

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Грубник В.В., Ткаченко А.О., Калинчук С.В., Дюжев А.С., Усенюк С.А. Порівняльний аналіз ефективності лапароскопічної і відкритої холедохотомії при лікуванні хворих з патологією жовчних проток

6

Ковальчук О.Л. Сучасні підходи до хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби

10

Мільков Б.О., Білокий В.В., Греско М.М., Домбровський Д.Б. Лікувальна тактика при калькульозному холециститі

14

Ковальська І.О., Крючина Є.А., Цимбалук Р.С. Хірургічне лікування хворих на гострий біліарний панкреатит

17

Шапринський В.А., Ткаченко В.М., Ткаченко В.В. Лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом з застосуванням сучасних малоінвазивних технологій

21

Рижковський В.О. Дослідження електричної активності міокарда і фракції викиду при ретроградній панкреатохолангіографії у хворих із механічною жовтяницею непухлинного генезу та супровідною серцево-судинною патологією

24

Зюбрицький М.М., Арсенюк В.В., Бойко Д.І. Хірургічне лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої гострим біліарним панкреатитом

27

Кваша М.С. Особливості перифокальної зони і рецепторного статусу менингіом головного мозку

30

Кобза І.І., Ярка А.О., Кобза С.А., Глушук Р.В. Ранні ускладнення операцій на сонних артеріях

33

Караченцев Ю.І., Демченко О.М., Бондаренко В.О., Скорняков Є.І., Козаков О.В. Андрологічний статус та функція системи гіпофіз-статеві залози у чоловіків з варикоцеле та оперованих з приводу варикоцеле

35

Шеремета Р.З., Боржівський А.Ц., Журавчак А.З., Боржівський О.А. Ускладнення при виконанні черешкірної нефролітотрипсії хворим на коралоподібний нефролітіаз

38

Лусте А.О., Соколов В.Ю., Качмар В.Й. Хірургічне лікування закритих ушкоджень тонкої кишки

42

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

Hrubnyk V.V., Tkachenko A.O., Kalynchuk S.V., Diuzhev A.S., Usenok S.A. Comparative analysis of efficacy of laparoscopic and open choledochotomy at treatment of patients with pathology of biliary ducts

Kovalchuk O.L. Contemporary approaches to the surgical treatment of cholelithiasis

Milkov B.O., Bilooky V.V., Gresko M.M., Dombrovsky D.B. Treatment strategy in calculous cholecystitis

Kovalska I.A., Kruchina E.A., Tsimbaluk R.S. Surgical treatment of patients with acute biliary pancreatitis

Shaprinskiy V.A., Tkachenko V.M., Tkachenko V.V. Surgical treatment of cholelithiasis complicated by choledocholithiasis using modern mini-invasive technologies

Ryzhkovski V. O. Research of the myocard electrical activity and ejection fraction owing to endoscopic cholangiopancreatography at patients with cholestasis without tumoral cause and with concomitant cardiac-vascular pathology

Zyubrytskiy M.M., Arsenyuk V.V., Boyko D.I. Surgical treatment of cholelithiasis, complicated by acute biliary pancreatitis

Kvasha M.S. The peculiarities of the zone and receptor status of brain meningioma

Kobza I.I., Yarka A.O., Kobza S.A., Glushchuk R.V. Early complications of operations on carotid artery

Karachentsev J.I., Demchenko O.M., Bondarenko V.O., Skornjokov E.I., Kozakov O.V. Andrologic status and hypophysis-donads system function in men with varicocele and varicocelectomy

Sheremeta R.Z., Borzhievsky A. Ts., Zuravchak A.Z., Borzhievsky A.A. Complications of percutaneous nephrolithotripsy in staghorn nephrolithiasis

Luste A.O., Sokolov V.Y., Kachmar V.Y. Surgical treatment of closed damages of a small intestine

Сміян С.І., Мерецька І.В. Клініко-лабораторна оцінка ендогенної інтоксикації у хворих на анкілозуючий спондилоартрит

Федоришин Т.М., Зіменковський А.Б., Матвійчук Б.О. Стреспротективна дія глюкокортикоїдів на слизову оболонку шлунка при важкій поєднаній травмі: гіпотеза чи реальність?

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Комісаров С.І., Кузнєцов О.С., Ісакова Т.М., Антіпов А.М., Куріленко Я.В., Карасьов І.В. Експериментальне обґрунтування мініінвазивного хірургічного лікування фібриляції передсердь

Ужва В.П. Гостра післяопераційна геморагічно-некротична ентеропатія і кров'яний тиск у судинах підслизової оболонки кишки при кровотечі в експерименті

Кот О.Г., Гусак В.К., Андрієнко В.В., Мельниченко І.В. Вживання та структурно-метаболический статус реципієнтів в умовах використання різних шляхів венозного дренажу панкреатичного алотрансплантата

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Сусак Я.М., Ткаченко О.А., Потопальський А.І., Крючина Є.А. Лікувальна тактика у хворих на незапальні захворювання підшлункової залози, ускладнені жовтяницею

ПОВІДОМЛЕННЯ

Домбрович М.І., Галайчук І.Й., Угляр Ю.В., Бельма Л.Т. Метастазування меланоми в селезінку і молочні залози: чи можлива рання діагностика?

Семенюк Ю.С., Сидорук І.В., Федорук В.А., Потійко О.В., Кухарук М.М. Гостра кровотеча з флєбектазій тонкого кишечника

Сидорчук Р.І. Абдомінальний сепсис: класифікація

Гапонюк В.В. Алгоритми невідкладної абдомінальної динамічної діагностики при гострих захворюваннях органів черевної порожнини

Рецензія на навчальний посібник "Флегмони ший та їх хірургічне лікування". Автори: В.І. Десятерик, Ю.М. Кривицький, В.В. Шаповалюк, Дніпропетровська державна медична академія, кафедра хірургії, травматології та ортопедії

46

Smian S.I., Meretska I.V. Clinical Laboratory Evaluation of Endogenous Intoxication Syndrom Features in Patients Suffering from Ankylosing Spondylitis

49

Fedoryshyn T.M., Zimenkovsky A.B., Matviychuk B.O. Stressprotective effect of glucocorticoids on gastric mucosa in multiple trauma patients: hypothesis or reality?

