremities, EhoCs, ECG. The best results of the treatment of acute arterial thrombosis have been achieved in the patients with I-IIA stage of acute ischemia, who underwent urgent thrombectomy.

ХІРУРГІЧНА ТРАВМА

УДК 617.55-001.31

Крилюк В.О., Кушнір В.А.

ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ ПРИ ТЯЖКІЙ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (м.Київ).

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (м.Київ)

В роботі вивчено особливість розвитку ендогенної інтоксикації при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини у експериментальних тварин. Виявлено, що протягом перших 24 годин в післятравматичному періоді спостерігається постійне наростання показників молекул середньої маси. Так, до 24 години спостереження показник MCM_{254} зріс у 9,5 та MCM_{280} у 10,2 рази. Також лабораторно підтверджено порушення функції внутрішніх органів.

Ключові слова: поєднана травма, ендогенна інтоксикація, експеримент.

Назва та номер держреєстрації наукової теми - "Розробити нові колоїдні плазмозамінники поліфункціональної дії та розчини для консервування крові і ресуспендування еритроцитів (лабораторно-експериментальні та клінічні дослідження)" (КПКВ 6561040, № держреєстрації 0110U002253)

Вступ

Тяжка травма на даний час вийшла на перше місце серед причин смерті у населення працездатного віку, причому у осіб, що не досягнули повноліття, поєднана травма є причиною смерті у 80% випадків [1, 3]. В Україні смертність тільки внаслідок дорожньо-транспортних пригод щорічно становить близько 6-7 тисяч чоловік. Найбільшу питому вагу в цій статистиці посідає поєднана травма, що складає 60-70 % [2]. Летальність при поєднаних травмах досягає 40-80 % [6, 7]. Значна частина постраждалих отримують тяжку поєднану травму органів черевної порожнини.

В наукових роботах дослідники вказують на необхідність вивчення особливостей розвитку травматичної хвороби. Так, однією з центральних ланок патогенезу травматичної хвороби є ендогенна інтоксикація. З одного боку, саме ендотоксикоз є причиною порушення функції більшості органів і систем і формування поліорганної недостатності, з іншого боку, саме порушення функції життєвоважливих органів (печінки, нирок, шлунково-кишкового тракту, центральної нервової системи, серцево-судинної системи) приводять до пригнічення процесів детоксикації з розвитком явищ ендотоксикозу [4]. Крім цього, ендотоксикоз є причиною системної запальної відповіді і одним з найважливіших факторів, що визначає перебіг та тяжкість травматичної хвороби [5].

Вищевказане спонукало нас до проведення дослідження.

Мета роботи

Вивчити особливості розвитку ендогенної інтоксикації при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини.

Матеріали та методи

У статевозрілих самців білих щурів, лінії Вістар, масою від 200 до 220 г змодельовано тяжку поєднану травму органів черевної порожнини: після проведення пропофолового наркозу тварині наносили дозований удар у ділянку черевної порожнини за допомогою спеціального пристрою. Крововтрата досягалась шляхом доступу і пересікання стегнової вени в об'ємі

від 20 до 22 % об'єму циркулюючої крові тварини, з наступним перелом стегнової кістки. Тварин обстежували через 1, 6, 12 та 24 год після нанесення травми, що відповідало періоду гострої реакції на травму. Кожна дослідна група включала 12 тварин. Отримані показники порівнювались з контрольною групою (12 здорових тварин), яких тільки вводили в наркоз.

Для визначення показників ендогенної інтоксикації нами визначались молекули середньої маси (MCM_{250} та MCM_{280}). Окрім того проводилось дослідження креатиніну, сечовини, лужної фосфатази (ЛФ), кислої фосфатази (КФ), аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартамінотрансферази (АсАТ).

Обробка статистичних даних проводилась за допомогою програми STATISTICA 8.0.

Під час роботи з лабораторними тваринами дотримувались міжнародних вимог про гуманне поводження з тваринами відповідно до правил "Європейської конвенції захисту хребетних тварин, яких використовують з експериментальною та іншою науковою метою" (European Convention, 1984); методичних рекомендацій ДФЦ МОЗ України про "Доклінічні дослідження лікарських засобів". Евтаназію щурів протягом усього експерименту проводили шляхом тотального кровопускання з серця після попереднього пропофолового наркозу (60 мг/кг внутрішньовенно).

Отримані результати та їх обговорення

Так, у відповідь на поєднану травму органів черевної порожнини відмічались односпрямовані відхилення активності АлАТ та АсАТ у бік їх зростання до 24 год спостереження. Статистично достовірні різниці ($p < 0,001$) між показниками КГ та ГД спостерігалась через 6, 12 та 24 год (див. табл. 1). По показнику АлАТ в контрольних точках дослідження спостерігалась достовірні різниці між показниками 1-6 год, 12-24 год ($p < 0,001$) та 6-12 год ($p < 0,05$). По показнику АсАТ в контрольних точках дослідження спостерігалась достовірні різниці між показниками 1-6 та 6-12 ($p < 0,001$) та 12-24 ($p < 0,05$). АлАТ та АсАТ є ендогенними ферментами з групи трансфераз, підгрупи трансаміназ. Підвищення рівня АлАТ в порівнянні з АсАТ свідчить про пошкодження клітин печінки.

ХІРУРГІЧНА ТРАВМА

УДК 617.55-001.31

Крилюк В.О., Кушнір В.А.

ЕНДОГЕННА ІНТОКСИКАЦІЯ ПРИ ТЯЖКІЙ ПОЄДНАНІЙ ТРАВМІ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ В ЕКСПЕРИМЕНТІ

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (м.Київ).

ДЗ «Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України» (м.Київ)

В роботі вивчено особливість розвитку ендогенної інтоксикації при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини у експериментальних тварин. Виявлено, що протягом перших 24 годин в післятравматичному періоді спостерігається постійне наростання показників молекул середньої маси. Так, до 24 години спостереження показник MCM_{254} зріс у 9,5 та MCM_{280} у 10,2 рази. Також лабораторно підтверджено порушення функції внутрішніх органів.

Ключові слова: поєднана травма, ендогенна інтоксикація, експеримент.

Назва та номер держреєстрації наукової теми - "Розробити нові колоїдні плазмозамінники поліфункціональної дії та розчини для консервування крові і ресуспендування еритроцитів (лабораторно-експериментальні та клінічні дослідження)" (КПКВ 6561040, № держреєстрації 0110U002253)

Вступ

Тяжка травма на даний час вийшла на перше місце серед причин смерті у населення працездатного віку, причому у осіб, що не досягнули повноліття, поєднана травма є причиною смерті у 80% випадків [1, 3]. В Україні смертність тільки внаслідок дорожньо-транспортних пригод щорічно становить близько 6-7 тисяч чоловік. Найбільшу питому вагу в цій статистиці посідає поєднана травма, що складає 60-70 % [2]. Летальність при поєднаних травмах досягає 40-80 % [6, 7]. Значна частина постраждалих отримують тяжку поєднану травму органів черевної порожнини.

В наукових роботах дослідники вказують на необхідність вивчення особливостей розвитку травматичної хвороби. Так, однією з центральних ланок патогенезу травматичної хвороби є ендогенна інтоксикація. З одного боку, саме ендотоксикоз є причиною порушення функції більшості органів і систем і формування поліорганної недостатності, з іншого боку, саме порушення функції життєвоважливих органів (печінки, нирок, шлунково-кишкового тракту, центральної нервової системи, серцево-судинної системи) приводять до пригнічення процесів детоксикації з розвитком явищ ендотоксикозу [4]. Крім цього, ендотоксикоз є причиною системної запальної відповіді і одним з найважливіших факторів, що визначає перебіг та тяжкість травматичної хвороби [5].

Вищевказане спонукало нас до проведення дослідження.

Мета роботи

Вивчити особливості розвитку ендогенної інтоксикації при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини.

Матеріали та методи

У статевозрілих самців білих щурів, лінії Вістар, масою від 200 до 220 г змодельовано тяжку поєднану травму органів черевної порожнини: після проведення пропософолового наркозу тварині наносили дозований удар у ділянку черевної порожнини за допомогою спеціального пристрою. Крововтрата досягалась шляхом доступу і пересікання стегнової вени в об'ємі

від 20 до 22 % об'єму циркулюючої крові тварини, з наступним перелом стегнової кістки. Тварин обстежували через 1, 6, 12 та 24 год після нанесення травми, що відповідало періоду гострої реакції на травму. Кожна дослідна група включала 12 тварин. Отримані показники порівнювались з контрольною групою (12 здорових тварин), яких тільки вводили в наркоз.

Для визначення показників ендогенної інтоксикації нами визначались молекули середньої маси (MCM_{250} та MCM_{280}). Окрім того проводилось дослідження креатиніну, сечовини, лужної фосфатази (ЛФ), кислої фосфатази (КФ), аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспартамінотрансферази (АсАТ).

Обробка статистичних даних проводилась за допомогою програми STATISTICA 8.0.

Під час роботи з лабораторними тваринами дотримувались міжнародних вимог про гуманне поводження з тваринами відповідно до правил "Європейської конвенції захисту хребетних тварин, яких використовують з експериментальною та іншою науковою метою" (European Convention, 1984); методичних рекомендацій ДФЦ МОЗ України про "Доклінічні дослідження лікарських засобів". Евтаназію щурів протягом усього експерименту проводили шляхом тотального кровопускання з серця після попереднього пропофолового наркозу (60 мг/кг внутрішньовенно).

Отримані результати та їх обговорення

Так, у відповідь на поєднану травму органів черевної порожнини відмічались односпрямовані відхилення активності АлАТ та АсАТ у бік їх зростання до 24 год спостереження. Статистично достовірні різниці ($p < 0,001$) між показниками КГ та ГД спостерігалась через 6, 12 та 24 год (див. табл. 1). По показнику АлАТ в контрольних точках дослідження спостерігалась достовірні різниці між показниками 1-6 год, 12-24 год ($p < 0,001$) та 6-12 год ($p < 0,05$). По показнику АсАТ в контрольних точках дослідження спостерігалась достовірні різниці між показниками 1-6 та 6-12 ($p < 0,001$) та 12-24 ($p < 0,05$). АлАТ та АсАТ є ендогенними ферментами з групи трансфераз, підгрупи трансаміназ. Підвищення рівня АлАТ в порівнянні з АсАТ свідчить про пошкодження клітин печінки.

Таблиця 1.
Активність індикаторних ферментів та показники ендогенної інтоксикації (M±m)

Показник	Контроль (n=12)	Контрольні точки дослідження			
		1 год (n=12)	6 год (n=10)	12 год (n=7)	24 год (n=5)
АлАТ, Од·л ⁻¹	47,6±2,08	62,2±3,00	82,5±2,7***	95,6±4,66***	156±6,3***
АсАТ, Од·л ⁻¹	298,3±7,27	306,9±6,5	453,3±9,38***	505,2±7,56***	587,4±31,51***
MCM ₂₅₄ , ум. од.	0,015±0,0025**	0,032±0,0045***	0,143±0,007***	0,150±0,028***	0,168±0,016***
MCM ₂₈₀ , ум. од.	0,014±0,0019	0,034±0,003	0,144±0,007***	0,152±0,01**	0,180±0,022***
Сечовина, ммоль/л	112,54±3,18	118,54±3,01	131,34±2,45***	149,65±4,69***	203,33±5,07***
Креатинін, ммоль/л	73,6±2,8	101,9±2,9	145,6±5,2***	212,8±5,66***	308,3±8,36***
ЛФ, од/л	404,4±14,03	411,5±9,39	443,3±10,18*	488,1±12,7*	448,0±16,63*
КФ, од/л	5,8±0,18	14,3±1,21*	50,6±2,74***	49±2,49***	34,3±2,0***

Примітка. * – достовірність відмінностей стосовно контрольної групи (* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$).

Односпрямовані відхилення активності у бік постійного зростання спостерігались також у показників сечовини та креатиніну. Так, показник сечовини до 24 год зріс у 1,8 рази відносно початкового рівня та рівень креатиніну у 4,2 рази відповідно. Достовірна різниця ($p < 0,001$) відносно КГ для двох показників була через 6, 12 та 24 год. У ГД достовірна різниця ($p < 0,001$) спостерігалась між всіма контрольними точками дослідження. Зростання показника креатиніну (гіперкреатинемія) свідчить про розвиток неолігоуричного варіанту гострої ниркової недостатності (відповідно до класифікації Г.Маждракова и Э.Патаева (1980). Зростання кількості сечовини, свідчить про активні процеси розпаду білка у піддослідних тварин.

Зміни показників молекул середньої маси були наступними: MCM₂₅₄ – в порівнянні з КГ починаючи з першої години спостерігалась достовірна різниця ($p < 0,001$), максимально наростання показника відбувалося через 6 год після травми (у 9,5 рази). Між показниками у контрольних точках достовірної різниці спостерігалась тільки між 1 та 6 год ($p < 0,001$), між 6 та 12 год та 12 і 24 год достовірної різниці не було ($p > 0,05$). MCM₂₈₀ – між КГ достовірна різниця спостерігалась починаючи з 6 години ($p < 0,001$) та була достовірною до 24 год. Найбільше зростання також спостерігалось через 6 год коли показник збільшився у порівнянні з середнім показником у контрольній групі у 10,2 рази. Між показниками в контрольних точках достовірної різниці спостерігалась тільки між 1 та 6 год ($p < 0,001$), між 6 та 12 год та 12 і 24 год достовірної різниці не було ($p > 0,05$).

Рівень MCM є точним критерієм наявності та вираженості синдрому "метаболічної інтоксикації" [3]. Прояви біологічної активності середньомолекулярних пептидів мають вазо-, кардіо-, нейро- та імуносупресивні властивості, чинять інгібуючий вплив на метаболічні процеси. Під дією CM порушуються процеси транспорту амінокислот, перекисного окислення ліпідів [3].

Наростання показника ЛФ спостерігалось починаючи з до 12 год експерименту з незначним зменшенням до 24 год. Достовірна різниця ($p < 0,05$) з КГ спостерігалась через 6, 12 та 24 год. Між контрольними точками достовірної різниці не було. Показник КФ досягав максимального значення в порівнянні з КГ через 6 год, та знижувався до 24 год спостереження. Достовірна різниця ($p < 0,001$) спостерігалась починаючи з першої години спостереження. Аналізуючи зміни показників ЛФ та КФ, можна стверджувати про порушення функції печінки та нирок.

Таким чином, отримані під час експерименту дані з одного боку підтверджують дані інших авторів про

розвиток метаболічного типу ендогенної інтоксикації при поєднаній травмі, з іншого боку необхідно проведення подальших досліджень з метою уточнення патофізіологічних особливостей розвитку травматичної хвороби. Зокрема потребує уточнення вплив ендогенної інтоксикації на систему перекисного окислення ліпідів та імунологічну резистентність при тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини.

Висновки

1. При тяжкій поєднаній травмі органів черевної порожнини спостерігається наростання рівня MCM₂₅₄ у 9,5 та MCM₂₈₀ у 10,2 рази, що вказує на розвиток метаболічної ендогенної інтоксикації.

2. Лабораторно підтверджено порушення функції нирок та печінки, що опосередковано може свідчити про початок розвитку синдрому поліорганної недостатності починаючи з 12 год після отримання травми.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати свідчать про необхідність проведення подальших експериментальних досліджень, та підтвердження їх результатів у клініці. Зокрема, перспективним є вивчення впливу інфузійної терапії, в ранньому післятравматичному періоді на особливості розвитку синдрому ендогенної інтоксикації.

Література

1. Александрова О.С. Факторный анализ проявлений полиорганной недостаточности и их роли в наступлении неблагоприятного исхода у пострадавших с сочетанной травмой живота / О. С. Александрова, Ю. М. Гаин // Медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 19–23.
2. Голобородько М.К. Диагностические критерии иммунофизиологических нарушений при политравме и шоку / М.К. Голобородько, О.М. Климова, В.В. Булага [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2004. – №5. – С. 36–38.
3. Яременко А. В. Застосування фраксипарину в комплексній терапії ендогенної інтоксикації в Коган / А. В. Яременко [та ін.] // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2001. – № 2. – С. 59–60.
4. Савченкова Л. В. Обґрунтування шляхів фармакокорекції шокної травми / Л. В. Савченкова, Д. М. Болгов, О. А. Коробков // Проблеми військової охорони здоров'я. – К. : Янтар, 2002. – С. 441–443.
5. Dente C.J. Early predictors of massive transfusion in patients sustaining torso gunshot wounds in a civilian level I trauma center / C.J. Dente, B.H. Shaz, J.M. Nicholas [et al.] // J Trauma. – 2010. – V.68. – P.298–304.
6. Behdad A. Evaluation of Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) Score as a Predictor of Mortality in Trauma Patients / A. Behdad, M. Hosseinpour // European Journal of Trauma. – 2006. – V. 32, № 5. – P. 464–467.
7. Tomita M. Gene expression in rat lungs during early response to paraquat-induced oxidative stress / M. Tomita, T. Okuyama, H. Katsuyama [et al.] // Int. J. Mol. Med. – 2006. – V. 17, № 1. – P. 37–44.

Реферат

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Крылюк В.Е., Кушнир В.А.

Ключевые слова: тяжелая сочетанная травма, эндогенная интоксикация, эксперимент.

В работе изучены особенности развития эндогенной интоксикации при тяжелой сочетанной травме органов брюшной полости у экспериментальных животных. Выявлено, что в течение первых 24 часов после травматического периода наблюдается постоянное нарастание показателей молекул средней массы. Так, до 24 часов наблюдения показатель MCM254 вырос в 9,5 и MCM280 в 10,2 раза. Также выявлены нарушения функции внутренних органов, что подтверждено лабораторными данными.

Summary

ENDOGENOUS INTOXICATION IN MODELED ABDOMINAL POLYTRAUMA IN

Krylyuk V.Ye., Kushnir V.A.

Keywords: combined injury, endogenous intoxication, experiment.

This article describes the characteristics of endogenous intoxication in modeled abdominal polytrauma in animals. It was revealed that during the first 24 hours following traumatic period there was a steady increase in the average molecular weight indicators. So, up to 24 hours of observation the index of AMW254 (the average molecular weight) rose in 9.5 times and MSM280 in 10.2 times. Some impairment in functioning of abdominal viscera was also reported that was confirmed by laboratory findings.

УДК 616.411-001-053.5

Ксьонз І.В.

ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ЖИВОТА ТА ПОШКОДЖЕННЯМ СЕЛЕЗИНКИ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м.Полтава)

В статті зроблений порівняльний аналіз гемограм дітей із закритою травмою селезінки (n=134) та закритою травмою живота (n=90). Діти були розподілені на вікові групи 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 років та за статеву ознакою. Підвищення артеріального (систолічного та діастолічного) тиску є у дітей всіх вікових груп з закритою травмою селезінки. Показники гемоглобіну та еритроцитів суттєво не змінюються, але має місце підвищення кількості лейкоцитів з нейтрофільним зсувом формули вліво та помірною лімфопенією у дітей з закритими пошкодженнями селезінки. При проведенні диференційної діагностики між закритим пошкодженнями селезінки та закритою травмою живота недостатньо даних гемограми, визначення артеріального тиску та пульсу.

Ключові слова: діти, травма, селезінка, гемограма.

Представлена робота є фрагментом наукової теми «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», номер державної реєстрації 0105U007095.

Вступ

Надання спеціалізованої хірургічної допомоги дітям з закритою травмою живота при поєднаній та ізольованій травмі наприкінці ХХ та на початку ХХІ сторіччя є актуальною проблемою. Травми є основною причиною смерті як людей старшого віку, так і дітей [1]. Різке збільшення числа закритої травми живота пов'язано з техногенними та екологічними катастрофами, військовими діями, автодорожньою травмою, падінням з висоти і є однією з головних причин летальних випадків серед осіб працездатного віку. Тенденції до зниження кількості хворих даної категорії не спостерігається. Травми органів черевної порожнини у дітей складають до 20,2% серед усіх травматичних ушкоджень, із яких пошкодження селезінки трапляються у 30-50% випадків. Летальність при множинних та поєднаних пошкодженнях селезінки сягає до 19% без тенденції до зниження [2]. Приблизно в половині випадків травма селезінки поєднана з пошкодженнями інших органів (печінка, нирки, ліва реберна дуга та інші). Основними причинами травматизму є вулична та спортивна травми, падіння з висоти, прямий удар в живіт [8]. При аналізі причин травматичних ушкоджень селезінки з'ясовано, що селезінка пошкоджується при автомобільних катастрофах (26-35%), падінні з висоти (5-28,1%), інших травмах (8,6-24%) [4].

В останні роки в структурі причин травматичних пошкоджень селезінки відмічається збільшення до 10 разів частоти автодорожніх травм (63,3-75,8%) [11], хворих є поєднання травми з високим ступенем ле-

тальних випадків (40-60%) [9].

Висока частота ушкоджень селезінки пояснюється особливостями її анатомічного розташування, значним кровонаповненням та особливостями гістологічної структури її паренхіми.

Підходи до лікування травм селезінки у дітей змінювалися паралельно з вивченням її функцій, удосконаленням хірургічної техніки та появою доведених задокументованих випадків спонтанної зупинки кровотечі після її травмування.

Сучасна діагностика при травмах селезінки є актуальною проблемою, при чому помилки діагностики зустрічаються, як в бік гіпо-, так і гіпердіагностики. За даними ряду дослідників, у 11,5-27% постраждалих, які мали поєднану травму, при житті пошкодження селезінки не було встановлено, а саме не діагностоване травматичне ушкодження селезінки є найбільш частою причиною смерті при травмах черевної порожнини [8]. Різноманітність клінічних проявів пошкоджень органів черевної порожнини у дітей можна пояснити механізмом та характером травм, анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму, які обтяжуються шоком та травмою опорно-рухового апарату [5].

Діагностика травм селезінки основана на даних аналізу клініко-лабораторних й інструментальних досліджень, спеціальних методів досліджень (ультразвукового дослідження, КТ, лапароскопії). Першочерговим завданням при діагностиці ушкоджень є детальне вивчення анамнезу (механізму травми,

Реферат

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Крылюк В.Е., Кушнир В.А.

Ключевые слова: тяжелая сочетанная травма, эндогенная интоксикация, эксперимент.

В работе изучены особенности развития эндогенной интоксикации при тяжелой сочетанной травме органов брюшной полости у экспериментальных животных. Выявлено, что в течение первых 24 часов после травматического периода наблюдается постоянное нарастание показателей молекул средней массы. Так, до 24 часов наблюдения показатель MCM254 вырос в 9,5 и MCM280 в 10,2 раза. Также выявлены нарушения функции внутренних органов, что подтверждено лабораторными данными.

Summary

ENDOGENOUS INTOXICATION IN MODELED ABDOMINAL POLYTRAUMA IN

Krylyuk V.Ye., Kushnir V.A.

Keywords: combined injury, endogenous intoxication, experiment.

This article describes the characteristics of endogenous intoxication in modeled abdominal polytrauma in animals. It was revealed that during the first 24 hours following traumatic period there was a steady increase in the average molecular weight indicators. So, up to 24 hours of observation the index of AMW254 (the average molecular weight) rose in 9.5 times and MSM280 in 10.2 times. Some impairment in functioning of abdominal viscera was also reported that was confirmed by laboratory findings.

УДК 616.411-001-053.5

Ксьонз І.В.

ПОКАЗНИКИ ГЕМОГРАМИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ ЖИВОТА ТА ПОШКОДЖЕННЯМ СЕЛЕЗІНКИ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м.Полтава)

В статті зроблений порівняльний аналіз гемограм дітей із закритою травмою селезінки (n=134) та закритою травмою живота (n=90). Діти були розподілені на вікові групи 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 років та за статеву ознакою. Підвищення артеріального (систолічного та діастолічного) тиску є у дітей всіх вікових груп з закритою травмою селезінки. Показники гемоглобіну та еритроцитів суттєво не змінюються, але має місце підвищення кількості лейкоцитів з нейтрофільним зсувом формули вліво та помірною лімфопенією у дітей з закритими пошкодженнями селезінки. При проведенні диференційної діагностики між закритим пошкодженнями селезінки та закритою травмою живота недостатньо даних гемограми, визначення артеріального тиску та пульсу.

Ключові слова: діти, травма, селезінка, гемограма.

Представлена робота є фрагментом наукової теми «Порушення гомеостазу організму при хірургічній патології, прогнозування і корекція виявлених порушень, оптимізація діагностичної і лікувальної тактики», номер державної реєстрації 0105U007095.

Вступ

Надання спеціалізованої хірургічної допомоги дітям з закритою травмою живота при поєднаній та ізольованій травмі наприкінці ХХ та на початку ХХІ сторіччя є актуальною проблемою. Травми є основною причиною смерті як людей старшого віку, так і дітей [1]. Різке збільшення числа закритої травми живота пов'язано з техногенними та екологічними катастрофами, військовими діями, автодорожньою травмою, падінням з висоти і є однією з головних причин летальних випадків серед осіб працездатного віку. Тенденції до зниження кількості хворих даної категорії не спостерігається. Травми органів черевної порожнини у дітей складають до 20,2% серед усіх травматичних ушкоджень, із яких пошкодження селезінки трапляються у 30-50% випадків. Летальність при множинних та поєднаних пошкодженнях селезінки сягає до 19% без тенденції до зниження [2]. Приблизно в половині випадків травма селезінки поєднана з пошкодженнями інших органів (печінка, нирки, ліва реберна дуга та інші). Основними причинами травматизму є вулична та спортивна травми, падіння з висоти, прямий удар в живіт [8]. При аналізі причин травматичних ушкоджень селезінки з'ясовано, що селезінка пошкоджується при автомобільних катастрофах (26-35%), падінні з висоти (5-28,1%), інших травмах (8,6-24%) [4].

В останні роки в структурі причин травматичних пошкоджень селезінки відмічається збільшення до 10 разів частоти автодорожніх травм (63,3-75,8%) [11], хворих є поєднання травми з високим ступенем ле-

тальних випадків (40-60%) [9].

Висока частота ушкоджень селезінки пояснюється особливостями її анатомічного розташування, значним кровонаповненням та особливостями гістологічної структури її паренхіми.

Підходи до лікування травм селезінки у дітей змінювалися паралельно з вивченням її функцій, удосконаленням хірургічної техніки та появою доведених задокументованих випадків спонтанної зупинки кровотечі після її травмування.

Сучасна діагностика при травмах селезінки є актуальною проблемою, при чому помилки діагностики зустрічаються, як в бік гіпо-, так і гіпердіагностики. За даними ряду дослідників, у 11,5-27% постраждалих, які мали поєднану травму, при житті пошкодження селезінки не було встановлено, а саме не діагностоване травматичне ушкодження селезінки є найбільш частою причиною смерті при травмах черевної порожнини [8]. Різноманітність клінічних проявів пошкоджень органів черевної порожнини у дітей можна пояснити механізмом та характером травм, анатомо-фізіологічними особливостями дитячого організму, які обтяжуються шоком та травмою опорно-рухового апарату [5].

Діагностика травм селезінки основана на даних аналізу клініко-лабораторних й інструментальних досліджень, спеціальних методів досліджень (ультразвукового дослідження, КТ, лапароскопії). Першочерговим завданням при діагностиці ушкоджень є детальне вивчення анамнезу (механізму травми,

локалізації удару та ін.) [10].

В залежності від часу, який пройшов від моменту травми, відрізняються лабораторні показники загального аналізу крові. Як правило, рівень гемоглобіну і еритроцитів, гематокриту в перші години після травми знижується не достовірно і у більшості хворих залишається в межах вікової норми. Практично у всіх хворих спостерігається підвищення кількості лейкоцитів до $12-20 \times 10^9/\text{л}$ з нейтрофільним зсувом лейкоцитарної формули вліво та помірною лімфопенією [7].

Мета досліджень

Удосконалити методи діагностики пошкоджень селезінки у дітей, виділити найбільш достовірні клінічні та лабораторні показники.

Об'єкт та методи дослідження

Проаналізовано показники стану 134 дітей із закритими ушкодженнями селезінки (ЗПС) та 90 дітей із закритою травмою живота (ЗТЖ) віком від 3 до 15 років, які були госпіталізовані в дитяче хірургічне відді-

лення. Діти були розподілені на вікові групи 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 років та за статевою ознакою.

При госпіталізації в клініку всім дітям проводили повний комплекс клініко-інструментальних обстежень. Лабораторні аналізи (загальний аналіз крові, сечі, група та резус крові, біохімічні показники крові, коагулограма, імунологічні дослідження) визначали за стандартними методиками.

Серед інструментальних обстежень проводили оглядову рентгенографію органів грудної та черевної порожнини (n=224), УЗД черевної порожнини (n=224), комп'ютерну томографію (n=26).

Інтерпретацію біологічного середовища організму хворих проводили з врахуванням констант дитячого організму [3,6].

Результати досліджень та їх обговорення

Показники артеріального тиску та пульсу (вимірювався на променевій артерії при надходженні в стаціонар) представлені в таблиці 1.

Таблиця 1
Показники артеріального тиску та пульсу при надходженні у хворих, що спостерігалися з ЗПС та ЗТЖ (медіана, нижня та верхня квартилі) ЗПС_n=134, ЗТЖ_n=90

Вік(років)	Стать	Систолічний тиск (мм., рт., ст.)			Діагностичний тиск (мм., рт., ст.)			Пульс хд/хв		
		норма	ЗПС	ЗТЖ	норма	ЗПС	ЗТЖ	норма	ЗПС	ЗТЖ
3-5	х	97,2 (94,7-99,7)	120,4 (115,5-125,4)	115,1 (110,3-)	64,6 (63,2-66,0)	82,2 (79,5-84,9)	75,1 (71,2-79,1)	128,0 (124,8-131,0)	123,8 (123,1-124,5)	126,5 (123,6-129,4)
	д	97,2 (94,7-99,7)	116,5 (112,8-120,3)	115,6 (112,5-118,4)	55,6 (45,8-65,4)	71,9 (70,8-73,1)	73,6 (70,8-76,4)	122,4 (119,9-124,9)	118,6 (116,1-121,1)	122,7 (119,8-125,6)
6-8	х	97,0 (95,3-98,7)	122,1 (119,3-124,8)	109,7 (109,3-110,1)	65,3 (64,4-66,2)	87,7 (85,4-90,1)	79,5 (79,4-80,5)	93,6 (90,9-96,2)	96,9 (95,5-98,4)	94,9 (93,4-96,5)
	д	97,0 (95,3-98,7)	119,2 (117,1-121,2)	112,6 (109,4-115,8)	66,0 (64,9-67,1)	76,8 (74,2-79,4)	78,6 (74,8-82,4)	95,1 (93,3-96,9)	102,7 (97,1-108,4)	98,4 (97,6-99,2)
9-11	х	102,6 (101,7-103,5)	123,7 (120,5-126,8)	110,8 (108,5-113,1)	69,0 (68,469,6)	83,2 (77,1-89,3)	75,8 (73,8-77,9)	83,6 (80,3-86,9)	94 (92,8-95,2)	89,1 (87,8-90,5)
	д	102,6 (101,7-103,5)	118,6 (117,2-119,9)	115,3 (112,4-118,1)	70,0 (69,4-70,6)	88,8 (86,5-91,2)	83,3 (79,6-85,1)	81,2 (79,5-82,9)	82,2 (80,1-84,3)	85,3 (80,8-89,8)
12-15	х	109,0 (107,7-110,3)	125,2 (124,1-126,3)	121,2 (120,1-122,4)	72,7 (71,9-73,5)	89,4 (88,7-91,1)	81,7 (78,6-84,8)	87,4 (84,6-91,0)	101,2 (98,2-104,2)	93,1 (91,4-94,7)
	д	109,0 (107,7-110,3)	125,9 (123,9-127,8)	119,3 (117,3-121,4)	72,7 (72,2-73,2)	77,1 (74,3-79,8)	78,15 (75,4-80,9)	83,4 (82,6-86,0)	96,0 (94,2-97,8)	87,4 (85,6-89,2)

Таблиця 2
Показники частоти дихання при поступленні (надходженні) в стаціонар у хворих, які спостерігались з ЗПС та ЗТЖ (медіана, нижня та верхня квартилі)

Вік (років)	Стать	Частота дихання за 1 хв.		
		Норма	ЗПС (n-134)	ЗТЖ (n-90)
3-5	х	26,3 (25,2-27,4)	23,3 (21,8-24,8)	23,6 (21,1-25,2)
	д	24,1 (21,8-26,4)	26,7 (24,3-29,1)	24,6 (23,9-25,3)
6-8	х	23,6 (22,4-24,8)	25,03 (21,5-23,1)	23,8 (22,6-25,1)
	д	23,8 (22,4-25,2)	23,9 (21,9-25,9)	24,1 (23,8-24,4)
9-11	х	20,0 (19,4-20,6)	21,3 (20,1-22,5)	21,1 (18,9-23,3)
	д	21,4 (20,2-22,6)	22,1 (20,8-23,4)	22,1 (19,3-24,9)
12-15	х	18,0 (17,4-18,6)	17,65 (17,5-17,8)	18,5 (16,9-20,1)
	д	18,3 (18,0-18,6)	19,0 (18,1-19,9)	17,4 (16,4-18,4)

Примітка – у дужках нижня та верхня квартилі. Провівши аналіз гемограми ми встановили, що при травматичному пошкодженні селезінки в порівнянні з закритою травмою живота є зміни в загальному аналізі крові. В перші години після травми (до 12 годин) спостерігали підвищення кількості лейкоцитів з нейтрофільним зсувом формули вліво та помірною лімфопенією.

Змін показників пульсу у дітей з ЗПС та ЗТЖ майже не виявлено. Показники артеріального (сistolічного тиску) були підвищені, особливо це відмічалось у групі дітей з закритим пошкодженням селезінки. Так в нормі у дівчаток цієї вікової групи в обох групах травмованих дітей підвищення систолічного тиску було в межах 12-15 мм. рт. ст.

Підвищення систолічного тиску в порівнянні з нормою було у віковій групі 12-15 років як у хлопчиків, так і у дівчаток при ЗПС і ЗТЖ в межах 15 мм. рт. ст.

Що стосовно діастолічного тиску, то спостерігалось його підвищення в середньому на 18 мм. рт. ст. Виключенням були дівчатка вікової групи 12-15, років де підвищення діастолічного тиску було незначним – всього на 5-6 мм. рт. ст.

Такі коливання показників артеріального тиску можна пояснити відповіддю симпат-адреналової системи організму дітей на травму та реакцію на біль.

Показники частоти дихання представлені в таблиці 2, за даними якої різниці при ЗПС та ЗТЖ не виявлено.

Показники загального аналізу крові при надходженні дітей в стаціонар представлені в таблиці 3 та 4.

Показники гемоглобіну та еритроцитів суттєво не знижувалися. Це факт можна пояснити тим, що при травматичному розриві селезінки в черевну порожнину виливається депонована кров та виникає централізація кровотоку.

Крім того, у зв'язку з еластичністю трабекул паранхіми селезінки проходить притискання судин, вивільнення крові з синусів, часткове тромбування судин в місці пошкодження і тимчасова зупинка кровотечі. Чималу роль має еластичність капсул селезінки в дитячому віці, яка теж сприяє зупинці кровотечі.

Таблиця 3

Показники вмісту еритроцитів в крові дітей при надходженні в стаціонар ЗПС та ЗТЖ (медіана, нижній та верхній квартилі)

Вік (років)	Стать	Еритроцити ($10^{12}/л$)			Гемоглобін (г/л)		
		Норма	ЗПС (n-144)	ЗТЖ (n-90)	Норма	ЗПС (n-144)	ЗТЖ (n-90)
3-5	х	4,83 (4,8-4,86)	4,52 (4,45-4,59)	4,71 (4,694,13)	134,8 (132,9-137,7)	125,2 (123,3-127,1)	127,0 (125,5-128,5)
	д	4,91 (4,90-4,92)	4,84 (4,79-4,88)	4,89 (4,86-4,93)	131,6 (130,3-132,9)	130,65 (130,2-131,1)	131,85 (130,9-132,8)
6-8	х	5,13 (4,53-5,73)	4,92 (4,87-4,96)	5,02 (4,99-5,05)	135,4 (134,0-136,09)	134,2 (133,0-135,4)	134,55 (134,0-135,1)
	д	5,2 (5,0-5,4)	5,07 (5,01-5,13)	5,12 (5,05-5,18)	137,0 (134,8-139,2)	134,5 (132,2-136,9)	135,55 (134,1-137,0)
9-11	х	4,9 (4,6-5,2)	3,65 (3,39-3,9)	4,42 (3,02-5,82)	140,3 (137,9-142,7)	138,95 (136,8-141,1)	138,85 (137,5-140,2)
	д	5,0 (4,2-5,8)	4,65 (4,31-4,99)	4,69 (4,5-4,88)	139,7 (137,1-142,3)	137,95 (135,2-140,7)	139 (136,9-141,1)
12-15	х	5,0 (4,6-5,4)	4,65 (4,5-4,81)	4,88 (4,81-4,95)	141,0 (136,7-145,3)	138,3 (135,6-141,0)	140,05 (136,8-143,3)
	д	5,1 (4,8-5,4)	4,9 (4,8-5,0)	4,98 (4,75-5,2)	141,5 (137,8-145,2)	138,55 (137,0-140,1)	139,55 (138,2-140,9)

Інших суттєвих відмінностей в показниках крові при ЗПС та ЗТЖ не виявлено.

Отримані нами результати дозволяють зробити наступні висновки:

1. Підвищення артеріального (сistolічного та діастолічного) тиску є у дітей всіх вікових груп з закритою травмою селезінки.

2. Показники гемоглобіну та еритроцитів суттєво не змінюються, але має місце підвищення кількості лейкоцитів з нейтрофільним зсувом формули вліво та помірно лімфопенією у дітей з закритими пошкодженнями селезінки.

3. При проведенні диференційної діагностики між закритим пошкодженням селезінки та закритою травмою живота недостатньо даних гемограми, визначення артеріального тиску та пульсу.

Перспективи подальших досліджень

Розробка методики диференційної - діагностичного моніторингу закритих пошкоджень селезінки та закритої травми живота у дітей.

Література

- Данилов О.А. Теоретичне обґрунтування та практичне використання методу біозварювання для зупинки кровотечі із рани се-

- лезінки / О.А.Данилов, О.К. Толстанов, В.Ф. Рибальченко [та ін.] // Хірургія дитячого віку. – 2009. – Т. VI, № 4 (25). – С. 31-35.
- Доманський О.Б. Сучасні тенденції в лікуванні травми селезінки у дітей / О.Б. Доманський // Хірургія дитячого віку. – 2005. – Т. II (6), № 1. – С. 88-92.
- Доскин В.А. Морфофункциональные константы детского органа / [В.А. Доскин, Х. Келлер, Н.М. Мураенко и др.]. – М. : Медицина, 1997. – 288 с.
- Кошелев В.Н. Причины летальности при повреждениях печени и селезенки / В.Н. Кошелев, Ю.В. Чалык // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1996. – № 2. – С. 51-53.
- Лятурина О.В. Травма селезенки у детей / О.В. Лятурина, О.В. Спахи, А.Г. Запороженко [и др.] // Хірургія дитячого віку. – 2005. – Т. II, №3-4. – С. 33-36.
- Мазурин А.В. Пропедевтика болезней / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов. – М. : Медицина, 1985. – 432 с.
- Сигаев Б.Е. Травмы селезенки. Способы диагностики и лечения / Б.Е. Сигаев // Хірургія дитячого віку. – 2005. – Т. II, №3-4. – С. 36-39.
- Тимебулатов М.В. Органосохраняющая и мининвазивная хирургия селезенки / М.В. Тимебулатов, А.Г. Хасанов, Р.Р. Фаязов, Ф.А. Каюмов. – М. : Медпресс-информ, 2004. – 218 с.
- Elechi E.N. Pilot study of injured patients seen in the University of Port Harcourt Teaching Hospital, Nigeria / E.N. Elechi, S.U. Etawo // Injury. – 1990. – V. 21. – № 4. – P. 234-238.
- Godfried M.H. Physical diagnosis—percussion and palpation of the spleen / M.H. Godfried, E. Briet // Ned. Tijdschr. Geneesk. – 2000. – V. 44. – № 5. – P. 216-219.
- Ohanaka E.C. A five year review of splenic injuries in the University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria / E.C. Ohanaka, U. Osime, C.E. Okonkwo // West. Afr. J. Med. – 2001. – V. 20, № 1. – P. 48-51.

Реферат

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ

Ксёиз И.В.

Ключевые слова: дети, травма, селезенка, гемограмма.

В статье сделан сравнительный анализ гемограмм детей с закрытой травмой селезенки (n=134) и закрытой травмой живота (n=90). Дети были разделены на возрастные группы 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 лет и по половой принадлежности. Повышение артериального (систолического и диастолического) давления наблюдали у детей всех возрастных групп с закрытой травмой селезенки. Показатели гемоглобина и эритроцитов существенно не изменяются, но есть незначительное повышение количества лейкоцитов и нейтрофильным сдвигом формулы влево и незначительной лимфопенией у детей с закрытой травмой селезенки. При проведении дифференциальной диагностики между закрытой травмой селезенки и закрытой травмой живота недостаточно данных гемограмм и определения пульса и артериального давления.

Summary

INDICES OF HEMOGRAM IN CHILDREN WITH CLOSED ABDOMINAL TRAUMA AND DAMAGED SPLEEN

Ksonz I.V.

Key words: children, trauma, spleen, hemogram

This article presents the comparative analysis of hemogram in children with closed trauma of the spleen (n = 134) and closed abdominal trauma (n = 90). The children were divided into age groups 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 years and by sex. Increased blood (systolic and diastolic) pressure was observed in children of all ages with trauma of the spleen. The amount of hemoglobin and red blood cells remained mainly unchangeable, but there was a slight increase in white blood cells and neutrophils with the formula shift to the left. Slight lymphopenia was reported in children with trauma of the spleen. The differential diagnosis to detect whether there is closed trauma of spleen or abdomen, the findings of hemogram, heart rate and blood pressure are insufficient.

УДК: [616.714+616.831]-001:616-072.1

Кутовой А.Б., Пимахов В.В., Пелех В.А., Чайка В.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины» г. Днепропетровск

Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова

На основании анализа результатов диагностики и лечения 162 пострадавших с сочетанной краниоабдоминальной травмой выявлено, что наиболее диагностически значимым методом оценки внутрибрюшных повреждений была видеолапароскопия, с лучшими показателями диагностической чувствительности (98,3%), специфичности (100%), точности (98,4%) и эффективности (99,2%). Выполнение видеолапароскопических вмешательств позволило в 42,2% устранить причину внутрибрюшного кровотечения, в 56% избежать «напрасной» лапаротомии, улучшить течение травматической болезни, снизив летальность на 5,4%. Помимо этого, выявлено, что использование эндовидеохирургических методик не приводит к развитию абдоминального компартмент-синдрома и ухудшению неврологического статуса пациентов.

Ключевые слова: сочетанная травма, видеолапароскопия, внутрибрюшные повреждения.

Работа является фрагментом темы «Эндоскопические и миниинвазивные методы в диагностике и лечении хирургических болезней», номер госрегистрации № 0111U008123

Из года в год частота травматических повреждений постоянно увеличивается [2,4]. Пострадавшими чаще всего становятся люди работоспособного возраста, что в сочетании с высокой летальностью и значительными сроками лечения имеет большое социальное значение [2,5]. Характерной особенностью травматизма в наше время является превалирование множественных и сочетанных повреждений [2]. Сочетание абдоминальной и черепно-мозговой травмы в силу своей тяжести и, соответственно, плохого прогноза для выздоровления занимает особое место. Летальность при таких вариантах травм достигает 60-80%, а запоздалое выявление повреждений органов брюшной полости - 40% [5, 7]. Это определяет необходимость поиска информативных методов диагностики и эффективных способов лечения. В этой связи определенный интерес вызывают эндовидеохирургические технологии, которые находят все более широкое применение в оказании неотложной помощи при травме органов брюшной полости [1,6]. Возможность

выполнения лапароскопических вмешательств при оказании помощи пострадавшим с краниоабдоминальной травмой (КАТ) по мнению отдельных авторов представляется сомнительной из-за риска нарушения витальных функций, в связи с развитием абдоминального компартмент-синдрома (АКС), торакоабдоминальной дыхательной недостаточности, метаболического ацидоза, как следствия карбоксиперитонеума [4].

Цель исследования

Оценка диагностических и лечебных возможностей видеолапароскопии у пострадавших с краниоабдоминальной травмой.

Материалы и методы

В 2009-2012 годах в клинике хирургии №2 Днепропетровской медицинской академии, на базе отделения интенсивной терапии политравмы Областной клинической больницы им. Мечникова находились на лечении 165 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет

Реферат

ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОГРАММЫ У ДЕТЕЙ С ЗАКРЫТОЙ ТРАВМОЙ ЖИВОТА И ПОВРЕЖДЕНИЕМ СЕЛЕЗЕНКИ

Ксёиз И.В.

Ключевые слова: дети, травма, селезенка, гемограмма.

В статье сделан сравнительный анализ гемограмм детей с закрытой травмой селезенки (n=134) и закрытой травмой живота (n=90). Дети были разделены на возрастные группы 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 лет и по половой принадлежности. Повышение артериального (систолического и диастолического) давления наблюдали у детей всех возрастных групп с закрытой травмой селезенки. Показатели гемоглобина и эритроцитов существенно не изменяются, но есть незначительное повышение количества лейкоцитов и нейтрофильным сдвигом формулы влево и незначительной лимфопенией у детей с закрытой травмой селезенки. При проведении дифференциальной диагностики между закрытой травмой селезенки и закрытой травмой живота недостаточно данных гемограмм и определения пульса и артериального давления.

Summary

INDICES OF HEMOGRAM IN CHILDREN WITH CLOSED ABDOMINAL TRAUMA AND DAMAGED SPLEEN

Ksonz I.V.

Key words: children, trauma, spleen, hemogram

This article presents the comparative analysis of hemogram in children with closed trauma of the spleen (n = 134) and closed abdominal trauma (n = 90). The children were divided into age groups 3-5, 6-8, 9-11, 12-15 years and by sex. Increased blood (systolic and diastolic) pressure was observed in children of all ages with trauma of the spleen. The amount of hemoglobin and red blood cells remained mainly unchangeable, but there was a slight increase in white blood cells and neutrophils with the formula shift to the left. Slight lymphopenia was reported in children with trauma of the spleen. The differential diagnosis to detect whether there is closed trauma of spleen or abdomen, the findings of hemogram, heart rate and blood pressure are insufficient.

УДК: [616.714+616.831]-001:616-072.1

Кутовой А.Б., Пимахов В.В., Пелех В.А., Чайка В.А.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВНУТРИБРЮШНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С СОЧЕТАННОЙ КРАНИОАБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМОЙ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МОЗ Украины» г. Днепропетровск

Днепропетровская областная клиническая больница им. И.И.Мечникова

На основании анализа результатов диагностики и лечения 162 пострадавших с сочетанной краниоабдоминальной травмой выявлено, что наиболее диагностически значимым методом оценки внутрибрюшных повреждений была видеолапароскопия, с лучшими показателями диагностической чувствительности (98,3%), специфичности (100%), точности (98,4%) и эффективности (99,2%). Выполнение видеолапароскопических вмешательств позволило в 42,2% устранить причину внутрибрюшного кровотечения, в 56% избежать «напрасной» лапаротомии, улучшить течение травматической болезни, снизить летальность на 5,4%. Помимо этого, выявлено, что использование эндовидеохирургических методик не приводит к развитию абдоминального компартмент-синдрома и ухудшению неврологического статуса пациентов.

Ключевые слова: сочетанная травма, видеолапароскопия, внутрибрюшные повреждения.

Работа является фрагментом темы «Эндоскопические и миниинвазивные методы в диагностике и лечении хирургических болезней», номер госрегистрации № 0111U008123

Из года в год частота травматических повреждений постоянно увеличивается [2,4]. Пострадавшими чаще всего становятся люди работоспособного возраста, что в сочетании с высокой летальностью и значительными сроками лечения имеет большое социальное значение [2,5]. Характерной особенностью травматизма в наше время является превалирование множественных и сочетанных повреждений [2]. Сочетание абдоминальной и черепно-мозговой травмы в силу своей тяжести и, соответственно, плохого прогноза для выздоровления занимает особое место. Летальность при таких вариантах травм достигает 60-80%, а запоздалое выявление повреждений органов брюшной полости - 40% [5, 7]. Это определяет необходимость поиска информативных методов диагностики и эффективных способов лечения. В этой связи определенный интерес вызывают эндовидеохирургические технологии, которые находят все более широкое применение в оказании неотложной помощи при травме органов брюшной полости [1,6]. Возможность

выполнения лапароскопических вмешательств при оказании помощи пострадавшим с краниоабдоминальной травмой (КАТ) по мнению отдельных авторов представляется сомнительной из-за риска нарушения витальных функций, в связи с развитием абдоминального компартмент-синдрома (АКС), торакоабдоминальной дыхательной недостаточности, метаболического ацидоза, как следствия карбоксиперитонеума [4].

Цель исследования

Оценка диагностических и лечебных возможностей видеолапароскопии у пострадавших с краниоабдоминальной травмой.

Материалы и методы

В 2009-2012 годах в клинике хирургии №2 Днепропетровской медицинской академии, на базе отделения интенсивной терапии политравмы Областной клинической больницы им. Мечникова находились на лечении 165 пациентов в возрасте от 18 до 68 лет

(средний возраст $37,9 \pm 5,9$ лет) с сочетанной закрытой абдоминальной и черепно-мозговой травмой (ЧМТ). Среди них 92 мужчины и 73 женщины. Распределение пострадавших по виду травмы представлено в таблице 1.

Таблица 1.
Виды травм

Вид травмы	Число пострадавших	
	Абс.	%
Автомобильная	85	51,5
Хулиганская	36	21,8
Кататравма	17	10,3
Бытовая	15	9,1
Производственная	6	3,6
Железно-дорожная	4	2,4
Неуточненная	2	1,2
Всего	165	100

Тяжесть сочетанной травмы варьировала от 30 до 47 баллов ISS (средний бал — $39,3 \pm 5,3$). Степень повреждения головного мозга оценивали исходя из уровня нарушения сознания, выраженности неврологического дефицита и изменений, выявленных при компьютерной томографии. Помимо этого дополнительно выявляли повреждения костей черепа при помощи краниографии в прямой и боковой проекциях.

Легкая степень ЧМТ (сотрясение, ушиб мозга легкой степени тяжести) установлена у 53 (32,1%), средняя степень (ушиб мозга средней степени тяжести) — у 91 (55,2%), тяжелая степень (тяжелый ушиб мозга, диффузное аксональное повреждение) — у 21 (12,7%). Как видим, наиболее частым у пострадавших встречалось сочетание средней степени тяжести ЧМТ и внутрибрюшных кровотечений. Критериями исключения из исследования были ЧМТ, требовавшие нейрохирургических вмешательств.

Скрининговым методом диагностики повреждений органов брюшной полости являлось ультразвуковое исследование (УЗИ). Согласно полученным данным, свободная жидкость в брюшной полости была выявлена у 143 пациентов. У 28 (19,6%) из них диагноз — внутрибрюшное кровотечение был установлен на основании клинических и лабораторных данных (резкое снижение артериального давления, гемоглобина, гематокрита, количества эритроцитов) и выявленной в результате УЗИ жидкости. Остальные 115 (80,4%) пациентов были разделены на 2 группы: основная (59 пострадавших), в диагностике и лечении которых использовали видеолaparоскопию (ВЛС) и — контрольная (56 пациентов), которым выполняли диагностиче-

ский перитонеальный лаваж (ДПЛ). Указанные группы были сопоставимы по возрасту, полу и тяжести ЧМТ.

ВЛС производили под общей тотальной внутривенной анестезией и искусственной вентиляцией легких, с применением эндовидеохирургического комплекса «Olympus» OTV — SC. При выявлении разрывов паренхиматозных органов зоны повреждений коагулировали. Неэффективный гемостаз или повреждение полых органов служили показаниями к конверсии.

Для оценки динамики состояния центральной нервной системы (ЦНС) использовали шкалу глубины коматозного состояния Глазго (GCS). Тяжесть состояния больных в послеоперационном периоде определяли при помощи шкалы полиорганной недостаточности MODS. Показатели внутрибрюшного давления (ВБД) оценивали ежедневно косвенным методом путем измерения давления внутри мочевого пузыря. Расчет диагностической значимости методов исследования проводили по известным формулам [3]. Статистическую обработку результатов исследований осуществляли методами вариационной статистики, реализованные стандартными пакетами прикладной программы статистического анализа STATISTICA FOR WINDOWS 5.0

Результаты и их обсуждение

У больных основной группы в результате выполнения лапароскопии внутрибрюшное кровотечение было выявлено у 45 (76,3 %) пациентов. Его причинами в 16 (35,6%) случаях были разрывы капсулы и паренхимы печени, в 13 (28,9%) — повреждения селезенки, в 8 (17,8%) — повреждения тонкой и в 3 (6,7%) — ободочной кишки. В 4 (11,1%) случаях выявлены ранения диафрагмы. У 1 (2,2%) пациента источник кровотечения установить не удалось, что потребовало выполнения лапаротомии. У 12 (26,7%) больных при ВЛС выявлены забрюшинные гематомы, которые во всех случаях были ненапряженными и не требовали дополнительных вмешательств. В 2 (3,3 %) случаях в брюшной полости было обнаружено небольшое количество соломенного цвета жидкости без повреждений внутренних органов.

В контрольной группе внутрибрюшное кровотечение при ДПЛ было выявлено у 43 (78,2%) пациентов. В результате последовавшей за этим лапаротомии установлено, что в 21 (48,8%) случае его причинами были разрывы капсулы и паренхимы селезенки, у 8 (18,6%) пострадавших — разрывы печени. У 3 (6,9%) пациентов источником кровотечения были сосуды брыжейки тонкой кишки. У 11 (25,6%) травмированных причиной выделения геморрагического отделяемого по дренажу были забрюшинные гематомы.

Показатели диагностической значимости различных методов исследования приведены в таблице 2.

Таблица 2.
Диагностическая значимость использованных методов исследования

Метод исследования	Чувствительность (%)	Специфичность (%)	Точность (%)	Эффективность (%)
УЗИ	90,2	42,2	65,3	66,7
ДПЛ	96,9	52,2	78,6	74,6
ВЛС	98,3	100	98,4	99,2

Важно отметить, что ВЛС максимально быстро и точно позволяла ответить на вопрос о наличии и интенсивности кровотечения, локализации источника, характере повреждения. В случае проведения ДПЛ процесс диагностики внутрибрюшного кровотечения у 18 (41,8 %) больных длился от нескольких часов до суток, а мониторинг состояния брюшной полости при помощи УЗИ оказывался невозможным из-за наличия жидкости в животе.

В основной группе у 13 (81,3%) пациентов с разрывами печени и у 6 (46,2%) – с повреждениями селезенки кровотечение было остановлено при лапароскопии путем электрокоагуляции. У 26 (57,8%) травмированных выявленные при ВЛС изменения потребовали конверсии. При этом, у 7 пациентов выполнена спленэктомия, у 3 ушивание и тампонада разрывов печени, у 11 – были ликвидированы повреждения кишечника, у 4 – устранены дефекты диафрагмы.

Длительность ВЛС составила $53,8 \pm 15,8$ мин, продолжительность операций в контрольной группе – $121,3 \pm 20,9$ мин. Дренажи удалены после прекращения экссудации на $1,8 \pm 0,7$ сутки в основной группе, и на $2,7 \pm 1,2$ – в контрольной.

АКС в первые сутки после операции отсутствовал у пациентов как основной (среднее ВБД – $9,2 \pm 1,4$ мм.рт.ст.), так и контрольной групп (среднее ВБД – $9,0 \pm 1,2$ мм.рт.ст.). Однако на 3 сутки у 16 (28,6%) пострадавших контрольной группы отмечалось возникновение признаков АКС, при этом среднее ВБД в группе составило $11,8 \pm 3,5$ мм.рт.ст., что не было отмечено у пациентов после ЛС (ВБД – $8,5 \pm 1,5$ мм.рт.ст.). Признаки АКС в контрольной группе уменьшились только на 5 сутки, после восстановления нормальной функции кишечника (ВБД – $9,8 \pm 1,9$ мм.рт.ст.). Динамика ВБД в основной и контрольной группах отражены в диаграмме 1.

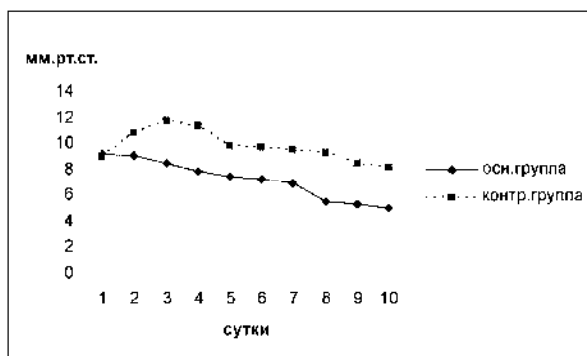


Диаграмма 1. Динамика ВБД

Уровень сознания больных в обеих группах при поступлении оценивался преимущественно как сопор – кома 1 ст. ($7,8 \pm 2,2$ балла GCS в основной группе, и $7,9 \pm 1,4$ – в контрольной). На четвертые сутки послеоперационного периода большая часть пострадавших основной группы (84,7%) находилась в умеренном оглушении ($12,3 \pm 1,9$ балла GCS). При этом уровень сознания 75,0% больных контрольной группы оставался на уровне глубокого оглушения ($10,6 \pm 2,2$ балла GCS). На шестые сутки было отмечено ясное сознание у 38 (64,4%) больных основной группы ($13,1 \pm 0,9$ балла GCS) и только у 25 (57,2%) – контрольной ($11,6 \pm 2,2$ балла GCS). Динамика сознания у пациентов обеих групп представлена на диаграмме 2.

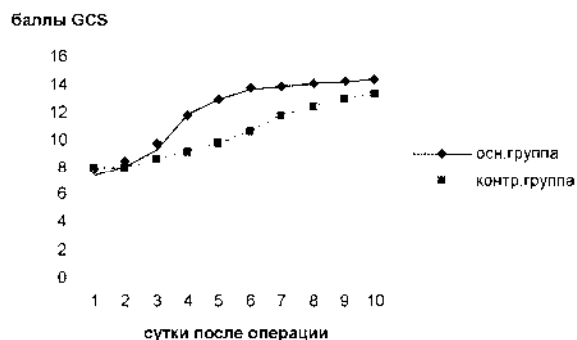


Диаграмма 2. Динамика восстановления сознания

Динамика изменений тяжести состояния пациентов согласно шкале MODS в различные сроки послеоперационного периода представлена на диаграмме 3.

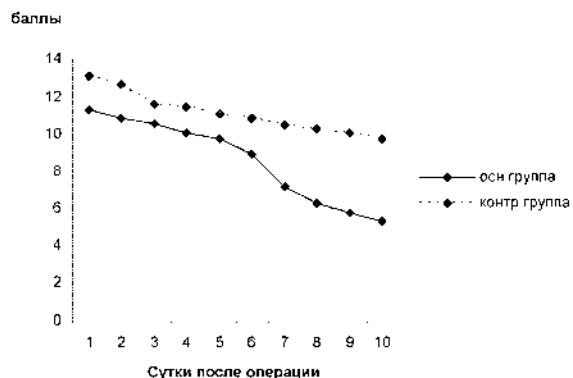


Диаграмма 3. Динамика показателей шкалы MODS

У одного пострадавшего основной группы после коагуляции разрыва селезенки при ВЛС ранний послеоперационный период осложнился развитием гематомы левого поддиафрагмального пространства, что потребовало релапароскопии, санации и дренирования брюшной полости. В контрольной группе у 2 (3,6 %) больных в раннем послеоперационном периоде развилась клиника острой спаечной тонкокишечной непроходимости, что вызвало необходимость релапаротомии, висцеролиза, назоинтестинальной интубации.

Летальность в основной группе составила 13,4%, в контрольной 18,8%

Выводы

1. Наиболее диагностически значимым методом оценки внутрибрюшных повреждений при сочетанной травме была видеолaparоскопия, показав самую высокую диагностическую чувствительность (98,3%), специфичность (100%), точность (98,4%) и эффективность (99,2%).

2. Выполнение ВЛС вмешательств позволило в 42,2% устранить причину внутрибрюшного кровотечения, в 56,0% избежать «напрасной» лапаротомии, улучшить течение травматической болезни, снизив летальность на 5,4%.

Литература

1. Ермолов А.С. Лапароскопия при абдоминальной травме / А.С. Ермолов, П.А. Ярцев, А.А. Гуляев // Неотложная медицина. – 2011. – №1. – С. 6-10.

2. Королёв В.М. Эпидемиологические аспекты сочетанной травмы / В.М. Королёв // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – №3. – С. 124-128.
3. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
4. Синдром интраабдоминальной гипертензии: [Методические рекомендации] / [Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин и др.]; Под ред. В. С. Савельева. – Новосибирск: Сибирский успех, 2008 – 32 с.
5. Щедренок В.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в городах с раз-
- личной численностью населения и пути ее совершенствования / В.В. Щедренок, Е.К. Гуманенко, О.В. Могулая [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – №1. – С. 3-7.
6. Gohil V.D. Diagnostic and therapeutic laparoscopy in various blunt abdomen trauma / V.D. Gohil, H.D. Palekar, M. Ghoghari // World Journal of laparoscopic surgery. – 2009. – №2. – P. 42-47.
7. Peitzman A.B. Trauma and Acute Care Surgery / A.B. Peitzman, M. Rhodes, C.W. Schwab [et al.] // 3rd Edition Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Реферат

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ КРОВОТЕЧІ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Кутовой О.Б., Пімахов В.В., Пелех В.А., Чайка В.О.

Ключові слова: поєднана травма, відеолапароскопія, внутрішньочеревні ушкодження.

На підставі аналізу результатів діагностики і лікування 162 постраждалих з поєднаною краніоабдоминальною травмою виявлено, що найбільш діагностично значущим методом оцінки внутрішньочеревних пошкоджень була відеолапароскопія, з кращими показниками діагностичної чутливості (98,3%), специфічності (100%), точності (98,4%) та ефективності (99,2%). Виконання відеолапароскопічних втручань дозволило в 42,2% усунути причину внутрішньочеревної кровотечі, в 56% уникнути «марної» лапаротомії, поліпшити перебіг травматичної хвороби, знизивши летальність на 5,4%. Крім цього, виявлено, що використання ендовідеохірургічних методик не призводить до розвитку абдоминального компартмент-синдрому та погіршення неврологічного статусу пацієнтів.

Summary

DIAGNOSTIC AND MEDICAL POTENTIALS OF VIDEO LAPAROSCOPY FOR ABDOMINAL BLEEDING SYNDROME IN PATIENTS WITH ASSOCIATED CRANIOABDOMINAL TRAUMA

Kosovo ALB., Pikachu V.V., Peek V.A., Chaka V.A.

Key words: associated trauma, video laparoscopy, intra-abdominal injury.

The analysis of the results of diagnosis and treatment for 162 patient with associated craniabdominal trauma enables to find out the most reliable method for diagnosis of intra-abdominal trauma is video laparoscopy which is characterized by the best marks of diagnostic sensitivity (98,3%), specificity (100%), accuracy (98,4%) and effectiveness (99,2%). Video laparoscopic interventions prevented intra-abdominal bleeding in 42,2% of cases, suppressed the cause of intra-abdominal bleeding in 56% of cases and helped to avoid «ineffective» laparotomic surgery as well as to improve clinical course of traumatic disease, decreased mortality in 5,4% of cases. Despite of this, the applications of endovideosurgical techniques does not result in the abdominal compartment syndrome and does not lead to worsening of patients' neurological status.

УДК 618.13-002.3-079-089

Чурилов А.В., Кушнир С.В., Попандопуло А.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОВОЛНОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Отдел восстановления репродуктивной функции,

Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины», г.Донецк; кафедра акушерства и гинекологии №1 Донецкого Национального медицинского университета им.М.Горького, г.Донецк;

кафедра общей практики - семейной медицины Донецкого Национального медицинского университета им.М.Горького, Донецк

В статье приведены данные визуальной, кольпоскопической и планиметрической картины послеоперационной раны при радиохирургическом лечении посттравматических деформаций шейки матки. Установлена высокая эффективность используемого метода. Анализ кольпоскопических данных позволили нам отметить более раннее отторжение струпа. Визуальный контроль динамики созревания грануляционной ткани в раневом ложе зафиксировал более быстрый рост грануляций в группе с примененным радиоволнового метода. Средние сроки полного заживления раны при использовании радиохирургического метода в лечении посттравматических деформаций шейки матки в 1,5 раза меньше, чем при диатермозексизии.

Ключевые слова: посттравматическая деформация, шейка матки, радиохирургия

Работа является фрагментом темы «Оптимизация хирургического лечения больных с посттравматической деформацией шейки матки» № госрегистрации 0111U002049

Вступлення

Посттравматическая деформация шейки матки (ПДШМ) встречается преимущественно у женщин детородного и трудоспособного возраста, что придает ей большое социальное значение. По данным ряда авторов [2, 3] частота этой патологии достаточно велика и в разных странах колеблется от 5 до 18%.

Основной этиологической причиной возникновения этого патологического состояния являются травматические повреждения шейки матки (ШМ) в родах и при абортах. Соответственно распространенность ПДШМ на Украине составляет 9% [5]. В посттравматическом периоде в шейке развиваются рубцовые изменения, сосудистые и нейротрофические рас-

2. Королёв В.М. Эпидемиологические аспекты сочетанной травмы / В.М. Королёв // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – №3. – С. 124-128.
3. Реброва О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
4. Синдром интраабдоминальной гипертензии: [Методические рекомендации] / [Б. Р. Гельфанд, Д. Н. Проценко, П. В. Подачин и др.]; Под ред. В. С. Савельева. – Новосибирск: Сибирский успех, 2008 – 32 с.
5. Щедренок В.В. Организация медицинской помощи пострадавшим с сочетанной черепно-мозговой травмой в городах с раз-
- личной численностью населения и пути ее совершенствования / В.В. Щедренок, Е.К. Гуманенко, О.В. Могулая [и др.] // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2008. – №1. – С. 3-7.
6. Gohil V.D. Diagnostic and therapeutic laparoscopy in various blunt abdomen trauma / V.D. Gohil, H.D. Palekar, M. Ghoghari // World Journal of laparoscopic surgery. – 2009. – №2. – P. 42-47.
7. Peitzman A.B. Trauma and Acute Care Surgery / A.B. Peitzman, M. Rhodes, C.W. Schwab [et al.] // 3rd Edition Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

Реферат

ДІАГНОСТИЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ МОЖЛИВОСТІ ВІДЕОЛАПАРОСКОПІЇ ПРИ СИНДРОМІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНОЇ КРОВОТЕЧІ У ПАЦІЄНТІВ З ПОЄДНАНОЮ КРАНІОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ

Кутовой О.Б., Пімахов В.В., Пелех В.А., Чайка В.О.

Ключові слова: поєднана травма, відеолапароскопія, внутрішньочеревні ушкодження.

На підставі аналізу результатів діагностики і лікування 162 постраждалих з поєднаною краніоабдоминальною травмою виявлено, що найбільш діагностично значущим методом оцінки внутрішньочеревних пошкоджень була відеолапароскопія, з кращими показниками діагностичної чутливості (98,3%), специфічності (100%), точності (98,4%) та ефективності (99,2%). Виконання відеолапароскопічних втручань дозволило в 42,2% усунути причину внутрішньочеревної кровотечі, в 56% уникнути «марної» лапаротомії, поліпшити перебіг травматичної хвороби, знизивши летальність на 5,4%. Крім цього, виявлено, що використання ендовідеохірургічних методик не призводить до розвитку абдоминального компартмент-синдрому та погіршення неврологічного статусу пацієнтів.

Summary

DIAGNOSTIC AND MEDICAL POTENTIALS OF VIDEO LAPAROSCOPY FOR ABDOMINAL BLEEDING SYNDROME IN PATIENTS WITH ASSOCIATED CRANIOABDOMINAL TRAUMA

Kosovo ALB., Pikachu V.V., Peek V.A., Chaka V.A.

Key words: associated trauma, video laparoscopy, intra-abdominal injury.

The analysis of the results of diagnosis and treatment for 162 patient with associated craniabdominal trauma enables to find out the most reliable method for diagnosis of intra-abdominal trauma is video laparoscopy which is characterized by the best marks of diagnostic sensitivity (98,3%), specificity (100%), accuracy (98,4%) and effectiveness (99,2%). Video laparoscopic interventions prevented intra-abdominal bleeding in 42,2% of cases, suppressed the cause of intra-abdominal bleeding in 56% of cases and helped to avoid «ineffective» laparotomic surgery as well as to improve clinical course of traumatic disease, decreased mortality in 5,4% of cases. Despite of this, the applications of endovideosurgical techniques does not result in the abdominal compartment syndrome and does not lead to worsening of patients' neurological status.

УДК 618.13-002.3-079-089

Чурилов А.В., Кушнир С.В., Попандопуло А.Д.

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ ДЕФОРМАЦИЙ ШЕЙКИ МАТКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИОВОЛНОВОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО МЕТОДА

Отдел восстановления репродуктивной функции,

Государственное учреждение «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака НАМН Украины», г.Донецк; кафедра акушерства и гинекологии №1 Донецкого Национального медицинского университета им.М.Горького, г.Донецк;

кафедра общей практики - семейной медицины Донецкого Национального медицинского университета им.М.Горького, Донецк

В статье приведены данные визуальной, кольпоскопической и планиметрической картины послеоперационной раны при радиохирургическом лечении посттравматических деформаций шейки матки. Установлена высокая эффективность используемого метода. Анализ кольпоскопических данных позволили нам отметить более раннее отторжение струпа. Визуальный контроль динамики созревания грануляционной ткани в раневом ложе зафиксировал более быстрый рост грануляций в группе с примененным радиоволнового метода. Средние сроки полного заживления раны при использовании радиохирургического метода в лечении посттравматических деформаций шейки матки в 1,5 раза меньше, чем при диатермозексизии.

Ключевые слова: посттравматическая деформация, шейка матки, радиохирургия

Работа является фрагментом темы «Оптимизация хирургического лечения больных с посттравматической деформацией шейки матки» № госрегистрации 0111U002049

Вступлення

Посттравматическая деформация шейки матки (ПДШМ) встречается преимущественно у женщин детородного и трудоспособного возраста, что придает ей большое социальное значение. По данным ряда авторов [2, 3] частота этой патологии достаточно велика и в разных странах колеблется от 5 до 18%.

Основной этиологической причиной возникновения этого патологического состояния являются травматические повреждения шейки матки (ШМ) в родах и при абортах. Соответственно распространенность ПДШМ на Украине составляет 9% [5]. В посттравматическом периоде в шейке развиваются рубцовые изменения, сосудистые и нейротрофические рас-

стройства, которые создают условия для нарушения функции тканей, что приводит к изменению анатомической целостности цервикального канала. В связи с этим, ПДШМ в преобладающем большинстве случаев сопровождаются воспалительными изменениями экзо- и эндоцервикса, что в свою очередь может приводить к онкологической трансформации измененных тканей [1].

Консервативная терапия этой патологии, равно как и консервативная терапия рубцовых изменений тканей других локализаций, к сожалению, пока еще не может претендовать на клиническую эффективность, так как традиционные методы далеко не всегда обеспечивают ожидаемые результаты как ближайшие, так и отдаленные [4].

В мировой практике на сегодняшний день используются преимущественно оперативные (радикальные) методы воздействия. Поэтому, основным методом лечения посттравматической деформации остается хирургический [1, 2, 3, 4]. Каждый из методов хирургической коррекции данной патологии имеет свои преимущества и недостатки, однако наиболее распространенным способом является диатермоэксцизия (ДЭК) [4,5], что отражено в Приказе № 676 МОЗ Украины от 31.12.2004.

При этом заживление раневого дефекта после ДЭК происходит по типу «заживления под струпом». Образовавшийся струп начинает отторгаться на 10-12 сутки, а окончание отторжения происходит в среднем на 18 сутки. Только после этого начинается процесс эпителизации раны, который заканчивается через 2-3 месяца. [1].

Наличие длительно существующего раневого дефекта в истмической зоне неизбежно сопровождается воспалительно-инфекционными осложнениями, которые отрицательно влияют на процесс ремоделирования ткани и приводят к относительно большому количеству рецидивов и неудовлетворительных функциональных результатов [1,3].

Таким образом, ПДШМ являются достаточно серьезной медико-социальной проблемой, требующей дифференцированной тактики на всех этапах лечения. В свете вышеизложенного, представляется актуальным и перспективным поиск новых методов воздействия на рубцово-измененную шейку матки.

Цель исследования

Повысить эффективность лечения посттравматических деформаций шейки матки за счет использования радиоволнового хирургического метода.

Объект и методы исследования

Исследование выполнено на сравнительном анализе результатов лечения 100 пациенток с посттравматической деформацией шейки матки в возрасте от 26 до 42 лет, находившихся на лечении в отделе восстановления репродуктивной функции ГУ "Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины" г.Донецк.. Диагноз ПДШМ устанавливали путем стандартного осмотра в зеркалах и последующего кольпоскопического исследования (КС). В нашем исследовании в 100% случаев диагностированная визуально ПДШМ нашла свое гистологическое подтверждение при изучении препаратов, полученных во время проведения диатермоэксцизии. В 58 случаях (58%) ПДШМ сочеталась с эктропионом, в 44 случаях (44%) с эрозией, в 10 случаях (10%) выявлено сочетание с лейкоплакией, у 10 (10%) – с дисплазией. В четырех случаях (4%) гисто-

логически выявлен эндометриоз. У 36 пациенток (36%) отмечено многокомпонентное сочетание различных неопухолевых заболеваний шейки матки. Только четверо больных (4%) не имели другой патологии, кроме рубцовой деформации. При этом в стадии первичного обследования (осмотр + КС), сопутствующая патология выявлена у 84 пациенток. У остальных 12 женщин сопутствующая патология обнаружена только при гистологическом исследовании биоптатов. Такая недостаточная информативность кольпоскопического исследования (87,5%) объяснялась анатомически затрудненной визуализацией эпителия на ШМ из-за выраженной ее деформации рубцовым процессом. В исследование не включались пациентки, у которых по данным обследования (кольпоскопия, цитологическое исследование) были подозрения на онкологическую трансформацию эпителия ШМ.

По данным общего и гинекологического исследования, у большинства обследованных не выявлено значительных отклонений от нормальных лабораторных общих и биохимических показателей. Для всех пациенток был характерен нормостенический тип конституции и женский тип морфограммы. Операцию эксцизии производили пациенткам в первую фазу менструального цикла (5-7 день).

Больные были разделены на две группы по 50 человек: исследуемую группу (ИГ) и контрольную группу (КГ). В ИГ лечение посттравматической деформации шейки матки производилось радиоволновым методом, а в КГ с помощью ДЭК. Формирование групп производилось методом конвертов. Во время эксцизии мы старались стандартизировать объем удаляемой ткани, но, безусловно, с учетом радикальности удаления патологического очага. Методом вытеснения жидкости измерялся объем препарата. В КГ он составил в среднем 2,8 мл., в ИГ – в среднем 2,9 мл. Вариабельность объема обуславливалась размерами рубцового поражения ШМ и локализацией. В случае второго типа ПДШМ объем был большим, и максимально достигал 4,8 мл. При выполнении эксцизии в ИГ использовался прибор портативный для электрохирургии «Сургитрон» (SURGITRON) с принадлежностями, производства фирмы Ellman International, Inc., США, зарегистрированный в Украине. В КГ применялся электрохирургический метод. С помощью данного метода выполнялась диатермоэксцизия и петлевая биопсия для забора материала на гистологическое исследование. Использовались специальные электроды (пугочатый, петлевой, конизатор Роговенко С.С.). Иссечение тканей шейки матки выполнялось на высокочастотном электрохирургическом аппарате "ФОТЕК Е80", сила тока 0,2-0,9 А.

В клинических группах для оценки течения послеоперационного периода нами производилась динамическая кольпоскопия, планиметрия ран путем анализа видеоизображения. Планиметрические измерения выполнялись у каждой пациентки через каждые семь дней. На основании полученных результатов вычисляли скорость заживления ран.

Цифровые данные, определенные в результате исследований подверглись компьютерной обработке на персональном компьютере с программами "Excel 7,0", "Statistica 6.0" фирмы StatSoft. При этом определялся доверительный интервал и стандартное отклонение генеральной совокупности для рядов данных. Степень достоверности различий средних величин в сопоставляемых группах определялась путем использования критериев Стьюдента и Фишера.

Результаты исследования и их обсуждение

На следующие сутки после эксцизии пациентки ИГ при контрольном осмотре, как правило, не предъявляли жалоб на болевой синдром. 26 пациенток (52%) отмечали чувство дискомфорта во влагалище и наличие серозно-геморрагических выделений, в то время как в КГ умеренно выраженный болевой синдром беспокоил 4 пациенток (8%). 26 больных (52%) отмечали чувство дискомфорта. У двух больных (4%) КГ нами отмечено в первые сутки незначительное кровотечение, которое было остановлено консервативными мероприятиями. При осмотре в зеркалах и КС у всех больных ИГ и КГ наблюдали на ШМ в области эксцизии плотный серо-багровый, иногда белесоватый, струп, имеющий четкую границу с неповрежденным эпителием. Вокруг раны, покрытой струпом, местно определялся отек и гиперемия. Подслизистые сосуды расширены, полнокровны. На седьмые сутки после эксцизии 52% пациенток КГ при осмотре отмечали незначительно выраженный болевой синдром и наличие скудных серозных выделений из влагалища, у 10 больных (20%) в течение недели сохранялись серозно-геморрагические скудные выделения. В ИГ болевой синдром отсутствовал у всех пациенток, скудных серозных выделений из влагалища. При осмотре определялся влажный струп белого или серо-желтого цвета, края его несколько подриты, приподняты. Из-под краев струпа отмечалось скудное отделяемое. На границе с интактным эпителием появляется невыраженный ободок из розоватых точек – будущая демаркационная линия. Граница с неповрежденным эпителием четкая, местами серого цвета. В ИГ при осмотре определялся компактный влажный струп белого или серо-желтого цвета, края его несколько подриты, приподняты. Отделяемого из-под струпа, доступного визуальной оценке, нет. На границе с окружающим эпителием появлялся ободок из красноватых мелко точечных кровоизлияний – будущая демаркационная линия. Граница с окружающим интактным эпителием нечеткая, местами серого цвета.

К исходу второй недели послеоперационного периода субъективно все пациентки ИГ чувствовали себя удовлетворительно и жалоб не предъявляли, в 100% случаев отмечено отторжение струпа. В то время, как КГ в двух случаях (4%) больная отмечала наличие скудных серозно-геморрагических белей. 32 пациенток (64%) отмечали неприятный запах, преимущественно в утренний период времени. В 4-х наблюдениях (8%) к 16 суткам при осмотре обнаружено отторжение струпа. У остальных пациенток выявлено, что струп начинает отторгаться. На двадцать первые сутки после эксцизии в КГ четверых (8%) продолжал беспокоить неприятный запах из половых путей. Биценоз влагалища вернулся к исходному в 38 случаях (76%). При осмотре ШМ демаркационная линия определялась достаточно отчетливо, область коагуляции освободилась от струпа в 100% наблюдений. Рана ШМ при осмотре имела светло – красный цвет, макроскопически некрозы в ране не определялись. При КС в дне раны выявлялись свежие грануляции ярко-

розового цвета с множеством мелких сосудов, расположенных хаотично, в разных направлениях. В ИГ при визуальном осмотре наружный зев сформирован.

При КС к 35 суткам в КГ отмечается исчезновение демаркационной линии, область коагуляции красноватого цвета за счет радиальных сосудов, анастомозирующих между собой, имеющих более упорядоченное направление анастомозов. В ИГ при макроскопическом осмотре шейка в области зева несколько бледного цвета. Наружный зев сформирован. Произошло полное заживление послеоперационной раны. Аналогичные показатели в КГ будут достигнуты лишь 49-56 суткам

Анализ кольпоскопических данных позволили нам отметить более раннее отторжение струпа в исследуемой группе. Визуальный контроль динамики созревания грануляционной ткани в раневом ложе зафиксировал более быстрый рост грануляций в группе с примененным радиоволновым методом.

При проведении планиметрического исследования нами определена средняя скорость заживления. В контрольной группе средняя скорость заживления в целом равнялась $2,54 \pm 0,30$ при $p < 0,05$, в исследуемой группе средняя скорость заживления в целом равнялась $3,46 \pm 0,21$ при $p < 0,05$.

Таким образом, по данным планиметрического мониторинга было установлено, что в исследуемой группе имеет место ускорение процессов заживления раны после радиоэксцизии шейки матки. Средние сроки полного заживления раны при использовании радиохирургического метода в лечении ПДШМ в 1,5 раза меньше, чем при диатермоэксцизии.

Выводы

Использование радиохирургического метода при лечении посттравматических деформаций шейки матки позволяет сократить сроки заживления послеоперационной раны в 1,5 раза, тем самым повысить эффективность лечения.

Перспективы дальнейших исследований

Проведенные исследования станут основой для разработки комплексного алгоритма диагностики и лечения посттравматических деформаций шейки матки.

Литература

1. Вишнякова С.В. Возможности оптимизации лечения патологии шейки матки. Возможности оптимизации лечения патологии шейки матки / С.В.Вишнякова, О.Г. Пекарев, А.В.Ефремов [и др.] // Гинекология. – 2003. – Т. 5, № 3. – С.115-117.
2. Прилепская В.Н. Кольпоскопия : практ. руководство / В.Н.Прилепская, С.И. Роговская, Е.А. Межевитинова. – М. : ГЭОТАР, 2001. – 126 с.
3. Серов В.Н. Радиохирургическое лечение доброкачественных заболеваний шейки матки / В.Н. Серов, В.Н.Прилепская, В.Е.Радзинский // Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М. : Пантори, 1998. – С. 312–313.
4. Хмельницкий О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки : руководство / Хмельницкий О.К. – СПб. : Сотис, 2000. – 332 с.
5. Чайка В.К. Заболевания шейки матки и гиперпластические процессы эндометрия / В.К. Чайка, Э.Б. Яковлева, Н.Г. Прядко. – Севастополь-Донецк : Вэбер, 2002. – 159 с.

Реферат

ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯТРАВМАТИЧНИХ ДЕФОРМАЦІЙ ШИЙКИ МАТКИ З ВИКОРИСТАННЯМ РАДІОХВІЛЬОВОГО ХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ

Чурілов А.В., Кушнір С.В., Попандопуло А.Д.

Ключові слова: післятравматична деформація, шийка матки, радіохірургія.

У статті наведені дані візуальної, кольпоскопічної і планиметричної картини післяопераційної рани при радіохірургічному лікуванні післятравматичних деформацій шийки матки. Встановлена висока ефективність методу, що

використовується. Аналіз кольпоскопічних даних дозволив нам відмітити більш ранішнє відторгнення струпа. Візуальний контроль динаміки визрівання грануляційної тканини в раневому ложі зафіксував більш швидкий зріст грануляцій в групі з використанням радіохвильового методу. Середні строки повного загоєння рани при використанні радіохірургічного методу в лікуванні післятравматичних деформацій шийки матки в 1,5 рази менші, ніж при діатермоексцизії.

Summary

TREATMENT OF POST-TRAUMATIC DEFORMATIONS OF UTERINE NECK BY RADIO-WAVE SURGICAL METHOD

Churilov A.V., Kushnir S.V., Popandopulo A.D.

Key words: post-traumatic deformation, uterine cervix, radiosurgery.

This paper provides the findings of visual, colposcopic and planimetric picture of postoperative wound of post-traumatic uterine cervix deformities treated by radio-surgical method. This method has been proven to be of high efficiency. The analysis of colposcopic findings allowed us to report earlier eschar rejection. Visual control for the dynamics of granulation tissue maturation in a wound bed recorded more rapid growth of granulations in the group undergone the radio wave-method treatment. Average terms of complete wound healing of post-traumatic deformations of uterine neck were in 1.5 times less, than under the application of diathermoexcision.

УДК 616-001-039.74

Шейко В. Д., Панасенко С. И., Крыжановский А.А., Кравченко С.П., Шкурупий А.А., Сьтник Д.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

Изучено течение травматической болезни (ТБ) у 287 пострадавших с политравмой и шоком. По механизму преобладали автодорожная травма (66,2%), кататравма (14,4%) и ранения (15,2%). ТБ сопровождалась развитием различных осложнений, у 74,5% пострадавших, летальность составила 24,5%. Дефекты при оказании помощи на ДГЭ выявлены в 31,3% наблюдений. Повышение эффективности неотложной помощи на ДГЭ связано с четкой организацией, включающей лечебные мероприятия, связь и транспортировку. Объем неотложной помощи необходимо определять исходя из тяжести состояния пострадавшего и корректировать в зависимости от характера повреждений.

Ключевые слова: политравма, неотложная помощь.

Вступление

По данным большинства публикаций стран постсоветского пространства – стран со схожей системой организации неотложной помощи, на догоспитальном этапе (ДГЭ) и в первые 3 часа после травмы в стационаре погибают до 80% пострадавших с политравмой (ПТ). В развитых странах, где реализуется принцип «золотого часа», летальность также высока и превышает 50%, но значительно ниже «наших реалий» [1, 2, 4, 10]. Принцип «золотого часа» отражает развитие прогрессирующей полиорганной дисфункции, которая инициируется тяжелой травмой, кровопотерей и шоком, и определяет танатогенез у большинства этих пострадавших в первые 60 минут посттравматического периода. При этом динамика неблагоприятных исходов четко зависит от сроков начала медицинской помощи. Так, если медицинская помощь оказывается в первые 15 минут – летальность не превышает 50%, если она оказывается позже, то летальность в течение первого часа каждые 20 минут возрастает на 15% [3, 7-9]. Кроме того, доказано, что квалифицированная медицинская помощь на ДГЭ значительно снижает раннюю госпитальную летальность и оптимизирует исходы травматической болезни (ТБ) у этой категории пострадавших [1, 2, 10, 14].

Цель исследования

Оценить эффективность медицинской помощи в структуре неотложных лечебных мероприятий на ДГЭ для оптимизации исходов при ПТ.

Материал и методы

Изучено течение ТБ у 287 пострадавших с ПТ госпитализированных в многопрофильные хирургиче-

ские стационары г.Полтава в период с 1996 по 2011 г. Средний возраст поступивших – 41,1 лет (от 16 до 76 лет). Все пострадавшие поступали с клиникой травматического шока. По механизму повреждений преобладали автодорожная травма (66,2%), кататравма (14,4%) и ранения (15,2%). В структуре ПТ повреждения живота выявлены у 71,2%, грудной клетки – у 64,7%, головы – у 78,5%, конечностей – у 61,5%, таза – у 22,4%. ТБ сопровождалась развитием различных осложнений у 74,5% пострадавших, летальность составила 24,5%.

Исследование является фрагментом НДР: «Прогнозирование и профилактика осложнений при острой абдоминальной хирургической патологии» (№0111U006299).

Результаты и обсуждение

В абсолютном большинстве клинических ситуаций ПТ является следствием ДТП и кататравмы. При этом первая медицинская помощь пострадавшим, как правило, оказывается только бригадами скорой медицинской помощи (СМП), в 11-20% наблюдений пострадавшие доставляются в лечебные учреждения попутным транспортом без каких-то лечебных мероприятий. Кроме этого, если в условиях города СМП прибывает к месту происшествия в течении 10-20 минут, то на происшествие вне населенных пунктов – от 20 до 90 минут [3,7-9]. Поэтому в посттравматическом периоде у пострадавших с ПТ можно выделить «нулевой период», продолжительностью от 10 минут до 1,5 часов, в течение которого никакой медицинской помощи не предоставляется. Нередко этот период значительно затягивается при невозможности быст-

використовується. Аналіз кольпоскопічних даних дозволив нам відмітити більш ранішнє відторгнення струпа. Візуальний контроль динаміки визрівання грануляційної тканини в раневому ложі зафіксував більш швидкий зріст грануляцій в групі з використанням радіохвильового методу. Середні строки повного загоєння рани при використанні радіохірургічного методу в лікуванні післятравматичних деформацій шийки матки в 1,5 рази менші, ніж при діатермоексцизії.

Summary

TREATMENT OF POST-TRAUMATIC DEFORMATIONS OF UTERINE NECK BY RADIO-WAVE SURGICAL METHOD

Churilov A.V., Kushnir S.V., Popandopulo A.D.

Key words: post-traumatic deformation, uterine cervix, radiosurgery.

This paper provides the findings of visual, colposcopic and planimetric picture of postoperative wound of post-traumatic uterine cervix deformities treated by radio-surgical method. This method has been proven to be of high efficiency. The analysis of colposcopic findings allowed us to report earlier eschar rejection. Visual control for the dynamics of granulation tissue maturation in a wound bed recorded more rapid growth of granulations in the group undergone the radio wave-method treatment. Average terms of complete wound healing of post-traumatic deformations of uterine neck were in 1.5 times less, than under the application of diathermoexcision.

УДК 616-001-039.74

Шейко В. Д., Панасенко С. И., Крыжановский А.А., Кравченко С.П., Шкурупий А.А., Сьтник Д.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПОЛИТРАВМЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

ВГУЗУ "Украинская медицинская стоматологическая академия", г. Полтава

Изучено течение травматической болезни (ТБ) у 287 пострадавших с политравмой и шоком. По механизму преобладали автодорожная травма (66,2%), кататравма (14,4%) и ранения (15,2%). ТБ сопровождалась развитием различных осложнений, у 74,5% пострадавших, летальность составила 24,5%. Дефекты при оказании помощи на ДГЭ выявлены в 31,3% наблюдений. Повышение эффективности неотложной помощи на ДГЭ связано с четкой организацией, включающей лечебные мероприятия, связь и транспортировку. Объем неотложной помощи необходимо определять исходя из тяжести состояния пострадавшего и корректировать в зависимости от характера повреждений.

Ключевые слова: политравма, неотложная помощь.

Вступление

По данным большинства публикаций стран постсоветского пространства – стран со схожей системой организации неотложной помощи, на догоспитальном этапе (ДГЭ) и в первые 3 часа после травмы в стационаре погибают до 80% пострадавших с политравмой (ПТ). В развитых странах, где реализуется принцип «золотого часа», летальность также высока и превышает 50%, но значительно ниже «наших реалий» [1, 2, 4, 10]. Принцип «золотого часа» отражает развитие прогрессирующей полиорганной дисфункции, которая инициируется тяжелой травмой, кровопотерей и шоком, и определяет танатогенез у большинства этих пострадавших в первые 60 минут посттравматического периода. При этом динамика неблагоприятных исходов четко зависит от сроков начала медицинской помощи. Так, если медицинская помощь оказывается в первые 15 минут – летальность не превышает 50%, если она оказывается позже, то летальность в течение первого часа каждые 20 минут возрастает на 15% [3, 7-9]. Кроме того, доказано, что квалифицированная медицинская помощь на ДГЭ значительно снижает раннюю госпитальную летальность и оптимизирует исходы травматической болезни (ТБ) у этой категории пострадавших [1, 2, 10, 14].

Цель исследования

Оценить эффективность медицинской помощи в структуре неотложных лечебных мероприятий на ДГЭ для оптимизации исходов при ПТ.

Материал и методы

Изучено течение ТБ у 287 пострадавших с ПТ госпитализированных в многопрофильные хирургиче-

ские стационары г.Полтава в период с 1996 по 2011 г. Средний возраст поступивших – 41,1 лет (от 16 до 76 лет). Все пострадавшие поступали с клиникой травматического шока. По механизму повреждений преобладали автодорожная травма (66,2%), кататравма (14,4%) и ранения (15,2%). В структуре ПТ повреждения живота выявлены у 71,2%, грудной клетки – у 64,7%, головы – у 78,5%, конечностей – у 61,5%, таза – у 22,4%. ТБ сопровождалась развитием различных осложнений у 74,5% пострадавших, летальность составила 24,5%.

Исследование является фрагментом НДР: «Прогнозирование и профилактика осложнений при острой абдоминальной хирургической патологии» (№0111U006299).

Результаты и обсуждение

В абсолютном большинстве клинических ситуаций ПТ является следствием ДТП и кататравмы. При этом первая медицинская помощь пострадавшим, как правило, оказывается только бригадами скорой медицинской помощи (СМП), в 11-20% наблюдений пострадавшие доставляются в лечебные учреждения попутным транспортом без каких-то лечебных мероприятий. Кроме этого, если в условиях города СМП прибывает к месту происшествия в течении 10-20 минут, то на происшествие вне населенных пунктов – от 20 до 90 минут [3, 7-9]. Поэтому в посттравматическом периоде у пострадавших с ПТ можно выделить «нулевой период», продолжительностью от 10 минут до 1,5 часов, в течение которого никакой медицинской помощи не предоставляется. Нередко этот период значительно затягивается при невозможности быст-

рого извлечения пострадавшего из автомобиля.

По нашим данным в условиях города средняя продолжительность «нулевого периода» составила $29 \pm 6,7$ минут, а время, прошедшее от момента травмы до госпитализации в стационар, с учетом транспортировки – около $42 \pm 7,8$ минут. Время ДГЭ при транспортировке пострадавших вне населенных пунктов пролонгируется в 1,5 – 2 раза. Исходя из этого соблюдение принципа «золотого часа» в наших условиях можно признать лишь частично. Кроме того, анализ объема оказания медицинской помощи на ДГЭ по данным публикаций свидетельствует, что только в 52-55% помощь оказывалась в адекватном объеме, а в 15-22% - осуществлялась исключительно транспортировка [5, 7, 9].

По нашим данным, неадекватный объем медицинской помощи при транспортировке бригадами СМП и отсутствие какой-либо помощи при транспортировке немедицинским транспортом выявлено у 31,3% госпитализированных пострадавших с ПТ. При этом наибольшее число дефектов при оказании помощи было связано с неадекватной иммобилизацией переломов конечностей (22,6%), отсутствием венозного доступа и инфузионной терапии (18,6%), необоснованным наложением гемостатического жгута (5,1%), отсутствием шейного ортеза у пострадавших без сознания (5,1%).

Стандартный объем неотложной помощи при ПТ на ДГЭ должен включать 2 ключевых этапа:

1. Первичный осмотр с оценкой потребности в реанимационных мероприятиях (процедура ABCC’):

A – Airway. Оценка / обеспечение проходимости дыхательных путей;

B – Breathing. Оценка / обеспечение адекватности дыхания;

C – Circulation. Оценка / обеспечение эффективности кровообращения;

C’ – Cervical spine. Стабилизация шейного отдела позвоночника.

Вторичный осмотр 7 анатомических областей с обеспечением:

а) остановки наружного кровотечения давящей повязкой,

– наложение жгута на конечности – как исключение (при повреждении магистральных артерий; если гемостаз от давящей повязки не эффективен или ее наложение технически не возможно).

б) адекватного обезболивания – опиаты.

в) Заместительной инфузионной терапии при кровопотере – кристаллоиды и коллоиды;

г) Иммобилизации скелетных повреждений с фиксацией двух смежных с местом повреждения суставов.

В Германии неотложные мероприятия разделяют на три этапа, которые регламентируют по времени [12].

1 (ALPHA) – процедура ABCC’, продолжительностью в 1 минуту.

2 (BRAVO) – продолжительностью 5 минут:

– Контроль иммобилизации шейного отдела позвоночника;

– Оценка неврологического статуса по шкале ком Глазго;

– Обеспечение респираторной поддержки подачей кислорода;

– Инфузия 1 литра кристаллоидов в 2 периферических катетера.

3 (CHARLIE) – продолжительностью 15 минут:

– Оценка характера повреждений с обеспечением лечебных манипуляций: анальгезия, иммобилизация, плевральный дренаж;

– Оценка функциональных расстройств с обеспечением коррекции: седация, интубация и ИВЛ,

– Транспортировка в адекватном положении и оптимальным транспортом.

Организация неотложной помощи в первые минуты после ПТ имеет огромное значение для оптимизации течения и исходов ТБ. Анализ реанимационной помощи бригадами СМП на ДГЭ свидетельствует о неукоснительном соблюдении ключевых алгоритмов во всех наблюдениях, но поддерживающая терапия – имела значимые недостатки. Пострадавшие уже на месте происшествия требовали респираторной поддержки, при этом 20% из них были доставлены в стационар с признаками дыхательной недостаточности ($\text{SaO}_2 < 90\%$). Но при транспортировке в 76,3% респираторная поддержка не мониторировалась пульсоксиметрией. Интубация трахеи и ИВЛ применялась исключительно при асфиксии, но 5,6% госпитализированных пациентов с ПТ требовали на ДГЭ интубации и ИВЛ вследствие неэффективной вентилизации. Традиционно показания к интубации определяют неэффективная вентилиция с частотой дыхания менее 9 либо более 40 в минуту и сатурация менее 90% на фоне ингаляции кислородом. Нередко интубация и ранняя ИВЛ показаны при высоком риске аспирации у коматозных (балл шкалы Глазго ≤ 8) пациентов и асфиксии при травме или отеке дыхательных путей. Режим респираторной поддержки осуществляется 100% кислородом с обеспечением сатурации не менее 96%.

Для оптимальной доставки кислорода тканям на всех этапах лечения необходимо обеспечение микроциркуляторной перфузии форсированной противошоковой инфузионной терапией. В большинстве исследований посвященных проблеме ПТ констатируется, что наличие гипотензии (сист.АД ≤ 90 мм рт.ст.) или устойчивой гипоксемии ($\text{SaO}_2 < 90\%$) при госпитализации увеличивает летальность в 2 раза, а сочетание гипотензии и гипоксемии в 3 раза [3, 6, 11].

Рекомендации по проведению инфузионной терапии на ДГЭ акцентируют необходимость анализа исходных параметров гемодинамики и их переоценки через 15-20 мин проводимой терапии [4-6]:

– есть периферическая пульсация (на лучевой артерии), сист.АД 60-90 мм рт.ст., характер травмы предполагает стабильность гемодинамики в течение часа: объем и скорость инфузии 20 мл/кг/ч кристаллоидами;

– нитевидный пульс на лучевой артерии, сист.АД < 60 мм рт.ст. или характер травмы предполагает депрессию гемодинамики в течение часа:

– объем и скорость инфузии 40 мл/кг/ч кристаллоидами,

– отсутствие положительной динамики 15-20 мин – темп инфузии более 40 мл/кг/ч, требуется введение коллоидов;

– пульсация только на сонной артерии, сист.АД < 40 мм рт.ст.:

– объем и скорость инфузии более 40 мл/кг/ч коллоидами,

– отсутствие положительной динамики 15-20 мин – требуется введение вазопрессоров.

Однако на этом этапе начатаются самые горячие дискуссии, в основе которых лежит характер ПТ. С одной стороны, восполнение кровопотери с нормализацией уровня АД способно увеличить темп внутреннего неконтролируемого кровотечения. С другой –

наличие тяжелой ЧМТ требует срочного возобновления адекватной перфузии мозга агрессивной инфузией, вплоть до вазопрессорной поддержки, с обеспечением нормотензии. Поскольку ЧМТ – наиболее часто встречающийся (более 70%) компонент ПТ, вопрос об адекватности инфузии крайне актуален.

Крайняя позиция некоторых рекомендаций [13-15], регламентирующая умышленное исключение инфузионной терапии на ДГЭ для поддержания гипотензии, с целью уменьшения темпа кровопотери вплоть до осуществления хирургического гемостаза, показала свою несостоятельность. Число неблагоприятных исходов возросло за счет увеличения частоты рефрактерной к интенсивной терапии полиорганной недостаточности вследствие пролонгирования ишемического поражения жизненноважных органов и систем [8, 9, 11, 16].

На сегодняшний день при неконтролируемом кровотечении на ДГЭ доказала свою эффективность ограниченная инфузионная терапия без достижения нормотензии, но с обеспечением уровня систолического АД – 80 мм рт.ст., достаточного для обеспечения перфузии жизненноважных органов, гипотензивная ресусцитация [11,12]. Применение ограниченной инфузионной терапии у пациентов с продолжающимся внутренним кровотечением способствовало снижению летальности, частоты осложнений и сроков госпитализации [11, 12]. В структуре ограниченной инфузии при кровопотере и шоке обсуждается эффективность малообъемной реанимации путем применения гипертонических (7,2–7,5%) солевых растворов. Считают, что при использовании гипертонических растворов улучшается реология крови, однако, с другой стороны, ухудшается тканевая перфузия. На сегодняшний день эффективность малообъемной реанимации не доказана [11, 12].

По нашим данным до 30% пострадавших на ДГЭ не получали противошоковой терапии. Большая часть этих пациентов была доставлена попутным медицинским транспортом, но каждый пятый пострадавший с ПТ и шоком, доставленный бригадами СМП, транспортировался без венозного доступа и какой-либо инфузионной терапии.

Таким образом, в основе эффективности неотложной помощи на ДГЭ лежит ее строго регламентированная организация, включающая лечебные мероприятия, связь и транспортировку. Объем неотложной помощи при ПТ на ДГЭ следует определять исходя из тяжести состояния пострадавшего и корректировать в зависимости от характера имеющихся повреждений. Всем пострадавшим с ПТ на ДГЭ необходимы: проведение комплекса реанимационных мероприятий (АВСС), устранение последствий травмы (анестезия, гемостаз, иммобилизация) и профилактика прогрессирования ПОН респираторной поддержкой и восполнением кровопотери.

Характер ПТ определяет режим инфузионной про-

тивошковой терапии. При наличии тяжелой ЧМТ целью инфузии является достижение нормального уровня АД, обеспечивающего адекватную перфузию поврежденного мозга. Наличие неконтролируемого внутреннего кровотечения требует ограниченной инфузионной терапии с обеспечением уровня АД до 80 мм рт.ст., достаточного для перфузии жизненноважных органов.

Литература

1. Анкин Л.Н. Политравма (организационные, тактические и методологические проблемы) / Л.Н. Анкин. – М.: Медицина, 2004. – 206 с.
2. Бондарчук Г.В. Полісистемні травматичні пошкодження: організація допомоги постраждалим на ранньому госпітальному етапі в умовах міської лікарні швидкої допомоги / Г.В. Бондарчук // Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можаяса. – 2009. – Т.10, № 1. – С.42-44.
3. Власенко А.В. Анализ причин летальности пострадавших с тяжелой сочетанной травмой в отделении реанимации многопрофильного стационара / А.В. Власенко, О.Р. Добрушина, В.Н. Яковлев [и др.] // Общая реаниматология. – 2009. – № 6. – С. 31-35.
4. Волосевич Е.Е. Тактика оказания скорой медицинской помощи при тяжелой сочетанной травме на догоспитальном и раннем госпитальном этапах / Е.Е. Волосевич, Я.А. Насонов, Л.И. Крюкова [и др.] // Скорая медицинская помощь. – 2001. – № 3. – С. 13-15.
5. Крутько Е.Н. Особенности интенсивной терапии в реанимационном и постреанимационном периодах у пострадавших с травматической болезнью / Е. Н. Крутько, П. Н. Замятин, С. Б. Певев // Харківська хірургічна школа. – 2009. – №3. – С.73-75.
6. Михайлович В.А. Руководство для врачей скорой помощи / В.А. Михайлович, А.Г. Мирошниченко. – СПб.: «Невский диалект», 2005. – 703 с.
7. Гуманенко Е.К. Проблемы догоспитальной помощи при тяжелой сочетанной травме / Е.К. Гуманенко, А.Б. Сингаевский, С.В. Гаврилин [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2003. – № 4. – С. 43-48.
8. Пурса Ю.В. Факторы риска неблагоприятного исхода у пострадавших с тяжелой сочетанной черепно-мозговой травмой / Ю.В. Пурса, А.Э. Талыпов, В.В.Крылов // Медицина катастроф. – 2010. – №4. – С. 22-26.
9. Шапот Ю.Б. Сравнительный анализ качества помощи и летальности при сочетанной шокогенной травме / Ю.Б. Шапот, В.Ф. Озеров, В.Л. Карташкин, Н.Д. Ашраф // Скорая медицинская помощь. – 2002. – № 4. – С. 37-39.
10. Шейко В.Д. Возможности улучшения результатов лечения пациентов с политравмами / В.Д. Шейко, С.И. Панасенко, В.И. Ляховский [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – №3(35). – С.321-322.
11. Шлапак И.П. Допустимая гипотензия / И. П. Шлапак, М. В. Бондарь, Д. Л. Мищенко // Острые и неотложные состояния в практике врача, 2009. – №3. – С. 15-17.
12. Bernhard M. Präklinisches Management des Polytraumas / M. Bernhard, M. Helm, A. Griesel // Anaesthesist. – 2004. – №53. – P.887-904.
13. Bickell A. Immediate versus delayed fluid resuscitation for hypotensive patients with penetrating torso injuries / A. Bickell, M. J. Wall, P.E. Pepe [et al.] // N. Engl. J. Med. – 1994. – № 331. – P.1105-1109.
14. Kreimeier U. Permissive hypotension beim schweren Trauma / U.Kreimeier, C.K Lackner, S. Prückner [et al.] // Anaesthesist. – 2002. – №51. – P.787-799.
15. Roberts I. Is the normalisation of blood pressure in bleeding trauma patients harmful? / I. Roberts, P. Evans, F. Bunn [et al.] // Lancet. – 2001. – №357. – P.385-387.
16. Flavin M.P. Stages of development and injury patterns in the early years: a population-based analysis / M.P. Flavin, S.M. Dostaler, K. Simpson [et al.] // BMC Public Health. – 2006. – №6. – P. 187-197.

Реферат

ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ПОЛІТРАВМІ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

Шейко В.Д., Панасенко С.І., Крижановський О.А., Кравченко С.П., Шкурупій О.А., Ситник Д.А.

Ключові слова. політравма, невідкладна допомога.

Вивчено перебіг травматичної хвороби (ТХ) у 287 постраждалих з політравмою та шоком. За механізмом домінували автодорожні травми (66,2%), кататравма (14,4%) та поранення (15,2%). ТХ супроводжувалась розвитком різноманітних ускладнень у 74,5% постраждалих, летальність склала 24,5%. Дефекти при наданні допомоги на ДГЕ виявлено в 31,3% спостережень. Підвищення ефективності невідкладної допомоги на ДГЕ пов'язано з чіткою організацією, яка містить лікувальні заходи, зв'язок і транспортування. Обсяг невідкладної допомоги необхідно визначати відповідно тяжкості стану постраждалого та корегувати залежно характеру пошкоджень.

Summary

WAYS TO IMPROVE EMERGENCY CARE IN POLYTRAUMA AT PREHOSPITAL STAGE

Sheiko V.D., Panasenko S.I., Kryzhanovsky A.A., Kravchenko S.P., Shkurupiy A.A., Sytnik D.A.

Keywords: polytrauma, emergency care.

The research was devoted to studying the course of wound dystrophy (WD) in 287 patients with multiple injuries and shock. The traumas due to road accidents were reported in 66.2% of cases, the cataraumas were reported in 14.4% of cases and the injuries were registered in 15.2% of cases. WD was accompanied by the development of various complications in 74.5% of the victims. The mortality outcomes made up 24.5%. Shortcomings in providing with primary medical care were detected in 31.3% of cases. Improving the effectiveness of emergency assistance at the pre-hospital stage is tightly related to proper organization including therapeutic measures, communications and transportation. The volume of emergency care should be estimated according to the patient's severity and corrected according to the type of damage.

ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ КАФЕДРАХ

УДК 371.314.6:61-089

Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Орехов А.А., Селиванов С.С., Аблицов Н.П., Маслов Я.Я., Селиванова О.В., Бондарева Е.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СВЕТЕ БОЛОНСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (зав.каф. - д.мед.н., проф. Р.В. Бондарев)

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

г. Луганск, Украина

Внедрение в учебный процесс в свете Болонского образовательного пространства современных технологий требует новые подходы к методам обучения, что совершенствует систему подготовки будущих специалистов. Проведенный сравнительный анализ результатов обучения на кафедре факультетской хирургии показал: использование современных технологий и соответствующих методов обучения позволило улучшить результаты освоения практических навыков в 1,8 раза.

Ключевые слова: современные технологии в медицине, деонтология врачебной деятельности, кредитно-модульная система обучения.

Вступление

Модернизация системы медицинского образования в контексте Болонского процесса ориентирована на углубление интеграции базовых и клинических дисциплин, на осуществление перехода от пассивного преподавания к активному обучению студентов, улучшение клинического обучения у постели больного, овладение практическими навыками за счет увеличения общения и контроля преподавателями самостоятельной работы студентов с пациентами [3, 4].

В будущем качественная медицинская практика должна отвечать следующим требованиям: наличие подготовленных специалистов, оптимальное использование ресурсов, минимизация риска для больных при применении медицинских технологий и удовлетворение пациента при контакте с медицинской общестvenностью [1, 2].

Если в вузе заложен низкий багаж знаний, то это делает врача беспомощным у постели больного, особенно, если у того имеется конкурирующее заболевание хирургического профиля. Это приводит к тяжелым диагностическим ошибкам, а порою и к смерти пациента [5]. В этом контексте преподавание хирургии как науки, основанной на практических навыках, имеет свои отличительные особенности. Процесс формирования профессиональных умений включает в себя: овладение, свободное оперирование полученными знаниями и применение их в решении профессиональных задач.

Цель исследования

Улучшить результаты освоения практических навыков студентами на цикле факультетской хирургии путем внедрения новых педагогических подходов

обучения в свете Болонского образовательного процесса.

Объект и методы исследования

Кредитно-модульная система обучения и количественная оценка контроля знаний на кафедре хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (факультетская хирургия) используется с 2008 года. На кафедре созданы благоприятные условия для обучения, связанные с материальным аспектом: наличие фантомов и муляжей для тренинга студентами практических навыков, используются новые современные технологии (мультимедийная система обучения, компьютерные обучающие программы, в целях диагностики и лечения больных – аппарат ультразвукового исследования, эндовидеокомплекс для выполнения миниинвазивных вмешательств). Для работы с литературой на кафедре студентам предлагаются методические пособия, монографии, изданные сотрудниками кафедры, лучшие рефераты студентов, реферативные обзоры статей хирургических журналов Украины и стран ближнего зарубежья согласно изучаемым темам.

Работа начинается с утренней общеклинической конференции и продолжается в двух основных направлениях – теоретическом и практическом.

Сотрудниками кафедры определены цели и задачи каждого занятия, составлены схемы ориентировочной основы действий. Основные задачи сосредотачиваются на том, что именно студенты должны уметь выполнить в конце отдельного занятия. Большое внимание уделяется самостоятельной работе студентов в клинике и на кафедре. Проводятся научно-практические конференции студентов под руководством преподавателей, в ходе которых участники

ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН НА ФУНДАМЕНТАЛЬНИХ КАФЕДРАХ

УДК 371.314.6:61-089

Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Орехов А.А., Селиванов С.С., Аблицов Н.П., Маслов Я.Я., Селиванова О.В., Бондарева Е.А.

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В СВЕТЕ БОЛОНСКОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (зав.каф. - д.мед.н., проф. Р.В. Бондарев)

ГЗ «Луганский государственный медицинский университет»

г. Луганск, Украина

Внедрение в учебный процесс в свете Болонского образовательного пространства современных технологий требует новые подходы к методам обучения, что совершенствует систему подготовки будущих специалистов. Проведенный сравнительный анализ результатов обучения на кафедре факультетской хирургии показал: использование современных технологий и соответствующих методов обучения позволило улучшить результаты освоения практических навыков в 1,8 раза.

Ключевые слова: современные технологии в медицине, деонтология врачебной деятельности, кредитно-модульная система обучения.

Вступление

Модернизация системы медицинского образования в контексте Болонского процесса ориентирована на углубление интеграции базовых и клинических дисциплин, на осуществление перехода от пассивного преподавания к активному обучению студентов, улучшение клинического обучения у постели больного, овладение практическими навыками за счет увеличения общения и контроля преподавателями самостоятельной работы студентов с пациентами [3, 4].

В будущем качественная медицинская практика должна отвечать следующим требованиям: наличие подготовленных специалистов, оптимальное использование ресурсов, минимизация риска для больных при применении медицинских технологий и удовлетворение пациента при контакте с медицинской общестvenностью [1, 2].

Если в вузе заложен низкий багаж знаний, то это делает врача беспомощным у постели больного, особенно, если у того имеется конкурирующее заболевание хирургического профиля. Это приводит к тяжелым диагностическим ошибкам, а порою и к смерти пациента [5]. В этом контексте преподавание хирургии как науки, основанной на практических навыках, имеет свои отличительные особенности. Процесс формирования профессиональных умений включает в себя: овладение, свободное оперирование полученными знаниями и применение их в решении профессиональных задач.

Цель исследования

Улучшить результаты освоения практических навыков студентами на цикле факультетской хирургии путем внедрения новых педагогических подходов

обучения в свете Болонского образовательного процесса.

Объект и методы исследования

Кредитно-модульная система обучения и количественная оценка контроля знаний на кафедре хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (факультетская хирургия) используется с 2008 года. На кафедре созданы благоприятные условия для обучения, связанные с материальным аспектом: наличие фантомов и муляжей для тренинга студентами практических навыков, используются новые современные технологии (мультимедийная система обучения, компьютерные обучающие программы, в целях диагностики и лечения больных – аппарат ультразвукового исследования, эндовидеокомплекс для выполнения миниинвазивных вмешательств). Для работы с литературой на кафедре студентам предлагаются методические пособия, монографии, изданные сотрудниками кафедры, лучшие рефераты студентов, реферативные обзоры статей хирургических журналов Украины и стран ближнего зарубежья согласно изучаемым темам.

Работа начинается с утренней общеклинической конференции и продолжается в двух основных направлениях – теоретическом и практическом.

Сотрудниками кафедры определены цели и задачи каждого занятия, составлены схемы ориентировочной основы действий. Основные задачи сосредотачиваются на том, что именно студенты должны уметь выполнить в конце отдельного занятия. Большое внимание уделяется самостоятельной работе студентов в клинике и на кафедре. Проводятся научно-практические конференции студентов под руководством преподавателей, в ходе которых участники

выступают с сообщениями и докладами с последующим обсуждением и дискуссией.

Важную роль в процессе обучения играют этические аспекты взаимоотношений преподавателя и студента. Аккуратный внешний вид, последовательность изложения материала, тактичность и корректность во время общения с пациентом, совместная «обучающая» работа в перевязочной, операционной повышают эффективность обучения.

Теоретическая часть занятия включает применение специальных компьютерных программ с фотографиями и видеоматериалами операций изучаемой нозологии, самостоятельную работу студентов с литературой кафедральной библиотеки, у постели больного, разбор клинических случаев в условиях учебной комнаты, освоение навыков методом «друг на друге» и на фантомах, создаются ситуации, приближающие студента к практической клинической ситуации, создается имитация участия в лечебно-диагностическом процессе.

Руководящую роль в активном участии студентов в клинике, их постоянном общении с пациентами и медицинским персоналом занимает преподаватель. Именно на него возлагается ответственность в ознакомлении студентов с деонтологическими принципами поведения в клинике, что позволяет избежать неприятных ситуаций. Под чутким контролем преподавателя возможно участие студента в перевязках больного, а если преподаватель является оперирующим хирургом, то и участие в качестве второго ассистента. При работе в перевязочной используются классические методы обучения практическим навыкам, однако педагогический процесс в условиях операционной имеет свои особенности. Так, во время выполнения эндовидеоскопических оперативных вмешательств, когда, благодаря монитору, есть возможность адекватной визуализации хода операции, общение со студентами проводится на протяжении всей операции. Мы применяем следующий метод обучения: студент, смотря в монитор, называет последовательно этапы операции, которые преподаватель, являясь оперирующим хирургом, выполняет после слов студента и, соответственно, делает поправки при неправильном ответе. Во время оперативного вмешательства возможно обсуждение этапов операции, возникающих интраоперационных ситуаций в режиме «вопрос-ответ».

Согласно требованиям кредитно-модульной системы, определению уровня знаний студента большую роль отводим тестовым заданиям. Считаем, что тестирование является одним из надежных средств контроля усвоения учебной информации, поэтому проводим его ежедневно.

Особенно важным требованием служит умение применить усвоенную учебную информацию в практической деятельности. Поэтому «живой» беседе и опросу уделяем достаточно времени. Таким обра-

зом, проводится объективная оценка знаний путем тестовых заданий и определение на каждом занятии умение студента оценивать клинические проявления хирургических заболеваний, выбирать лечебную тактику и технические моменты хирургического вмешательства.

Результаты исследований и их обсуждение

Повышение требований к самостоятельной работе студентов, улучшение освоения практических навыков определяет необходимость всестороннего использования возможностей современных технологий.

Нами ретроспективно проведен сравнительный анализ полученных результатов обучения студентов при помощи компьютерных обучающих программ с видеоматериалами клинических ситуаций и операций, предложенного метода обучения в операционной с использованием видеоскопической аппаратуры, с результатами, когда не было возможности использовать современные технологии. Определено, что технологический прогресс совместно с разработанной методологией преподавания позволил в 1,8 раза улучшить результаты освоения практических навыков.

Визуальный компонент обучения при использовании компьютерных программ, видеоизображение хода операции в операционной является одной из составляющих компонентов для усвоения изученного материала и способствует активации внимания студентов.

Вывод

Таким образом, использование возможностей современных технологий и разработка соответствующих методов обучения в рамках кредитно-модульной системы учебного процесса на кафедрах хирургического профиля позволило улучшить результаты освоения практических навыков.

Литература

1. Березницький Я.С. Особливості викладання хірургії для інтернів згідно вимог кредитно-модульної системи / Я.С. Березницький, В.В. Гапонов, Н.А. Яльченко // Вісник Укр. мед. стомат. академії. – 2006. – Т. 6, Вип. 1-2. – С. 292-294.
2. Каминский И.В. Компьютерные технологии и современные методы визуализации в преподавании курса факультетской хирургии / И.В. Каминский, Ф.Н. Ильченко // Вестн. неотл. и восстановит. медицины. – 2004. – Т. 5, № 2. – С. 383-384.
3. Передерій В.Г. Болонський процес та модернізація вищої медичної освіти: проблеми, завдання та шляхи вирішення / В.Г. Передерій, В.Ф. Москаленко, І.Е. Булах // Науковий вісник Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця. – 2004. – № 1-2. – С. 80-87.
4. Саричев Л.П. Застосування інформаційних навчальних технологій у викладанні урології / Л.П. Саричев, С.А. Сухомлин, Я.В. Саричев // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Інноваційні інформаційні технології у вищій медичній освіті». – Полтава, 2012. – С. 175-176.
5. Шапошников В.И. К проблеме преподавания хирургии / В.И. Шапошников, С.Н. Ралко // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – №7. – С. 59.

Реферат

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ ОСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИКІВ НА КАФЕДРАХ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ У СВІТЛІ БОЛОНСЬКОГО ОСВІТНЬОГО ПРОЦЕСУ

Бондарев Р.В., Чибісов О.Л., Орехов О.А., Селіванов С.С., Аблицов М.П., Маслов Я.Я., Селіванова О.В., Бондарєва О.О.

Ключові слова: сучасні технології в медицині, деонтологія лікарської діяльності, кредитно-модульна система навчання.

Впровадження в навчальний процес у світі Болонського освітнього простору сучасних технологій потребує нових підходів до методів навчання, що удосконалили систему підготовки майбутніх спеціалістів. Проведений порівняльний аналіз результатів навчання на кафедрі факультетської хірургії показав: використання сучасних технологій та відповідних методів навчання дозволило покращити результати освоєння практичних навичок у 1,8 раза.

Summary

WAYS TO IMPROVE DEVELOPMENT OF PRACTICAL SKILLS AT THE SURGICAL CHAIRS ACCORDING TO BOLOGNA EDUCATIONAL SYSTEM

Bondarev R.V., Chibisov A.L., Orekhov A.A., Selivanov S.S., Ablitsov N.P., Maslov Ya.Ya., Selivanova O.V., Bondareva O.O.

Key words: modern technologies in medicine, deontology, ECTS.

Educational services according to Bologna education system demands the implementation of modern teaching technologies to improve the professional education. The comparative analysis of academic results at the Department of surgery has showed the applications of the latest technologies and teaching methods allow students to improve their results in mastering practical skills in 1,8 times

УДК 617-089.49: 378.147.88

Борота А.В., Василенко Л.И., Луценко Ю.Г., Енгенов Н.М.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ДЕСМУРГИИ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ БОЛОНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Рассматриваются особенности организации самостоятельной работы студентов по десмургии на кафедре общей хирургии в медицинском университете с учетом требований Болонской системы. Авторы считают, что овладение студентами практическими навыками по десмургии играют ключевую роль в самостоятельной подготовке, позволяют оказывать первую доврачебную помощь пострадавшим.

Ключевые слова: десмургия, педагогический процесс.

Проблема организации самостоятельной работы студентов при изучении общей хирургии в медицинском ВУЗе с учетом требований Болонской системы обучения продолжает живо обсуждаться в периодической медицинской печати.

Общеизвестно, что самостоятельная работа обеспечивает максимальную мотивацию обучаемого и обеспечивает творческое освоение информации, которая реализуется в процессе занятия в виде целевых обучаемых заданий. Составные части задания должны быть максимально приближены к профессиональной деятельности обучаемого. В обучении будущего врача «задание» включает конкретную модель ситуации оказания первой доврачебной помощи пострадавшему при уличных травмах и дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), с которыми обучаемый может столкнуться в реальной жизни и профессиональной деятельности.

Поэтому обучение вопросам десмургии на кафедре общей хирургии Донецкого национального медицинского университета уделяется особое внимание (включая самостоятельное изучение дисциплины и внутриаудиторную самостоятельную работу студентов).

Внутриаудиторная самостоятельная работа студентов на кафедре общей хирургии включает: 1) наложение любых разновидностей повязок на различные части тела под пристальным контролем преподавателя, отработку практических навыков десмургии и особенностей транспортной иммобилизации на своих коллег – студентах у учебных комнатах; 2) работа в перевязочной (освоение и повторение основ десмургии при перевязке пациентов с различными ранами на различных частях тела: голова, туловище, конечности), позволяющих решать конкретные ситуационные задачи. Индивидуальная работа преподавателя со студентами при изучении основ десмургии

(коррекции знаний и умений студента, решения основных целей практического занятия и проведения адекватного заключительного тестового контроля знаний) с одной стороны - повышает уровень знаний и умений будущего врача любой специальности и дать им объективную оценку; с другой - позволяет подготовить студента к самостоятельному решению конкретных ситуационных задач, которые ставит жизнь.

Накопленный нами многолетний педагогический опыт проведения занятий по основам десмургии показывает, что наиболее эффективным методом самостоятельной (внеаудиторной) работы студента продолжает оставаться добросовестная самостоятельная работа студента в группе из трех человек. Один студент, работая с литературой, информирует другого (и каждого из них) об основных приемах наложения того или иного вида повязки, одновременно осуществляя контроль над правильностью выполнения манипуляций; другой студент осуществляет непосредственное наложение повязки на третьем студенте (последний выступает в качестве пострадавшего пациента). Меняясь местами, каждый из студентов повторяет наложение избранного вида повязки. Такая коллективная система подготовки и освоения основ десмургии позволяет лучше подготовиться каждому из студентов. Пожалуй, ни один другой раздел общей хирургии не вызывает у студентов такого живого ажиотажа и интереса, как изучение основ десмургии, который позволяет каждому из студентов самоутвердиться знаниями и умениями в глазах своих коллег.

Литература

1. Бутирский О.Г. Модернізація навчального процесу із загальної хірургії в контексті болонського процесу / О.Г.Бутирский, О.Ч.Хаджиев, В.В.Вашук [та ін.] // Акт. проблеми сучасної медицини. – 2007. – Т.7, вип.1-2. – С.299-300.

Summary

WAYS TO IMPROVE DEVELOPMENT OF PRACTICAL SKILLS AT THE SURGICAL CHAIRS ACCORDING TO BOLOGNA EDUCATIONAL SYSTEM

Bondarev R.V., Chibisov A.L., Orekhov A.A., Selivanov S.S., Ablitsov N.P., Maslov Ya.Ya., Selivanova O.V., Bondareva O.O.

Key words: modern technologies in medicine, deontology, ECTS.

Educational services according to Bologna education system demands the implementation of modern teaching technologies to improve the professional education. The comparative analysis of academic results at the Department of surgery has showed the applications of the latest technologies and teaching methods allow students to improve their results in mastering practical skills in 1,8 times

УДК 617-089.49: 378.147.88

Борота А.В., Василенко Л.И., Луценко Ю.Г., Енгенов Н.М.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ ПО ДЕСМУРГИИ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ С УЧЕТОМ ТРЕБОВАНИЙ БОЛОНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Рассматриваются особенности организации самостоятельной работы студентов по десмургии на кафедре общей хирургии в медицинском университете с учетом требований Болонской системы. Авторы считают, что овладение студентами практическими навыками по десмургии играют ключевую роль в самостоятельной подготовке, позволяют оказывать первую доврачебную помощь пострадавшим.

Ключевые слова: десмургия, педагогический процесс.

Проблема организации самостоятельной работы студентов при изучении общей хирургии в медицинском ВУЗе с учетом требований Болонской системы обучения продолжает живо обсуждаться в периодической медицинской печати.

Общеизвестно, что самостоятельная работа обеспечивает максимальную мотивацию обучаемого и обеспечивает творческое освоение информации, которая реализуется в процессе занятия в виде целевых обучаемых заданий. Составные части задания должны быть максимально приближены к профессиональной деятельности обучаемого. В обучении будущего врача «задание» включает конкретную модель ситуации оказания первой доврачебной помощи пострадавшему при уличных травмах и дорожно-транспортных происшествиях (ДТП), с которыми обучаемый может столкнуться в реальной жизни и профессиональной деятельности.

Поэтому обучение вопросам десмургии на кафедре общей хирургии Донецкого национального медицинского университета уделяется особое внимание (включая самостоятельное изучение дисциплины и внутриаудиторную самостоятельную работу студентов).

Внутриаудиторная самостоятельная работа студентов на кафедре общей хирургии включает: 1) наложение любых разновидностей повязок на различные части тела под пристальным контролем преподавателя, отработку практических навыков десмургии и особенностей транспортной иммобилизации на своих коллег – студентах у учебных комнатах; 2) работа в перевязочной (освоение и повторение основ десмургии при перевязке пациентов с различными ранами на различных частях тела: голова, туловище, конечности), позволяющих решать конкретные ситуационные задачи. Индивидуальная работа преподавателя со студентами при изучении основ десмургии

(коррекции знаний и умений студента, решения основных целей практического занятия и проведения адекватного заключительного тестового контроля знаний) с одной стороны - повышает уровень знаний и умений будущего врача любой специальности и дать им объективную оценку; с другой - позволяет подготовить студента к самостоятельному решению конкретных ситуационных задач, которые ставит жизнь.

Накопленный нами многолетний педагогический опыт проведения занятий по основам десмургии показывает, что наиболее эффективным методом самостоятельной (внеаудиторной) работы студента продолжает оставаться добросовестная самостоятельная работа студента в группе из трех человек. Один студент, работая с литературой, информирует другого (и каждого из них) об основных приемах наложения того или иного вида повязки, одновременно осуществляя контроль над правильностью выполнения манипуляций; другой студент осуществляет непосредственное наложение повязки на третьем студенте (последний выступает в качестве пострадавшего пациента). Меняясь местами, каждый из студентов повторяет наложение избранного вида повязки. Такая коллективная система подготовки и освоения основ десмургии позволяет лучше подготовиться каждому из студентов. Пожалуй, ни один другой раздел общей хирургии не вызывает у студентов такого живого ажиотажа и интереса, как изучение основ десмургии, который позволяет каждому из студентов самоутвердиться знаниями и умениями в глазах своих коллег.

Литература

1. Бутирский О.Г. Модернізація навчального процесу із загальної хірургії в контексті болонського процесу / О.Г.Бутирский, О.Ч.Хаджиев, В.В.Вашук [та ін.] // Акт. проблеми сучасної медицини. – 2007. – Т.7, вип.1-2. – С.299-300.

Реферат

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ З ДЕСМУРГІЇ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ У МЕДИЧНОМУ ВУЗІ З УРАХУВАННЯМ ВИМОГ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

Борота О.В., Василенко Л.І., Луценко Ю.Г., Єнгенов Н.М.

Ключові слова: десмургія, педагогічний процес.

Розглядаються особливості організації самостійної роботи студентів з десмургії на кафедрі загальної хірургії в медичному університеті з урахуванням вимог Болонської системи. Автори вважають, що оволодіння студентами практичними навичками з десмургії визначають ключову роль в самостійній підготовці, дозволяють надавати першу долікарську допомогу потерпілим.

Summary

ARRANGEMENT OF INDEPENDENT STUDENTS' WORK ON DESMURGY AT THE CHAIR OF GENERAL SURGERY IN MEDICAL SCHOOL IN CONSIDERATION OF BOLOGNA EDUCATIONAL CONVENTION

Borota A.V., Vasylenko L.I., Lutsenko Yu.G., Yengenov N.M.

Key words: desmurgy, medical training.

The paper describes the peculiarities referring to the students' arrangement of independent work on desmurgy at the chair of the general surgery of medical university in consideration of Bologna education convention. Authors consider the mastering practical skills on desmurgy plays a key role in independent preparation and this allows the medical students to provide the first medical care for victims.

УДК617:378.147-054.6-057.875

Борота А.В., Лыков В.А., Борота А.А., Ксенофонтов С.С., Гюльмамедов В.А.

АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ СТУДЕНТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

В одной группе зачастую обучаются студенты различных национальностей, абсолютно разных политических и религиозных взглядов, и совершенно неодинаковых культурологических особенностей и традиций. Каждый из обучающихся студентов имеет абсолютно различную базовую начальную подготовку, поскольку школьные программы обучения значительно разнятся. В обучении студентов международного медицинского факультета основам общей хирургии имеется множество трудностей, обусловленных в основном языковым барьером и мультинациональностью коллектива студентов. Но они не должны отражаться на качестве преподавания и являются лишь стимулом для дальнейшего поиска эффективных путей решения проблемы.

Ключевые слова: иностранные студенты, обучение, общая хирургия.

Вступление

Клиническая дисциплина «Общая хирургия» занимает одно из ведущих мест в подготовке врачей общего профиля. Курс общей хирургии закладывает студентам 3 курса основы изучения и понимания как собственно общей хирургии, так и других специальностей (травматологии и ортопедии, анестезиологии и интенсивной терапии и т.д.).

Цель работы

Обобщение и анализ опыта педагогического процесса студентам международного медицинского факультета на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

В 2007 году МОЗ Украины издало типовую программу учебной дисциплины «Общая хирургия» для студентов высших медицинских учреждений III-IV уровня аккредитации [1, 2].

В настоящее время профессиональная подготовка будущего врача во многом зависит не только от содержания учебной программы, но и от методов обучения и донесения студентам необходимых знаний, а также от их мотивации.

Как показывает опыт, иностранные студенты требуют особой тактики и методики преподавания. Диктуется же это тем, что в одной группе зачастую обучаются студенты различных национальностей, абсолютно разных политических и религиозных взглядов, и совершенно неодинаковых культурологических осо-

бенностей и традиций. Каждый из обучающихся студентов имеет абсолютно различную базовую начальную подготовку, поскольку школьные программы обучения значительно разнятся. В связи с этим унифицировать процесс обучения в таких группах не представляется возможным. С другой стороны создать индивидуальную программу для студентов каждой страны также невозможно.

Если коснуться аспекта преподавания на русском языке, то здесь порой встречаются языковые затруднения, которые обусловлены тем фактом, что русский у подавляющего количества студентов не является родным (исключая студентов из стран СНГ и эмигрантов из русскоговорящих стран).

Что касается же англоязычного преподавания, то здесь ситуация обстоит более серьезно. Чаще всего данный язык не является родным для студентов. Кроме того, и для всех преподавателей английский язык также не является родным. Таким образом, степень владения им, случается, как у студентов, так и у преподавателей далека от идеала. Преподаватели, привыкшие слышать «классический» английский со времен школьной скамьи, зачастую испытывают трудности в коммуникации со студентами, на «неродной» английский которых наслаиваются особенности базового языка или наречия, порой в корне меняющие привычное звучание слов. Такие проблемы можно сгладить регулярным посещением преподавателями специализированных языковых курсов и общением с носителями языка, причем желательно медицинских специальностей.

Реферат

ДО ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ З ДЕСМУРГІЇ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ У МЕДИЧНОМУ ВУЗІ З УРАХУВАННЯМ ВИМОГ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

Борота О.В., Василенко Л.І., Луценко Ю.Г., Єнгенов Н.М.

Ключові слова: десмургія, педагогічний процес.

Розглядаються особливості організації самостійної роботи студентів з десмургії на кафедрі загальної хірургії в медичному університеті з урахуванням вимог Болонської системи. Автори вважають, що оволодіння студентами практичними навичками з десмургії визначають ключову роль в самостійній підготовці, дозволяють надавати першу долікарську допомогу потерпілим.

Summary

ARRANGEMENT OF INDEPENDENT STUDENTS' WORK ON DESMURGY AT THE CHAIR OF GENERAL SURGERY IN MEDICAL SCHOOL IN CONSIDERATION OF BOLOGNA EDUCATIONAL CONVENTION

Borota A.V., Vasylenko L.I., Lutsenko Yu.G., Yengenov N.M.

Key words: desmurgy, medical training.

The paper describes the peculiarities referring to the students' arrangement of independent work on desmurgy at the chair of the general surgery of medical university in consideration of Bologna education convention. Authors consider the mastering practical skills on desmurgy plays a key role in independent preparation and this allows the medical students to provide the first medical care for victims.

УДК617:378.147-054.6-057.875

Борота А.В., Лыков В.А., Борота А.А., Ксенофонтов С.С., Гюльмамедов В.А.

АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ СТУДЕНТАМ МЕЖДУНАРОДНОГО МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

В одной группе зачастую обучаются студенты различных национальностей, абсолютно разных политических и религиозных взглядов, и совершенно неодинаковых культурологических особенностей и традиций. Каждый из обучающихся студентов имеет абсолютно различную базовую начальную подготовку, поскольку школьные программы обучения значительно разнятся. В обучении студентов международного медицинского факультета основам общей хирургии имеется множество трудностей, обусловленных в основном языковым барьером и мультинациональностью коллектива студентов. Но они не должны отражаться на качестве преподавания и являются лишь стимулом для дальнейшего поиска эффективных путей решения проблемы.

Ключевые слова: иностранные студенты, обучение, общая хирургия.

Вступление

Клиническая дисциплина «Общая хирургия» занимает одно из ведущих мест в подготовке врачей общего профиля. Курс общей хирургии закладывает студентам 3 курса основы изучения и понимания как собственно общей хирургии, так и других специальностей (травматологии и ортопедии, анестезиологии и интенсивной терапии и т.д.).

Цель работы

Обобщение и анализ опыта педагогического процесса студентам международного медицинского факультета на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

В 2007 году МОЗ Украины издало типовую программу учебной дисциплины «Общая хирургия» для студентов высших медицинских учреждений III-IV уровня аккредитации [1, 2].

В настоящее время профессиональная подготовка будущего врача во многом зависит не только от содержания учебной программы, но и от методов обучения и донесения студентам необходимых знаний, а также от их мотивации.

Как показывает опыт, иностранные студенты требуют особой тактики и методики преподавания. Диктуется же это тем, что в одной группе зачастую обучаются студенты различных национальностей, абсолютно разных политических и религиозных взглядов, и совершенно неодинаковых культурологических осо-

бенностей и традиций. Каждый из обучающихся студентов имеет абсолютно различную базовую начальную подготовку, поскольку школьные программы обучения значительно разнятся. В связи с этим унифицировать процесс обучения в таких группах не представляется возможным. С другой стороны создать индивидуальную программу для студентов каждой страны также невозможно.

Если коснуться аспекта преподавания на русском языке, то здесь порой встречаются языковые затруднения, которые обусловлены тем фактом, что русский у подавляющего количества студентов не является родным (исключая студентов из стран СНГ и эмигрантов из русскоговорящих стран).

Что касается же англоязычного преподавания, то здесь ситуация обстоит более серьезно. Чаще всего данный язык не является родным для студентов. Кроме того, и для всех преподавателей английский язык также не является родным. Таким образом, степень владения им, случается, как у студентов, так и у преподавателей далека от идеала. Преподаватели, привыкшие слышать «классический» английский со времен школьной скамьи, зачастую испытывают трудности в коммуникации со студентами, на «неродной» английский которых наслаиваются особенности базового языка или наречия, порой в корне меняющие привычное звучание слов. Такие проблемы можно сгладить регулярным посещением преподавателями специализированных языковых курсов и общением с носителями языка, причем желательно медицинских специальностей.

Если вести речь о самом предмете общей хирургии и содержании учебной программы, то здесь тоже имеются свои нюансы. Окончив медицинский университет, подавляющее большинство иностранных граждан проходят дальнейшую специализацию и работают в совершенно различных странах. В каждой из этих стран существуют свои традиции и принципы оказания медицинской помощи, включая хирургическую. Кроме того, государственные стандарты оказания медицинской помощи населению, которые в настоящее время действуют во множестве развитых стран, также разнятся. Упрощать же и урезать объем материала с целью облегчения восприятия его студентами мы считаем нецелесообразным. Несмотря на то, что в отечественной системе обучения уже сложились определенные традиции и стандарты, по нашему мнению необходимо знакомить иностранных студентов с различными вариантами международных рекомендаций по оказанию хирургической помощи. В таком случае им будет значительно легче ориентироваться и адаптировать изучаемый материал под особенности их национальной системы здравоохранения.

Естественно, необходимым условием для эффективной педагогической деятельности является возможность преподавателей ориентироваться в вопросах особенностей международных стандартов и тактик. Помимо личного стремления и желания к обучению и расширению хирургического кругозора, для этого необходимо дополнительное регулярное обеспечение свежей международной хирургической литературой, постоянный свободный доступ в Интернет с умением эффективно работать в международных медицинских порталах и системах, а также регулярное посещение международных хирургических съездов, конференций и школ, особенно зарубежных.

Важным этапом является мотивация и привлечение студентов к научно-исследовательской работе, участию в научно-практических конференциях. Такой вид деятельности обычно является новым для студентов второго и третьего годов обучения и языковой барьер не должен быть преградой в их становлении как молодых ученых. Обучение работе с международными медицинскими изданиями, данными клинической базы, овладение навыками анализа и синтеза полученных данных, выступления на конференциях в одном ряду с отечественными студентами обычно воспринимается позитивно и вызывает дополнительную мотивацию к обучению.

Также крайне позитивно студентами воспринимается знакомство с операционным блоком и основными принципами проведения оперативного вмешательства при непосредственном нахождении в операционной. Даже такие простые вещи, как ношение специальной хирургической униформы, практическое обучение предоперационной обработке рук хирурга обычно значительно повышают дальнейшую мотивацию. В операционном блоке присутствие и активное участие преподавателя необходимо. Студенты еще не владеют достаточным багажом хирургических знаний и им необходимо подробное

разъяснение основ хирургической техники. Следует отметить, что для эффективной работы в операционном блоке лучше формировать малые группы студентов по 2-3 человека.

Языковой барьер у англоязычных студентов особенно ярко выражается при общении с пациентами клинической базы кафедры и отработке практических навыков. Данный вопрос разрешается лишь путем выступления преподавателя в роли переводчика, но это исключает возможность самостоятельной работы обучающихся иностранцев. Особенно остро этот вопрос стоит на кафедре общей хирургии, которая должна давать студентам базовые понятия о курации хирургических больных, принципах оказания хирургической помощи, особенностях общения с пациентами и основах врачебной этики и деонтологии. Конечно же, при работе в хирургическом отделении также важным фактором является количество студентов в группах. Для эффективной работы, а именно для успешной курации пациентов и овладения практическими навыками, учитывая языковые трудности, целесообразным было бы разделение на микрогруппы по 3-4 человека.

Что касается самостоятельной внеаудиторной работы иностранных студентов, особенно англоговорящих, то здесь сказывается дефицит специализированной учебной литературы на соответствующем языке. Многие учебники, изданные отечественными авторами, безусловно являются прекрасным пособием для подготовки студентов к занятиям. Но это касается лишь отечественных студентов. Попытки перевода данных учебных пособий, издаваемые тем же авторским коллективом, часто не соответствуют должному языковому уровню. А учебники, изданные в развитых англоговорящих странах, поступают в ВУЗ довольно ограниченными в количестве партиями. Кроме того, перевод русских хирургических терминов не всегда соответствует понятиям, употребляемым в истинном медицинском английском языке.

Не овладев азами, дальнейшее предусмотренное программой изучение хирургических предметов даётся студентам крайне тяжело.

Выводы

Таким образом, в обучении студентов международного медицинского факультета основам общей хирургии имеется множество трудностей, обусловленных основным языковым барьером и мультинациональностью коллектива студентов. Но они не должны отражаться на качестве преподавания и являются лишь стимулом для дальнейшего поиска эффективных путей решения проблемы.

Литература

2. Програма з навчальної дисципліни «Загальна хірургія» для студентів вищих медичних навчальних закладів III-IV рівня акредитації. – К., 2006. – 26 с.
3. Медична освіта у світі та в Україні: [навч. посіб. для викладачів, магістрів, аспірантів, студентів]. – К.: Книга плюс, 2005. – 248 с.

Реферат

АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ СТУДЕНТАМ МІЖНАРОДНОГО МЕДИЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ

Борота О.В., Ликов В.А., Борота О.О., Ксенофонтов С.С., Гюльмамедов В.А.

Ключові слова: іноземні студенти, навчання, загальна хірургія.

В одній групі часто навчаються студенти різних національностей, абсолютно різних політичних і релігійних поглядів, і зовсім неоднакових культурологічних особливостей і традицій. Кожен з тих студентів, хто навчається, має абсолютно різну базову початкову підготовку, оскільки шкільні програми навчання значно різняться. У навчанні студентів міжнародного медичного факультету основам загальної хірургії є безліч труднощів, обумовлених в основному мовним бар'єром і мультинаціональністю колективу студентів. Але вони не повинні позначатися на якості викладання, і є лише стимулом для подальшого пошуку ефективних шляхів вирішення проблеми.

Summary

SOME ASPECTS ON INSTRUCTION OF GENERAL SURGERY FOR STUDENTS OF INTERNATIONAL MEDICAL FACULTY

Borota A.V., Lykov V.A., Borota A.A., Ksenofontov S.S., Gyulmamedov V.A.

Keywords: international students, teaching, general surgery.

An academic group may involve students of different nationalities, who have completely different political and religious views, quite dissimilar characteristics and cultural traditions. Each of the students has different educational background as school training ranges considerably from country to country. Teaching international students to general surgery presumes overcoming numerous difficulties caused by language barriers and group multinationality. But these difficulties should not affect the quality of teaching and may be considered just stimuli for further searching of effective teaching approaches.

УДК 378.146/.147:616

Борота А.В., Лыков В.А., Полунин Г.Е., Джеломанова С.А., Енгенов Н.М..

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Обобщен опыт преподавания клинических дисциплин в условиях кредитно-модульной системы. Тестовый контроль следует использовать как рубежный и при проведении итогового модульного контроля. На практических занятиях необходимо использовать ситуационные задачи, курацию тематических больных. Для отработки практических навыков нужно шире использовать тренажеры и интерактивное обучение. Следует изменить методику проведения производственной практики на втором и третьем курсах.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, клинические дисциплины

Вступление

Вхождение в единое европейское образовательное пространство, провозглашенное Болонской декларацией, для каждой страны представляет собой достаточно сложный, напряженный и подчас болезненный процесс преобразований [3]. Кредитно-модульная система была предложена Европейским Союзом для повышения конкурентоспособности европейского образования [4]. Как известно, смысл Болонского движения состоит в расширении гражданских прав участников образовательного процесса, обеспечении мобильности обучающихся и обучающихся по всему формируемому образовательному пространству, повышении престижности и привлекательности европейской системы образования для молодежи других континентов путем обеспечения высокого уровня и рациональности подготовки [1, 2].

Цель работы

Проанализировать опыт преподавания клинических дисциплин в условиях кредитно-модульной системы.

Результаты и их обсуждение

В 2012 году в нашем университете состоялся первый выпуск специалистов, которые обучались в рамках кредитно-модульной системы. Следовательно, можно подвести некоторые итоги ее внедрения, обобщить опыт работы и обучения на клинических кафедрах.

Индивидуальное обучение подразумевает выбор студентом преподавателя и времени изучения того или иного предмета. К сожалению дальше создания «индивидуального плана» обучения дело не двинулось, то есть принцип соблюден чисто формально. Студенты идут на занятия сформированными деканатами группами, по жесткому расписанию, составленному учебной частью. Соответственно, обучающийся может перейти в другой ВУЗ только после окончания семестра или учебного года. Кто из преподавателей пользуется большим авторитетом и «популярностью» у студентов неизвестно (тестирование «преподава-

тель глазами студента» нельзя считать объективным). Перевод наших студентов в учебные учреждения других стран, входящих в Болонский процесс вообще мало вероятен. Среди стран ее подписавших практически нет лидеров в области медицинского образования и здравоохранения. Кроме того, номенклатура предметов, изучаемых в наших вузах не соответствует зарубежной – там общая хирургия преподается с топографической анатомией и включает технику основных хирургических вмешательств. То же самое касается и многих других предметов.

Система подразумевает самостоятельное обучение за счет высокой мотивации обучающегося, преподаватель должен только контролировать процесс. Следует отметить недостаточную мотивацию многих студентов, что в сочетании с акцентом на тестовый контроль (ТК) приводит к тому, что студенты исключительно учатся решать тестовые задания. Это не позволяет им в полной мере овладеть профессиональной лексикой и соответственно профессиональным мышлением. Некоторые преподаватели используют ТК для решения других задач – оставляют студентов без присмотра (раздал тесты и ушел), что снижает эффективность ТК.

Что касается практического обучения, здесь тоже есть проблемы, которые требуют своего решения. Предыдущей программой (до введения кредитно-модульной системы) были предусмотрены практика по уходу за больными на втором и сестринская практика на третьем курсах. Студенты имели возможность овладевать практическими навыками в различных медицинских учреждениях области и всей республики, в некоторых случаях даже за рубежом (по обмену опытом). Кроме того, в течение четвертого семестра проводилось три практических занятия, что способствовало теоретической подготовке к практике студентов второго курса. Такая система позволяла рассредоточить обучающихся, что с одной стороны создавало благоприятные условия для овладения навыками по уходу за больными, с другой – уменьшало нагрузку на медицинский персонал лечебных учреждений. Теперь мы проводим практику в течение семест-

Summary

SOME ASPECTS ON INSTRUCTION OF GENERAL SURGERY FOR STUDENTS OF INTERNATIONAL MEDICAL FACULTY

Borota A.V., Lykov V.A., Borota A.A., Ksenofontov S.S., Gyulmamedov V.A.

Keywords: international students, teaching, general surgery.

An academic group may involve students of different nationalities, who have completely different political and religious views, quite dissimilar characteristics and cultural traditions. Each of the students has different educational background as school training ranges considerably from country to country. Teaching international students to general surgery presumes overcoming numerous difficulties caused by language barriers and group multinationality. But these difficulties should not affect the quality of teaching and may be considered just stimuli for further searching of effective teaching approaches.

УДК 378.146/.147:616

Борота А.В., Лыков В.А., Полунин Г.Е., Джеломанова С.А., Енгенов Н.М..

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Обобщен опыт преподавания клинических дисциплин в условиях кредитно-модульной системы. Тестовый контроль следует использовать как рубежный и при проведении итогового модульного контроля. На практических занятиях необходимо использовать ситуационные задачи, курацию тематических больных. Для отработки практических навыков нужно шире использовать тренажеры и интерактивное обучение. Следует изменить методику проведения производственной практики на втором и третьем курсах.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, клинические дисциплины

Вступление

Вхождение в единое европейское образовательное пространство, провозглашенное Болонской декларацией, для каждой страны представляет собой достаточно сложный, напряженный и подчас болезненный процесс преобразований [3]. Кредитно-модульная система была предложена Европейским Союзом для повышения конкурентоспособности европейского образования [4]. Как известно, смысл Болонского движения состоит в расширении гражданских прав участников образовательного процесса, обеспечении мобильности обучающихся и обучающихся по всему формируемому образовательному пространству, повышении престижности и привлекательности европейской системы образования для молодежи других континентов путем обеспечения высокого уровня и рациональности подготовки [1, 2].

Цель работы

Проанализировать опыт преподавания клинических дисциплин в условиях кредитно-модульной системы.

Результаты и их обсуждение

В 2012 году в нашем университете состоялся первый выпуск специалистов, которые обучались в рамках кредитно-модульной системы. Следовательно, можно подвести некоторые итоги ее внедрения, обобщить опыт работы и обучения на клинических кафедрах.

Индивидуальное обучение подразумевает выбор студентом преподавателя и времени изучения того или иного предмета. К сожалению дальше создания «индивидуального плана» обучения дело не двинулось, то есть принцип соблюден чисто формально. Студенты идут на занятия сформированными деканатами группами, по жесткому расписанию, составленному учебной частью. Соответственно, обучающийся может перейти в другой ВУЗ только после окончания семестра или учебного года. Кто из преподавателей пользуется большим авторитетом и «популярностью» у студентов неизвестно (тестирование «преподава-

тель глазами студента» нельзя считать объективным). Перевод наших студентов в учебные учреждения других стран, входящих в Болонский процесс вообще мало вероятен. Среди стран ее подписавших практически нет лидеров в области медицинского образования и здравоохранения. Кроме того, номенклатура предметов, изучаемых в наших вузах не соответствует зарубежной – там общая хирургия преподается с топографической анатомией и включает технику основных хирургических вмешательств. То же самое касается и многих других предметов.

Система подразумевает самостоятельное обучение за счет высокой мотивации обучающегося, преподаватель должен только контролировать процесс. Следует отметить недостаточную мотивацию многих студентов, что в сочетании с акцентом на тестовый контроль (ТК) приводит к тому, что студенты исключительно учатся решать тестовые задания. Это не позволяет им в полной мере овладеть профессиональной лексикой и соответственно профессиональным мышлением. Некоторые преподаватели используют ТК для решения других задач – оставляют студентов без присмотра (раздал тесты и ушел), что снижает эффективность ТК.

Что касается практического обучения, здесь тоже есть проблемы, которые требуют своего решения. Предыдущей программой (до введения кредитно-модульной системы) были предусмотрены практика по уходу за больными на втором и сестринская практика на третьем курсах. Студенты имели возможность овладевать практическими навыками в различных медицинских учреждениях области и всей республики, в некоторых случаях даже за рубежом (по обмену опытом). Кроме того, в течение четвертого семестра проводилось три практических занятия, что способствовало теоретической подготовке к практике студентов второго курса. Такая система позволяла рассредоточить обучающихся, что с одной стороны создавало благоприятные условия для овладения навыками по уходу за больными, с другой – уменьшало нагрузку на медицинский персонал лечебных учреждений. Теперь мы проводим практику в течение семест-

ра: девять 3-х часовых занятий – 1 час теории и 2 часа самостоятельной работы студентов в отделении. В теории это выглядит довольно приемлемо. Но если рассмотреть эту ситуацию с реальной точки зрения, то оптимизм сразу испаряется. Если на практику приходят сразу 4-6 групп студентов второго и третьего курса по 10-15 человек, а не по 4-6 в соответствии с Болонской системой [4], то на практическое освоение навыков в отделения приходят одновременно от 40 до 90 человек. Сразу возникает несколько вопросов: «Что им делать в отделении? Как оценить овладение студентами практическими навыками в конце занятия?». В этой ситуации приходится использовать все хирургические отделения областной больницы, преподаватель должен развести студентов по рабочим местам и тут же начинать прием практических навыков, чтобы закончить практическую часть занятия вовремя. В таких условиях мы встречаем молчаливый отпор больничных работников. Студенты не могут овладеть самыми необходимыми и элементарными навыками по уходу за больными и сестринскими манипуляциями. Такая ситуация никого не устраивает, следовательно, все три стороны, участвующие в процессе обучения остаются при своих интересах. Надо еще и учитывать сокращение коечного фонда лечебных учреждений в рамках проводимой правительством реформы. Таким образом, студенты все больше отдаляются от больного и клинической работы, что показал профессионально ориентированный экзамен – выпускники испытывают значительные трудности во время курации больного и установлении первичного диагноза, не говоря уже о дифференциальной диагностике.

Касательно профессорско-преподавательского состава: в настоящее время плановая педагогическая нагрузка на ассистента клинической кафедры составляет 900 часов, а на доцента – 860 часов. Если доценты и профессора читают лекции и принимают итоговый модульный контроль, то ассистенты могут выполнить педагогическую нагрузку только за счет проведения практических занятий. Следовательно, ассистент должен вести 9-10 групп в неделю (2 группы по 3 часа в день все 5 дней рабочей недели), притом, что количество студентов останется 10-15 человек в группе, нагрузка на преподавателя составляет 60-90 студентов. Тут же возникают вопросы: «Когда ассистент или доцент должны заниматься методической, научной и лечебной деятельностью? Кто захочет работать в таких условиях? Захочет ли опытный клиницист идти на кафедру или останется работать в практическом здравоохранении?». В этом случае может сложиться ситуация, когда на кафедры придут неопытные вчерашние выпускники, которые не нашли себе рабочее место в практическом здравоохранении. Чему они смогут научить студентов? К чему приведет такое развитие ситуации в медицинском образовании после ухода нынешнего поколения преподавателей?

Реферат

ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВИКЛАДАННЯ КЛІНІЧНИХ ДИСЦИПЛІН В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ.

Борота О.В., Ликов В.О., Полунін Г.Є., Джеломанова С.О., Єнгенов Н.М.

Ключові слова: кредитно-модульна система, клінічні дисципліни.

Проаналізовано досвід викладання клінічних дисциплін в умовах кредитно-модульної системи. Тестовий контроль слід використовувати як рубіжний або при проведенні підсумкового модульного контролю. На практичних заняттях необхідно використовувати ситуаційні задачі, курацію тематичних хворих. Для засвоєння практичних навичок необхідно більше використовувати тренажери та інтерактивне навчання. Слід змінити методику проведення виробничої практики на другому та третьому курсах.

Как видите, возникают вопросы, на которые очень сложно найти ответы, и они нужны немедленно. Пути решения проблем, возникших при внедрении кредитно-модульной системы в различных плоскостях. Проанализировав собственный опыт преподавания, мы пришли к ряду выводов. Слепо перенимать чужой опыт без учета имеющихся условий и традиций отечественного медицинского образования на наш взгляд нецелесообразно. ТК целесообразно использовать как рубежный и при проведении итогового модульного контроля. На практических занятиях следует акцентировать внимание на устном опросе студентов с использованием решения ситуационных задач, курации тематических больных с отработкой практических навыков опроса и объективного обследования, работе в перевязочной и операционной. Необходимо внедрение альтернативных методов освоения практических навыков – для этого в нашем университете создан специализированный центр, где студенты как минимум 2 раза в семестр отрабатывают практические навыки, входящие в перечень по общей хирургии на тренажерах. Возможно использование ролевых игр, в которых студенты старших курсов будут исполнять роль больного, симулируя то или иное заболевание. Однако, стоит рассмотреть и различные варианты прохождения практики на втором и третьем курсах: например по цикловому принципу путем участия студентов в вечерних и ночных дежурствах. Это позволит правильно распределить поток студентов во времени и естественно снимет напряженность в процессе обучения в условиях отделения. Адаптировавшись к распорядку работы, студенты смогут не только овладеть навыками, но и оказать реальную помощь лечебному учреждению в условиях дефицита среднего и младшего медицинского персонала.

Перед коллективами вузов стоят непростые задачи по совершенствованию кредитно-модульной системы обучения. Только совместно, за счет кооперации и объединения усилий возможно решение поставленных задач. Но это проблематично без единой государственной концепции и адекватного финансирования, пересмотра действующих норм педагогической нагрузки.

Литература

1. Болонський процес у фактах і документах / [Я.Я.Болюбаш, В.Д.Шинкарук та ін.]. – К. – Тернопіль : Вид-во ТДПУ ім. В. Гнатюка, 2003. – 52 с.
2. Ван дер Венде М.К. Болонская декларация: расширение доступности и повышение конкурентноспособности высшего образования в Европе / М.К. Ван дер Венде // Вища освіта в Європі. – 2000. – Т. XXV, №3. – С. 32-37.
3. Думанский Ю. В. О целесообразности кредитно-модульной организации учебного процесса в системе высшего стоматологического образования/ Ю. В.Думанский, А. Н.Талалаенко, А. А.Удод, Л. И.Косарева // Укр. Стомат. Альм. – 2011. – № 4. – С. 71-73.
4. Пидаев А.В. Болонский процесс в Европе / А.В. Пидаев, В.Г.Передерий. – Одесса : Одесский государственный медицинский университет. – 2004. – 192 с.

Summary

TEACHING EXPERIENCE AND PROSPECTS OF CLINICAL DISCIPLINES ACCORDING TO ECTS

Borota A.V., Lykov V.A., Polunin G.E., Dzhelomanova S.A., Yengenov N.M..

Keywords: credit-modular system, clinical disciplines.

Teaching experience in clinical disciplines according to ECTS is analyzed in the article. The tests should only be used for periodic and final module control. Case studies and patient's supervision should be applied in practical classes. Simulators and interactive learning is effective when students acquire certain practical skills. The methodology for carrying out practical training for the 2nd and 3rd year students should be improved.

УДК 004.9(075.8):616.31

Борота А.В., Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л., Кирьякулова Т.Г.

ЭЛЕКТРОННОЕ УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ МНОГОУРОВНЕГО ТИПА – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

В статье проанализированы современные тенденции в медицинском образовании. К обсуждению предложена концепция и структура электронного учебного пособия многоуровневого типа на примере пособия для изучения хирургических болезней.

Ключевые слова: многоуровневое электронное учебное пособие; структура.

Вступление

Электронное обучение (E-learning, сокращение от Electronic Learning) — система электронного обучения, обучение при помощи информационных, электронных технологий.

К электронному обучению относятся электронные учебники, образовательные услуги и технологии.

Современные студенты и школьники - в основном сетевое поколение, для которых электронный способ получения информации (в данном случае именно учебной) является нормальной составляющей жизни. В целом высокие технологии в образовании приветствуются студентами. Информационные коммуникационные технологии стали их рабочим инструментом. [1]

Еще в 80-х годах XX века в Советском Союзе была начата разработка многоуровневых учебников по математике для школьников, реализованных в виде серии «МГУ – школе». В них были заложены следующие принципы:

- Учебник не должен ограничиваться интересами «среднего» ученика, поэтому изложение учебного материала в учебнике должно быть выдержано с научной точки зрения.

- Развитие материала в учебнике должно отражать современные представления математиков об изучаемом в школе материале, который в учебнике должен быть изложен доступно.

- Учебник должен обеспечивать любой желаемый уровень глубины изучения материала.

- Математика едина и может быть изложена в одном учебнике для работы по разным программам.

- Способ изложения учебного материала в учебнике, организация учебных текстов и системы упражнений должны обеспечивать достижения разных целей обучения при работе по разным программам. [2]

Несмотря на интерес к предложенной концепции, полноценно реализовать ее без использования электронных средств обучения не представляется возможным. В связи с изменением приоритетов в образовании, сегодня все более широкое распространение получают электронные учебники и учебные пособия. Это требует от преподавателей уточнения их структуры с использованием предоставляемых компьютерами преимуществ.

Цель работы

Предложить к обсуждению структуру многоуровневого электронного учебного пособия для студентов-медиков на примере учебного пособия по хирургическим болезням.

С помощью электронного учебного пособия могут быть реализованы следующие информационные аспекты: мультимедийные элементы (деятельное пространство, схемы, диаграммы, видео- и звуковые фрагменты), словари, показчики, предметные и межпредметные справочники, гиперссылки, средств поиска, самопроверки и др. [3]

Исходя из реальностей в оценке подходов студента к изучению темы, следует отметить, что в зависимости от ситуации (глубокое изучение темы, повторение и систематизация знаний к экзамену или модульному контролю, шпаргалка при ответе, отечественный или иностранный студент), требуется различный объем информации. Наполнение же информацией учебного пособия должно быть максимальным с возможностью осознанного выбора уровня знаний самим обучающимся.

Нами предложена концепция единого электронного учебного пособия, при которой студент самостоятельно выбирает нужный ему уровень, а информация представляется в следующих возможных вариантах:

1. Элементарный уровень – шпаргалка. Ступень – студент.

Цель – поставить предварительный диагноз. Разделы: симптомы заболевания, классификация, перечисление методов исследования, тактика оказания помощи, неотложные ситуации.

1. Промежуточный уровень – учебник по предмету. Ступень – врач. Цель: дифференциальный диагноз, методики лечения (практический подход). Разделы: умение провести осмотр и объективное обследование больного; знание авторских симптомов, классификация, перечисление методов исследования с их расшифровкой; знание норм основных показателей; дифференциальный диагноз; правильность формулировки основного диагноза; общеизвестные методики лечения; неотложные ситуации; техника элементарных операций.

2. Высший уровень – монографии плюс Интернет. Ступень: врач – эрудит. Цель: лечение плюс возможность прогресса в знаниях по теме (научный подход).

Summary

TEACHING EXPERIENCE AND PROSPECTS OF CLINICAL DISCIPLINES ACCORDING TO ECTS

Borota A.V., Lykov V.A., Polunin G.E., Dzhelomanova S.A., Yengenov N.M..

Keywords: credit-modular system, clinical disciplines.

Teaching experience in clinical disciplines according to ECTS is analyzed in the article. The tests should only be used for periodic and final module control. Case studies and patient's supervision should be applied in practical classes. Simulators and interactive learning is effective when students acquire certain practical skills. The methodology for carrying out practical training for the 2nd and 3rd year students should be improved.

УДК 004.9(075.8):616.31

Борота А.В., Христуленко А.А., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л., Кирьякулова Т.Г.

ЭЛЕКТРОННОЕ УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ МНОГОУРОВНЕГО ТИПА – НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького.

В статье проанализированы современные тенденции в медицинском образовании. К обсуждению предложена концепция и структура электронного учебного пособия многоуровневого типа на примере пособия для изучения хирургических болезней.

Ключевые слова: многоуровневое электронное учебное пособие; структура.

Вступление

Электронное обучение (E-learning, сокращение от Electronic Learning) — система электронного обучения, обучение при помощи информационных, электронных технологий.

К электронному обучению относятся электронные учебники, образовательные услуги и технологии.

Современные студенты и школьники - в основном сетевое поколение, для которых электронный способ получения информации (в данном случае именно учебной) является нормальной составляющей жизни. В целом высокие технологии в образовании приветствуются студентами. Информационные коммуникационные технологии стали их рабочим инструментом. [1]

Еще в 80-х годах XX века в Советском Союзе была начата разработка многоуровневых учебников по математике для школьников, реализованных в виде серии «МГУ – школе». В них были заложены следующие принципы:

- Учебник не должен ограничиваться интересами «среднего» ученика, поэтому изложение учебного материала в учебнике должно быть выдержано с научной точки зрения.

- Развитие материала в учебнике должно отражать современные представления математиков об изучаемом в школе материале, который в учебнике должен быть изложен доступно.

- Учебник должен обеспечивать любой желаемый уровень глубины изучения материала.

- Математика едина и может быть изложена в одном учебнике для работы по разным программам.

- Способ изложения учебного материала в учебнике, организация учебных текстов и системы упражнений должны обеспечивать достижения разных целей обучения при работе по разным программам. [2]

Несмотря на интерес к предложенной концепции, полноценно реализовать ее без использования электронных средств обучения не представляется возможным. В связи с изменением приоритетов в образовании, сегодня все более широкое распространение получают электронные учебники и учебные пособия. Это требует от преподавателей уточнения их структуры с использованием предоставляемых компьютерами преимуществ.

Цель работы

Предложить к обсуждению структуру многоуровневого электронного учебного пособия для студентов-медиков на примере учебного пособия по хирургическим болезням.

С помощью электронного учебного пособия могут быть реализованы следующие информационные аспекты: мультимедийные элементы (деятельное пространство, схемы, диаграммы, видео- и звуковые фрагменты), словари, показчики, предметные и межпредметные справочники, гиперссылки, средств поиска, самопроверки и др. [3]

Исходя из реальностей в оценке подходов студента к изучению темы, следует отметить, что в зависимости от ситуации (глубокое изучение темы, повторение и систематизация знаний к экзамену или модульному контролю, шпаргалка при ответе, отечественный или иностранный студент), требуется различный объем информации. Наполнение же информацией учебного пособия должно быть максимальным с возможностью осознанного выбора уровня знаний самим обучающимся.

Нами предложена концепция единого электронного учебного пособия, при которой студент самостоятельно выбирает нужный ему уровень, а информация представляется в следующих возможных вариантах:

1. Элементарный уровень – шпаргалка. Ступень – студент.

Цель – поставить предварительный диагноз. Разделы: симптомы заболевания, классификация, перечисление методов исследования, тактика оказания помощи, неотложные ситуации.

1. Промежуточный уровень – учебник по предмету. Ступень – врач. Цель: дифференциальный диагноз, методики лечения (практический подход). Разделы: умение провести осмотр и объективное обследование больного; знание авторских симптомов, классификация, перечисление методов исследования с их расшифровкой; знание норм основных показателей; дифференциальный диагноз; правильность формулировки основного диагноза; общеизвестные методики лечения; неотложные ситуации; техника элементарных операций.

2. Высший уровень – монографии плюс Интернет. Ступень: врач – эрудит. Цель: лечение плюс возможность прогресса в знаниях по теме (научный подход).

Разделы: история знаний по теме, авторские симптомы, классификация, углубленное знание методов исследования, показания и противопоказания к каждому из них, умение правильно трактовать; знание норм показателей; дифференциальный диагноз; неотложные ситуации со знанием патофизиологических, биохимических и структурных изменений; правильность формулировки клинического диагноза с учетом основного, осложнений, сопутствующего; диагностическая и лечебная тактика с учетом стандартов оказания помощи, инновационные методики лечения, механизмы действия препаратов, методики выполнения известных операций, научные направления по данной теме.

Используя подобное учебное пособие, студент осознанно ставит себе оценку сам, выбирая уровень изучения. В свою очередь, наличие, но не использование всего объема предложенной информации является дополнительным психологическим стимулом к обучению.

Реферат

ЕЛЕКТРОННИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК БАГАТОРІВНЕВОГО ТИПУ – НОВИЙ НАПРЯМ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ Борота О.В., Христуленко А.О., Куніцький Ю.Л., Христуленко А.Л., Кир'якулова Т.Г..

Ключові слова: багаторівневий електронний навчальний посібник; структура.

У статті проаналізовані сучасні тенденції в медичній освіті. До обговорення запропонована концепція і структура електронного навчального посібника багаторівневого типу на прикладі посібника для вивчення хірургічних хвороб.

Summary

MULTILEVEL E-TEXTBOOKS AS A NEW APPROACH IN TEACHING MEDICAL STUDENTS Borota A.V., Khrystulenko A.A., Kunitskiy Yu.L., Khristulenko A.L., Kiriakulova T.G.

Keywords: multilevel tutorial; structure.

Current trends in medical education are described in the article. The conception and structure of multilevel e-textbooks on surgical diseases is presented for the discussion.

УДК: 378.147.016:617-089]-048.78

Ганжий В.В., Ярешко Н.А., Бачурин А.В., Колесник И.П.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Запорожский государственный медицинский университет

Научно-технический прогресс, накопление новых знаний и технологий в медицине и фармации, реформирование здравоохранения, введение стандартов лечения хирургических заболеваний требует изменений, а также совершенствования преподавания в медицинском вузе, в частности базисного предмета «общая хирургия». Важным является сочетание традиционных методов обучения с современными технологиями. Обязательным является итоговая оценка знаний в виде компьютерного контроля и зачета по практическим навыкам.

Ключевые слова: преподавание, общая хирургия.

Общая хирургия относится к дисциплинам, имеющим фундаментальное значение при подготовке студентов в высших медицинских заведениях. Именно здесь студенты впервые получают хирургические знания и впервые начинают осваивать практические хирургические навыки.

Кафедра является одной из первых, где студенты встречаются и общаются не только с преподавателем, но и с сотрудниками отделений, больными, что требует глубокого усвоения вопросов врачебной этики и деонтологии.

Совершенствование преподавания имеет приоритетное значение на кафедре общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета.

В настоящее время чрезвычайно важным является умение преподавателя сочетать классические традиции обучения с современными образовательными технологиями, включая Болонскую систему, Интернет

Выводы

1. Важнейшей задачей преподавателя является повышение качества подготовки специалиста, что в современных условиях невозможно без использования электронных средств обучения, электронных учебных пособий в том числе.

2. Базовый уровень позволит студенту дополнить имеющиеся знания в случае возникшей потребности или изменении его отношения к вопросу.

Литература

1. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Электронное обучение](http://ru.wikipedia.org/wiki/Электронное_обучение)
2. А. В. Шевкин. Разработка концепции многоуровневого учебника и ее реализация в учебниках серии «МГУ-школе». <http://www.shevkin.ru/?action=Page&ID=299>
3. Положення про засоби електронного навчання в ДонНМУ ім. М.Горького / План організації навчально-методичної роботи 2012-2014 н.р. / ДонНМУ- Донецьк 2012 р. – С. 82-95.

- технологии, контролирующие и тренинговые электронные программы.

Научно – технический прогресс привел за последнее время к открытию и накоплению новых знаний и технологий, что потребовало от сотрудников кафедры отказа от некоторых традиционных представлений и пересмотра основных положений по темам общей хирургии "Асептика и антисептика", "Переливание крови и кровезаменителей", "Хирургическая инфекция", "Лечение ран", "Трансплантация органов".