52

Komissarov S.I., Kuznietsov O.S., Isakova T.M., Antipov A.M., Kurilienko Ya.V., Karasiov I.V. Experimental substantiation of mini-invasive surgical treatment of atrial fibrillation

55

Uzhva V.P. Acute Postoperative Hemorrhagic - Necrotising Enteropathy and Blood Pressure in Submucosal Intestinal Vessels During the Hemorrhage in the Experiment

60

Kot A.G., Gusak V.K., Andrienko V.V., Melnichenko I.V. Survival and structural-metabolic status of the recipients in conditions of use of different venous drainage ways of pancreatic graft

EXPERIENCE OF WORK'S

63

Susak Ya.M., Tkachenko A.A., Potopalsky A.I., Kruchina E.A. Approach of treatment of patients jaude complected of non-inflammatory diseases of the pancreas

66

Dombrovych M.I., Galaychuk I.Y., Uhlyar Y.V., Belma L.T. Metastasizing of melanoma into spleen and breast: is early diagnosis possible?

70

Semeniuk Yu.S., Sydoruk I.V., Fedoruk V.A., Potiyko O.V., Kukharuk M.M. Acute bleeding from phlebectasias of small bowel

72

Sydorchuk R.I. Abdominal sepsis: classification

76

Haponiuk V.V. Dynamic emergency diagnostics alorythms of acute diseases of abdominal cavity organs

79

витку від вікової норми. Яєчка пальпаторно та за даними УЗО не ідентифіковані. З пахвинного каналу до входу в калитку з обидвох сторін пальпаторно визначалися щільні, помірно рухомі тканинні тяжі. В доопераційний період їх прийнято за очеревинно-пахвинні відростки або залишки направляючих пахвинних тяжів Гунтера (Hunter). Цитогенетичне дослідження виявило 46 XY каріотип. Визначення рівня гормонів радіоімунологічним методом з використанням комерційних наборів зафіксувало: тестостерон – 0 нг/мл, лютеїнізуючий (ЛГ) – 0 МО/мл, фолікулостимулюючий гонадотропін (ФСГ) – 3 МО/мл. Дитині виконано лапароскопічну ревізію черевної порожнини. При ендоскопічному огляді черевної порожнини яєчок та структур парамезонефричної протоки не виявлено. Внутрішнє пахвинне кільце з обидвох сторін облітероване. Чітко віддиференціювати сім'яні судини та сім'явиносну протоку у черевній порожнині, а також на вході у внутрішнє пахвинне кільце не вдалося. Враховуючи доопераційні пальпаторні знахідки проведено ревізію пахвинних ділянок. Виявлено фіброзні тяжі, які йшли з недорозвинених пахвинних каналів у напрямку до калитки, і закінчувалися невеликими еліпсоїдними тканинними потовщеннями. Візуально визначити наявність судин та сім'явиносної протоки в фіброзних тяжях не було змоги. З метою верифікації діагнозу фіброзні тяжі з тканинними потовщеннями висічені для гістологічного дослідження, яке не виявило тканин яєчка та придатка. Усі наведені дані дали підставу для діагностуван-

ня анорхізму, а саме синдрому яєчок, які зникли під час ембріонального розвитку.

Висновки. Діагноз анорхізму необхідно встановлювати з надзвичайною обачністю, після ретельного та всебічного обстеження. Для синдрому яєчок, які зникли, характерно: будова зовнішніх статевих органів за чоловічим фенотипом, каріотип 46 XY, значно підвищений рівень гонадотропінів, особливо ФСГ, не визначається або різко знижений рівень тестостерону, яєчка не пальпуються та не виявляються при ревізії черевної порожнини і пахвинних ділянок, відсутні залишки дериватів парамезонефричної протоки, сліпе з'єднання рудиментарних чи різко гіпоплазованих елементів сім'яного канатика у вигляді фіброзних тяжів з тканинними потовщеннями на кінцях, гістологічно підтверджена відсутність тканин яєчка та придатка в фіброзних тяжях з тканинними потовщеннями. Верифікувати діагноз можна після повноцінної ревізії черевної порожнини та пахвинних ділянок. При цьому перевагу необхідно віддавати лапароскопічному втручанню. Лапароскопія зарекомендувала себе як прекрасний діагностичний метод при двобічній патології яєчок, які не пальпуються. Їй притаманні усі переваги малоінвазивних хірургічних технологій. При цьому діагностування двобічного анорхізму знімає питання широкої лапаротомної ревізії черевної порожнини, а виявлення абдомінальної форми крипторхізму дає змогу провести лапароскопічну орхіпексію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерохин А.П., Воложин С.И. Крипторхизм. –М.: ТОО "Люкс-арт", 1995. –344 с.
2. Сексология и андрология / под ред. А.Ф.Возианова, И.И.Горпинченко. –К.: Абрис, 1997. – 880 с.
3. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Атлас лапароскопических операций в урологии. –М.: Миклош, 2001. –125 с.
4. Cohen Z., Newman N., Kurzbart E. et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for non-palpable testis – 3,5 years of experience at Soroko Medical Center // Harefuah. –1999. –Vol. 136, № 2. – P. 111-113.
5. De Filippo R.E., Barthold J.S., Gonzalez R. The application of magnetic resonance imaging for the preoperative localization of nonpalpable testis in obese children: an alternative to laparoscopy

[comment] // Journal of Urology. –2000. –Vol. 164, № 1. –P. 154-155.