Традиционные методы обучения (чтение лекций, проведение практических занятий с разбором темы, тематических больных, присутствие на операциях, чтение рентгенограмм, знакомство с историями болезни) активно сочетаем с использованием современных технологий: мультимедийных систем обучения, компьютерных программ, дистанционного обучения, использование электронных учебников.

Большое значение уделяем активным формам

Разделы: история знаний по теме, авторские симптомы, классификация, углубленное знание методов исследования, показания и противопоказания к каждому из них, умение правильно трактовать; знание норм показателей; дифференциальный диагноз; неотложные ситуации со знанием патофизиологических, биохимических и структурных изменений; правильность формулировки клинического диагноза с учетом основного, осложнений, сопутствующего; диагностическая и лечебная тактика с учетом стандартов оказания помощи, инновационные методики лечения, механизмы действия препаратов, методики выполнения известных операций, научные направления по данной теме.

Используя подобное учебное пособие, студент осознанно ставит себе оценку сам, выбирая уровень изучения. В свою очередь, наличие, но не использование всего объема предложенной информации является дополнительным психологическим стимулом к обучению.

Реферат

ЕЛЕКТРОННИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК БАГАТОРІВНЕВОГО ТИПУ – НОВИЙ НАПРЯМ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ Борота О.В., Христуленко А.О., Куніцький Ю.Л., Христуленко А.Л., Кир'якулова Т.Г..

Ключові слова: багаторівневий електронний навчальний посібник; структура.

У статті проаналізовані сучасні тенденції в медичній освіті. До обговорення запропонована концепція і структура електронного навчального посібника багаторівневого типу на прикладі посібника для вивчення хірургічних хвороб.

Summary

MULTILEVEL E-TEXTBOOKS AS A NEW APPROACH IN TEACHING MEDICAL STUDENTS Borota A.V., Khrystulenko A.A., Kunitskiy Yu.L., Khristulenko A.L., Kiriakulova T.G.

Keywords: multilevel tutorial; structure.

Current trends in medical education are described in the article. The conception and structure of multilevel e-textbooks on surgical diseases is presented for the discussion.

УДК: 378.147.016:617-089]-048.78

Ганжий В.В., Ярешко Н.А., Бачурин А.В., Колесник И.П.

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Запорожский государственный медицинский университет

Научно-технический прогресс, накопление новых знаний и технологий в медицине и фармации, реформирование здравоохранения, введение стандартов лечения хирургических заболеваний требует изменений, а также совершенствования преподавания в медицинском вузе, в частности базисного предмета «общая хирургия». Важным является сочетание традиционных методов обучения с современными технологиями. Обязательным является итоговая оценка знаний в виде компьютерного контроля и зачета по практическим навыкам.

Ключевые слова: преподавание, общая хирургия.

Общая хирургия относится к дисциплинам, имеющим фундаментальное значение при подготовке студентов в высших медицинских заведениях. Именно здесь студенты впервые получают хирургические знания и впервые начинают осваивать практические хирургические навыки.

Кафедра является одной из первых, где студенты встречаются и общаются не только с преподавателем, но и с сотрудниками отделений, больными, что требует глубокого усвоения вопросов врачебной этики и деонтологии.

Совершенствование преподавания имеет приоритетное значение на кафедре общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета.

В настоящее время чрезвычайно важным является умение преподавателя сочетать классические традиции обучения с современными образовательными технологиями, включая Болонскую систему, Интернет

Выводы

1. Важнейшей задачей преподавателя является повышение качества подготовки специалиста, что в современных условиях невозможно без использования электронных средств обучения, электронных учебных пособий в том числе.

2. Базовый уровень позволит студенту дополнить имеющиеся знания в случае возникшей потребности или изменении его отношения к вопросу.

Литература

1. [http://ru.wikipedia.org/wiki/Электронное обучение](http://ru.wikipedia.org/wiki/Электронное_обучение)
2. А. В. Шевкин. Разработка концепции многоуровневого учебника и ее реализация в учебниках серии «МГУ-школе». <http://www.shevkin.ru/?action=Page&ID=299>
3. Положення про засоби електронного навчання в ДонНМУ ім. М.Горького / План організації навчально-методичної роботи 2012-2014 н.р.р. / ДонНМУ- Донецьк 2012 р. – С. 82-95.

обучения студентов, когда после работы в палатах, процедурных, перевязочных, операционных студенты комментируют увиденное, самостоятельно делают выводы, связывают с теми или иными разделами общей хирургии. При курации больных, студенты выставляют предварительный диагноз, определяют план обследования и лечения, знакомятся с историей болезни, клиническими и биохимическими анализами, данными инструментальных методов исследования (УЗС, компьютерными томограммами, ангиограммами и т.д.). Участвуют в перевязках больных, снимают швы с операционной раны, ухаживают за колостомами, пролежнями.

На кафедре особое значение уделяется овладению студентами практических навыков. Разработан перечень практических навыков и план самостоятельной работы.

Студенты сначала упражняются на муляжах и друг на друге в учебной комнате, преподаватель контролирует усвоение навыков, после чего их исполняют при работе с больными, особенно практические навыки по десмургии, по определению групп крови и Rh-фактора, проведению проб на совместимость, методам временной остановки кровотечения.

Студенты самостоятельно готовят реферативные доклады с указанием проработанной литературы, которые затем обсуждаются на занятиях, сопоставляются литературные данные и данные клиники. Лучшие реферативные доклады в последующем получают развитие в студенческие научные работы, которые представляются на СНО.

Широко используется решение ситуационных задач, которые воспроизводят клинические ситуации и подбираются преподавателями в соответствии с темой занятия.

По всем разделам учебной программы на кафедре составлены и изданы методические разработки, которые постоянно обновляются и переиздаются с учетом новых приказов МОЗ Украины, а также новых стандартов по диагностике и лечению хирургических болезней.

На клинических базах кафедры проходят практику студенты II и III курса по уходу за больными и в качестве медицинских сестер. С 2011 года производственная практика проводится не в летнее время, а в

учетном семестре, наряду с занятиями по предмету, что непосредственно связывает теорию с практикой. Задача преподавателя при этом помочь студенту реализовать приобретенные теоретические навыки непосредственно в лечебной работе.

Контроль знаний на кафедре проводится в виде компьютерных тестовых заданий, как для текущего контроля, так и для итоговой проверки знаний в конце семестра с использованием разработанной в университете компьютерной программы "Ratos". Результаты тестирования выявляют вопросы, на которые неправильно отвечает большинство студентов. На них акцентируется внимание на практических занятиях и лекциях. Но к итоговому тестовому контролю допускаются только те студенты, которые успешно сдали зачет по практическим навыкам и защитили учебную историю болезни.

Перспективные задачи кафедры по совершенствованию учебного процесса – это создание тематических фильмов по отдельным видам хирургических операций и хирургических манипуляций, лечению хирургических инфекций, методике обследования хирургического больного, десмургии; издание методических пособий; приобретение муляжей и фантомов.

Все преподаватели кафедры формируют у студентов творческий подход к работе, осознают ответственность за подготовку квалифицированных врачей с учетом проводимых социальных и медицинских реформ.

Литература

1. Крючко Т.О. Методологічні основи формування діагностичних умінь у студентів медичних вузів / Т.О. Крючко, М.М. Пеший, М.М. Забайрачний // Матеріали навчально-методичної конференції "Шляхи оптимізації педагогічної взаємодії у системі вишньої освіти в умовах реформування вищої школи", 2003. – С. 101–103.
2. Мілерян В.С. Методичні основи підготовки та проведення занять в медичних вузах / Мілерян В.С. – К., 2003. – 53 с.
3. Роговий Ю.Є. Роль альтернативних методів навчання при викладанні теоретичних та клінічних медичних дисциплін / Ю.Є. Роговий, А.В. Бочаров, Р.М. Кобилянська // Медична освіта. – 2003. – №1. – С. 22–24.
4. Соколова Л.Т. Досвід і проблеми впровадження кредитно-модульної системи в організації навчального процесу у англомовних студентів / Л.Т. Соколова, О.А. Маковецька // Вища освіта України у контексті інтеграції до Європейського освітнього процесу. – К., 2009. – Т. IV. – С. 264–467.

Реферат

ШЛЯХИ УДОСКОНАЛЕННЯ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ У МЕДИЧНОМУ ВУЗІ

Ганжій В.В., Ярешко Н.О., Бачурін А.В., Колесник І.П.

Ключові слова: викладання, загальна хірургія.

Науково-технічний прогрес, накопичення нових знань і технологій в медицині та фармації, реформування системи охорони здоров'я, введення стандартів лікування хірургічних захворювань потребують змін і удосконалення викладання в медичному вузі, а найперше базисної дисципліни, якою є «загальна хірургія». Важливо поєднувати традиційні методи освіти з сучасними технологіями. Оцінювачкою є підсумкова оцінка знань у вигляді комп'ютерного модульного контролю і заліку по практичних навичках.

Summary

WAYS TO IMPROVE TEACHING OF GENERAL SURGERY AT MEDICAL SCHOOLS

Ganzhiy V.V., Yaresko N.A., Bachurin A.V., Kolesnik I.P.

Keywords: teaching, general surgery.

Scientific and technical progress, the accumulation of new knowledge and technologies in medicine and pharmacy, health care reforming, the introduction of new high standards for treatment of surgical diseases requires modifications in the teaching medical students and especially in teaching of such basic subject as "general surgery." It is important to combine conventional teaching methods and the latest technologies. The final assessment of knowledge in the form of a computer monitoring and testing on practical skills is necessary conditions.

УДК 378.244.1:617

Гринцов А.Г., Христуленко А.А., Гюльмамедов П.Ф., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л.

ОЦЕНИВАНИЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

В статье проанализированы недостатки традиционной системы оценивания учебной деятельности студентов на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького. Предложены мероприятия по ее улучшению.

Ключевые слова: учебная деятельность студента, критерии оценки.

Вступление

В условиях реформирования высшего образования актуальной становится задача нахождения оптимальных способов формирования профессионализма не только на этапе деятельности, но и обучения. Учитывая, что одним из важных компонентов является профессиональное самосознание личности, особое значение приобретает разработка теоретических и практических подходов к развитию профессионального самосознания студента, осуществляющегося в рамках учебной деятельности. Обучение специалистов - медиков традиционно осуществляется как формирование знаний, умений и навыков в области медицинских знаний и их реализация в процессе врачевания. Педагогическое оценивание может выступать фактором развития профессионального самосознания на этапе обучения в медицинском ВУЗе.

Цель работы

Проанализировать недостатки традиционной системы оценивания и предложить мероприятия по ее улучшению.

Сегодня функция оценивания не сводится только к выявлению недостатков, а рассматривается как критический анализ образовательного процесса предполагающий, прежде всего более точное определение направлений улучшения. Важно подчеркнуть, что речь идет не столько об изменении средств оценивания, сколько об изменении целей оценивания и философии оценки. Оценивание - это не фиксация итогов, а «точка» за которой следует новый виток развития, а стало быть, и повышение качества образования (или оценивание не столько «для фиксации», сколько «для улучшения»). Иными словами, «главная задача этой процедуры - улучшение качества работы конкретного преподавателя и через это достижение более широких целей - улучшение качества учебных программ, в которые вовлечены оцениваемые люди, и достижение нового качества работы всей организации в целом». [1]

Таким образом, оценивание начинает интерпретироваться как конструктивная обратная связь.

Анализ литературы и практики позволило выявить недостатки традиционной системы оценивания:

- направленность оценки преимущественно на внешний контроль;
- преимущественная ориентация контрольно-оценочных средств на проверку репродуктивного уровня усвоения, на проверку фактологических знаний;
- отсутствие у преподавателей общих критериев оценивания стандартизированных измерителей и единых шкал; обучающиеся мало мотивированы на систематическую работу по предмету;
- критерии оценки не содержат описания действий

или деятельности, свидетельствующих достижению какого-либо результата образования; часто оценки завышаются, большую роль играет субъективный фактор. [2]

Оценивание учебной деятельности на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького проводится согласно "Інструкції з оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-модульній організації навчального процесу у ДонНМУ ім. М.Горького". [3]

Согласно этой инструкции оценивание учебной деятельности проводится стандартизировано. В соответствии со структурой практического занятия определяются основные виды деятельности, которые оцениваются, в первую очередь самостоятельная работа и текущий тестовый контроль. За каждый из них выставляется отдельная оценка.

Оценивание самостоятельной студентов на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета - это оценка степени овладения умениями и навыками.

Сотрудники кафедры, в соответствии с целями занятия и учебными планами, определили типовые задачи деятельности и умений, которые проверяются и оцениваются:

- определение основных симптомов и синдромов (на основе опроса и объективного обследования), определение предварительного диагноза;
- определение плана дополнительных методов обследования и оценивания результатов;
- определение тактики ведения больного, вопросов профилактики;
- диагностика и лечение неотложных состояний согласно с темой занятия.

Выполнение типовых задач деятельности и умений оценивается баллами "1", "0,5" и "0" (выполнено, выполнено не полностью, не выполнено).

Оценки выставляются на основе суммы баллов, полученных студентами при оценивании степени овладения практическими навыками.

Результат овладения практическими умениями определяется в оценках 5 - "отлично", 4 - "хорошо", 3 - "удовлетворительно", 2 - "неудовлетворительно".

Критерии оценки:

5 баллов - "отлично"; 4,5 - 4,0 баллов - "хорошо"; 3,5 - 3,0 балла - "удовлетворительно"; 2,5 балла и менее - "неудовлетворительно".

Текущий тестовый контроль осуществляется с помощью компьютерных тестов формата А, проверяющих достижение конкретных целей занятия.

Оценка за работу с тестовыми заданиями выставляется согласно с шкалой: при наличии до 10 % ошибочных тестов - «5», 11 -25 % ошибочных тестов - «4», 26-40 % ошибочных тестов - «3», более 40 % ошибочных тестов - «2».

УДК 378.244.1:617

Гринцов А.Г., Христуленко А.А., Гюльмамедов П.Ф., Куницкий Ю.Л., Христуленко А.Л.

ОЦЕНИВАНИЕ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина

В статье проанализированы недостатки традиционной системы оценивания учебной деятельности студентов на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького. Предложены мероприятия по ее улучшению.

Ключевые слова: учебная деятельность студента, критерии оценки.

Вступление

В условиях реформирования высшего образования актуальной становится задача нахождения оптимальных способов формирования профессионализма не только на этапе деятельности, но и обучения. Учитывая, что одним из важных компонентов является профессиональное самосознание личности, особое значение приобретает разработка теоретических и практических подходов к развитию профессионального самосознания студента, осуществляющегося в рамках учебной деятельности. Обучение специалистов - медиков традиционно осуществляется как формирование знаний, умений и навыков в области медицинских знаний и их реализация в процессе врачевания. Педагогическое оценивание может выступать фактором развития профессионального самосознания на этапе обучения в медицинском ВУЗе.

Цель работы

Проанализировать недостатки традиционной системы оценивания и предложить мероприятия по ее улучшению.

Сегодня функция оценивания не сводится только к выявлению недостатков, а рассматривается как критический анализ образовательного процесса предполагающий, прежде всего более точное определение направлений улучшения. Важно подчеркнуть, что речь идет не столько об изменении средств оценивания, сколько об изменении целей оценивания и философии оценки. Оценивание - это не фиксация итогов, а «точка» за которой следует новый виток развития, а стало быть, и повышение качества образования (или оценивание не столько «для фиксации», сколько «для улучшения»). Иными словами, «главная задача этой процедуры - улучшение качества работы конкретного преподавателя и через это достижение более широких целей - улучшение качества учебных программ, в которые вовлечены оцениваемые люди, и достижение нового качества работы всей организации в целом». [1]

Таким образом, оценивание начинает интерпретироваться как конструктивная обратная связь.

Анализ литературы и практики позволило выявить недостатки традиционной системы оценивания:

- направленность оценки преимущественно на внешний контроль;
- преимущественная ориентация контрольно-оценочных средств на проверку репродуктивного уровня усвоения, на проверку фактологических знаний;
- отсутствие у преподавателей общих критериев оценивания стандартизированных измерителей и единых шкал; обучающиеся мало мотивированы на систематическую работу по предмету;
- критерии оценки не содержат описания действий

или деятельности, свидетельствующих достижению какого-либо результата образования; часто оценки завышаются, большую роль играет субъективный фактор. [2]

Оценивание учебной деятельности на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького проводится согласно "Інструкції з оцінювання навчальної діяльності студентів при кредитно-модульній організації навчального процесу у ДонНМУ ім. М.Горького". [3]

Согласно этой инструкции оценивание учебной деятельности проводится стандартизировано. В соответствии со структурой практического занятия определяются основные виды деятельности, которые оцениваются, в первую очередь самостоятельная работа и текущий тестовый контроль. За каждый из них выставляется отдельная оценка.

Оценивание самостоятельной студентов на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета - это оценка степени овладения умениями и навыками.

Сотрудники кафедры, в соответствии с целями занятия и учебными планами, определили типовые задачи деятельности и умений, которые проверяются и оцениваются:

- определение основных симптомов и синдромов (на основе опроса и объективного обследования), определение предварительного диагноза;
- определение плана дополнительных методов обследования и оценивания результатов;
- определение тактики ведения больного, вопросов профилактики;
- диагностика и лечение неотложных состояний согласно с темой занятия.

Выполнение типовых задач деятельности и умений оценивается баллами "1", "0,5" и "0" (выполнено, выполнено не полностью, не выполнено).

Оценки выставляются на основе суммы баллов, полученных студентами при оценивании степени овладения практическими навыками.

Результат овладения практическими умениями определяется в оценках 5 - "отлично", 4 - "хорошо", 3 - "удовлетворительно", 2 - "неудовлетворительно".

Критерии оценки:

5 баллов - "отлично"; 4,5 - 4,0 баллов - "хорошо"; 3,5 - 3,0 балла - "удовлетворительно"; 2,5 балла и менее - "неудовлетворительно".

Текущий тестовый контроль осуществляется с помощью компьютерных тестов формата А, проверяющих достижение конкретных целей занятия.

Оценка за работу с тестовыми заданиями выставляется согласно с шкалой: при наличии до 10 % ошибочных тестов - «5», 11 -25 % ошибочных тестов - «4», 26-40 % ошибочных тестов - «3», более 40 % ошибочных тестов - «2».

Таким образом, предложенная система оценивания учебной деятельности студентов на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького является системой конструктивной обратной связи, позволяющей повысить мотивацию к обучению и объективность при выставлении оценок преподавателем.

Література

1. Проектирование учебно-методического обеспечения модулей инновационной образовательной программы: Методическое

пособие / О.В. Акупова, А.Е. Бахмутский, Р.У. Богданова, О.Б. Даутова, Е.В. Пискунова, Н.Ф. Радионова, А.П. Тряпицына; Под ред. С.А. Гончарова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 159 с.

2. Трайнев В.А., Мкртчян С.С., Савельев А.Я. Повышение качества высшего образования и Болонский процесс. Обобщение отечественной и зарубежной практики. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2007. – 392 с.
3. План організації навчально-методичної роботи 2012-2014 н.р.р. / ДонНМУ- Донецьк 2012 р. – 124 с.

Реферат

ОЦІНЮВАННЯ УЧБОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ І ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ДОННМУ ІМ. М.ГОРЬКОГО

Грінцов О.Г., Христуленко А.О., Гюльмамедов П.Ф., Куніцький Ю.Л., Христуленко А.Л.

Ключові слова: учбова діяльність студента, критерії оцінки.

У статті проаналізовані недоліки традиційної системи оцінювання учбової діяльності студентів на кафедрі загальної хірургії і хірургічних хвороб стоматологічного факультету ДонНМУ ім. М.Горького. Запропоновані заходи щодо її поліпшення.

Summary

RATING OF ACADEMIC PROGRESS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AND SURGICAL DISEASES AT THE STOMATOLOGICAL FACULTY OF GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Grandson A.G., Khristulenko A.A., Gulmamedov P.F., Kunitsky Yu.L., Khrystulenko A.L.

Keywords: educational activity of student, criteria of estimation.

This article is devoted to the analysis of shortcomings of conventional rating of students' academic progress at the department of general surgery and surgical diseases at the teratology faculty of M.Gorkiy National Medical University, Donetsk. Some approaches are suggested to make the rating more detailed and effective.

УДК 378: 61: 616. 094

Дронов О.І., Насташенко І.Л., Ковальська І.О., Крючина Є.А., Скомаровський О.А., Процюк А.В.

РОЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА В МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

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

Високому рівню підготовки фахівців медичного профілю в найбільшій мірі сприяє творча атмосфера освіти, що відкриває перед майбутнім молодим фахівцем значні можливості в наукових дослідженнях. Розкриття творчого потенціалу особистості, творча самореалізація в професійній діяльності є важливою умовою становлення особистості фахівця. При аналізі початкового рівня предметної зацікавленості студентів, починаючи з другого курсу, коли вони вперше приходять на кафедру хірургічного профілю, його зростання протягом наступних років навчання і до державного розподілу простежується значна мотивуюча складова студентського наукового гуртка кафедри хірургії в професійній орієнтації майбутніх лікарів.

Ключові слова: студентський науковий гурток, професійна орієнтація.

Вступ

У Національній доктрині розвитку освіти визначено: «Головне завдання вищої школи – професійна підготовка студентів, формування фахівців із вищою освітою, здатних до творчості, прийняття оптимальних рішень, таких, що володіють навичками самоосвіти й самовиховання, вміють узгоджувати свої дії з діями інших учасників спільної діяльності» [1,5]. Мета навчально-професійної діяльності – засвоєння наукового знання у формі теоретичних понять і вмінь застосування їх при розв'язанні професійних завдань. Формування єдиної європейської освіти і наукового простору, єдиних критеріїв і стандартів в рамках конкурентоспроможності вищої школи потребує переходу на нові форми навчання, що відповідають вимогам Болонської декларації [4,7]. Це вимагає перегляду системи викладання медичних дисциплін в цілому і хірургічних зокрема [3].

Зважаючи на безумовні позитивні риси нововведень, слід відзначити збільшення в навчальному процесі долі теоретичної частини. Якісна медична прак-

тика в майбутньому повинна відповідати наступним вимогам: наявність підготовлених фахівців; оптимальне використання ресурсів; мінімізація ризиків для хворих при застосуванні медичних технологій та задоволення пацієнта від спілкування з медичною спільнотою [2,6]. Це вбачається можливим лише за умови гідної професійної підготовки фахівців, яка починається вже в студентські роки. Розвиток гнучкого клінічного мислення, що передбачає багатобічний аналіз, чітке диференціювання знань, їх мобільність, оперативність, варіабельність забезпечить ефективність професійної діяльності сучасного лікаря. В той же час система професійних лікарських вмінь повинна відрізнятися узагальненістю, вільним володінням стандартами надання медичної допомоги, гнучкістю, легкістю переносу в нові конкретні ситуації.

Різноманіття отриманих знань на клінічних кафедрах різного фахового профілю рано чи пізно ставлять перед студентами завдання своєї майбутньої професії. Людина може задовольнити свої індивідуальні потреби і прагнення до обраної досконалості у професії

Таким образом, предложенная система оценивания учебной деятельности студентов на кафедре общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета ДонНМУ им. М.Горького является системой конструктивной обратной связи, позволяющей повысить мотивацию к обучению и объективность при выставлении оценок преподавателем.

Література

1. Проектирование учебно-методического обеспечения модулей инновационной образовательной программы: Методическое

пособие / О.В. Акупова, А.Е. Бахмутский, Р.У. Богданова, О.Б. Даутова, Е.В. Пискунова, Н.Ф. Радионова, А.П. Тряпицына; Под ред. С.А. Гончарова. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 159 с.

2. Трайнев В.А., Мкртчян С.С., Савельев А.Я. Повышение качества высшего образования и Болонский процесс. Обобщение отечественной и зарубежной практики. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К^о», 2007. – 392 с.
3. План організації навчально-методичної роботи 2012-2014 н.р.р. / ДонНМУ- Донецьк 2012 р. – 124 с.

Реферат

ОЦІНЮВАННЯ УЧБОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ І ХІРУРГІЧНИХ ХВОРОБ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ФАКУЛЬТЕТУ ДОННМУ ІМ. М.ГОРЬКОГО

Грінцов О.Г., Христуленко А.О., Гюльмамедов П.Ф., Куніцький Ю.Л., Христуленко А.Л.

Ключові слова: учбова діяльність студента, критерії оцінки.

У статті проаналізовані недоліки традиційної системи оцінювання учбової діяльності студентів на кафедрі загальної хірургії і хірургічних хвороб стоматологічного факультету ДонНМУ ім. М.Горького. Запропоновані заходи щодо її поліпшення.

Summary

RATING OF ACADEMIC PROGRESS AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AND SURGICAL DISEASES AT THE STOMATOLOGICAL FACULTY OF GORKY DONETSK NATIONAL MEDICAL UNIVERSITY

Grandson A.G., Khristulenko A.A., Gulmamedov P.F., Kunitsky Yu.L., Khristulenko A.L.

Keywords: educational activity of student, criteria of estimation.

This article is devoted to the analysis of shortcomings of conventional rating of students' academic progress at the department of general surgery and surgical diseases at the teratology faculty of M.Gorkiy National Medical University, Donetsk. Some approaches are suggested to make the rating more detailed and effective.

УДК 378: 61: 616. 094

Дронов О.І., Насташенко І.Л., Ковальська І.О., Крючина Є.А., Скомаровський О.А., Процюк А.В.

РОЛЬ ДІЯЛЬНОСТІ СТУДЕНТСЬКОГО НАУКОВОГО ГУРТКА В МОТИВАЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

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

Високому рівню підготовки фахівців медичного профілю в найбільшій мірі сприяє творча атмосфера освіти, що відкриває перед майбутнім молодим фахівцем значні можливості в наукових дослідженнях. Розкриття творчого потенціалу особистості, творча самореалізація в професійній діяльності є важливою умовою становлення особистості фахівця. При аналізі початкового рівня предметної зацікавленості студентів, починаючи з другого курсу, коли вони вперше приходять на кафедру хірургічного профілю, його зростання протягом наступних років навчання і до державного розподілу простежується значна мотивуюча складова студентського наукового гуртка кафедри хірургії в професійній орієнтації майбутніх лікарів.

Ключові слова: студентський науковий гурток, професійна орієнтація.

Вступ

У Національній доктрині розвитку освіти визначено: «Головне завдання вищої школи – професійна підготовка студентів, формування фахівців із вищою освітою, здатних до творчості, прийняття оптимальних рішень, таких, що володіють навичками самоосвіти й самовиховання, вміють узгоджувати свої дії з діями інших учасників спільної діяльності» [1,5]. Мета навчально-професійної діяльності – засвоєння наукового знання у формі теоретичних понять і вмінь застосування їх при розв'язанні професійних завдань. Формування єдиної європейської освіти і наукового простору, єдиних критеріїв і стандартів в рамках конкурентоспроможності вищої школи потребує переходу на нові форми навчання, що відповідають вимогам Болонської декларації [4,7]. Це вимагає перегляду системи викладання медичних дисциплін в цілому і хірургічних зокрема [3].

Зважаючи на безумовні позитивні риси нововведень, слід відзначити збільшення в навчальному процесі долі теоретичної частини. Якісна медична прак-

тика в майбутньому повинна відповідати наступним вимогам: наявність підготовлених фахівців; оптимальне використання ресурсів; мінімізація ризиків для хворих при застосуванні медичних технологій та задоволення пацієнта від спілкування з медичною спільнотою [2,6]. Це вбачається можливим лише за умови гідної професійної підготовки фахівців, яка починається вже в студентські роки. Розвиток гнучкого клінічного мислення, що передбачає багатобічний аналіз, чітке диференціювання знань, їх мобільність, оперативність, варіабельність забезпечить ефективність професійної діяльності сучасного лікаря. В той же час система професійних лікарських вмінь повинна відрізнятися узагальненістю, вільним володінням стандартами надання медичної допомоги, гнучкістю, легкістю переносу в нові конкретні ситуації.

Різноманіття отриманих знань на клінічних кафедрах різного фахового профілю рано чи пізно ставлять перед студентами завдання своєї майбутньої професії. Людина може задовольнити свої індивідуальні потреби і прагнення до обраної досконалості у професії

ональний діяльності лише тоді, коли займається справою, що відповідає її нахилам, вподобанням, здібностям. Вдале обрання виду діяльності за обраними критеріями надає можливість протягом життя максимально реалізувати потенційні можливості, досягти оптимального індивідуального розвитку, самореалізації.

Суттєвими факторами визначення професійної орієнтації студентів, окрім вдосконалення всіх ланок безпосередньо педагогічного процесу, на клінічних кафедрах є залучання їх до лікувального процесу: участь в чергуваннях клінік, планових оглядах хворих, професорських обходах, медичних призначеннях, перев'язках, операціях, студентських наукових гуртках. Останні відіграють чи не найважливішу роль з усіх означених факторів через те, що гуртки студенти відвідують за інтересами, тобто вже визначаючи для себе певні пріоритети.

Основна частина

На кафедрі загальної хірургії №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця з 1915 року по сьогоднішній день працює науковий студентський гурток імені Михайла Михайловича Дітеріхса.

Високому рівню підготовки фахівців медичного профілю в найбільшій мірі сприяє творча атмосфера освіти, що відкриває перед майбутнім молодим фахівцем значні можливості в наукових дослідженнях. Розкриття творчого потенціалу особистості, творча самореалізація в професійній діяльності є важливою умовою становлення особистості фахівця. Креативність обов'язково реалізується в професійній діяльності, творчому пошуку нових, ефективніших способів рішення задач, ґрунтовних висновках. Творча робота будить і згодом розвиває „приховані” інтереси і здібності студента. Це дозволяє уникати перевантаження інформацією, підвищує інтерес до предмету, що вивчається, створює задоволення навчанням, сприяє розкриттю особистісного потенціалу й самовдосконаленню. Виконання творчих завдань, робота в студентському науковому гуртку сприяє розвитку творчого мислення, що є необхідною передумовою для формування специфіки медичного мислення.

Кількість гуртківців відносно постійна, останні десять років вона знаходиться в межах 20-30 чоловік. Очолює роботу гуртка завідувач кафедри, організаційні питання вирішує відповідальний співробітник кафедри. Щорічно на підсумковому засіданні гуртка перезатверджується або обирається новий староста гуртка з числа студентів.

На початку навчального року проводиться організаційне засідання гуртка, на якому складається план роботи на поточний навчальний рік. Згідно плану обговорюються і затверджуються теми засідань гуртка, запропоновані співробітниками кафедри з урахуванням побажань студентів. Здебільшого наукова тематика засідань гуртка планується відповідно до плану наукової роботи кафедри, тим самим забезпечується безпосередня участь студентів в теоретичній та практичній роботі кафедри. Відповідно до затверджених тем з числа гуртківців призначаються відповідальні виконавці, які мають достатньо часу для підготовки ґрунтовної доповіді з історії розвитку призначеного питання, сучасного стану проблеми та перспективних напрямків її вирішення.

Засідання гуртка проходять в ординаторській хіру-

ргічного відділення за участю співробітників кафедри і запрошених фахівців Київського міського центру хірургії печінки, підшлункової залози та жовчних проток. Доповіді готуються під патронатом керівника гуртка, з використанням можливостей інформаційного доступу мережі Інтернет, і тому проходять на достатньо високому науковому рівні, їх із задоволенням відвідують інтерни та молоді лікарі. Сама доповідь готується на 30-40 хвилин, після чого ще 1,5-2,0 години тривають виступи, обговорення, дискусії, під час яких демонструються хворі з відповідною патологією, доповідаються історії хвороб, демонструються рентгенологічні знімки, знімки комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії. Широко практикуємо проведення поглиблених коротких презентацій, які б розкривали актуальні проблеми, що винесені на обговорення. Найбільш вдалі роботи рішенням засідання гуртка рекомендуються до презентації на Всеукраїнських та міжнародних конкурсах наукових робіт, конференціях студентів і молодих вчених, Всеукраїнській олімпіаді з хірургії. Останнім часом спостерігається стійка тенденція до активзації видавничої діяльності студентів як самостійної, так і в співавторстві зі співробітниками кафедри: за 2008-2009рр. було 7 друкованих робіт, за 2009-2010 – 18, за 2010-2011 – 25.

Вважаємо за доцільне рекомендувати членам гуртка брати участь у волонтерській роботі в період літніх канікул.

Крім загальнопрофесійної орієнтації суттєвим мотивуючим фактором участі в роботі гуртка для студентів стало рішення керівництва університету про розподіл відмінників навчання, членів студентського наукового товариства, що мають друковані роботи в фахових наукових виданнях, з певним рівнем знання іноземних мов після закінчення університету на відповідні кафедри старшими лаборантами. На сьогодні з гуртківців підготовлено завдяки цій програмі 4 штатних співробітники кафедри.

Заключення

При аналізі початкового рівня предметної зацікавленості студентів, починаючи з другого курсу, коли вони вперше приходять на кафедру хірургічного профілю, його зростання протягом наступних років навчання і до державного розподілу простежується значна мотивуюча складова студентського наукового гуртка кафедри хірургії в професійній орієнтації майбутніх лікарів.

Література

1. Булах І.С. Система управління якістю освіти в Україні / І.С. Булах, О.П. Волосовець, Ю.В. Вороненко // Арт-прес. – 2003. – С. 211.
2. Гойда Н.Г. Якість медичного забезпечення – основна мета охорони здоров'я в Україні / Н.Г. Гойда // Охорона здоров'я України. – 2005. – С.26-29.
3. Казаков В.М. Методологія і реалізація системи управління якістю медичної освіти. / В.М.Казаков, О.М.Талалаєнко, Г.М.Гаріна. – Донецьк, 2001. – 214 с.
4. Підаєв А.В. Болонський процес в Європі / А.В.Підаєв, В.І. Перерей. – Одеса : ОДМУ, 2004 – 190 с.
5. Указ Президента України від 17.02.2004 №199/2004 "Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України".
6. Blank L. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter / L. Blank // Ann Inter Mtd. – V.136. – P.243-246.
7. The European Higher Education Area – Achieving the Goals / Communiqué of the Conference of European Ministers Responsible for Higher Education/ - Bergen, 2005.

Реферат

РОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА В МОТИВАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Дронов А.И., Насташенко И.Л., Ковальська І.А., Крючина Е.А., Скомаровский А.А., Процюк А.В.

Ключевые слова: студенческий научный кружок, профессиональная ориентация.

Высокому уровню підготовки специалистов медицинского профиля наиболее сопутствует творческая атмосфера образования, которая открывает будущему молодому специалисту значительные возможности в научных исследованиях. Развитие творческого потенциала личности, творческая самореализация в профессиональной деятельности является важным условием формирования личности специалиста. При анализе начального уровня заинтересованности студентов, начиная со второго курса, когда они впервые приходят на кафедру хирургического профиля, и его ростом на протяжении последующих годов обучения, и до государственного распределения прослеживается значительная мотивирующая составляющая студенческого научного кружка кафедры хирургии в профессиональной ориентации будущих врачей.

Summary

STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY IN CAREER-GUIDANCE MOTIVATION FOR MEDICAL STUDENTS

Dronov O.I., Nastashenko I.L., Kovalska I.O., Kryuchina E.A., Skomarovsky A.A., Protsyuk A.V.

Key words: student's scientific society, career guidance.

Creative atmosphere of medical education helps to improve its quality and provides opportunities to conduct scientific research for young specialists. Progresses of personality's creative potential and creative self-realization in professional activities are very important conditions for specialist's personality development. The period analyzed started with the second year of training, when students usually begin to attend surgical department. It showed the increasing interest during studying and great role of surgical scientific student's society for career-guidance.

УДК 617.541 – 089.002.05: 378.180.6

Дронов О.І., Процюк А.В., Скомаровський О.А., Ковальська І.О., Крючина Є.А., Насташенко І.Л.

ІНТЕНСИФІКАЦІЯ ТРЕНІНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

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

Впровадження інноваційних технологій розширює можливості засвоєння та розуміння програмного матеріалу, сприяє кращому засвоєнню різних розділів загальної хірургії. Комп'ютерні посібники дозволяють застосовувати графічну, звукову та відеоінформацію у навчанні студентів. Перевагою комп'ютерних технологій є можливість групового або індивідуального підключення до мережі Інтернет, що сприятиме покращенню якості підготовки студентів та інтернів.

Ключові слова: інноваційні технології викладання, загальна хірургія.

Вступ

В останні роки засоби створення, передачі та обробки інформації зазнали значних технологічних змін. Є нагальна потреба спілкуватись більше і швидше. Якщо ще 20 років тому пацієнт черпав інформацію про хворобу з енциклопедій та журналу «Здоров'я», то сьогодні він стикається з рекламою на бігбордах та телебаченні, безліччю науково-масової літератури та Інтернет-інформації як вітчизняної, так і світової. Тому підготовка сучасного лікаря повинна започатковуватись на багатовекторній педагогічній основі.

Постановка проблеми

Під керівництвом ректора НМУ імені О.О. Богомольця В.Ф. Москаленка запроваджено поглиблене використання інформаційних технологій для покращення умов навчання студентів та професійної діяльності співробітників. З цією метою видано наказ №338 від 21.06.2011 р. «Про створення освітнього порталу НМУ імені О.О. Богомольця та впровадження електронного контенту». Згідно нього створюється інноваційне освітнє середовище з використанням спеціалізованого комплексу програмно-апаратних засобів і впровадження в практику дистанційної форми навчання. Офіційний веб-сайт НМУ імені О.О. Богомольця в мережі Інтернет налічує близько 65 тис. сторінок, які займають більше 1,5 Гб дискового простору.

Обладнання модернізованих лекційних аудиторій аудіо- та відеосистемами, ІР-камерами з дистанційним керуванням, мультимедійних комплексів, стаціонарних та мобільних мікрофонів, підключення до мережі Інтернет, інтерактивних панелей викладача, сенсорних керуючих пристроїв дозволить реалізувати інноваційні методики телепатичної та дистанційної освіти, успішно доповнити традиційні форми навчального процесу та забезпечити підвищення якості, зручності та престижності навчання [2].

З метою створення умов для подальшого підвищення якості навчально-методичної та науково-педагогічної діяльності співробітників і всіх категорій осіб, що навчаються в університеті, має бути забезпечений вільний доступ до Інтернету, до міжнародних бібліографічних баз повнотекстових наукових публікацій медико-біологічного профілю (MEDLINE, Кокранівська бібліотека систематичних оглядів, Embase, провідні світові фахові видання через бібліотеки OvidSP).

Реалізація цих заходів безумовно сприятиме підвищенню якості навчально-методичної та наукової роботи співробітників кафедри, а отже і кращому опануванню курсу загальної хірургії студентами.

Медицина, зокрема хірургія, являє собою особливу галузь, в основі якої лежать не тільки глибокі знання, але і певні особливості роботи. Як відомо, лікар-

Реферат

РОЛЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА В МОТИВАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

Дронов А.И., Насташенко И.Л., Ковальська І.А., Крючина Е.А., Скомаровский А.А., Процюк А.В.

Ключевые слова: студенческий научный кружок, профессиональная ориентация.

Высокому уровню підготовки специалистов медицинского профиля наиболее сопутствует творческая атмосфера образования, которая открывает будущему молодому специалисту значительные возможности в научных исследованиях. Развитие творческого потенциала личности, творческая самореализация в профессиональной деятельности является важным условием формирования личности специалиста. При анализе начального уровня заинтересованности студентов, начиная со второго курса, когда они впервые приходят на кафедру хирургического профиля, и его ростом на протяжении последующих годов обучения, и до государственного распределения прослеживается значительная мотивирующая составляющая студенческого научного кружка кафедры хирургии в профессиональной ориентации будущих врачей.

Summary

STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY IN CAREER-GUIDANCE MOTIVATION FOR MEDICAL STUDENTS

Dronov O.I., Nastashenko I.L., Kovalska I.O., Kryuchina E.A., Skomarovsky A.A., Protsyuk A.V.

Key words: student's scientific society, career guidance.

Creative atmosphere of medical education helps to improve its quality and provides opportunities to conduct scientific research for young specialists. Progresses of personality's creative potential and creative self-realization in professional activities are very important conditions for specialist's personality development. The period analyzed started with the second year of training, when students usually begin to attend surgical department. It showed the increasing interest during studying and great role of surgical scientific student's society for career-guidance.

УДК 617.541 – 089.002.05: 378.180.6

Дронов О.І., Процюк А.В., Скомаровський О.А., Ковальська І.О., Крючина Є.А., Насташенко І.Л.

ІНТЕНСИФІКАЦІЯ ТРЕНІНГОВИХ ТЕХНОЛОГІЙ ПРИ ВИКЛАДАННІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

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

Впровадження інноваційних технологій розширює можливості засвоєння та розуміння програмного матеріалу, сприяє кращому засвоєнню різних розділів загальної хірургії. Комп'ютерні посібники дозволяють застосовувати графічну, звукову та відеоінформацію у навчанні студентів. Перевагою комп'ютерних технологій є можливість групового або індивідуального підключення до мережі Інтернет, що сприятиме покращенню якості підготовки студентів та інтернів.

Ключові слова: інноваційні технології викладання, загальна хірургія.

Вступ

В останні роки засоби створення, передачі та обробки інформації зазнали значних технологічних змін. Є нагальна потреба спілкуватись більше і швидше. Якщо ще 20 років тому пацієнт черпав інформацію про хворобу з енциклопедій та журналу «Здоров'я», то сьогодні він стикається з рекламою на бігбордах та телебаченні, безліччю науково-масової літератури та Інтернет-інформації як вітчизняної, так і світової. Тому підготовка сучасного лікаря повинна започатковуватись на багатовекторній педагогічній основі.

Постановка проблеми

Під керівництвом ректора НМУ імені О.О. Богомольця В.Ф. Москаленка запроваджено поглиблене використання інформаційних технологій для покращення умов навчання студентів та професійної діяльності співробітників. З цією метою видано наказ №338 від 21.06.2011 р. «Про створення освітнього порталу НМУ імені О.О. Богомольця та впровадження електронного контенту». Згідно нього створюється інноваційне освітнє середовище з використанням спеціалізованого комплексу програмно-апаратних засобів і впровадження в практику дистанційної форми навчання. Офіційний веб-сайт НМУ імені О.О. Богомольця в мережі Інтернет налічує близько 65 тис. сторінок, які займають більше 1,5 Гб дискового простору.

Обладнання модернізованих лекційних аудиторій аудіо- та відеосистемами, ІР-камерами з дистанційним керуванням, мультимедійних комплексів, стаціонарних та мобільних мікрофонів, підключення до мережі Інтернет, інтерактивних панелей викладача, сенсорних керуючих пристроїв дозволить реалізувати інноваційні методики телепатичної та дистанційної освіти, успішно доповнити традиційні форми навчального процесу та забезпечити підвищення якості, зручності та престижності навчання [2].

З метою створення умов для подальшого підвищення якості навчально-методичної та науково-педагогічної діяльності співробітників і всіх категорій осіб, що навчаються в університеті, має бути забезпечений вільний доступ до Інтернету, до міжнародних бібліографічних баз повнотекстових наукових публікацій медико-біологічного профілю (MEDLINE, Кокранівська бібліотека систематичних оглядів, Embase, провідні світові фахові видання через бібліотеки OvidSP).

Реалізація цих заходів безумовно сприятиме підвищенню якості навчально-методичної та наукової роботи співробітників кафедри, а отже і кращому опануванню курсу загальної хірургії студентами.

Медицина, зокрема хірургія, являє собою особливу галузь, в основі якої лежать не тільки глибокі знання, але і певні особливості роботи. Як відомо, лікар-

хірург працює в умовах дефіциту часу, інколи при наявності неповної інформації про патологічний процес. Заповненню цієї прогалини сприятиме запровадження інформаційних технологій.

Основна частина

Більшість науковців відстоюють позицію децентралізації медицини. Вони наполягають на створенні рівних можливостей для отримання медичної допомоги та медичної освіти, незалежно від соціального статусу, стану здоров'я, місця проживання, тощо [2].

В сучасному суспільстві нагромаджено такий об'єм знань та інформації, що людина не завжди має можливість сприйняти та проаналізувати їх в повному обсязі. Межі між різними науками нівелюються. Домінуюче значення займає логіка компетенцій, хоча суспільство та освіта до таких суттєвих змін не готові. Широке розповсюдження і використання інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) започатковують нові можливості навчання. Варто зазначити, що ІКТ можуть зробити педагогічний процес більш привабливим, а навчання – емоційнішим.

Кожен студент для реалізації певного завдання, програми чи тренінгу повинен мати такий простір для навчання, в якому доступний весь необхідний матеріал у будь-який час. Це дозволяє студентів рухатись вперед по програмі, не втрачаючи набутих раніше знань. Навчальний простір стає одночасно творчим і не зосереджується виключно на відтворенні засвоєного матеріалу. Окрім того, актуальним є об'єднання різних методів та стилів навчання залежно від підготовки студента та компетентності викладача. Суттєво змінюється роль викладача, який стає консультантом, підвищує власну творчу активність і кваліфікацію щодо нововведень.

В країні зростає усвідомлення потреби нового бачення застосування ІКТ для навчання з урахуванням сучасних та майбутніх тенденцій щодо навичок та компетентності студентів, здобутих за допомогою активного використання ІКТ, які сприятимуть формуванню конкурентно здатних в майбутньому професіоналів у медицині [1].

Перейти до нової моделі організації навчального процесу неможливо без адекватних інвестицій в медичну освіту. Заклади освіти та науки повинні завершити підготовку сучасних програм з тенденцією до переходу на класичну кредитно-модульну форму освіти. На першому етапі домінуючими є електронні засоби навчання (Е-освіта). Впровадження починається з роботи на комп'ютерах в аудиторії і закінчується розгалуженою системою дистанційного навчання.

Віртуальна освіта підтримує індивідуальну роботу в поєднанні з гнучким управлінням іншими процесами навчання, сприяє більшій самостійності в набутті знань. Поряд з класичними формами навчання ІКТ ставатиме головним засобом самоосвіти. Ймовірно, що Е-освіта в майбутньому витіснить традиційну систему навчання. На її місце прийде концепція «суспільних знань». Вона передбачає єдине розуміння переданої інформації, що є надзвичайно важливим на сучасному етапі розвитку хірургії. Формується так звана когнітивна асиметрія (когнітивне розривання), яке суттєво впорядковує і узагальнює інтерпретацію медичної хірургічної інформації.

Відсутність безпосереднього спілкування викладача та студента призводить до проблем: чи відповідають знання студента певним вимогам і яким чином ці знання перевірити. Отже, перевірка якості засвоєння

предмету загальної хірургії студентами в умовах кредитно-модульної системи є проблемною ланкою викладання. На наш погляд, шляхи вдосконалення організації навчального процесу полягають в використанні інноваційних тренінгових технологій, зокрема:

- створення медіа-аудиторій (спеціально оснащена учбова кімната на кафедрі);
- інтенсифікація використання розробки і впровадження комп'ютерних програм;
- створення центрів прикладної та професійної етики;
- матеріальне заохочення викладачів до розробки нових навчальних технологій.

Варто уточнити, що комп'ютеризоване навчання ґрунтується на наступних принципах:

- індивідуалізація (можливість працювати персонально з кожним студентом, враховуючи його здібності, уміння та навички);
 - диференціація (обирати та пропонувати необхідні варіанти навчальних завдань щодо складності, кількості, послідовності, що відповідає рівню знань та вміння);
 - інтенсифікація (різні варіанти презентації навчального матеріалу із залученням інтерактивних форм роботи).
- На наш погляд, головні дидактичні функції, що реалізуються за допомогою комп'ютерних технологій, наступні:
- пізнавальна (можна отримати необхідну інформацію та навчальні програми кожному студенту);
 - розвиваюча (розвиток сприйняття, логічне мислення, пам'ять, увага);
 - тренувальна (можливість перевірки свого рівня знань);
 - діагностична (викладач контролює та з'ясовує рівень засвоєння);
 - візуалізація навчального матеріалу;
 - розширення знань з будь-якої навчальної теми;
 - перевірка та самоперевірка набутих знань та умінь;
 - тестування та виконання контрольних вправ.

На сьогодні для лікаря залишаються актуальними не тільки наявність розвинутого клінічного мислення, блискавична реакція на клінічну ситуацію, а також доведення до автоматизму прийомів оперативної техніки. Вивчення основ загальної хірургії в умовах кредитно-модульної системи передбачає використання нових інформаційних технологій, що, на наш погляд, сприяє підвищенню мотивації студентів до навчання і розширенню можливостей пізнання та розуміння матеріалу.

З нашої точки зору, перспективним у вивченні хірургії є «електронні підручники» (максимальна відео- і звукова інформація носять перманентний характер). Враховуючи матеріальні можливості навчальних закладів, широкого їх впровадження на сьогодні не спостерігається. Компонування вимагає ретельного відбору ілюстративного матеріалу з великим об'ємом інформації, в тому числі зображеного схематично.

Зміст електронного підручника складається з текстової програми, ситуаційних задач і тестів, що дозволяє самостійно контролювати опанування матеріалом. Однак, це не може замінити практичних занять біля ліжка хворого, в перев'язочній та операційній. Електронні підручники компактні і зручні для використання на жорстких дисках. Це полегшує пошук необхідної інформації по ключових словах та є додатковим довідковим матеріалом.

Електронне видання доцільно формувати у вигляді

ді логічно зв'язаних 8-10 інформаційних блоків. Необхідно, щоб головна думка складалася з 6-7 пояснюючих фраз, доповнених кольоровими схемами, малюнками, символами для покращення процесу запам'ятовування. Електронний підручник дозволяє у вигляді алгоритму відобразити різні методи обстеження, етапи операції, індивідуалізувати лікування.

Тривалий час на кафедрі впроваджено мультимедійний супровід лекцій, що дозволяє програмно поєднувати текстове та візуальне зображення (фотознімки, діаграми, графіки, малюнки з комп'ютерною анімацією). Тому лекційний матеріал здобуває візуальну динамічність, переконливість та емоційність. Це реалізує наочну інтерпретацію понять, процесів, законів, об'єктів за допомогою їх знакових моделей.

Потребують подальшого розвитку технічні можливості для здійснення контакту в режимі on-line під час лекцій і практичних занять з будь-яким учбовим закладом світу, участі в міжнародних конференціях чи симпозіумах, або спостереженні за ходом операцій у відомих закордонних клініках.

На кафедрі хірургії започатковано відтворення в комп'ютерній програмі перебігу патології хворого, який перебуває в клініці. Тому студент має можливість по-

рівнювати віртуальну нозологічну форму з реальним клінічним випадком. Такий спосіб дозволяє виявити свої помилки як в діагностиці, так і в лікуванні, коригувати їх і в майбутньому уникати.

Висновки

1. Інформативно-комп'ютерні технології у вивченні основ загальної хірургії є перспективними і корисними.

2. Запровадження сучасних методів навчання сприяє гармонійному поєднанню практичної роботи з високим рівнем засвоєння теорії.

3. Сучасні інноваційні технології дають можливість отримати образну інформацію, яка засвоюється краще, ніж текстова.

Література

1. Вороненко Ю.В. Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ (Ф) НЗ України: результати, проблеми та перспективи / Ю.В.Вороненко, О.П.Мінцер. – Укрмедкнига, 2010. – С.42-44.
2. Колкин Я.Г. Использование инновационных технологий на кафедре хирургии / Я.Г. Колкин., В.В. Хацко., А.М. Дудин., А.Г. Высоцкий., С.В. Межаков // Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2011. – №33. – С.372-373.

Реферат

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ТРЕНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Дронов А.И., Процюк А.В., Скомаровский А.А., Ковальская И.А., Крючина Е.А., Насташенко И.Л.

Ключевые слова: инновационные технологии обучения, общая хирургия

Внедрение инновационных технологий расширяет возможности усваивания и понимания программного материала, способствует лучшему усваиванию разных разделов общей хирургии. Компьютерные пособия позволяют использовать графическую, звуковую и видеoinформацию для обучения студентов. Преимуществом компьютерных технологий является возможность группового и индивидуального подключения к сети Интернет, что способствует улучшению качества подготовки студентов и интернов.

Summary

INTENSIFICATION OF TRAINING TECHNOLOGIES FOR INSTRUCTION OF GENERAL SURGERY ACCORDING TO ECTS

Dronov O.I., Protsyuk A.V., Skomarovskyi O.A., Kovalska I.O., Kryuchina E.A., Nastashenko I.L.

Key words: innovative training technologies, general surgery.

Implementation of innovative technologies enhances assimilation and understanding curriculum material promotes better assimilation of the different sections of general surgery. Computer manuals allow instructors to use diagrams, audio and video for training students. The advantage of computer technologies is the ability to both group or individual connection to the Internet, which helps to improve the quality of training students and interns.

УДК: 617:378.147.88

Журавлёва Ю.И., Балацкий Е.Р.

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ КАК ПЕРВЫЙ ШАГ В ХИРУРГИЧЕСКУЮ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Основой организации студенческого научного кружка на кафедре общей хирургии является сотрудничество студентов, врачей-интернов, руководителя и коллектива клиники. Основная роль такого сообщества – помощь в выборе будущей специальности.

Ключевые слова: студенческий научный кружок, общая хирургия.

Первое изучение клинических дисциплин начинается с изучения основ хирургии, внутренних болезней и педиатрии. Этот переход от фундаментальных теоретических дисциплин к клиническим пропедевтическим дисциплинам знаменует собой начало осознанного выбора специализации по основным направлениям деятельности будущего врача. С этого же момента у большинства студентов появляется реальная возможность выбора клинической кафедры для участия в студенческой научной деятельности.

Роль преподавателя в ориентации так называемо-

го первичного профессионального отбора на этом этапе обучения может иметь решающее значение. Преподавателиклинических кафедр в этот переходный период могут оказывать основополагающее решающее значение ещё и потому, что именно при изучении пропедевтических дисциплин студенты впервые сталкиваются с практической стороной работы врача. С другой стороны, в условиях кредитно-модульной системы преподавания общей хирургии, практические аспекты клинического воспитания несколько нивелируются, с акцентом на механистическое восприятие

ді логічно зв'язаних 8-10 інформаційних блоків. Необхідно, щоб головна думка складалася з 6-7 пояснюючих фраз, доповнених кольоровими схемами, малюнками, символами для покращення процесу запам'ятовування. Електронний підручник дозволяє у вигляді алгоритму відобразити різні методи обстеження, етапи операції, індивідуалізувати лікування.

Тривалий час на кафедрі впроваджено мультимедійний супровід лекцій, що дозволяє програмно поєднувати текстове та візуальне зображення (фотознімки, діаграми, графіки, малюнки з комп'ютерною анімацією). Тому лекційний матеріал здобуває візуальну динамічність, переконливість та емоційність. Це реалізує наочну інтерпретацію понять, процесів, законів, об'єктів за допомогою їх знакових моделей.

Потребують подальшого розвитку технічні можливості для здійснення контакту в режимі on-line під час лекцій і практичних занять з будь-яким учбовим закладом світу, участі в міжнародних конференціях чи симпозиумах, або спостереженні за ходом операцій у відомих закордонних клініках.

На кафедрі хірургії започатковано відтворення в комп'ютерній програмі перебігу патології хворого, який перебуває в клініці. Тому студент має можливість по-

рівнювати віртуальну нозологічну форму з реальним клінічним випадком. Такий спосіб дозволяє виявити свої помилки як в діагностиці, так і в лікуванні, коригувати їх і в майбутньому уникати.

Висновки

1. Інформативно-комп'ютерні технології у вивченні основ загальної хірургії є перспективними і корисними.

2. Запровадження сучасних методів навчання сприяє гармонійному поєднанню практичної роботи з високим рівнем засвоєння теорії.

3. Сучасні інноваційні технології дають можливість отримати образну інформацію, яка засвоюється краще, ніж текстова.

Література

1. Вороненко Ю.В. Впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ (Ф) НЗ України: результати, проблеми та перспективи / Ю.В.Вороненко, О.П.Мінцер. – Укрмедкнига, 2010. – С.42-44.
2. Колкин Я.Г. Использование инновационных технологий на кафедре хирургии / Я.Г. Колкин., В.В. Хацко., А.М. Дудин., А.Г. Высоцкий., С.В. Межаков // Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2011. – №33. – С.372-373.

Реферат

ИНТЕНСИФИКАЦИЯ ТРЕНИНГОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ПРЕПОДАВАНИИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Дронов А.И., Процюк А.В., Скомаровский А.А., Ковальская И.А., Крючина Е.А., Насташенко И.Л.

Ключевые слова: инновационные технологии обучения, общая хирургия

Внедрение инновационных технологий расширяет возможности усваивания и понимания программного материала, способствует лучшему усваиванию разных разделов общей хирургии. Компьютерные пособия позволяют использовать графическую, звуковую и видеoinформацию для обучения студентов. Преимуществом компьютерных технологий является возможность группового и индивидуального подключения к сети Интернет, что способствует улучшению качества подготовки студентов и интернов.

Summary

INTENSIFICATION OF TRAINING TECHNOLOGIES FOR INSTRUCTION OF GENERAL SURGERY ACCORDING TO ECTS

Dronov O.I., Protsyuk A.V., Skomarovskyi O.A., Kovalska I.O., Kryuchina E.A., Nastashenko I.L.

Key words: innovative training technologies, general surgery.

Implementation of innovative technologies enhances assimilation and understanding curriculum material promotes better assimilation of the different sections of general surgery. Computer manuals allow instructors to use diagrams, audio and video for training students. The advantage of computer technologies is the ability to both group or individual connection to the Internet, which helps to improve the quality of training students and interns.

УДК: 617:378.147.88

Журавлёва Ю.И., Балацкий Е.Р.

СТУДЕНЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ КРУЖОК КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ КАК ПЕРВЫЙ ШАГ В ХИРУРГИЧЕСКУЮ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Основой организации студенческого научного кружка на кафедре общей хирургии является сотрудничество студентов, врачей-интернов, руководителя и коллектива клиники. Основная роль такого сообщества – помощь в выборе будущей специальности.

Ключевые слова: студенческий научный кружок, общая хирургия.

Первое изучение клинических дисциплин начинается с изучения основ хирургии, внутренних болезней и педиатрии. Этот переход от фундаментальных теоретических дисциплин к клиническим пропедевтическим дисциплинам знаменует собой начало осознанного выбора специализации по основным направлениям деятельности будущего врача. С этого же момента у большинства студентов появляется реальная возможность выбора клинической кафедры для участия в студенческой научной деятельности.

Роль преподавателя в ориентации так называемо-

го первичного профессионального отбора на этом этапе обучения может иметь решающее значение. Преподавателиклинических кафедр в этот переходный период могут оказывать основополагающее решающее значение ещё и потому, что именно при изучении пропедевтических дисциплин студенты впервые сталкиваются с практической стороной работы врача. С другой стороны, в условиях кредитно-модульной системы преподавания общей хирургии, практические аспекты клинического воспитания несколько нивелируются, с акцентом на механистическое восприятие

предмета [1]. Инновации в преподавании общей хирургии в настоящее время настроены преимущественно на интенсификацию дистанционного этапа обучения в аспекте преобладания самоподготовки [2] в программе обучения, что отдаляет образовательный процесс от классических принципов отечественной системы подготовки врача [3].

Умение и профессионализм преподавателя при наличии стремления студента к углубленному изучению клинической дисциплины как раз и состоит в тонком первичном предварительном влиянии на выбор будущей специализации в соответствии с традициями отечественной школы.

Роль студенческого научного кружка (СНК) на клинических кафедрах вообще и на кафедре общей хирургии, в частности, создает условия для более узкой ориентации на хирургические специальности. При этом кроме простого теоретического разбора и изучения практических навыков, студент получает возможность участвовать в работе хирургической клиники в целом. С нашей точки зрения студент обязательно должен принимать участие в повседневной практической работе, то есть участвовать в обходах, разборах клинических ситуаций, оперативных вмешательствах, посещать urgentные дежурства в клинике в свободное от основной учебы время.

Задача преподавателя в этом процессе не только принимать непосредственное участие, но и создавать благоприятную среду в коллективе клиники для адекватного восприятия и участия в учебно-воспитательной работе студентов. Коллективы клиники общей хирургии должны быть ориентированы на процесс начального специального обучения вообще и сложность работы состоит в том, что в большинстве своем кружковцы являются студентами начальных курсов, не имеющие достаточного опыта и знаний. Поэтому работа СНК начинается с формирования в коллективе среди urgentных врачей, клинических ординаторов, интернов доброжелательного отношения к студентам, а уже затем с отбора студентов-кружковцев, что является обязательным и постоянно выполняется в нашей клинике.

Опыт работы со студентами-кружковцами кафедры общей хирургии (зав. кафедрой проф. Иващенко В.В.) на базе отделения общей хирургии ЦГКБ № 6 г.Донецка позволил разработать ряд наиболее приемлемых организационных и методических положений. В работе СНК проводятся собрания студентов-кружковцев в субботние дни, когда нет учебного процесса, и студенты принимают непосредственное участие в работе отделения, участвуют в перевязках, ассистируют при оперативных вмешательствах. Общехирургическое отделение ЦГКБ № 6 г.Донецка выполняет urgentную помощь жителям двух районов города через сутки по нечетным числам месяца, а также круглосуточную видеондоскопическую малоинвазивную помощь больным с острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости. У студентов появляется возможность наблюдать и участвовать в работе по оказанию неотложной помощи населению как в выходные, так и в будние дни в свободное от учебных занятий время, а также осваивать основы малоинвазивной хирургии. В субботние дни без urgentных дежурств для студентов в первые месяцы начала учебного года проводятся показательные обходы с разбором отдельных клинических ситуаций. При этом обсуждаются и вопросы научной работы, ко-

торая проводится в клинике, предлагаются научные проблемы, решаемые на студенческом уровне. В первый год работы студенты-кружковцы готовят индивидуальные реферативные научно-исследовательские работы в соответствии с принятым в начале учебного года планом. Эти работы в большинстве своем отображают основные темы, изучаемые на курсе общей хирургии, например, посвященные ранам, гнойной инфекции. Наличие собственной бактериологической лаборатории на базе больницы позволяет привлекать студентов-кружковцев к анализу полученных микробиологических данных, что особенно актуально для студентов 2-3 курсов, одновременно изучающих основы микробиологии в практическом применении. Постепенно спектр деятельности участников СНК расширяется, они принимают участие в подготовке собственных разработок, как правило, коллективного характера в соответствии с основными направлениями научной работы клиники. Такой переход помогает формировать способность трансформации индивидуального творчества в коллективное, что важно для будущего врача в целом. На кафедре для дополнительного углубленного изучения основ хирургии подготовлен элективный курс лекций, в том числе отображающий особенности работы нашей клиники, которые студенты могут наблюдать, участвуя в СНК [4].

Эти подходы позволили отбирать в СНК действительно заинтересованных студентов, стремящихся овладеть всеми аспектами будущей хирургической специальности и основами научно-исследовательской деятельности. Ежегодно в СНК кафедры общей хирургии занимается 10-15 студентов, проводятся ежегодные научно-практические конференции, публикуются лучшие работы.

Как показал наш опыт, наиболее оптимальный выбор старосты кружка среди интернов клиники или клинических ординаторов. При этом с одной стороны возникает вертикаль взаимоотношений – студент-кружковец, врач-интерн, преподаватель-руководитель, а с другой – начинающие врачи сами приобретают опыт обучения и руководства, направляя действия студенческого сообщества под руководством сотрудника кафедры. В такой ситуации проводится предварительный отбор перспективных начинающих врачей для возможной последующей преподавательской деятельности. В такой непрерывной замкнутой цепи взаимоотношений, с нашей точки зрения, и формируется наиболее полноценное сообщество, в первую очередь полезное для студентов-кружковцев.

Литература

1. Иващенко В.В. «Подводные камни» кредитно-модульной системы в преподавании общей хирургии / В.В.Иващенко, А.В.Иващенко // Университетская клиника. – 2011. – Т.7, № 2. – С.128–130.
2. Шапкин Ю.Г. Инновационные методики в преподавании общей хирургии в медицинском вузе / Ю.Г.Шапкин, С.В.Капранов, Р.Х.Хильгияев [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7, № 4. – С. 992–993.
3. Иващенко В.В. Болонский процесс и пироговская система преподавания хирургии. Существуют ли противоречия? / В.В.Иващенко, А.В. Иващенко // Матеріали наукового конгресу «IV міжнародні Пироговські читання», присвяченого 200-річчю з дня народження М.І.Пирогова. Пироговські лекції. – Вінниця, 2010. – С. 42–44.
4. Иващенко В.В. Вибрані лекції з загальної хірургії (елективний курс) / В.В.Иващенко. – Донецьк: «Вебер», 2009. – 279 с.

Реферат

СТУДЕНТСЬКИЙ НАУКОВИЙ ГУРТОК КАФЕДРИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ – ПЕРШИЙ КРОК В ХІРУРГІЧНУ СПЕЦІАЛЬНІСТЬ
Журавльова Ю.І., Балацький Е.Р.

Ключові слова: студентський науковий гурток, загальна хірургія.

Основою організації студентського наукового гуртка на кафедрі загальної хірургії є співпраця студентів, лікарів-інтернів, керівника і колективу клініки. Основна роль такого співтовариства – допомога у виборі майбутньої спеціальності.

Summary

STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AS THE FIRST STEP IN SURGICAL SPECIALTY

Zhuravleva Ju.I., Balatskiy E.R.

Keywords: student scientific group, general surgery.

The basement for organization of students' scientific society at the department of general surgery is constituted by the collaboration of students, residents, researchers and clinic personnel. The principal function of such association is to help in choosing future medical specialty.

УДК 617.7:61(071)

Завгородня Н.Г., Луценко Н.С., Исакова О.А., Рудычева О.А..

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРЕ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Запорожье

В повышении профессионально уровня врачей, особенно хирургических специальностей, основную важную роль играет именно практическая часть. Для усовершенствования последипломного образования на кафедре глазных болезней ГЗ «ЗМАПО МЗУ» разработаны и внедрены новые учебные технологии в каждую составляющую практической части учебного процесса. Инновационный характер новых технологических разработок повышает мотивации интернов, врачей-курсантов к процессу обучения, поддерживает эффективное, качественное обучение.

Ключевые слова: усовершенствование последипломного образования, практические навыки.

Вступление

Тенденции развития современного общества, характеризующиеся процессами глобализации, интеграции, интернационализации, демографической нестабильности, требуют от человека, живущего и действующего в быстро меняющемся мире, способностей к обладанию необходимыми компетенциями в профессиональной сфере деятельности для усиления своей конкурентоспособности [1, 2].

Положения человека в меняющемся мире, высокой конкуренции на рынке труда актуализируют проблему социально-педагогического характера, которая заключается в удовлетворении социально-образовательной потребности человека в знаниях как залога профессиональной и жизненной успешности. Поэтому такая область профессионального образования, как последипломное, в целях удовлетворения данной потребности человека нуждается в совершенствовании.

Современные требования вызывают необходимость пересмотра привычной стратегии обучения в последипломном образовании. Начал осуществляться переход на методы, освобождающие курсантов от ненужных перегрузок, обусловленных избыточностью учебной информации и преобладанием описательности в обучении. Повышается значимость фундаментальных знаний, усиливается курс на интенсификацию и компьютеризацию учебного процесса.

Учебный процесс состоит из теоретической части (лекционной), практической части, самостоятельной работы и контроля знаний. Психологической основой последипломного образования является концепция профессионального становления личности, сущность которой заключается в постоянном профессиональ-

ном развитии личности, адекватной изменяющейся профессиональной деятельности и социально-экономическим условиям. [3, 4, 5, 6]

В повышении профессионально уровня врачей, особенно хирургических специальностей, основную важную роль играет именно практическая часть.

Последипломное образования в плане содержания и технологий работы со слушателями должно быть мобильным. Эта мобильность должна характеризоваться не только ориентацией на удовлетворение социального запроса, но постоянным поиском новых идей и технологий, способов, методов, методик и приемов обучения. Данные новшества имеют название «инновации». В целом понятие инновации определяется как внесение новшества в традиционные формы, методы, авторские разработки. В ходе осуществления последипломного образования инновационными подходами в учебном процессе можно считать практику моделирования, проектирования, использование активных и интерактивных форм работы со слушателями, тренинги и внесение их элементов в практические занятия. [6]

Чтобы усовершенствовать последипломное образования на кафедре глазных болезней ГЗ «ЗМАПО МЗУ» были поставленные задачи: разработать, усовершенствовать и внедрить новые учебные технологии в каждую составляющую практической части учебного процесса.

Цель исследования

Повысить эффективность подготовки врачей-офтальмологов, повысить мотивацию обучающихся путем внедрения новых учебно-методических технологий.

Реферат

СТУДЕНТСЬКИЙ НАУКОВИЙ ГУРТОК КАФЕДРИ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ – ПЕРШИЙ КРОК В ХІРУРГІЧНУ СПЕЦІАЛЬНІСТЬ
Журавльова Ю.І., Балацький Е.Р.

Ключові слова: студентський науковий гурток, загальна хірургія.

Основою організації студентського наукового гуртка на кафедрі загальної хірургії є співпраця студентів, лікарів-інтернів, керівника і колективу клініки. Основна роль такого співтовариства – допомога у виборі майбутньої спеціальності.

Summary

STUDENTS' SCIENTIFIC SOCIETY AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY AS THE FIRST STEP IN SURGICAL SPECIALTY

Zhuravleva Ju.I., Balatskiy E.R.

Keywords: student scientific group, general surgery.

The basement for organization of students' scientific society at the department of general surgery is constituted by the collaboration of students, residents, researchers and clinic personnel. The principal function of such association is to help in choosing future medical specialty.

УДК 617.7:61(071)

Завгородня Н.Г., Луценко Н.С., Исакова О.А., Рудычева О.А..

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРЕ ГЛАЗНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины», Запорожье

В повышении профессионально уровня врачей, особенно хирургических специальностей, основную важную роль играет именно практическая часть. Для усовершенствования последипломного образования на кафедре глазных болезней ГЗ «ЗМАПО МЗУ» разработаны и внедрены новые учебные технологии в каждую составляющую практической части учебного процесса. Инновационный характер новых технологических разработок повышает мотивации интернов, врачей-курсантов к процессу обучения, поддерживает эффективное, качественное обучение.

Ключевые слова: усовершенствование последипломного образования, практические навыки.

Вступлення

Тенденции развития современного общества, характеризующиеся процессами глобализации, интеграции, интернационализации, демографической нестабильности, требуют от человека, живущего и действующего в быстро меняющемся мире, способностей к обладанию необходимыми компетенциями в профессиональной сфере деятельности для усиления своей конкурентоспособности [1, 2].

Положения человека в меняющемся мире, высокой конкуренции на рынке труда актуализируют проблему социально-педагогического характера, которая заключается в удовлетворении социально-образовательной потребности человека в знаниях как залога профессиональной и жизненной успешности. Поэтому такая область профессионального образования, как последипломное, в целях удовлетворения данной потребности человека нуждается в совершенствовании.

Современные требования вызывают необходимость пересмотра привычной стратегии обучения в последипломном образовании. Начал осуществляться переход на методы, освобождающие курсантов от ненужных перегрузок, обусловленных избыточностью учебной информации и преобладанием описательности в обучении. Повышается значимость фундаментальных знаний, усиливается курс на интенсификацию и компьютеризацию учебного процесса.

Учебный процесс состоит из теоретической части (лекционной), практической части, самостоятельной работы и контроля знаний. Психологической основой последипломного образования является концепция профессионального становления личности, сущность которой заключается в постоянном профессиональ-

ном развитии личности, адекватной изменяющейся профессиональной деятельности и социально-экономическим условиям. [3, 4, 5, 6]

В повышении профессионально уровня врачей, особенно хирургических специальностей, основную важную роль играет именно практическая часть.

Последипломное образования в плане содержания и технологий работы со слушателями должно быть мобильным. Эта мобильность должна характеризоваться не только ориентацией на удовлетворение социального запроса, но постоянным поиском новых идей и технологий, способов, методов, методик и приемов обучения. Данные новшества имеют название «инновации». В целом понятие инновации определяется как внесение новшества в традиционные формы, методы, авторские разработки. В ходе осуществления последипломного образования инновационными подходами в учебном процессе можно считать практику моделирования, проектирования, использование активных и интерактивных форм работы со слушателями, тренинги и внесение их элементов в практические занятия. [6]

Чтобы усовершенствовать последипломное образования на кафедре глазных болезней ГЗ «ЗМАПО МЗУ» были поставленные задачи: разработать, усовершенствовать и внедрить новые учебные технологии в каждую составляющую практической части учебного процесса.

Цель исследования

Повысить эффективность подготовки врачей-офтальмологов, повысить мотивацию обучающихся путем внедрения новых учебно-методических технологий.

Результаты исследований и их обсуждение

Процесс обучения на циклах усовершенствования предусматривает практическую часть. Она предназначена для углубленного изучения дисциплины. Практическая часть играет важную роль в выработке у докторов навыков применения полученных знаний для решения практических задач совместно с преподавателем. Практическую часть можно разделить на семинарские и практические занятия.

Для формирования профессиональных навыков и умений широко используются мультимедийные интерактивные семинары с обратной связью между субъектами преподавания, семинары в малых группах, создание тематических презентаций, ролевых игр с моделированием работы врача офтальмолога. Мотивация взрослых к овладению новым знанием повышается при понимании ими ценности, необходимости, практической значимости изучения проблемы, поэтому в системе образования наиболее эффективны такие педагогические технологии как ролевые и имитационные игры, моделирование, анализ сложных и диагностически неясных случаев заболеваний в клинической практике.

На кафедре глазных болезней внедрен метод видеоконピューтерного тренинга с использованием программ-алгоритмов на основе интерактивной игры.

Программа состоит из нескольких частей. Вначале демонстрируют видеосюжет, в котором больные на приеме у врача рассказывают о своем заболевании, и постепенно мы узнаем все больше и больше данных о пациентах: от жалоб до осмотра. На основе полученной информации, участники тренинга отвечают на вопросы. Компьютер проводит анализ, статистическую обработку ответов и отображает на мониторе в процентном соотношении правильные и неправильные ответы. На этих этапах и начинается дискуссия, в которую активно вступают все слушатели. В дальнейшем приводятся правильные ответы. В ходе такой интерактивной игры проводится дифференциальная диагностика заболеваний, имеющих похожие жалобы и клиническую картину. Постепенно анализируются данные по этиологии, диагностики, патогенезу и лечению основных заболеваний органа зрения.

Данная программа в первую очередь рассчитана на практических врачей, позволяет акцентировать внимание на типичных ошибках в диагностике и лечении глазных заболеваний.

Следующей составной частью учебного процесса являются практические занятия. Цель практических занятий - углубить, расширить, детализировать знания, полученные на лекции в обобщенной форме, и содействовать выработке навыков профессиональной деятельности. Они развивают научное мышление и позволяют проверить знания курсантов и выступают как средства контрольной обратной связи. В медицине главное в практических занятиях - это работа с конкретными клиническими примерами, с тематическими пациентами. Но так как продолжительность циклов короткая, то не всегда возможно разобрать ту или иную историю болезни, продифференцировать, провести наблюдение больного от постановки диагноза до окончания лечения, ознакомиться с новейшими технологиями. В связи с этим на кафедре глазных болезней разрабатываются компьютерные практические занятия. Например, занятия на различные инновационные диагностические исследования, использование этих диагностических методов при конкретном заболевании и обобщив все данные и поставив диаг-

ноз, назначается лечение.

Обучаемые получают возможность раскрыть и проявить свои способности, свой личностный потенциал. А преподаватель получает возможность оценить уровень подготовки и интересы каждого курсанта группы, выступая в роли консультанта и не подавляя самостоятельности и инициативы докторов.

На кафедре глазных болезней ЗМАПО организован учебный мастер-класс для обучения практическим навыкам, микрохирургическим операциям, включая фактоэмульсификацию с имплантацией интраокулярной линзы. Для этого используются офтальмологические тренажеры и учебные микроскопы, что полностью имитирует работу в операционной. Работа в учебном классе - это первый этап отработки основных микрохирургических навыков. Использование микроскопов с местом ассистента дает возможность не только контролировать проведение всех манипуляций, но и корректировать обучение специалистов. Второй этап обучения - работа в операционной с преподавателем. Визуальный контроль позволяет избежать ошибок. Благодаря внедрению в практическую деятельность видеотехники, использованию вмонтированных в микроскоп камер делаются записи производимых операций, и осуществляется контроль за выполнением основных этапов оперативных вмешательств и обучением офтальмохирургов, с последующим анализом и оценкой выполненной операции. Технология видеозаписи оперативных вмешательств используется так же для создания видеофильмов операций, проводимых в различных осложненных случаях, что в дальнейшем используются в учебном процессе.

Внедрение в практическую работу инновационных новых технологических разработок может быть побуждающим, что прибавляет интерес к процессу обучения интернов, врачей-курсантов и является важной частью их обучения в офтальмологии, где информационные технологии и компьютерные навыки играют важную роль.

Данные усовершенствования в практической части учебного процесса на кафедре глазных болезней внедрены на предаттестационных циклах, на циклах тематического усовершенствования.

Выводы

1. Видеоконтроль с помощью места ассистента, и с помощью видеозаписи позволяет не только повысить уровень владения практическими навыками, но и оттачивать мастерство хирурга. Кроме того, применение данной обучающей технологии повышает контроль качества за каждым этапом освоения практических навыков врачами-курсантами, врачами-интернами, клиническими ординаторами.

2. Инновационный характер новых технологических разработок повышает мотивации интернов, врачей-курсантов к процессу обучения, поддерживает эффективное, качественное обучение.

3. Внедренные инновации в практическую часть обучения позволяют эффективно осуществлять контроль за процессом обучения.

Литература

1. Вачков И.В. Введение в профессию «Психолог»: Учеб. пособие / И. В. Вачков, И. Б. Гриншпун, Н. С.Пряжников. - [5-е изд., стер.] - М. : Изд-во Моск. Психолого-социального института. - Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2007. - 464 с.
2. Вачков И.В. Методика преподавания психологии: Учеб. пособие / И. В. Вачков. - М. : «Ось-89», 2008. - 208 с.

3. Громкова М. Т. Андрагогика: теория и практика образования взрослых. Учеб. пособие / Громкова М. Т. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2005. – 495 с.
4. Карандашев В. Н. Методика преподавания психологии: Учеб. пособие / Карандашев В. Н. – СПб. : Питер, 2005. – 250 с.
5. Колесникова И. А. Основы андрагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. А. Колесникова, А. Е. Ма-

- рон, Е. П. Тонконогая [и др.] ; Под ред. И. А. Колесниковой. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 240 с.
6. Матушанский Г.У. Основные характеристики психолого-педагогической подготовки и переподготовки преподавателя высшей школы на современном этапе / Г.У. Матушанский, Ю.В. Цвенгер // Психол. наука и образование. – 2001. – № 2. – С. 26–31.

Реферат

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ОЧНИХ ХВОРОБ.

Завгородня Н.Г., Луценко Н.С., Ісакова О.А., Рудичева О.А.

Ключові слова: удосконалення післядипломної освіти, практичні навички.

В підвищенні професійного рівня лікарів, особливо хірургічних спеціальностей, важливу роль відіграє практична частина. Для удосконалення післядипломної освіти на кафедрі очних хвороб ДЗ «ЗМАПО МОЗУ» розроблені та впроваджені нові учбові технології до кожної практичної частини учбового процесу. Іноваційний характер нових технологічних розробок підвищив мотивації інтернів, лікарів-курсантів до процесу освіти, підтримує ефективне, якісне навчання.

Summary

PRACTICAL SKILLS IMPROVEMENT AT EYE DISEASES DEPARTMENT

Zavgorodnyaya N.G., Lutsenko N.S., Isakova O.A., Rudycheva O.A.

Key words: improvement of postgraduate education, practical skills.

The practical training is the most important in raising the professional level of doctors, particularly of surgical specialties. To improve postgraduate education new training technologies for every stage of the practical training were developed, corrected and introduced into the instruction at eye diseases department. Innovative technology increases the interns and doctor's career-guidance motivation, supports effectiveness and quality of training.

УДК: 159.942.5 + 378.961 – 057.875

Иващенко В.В., Иващенко А.В.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ (О ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В представленной работе авторы описывают возможность возникновения у студентов при изучении клинических дисциплин синдрома эмоционального выгорания. Описываются клинически проявления синдрома, возможные причины его возникновения, обосновывается необходимость внедрения мер по его профилактике.

Ключевые слова: студенты, синдром эмоционального выгорания, профилактика.

Вступлення

Современное развитие медицины идет высокими темпами. Вследствие этого в разы возрастает объем информации, необходимой для качественного выполнения медицинскими работниками своих обязанностей. Также возрастают и требования к качеству подготовки студентов в течение всего процесса обучения в медицинском вузе. Частые смены программы обучения, а также способов подачи учебного материала, снижение престижности профессии в целом – вот лишь немногие из стрессовых факторов, влияющих на эмоциональное состояние студента. При этом данная тенденция наблюдается не только в Украине, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья (Archives of Internal Medicine).

Термин «эмоциональное выгорание» (СЭВ) – (burnout) впервые ввел в психологическую практику американский психолог Фрайденберг в 1974 году [1], по мнению которого СЭВ связан в большинстве своем с продолжительным воздействием стрессообразующих факторов средней интенсивности, преимущественно связанных с профессиональной деятельностью. Неслучайно в последующем появился содержательный термин – « профессиональное выгорание». Больше других профессиональному выгоранию подвержены представители профессий, связанных с интеллектуальной деятельностью и общением с людьми: журналисты, врачи, школьные учителя и препода-

ватели вузов, руководители крупных учреждений. Синдром характеризуется нарастающим чувством безразличия к работе, коллегам (даже если раньше они были вам вполне симпатичны) и вообще ко всему происходящему. Человек теряет уверенность в себе, начинает обвинять себя в отсутствии знаний, опыта, компетенции, профессионализма. Накопление отрицательных эмоций может привести к истощению эмоционально-энергетических ресурсов организма, приводящих к раздражительности, головным болям, ощущению постоянной усталости [2].

Материал и методы

Внедрение кредитно-модульной системы преподавания в медицинских вузах с акцентом на превалирование самостоятельной работы студентов требует в сложившихся на сегодняшний день условиях, особенно на кафедрах клинического профиля, максимальной оптимизации работы студента и преподавателя. В рамках непродолжительного по времени практического занятия необходимо преподавателю оценить исходный уровень знаний студентов, довести его до необходимого, решить основные цели, поставленные на занятии, и провести адекватный заключительный контроль знаний студентов, при этом имея на переходном этапе реформы образования в группе от 10 до 12 студентов (вместо предусмотренных положением о реформе 5-6 человек). Коллектив кафедры общей хирургии пошел по единственному, с на-

3. Громкова М. Т. Андрагогика: теория и практика образования взрослых. Учеб. пособие / Громкова М. Т. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2005. – 495 с.
4. Карандашев В. Н. Методика преподавания психологии: Учеб. пособие / Карандашев В. Н. – СПб. : Питер, 2005. – 250 с.
5. Колесникова И. А. Основы андрагогики: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И. А. Колесникова, А. Е. Марон, Е. П. Тонконогая [и др.] ; Под ред. И. А. Колесниковой. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 240 с.
6. Матушанский Г.У. Основные характеристики психолого-педагогической подготовки и переподготовки преподавателя высшей школы на современном этапе / Г.У. Матушанский, Ю.В. Цвенгер // Психол. наука и образование. – 2001. – № 2. – С. 26–31.

Реферат

УДОСКОНАЛЕННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ОЧНИХ ХВОРОБ.

Завгородня Н.Г., Луценко Н.С., Ісакова О.А., Рудичева О.А.

Ключові слова: удосконалення післядипломної освіти, практичні навички.

В підвищенні професійного рівня лікарів, особливо хірургічних спеціальностей, важливу роль відіграє практична частина. Для удосконалення післядипломної освіти на кафедрі очних хвороб ДЗ «ЗМАПО МОЗУ» розроблені та впроваджені нові учбові технології до кожної практичної частини учбового процесу. Іноваційний характер нових технологічних розробок підвищив мотивації інтернів, лікарів-курсантів до процесу освіти, підтримує ефективне, якісне навчання.

Summary

PRACTICAL SKILLS IMPROVEMENT AT EYE DISEASES DEPARTMENT

Zavgorodnyaya N.G., Lutsenko N.S., Isakova O.A., Rudycheva O.A.

Key words: improvement of postgraduate education, practical skills.

The practical training is the most important in raising the professional level of doctors, particularly of surgical specialties. To improve postgraduate education new training technologies for every stage of the practical training were developed, corrected and introduced into the instruction at eye diseases department. Innovative technology increases the interns and doctor's career-guidance motivation, supports effectiveness and quality of training.

УДК: 159.942.5 + 378.961 – 057.875

Иващенко В.В., Иващенко А.В.

СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА НА КЛИНИЧЕСКОЙ КАФЕДРЕ (О ВЕРОЯТНОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И МЕРАХ ПРОФИЛАКТИКИ)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В представленной работе авторы описывают возможность возникновения у студентов при изучении клинических дисциплин синдрома эмоционального выгорания. Описываются клинически проявления синдрома, возможные причины его возникновения, обосновывается необходимость внедрения мер по его профилактике.

Ключевые слова: студенты, синдром эмоционального выгорания, профилактика.

Вступлення

Современное развитие медицины идет высокими темпами. Вследствие этого в разы возрастает объем информации, необходимой для качественного выполнения медицинскими работниками своих обязанностей. Также возрастают и требования к качеству подготовки студентов в течение всего процесса обучения в медицинском вузе. Частые смены программы обучения, а также способов подачи учебного материала, снижение престижности профессии в целом – вот лишь немногие из стрессовых факторов, влияющих на эмоциональное состояние студента. При этом данная тенденция наблюдается не только в Украине, а также в странах ближнего и дальнего зарубежья (Archives of Internal Medicine).

Термин «эмоциональное выгорание» (СЭВ) – (burnout) впервые ввел в психологическую практику американский психолог Фрайденберг в 1974 году [1], по мнению которого СЭВ связан в большинстве своем с продолжительным воздействием стрессообразующих факторов средней интенсивности, преимущественно связанных с профессиональной деятельностью. Неслучайно в последующем появился содержательный термин – « профессиональное выгорание». Больше других профессиональному выгоранию подвержены представители профессий, связанных с интеллектуальной деятельностью и общением с людьми: журналисты, врачи, школьные учителя и преподаватели вузов, руководители крупных учреждений.

Синдром характеризуется нарастающим чувством безразличия к работе, коллегам (даже если раньше они были вам вполне симпатичны) и вообще ко всему происходящему. Человек теряет уверенность в себе, начинает обвинять себя в отсутствии знаний, опыта, компетенции, профессионализма. Накопление отрицательных эмоций может привести к истощению эмоционально-энергетических ресурсов организма, приводящих к раздражительности, головным болям, ощущению постоянной усталости [2].

Материал и методы

Внедрение кредитно-модульной системы преподавания в медицинских вузах с акцентом на превалирование самостоятельной работы студентов требует в сложившихся на сегодняшний день условиях, особенно на кафедрах клинического профиля, максимальной оптимизации работы студента и преподавателя. В рамках непродолжительного по времени практического занятия необходимо преподавателю оценить исходный уровень знаний студентов, довести его до необходимого, решить основные цели, поставленные на занятие, и провести адекватный заключительный контроль знаний студентов, при этом имея на переходном этапе реформы образования в группе от 10 до 12 студентов (вместо предусмотренных положением о реформе 5-6 человек). Коллектив кафедры общей хирургии пошел по единственному, с на-

шей точки зрения, возможному пути решения этой задачи – созданию «жесткой» технологической карты занятия, позволяющей наиболее полно реализовать поставленные на занятия цели и в какой-то степени сохранить классический дидактический багаж, накопленный предшествующими поколениями отечественной хирургической школы [3].

Мы отметили, что работа студента и преподавателя в рамках такой вынужденной и очень напряженной «схемы» требует высокой интенсивности и самоотдачи студенческого и педагогического труда, что порой приводит к эмоциональным перегрузкам. У некоторых студентов это проявляется в снижении возможности полноценного усвоения учебного материала и как следствие, снижении показателей результатов обучения, нарастающем снижении интереса к предмету, хронической усталости, раздражительности, несоблюдении деонтологических принципов во время курации больных, повышении риска развития серьезной депрессии, зависимости от алкоголя, психотропных препаратов и возникновении проблем в семье. Иногда это может способствовать прекращению учебы студентов как таковой. На этом фоне следует еще учитывать неоднозначную экономическую ситуацию в здравоохранении, связанную с довольно ограниченными финансовыми возможностями лечебных учреждений и отсутствием полноценного финансового обеспечения лечебного процесса, многоукладность развития здравоохранения, вызывающего заметный диссонанс между обычно сложившимися в советском здравоохранении моральными требованиями общества к медицинскому работнику и конкретными возможностями, в первую очередь материальными, к врачу при выполнении им непосредственных служебных обязанностей, декларативное изложение многими преподавателями необходимых принципов профессиональной этики врача без конкретной демонстрации соблюдения их на практике [4]. Также следует учитывать и существование сегодня ряда элементов коррупции в высших учебных заведениях (несправедливая завышенная оценка труда ряда «мажорных» студентов, снижение влияния успешности обучения на трудоустройство, без учета реальных способностей и возможностей людей не соответствующих основным требованиям данного вида деятельности).

Не следует исключать как одну из причин развития СЭВ нередко наблюдаемый недостаточный уровень преподавания предмета слабым педагогом, а также неоправданно высокий акцент на использование технических средств обучения в учебном процессе, заменяющий необходимое живое общение преподавателя и студента, что так важно для формирования медицинского работника как профессионала.

У ряда студентов (успешно успевающих в первую половину цикла обучения и значительно снизивших показатели успеваемости в конце обучения) СЭВ, по нашему мнению, развился в связи с реакцией на длительное безуспешное стремление к достижению возделенной цели, к примеру, стать лидером в учебе среди студентов своей академической группы. В связи с бесперспективностью достижения поставленной цели, другими словами, отсутствии «света в конце тоннеля», формируется малоактивная, апатичная, безучастная личность, преимущественно вследствие завышенной самооценки.

Как показал многолетний опыт преподавания общей хирургии, проблема возникновения СЭВ у студентов во время обучения в современной клинике

становится весьма актуальной, многогранной и требует комплексного подхода к решению этого явления. Прежде всего необходима разработка конкретных критериев для выявления данного состояния при обучении на кафедре, причем за ограниченное программой время обучения, что делать чрезвычайно сложно. Несомненно, разработка четких критериев физического состояния студентов, характеризующих наличие либо отсутствие СЭВ, чрезвычайно затруднена, ввиду их неспецифичности, чрезвычайно разнообразия (вследствие индивидуальности личности), сложности деонтологического характера, отсутствием для этого специального времени при непродолжительном практическом занятии, невозможностью моделирования одинаковых условий для всех участников процесса с целью выявления общих закономерностей. Поэтому приходится использовать лишь косвенные показатели, а некоторые описанные в литературе психологами и психиатрами физические и поведенческие проявления синдрома, нами фиксируются периодически в индивидуальном порядке (в основном во время индивидуальных бесед со студентами, вызывающими определенное беспокойство). В течение последних 5 лет (время внедрения кредитно-модульной системы на кафедре) мы применяем следующие критерии:

1. Используем в своей работе результаты анонимного анкетирования студентов при приходе на кафедру на II курсе обучения на цикл « Уход за больными», в конце этого цикла, а также в конце обучения на цикле « Общей хирургии» при завершении обучения в конце III курса. В анкету включаем вопросы (Что явилось побудительным мотивом у студента для поступления в медицинский Вуз? Оправдываются ли его надежды, либо наступило разочарование? Что студенту не нравится на нашей кафедре, чтобы он хотел изменить?);

2. Проводим анализ уровня успеваемости и посещаемости занятий студентами в конце 1 цикла обучения и 2-го (определяем количество студентов, снизивших уровень своей успеваемости к концу обучения на цикле общей хирургии (при завершении учебы на III курсе);

3. Изучаем динамику посещаемости и качество работы студентов в студенческом научном обществе кафедре (продолжается ли эта работа на протяжении времени обучения в вузе и имеется ли нарастающая ее результативность);

4. Определяем процент снижения посещаемости элективного лекционного курса при его завершении.

5. Анализируем динамику пропусков студентами практических занятий в течение года, связанных с потерей трудоспособности, либо без уважительных причин.

Ежегодно эти данные обобщаем и передаем в деканат для их практического использования коллегами в последующем обучении студентов на старших курсах. Учитывая важность данной проблемы, с целью профилактики развития настоящего синдрома работу мы осуществляем в трех направлениях:

1. Меры, направленные на повышение мотивации обучения:

а. Индивидуализация обучения с учетом выяснения причины избрания настоящей специальности студентом и профессиональной направленности личности (имеется ли склонность к фундаментальным наукам, или имеющие склонность к быстрому и качественному овладению практическими навыками, или преуспевающие в области информационных техноло-

гий, или имеющие более высокий уровень эстетической подготовки [5]);

б. Конкретизация перспектив развития отечественного здравоохранения на доступных восприятию примерах;

в. Воспитание студентов на трудовых традициях коллектива;

г. Широкое приобщение студентов к научной деятельности через СНО кафедры;

д. Повышение акцента на обоснование актуальности изучаемых тем на занятии;

е. Постоянное совершенствование учебной программы;

ж. Внедрение системы поощрений по результатам обучения.

2. Меры по укреплению психоэмоционального состояния студентов при оптимизированном учебном процессе:

а. Совершенствование расписания практических занятий (занятия по хирургии должны проходить в первой половине дня);

б. Внедрение производственной гимнастики во время перерывов занятий;

в. Более широкое использование тренажеров для отработки практических навыков, требующих особого деонтологического подхода к больным (исследование органов сексуальной сферы и т.д.), вызывающих, как правило, существенное эмоциональное напряжение студентов и больных;

г. Обоснованное, продуманное, а не тотальное бессмысленное использование технических средств обучения в хирургии, следуя моде;

д. Использование функциональной музыки в процессе обучения (во время работы в операционной);

е. Создание условий для полноценного отдыха студентов и приема пищи на территории клиники и больницы.

3. Меры по укреплению демократических принципов в хирургической клинике и дидактике:

а. Уважительное отношение к студентам, демонстрация высокого уровня культуры в общении между сотрудниками клиники;

б. Отсутствие какой-либо предвзятости и несправедливости во время контроля знаний студентов (создание возможностей для обязательного контроля студентами объективности их оценки при итоговом контроле знаний);

в. Создание условий для поощрения хорошо успевающих студентов (награждение, публичная оценка на уровне университета, совместные публикации и др.).

Результаты и их обсуждение

Мы провели сравнительную оценку результатов анкетирования и итогов успеваемости 250 студентов медицинского факультета в конце III курса обучения в

2006 учебном году, когда целенаправленно не занимались вопросами психоэмоционального состояния студентов на цикле общей хирургии, с результатами анкетирования и итогами успеваемости 2011 года (после внедрения вышеуказанных мероприятий). В анонимную анкету были включены два вопроса: 1) причина поступления в медицинский вуз, разочаровались ли вы в выборе специальности? 2) Что вам не понравилось во время обучения на кафедре?

В 2006 году студенты ответили следующим образом: у 30% из 250 студентов определялась низкая мотивация к учебе, исходя из общих гуманистических требований к медицинскому работнику (примеры ответов студентов, расцениваемых нами как характеризующих недостаточную мотивацию – настойчивое желание родителей будущего студента-медика, хороший врач – всегда обеспеченный человек, диплом врача всегда востребован, имелась возможность конкретной помощи родственникам или кого-либо при поступлении в медицинский вуз, дань моде), 10% студентов были несколько разочарованы в выборе специальности и 20% студентов высказали различные пожелания в улучшении работы кафедры. В 2011 году недостаточно мотивированными оказались лишь 5% студентов, разочаровавшихся в выборе профессии отмечено не было и только 2% студентов, к нашему большому удивлению, высказали пожелания по улучшению некоторых направлений работы кафедры (в основном, хотели бы чаще посещать операционный зал).

Выводы

Таким образом, накопленный нами педагогический опыт показывает, что сотрудники клинических кафедр должны учитывать возможность развития в процессе обучения у студентов синдрома эмоционального выгорания и постоянно совершенствовать и активнее внедрять эффективные меры его комплексной профилактики.

Литература

1. Staff burn-out /Freudenberger // Jomal of Social Issues.-1974.- Vol.30.-№1.-p.159-165.
2. Enzmann D. Burnout and coping will burnout. Development and evaluation of a burnout workshop / D. Enzmann, P. Berief, C. Engelkamp [et al.] // Berlin Technische Univercitat, Institut fur. Psychologie. – Berlin, 1992. – P.112-114.
3. Иващенко В.В. Трудные вопросы внедрения кредитно-модульной системы на кафедре общей хирургии / В.В. Иващенко, А.В. Иващенко // Хірургія України. – 2008. – №4. – С.144-145.
4. Иващенко В.В. Нравственное воспитание студентов на цикле общей хирургии в условиях переходного периода / В.В.Иващенко, А.В. Иващенко, А.И. Николаев // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2011. – №1. – С.362-365.
5. Иващенко В.В. "Подводные камни" кредитно-модульной системы в преподавании общей хирургии / В.В.Иващенко, А.В.Иващенко // Університетська клініка. – 2011. – №1. – С.128-130.

Реферат

СИНДРОМ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНОГО ВУЗУ НА КЛІНІЧНІЙ КАФЕДРІ (ПРО ІМОВІРНІСТЬ ВИНИКНЕННЯ І ЗАХОДИ ПРОФІЛАКТИКИ)

Іващенко В.В., Иващенко А.В.

Ключові слова: студенти, синдром емоційного вигорання, профілактика

В роботі автори описують можливість виникнення у студентів під час вивчення клінічних дисциплін синдрому емоційного вигорання. Надаються клінічні прояви синдрому, можливі причини його виникнення, обґрунтовується необхідність впровадження засобів його профілактики.

Summary

CHANCE OF BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL STUDENTS AT CLINICAL DEPARTMENTS: LIKELIHOOD OF ITS DEVELOPMENT AND ITS PREVENTION

Ivashchenko V.V., Ivashchenko A.V.

Key words: medical students, burnout syndrome, prevention.

This paper describes the likelihood of burnout syndrome development in medical students while they are studying clinical disciplines, clinical manifestations of the syndrome, the possible causes of its occurrence, and the necessity of its prevention.

УДК 378.147:378.1(4):61

Юоффе О.Ю., Кульбака В.С., Меллін В.М., Коваленко О.М., Галига Т.М.

МОТИВАЦІЯ ДО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РЕАЛІЗАЦІЇ КРЕДИТНО – МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ В ОПАНУВАННІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

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

Мотивацію студентів до навчання визначали за результатами анонімного анкетування 720 респондентів, які вивчали загальну хірургію в Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця. Виявлено знижений рівень мотивації. Позитивна мотивація є визначальною складовою якісного опанування професійними знаннями і практичними навичками. Завдання викладачів – всіма педагогічними заходами формувати та підтримувати достатній рівень мотивації під час навчання студентів. Реалізація цієї задачі в умовах кредитно-модульної системи освіти забезпечить підготовку лікарів високої кваліфікації.

Ключові слова: кредитно-модульна система освіти, мотивація до навчання, загальна хірургія.

Вступ

Процес професійної підготовки лікарів в Україні на сьогодні відбувається згідно вимог європейського освітнього простору. Після впровадження у вищій медичній школі основних положень Болонської декларації у вищих медичних закладах (ВНЗ) України необхідно надавати майбутньому лікарю уніфіковані для всіх країни Європи професійні знання і навички. Тільки якісний рівень оволодіння ними може забезпечити конкурентно спроможність випускників ВНЗ і перепустку до професійної реалізації особистості в будь якій державі [2,3].

Одним із основних завдань організації кредитно – модульної системи освіти є перехід від пасивного до активного навчання студентів. Це положення дуже важливе не тільки тому що, першочерговою стає свідомою і цілеспрямованою самостійна робота студентів для оволодіння професією, а і у зв'язку з постійним розширенням нової інформації стосовно хвороб, нових лікарських засобів, методів і технологій діагностики та лікування хворих [5,6]. Для здійснення основної задачі реформування медичної вищої освіти – забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог, необхідна висока мотивація до навчання студентів і педагогів до викладання предмета [4,7].

Проблема мотивованого навчання студентів є актуальною, бо висвітлює необхідність нових підходів до організації освітньо – виховного процесу, перегляду і удосконалення існуючих методів, форм і засобів навчання у медичному ВНЗ.

Мета дослідження

Проаналізувати наявну мотивацію до навчання у студентів II та III курсів для розпрацювання методичних заходів з метою поліпшення опанування знаннями і практичними навичками із загальної хірургії.

Об'єкт і методи дослідження

В статті проаналізовані результати відповідей студентів II та III курсів медичних факультетів № 1 та №4 НМУ на запитання тематичних анонімних анкет, при-

свячених вивченню наявної мотивації до навчання та причин недостатнього бажання вчитися. З допомогою анкет порівнювали успішність у навчанні за атестатом зрілості з успішністю в медуніверситеті за середнім балом отриманим з предметів, що вивчаються на II курсі. Враховували також наявність академічної заборгованості за другий курс. Проаналізовано 720 анкет, в т.ч. відповідей студентів III курсу – 470, студентів II курсу – 250. Вивчили рівень підготовки студентів до занять, самостійну роботу студентів, прагнення до якісного оволодіння практичними навичками.

Результати досліджень та їх обговорення

Досвід викладання загальної хірургії на другому та третьому курсах з 2005 по 2012 рік в реформованих умовах навчання визначило ряд об'єктивних труднощів у виконанні вимог, критеріїв і стандартів, започаткованим Болонським процесом. Вони характерні та мають місце при викладанні інших дисциплін і пов'язані з недоліками матеріально-технічної бази, недостатнім комп'ютерним забезпеченням, що звужує можливість варіювати тестовий контроль. Складає проблему порівняно низька ступінь мотивації у студентів до оволодіння професійними знаннями та практичними навичками.

Аналіз відповідей на запитання анонімної анкети показав, що студенти серйозно віднесли до заповнення анкети. Основними причинами недостатньої мотивації до навчання в анкетах були названі: мала зарплата майбутнього лікаря, неможливість отримати працю за вибраним фахом, одночасне академічне навантаження великою кількістю предметів, недостатнє забезпечення бібліотечними підручниками, примарна можливість потрапити для навчання за кордони України.

Під час аналізу відповідей виявлені чисельні фактори суб'єктивного характеру: надмірне захоплення комп'ютерними розвагами, небажання штудіювати теми занять за підручниками, можливість в будь-який час отримати необхідну інформацію із Інтернету, впевненість в успішному складанні тестів і вирішенні ситуаційних задач без серйозної підготовки теми. Майже

Summary

CHANCE OF BURNOUT SYNDROME IN MEDICAL STUDENTS AT CLINICAL DEPARTMENTS: LIKELIHOOD OF ITS DEVELOPMENT AND ITS PREVENTION

Ivashchenko V.V., Ivashchenko A.V.

Key words: medical students, burnout syndrome, prevention.

This paper describes the likelihood of burnout syndrome development in medical students while they are studying clinical disciplines, clinical manifestations of the syndrome, the possible causes of its occurrence, and the necessity of its prevention.

УДК 378.147:378.1(4):61

Юоффе О.Ю., Кульбака В.С., Меллін В.М., Коваленко О.М., Галига Т.М.

МОТИВАЦІЯ ДО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ – ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РЕАЛІЗАЦІЇ КРЕДИТНО – МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОСВІТИ В ОПАНУВАННІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

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

Мотивацію студентів до навчання визначали за результатами анонімного анкетування 720 респондентів, які вивчали загальну хірургію в Національному медичному університеті імені О.О.Богомольця. Виявлено знижений рівень мотивації. Позитивна мотивація є визначальною складовою якісного опанування професійними знаннями і практичними навичками. Завдання викладачів – всіма педагогічними заходами формувати та підтримувати достатній рівень мотивації під час навчання студентів. Реалізація цієї задачі в умовах кредитно-модульної системи освіти забезпечить підготовку лікарів високої кваліфікації.

Ключові слова: кредитно-модульна система освіти, мотивація до навчання, загальна хірургія.

Вступ

Процес професійної підготовки лікарів в Україні на сьогодні відбувається згідно вимог європейського освітнього простору. Після впровадження у вищій медичній школі основних положень Болонської декларації у вищих медичних закладах (ВНЗ) України необхідно надавати майбутньому лікарю уніфіковані для всіх країни Європи професійні знання і навички. Тільки якісний рівень оволодіння ними може забезпечити конкурентно спроможність випускників ВНЗ і перепустку до професійної реалізації особистості в будь якій державі [2,3].

Одним із основних завдань організації кредитно – модульної системи освіти є перехід від пасивного до активного навчання студентів. Це положення дуже важливе не тільки тому що, першочерговою стає свідомою і цілеспрямованою самостійна робота студентів для оволодіння професією, а і у зв'язку з постійним розширенням нової інформації стосовно хвороб, нових лікарських засобів, методів і технологій діагностики та лікування хворих [5,6]. Для здійснення основної задачі реформування медичної вищої освіти – забезпечення якості підготовки фахівців на рівні міжнародних вимог, необхідна висока мотивація до навчання студентів і педагогів до викладання предмета [4,7].

Проблема мотивованого навчання студентів є актуальною, бо висвітлює необхідність нових підходів до організації освітньо – виховного процесу, перегляду і удосконалення існуючих методів, форм і засобів навчання у медичному ВНЗ.

Мета дослідження

Проаналізувати наявну мотивацію до навчання у студентів II та III курсів для розпрацювання методичних заходів з метою поліпшення опанування знаннями і практичними навичками із загальної хірургії.

Об'єкт і методи дослідження

В статті проаналізовані результати відповідей студентів II та III курсів медичних факультетів № 1 та №4 НМУ на запитання тематичних анонімних анкет, при-

свячених вивченню наявної мотивації до навчання та причин недостатнього бажання вчитися. З допомогою анкет порівнювали успішність у навчанні за атестатом зрілості з успішністю в медуніверситеті за середнім балом отриманим з предметів, що вивчаються на II курсі. Враховували також наявність академічної заборгованості за другий курс. Проаналізовано 720 анкет, в т.ч. відповідей студентів III курсу – 470, студентів II курсу – 250. Вивчили рівень підготовки студентів до занять, самостійну роботу студентів, прагнення до якісного оволодіння практичними навичками.

Результати досліджень та їх обговорення

Досвід викладання загальної хірургії на другому та третьому курсах з 2005 по 2012 рік в реформованих умовах навчання визначило ряд об'єктивних труднощів у виконанні вимог, критеріїв і стандартів, започаткованим Болонським процесом. Вони характерні та мають місце при викладанні інших дисциплін і пов'язані з недоліками матеріально-технічної бази, недостатнім комп'ютерним забезпеченням, що звужує можливість варіювати тестовий контроль. Складає проблему порівняно низька ступінь мотивації у студентів до оволодіння професійними знаннями та практичними навичками.

Аналіз відповідей на запитання анонімної анкети показав, що студенти серйозно віднесли до заповнення анкети. Основними причинами недостатньої мотивації до навчання в анкетах були названі: мала зарплата майбутнього лікаря, неможливість отримати працю за вибраним фахом, одночасне академічне навантаження великою кількістю предметів, недостатнє забезпечення бібліотечними підручниками, примарна можливість потрапити для навчання за кордони України.

Під час аналізу відповідей виявлені чисельні фактори суб'єктивного характеру: надмірне захоплення комп'ютерними розвагами, небажання штудіювати теми занять за підручниками, можливість в будь-який час отримати необхідну інформацію із Інтернету, впевненість в успішному складанні тестів і вирішенні ситуаційних задач без серйозної підготовки теми. Майже

40% студентів мають надію на оволодіння практичними навичками пізніше, коли визначаться з фахом або під час навчання в інтернатурі. Лише 10% і 12% відповідно другого та третього курсів відмітили в своїх відповідях бажання більше бувати біля хворих, працювати в палатах, перев'язувальних, маніпуляційних. Готовність приходити в клініку у вечірні години та в дні чергувань по швидкій допомозі для опанування практичними навичками та оволодіння професією висловили 20% респондентів.

Порівняння успішності навчання в школах і в університеті виявлено дивну закономірність. Із 20-25% студентів, які нагороджені медалями після закінчення школи, лише 10% вчиться успішно в університеті. Успішність студентів, що навчаються за контрактом, мало відрізняється від такої в школі.

Підсумки анонімного анкетування були обговорені в академгрупах. В усній формі студенти висловили бажання більше працювати практично. Вони назвали ще декілька причин, що заважають їм вчитися: заборгованість з інших предметів, відірваність від дому, побутові проблеми. Аналіз анонімного анкетування показав, що характеристики медика студента збігаються з соціологічним портретом сучасного студента.

Йому сьогодні притаманні споживацьке ставлення до життя, в т.ч. до освіти; орієнтація на розваги, відсутність старанності, інертність; нестриманість бажань, нерозбірливість у засобах їх задоволення; життєва короткозорість, невміння та небажання планувати свої дії наперед; невиправдана висока самооцінка; інтелектуальна байдужість, ігнорування підручників. Все вище назване свідчить про низьку мотивацію до навчання, в т.ч. до якісної медичної освіти. В Національному медичному університеті затверджена та реалізується концепція виховної роботи та організація навчального процесу з врахованих цих характеристик студентської молоді [4].

Згідно концепції виховної роботи та організації навчального процесу в НМУ та на основі підсумків анкетування студентів на кафедрі загальної хірургії №2 розпрацьовані освітньо – виховні заходи для підвищення мотивації до вивчення предмета. Переглянули, виправили і удосконалили методичні розробки для студентів, тестові завдання та ситуаційні задачі. Всі методичні матеріали доступні для копіювання студентами, а також розміщені на Інтернет – сайті НМУ.

Тестовий контроль знань студентів кожної теми практичного заняття здійснюємо систематично. Тестова перевірка логічно вписується в концепції Болонської декларації, дозволяє раціональніше використовувати час, охопити весь зміст теми заняття, швидко визначити результати засвоєння матеріалу. Вона забезпечує одночасний контроль знань студентів всієї групи і формує у них мотивацію для підготовки кожного заняття і накопичення балів та дисциплінує їх [1,2].

Враховуючи недоліки тестового контролю на традиційних паперових носіях нами опрацьована, обговорена на засіданнях кафедри і впроваджена в навчальний процес рейтингова система оцінювання знань. Вона включає опитування студентів, освоєння ними практичних навичок, вирішення тестових завдань і ситуаційних задач та контроль виконання деонтологічних вимог з об'єднанням в одну традиційну оцінку, яку конвертували в бали у відповідності до шкали ECTS (European Credit Transfer System).

Такий педагогічний підхід стимулює студентів до активної теоретичної підготовки і мотивованої практичної діяльності під час занять і самостійної праці, до-

бре сприйнятий студентами, що підтверджено результатами анкетування.

Велике виховне значення в навчальному процесі має об'єктивна оцінка знань і вмінь студента, підтримка його у навчанні. Доброзичливе відношення без панібратства, коротке і чітке обґрунтування, при необхідності, позитивних і негативних моментів відповіді, заохочення відносно набутої практичної навички, дозвіл виконати маніпуляцію у хворого допомагають майбутньому лікарю стати більш впевненим у своїх силах, підвищують мотивацію до навчання.

У процесі навчання, формуванні належної мотивації студентів дуже важливою є роль викладача, його компетентності, працездатності, відданості педагогіці. Для того щоб навчання студента було ефективним, а майбутня оцінка об'єктивною викладачі організовують заняття так, щоб на кожному з них були демонстрації хворих, участь студентів у перев'язках, виконанні маніпуляцій, у догляді за хворими. Обхід в палатах з демонстрацією тематичних хворих проходить за активної участі студентів. Майбутні лікарі знайомляться із скаргами хворих, збирають анамнез, вивчають результати лабораторних досліджень, проводять обстеження хворих (огляд, пальпацію, перкусію, аускультацию) вимірюють ЧСС, АТ, ЧД. Установлення діагнозу, його диференціювання з вже вивченими захворюваннями допомагає самостійно аналізувати, інтегрувати знання з тем, вивчених на попередніх заняттях. Призначення лікування та вивчення листків призначення досвідченого лікаря сприяє вивченню та закріпленню назв лікарських засобів, методів застосування. Необхідно до праці з хворими залучати по черзі всіх студентів, а не лише активніших, як це нерідко буває. Викладачі за необхідності надають допомогу студентам у визначенні діагнозу, уточнюють вибір і обґрунтування лікувальної тактики, знайомлять із сучасними методами і засобами діагностики та лікування. Тільки викладач, добре мотивований до педагогічної діяльності з великим стажем лікаря, може дати своїм учням вичерпну інформацію, навести власні яскраві клінічні спостереження, які завжди зацікавлюють, інтригують і мотивують студентів до навчання та прагнення бути подібним до свого вчителя.

Одним із шляхів поліпшення мотивації у студентів є спостереження в аудиторії на великому екрані перебігу ендоскопічних операцій під час трьох майстер-класів, які були проведені за останні два роки провідними хірургами Росії, Германії, Італії з участю викладачів кафедри. У студентів виникає природна зацікавленість в ознайомленні з новими технологіями в хірургії європейського рівня.

Переважає більшість студентів другого та третього курсів опановують програму догляду за хворими із загальної хірургії з високим рівнем мотивації до теоретичного і практичного навчання. Самостійне виконання під наглядом викладача практичних навичок таких як: заміна білизни, участь у підготовці до операції, догляд і спостереження режиму після операції, профілактика пролежнів, накладання пов'язок викликають у студентів бажання розширити коло вмінь.

Викладачі кафедри сприяють формуванню та збереженню мотивації, навчаючи студентів молодших курсів практичним навичкам у доклінічних умовах. На практичних заняттях студенти забезпечені методичними вказівками з практичних навичок, де конкретно по пунктах вказані показання, необхідний інструментарій і матеріали, послідовність виконання підшкірних, дом'язових ін'єкцій, підготовки систем для внутрішньовенного впливання, зняття швів, визначення груп

крові, накладання джгута, проведення серцево-легеневої реанімації на фантомі та інших практичних навичок, передбачених програмою загальної хірургії. До кожного практичного заняття студенти готують теоретичний матеріал і виконання практичних навичок. Засвоєний алгоритм діяльності під час виконання практичних навичок в навчальних кімнатах сприяє рішучості, впевненості під час самостійної роботи в палатах, перев'язувальній, маніпуляційній,

Збереженню та підвищенню мотивації до оволодіння практичними навичками у більшості студентів молодших курсів сприяють добрі відношення до них викладачів, лікарів клініки, середнього та молодшого персоналу. Студентам, особливо тим, хто повторно з'являється на чергування, медичні сестри довіряють виконання різних маніпуляцій, повторне виконання яких засвоюється на рівні вміння.

Оптимальним рівнем мотивації є задоволення від самого процесу навчання. Активне прагнення знати і уміти сьогодні більше, ніж учора. Вчитися все життя. Викладач повинен захопити студентів предметом, пробудити працелюбність в самостійній роботі, потяг до самовдосконалення інтелектуального, професійного, етичного, деонтологічного рівнів навчально - пізнавальної діяльності.

Висновки

1. Належна мотивація до навчання залежить від правильного вибору майбутньої професії, вміння розподіляти час, від зацікавленості у вивченні предмета, працелюбності та широти кругозору студента.

2. Позитивна мотивація є визначальною складовою якісного опанування професійними знаннями і практичними навичками. Завдання викладачів – всіма

педагогічними заходами формувати та підтримувати достатній рівень мотивації під час навчання студентів. Реалізація цієї задачі в умовах кредитно-модульної системи освіти забезпечить підготовку лікарів високої кваліфікації.

Перспективи подальших досліджень

Планується вивчення впливу на мотивацію студентів до навчання впровадження освітньо - виховної концепції в організації кредитно-модульної системи освіти при опануванні загальної хірургії.

Література

1. Андрущенко В.П. Особливості кредитно-модульного принципу вивчення клінічної дисципліни «загальна хірургія»: перші результати та проблеми в світі досвіду кафедри / В.П. Андрущенко, Д.В. Андрущенко // Медична освіта. – 2010. – №3. – С.7–8.
2. Глушко Л.В. Удосконалення якості підготовки лікарів в умовах болонського процесу / Л.В.Глушко, Н.В.Чаплинський, Н.З.Позур, Т.Ю.Гавриш // Медична освіта. – 2011. – №4. – С.47–48.
3. Запорожан С.Й. Аналіз складових навчальної інформації при вивченні предмета «загальна хірургія» / С.Й.Запорожан, П.О.Герасимчук // Медична освіта. – 2012. – №3. – С.33–34.
4. Москаленко В.Ф. Досвід навчання студентів за європейською кредитно-трансферною системою в НМУ імені О.О.Богомольця як основа для підвищення якості медичної освіти / В.Ф.Москаленко, О.П.Яворовський, Л.І.Остапук // Медична освіта. – 2010. – №2. – С.60–62.
5. Мороз В.М. Модернізація вищої медичної освіти в контексті болонської конвенції – ідея, мета та реалії / В.М.Мороз, Ю.Й. Гумінський, Л.В.Фоміна, Т.Л.Полєся, О.І. Башинська // Медична освіта. – 2012. – №2. – С.42–44.
6. Півторак К.В. Формування особистості та мотивації до навчання у студентів медичного університету / К.В. Півторак, І.В.Феджага // Медична освіта. – 2011. – №4. – С.28–31.
7. Унгуран Л.М. Застосування тестової системи оцінки знань у навчальному процесі / Л.М.Унгуран, М.С.Образенко // Медична освіта. – 2011. – №3. – С.20–22.

Реферат

МОТИВАЦИЯ К УЧЕБЕ СТУДЕНТОВ – ВАЖНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ РЕАЛИЗАЦИИ КРЕДИТНО – МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОБРАЗОВАНИЯ В ОСВОЕНИИ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Иоффе А.Ю., Кульбака В.С., Меллин В.М., Коваленко О.Н., Галига Т.Н.

Ключевые слова: кредитно-модульная система образования, мотивация к учебе, общая хирургия.

Мотивацию студентов к учебе определяли по результатам анонимного анкетирования 720 респондентов, которые изучали общую хирургию в Национальном медицинском университете им. А.А. Богомольца (г. Киев). Выявили сниженный уровень мотивации. Положительная мотивация – это важная составляющая качественного освоения профессиональными знаниями и практическими навыками. Задание преподавателей – всеми педагогическими мерами формировать и поддерживать достаточный уровень мотивации во время учебы студентов. Реализация этой задачи в условиях кредитно-модульной системы образования обеспечит подготовку врачей высокой квалификации.

Summary

STUDENTS' LEARNING MOTIVATION AS IMPORTANT ECTS COMPONENTS IN GENERAL SURGERY INSTRUCTION

Ioffe O.Y., Kulbaka V.S., Mellin V.M., Kovalenko O.M., Galyga T.M.

Keywords: ECTS, learning motivation, general surgery

Students' learning motivation was estimated by the anonymous survey results of 720 respondents who studied general surgery at the O.O.Bogomolets National Medical University, Kiev. The level of motivation was reduced. The positive motivation is an important component to succeed professional knowledge and practical skills. The lectures target is creating and keeping up sufficient level of the motivation during students study. This target implementation within credit-modular system of education will provide background for high qualified physicians.

УДК 616-089(07.07)

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Шаталов А.Д.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМ. К.Т.ОВНАТАНЯНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Обобщен 15-летний опыт преподавания хирургии отечественным и зарубежным студентам на кафедре хирургии им. К.Т.Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Освещены актуальные аспекты оптимизации учебного процесса, освоения практических навыков и наглядности преподавания. Рассмотрены вопросы объективного контроля знаний студентов и уровня освоения практических навыков.

Ключевые слова: преподавание хирургии, практические навыки.

Подготовка квалифицированного врача является приоритетным направлением высших медицинских учреждений Украины. В этой подготовке важное значение придается, прежде всего, освоению и углублению практического совершенства, то есть усвоению целого ряда практических навыков и неотложных состояний, которые связаны с запросами здравоохранения. При этом на первый план выступает поиск новых технологий обучения, которые существенно ускоряют подготовку высококвалифицированных специалистов с качественно новым уровнем знаний. Качественное освоение практических навыков существенно расширяет кругозор врача. Овладение ими в совершенстве способствует своевременному и грамотному оказанию неотложной и плановой хирургической помощи больным. Достижение максимального эффекта от обучения необходимо, чтобы студенты не только получали глубокие теоретические знания, но и существенно совершенствовали практические навыки [4, 2, 1].

Практическая подготовка выпускников медицинских высших учебных заведений направлена на решение в начальном периоде в дальнейшей профессиональной деятельности лечебно-диагностических вопросов и максимального овладения практическими навыками, умениями и неотложными состояниями.

В соответствии с новой программой обучения стало необходимым проведение разработки коррекции практической подготовки специалиста для здравоохранения в аспекте приведения преподаваемых практических навыков, умений и неотложных состояний в строгое соответствие с квалификационной характеристикой врача.

В новой учебной программе учитываются все особенности подготовки семейного врача и хирурга, которые обязаны овладеть не только клиническим мышлением, но и автоматическими навыками оперативного мастерства, необходимости быстрой реакции на клиническую ситуацию.

Будущие врачи не смогут оказывать квалифицированную помощь больному без знаний основных разделов общей хирургии (остановки кровотечения, определения групп крови, оказаний и противопоказаний к переливанию крови и др.). Во время дежурства по больнице зачастую придется принимать решения по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим (до вызова соответствующих специалистов). Особо следует отметить необходимость умения провести реанимационные и протившоковые мероприятия (при травмах, кровотечениях, внезапных остановках сердца, дыхания и других экстремальных состояниях).

На кафедре хирургии им. К.Т.Овнатаняна ДонНМУ им. М.Горького студенты 4 курса должны освоить и совершенствовать следующие практические навыки и

умения: определение группы крови и резус-принадлежности; переливание крови и кровезаменителей (техника переливания, проведение проб на совместимость); хирургическая обработка ран; остановка наружного кровотечения; наложение основных видов повязок; наложение повязки при пневмотораксе; пальцевое исследование прямой кишки. Выделен специальный общеуниверситетский кабинет для освоения этих навыков, укомплектованный по мере возможности необходимыми приспособлениями, инструментами, видеофильмами. Для формирования практических навыков организация практической части занятия включает алгоритмизацию, стандартизацию и отработку навыков до автоматизма.

Занятие в этом кабинете начинается с изучения теории – классификации групп крови, способов их определения, специального и вспомогательного инструментария, необходимого для овладения навыками. Рассматриваются показания и противопоказания к применению навыков, топографо-анатомическое обоснование различных манипуляций. После этого студенты переходят к практическому освоению навыков на соответствующих фантомах и приспособлениях, накладывают повязки.

Умению ориентироваться среди большого количества практических навыков и оперативных вмешательств способствует организация на кафедре компьютерного класса с выходом в Интернет. Студентам показываем видеофильмы с демонстрацией практических навыков и современных методов оперативных вмешательств, с применением дорогостоящих аппаратов и инструментов, как традиционных, так и с использованием патентов, разработанных сотрудниками клиники. Это дает возможность не только учиться, самостоятельно работать, смотреть видеофильмы операций и освоения навыков, но и получать квалифицированную консультацию опытных преподавателей наглядные материалы и короткие видеофильмы могут быть альтернативой курации при отсутствии тематических больных.

Кроме того, электронное пособие имеет отличное свойство – возможность воспроизведения видеозаписей, в том числе проведения различных исследований (физикальных, лабораторных, функциональных, эндоскопических и др.), манипуляций, операций, что имеет особую методическую ценность при изучении клинической дисциплины.

В конце практического занятия подводятся итоги с оценкой теоретических знаний студентов и выполнения практических навыков, с разбором типичных ошибок и методами их устранения. Закрепление практических навыков осуществляется также во время итогового модульного контроля в конце цикла хирургии. Это контроль включает, кроме тестового контроля, практическую часть, с показом каждым студен-

УДК 616-089(07.07)

Колкин Я.Г., Хацко В.В., Дудин А.М., Межаков С.В., Шаталов А.Д.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ ИМ. К.Т.ОВНАТАНЯНА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Обобщен 15-летний опыт преподавания хирургии отечественным и зарубежным студентам на кафедре хирургии им. К.Т.Овнатаняна Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького. Освещены актуальные аспекты оптимизации учебного процесса, освоения практических навыков и наглядности преподавания. Рассмотрены вопросы объективного контроля знаний студентов и уровня освоения практических навыков.

Ключевые слова: преподавание хирургии, практические навыки.

Подготовка квалифицированного врача является приоритетным направлением высших медицинских учреждений Украины. В этой подготовке важное значение придается, прежде всего, освоению и углублению практического совершенства, то есть усвоению целого ряда практических навыков и неотложных состояний, которые связаны с запросами здравоохранения. При этом на первый план выступает поиск новых технологий обучения, которые существенно ускоряют подготовку высококвалифицированных специалистов с качественно новым уровнем знаний. Качественное освоение практических навыков существенно расширяет кругозор врача. Овладение ими в совершенстве способствует своевременному и грамотному оказанию неотложной и плановой хирургической помощи больным. Достижение максимального эффекта от обучения необходимо, чтобы студенты не только получали глубокие теоретические знания, но и существенно совершенствовали практические навыки [4, 2, 1].

Практическая подготовка выпускников медицинских высших учебных заведений направлена на решение в начальном периоде в дальнейшей профессиональной деятельности лечебно-диагностических вопросов и максимального овладения практическими навыками, умениями и неотложными состояниями.

В соответствии с новой программой обучения стало необходимым проведение разработки коррекции практической подготовки специалиста для здравоохранения в аспекте приведения преподаваемых практических навыков, умений и неотложных состояний в строгое соответствие с квалификационной характеристикой врача.

В новой учебной программе учитываются все особенности подготовки семейного врача и хирурга, которые обязаны овладеть не только клиническим мышлением, но и автоматическими навыками оперативного мастерства, необходимости быстрой реакции на клиническую ситуацию.

Будущие врачи не смогут оказывать квалифицированную помощь больному без знаний основных разделов общей хирургии (остановки кровотечения, определения групп крови, оказаний и противопоказаний к переливанию крови и др.). Во время дежурства по больнице зачастую придется принимать решения по оказанию экстренной медицинской помощи пострадавшим (до вызова соответствующих специалистов). Особо следует отметить необходимость умения провести реанимационные и протившоковые мероприятия (при травмах, кровотечениях, внезапных остановках сердца, дыхания и других экстремальных состояниях).

На кафедре хирургии им. К.Т.Овнатаняна ДонНМУ им. М.Горького студенты 4 курса должны освоить и совершенствовать следующие практические навыки и

умения: определение группы крови и резус-принадлежности; переливание крови и кровезаменителей (техника переливания, проведение проб на совместимость); хирургическая обработка ран; остановка наружного кровотечения; наложение основных видов повязок; наложение повязки при пневмотораксе; пальцевое исследование прямой кишки. Выделен специальный общеуниверситетский кабинет для освоения этих навыков, укомплектованный по мере возможности необходимыми приспособлениями, инструментами, видеофильмами. Для формирования практических навыков организация практической части занятия включает алгоритмизацию, стандартизацию и отработку навыков до автоматизма.

Занятие в этом кабинете начинается с изучения теории – классификации групп крови, способов их определения, специального и вспомогательного инструментария, необходимого для овладения навыками. Рассматриваются показания и противопоказания к применению навыков, топографо-анатомическое обоснование различных манипуляций. После этого студенты переходят к практическому освоению навыков на соответствующих фантомах и приспособлениях, накладывают повязки.

Умению ориентироваться среди большого количества практических навыков и оперативных вмешательств способствует организация на кафедре компьютерного класса с выходом в Интернет. Студентам показываем видеофильмы с демонстрацией практических навыков и современных методов оперативных вмешательств, с применением дорогостоящих аппаратов и инструментов, как традиционных, так и с использованием патентов, разработанных сотрудниками клиники. Это дает возможность не только учиться, самостоятельно работать, смотреть видеофильмы операций и освоения навыков, но и получать квалифицированную консультацию опытных преподавателей наглядные материалы и короткие видеофильмы могут быть альтернативой курации при отсутствии тематических больных.

Кроме того, электронное пособие имеет отличное свойство – возможность воспроизведения видеозаписей, в том числе проведения различных исследований (физикальных, лабораторных, функциональных, эндоскопических и др.), манипуляций, операций, что имеет особую методическую ценность при изучении клинической дисциплины.

В конце практического занятия подводятся итоги с оценкой теоретических знаний студентов и выполнения практических навыков, с разбором типичных ошибок и методами их устранения. Закрепление практических навыков осуществляется также во время итогового модульного контроля в конце цикла хирургии. Это контроль включает, кроме тестового контроля, практическую часть, с показом каждым студен-

том всего перечня практических навыков. Оценка за модуль представляет собой среднее арифметическое из оценок за тестовое задание и за практическую часть.

Возрождение существовавшей ранее книжки практических навыков у каждого студента позволит более четко контролировать их освоение, поскольку нацелит на освоение каждого конкретного навыка и студента, и преподавателя.

Не подлежит сомнению, что самостоятельная работа студента по повышению теоретических знаний и постоянное использование их в практическом отношении у постели больного является основным направлением обучения на клинической кафедре.

Активное участие студента в лечебном процессе (манипуляции, инструментальные исследования, участие в операциях и т.д.) вызывает формирование профессионального «Я». Преподаватель может видеть не только теоретический объем знаний, но и возможность логического их использования [3, 6, 7].

Учитывая низкий исходный уровень владения студентами практическими навыками и неотложными состояниями, перед кафедрой стоит сложная задача – ликвидировать существующие пробелы в практической подготовке обучающихся. Целесообразно разделить студенческую группу на подгруппы по 3 – 4 человека для самостоятельного объективного обследования больных и для освоения практических навыков при ненавязчивом, но постоянном контроле преподавателя.

Мы убеждены, что студенты медицинских вузов должны как можно больше видеть больных. В выходные дни, предварительно записавшись на кафедре, они могут работать вместе с дежурными врачами – делать обходы, беседовать с больными, осматривать их, принимать участие под контролем врача во врачебных манипуляциях. По субботам с 9.00 до 13.00 они могут получить квалифицированную консультацию и при необходимости просмотреть учебные видеофильмы, а также воспользоваться компьютерным классом для самоподготовки.

Целесообразно введение для студентов вечерних дежурств в клинику в urgentные дни, что позволит четче освоить и закрепить практические навыки, умения и манипуляции, а также принимать участие в освоении методов диагностики острых хирургических заболеваний и оказании квалифицированной медицинской помощи [3, 5, 4].

Студенты осваивают навыки на 3 и 4 курсах вначале на фантомах или муляжах в кабинете для освоения практических навыков, затем на старших курсах при курации больных и закрепляют, отшлифовывают их только во время производственной практики. В связи с этим практика, как самостоятельный вид учебной деятельности, должна быть полноценной, на хорошей клинической базе, с опытным врачом-куратором. На практике каждый студент должен закрепить весь перечень навыков, необходимых для соответствующего курса обучения. К сожалению, этого, как правило, не происходит из-за нехватки больных, сывороток для определения групп крови, большого количества студентов на больничной базе и т.д. [2, 1, 6].

В последние годы появились лечебные учреждения негосударственных форм собственности, при этом уменьшился приток больных в государственные и коммунальные учреждения, где располагаются профильные кафедры. Это создает значительные сложности с обеспечением пациентами аудиторных

практических занятий для освоения практических навыков. Поэтому производственную практику целесообразно проводить одновременно в различных лечебных учреждениях Донецкой области.

Основной причиной, по которой студенты плохо владеют практическими навыками, является недостаточная практика в их выполнении (не было таких больных в клинике за время цикла по хирургии, на базе производственной практики и др.). Очевидна корреляция между степенью освоения навыка и частотой его выполнения. Однако не все студенты сами понимают недостаточность своей подготовки. Следует также отметить, что в основе этого явления лежат не особенности учебного процесса на кафедре, а низкая мотивация студентов и общие факторы, свойственные всей существующей организации обучения студентов.

Кроме того, согласно законодательству, студент и даже врач, не прошедший первичную специализацию по хирургии, не имеет права самостоятельно выполнять некоторые практические манипуляции и операции (хирургическая обработка ран, пункция плевральной полости, лапароцентез и др.). Возможно развитие тяжелых осложнений, которые не всегда можно предотвратить даже в том случае, когда навыки выполняются под контролем преподавателя.

На хирургической кафедре обучение студентов должно проводиться комплексно и основной акцент должен делаться на практическую часть занятия, особенно если речь идет об усвоении квалификационных практических навыков. Широкое использование вспомогательных технических средств обучения как на кафедре, так и в общеуниверситетском центре освоения практических навыков, решает эту задачу и позволяет достичь высокого уровня практической подготовки студентов.

Таким образом, перед высшими учебными учреждениями поставлена важная задача – улучшить подготовку будущих специалистов, чтобы выпускник имел не только теоретические знания, но и владел необходимыми практическими навыками. Заслуживает самого серьезного внимания методическое и организационное решение проблемы, достаточное материально-техническое обеспечение. Только последовательное овладение практическими навыками в порядке их постепенного усложнения может способствовать повышению качества специалиста. Совершенствование системы обучения студентов современным методом диагностики и лечения – залог хороших знаний и умений будущего врача в оказании своевременной квалифицированной медицинской помощи.

Литература

1. Колкин Я.Г. Возможности применения новых информационных технологий на кафедре факультетской хирургии / Я.Г.Колкин, В.В.Хацко, А.М.Дудин [и др.] // Сучасні технології вищої медичної освіти: збірка наук. праць. – Донецьк, 2006. – С. 85 – 91.
2. Врублевська С.В. Іноваційні процеси у системі освіти / С.В.Врублевська // Мед. освіта. – 2007. – № 1. – С. 43–48.
3. Агарков В.И. Исследование эффективности диагностики знаний и умений у студентов – медиков с помощью тестов разного формата / В.И.Агарков, Н.П.Гребняк, В.В.Николаенко [и др.] // Проблеми питання педіатрії та вищої медичної освіти: збірник праць, присвячений пам'яті проф. Ю.М.Вітебського. – Донецьк, 2011. – Т.2. – С.11–15.
4. Удод А.А. Кредитно-модульная организация учебного процесса: проблемы и перспективы / А.А.Удод, А.И. Косарева, Е.А.Гонтарь, И.И.Зинкович // Міжнар. вісник медицини. – 2011. – Т. 4, № 1-2. – С. 113–115.
5. Белебезьев Г.И. Усвоение навыков сердечно-легочной реанимации / Г.И.Белебезьев, А.П.Кузьменко, Е.П.Несен [и др.] // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2000. – № 1. – С.35–36.

6. Грона В.Н. Формирование практических навыков на кафедре детской хирургии / В.Н. Грона, И.П. Журило, С.В. Веселый [и др.] // Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти: збірник праць, присвячений пам'яті проф. Ю.М. Вітебського. – Донецьк, 2011. – Т.2. – С.40–43.

7. Armstrong E.G. Medical education as a process management problem / E.G. Armstrong, M. Mackey, S.J. Spear // Academie Medicine. – 2006. – V 79, № 8. – P.721–728.

Реферат

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ ІМ. К.Т.ОВНАТАНЯНА

Колкін Я.Г., Хацко В.В., Дудін О.М., Межаков С.В., Шаталов О.Д.

Ключові слова: викладання хірургії, практичні навички.

Узагальнений 15-річний досвід викладання хірургії вітчизняним і зарубіжним студентам на кафедрі хірургії ім. К.Т.Овнатаняна Донецького національного медичного університету ім. М.Горького. Висвітлені актуальні аспекти оптимізації учбового процесу, освоєння практичних навичок і наочності викладання. Розглянуті питання об'єктивного контролю знань студентів і рівня освоєння практичних навичок.

Summary

SOME ASPECTS OF DEVELOPING STUDENTS' PRACTICAL SKILLS AT K.T.OVNATANIAN DEPARTMENT OF SURGERY

Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Dudin A.M., Mezhaikov S.V., Shatalov A.D.

Key words: teaching of surgery, practical skills.

15-years-old experience in teaching to surgery for national and international students at the K.T.Ovnatanian department of surgery, M.Gorkiy National Medical University, Donetsk was analyzed. The urgent aspects of optimization of medical educational, mastering practical skills and teaching were lighted up. The questions of objective control of students' progress and level of mastering practical skills were also described.

УДК: 378.147.016-054.6:616-089

Криворучко И.А., Тонкоглас А.А., Сыкал. Н.А., Тесленко С.Н., Балака С.Н.

ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Развитие медицинской науки, разработка и внедрение в клиническую практику новых технологий привело к необходимости перехода обучения на кредитно-модульную систему. Это также необходимо для интеграции в систему европейского образования. Внедрение этой системы на хирургических кафедрах имеет свои особенности. Изучение хирургических заболеваний и в частности острой хирургической патологии требует пересмотра и увеличения практических навыков студентов, а также адаптации методической литературы к кредитно-модульной системе.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, хирургические заболевания, врач-хирург, методическая литература.

Развитие медицинской науки, разработка и внедрение в клиническую практику новых технологий требуют, в современных условиях, повышения качества подготовки выпускников высших медицинских учебных заведений.

Важным стимулом модернизации высшего медицинского образования является возрастание конкуренции между различными учебными и лечебными медицинскими учреждениями. Возникает необходимость в дальнейшем совершенствовании учебного процесса в высшей медицинской школе с целью подготовки конкурентоспособных врачей хирургического профиля, способных работать в современных условиях.

В настоящее время все больше преподавателей считают, что для достижения более высокого качества обучения в высшем медицинском учебном заведении может быть использована кредитно-модульная система.

Кредитно-модульная система – это такая организация обучения, которая базируется на сочетании модульных технологий учебного процесса и зачетных единиц (кредитов). Кредит – это количественная характеристика, позволяющая учесть вклад каждой учебной дисциплины в содержание образовательной медицинской подготовки.

Переход на кредитно-модульную систему обучения на кафедрах хирургического профиля повышает требования к преподавательскому составу высшего учебного заведения, который осуществляет это обу-

чение. Как уже ранее было сказано, при модульной системе обучения преподаватель не только выполняет информирующую и контролирующую функции, но и осуществляет функции консультанта и координатора, что особенно важно учитывая особенности хирургического лечения. Таким путем сохраняется ведущая роль преподавателя высшего учебного заведения в педагогическом процессе. При кредитно-модульной системе обучения студент, располагая планом работы и банком информации, а также методическими рекомендациями по достижению поставленных целей обучения, может самостоятельно овладевать определенными разделами учебной программы.

Таким образом, при переходе к кредитно-модульной системе обучения в высшем медицинском учебном заведении будет наблюдаться увеличение значения самостоятельной работы в учебном процессе, а это в свою очередь будет требовать повышения самостоятельности, творческой инициативы и активности будущих врачей-хирургов. При кредитно-модульной системе обучения у студентов вузов всегда есть возможность получить помощь и советы, а при необходимости и оценку своей деятельности у преподавателя и других студентов. Это позволит развивать у студентов такое качество, как коллективизм, и будет способствовать приобретению навыков командной (коллективной) работы. При этом не следует снижать количественно и качественно практическую работу у постели больного, повышать навыки определения симптоматики хирургических заболеваний на

6. Грона В.Н. Формирование практических навыков на кафедре детской хирургии / В.Н. Грона, И.П. Журило, С.В. Веселый [и др.] // Проблемні питання педіатрії та вищої медичної освіти: збірник праць, присвяченої пам'яті проф. Ю.М. Вітебського. – Донецьк, 2011. – Т.2. – С.40–43.

7. Armstrong E.G. Medical education as a process management problem / E.G. Armstrong, M. Mackey, S.J. Spear // Academie Medicine. – 2006. – V 79, № 8. – P.721–728.

Реферат

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ЗАСВОЄННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ ІМ. К.Т.ОВНАТАНЯНА

Колкін Я.Г., Хацко В.В., Дудін О.М., Межаков С.В., Шаталов О.Д.

Ключові слова: викладання хірургії, практичні навички.

Узагальнений 15-річний досвід викладання хірургії вітчизняним і зарубіжним студентам на кафедрі хірургії ім. К.Т.Овнатаняна Донецького національного медичного університету ім. М.Горького. Висвітлені актуальні аспекти оптимізації учбового процесу, освоєння практичних навичок і наочності викладання. Розглянуті питання об'єктивного контролю знань студентів і рівня освоєння практичних навичок.

Summary

SOME ASPECTS OF DEVELOPING STUDENTS' PRACTICAL SKILLS AT K.T.OVNATANIAN DEPARTMENT OF SURGERY

Kolkin Y.G., Khatsko V.V., Dudin A.M., Mezhaikov S.V., Shatalov A.D.

Key words: teaching of surgery, practical skills.

15-years-old experience in teaching to surgery for national and international students at the K.T.Ovnatanian department of surgery, M.Gorkiy National Medical University, Donetsk was analyzed. The urgent aspects of optimization of medical educational, mastering practical skills and teaching were lighted up. The questions of objective control of students' progress and level of mastering practical skills were also described.

УДК: 378.147.016-054.6:616-089

Криворучко И.А., Тонкоглас А.А., Сыкал. Н.А., Тесленко С.Н., Балака С.Н.

ПРОБЛЕМЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Развитие медицинской науки, разработка и внедрение в клиническую практику новых технологий привело к необходимости перехода обучения на кредитно-модульную систему. Это также необходимо для интеграции в систему европейского образования. Внедрение этой системы на хирургических кафедрах имеет свои особенности. Изучение хирургических заболеваний и в частности острой хирургической патологии требует пересмотра и увеличения практических навыков студентов, а также адаптации методической литературы к кредитно-модульной системе.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, хирургические заболевания, врач-хирург, методическая литература.

Развитие медицинской науки, разработка и внедрение в клиническую практику новых технологий требуют, в современных условиях, повышения качества подготовки выпускников высших медицинских учебных заведений.

Важным стимулом модернизации высшего медицинского образования является возрастание конкуренции между различными учебными и лечебными медицинскими учреждениями. Возникает необходимость в дальнейшем совершенствовании учебного процесса в высшей медицинской школе с целью подготовки конкурентоспособных врачей хирургического профиля, способных работать в современных условиях.

В настоящее время все больше преподавателей считают, что для достижения более высокого качества обучения в высшем медицинском учебном заведении может быть использована кредитно-модульная система.

Кредитно-модульная система – это такая организация обучения, которая базируется на сочетании модульных технологий учебного процесса и зачетных единиц (кредитов). Кредит – это количественная характеристика, позволяющая учесть вклад каждой учебной дисциплины в содержание образовательной медицинской подготовки.

Переход на кредитно-модульную систему обучения на кафедрах хирургического профиля повышает требования к преподавательскому составу высшего учебного заведения, который осуществляет это обу-

чение. Как уже ранее было сказано, при модульной системе обучения преподаватель не только выполняет информирующую и контролирующую функции, но и осуществляет функции консультанта и координатора, что особенно важно учитывая особенности хирургического лечения. Таким путем сохраняется ведущая роль преподавателя высшего учебного заведения в педагогическом процессе. При кредитно-модульной системе обучения студент, располагая планом работы и банком информации, а также методическими рекомендациями по достижению поставленных целей обучения, может самостоятельно овладевать определенными разделами учебной программы.

Таким образом, при переходе к кредитно-модульной системе обучения в высшем медицинском учебном заведении будет наблюдаться увеличение значения самостоятельной работы в учебном процессе, а это в свою очередь будет требовать повышения самостоятельности, творческой инициативы и активности будущих врачей-хирургов. При кредитно-модульной системе обучения у студентов вузов всегда есть возможность получить помощь и советы, а при необходимости и оценку своей деятельности у преподавателя и других студентов. Это позволит развивать у студентов такое качество, как коллективизм, и будет способствовать приобретению навыков командной (коллективной) работы. При этом не следует снижать количественно и качественно практическую работу у постели больного, повышать навыки определения симптоматики хирургических заболеваний на

практике. Особенно это важно при изучении острой хирургической патологии.

Кредитно-модульная система обучения обеспечивает возможность быстрой и адекватной коррекции образовательных программ в соответствии с требованиями медицинской науки, возможность создания новых программ на базе уже существующих и их адаптацию к уровню имеющейся подготовки студентов. На хирургических кафедрах необходим пересмотр методической литературы, её коррекция и адаптация к кредитно-модульной системе. Эта система способствует повышению активности не только студентов (повышая их мотивацию к получению знаний), но и преподавателей, заставляя их совершенствовать свое педагогическое мастерство. Кредитно-модульная система обучения направлена на достижение наиболее эффективного результата в усвоении хирургических знаний, формирование профессиональных и личностных качеств будущих врачей-хирургов и должна рассматриваться как перспектива совершенствования образовательного процесса на кафедрах хирургического профиля. Коррекция учебного плана должна быть направлена на достижение конечных целей обучения – формирование врача-хирурга, развитие самостоятельности мышления в условиях операционной и у постели больного. Всё это определяет качественный уровень выпускника-медика. Планирование обучения ориентировано на традиционные фундаментальные и медицинские (теоретические и клинические) дисциплины, т. е. имеет «традиционный» характер. Улучшение качества подготовки по отдельным изучаемым дисциплинам заключается в совершенствовании их содержания и структуры для развития личности студента и приобретения цельного отношения к каждой дисциплине. Введение кредитно-модульной системы будет способствовать совершенствованию образовательного

процесса на кафедрах хирургического профиля и в медицинском вузе в целом, поскольку позволит осуществить переход от информационно-сообщающего обучения к моделирующему и формирующему обучению, которое определяет будущую профессиональную деятельность врача. Переход на активные формы позволит готовить врача-хирурга, который будет способен быстро адаптироваться к изменяющимся условиям (совершенствованию информационных медицинских технологий).

Выводы

1. Переход на кредитно-модульную систему обучения на кафедрах хирургического профиля, повышает требования к преподавательскому составу высшего учебного заведения.

2. При переходе к кредитно-модульной системе обучения будет наблюдаться увеличение значения самостоятельной работы на хирургических кафедрах, а это в свою очередь будет требовать повышения самостоятельности и активности будущих врачей-хирургов.

3. На хирургических кафедрах необходим пересмотр методической литературы, её коррекция и адаптация к кредитно-модульной системе.

Литература

1. Тимофеев А.А. Кредитно-модульная система организация учебного процесса в высшем учебном заведении / А.А. Тимофеев // Современная стоматология. – С. 142-143.
2. Болюбаш Я.Я. Тимчасове положення про організацію навчального процесу в кредитний модульній системі підготовки фахівців / Я.Я. Болюбаш // Освіта. – 2004. - №8. – С. 84.
3. Фіцула М.М. Педагогіка вищої школи: Навч. посіб. / Фіцула М.М. – К.: «Академвидав», 2006. – 352 с.
4. Наказ МОЗ України від 22.03.2004 №148 «Про реалізацію положень декларації Болонської в системі вищої медичної і фармацевтичної освіти».

Реферат

ПРОБЛЕМИ ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ

Криворучко І.А., Тонкоглас О.А., Сикал. М.О., Тесленко С.М., Балака С.М.

Ключові слова: кредитно-модульна система, хірургічні захворювання, лікар-хірург, методична література.

Розвиток медичної науки, розробка та впровадження в клінічну практику нових технологій призвело до необхідності переходу навчання на кредитно-модульну систему. Це так само необхідно для інтеграції в систему європейської освіти. Впровадження цієї системи на хірургічних кафедрах має свої особливості. Вивчення хірургічних захворювань і зокрема гострої хірургічної патології вимагає перегляду і збільшення практичних навичок студентів, а також адаптації методичної літератури до кредитно-модульної системи.

Summary

CHALLENGES IN TEACHING SURGERY ACCORDING TO ECTS

Krivoruchko I. A., Tonkoglas A. A., Sykal N. A., Teslenko S. N., Balaka S. M.

Keywords: ECTS, surgical diseases, surgeon, special literature.

Evolution of medical science, the development and introduction latest technologies into clinical practice have determined the necessity for introduction of ECTS demands into national educational medical system. Its implementation may differ depending on the medical specialty. The studying surgical diseases and particularly acute surgical pathologies require revision and improvement of mastering practical skills as well as the adaptation of instructional materials to ECTS.

УДК: 161.221.2:378.147:617

Кришень В.П., Задорожний В.В., Баранник С.І., Трофімов М.В., Лященко П.В.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА КРЕДИТНО-MОДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ

Дніпропетровська державна медична академія

В роботі викладені результати аналізу досвіду організації навчального процесу за кредитно-модульною системою у викладанні дисципліни "Загальна хірургія з доглядом за хворими". Обговорені причини, що ускладнюють впровадження нової програми. Наведені приклади вирішення основних проблемних питань.

Ключові слова: кредитно-модульна система, загальна хірургія, методика викладання.

Вступ

Клінічна дисципліна «Загальна хірургія» посідає одне із провідних місць при підготовці лікаря загальної практики. Вона є пропедевтикою хірургічних хвороб і закладає на III курсі основи вивчення студентами хірургії, дитячої хірургії, травматології й ортопедії, нейрохірургії, анестезіології та інтенсивної терапії і інших навчальних дисциплін, де застосовуються хірургічні методи лікування. Загальна хірургія передбачає інтеграцію викладання з цими дисциплінами й формування вмінь застосовувати теоретичні та практичні знання в процесі подальшого навчання та професійної діяльності. Ряд важливих розділів (зокрема – трансфузіологію) студенти вивчають тільки в рамках дисципліни "Загальна хірургія".

Мета роботи

Аналіз досвіду організації навчального процесу за кредитно-модульною системою в викладанні дисципліни "Загальна хірургія з доглядом за хворими".

Результати та їх обговорення

Відповідно до наказу МОЗ України від 17.05.06 за № 281 "Про внесення змін до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "спеціаліст" кваліфікації "лікар" у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України, затвердженого наказом МОЗ України від 31.01.05 за № 52", з 2007-08 навчального року в Дніпропетровській медичній академії почате викладання загальної хірургії за кредитно-модульною системою [1,2].

Це призвело до значних змін в навчальній програмі. Впродовж перших чотирьох років тричі змінювалась робоча програма. На сьогодні дисципліна "Загальна хірургія" розрахована на викладання протягом V, VI семестрів (III курс), для практичних занять виділено 80 годин. Таким чином за період реорганізації загальний час практичних занять було скорочено більше ніж в 3 рази. Це посилило жорсткість вимог до учбово-методичного забезпечення та проведення навчальних занять, більш чіткої орієнтації на функції, задачі майбутньої професійної діяльності, оскільки сучасний етап медичної підготовки характеризується значним збільшенням об'ємів, складності і темпів засвоєння учбового матеріалу. Зросла актуальність проблеми довгострокового запам'ятовування у студентів з урахуванням того, що в умовах інформаційного перенавантаження ефективність запам'ятовування різко падає. Вирішенню цієї проблеми сприяє побудова структурно-логічних схем змісту кожної теми, які виконують функцію скороченого, інформаційно-насиченого графічного відображення змісту теми. В той же час слід зазначити, що засвоєння структурно-логічних схем як форми викладання учбового матеріалу потрібне базуватися на поширеному вивченні базової літератури.

Для засвоєння студентами на належному рівні будь-якої дисципліни важливе значення має забезпе-

чення необхідною учбово-методичною літературою. Українська медична бібліотека нараховує декілька провідних видань по загальній хірургії, проте мають місце істотні розходження в обсязі матеріалу і при викладанні окремих тем, а також структурні розходження з типовою програмою. Це призвело до тієї ситуації, що складно знайти єдиний універсальний підручник загальної хірургії, який би відповідав всім вимогам викладання матеріалу:

- наявність всіх основних розділів, тем;
- достатньо повний, "хрестоматійний" виклад матеріалу;
- використання сучасних класифікацій, алгоритмів;
- використання для наочності якісного ілюстративного матеріалу, схем, клінічних прикладів і завдань.

Колективи кафедр повинні враховувати всі можливі недоліки основних навчальних матеріалів шляхом створення учбово-методичних посібників, рекомендацій, навчальних фільмів, мультимедійних лекцій для надання допомоги при вивченні окремих розділів, тем.

Одним із ключових аспектів у викладанні клінічних дисциплін є придбання студентами професійно-технічних навичок. У процесі підготовки медичного працівника формується виключно широкий і специфічний спектр професійних навичок. Виходячи з реальних вимог майбутньої професійної діяльності, можна виділити три найбільш значимі групи професійних медичних навичок:

- рухові, мануальні, сенсомоторні;
- перцептивні;
- інструментально-розрахункові.

Основними етапами формування професійних навичок є:

- усвідомлення та запам'ятовування професійного алгоритму навички;
- практичний тренінг;
- досягнення стадії автоматичного виконання;
- забезпечення зберігання навички в дійовому стані шляхом постійного повторення сформованої навички.

Сполучення теоретичних знань та практичних навичок дає професійні вміння, які розуміються як здатність фахівця вирішувати нетипові, ускладнені професійні задачі. Методики контролю рівня засвоєння практичних навичок є достатньо розробленими; вони потребують на сучасному етапі хіба що покращення технічного забезпечення навчального процесу (муляжі, тощо). Однак залишається невирішеним питання – на якому етапі викладання студенту демонструються практичні навички з наступних тем. Учбові фільми, лекції можуть лише сприяти їх якісному засвоєнню, але достатня точність їх виконання можлива лише при неодноразовій демонстрації навичок викладачем з подальшим опрацюванням їх студентами під час самостійної підготовки. Така демонстрація потребує окремої матеріально-технічної підготовки та витрат часу практичного заняття або додаткового аудиторного часу, які навчальною програмою не передбачені.

Згідно вимог кредитно-модульної системи і виходячи з типової програми по загальній хірургії МОЗ

УДК: 161.221.2:378.147:617

Кришень В.П., Задорожний В.В., Баранник С.І., Трофімов М.В., Лященко П.В.

ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ВИКЛАДАННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ ЗА КРЕДИТНО-MOДУЛЬНОЮ СИСТЕМОЮ

Дніпропетровська державна медична академія

В роботі викладені результати аналізу досвіду організації навчального процесу за кредитно-модульною системою у викладанні дисципліни "Загальна хірургія з доглядом за хворими". Обговорені причини, що ускладнюють впровадження нової програми. Наведені приклади вирішення основних проблемних питань.

Ключові слова: кредитно-модульна система, загальна хірургія, методика викладання.

Вступ

Клінічна дисципліна «Загальна хірургія» посідає одне із провідних місць при підготовці лікаря загальної практики. Вона є пропедевтикою хірургічних хвороб і закладає на III курсі основи вивчення студентами хірургії, дитячої хірургії, травматології й ортопедії, нейрохірургії, анестезіології та інтенсивної терапії і інших навчальних дисциплін, де застосовуються хірургічні методи лікування. Загальна хірургія передбачає інтеграцію викладання з цими дисциплінами й формування вмінь застосовувати теоретичні та практичні знання в процесі подальшого навчання та професійної діяльності. Ряд важливих розділів (зокрема – трансфузіологію) студенти вивчають тільки в рамках дисципліни "Загальна хірургія".

Мета роботи

Аналіз досвіду організації навчального процесу за кредитно-модульною системою в викладанні дисципліни "Загальна хірургія з доглядом за хворими".

Результати та їх обговорення

Відповідно до наказу МОЗ України від 17.05.06 за № 281 "Про внесення змін до навчального плану підготовки фахівців освітньо-кваліфікаційного рівня "спеціаліст" кваліфікації "лікар" у вищих навчальних закладах III-IV рівнів акредитації України, затвердженого наказом МОЗ України від 31.01.05 за № 52", з 2007-08 навчального року в Дніпропетровській медичній академії почате викладання загальної хірургії за кредитно-модульною системою [1,2].

Це призвело до значних змін в навчальній програмі. Впродовж перших чотирьох років тричі змінювалась робоча програма. На сьогодні дисципліна "Загальна хірургія" розрахована на викладання протягом V, VI семестрів (III курс), для практичних занять виділено 80 годин. Таким чином за період реорганізації загальний час практичних занять було скорочено більше ніж в 3 рази. Це посилило жорсткість вимог до учбово-методичного забезпечення та проведення навчальних занять, більш чіткої орієнтації на функції, задачі майбутньої професійної діяльності, оскільки сучасний етап медичної підготовки характеризується значним збільшенням об'ємів, складності і темпів засвоєння учбового матеріалу. Зросла актуальність проблеми довгострокового запам'ятовування у студентів з урахуванням того, що в умовах інформаційного перенавантаження ефективність запам'ятовування різко падає. Вирішенню цієї проблеми сприяє побудова структурно-логічних схем змісту кожної теми, які виконують функцію скороченого, інформаційно-насиченого графічного відображення змісту теми. В той же час слід зазначити, що засвоєння структурно-логічних схем як форми викладання учбового матеріалу потрібне базуватися на поширеному вивченні базової літератури.

Для засвоєння студентами на належному рівні будь-якої дисципліни важливе значення має забезпе-

чення необхідною учбово-методичною літературою. Українська медична бібліотека нараховує декілька провідних видань по загальній хірургії, проте мають місце істотні розходження в обсязі матеріалу і при викладанні окремих тем, а також структурні розходження з типовою програмою. Це призвело до тієї ситуації, що складно знайти єдиний універсальний підручник загальної хірургії, який би відповідав всім вимогам викладання матеріалу:

- наявність всіх основних розділів, тем;
- достатньо повний, "хрестоматійний" виклад матеріалу;
- використання сучасних класифікацій, алгоритмів;
- використання для наочності якісного ілюстративного матеріалу, схем, клінічних прикладів і завдань.

Колективи кафедр повинні враховувати всі можливі недоліки основних навчальних матеріалів шляхом створення учбово-методичних посібників, рекомендацій, навчальних фільмів, мультимедійних лекцій для надання допомоги при вивченні окремих розділів, тем.

Одним із ключових аспектів у викладанні клінічних дисциплін є придбання студентами професійно-технічних навичок. У процесі підготовки медичного працівника формується виключно широкий і специфічний спектр професійних навичок. Виходячи з реальних вимог майбутньої професійної діяльності, можна виділити три найбільш значимі групи професійних медичних навичок:

- рухові, мануальні, сенсомоторні;
- перцептивні;
- інструментально-розрахункові.

Основними етапами формування професійних навичок є:

- усвідомлення та запам'ятовування професійного алгоритму навички;
- практичний тренінг;
- досягнення стадії автоматичного виконання;
- забезпечення зберігання навички в дійовому стані шляхом постійного повторення сформованої навички.

Сполучення теоретичних знань та практичних навичок дає професійні вміння, які розуміються як здатність фахівця вирішувати нетипові, ускладнені професійні задачі. Методики контролю рівня засвоєння практичних навичок є достатньо розробленими; вони потребують на сучасному етапі хіба що покращення технічного забезпечення навчального процесу (муляжі, тощо). Однак залишається невирішеним питання – на якому етапі викладання студенту демонструються практичні навички з наступних тем. Учбові фільми, лекції можуть лише сприяти їх якісному засвоєнню, але достатня точність їх виконання можлива лише при неодноразовій демонстрації навичок викладачем з подальшим опрацюванням їх студентами під час самостійної підготовки. Така демонстрація потребує окремої матеріально-технічної підготовки та витрат часу практичного заняття або додаткового аудиторного часу, які навчальною програмою не передбачені.

Згідно вимог кредитно-модульної системи і виходячи з типової програми по загальній хірургії МОЗ

України, програма дисципліни структурована як 1 модуль, засвоєння якого закінчується складанням підсумкового модульного контролю рівня теоретичної та практичної підготовки студентів. При відсутності сесій складання підсумкових модульних контролів з усіх дисциплін відбувається впродовж останнього тижня семестру, що призводить до значного психологічного і фізичного перенавантаження студентів.

Слід зазначити, що реструктуризація учбово-виробничої практики згідно вимог кредитно-модульної системи, яка передбачала її проходження на різних клінічних базах у вигляді окремих занять по 4 години, була відмінена. Студенти проходять практику після весняної сесії у вигляді циклу на одній клінічній базі, що є особливо ефективним. Це можна пояснити тим, що студент, приходячи у відділення, має час для знайомства з персоналом, ознайомлення зі специфікою і режимом роботи клініки. "Робочий" день студента починається о 8 годині; він має бути присутнім на ранковій оперативній нараді у відділенні, розподілі роботи молодшого і середнього медичного персоналу, можливість брати участь в клінічних оглядах хворих. Приступаючи до практики з ранку, студенти беруть участь у роботі відділення в найбільш напружений період робочого дня (транспортування хворих на дослідження, маніпуляції, перев'язки і т.п.).

Реферат

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ПО КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Кришень В.П., Задорожный В.В., Баранник С.И., Трофимов Н.В., Лященко П.В.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, общая хирургия, методика преподавания.

В работе изложены результаты анализа опыта организации учебного процесса по кредитно-модульной системе в преподавании дисциплины "Общая хирургия с уходом за больными". Обсуждены причины, которые усложняют внедрение новой программы. Приведены примеры решения основных проблемных вопросов.

Summary

SOME COMPLICATED QUESTIONS ON INSTRUCTION OF GENERAL SURGERY ACCORDING

Krishen V.P., Zadorozhny V. V., Barannik S. I. Trofimov N. V., Lyashchenko P. V.

Key words: credit-modular system, general surgery, teaching technique.

This article presents the results obtained by analyzing the experience in instruction arrangement on medical discipline "General surgery with care of patients" according to ECTS. The culprits complicating the implementation of the new program are discussed. The possible ways to solve the basic problems are also discussed.

УДК: 61:378.14

Кушта Ю.Ф., Лисюк Ю.С.

ОПТИМІЗАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ У КОНТЕКСТІ НАВЧАННЯ НА ЗАСАДАХ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

На сьогодні практично у всіх країнах Європи підготовка студентів-медиків у вищих навчальних закладах відбувається на засадах Болонської декларації. Велике значення надається самостійній роботі студентів (СРС). Ми пропонуємо при СРС застосовувати інтерактивні форми навчання – метод „мозкового штурму”, метод проектів, кейс-метод. Вони дають можливість студентам – медикам швидше оволодіти знаннями, набутти професійних вмінь та навичок.

Ключові слова: самостійна робота студентів, інтерактивне навчання.

„Справжні знання – це самостійно здобуті” (Сократ)

Вступ

Починаючи з 2005 року, навчання у вищих навчальних медичних закладах України відбувається на засадах Болонської декларації. За цей період проявили певні переваги кредитно-модульної системи, водночас відмічено деякі труднощі при впровадженні її принципів у вітчизняну модель медичної освіти [6,7]. Зокрема, однією з основних вимог міжнародних стандартів освіти є те, що випускники вищого медичного

Висновки

1. Необхідно продовжити роботу по переробці та оновленню учбово-методичного та матеріально-технічного забезпечення навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи.

2. Враховуючи те, що викладання різних дисциплін відбувається іноді на різних клінічних базах, а також за умов специфіки роботи клінічних кафедр, доцільно для викладання практичних навичок з наступних тем виділяти окремий час наприкінці практичних занять.

3. Доцільно проводити розподіл модульного контролю рівня засвоєння практичних і теоретичних знань на 2 останніх заняття замість 1.

4. Загальний аудиторний час практичних занять доцільно збільшити в 1,5 рази.

5. З метою покращення рівня отримання медсестринських навичок учбово-виробничу практику доцільно продовжити проводити як цикл на одній клінічній базі в окремий від учбового семестру час.

Література

1. Підаєв А.В. Болонський процес в Європі / Підаєв А.В., Передрій В.І. – Одеса : ОДМУ, 2004 – 190 с.
2. Указ Президента України від 17.02.2004 №199/2004 "Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України".

України, програма дисципліни структурована як 1 модуль, засвоєння якого закінчується складанням підсумкового модульного контролю рівня теоретичної та практичної підготовки студентів. При відсутності сесій складання підсумкових модульних контролів з усіх дисциплін відбувається впродовж останнього тижня семестру, що призводить до значного психологічного і фізичного перенавантаження студентів.

Слід зазначити, що реструктуризація учбово-виробничої практики згідно вимог кредитно-модульної системи, яка передбачала її проходження на різних клінічних базах у вигляді окремих занять по 4 години, була відмінена. Студенти проходять практику після весняної сесії у вигляді циклу на одній клінічній базі, що є особливо ефективним. Це можна пояснити тим, що студент, приходячи у відділення, має час для знайомства з персоналом, ознайомлення зі специфікою і режимом роботи клініки. "Робочий" день студента починається о 8 годині; він має бути присутнім на ранковій оперативній нараді у відділенні, розподілі роботи молодшого і середнього медичного персоналу, можливість брати участь в клінічних оглядах хворих. Приступаючи до практики з ранку, студенти беруть участь у роботі відділення в найбільш напружений період робочого дня (транспортування хворих на дослідження, маніпуляції, перев'язки і т.п.).

Реферат

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ ПО КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Кришень В.П., Задорожный В.В., Баранник С.И., Трофимов Н.В., Лященко П.В.

Ключевые слова: кредитно-модульная система, общая хирургия, методика преподавания.

В работе изложены результаты анализа опыта организации учебного процесса по кредитно-модульной системе в преподавании дисциплины "Общая хирургия с уходом за больными". Обсуждены причины, которые усложняют внедрение новой программы. Приведены примеры решения основных проблемных вопросов.

Summary

SOME COMPLICATED QUESTIONS ON INSTRUCTION OF GENERAL SURGERY ACCORDING

Krishen V.P., Zadorozhny V. V., Barannik S. I. Trofimov N. V., Lyashchenko P. V.

Key words: credit-modular system, general surgery, teaching technique.

This article presents the results obtained by analyzing the experience in instruction arrangement on medical discipline "General surgery with care of patients" according to ECTS. The culprits complicating the implementation of the new program are discussed. The possible ways to solve the basic problems are also discussed.

УДК: 61:378.14

Кушта Ю.Ф., Лисюк Ю.С.

ОПТИМІЗАЦІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ У КОНТЕКСТІ НАВЧАННЯ НА ЗАСАДАХ БОЛОНСЬКОЇ ДЕКЛАРАЦІЇ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

На сьогодні практично у всіх країнах Європи підготовка студентів-медиків у вищих навчальних закладах відбувається на засадах Болонської декларації. Велике значення надається самостійній роботі студентів (СРС). Ми пропонуємо при СРС застосовувати інтерактивні форми навчання – метод „мозкового штурму”, метод проектів, кейс-метод. Вони дають можливість студентам – медикам швидше оволодіти знаннями, набутти професійних вмінь та навичок.

Ключові слова: самостійна робота студентів, інтерактивне навчання.

„Справжні знання – це самостійно здобути” (Сократ)

Вступ

Починаючи з 2005 року, навчання у вищих навчальних медичних закладах України відбувається на засадах Болонської декларації. За цей період проявили певні переваги кредитно-модульної системи, водночас відмічено деякі труднощі при впровадженні її принципів у вітчизняну модель медичної освіти [6,7]. Зокрема, однією з основних вимог міжнародних стандартів освіти є те, що випускники вищого медичного

Висновки

1. Необхідно продовжити роботу по переробці та оновленню учбово-методичного та матеріально-технічного забезпечення навчального процесу в умовах кредитно-модульної системи.

2. Враховуючи те, що викладання різних дисциплін відбувається іноді на різних клінічних базах, а також за умов специфіки роботи клінічних кафедр, доцільно для викладання практичних навичок з наступних тем виділяти окремий час наприкінці практичних занять.

3. Доцільно проводити розподіл модульного контролю рівня засвоєння практичних і теоретичних знань на 2 останніх заняття замість 1.

4. Загальний аудиторний час практичних занять доцільно збільшити в 1,5 рази.

5. З метою покращення рівня отримання медсестринських навичок учбово-виробничу практику доцільно продовжити проводити як цикл на одній клінічній базі в окремий від учбового семестру час.

Література

1. Підаєв А.В. Болонський процес в Європі / Підаєв А.В., Передрій В.І. – Одеса : ОДМУ, 2004 – 190 с.
2. Указ Президента України від 17.02.2004 №199/2004 "Про заходи щодо вдосконалення системи вищої освіти України".

Мета дослідження

Метою роботи є оптимізація СРС шляхом чіткого окреслення та акцептування інтерактивних форм навчання.

Об'єкт і методи дослідження

Аналітичним вивченням вибірково охоплено частину студентів III курсу медичного факультету Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького при вивченні дисципліни «Загальна хірургія».

Результати досліджень та їх обговорення

Важливою ланкою медичної освіти за принципами Болонської декларації є самостійна робота студентів як одна із основних форм оволодіння навчальним матеріалом [2, 3]. Девізом самостійної роботи студентів має бути «Я навчусь» замість «Мене навчать». Для реалізації цього принципу необхідна допомога викладачів – навчити студентів навчатися та привити їм почуття відповідальності за організацію свого навчання. Формування цілісної системи самостійного здобуття знань передбачає реалізацію наступних завдань: 1) студенти мають навчитися планувати свою діяльність; 2) студентам потрібно покращувати техніку читання; 3) вони повинні фіксувати основні моменти інформації; 4) вони мають набути навички скорочення інформації без втрати суті та змісту.

Для досягнення цих цільових завдань доцільною може бути оптимізація СРС шляхом застосування різних видів інтерактивного навчання – методу «мозкового штурму», методу проектів, кейс-методу [1, 2, 4, 7].

Доступним на практиці та цікавим варіантом організації СРС і водночас її контролю є адаптований для студентів метод «мозкового штурму» [1, 4]. Суть методу полягає у постановці проблеми та негайному її вирішенні. Метод «мозкового штурму» доцільно застосовувати під час заняття для розв'язання ситуаційних задач, що активізує навчальний процес та дозволяє додатково оцінити знання студента. Такий вид СРС можна проводити біля ліжка хворого, щоб визначити стосовно нього діагностично-лікувальну тактику. Акцептування наведеного способу навчання та контролю за його якістю зменшує недоліки тестової системи оцінки знань, яка малоприсадаблена для підготовки майбутнього медика.