6. Nishizawa S., Suzuki K., Tachikawa N. et al. The vanishing testis: diagnosis and histological findings // Japanese Journal of Urology. – 2000. –Vol. 91, № 6. –P. 537-541.
7. Parra O.R., Boullier J.A. Urologic laparoscopic surgery. – New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 1976. – 231 p.
8. Poppas D.P., Wei J.T., Mingin G.C. The concealed laparoscopic orchidopexy // B.J.U. International. –2000. –Vol. 86, № 1. –P. 138-139.
9. Spires S.E., Woolums C.S., Pulito A.R., Spires S.M. Testicular regression syndrome: a clinical and pathologic study of 11 cases // Archives of Pathology & Laboratory Medicine. –2000. –Vol. 124, № 5. –P. 694-698.

УДК 616.37-002-089

Сучасні тенденції комплексного лікування хворих на деструктивний панкреатит на ранніх стадіях захворювання

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, Н.Д. ВОЛОШЕНКОВА, Г.Ю. МОШКОВСЬКИЙ, М.В. МІЩЕНКО

Інститут хірургії і трансплантології АМН України, Одеський державний медичний університет

MODERN TENDENCIES OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE PANCREATITIS AT EARLY STAGES OF DISEASE

M.YU. NYCHYTAILO, N.D. VOLOSHENKOVA, H.YU. MOSHKOVSKY, M.V. MISHCHENKO

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine, Odesa State medical University

Була проведена порівняльна оцінка результатів хірургічного лікування у 82 хворих на гострий деструктивний панкреатит при використанні традиційних методів хірургічного лікування і малоінвазивних технологій на ранніх стадіях захворювання (у фазі формування некрозу й асептичної секвестрації). Своєчасне застосування малоінвазивних хірургічних методів лікування в комплексному лікуванні хворих на гострий панкреатит викликає абортивний перебіг даного захворювання і, поряд з антибіотикотерапією, є базовим заходом щодо профілактики гнійно-септичних ускладнень.

The comparative estimation of outcomes of surgical treatment of 82 patients with acute destructive pancreatitis was conducted at usage of traditional methods of the surgical treatment and minimally invasive techniques at early stages of disease (in a phase of the necrosis development and aseptic sequestration). The opportune application of minimally invasive surgical methods of treatment in complex treatment of patients with acute pancreatitis calls abortive fluxion of sectional disease and alongside with an antibiotic therapy is base measure of prevention of purulent - septic complications.

Вступ. Як показує клінічний досвід, хворі на гострий панкреатит (ГП) складають щорічно 5-10 % від загального числа пацієнтів хірургічного профілю. Це захворювання посідає третє місце за поширеністю після апендициту і холециститу [1,2,5,8]. При цьому збільшується як абсолютне, так і відносне число пацієнтів з панкреонекрозом. У 15-20 % спостережень розвиток ГП носить деструктивний характер [3,5,6,14]. Про високі цифри летальності (від 30 до 70 %) при деструктивному панкреатиті повідомляють багато вітчизняних і зарубіжних авторів [4,7,11,12,13]. Актуальність проблеми зростає в зв'язку з помітним збільшенням числа хворих із деструктивними формами, відсутністю тенденції до стабілізації або зниження цього показника, збільшенням кількості пацієнтів молодого і середнього віку, що робить цю проблему гостро соціальною [9,10].

Сучасні аспекти діагностики та ефективного комплексного лікування панкреонекрозу викликають значний інтерес у хірургічної громадськості. Неоднозначний і часом суперечливий підхід до ви-

бору діагностичної, лікувальної і хірургічної тактики обумовлений рядом об'єктивних причин. Питання про час і обсяг оперативного втручання при панкреонекрозі залишається відкритим. Одним з перспективних напрямків у лікуванні деструктивних форм панкреатиту є встановлення раціонального співвідношення між традиційними лапаротомними операціями і різними варіантами малоінвазивних хірургічних втручань – пункційно-катетеризаційних і лапароскопічних, що останнім часом широко застосовуються для лікування панкреонекрозу не тільки на ранніх стадіях захворювання, але і при гнійно-септичних ускладненнях.

Вибір раціональних принципів лікування ГП з урахуванням особливостей його патофізіології і закономірностей перебігу захворювання може сприяти значному зниженню летальності і поліпшенню результатів лікування цієї тяжкої патології. Питанням визначення оптимальної лікувальної тактики при гострому деструктивному панкреатиті (ГДП) на основі порівняльної оцінки результатів традиційних методів хірургічного лікування і застосування ма-

лоїнвазивних технологій у хворих на ранніх стадіях захворювання (у фазі формування некрозу й асептичної секвестрації) присвячені ці дослідження.

Матеріали і методи. За період з 1996 по 2003 рр. прооперовані 82 хворих на ГДП на ранній стадії захворювання, що перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділеннях 1 і 2 МКЛ м. Одеси та у відділенні лапароскопічної хірургії і холелітіазу Інституту хірургії і трансплантології АМН України (м. Київ). Середній вік пацієнтів складав 43,8 року, тривалість захворювання – від 24 годин до 4 діб з моменту початку больового нападу. Серед них чоловіків було 51, жінок – 31. Етіологічна структура хворих на ГП представлена таким чином: алкогольно-аліментарний панкреатит – 42 хворих; біліарний панкреатит – 22 пацієнти; гастрогенний панкреатит – 15 хворих; травматичний панкреатит – 1 хворий. У 2 хворих етіологічний фактор не був встановлений. Деструктивний характер захворювання підтверджений даними УЗД, КТ, знахідками під час операції. Були сформовані три групи хворих на ГП за характером лікувальної тактики на ранніх стадіях