Іншим варіантом інтерактивного навчання є метод проектів, який доцільно застосовувати у випадках, коли студентам задається самостійна робота, що охоплює тематику навчального семестру чи декількох кредитів [2,4,8]. В перекладі з французької мови слово проект означає «стрибок вперед». Принцип методу полягає в тому, що викладач як координатор процесу чітко окреслює суть та етапи завдання, а також вказує на джерела інформації, які треба опрацювати. На початковому етапі роботи над проектом всі отримують завдання та вимоги до їх виконання. В подальшому учасники за допомогою викладача самі визначають проміжні завдання, здійснюють пошук шляхів для їх вирішення. Внаслідок доопрацювання студентський колектив (група) представляє спільний проект на розгляд керівника. Відбувається захист проекту, на якому учасники обговорюють актуальність проблеми, висвітлюють отримані результати та аргументують висновки. Наслідком виконаної роботи є отримання кожним учасником проекту певної оцінки, яка в подальшому переводиться у бали за індивідуальну самостійну роботу. Перед виставленням оцінки метод проектів передбачає здійснення самооцінки та колективне оціню-

вання діяльності кожного учасника. Подібне завершення проекту сприяє формуванню толерантності та самокритичності, вміння вести дискусію, підводити підсумки роботи. В існуючій традиційній вітчизняній системі медичного навчання такий підхід застосовується в роботі студентів у наукових гуртках і реалізується на студентських наукових конференціях, і в плані вдосконалення СРС доцільним буде ширше застосування його на практиці із залученням більшої кількості студентів.

Цікавим і перспективним способом організації СРС є кейс-метод [4,8]. Він був запропонований у Гарвардській школі бізнесу на початку ХХ століття. Суть його в тому, що викладач надає студентам пакет документів (кейс), з допомогою якого студенти знаходять вихід з певної проблеми. Кейс-метод може бути застосованим для самостійної роботи, що охоплює декілька занять в межах одного кредиту чи однієї загальної теми (наприклад «Хірургічна інфекція», «Онкологія»). В процесі виконання самостійної роботи студент, при потребі, звертається до викладача, щоб отримати консультацію чи необхідну допомогу. Його аналогом у медичних вузах є написання студентами навчальної історії хвороби.

Наведені інтерактивні форми варіанти СРС дають можливість студентам засвоїти принципи самоосвіти [4, 6], яка є вищим ступенем навчання, ніж просто самостійна робота, тому що кожен студент сам ставить собі ціль, в той час як при СРС завдання дає викладач.

Висновки

1. Інтерактивні форми СРС створюють умови для оптимального оволодіння студентами-медиками знаннями та професійними навичками з навчальної дисципліни «Загальна хірургія».
2. Представлена організація СРС вимагає від студентів високої активності та позитивно впливає на формування клінічного мислення.
3. Робота в команді імітує професійне середовище лікаря і формує культуру спілкування та взаємодії.
4. У проведенні інтерактивних форм СРС вдосконалюється педагогічна майстерність викладачів студентських груп.

Перспективи подальших досліджень

Ширше застосування на практиці інтерактивних форм СРС забезпечить реалізацію основних завдань вищої освіти – навчити студентів навчатися самостійно, аналізувати і вирішувати проблеми, підвищить їх відповідальність за організацію свого навчання. Такі моделі організації навчального процесу є перспективним шляхом покращення професійної орієнтованості навчання студентів-медиків і дієвим способом формування у них системи самостійного здобуття знань як необхідної основи самоосвіти у подальшій практичній роботі.

Література

1. Гин А.А. Мозговой штурм / А. А. Гин // Педагогическая техника. – 2005. – № 5. – С.3-5.
2. Карбованець О. Метод проектів – сучасна педагогічна технологія навчання освітніх закладів різних рівнів / О. Карбованець, Н. Курц, Н. Голуб, А. Майораш // Науковий Вісник УжНУ. Серія: Педагогіка. Соціальна робота. – 2008. – №15. – С. 80- 83.
3. Науково-дослідницька робота /Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://medvisnyk.org.ua/content/view/359/38/>
4. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования: учеб. пособие. / [Е.С. Полат, М.Ю. Бухаркина, М.В. Моисеева, А.Е. Петров] ; Под. ред. Е.С. Полат. – М. : Академия, 2003. – 125 с.

5. Про заходи МОЗ України на виконання Постанови Верховної Ради України „Про Рекомендації парламентських слухань „Про стан і перспективи розвитку вищої освіти в Україні”: наказ МОЗ України 31.08.2004 № 439.
6. „Про Національну доктрину розвитку освіти”: указ Президента України № 347/2002 від 17.04.02 року.
7. „Про організацію Всеукраїнського конкурсу науково – дослідних робіт студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів III – IV рівнів акредитації – Міністерство охорони здоров'я України”: наказ МОЗ України 23.09. 2003 № 443.
8. Разієвська Ж.В. Метод проектів як засіб формування ключових компетенцій на заняттях з предметів природничого циклу / Ж.В. Разієвська. // Біологія. – ВГ "Основа". – 2008. – №13. – С.8-10.

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ОБУЧЕНИЯ СОГЛАСНО БОЛОНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

Кушта Ю.Ф., Лысюк Ю.С.

Ключевые слова: самостоятельная работа студентов, интерактивное образование.

На сегодня практически во всех европейских странах подготовка студентов–медиков происходит согласно Болонской декларации. Большое значение имеет выполнение самостоятельной работы студентов (СРС). Мы предлагаем при СРС использовать интерактивные формы образования – метод «мозгового штурма», метод проектов, кейс–метод. Они дают возможность студентам–медикам быстрее овладеть знаниями, получить профессиональные опыт и навыки.

Summary

HOW TO IMPROVE STUDENTS' INDEPENDENT WORK ACCORDING TO BOLOGNA DECLARATION

Kushta Yu.F. Lysyuk Yu.S.

Key words: students' independent work, interactive learning.

Nowadays the medical student training in all European countries is adjusted with Bologna education declaration. Therefore much attention should be paid to students' independent work. We propose to more widely introduce into the practice such interactive learning techniques as “brain-storming”, project method, case-method which gives students an opportunity to get deep knowledge, professional skills.

УДК 617.0:378.146/.147

Ксенофонт С.С., Борота О.В., Гюльмамедов Ф.И., Ликов В.О., Жадинський А.М.

МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ У НАВЧАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У роботі представлений узагальнюючий погляд на складові компоненти мотиваційних аспектів практичної підготовки та професійного учіння майбутнього фахівця на клінічній кафедрі у формуванні його фахової компетенції. Визначення реального ставлення студента до практичної підготовки навчання, як мотивованого шляху досягнення головної мети - отримання якісної освіти, яка гарантує соціальні перспективи і професійну здатність, можливо через призму особистої роботи у Центрі практичної підготовки медичного університету як за розкладом занять, так само й у вільний час. Наведені відповідні висновки.

Ключові слова: мотивації, практична підготовка, навчально-педагогічний процес.

Постановка проблеми, аналіз останніх досліджень і публікацій

Процес клінічного навчання є специфічно організованим дійством, при якому відбувається передача теоретичних знань та практичних навичок-умінь від викладача студенту з метою формування останнього як освіченої людини, а також виникає оптимізація розумового напруження студентів з ціллю формування лікарського мислення, покращення умов для самостійного прийняття рішень [3, 4]. Задля успішної підготовки висококваліфікованих спеціалістів необхідним є підвищення рівня навчально-методичної роботи, удосконалення ступенів мотиваційного та методологічного викладання дисципліни. Однак навіть найдосконаліша система освіти не може дати спеціалісту впевненості у повноті власних знань і умінь, продуманій послідовності дій по відношенню до пацієнта. Встановлено, що у процесі навчання у вищому навчальному закладі сила мотиву учіння із засвоєння обраної професії знижується, більшість студентів не мають мотивованої "звички" до постійної практичної й теоретичної професійної підготовки, що загалом відображає доволі низьку мотивацію до якісного навчання, недостатнє формування у них тяжіння до постійного удо-

сконалення, до безперервної професійної освіти. Цей факт знайшов своє відображення у багатьох дослідженнях [1, 2, 5]. Причинами такого явища вчені називають незадовільні перспективи роботи або відсутність їх бачення, а також недоліки в організації навчального процесу. Тому мотивація як створення умов у процесі учіння для усвідомлення майбутніми фахівцями стійкої позитивної професійної вмотивованості потребує постійного вивчення на підставах загальної й особистісної мотивації учіння та освітньої діяльності.

Мета роботи

Узагальнюючий погляд на складові компоненти мотиваційних аспектів практичної підготовки та професійного навчання майбутнього фахівця на клінічній кафедрі у формуванні його фахової компетенції.

Виклад основного матеріалу та обговорення

З'ясувати мотиви оволодіння майбутньою професією можна лише виявивши значущість для особистості усіх компонентів складної мотиваційної структури. Це дає можливість відокремити поняття мотиваційної напруги як суми елементів професійного саморозвитку, що зростає залежно від збільшення кількості таких

5. Про заходи МОЗ України на виконання Постанови Верховної Ради України „Про Рекомендації парламентських слухань „Про стан і перспективи розвитку вищої освіти в Україні”: наказ МОЗ України 31.08.2004 № 439.
6. „Про Національну доктрину розвитку освіти”: указ Президента України № 347/2002 від 17.04.02 року.
7. „Про організацію Всеукраїнського конкурсу науково – дослідних робіт студентів вищих медичних (фармацевтичних) навчальних закладів III – IV рівнів акредитації – Міністерство охорони здоров'я України”: наказ МОЗ України 23.09. 2003 № 443.
8. Разієвська Ж.В. Метод проектів як засіб формування ключових компетенцій на заняттях з предметів природничого циклу / Ж.В. Разієвська. // Біологія. – ВГ "Основа". – 2008. – №13. – С.8-10.

Реферат

ОПТИМИЗАЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ–МЕДИКОВ В КОНТЕКСТЕ ОБУЧЕНИЯ СОГЛАСНО БОЛОНСКОЙ ДЕКЛАРАЦИИ

Кушта Ю.Ф., Лысюк Ю.С.

Ключевые слова: самостоятельная работа студентов, интерактивное образование.

На сегодня практически во всех европейских странах подготовка студентов–медиков происходит согласно Болонской декларации. Большое значение имеет выполнение самостоятельной работы студентов (СРС). Мы предлагаем при СРС использовать интерактивные формы образования – метод «мозгового штурма», метод проектов, кейс–метод. Они дают возможность студентам–медикам быстрее овладеть знаниями, получить профессиональные опыт и навыки.

Summary

HOW TO IMPROVE STUDENTS' INDEPENDENT WORK ACCORDING TO BOLOGNA DECLARATION

Kushta Yu.F. Lysyuk Yu.S.

Key words: students' independent work, interactive learning.

Nowadays the medical student training in all European countries is adjusted with Bologna education declaration. Therefore much attention should be paid to students' independent work. We propose to more widely introduce into the practice such interactive learning techniques as “brain-storming”, project method, case-method which gives students an opportunity to get deep knowledge, professional skills.

УДК 617.0:378.146/.147

Ксенофонтов С.С., Борота О.В., Гюльмамедов Ф.И., Ликов В.О., Жадинський А.М.

МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ПРАКТИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНЬОГО ФАХІВЦЯ У НАВЧАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ НА КАФЕДРІ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У роботі представлений узагальнюючий погляд на складові компоненти мотиваційних аспектів практичної підготовки та професійного учіння майбутнього фахівця на клінічній кафедрі у формуванні його фахової компетенції. Визначення реального ставлення студента до практичної підготовки навчання, як мотивованого шляху досягнення головної мети - отримання якісної освіти, яка гарантує соціальні перспективи і професійну здатність, можливо через призму особистої роботи у Центрі практичної підготовки медичного університету як за розкладом занять, так само й у вільний час. Наведені відповідні висновки.

Ключові слова: мотивації, практична підготовка, навчально-педагогічний процес.

Постановка проблеми, аналіз останніх досліджень і публікацій

Процес клінічного навчання є специфічно організованим дійством, при якому відбувається передача теоретичних знань та практичних навичок-умінь від викладача студенту з метою формування останнього як освіченої людини, а також виникає оптимізація розумового напруження студентів з ціллю формування лікарського мислення, покращення умов для самостійного прийняття рішень [3, 4]. Задля успішної підготовки висококваліфікованих спеціалістів необхідним є підвищення рівня навчально-методичної роботи, удосконалення ступенів мотиваційного та методологічного викладання дисципліни. Однак навіть найдосконаліша система освіти не може дати спеціалісту впевненості у повноті власних знань і умінь, продуманій послідовності дій по відношенню до пацієнта. Встановлено, що у процесі навчання у вищому навчальному закладі сила мотиву учіння із засвоєння обраної професії знижується, більшість студентів не мають мотивованої "звички" до постійної практичної й теоретичної професійної підготовки, що загалом відображає доволі низьку мотивацію до якісного навчання, недостатнє формування у них тяжіння до постійного удо-

сконалення, до безперервної професійної освіти. Цей факт знайшов своє відображення у багатьох дослідженнях [1, 2, 5]. Причинами такого явища вчені називають незадовільні перспективи роботи або відсутність їх бачення, а також недоліки в організації навчального процесу. Тому мотивація як створення умов у процесі учіння для усвідомлення майбутніми фахівцями стійкої позитивної професійної вмотивованості потребує постійного вивчення на підставах загальної й особистісної мотивації учіння та освітньої діяльності.

Мета роботи

Узагальнюючий погляд на складові компоненти мотиваційних аспектів практичної підготовки та професійного навчання майбутнього фахівця на клінічній кафедрі у формуванні його фахової компетенції.

Виклад основного матеріалу та обговорення

З'ясувати мотиви оволодіння майбутньою професією можна лише виявивши значущість для особистості усіх компонентів складної мотиваційної структури. Це дає можливість відокремити поняття мотиваційної напруги як суми елементів професійного саморозвитку, що зростає залежно від збільшення кількості таких

елементів. Важливість аналізу мотиваційної структури виявляється у вивченні саме професійного навчання. Професійна спрямованість, пізнавальна активність, прагматичність, соціальна та особиста престижність викликають у тих, хто оволодіває професією лікаря, певне ставлення до навчання взагалі та до різних навчальних предметів зокрема. Воно обумовлюється усвідомленням важливості навчальної дисципліни для професійної підготовки, інтересом до певної галузі знань предмету як її частини, якістю викладання, мірою складності оволодіння, навчальною дисципліною відповідно до здібностей, навіть відносинами з викладачем. Всі ці елементи мотиваційного процесу вступають між собою у певні взаємозв'язки, можуть по-різному впливати на професійне становлення.

Основою професійної підготовки студентів на кафедрі загальної хірургії є формування системи професійних навичок та практичних умінь відповідно до завдань програми навчання. Процес формування цих навичок включав оволодіння фондом систематизованих знань, вільне оперування отриманими знаннями і використання їх у розв'язанні професійних задач. Аналіз найпоширеніших ситуацій взаємодії викладача та студента дав нам можливість виокремити певні сфери цілеспрямованих мотиваційних впливів. Вони пов'язані з відповідними елементами професійного саморозвитку. Водночас викладач, зацікавлений у ефективності своєї діяльності, підготовці кваліфікованого фахівця, природно звертається до цілісної системи мотивації, прагне до її активізації та підтримання мотиваційної напруги на належному рівні. Спрямованим компонентом мотивації є цілеспрямований мотиваційний вплив. Він концентрує силу і, водночас, виваженість позиції викладача у системі педагогічної взаємодії. Цей процес включає, по суті, низку ситуацій, у межах яких і відбувається мотиваційний вплив як інструмент мотиваційного забезпечення професійного саморозвитку людини у навчально-професійній діяльності. На кафедрі загальної хірургії проведений аналіз найпоширеніших ситуацій взаємодії викладача та студента дав нам можливість виокремити певні сфери цілеспрямованих мотиваційних впливів. Вони пов'язані з відповідними елементами практичної підготовки та подальшого професійного саморозвитку. На наш погляд, складові практичної професійної підготовки, яка виявляється через формування та розвиток компетентності, через мотиваційні аспекти самонавчання та необхідність взаємодії з оточуючим світом, приділяється менше уваги, а вирішення тактичних проблем, розв'язання наявних протиріч та створення програм життєдіяльності займають останні місця у самому процесі учіння. З метою деталізації розуміння студентами практичної професійної підготовки, ми вибірково запропонували їм визначити чинники, що впливають на цей процес. Результати відповідей відображають таке ранжування запропонованих чинників: 18,2% — самоорганізація, самореалізація — 17,8 %, задатки, схильності та самоосвіта — 15,8 %, самопізнання — 12,2 %. Самоконтроль віддано менше десяти відсотків відповідей — 9,3 %. Самомотивація, на думку студентів, впливає ще менше — 6,7 %, а потреба у саморозвитку серед запропонованих чинників займає одне з останніх місць, на неї припало 5,1 % відповідей. Студенти також вказали на недостатність цілеспрямованого впливу на саморозвиток з боку викладачів. Визначення реального ставлення студента до практичної підготовки навчання, як мотивованого шляху досягнення головної мети - отримання якісної освіти, яка гарантує соціальні перспективи і

професійну здатність, на наш погляд, можливо через призму особистої роботи у Центрі практичної підготовки нашого університету як за розкладом занять, так само й у вільний час. Нажаль, 75 % респондентів не мають «звичок» щодо регулярного відвідування цього закладу. Виявилось, що причини низької активності студентів щодо самостійної професійної поза аудиторної роботи не пов'язані з недоліками в іншій складовій дидактичного процесу - алгоритму керівництва навчанням, тобто організації навчально-методичного процесу. Головними методами навчання практичної підготовки вважаємо лекції (з обов'язковою наочною демонстрацією тематичних клінічних пацієнтів), практичні заняття (перев'язувальна, маніпуляційна кімнати, тощо) у клінічному відділенні, присутність студентів в операційних клініках (з послідовним тлумаченням етапів зроблених операцій), клінічні конференції, заняття в тематичних гуртках, науково-дослідна робота, праця з фаховими підручниками, монографіями, Інтернетом, журналами з наступним обговоренням їх з викладачем. Для оптимізації практичної підготовки було прийнято низку спроб з метою проведення можливого кількісного аналізу багатьох початкових чинників, включаючи визначення пізнавальних підходів (семіотика), які використовуються практичними лікарями для вирішення важливих проблем, розробку тестових систем, підтримку прийняття рішень, які можуть виділяти найбільш важливий елемент у діагностичному процесі, та застосування теорії ігор й теорії прийняття рішення щодо конкретного клінічного пацієнта. Враховуючи те, що мотиваційні побудинки професійної практичної підготовки відбуваються перш за все у навчально-професійній діяльності, було з'ясоване — студенти усвідомлюють вплив соціальної відповідальності на професійний саморозвиток, який виражається в бажанні активно впливати на ситуацію, у самопізнанні та у розумінні значущості роботи над собою, в організації цілеспрямованої роботи над власними особистісними якостями, у визначенні та аналізі власних потреб, а також у професійному становленні та усвідомленні можливостей власного впливу на середовище. Однак реалії інші — студенти недостатньо приділяють уваги регулярній самостійній позааудиторній практичній підготовці, отож наявний негативний вплив на формування професійної компетенції майбутнього фахівця. Підвищення мотивації щодо якісного навчання, на нашу думку, можливе за рахунок, у по-перше, особистісно-творчого дотримання плану навчальної дисципліни; по-друге, ерудиції і педагогічної майстерності викладача, його авторитету серед студентів; по-третє, обміну студентів між вітчизняними та іноземними вищими медичними навчальними закладами, що є більш доступним в умовах кредитно-модульної системи навчання.

Висновки

1. Найбільш вагомим мотиваційним компонентом практичної підготовки майбутнього лікаря у формуванні його професійної компетенції є діяльнісний компонент як інтегральне утворення, що характеризує особливості навчально-професійної діяльності.

2. Удосконалення навчально-виховного процесу у вищому медичному навчальному закладі потребує суттєвого посилення педагогічних впливів на мотиваційні складові професійного практичного навчання та виявлення протиріч подальшого професійного саморозвитку.

Література

1. Болгаріна В.С. Вивчення мотивації умінь засобами педагогічної соціології / В.С. Болгаріна, Л.І. Гуменюк // Педагогіка і психологія. – 1997. – № 4. – С.7-14.
2. Бордовская Н.В. Педагогика / Н.В. Бордовская, А.А. Реан. – СПб.: Питер, 2000. – 304 с.
3. Козак Т.М. Педагогічна співтворчість викладача і студентів в рамках кредитно-модульної системи організації навчального

процесу / Т.М. Козак // Розвиток наукових досліджень-2005 : Матер. міжнар.науково-практ. конф. - Полтава, 2005. - Т. 5. - С. 42-44.

4. Підаєв А.Е. Болонський процес в Європі / А.Е.Підаєв, В.Г. Передерій. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
5. Кузьмінський А.І. Педагогіка вищої школи: Навч. посіб / Кузьмінський А.І. – К. : Знання, 2005. – 486 с.

Реферат

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА В УЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ.

Ксенофонтов С.С., Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Лыков В.А., Жадинский А.Н.

Ключевые слова: мотивации, практическая подготовка, учебно-педагогический процесс.

В работе представлен обобщающий взгляд на составные компоненты мотивационных аспектов практической подготовки и профессионального обучения будущего специалиста на клинической кафедре в формировании его профессиональной компетенции. Определение реального отношения студента к практической подготовке в процессе учения как мотивированного пути достижения главной цели - получения качественного образования, которое гарантирует социальные перспективы и профессиональную способность возможно через призму личной работы в Центре практической подготовки медицинского университета как по расписанию занятий, также и в свободное от занятий время. Приведены соответствующие выводы.

Summary

MOTIVATION ASPECTS OF MEDICAL TRAINING AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY

Ksenofontov S.S., Borota O.V., Gulmamedov F.I., Lykov V.O., Zhadinskiy A.N.

Keywords: motivations, practical preparation, educational-pedagogical process.

This paper has generalized the ideas referring to the components of motivation aspects of medical training at the clinical department and to the development of students' professional competence. The determination of the realistic students' attitude to practical training as a motivated way to achieve primary goal, i.e. to get high-quality education which is promising for social and professional growth may be obtained through the personal work at the Training Center of medical university. The results obtained are presented.

УДК 378.016:617:378.026

Лупальцов В.И., Ворошук Р.С., Ягнюк А.И., Дехтярук И.А.

ДИДАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3

Представлены основные дидактические принципы преподавания дисциплины «Хирургия» в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса. На основании проведенного анализа авторы приходят к заключению, что использование дидактических принципов, соответствующих изучаемому модулю дисциплины преподавания, позволяет оптимизировать вопросы междисциплинарной интеграции и проведения дифференциального диагноза. Необходим пересмотр учебной программы для включения часов на чтение лекций студентам 6 курса по госпитальному типу преподавания.

Ключевые слова: преподавание хирургии, кредитно-модульная система организации учебного процесса, дидактика.

Вступление

В медицинских ВУЗах Украины традиционно сложились два типа преподавания основных клинических дисциплин: факультетский и госпитальный [1, 2]. После реформирования высшего медицинского образования к требованиям Болонского процесса эти дидактические типы преподавания попрежнему сохраняются, хотя сами термины «факультетский» и «госпитальный» стали применяться значительно реже. В условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса они применяются в течении изучения пяти модулей дисциплины «Хирургия».

Следует отметить, что обучение студентов хирургии по факультетскому типу ранее проводилось на четвертом, а сейчас – на 4-м и 5-м курсах. Если госпитальную хирургию в прежние годы преподавали на 5-м и 6-м курсе, то в настоящее время – только на 6-м курсе. Следует отметить, что за терминами «факультетская хирургия» и «госпитальная хирургия» стоят различные методологические подходы к преподаванию одной и той же дисциплины «Хирургия» студентам 4-6 курсов медицинских факультетов. Чем больше

различий в типах преподавания, тем больше обеспечивается прирост знаний по данной дисциплине. Отсутствие должной дифференциации по типам преподавания хирургии приводит к малоощутимым положительным сдвигам в уровне обучения студентов хирургии. В связи с этим возникает необходимость углубленного изучения методологических принципов, обеспечивающих различные дидактические типы преподавания хирургии студентам. Методологическую основу факультетской и госпитальной хирургии составляют четкая внутродисциплинарная интеграция и дифференциация процессов обучения.

Цель работы

Выделение основных дидактических принципов преподавания хирургии в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса.

Рассмотрим основные различия методологических подходов при проведении аудиторных практических занятий и лекций по хирургии.

Практическое занятие с разбором клинических примеров хирургических болезней у постели больного

Література

1. Болгаріна В.С. Вивчення мотивації умінь засобами педагогічної соціології / В.С. Болгаріна, Л.І. Гуменюк // Педагогіка і психологія. – 1997. – № 4. – С.7-14.
2. Бордовская Н.В. Педагогика / Н.В. Бордовская, А.А. Реан. – СПб.: Питер, 2000. – 304 с.
3. Козак Т.М. Педагогічна співтворчість викладача і студентів в рамках кредитно-модульної системи організації навчального

процесу / Т.М. Козак // Розвиток наукових досліджень-2005 : Матер. міжнар.науково-практ. конф. - Полтава, 2005. - Т. 5. - С. 42-44.

4. Підаєв А.Е. Болонський процес в Європі / А.Е.Підаєв, В.Г. Передерій. – Одеса : Одес. держ. мед. ун-т, 2004. – 190 с.
5. Кузьмінський А.І. Педагогіка вищої школи: Навч. посіб / Кузьмінський А.І. – К. : Знання, 2005. – 486 с.

Реферат

МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ БУДУЩЕГО СПЕЦИАЛИСТА В УЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ.

Ксенофонтов С.С., Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Лыков В.А., Жадинский А.Н.

Ключевые слова: мотивации, практическая подготовка, учебно-педагогический процесс.

В работе представлен обобщающий взгляд на составные компоненты мотивационных аспектов практической подготовки и профессионального обучения будущего специалиста на клинической кафедре в формировании его профессиональной компетенции. Определение реального отношения студента к практической подготовке в процессе учения как мотивированного пути достижения главной цели - получения качественного образования, которое гарантирует социальные перспективы и профессиональную способность возможно через призму личной работы в Центре практической подготовки медицинского университета как по расписанию занятий, также и в свободное от занятий время. Приведены соответствующие выводы.

Summary

MOTIVATION ASPECTS OF MEDICAL TRAINING AT THE DEPARTMENT OF GENERAL SURGERY

Ksenofontov S.S., Borota O.V., Gulmamedov F.I., Lykov V.O., Zhadinskiy A.N.

Keywords: motivations, practical preparation, educational-pedagogical process.

This paper has generalized the ideas referring to the components of motivation aspects of medical training at the clinical department and to the development of students' professional competence. The determination of the realistic students' attitude to practical training as a motivated way to achieve primary goal, i.e. to get high-quality education which is promising for social and professional growth may be obtained through the personal work at the Training Center of medical university. The results obtained are presented.

УДК 378.016:617:378.026

Лупальцов В.И., Ворожук Р.С., Ягнюк А.И., Дехтярук И.А.

ДИДАКТИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП ПРЕПОДАВАНИЯ ХИРУРГИИ В УСЛОВИЯХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Харьковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии №3

Представлены основные дидактические принципы преподавания дисциплины «Хирургия» в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса. На основании проведенного анализа авторы приходят к заключению, что использование дидактических принципов, соответствующих изучаемому модулю дисциплины преподавания, позволяет оптимизировать вопросы междисциплинарной интеграции и проведения дифференциального диагноза. Необходим пересмотр учебной программы для включения часов на чтение лекций студентам 6 курса по госпитальному типу преподавания.

Ключевые слова: преподавание хирургии, кредитно-модульная система организации учебного процесса, дидактика.

Вступление

В медицинских ВУЗах Украины традиционно сложились два типа преподавания основных клинических дисциплин: факультетский и госпитальный [1, 2]. После реформирования высшего медицинского образования к требованиям Болонского процесса эти дидактические типы преподавания попрежнему сохраняются, хотя сами термины «факультетский» и «госпитальный» стали применяться значительно реже. В условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса они применяются в течении изучения пяти модулей дисциплины «Хирургия».

Следует отметить, что обучение студентов хирургии по факультетскому типу ранее проводилось на четвертом, а сейчас – на 4-м и 5-м курсах. Если госпитальную хирургию в прежние годы преподавали на 5-м и 6-м курсе, то в настоящее время – только на 6-м курсе. Следует отметить, что за терминами «факультетская хирургия» и «госпитальная хирургия» стоят различные методологические подходы к преподаванию одной и той же дисциплины «Хирургия» студентам 4-6 курсов медицинских факультетов. Чем больше

различий в типах преподавания, тем больше обеспечивается прирост знаний по данной дисциплине. Отсутствие должной дифференциации по типам преподавания хирургии приводит к малоощутимым положительным сдвигам в уровне обучения студентов хирургии. В связи с этим возникает необходимость углубленного изучения методологических принципов, обеспечивающих различные дидактические типы преподавания хирургии студентам. Методологическую основу факультетской и госпитальной хирургии составляют четкая внутродисциплинарная интеграция и дифференциация процессов обучения.

Цель работы

Выделение основных дидактических принципов преподавания хирургии в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса.

Рассмотрим основные различия методологических подходов при проведении аудиторных практических занятий и лекций по хирургии.

Практическое занятие с разбором клинических примеров хирургических болезней у постели больного

является основной формой обучения студентов и управления их познавательной деятельностью. Дидактические типы обучения студентов хирургии находят соответствующее отражение в организации и методологических принципах клинических практических занятий (табл.1). В условиях кредитно-модульной программы госпитальный тип преподавания хирургии на практических занятиях используется при изучении модуля «Синдромы и симптомы в хирургии» для студентов 6 курса.

Следует отметить, наиболее сложной частью клинического обучения студентов в медицинском вузе

является проведение дифференциального диагноза [3]. При этом факультетский и госпитальный курс клинической дисциплины требуют разного подхода. Поэтому преподавателю клинических кафедр необходимо владеть методологическими основами обучения студентов дифференциально-диагностическому поиску. Структура деятельности усвоения дифференциально-диагностического поиска при различных дидактических типах обучения представлена в табл. 2.

Таблица 1.
Методологические принципы проведения аудиторных практических занятий по хирургии

	Факультетский тип (1-2 модуль, 4-5 курс)	Госпитальный тип (4 модуль, 6 курс)
Объект изучения	типичный случай заболевания	нетипичный случай болезни
Цель	показать совокупность характерных (типичных) признаков, необходимых для классического варианта изучаемой нозологии	показать особенности данного случая заболевания и его отличия от классического варианта изучаемой патологии
Диагноз	не известен студентам, и они должны найти его (поставить) в процессе разбора	объявляется студентам в начале разбора, а студенты должны доказать его
Мыслительная деятельность	дедуктивный тип (дедукция), способ рассуждения от общих положений к частным выводам	индуктивный тип (индукция), способ рассуждения от частных фактов к общим выводам
Взаимосвязь теории (Т) и практики	от центрической позиции (Т) к эксцентрической позиции Б (больной) научить студентов тому, как знания по изучаемой теме применять на практике	от центрической позиции Б (больной) к эксцентрической позиции (Т) научить студентов тому, как информацию о больном интерпретировать с помощью современных знаний
Принцип диагностического процесса	нозологический (синтез)	синдромный (анализ через синтез)
Диагностический поиск	путь к диагнозу длительный (формальный)	путь к диагнозу кратчайший (рациональный)
Ход диагностики	неясные стороны диагноза обычно исключаются (их обходят), а подчеркивается только типичность и полнота признаков, достаточных для диагноза	неясные стороны диагноза не скрываются от студентов, а подчеркиваются, создавая проблемную ситуацию
План обследования больного	максимальный (полный) по объему, включает все возможные методы обследования больного с данной нозологией	минимальный по объему, но достаточный для диагностики и включает лишь самые необходимые методы обследования индивидуума
Осмотр больного	неполный (фрагментарный) алгоритм обследования больного с акцентом на пораженные органы и системы по изучаемой тематике	полный алгоритм обследования больного по органам и системам
Объем дифференцируемых заболеваний	не ограничен и включает всевозможные заболевания пораженного органа или системы	ограничен и включает лишь те болезни, которые действительно могут быть у данного больного
Вопросы лечения	обсуждаются в общих для данной нозологии принципах и при этом учитывается этиопатогенетический подход к его назначению	обсуждаются для конкретного случая заболевания с позиций его обоснованности, индивидуализации, безопасности и коррекции в динамике

Таблица 2.
Основное содержание и дидактические типы дифференциально-диагностического поиска

Содержание	Дидактические типы	
	I тип - факультетский	II тип - госпитальный
Объект познания	Нозология	Синдром
Предмет познания: дифференциально-диагностический ряд болезней	Ограниченный (чаще единицы нозологий), нозологии в пределах одной группы болезней (одного раздела дисциплины)	Расширенный (чаще десятки нозологий), болезни в пределах нескольких разделов дисциплины, или всей дисциплины, или нескольких смежных дисциплин
Способ познавательной деятельности	Дедуктивный: рассуждения от общих фактов, положений к частным выводам.	Индуктивный: рассуждения от частных фактов, положений к общим выводам.
Формируемые знания и характер связи	Внутридисциплинарные в пределах раздела дисциплины	Междисциплинарные или внутридисциплинарные, в пределах всей дисциплины или нескольких ее разделов
Ход и содержание дифференциально-диагностического поиска	Постепенный и последовательный Нахождение всех сходств и различий по основным диагностическим критериям	Быстрый, не всегда последовательный Нахождение только существенных отличительных признаков
Преимущественные виды мыслительных операций	Сравнение, конкретизация, систематизация	Анализ, синтез, абстракция, обобщение, классификация
Уровни дифференциально-диагностического поиска: одноуровневый поиск (выстраивание ряда первого порядка) многоуровневый поиск (выстраивание рядов более высокого порядка)	Дифференциальный диагноз одной типичной нозологии со сходными нозологиями одной и той же группы болезней Дифференциальный диагноз одной типичной нозологии по ее форме, типу, тяжести, течению и другим показателям согласно классификации данной нозологии	Дифференциальный диагноз по одному доминирующему синдрому с другими заболеваниями, сопровождающимися этим синдромом Дифференциальный диагноз по двум и более доминирующим синдромам, первичных и вторичных (симптоматических), типичных и атипичных, врожденных и приобретенных заболеваний, генетических типов патологии и синдромов и др.
Продукты дифференциально-диагностического поиска разного порядка	П1 - продукт 1-го порядка, П2 - продукт 2-го порядка	П1 - продукт 1-го порядка, П2 - продукт 2-го порядка П3 - продукт 3-го порядка, пп - продукт П-го порядка

Таблица 3.
Методологические принципы лекций по хирургии

	Факультетский тип	Госпитальный тип
Объект изучения	– нозологические формы заболеваний в типичных их проявлениях	Объект изучения - нетипичные проявления нозологических форм заболеваний и особенности их течения
Цель	– показать классический вариант развития клинических проявлений, диагностики и лечения нозологических форм заболеваний	Цель - раскрыть актуальную проблему с современных позиций, подчеркнуть особенности патологий и определить пути их дифференциальной диагностики
Структура	классического содержания: – общее понятие и определение, – распространенность, – этиология и патогенез, – клиника и классификация, – диагностика и дифференциальный диагноз, – течение, – принципы лечения и профилактики, – исход и прогноз изучаемой патологии	вариативного содержания: – современная проблема научной новизны и практической значимости, – особенности течения заболеваний (возрастные, фоновые, полиморбидные, региональные, современные и др.), – нетипичные (включая атипичные) – и редко встречаемые нозологические формы заболеваний, – диагностика в современных условиях и дифференциальный диагноз
Связь с другими дисциплинами	на основе интеграции изучаемой дисциплины с фундаментальными и общеклиническими дисциплинами	формирование междисциплинарного знания в процессе изучения дисциплины
Уровень профессиональной компетентности	освоение базовых профессиональных знаний по дисциплине	становление профессиональной компетентности в области изучаемой дисциплины
Направленность образовательного процесса	реализация личностно- и профессионально-ориентированного подхода к организации учебно-воспитательного процесса по дисциплине	иницирование личностного и профессионального роста обучаемых в образовательном процессе
Обратная связь в понимании и усвоении дисциплины	достижение недостаточно устойчивой обратной положительной связи	достижение обратной положительной связи постоянно

В структуру деятельности усвоения дифференциально-диагностического поиска следует включить объект и предмет познания, способ познавательной деятельности, уровень и объем формируемых знаний и их связей, ход дифференциально-диагностического поиска, преимущественные виды мыслительных операций, уровни дифференциально-диагностического поиска (по числу выстраиваемых дифференциально-диагностических рядов), продукты познания разного порядка. Представленные психолого-педагогические категории определяют направленность осуществления дифференциально-диагностического поиска по его содержанию.

В качестве объекта познания выступают изучаемая нозология в типичных ее проявлениях при факультетском типе и ведущий синдром дифференцируемой патологии при госпитальном типе обучения.

Предмет познания составляет дифференциально-диагностический ряд болезней. Он ограничен отдельными нозологиями одной группы сходных болезней, одного раздела дисциплины при факультетском типе дифференциально-диагностического поиска. При госпитальном типе круг дифференцируемых болезней расширен и может включать в себя несколько разделов дисциплины, всю дисциплину и даже несколько смежных клинических дисциплин.

Способ познавательной деятельности обучаемых определяет направленность движения мысли; от общих положений и фактов к частным выводам (дедуктивный способ) при факультетском типе и от частных фактов и положений к частным выводам (индуктивный способ) при госпитальном типе.

Формируемые знания и характер их связей (внутри- и междисциплинарные) зависят от дидактических типов дифференциально-диагностического поиска. При факультетском типе направленно образуются внутридисциплинарные знания в пределах лишь определенного раздела дисциплины, а при госпитальном типе – как междисциплинарные, так и внутридисциплинарные знания, но касающиеся всей дисциплины или нескольких ее разделов.

Ход и содержание дифференциально-диагностического поиска также различны. Используется поиск постепенный и предполагающий последо-

вательное нахождение всех (существенных и несущественных) сходств и отличий дифференцируемых заболеваний при факультетском типе. При госпитальном типе в быстром темпе и не всегда в последовательном порядке находятся только существенные отличительные признаки дифференцируемых заболеваний. При обоих дидактических типах участвуют все виды мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстракция, обобщение, конкретизация, классификация и систематизация).

Уровни дифференциально-диагностического поиска определяются его объемом и глубиной. На этом основании можно выделить одноуровневый поиск с выстраиванием дифференциально-диагностического ряда первого порядка и многоуровневый поиск с выстраиванием рядов более высокого порядка (2-го, 3-го и др.). Одноуровневый поиск предполагает проведение дифференциального диагноза одной типичной нозологии со сходными нозологиями одной и той же группы болезней при факультетском типе и предназначен для дифференциального диагноза заболеваний по одному доминирующему синдрому с другими болезнями, сопровождающимися этим синдромом при госпитальном типе. Многоуровневый поиск включает дифференциальный диагноз одной типичной нозологии по ее форме, типу, тяжести, течению и другим показателям согласно классификации данной нозологии при факультетском типе, а при госпитальном типе дифференциальный диагноз проводится по нескольким доминирующим синдромам, а также между первичными и вторичными (симптоматическими), типичными и атипичными, врожденными и приобретенными заболеваниями, генетическими типами патологии и генетическими синдромами (полными и неполными) и др.

Продукты дифференциально-диагностического поиска могут быть разного порядка в зависимости от его уровня. При факультетском типе одно- и двухуровневый (нозологический типичный) поиск позволяет получить дидактические продукты соответственно 1-го и 2-го порядка. При госпитальном типе используемый как одноуровневый (синдромный), так и многоуровневый (синдромный, нозологический, вариативный) поиск обеспечивает достижение дидакти-

ческих продуктов более высокого порядка (от П1, П2, П3,... к пп).

Однако дидактическое типирование дифференциально-диагностического поиска при всей его обоснованности и систематичности в некоторой мере носит условный характер и может варьировать в зависимости от клинической ситуации.

Клинические лекции являются основной формой обучения, воспитания и развития студентов в медицинском вузе. Они обеспечивают теоретико-методологическую базу по дисциплине, формирование клинического мышления и подготовку к применению профессиональных знаний. Характер и принципы чтения клинических лекций отличаются по своей сложности от курса к курсу и также определяются соответствующими их дидактическими типами, представленными в табл.2. В условиях кредитно-модульной программы чтение лекций по факультетскому типу предусмотрено при изучении 1, 2, 3 и 5 модулей. Следует отметить, что в настоящей учебной программе не выделены часы на чтение лекций по госпитальному типу, что должно соответствовать подобному методологическому подходу проведения практических занятий и проводиться для студентов 6

курса при изучении модуля «Синдромы и симптомы в хирургии».

Выводы

1. Использование дидактических принципов при обучении студентов хирургии позволяет оптимизировать вопросы междисциплинарной интеграции и проведения дифференциального диагноза.

2. Отсутствие часов на чтение лекций по госпитальному типу в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса требует пересмотра учебной программы для студентов 6 курса.

Литература

1. Коган В.И. Основы оптимизации процесса обучения в высшей школе: научно-метод. пособие / В.И. Коган, И.А. Сычеников. - М. : Высшая школа, 1987. - 143 с.
2. Осин А.Я. Дидактические типы клинических семинаров по педиатрии / А.Я. Осин // Современные педагогические технологии в медицинском вузе : материалы науч.-метод. конф. - Владивосток, 2001. - № 6. - С. 22-24.
3. Осина Т.Д. Методологические основы технологии дифференциальной диагностики в клиническом обучении / Т.Д. Осина // Инновационные технологии медицинского образования : материалы науч.-метод. конф. - Владивосток, 2007. - № 12. - С. 232-236.

Реферат

ДИДАКТИЧНИЙ ПРИНЦИП ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Лупальцов В.І., Ворошчук Р.С., Ягнюк А.І., Дехтярук І.А.

Ключові слова: викладання хірургії, кредитно-модульна система організації навчального процесу, дидактика.

Наведені дидактичні принципи викладання дисципліни «Хірургія» в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу. На підставі проведеного аналізу автори приходять до висновку, що використання дидактичних принципів викладання, відповідних модулю дисципліни, що вивчається, дозволяє оптимізувати питання міждисциплінарної інтеграції та проведення диференційного діагнозу. Необхідний перегляд навчальної програми для включення годин на читання лекцій студентам 6 курсу за госпітальним типом викладання.

Summary

DIDACTIC PRINCIPLES FOR TEACHING SURGERY IN ACCORDANCE TO EUROPEAN CREDIT-TRANSFER SYSTEM

Lupaltsov V.I., Voroshchuk R.S., Yagnyuk A.I., Dehtyaruk I.A.

Keywords: teaching surgery, ECTS.

This paper presents common didactic principles for teaching the clinical discipline "Surgery" according to ECTS. Authors make the conclusion that application of didactic principles relevant to the certain studying modules may provide interdisciplinary integrations and making the differential diagnosis. It is necessary to revise the curriculum in order to include the hospital type lectures for the 6th year medical students.

УДК 378.147.227

Миминошвили О.И., Ярошак С.В., Веселый В.Я., Миминошвили А.О., Хачатурова К.М.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

В работе проанализированы современные тенденции развития образовательных методик в учебе студентов медицинского профиля. Развитие интерактивных форм учебы позволяет упростить процесс учебы и расширить объем переданной информации, с другой стороны устраняет важный фактор индивидуального общения между преподавателем и студентами.

Ключевые слова: студенты, обучение.

Вступление

Современные аспекты развития общества требуют активного развития и использования информационных и коммуникационных технологий во всех сферах нашей жизни. Не последнюю роль информация и способы ее получения играют в процессе становления современного врача, от которого требуется освоение большого количества материала по различным дисциплинам и умение практического приме-

нения полученной информации [1, 4].

Наибольшее распространение в настоящее время получило развитие интерактивных форм обучения с использованием телекоммуникационных систем объединенных под термином телемедицина. В свое время эта система создавалась как средство экстренной помощи парамедикам и врачам, оказывающим помощь в труднодоступных районах для получения квалифицированной консультации, а также как средство помощи космонавтам. Дальнейшее развитие и уде-

ческих продуктов более высокого порядка (от П1, П2, П3,... к пп).

Однако дидактическое типирование дифференциально-диагностического поиска при всей его обоснованности и систематичности в некоторой мере носит условный характер и может варьировать в зависимости от клинической ситуации.

Клинические лекции являются основной формой обучения, воспитания и развития студентов в медицинском вузе. Они обеспечивают теоретико-методологическую базу по дисциплине, формирование клинического мышления и подготовку к применению профессиональных знаний. Характер и принципы чтения клинических лекций отличаются по своей сложности от курса к курсу и также определяются соответствующими их дидактическими типами, представленными в табл.2. В условиях кредитно-модульной программы чтение лекций по факультетскому типу предусмотрено при изучении 1, 2, 3 и 5 модулей. Следует отметить, что в настоящей учебной программе не выделены часы на чтение лекций по госпитальному типу, что должно соответствовать подобному методологическому подходу проведения практических занятий и проводиться для студентов 6

курса при изучении модуля «Синдромы и симптомы в хирургии».

Выводы

1. Использование дидактических принципов при обучении студентов хирургии позволяет оптимизировать вопросы междисциплинарной интеграции и проведения дифференциального диагноза.

2. Отсутствие часов на чтение лекций по госпитальному типу в условиях кредитно-модульной системы организации учебного процесса требует пересмотра учебной программы для студентов 6 курса.

Литература

1. Коган В.И. Основы оптимизации процесса обучения в высшей школе: научно-метод. пособие / В.И. Коган, И.А. Сычеников. - М. : Высшая школа, 1987. - 143 с.
2. Осин А.Я. Дидактические типы клинических семинаров по педиатрии / А.Я. Осин // Современные педагогические технологии в медицинском вузе : материалы науч.-метод. конф. - Владивосток, 2001. - № 6. - С. 22-24.
3. Осина Т.Д. Методологические основы технологии дифференциальной диагностики в клиническом обучении / Т.Д. Осина // Инновационные технологии медицинского образования : материалы науч.-метод. конф. - Владивосток, 2007. - № 12. - С. 232-236.

Реферат

ДИДАКТИЧНИЙ ПРИНЦИП ВИКЛАДАННЯ ХІРУРГІЇ В УМОВАХ КРЕДИТНО-МОДУЛЬНОЇ СИСТЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Лупальцов В.І., Ворошчук Р.С., Ягнюк А.І., Дехтярук І.А.

Ключові слова: викладання хірургії, кредитно-модульна система організації навчального процесу, дидактика.

Наведені дидактичні принципи викладання дисципліни «Хірургія» в умовах кредитно-модульної системи організації навчального процесу. На підставі проведеного аналізу автори приходять до висновку, що використання дидактичних принципів викладання, відповідних модулю дисципліни, що вивчається, дозволяє оптимізувати питання міждисциплінарної інтеграції та проведення диференційного діагнозу. Необхідний перегляд навчальної програми для включення годин на читання лекцій студентам 6 курсу за госпітальним типом викладання.

Summary

DIDACTIC PRINCIPLES FOR TEACHING SURGERY IN ACCORDANCE TO EUROPEAN CREDIT-TRANSFER SYSTEM

Lupaltsov V.I., Voroshchuk R.S., Yagnyuk A.I., Dehtyaruk I.A.

Keywords: teaching surgery, ECTS.

This paper presents common didactic principles for teaching the clinical discipline "Surgery" according to ECTS. Authors make the conclusion that application of didactic principles relevant to the certain studying modules may provide interdisciplinary integrations and making the differential diagnosis. It is necessary to revise the curriculum in order to include the hospital type lectures for the 6th year medical students.

УДК 378.147.227

Миминошвили О.И., Ярошак С.В., Веселый В.Я., Миминошвили А.О., Хачатурова К.М.

ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

В работе проанализированы современные тенденции развития образовательных методик в учебе студентов медицинского профиля. Развитие интерактивных форм учебы позволяет упростить процесс учебы и расширить объем переданной информации, с другой стороны устраняет важный фактор индивидуального общения между преподавателем и студентами.

Ключевые слова: студенты, обучение.

Вступление

Современные аспекты развития общества требуют активного развития и использования информационных и коммуникационных технологий во всех сферах нашей жизни. Не последнюю роль информация и способы ее получения играют в процессе становления современного врача, от которого требуется освоение большого количества материала по различным дисциплинам и умение практического приме-

нения полученной информации [1, 4].

Наибольшее распространение в настоящее время получило развитие интерактивных форм обучения с использованием телекоммуникационных систем объединенных под термином телемедицина. В свое время эта система создавалась как средство экстренной помощи парамедикам и врачам, оказывающим помощь в труднодоступных районах для получения квалифицированной консультации, а также как средство помощи космонавтам. Дальнейшее развитие и уде-

шевление технологий позволило более широко использовать возможности телемедицины для дистанционного обучения студентов и врачей [2, 3, 4].

Цель работы

Определить возможности использования интерактивных форм обучения у студентов медицинских вузов.

Объект и методы исследования

В большинстве медицинских вузов Украины практически исчерпала себя традиционная модель обучения будущих врачей теоретическим и практическим навыкам. Вследствие реформы медицинского образования и перехода на так называемую «Болонскую систему обучения», основную часть занятий студенты посвящают решению тестов, построенных по принципу «догадайся» и решают их весьма неплохо. В то же время предлагаемые для разбора клинические ситуации, взятые из тех же тестов, но лишённые подсказок в виде правильных ответов вводят большинство студентов в затруднение. В существующей программе обучения практически отсутствует время для непосредственного общения студентов с преподавателем, а существующая система оценивания знаний вообще не предусматривает ранжирования таких качеств как логика, мышление, интуиция – играющих не последнюю роль в работе врача. Отсутствие теоретических знаний и, во многих случаях, желания самих студентов общаться с реальными больными приводит к развитию идиосинкразии между ними. Особенно, когда речь идет об осмотре пациента группой из 10 и более человек, каждый из которых должен провести опрос, «пропальпировать», «проперкутировать»... Что говорить о таких процедурах как пальцевое исследование прямой кишки или установка уретрального катетера? В итоге выпускники медицинских вузов не обладают ни теоретическими, ни практическими знаниями.

Результаты исследований и их обсуждение

В настоящее время в практику здравоохранения внедряются так называемые протоколы по диагностике и лечению различных заболеваний, которые являются основой здравоохранения США и стран Европы. Четкое соблюдение прописанных алгоритмов, безусловно, поможет уменьшить количество диагностических и лечебных ошибок. В тоже время, плачевное состояние современной украинской медицины и отсутствие должного финансирования не всегда позволяют выполнить указанные алгоритмы в полном объеме. Вторым немаловажным аспектом использования стандартов лечения является индивидуальность каждого больного, для постановки диагноза и определения тактики лечения, требующая использования не трафаретного, а индивидуального подхода к каждому конкретному пациенту. Наиболее точно это положение подтверждает тот факт, что, даже с поправкой на уровень и обеспечение медицины в США, врачебные ошибки составляют там более 200000 случаев в год!

Безусловно, возврат к старым методам обучения, формированию различных научных школ, практически невозможен. Да и нереально заставить современных студентов нюхать формалин в «анатомках» и ухаживать за животными в вивариях, для повышения их теоретических и практических навыков.

Одним из путей решения проблемы качества обучения может стать внедрение новых видов преподавания в медицинских вузах, основанных на совре-

менных информационных технологиях. Такое обучение позволяет проводить удаленное по времени и(или) расстоянию дистанционное управление, характеризующееся термином телемедицина, которая заключается в передаче медицинской информации между удаленными друг от друга субъектами и включает использование телекоммуникаций для связи медицинских специалистов с различными аудиториями студентов, врачей, пациентов с целью непрерывного обучения, диагностики и оказания консультационной помощи.

Альтернатива традиционному обучению появилась относительно недавно, когда медицинские учреждения начали объединяться с IT-компаниями. Разработаны различные тренажеры и симуляторы, использующие подход интерактивного обучения и качественной 2D и 3D графикой. По мнению консалтинговой компании Haskett consulting inc. (HCI): "Люди запоминают 20 % того, что они видят, 40 % того, что они видят и слышат и 70 % того, что они видят, слышат и делают".

Многие сложные операции требуют тщательной предварительной проработки последовательности выполняемых манипуляций. Различные медицинские симуляторы позволяют отработать последовательность действий, отработать четкость выполняемых движений. В конечном итоге это позволяет уменьшить количество и вероятность ошибки непосредственно на практике, от которой может, по большому, зависеть жизнь человека. Такие решения в медицине получили широкое распространение, так как цена человеческой ошибки велика и порой от подготовки специалиста зависит жизнь человека. Безусловно, реальный опыт приходит во время непосредственной отработки практических навыков на первых пациен-

тах. Благодаря инновационным технологиям обучения, появилась уникальная возможность в значительной степени усовершенствовать современные методы обучения. Таким образом, пользователи могут самостоятельно обучаться тем или иным навыкам, с помощью компьютера и соответствующих программ. В процессе интерактивного обучения пользователи не только читают и слушают учебный материал, но и взаимодействуют с ним как с виртуальным учителем. Одновременно это позволяет студентам произвольно определять время и объем обучения.

Несколько более сложным представляется дистанционное образование, когда преподаватель и студенты могут взаимодействовать друг с другом, находясь на достаточно большем расстоянии.

Это удобно для тех людей, которые не имеют возможности реальной встречи, ввиду нахождения на большом расстоянии, или временных ограничений. Благодаря электронному образованию, обучение может производиться в удобное для обучаемого человека время. С другой стороны это требует напряжения от преподавателя, ограничивая его свободное время и по сути дела превращая интерактивное обучение в индивидуальные занятия.

Для взаимодействия через Интернет могут использоваться как обычные средства, такие как: электронная почта, интернет чаты (такие как ICQ и Skype), аудио и видеоконференции, онлайн тестирования, виртуальные трехмерные онлайн конференции.

Выводы

Таким образом, использование современных технологий дает широкую возможность для обучения

студентов медицинских вузов, повышения их теоретических и практических знаний и навыков. В то же время на данный момент определяются две основные сложности на пути внедрения интерактивного обучения:

1. Отсутствие в достаточном количестве необходимых интерактивных программ и симуляторов, а также материальных средств для их разработки и закупки;

2. Большое сомнение вызывает факт желания современных студентов, по крайней мере в своем большинстве, выполнять самостоятельные тренинги и задания.

Литература

1. Дещёкина М.Ф. Деловая клиническая игра в медицинском институте / М.Ф. Дещёкина, М.С. Дианкина, Л.И. Ильенко, В.П. Лениченко // Педиатрия имени Сперанского. – 1989. – № 3. – С.69-72.
2. Долгоруков А. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения [Электронный ресурс] Режим доступа http://www.vshu.ru/lections.php?tab_id=3&a=info&id=2600
3. Концепции развития Волгоградского государственного медицинского университета на 2008 - 2012 гг. / [В.Б. Мандриков, А.А. Воробьев, М.Е. Стаценко, С.В. Недогода и др.] ; Под ред. ректора ВолГМУ, акад. РАМН, В.И. Петрова. – Волгоград : изд-во ВолГМУ, 2008. – 143 с.
4. Ступина С.Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе: Учебно-методическое пособие / Ступина С.Б. – Саратов : Издательский центр «Наука», 2009. – 52 с.

Реферат

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ.

Міміношвілі О.І., Ярошак С.В., Веселі В.Я., Міміношвілі А.О., Хачатурова К.М.

Ключові слова: студенти, навчання.

У роботі проаналізовано сучасні тенденції розвитку освітніх методик у навчанні студентів медичного профілю. Розвиток інтерактивних форм навчання дозволяє спростити процес навчання і розширити обсяг переданої інформації, з іншого боку усуває важливий фактор індивідуального спілкування між викладачем і студентами.

Summary

POSSIBLE WAYS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF TRAINING OF STUDENTS OF MEDICAL SCHOOLS

Miminozhvili O.I., Yaroshchak S.V., Vesely V.Ya., Miminozhvili A.O., Kchachaturova K.M.

Keywords: students, training.

In work current trends of development of educational techniques in training of students of a medical profile are analyzed. Development of interactive forms of education allows simplifying process of training and to expand transmitted data volume, on the other hand eliminates an important factor of individual communication between the teacher and students.

УДК 617:371.315-05.87-054.6

Мунтян С.О., Баранник С.І., Панікова Т.М., Лященко П.В.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Були визначені особливості викладання курсу загальної хірургії. Відзначена роль та особливості створення активних мотивацій для подальшого вибору та засвоєння хірургічних професій. Відзначена позитивна роль нових комп'ютерних технологій освітнього процесу в організації самостійної роботи студента.

Ключові слова: деонтологічні аспекти, загальна хірургія.

Вступ

Від діяльності лікаря-хірурга життя потребує не тільки вміння напружено працювати над опануванням майбутньою спеціальністю, але й мати достатньо високу мобільність, здатність переносити різноманітні стреси та уникати їх, уміти встановлювати ділові контакти і продуктивно їх розвивати. Тому перед викладачем також постають питання індивідуального ставлення до кожного студента з урахуванням його особистості, рівня підготовки на попередніх кафедрах аби найефективніше побудувати навчальний процес для засвоєння студентом обсягу навчальної програми загальної хірургії [2, 5]. Послідовність викладання хірургії на всіх профільних кафедрах дозволяє оптимально вести підготовку майбутнього лікаря, що набуває особливого значення для формування лікаря загальної практики [1, 4]. Зберігаючи у програмі підготовки лікаря загальної практики основні принципи традиційного, вітчизняного викладання необхідно широко впроваджувати до навчального процесу елективні курси за актуальними розділами даної спеціальності, використовуючи за цим індивідуальний підхід до викладання [5]. Існуючі програми викладання за різними розділами хірургії повинні бути реальними, цілеспрямованими та

більш прагматичними, тобто містити перелік тільки тих задач, які в умовах існуючих співвідношень поміж кількістю викладачів та студентів у групі, педагогічного навантаження та зайнятості викладача, з урахуванням потужності та обладнання клінічних баз мають бути засвоєні повністю [3]. Шляхи оптимізації викладання загальної хірургії пропонується здійснювати за трьома напрямками: інтеграція по вертикалі з кафедрами медико-біологічного напрямку, раціоналізація медичної роботи та уніфікація наочних засобів [1,3]. Викладання загальної хірургії має свої особливості і становить додаткові задачі перед кожним викладачем.

Основна частина

Значення курсу загальної хірургії визначається також тим, що саме цей предмет є початковим на етапі засвоєння всього курсу хірургічних хвороб у програмі засвоєння вищої медичної освіти. Максимальне насичення сьогодення новою науковою інформацією, оволодіння якою є важливим фактором у формуванні сьогоденного студента як майбутнього кваліфікованого фахівця, вимагає проведення удосконалення традиційних методів навчання. Вивчення хірургії як

студентов медицинских вузов, повышения их теоретических и практических знаний и навыков. В то же время на данный момент определяются две основные сложности на пути внедрения интерактивного обучения:

1. Отсутствие в достаточном количестве необходимых интерактивных программ и симуляторов, а также материальных средств для их разработки и закупки;

2. Большое сомнение вызывает факт желания современных студентов, по крайней мере в своем большинстве, выполнять самостоятельные тренинги и задания.

Литература

1. Дещёкина М.Ф. Деловая клиническая игра в медицинском институте / М.Ф. Дещёкина, М.С. Дианкина, Л.И. Ильенко, В.П. Лениченко // Педиатрия имени Сперанского. – 1989. – № 3. – С.69-72.
2. Долгоруков А. Метод case-study как современная технология профессионально-ориентированного обучения [Электронный ресурс] Режим доступа http://www.vshu.ru/lections.php?tab_id=3&a=info&id=2600
3. Концепции развития Волгоградского государственного медицинского университета на 2008 - 2012 гг. / [В.Б. Мандриков, А.А. Воробьев, М.Е. Стаценко, С.В. Недогода и др.] ; Под ред. ректора ВолГМУ, акад. РАМН, В.И. Петрова. – Волгоград : изд-во ВолГМУ, 2008. – 143 с.
4. Ступина С.Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе: Учебно-методическое пособие / Ступина С.Б. – Саратов : Издательский центр «Наука», 2009. – 52 с.

Реферат

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВУЗІВ.

Міміношвілі О.І., Ярошак С.В., Веселі В.Я., Міміношвілі А.О., Хачатурова К.М.

Ключові слова: студенти, навчання.

У роботі проаналізовано сучасні тенденції розвитку освітніх методик у навчанні студентів медичного профілю. Розвиток інтерактивних форм навчання дозволяє спростити процес навчання і розширити обсяг переданої інформації, з іншого боку усуває важливий фактор індивідуального спілкування між викладачем і студентами.

Summary

POSSIBLE WAYS OF IMPROVEMENT OF QUALITY OF TRAINING OF STUDENTS OF MEDICAL SCHOOLS

Miminozhvili O.I., Yaroshchak S.V., Vesely V.Ya., Miminozhvili A.O., Kchachaturova K.M.

Keywords: students, training.

In work current trends of development of educational techniques in training of students of a medical profile are analyzed. Development of interactive forms of education allows simplifying process of training and to expand transmitted data volume, on the other hand eliminates an important factor of individual communication between the teacher and students.

УДК 617:371.315-05.87-054.6

Мунтян С.О., Баранник С.І., Панікова Т.М., Лященко П.В.

ДЕОНТОЛОГІЧНІ ТА ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ КУРСУ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Були визначені особливості викладання курсу загальної хірургії. Відзначена роль та особливості створення активних мотивацій для подальшого вибору та засвоєння хірургічних професій. Відзначена позитивна роль нових комп'ютерних технологій освітнього процесу в організації самостійної роботи студента.

Ключові слова: деонтологічні аспекти, загальна хірургія.

Вступ

Від діяльності лікаря-хірурга життя потребує не тільки вміння напружено працювати над опануванням майбутньою спеціальністю, але й мати достатньо високу мобільність, здатність переносити різноманітні стреси та уникати їх, уміти встановлювати ділові контакти і продуктивно їх розвивати. Тому перед викладачем також постають питання індивідуального ставлення до кожного студента з урахуванням його особистості, рівня підготовки на попередніх кафедрах аби найефективніше побудувати навчальний процес для засвоєння студентом обсягу навчальної програми загальної хірургії [2, 5]. Послідовність викладання хірургії на всіх профільних кафедрах дозволяє оптимально вести підготовку майбутнього лікаря, що набуває особливого значення для формування лікаря загальної практики [1, 4]. Зберігаючи у програмі підготовки лікаря загальної практики основні принципи традиційного, вітчизняного викладання необхідно широко впроваджувати до навчального процесу елективні курси за актуальними розділами даної спеціальності, використовуючи за цим індивідуальний підхід до викладання [5]. Існуючі програми викладання за різними розділами хірургії повинні бути реальними, цілеспрямованими та

більш прагматичними, тобто містити перелік тільки тих задач, які в умовах існуючих співвідношень поміж кількістю викладачів та студентів у групі, педагогічного навантаження та зайнятості викладача, з урахуванням потужності та обладнання клінічних баз мають бути засвоєні повністю [3]. Шляхи оптимізації викладання загальної хірургії пропонується здійснювати за трьома напрямками: інтеграція по вертикалі з кафедрами медико-біологічного напрямку, раціоналізація медичної роботи та уніфікація наочних засобів [1,3]. Викладання загальної хірургії має свої особливості і становить додаткові задачі перед кожним викладачем.

Основна частина

Значення курсу загальної хірургії визначається також тим, що саме цей предмет є початковим на етапі засвоєння всього курсу хірургічних хвороб у програмі засвоєння вищої медичної освіти. Максимальне насичення сьогодення новою науковою інформацією, оволодіння якою є важливим фактором у формуванні сьогоденного студента як майбутнього кваліфікованого фахівця, вимагає проведення удосконалення традиційних методів навчання. Вивчення хірургії як

одного з найважливіших розділів медицини розпочинається з перших кроків навчання у вузі при вивченні таких фундаментальних наук як анатомія, нормальна та патологічна фізіологія, патологічна анатомія, гістологія, біохімія тощо. Ігнорування деякими студентами цього періоду їх навчання може призвести до механістичного уявлення про патогенез та принципи лікування хірургічної патології на кафедрах хірургічного профілю.

Проблеми, які виникають перед викладачем і студентом полягають у тому, що курс викладається за програмою навчання у вузі на третьому курсі, коли студент перебуває на етапі завершення засвоєння теоретичних дисциплін. Це накладає певний відбиток на повне засвоєння матеріалу. Сучасні підручники загальної хірургії несуть достатній обсяг знань передбачених учбовою програмою, проте великий об'єм матеріалу, який іноді треба засвоїти на кожне заняття, стає перешкодою через складність визначення основних базових положень теми та відсутність клінічного досвіду. Це також стосується і лекційного матеріалу, бо саме він несе основне засвоєння вузлових питань загальної хірургії. Тому, читання лекцій повинно супроводжуватися легкими для сприйняття та одночасно виразними наочними засобами (таблиці, слайди, проєкти тощо). Особливого враження на сприйняття матеріалу та ефекту доцільного засвоєння його надають мультимедійно складені та прочитані лекції.

Для підготовки до практичного заняття на кафедрі використовуються власні розроблені посібники з питань загальної хірургії та догляду за хірургічними хворими, які містять стиснутий, але відповідний за суттєвим об'ємом до навчальної програми, матеріал. Посібники містять не тільки відповідний до теми навчальний матеріал, але й взірці тестового контролю знань а також типові ситуаційні задачі, вирішення яких допомагає у засвоєнні теми і практичному застосуванню набутих знань. Такими посібниками забезпечений кожен студент. Крім того, студенти активно використовують матеріал прочитаних мультимедійних лекцій, зміст яких вони можуть переглянути під час самостійної підготовки на кафедрі. Набутий досвід викладання в Академії свідчить, що найдоцільніше викладати предмет можна за умов формування "неповних десятикві" (групи студентів по 6-7 осіб), що дозволяє проводити заняття з максимально можливим індивідуальним принципом навчання. Останній має досить значне значення для кращого засвоєння необхідного рівня практичних навичок. Це особливо стосується питань прикладного значення, які повинен засвоїти і вміти використовувати кожен лікар незалежно від майбутнього фаху (десмургія, надання першої допомоги при травмі, опіках, зупинка кровотечі, питання реаніматології, визначення груп крові та резус-фактору правила і прийоми обстеження хірургічного хворого). Проте межі навчальної програми не завжди збігаються із вимогами викладання.

Використання тестового контролю за рівнем засвоєння знання серед студентів також має свої особливості. Обмеження часу не повинно затягувати час практичного заняття, тому не дозволяє у повному обсязі використати достатню кількість тестів. Мовне спілкування у формі бесіди з участю всіх присутніх на занятті студентів дозволяє більш адекватно визначити рівень засвоєного матеріалу і практичного набуття навичок за наступним їх оцінюванням. Тестовий контроль доцільно використовувати на підсумкових етапах і семінарах. Індивідуальна робота із студентами під час практичного заняття, побудованого таким чином,

особливо в умовах певного суперництва та адекватного заохочення серед них за рівень засвоєння матеріалу, діє особливим чинником для виникнення активних мотивацій до опанування новим предметом, яким для них є загальна хірургія.

Важливим етапом в засвоєнні курсу загальної хірургії є також створення можливості для самостійної роботи студента. Через певні причини вони не мають змоги широко використовувати індивідуальні чергування в клініці для засвоєння практичного набуття. Проте використання нових прогресивних технологій навчання дозволяє вирішити ці проблеми. Створені і відповідно обладнанні класи для засвоєння практичних навичок, які діють у позаучбовий час під наглядом чергового викладача, дозволяють у вільний час більш глибоко засвоїти необхідний перелік практичного набуття. Ефективним виявилось використання електронних версій посібників з методики обстеження хірургічного хворого та виконання спеціальних діагностичних проб при деяких хірургічних захворюваннях, які є не тільки у комп'ютерному класі на кафедрі, але й у відповідних класах гуртожитків, де мешкають студенти. Це допомагає їм краще засвоїти практичні прийоми обстеження хірургічного хворого і більш впевнено себе почувати у ліжка хворого.

Для закріплення набутого рівня знання та практичних навичок з курсу загальної хірургії, за власним бажанням студентів, вони мають змогу активно приймати участь у роботі постійно діючого на кафедрі наукового студентського гуртка, приймати участь у нічних чергуваннях в клініці, яка базується у лікарні швидкої та невідкладної допомоги. Викладання загальної хірургії несе також виховну відповідальність за обирання студентами майбутньої спеціальності. Це не тільки перше знайомство із клінічною дисципліною, але й закладання перших цеглинок до процесу формування майбутнього фахівця. Індивідуальна робота із кожним студентом, особливо із тими, хто бажає пов'язати свою майбутню лікарську спеціальність із хірургією спрямована на професійне виховання майбутнього спеціаліста. Успіх професійної діяльності хірурга в першу чергу залежить від його досвіду та знання своєї спеціальності, основ сучасної медичної науки в цілому, але не меншого значення набувають і його природні дані, особливості характеру, придатності до лікарської діяльності. Щире співчуття до хворого, яке повинно домінувати на до- і післяопераційному періоді лікування хворого, відступають на другий план, поступаючись ретельній зібраності під час виконання оперативного втручання. Але це тільки зовні, бо навіть і протягом цього етапу професійна діяльність хірурга спрямована на відновлення здоров'я та збереження життя пацієнта. Праця лікаря-хірурга, особливо під час надання невідкладної допомоги, передбачає постійне розв'язування головного питання - швидко ставити показання, точно визначити час та обсяг оперативного втручання, від якого безпосередньо залежить здоров'я та життя пацієнта. Тобто, саме у ці хвилини "життя пацієнта перебуває в руках хірурга". Відчуття хірургом всієї відповідальності створює надзвичайно сильне психологічне навантаження. Воно значно зростає, якщо хірург при цьому діє у непередбачених ситуаціях, приймає нестандартні рішення, що також потребує максимальної мобілізації розумових та фізичних зусиль. Виконання роботи в умовах максимального навантаження, пригнічування емоційної напруги, яка при цьому не має виходу, намагання обов'язково досягти поставленої мети з мінімальним ризиком для пацієнта ставить професійну діяльність

лікаря-хірурга в особливе положення. Тому професія хірурга вимагає певні умови до його особистості, до характеру, емоційної сфери, а також морально-етичним якостям.

Висновки

Аналіз викладання курсу загальної хірургії свідчить про проблеми, які накладають певний відбиток на методику навчання. Індивідуалізація навчання та достатній рівень технологічного забезпечення навчального процесу, з використанням електронних версій посібників та підручників, відеофільмів та інших наочних засобів є необхідним заходом навчального процесу.

Література

1. Андрющенко В.П. Аспекти викладання теоретичних знань з дисципліни "Загальна хірургія" / В.П. Андрющенко, В.В. Куновський, А.С. Барвінська // У кн. : Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики. Збірник наукових статей. Випуск IX. – Запоріжжя : Видавництво ЗДМУ, 2003. – С.3-5.

2. Мунтян С.О. Деякі аспекти виховної роботи на хірургічній кафедрі / С.О. Мунтян, С.І. Баранник, В.М. Барвінський, Г.Ю. Халатко // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2004. – №8(1). – С.136-137.
3. Бондаренко М.М. Індивідуально-психологічні аспекти викладання хірургії студентам-іноземцям стоматологічного факультета / М.М.Бондаренко, С.І.Баранник, С.С.Брюшков, Н.Г.Безрук // Медична освіта. – 2002. – №3. – С. 226-227.
4. Крижановський Я.І. Шляхи оптимізації викладання загальної хірургії / Я.І. Крижановський, В.Р. Антонів // У кн. : Матеріали VIII науково-практичної та навчально-методичної конференції співробітників кафедр загальної хірургії медичних вузів України. – Вінниця : "Нова книга", 2001. – С. 38-41.
5. Бондаренко Н.М. Морально-етичні та правові аспекти професійної діяльності врача-хирурга / Н.М. Бондаренко, С.И. Баранник, И.П.Бижко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2. – С.23-24.

Реферат

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ
Мунтян С.А., Баранник С.И., Паникова Т.Н., Лященко П.В.

Ключевые слова: деонтологические аспекты, общая хирургия.

Были определены особенности преподавания курса общей хирургии. Отмечены роль и особенности создания активных мотиваций для дальнейшего выбора и освоения хирургических профессий. Отмечена положительная роль новых компьютерных технологий образовательного процесса в организации самостоятельной работы студента.

Summary

DEONTOLOGICAL AND INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL ASPECTS FOR TEACHING GENERAL SURGERY

Muntyan S.O., Barannik S.I., Panikova T.M., Lyastchenko P.V.

Key words: deontological aspects, general surgery.

Certain peculiarities of teaching general surgery are described in this article. Much attention is paid to the creation of active motivations for further choosing and mastering surgical professions as well as to the positive role of new computer technologies in the arrangement of the student's independent work.

УДК 616-001.17-083.98:614.8:61:374.6:371.212.5/32

Мунтян С. О., Гузенко Б.В., Нор Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ТЕРМІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

За останні роки розповсюдженість опіків в Україні стабілізувалась і складає близько 50 тис. зареєстрованих випадків на рік. З них біля 30 тис. складають термічні враження у дорослого населення і більше 10 тис. – опіки у дітей. Мета дослідження - покращення методів викладання теоретичного матеріалу та набуття практичних навичок для підготовки студентів до практичного виконання функціональних обов'язків в спеціальних формуваннях охорони здоров'я та закладах медичної служби відповідно до профілю факультету вищих навчальних закладів. Масова опікова травма виникає при пожежах, вибухах та інших техногенних катастрофах і стихійних лихах. Вивчення студентами на кафедрі загальної хірургії Дніпропетровської медичної академії надання медичної допомоги при термічній травмі сприяє підготовці кваліфікованих фахівців-лікарів, які можуть виконувати свої професійні обов'язки не тільки в умовах мирного часу, але й у невідкладних ситуаціях, що дозволить зменшити людські втрати, запобігти розвитку санітарної катастрофи.

Ключові слова: термічна травма, невідкладні ситуації, медична допомога, методи викладання, практичні навички.

Назва та номер держреєстрації наукової теми: «Розробка та вдосконалення методів хірургічного лікування глибоких опіків різної локалізації» (№ держреєстрації 01080004395, шифр ІН.06.08).

Вступ

Згідно з даними ВООЗ, термічні ураження займають третє місце за розповсюдженістю у структурі травм, при цьому за останні роки кількість хворих з тяжкими опіками не зменшується, особливо в промислово розвинених регіонах. Проблема опіків дуже актуальна і для України. В нашій країні у зв'язку з великою кількістю підприємств металургійної, вугільної, хімічної промисловості досить часто виникають техногенні катастрофи і аварії, які супроводжуються термічними пошкодженнями шкіри і опіками дихальних

шляхів. За останні роки розповсюдженість опіків в нашій країні стабілізувалась і складає близько 50 тис. зареєстрованих випадків на рік. З них біля 30 тис. складають термічні враження у дорослого населення і більше 10 тис. – опіки у дітей [2, 4].

Першу медичну допомогу українським пацієнтам з термічними пошкодженнями надають хірурги районних і міських лікарень, поліклінік. Саме на цьому етапі надання медичної допомоги лікарі іноді допускають діагностичні і лікувально-тактичні помилки (№ держреєстрації 01080004395, шифр ІН.06.08).

лікаря-хірурга в особливе положення. Тому професія хірурга вимагає певні умови до його особистості, до характеру, емоційної сфери, а також морально-етичним якостям.

Висновки

Аналіз викладання курсу загальної хірургії свідчить про проблеми, які накладають певний відбиток на методику навчання. Індивідуалізація навчання та достатній рівень технологічного забезпечення навчального процесу, з використанням електронних версій посібників та підручників, відеофільмів та інших наочних засобів є необхідним заходом навчального процесу.

Література

1. Андрющенко В.П. Аспекти викладання теоретичних знань з дисципліни "Загальна хірургія" / В.П. Андрющенко, В.В. Куновський, А.С. Барвінська // У кн. : Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики. Збірник наукових статей. Випуск IX. – Запоріжжя : Видавництво ЗДМУ, 2003. – С.3-5.

2. Мунтян С.О. Деякі аспекти виховної роботи на хірургічній кафедрі / С.О. Мунтян, С.І. Баранник, В.М. Барвінський, Г.Ю. Халатко // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2004. – №8(1). – С.136-137.
3. Бондаренко М.М. Індивідуально-психологічні аспекти викладання хірургії студентам-іноземцям стоматологічного факультета / М.М.Бондаренко, С.І.Баранник, С.С.Брюшков, Н.Г.Безрук // Медична освіта. – 2002. – №3. – С. 226-227.
4. Крижановський Я.І. Шляхи оптимізації викладання загальної хірургії / Я.І. Крижановський, В.Р. Антонів // У кн. : Матеріали VIII науково-практичної та навчально-методичної конференції співробітників кафедр загальної хірургії медичних вузів України. – Вінниця : "Нова книга", 2001. – С. 38-41.
5. Бондаренко Н.М. Морально-етичні та правові аспекти професійної діяльності врача-хирурга / Н.М. Бондаренко, С.И. Баранник, И.П.Бижко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2002. – №2. – С.23-24.

Реферат

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ КУРСА ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ
Мунтян С.А., Баранник С.И., Паникова Т.Н., Лященко П.В.

Ключевые слова: деонтологические аспекты, общая хирургия.

Были определены особенности преподавания курса общей хирургии. Отмечены роль и особенности создания активных мотиваций для дальнейшего выбора и освоения хирургических профессий. Отмечена положительная роль новых компьютерных технологий образовательного процесса в организации самостоятельной работы студента.

Summary

DEONTOLOGICAL AND INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL ASPECTS FOR TEACHING GENERAL SURGERY

Muntyan S.O., Barannik S.I., Panikova T.M., Lyastchenko P.V.

Key words: deontological aspects, general surgery.

Certain peculiarities of teaching general surgery are described in this article. Much attention is paid to the creation of active motivations for further choosing and mastering surgical professions as well as to the positive role of new computer technologies in the arrangement of the student's independent work.

УДК 616-001.17-083.98:614.8:61:374.6:371.212.5/32

Мунтян С. О., Гузенко Б.В., Нор Н.М.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ПИТАНЬ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ТЕРМІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ДЛЯ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»,

За останні роки розповсюдженість опіків в Україні стабілізувалась і складає близько 50 тис. зареєстрованих випадків на рік. З них біля 30 тис. складають термічні враження у дорослого населення і більше 10 тис. – опіки у дітей. Мета дослідження - покращення методів викладання теоретичного матеріалу та набуття практичних навичок для підготовки студентів до практичного виконання функціональних обов'язків в спеціальних формуваннях охорони здоров'я та закладах медичної служби відповідно до профілю факультету вищих навчальних закладів. Масова опікова травма виникає при пожежах, вибухах та інших техногенних катастрофах і стихійних лихах. Вивчення студентами на кафедрі загальної хірургії Дніпропетровської медичної академії надання медичної допомоги при термічній травмі сприяє підготовці кваліфікованих фахівців-лікарів, які можуть виконувати свої професійні обов'язки не тільки в умовах мирного часу, але й у невідкладних ситуаціях, що дозволить зменшити людські втрати, запобігти розвитку санітарної катастрофи.

Ключові слова: термічна травма, невідкладні ситуації, медична допомога, методи викладання, практичні навички.

Назва та номер держреєстрації наукової теми: «Розробка та вдосконалення методів хірургічного лікування глибоких опіків різної локалізації» (№ держреєстрації 01080004395, шифр ІН.06.08).

Вступ

Згідно з даними ВООЗ, термічні ураження займають третє місце за розповсюдженістю у структурі травм, при цьому за останні роки кількість хворих з тяжкими опіками не зменшується, особливо в промислово розвинених регіонах. Проблема опіків дуже актуальна і для України. В нашій країні у зв'язку з великою кількістю підприємств металургійної, вугільної, хімічної промисловості досить часто виникають техногенні катастрофи і аварії, які супроводжуються термічними пошкодженнями шкіри і опіками дихальних

шляхів. За останні роки розповсюдженість опіків в нашій країні стабілізувалась і складає близько 50 тис. зареєстрованих випадків на рік. З них біля 30 тис. складають термічні враження у дорослого населення і більше 10 тис. – опіки у дітей [2, 4].

Першу медичну допомогу українським пацієнтам з термічними пошкодженнями надають хірурги районних і міських лікарень, поліклінік. Саме на цьому етапі надання медичної допомоги лікарі іноді допускають діагностичні і лікувально-тактичні помилки (№ держреєстрації 01080004395, шифр ІН.06.08).

Мета дослідження

Покращення методів викладання теоретичного матеріалу та набуття практичних навичок для підготовки студентів до практичного виконання функціональних обов'язків в спеціальних формуваннях охорони здоров'я та закладах медичної служби відповідно до профілю факультету вищих навчальних закладів.

Об'єкт і методи дослідження

Розроблені нами загальні принципи лікування опікової та холодової травми, поняття опікової хвороби – все це має клінічне значення, а нові сучасні розробки доповнюють та удосконалюють існуючі системи лікування. Більш того, світові технології комбустіологічної служби вже адаптовані в системі охорони здоров'я України і тому головне завдання кафедри загальної хірургії – донести ці знання до студентів [5]. Особливе значення це має тому, що перспективи щодо життя взагалі, або якості життя в подальшому постраждалого від опіків значно залежить від кваліфікованої медичної допомоги у перші години після отримання травми. Перша долікарська допомога — це комплекс простих термінових дій, спрямованих на збереження здоров'я і життя потерпілого [1]. При наданні першої долікарської допомоги треба керуватися такими принципами: правильність, доцільність, швидкість, продуманість, рішучість, спокій. Також, необхідно бути уважним і обережним, щоб не заподіяти шкоду собі і не завдати додаткової травми потерпілому. Особливо це стосується тих випадків, коли потерпілого необхідно звільнити з-під дії електричного струму, з-під завалу, винести з палаючого приміщення.

При термічній травмі в першу чергу пошкоджується шкіра і слизові оболонки. Разом з цим, термічний опік, як травма викликає і загальну реакцію організму, яка проявляється опіковою хворобою. Першу допомогу обпеченим надають самі потерпілі у вигляді самої взаємодопомоги, група пожежників, санітарні дружини. Долікарська допомога здійснюється середнім медичним персоналом. Перша допомога при опіках повинна виконувати три основні завдання: 1) Припинення дії травмуючого фактору; 2) Профілактику вторинного інфікування опікової рани; 3) Профілактику опікового шоку.

Результати досліджень та їх обговорення

Масова опікова травма виникає при пожежах, вибухах та інших техногенних катастрофах і стихійних лихах. Дві третини всіх опіків спричинені дією відкритого полум'я. На другому місці – опіки від окропу, на третьому – від дотику до гарячих предметів. Всіх потерпілих можливо розділити на п'ять груп: 1) потерпілі за власною провиною (76%); 2) жертви нещасних випадків (15%); 3) люди, захворювання яких збільшують ризик травматизму (4%); 4) жертви навмисних дій (4%); 5) робітники рятувальних служб (1%) [3]. Для лікаря знання системи лікувально-евакуаційного забезпечення населення в невідкладній ситуації є вкрай необхідним. Це пов'язане з необхідністю швидких координаційних дій в умовах безладдя та паніки з боку медичного персоналу, що може привести до великих людських втрат через їхні непрофесійні дії [1].

Колективом кафедри загальної хірургії з метою вдосконалення навчального процесу були розроблені тестові завдання для теми: Термічні та хімічні опіки. Класифікація. Визначення глибини та площі ураження. Клініка опікових ран. Перша допомога та принципи

лікування. Опікова хвороба. Патогенез, клініка, лікування. Профілактика ускладнень. Догляд за хворими з опіковою хворобою» (по 30 завдань), ситуаційні задачі (для кожного студента так і для групи в цілому з розподілом ролей – ролеві ситуаційні задачі, та задачі для визначення глибини і площі опіку. Вирішуючи задачі першого рівня складності, студент повинен визначити глибину і площу опіку, оцінити тяжкість опікового шоку та об'єм інфузійної терапії. Щодо задач другого рівня складності, то вони містять завдання стосовно безпосереднього надання долікарської та першої медичної допомоги в осередку невідкладної ситуації. Задачі третього рівня складності стосуються організації медичної допомоги співробітниками першої та другої черги медичної допомоги. Задачі четвертого рівня стосуються алгоритму надання медичної допомоги хворим з опіками. На кафедрі використовуються сучасні методи викладання: мультимедійні лекції дозволяють наочно уявляти теоретичну частину навчального процесу та підтверджувати клінічними ілюстраціями в режимі фото і відео. Для проведення практичних занять створені мультимедійні посібники. Проводяться клінічні розгляди пацієнтів у відділенні. Організоване відвідування операційної та перев'язувальної Дніпропетровського центру термічної травми та пластичної хірургії.