захворювання (до 4 діб від початку захворювання). Контрольна група №1, де застосовували традиційну тактику лапаротомії при неефективності консервативної терапії панкреонекрозу, появи ознак перитоніту – 31 хворий. Основні групи, у яких альтернативою ранніх оперативних втручань були малоінвазивні методи лікування: група № 2 – 24 пацієнти, яким у комплексну терапію була включена лікувально-діагностична лапароскопія; група № 3 – 27 хворих, яким виконувалися пункції під контролем УЗД. Всім хворим проводилось комплексне обстеження за стандартизованою схемою: клінічне, лабораторне, ультразвукове, ендоскопічне, рентгенологічне. Для оцінки ступеня тяжкості ГП на першу добу захворювання використовували систему прогностичних критеріїв, запропоновану А.Д. Толстим (1997 р.). З традиційних методів оцінки тяжкості ГП визначали індекс ендогенної інтоксикації ІЕІ (А.І. Шугаїв, 1988р.), лейкоцитарний індекс інтоксикації ЛІІ (Я.Я. Кальф-Каліфа, 1941р.), метод оцінки ферментної інтоксикації при ГП (А.Д. Толстой, 1997 р.). Розподіл хворих на ГП залежно від ступеня тяжкості на ранніх стадіях захворювання представлений в табл 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих на ГП залежно від ступеня тяжкості захворювання

Група	Ступінь тяжкості захворювання							
	легка		середня		тяжка		всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
№1	2	6,45	19	61,29	10	32,26	31	100
№2	2	8,33	15	62,5	7	29,17	24	100
№3	5	18,52	17	62,96	5	18,52	27	100
Разом	9	10,98	51	62,2	22	26,82	82	100

Обсяг та інтенсивність проведеної консервативної терапії безпосередньо був пов'язаний зі ступенем тяжкості перебігу захворювання. На першу добу захворювання хворих на тяжкий і середньотяжкий ГП об'єднували в одну групу і проводили комплекс лікувальних заходів, що відповідає саме хворим на тяжкий ГП. На кінець доби можна більш точно оцінити тяжкість захворювання і розділити цю групу на дві підгрупи: хворі на тяжкий і середньотяжкий панкреатит.

Результати досліджень та їх обговорення. Для визначення ефективності різних методів хірургічного лікування хворих на ГДП на ранніх стадіях захворювання були проаналізовані результати лікування 31 хворого, яким була проведена лапаротомія з "відкритим" методом дренивання заочеревинного простору і чепцевої сумки. У всіх хворих контрольної групи №1 розраховані терміни виконання першої операції від початку захворювання і від моменту прийняття в стаціонар (табл. 2).

Таблиця 2. Кількість хворих контрольної групи №1, яким лапаротомія була проведена в зазначений термін від початку захворювання (А) і від моменту прийняття в стаціонар

Час виконання лапаротомії	А		Б	
	Абс.	%	Абс.	%
До 24 годин	4	12,9	19	61,29
від 24 до 72 годин	14	45,17	5	16,13
4-9-та доба	7	22,58	4	12,9
10-18 доба	6	19,35	3	9,68
Разом	31	100	31	100

Терміни, показані в таблиці, співвіднесені з орієнтовними термінами фаз і періодів перебігу панкреонекрозу. Характер і обсяг оперативних втру-

чань, виконаних хворим контрольної групи №1 на ранніх стадіях захворювання, представлені в табл. 3.

Таблиця 3. Структура виконаних оперативних втручань у хворих контрольної групи № 1

Вид оперативного втручання	Кількість
Дренування черевної порожнини	31
Розкриття і дренування чепцевої сумки	30
Тампонування чепцевої сумки	30
Мобілізація підшлункової залози	2
Розкриття і дренування заочеревинного простору	30
Катетеризація круглої зв'язки печінки	2
Холецистостомія	12
Холецистектомія	12

Програмовані ревізії і санації чепцевої сумки виконувалися в 26 хворих від 4 до 7 разів. У 6-ти хворих ревізія і санація чепцевої сумки проводилась за вимогою, у зв'язку з виникненням арозивної кровотечі. У 26 хворих (83,9 %) цієї групи розвинулись гнійно-септичні ускладнення, пов'язані з "відкритими" методами дренування чепцевої сумки і заочеревинного клітковинного простору, а також досить тривалим післяопераційним парезом кишечника, що потребувало надалі кількаразових повторних втручань. Загальна летальність склала 38,6 %, причиною смерті найчастіше були панкреатогенний шок і поліорганна недостатність, а також гнійно-септичні ускладнення, пов'язані з мікробною контамінацією із зовнішнього середовища. У посівах, взятих при першій санаційній операції в хворих із гнійно-септичними ускладненнями, де виключена можливість контамінації з зовнішнього середовища, переважають типові представники кишкової флори: *Escherichia coli*, *Proteus vulgaris*, бактероїди. Мікробні асоціації зуст-

річаються вкрай рідко. При повторних операціях склад флори різко змінюється у бік переваги шкірних сапрофітів – *Staphylococcus aureus* і *Pseudomonas aeruginosa*, що зустрічаються в асоціаціях з іншими мікроорганізмами. У контрольній групі № 1 із самого початку зустрічаються мікробні асоціації, у яких домінують *Staphylococcus aureus* і *Pseudomonas aeruginosa*.

В зв'язку з цим, останнім часом поширюється впровадження малоінвазивних, в тому числі багатоетапних методик на основі нової хірургічної техніки. Для об'єктивізації порівнювальних результатів лікування основні групи № 2 і № 3 склали хворі, яким на ранніх стадіях захворювання застосовувалися тільки малоінвазивні втручання. Принципи такої тактики незаперечні, але при цьому необхідно враховувати реальні діагностичні і лікувальні можливості різних лікувальних установ. Характер і обсяг оперативних втручань, виконаних в основних групах № 2 і №3 представлені в табл. 4

Таблиця 4. Структура виконаних оперативних втручань у хворих основної групи №2

Вид оперативного втручання	Кількість
Діагностична лапароскопія	5
Комбінована лапароскопія	5
Катетеризація і блокада круглої зв'язки печінки	18
Дренування черевної порожнини (від 1 до 4 дренажів)	19
Структура виконаних оперативних втручань у хворих основної групи №3	
Лікувально-діагностичні пункції	52
Дренування під контролем УЗД	1

В основній групі № 2 загальна летальність склала 11,4 %, а в основній групі № 3 – 6,7 %, гнійно-септичні ускладнення в групах, де застосовувалися малоінвазивні втручання, виникли в 14,3 % хворих, середній ліжко-день склав 20,2 дня. Середній ліжко-день у контрольній групі № 1 склав 67,4 дня.

Висновок. Багатокомпонентність патогенетичних механізмів, розвитку ГП робить необхідним комплексний підхід в його терапії. Жодна методика, застосовувана окремо, на сьогодні не вирішує всіх завдань у лікуванні даного захворювання. Незважаючи на перевагу консервативної тактики

в останні десятиліття, оперативні втручання є важливою складовою частиною комплексної терапії ГП.

Основними причинами, що впливають на частоту розвитку гнійно-септичних ускладнень при ГП, є: значне ураження підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, тривалість експозиції ферментного випоту в черевній порожнині, чепцевій сумці і заочеревинній клітковині, тривалість парезу шлунково-кишкового тракту, мікробна контамінація ушкоджених тканин. Всі вони тісно пов'язані один з одним, а їх вираженість залежить від тактики лікування на ранніх стадіях захворювання. Результати терапевтичного впливу на дані ланки патогенезу – це зниження секреторної активності залози, забезпечення нормального відтоку секрету по протоковій системі, зниження агресивності ексудату та ефективна його евакуація.

Результати лікування в групі оперованих “відкритим” шляхом виявилися незадовільними, незважаючи на найкращі можливості санації. Основною причиною чого варто визнати високу травматичність “відкритих” операцій і збільшення ризику мікробної контамінації. “Відкриті” хірургічні методи лікування в цей період хвороби повинні бути максимально обмежені, оскільки на даному етапі ще немає чіткої демаркації некротизованих тканин від життєздатних. Спроба видалення ділянок некрозу або поділу інфільтрату і дренивання його з метою ліквідації джерела інтоксикації не ефективна, трав-

матична, супроводжується значною крововтратою, може сприяти прогресуванню панкреонекрозу за рахунок додаткового ушкодження підшлункової залози, не зменшує всмоктування токсичних продуктів розпаду тканин, але гарантовано веде до інфікування і розвитку гнійних ускладнень.

Неефективність консервативної терапії і наростання інтоксикації в цей період захворювання варто розглядати не як показання до операції, а як привід до посилення детоксикаційної терапії з більш наполегливим застосуванням активних методів. Хірургічні операції в цей період варто обмежити пункційними і лапароскопічними дренажними втручаннями з приводу гострих скупчень рідини в черевній порожнині, у заочеревинній клітковині й у чепцевій сумці, виявлених при УЗД і КТ.

Для адекватного хірургічного лікування хворих на панкреонекроз в арсеналі клінік на даний час повинні існувати всі основні сучасні хірургічні технології (лапароскопія, діапевтика, лапаротомні методи), що можуть з успіхом застосовуватися ізольовано і в поєднанні, не конкуруючи, а взаємно доповнюючи одна одну. Диференційований підхід до вибору методу хірургічного лікування панкреонекрозу сприяє значному поліпшенню результатів лікування і зниженню загальної та післяопераційної летальності. Своєчасне застосування малоінвазивних хірургічних методів лікування в комплексному лікуванні хворих з антибіотикотерапією, є базовим заходом щодо профілактики гнійно-септичних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

- Кулачек Ф.Г., Паляниця А.С., Карлійчук О.А., Івашук О.І. Гострий панкреатит // Клін. хірургія. – 2000. – № 5. – С.52-54.
- Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания: Учебное пособие / под ред. С.Ф. Багненко, Н.В. Рухляда, А.Д. Толстой, В.Р. Гольцова. – С.Пб., 2002. – 22 с.
- Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: Пособие для врачей / М.И. Прудков, А.М. Шулуток, Ф.В. Галимзянов, А.П. Левит, А.Д. Ковалевский, С.Ю. Алферов. – Екатеринбург, 2001. – 47с.
- Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Михайлусов С.В., Иманалиев М.Р., Ширяев А.В. Малоинвазивные методы лечения гнойных осложнений панкреонекроза // Анн. хирург. гепатологии. – 1998. – Т.3, № 1. – С. 41-46.
- Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: Стандарты диагностики и лечения (Проект) // Анн. хирург. гепатологии. – 2001. – Т.6, № 2. – С.115-122.
- Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита // Анн. хирург. гепатологии. – 1996. – Т.1, № 1. – С. 58-61.
- Толстой А.Д. Острый панкреатит: трудности, возможности, перспективы. // С.Пб., 1997. – 139 с.
- Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Цыденжанов Е.Ц. Острый панкреатит: Пособие для врачей / под ред. В.С. Савельева. – М., 2000. – 59 с.
- Шалимов А.А., Лифшиц Ю.З., Крыжевский В.В., Кожара С.П., Горшевикова Э.В., Земскова М.В., Горбачев С.Ю., Криворучко И.А. Модифицированная тактика лечения больных с некротическим панкреатитом // Клін. хірургія. – 1994. – № 11. – С. 3-6.
- Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. – К.: Наукова думка, 1990. – 270 с.
- Lankisch P.G., Burchard-Reckert S., Petersen M., Lehnick D., Schirren C., Kohler H., Stockmann F., Peiper H.J., Creutzfeldt W. Morbidity and mortality in 602 patients with acute pancreatitis seen between the years 1980-1994 // J. Gastroenterol. – 1996. – Vol.34, № 6. – P. 371-377.
- Neoptolemos J.P., Raraty M., Finch M., Sutton R. Acute pancreatitis: the substantial human and financial costs // Gut. – 1998. – Vol. 42, № 6. – P. 886-891.
- Takeda K., Matsuno S., Sunamura M., Kobari M. Surgical aspects and management of acute necrotizing pancreatitis: recent results of a cooperative national survey in Japan // Pancreas. – 1998. – Vol.16, № 3. – P. 316-322.
- Wajda Z., Gruca Z., Sledzinski Z., et al. Diagnostic and surgical procedures in acute necrotizing pancreatitis (ANP) // Mater. Med. Pol. – 1992. – Vol.24, № 3. – P. 190-192.