Висновки

1. На тлі скорочення бюджетних матеріально-технічних витрат забезпечення лікувального та навчального процесу відповідальність лікарів та викладачів не зменшується.

2. Впровадження кредитно-модульної системи дозволило адаптувати навчальний процес до сучасних умов як з точки зору методології, так і технічного оснащення.

3. Вивчення студентами на кафедрі загальної хірургії надання медичної допомоги при термічній травмі сприяє підготовці кваліфікованих фахівців-лікарів, які можуть виконувати свої професійні обов'язки не тільки в умовах мирного часу, але й у невідкладних ситуаціях, що дозволить зменшити людські втрати, запобігти розвитку санітарної катастрофи.

Перспективи подальших досліджень

З метою удосконалення навчального процесу для студентів різних факультетів продовжується робота над створенням мультимедійних посібників з алгоритмом надання медичної допомоги при електротравмі, хімічних опіках, комбінованих та сполучених пошкодженнях.

Література

1. Вовк К.В. Особливості викладання дисципліни «Медицина катастроф» для студентів медичних ВНЗ у сучасних умовах / К.В. Вовк, О.В. Сокурченко, Є.Я. Ніколенко // Медична освіта. – 2011. – №1. – С.35-36.
2. Козинець Г.П. Основные принципы организации и оказания помощи больным с термическими поражениями кожи / Г.П. Козинець // Здоров'я України. – 2010. – №3. – С.14.
3. Королева С.В. Медицина катастроф / С.В. Королева, П.Л. Колесниченко, И.Ю. Шарабанова. – Иваново : ИВИ ГПС МЧС России, 2009. – 186 с.
4. Повстаной Н.Е. Состояние помощи больным с ожогами и их последствиями на Украине / Н.Е. Повстаной // Международный медицинский журнал. – 2003. – №2. – С.97-101.
5. Григор'єва Т.Г. Сучасні аспекти післядипломної підготовки лікарів із комбустіології та пластичної хірургії / Т.Г. Григор'єва, С.В. Коркунда, Г.А., Олійник, С.А. Голобородько // Медична освіта. – 2011. – №3. – С.59-61.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Мунтян С.О., Гузенко Б.В., Нор Н.М..

Ключевые слова: термическая травма, неотложные ситуации, медицинская помощь, методы преподавания, практические навыки.

За последние годы распространенность ожогов в Украине стабилизировалась и составляет около 50 тыс. зарегистрированных случаев на год. Из них около 30 тыс. складывают термические поражения у взрослого населения и больше 10 тыс. - ожоги у детей. Цель исследования - улучшение методов преподавания теоретического материала и приобретение практических навыков для подготовки студентов к практическому выполнению функциональных обязанностей в специальных формированиях здравоохранения и заведениях медицинской службы в соответствии с профилем факультета высших учебных заведений. Массовая ожоговая травма возникает при пожарах, взрывах и других техногенных катастрофах и стихийных бедствиях. Изучение студентами на кафедре общей хирургии Днепропетровской медицинской академии предоставления медицинской помощи при термической травме способствует подготовке квалифицированных специалистов-врачей, которые могут исполнять свои профессиональные обязанности не только в условиях мирного времени, но и в неотложных ситуациях, что позволит уменьшить человеческие потери, предотвратить развитие санитарной катастрофы.

Summary

PECULIARITIES IN TRAINING MEDICAL STUDENTS TO PROVIDE MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH THERMAL BURNS NOWADAYS

Muntyan S.O., Gouzenko B.V., Nor N.M.

Keywords: thermal trauma, emergencies, medical care, teaching methods, practical skills.

Over recent years the incidence rate of burns in Ukraine has stabilized at around 50 thousand reported cases a year. About 30 thousand of them are thermal lesions in the adult population and more than 10 thousand are burns in children. The purpose of the research is to improve methods of delivering theoretical material and teaching practical skills in order to prepare students in accordance with the higher educational institution profile for the practical application of the functional duties in special subdivisions of health care institutions. Mass burn injuries occur in fires, explosions and other man-made catastrophes and natural disasters. The course of studies offered to the students at the Department of General Surgery of Dnepropetrovsk Medical Academy on providing medical care in thermal injury contributes to the training of qualified specialists, doctors who can perform their professional duties not only in times of peace, but also in an emergency, thus reducing human life loss, preventing development of sanitarian disaster.

УДК 61:378(477.84)

Телемуха С.Б.

МЕТОД ПРОЕКТІВ ЯК НОВІТНЯ МЕТОДИКА РЕАЛІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета дослідження - розвиток творчих навичок у науково-дослідній роботі студентів, навчання їх пошуку інформації та роботи з літературою та хворим, інтегрування знань в медицині та розвиток клінічного мислення. Практика природничо-наукової підготовки медичних працівників у вищих навчальних закладах свідчить, що використання традиційних дидактичних засобів і методів не забезпечує інтенсивного розвитку пізнавальної діяльності, індивідуальних здібностей та фахових знань студентів. Подолання цих суперечностей можливе за умови використання нових підходів до формування знань студентів. Практично в кожній з навчальних програм передбачені години для самостійної роботи студентів. Контроль викладачем якості самостійної роботи студентів практично неможливий. Вирішення проблеми можливе через використання інтерактивних методів навчання, одним з яких є метод проектів. Проектний метод навчання - це сукупність таких способів навчання, при яких студенти за допомогою колективної або індивідуальної діяльності з відбору, розподілу та систематизації матеріалу з певної теми, складають проект. Висновки: впровадження методу проектів у навчальний процес в умовах кредитно-модульної системи спрямована на системне формування знань студентів медиків, які здатні будуть розв'язувати завдання в різних сферах практичної професійної діяльності.

Ключові слова: метод проектів, етапи проекту, критерії оцінки.

«Мозок, добре мислячий, ціниться вище, ніж мозок, добре заповнений»

М. Монтень.

Що чую – забуваю, що бачу – дещо пам'ятаю, що роблю – розумію.

Конфуцій.

Вступ

Медицина як галузь знань про людину – це складний комплекс, основу якого становлять природничі дисципліни. Швидкий розвиток сучасних медичних технологій («технологія» у перекладі із грецької озна-

чає: *techne* – «мистецтво», «майстерність», «уміння»; *logos* – «учіння», тобто це – знання про майстерність), вплив різних негативних факторів науково-технічного прогресу на середовище проживання людини, поява невиліковних хвороб людства зумовлюють особливі вимоги до фундаментальної підготовки майбутніх медичних працівників. Сучасний фахівець у галузі медицини (медсестра, стоматолог, фармацевт, лікар) повинен володіти значним запасом спеціальних знань, уміти поповнювати, розвивати і творчо застосовувати їх у професійній діяльності. Для цього їм необхідна якісна підготовка в галузі діагностики та лікування, яка

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ
Мунтян С.О., Гузенко Б.В., Нор Н.М..

Ключевые слова: термическая травма, неотложные ситуации, медицинская помощь, методы преподавания, практические навыки.

За последние годы распространенность ожогов в Украине стабилизировалась и составляет около 50 тыс. зарегистрированных случаев на год. Из них около 30 тыс. складывают термические поражения у взрослого населения и больше 10 тыс. - ожоги у детей. Цель исследования - улучшение методов преподавания теоретического материала и приобретение практических навыков для подготовки студентов к практическому выполнению функциональных обязанностей в специальных формированиях здравоохранения и заведениях медицинской службы в соответствии с профилем факультета высших учебных заведений. Массовая ожоговая травма возникает при пожарах, взрывах и других техногенных катастрофах и стихийных бедствиях. Изучение студентами на кафедре общей хирургии Днепропетровской медицинской академии предоставления медицинской помощи при термической травме способствует подготовке квалифицированных специалистов-врачей, которые могут исполнять свои профессиональные обязанности не только в условиях мирного времени, но и в неотложных ситуациях, что позволит уменьшить человеческие потери, предотвратить развитие санитарной катастрофы.

Summary

PECULIARITIES IN TRAINING MEDICAL STUDENTS TO PROVIDE MEDICAL CARE FOR PATIENTS WITH THERMAL BURNS NOWADAYS

Muntyan S.O., Gouzenko B.V., Nor N.M.

Keywords: thermal trauma, emergencies, medical care, teaching methods, practical skills.

Over recent years the incidence rate of burns in Ukraine has stabilized at around 50 thousand reported cases a year. About 30 thousand of them are thermal lesions in the adult population and more than 10 thousand are burns in children. The purpose of the research is to improve methods of delivering theoretical material and teaching practical skills in order to prepare students in accordance with the higher educational institution profile for the practical application of the functional duties in special subdivisions of health care institutions. Mass burn injuries occur in fires, explosions and other man-made catastrophes and natural disasters. The course of studies offered to the students at the Department of General Surgery of Dnepropetrovsk Medical Academy on providing medical care in thermal injury contributes to the training of qualified specialists, doctors who can perform their professional duties not only in times of peace, but also in an emergency, thus reducing human life loss, preventing development of sanitarian disaster.

УДК 61:378(477.84)

Телемуха С.Б.

МЕТОД ПРОЕКТІВ ЯК НОВІТНЯ МЕТОДИКА РЕАЛІЗАЦІЇ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Івано-Франківський національний медичний університет

Мета дослідження - розвиток творчих навичок у науково-дослідній роботі студентів, навчання їх пошуку інформації та роботи з літературою та хворим, інтегрування знань в медицині та розвиток клінічного мислення. Практика природничо-наукової підготовки медичних працівників у вищих навчальних закладах свідчить, що використання традиційних дидактичних засобів і методів не забезпечує інтенсивного розвитку пізнавальної діяльності, індивідуальних здібностей та фахових знань студентів. Подолання цих суперечностей можливе за умови використання нових підходів до формування знань студентів. Практично в кожній з навчальних програм передбачені години для самостійної роботи студентів. Контроль викладачем якості самостійної роботи студентів практично неможливий. Вирішення проблеми можливе через використання інтерактивних методів навчання, одним з яких є метод проектів. Проектний метод навчання - це сукупність таких способів навчання, при яких студенти за допомогою колективної або індивідуальної діяльності з відбору, розподілу та систематизації матеріалу з певної теми, складають проект. Висновки: впровадження методу проектів у навчальний процес в умовах кредитно-модульної системи спрямована на системне формування знань студентів медиків, які здатні будуть розв'язувати завдання в різних сферах практичної професійної діяльності.

Ключові слова: метод проектів, етапи проекту, критерії оцінки.

*«Мозок, добре мислячий,
цінується вище, ніж мозок, добре заповнений»*

М. Монтень.

*Що чую – забуваю, що бачу – дещо пам'ятаю,
що роблю – розумію.*

Конфуцій.

Вступ

Медицина як галузь знань про людину – це складний комплекс, основу якого становлять природничі дисципліни. Швидкий розвиток сучасних медичних технологій («технологія» у перекладі із грецької озна-

чає: *techne* – «мистецтво», «майстерність», «уміння»; *logos* – «учіння», тобто це – знання про майстерність), вплив різних негативних факторів науково-технічного прогресу на середовище проживання людини, поява невиліковних хвороб людства зумовлюють особливі вимоги до фундаментальної підготовки майбутніх медичних працівників. Сучасний фахівець у галузі медицини (медсестра, стоматолог, фармацевт, лікар) повинен володіти значним запасом спеціальних знань, уміти поповнювати, розвивати і творчо застосовувати їх у професійній діяльності. Для цього їм необхідна якісна підготовка в галузі діагностики та лікування, яка

базується передусім на загальній теоретичній та фаховій підготовці з предметів медико-біологічного циклу. Від рівня природничо-наукової підготовки лікаря, фармацевта, стоматолога, медсестри залежить ступінь його готовності до використання нових медичних технологій (у діагностиці, лікуванні, фармакології, стоматології і т.д.).

Практика природничо-наукової підготовки медичних працівників у вищих навчальних закладах свідчить, що використання традиційних дидактичних засобів і методів не забезпечує інтенсивного розвитку пізнавальної діяльності, індивідуальних здібностей та фахових знань студентів. Разом з тим, збільшення обсягу наукової інформації, поява нових підходів до інтерпретації явищ і понять та завдань, які стоять перед освітою, виявляють суперечності між традиційними способами формування знань і вимогами, які ставляться до підготовки майбутніх фахівців. Подолання цих суперечностей можливе за умови використання нових підходів до формування знань студентів [1].

Практично в кожній з навчальних програм передбачені години для самостійної роботи студентів. Контроль викладачем якості самостійної роботи студентів практично неможливий. Вирішення проблеми можливе через використання інтерактивних методів навчання, одним з яких є метод проектів [2,9].

Проектний метод навчання - це сукупність таких способів навчання, при яких студенти за допомогою колективної або індивідуальної діяльності з відбору, розподілу та систематизації матеріалу з певної теми, складають проект. Метод проектів дозволяє найменш витратним способом створити *natural environment* («природне середовище», тобто умови діяльності, максимально наближені до реальних) для формування компетентності студентів. При роботі над проектом з'являється виняткова можливість вирішення проблем, а також освоєння способів діяльності, що становлять комунікативну та інформаційну компетентність. Метод проектів описує комплекс дій студента і методи (техніки) організації педагогом цих дій, тобто є педагогічною технологією. Він став результатом «педагогізації», включення в освітній процес (в якому провідною діяльністю учня і студента є пізнавальна діяльність) проектування як виду діяльності [3,6,7].

Метод проектів виник як відгук на мінливі соціально-економічні умови життя і протягом короткого часу перетворився в найбільш поширений вид інтелектуальної діяльності. Його називали також методом вирішення проблем і пов'язували з ідеями гуманістичного напрямку у філософії освіти, розробленого американським філософом і педагогом Дж. Дьюї, а також його учнем В.Х. Кілпатрік. Дж. Дьюї протиставив навчальній системі, заснованій на придбанні і засвоєнні знань, навчання "шляхом роботи", тобто таке, при якому всі знання витягувалися з практичної самостійності та особистого досвіду. Він пропонував будувати навчання на активній основі, через доцільну діяльність учня і студента, засновану на його власному інтересі саме в цьому знанні. Тому дуже важливо було показати, для чого і коли можуть стати в нагоді ці знання в житті. Це можна було зробити за допомогою проблеми, взятій з реального життя, знайомої і значущої для студента, для вирішення якої йому необхідно докласти отримані знання і нові знання, які ще належить придбати [10].

У.Х. Кілпатрік одержав широку популярність роботи "Метод проектів", розвивав ідею навчання через організацію "цільових актів" (проектів) і відстоював тезу про те, що школа, коледж повинні готувати учнів до життя в умовах динамічно мінливого суспільства, до

зіткнення з ще невідомими проблемами майбутнього.

Метод проектів активно і успішно розвивався в США, Великобританії, Бельгії, Ізраїлі, Фінляндії, Німеччині, Італії, Бразилії, Нідерландах і багатьох інших країнах, де придбав велику популярність унаслідок раціонального поєднання теоретичних знань та їх практичного застосування для вирішення конкретних проблем навколишньої дійсності. Метод проектів, як і будь-який інший метод, може бути реалізований за допомогою різних засобів навчання, в тому числі і з використанням нових інформаційних технологій. Це можуть бути сучасні засоби: комп'ютерні телекомунікації, електронні бази даних, віртуальні бібліотеки, кафе, музеї, відео, мультимедійні засоби, аудіо-та відеоконференції, факс, радіозв'язок і ін. Тому можна сказати, що метод проектів переживає сьогодні друге народження, так як відкриваються нові можливості для комунікації [4,5].

Мета дослідження

Розвиток творчих навичок у науково-дослідній роботі студентів, навчання їх пошуку інформації, роботи з літературою та хворим, інтегрування знань в медицині та розвиток клінічного мислення.

Класифікація проектів: дослідницькі; творчі; ігрові; інформаційні; практично орієнтовані.

Дослідницькі – повністю підпорядковані логіці дослідження та мають структуру, наближену до наукового дослідження. Застосовують всі методи сучасної науки. Наприклад: лабораторний експеримент, соціальне дослідження.

Творчі – у яких передбачаються довільний підхід до оформлення результатів. Наприклад: створення приладів, установок, моделей, театральні постановки з предмету.

Ігрові – учасники виконують певні ролі, що обумовлені характером та змістом проекту. Ступінь творчості учасників надзвичайно висока, але домінуючим видом творчості є все ж таки гра. Наприклад: імітуються соціальні та ділові стосунки як літературних героїв, так і реальних людей, вигадуються учасниками різні життєві ситуації.

Інформаційні – збір інформації про об'єкт дослідження з метою аналізу, узагальнення та презентації на широкий загал.

Практично орієнтовані – вирізняються чітко вираженим результатом діяльності учнів.

За кількістю студентів проекти бувають: Індивідуальні. Парні. Групові.

За часом проведення проекти бувають: Короткочасні (1-3 уроки). Середньої тривалості (від 1 тижня до 1 місяця). Довготривалі (декілька місяців, навіть рік).

За характером контактів: Внутрішні або регіональні. Міжнародні.

За предметно-змістовою ознакою: Монопроекти (у межах одного предмета). Міжпредметні.

В процесі такої роботи над проектами студенти вчаться самостійно мислити, окреслювати розв'язання проблеми, інтегрувати знання різних навчальних предметів, установлювати причинно-наслідкові зв'язки, прогнозувати результати. У студентів розвивається фаховий інтерес до вивчення дисципліни. Студенти стають впевненими, набувають почуття успіху і прогресу на власному рівні, виробляють дослідницькі уміння і навички, фахові здібності, засвоюються нові поняття і терміни, формують знання.

Результатом цієї діяльності завжди повинен бути якийсь продукт: презентація, програма, комплект до-

кументації, брошура, альбом, сценарій, радіопередача, конференція і т.д.

Існують 5 критеріїв для написання проекту:

1. Мета і завдання повинні бути конкретні і прості, реально здійснимі.

2. Актуальність: проект повинен відображати нагальну проблему реального життя.

3. Необхідно зробити огляд світової літератури з цієї проблеми.

4. У проекті повинні бути запропоновані шляхи покращення медичної допомоги.

5. Ці поліпшення повинні бути значними і досягатися простими методами.

Студенти:

– Самостійно і з бажанням отримують знання з різних джерел;

– Вчаться користуватися цими знаннями для вирішення нових пізнавальних і практичних завдань;

– Набувають комунікативні вміння, працюючи в різних групах;

– Розвивають свої дослідницькі вміння (виявлення проблеми, збір інформації з літератури, документів і т.д., спостереження, експеримент, аналіз, побудова гіпотез, узагальнення);

– Розвивають аналітичне мислення

Функція викладача:

На підготовчому етапі ініціювати ідеї проекту або створити умови для появи ідеї проекту, а також надати допомогу в первісному плануванні.

– На етапі реалізації проекту - роль помічника, консультанта з окремих питань, джерела додаткової інформації. Суттєва роль відводиться координації дій між окремими мікрогрупами і учасниками проекту.

– На заключному етапі підведення підсумків роботи в якості незалежного експерта (контрольно-оцінна

функція).

Технологія проектного навчання являє собою сукупність найсучасніших підходів до навчання. Завдання викладача - з урахуванням вікових та індивідуальних особливостей студентів, їх інтересів, потреб, планів на майбутнє - створити таку робочу атмосферу, яка б стимулювала їх розумову, комунікативну та творчу діяльність.

Критерії оцінки проектних робіт:

– Важливість теми проекту, актуальність та значущість теми.

– Глибина дослідження проекту і повнота розкриття теми.

– Оригінальність запропонованих рішень.

– Самостійність роботи над проектом.

– Якісність виконання продукту і як розкритий зміст проекту в презентації.

– Використання засобів наочності, технічних засобів.

– Відповіді на питання.

Реалізація цього методу вимагає ряду умов. Вибір місця проведення (стаціонар, спеціалізоване відділення) гарантує безперервність і повноту об'єктів дослідження. Збір інформації проводиться з використанням реальних медичних документів (історія хвороби, амбулаторні карти, анкети). Обов'язкове вміння використання комп'ютерної техніки для отримання і обробки інформації. Результати проекту оформляються письмово і підлягають офіційній презентації (доповідь публікації). Захист проекту виробляє у студента навички виступу і прагнення до поглиблення та вдосконалення своїх знань.

Етапи реалізації методу проектів показані в таблиці 1.

Таблиця 1.

Етапи дня	Зміст роботи	Дії студента	Дії викладача	Методичне забезпечення
Підготовчий	<ul style="list-style-type: none"> - мета і завдання проекту та його мотивація; - висунення гіпотези; - окреслення проблеми, розв'язання якої вимагає знань 	визначають тему проекту, тип, діляться на групи;	визначає мету, мотивує, сприяє у визначенні завдань	Медична література, відео-фільми, веб-сайти кафедри і університету, посилення на електронні бібліотеки.
Основний	<ul style="list-style-type: none"> - планування; - структурування змістової частини проекту; - визначення пред-мета дослідження, завдань, визначення об'єкта, шляхів роботи, представлення досягнутого, визначення критеріїв та рівнів оцінювання; - самостійна робота студентів за своїми груповими завданнями: збір матеріалів, пошук, дослідницька діяльність; - аналіз виконаного, визначення висновків 	<ul style="list-style-type: none"> - розподіляють визначені завдання по групах; - обговорюють методи дослідження, шукають інформацію, приймають творчі рішення. 	вносить корективи, деякі поправки;	Амбулаторні картки хворих, історії хвороб, тести, питання, відкриті і закриті ситуаційні задачі, алгоритми практичних навичок, затверджені МОЗ України протоколи лікування.
		<ul style="list-style-type: none"> - спостерігають; - працюють з джерелами; - проводять анкетування, бесіди, досліді, експеримент; - обговорюють отримані проміжні дані в групах; 	контролює, наставляє	
		<ul style="list-style-type: none"> - проводять аналіз зібраного; систематизують; - обговорюють, зіставляють; - роблять висновки; - представляють результати виконаного проекту 	опрацьовує, вивчає, вносить корективи, дає свої пропозиції, поради.	
Підсумковий	<ul style="list-style-type: none"> - звіт, оформлення та презентація результатів; - захист, оцінка проекту. 	<ul style="list-style-type: none"> - колективно опонують, обговорюють; - проводять експертизу представлених результатів проекту; - оцінюють, визначають якість виконання та презентації; - намічають нові проблеми дослідження. 		Критерії оцінювання, вказані вище

Висновки

1. Для здійснення контролю за засвоєнням знань у групах при роботі над проектами є кращі умови.

2. Програма впровадження методу проектів у навчальний процес в умовах кредитно-модульної системи спрямована на системне формування знань студентів медиків, які здатні будуть розв'язувати завдання в різних сферах практичної професійної дія-

льності.

3. Основними компонентами, які формують знання студентів медиків в процесі використання методу проектів, є мотиваційний, змістовий, діяльний, зі складовими компонентами, які формуються в процесі роботи над проектами майбутнього медика фахівця при цьому, є фаховий інтерес до вивчення дисципліни, дослідницькі уміння і навички, фахові здібності та фахове мислення.

4. Вміння викладача ефективно організувати роботу над проектами і впровадити його у навчальний процес є показником високого рівня професійності та оволодіння ним прогресивними інноваційними технологіями навчання, які ставить перед нами міжнародна конкурентно-спроможна європейська система вищої освіти.

Література

1. Дещёкина М.Ф. Деловая клиническая игра в медицинском институте / М.Ф. Дещёкина, М.С. Дианкина, Л.И. Ильенко, В.П. Лениченко // Педиатрия имени Сперанского. – 1989. – № 3. – С.69-72.
2. Дианкина М.С. Профессионализм преподавателя высшей медицинской школы (психолого-педагогический аспект) / Дианкина М.С. – М., 2000. – 80 с.
3. Концепции развития Волгоградского государственного медицинского университета на 2008 - 2012 гг / В.Б. Мандриков, А.А. Воробьев, М.Е. Стаценко, С.В.Недогода [и др.] ; Под

- ред. ректора ВолГМУ, акад.РАМН, засл. деят. науки РФ В.И. Петрова. – Волгоград : изд-во ВолГМУ. –2008. – 143 с.
4. Полат Е.С. Новые педагогические и информационные технологии в системе образования / Полат Е.С. – М., 2000. – 272 с.
5. Полат Е.С. Метод проектов: типология и структура / Е.С. Полат // Лучшие страницы педагогической прессы. – 2004. – №1. – С.9-17.
6. Наумов Л.Б. Учебные игры в медицине / Наумов Л.Б. – М., 1986. – 98 с.
7. Разієвська Ж.В. Метод проектів як засіб формування ключових компетенцій на заняттях з предметів природничого циклу / Ж.В. Разієвська // Біологія. – ВГ «Основа». – 2008. – №13. – С.8-10.
8. Рыбина О. Проектная деятельность / О Рыбина // Лучшие страницы педагогической деятельности. – 2004. – №1. – С.46-49.
9. Ступина С.Б. Технологии интерактивного обучения в высшей школе: Учебно-методическое пособие / Ступина С.Б. – Саратов : Издательский центр «Наука», 2009. – 52 с.
10. Knoll M. The project method: Its vocational education origin and international development / M. Knoll // Journal of Industrial Teacher Education. – 1997. – V.34. – /3// <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JINE#34n3/Knoll.html>.

Реферат

МЕТОД ПРОЕКТОВ КАК НОВЕЙШАЯ МЕТОДИКА РЕАЛИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Телемуха С.Б.

Ключевые слова: метод проектов, этапы проекта, критерии оценки.

Цель исследования - развитие творческих навыков в научно-исследовательской работе студентов, обучение их поиска информации и работы с литературой и больным, интегрирование знаний в медицине и развитие клинического мышления. Практика естественнонаучной подготовки медицинских работников в высших учебных заведениях свидетельствует, что использование традиционных дидактических средств и методов не обеспечивает интенсивного развития познавательной деятельности, индивидуальных способностей и профессиональных знаний студентов. Преодоление этих противоречий возможно при условии использования новых подходов к формированию знаний студентов. Практически в каждой из учебных программ предусмотрены часы для самостоятельной работы студентов. Контроль преподавателем качества самостоятельной работы студентов практически невозможен. Решение проблемы возможно через использование интерактивных методов обучения, одним из которых является метод проектов. Проектный метод обучения - это совокупность таких способов обучения, при которых студенты с помощью коллективной или индивидуальной деятельности по отбору, распределению и систематизации материала по определенной теме, составляют проект. Выводы: внедрение метода проектов в учебный процесс в условиях кредитно-модульной системы направлено на системное формирование знаний студентов медиков, которые способны будут решать задачи в различных сферах практической профессиональной деятельности.

Summary

PROJECT METHOD AS THE LATEST TEACHING TECHNIQUE

Telemukha S.B.

Key words: method of projects, stages of project, criteria of estimation.

This research was aimed to develop creative skills in students for research work, to train them to search relevant information and to work with literature sources and patients, as well as to integrate knowledge obtained into medical practice and to promote clinical thinking. The experience of natural -science training of health care specialists has proven the use of conventional didactics facilities and methods does not provide intensive development of cognitive activity, individual capabilities and professional knowledge in students. Overcoming these contradictions is possible due to the introducing new approaches toward the getting knowledge by the students. A special attention should be paid to students' independent work. Controlling the quality of students' independent work by instructors is mainly impossible in many cases. The problem may be solved by using interactive teaching techniques, e.g. projects methods. The project method is a combination of such teaching methods which make student to solve a certain practical or theoretical problem. Conclusions: the introduction of project method into teaching practice according to ECTS is directed toward systemic knowledge gaining by medical students who will be able to decide any tasks in the various fields of medicine.

УДК 616-089.001-057.875

Тутченко М.І., Сусак Я.М.

МОТИВАЦІЯ ТА ІНІЦІАТИВА СТУДЕНТІВ ДО ВИВЧЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

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

Один із шляхів мотивації та ініціації студентів до вивчення предметів, які прямо не пов'язані з подальшою професійною діяльністю, є застосування педагогічних прийомів сприйнятливих згідно аналізу психологічних потреб особистості (студента). Підвищення рівня теоретичних знань та практичних навичок з хірургії студентів стоматологічних факультетів можливо через упровадження у навчання сучасних центрів практичних навичок, збільшення роботи з хворим та участь у роботі студентських гуртків.

Ключові слова: загальна хірургія, психологічні потреби, навчання

Вступ

Людина має стати тим, ким вона може стати. Цю необхідність називають самоактуалізацією (самореалізацією) і вона полягає в бажанні все більше і більше ставати тим ким вона є.

Дослідження американського психолога Абрахама Маслоу (А. Maslow, 1908 - 1970), які є основою вивчення поведінки людини на роботі, використовуються в управлінні мотивацією, управлінні конфліктами та іншими областями сучасного менеджмента.

Мета роботи

Аналіз психологічних потреб студентів в аспекті підвищення мотивації до вивчення загальної хірургії

Робота студента над оволодінням медичною спеціальністю починається з першого дня вступу до університету або продовжується, якщо студент мав попередній медичний фах. Від того як студент зуміє вибудувати свої потреби до навчання і залежить успіх в отриманні кваліфікації.

Згідно А. Маслоу «потреби людини розміщуються у вигляді ієрархії». Іншими словами, поява однієї потреби зазвичай передуює виконанню (задоволенню) іншої, більш суттєвої.

А. Маслоу визначає сім наборів цілей, які він називає базовими потребами. До них відносять:

1. фізіологічні потреби;
2. потреба у безпеці;
3. потреба у належності і любові;
4. потреба в задоволенні відчуттів власної гідності;
5. потреба в пізнанні;
6. потреба у естетиці;
7. потреба в самоактуалізації.

Ієрархічна природа цих потреб означає, що «домінантна мета монополізує свідомість і певним чином стимулює, організує різні здібності організму, які необхідні для її досягнення. Менш суттєві потреби мінімізуються, або навіть забуваються, чи спростовуються».

Чим викликана відсутність у більшості студентів стоматологів мотивації до вивчення такого предмета як загальна хірургія - непрофільної для них, але важливої в усі часи дисципліни.

Якщо керуватися А. Маслоу то перша потреба стосовно фізіологічної потреби, а він має на увазі: «Для людини з сильним відчуттям голоду не існує іншого інтересу, окрім їжі. Вона мріє про неї, вона згадує про неї і прагне до її отримання. Свобода, любов, відчуття спільноти, відношення з повагою, - усі вони відмічаються як вторинні, оскільки ними не можна заповнити шлунок. Воістину така людина живе лише хлібом єдиним».

Що стосується студента стоматолога, то навіть серед бюджетних, студента, що непритомніє від

голоду, знайти не можливо. Як пише А. Маслоу, в Сполучених Штатах та інших розвинутих країнах хронічний гострий голод є рідким явищем. Україна, яка не відноситься до розвинутих країн, незрозуміло як, але підтримує харчовий раціон студентства не лише за рахунок сала. Дійсно деякі студенти підробляють, керуючись при цьому не тільки харчовою домінантою. Таким чином, пояснити немотивованість (небажання) студента-стоматолога вивчати хірургію недостатнім харчуванням (голодним існуванням) не має підстав.

Наступна позиція - це потреба в безпеці. На щастя і дякувати Богу, на сьогоднішній день в часи розповсюдженого тероризму, кримінального неблагополуччя, економічної нестабільності, українське студентство взагалі та студенти-стоматологи НМУ, зокрема, напевно почувають себе в безпеці, особливо стосовно можливості набуття професійних знань та навичок. Питання чи усвідомлюють вони це, чи користуються вони цією можливістю жити і працювати в безпеці набуваючи відповідні знання та навички фахового характеру. Більшість своєю не усвідомлюють, сприймаючи надані їм умови як належні і, знову таки, не використовують цю непомітну у її відсутності - позицію небезпеки з повною безпечністю.

Потреба у любові. Як її інтерпретувати стосовно теорії і практики згідно положень А. Маслоу? Любов категорія філософська. Стосовно студента-стоматолога, то він оточений нею, купається в ній і нехтує нею. Перебуваючи в тінейджерському віці або щойно вистрибнувши з цих коротеньких штанців, студента з батьківською любов'ю опікують батьки, з педагогічною, як годувальника, - професорсько-викладацький колектив та керівництво університету. Немає заборон та обмежень у студентів стоматологів і на фізичну любов. Їх глибокі поцілунки в аудиторіях та приміщеннях університету на клінічних, в тому числі хірургічних базах, вже не надто шокують викладачів, але не дають студентам наснаги у вивченні предмету.

На відмінну від необхідності в безпеці та фізичних потребах, потребу в прив'язаності та приналежності до певної групи людей задовольнити в сучасному суспільстві набагато важче. Ми часто спостерігаємо, коли в групі студентів, де більшість навчається добре, студенти з посередніми здібностями та можливостями тягнуться до набуття відповідних високих знань. Біда в тому, що такої «критичної маси» хороших студентів критично мало і більшість студентів не прагне задовольнити власну гідність, набуваючи гідні знання.

П'ятий рівень за А. Маслоу передбачає наявність та розвиток пізнавальних потреб особи таких як - знати, вміти, досліджувати. В цьому ракурсі студент повинен в повному обсязі використовувати «золотий» час студентства для пізнання світу через вивчення

УДК 616-089.001-057.875

Тутченко М.І., Сусак Я.М.

МОТИВАЦІЯ ТА ІНІЦІАТИВА СТУДЕНТІВ ДО ВИВЧЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

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

Один із шляхів мотивації та ініціації студентів до вивчення предметів, які прямо не пов'язані з подальшою професійною діяльністю, є застосування педагогічних прийомів сприйнятливих згідно аналізу психологічних потреб особистості (студента). Підвищення рівня теоретичних знань та практичних навичок з хірургії студентів стоматологічних факультетів можливо через упровадження у навчання сучасних центрів практичних навичок, збільшення роботи з хворим та участь у роботі студентських гуртків.

Ключові слова: загальна хірургія, психологічні потреби, навчання

Вступ

Людина має стати тим, ким вона може стати. Цю необхідність називають самоактуалізацією (самореалізацією) і вона полягає в бажанні все більше і більше ставати тим ким вона є.

Дослідження американського психолога Абрахама Маслоу (А. Maslow, 1908 - 1970), які є основою вивчення поведінки людини на роботі, використовуються в управлінні мотивацією, управлінні конфліктами та іншими областями сучасного менеджмента.

Мета роботи

Аналіз психологічних потреб студентів в аспекті підвищення мотивації до вивчення загальної хірургії

Робота студента над оволодінням медичною спеціальністю починається з першого дня вступу до університету або продовжується, якщо студент мав попередній медичний фах. Від того як студент зуміє вибудувати свої потреби до навчання і залежить успіх в отриманні кваліфікації.

Згідно А. Маслоу «потреби людини розміщуються у вигляді ієрархії». Іншими словами, поява однієї потреби зазвичай передуює виконанню (задоволенню) іншої, більш суттєвої.

А. Маслоу визначає сім наборів цілей, які він називає базовими потребами. До них відносять:

1. фізіологічні потреби;
2. потреба у безпеці;
3. потреба у належності і любові;
4. потреба в задоволенні відчуттів власної гідності;
5. потреба в пізнанні;
6. потреба у естетиці;
7. потреба в самоактуалізації.

Ієрархічна природа цих потреб означає, що «домінантна мета монополізує свідомість і певним чином стимулює, організує різні здібності організму, які необхідні для її досягнення. Менш суттєві потреби мінімізуються, або навіть забуваються, чи спростовуються».

Чим викликана відсутність у більшості студентів стоматологів мотивації до вивчення такого предмета як загальна хірургія - непрофільної для них, але важливої в усі часи дисципліни.

Якщо керуватися А. Маслоу то перша потреба стосовно фізіологічної потреби, а він має на увазі: «Для людини з сильним відчуттям голоду не існує іншого інтересу, окрім їжі. Вона мріє про неї, вона згадує про неї і прагне до її отримання. Свобода, любов, відчуття спільноти, відношення з повагою, - усі вони відмічаються як вторинні, оскільки ними не можна заповнити шлунок. Воістину така людина живе лише хлібом єдиним».

Що стосується студента стоматолога, то навіть серед бюджетних, студента, що непритомніє від

голоду, знайти не можливо. Як пише А. Маслоу, в Сполучених Штатах та інших розвинутих країнах хронічний гострий голод є рідким явищем. Україна, яка не відноситься до розвинутих країн, незрозуміло як, але підтримує харчовий раціон студентства не лише за рахунок сала. Дійсно деякі студенти підробляють, керуючись при цьому не тільки харчовою домінантою. Таким чином, пояснити немотивованість (небажання) студента-стоматолога вивчати хірургію недостатнім харчуванням (голодним існуванням) не має підстав.

Наступна позиція - це потреба в безпеці. На щастя і дякувати Богу, на сьогоднішній день в часи розповсюдженого тероризму, кримінального неблагополуччя, економічної нестабільності, українське студентство взагалі та студенти-стоматологи НМУ, зокрема, напевно почувають себе в безпеці, особливо стосовно можливості набуття професійних знань та навичок. Питання чи усвідомлюють вони це, чи користуються вони цією можливістю жити і працювати в безпеці набуваючи відповідні знання та навички фахового характеру. Більшість своєю не усвідомлюють, сприймаючи надані їм умови як належні і, знову таки, не використовують цю непомітну у її відсутності - позицію небезпеки з повною безпечністю.

Потреба у любові. Як її інтерпретувати стосовно теорії і практики згідно положень А. Маслоу? Любов категорія філософська. Стосовно студента-стоматолога, то він оточений нею, купається в ній і нехтує нею. Перебуваючи в тінейджерському віці або щойно вистрибнувши з цих коротеньких штанців, студента з батьківською любов'ю опікують батьки, з педагогічною, як годувальника, - професорсько-викладацький колектив та керівництво університету. Немає заборон та обмежень у студентів стоматологів і на фізичну любов. Їх глибокі поцілунки в аудиторіях та приміщеннях університету на клінічних, в тому числі хірургічних базах, вже не надто шокують викладачів, але не дають студентам наснаги у вивченні предмету.

На відмінну від необхідності в безпеці та фізичних потребах, потребу в прив'язаності та приналежності до певної групи людей задовольнити в сучасному суспільстві набагато важче. Ми часто спостерігаємо, коли в групі студентів, де більшість навчається добре, студенти з посередніми здібностями та можливостями тягнуться до набуття відповідних високих знань. Біда в тому, що такої «критичної маси» хороших студентів критично мало і більшість студентів не прагне задовольнити власну гідність, набуваючи гідні знання.

П'ятий рівень за А. Маслоу передбачає наявність та розвиток пізнавальних потреб особи таких як - знати, вміти, досліджувати. В цьому ракурсі студент повинен в повному обсязі використовувати «золотий» час студентства для пізнання світу через вивчення

природних наук. Однак ми тут стикаємось із труднощами в усвідомлюванні життєвої необхідності знань і приходимо до поділу студентів на певні групи. Перша група - це студенти, які вчать «все» - по всіх предметах у них практично відмінні оцінки. Друга група студентів - це студенти, які професійно - спрямовані і здобувають знання за спеціальністю «нехтуючи» іншими предметами. І третя група студентів, які навчаються на «три», тобто, щоб закінчити ВУЗ. Такий поділ відносний і умовний. Але виходячи з нього ми можемо зрозуміти, що вивчати хірургічні хвороби буде «невеличка» до 3% групка студентів, якщо ми будемо надіятись на їхню потребу. Таким чином аналіз людських потреб привів нас до висновку, що вивчення хірургічних хвороб студенту стоматологічного факультету відноситься до другого рівня за А. Маслоу - «потреба у безпеці» (аби не вигнали із ВУЗУ). Таким чином існує два шляхи заохочення студентів до вивчення курсу хірургічних хвороб: заставити або зацікавити (мотивувати і ініціювати). Подальший аналіз неможливий без врахування «душі» хірурга, специфіки його роботи, нервової напруги протягом усього періоду діяльності і т.д. По своїй суті та, враховуючи вищесказане, хірург не може бути жорстким і таким чином педантично заставляти студента вивчати хірургію, тим більше, як сказав М.П. Черненко, хірургія це не наука - це філософія, тому перший шлях «заставити» ми ставимо під сумнів і «віддаємо» цей метод викладачам інших кафедр. Залишається єдиний шлях залучення студента стоматологічного факультету до вивчення хірургічних хвороб це - зацікавити (мотивувати та ініціювати). Вирішення цієї проблеми може бути різним і ми запропонуємо деякі можливості мотивації та ініціації студентів у вивченні хірургії, а саме:

1. Перше та основне в хірургії - це робота з хворим (палата, перев'язувальна, операційна) у якій головною діючою особою є - хірург(викладач) та його відношення і спілкування з хворим.

2. Показ студентам відеофільмів, в тому числі, при лапароскопічних операціях з обов'язковим коментарем хірурга.

3. Науковий студентський гурток у який може бути

Реферат

МОТИВАЦИЯ И ИНИЦИАЦИЯ СТУДЕНТОВ К ИЗУЧЕНИЮ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ

Тутченко М.И., Сусак Я.М.

Ключевые слова: общая хирургия, психологические потребности, обучение.

Одним из путей мотивации и инициации студентов к изучению предметов, прямо не связанным с дальнейшей профессиональной деятельностью, является применение педагогических приемов через анализ психологических потребностей личности (студента). Повышение уровня теоретических знаний и практических навыков по хирургии студентов стоматологических факультетов возможно через внедрение в обучение современных центров практических навыков, увеличение работы с больным и участие в работе студенческих кружков

Summary

STUDENTS' MOTIVATION AND INITIATION TO STUDY GENERAL SURGERY

Tutuchenko M.I., Susak Ya.M.

Keywords: general surgery, psychological needs, teaching

One of the promising ways to motivate and initiate students to study disciplines which are not directly associated with further professional activities is the use of teaching techniques through the analysis of the psychological needs of the individuals (students). It is possible to increase the level of theoretical knowledge and practical skills for General Surgery in dental students by introducing up-to-date training center, by extending the volume of bed-side practice and participating in students' research societies.

залучено студентів інших (медичних) факультетів і можливо буде діяти правило «навчився сам навчи іншого».

4. Відпрацювання практичних навичок на муляжах – надзвичайно важлива ділянка роботи студента та й взагалі лікаря, яка вирішена і узаконена у розвинутих країнах та на жаль не в Україні.

Будь-яка дія викликає протидію. Сила - це фізична векторна величина, що є мірою діє на деяке тіло інших тіл (або полів), яка може викликати прискорення і деформацію тіла (другий закон Ньютона). Таким чином немотивованих студентів у вивченні хірургії можна тільки деформувати, відштовхнути від цієї, доречі необхідної їм у своїй подальшій роботі. А при правильному підході викликати прискорення цього «тіла» з другого до п'ятого рівня А. Маслоу.

І нарешті потреба в самоактуалізації. Ця потреба формується на підставі попередніх (фізіологічних, безпеки, любові, задоволенні відчуттів власної гідності) і якщо вони не мають відповідного запиту, не можуть бути реалізованими то запізнюється, а потім втрачається і самореалізація.

Більше питань ніж відповідей. Ми – заручники системи освіти, коли виживання професорсько викладацького складу зумовлено більше кількісними ніж якісними показниками. Навчається величезна кількість студентів, які майже переконані у тому, що не дивлячись на те, чи будуть вони знати предмет чи ні їм в решті решт поставлять позитивну оцінку і вони отримають диплом про вищу медичну освіту, стануть лікарями, але лікарями без знань, без вміння лікувати. Ще більше це усвідомлюють викладачі, розуміючи, що втрачається особистість лікаря. З часом це зміниться, але дуже хотілось щоб ці зміни відбулися якомога швидше.

Література

1. Маслоу А. Мотивация и личность / Маслоу А. – СПб. : Питер, 2003. – 352 с.
2. Думанский Ю.В. Мотивация в обучении иностранных студентов в медицинском вузе / Ю.В. Думанский, А.В.Борота, А.А.Христенко [и др.] // Укр.журнал хірургії. – 2011. – №6. – С.177-179.

УДК: 378.147-057.875:61:371.69

Тутченко М.І., Сусак Я.М.

СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРАКТИЧНИМ НАВИЧКАМ

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

Одним із сучасних інноваційних методів навчання практичним навичкам студентів-медиків є використання симуляційних технологій. Переваги методу полягають у безпеці для пацієнта, можливість відробки навички необмежену кількість раз до її повного засвоєння, достовірне зниження кількості лікарських помилок при виконанні маніпуляції у хворого. Якість навчання студентів з використанням фантомів та муляжів зростає на 40%. Організація навчально-тренінгових центрів практичної підготовки в структурі медичних ВУЗів одна із основних задач медичної освіти в Україні.

Ключові слова: симуляційні технології, якість навчання, безпека пацієнта.

Для розвитку пізнавальної активності у студентів необхідна інтеграція традиційних проблемно-пошукових методів з новими формами організації навчального процесу, включаючи технічні засоби. Однією із сучасних форм навчання в медицині є використання симуляційних технологій. Симуляційні технології найбільше використовували в авіації та війсьній справі. Перший симулятор управління літаком Антуанетта був створений в 1909 році, а з 1955 року було введено обов'язкове ліцензування льотчиків на тренажерах. У 18ст. Анжеліка дю Кудре (Франція) створила фантоми пологів – перший «симулятор» в медицині (1). З допомогою Людовіка IV Мадам дю Кудре, подорожуючи Францією протягом 25 років, навчила біля 5 тисяч акушерок і 5 тисяч хірургів. В процесі занять «курсанти» не тільки практикувалися на фантомі, а і здавали іспити. Використовувати акторів (стандартизований пацієнт) для навчання студентів-медиків почали в 1963 році на курсі неврології в університеті Південної Каліфорнії, США (2). В Стенфордському університеті під керівництвом Девіда Габа створено анестезіологічний симулятор пацієнта CASE (1986), з допомогою якого в 1992 році сумісно з Гарвардською Школою Медицини (Бостон, США) був проведений «Великий симуляційний експеримент», в ході якого було отримано переконливі докази ефективності навчальних симуляційних технологій. Перший центр медичної симуляції був відкритий в Гарварді в 1993 році. З того часу, завдяки розвитку технологій в хімічній промисловості створено манекени із пластика і силікону, електронна революція дозволила створити роботи-симулятори та віртуальні комп'ютерні симулятори. В 1997 році в університеті Манчестера розроблений віртуальний лапароскопічний симулятор MIST-VR (Minimally Invasive Surgical Trainer in Virtual Reality) (3). В закордонних державах, зокрема в Росії, студенти-медики допускаються до надання медичної допомоги населенню тільки після набуття практичних навичок на муляжах і фантомах (4). Кількість симуляційних центрів в сфері охорони здоров'я в світі наближається до 3 тисяч (офіційно зареєстровано 1500).

Симуляційні технології широко використовують для навчання студентів-медиків. Всі профільні кафедри стоматологічного факультету НМУ ім. О.О.Богомольця мають тематичні муляжі і фантоми. Після засвоєння теоретичних знань та оволодіння практичними навичками на муляжах студенти проходять практику в стоматологічному центрі НМУ ім. О.О.Богомольця. Таку ж послідовність навчання по окремих темах ми дотримуємося на кафедрі хірургії стоматологічного факультету, де симуляційні технології навчання нами впроваджено з 2010 року завдяки співпраці з кафедрою медицини катастроф КМАПО ім. П.Л.Шупика. В основному нами використовуються манекен GD/ACLS8000C для

відпрацювання надання допомоги пацієнтам із зупинкою серця та дихання та GL/J110 при травмах (згідно програми курсу загальної хірургії (2, 3 курси) та хірургічних хвороб (4 курс)). Також нами використовуються муляжі GL/L69A для відробки занять по переливанню крові та кровозамінників, догляду за хворими. Методичні розробки практичних занять для викладачів та студентів створено сумісно з кафедрою медицини катастроф. Завдяки впровадженню симуляційних методів навчання покращились в середньому на 40% (в перерахунку на бальну систему) не тільки практичні, а і теоретичні знання вищевказаних розділів навчання. Таким чином відпрацювання навичок на фантомах і муляжах є стимулом до засвоєння як практичних так і теоретичних знань, усвідомлення життєвої необхідності знання конкретної навички, бачення можливості реального навчання навичці. Симуляційне навчання ні в якому разі не замінює, а тільки доповнює підготовку до реальної клінічної практики і гарантує безпечну для пацієнта можливість навчання молодих спеціалістів і медичних сестер окремим навичкам. Також симуляційні технології надають можливість регулярного тренування для досвідчених спеціалістів в окремих клінічних ситуаціях, відробки взаємодії команди професіоналів, засвоєння правил ефективного спілкування.

На сьогоднішній день не викликає сумнівів доцільність використання симуляції для навчання студентів, лікарів-інтернів, лікарів та ін. Для реалізації цієї програми існують в основному дві форми: навчання на окремих кафедрах де є в наявності муляжі і фантоми або створення навчально-тренінгових центрів практичної медичної підготовки (5).

Організація навчально-тренінгових центрів практичної підготовки в структурі медичних ВУЗів одна із основних задач медичної освіти в Україні для покращення практичної підготовки майбутніх лікарів.

Література

1. Buck G. H. Development of simulators in medical education / Buck G. H. // Gesnerus: Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences. – 1991. – V. 48. – P. 7-28.
2. Wallace P. Following the threads of an innovation: the history of standardized patients in medical education / Wallace P. // Caduceus. – 1997. – V.13, №2. – P. 5-28.
3. McLeod R. Science, medicine, and the future / Rory McLeod, Robert Stone // BMJ. -2001. - V. 323..
4. Міністерство охорони здоров'я і соціального розвитку Російської Федерації, затвердженого постановою Уряду Російської Федерації від 30 червня 2004 р. N 321 (Офіційний вісник України, 2004, N 28, ст. 2898, 2005, N 2 ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080;
5. Леванович В.В. Организация единых центров фантомно-симуляционного обучения в структуре высшего медицинского образования / Леванович В.В., Гостимский А.В., Суслова Г.А. [и др.] // Первый съезд общероссийской общественной организации «Российское общество симуляционного обучения»: тезисы. - М., 2012. - С. 14 -16.

УДК: 378.147-057.875:61:371.69

Тутченко М.І., Сусак Я.М.

СИМУЛЯЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ В НАВЧАННІ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ПРАКТИЧНИМ НАВИЧКАМ

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

Одним із сучасних інноваційних методів навчання практичним навичкам студентів-медиків є використання симуляційних технологій. Переваги методу полягають у безпеці для пацієнта, можливість відробки навички необмежену кількість раз до її повного засвоєння, достовірне зниження кількості лікарських помилок при виконанні маніпуляції у хворого. Якість навчання студентів з використанням фантомів та муляжів зростає на 40%. Організація навчально-тренінгових центрів практичної підготовки в структурі медичних ВУЗів одна із основних задач медичної освіти в Україні.

Ключові слова: симуляційні технології, якість навчання, безпека пацієнта.

Для розвитку пізнавальної активності у студентів необхідна інтеграція традиційних проблемно-пошукових методів з новими формами організації навчального процесу, включаючи технічні засоби. Однією із сучасних форм навчання в медицині є використання симуляційних технологій. Симуляційні технології найбільше використовували в авіації та війсьній справі. Перший симулятор управління літаком Антуанетта був створений в 1909 році, а з 1955 року було введено обов'язкове ліцензування льотчиків на тренажерах. У 18ст. Анжеліка дю Кудре (Франція) створила фантоми пологів – перший «симулятор» в медицині (1). З допомогою Людовіка IV Мадам дю Кудре, подорожуючи Францією протягом 25 років, навчила біля 5 тисяч акушерок і 5 тисяч хірургів. В процесі занять «курсанти» не тільки практикувалися на фантомі, а і здавали іспити. Використовувати акторів (стандартизований пацієнт) для навчання студентів-медиків почали в 1963 році на курсі неврології в університеті Південної Каліфорнії, США (2). В Стенфордському університеті під керівництвом Девіда Габа створено анестезіологічний симулятор пацієнта CASE (1986), з допомогою якого в 1992 році сумісно з Гарвардською Школою Медицини (Бостон, США) був проведений «Великий симуляційний експеримент», в ході якого було отримано переконливі докази ефективності навчальних симуляційних технологій. Перший центр медичної симуляції був відкритий в Гарварді в 1993 році. З того часу, завдяки розвитку технологій в хімічній промисловості створено манекени із пластика і силікону, електронна революція дозволила створити роботи-симулятори та віртуальні комп'ютерні симулятори. В 1997 році в університеті Манчестера розроблений віртуальний лапароскопічний симулятор MIST-VR (Minimally Invasive Surgical Trainer in Virtual Reality) (3). В закордонних державах, зокрема в Росії, студенти-медики допускаються до надання медичної допомоги населенню тільки після набуття практичних навичок на муляжах і фантомах (4). Кількість симуляційних центрів в сфері охорони здоров'я в світі наближається до 3 тисяч (офіційно зареєстровано 1500).

Симуляційні технології широко використовують для навчання студентів-медиків. Всі профільні кафедри стоматологічного факультету НМУ ім. О.О.Богомольця мають тематичні муляжі і фантоми. Після засвоєння теоретичних знань та оволодіння практичними навичками на муляжах студенти проходять практику в стоматологічному центрі НМУ ім. О.О.Богомольця. Таку ж послідовність навчання по окремих темах ми дотримуємося на кафедрі хірургії стоматологічного факультету, де симуляційні технології навчання нами впроваджено з 2010 року завдяки співпраці з кафедрою медицини катастроф КМАПО ім. П.Л.Шупика. В основному нами використовуються манекен GD/ACLS8000C для

відпрацювання надання допомоги пацієнтам із зупинкою серця та дихання та GL/J110 при травмах (згідно програми курсу загальної хірургії (2, 3 курси) та хірургічних хвороб (4 курс)). Також нами використовуються муляжі GL/L69A для відробки занять по переливанню крові та кровозамінників, догляду за хворими. Методичні розробки практичних занять для викладачів та студентів створено сумісно з кафедрою медицини катастроф. Завдяки впровадженню симуляційних методів навчання покращились в середньому на 40% (в перерахунок на бальну систему) не тільки практичні, а і теоретичні знання вищевказаних розділів навчання. Таким чином відпрацювання навичок на фантомах і муляжах є стимулом до засвоєння як практичних так і теоретичних знань, усвідомлення життєвої необхідності знання конкретної навички, бачення можливості реального навчання навичці. Симуляційне навчання ні в якому разі не заміняє, а тільки доповнює підготовку до реальної клінічної практики і гарантує безпечну для пацієнта можливість навчання молодих спеціалістів і медичних сестер окремим навичкам. Також симуляційні технології надають можливість регулярного тренування для досвідчених спеціалістів в окремих клінічних ситуаціях, відробки взаємодії команди професіоналів, засвоєння правил ефективного спілкування.

На сьогоднішній день не викликає сумнівів доцільність використання симуляції для навчання студентів, лікарів-інтернів, лікарів та ін. Для реалізації цієї програми існують в основному дві форми: навчання на окремих кафедрах де є в наявності муляжі і фантоми або створення навчально-тренінгових центрів практичної медичної підготовки (5).

Організація навчально-тренінгових центрів практичної підготовки в структурі медичних ВУЗів одна із основних задач медичної освіти в Україні для покращення практичної підготовки майбутніх лікарів.

Література

1. Buck G. H. Development of simulators in medical education / Buck G. H. // Gesnerus: Swiss Journal of the History of Medicine and Sciences. – 1991. – V. 48. – P. 7-28.
2. Wallace P. Following the threads of an innovation: the history of standardized patients in medical education / Wallace P. // Caduceus. – 1997. – V.13, №2. – P. 5-28.
3. McLeod R. Science, medicine, and the future / Rory McLeod, Robert Stone // BMJ. -2001. - V. 323..
4. Міністерство охорони здоров'я і соціального розвитку Російської Федерації, затвердженого постановою Уряду Російської Федерації від 30 червня 2004 р. N 321 (Офіційний вісник України, 2004, N 28, ст. 2898, 2005, N 2 ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080;
5. Леванович В.В. Организация единых центров фантомно-симуляционного обучения в структуре высшего медицинского образования / Леванович В.В., Гостимский А.В., Суслова Г.А. [и др.] // Первый съезд общероссийской общественной организации «Российское общество симуляционного обучения»: тезисы. - М., 2012. - С. 14 -16.

Реферат

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ

Тутченко Н.И., Сусак Я.М.

Ключевые слова: симуляционные технологии, качество обучения, безопасность пациента.

Одним из современных инновационных методов обучения практическим навыкам студентов-медиков является использование симуляционных технологий. Преимущества метода заключаются в безопасности для пациента, возможность отработки навыка неограниченное количество раз до его полного усвоения, достоверное снижение количества врачебных ошибок при выполнении манипуляции у больного. Качество обучения студентов с использованием фантомов и муляжей возрастает на 40%. Организация учебно-тренинговых центров практической подготовки в структуре медицинских ВУЗов – одна из основных задач медицинского образования в Украине.

Summary

SIMULATION TECHNOLOGIES IN DEVELOPING STUDENTS' PRACTICAL SKILLS

Tutchenko N.I., Susak Ya.M.

Keywords: simulation technology, teaching quality, patient safety.

One of the modern innovative practical skills of medical students is the use of simulating technologies. Advantages of the method are the following: patient's safety, ability to drill a certain skills as many times as needed, significant reduction in the number of medical errors while performing manipulation on the patient. The quality of teaching using phantoms and waxwork increases by 40%. Organization of educational and training centers for practical training in the structure of Medical Universities is one of the main challenges in the medical education of Ukraine.

УДК 614.254.3:616

Феджага О.П.

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

В статті розглядається досвід підготовки англomовних студентів на кафедрі хірургії, спрямований на покращення засвоєння навчального матеріалу, опанування найбільш сучасних знань та належне засвоєння студентами практичних навичок.

Ключові слова: англomовні студенти, практичні навички.

Вступ

Якісна підготовка як вітчизняних, так і закордонних студентів повинна відповідати вимогам виховання підготовлених спеціалістів, затребуваних на ринку праці [1, 2]. Крім того, вони повинні відповідати міжнародним стандартам: знати необхідний об'єм інформації, володіти практичними навичками як роботи з пацієнтом, виконання певних хірургічних маніпуляцій, так і використання нових медичних технологій [3].

Мета дослідження

Метою дослідження стало вироблення оптимальних підходів у підготовці англomовних студентів на кафедрі хірургії, таких, що дозволяють сформувати клініцистів належного рівня, з сучасною базою знань та практичних навичок.

Об'єкт і методи досліджень

На кафедрі хірургії медичного факультету №2 перед кожним заняттям підбираються хворі з певною нозологією, дані додаткових методів обстеження (рентгенограми, аналізи, ситуаційні задачі, навчальні відеофільми). В навчальному процесі широко використовується для демонстрації весь діапазон наявної сучасної комп'ютерної мультимедійної проекційної та відеолапароскопічної апаратури. Необхідно відмітити добру наочність цього виду навчання. Використання комп'ютера і проекційної апаратури дозволяє більш наочно і презентабельно викладати лекційний матеріал, включаючи в нього фрагменти навчальних відеофільмів, що однозначно дозволяє підвищити якість засвоєння навчального матеріалу. Сучасні технології

стосуються і операційної. Виконувати відеолапароскопічні операції добре відображені на широкому екрані монітора. Група студентів може бачити всі анатомічні утворення і деталі хірургічної техніки, що неможливе при «відкритій» операції. Використання сучасної апаратури дозволяє не тільки демонструвати, а й створювати базу навчальних фільмів.

При підготовці лекційного матеріалу важливу роль приділяємо тому, щоб він базувався на міжнародних консенсусах та клінічних рекомендаціях, відповідав міжнародним стандартам діагностики та лікування хворих, які майбутній лікар в подальшому буде використовувати у своїй практичній діяльності. Щодо проведення практичних занять вагомим значення надаємо навчання застосування запропонованих підходів індивідуально, відповідно до особливостей захворювання у даного хворого, що важливо для формування основ клінічного мислення, започаткування власного клінічного досвіду.

Результати досліджень та їх обговорення

Велику роль у самостійній підготовці до практичного заняття відіграє тестовий контроль знань. Роль тестування у системі навчання студентів зростає з кожним роком, за допомогою чого підвищується рівень знань студентів. Це розвиває особистість учня, його наполегливість. Тестовий самоконтроль є важливою мотивацією для підготовки до семестрових іспитів, а також екзаменаційного контролю "Крок-2".

Розподіл тестів по темах дозволяє використовувати їх на різних курсах, де ці теми вивчаються, а їх повторення – покращити результати засвоєння. Щоденне розв'язання тематичних тестових завдань вимагає

Реферат

СИМУЛЯЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ

Тутченко Н.И., Сусак Я.М.

Ключевые слова: симуляционные технологии, качество обучения, безопасность пациента.

Одним из современных инновационных методов обучения практическим навыкам студентов-медиков является использование симуляционных технологий. Преимущества метода заключаются в безопасности для пациента, возможность отработки навыка неограниченное количество раз до его полного усвоения, достоверное снижение количества врачебных ошибок при выполнении манипуляции у больного. Качество обучения студентов с использованием фантомов и муляжей возрастает на 40%. Организация учебно-тренинговых центров практической подготовки в структуре медицинских ВУЗов – одна из основных задач медицинского образования в Украине.

Summary

SIMULATION TECHNOLOGIES IN DEVELOPING STUDENTS' PRACTICAL SKILLS

Tutchenko N.I., Susak Ya.M.

Keywords: simulation technology, teaching quality, patient safety.

One of the modern innovative practical skills of medical students is the use of simulating technologies. Advantages of the method are the following: patient's safety, ability to drill a certain skills as many times as needed, significant reduction in the number of medical errors while performing manipulation on the patient. The quality of teaching using phantoms and waxwork increases by 40%. Organization of educational and training centers for practical training in the structure of Medical Universities is one of the main challenges in the medical education of Ukraine.

УДК 614.254.3:616

Феджага О.П.

ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ПІДГОТОВКИ АНГЛОМОВНИХ СТУДЕНТІВ НА КАФЕДРІ ХІРУРГІЇ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова

В статті розглядається досвід підготовки англomовних студентів на кафедрі хірургії, спрямований на покращення засвоєння навчального матеріалу, опанування найбільш сучасних знань та належне засвоєння студентами практичних навичок.

Ключові слова: англomовні студенти, практичні навички.

Вступ

Якісна підготовка як вітчизняних, так і закордонних студентів повинна відповідати вимогам виховання підготовлених спеціалістів, затребуваних на ринку праці [1, 2]. Крім того, вони повинні відповідати міжнародним стандартам: знати необхідний об'єм інформації, володіти практичними навичками як роботи з пацієнтом, виконання певних хірургічних маніпуляцій, так і використання нових медичних технологій [3].

Мета дослідження

Метою дослідження стало вироблення оптимальних підходів у підготовці англomовних студентів на кафедрі хірургії, таких, що дозволяють сформувати клініцистів належного рівня, з сучасною базою знань та практичних навичок.

Об'єкт і методи досліджень

На кафедрі хірургії медичного факультету №2 перед кожним заняттям підбираються хворі з певною нозологією, дані додаткових методів обстеження (рентгенограми, аналізи, ситуаційні задачі, навчальні відеофільми). В навчальному процесі широко використовується для демонстрації весь діапазон наявної сучасної комп'ютерної мультимедійної проекційної та відеолапароскопічної апаратури. Необхідно відмітити добру наочність цього виду навчання. Використання комп'ютера і проекційної апаратури дозволяє більш наочно і презентабельно викладати лекційний матеріал, включаючи в нього фрагменти навчальних відеофільмів, що однозначно дозволяє підвищити якість засвоєння навчального матеріалу. Сучасні технології

стосуються і операційної. Виконувати відеолапароскопічні операції добре відображені на широкому екрані монітора. Група студентів може бачити всі анатомічні утворення і деталі хірургічної техніки, що неможливе при «відкритій» операції. Використання сучасної апаратури дозволяє не тільки демонструвати, а й створювати базу навчальних фільмів.

При підготовці лекційного матеріалу важливу роль приділяємо тому, щоб він базувався на міжнародних консенсусах та клінічних рекомендаціях, відповідав міжнародним стандартам діагностики та лікування хворих, які майбутній лікар в подальшому буде використовувати у своїй практичній діяльності. Щодо проведення практичних занять вагомим значення надаємо навчання застосування запропонованих підходів індивідуально, відповідно до особливостей захворювання у даного хворого, що важливо для формування основ клінічного мислення, започаткування власного клінічного досвіду.

Результати досліджень та їх обговорення

Велику роль у самостійній підготовці до практичного заняття відіграє тестовий контроль знань. Роль тестування у системі навчання студентів зростає з кожним роком, за допомогою чого підвищується рівень знань студентів. Це розвиває особистість учня, його наполегливість. Тестовий самоконтроль є важливою мотивацією для підготовки до семестрових іспитів, а також екзаменаційного контролю «Крок-2».

Розподіл тестів по темах дозволяє використовувати їх на різних курсах, де ці теми вивчаються, а їх повторення – покращити результати засвоєння. Щоденне розв'язання тематичних тестових завдань вимагає

від студентів більш досконалої теоретичної підготовки до заняття.

Велика увага приділяється опануванню практичних навичок. Практичні навички розподілені за темами модулів. Методика виконання практичної навички детально пояснюється і демонструється викладачем під час практичних занять. Алгоритм кожної практичної навички детально описаний в методичних розробках, розміщених на WEB-сторінці кафедри, де студент крок за кроком може її повторити. Під час самостійної роботи студенти можуть з'ясувати незрозумілі моменти виконання практичної навички і удосконалити її виконання. Рівень оволодіння практичною навичкою оцінюється як з точки зору теоретичного знання, так і виконання її на практиці під контролем викладача самостійно в стаціонарі. Можливість для цього студенти мають під час демонстрації та опитування і обстеження хворих, які проводяться на кожному занятті. В цей час викладачі, проводячи заняття у англомовних студентів, не лише докладно англійською мовою доводять до відома студентів ті чи інші питання, а й проводять інтерпретацію отриманих даних, їх обговорення, при необхідності допомагають додатково деталізувати отриману інформацію, повторно демонструють чи коригують методики обстеження хворих.

Важливим моментом в підготовці практичної діяльності студентів є також більш широке залучення студентів до участі в діагностичних маніпуляціях, регулярне залучення їх до проведення перев'язок, процедур з догляду за хворими. З одного боку це дозволяє краще засвоїти необхідні практичні навички, а з іншого – значною мірою підвищити їх самооцінку, а головне – мотивацію до навчання. При цьому виявляються найбільш активні, мотивовані студенти, окремі з них для кращого засвоєння практичних навичок приходять приймати участь в перев'язках, процедурах із догляду за хворими, для засвоєння виконання ін'єкцій в позааурочний час, наприклад в дні відробок по суботах, що на нашу думку саме по собі є досить показовим. Це також забезпечує вищий рівень взаємовідносин між студентами та медичним персоналом, до них ставляться як до молодших колег, що у свою чергу підвищує до них довіру пацієнтів та полегшує засвоєння практичних навичок.

гшує засвоєння практичних навичок.

Організація навчального процесу та поточного контролю на кафедрі хірургії медфакультету № 2 характерна тим, що вона не обмежена оцінкою знань студентів тільки використанням тестових завдань та ситуаційних задач, враховуючи недоліки одностороннього контролю. Нами опрацьована, обговорена на засіданнях кафедри і впроваджена в навчальний процес система оцінювання знань, яка включає опитування студентів, освоєння ними практичних навичок, вирішення тестових завдань і ситуаційних задач та контроль виконання деонтологічних вимог з об'єднанням в одну традиційну оцінку.

Висновки

З метою підготовки фахівців, конкурентоспроможних на ринку праці, необхідно використовувати комплекс сучасних засобів навчання у поєднанні з використанням наочних засобів донесення інформації з обов'язковим опануванням студентами практичних навичок, що стосуються як спілкування з пацієнтами, засвоєння фізикальних методів обстеження, інтерпретації додаткових методів, так і опанування початкових елементів догляду за хворими, проведення перев'язок та маніпуляцій.

Перспективи подальших досліджень

Видається перспективним пошук інноваційних методик навчання, спрямованих на застосування сучасних об'єктивних методів оцінки знань студентів в поєднанні з вдосконаленням способів засвоєння знань і навичок на третинному рівні.

Література

1. Желіба М.Д. Викладання предмету «загальна хірургія» за умови запровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу / М.Д.Желіба, С.П.Жученко, С.Д.Хіміч [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2006. – Т.6, №1-2. – С.310-311.
2. Мунтян С.О. Методологічні підходи до засвоєння практичних навичок з загальної хірургії студентами стоматологічного факультету / С.О.Мунтян, С.І.Баранник, М.М.Бондаренко [та ін.] // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2006. – Т.6, №1-2. – С.337-339.
3. Штайнер Р. Основы развития врачебного искусства / Р.Штайнер, И.Вегман. – СПб. : Деметра, 2008. – 128 с.

Реферат

ПУТИ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПОДГОТОВКИ АНГЛОЯЗЫЧНЫХ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ХИРУРГИИ

Феджага О.П.

Ключевые слова: англоязычные студенты, практические навыки.

В статье рассматривается опыт подготовки англоязычных студентов на кафедре хирургии, направленный на улучшение усвоения учебного материала, овладение наиболее современными знаниями и надлежащее усвоение студентами практических навыков.

Summary

WAYS TO IMPROVE ENGLISH-SPEAKING STUDENTS' TRAINING AT THE DEPARTMENT OF SURGERY

Fedzhaha O.P.

Keywords: English-speaking students, practical skills.

This article describes the experience of the English-speaking students' training at the Department of Surgery and is aimed to improve students' learning and gaining the most advanced knowledge as well as mastering practical skills.

УДК 378.147+616-001.17-082

Фисталь Э.Я., Солошенко В.В., Фисталь Н.Н., Носенко В.М., Самойленко Г.Е.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ КУРСАНТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕХНОГЕННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины»

Результаты лечения пострадавших от взрывной травмы во многом определяются качеством оказанной на первом этапе медицинской помощи. Исходя из этого, сформулирована цель – обучить врачей – курсантов - горноспасателей, хирургов, анестезиологов комплексу лечебно-диагностических мероприятий для оказания помощи пострадавшим при шахтных авариях. На циклах занятий тематического усовершенствования по оказанию помощи обожженным обучались 384 курсанта. Из них врачей-горноспасателей было 128, анестезиологов - 94, хирургов - 162 курсанта. Благодаря обучению данной группы специалистов значительно улучшилось качество лечения такой сложной категории больных как пострадавшие при техногенных авариях в шахтах.

Ключевые слова: преподавание, шахтная авария, неотложная помощь.

Концентрация промышленного производства, рост городов, появление средств массовой перевозки людей, неуклонное ухудшение экологической обстановки вследствие антропогенного воздействия на природу ведут к тому, что техногенные и природные катастрофы становятся все более масштабными. Если взрывные поражения людей еще недавно были преимущественно боевой травмой и прерогативой специалистов военной медицины, то в наши дни с патологией взрывного генеза практически ежедневно приходится встречаться врачам гражданской системы здравоохранения [1,10].

Для Донецкого региона наиболее свойственна взрывная шахтная травма. Шахтная травма при авариях, осложненных взрывами метана, в подавляющем количестве случаев имеет 3 основных поражающих фактора: механический – ударная волна, усиленная в замкнутом пространстве (баротравма) [6,8,11]; термический – пламя взрыва и/или пожар; химический – продукты горения угля и выделение вредных газов. Сочетание данных поражающих факторов вызывает комбинированную термо-механотоксическую травму, осложненную ожоговым и травматическим шоком [7,9].

Еще один фактор, обуславливающий особую тяжесть комбинированной термомеханической травмы в глубоких шахтах – вынужденная пролонгация оказания медицинской помощи. Средняя продолжительность времени, прошедшего с момента аварии до прибытия бригады врачей – горноспасателей, составляет в среднем 2,5-3 часа [2, 3]. Как подчеркивают авторы, разнообразие многочисленных поражающих и вредных факторов в зоне аварии требует оказания в кратчайшие сроки быстрого и полноценного объема необходимой медицинской помощи, как в очаге поражения, так и на этапах транспортировки на поверхность и в специализированные учреждения [7,9].

По мнению российских коллег, которое мы поддерживаем, с момента прибытия медицинских работников на место происшествия, экстренная диагностика, четкое этапное обследование и лечение с соблюдением принципов своевременности и преемственности являются важными факторами в исходе шахтной травмы [4]. Терминальные выработки современных угольных шахт удалены на 7-10 км от центрального ствола, что способствует увеличению продолжительности транспортировки пострадавших под землей, а, следовательно, и развитию в пути различных осложнений. Отсрочка при оказании медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми комбинированными тер-

момеханическими поражениями в течение 1 часа от момента травмы увеличивает летальность на 30 %, от 1 до 3 часов - на 60 %, а в случае отсрочки более чем на 6 часов - почти на 90 % [4].

Следовательно, результаты лечения пострадавших от взрывной травмы во многом определяется качеством оказанной на первом этапе медицинской помощи.

Исходя из выше перечисленных фактов, сформулирована цель – обучить врачей – курсантов - горноспасателей, хирургов, анестезиологов и других комплексу лечебно-диагностических мероприятий для оказания помощи шахтерам и другим пострадавшим при взрывах метано-угольной смеси.

Для создания непрерывной системы оказания помощи циклы тематического усовершенствования проводились с врачами преимущественно по месту их работы, для определения возможностей лечения на местах и в дальнейшем коррекции материальной базы.

С 2003 года, когда была организована кафедра комбустиологии и пластической хирургии ДонНМУ, на циклах занятий тематического усовершенствования по оказанию помощи обожженным, пострадавшим при техногенных катастрофах на месте происшествия, обучались 384 курсанта. Из них врачей-горноспасателей было 128, анестезиологов - 94, хирургов - 162 курсанта.

Цикл тематического усовершенствования длится 4 недели и проводился как выездной, по месту работы курсантов. Темы занятий охватывают все аспекты оказания помощи пациентам с комбинированной травмой: первая помощь, ее организация на месте и вопросы транспортировки пострадавших; классификация ожогов и патофизиология ран в зависимости от этиологии травмы; диагностика глубины и площади поражения; прогностические критерии тяжелой ожоговой травмы; клиника и патогенез ожогового шока и других стадий ожоговой болезни; термоингаляционная травма; осложнения ожогов, особенности комбинированных и сочетанных травм, синдром взаимного отягощения; местное лечение ожоговых ран.

Каждая из тем занятий включает определение исходного уровня знаний курсантов, обсуждение теоретических вопросов, отработку практических навыков с учетом специализации врачей-курсантов. Обязательным является решение практических тестовых заданий, обсуждение результатов тестирования, выработка алгоритмов действия врача в экстренной ситуации.

Проведение занятий организовывалось с учетом

УДК 378.147+616-001.17-082

Фисталь Э.Я., Солошенко В.В., Фисталь Н.Н., Носенко В.М., Самойленко Г.Е.

ОСОБЕННОСТИ ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ КУРСАНТОВ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ОТ ТЕХНОГЕННЫХ КОМБИНИРОВАННЫХ ТЕРМИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака НАМН Украины»

Результаты лечения пострадавших от взрывной травмы во многом определяются качеством оказанной на первом этапе медицинской помощи. Исходя из этого, сформулирована цель – обучить врачей – курсантов - горноспасателей, хирургов, анестезиологов комплексу лечебно-диагностических мероприятий для оказания помощи пострадавшим при шахтных авариях. На циклах занятий тематического усовершенствования по оказанию помощи обожженным обучались 384 курсанта. Из них врачей-горноспасателей было 128, анестезиологов - 94, хирургов - 162 курсанта. Благодаря обучению данной группы специалистов значительно улучшилось качество лечения такой сложной категории больных как пострадавшие при техногенных авариях в шахтах.

Ключевые слова: преподавание, шахтная авария, неотложная помощь.

Концентрация промышленного производства, рост городов, появление средств массовой перевозки людей, неуклонное ухудшение экологической обстановки вследствие антропогенного воздействия на природу ведут к тому, что техногенные и природные катастрофы становятся все более масштабными. Если взрывные поражения людей еще недавно были преимущественно боевой травмой и прерогативой специалистов военной медицины, то в наши дни с патологией взрывного генеза практически ежедневно приходится встречаться врачам гражданской системы здравоохранения [1,10].

Для Донецкого региона наиболее свойственна взрывная шахтная травма. Шахтная травма при авариях, осложненных взрывами метана, в подавляющем количестве случаев имеет 3 основных поражающих фактора: механический – ударная волна, усиленная в замкнутом пространстве (баротравма) [6,8,11]; термический – пламя взрыва и/или пожар; химический – продукты горения угля и выделение вредных газов. Сочетание данных поражающих факторов вызывает комбинированную термо-механотоксическую травму, осложненную ожоговым и травматическим шоком [7,9].

Еще один фактор, обуславливающий особую тяжесть комбинированной термомеханической травмы в глубоких шахтах – вынужденная пролонгация оказания медицинской помощи. Средняя продолжительность времени, прошедшего с момента аварии до прибытия бригады врачей – горноспасателей, составляет в среднем 2,5-3 часа [2, 3]. Как подчеркивают авторы, разнообразие многочисленных поражающих и вредных факторов в зоне аварии требует оказания в кратчайшие сроки быстрого и полноценного объема необходимой медицинской помощи, как в очаге поражения, так и на этапах транспортировки на поверхность и в специализированные учреждения [7,9].

По мнению российских коллег, которое мы поддерживаем, с момента прибытия медицинских работников на место происшествия, экстренная диагностика, четкое этапное обследование и лечение с соблюдением принципов своевременности и преемственности являются важными факторами в исходе шахтной травмы [4]. Терминальные выработки современных угольных шахт удалены на 7-10 км от центрального ствола, что способствует увеличению продолжительности транспортировки пострадавших под землей, а, следовательно, и развитию в пути различных осложнений. Отсрочка при оказании медицинской помощи пострадавшим с тяжелыми комбинированными тер-

момеханическими поражениями в течение 1 часа от момента травмы увеличивает летальность на 30 %, от 1 до 3 часов - на 60 %, а в случае отсрочки более чем на 6 часов - почти на 90 % [4].

Следовательно, результаты лечения пострадавших от взрывной травмы во многом определяется качеством оказанной на первом этапе медицинской помощи.

Исходя из выше перечисленных фактов, сформулирована цель – обучить врачей – курсантов - горноспасателей, хирургов, анестезиологов и других комплексу лечебно-диагностических мероприятий для оказания помощи шахтерам и другим пострадавшим при взрывах метано-угольной смеси.

Для создания непрерывной системы оказания помощи циклы тематического усовершенствования проводились с врачами преимущественно по месту их работы, для определения возможностей лечения на местах и в дальнейшем коррекции материальной базы.

С 2003 года, когда была организована кафедра комбустиологии и пластической хирургии ДонНМУ, на циклах занятий тематического усовершенствования по оказанию помощи обожженным, пострадавшим при техногенных катастрофах на месте происшествия, обучались 384 курсанта. Из них врачей-горноспасателей было 128, анестезиологов - 94, хирургов - 162 курсанта.

Цикл тематического усовершенствования длится 4 недели и проводился как выездной, по месту работы курсантов. Темы занятий охватывают все аспекты оказания помощи пациентам с комбинированной травмой: первая помощь, ее организация на месте и вопросы транспортировки пострадавших; классификация ожогов и патофизиология ран в зависимости от этиологии травмы; диагностика глубины и площади поражения; прогностические критерии тяжелой ожоговой травмы; клиника и патогенез ожогового шока и других стадий ожоговой болезни; термоингаляционная травма; осложнения ожогов, особенности комбинированных и сочетанных травм, синдром взаимного отягощения; местное лечение ожоговых ран.

Каждая из тем занятий включает определение исходного уровня знаний курсантов, обсуждение теоретических вопросов, отработку практических навыков с учетом специализации врачей-курсантов. Обязательным является решение практических тестовых заданий, обсуждение результатов тестирования, выработка алгоритмов действия врача в экстренной ситуации.

Проведение занятий организовывалось с учетом

специфики промышленных регионов и специальностей врачей, то есть в первую очередь занятия проводились с врачами-горноспасателями г.Донецка, Луганска, затем – анестезиологами районных промышленных городов, то есть с теми специалистами, кто обычно первым прибывает на место производственной катастрофы. Следует отметить, что врачи нашего центра – комбустиологи, анестезиологи также входят в состав бригад, выезжающих на место происшествия по линии ДЦЭМП. Тематическое усовершенствование проводится на реке 1 раза в 5 лет, что позволяет курсантам владеть современными методиками оказания помощи пациентам с комбинированными травмами.

Вначале сотрудниками кафедры были организованы курсы для врачей-горноспасателей, задача которых состояла в оказании неотложной помощи обожженным шахтерам с комбинированной травмой. Это остановка магистрального кровотечения, обеспечение проходимости дыхательных путей, ингаляция кислорода, введение кортикостероидов, седативных препаратов и анальгетиков, начало инфузионной терапии и транспортировка на поверхность. Местное лечение заключается в обработке кремом сульфадиазина серебра и наложением асептической контурной повязки, далее пациента укрывали термоизолирующим одеялом. Особое внимание уделялось проведению противошоковой терапии при транспортировке из отдаленных участков шахтных выработок. Как показал процесс обучения, в военизированных подразделениях основные действия были доведены до автоматизма и отработаны врачами анестезиологами, была проведена коррекция сведений по инфузионной противошоковой терапии и по средствам для местного лечения (отказ от влажно-высыхающих повязок, использование гидрогелевых покрытий).

При обучении врачей хирургов и анестезиологов больниц шахтерских городов на циклах тематического усовершенствования начинали с азов комбустиологии, так как для врачей интернов данная специальность преподается с 2003 года, а основная масса работающих докторов не совсем знакома с частными современными вопросами комбустиологии.

В течение первых занятий курсантам представлялись анатомические особенности строения кожи, патогенез термической травмы и термоингаляционных поражений, особенности ожогового шока при комбинированной травме. После этого переходили к особенностям проведения противошоковой терапии обожженным с комбинированной травмой. На ситуационных задачах моделировались основные сочетания термической и механической травмы и обсуждался алгоритм лечебно-диагностических мероприятий. Набор мультимедийных презентаций позволял представить накопленный опыт в виде фотографий и фильмов о пациенте с какой-либо травмой от поступления до выписки. Наибольший интерес вызывал фотоматериал по первичной хирургической обработке ожоговых ран, так как именно при этой операции допускается наибольшее количество ошибок, которые в дальнейшем определяют течение раневого процесса.

Обоснована необходимость правила четырех катетеров для лечения тяжелообожженного, которая подкреплена фотоматериалами осложнений при невыполнении данного правила. Полученная, и таким путем доведенная до сведения курсантов информация, как правило надежно фиксируется памятью обучающегося, что в дальнейшем приводит к его безусловному выполнению в практической деятельности де-

журного хирурга или анестезиолога при поступлении обожженного с комбинированной травмой.

Научное обоснование синдрома взаимного отягощения и наглядные примеры позволили донести врачам хирургам и анестезиологам особенности клинического течения комбинированной травмы. Модифицированный индекс тяжести поражения, разработанный в нашей клинике [5] позволяет более точно оценивать тяжесть шока при комбинированной травме. В нашей клинике также разработана компьютерная программа диагностики и прогнозирования тяжести ожоговой болезни её осложнений и исхода травмы. Математическая модель, построенная на основании многолетнего опыта лечения больных с комбинированной травмой, позволяет хирургу или анестезиологу на основании объективных данных и доступных методов исследования определить тяжесть состояния и вероятность развития осложнений ожоговой болезни.

В плане местного лечения обожженных, проведенная работа позволила вооружить врачей хирургов знаниями о патогенезе раневого процесса в ожоговой ране и алгоритме по применению препаратов для лечения ожоговых ран, в различных фазах раневого процесса.

Вся информация по преподаванию систематизирована в методических рекомендациях в виде графологических структур и алгоритмов. Процесс обучения контролируется выполнением ситуационных задач, тестовыми задачами формата А.

Проведенная образовательная работа принесла свои результаты. Теперь у нас практически не возникает вопросов и проблем при госпитализации таких пострадавших в Донецкий ожоговый центр. Все пострадавшие при техногенных авариях транспортируются в клинику с наличием катетера в центральной или периферической вене, во время транспортировки проводится в дороге трансфузионная терапия, мониторинг жизненно важных функций, ингаляции кислорода и другие обязательные манипуляции для пострадавших с комбинированной травмой. При авариях, происшедших в отдаленных районах области или за её пределами, пострадавшие поступают вначале в хирургические и реанимационные отделения районных больниц, где до приезда бригады центра экстренной медицинской помощи пострадавшему оказывался весь комплекс необходимых медицинских мероприятий либо специализированным транспортом и бригадой доставляли в ожоговый центр. И уже здесь производилась первичная хирургическая обработка механических повреждений, окончательная остановка кровотечения, рентгенологическое исследование, интенсивная противошоковая терапия.

Вывод

Таким образом, организация и проведение курсов тематического усовершенствования «Организация и лечение пострадавших от комбинированных термических поражений на производстве» на кафедре комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ДонНМУ для врачей курсантов анестезиологов, хирургов и горноспасателей позволило значительно улучшить качество лечения такой сложной категории больных, пострадавших при техногенных авариях в шахтах. Этот опыт необходимо использовать и при организации первой медицинской помощи и лечении пострадавших при автомобильных, железнодорожных катастрофах, а также при террористических актах и локальных боевых действиях.