УДК: 616-002.951.21-072.1:615.849.19

Малоінвазивні методики лікування ехінококозу печінки, що ускладнений цистобіліарною норницею

В.В. ГРУБНИК, С.Г. ЧЕТВЕРІКОВ

Одеський державний медичний університет, обласна клінічна лікарня, обласний центр хірургічної паразитології

MINI-INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF LIVER ECHINOCOCCOSIS COMPLICATED BY CYSTOBILARY FISTULA

V.V. HRUBNIK, S.H. CHETVERIKOV

Odesa State Medical University, Regional Hospital, Regional Centre of Surgical Parasitology

Проаналізовано результати обстеження і лікування 217 хворих на ехінококоз печінки. Цистобіліарні норниці виявлені у 38 (17,5 %) хворих. Розроблено клініко-морфологічну класифікацію цистобіліарних норниць, яка дозволила оптимізувати тактику лікування цих хворих. У 43 хворих з успіхом використані лапароскопічні методики лікування ехінококозу печінки. При важкому перебігу цистобіліарних норниць показана двоетапна тактика із дренажуванням і санацією жовчних проток на першому етапі. Дрібні цистобіліарні норниці за умов адекватного дренажування залишкової порожнини закриваються самостійно. Пункційне дренажування паразитарних кіст протипоказане при наявності цистобіліарних норниць.

Results of examination and treatment of 217 patients with liver echinococcosis are analysed. Cystobiliary fistulas are revealed at 38 (17,5 %) patients. Clinico-morphological classification of cystobiliary fistulas which has allowed to optimize tactics of treatment of these patients is developed. In 43 patients laparoscopic techniques of treatment of liver echinococcosis was used successfully. In serious cases of cystobiliary fistulas, the tactics with initial drainage and sanitation of biliary tree is recommended. Small cystobiliary fistulas in conditions of adequate drainage of residual cavity close independently. Punction drainage of parasitic cysts is contra-indicated in cases with cystobiliary fistulas.

Вступ. Ехінококоз печінки є тяжким та розповсюдженим на півдні України захворюванням. Частота ускладнень ехінококозу печінки цистобіліарними норницями складає, за даними різних авторів, від 6 до 63 % [1, 2]. Це ускладнення суттєво погіршує результати лікування цих хворих, збільшує частоту післяопераційних ускладнень, термін лікування як у стаціонарі, так і у амбулаторних умовах, загальні витрати на лікування [1, 4].

Значні розбіжності у частоті виникнення цього ускладнення Б. Гоош [1] пояснює тим, що деякі автори враховують тільки великі норниці з формуванням повної фістули, інші – всі, у тому числі і дрібні. Вибір методики лікування у кожному випадку захворювання є індивідуальним і залежить від багатьох факторів. Нові перспективи у лікуванні ехінококозу печінки, що ускладнений цистобіліарною норницею відкриває використання нових малоінвазивних оперативних методик: лапароскопічної ехінококектомії та ендоскопічних маніпуляцій на жовчних шляхах [3].

Проблема малоінвазивного оперативного лікування ускладненого ехінококозу печінки є новою та невирішеною. Деякі досягнення у вирішенні цієї проблеми є у центрі абдомінальної ендоскопічної хірургії МОЗ Російської федерації (Москва, керівник – проф. Ємельянов С.І.), науковому центрі хірургії ім. академіка В.Вахідова МОЗ Республіки Узбекистан, Азербайжанському медичному університеті ім. Н.Н. Нариманова, Московській медичній академії ім. І.М. Сеченова, але принципи вибору методики малоінвазивного втручання є невизначеними, практично відсутня інформація про лапароскопічні методики лікування ускладненого ехінококозу печінки.

Матеріали і методи. Із 1998 року до сьогодні у регіональному Центрі хірургічної паразитології прооперовано 217 хворих на ехінококоз печінки. Поєднане ураження печінки і легень було у 22 хворих (10,1 %), дисемінований ехінококоз печінки і черевної порожнини – у 11 хворих (5,1 %).

Ураження правої частки печінки було у 126 хворих (58,1%), лівої частки – у 57 пацієнтів (26,3 %), правої і лівої – у 34 хворих (15,7 %). Одна паразитарна кіста була у 118 хворих (54,4 %), дві кісти – у 43 (19,8 %), три кісти – у 35 (16,1 %), чотири і більше кіст – у 21 пацієнта (9,7 %). Серед оперованих хворих було 105 чоловіків і 112 жінок у віці від 6 до 72 років. Середній вік пацієнтів – (32,3±6,8) роки.

До операції діагноз цистобіліарної нориці з проливом вмісту кісти у жовчні шляхи був встановлений у 7 хворих (3,2%). У цих хворих була клініка механічної жовтяниці із відповідним підвищенням рівня білірубіну, лужної фосфатази, розширенням діаметра загальної жовчної протоки, за даними УЗД. Їм до операції була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія, назобіліарне дренивання і наступна санація жовчовідвідних шляхів із використанням 10 % розчину NaCl тричі на день протягом 5 діб. У 12 хворих (5,5 %) механічна жовтяниця була зумовлена розташуванням паразитарної кісти у воротах печінки та здавленням ззовні загальної жовчної протоки.