Литература

- Беляев А.Н. Пути улучшения инфузионной терапии комбинированной (ожог и кровопотеря) травмы: автореф. дис. на соиск. уч. д-ра. мед. наук: спец. 14.00.37 «Анестезиология и реаниматология» / А.Н. Беляев – Н.Новгород, 1998. – 30 с.
- Величко М.М. Тактика оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при авариях с большим числом пострадавших в угольных шахтах / М.М. Величко, Э.Я. Фисталь, В.Д. Шаповалов // Проблемы військової охорони здоров'я. – 2002. – №1. – С. 133-140.
- Взрывная шахтная травма (экспериментальный анализ проблемы). Монография / [В.Н.Ельський, В.К. Гусак, Г.К. Кривобок и др.]. – Донецк : Алекс, 2002. – 172 с.
- Галеев И.К. Совершенствование системы медицинского обеспечения: дис... доктора мед. наук : 05.26.02. «Безопасность в чрезвычайных ситуациях» / И. К. Галеев – Кемерово, 2001. – 254 с.
- Гринь В.К. Комплексное лечение и реабилитация шахтеров, пострадавших при взрывах метано-угольной смеси / В.К.Гринь, Э.Я.Фисталь, В.В.Солошенко // Энергия инноваций. – 2008. – №5. – С.50-51.
- Гринь В.К. Комплексное лечение и реабилитация шахтеров, пострадавших при взрывах метано-угольной смеси / В.К. Гринь, Э.Я. Фисталь, В.В. Солошенко [та ін.] // Энергия инноваций. – 2008. – №5. – С.50-54.
- Неотложная медицинская помощь пострадавшим при авариях и катастрофах / [Г.А. Можаяев, В.Н. Заболотный, В.П. Дьяконов и др.]. – К. : Здоров'я, 1995. – 286 с.
- Ельський В.Н. Особенности оказания экстренной медицинской помощи шахтерам с комбинированной травмой на этапах эвакуации / В.Н.Ельський, Н.Н. Шпаченко., В.Г.Климовицкий [та ін.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. – Т. 6, №2. – С.231-235.
- Гусак В.К. Политравма у обожженных при взрыве метана в шахтах / В.К. Гусак, Э.Я. Фисталь, В.П. Шано [та ін.] // Проблемы військової охорони здоров'я. – 2002. – №1 – С.143-150.
- Харисов А.М. Организация медицинской помощи и лечения военнослужащих с комбинированными ожоговыми поражениями в вооруженных конфликтах: дис. ...канд.мед.наук: 14.00.33 / Харисов А. М. – СПб., 2006. –168 с.
- Ельський В.Н. Экспериментальная фармакологическая коррекция нарушений микроциркуляции при действии взрывной шахтной травмы / В.Н. Ельський, Г.К. Кривобок, Э.Я. Фисталь [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2003. – Т.4, №1. – С. 159-162.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ КУРСАНТІВ ПО ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ТЕХНОГЕННИХ КОМБІНОВАНИХ ТЕРМІЧНИХ УРАЖЕНЬ

Фісталь Е.Я., Солошенко В.В., Фісталь Н.М., Носенко В.М., Самойленко Г.Є.

Ключові слова: викладання, шахтна аварія, невідкладна допомога.

Результати лікування постраждалих від вибухової травми в багатьох випадках обумовлюються якістю наданої на першому етапі медичної допомоги. Виходячи з цього, сформована мета – навчити лікарів курсантів – гірничорятувальників, хірургів, анестезіологів комплексу лікувально-діагностичних заходів щодо надання допомоги постраждалим при шахтних аваріях. На циклах тематичного удосконалення по наданню допомоги обпеченим навчалися 384 курсанти. З них лікарів гірничорятувальників було 128, анестезіологів - 94, хірургів - 162 курсанта. Завдяки навчанню даної ланки спеціалістів значно поліпшилось якість лікування такої складної категорії хворих, як постраждали при техногенних аваріях на шахтах.

Summary

ARRANGEMENT OF MEDICAL CARE FOR VICTIMS WITH MAN-MADE COMBINED THERMAL INJURIES

Fistal E.Y., Soloshenko V.V., Fistal N.N., Nosenko V.M., Samoilenko G.Ye.

Key words: teaching, mine accident, emergency.

Results of treatment of victims with explosive injuries are mainly determined by the quality of medical assistance provided at the first phase. Depending on the aim was intended to train health care workers (rescuers, surgeons, anesthesiologists) to provide integrated diagnostic and treatment measures for victims of mine accidents. 384 health care providers passed through extension courses on thermal burns among which there were 128 rescuers, 94 anesthesiologists, and 162 surgeons. The courses considerably contributed to the training of the specialists in management of mine accident victims.

УДК 378.14

Шумейко І.А., Лігоненко О.В., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Дігтяр І.І., Стороженко О.В.

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ ДЛЯ ПОТОЧНОГО ТА ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Досліджували сучасні засоби навчання, використовували спеціальні системи тестування, можливість проходження окремого тесту. Виявлено: використання комп'ютерних систем, автономна розробка тестових завдань для контролю знань дозволяє більш ефективно проводити перевірку знань.

Ключові слова: постійна робота, методичне забезпечення, сучасні засоби навчання.

Постановка проблеми

Широке використання персональних комп'ютерів надало великий поштовх розробці нових інформаційних технологій та широкому впровадженню їх для підготовки спеціалістів. Основними напрямками стали розробки електронних підручників, автоматизованих систем контролю знань, розробки робочих місць спеціалістів [1].

Попередні дослідження проблеми

Важливим питанням під час навчання є контроль знань студентів. Для поточного та підсумкового конт-

ролю використовуються спеціальні системи тестування. Їх використання надає контроль якості знань об'єктивності, можлива одночасна перевірка за відносно короткий проміжок часу багатьох слухачів [2].

Виклад основного матеріалу. Важливу роль грає також отримання результату тестування відразу після його проведення. Основні можливості такої системи:

1) автономна розробка тестових завдань спеціалістами кафедр у відповідності з заданим форматом у вигляді текстових файлів ;

2) налагодження в діалоговому режимі параметрів системи оцінки тестування ;

Литература

- Беляев А.Н. Пути улучшения инфузионной терапии комбинированной (ожог и кровопотеря) травмы: автореф. дис. на соиск. уч. д-ра. мед. наук: спец. 14.00.37 «Анестезиология и реаниматология» / А.Н. Беляев – Н.Новгород, 1998. – 30 с.
- Величко М.М. Тактика оказания экстренной медицинской помощи на догоспитальном этапе при авариях с большим числом пострадавших в угольных шахтах / М.М. Величко, Э.Я. Фисталь, В.Д. Шаповалов // Проблемы військової охорони здоров'я. – 2002. – №1. – С. 133-140.
- Взрывная шахтная травма (экспериментальный анализ проблемы). Монография / [В.Н.Ельський, В.К. Гусак, Г.К. Кривобок и др.]. – Донецк : Алекс, 2002. – 172 с.
- Галеев И.К. Совершенствование системы медицинского обеспечения: дис... доктора мед. наук : 05.26.02. «Безопасность в чрезвычайных ситуациях» / И. К. Галеев – Кемерово, 2001. – 254 с.
- Гринь В.К. Комплексное лечение и реабилитация шахтеров, пострадавших при взрывах метано-угольной смеси / В.К.Гринь, Э.Я.Фисталь, В.В.Солошенко // Энергия инноваций. – 2008. – №5. – С.50-51.
- Гринь В.К. Комплексное лечение и реабилитация шахтеров, пострадавших при взрывах метано-угольной смеси / В.К. Гринь, Э.Я. Фисталь, В.В. Солошенко [та ін.] // Энергия инноваций. – 2008. – №5. – С.50-54.
- Неотложная медицинская помощь пострадавшим при авариях и катастрофах / [Г.А. Можаяев, В.Н. Заболотный, В.П. Дьяконов и др.]. – К. : Здоров'я, 1995. – 286 с.
- Ельський В.Н. Особенности оказания экстренной медицинской помощи шахтерам с комбинированной травмой на этапах эвакуации / В.Н.Ельський, Н.Н. Шпаченко., В.Г.Климовицкий [та ін.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2005. – Т. 6, №2. – С.231-235.
- Гусак В.К. Политравма у обожженных при взрыве метана в шахтах / В.К. Гусак, Э.Я. Фисталь, В.П. Шано [та ін.] // Проблемы військової охорони здоров'я. – 2002. – №1 – С.143-150.
- Харисов А.М. Организация медицинской помощи и лечения военнослужащих с комбинированными ожоговыми поражениями в вооруженных конфликтах: дис. ...канд.мед.наук: 14.00.33 / Харисов А. М. – СПб., 2006. –168 с.
- Ельський В.Н. Экспериментальная фармакологическая коррекция нарушений микроциркуляции при действии взрывной шахтной травмы / В.Н. Ельський, Г.К. Кривобок, Э.Я. Фисталь [и др.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2003. – Т.4, №1. – С. 159-162.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ КУРСАНТІВ ПО ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВІД ТЕХНОГЕННИХ КОМБІНОВАНИХ ТЕРМІЧНИХ УРАЖЕНЬ

Фісталь Е.Я., Солошенко В.В., Фісталь Н.М., Носенко В.М., Самойленко Г.Є.

Ключові слова: викладання, шахтна аварія, невідкладна допомога.

Результати лікування постраждалих від вибухової травми в багатьох випадках обумовлюються якістю наданої на першому етапі медичної допомоги. Виходячи з цього, сформована мета – навчити лікарів курсантів – гірничорятувальників, хірургів, анестезіологів комплексу лікувально-діагностичних заходів щодо надання допомоги постраждалим при шахтних аваріях. На циклах тематичного удосконалення по наданню допомоги обпеченим навчалися 384 курсанти. З них лікарів гірничорятувальників було 128, анестезіологів - 94, хірургів - 162 курсанта. Завдяки навчанню даної ланки спеціалістів значно поліпшилось якість лікування такої складної категорії хворих, як постраждали при техногенних аваріях на шахтах.

Summary

ARRANGEMENT OF MEDICAL CARE FOR VICTIMS WITH MAN-MADE COMBINED THERMAL INJURIES

Fistal E.Y., Soloshenko V.V., Fistal N.N., Nosenko V.M., Samoilenko G.Ye.

Key words: teaching, mine accident, emergency.

Results of treatment of victims with explosive injuries are mainly determined by the quality of medical assistance provided at the first phase. Depending on the aim was intended to train health care workers (rescuers, surgeons, anesthesiologists) to provide integrated diagnostic and treatment measures for victims of mine accidents. 384 health care providers passed through extension courses on thermal burns among which there were 128 rescuers, 94 anesthesiologists, and 162 surgeons. The courses considerably contributed to the training of the specialists in management of mine accident victims.

УДК 378.14

Шумейко І.А., Лігоненко О.В., Чорна І.О., Зубаха А.Б., Дігтяр І.І., Стороженко О.В.

ОРГАНІЗАЦІЯ СИСТЕМИ ПЕРЕВІРКИ ЗНАНЬ ДЛЯ ПОТОЧНОГО ТА ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава

Досліджували сучасні засоби навчання, використовували спеціальні системи тестування, можливість проходження окремого тесту. Виявлено: використання комп'ютерних систем, автономна розробка тестових завдань для контролю знань дозволяє більш ефективно проводити перевірку знань.

Ключові слова: постійна робота, методичне забезпечення, сучасні засоби навчання.

Постановка проблеми

Широке використання персональних комп'ютерів надало великий поштовх розробці нових інформаційних технологій та широкому впровадженню їх для підготовки спеціалістів. Основними напрямками стали розробки електронних підручників, автоматизованих систем контролю знань, розробки робочих місць спеціалістів [1].

Попередні дослідження проблеми

Важливим питанням під час навчання є контроль знань студентів. Для поточного та підсумкового конт-

ролю використовуються спеціальні системи тестування. Їх використання надає контролю якості знань об'єктивності, можлива одночасна перевірка за відносно короткий проміжок часу багатьох слухачів [2].

Виклад основного матеріалу. Важливу роль грає також отримання результату тестування відразу після його проведення. Основні можливості такої системи:

1) автономна розробка тестових завдань спеціалістами кафедр у відповідності з заданим форматом у вигляді текстових файлів;

2) налагодження в діалоговому режимі параметрів системи оцінки тестування;

3) можливість переходу від виду введення відповідей з клавіатури до варіанту вибору відповідей зі списку ;

4) автоматизоване заповнення бази даних тестів з текстових файлів ;

5) можливість проходження окремого тесту або, при комплексному контролі, побудова спільного завдання за допомогою вказування номерів тем для контролю та кількості питань з кожної теми.

Аналіз вимог до систем контролю знань показав необхідність розробки програмного забезпечення для трьох категорій користувачів: автора контролюючих тестів, слухача та керівника навчання, який відповідає за проведення контролю. Авторами виступають досвідчені викладачі, які розробляють відповідний варіант контролю знань.

Слухачами можуть бути студенти чи інші користувачі, яким необхідно перевірити рівень своїх знань. Керівники навчання відповідно до введеної інформації проводять необхідний контроль, отримують статистичну інформацію, мають доступ до бази даних з метою перегляду наявних тестів та формування з бази даних завдання на контроль.

Автори курсів мають можливість постійно доповнювати та обновляти інформаційну базу. Для цього передбачено режим корекції введених даних, доповнення новою інформацією, знищення застарілої. Режим автора не вимагає знань з програмування, а лише бути спеціалістом своєї області. Автор повинен чітко сформулювати текст питання, вірну та альтернативні відповіді.

Кожна відповідь може займати декілька рядків. Кількість відповідей обмежується лише загальною кількістю рядків для відповідей. Це зв'язано з обмеженням розміром екрана, та необхідністю бачити на екрані відразу всю інформацію по запитанню. Наприклад, ми можемо ввести будь-яку кількість відповідей, загальна кількість рядків яких не перевищує 16.

Для режиму самопідготовки студентів можливе введення підказки у вигляді пояснювального тексту або посилання на відповідне літературне джерело. При використанні системи студент має можливість при бажанні отримати введену автором допомогу через використання відповідної клавіші, наприклад F1.

Перед початком контролю студент повинен бути зареєстрований. Відповідно до розробленої форми в процесі діалогу необхідно ввести до бази даних студентів інформацію. Робиться це або самим студентом при проходженні першого контролю, або централізовано попередньо вводяться дані про всю групу. Для роботи студенту надається присвоєний йому системою код. Вилучення слухача з бази даних дозволяється лише керівнику навчання при введенні відповідного паролю.

В системі ведеться статистична інформація про хід контролю. Після кожного проходження контролю студенту видаються основні результати проходження: кількість помилок, правильних відповідей, оцінка, час контролю тощо. Дана інформація зберігається довгостроково до процедури вилучення студента з бази даних. Крім того в разі необхідності відразу після проведення контролю можна переглянути його хід більш детально, тобто викладачу доступні всі відповіді студента і є можливість оперативно вирішити спірні питання. Ця оперативна інформація замінюється на нову при черговому контролі знань.

Дана система дає можливість працювати в режимі перевірки знань та режимі самопідготовки. Режим самопідготовки використовується для опанування ро-

ботою з системою перед контролем та для попереднього вивчення студентом свого рівня знань. Результати роботи в даному режимі не заносяться в статистичну базу, а лише служать для інформації, з метою виявлення слабких місць для подальшої підготовки.

Тести для контролю формуються викладачами відповідних курсів. Для автоматизації вводу тест створюється в вигляді текстового файлу відповідно до розробленого формату. Такий підхід дозволяє створювати тести безпосередньо на кафедрах. Створення бази даних для контролю проводиться шляхом перетворення відповідного текстового файлу в формат бази даних за допомогою спеціальної програми. База даних для контролю знань по спеціальності являє собою набір тестів.

Сам контроль має два режими. В першому випадку студенту пропонуються підряд всі без винятку запитання, що входять до даного тесту. Такий підхід використовується при поточному контролі знань під час атестаційних перевірок на протязі семестру. Другий режим використовується для комплексної перевірки знань. В цьому випадку викладач формує завдання для студента по декількох або по всіх курсах, що складають базу контролюючих тестів. При створенні завдання необхідно лише вказати після назви тесту, що підлягає контролю та загальної кількості питань в тесті, ту кількість питань, яка буде надана студенту при контролі.

Можлива взагалі відмова в даний момент від контролю деяких тем. Таким чином, маючи загальну велику базу контрольних тем, ми можемо оперативно сформувати блок тестів для кожної спеціальності, курсу тощо. Самі запитання будуть вибиратись з бази даних випадковим чином. Цей підхід використовується як складова частина іспитів.

Відповідь на запитання може формуватися двома способами. В першому випадку необхідно вказати правильну відповідь зі списку запропонованих, в другому - правильну відповідь необхідно ввести з клавіатури. Кожен із варіантів має свої переваги та недоліки. При вводі відповіді з клавіатури можливі помилки, які зв'язані з недостатнім знанням нових термінів, особливо в період нинішніх змін в термінології. Проте при контролі знань по деяких дисциплінах, наприклад, іноземна мова, ділова українська мова, знання товарної номенклатури зовнішньоекономічної діяльності введення відповіді з клавіатури краще, ніж вибір зі списку. Тут дійсно необхідно чітко знати вірну відповідь.

Система дозволяє вживання при вводі вірної відповіді передбачених автором тесту синонімів. Передбачається в подальшому модифікація режиму вибору правильної відповіді. При цьому серед запропонованих відповідей може бути декілька правильних, а не одна. Слухачу необхідно буде вказати весь список правильних відповідей. Дана можливість особливо корисна для усунення однієї з найбільш розповсюджених помилок при формуванні правильної відповіді, а саме того, що вона довша за інші. В цьому випадку автор має можливість розбити повну точну відповідь на декілька складових чим і буде усунена неявна підказка.

При виборі номера правильної відповіді зі списку запропонованих відповідей можливе випадкове вгадування. Але досвід роботи з системою показує, що при якісному формуванні альтернативних відповідей, скористатись методом явної відмови від неправильної відповіді дуже важко. Навпаки, при наявності серед

вірної правдоподібних відповідей студент вимушений провести важкий аналіз для виявлення вірного рішення. Який тип відповіді (вибір зі списку чи введення з клавіатури) використовувати при роботі з відповідним питанням вирішує автор тесту.

По ходу роботи з системою автоматично збирається статистична інформація. Оцінка формується як результат процентного відношення кількості правильних відповідей до загальної кількості запитань. При вводі тесту його автор вказує, який процент правильних відповідей заслуговує тієї або іншої оцінки.

При тестуванні знань також може враховуватись час, затрачений студентом на виконання завдання. Вирішення проблеми часу роботи над запропонованим завданням має два шляхи. В першому випадку за несвоєчасне виконання завдання виставляється незадовільна оцінка. Можливий і інший варіант, коли при закінченні відведеного на контроль часу, буде підраховуватись процент вірних відповідей на момент завершення контролю до загальної кількості питань, що виносились на перевірку.

При проведенні контролю слухач має можливість контролювати темп своєї роботи. На екран постійно виводиться інформація про час контролю та кількість пройдених питань.

Висновки. Використання комп'ютерних систем, автономна розробка тестових завдань для контролю знань дозволяє більш ефективно проводити перевірку знань. Введення категорій користувачів таких систем дозволило чітко розподілити функції та значно розширити застосування системи в зв'язку з можливостями налагодження під уподобання конкретного користувача.

Література

1. Баханов К.О. Інноваційні системи, технології та моделі навчання історії в школі : монографія / К.О.Баханов. – Запоріжжя, 2000. - 160 с.
2. Островерх О.О. Гуманітаризація як найважливіший принцип побудови освітніх систем / О.О.Островерх // Педагогічні особливості формування професійних якостей студентів : зб. наук. пр. — Харків, СТИЛЬ-ІЗДАТ, 2004. – С.146-151.

Реферат

ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО И ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ

Шумейко И.А., Лигоненко А.В., Черная И.А., Зубаха А.Б., Дигтярь И.И., Стороженко А.В.

Ключевые слова: самостоятельная работа, методическое обеспечение, современные средства обучения.

Исследовали современные средства обучения, использовали специальные системы тестирования, возможность прохождения отдельного теста. Выявлено, что использование компьютерных систем, автономная разработка тестовых заданий для контроля знаний позволяет более эффективно проводить проверку знаний.

Summary

ARRANGEMENT OF KNOWLEDGE TESTING BY CURRENT AND FINAL CONTROL

Shumeyko I.A., Lihonenko A.V., Chorna I.A., Zubacha A.B., Digtyar I.I., Storozhenko O.V.

Keywords: independent work, methodological support, modern teaching aids.

This paper describes the modern teaching techniques, special testing system and the possibility to perform a separate test. It was detected the applying of computed systems, special choosing of tests to evaluated the knowledge obtained was very effective.

РІЗНЕ

УДК: 616.147.17-007.64-089.168.1+159.922:303.6

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Гюльмамедов В.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Оценены показатели качества жизни (КЖ) 273 пациентов, оперированных по поводу различных осложнений геморроя в проктологическом отделении ДОКТМО с 2003 по 2010 годы. Исследуемую группу (ИГ) составили 139 пациентов, оперированных в период с 2007 по 2010 годы. Выбор метода операции и дополнительного оборудования основывался на использовании разработанного алгоритма с учетом формы, стадии, осложнений, длительности заболевания, возраста больных и получаемого до операции лечения. Контрольную группу (КГ) составили 134 пациента, оперированных в клинике в период с 2003 по 2006 годы методом случайного выбора. Оценку КЖ мы осуществляли с помощью неспецифического опросника MOS SF-36. Полученные сравнительные результаты говорят об эффективности разработанного дифференцированного подхода к лечению геморроя, который позволил повысить показатели качества жизни пациентов ИГ по сравнению с КГ, отражающие как физический, так и психологический компоненты здоровья.

Ключевые слова: геморрой, хирургическое лечение, качество жизни.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а так же с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

На сегодняшний день геморрой является заболеванием, широко распространенным среди взрослого населения [2, 6]. Огромная социально-экономическая значимость геморроя обусловлена значительным распространением этого заболевания (до 80%) среди людей социально активного возраста (от 25 до 54 лет), что при возникновении осложнений приводит к продолжительной потере трудоспособности и значительным экономическим затратам [3, 4]. Учитывая тот факт, что вопрос о качестве жизни все чаще поднимается при рассмотрении любой нозологической единицы, проблема геморроя становится еще более актуальной, поскольку это типичный пример заболевания, влияющего более на снижение качества жизни, нежели представляющего непосредственную опасность для организма [1, 5, 7].

Цель работы

Оценить качество жизни больных, оперированных по поводу геморроя с использованием дифференцированного подхода к лечению.

Материалы и методы

Оценены показатели качества жизни (КЖ) 273 пациентов, оперированных по поводу различных осложнений геморроя в проктологическом отделении ДОКТМО с 2003 по 2010 годы.

Исследуемую группу (ИГ) составили 139 пациентов, оперированных в период с 2007 по 2010 годы. Выбор метода операции и дополнительного оборудования (традиционный хирургический скальпель (ХС), электрорадиохирургический аппарат «Сургитрон™» (ЭРХА) или высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300М1 (ВЧЭК), разработанный институтом электросварки им. Е.О.Патона НАН Украины) у больных ИГ основывался на использовании разработанного алгоритма с учетом формы, стадии, осложнений, дли-

тельности заболевания, возраста больных и получаемого до операции лечения.

Контрольную группу (КГ) составили 134 пациента, оперированных в клинике в период с 2003 по 2006 годы с применением этого же оборудования методом случайного выбора.

Сформированные нами ИГ и КГ сопоставимы по половому, возрастному, профессиональному признакам, форме, стадиям, длительности заболевания, наличию осложнений, получаемому до операции лечению, характеру и объему перенесенных хирургических операций, и подлежат сравнению.

Оценку КЖ мы осуществляли с помощью неспецифического опросника MOS SF-36 [266], разработанного в рамках международного проекта изучения КЖ, и его украинской версии [88], имеющей надежные психометрические свойства и обладающей высокой согласованностью с характеристиками качества исследований, проведенных в других странах. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, из которых формируют два показателя: физическое (физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье) и психическое (жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье) благополучие. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Результаты и их обсуждение

Оценку качества жизни мы проводили с использованием оценочной шкалы SF-36 в сроки от 4 до 6 недель после оперативного лечения. При этом средний балл по шкале «физическое функционирование» (PF), отражающей степень, в которой физическое со-

РІЗНЕ

УДК: 616.147.17-007.64-089.168.1+159.922:303.6

Борота А.В., Гюльмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Гюльмамедов В.А.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГЕМОРРОЯ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Оценены показатели качества жизни (КЖ) 273 пациентов, оперированных по поводу различных осложнений геморроя в проктологическом отделении ДОКТМО с 2003 по 2010 годы. Исследуемую группу (ИГ) составили 139 пациентов, оперированных в период с 2007 по 2010 годы. Выбор метода операции и дополнительного оборудования основывался на использовании разработанного алгоритма с учетом формы, стадии, осложнений, длительности заболевания, возраста больных и получаемого до операции лечения. Контрольную группу (КГ) составили 134 пациента, оперированных в клинике в период с 2003 по 2006 годы методом случайного выбора. Оценку КЖ мы осуществляли с помощью неспецифического опросника MOS SF-36. Полученные сравнительные результаты говорят об эффективности разработанного дифференцированного подхода к лечению геморроя, который позволил повысить показатели качества жизни пациентов ИГ по сравнению с КГ, отражающие как физический, так и психологический компоненты здоровья.

Ключевые слова: геморрой, хирургическое лечение, качество жизни.

Работа является фрагментом плановой научно-исследовательской работы кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького "Хирургическое лечение больных с заболеваниями толстой кишки, передней брюшной стенки, а так же с хирургическими осложнениями сахарного диабета" (№ госрегистрации 0108U004305).

Вступление

На сегодняшний день геморрой является заболеванием, широко распространенным среди взрослого населения [2, 6]. Огромная социально-экономическая значимость геморроя обусловлена значительным распространением этого заболевания (до 80%) среди людей социально активного возраста (от 25 до 54 лет), что при возникновении осложнений приводит к продолжительной потере трудоспособности и значительным экономическим затратам [3, 4]. Учитывая тот факт, что вопрос о качестве жизни все чаще поднимается при рассмотрении любой нозологической единицы, проблема геморроя становится еще более актуальной, поскольку это типичный пример заболевания, влияющего более на снижение качества жизни, нежели представляющего непосредственную опасность для организма [1, 5, 7].

Цель работы

Оценить качество жизни больных, оперированных по поводу геморроя с использованием дифференцированного подхода к лечению.

Материалы и методы

Оценены показатели качества жизни (КЖ) 273 пациентов, оперированных по поводу различных осложнений геморроя в проктологическом отделении ДОКТМО с 2003 по 2010 годы.

Исследуемую группу (ИГ) составили 139 пациентов, оперированных в период с 2007 по 2010 годы. Выбор метода операции и дополнительного оборудования (традиционный хирургический скальпель (ХС), электрорадиохирургический аппарат «Сургитрон™» (ЭРХА) или высокочастотный электрокоагулятор ЕК-300М1 (ВЧЭК), разработанный институтом электросварки им. Е.О.Патона НАН Украины) у больных ИГ основывался на использовании разработанного алгоритма с учетом формы, стадии, осложнений, дли-

тельности заболевания, возраста больных и получаемого до операции лечения.

Контрольную группу (КГ) составили 134 пациента, оперированных в клинике в период с 2003 по 2006 годы с применением этого же оборудования методом случайного выбора.

Сформированные нами ИГ и КГ сопоставимы по половому, возрастному, профессиональному признакам, форме, стадиям, длительности заболевания, наличию осложнений, получаемому до операции лечению, характеру и объему перенесенных хирургических операций, и подлежат сравнению.

Оценку КЖ мы осуществляли с помощью неспецифического опросника MOS SF-36 [266], разработанного в рамках международного проекта изучения КЖ, и его украинской версии [88], имеющей надежные психометрические свойства и обладающей высокой согласованностью с характеристиками качества исследований, проведенных в других странах. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал, из которых формируют два показателя: физическое (физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье) и психическое (жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье) благополучие. Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ.

Результаты и их обсуждение

Оценку качества жизни мы проводили с использованием оценочной шкалы SF-36 в сроки от 4 до 6 недель после оперативного лечения. При этом средний балл по шкале «физическое функционирование» (PF), отражающей степень, в которой физическое со-

стояние ограничивает выполнение физических нагрузок, в ИГ составил $63,7 \pm 6,4$, а в КГ – $46,4 \pm 5,8$ ($p < 0,05$). По шкале «ролевое функционирование» (RP), отражающей влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей), средний показатель в ИГ составил $68,6 \pm 5,2$, а в КГ – $53,7 \pm 4,9$ балла ($p < 0,05$). Средний показатель по шкале «интенсивность боли» (BP), отражающей ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома, в ИГ составил $74,1 \pm 6,2$, а в КГ – $56,8 \pm 5,6$ балла ($p < 0,05$). По шкале «общее состояние здоровья» (GH), представляющей собой оценку больным состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения, средний показатель в ИГ и в КГ составил $71,3 \pm 6,0$ и $67,7 \pm 5,4$ баллов соответственно ($p > 0,05$). В ИГ по шкале «жизненная активность» (VT), подразумевающей ощущение себя полным сил и энергии или же напротив, обессиленным, средний показатель составил $56,3 \pm 4,6$ баллов. В КГ этот показатель равнялся $56,1 \pm 3,9$ баллов ($p > 0,05$). По шкале «социальное функционирование» (SF), определяющей степень, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность, в ИГ средний показатель составил $78,4 \pm 6,9$ баллов, в КГ – $70,4 \pm 5,9$ баллов ($p > 0,05$). По шкале «ролевое функционирование», обусловленное эмоциональным состоянием» (RE), предполагающей оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.д.), средний показатель в ИГ составил $80,1 \pm 7,9$ балла. В КГ такой показатель равнялся $75,3 \pm 7,2$ балла ($p > 0,05$). В ИГ по шкале «психическое здоровье» (MH), характеризующей настроение, наличие депрессий, тревоги, общий показатель положительных эмоций, средний показатель составил $66,2 \pm 5,9$ балла. В КГ данный показатель составил $59,8 \pm 4,9$ балла ($p < 0,05$).

Реферат

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ЯКИХ БУЛО ОПЕРОВАНО З ПРИВОДУ ГЕМОРОЮ

Борота О.В., Гюльмамедов Ф.І., Полунін Г.Є., Гюльмамедов В.А.

Ключові слова: геморої, хірургічне лікування, якість життя.

Оцінено показники якості життя (ЯЖ) 273 пацієнтів, яких було оперовано з приводу різних ускладнень гемороєм в проктологічному відділенні ДОКТМО з 2003 по 2010 роки. Досліджувану групу (ДГ) склали 139 пацієнтів, яких було оперовано в період з 2007 по 2010 роки. Вибір методу операції і додаткового устаткування ґрунтувався на використанні розробленого алгоритму з врахуванням форми, стадії, ускладнень, тривалості захворювання, віку хворих і отриманого до операції лікування. Контрольну групу (КГ) склали 134 пацієнти, оперовані в клініці в період з 2003 по 2006 роки методом випадкового вибору. Оцінку ЯЖ ми здійснювали за допомогою неспецифічного опитувальника MOS SF-36. Отримані порівняльні результати говорять про ефективність розробленого диференційованого підходу до лікування гемороєм, який дозволив підвищити показники якості життя пацієнтів ДГ в порівнянні з КГ, які відображають як фізичний, так і психологічний компоненти здоров'я.

Summary

ESTIMATION OF LIFE QUALITY IN PATIENTS OPERATED ON FOR HEMORRHOIDS

Borota A.V., Gulmamedov F.I., Polunin G.E., Gulmamedov V.A.

Key words: hemorrhoids, surgical treatment, quality of life.

The indexes of life quality (LQ) in 273 patients, operated on for different complications of hemorrhoids at the proctological department from 2003 to 2010 were estimated. The test group (TG) was made by 139 patients, operated on in a period from 2007 to 2010. The choice of method for operation and additional equipment was based on the use of the developed algorithm taking into account a form, stage, complications, duration of disease, patient's age and treatment preceded to the operation. A control group (CG) was made by 134 patients, operated at the clinic in a period from 2003 to 2006 by the method of random selection. The estimation of ALL was made by the unspecific questionnaire of MOS SF-36. The comparative results obtained prove the efficiency of the developed differentiated approach to management of hemorrhoids which helped to improve the LQ indices in patients of test group compared to the patients of control group. These results reflect both physical and psychological health of the patients.

Выводы

Полученные сравнительные результаты говорят об эффективности разработанного дифференцированного подхода к лечению геморроя, который позволил повысить показатели качества жизни пациентов ИГ по сравнению с КГ, отражающие как физический, так и психологический компоненты здоровья.

Перспективы дальнейших исследований

Исследование показателей КЖ пациентов является перспективным и приобретает все большее значение в оценке результатов лечения различных заболеваний. В первую очередь это касается заболеваний, хирургическое лечение которых осуществляется не по абсолютным (жизненным), а по относительным показаниям, то есть в случаях, когда нет непосредственной опасности для жизни организма, но имеется исходное снижение показателей качества жизни пациента. При этом следует отметить, что приоритетным является разработка и использование опросников КЖ, специфических для отдельно взятой нозологической единицы.

Литература

1. Андрієць В.С. Порівняльна оцінка методів хірургічного лікування гемороєм та покази до них: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Андрієць В. С. – К., 2007. – 10 с.
2. Воробьев Г.И. Геморрой / Г. И. Воробьев, Ю. А. Шельгин, Л. А. Благодарный. – М.: Литтерра, 2010. – С. 8-11, 15-16, 22-27.
3. Захараш М.П. Комплексне лікування гемороєм I-II ступеня в амбулаторній практиці / М.П. Захараш, Я.В. Владичук, В.М. Мальцев / Хірургія України. – 2010. – № 4. – С. 44-48.
4. Мішалов В.Г. Патогенетичне обґрунтування класифікації методів хірургічного лікування гемороєм / В.Г. Мішалов, А.А. Шудрак, Є.В. Цема / Хірургія України. – 2010. – № 4. – С. 77-83.
5. Новик А.А. Исследование качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова : Под редакцией акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – М.: Гэотар-Мед., 2004. – С. 12-13.
6. Pigot F. Haemorrhoidal disease / F. Pigot // La Revue du Praticien. – 2008. – V. 58, № 16. – P. 1763-1768.
7. Ware J. E. Jr. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection / J. E. Ware Jr., C. D. Sherbourne // Medical care. – 1992. – V.30, № 6. – P. 473-483.

УДК 616.341–089–085.468.6+612.015.3

Діхтенко Т.Г., Костенко В.О.

МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ХІРУРГІЧНОМУ ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ, НА ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ДЕЗОРГАНІЗАЦІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ОПЕРОВАНОЇ ТОНКОЇ КИШКИ ЩУРІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В експерименті на 40 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г досліджено вплив L-аргініну за умов системного та місцевого введення (у складі синтетичного шовного матеріалу, що розсмоктується) на інтегральні показники дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки. Показано, що введення L-аргініну у складі полігліколідної нитки обмежує в паравульнарних тканинах тонкої кишки на 3 добу післяопераційного періоду дезорганізацію сполучної тканини (колагеноліз та деполімерізацію протеогліканів). З'ясована роль NO-синтази (NOS) та аргінази у механізмах дії L-аргініну, введеного у складі шовного матеріалу (обмеження колагенолізу пов'язано з функціональною активністю нейрональної NOS та аргінази, пригнічення деполімерізації протеогліканів - нейрональної NOS, індуцибельної NOS та аргінази).

Ключові слова: L-аргінин, шовний матеріал, полігліколід, сполучна тканина, колаген, протеоглікани, паравульнарні тканини, тонка кишка, хірургічна травма.

Сполучна тканина відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу організму, оскільки обмін між кров'ю та клітинами є, перш за все, обміном між кров'ю й основною речовиною [3]. Протеоглікани сполучної тканини – глікопротеїни зі значним ступенем глікозилювання, вуглеводними залишками яких є довгі нерозгалужені полісахаридні ланцюги – глікозаміноглікани (ГАГ). Вони за рахунок високої гідрофільності забезпечують транспорт води, солей, амінокислот та інших сполук із судин у позаклітинний простір та у зворотному напрямку. Ці сполуки значною мірою впливають на пружність та тургор тканин, а при підвищенні катаболізму сприяють утворенню набряку. Від опорної функції сполучної тканини тонкої кишки залежить збереження її бар'єрних властивостей, що попереджує ризик транслокації мікроорганізмів і продуктів їх розпаду за межі кишки.

Відомо, що гострий стрес стимулює деградацію біополімерів сполучної тканини, про що свідчить підвищення в крові рівня оксипроліну та окремих мономерів неколагенових білків [3,5,7,10]. Показано, що L-аргінин у щурів зі стресорними пошкодженнями шлунка та пептичною виразкою чинить протективний ефект на слизову оболонку, зменшуючи ступінь катаболізму захисних білків шлункового слизу, інгібуючи підвищену активність пероксидного окиснення ліпідів, нормалізуючи протеїназно-інгібіторний потенціал та гемоциркуляцію, що визначає послаблення або усунення деструктивних змін [5,7,10]. За умов експериментальної гострої тонкокишкової непрохідності системне введення L-аргініну покращує стан кишкового бар'єра [2].

Проте ефективність застосування L-аргініну на стан сполучної тканини тонкої кишки після хірургічної травми раніше не досліджувалася. Певні перспективи щодо місцевого застосування цієї сполуки як засобу регуляції метаболізму та репаративних процесів у паравульнарних тканинах відкриваються у зв'язку зі створенням експериментальних зразків біологічно активного синтетичного шовного матеріалу на основі полігліколевої кислоти з введенням L-аргініну у склад полімеру (НВО «Біополімер», м. Полтава). Проте дія іммобілізованого таким чином L-аргініну на метаболізм сполучної тканини оперованих внутрішніх органів раніше не вивчалася.

Метою роботи є оцінка впливу L-аргініну за умов системного та місцевого введення (у складі синтетичного шовного матеріалу, що розсмоктується) на інтегральні показники дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки щурів та з'ясування ролі NO-синтази та аргінази у механізмах його дії.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження були проведені на 40 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г. У першій серії необхідні показники вивчали у інтактних тварини (контрольна); у другій виконували несправжню операцію (наркоз, розріз шкіри без лапаротомії); у третій - виконували ентєротомію з ушиванням рани полігліколідною ниткою; у четвертій – після виконання ентєротомії з ушиванням рани полігліколідною ниткою щурам внутрішньоочеревинно вводили L-аргінин (щоденно протягом 3 діб післяопераційного періоду у дозі 100 мг/кг); у п'ятій - виконували ентєротомію з ушиванням рани полігліколідною ниткою, модифікованою L-аргініном (у концентрації 4,5 мг на 1 м нитки), у шостій, сьомій і восьмій - з ушиванням полігліколідною ниткою, модифікованою L-аргініном, після чого щоденно протягом 3 діб внутрішньоочеревинно вводили відповідно селективний інгібітор нейрональної NO-синтази (nNOS) – 7-нітроіндазол (7-NI) у дозі 30 мг/кг, селективний інгібітор індуцибельної NO-синтази (iNOS) – аміногуанідин у дозі 20 мг/кг та неселективний інгібітор аргінази – L-норвалін у дозі 10 мг/кг.

Для дослідження використовували субстанцію L-аргініну виробництва «Kyowa Hakko Kogyo Co LTD» (Японія), у якості шовного матеріалу – полігліколеву кислоту (мефіл, виробництва НВО «Біополімер», м. Полтава). Виробництво експериментальної серії полігліколіду, модифікованого L-аргініном, проведено на базі НВО «Біополімер». Оперативне втручання на тваринах проводили під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг маси тіла).

Стан сполучнотканинних структур тонкої кишки оцінювали на підставі визначення вмісту вільного оксипроліну [4] та ГАГ [6]. Отримані дані обробляли варіаційно-статистичним методом з використанням критерію Ст'юдента.

Результати та їх обговорення

Вміст вільного оксипроліну та ГАГ у тканинах тонкої кишки інтактних щурів складає відповідно 4.78 ± 0.08 мкмоль/г та 1.67 ± 0.04 мкмоль/г. При виконанні несправжньої операції (контрольна серія) концентрація цих сполук достовірно не змінюється (табл. 1).

На 3 добу після ентєротомії у паравульнарних тканинах відмічається достовірне збільшення вмісту вільного оксипроліну та ГАГ - відповідно на 10.8% та 18.0% у порівнянні з даними серії з виконанням «несправжньої» операції, що вказує на підвищений катаболізм колагену та протеогліканів сполучної тканини тонкої кишки.

УДК 616.341–089–085.468.6+612.015.3

Діхтенко Т.Г., Костенко В.О.

МЕХАНІЗМИ ВПЛИВУ L-АРГІНІНУ, ІММОБІЛІЗОВАНОГО НА ХІРУРГІЧНОМУ ШОВНОМУ МАТЕРІАЛІ, НА ІНТЕГРАЛЬНІ ПОКАЗНИКИ ДЕЗОРГАНІЗАЦІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ОПЕРОВАНОЇ ТОНКОЇ КИШКИ ЩУРІВ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В експерименті на 40 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г досліджено вплив L-аргініну за умов системного та місцевого введення (у складі синтетичного шовного матеріалу, що розсмоктується) на інтегральні показники дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки. Показано, що введення L-аргініну у складі полігліколідної нитки обмежує в паравульнарних тканинах тонкої кишки на 3 добу післяопераційного періоду дезорганізацію сполучної тканини (колагеноліз та деполімерізацію протеогліканів). З'ясована роль NO-синтази (NOS) та аргінази у механізмах дії L-аргініну, введеного у складі шовного матеріалу (обмеження колагенолізу пов'язано з функціональною активністю нейрональної NOS та аргінази, пригнічення деполімерізації протеогліканів - нейрональної NOS, індуцибельної NOS та аргінази).

Ключові слова: L-аргінин, шовний матеріал, полігліколід, сполучна тканина, колаген, протеоглікани, паравульнарні тканини, тонка кишка, хірургічна травма.

Сполучна тканина відіграє важливу роль у підтримці гомеостазу організму, оскільки обмін між кров'ю та клітинами є, перш за все, обміном між кров'ю й основною речовиною [3]. Протеоглікани сполучної тканини – глікопротеїни зі значним ступенем глікозилювання, вуглеводними залишками яких є довгі нерозгалужені полісахаридні ланцюги – глікозаміноглікани (ГАГ). Вони за рахунок високої гідрофільності забезпечують транспорт води, солей, амінокислот та інших сполук із судин у позаклітинний простір та у зворотному напрямку. Ці сполуки значною мірою впливають на пружність та тургор тканин, а при підвищенні катаболізму сприяють утворенню набряку. Від опорної функції сполучної тканини тонкої кишки залежить збереження її бар'єрних властивостей, що попереджує ризик транслокації мікроорганізмів і продуктів їх розпаду за межі кишки.

Відомо, що гострий стрес стимулює деградацію біополімерів сполучної тканини, про що свідчить підвищення в крові рівня оксипроліну та окремих мономерів неколагенових білків [3,5,7,10]. Показано, що L-аргінин у щурів зі стресорними пошкодженнями шлунка та пептичною виразкою чинить протективний ефект на слизову оболонку, зменшуючи ступінь катаболізму захисних білків шлункового слизу, інгібуючи підвищену активність пероксидного окиснення ліпідів, нормалізуючи протеїназно-інгібіторний потенціал та гемоциркуляцію, що визначає послаблення або усунення деструктивних змін [5,7,10]. За умов експериментальної гострої тонкокишкової непрохідності системне введення L-аргініну покращує стан кишкового бар'єра [2].

Проте ефективність застосування L-аргініну на стан сполучної тканини тонкої кишки після хірургічної травми раніше не досліджувалася. Певні перспективи щодо місцевого застосування цієї сполуки як засобу регуляції метаболізму та репаративних процесів у паравульнарних тканинах відкриваються у зв'язку зі створенням експериментальних зразків біологічно активного синтетичного шовного матеріалу на основі полігліколевої кислоти з введенням L-аргініну у склад полімеру (НВО «Біополімер», м. Полтава). Проте дія іммобілізованого таким чином L-аргініну на метаболізм сполучної тканини оперованих внутрішніх органів раніше не вивчалася.

Метою роботи є оцінка впливу L-аргініну за умов системного та місцевого введення (у складі синтетичного шовного матеріалу, що розсмоктується) на інтегральні показники дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки щурів та з'ясування ролі NO-синтази та аргінази у механізмах його дії.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження були проведені на 40 білих щурах лінії Вістар масою 180-220 г. У першій серії необхідні показники вивчали у інтактних тварини (контрольна); у другій виконували несправжню операцію (наркоз, розріз шкіри без лапаротомії); у третій - виконували ентєротомію з ушиванням рани полігліколідною ниткою; у четвертій – після виконання ентєротомії з ушиванням рани полігліколідною ниткою щурам внутрішньоочеревинно вводили L-аргінин (щоденно протягом 3 діб післяопераційного періоду у дозі 100 мг/кг); у п'ятій - виконували ентєротомію з ушиванням рани полігліколідною ниткою, модифікованою L-аргініном (у концентрації 4,5 мг на 1 м нитки), у шостій, сьомій і восьмій - з ушиванням полігліколідною ниткою, модифікованою L-аргініном, після чого щоденно протягом 3 діб внутрішньоочеревинно вводили відповідно селективний інгібітор нейрональної NO-синтази (nNOS) – 7-нітроіндазол (7-NI) у дозі 30 мг/кг, селективний інгібітор індуцибельної NO-синтази (iNOS) – аміногуанідин у дозі 20 мг/кг та неселективний інгібітор аргінази – L-норвалін у дозі 10 мг/кг.

Для дослідження використовували субстанцію L-аргініну виробництва «Kyowa Hakko Kogyo Co LTD» (Японія), у якості шовного матеріалу – полігліколеву кислоту (мефіл, виробництва НВО «Біополімер», м. Полтава). Виробництво експериментальної серії полігліколіду, модифікованого L-аргініном, проведено на базі НВО «Біополімер». Оперативне втручання на тваринах проводили під тіопенталовим наркозом (40 мг/кг маси тіла).

Стан сполучнотканинних структур тонкої кишки оцінювали на підставі визначення вмісту вільного оксипроліну [4] та ГАГ [6]. Отримані дані обробляли варіаційно-статистичним методом з використанням критерію Ст'юдента.

Результати та їх обговорення

Вміст вільного оксипроліну та ГАГ у тканинах тонкої кишки інтактних щурів складає відповідно 4.78 ± 0.08 мкмоль/г та 1.67 ± 0.04 мкмоль/г. При виконанні несправжньої операції (контрольна серія) концентрація цих сполук достовірно не змінюється (табл. 1).

На 3 добу після ентєротомії у паравульнарних тканинах відмічається достовірне збільшення вмісту вільного оксипроліну та ГАГ - відповідно на 10.8% та 18.0% у порівнянні з даними серії з виконанням «несправжньої» операції, що вказує на підвищений катаболізм колагену та протеогліканів сполучної тканини тонкої кишки.

Таблиця 1

Вплив L-аргініну на інтегральні показники дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки щурів (M+m, n=20)

Показники	Несправжня операція (контроль)	Модель ентєротомії		
		Контроль	+ L-аргінін (системно)	+ L-аргінін (у складі РШМ)
Вміст вільного оксипроліну, мкмоль/г	4.91±0.05	5.44±0.06 *	5.42±0.07*	4.83±0.05 **
Вміст ГАГ, мкмоль/г	1.61±0.03	1.90±0.03 *	1.96±0.07 *	1.57±0.02 **

Примітка: * – $p < 0,05$ у порівнянні з даними другої серії ("несправжня операція"); ** – $p < 0,05$ у порівнянні з даними третьої серії

Відомо, що у вільному вигляді знаходиться лише 1% оксипроліну, тому зростання його рівня в тканинах чи рідинах організму свідчить про активацію колагенолізу [1].

Системне введення L-аргініну у дозі 100 мг/кг достовірно не позначається на величинах концентрації вільного оксипроліну та ГАГ у тканинах тонкої кишки.

У той же час, введення L-аргініну у складі полігліколідної нитки достовірно знижує вміст вільного оксипроліну та ГАГ, які відповідно на 11.2% та 17.4% поступаються даним третьої серії.

Для з'ясування механізмів дії L-аргініну (чи це є ефекти, опосередковані певними NO-синтазами, аргіназа-залежними процесами чи їхньою комплексною дією) ми поряд з відтворенням моделі абдоминальної хірургічної травми (виконання ентєротомії) та застосування для зшивання тканин тонкої кишки полігліколіду, модифікованого L-аргініном, щоденно протягом 3 діб післяопераційного періоду тваринам внутрішньоочеревинно вводили селективний інгібітор nNOS 7-NI у дозі 30 мг/кг, селективний інгібітор iNOS аміногуанідин у дозі 20 мг/кг та неселективний інгібітор аргінази L-норвалін у дозі 10 мг/кг.

Відомо, що метаболізм L-аргініну можливий як через окисний (NO-синтазний) шлях з утворенням L-цитруліну та NO, так і неокисний (аргіназний) - з утворенням L-орнітину та сечовини. Можливий одночасний перебіг цих двох процесів [9, 11]. L-аргінін, що метаболізує у аргіназному шляху, є попередником низки фізіологічно активних сполук (поліамінів, креатину, глутамату, глутаміну, глутатіону, γ -аміномасляної кислоти).

Поліаміни розглядаються як універсальні внутрішньоклітинні посередники впливу соматомедінів, а через них – і самототропний гормон, на процеси проліферації. Вони входять до складу хроматину та беруть участь у реплікації ДНК. Доведено, що концентрація поліамінів значно збільшується у період активної мітотичної активності клітин [8].

Введення селективного інгібітору nNOS 7-NI за умов застосування для зшивання тканин тонкої кишки полігліколіду, модифікованого L-аргініном, достовірно підвищує вміст вільного оксипроліну та ГАГ, що відповідно на 19.3% та 19.1% перевищує результати п'ятої серії (табл. 2).

Таблиця 2

Роль NOS- та аргіназного шляхів у механізмах дії L-аргініну, введеного у складі хірургічної нитки, на інтегральні показники дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки щурів (M+m, n=25)

Показники	Контроль	Модель ентєротомії + введення L-аргініну (у складі РШМ)			
		Без додавання інгібіторів NOS і аргінази			
		+ 7-NI	+ аміно-гуанідин	+ L-норвалін	
Вміст вільного оксипроліну, мкмоль/г	5.44±0.06	4.83±0.05 *	5.76±0.08 */**	4.82±0.07 *	5.31±0.12 **
Вміст ГАГ, мкмоль/г	1.90±0.03	1.57±0.02 *	1.87±0.04 **	1.72±0.04 */**	1.83±0.07 **

Примітка: * – $p < 0,05$ у порівнянні з даними третьої серії (контроль); ** – $p < 0,05$ у порівнянні з даними п'ятої серії.

Тобто здатність L-аргініну, введеного у складі шовного матеріалу, обмежувати процес дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки щурів усувається при пригніченні nNOS. Це вказує на участь NO, який утворюється цим конститутивним ферментом, у регуляції (обмеженні) колагенолітичної функції та катаболізму протеогліканів за умов надходження L-аргініну, що вивільняється з модифікованого полігліколіду.

При впливі селективного інгібітору iNOS аміногуанідину за умов введення L-аргініну у складі полігліколідної нитки зберігається зменшений вміст вільного оксипроліну у паравульнарних тканинах тонкої кишки. Це ставить під сумнів роль iNOS у реалізації ефектів L-аргініну за цих умов.

Проте при цьому достовірно збільшується концентрація ГАГ, яка на 9.6% перевищує результат п'ятої серії Тобто за умов надходження L-аргініну, що вивільняється з модифікованого полігліколіду, NO, який утворюється iNOS, у певній мірі здатний пригнічувати катаболізм протеогліканів.

Введення інгібітору аргінази L-норваліну за умов застосування для зшивання тканин тонкої кишки полігліколіду, модифікованого L-аргініном, достовірно підвищує вміст вільного оксипроліну та ГАГ, що перевищують відповідно на 9.9% та 16.6% дані п'ятої серії.

Отримані нами дані свідчать, що здатність L-аргініну, введеного у складі РШМ, обмежувати процес дезорганізації сполучної тканини оперованої тонкої кишки щурів усувається при пригніченні аргінази. Це вказує на участь метаболітів аргіназного шляху в обмеженні катаболізму колагену та протеогліканів сполучної тканини оперованої тонкої кишки за умов локального надходження екзогенного L-аргініну.

Висновки

1. Введення L-аргініну у складі полігліколіду обмежує в паравульнарних тканинах тонкої кишки на 3 доби після ентєротомії дезорганізацію сполучної тканини (колагеноліз та деполімерізацію протеогліканів), на що вказує зниження вмісту вільного оксипроліну та глікозаміногліканів.

2. Здатність L-аргініну, введеного у складі шовного матеріалу, обмежувати колагеноліз у паравульнарних тканинах тонкої кишки після ентєротомії пов'язана з функціональною активністю nNOS та аргінази.

3. Здатність L-аргініну, введеного у складі шовного матеріалу, обмежувати деполімерізацію протеогліканів у паравульнарних тканинах тонкої кишки після ентєротомії пов'язана з функціональною активністю nNOS, iNOS та аргінази.

Література

1. Аскерова Т.А. Диагностическая значимость определения свободного оксипролина при наследственных и приобретенных коллагенозах / Т.А. Аскерова, Н.А. Юсифова, Г.Т. Гасанова [и др.] // Клин. лаб. диагн. – 2009. – № 9. – С. 15-17.
2. Левков А.А. NO-залежні зміни метаболізму біополімерів сполучної тканини в тканинах тонкої кишки за умов гострої тонкокишкової непрохідності / А.А. Левков, В.О. Костенко // Загал. патол. та патол. фізіол. – 2010. – Т.5, № 3. – С.65-70.
3. Тарасенко Л.М. Ушкодження сполучнотканинних структур як провідний патогенетичний механізм стрес-синдрому / Л.М. Тарасенко, І.М. Скрипник, К.С. Непорада [та ін.] // Мед. хім. – 2001. – Т.3, №2. – С. 26-30.
4. Тетянец С.С. Метод определения свободного оксипролина в сыворотке крови / С.С. Тетянец // Лабор. дело. – 1985. – №1. – С. 61-62.
5. Скрипник І.М. Вплив L-аргініну на стан метаболічних процесів та морфофункціональні зміни гастродуоденальної зони у щурів за пептичної виразки / І.М. Скрипник // Актуал. пробл. сучасн. мед.: Вісн. Укр. мед. стоматол. академії. – 2003. – Т.3, №1. – С. 58-60.
6. Шараев П.Н. Метод определения гликозаминогликанов в биологических жидкостях / П.Н. Шараев // Лаб. дело. – 1987. – № 5. – С. 530-532.
7. Kwiecien S. The role of reactive oxygen species in action of nitric oxide-donors on stress-induced gastric mucosal lesions / S. Kwiecien, T. Brzozowski, P.C. Konturek, S.J. Konturek // J. Phys. Pharm. – 2002. – V.53, №4. – P. 761-773.
8. Moinard C. Polyamines: metabolism and implications in human diseases / C. Moinard, L. Cynober, J.P. de Bandt // Clin. Nutr. – 2005. – V. 24, №2. – P. 184-197.
9. Morris S.M. Jr. Arginine metabolism: boundaries of our knowledge / S.M. Jr. Morris // J. Nutr. – 2007. – V. 137, №6. – Suppl 2. – P. 1602S-1609S.
10. Ohta Y. L-arginine protects against stress-induced gastric mucosal lesions by preserving gastric mucus / Y. Ohta, K. Nishida // Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. – 2002. – V.29, №1-2. – P.32-38.
11. Wu G. Arginine metabolism and nutrition in growth, health and disease / G. Wu, F.W. Bazer, T.A. Davis [et al.] // Amino Acids. – 2009. – V. 37, №1. – P. 153-168.

Реферат

МЕХАНИЗМЫ ВЛИЯНИЯ L-АРГИНИНА, ИММОБИЛИЗОВАННОГО НА ХИРУРГИЧЕСКОМ ШОВНОМ МАТЕРИАЛЕ, НА ИНТЕГРАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЗОРГАНИЗАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ ОПЕРИРОВАННОЙ ТОНКОЙ КИШКИ КРЫС
Дихтенко Т.Г., Костенко В.А.

Ключевые слова: L-аргинин, шовный материал, полигликолид, соединительная ткань, коллаген, протеогликаны, паравульнарные ткани, тонкая кишка, хирургическая травма.

В эксперименте на 40 белых крысах линии Вистар массой 180-220 г исследовано влияние L-аргинина в условиях системного и местного введения (в составе синтетического рассасывающегося шовного материала) на интегральные показатели дезорганизации соединительной ткани оперированной тонкой кишки. Показано, что введение L-аргинина в составе полигликолидной нити ограничивает в паравульнарных тканях на 3 сутки послеоперационного периода дезорганизацию соединительной ткани (коллагенолиз и деполимеризацию протеогликанов). Выяснена роль NO-синтазы (NOS) и аргиназы в механизмах действия L-аргинина, введенного в составе шовного материала (ограничение коллагенолиза связано с функциональной активностью нейрональной NOS и аргиназы, угнетение деполимеризации протеогликанов - нейрональной NOS, индуцибельной NOS и аргиназы).

Summary

MECHANISMS OF INFLUENCE PRODUCED BY L-ARGININE IMMOBILIZED ON SURGICAL SUTURE MATERIAL ON CONNECTIVE TISSUE DISORGANIZATION INTEGRAL INDICES IN RATS' SMALL INTESTINE SUBJECTED TO SURGERY

Dihtenko T.G., Kostenko V.A.

Key words: L-arginine, suture material, polyglycolide, connective tissue, collagen, proteoglycans, paravulnare tissue, small intestine, surgical trauma.

The experiment was aimed to study the effect produced by systemically (immobilized on suture absorbable suture material) and topically administered L-arginine on connective tissue disorganization integral indices in rats' small intestine subjected to surgery. The experiment was carried out on 40 white Wistar rats weighing 180-220 g. It has been shown the administration of L-arginine incorporated into the polyglycolic surgical thread cuts down disorganization of connective tissue (collagenolysis, proteoglycan depolymerization) in intestinal paravulnare tissues on the 3th day of postoperative period. The role of NO-synthase (NOS) and arginase in the mechanisms of L-arginine action administered with suture material (collagenolysis limitation associated with the functional activity of neuronal NOS and arginase, inhibition of proteoglycan depolymerization - neuronal NOS, inducible NOS and arginase) has been determined.

УДК 616.716.8-002-053-2-085

Доброскок В.О.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ЛІМФАДЕНІТ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ: СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС, ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті наведено результати клінічного обстеження, стоматологічного статусу і гігієнічного стану порожнини рота та дані стосовно порушень швидкості саливації, фізико-хімічних, біохімічних властивостей ротової рідини у 31 хворого з гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої локалізації. Встановлена висока діагностична - прогностична значимість показників рН, в'язкості, оптичної щільності та активності α -амілази ротової рідини, як факторів, що визначають зміни гомеостазу порожнини рота при гострому запаленні лімфатичного вузла. Доведена необхідність додаткового введення до складу комплексу лікувальних та профілактичних стоматологічних заходів для покращення гігієнічного стану порожнини рота у дітей з гострим гнійним лімфаденітом процесами щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: гострий гнійний лімфаденіт, діти, стоматологічний статус, ротова рідина.

Робота виконана в рамках НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF-kB опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2-го типу», державний реєстраційний номер 0111U 001774.

Вступ

Кількісні і якісні показники ротової рідини, що визначають її біологічні властивості, викликають приціпну увагу науковців-стоматологів з метою встановлення ролі її складових компонентів у розвитку захворювань зубів, тканин пародонту, слизової оболонки порожнини рота [7,11,13].

Ротова рідина виконує досить важливу функцію у підтриманні гомеостазу не тільки на рівні порожнини рота, а і всього організму. Зокрема, вона володіє здатністю встановлювати кислотну рівновагу, пригнічує біологічну активність мікроорганізмів та впливає на їх кількість, є також вмістилищем мікро- та макроелементів, ферментів, що приймають участь у травленні, утворенні біологічно-активних речовин, які беруть участь в реалізації проявів стоматологічних захворювань [4,5,9,12].

Реактивні зміни, які виникають у великих та малих слинних залозах у відповідь на наявність гнійних осередків, особливо в щелепно-лицевій ділянці, призводять до порушення функціональної активності їх, переорієнтації зворотнього взаємозв'язку між органами і системами. Ці прояви, що супроводжуються кількісними та якісними змінами у складі ротової рідини, призводять до виникнення сприятливих умов для активізації облігатної і сапрофітної мікрофлори порожнини рота, порушення мікробіоценозу, погіршення самоочищення тканин, зниження продукції імунних комплексів [1,2,10].

Особливу занепокоєність в цьому аспекті викликають діти з гострим гнійним запаленням лімфатичних вузлів, які виконують функцію біологічного бар'єрного фільтру. В них і затримуються структури, що несуть ознаки чужерідності, які розпізнаються та знешкоджуються лімфоцитами. Але, при значній забрудненості порожнини рота і підвищеній мікробній антигенній стимуляції, враховуючи функціональну неспроможність ретикулоендотеліальної системи, у відповідь на інвазію мікробного збудника виникає запалення в колекторному лімфатичному вузлі. При цьому погіршується склад, кількісні та якісні властивості ротової рідини [3,8,11].

Мета дослідження

Вивчити стоматологічний статус, стан гігієни порожнини рота, фізико-хімічні та біохімічні зміни в ротовій

рідині у дітей при гострому гнійному лімфаденіті щелепно-лицевої ділянки.

Об'єкти і методи дослідження

Матеріалом для написання даної наукової роботи слугувало обстеження 31 дитини з гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої ділянки різної локалізації віком від 7 до 12 років (рис.1) та 25 пацієнтів контрольної групи.



Рис. 1. Зовнішній вигляд хворої А., 11 років, історія хвороби № 9012 після розтину гнійника. Діагноз: гострий гнійний неонтогенний лімфаденіт під нижньощелепної ділянки справа.

Стоматологічний статус та стан гігієни порожнини рота оцінювали на час госпіталізації і одужання (7-8 доба). Гігієнічний стан порожнини рота вивчали за допомогою індексів гігієни Green-Vermillion, який використовувався для визначення площі зубного нальоту та Silness-Loe для вставлення його товщини. Для визначення стану тканин пародонту застосовували папілярно – маргінально – альвеолярний індекс РМА (Parma, 1960), індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI) за Muhleman і Son і проба Писарева – Шиллера [6]. Крім того вивчали швидкість саливації, рН, питому вагу, оптичну щільність, в'язкість і активність α -амілази в ротовій рідині за класичними методиками [6].

Результати та їх обговорення

Стоматологічне обстеження дітей контрольної групи встановило, що показник КПВ зубів сягав

УДК 616.716.8-002-053-2-085

Доброскок В.О.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ЛІМФАДЕНІТ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ У ДІТЕЙ: СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС, ФІЗИКО-ХІМІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ РОТОВОЇ РІДИНИ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті наведено результати клінічного обстеження, стоматологічного статусу і гігієнічного стану порожнини рота та дані стосовно порушень швидкості саливації, фізико-хімічних, біохімічних властивостей ротової рідини у 31 хворого з гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої локалізації. Встановлена висока діагностична - прогностична значимість показників рН, в'язкості, оптичної щільності та активності α -амілази ротової рідини, як факторів, що визначають зміни гомеостазу порожнини рота при гострому запаленні лімфатичного вузла. Доведена необхідність додаткового введення до складу комплексу лікувальних та профілактичних стоматологічних заходів для покращення гігієнічного стану порожнини рота у дітей з гострим гнійним лімфаденітом процесами щелепно-лицевої ділянки.

Ключові слова: гострий гнійний лімфаденіт, діти, стоматологічний статус, ротова рідина.

Робота виконана в рамках НДР ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Комплексне дослідження генетично обумовлених особливостей NF- κ B опосередкованої сигнальної трансдукції, що визначає розвиток хронічного системного запалення у хворих на метаболічний синдром та цукровий діабет 2-го типу», державний реєстраційний номер 0111U 001774.

Вступ

Кількісні і якісні показники ротової рідини, що визначають її біологічні властивості, викликають приціпну увагу науковців-стоматологів з метою встановлення ролі її складових компонентів у розвитку захворювань зубів, тканин пародонту, слизової оболонки порожнини рота [7,11,13].

Ротова рідина виконує досить важливу функцію у підтриманні гомеостазу не тільки на рівні порожнини рота, а і всього організму. Зокрема, вона володіє здатністю встановлювати кислотну рівновагу, пригнічує біологічну активність мікроорганізмів та впливає на їх кількість, є також вмістилищем мікро- та макроелементів, ферментів, що приймають участь у травленні, утворенні біологічно-активних речовин, які беруть участь в реалізації проявів стоматологічних захворювань [4,5,9,12].

Реактивні зміни, які виникають у великих та малих слинних залозах у відповідь на наявність гнійних осередків, особливо в щелепно-лицевій ділянці, призводять до порушення функціональної активності їх, переорієнтації зворотнього взаємозв'язку між органами і системами. Ці прояви, що супроводжуються кількісними та якісними змінами у складі ротової рідини, призводять до виникнення сприятливих умов для активізації облігатної і сапрофітної мікрофлори порожнини рота, порушення мікробіоценозу, погіршення самоочищення тканин, зниження продукції імунних комплексів [1,2,10].

Особливу занепокоєність в цьому аспекті викликають діти з гострим гнійним запаленням лімфатичних вузлів, які виконують функцію біологічного бар'єрного фільтру. В них і затримуються структури, що несуть ознаки чужерідності, які розпізнаються та знешкоджуються лімфоцитами. Але, при значній забрудненості порожнини рота і підвищеній мікробній антигенній стимуляції, враховуючи функціональну неспроможність ретикулоендотеліальної системи, у відповідь на інвазію мікробного збудника виникає запалення в колекторному лімфатичному вузлі. При цьому погіршується склад, кількісні та якісні властивості ротової рідини [3,8,11].

Мета дослідження

Вивчити стоматологічний статус, стан гігієни порожнини рота, фізико-хімічні та біохімічні зміни в ротовій

рідині у дітей при гострому гнійному лімфаденіті щелепно-лицевої ділянки.

Об'єкти і методи дослідження

Матеріалом для написання даної наукової роботи слугувало обстеження 31 дитини з гострим гнійним лімфаденітом щелепно-лицевої ділянки різної локалізації віком від 7 до 12 років (рис.1) та 25 пацієнтів контрольної групи.



Рис.1. Зовнішній вигляд хворої А., 11 років, історія хвороби № 9012 після розтину гнійника. Діагноз: гострий гнійний неонтогенний лімфаденіт під нижньощелепної ділянки справа.

Стоматологічний статус та стан гігієни порожнини рота оцінювали на час госпіталізації і одужання (7-8 доба). Гігієнічний стан порожнини рота вивчали за допомогою індексів гігієни Green-Vermillion, який використовувався для визначення площі зубного нальоту та Silness-Loe для вставлення його товщини. Для визначення стану тканин пародонту застосовували папілярно – маргінально – альвеолярний індекс РМА (Parma, 1960), індекс кровоточивості ясенної борозни (SBI) за Muhleman і Son і проба Писарева – Шиллера [6]. Крім того вивчали швидкість саливації, рН, питому вагу, оптичну щільність, в'язкість і активність α -амілази в ротовій рідині за класичними методиками [6].

Результати та їх обговорення

Стоматологічне обстеження дітей контрольної групи встановило, що показник КРВ зубів сягав

2,37±0,21, крім того результати опитування дозволили з'ясувати, що регулярний догляд за порожниною рота в домашніх умовах здійснювало 24 дітей – 77,4%, нерегулярно – 7, що склало 22,6%. У дітей, котрі регулярно чистили зуби індекси гігієни становили: Green-Vermillion – 0,31±0,06, а Silness-Loe 0,38±0,08 балів, відповідно. Аналіз результатів дослідження стану тканин пародонту показали, що індекс РМА та індекс кровоточивості ясенної борозни за Muhleman і Son мали «0» значення. Негативна проба Писарева – Шиллера у всіх дітей засвідчувала про відсутність у них прихованого запалення ясен (табл.1).

Комплексне стоматологічне обстеження дітей з гострим гнійним лімфаденітом в день госпіталізації дозволило з'ясувати, що після появи перших симптомів запалення в лімфатичному вузлі 28 хворих (90,3%) із 31, які раніше чистили зуби, перестали виконувати цю процедуру у зв'язку з погіршенням загального стану і появою больових відчуттів.

При об'єктивному обстеженні вдалося встановити, що на цей період індекс Green-Vermillion погіршився в 1,6, індекс Silness-Loe в 1,8 рази, індекс РМА склав 5,28±0,66%, а індекс кровоточивості ясенної борозни

за Muhleman і Son становив 0,22±0,09.

Повторні дослідження проведені на час клінічного одужання дозволили встановити, що гігієнічний стан порожнини рота у дітей значно погіршився за відсутності постійного і належного догляду на нею, не дивлячись на загальне лікування і ліквідацію явищ гострого запалення. Зокрема, індекс Green-Vermillion і індекс Silness-Loe стали в 2,0 і в 2,1 рази гірші в порівнянні з контрольною групою дітей і в 1,3 і 1,1 рази, відповідно, в співставленні з днем госпіталізації. Індекс РМА погіршився в 1,3, а індекс кровоточивості ясенної борозни за Muhleman і Son в 1,9 рази, відповідно. Проба Писарева – Шиллера у всі періоди обстеження була негативною.

Аналіз результатів показників ротової рідини, отриманих на час госпіталізації (табл.2), дозволив встановити, що кількість ротової рідини зменшувалась в 1,5, а концентрація іонів водню в 1,2 рази, відповідно. Питова вага суттєво не змінювалась, однак при цьому відбувалось підвищення оптичної щільності її в 1,4 рази, а в'язкості і активності α -амілази в 1,7 та 1,6 рази, відповідно.

Таблиця 1.

Інтенсивність карієсу, показники стану гігієни порожнини рота та тканин пародонту

Групи спостереження	Інтенсивність карієсу, КПВ	Індекс Green-Vermillion, бали	Індекс Silness-Loe, бали	Індекс РМА, %	Індекс кровоточивості ясенної борозни за Muhleman і Son	Проба Писарева – Шиллера
Контрольна група (n=25)	1,97±0,2	0,31±0,06	0,38±0,08	0	0	негативна
Хворі на час госпіталізації (n=31)	2,47±0,3 $p_1 < 0,05$	0,49±0,08 $p_1 < 0,05$	0,68±0,09 $p_1 < 0,05$	5,28±0,46 $p_1 < 0,05$	0,22±0,09 $p_1 < 0,05$	негативна
Хворі на час одужання (n=29)	2,42±0,4 $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	0,62±0,09 $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	0,78±0,13 $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	6,86±0,58 $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	0,41±0,11 $p_2 < 0,05$ $p_3 < 0,05$	негативна

Примітка: p_1 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час госпіталізації;

p_2 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час одужання;

p_3 – вірогідність різниці між показниками у хворих на час госпіталізації та на час одужання.

Таблиця 2

Швидкість саливації, фізико-хімічні та біохімічні властивості ротової рідини

Показник	Контрольна група (n=25)	Хворі	
		на час госпіталізації (n=31)	на час одужання (n=29)
Швидкість саливації, мл/хв	0,42±0,04	0,28±0,04 $p_1 < 0,05$	0,39±0,03 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$
pH, відн.од.	7,12±0,19	6,05±0,15 $p_1 < 0,05$	6,98±0,18 $p_1 > 0,05$ $p_2 < 0,05$
Питова вага, кг/м³	1,001±0,03	1,003±0,02 $p_1 > 0,05$	1,002±0,03 $p_1 > 0,05$ $p_2 > 0,05$
Оптична щільність, од.ОЩ	0,321±0,04	0,448±0,03 $p_1 < 0,05$	0,387±0,04 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
В'язкість, сП	2,35±0,11	4,08±0,12 $p_1 < 0,05$	2,75±0,12 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$
α -амілаза, Мод/л	4,28±0,12	6,67±0,13 $p_1 < 0,05$	5,82±0,11 $p_1 < 0,05$ $p_2 < 0,05$

Примітка: p_1 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час госпіталізації;

p_2 – вірогідність різниці між показниками контрольної групи і хворими на час одужання;

p_3 – вірогідність різниці між показниками у хворих на час госпіталізації та на час одужання.

На період клінічного одужання (7-8 доба) кількість ротової рідини, pH, питова вага практично не відрізнялись від показників контрольної групи. Зате в'язкість і оптична щільність залишалися вищими в 1,2 рази, а активність α -амілази в 1,4 рази в порівнянні з показниками практично здорових дітей.

Висновки

Таким чином, при гострому гнійному лімфаденіті щелепно-лицевої ділянки у дітей прослідковується зменшення швидкості саливації, що супроводжується погіршенням гігієнічного стану порожнини рота, під-

вищенням концентрації іонів водню, оптичної щільності, в'язкості і активності α -амілази в ротовій рідині. Відсутність нормалізації показників, що вивчалися, на час клінічного одужання, при традиційному методі лікування обумовлює необхідність проведення додаткових лікувально-профілактичних заходів, направлених на відновлення гомеостазу порожнини рота у цієї категорії хворих.

Перспективи подальших досліджень

До теперішнього часу традиційні лабораторні методи дослідження кількісних та якісних параметрів ротової рідини залишаються провідними в повсякденній клінічній практиці лікарів-стоматологів, а деякі показники з успіхом застосовуються як діагностичні і прогностичні тести в оцінці перебігу багатьох стоматологічних захворювань. Тому, на перспективу, заслуговують на увагу подальші розробки, спрямовані на корекцію гомеостазу порожнини рота у дітей при гострих запальних захворюваннях щелепно-лицевої ділянки.

Література

1. Гоголь А.М. Концентрація секреторного IgA в ротовій рідині при хронічному гранулюючому періодонтиті тимчасових молярів / А.М. Гоголь // Вісник проблем біології і медицини. – 2006. - №3. – С.150-154.
2. Ефремов А. В. Особенности баланса цитокинов и секреторного Ig A в ротовой жидкости при воспалительных заболеваниях пародонта у больных лимфомами / Т. Г. Петрова, А. В. Ефремов // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. – 2008. – № 4. – С. 11-12.

3. Зотин А.В. Диагностика и тактика при остром гнойном лимфадените у детей / А.В. Зотин, В.Г. Шаляпин // IV Региональная конференция хирургов «Актуальные вопросы хирургии»: Тезисы докладов. – Нижневартовск, 2007. – С. 75-78.
4. Крихели Н.И. Изменение активности ферментов смешанной слюны у пациентов после отбеливания тетрациклиновых зубов / Н.И. Крихели. // Российский стоматологический журнал. – 2007. – №6. – С.22-24.
5. Левицкий А.П. Саливация у здоровых лиц разного возраста и у стоматологических больных / А.П. Левицкий, О.А. Макаренко, Л.Н. Россаханова // Вісник стоматології. – 2005. – № 2. – С. 7-8.
6. Митченко М.П. Профилактика та лікування альвеоліту у хворих на цукровий діабет типу 2 / Митченко М.П. – Дис. канд. мед. наук. – Полтава., 2011. – 151 с.
7. Мубаракова Л.Н. Значение биологического исследования ротовой жидкости в диагностике воспалительных заболеваний / Л.Н. Мубаракова // Российский стоматологический журнал. – 2008. – № 2. – С.45-46.
8. Сапин М.Р. Иммунная система человека / М.Р.Сапин, Л.Е. Етинген. – М., 1996. – 302 с.
9. Слюнные железы. Биохимия, физиология, клинические аспекты / Л.М.Тарасенко, Г.А.Суханова, В.П.Мищенко, К.С. Непорада. – Томск : НТЛ, 2002. – 124 с.
10. Ткаченко П.І. Особиста точка зору на етіологію на патогенез гострих запальних процесів щелепно-лицевої ділянки у дітей / П.І. Ткаченко // Український стоматологічний альманах. – 2006. – № 5. – С. 38-43.
11. Ткаченко П.І. Стан імуніологічної резистентності у хворих на цукровий діабет типу 2, які потребують хірургічної санації порожнини рота / П.І.Ткаченко, М.П. Митченко // Український стоматологічний альманах. – 2009. – №5. – С.19-23.
12. Царев В.Н. Основные механизмы местного иммунитета полости рта и перспективы противокариозной иммунизации / В.Н.Царев, Горбачева Е.А., Ипполитов Е.В. [и др.] // Стоматолог. – 2009. – №5-6. – С. 40-49.
13. Шабалин В.Н. Морфологическая картина ротовой жидкости диагностические возможности / В.Н.Шабалин, С.Н.Шатохина, С.Н.Разумова // Стоматология. – 2006. – №4. – С.14-17.

Реферат

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ У ДЕТЕЙ: СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС, ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ И БИОХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ
Доброскок В.А.

Ключевые слова: острый гнойный лимфаденит, дети, стоматологический статус, ротовая жидкость.

В статье приведены результаты клинического обследования, стоматологического статуса и гигиенического состояния полости рта и данные о нарушениях скорости саливации, физико-химических, биохимических свойств ротовой жидкости у 31 больного с острым гнойным лимфаденитом челюстно-лицевой локализации. Установлена высокая лечебно - прогностическая значимость показателей pH, вязкости, оптической плотности и активности α -амилазы ротовой жидкости, как факторов, определяющих изменения гомеостаз полости рта при остром воспалении лимфатического узла. Доказана необходимость дополнительного введения в состав комплекса лечебных и профилактических стоматологических мероприятий для улучшения гигиенического состояния полости рта у детей с острыми гнойными воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

Summary

ACUTE PURULENT LYMPHADENITIS OF MAXILLOFACIAL REGION IN CHILDREN: DENTAL STATUS, PHYSICAL, CHEMICAL AND BIOCHEMICAL PROPERTIES OF SALIVA

Dobroskok V.A.

Key words: acute purulent lymphadenitis, children, dental status, oral fluid.

The paper presents the findings of clinical examination, dental status, oral hygiene status as well as data about salivation rate, physical, chemical and biochemical properties of saliva in 31 patients with acute purulent lymphadenitis of maxillofacial region. Oral fluid pH, viscosity, optical density and α -amylase activity as factors determining the changes in oral homeostasis in acute inflammation of the lymph node are proved to be of high prognostic value. The necessity to introduce the integrated medical and dental preventive measures for improving oral hygiene in children with acute purulent and inflammatory diseases of maxillofacial area has been proved.

УДК 616.36-006.04-089.87:615.832

Дубініна В.Г., Четвериков С.Г., Максимовський В.Є.

РАДІОЧАСТОТНА ТЕРМОАБЛЯЦІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З МЕТАСТАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ

Одеський національний медичний університет, Одеса

У статті наведено аналіз використання методу радіочастотної термоабляції (РЧА) в комплексному хірургічному лікуванні метастатичних (МТС) уражень печінки у 55 хворих, з яких жінок було 27 (49%), чоловіків – 28 (51%). Середній вік хворих становив $60,2 \pm 17,2$ років. РЧА була виконана 19 пацієнтам. Виявлена одна внутрішньочеревна кровотеча у хворої на рак товстої кишки з МТС ураженням печінки, після виконання резекції лівої частки печінки і РЧА МТС вогнищ в правій частці; в одному випадку зазначалося формування кісти печінки на місці пухлинного вузла після проведення РЧА. Приблизно в половині випадків РЧА зазначалося транзиторне підвищення ферментів печінки – аспартатамінотрансферази і аланінамінотрансферази. Враховуючи економічність, мініінвазивність, можливість виконання в паліативному обсязі для поліпшення якості життя пацієнтів з метастатичним ураженням печінки слід вважати метод радіочастотної термоабляції перспективним для подальшого використання в клінічній онкологічній практиці.

Ключові слова: метастатичні ураження печінки, радіочастотна термоабляція.

«Оптимізація програм комплексного лікування та реабілітації хворих на злоякісні пухлини різних локалізацій» № Держреєстрації 0109U008572

Вступ

Число хворих з метастазами в печінку становить 30% від кількості всіх хворих на злоякісні пухлини (ЗП) і поряд з первинним ураженням органа є складною проблемою для клінічної онкології з точки зору як сучасної діагностики захворювання, так і пошуку найбільш ефективного способу лікування [1, 3]. Довгий час пацієнти з метастатичними ураженнями печінки (МУП) не отримували адекватної терапії і могли розраховувати тільки на симптоматичне лікування. На даний час лікування МУП – складний багатофакторний напрямок медицини, що об'єднує, крім хірургічного підходу, застосування сучасних протипухлинних препаратів, використання інвазивних рентгенохірургічних технологій, а також локальних методів впливу на пухлину [2, 5, 6-9]. Тільки використання всіх названих вище методів у комплексі дозволяє домогтися найбільших успіхів у лікуванні цього важкого контингенту хворих.

Можливість руйнування пухлинних клітин, не ушкоджуючи здорові оточуючі тканини (абляція), завжди займала розум онкологів. Велику кількість різних технологічних і технічних рішень було запропоновано з цією метою. Технології знищення пухлинних клітин включають нагрівання, заморозку, опромінення, хіміотерапію, редукцію пухлинного кровотоку, ін'єкції різних хімічних агентів безпосередньо в пухлину, так само як і комбінації цих методів. Одна з цих методик – це методика радіочастотної термоабляції (РЧА), тобто руйнування пухлинної структури за допомогою електромагнітних хвиль з частотою 400 – 500 кГц. Використання даного методу в комплексі лікування МУП є складовою науково-дослідної роботи кафедри онкології, променевої діагностики та терапії з курсом радіаційної медицини ОНМедУ.

Мета дослідження

Проаналізувати результати РЧА в комплексному лікуванні МУП.

Об'єкт дослідження

Були метастатичні ураження печінки різної первинної локалізації. У зв'язку з поставленою метою та визначенням об'єктом дослідження нами було обрано 55 пацієнтів, хворих на МУП, які пройшли лікування за період 2006-2012 роки. При надходженні до клініки усі пацієнти підлягали наступним методам обстеження: загальноклінічним (анамнез житті та хвороби), лабораторним (коагулограма, загальний і біохімічний

аналізи крові), інструментальним (УЗД органів черевної порожнини і малого тазу; іригоскопія; езофагогастродуоденоскопія; рентгеноскопія органів грудної клітини). Хворі були оглянуті урологом, гінекологом, а також обов'язково були консультовані хіміотерапевтом і радіологом.

Результати досліджень та їх обговорення

Як було вказано вище, всього було проліковано 55 пацієнтів, хворих на рак печінки, з яких жінок було 27 (49%), чоловіків – 28 (51 %). Середній вік хворих становив $60,2 \pm 17,2$ роки.

Після встановлення остаточного діагнозу і показань до комплексного лікування, хворим були виконані одноетапні оперативні втручання у вигляді черевно-анальної, передньої резекції прямої кишки, геміколектомії, резекції сигмовидної кишки, гастректомії, субтотальні резекції шлунка.

Радіочастотну термоабляцію МУП виконували за допомогою РЧ-генератора RITA 1500X (виробництва RITA Medical Systems Inc., USA). При наявності показань для резекції печінки за допомогою електрода Habib 4x Bi-Polar, приєднаного до генератора, формували лінійну зону коагуляційного некрозу, за якою проводилася резекція ділянки печінки. РЧА за допомогою Habib 4x Bi-Polar була виконана у 19 хворих. Контроль повноти некрозу інтраопераційно здійснювався шляхом пункційної біопсії з 9 точок коагулюємого вогнища після термічного впливу. Втручання проводили під загальною анестезією. Нами були виконані наступні комбіновані втручання при метастатичних ураженнях печінки: правостороння геміколонектомія + РЧА – 1; лівостороння геміколонектомія + РЧА – 2; резекція сигмовидної кишки + РЧА – 5; черевноанальна резекція + РЧА – 4; передня резекція + РЧА – 4; черевно-промежинна екстирпація прямої кишки + РЧА – 2; черевно-промежинна екстирпація прямої кишки + резекція печінки + РЧА – 1; резекція печінки + РЧА – 3; холецистектомія + РЧА – 1; дистальна резекція шлунка + РЧА – 2; дистальна резекція шлунка + резекція поперечно-ободової кишки + РЧА – 1; видалення метастатичних пухлин у малий таз, передню черевну стінку, спленектомія + РЧА – 1; видалення рецидивної пухлини промежини + РЧА – 1; лапароскопія + РЧА – 1.

Результати оцінювали за допомогою УЗД, КТ, і морфологічного й цитологічного досліджень біоптатів пухлин.

Цитологічне дослідження зони некрозу після РЧА

УДК 616.36-006.04-089.87:615.832

Дубініна В.Г., Четвериков С.Г., Максимовський В.Є.