Всім хворим виконували загальноклінічні обстеження, рентгенографію органів грудної клітки. Одним з найбільш інформативних методів обстеження при ехінококозі печінки є ультразвукове дослідження. Комп'ютерна томографія набагато дорожча і не має істотних переваг перед кваліфіковано виконаним УЗД, причому, крім визначення локалізації і розмірів кісти, необхідно враховувати цілий ряд ультрасонографічних ознак, за якими можна судити про фазу життєдіяльності паразита, стан стінки паразитарної кісти, її вміст, можливе сполучення із жовчними шляхами.

При виконанні оперативних втручань для гістологічного дослідження бралися ділянки стінки паразитарної кісти. Результати гістологічного дослідження порівнювалися з даними доопераційного ультрасонографічного дослідження, що дозволило ідентифікувати дані УЗД з морфологічними змінами в паразитарній кісті.

У 43 хворих (19,8 %) виконані лапароскопічні ехінококектомії, у 104 (47,9 %) – пункційне лікування паразитарних кіст та у 70 (32,3 %) – традиційні лапаротомні ехінококектомії. Показаннями до лапароскопічної ехінококектомії служили поверхнево розташовані паразитарні кісти по вісцеральній або діафрагмальній поверхні печінки, кісти лівої частки печінки. Пункційне лікування паразитарних кіст виконувалось при їх внутрішньопаренхімному розташуванні, переважно у I, VII, VIII сегментах, ді-

метрі до 5 см та при рецидивному ехінококозі печінки. В інших випадках ми використовували традиційні лапаротомні методики ехінококектомії печінки.

Лапароскопічні операції виконували під ендотрахеальним наркозом. Ми використовували розташування троакарів індивідуальне у кожному конкретному випадку залежно від локалізації та кількості паразитарних кіст. Пневмоперитонеум накладаємо голкою Вереша у навколопупкової ділянці. Перший 10-міліметровий троакар для лапароскопа вводимо у правій підреберній ділянці, на відстані 3-5 см у напрямку до середньої лінії від найбільш наближеної до черевної стінки ділянки кісти. Другий 10-12-міліметровий троакар вводимо на 3-5 см нижче кісти. Через нього проводимо видалення вмісту кісти за допомогою електровідсмоктувача, обробку залишкової порожнини та її дренивання. При наявності двох кіст вводимо додатково четвертий троакар залежно від їх локалізації. Таке розташування троакарів дозволяє видалити кісти майже всіх відділів печінки за умови їх поверхневого розташування.

Після візуалізації кісти в черевну порожнину вводили турунди, змочені 1 % розчином бетадину (повідон-йоду), якими обкладали зону навколо кісти, піддіафрагмальний або підпечінковий простір залежно від локалізації кісти. Наступним етапом була пункція кісти товстою голкою з повною аспірацією вмісту кісти вакуум-відсмоктувачем. Потім через цю ж голку вводили в залишкову порожнину 1 % розчин бетадину. Після експозиції в 5 хвилин знову робили повну аспірацію вмісту кісти. Обробку повторювали двічі. Стінку кісти в її найтоншому місці розкривали за допомогою електрокоагуляційних ножиць. Оболонки паразита видаляли з порожнини кісти за допомогою 10-12-міліметрового електровідсмоктувача зі скошеним робочим кінцем, який дозволяє фрагментувати хітинові оболонки і видалити їх частинами.

Важливим етапом лапароскопічної ехінококектомії є ревізія залишкової порожнини. Для цього в порожнину кісти вводили лапароскоп із скошеною оптикою, яка дозволяла обстежити практично всю поверхню кісти. Контролювалася повнота видалення хітинової оболонки паразита. При виявленні цистобіліарних нориць ми робили їхню коагуляцію за допомогою електродіатермокоагуляції або лазерної коагуляції волокном світловода в контактному режимі з використанням неодимового АІГ-лазера при вихідній потужності випромінювання 15-30 Вт і

експозиції 20-40 с. Стінки фіброзної капсули додатково обробляли 1 % розчином бетадину.

На наступному етапі ми виконували дренажу залишкової порожнини спеціальними поліхлорвініловими трубками з 5-8 боковими отворами на кінці. Дренували також піддіафрагмальний або підпечінковий простір залежно від локалізації кісти. Всі операції були виконані без переходу до лапаротомії.

Пацієнти досить легко переносили оперативне втручання. На другу добу вони починали ходити й приймати їжу. У разі неускладненого післяопераційного періоду пацієнти виписувалися з стаціонару на 2-3-тю добу з дренажем у залишковій порожнині. У всіх хворих в післяопераційний період протягом тижня ми проводили комплексну терапію з використанням антигельмінтних препаратів (мебендазол) з метою медикаментозного запобігання виникненню рецидивів ехінококозу.

Дренаж із залишкової порожнини видаляли на 8-25-ту добу після операції залежно від розмірів залишкової порожнини і після обов'язкового ультразвукового контролю або фістулографії.

Результати досліджень та їх обговорення.

Вивчення клінічної ультрасонографічної симптоматики та морфологічних даних дозволило розподілити всіх хворих з цистобіліарними норицями на 3 групи.

Перша група – хворі з тяжкою жовтяничною формою захворювання, яка спостерігається проривом вмісту кісти у великі часткові або позапечінкові жовчні протоки з їх обтурацією, розвитком механічної жовтяниці, гострого холангіту, печінкової недостатності, виразного больового синдрому. При патологоанатомічному дослідженні визначається стадія повної фістули або розриву стінки кісти в проекції великої жовчної протоки. При доопераційному УЗД визначається розширення загальної жовчної протоки, неоднорідний її вміст. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія або черезшкірна холангіографія дозволяє уточнити діагноз, а також виконати декомпресію жовчних шляхів та їх санацію.