РАДІОЧАСТОТНА ТЕРМОАБЛЯЦІЯ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З МЕТАСТАТИЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ

Одеський національний медичний університет, Одеса

У статті наведено аналіз використання методу радіочастотної термоабляції (РЧА) в комплексному хірургічному лікуванні метастатичних (МТС) уражень печінки у 55 хворих, з яких жінок було 27 (49%), чоловіків – 28 (51%). Середній вік хворих становив $60,2 \pm 17,2$ років. РЧА була виконана 19 пацієнтам. Виявлена одна внутрішньочеревна кровотеча у хворої на рак товстої кишки з МТС ураженням печінки, після виконання резекції лівої частки печінки і РЧА МТС вогнищ в правій частці; в одному випадку зазначалося формування кісти печінки на місці пухлинного вузла після проведення РЧА. Приблизно в половині випадків РЧА зазначалося транзиторне підвищення ферментів печінки – аспартатамінотрансферази і аланінамінотрансферази. Враховуючи економічність, мініінвазивність, можливість виконання в паліативному обсязі для поліпшення якості життя пацієнтів з метастатичним ураженням печінки слід вважати метод радіочастотної термоабляції перспективним для подальшого використання в клінічній онкологічній практиці.

Ключові слова: метастатичні ураження печінки, радіочастотна термоабляція.

«Оптимізація програм комплексного лікування та реабілітації хворих на злоякісні пухлини різних локалізацій» № Держреєстрації 0109U008572

Вступ

Число хворих з метастазами в печінку становить 30% від кількості всіх хворих на злоякісні пухлини (ЗП) і поряд з первинним ураженням органа є складною проблемою для клінічної онкології з точки зору як сучасної діагностики захворювання, так і пошуку найбільш ефективного способу лікування [1, 3]. Довгий час пацієнти з метастатичними ураженнями печінки (МУП) не отримували адекватної терапії і могли розраховувати тільки на симптоматичне лікування. На даний час лікування МУП – складний багатофакторний напрямок медицини, що об'єднує, крім хірургічного підходу, застосування сучасних протипухлинних препаратів, використання інвазивних рентгенохірургічних технологій, а також локальних методів впливу на пухлину [2, 5, 6-9]. Тільки використання всіх названих вище методів у комплексі дозволяє домогтися найбільших успіхів у лікуванні цього важкого контингенту хворих.

Можливість руйнування пухлинних клітин, не ушкоджуючи здорові оточуючі тканини (абляція), завжди займала розум онкологів. Велику кількість різних технологічних і технічних рішень було запропоновано з цією метою. Технології знищення пухлинних клітин включають нагрівання, заморозку, опромінення, хіміотерапію, редукцію пухлинного кровотоку, ін'єкції різних хімічних агентів безпосередньо в пухлину, так само як і комбінації цих методів. Одна з цих методик – це методика радіочастотної термоабляції (РЧА), тобто руйнування пухлинної структури за допомогою електромагнітних хвиль з частотою 400 – 500 кГц. Використання даного методу в комплексі лікування МУП є складовою науково-дослідної роботи кафедри онкології, променевої діагностики та терапії з курсом радіаційної медицини ОНМедУ.

Мета дослідження

Проаналізувати результати РЧА в комплексному лікуванні МУП.

Об'єкт дослідження

Були метастатичні ураження печінки різної первинної локалізації. У зв'язку з поставленою метою та визначенням об'єктом дослідження нами було обрано 55 пацієнтів, хворих на МУП, які пройшли лікування за період 2006-2012 роки. При надходженні до клініки усі пацієнти підлягали наступним методам обстеження: загальноклінічним (анамнез житті та хвороби), лабораторним (коагулограма, загальний і біохімічний

аналізи крові), інструментальним (УЗД органів черевної порожнини і малого тазу; іригоскопія; езофагогастродуоденоскопія; рентгеноскопія органів грудної клітини). Хворі були оглянуті урологом, гінекологом, а також обов'язково були консультовані хіміотерапевтом і радіологом.

Результати досліджень та їх обговорення

Як було вказано вище, всього було проліковано 55 пацієнтів, хворих на рак печінки, з яких жінок було 27 (49%), чоловіків – 28 (51 %). Середній вік хворих становив $60,2 \pm 17,2$ роки.

Після встановлення остаточного діагнозу і показань до комплексного лікування, хворим були виконані одноетапні оперативні втручання у вигляді черевно-анальної, передньої резекції прямої кишки, геміколектомії, резекції сигмовидної кишки, гастректомії, субтотальні резекції шлунка.

Радіочастотну термоабляцію МУП виконували за допомогою РЧ-генератора RITA 1500X (виробництва RITA Medical Systems Inc., USA). При наявності показань для резекції печінки за допомогою електрода Habib 4x Bi-Polar, приєднаного до генератора, формували лінійну зону коагуляційного некрозу, за якою проводилася резекція ділянки печінки. РЧА за допомогою Habib 4x Bi-Polar була виконана у 19 хворих. Контроль повноти некрозу інтраопераційно здійснювався шляхом пункційної біопсії з 9 точок коагулюємого вогнища після термічного впливу. Втручання проводили під загальною анестезією. Нами були виконані наступні комбіновані втручання при метастатичних ураженнях печінки: правостороння геміколонектомія + РЧА – 1; лівостороння геміколонектомія + РЧА – 2; резекція сигмовидної кишки + РЧА – 5; черевноанальна резекція + РЧА – 4; передня резекція + РЧА – 4; черевно-промежинна екстирпація прямої кишки + РЧА – 2; черевно-промежинна екстирпація прямої кишки + резекція печінки + РЧА – 1; резекція печінки + РЧА – 3; холецистектомія + РЧА – 1; дистальна резекція шлунка + РЧА – 2; дистальна резекція шлунка + резекція поперечно-ободової кишки + РЧА – 1; видалення метастатичних пухлин у малий таз, передню черевну стінку, спленектомія + РЧА – 1; видалення рецидивної пухлини промежини + РЧА – 1; лапароскопія + РЧА – 1.

Результати оцінювали за допомогою УЗД, КТ, і морфологічного й цитологічного досліджень біоптатів пухлин.

Цитологічне дослідження зони некрозу після РЧА

показало наявність в досліджуваному матеріалі некروتизованої пухлинної тканини, причому частота повних некрозів становила 80 – 90%.

Серед ускладнень мала місце одна внутрішньочеревна кровотеча у хворої на рак товстої кишки з метастатичними ураженнями печінки, після виконання резекції лівої частки печінки і РЧТА метастатичних вогнищ в правій частці. Хвора була повторно оперована, після операції поправилася, жива на даний момент. В

одному випадку визначалося формування кісти печінки на місці пухлинного вузла після проведення РЧТА. Приблизно в половині випадків РЧТА визначалося транзиторне підвищення ферментів печінки - аспартатамінотрансферази і аланінамінотрансферази.

Порівнювальний катamnестичний аналіз виживаності при використанні різних методів лікування метастатичних уражень печінки наведено в таблиці 1:

Таблиця 1
Порівняння виживаності за Соx при використанні різних методів лікування

Методи лікування	Кількість хворих	1 рік	2 роки	3 роки
Видалення первинного вогнища + резекції метастазів	22	81,0%	63,3%	39,6%
Видалення первинного вогнища + РЧТА + ХТ	19	72,8%	45,5%	15,2%
Видалення первинного вогнища + тільки ХТ	14	61,7%	15,0%	5,6%

Як видно з наведеної вище таблиці, найменша виживаність була в хворих, яким не виконувалися хірургічні маніпуляції на метастатичних ураженнях печінки. Найвища виживаність була в першій групі хворих, яким виконувалось традиційне хірургічне лікування метастатичних уражень печінки. Виживаність хворих другої групи, де замість резекції печінки виконувалася РЧТА, наближається до показників першої групи, але при аналізі слід перш за все враховувати той факт, що до групи пацієнтів з РЧТА були включені особи з більш важкими ураженнями печінки. До того ж треба відмітити, що використання РЧТА в даній групі хворих було щадним, супроводжувалося меншою кількістю ускладнень та меншими економічними витратами на виконання оперативного втручання.

Результати проведених досліджень дозволили дійти до наступних висновків:

1. Найбільш ефективним, з точки зору впливу на загальну виживаність у хворих з метастатичними ураженнями печінки, є виконання комбінованої операції з одноетапним видаленням первинної пухлини та її метастазів.

2. Метод радіочастотної термоабляції є ефективним мініінвазивним засобом протипухлинного впливу. Будучи засобом локальної деструкції первинних і метастатичних пухлин, він має меншу частоту ускладнень в порівнянні з резекцією печінки, короткий період медичної реабілітації і дозволяє досягати віддалених результатів, порівнянних з хірургічним лікуванням.

Таким чином, враховуючи економічність, мініінвазивність, можливість виконання в паліативному об'ємі для покращання якості життя пацієнтів з метастатич-

ними ураженнями печінки слід вважати метод радіочастотної термоабляції перспективним для подальшого використання в клінічній онкологічній практиці.

Література

1. Царев М. И. Абляционные вмешательства при лечении больных с метастазами колоректального рака в печень / М. И. Царев, А. Г. Рожков, С. Н. Переходов [и др.] // Колопроктология. – 2008. – № 2. – С. 34–39.
2. Белый В. Я. Лапароскопическая криодеструкция метастазов в печень в комплексном лечении колоректального рака / В. Я. Белый, В. Н. Чернев // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2010. – Т. 14, № 2. – С. 16–19.
3. Вишневский В. А. Практические аспекты современной хирургии печени / В. А. Вишневский, М. Г. Ефанов, Р. З. Икрамов // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 28–34.
4. Долгушин Б. И. Радиочастотная абляция в онкологии / Б. И. Долгушин, В. Ю. Косырев, С. Рампрабанант // Практическая онкология. – 2007. – Т. 8, № 4. – С. 219–227.
5. Коваленко Ю. А. Выбор объема оперативного вмешательства при очаговых заболеваниях печени / Ю. А. Коваленко, А. В. Чжао, А. О. Чугунов // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 4. – С. 79–87.
6. Запороженко Б. С. Криохирurgia в лечении метастатического колоректального рака / Б. С. Запороженко, В. И. Шишлов, И. Е. Бородаев [и др.] // Український журнал хірургії. – 2011. – № 3 (12). – С. 9–11.
7. Yun B. L. Radiofrequency ablation for treating liver metastases from a non-colorectal Origin / B. L. Yun, J. M. Lee, J. H. Baek [et al.] // Korean J. Radiol. – 2011. – V. 12, № 5. – P. 579–587.
8. Peng Z. W. Radiofrequency ablation versus hepatic resection for the treatment of hepatocellular carcinomas 2 cm or smaller : a retrospective comparative study / Z. W. Peng, X. J. Lin, Y. J. Zhang [et al.] // Radiology. – 2012. – V. 262, №3. – P. 1022–1033.
9. Fukuda Y. Successful management of liver metastasis from gastric adenocarcinoma with adjuvant chemotherapy and radiofrequency ablation / Y. Fukuda, F. Takeshima, K. Ogihara [et al.] // Nihon Shokakibyo Gakkai Zasshi. – 2012. – V. 109, №4. – P. 606–614.

Реферат

РАДИОЧАСТОТНАЯ ТЕРМОАБЛЯЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Дубинина В.Г., Четвериков С.Г., Максимовский В.Е.

Ключевые слова: метастатические поражения печени, радиочастотная термоабляция.

В статье приведен анализ использования метода радиочастотной термоабляции (РЧТА) в комплексном хирургическом лечении метастатических (МТС) поражений печени у 55 больных, из которых женщин было 27 (49%), мужчин – 28 (51 %). Средний возраст больных составлял 60,2±17,2 лет. РЧТА была выполнена 19 пациентам. Отмечалось одно внутрибрюшное кровотечение у больной раком толстой кишки с МТС поражением печени, после выполнения резекции левой доли печени и РЧТА МТС очагов в правой доле; в одном случае отмечалось формирование кисты печени на месте опухолевого узла после проведения РЧТА. Примерно в половине случаев РЧТА отмечалось транзиторное повышение ферментов печени – аспартатаминотрансферазы и аланинаминотрансферазы. Учитывая экономичность, миниинвазивность, возможность выполнения в паллиативном объеме для улучшения качества жизни пациентов с метастатическим поражением печени следует считать метод радиочастотной термоабляции перспективным для дальнейшего использования в клинической онкологической практике.

Summary

RADIO-FREQUENCY THERMOABLATION FOR PATIENTS WITH LIVER METASTATIC LESIONS

Dubinina V.G., Chetverikov S.G., Maksimovskiy V.Ye.

Key words: metastatic liver lesions, radiofrequency thermoablation.

The article focuses on the application of radio-frequency thermoablation (RFTA) in the multimodality surgical treatment of liver metastatic lesions (LML). There were 55 patients (27 women and 28 men) aged $60,2 \pm 17,2$ under the supervision. 19 patients were subjected to RFTA. There was one case of intra-abdominal bleeding in a patient with colorectal cancer and LML. After the resection of the liver left lobe and RFTA of the right lobe metastatic lesion there was an only case of hepatic cyst formation in the area of tumor nodule. Half of RFTA cases resulted in transient increase of such liver enzymes as aspartate aminotransferase and alanine aminotransferase. Taking into account the economic practicability, minimal invasiveness, the ability to be performed on non-radically and to improve the patient's life quality, we consider RFTA to be a promising method for the further introducing in clinical oncology.

УДК: 617.52-007.24-031.21-089.844

Пінчук В.Д., Ткач О.С.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ФІКСАЦІЇ ТКАНИН ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМУ ЛІФТИНГУ ВЕРХНЬОЇ ЧАСТИНИ ОБЛИЧЧЯ

Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупіка. Київ. Україна.

Київський міський центр пластичної мікрохірургії та естетичної медицини «ЦЕРТУС». Київ. Україна.

Стаття висвітлює актуальне питання вибору методу фіксації переміщених тканин при ендоскопічному фронтотемпоральному ліфтингу верхньої частини обличчя. В залежності від методу фіксації тканин пацієнти були розділені на 2 групи. В першій групі виконували фіксацію тканин за допомогою лігатур через попередньо зроблені тунелі у зовнішній кортикальній пластинці – 113 пацієнтів. У другій групі фіксацію виконували за допомогою поліуретанових полімерних клейових композицій із додаванням фолієвої кислоти – 12 пацієнтів. Результати оперативних втручань були оцінені по групах: в першій групі у 89 (78,7%) пацієнтів результат був розцінений як добрий, в 24 (21,3%) випадку як задовільний. У другій групі у 10 пацієнтів (83,3%) – добрий, у 2 (16,7%) пацієнтів – задовільний. Використання клейових композицій для фіксації тканин дозволяє скоротити час оперативного втручання та підвищити рівень задоволеності пацієнтів.

Ключові слова: Фіксація тканин, фронтотемпоральний ліфтинг, полімерні клейові композиції, фолієва кислота, верхня частина обличчя.

Вступ

Ендоскопічні методики в хірургії з'явилися на межі 80-90-х років минулого сторіччя, а зараз стали загально визнаною інтегральною частиною сучасної пластичної хірургії [3].

На даний момент ендоскопічна техніка широко використовується в естетичній хірургії обличчя. Найчастіше ендоскопічну методику використовують як елемент традиційних видів ліфтингу для корекції верхньої частини обличчя [14]. Перевагами ендоскопічної техніки корекції вікових змін верхньої частини обличчя в порівнянні із класичними «відкритими» методами є: малі розрізи, майже непомітні післяопераційні рубці, мала травматичність оперативного втручання; чудова візуалізація операційного поля - дозволяє ідентифікувати та зберегти чутливі нервові закінчення та судини, що призводить до збереження чутливості та мікроциркуляції; стабільні та довготривалі результати; мала кількість післяопераційних ускладнень, короткий післяопераційний період [1,2].

Важливим етапом операції ендоскопічного фронтотемпорального ліфтингу верхньої частини обличчя є фіксація переміщених тканин. Вибір методів фіксації - тема багаторічних дебатів серед хірургів. Деякі автори вважають, що при умові агресивних міотомій або міорезекцій фіксація не потрібна [15]. Але переважна більшість хірургів вважає фіксацію необхідним етапом оперативного втручання, доки відсепаровані та переміщені тканини не зростуться у заданому положенні [9,12,13]. Тому питання фіксації тканин є актуальним в даний час.

Мета дослідження

Дослідити ефективність фіксації тканин за допомогою полімерних клейових композицій при ендоскопічному фронтотемпоральному ліфтингу верхньої частини обличчя.

Матеріали та методи

В період з 2006 по 2013 роки нами виконано 125 операцій по омолодженню верхньої частини обличчя шляхом ендоскопічного фронтотемпорального ліфтингу. Вік пацієнтів був від 35 до 60 років. Всі операції були виконані під ендотрахеальним інтубаційним наркозом.

Основними етапами операції були дисекція тканин, втручання на м'язах міжбровної ділянки та фіксація переміщених тканин. В залежності від методів фіксації пацієнти були розділені на 2 групи. Пацієнтам 1 групи виконували фіксацію за допомогою лігатур – 113 пацієнтів. Фіксацію фронтальної ділянки проводили «жорстким» методом – трансосально проведеними лігатурами, що не розсмоктуються, через попередньо зроблені тунелі у зовнішній кортикальній пластинці лобної кістки. Два отвори у зовнішній кортикальній пластинці робили за допомогою медичної дрилі, таким чином, що канали зустрічалися на глибині 2,5-3 мм. Свердління виконували на низьких обертах, періодично зрошуючи кістку фізіологічним розчином, захищаючи тим самим від перегріву. Через сформовані канали проводили лігатуру за допомогою якої прошивали шкірно-апоневротичний клапоть каудальніше зроблених отворів у кістці і затягували вузол. Прошивали наступним чином: вкол голки роби-

Summary

RADIO-FREQUENCY THERMOABLATION FOR PATIENTS WITH LIVER METASTATIC LESIONS

Dubinina V.G., Chetverikov S.G., Maksimovskiy V.Ye.

Key words: metastatic liver lesions, radiofrequency thermoablation.

The article focuses on the application of radio-frequency thermoablation (RFTA) in the multimodality surgical treatment of liver metastatic lesions (LML). There were 55 patients (27 women and 28 men) aged $60,2 \pm 17,2$ under the supervision. 19 patients were subjected to RFTA. There was one case of intra-abdominal bleeding in a patient with colorectal cancer and LML. After the resection of the liver left lobe and RFTA of the right lobe metastatic lesion there was an only case of hepatic cyst formation in the area of tumor nodule. Half of RFTA cases resulted in transient increase of such liver enzymes as aspartate aminotransferase and alanine aminotransferase. Taking into account the economic practicability, minimal invasiveness, the ability to be performed on non-radically and to improve the patient's life quality, we consider RFTA to be a promising method for the further introducing in clinical oncology.

УДК: 617.52-007.24-031.21-089.844

Пінчук В.Д., Ткач О.С.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДІВ ФІКСАЦІЇ ТКАНИН ПРИ ЕНДОСКОПІЧНОМУ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМУ ЛІФТИНГУ ВЕРХНЬОЇ ЧАСТИНИ ОБЛИЧЧЯ

Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л.Шупіка. Київ. Україна.

Київський міський центр пластичної мікрохірургії та естетичної медицини «ЦЕРТУС». Київ. Україна.

Стаття висвітлює актуальне питання вибору методу фіксації переміщених тканин при ендоскопічному фронтотемпоральному ліфтингу верхньої частини обличчя. В залежності від методу фіксації тканин пацієнти були розділені на 2 групи. В першій групі виконували фіксацію тканин за допомогою лігатур через попередньо зроблені тунелі у зовнішній кортикальній пластинці – 113 пацієнтів. У другій групі фіксацію виконували за допомогою поліуретанових полімерних клейових композицій із додаванням фолієвої кислоти – 12 пацієнтів. Результати оперативних втручань були оцінені по групах: в першій групі у 89 (78,7%) пацієнтів результат був розцінений як добрий, в 24 (21,3%) випадку як задовільний. У другій групі у 10 пацієнтів (83,3%) – добрий, у 2 (16,7%) пацієнтів – задовільний. Використання клейових композицій для фіксації тканин дозволяє скоротити час оперативного втручання та підвищити рівень задоволеності пацієнтів.

Ключові слова: Фіксація тканин, фронтотемпоральний ліфтинг, полімерні клейові композиції, фолієва кислота, верхня частина обличчя.

Вступ

Ендоскопічні методики в хірургії з'явилися на межі 80-90-х років минулого сторіччя, а зараз стали загально визнаною інтегральною частиною сучасної пластичної хірургії [3].

На даний момент ендоскопічна техніка широко використовується в естетичній хірургії обличчя. Найчастіше ендоскопічну методику використовують як елемент традиційних видів ліфтингу для корекції верхньої частини обличчя [14]. Перевагами ендоскопічної техніки корекції вікових змін верхньої частини обличчя в порівнянні із класичними «відкритими» методами є: малі розрізи, майже непомітні післяопераційні рубці, мала травматичність оперативного втручання; чудова візуалізація операційного поля - дозволяє ідентифікувати та зберегти чутливі нервові закінчення та судини, що призводить до збереження чутливості та мікроциркуляції; стабільні та довготривалі результати; мала кількість післяопераційних ускладнень, короткий післяопераційний період [1,2].

Важливим етапом операції ендоскопічного фронтотемпорального ліфтингу верхньої частини обличчя є фіксація переміщених тканин. Вибір методів фіксації - тема багаторічних дебатів серед хірургів. Деякі автори вважають, що при умові агресивних міотомій або міорезекцій фіксація не потрібна [15]. Але переважна більшість хірургів вважає фіксацію необхідним етапом оперативного втручання, доки відсепаровані та переміщені тканини не зростуться у заданому положенні [9,12,13]. Тому питання фіксації тканин є актуальним в даний час.

Мета дослідження

Дослідити ефективність фіксації тканин за допомогою полімерних клейових композицій при ендоскопічному фронтотемпоральному ліфтингу верхньої частини обличчя.

Матеріали та методи

В період з 2006 по 2013 роки нами виконано 125 операцій по омолодженню верхньої частини обличчя шляхом ендоскопічного фронтотемпорального ліфтингу. Вік пацієнтів був від 35 до 60 років. Всі операції були виконані під ендотрахеальним інтубаційним наркозом.

Основними етапами операції були дисекція тканин, втручання на м'язах міжбровної ділянки та фіксація переміщених тканин. В залежності від методів фіксації пацієнти були розділені на 2 групи. Пацієнтам 1 групи виконували фіксацію за допомогою лігатур – 113 пацієнтів. Фіксацію фронтальної ділянки проводили «жорстким» методом – трансосально проведеними лігатурами, що не розсмоктуються, через попередньо зроблені тунелі у зовнішній кортикальній пластинці лобної кістки. Два отвори у зовнішній кортикальній пластинці робили за допомогою медичної дрилі, таким чином, що канали зустрічалися на глибині 2,5-3 мм. Свердління виконували на низьких обертах, періодично зрошуючи кістку фізіологічним розчином, захищаючи тим самим від перегріву. Через сформовані канали проводили лігатуру за допомогою якої прошивали шкірно-апоневротичний клапоть каудальніше зроблених отворів у кістці і затягували вузол. Прошивали наступним чином: вкол голки роби-

ли зі сторони окістя, а викол субдермально, зі сторони шкіри вкол проводили субдермально а викол із боку окістя. Таким чином вдавалося надійно зафіксувати шкірно-алопневротичний клапоть.

Тканини темпоральної ділянки фіксували «м'яким» методом – лігатурами, які розсмоктуються, до глибокої скроневої фасції у двох точках. Для цього прошивали тканини таким чином, що вкол голки проводили зі сторони поверхневої скроневої фасції а викол субдермально і у зворотньому напрямку, фіксуючи її до глибокої скроневої фасції при зтягуванні вузлів.

У кінці операції порожнину дренивали за допомогою дренажу у центральній частині та резинових выпускників у темпоральних ділянках. Операцію закінчували накладанням компресійної пов'язки. Дренаж видаляли на наступний день. Компресійну пов'язку рекомендували носити протягом тижня після операції.

Пацієнтам 2 групи виконували фіксацію за допомогою введення в порожнину поліуретанових полімерних клейових композицій із додаванням фолієвої кислоти. В цю групу увійшло 12 пацієнтів. У фронтальну та скроневої ділянки за допомогою шприца та канюлі вводили поліуретанову полімерну клейову композицію. Полімерну композицію отримували при попередньому послідовному механічному перемішуванні макродіізоціанату, фолієвої кислоти та прискорювача полімеризації 606/2 за кімнатної температури. Після введення клейової композиції тканини щільно притискали на 5 хвилин. Операційні рани зашивали. Дренування ран не проводили. Операцію закінчували накладанням компресійної пов'язки, яку рекомендували носити протягом тижня після операції.

Результати та їх обговорення

Результати проведеного оперативного втручання оцінювалися хірургом та пацієнтами разом на періодичних контрольних оглядах. Контрольні огляди призначалися через 1,3,6 та 12 міс. після операції. Максимальний термін спостереження був 6 років.

По групах пацієнтів результати розподілялися наступним чином: в першій групі у 89 (78,7%) пацієнтів результат був розцінений як добрий (положення брови було вище верхнього краю орбіти, не було псевдоблефарохлазису), в 24 (21,3%) випадку як задовільний. Задовільним вважали результат якщо спостерігалися такі явища як: невелика асиметрія брів або незначне опущення брів у порівнянні із раннім післяопераційним результатом. У другій групі у 10 пацієнтів (83,3%) – добрий, у 2 (16,7%) пацієнтів – задовільний.

Фіксація переміщених тканин є важливим етапом оперативного втручання. При ендоскопічному ліфтингу верхньої частини обличчя надлишки тканин не видаляються, а перерозподіляються. Тому важливо у ранньому післяопераційному періоді забезпечити фіксацію тканин у заданому положенні.

У світовій практиці відомо багато способів фіксації, як тимчасової, так і постійної. Одним із найпоширеніших методів фіксації є використання шурупів. Одні хірурги використовують біодеградуєчі шурупи для тимчасової фіксації [10], інші використовують шурупи, що не розсмоктуються, які видаляють через деякий час [11], або не видаляють зовсім [13]. Відомі способи фіксації за допомогою дрітків та пристроїв, які розсмоктуються [6] або не розсмоктуються [5]. Дуже поширені способи фіксації за допомогою лігатур [8]. Для фіксації широко використовують фібриновий клей [7]. Одним із останніх методів фіксації є застосування біодеградуємих пристроїв, які повільно розсмоктуються протягом року [4].

Для всіх існуючих методів фіксації тканин верхньої частини обличчя характерні наступні недоліки: ризик розвитку ускладнень у вигляді алопецій, шкірних некрозів та інфекцій, потреба в додатковому технічному оснащенні, збільшення операційного часу, необхідність у додаткових процедурах по видаленню засобів для тимчасової фіксації, велика вартість таких засобів [12].

Суперечливим є питання щодо термінів фіксації. Одні хірурги використовують матеріали які не розсмоктуються, та видаляють їх у терміни від 3 днів до 2 тижнів [11]. Інші хірурги застосовують більш тривалі способи фіксації за допомогою шурупів, які розсмоктуються у терміни від 9 до 12 місяців [13], або за допомогою пристроїв, які розсмоктуються протягом 12 місяців [4]. Проведені експериментальні дослідження свідчать про те, що при відділенні окістя від кістки повне зрощення триває від 6 до 12 тижнів [13]. Тому важливо забезпечити надійну фіксацію тканин протягом цього терміну.

На нашу думку фіксація тканин фронтальної ділянки за допомогою лігатур, що не розсмоктуються, через канали у зовнішній кортикальній пластинці черепа є простим методом який дозволяє надійно зафіксувати тканини до їх повного зрощення. Однак це потребує додаткового оснащення у вигляді медичної дрелі, певних навиків та збільшує час хірургічного втручання.

Застосування поліуретанової полімерної клейової композиції із додаванням фолієвої кислоти призводить до надійного склеювання та фіксації тканин при ендоскопічному ліфтингу верхньої частини обличчя. Міцна адгезія тканин в ранньому післяопераційному періоді мінімізує ризик виникнення гематом та інфекційних ускладнень, що дозволяє не використовувати дренажі. Використання клейової композиції дозволяє скоротити час оперативного втручання, порівняно із загальноприйнятими методами ендоскопічного ліфтингу, а також мінімізувати інтра- та післяопераційні ускладнення.

Висновки

Використання полімерних клейових композицій для фіксації тканин при ендоскопічному фронтотемпоральному ліфтингу верхньої частини обличчя дозволяє скоротити час оперативного втручання та підвищити рівень задоволеності пацієнтів.

Перспективи подальших досліджень

Оскільки тема фіксації тканин в пластичній хірургії була та залишається актуальною, необхідно надалі вдосконалювати існуючі та розробляти нові методи фіксації.

Література

1. Фришберг И.А. Эстетическая хирургия лица / И.А.Фришберг. – М.: ИКЦ «Академкнига», 2005. – 276 с.
2. Хрусталева И.Э. Хирургическое омоложение верхней трети лица / И.Э.Хрусталева // Курс пластической хирургии: руководство для врачей. В 2 т.; Под редакцией К.П. Пшениснова. Ярославль; Рыбинск: Рыбинский дом печати, 2010. – Т1. – С.697-708.
3. Campiglio G.L. Surgical anatomy in endoscopic facial rejuvenation / G.L.Campiglio, P.Candiani // Acta Chir. Plast. – 1996. – V.38, №1. – P.3-10.
4. Holzapfel A.M. Endoscopic forehead-lift using a bioabsorbable fixation device / A. M. Holzapfel, D. S. Mangat // Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surgery. – 2006. – V. 21. – P. 165-171.
5. Kim S.K. Endoscopic forehead-scalp flap fixation with K-wire / S.K.Kim // Aesthetic Plast. Surg. – 1996. – V. 20. – P. 217.
6. Lorenc Z.P. Endoscopic Forehead Plasty: Fixation with Absorbable Pins / Z.P.Lorenc, S. J. Aston // Presented at the American Society for Aesthetic Plastic Surgery. – 1996. – P.110-114.

7. Marchac D. Early postoperative efficacy of fibrin glue in face lifts: a prospective randomized trial / D. Marchac, A.Greensmith // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2005. - V. 115, №3. - P. 911-918.
8. McKinney P. An Accurate Technique for Fixation in Endoscopic Brow Lift: A 5-Year Follow-Up / P.McKinney, I.Sweis // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2001. - V. 108, №6. - P. 1808-1810.
9. Nahai F. The Art of Aesthetic Surgery / F. Nahai // *Quality medical publishing.* - 2005. - V. 1. - P.597-602.
10. Pakkanen M. Biodegradable positive fixation for the endoscopic brow lift / M.Pakkanen, A.V.Salisbury, R.A.Ersek // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1996. - V.98. - P.1087.
11. Ramirez O. Anchor Subperiosteal Forehead Lift: From open to Endoscopic / O.Ramirez // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2001. - V.107, №3. - P. 868-871.
12. Rohrich R. Evolving fixation methods in endoscopically assisted forehead rejuvenation: Controversies and rationale / R.Rohrich, S.Beran // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1997. - V.100, № 9. - P.1575-1579.
13. Romo T. Endoscopic foreheadplasty: A histologic comparison of periosteal refixation after endoscopic versus bicoronal lift / T.Romo, A.P.Sclafani, R.T.Yung [et al.] // *Plast.Reconstr. Surg.* - 2000. - V.105. - P.1111.
14. Steinsapir K.D. The endoscopic forehead lift / K.D.Steinsapir, N.Short, J.Hoenig [et al.] // *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* - 1998. - V.14. - №2. - P. 107-118.
15. Troilius C. Subperiosteal brow lifts without fixation / C.Troilius // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2004. - V.114. - P.1595-1603.

Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМ ЛИФТИНГЕ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЛИЦА

Пинчук В.Д., Ткач О.С.

Ключевые слова: Фиксация тканей, фронтотемпоральный лифтинг, полимерные клеевые композиции, фолиевая кислота, верхняя часть лица.

Статья посвящена актуальному вопросу выбора метода фиксации перемещенных тканей при эндоскопическом фронтотемпоральном лифтинге верхней части лица. В зависимости от метода фиксации тканей пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам первой группы производили фиксацию при помощи лигатур через пердварительно просверленные каналы в наружной кортикальной пластинке черепа – 113 пациентов. Во второй группе фиксацию проводили при помощи полиуретановых полимерных клеевых композиций с добавлением фолиевой кислоты – 12 пациентов. Результаты были оценены по группам: в первой группе у 89 (78,7%) пациентов результат был оценен как хороший, в 24 (21,3%) случаях как удовлетворительный. Во второй группе у 10 пациентов (83,3%) – хороший, у 2 (16,7%) пациентов –удовлетворительный. Использование клеевых композиций для фиксации тканей позволяет сократить время операции и повысить степень удовлетворенности пациентов.

Summary

COMPARATIVE ASSESSMENT FOR EFFICIENCY OF FIXATION TECHNIQUES DURING ENDOSCOPIC FRONTOTEMPORAL LIFTING THE UPPER FACE

Pinchuk V.D., Tkach O.S.

Key words: tissues fixation, endoscopic lifting, medical glue, folic acid, upper third of the face.

This article describes the methods of tissues fixation during endoscopic frontotemporal lifting of the upper third of the face. 125 patients were divided into two groups. Conventional fixation by drilled holes in frontal bone was performed on in 113 cases. Fixation with folic acid medical glue was carried out in 12 cases. Results were assessed according to the groups. The first group showed good results in 89 (78,7%) cases and satisfactory results in 24 (21,3%) cases. The second group demonstrated good results in 10 (83,3%) cases and satisfactory results in 2 (16,7%) cases. The applying of medical glue decreases the surgery time and increases patients' satisfaction.

УДК 616-08-031.81

Шаєнко З.О.

РАЦІОНАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

На підставі аналізу лікування 33 хворих з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2-го типу доведена ефективність використання у комплексному лікуванні даної патології комбінації глітазонів та бігуанідів.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, глітазони, бігуаніди.

Вступ

Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу широко поширено в повсякденній клінічній практиці, причому такий стан істотно обтяжує клінічний перебіг та ускладнює підходи до раціональної терапії, знижує ефективність сучасних методів лікування ІХС [1,2].

Тому актуальною проблемою сучасної медицини є розробка терапії ІХС, що протікає на фоні ЦД, оскільки потрібна приціпна дія як на загальні ланки патогенезу цих захворювань, так і на специфічні процеси в серцевосудинній та імунонейроендокринній системах [6,8].

Стандартна терапія ІХС та ЦД 2-го типу [7] не завжди влаштовує клініцистів у зв'язку з недостатньою патогенетичною направленістю лікувальних заходів на зниження інсулінорезистентності, нормалізацію глікемії, лі-

підного обміну та рівня системного запалення [8].

Останні роки з'явилися роботи, які доводять можливість використання в комплексному лікуванні ЦД 2-го типу комбінації глітазонів та бігуанідів, що призводить до зниження інсулінорезистентності, нормалізації глікемії та ліпідного обміну, покращення функції β-клітин підшлункової залози, зменшення системного запалення, забезпечуючи надійний метаболічний контроль, та покращуючи клінічний перебіг захворювання [3,4,5].

Разом з тим, вплив комбінації вищевказаних пероральних цукрознижуючих препаратів на перебіг ІХС та ЦД 2-го типу вивчений недостатньо.

Мета роботи

Визначити ефективність комбінації глітазонів та бігуанідів при комплексному лікуванні ІХС та ЦД 2-го типу.

7. Marchac D. Early postoperative efficacy of fibrin glue in face lifts: a prospective randomized trial / D. Marchac, A.Greensmith // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2005. - V. 115, №3. - P. 911-918.
8. McKinney P. An Accurate Technique for Fixation in Endoscopic Brow Lift: A 5-Year Follow-Up / P.McKinney, I.Sweis // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2001. - V. 108, №6. - P. 1808-1810.
9. Nahai F. The Art of Aesthetic Surgery / F. Nahai // *Quality medical publishing.* - 2005. - V. 1. - P.597-602.
10. Pakkanen M. Biodegradable positive fixation for the endoscopic brow lift / M.Pakkanen, A.V.Salisbury, R.A.Ersek // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1996. - V.98. - P.1087.
11. Ramirez O. Anchor Subperiosteal Forehead Lift: From open to Endoscopic / O.Ramirez // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2001. - V.107, №3. - P. 868-871.
12. Rohrich R. Evolving fixation methods in endoscopically assisted forehead rejuvenation: Controversies and rationale / R.Rohrich, S.Beran // *Plast. Reconstr. Surg.* - 1997. - V.100, № 9. - P.1575-1579.
13. Romo T. Endoscopic foreheadplasty:A histologic comparison of periosteal refixation after endoscopic versus bicoronal lift / T.Romo, A.P.Sclafani, R.T.Yung [et al.] // *Plast.Reconstr. Surg.* - 2000. - V.105. - P.1111.
14. Steinsapir K.D. The endoscopic forehead lift / K.D.Steinsapir, N.Short, J.Hoenig [et al.] // *Ophthal. Plast. Reconstr. Surg.* -1998. - V.14. - №2. - P. 107-118.
15. Troilius C. Subperiosteal brow lifts without fixation / C.Troilius // *Plast. Reconstr. Surg.* - 2004. - V.114. - P.1595-1603.

Реферат

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОДОВ ФИКСАЦИИ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ФРОНТОТЕМПОРАЛЬНОМ ЛИФТИНГЕ ВЕРХНЕЙ ЧАСТИ ЛИЦА

Пинчук В.Д., Ткач О.С.

Ключевые слова: Фиксация тканей, фронтотемпоральный лифтинг, полимерные клеевые композиции, фолиевая кислота, верхняя часть лица.

Статья посвящена актуальному вопросу выбора метода фиксации перемещенных тканей при эндоскопическом фронтотемпоральном лифтинге верхней части лица. В зависимости от метода фиксации тканей пациенты были разделены на 2 группы. Пациентам первой группы производили фиксацию при помощи лигатур через предварительно просверленные каналы в наружной кортикальной пластинке черепа – 113 пациентов. Во второй группе фиксацию проводили при помощи полиуретановых полимерных клеевых композиций с добавлением фолиевой кислоты – 12 пациентов. Результаты были оценены по группам: в первой группе у 89 (78,7%) пациентов результат был оценен как хороший, в 24 (21,3%) случаях как удовлетворительный. Во второй группе у 10 пациентов (83,3%) – хороший, у 2 (16,7%) пациентов –удовлетворительный. Использование клеевых композиций для фиксации тканей позволяет сократить время операции и повысить степень удовлетворенности пациентов.

Summary

COMPARATIVE ASSESSMENT FOR EFFICIENCY OF FIXATION TECHNIQUES DURING ENDOSCOPIC FRONTOTEMPORAL LIFTING THE UPPER FACE

Pinchuk V.D., Tkach O.S.

Key words: tissues fixation, endoscopic lifting, medical glue, folic acid, upper third of the face.

This article describes the methods of tissues fixation during endoscopic frontotemporal lifting of the upper third of the face. 125 patients were divided into two groups. Conventional fixation by drilled holes in frontal bone was performed on in 113 cases. Fixation with folic acid medical glue was carried out in 12 cases. Results were assessed according to the groups. The first group showed good results in 89 (78,7%) cases and satisfactory results in 24 (21,3%) cases. The second group demonstrated good results in 10 (83,3%) cases and satisfactory results in 2 (16,7%) cases. The applying of medical glue decreases the surgery time and increases patients' satisfaction.

УДК 616-08-031.81

Шаєнко З.О.

РАЦІОНАЛЬНА КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНОЮ ХВОРОБОЮ СЕРЦЯ ТА ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ 2-ГО ТИПУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», Полтава

На підставі аналізу лікування 33 хворих з ішемічною хворобою серця та цукровим діабетом 2-го типу доведена ефективність використання у комплексному лікуванні даної патології комбінації глітазонів та бігуанідів.

Ключові слова: ішемічна хвороба серця, цукровий діабет 2-го типу, глітазони, бігуаніди.

Вступ

Поєднання ішемічної хвороби серця (ІХС) та цукрового діабету (ЦД) 2-го типу широко поширено в повсякденній клінічній практиці, причому такий стан істотно обтяжує клінічний перебіг та ускладнює підходи до раціональної терапії, знижує ефективність сучасних методів лікування ІХС [1,2].

Тому актуальною проблемою сучасної медицини є розробка терапії ІХС, що протікає на фоні ЦД, оскільки потрібна прищільна дія як на загальні ланки патогенезу цих захворювань, так і на специфічні процеси в серцевосудинній та імунонейроендокринній системах [6,8].

Стандартна терапія ІХС та ЦД 2-го типу [7] не завжди влаштовує клініцистів у зв'язку з недостатньою патогенетичною направленістю лікувальних заходів на зниження інсулінорезистентності, нормалізацію глікемії, лі-

підного обміну та рівня системного запалення [8].

Останні роки з'явилися роботи, які доводять можливість використання в комплексному лікуванні ЦД 2-го типу комбінації глітазонів та бігуанідів, що призводить до зниження інсулінорезистентності, нормалізації глікемії та ліпідного обміну, покращення функції β-клітин підшлункової залози, зменшення системного запалення, забезпечуючи надійний метаболічний контроль, та покращуючи клінічний перебіг захворювання [3,4,5].

Разом з тим, вплив комбінації вищевказаних пероральних цукрознижуючих препаратів на перебіг ІХС та ЦД 2-го типу вивчений недостатньо.

Мета роботи

Визначити ефективність комбінації глітазонів та бігуанідів при комплексному лікуванні ІХС та ЦД 2-го типу.

Матеріали та методи дослідження

Нами було проліковано 33 хворих з ІХС та ЦД 2 типу, 16 жінок та 17 чоловіків. Усі хворі отримували стандартну терапію з використанням низькокалорійної дієти, підвищеної фізичної активності, інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту або блокаторів рецепторів ангіотензіна, β-блокаторів, діуретиків, антагоністів альдостерону, блокаторів кальцієвих каналів [7]. Пероральні цукрознижуючі препарати призначали у вигляді комбінованої терапії - в контрольній групі (15 хворих) гліклазид – 60 мг/добу + піоглітазон (піоглар) – 30 мг/добу, в основній групі (18 хворих) – метформін (Сіофор) – 2550 мг/добу + піоглітазон (піоглар) – 30 мг/добу. Тривалість лікування склала 3 місяці. Контролювали перебіг ЦД 2-го типу шляхом контролю за рівнем глікозильованого гемоглобіну (HbA1c) та глюкози плазми натще (ГПН). Також оцінювали профіль ліпідів (ліпопротеїди високої та низької щільності, тригліцериди та загальний холестерин) на початку та по закінченню лікування. Вплив лікувальних заходів на інсулінорезистентність та функціональну активність β-клітин (ФАБ) оцінювали за допомогою математичної моделі НОМА (Homeostasis Model Assessment). Визначення індексу інсулінорезистентності (НОМА-IR) проводили за формулами: $\text{НОМА-IR} = (\text{ІРІ} \times \text{ГПН}) / 22,5$; $\text{ФАБ} = (\text{ІРІ} \times 20) / (\text{ГПН} - 3,5)$, де ІРІ – імунореактивний інсулін, ГПН – глюкоза плазми натще. Рівень системного запалення оцінювали шляхом визначення в сироватці крові інтерлейкіну 6 (ІЛ-6) та фактору некрозу

пухлин альфа (ФНП-α). Статистичний аналіз отриманих результатів проводили за допомогою програми BioStat (Analyst Soft Inc., ver. 2009 for Windows), використовуючи критерій Манна-Уїтні (для незалежних виборок) та Уїлкоксона (для залежних виборок).

Результати та обговорення

Статистично значимої різниці в досліджуваних показниках на початку лікування між основною групою та групою контролю не виявлено. Після 3-х місячного лікування нами було зафіксовано статистично значиме покращення показників глікемічного контролю в обох групах пацієнтів (табл.). Так, в контрольній групі рівень HbA1c знизився з $8,2 \pm 1,1\%$ до $7,3 \pm 1,2\%$ ($p=0,041$), в основній – з $8,3 \pm 1,3\%$ до $7,2 \pm 1,1\%$ ($p=0,009$), рівень ГПН відповідно з $10,1 \pm 2,1$ ммоль/л до $8,2 \pm 1,8$ ммоль/л ($p=0,008$) та з $9,7 \pm 1,8$ ммоль/л до $7,9 \pm 2,1$ ммоль/л ($p=0,013$). Разом з тим статистично значимої різниці в показниках HbA1c та ГПН між контрольною та основною груп хворих після лікування - не зафіксовано.

Рівень ІРІ та НОМА-IR також статистично значимо знизився в обох групах хворих: в контрольній – відповідно з $18,1 \pm 2,4$ мкОд/мл до $15,7 \pm 2,2$ мкОд/мл ($p=0,005$) та з $8,3 \pm 2,7$ до $6,2 \pm 1,8$ ($p=0,012$); в основній – відповідно з $17,7 \pm 1,8$ мкОд/мл до $13,1 \pm 1,6$ мкОд/мл ($p<0,001$) та з $7,8 \pm 2,2$ до $4,9 \pm 1,8$ ($p<0,001$). У порівнянні між групами рівень цих показників в основній групі був статистично значимо меншим ніж в контрольній (табл.).

Таблиця 1.

Динаміка показників вуглеводного, ліпідного обміну, інсулінорезистентності та системного запалення

Показники	Групи хворих				Рівень статистичної значимості (p**)	
	Контрольна (n=15)		Основна (n=18)			
	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування	До лікування	Після лікування
HbA1c, %	8,2±1,1	7,3±1,2	8,3±1,3	7,2±1,1	0,815	0,804
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,041		0,009			
ГПН, ммоль/л	10,1±2,1	8,2±1,8	9,7±1,8	7,9±2,1	0,559	0,666
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,008		0,013			
НОМА-IR	8,3±2,7	6,2±1,8	7,8±2,2	4,9±1,8	0,561	0,047
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,012		<0,001			
ІРІ, мкОд/мл	18,1±2,4	15,7±2,2	17,7±1,8	13,1±1,6	0,588	<0,001
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,005		<0,001			
ФАБ	54,9±3,1	66,2±3,8	56,3±2,8	69,1±3,3	0,183	0,025
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	<0,001		<0,001			
ЛПВЩ, ммоль/л	1,3±0,3	1,5±0,1	1,3±0,2	1,53±0,3	0,261	0,714
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,021		0,01			
ЛПНЩ, ммоль/л	3,8±0,1	3,7±0,08	3,75±0,12	3,6±0,1	0,208	0,003
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,005		<0,001			
Заг.холестерин, ммоль/л	6,2±0,2	5,9±0,1	6,18±0,1	5,7±0,08	0,712	<0,001
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	<0,001		<0,001			
Тригліцериди, ммоль/л	2,1±0,1	1,9±0,2	2,0±0,19	1,75±0,17	0,076	0,026
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	0,002		0,006			
ІЛ-6 пг/мл	35,4±4,2	22,2±3,8	34,8±4,1	19,1±3,4	0,682	0,019
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	<0,001		<0,001			
ФНП-α пг/мл	23,2±4,1	10,5±2,3	24,8±3,8	8,2±3,1	0,518	0,024
	Рівень статистичної значимості (p*)					
	<0,001		<0,001			

Прим. p* - критерій Уїлкоксона, p** - критерій Манна-Уїтні

В групі контролю ФАБ збільшилась з $54,9 \pm 3,1$ до $66,2 \pm 3,8$ ($p < 0,001$), в основній – з $56,3 \pm 2,8$ до $69,1 \pm 3,3$ ($p < 0,001$). В групі, що отримували метформін + піоглітазон цей показник був статистично значимо більшим ніж у хворих, що отримували гліклазид + піоглітазон.

Зафіксована позитивна динаміка ліпідного обміну: рівень ЛПНЩ, загального холестерину та тригліцеридів статистично значимо зменшились в усіх хворих. А у порівнянні між контрольною та основною групами рівень цих показників був статистично значимо меншим у хворих, що отримували метформін та піоглітазон (табл.1).

Аналізуючи рівень системного запалення, нами встановлено, що рівень ІЛ-6 в контрольній групі знизився на 47,3% (з $23,2 \pm 4,1$ до $22,2 \pm 3,8$), в основній – на 45,1% (з $34,8 \pm 4,1$ до $19,1 \pm 3,4$); рівень ФНП-α відповідно на 54,7% та 66,9%. А у порівнянні між групами ці показники були статистично значимо меншими у групі, що отримували метформін та піоглітазон (табл.1).

Таким чином, застосування комбінації пероральних цукрознижуючих препаратів позитивно впливає на перебіг вуглеводного та ліпідного обміну, зменшує інсулінорезистентність, посилює функціональну активність β-клітин підшлункової залози та суттєво зменшує системне запалення. Поєднання метформіну з піоглітазоном має більш суттєву перевагу у порівнянні з комбінацією гліклазид + піоглітазон.

Висновки

Використання комбінації глітазонів та бігуанідів є

Реферат

РАЦИОНАЛЬНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Шаенко З.О.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, глитазоны, бигуаниды.

На основании анализа лечения 33 больных с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2-го типа доказана эффективность использования в комплексном лечении данной патологии комбинации глитазонов и бигуанидов.

Summary

RATIONAL MULTIMODAL THERAPY FOR PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASES AND DIABETES MELLITUS OF TYPE 2
Shajenko Z.O.

Keywords: coronary heart disease, diabetes mellitus of type 2, glitazones, biguanides.

Based on the analysis of 33 patients with coronary heart diseases and diabetes mellitus of type 2 the therapeutic efficiency obtained by introducing glitazones and biguanides into multimodality treatment for the patients has been proven.

УДК 616.25-002.2-071-08

Шейко В.Д., Крижановський О.А., Панасенко С.І., Калюжка С.І., Небаба С.В.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО З РІДКІСНОЮ ПРИЧИНОЮ ХРОНІЧНОЇ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведений аналіз лікування хворого з рідкісною причиною хронічної емпієми плеври. В ході обстеження з'ясовано, що причиною хвороби було стороннє тіло проміжного бронху (кістка птиці). Після комплексного лікування хворий одужав.

Ключові слова: хронічна емпієма плеври, стороннє тіло.

Вступ

Діагностика і лікування хронічної емпієми плеври (ХЕП) залишається актуальною проблемою торакальної хірургії. На практиці частіше зустрічається вторинна емпієма, яка є ускладненням будь-якого гнійного запалення – пневмонії, абсцесу чи гангрени легені, остеомієліту ребер, медіастинального лімфаденіту, бронхоектатичної хвороби, пневмотораксу, тощо. Ін-

ефективним засобом у комплексному лікуванні ІХС та ЦД 2-го типу.

Література

1. Маньковский Б.Н. Сердечно-сосудистые заболевания у больных сахарным диабетом: что важно знать кардиологу, эндокринологу и неврологу / Б.Н. Маньковский, О.Н. Барна // Ліки України. – 2010. – № 4 (140). – С. 24-28.
2. Мелкозёров К.В. Ишемическая болезнь сердца у больных сахарным диабетом и критической ишемией нижних конечностей / К.В. Мелкозёров В.Ю.Калашников С.А.Терехин [и др.] // Сахарный диабет. – 2012. – №3. – С. 39-44.
3. Паньків В.І. Ефективність ранньої комбінованої терапії метформіном і піоглітазоном хворих на цукровий діабет 2-го типу / В.І. Паньків // Международній ендокринологический журнал. – 2012. – №2. – С. 15-17.
4. Шестакова М.В. Эффективность и безопасность пиоглитазона (Актос™) в качестве монотерапии и в комбинации с глибенкламидом или метформином у пациентов с сахарным диабетом типа 2 / М.В.Шестакова, М.И.Балаболкин, М.Б. Анциферов [и др.] // Сахарный диабет. – 2005. – №1. – С. 50-57.
5. Кайдашев И.П. NF-κB-сигнализация как основа развития системного воспаления, инсулинорезистентности, липотоксичности, сахарного диабета 2-го типа и атеросклероза / И.П. Кайдашев // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – №3. – С.35-40.
6. Imam K. Management and treatment of diabetes mellitus / K. Imam // Adv Exp Med Biol. – 2012. – V. 771. – P. 356-380.
7. Standl E. Ryden Lars Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary / E. Standl, M.Bartnik [et al.] // European Heart Journal. – 2007. – V. 28, №1. – P. 88-136.
8. Sheikh-Ali M. Medical management and strategies to prevent coronary artery disease in patients with type 2 diabetes mellitus / M. Sheikh-Ali, P. Raheja, N. Borja-Hart // Postgrad Med. – 2013. – V. 125, №1. – P.17-33.

шими причинами проникнення інфекції в плевральну порожнину можуть бути: піддіафрагмальний абсцес, гострий панкреатит, абсцеси печінки, запалення м'яких тканин і кісткового каркасу грудної стінки [1, 2]. Але існують рідкісні, досить ексклюзивні, причини виникнення ХЕП, які вимагають використання додаткових методів дослідження, потребують використання особливих способів лікування [3]. Представлена робота є фрагментом ініціативної науково-дослідної ро-

В групі контролю ФАБ збільшилась з $54,9 \pm 3,1$ до $66,2 \pm 3,8$ ($p < 0,001$), в основній – з $56,3 \pm 2,8$ до $69,1 \pm 3,3$ ($p < 0,001$). В групі, що отримували метформін + піоглітазон цей показник був статистично значимо більшим ніж у хворих, що отримували гліклазид + піоглітазон.

Зафіксована позитивна динаміка ліпідного обміну: рівень ЛПНЩ, загального холестерину та тригліцеридів статистично значимо зменшились в усіх хворих. А у порівнянні між контрольною та основною групами рівень цих показників був статистично значимо меншим у хворих, що отримували метформін та піоглітазон (табл.1).

Аналізуючи рівень системного запалення, нами встановлено, що рівень ІЛ-6 в контрольній групі знизився на 47,3% (з $23,2 \pm 4,1$ до $22,2 \pm 3,8$), в основній – на 45,1% (з $34,8 \pm 4,1$ до $19,1 \pm 3,4$); рівень ФНП-α відповідно на 54,7% та 66,9%. А у порівнянні між групами ці показники були статистично значимо меншими у групі, що отримували метформін та піоглітазон (табл.1).

Таким чином, застосування комбінації пероральних цукрознижуючих препаратів позитивно впливає на перебіг вуглеводного та ліпідного обміну, зменшує інсулінорезистентність, посилює функціональну активність β-клітин підшлункової залози та суттєво зменшує системне запалення. Поєднання метформіну з піоглітазоном має більш суттєву перевагу у порівнянні з комбінацією гліклазид + піоглітазон.

Висновки

Використання комбінації глітазонів та бігуанідів є

Реферат

РАЦИОНАЛЬНАЯ КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2-ГО ТИПА

Шаенко З.О.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет 2-го типа, глитазоны, бигуаниды.

На основании анализа лечения 33 больных с ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом 2-го типа доказана эффективность использования в комплексном лечении данной патологии комбинации глитазонов и бигуанидов.

Summary

RATIONAL MULTIMODAL THERAPY FOR PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASES AND DIABETES MELLITUS OF TYPE 2
Shajenko Z.O.

Keywords: coronary heart disease, diabetes mellitus of type 2, glitazones, biguanides.

Based on the analysis of 33 patients with coronary heart diseases and diabetes mellitus of type 2 the therapeutic efficiency obtained by introducing glitazones and biguanides into multimodality treatment for the patients has been proven.

УДК 616.25-002.2-071-08

Шейко В.Д., Крижановський О.А., Панасенко С.І., Калюжка С.І., Небаба С.В.

КЛІНІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ТА ЛІКУВАННЯ ХВОРОГО З РІДКІСНОЮ ПРИЧИНОЮ ХРОНІЧНОЇ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведений аналіз лікування хворого з рідкісною причиною хронічної емпієми плеври. В ході обстеження з'ясовано, що причиною хвороби було стороннє тіло проміжного бронху (кістка птиці). Після комплексного лікування хворий одужав.

Ключові слова: хронічна емпієма плеври, стороннє тіло.

Вступ

Діагностика і лікування хронічної емпієми плеври (ХЕП) залишається актуальною проблемою торакальної хірургії. На практиці частіше зустрічається вторинна емпієма, яка є ускладненням будь-якого гнійного запалення – пневмонії, абсцесу чи гангрені легені, остеомієліту ребер, медіастинального лімфаденіту, бронхоектатичної хвороби, пневмотораксу, тощо. Ін-

ефективним засобом у комплексному лікуванні ІХС та ЦД 2-го типу.

Література

1. Маньковский Б.Н. Сердечно-сосудистые заболевания у больных сахарным диабетом: что важно знать кардиологу, эндокринологу и неврологу / Б.Н. Маньковский, О.Н. Барна // Ліки України. – 2010. – № 4 (140). – С. 24-28.
2. Мелкозёров К.В. Ишемическая болезнь сердца у больных сахарным диабетом и критической ишемией нижних конечностей / К.В. Мелкозёров В.Ю.Калашников С.А.Терехин [и др.] // Сахарный диабет. – 2012. – №3. – С. 39-44.
3. Паньків В.І. Ефективність ранньої комбінованої терапії метформіном і піоглітазоном хворих на цукровий діабет 2-го типу / В.І. Паньків // Международный эндокринологический журнал. – 2012. – №2. – С. 15-17.
4. Шестакова М.В. Эффективность и безопасность пиоглитазона (Актос™) в качестве монотерапии и в комбинации с глибенкламидом или метформином у пациентов с сахарным диабетом типа 2 / М.В.Шестакова, М.И.Балаболкин, М.Б. Анциферов [и др.] // Сахарный диабет. – 2005. – №1. – С. 50-57.
5. Кайдашев И.П. NF-κB-сигнализация как основа развития системного воспаления, инсулинорезистентности, липотоксичности, сахарного диабета 2-го типа и атеросклероза / И.П. Кайдашев // Международный эндокринологический журнал. – 2011. – №3. – С.35-40.
6. Imam K. Management and treatment of diabetes mellitus / K. Imam // Adv Exp Med Biol. – 2012. – V. 771. – P. 356-380.
7. Standl E. Ryden Lars Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: executive summary / E. Standl, M.Bartnik [et al.] // European Heart Journal. – 2007. – V. 28, №1. – P. 88-136.
8. Sheikh-Ali M. Medical management and strategies to prevent coronary artery disease in patients with type 2 diabetes mellitus / M. Sheikh-Ali, P. Raheja, N. Borja-Hart // Postgrad Med. – 2013. – V. 125, №1. – P.17-33.

шими причинами проникнення інфекції в плевральну порожнину можуть бути: піддіафрагмальний абсцес, гострий панкреатит, абсцеси печінки, запалення м'яких тканин і кісткового каркасу грудної стінки [1, 2]. Але існують рідкісні, досить ексклюзивні, причини виникнення ХЕП, які вимагають використання додаткових методів дослідження, потребують використання особливих способів лікування [3]. Представлена робота є фрагментом ініціативної науково-дослідної ро-

боти за темою: «Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології», № держреєстрації 0111 U 006299.

Мета роботи

Доповісти про цікавий випадок спостереження хворого на вторинну хронічну емпієму плеври з позитивними наслідками тривалого лікування.

Об'єкт і методи дослідження

Ми спостерігали хворого на хронічну емпієму плеври, яка була спричинена довготривалою наявністю стороннього тіла проміжного бронху правої легені. В ході обстеження хворого були використані загальноклінічні лабораторні аналізи, рентгенологічні, ультразвукові та ендоскопічні методи досліджень. Приводимо клінічні спостереження.

Результати досліджень та їх обговорення

Хворий С., 43 роки, медична картка стаціонарного хворого № 20437, мешканець Кобеляцького району Полтавської області. Госпіталізований в торакальне відділення Полтавської обласної клінічної лікарні 06.12.2011 року із скаргами на загальну слабкість, біль у правій половині грудної клітки, задуху при фізичному навантаженні, постійний кашель з виділенням незначної кількості слизової мокроти. З анамнезу встановлено, що протягом двох останніх років турбував постійний сухий кашель. За медичною допомогою не звертався. Стан погіршився місяць тому. Відмітив появу болю в правій половині грудної клітки, підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, задуху при незначному фізичному навантаженні. Звернувся за медичною допомогою 17.11.2011 року в ЦРЛ за місцем проживання. Був обстежений. Встановлений діагноз: *Susp. Са pulmonum dextrae*, правобічний гідроторакс. З метою уточнення діагнозу та подальшого лікування був направлений в ПОКЛ.

При госпіталізації в торакальне відділення ПОКЛ загальний стан відносно задовільний. Пульс ритмічний 74 за 1 хв. АТ 120/80 мм рт. ст. Дихання 25 за 1 хв. Ціаноз шкіри обличчя, губ, слизових – відсутній. Температура тіла $37,8^{\circ}\text{C}$. При огляді: грудна клітка симетрична, при пальпації безболісна. Дихання самостійне носове. Голосове тремтіння послаблене над правою легенею. При перкусії відмічається притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах справа задньо-бокової ділянки. Аускультативно над цією ділянкою значно ослаблене легеневе дихання.

Обстежений лабораторно. Клінічний аналіз крові: ер. $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нв. 127 г/л, лей. $10,9 \times 10^9/\text{л}$, п. 8%, с. 63%, л. 21%, м. 7%, б. 1%, ШОЕ 26 мм за годину.



Рис. 2. Видалення стороннього тіла

Аналіз сечі в нормі. Біохімічний аналіз крові, коагулограма – без відхилень від норми.

На рентгенограмі грудної клітки в прямій проекції від 06.12.2011 р. має місце субтотальне правостороннє затемнення легеневого поля, зміщення серединної тіні вліво. Заключення: рентгенологічні ознаки ексудативного плевриту (Рис. 1).

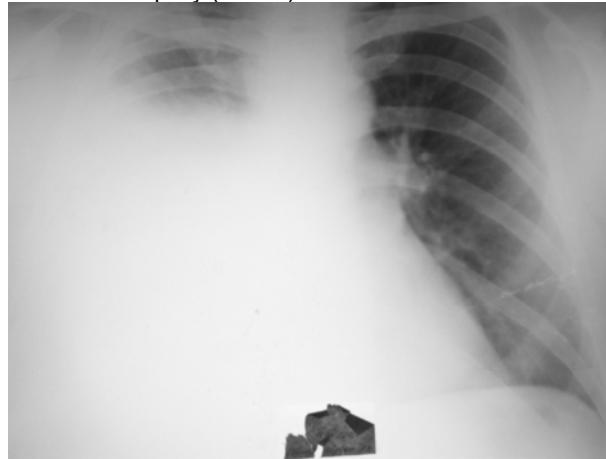


Рис. 1. Рентгенографія ОГК в прямій проекції.

УЗД плевральних порожнин від 07.12.2011 р. – в правій плевральній порожнині вільна рідина до 232 мл. Заключення: правосторонній плеврит. 07.12.2011 р. виконана комп'ютерна томографія органів грудної клітки, на якій запідозрена наявність стороннього тіла проміжного бронху.

Проведена додаткова бесіда з хворим щодо можливості попадання стороннього тіла в дихальні шляхи. Хворий згадав, що в серпні 2009 року під час вживання їжі (гарячий борщ з куркою) поперхнувся. Але цьому моменту не надав значення. З того часу і донині відмічав постійних сухий кашель.

З діагностичною та лікувальною метою була проведена фібробронхоскопія 09.12.2011 р. Трахея звичайної форми і розмірів. Слизова рожева. Гребінь каріни загострений. Оглянуті бронхи правої легені: головний верхньодольовий не змінений, проміжний – стенозований на $\frac{1}{2}$ просвіту за рахунок стороннього тіла (вклиненої в стінку кістки) і масивного розвитку грануляцій. Заключення: стороннє тіло проміжного бронху, вторинний ендобронхіт III ст. Стороннє тіло видалене за допомогою фарцептів (Рис. 2, 3). Просвіт проміжного бронху значно відновлений. Слизова бронхів нижньої долі інфільтрована. Проведена санація бронхів. Зліва без особливостей.

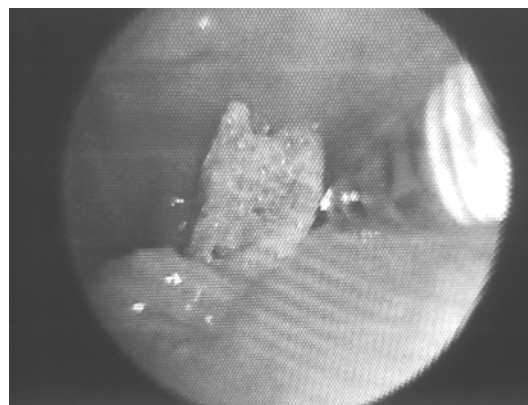


Рис. 3. Стороннє тіло – кістка птиці, під час бронхоскопії. 3,2x2 см.

09.12.2011 р. виконана пункція правої плевральної порожнини. Отриманий гній. Встановлений дренаж. Одномоментно видалено 300 мл сірого гною. В подальшому проводилась антибактеріальна, протизапальна, днзінтоксикаційна терапія, щоденна санація плевральної порожнини антисептиками.

На другу добу після дренування виконана контрольна рентгенограма ОГК, на якому відмічена позитивна динаміка лікування (Рис. 4).



Рис. 4. Контрольна рентгенограма ОГК.

Після проведеного лікування 28.12.2011 хворий був виписаний зі стаціонару у задовільному стані з одужанням. Загальний ліжкодень склав 22 доби. В подальшому звернень пацієнта за медичною допомогою з приводу захворювань ОГК не зафіксовано.

Висновки

1. У хворих на хронічну емпієму плеври ретельне збирання анамнезу хвороби дозволяє виявити першопричину, яка іноді може бути досить рідкісною.

2. У хворих з даною патологією доцільно використовувати повний спектр необхідних обстежень для визначення оптимальної тактики лікування.

Література

1. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія / Дужий І.Д. – К., «Здоров'я», 2000. – 380 с.
2. Слободенюк І.Ф. Опыт лечения эмпиемы плевры / И.Ф. Слободенюк, А.А. Полежаев, А.Г. Шкуратов, А.И. Королев // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2009. – № 2. – С. 87-89.
3. Шейко В.Д. Рідкісна причина хронічної емпієми плеври / В.Д. Шейко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський [та ін.] // Український Журнал Хірургії. – , 2010. – № 2. – С. 159-161.

Реферат

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С РЕДКОЙ ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ЭМПИЕМЫ ПЛЕВРЫ

Шейко В.Д., Крыжановский А.А., Панасенко С.И., Калужка С.И., Небаба С.В.

Ключевые слова. Хроническая эмпиема плевры, инородное тело.

Проведен анализ лечения больного с редкой причиной хронической эмпиемой плевры. В ходе обследования выяснено, что причиной болезни было инородное тело промежуточного бронха (кость птицы). После комплексного лечения больной выздоровел.

Summary

CLINICAL SUPERVISION AND MANAGEMENT FOR PATIENTS WITH UNCOMMON CHRONIC PLEURAL EMPYEMA

Sheiko V.D., Krizhanovskiy A.A., Panasenکو S.I., Kaluzhka S.I., Nebaba S.V.

Keywords: chronic pleural empyema, foreign body.

The paper presents the analysis of the treatment of a patient with rare chronic pleural empyema. The examination detected the cause of the disease was a foreign body in the intermediate bronchus. The multimodality treatment resulted in the complete patient's recovery.

УДК: 616-053.2

Шкурупій Д.А.

УЛЬТРАСТРУКТУРНИЙ ПОШУК ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ПОМЕРЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Методом електронної мікроскопії було проведено дослідження аутопсичного матеріалу скелетних м'язів 11 новонароджених, померлих з ознаками синдрому поліорганої недостатності від наслідків перинатального інфікування. Встановлена наявність морфологічних змін в скелетних м'язах померлих новонароджених: зміни форми ядра, конденсація хроматину, зміни форми клітин, конденсація цитоплазми, поява міжфібрилярної вакуолізації, зміна форми, розмірів і дезорганізація крист мітохондрій. Були наявні ознаки апоптозу.

Ключові слова: новонароджені, синдром поліорганої недостатності, скелетні м'язи, електронна мікроскопія

Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи курсу анестезіології та інтенсивної терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Поліорганна недостатність у новонароджених: фактори ризику, механізми розвитку, принципи профілактики та інтенсивної терапії», № держреєстрації: 0107U006285.

Вступ

Критичні стани являють собою універсальний процес, основними ланками якого є тканинна гіперфузія і, як наслідок – порушення доставки кисню, цитопатична гіпоксія і порушення клітинного енергозабезпечення [1]. Останній стан розвивається не лише внаслідок обмеження надходжень енергомістких речовин, а й внаслідок мітохондріальної дисфункції, суть якої полягає в порушенні окислювального фосфорилування в мітохондріях. При цьому, таке порушення може розвиватися не лише у відповідь на гіпоксію, а й на ендотоксемию і гіперпродукцію цитокінів з порушенням як функції так і структури мітохондрій. Гіперцитокінемія, особливо – така, що пов'язана з інфекцією, є невід'ємною частиною патогенезу синдрому системної запальної відповіді, септичного шоку і синдрому поліорганої недостатності (СПОН). Отже, мітохондріальну дисфункцію можна розглядати як одну з ланок формування СПОН. Підтвердженням цього є клінічні прояви мітохондріальної дисфункції, які характеризуються поліморфністю, поліорганістю [2].

В неонатальному періоді відбувається адаптація до позаутробних умов існування, інтенсивно проходять процеси росту і фізичного розвитку. Тому новонароджені мають високий рівень основного обміну, а відтак – і високу потребу в адекватному клітинному енергозабезпеченні [3]. Зважаючи на це, мітохондріальні порушення можуть бути принципово значимими для формування СПОН у новонароджених.

Визначення морфологічних ознак мітохондріальних ушкоджень зазвичай проводять у тканині скелетних м'язів, оскільки саме тут є одна з найбільших в організмі кількість мітохондрій [4].

Мета дослідження

Визначення патогенетичних ланок формування СПОН у новонароджених, померлих від наслідків перинатального інфікування, шляхом електронно-мікроскопічної діагностики.

Об'єкт і методи дослідження

Для проведення електронної мікроскопії протягом 2008 року під час проведення аутопсії був проведений забір тканин міжреберних скелетних м'язів у 11 дітей, померлих від наслідків перинатального інфікування.

Секційний матеріал фіксували глутар-альдегідом на фосфатному буфері, ущільнювали в епоксидній смолі, напівтонкі зрізи і фарбували їх поліхромним барвником, виготовляли ультратонкі зрізи, контрастували їх уранілацетатом і проводили мікроскопічне до-

слідження за допомогою електронного мікроскопу МБР-100. Дослідження проводили на базі лабораторії електронної мікроскопії кафедри гістології, цитології та ембріології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія». Перед початком дослідження був отриманий дозвіл комісії з етичних питань та біоетики даного закладу.

Оцінювали форму і структуру органел міосимпласту і міосателітоциту, констатували наявність мітохондріальних субсарколемальних скупчень в міосимпласті, вакуолізацію міжфібрилярних проміжків. Кількість змін підраховували серед 100 об'єктів в полі зору [5].

Статистична обробка даних проводилась за допомогою методів описової статистики. Враховували абсолютні значення показників, кількість досліджень (n), обчислювали середнє арифметичне (M), помилку репрезентативності (m), медіану (Me), кuartильний розмах (50L, 50U). Використовували програмне забезпечення Statistica 6.0. [6].

Результати досліджень та їх обговорення

У померлих новонароджених виявлялись зміни характеристик як ядер міосателітоцитів, так і міосимпластів. В нормі ядра міосимпласту розташовуються біля внутрішнього шару сарколеми, мають чітку округлу форму з рівномірним хроматиновим забарвленням на периферії. Ядра міосателітоцитів також мають чітку округлу форму, світле забарвлення, займають більшу площу клітини, рівномірно відтісняючи цитоплазму з органелами на периферію [7, 8]. В досліджуваному матеріалі ядра міосимпластів приймали неправильні форми з нерівномірною електронною щільністю за рахунок дифузного відкладення хроматину. В середньому кількість таких ядер на 100 ядер в полях зору складала $42,63 \pm 3,42$ (Me=41,0; 50L=35,0; 50U=54,0; n=11). Такі зміни є свідченням порушення генетичного апарату клітини, зокрема – порушення процесу транскрипції [9].

Саркоплазма в нормі повинна мати рівномірну електронну щільність, більшу її частину мають займати міофібрили з чітко визначеною посмугованістю. В міосателітоцитах померлих новонароджених спостігались не лише зміни форми клітини і її ядра, а й нерівномірну електронну щільність цитоплазми. Такі зміни реєструвались у померлих новонароджених в середньому в $52,09 \pm 3,05$ клітинах на 100 міосателітоцитів в полях зору і свідчили про порушення трансмембранного обміну [7, 8].

Мітохондрії скелетних м'язів в нормі рівномірно роз-

УДК: 616-053.2

Шкурупій Д.А.

УЛЬТРАСТРУКТУРНИЙ ПОШУК ПАТОГЕНЕТИЧНИХ ЛАНОК РОЗВИТКУ СИНДРОМУ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ, ПОМЕРЛИХ ВІД НАСЛІДКІВ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ІНФІКУВАННЯ

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Методом електронної мікроскопії було проведено дослідження аутопсичного матеріалу скелетних м'язів 11 новонароджених, померлих з ознаками синдрому поліорганної недостатності від наслідків перинатального інфікування. Встановлена наявність морфологічних змін в скелетних м'язах померлих новонароджених: зміни форми ядра, конденсація хроматину, зміни форми клітин, конденсація цитоплазми, поява міжфібрилярної вакуолізації, зміна форми, розмірів і дезорганізація крист мітохондрій. Були наявні ознаки апоптозу.

Ключові слова: новонароджені, синдром поліорганної недостатності, скелетні м'язи, електронна мікроскопія

Стаття є фрагментом науково-дослідної роботи курсу анестезіології та інтенсивної терапії ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» «Поліорганна недостатність у новонароджених: фактори ризику, механізми розвитку, принципи профілактики та інтенсивної терапії», № держреєстрації: 0107U006285.

Вступ

Критичні стани являють собою універсальний процес, основними ланками якого є тканинна гіперфузія і, як наслідок – порушення доставки кисню, цитопатична гіпоксія і порушення клітинного енергозабезпечення [1]. Останній стан розвивається не лише внаслідок обмеження надходжень енергомістких речовин, а й внаслідок мітохондріальної дисфункції, суть якої полягає в порушенні окислювального фосфорилування в мітохондріях. При цьому, таке порушення може розвиватися не лише у відповідь на гіпоксію, а й на ендотоксемию і гіперпродукцію цитокінів з порушенням як функції так і структури мітохондрій. Гіперцитокінемія, особливо – така, що пов'язана з інфекцією, є невід'ємною частиною патогенезу синдрому системної запальної відповіді, септичного шоку і синдрому поліорганної недостатності (СПОН). Отже, мітохондріальну дисфункцію можна розглядати як одну з ланок формування СПОН. Підтвердженням цього є клінічні прояви мітохондріальної дисфункції, які характеризуються поліморфністю, поліорганністю [2].

В неонатальному періоді відбувається адаптація до позаутробних умов існування, інтенсивно проходять процеси росту і фізичного розвитку. Тому новонароджені мають високий рівень основного обміну, а відтак – і високу потребу в адекватному клітинному енергозабезпеченні [3]. Зважаючи на це, мітохондріальні порушення можуть бути принципово значимими для формування СПОН у новонароджених.

Визначення морфологічних ознак мітохондріальних ушкоджень зазвичай проводять у тканині скелетних м'язів, оскільки саме тут є одна з найбільших в організмі кількість мітохондрій [4].

Мета дослідження

Визначення патогенетичних ланок формування СПОН у новонароджених, померлих від наслідків перинатального інфікування, шляхом електронно-мікроскопічної діагностики.

Об'єкт і методи дослідження

Для проведення електронної мікроскопії протягом 2008 року під час проведення аутопсії був проведений забір тканин міжреберних скелетних м'язів у 11 дітей, померлих від наслідків перинатального інфікування.

Секційний матеріал фіксували глутар-альдегідом на фосфатному буфері, ущільнювали в епоксидній смолі, напівтонкі зрізи і фарбували їх поліхромним барвником, виготовляли ультратонкі зрізи, контрастували їх уранілацетатом і проводили мікроскопічне до-

слідження за допомогою електронного мікроскопу МБР-100. Дослідження проводили на базі лабораторії електронної мікроскопії кафедри гістології, цитології та ембріології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія». Перед початком дослідження був отриманий дозвіл комісії з етичних питань та біоетики даного закладу.

Оцінювали форму і структуру органел міосимпласту і міосателітоциту, констатували наявність мітохондріальних субсарколемальних скупчень в міосимпласті, вакуолізацію міжфібрилярних проміжків. Кількість змін підраховували серед 100 об'єктів в полі зору [5].

Статистична обробка даних проводилась за допомогою методів описової статистики. Враховували абсолютні значення показників, кількість досліджень (n), обчислювали середнє арифметичне (M), помилку репрезентативності (m), медіану (Me), кuartильний розмах (50L, 50U). Використовували програмне забезпечення Statistica 6.0. [6].

Результати досліджень та їх обговорення

У померлих новонароджених виявлялись зміни характеристик як ядер міосателітоцитів, так і міосимпластів. В нормі ядра міосимпласту розташовуються біля внутрішнього шару сарколеми, мають чітку округлу форму з рівномірним хроматиновим забарвленням на периферії. Ядра міосателітоцитів також мають чітку округлу форму, світле забарвлення, займають більшу площу клітини, рівномірно відтісняючи цитоплазму з органелами на периферію [7, 8]. В досліджуваному матеріалі ядра міосимпластів приймали неправильні форми з нерівномірною електронною щільністю за рахунок дифузного відкладення хроматину. В середньому кількість таких ядер на 100 ядер в полях зору складала $42,63 \pm 3,42$ (Me=41,0; 50L=35,0; 50U=54,0; n=11). Такі зміни є свідченням порушення генетичного апарату клітини, зокрема – порушення процесу транскрипції [9].

Саркоплазма в нормі повинна мати рівномірну електронну щільність, більшу її частину мають займати міофібрили з чітко визначеною посмугованістю. В міосателітоцитах померлих новонароджених спостерігались не лише зміни форми клітини і її ядра, а й нерівномірну електронну щільність цитоплазми. Такі зміни реєструвались у померлих новонароджених в середньому в $52,09 \pm 3,05$ клітинах на 100 міосателітоцитів в полях зору і свідчили про порушення трансмембранного обміну [7, 8].

Мітохондрії скелетних м'язів в нормі рівномірно роз-

ташовуються проміж міофібрил, біля сарколеми, в цитоплазмі міосателітоцитів, є електронно-щільними структурами з пластинчастими кристами шириною 0,5-1 мкм. На відміну від цього у померлих новонароджених спостерігались порушення їх форми, розмірів, дезорганізація крист, яка проявлялась у вигляді просвітлення зображення мітохондрій, що є свідченням органічного і функціонального ураження цих органел [9, 10]. Серед померлих новонароджених такі зміни спостерігались 42,55±3,17 мітохондрії серед 100 цих органел в полях зору (Me=44,0; 50L=31,0; 50U=51,0; Σr=126,0; n=11).

В ряді випадків біля сарколеми спостерігались скупчення розширених і світлих мітохондрій. Подібна картина спостерігається при світловій мікроскопії за умови забарвлення матеріалу барвником Гоморі, дістала назву синдрому «рваних м'язових волокон» і вважається патомомонічною для мітохондріальних цитопатій [11]. Кількість таких скупчень була підрахована за вивченням 10 полів зору 10 зрізів одного гістологічного блоку. Виявлення субсарколемальних скупчень змінених мітохондрій серед померлих новонароджених в середньому складало 2,91±0,55 випадках (Me=3,0; 50L=1,0; 50U=4,0; n=11).

В ряді міосателітоцитів померлих новонароджених окрім описаних вище змін спостерігались порушення цілісності цитоплазматичної та ядерної мембрани, конденсація та вакуолізація цитоплазми, конденсація хроматину, фрагментація ядра. В середньому такі зміни були виявлені в 31,18±4,75 клітинах на 100 міосателітоцитів в полі зору (Me=25,0; 50L=21,0; 50U=36,0; n=11). В середньому у 9,27±1,15 випадків з 10 полів зору 10 зрізів одного гістологічного блоку була виявлена наявність вакуолізації міжфібрилярних проміжків (Me=9,0; 50L=7,0; 50U=12,0; n=11). Такі зміни можуть бути розцінені як морфологічні еквіваленти апоптозу [10].

Висновки

У новонароджених, померлих від наслідків перинатального інфікування, в тканині скелетних м'язів:

1. Порушується трансмембранний обмін, про що свідчать зміни форми клітин, конденсація цитоплазми і поява міжфібрилярних вакуолей;

2. Наявна мітохондріальна цитопатія у вигляді субсарколемальних скупчень змінених мітохондрій, дезорганізації їх крист і порушень форми;

3. Фіксуються зміни порушення цілісності клітинних мембрани, конденсація та вакуолізація цитоплазми, фрагментація ядра і конденсація хроматину, що може розцінюватись як морфологічний еквівалент апоптичних процесів і змін генетичного апарату клітин;

4. Вказані порушення слід вважати ланками формування СПОН у новонароджених із перинатальним інфікуванням.

Перспективи подальших досліджень

У даному напрямку полягають в розробці лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на корекцію вище наведених патогенетичних механізмів.

Література

1. Альтернативные компоненты коррекции микроциркуляторно-митохондриальной дисфункции у больных с тяжелым сепсисом и септическим шоком: Методические рекомендации / [Мосенцев Н.П., Усенко Л.В., Мальцева Л.А. и др.]. – Днепропетровск, 2008. – 32 с.
2. Поздняков О.М. Митохондриальные цитопатии / О.М. Поздняков, А.А. Бабакова, Б.М. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – №2. – С.64-69.
3. Brever E.D. Pediatric experience with intradialytic parenteral nutrition and supplemental tube feeding / E.D. Brever // American Journal of Kidneys Disease. – 1999. – V. 50, №1. – P. 205-207.
4. Клембовский А. И. Клиническая морфология в педиатрии / А. И. Клембовский, В.С. Сухоруков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2001. – №6. – С. 6–11.
5. Автандилов Г.Г. Проблемы патогенеза и патологоанатомической диагностики болезней в аспекте морфометрии / Автандилов Г.Г. – М.: Медицина, 1984. – 288 с.
6. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение прикладных программ STATISTICA / Реброва О.Ю. – М.: Медиасфера, 2002. – 312 с.
7. Гистология [5-е изд.] / [Афанасьев Ю.И., Юрина Н.А., Котовский Е.Ф. и др.]. – М.: Медицина, 2002. – 744 с.
8. Патология: Руководство / [Пальцева М.А., Паукова В.С., Улумбекова Э.Г. и др.]. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 960 с.
9. Egger G. Epigenetics in human disease and prospects for epigenetic therapy / G. Egger, G. Liang A., Aparicio [et al.]. // Nature. – 2004. – №429. – P.457-463.
10. Фільченко О.О. Апоптоз і рак: від теорії до практики / О.О. Фільченко, Р.С. Стойка. – Тернопіль: ТДМУ, 2006. – 524 с.
11. Иллариошкин С.Н. Алгоритм диагностики митохондриальных энцефаломиопатий / С.Н. Иллариошкин // Нервные болезни. – 2007. – №3. – С. 23-26.

Реферат

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЙ ПОИСК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗВЕНЬЕВ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У НОВОРОЖДЕННЫХ, УМЕРШИХ ОТ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ
Шкурупий Д.А..

Ключевые слова: новорожденные, синдром полиорганной недостаточности, скелетные мышцы, электронная микроскопия

Методом электронной микроскопии было проведено исследование аутопсического материала скелетных мышц 11 новорожденных, умерших с признаками синдрома полиорганной недостаточности от последствий перинатального инфицирования. Установлено наличие морфологических изменений в скелетных мышцах умерших новорожденных: изменения формы ядра, конденсація хроматина, изменение формы клеток, конденсація цитоплазмы, появление межфибрилярной вакуолизации, изменение формы, размеров и дезорганизация крист митохондрий. Имелись признаки апоптоза.

Summary

ULTRASTRUCTURAL SEARCH OF PATHOGENETIC LINKS INVOLVED INTO THE DEVELOPMENT OF MULTIPLE ORGAN FAILURE IN NEWBORNS WHO DIED OF PERINATAL INFECTION CONSEQUENCES
Shkurupiy D.A.

Key words: newborns, multiple organ failure, skeletal muscles, electronic microscopy.

The paper presents the results of electronic microscopy used to study skeletal muscles autopsy material taken from 11 newborns that died with the signs of multiple organ failure caused by perinatal infection. The morphological changes in the skeletal muscles of the newborns including the changing of nucleus shape, cytoplasm condensation, appearance of intrafibrillary vacuolation as well as the changing in form, sizes of mitochondrial cristae and their disorganization were found out. The signs of apoptosis were also registered