Друга група – хворі із стертою клінічною симптоматикою, коли прорив кісти відбувається у невеликі за розміром сегментарні протоки, що не призводить до їх обтурації. Клінічно спостерігаються короточасні прояви механічної жовтяниці та больовий синдром. Під час операції ехінококова рідина забарвлена жовчю.

Третя група – хворі, у яких цистобіліарні нориці діагностуються тільки під час оперативного втручання після видалення ехінококової рідини та хітинової оболонки або в післяопераційний період. У цих хворих формується перицистобіліарна нориця, яка до порушення хітинової оболонки не функціонує. Ця нориця поступово формується під час росту паразитарної кісти і деструкції паренхіми печінки навколо неї. При морфологічному дослідженні в стінці фіброзної капсули спостерігається велика кількість розширених та стоншених дрібних жовчних проток, які можуть розриватися в залишкову порожнину після видалення паразита в післяопераційний період. В деяких випадках ці протоки пошкоджуються при протиранні стінок залишкової порожнини тупфером.

Цистобіліарну норицю діагностовано нами у 38 хворих (17,5 %). У першу групу потрапило 7 хворих, яким діагноз встановлено до операції. Їм проведено двоетапне лікування з проведенням на першому етапі ендоскопічної папілосфінктеротомії та санації жовчних шляхів. Один хворий був оперований лапароскопічно, останнім виконані лапаротомні ехінококектомії з санацією та зовнішнім дренажуванням жовчних шляхів за Кером.

До другої групи ми віднесли 10 хворих, у яких виконані одноетапні оперативні втручання: у 1 – лапароскопічні, у 9 – лапаротомні (4 – з дренажуванням загальної жовчної протоки за Кером).

Решта 21 хворий віднесені нами до 3-ї групи. Наявність дрібних цисто- або перицистобіліарних нориць за умови адекватного дренажування залишкової порожнини не є показанням до розширення обсягу оперативного втручання із виконанням ревізії та зовнішнього дренажування жовчних шляхів. 4 хворих були прооперовані лапароскопічно, 7 – лапаротомно.

У 10 хворих цистобіліарні нориці діагностовані при пункційному лікуванні паразитарних кіст. При цьому методі лікування ехінококозу печінки відсутній візуальний контроль за станом стінки паразитарної кісти та наявністю цистобіліарних нориць. Це призвело у 6 хворих із недіагностованими великими фістулами і неадекватним дренажуванням залишкової порожнини до розвитку жовчного перитоніту через наявність хітинових оболонок. Цим хворим виконано лапаротомію із ехінококектомією та зовнішнім дренажуванням загальної жовчної протоки. У 4 хворих нориці закрилися самостійно.

Лапароскопічне видалення ехінококових кіст печінки вдалося у всіх 43 пацієнтів. Середня три-

валість операції була $(41,1 \pm 7,4)$ хвилини (від 25 до 120 хвилин). У жодному випадку ми не перейшли до лапаротомії. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала $(3,5 \pm 1,12)$ доби (від 2 до 9 діб). Летальність була нульовою. У 6 пацієнтів (14,0 %) спостерігалось підтікання жовчі по дренажу із залишкової порожнини. У 5 хворих жовчовитікання припинилося самостійно на 2-3-тю добу після операції, а в 1 пацієнта була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія, після чого жовчна фістула закрилася і жовчовитікання припинилося. Нагноєння залишкової порожнини діагностовано у 3 хворих (7,0 %). Це ускладнення вимагало виконання пункції і дренивання кісти під контролем УЗД, після чого настало видужання. У 1 пацієнта спостерігалось нагноєння в ділянці троакарного проколу (2,3 %).

Всі пацієнти спостерігалися нами у середньому протягом 18 місяців після операції. Рецидив ехінококозу печінки діагностований в одного хворого (2,3 %). Це був хворий, оперований на початку освоєння нами цієї методики. Залишкова порожнина

після ехінококектомії в цьому випадку оброблялася розчинами антисептиків за звичайною методикою.

Висновок. Ехінококоз печінки, що ускладнений цистобіліарною норницею можна з успіхом лікувати із використанням малоінвазивних лапароскопічних та ендоскопічних методик. При тяжкому стані хворих із механічною жовтяницею та холестатичним гепатитом перевагу слід віддавати двоетапній тактиці із ендоскопічним дрениванням та санацією жовчних проток. Дрібні цистобіліарні норичі за умови адекватного дренивання залишкової порожнини не потребують додаткового дренивання жовчних проток та закриваються самостійно. Лапароскопічна ехінококектомія може з успіхом використовуватися в лікуванні ускладненого ехінококозу печінки при наявності у пацієнтів поверхнево розташованих паразитарних кіст. Пункція паразитарної кісти є протипоказаною при наявності у хворих цистобіліарних норичей з механічною жовтяницею.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гош Б. Сочетанный и осложненный эхинококкоз печени: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1988. – 325 с.
2. Хамидов М.А. Эхинококкоз печени, осложненный цистобилиарным свищом // Хирургия. – 2001. – №2. – С.60 - 62.
3. Tzias V., Psatha P., Stergiopoulos S., Lagoudakis M. Left hepatic

cutaneous fistula after right hepatic lobe hydatid cyst operation treated with nasobiliary tube // Gastrointestinal endoscopy. – 1999. – Vol.50, №5. – P.710 - 711.

4. Uluap K., Aydemir I., Senturk H. et al. Management of intrabiliary rupture of hydatid cysts of liver // World J. Surg. – 1995. – Vol.19, №5. – P.720 - 724.

УДК 616.37-002.4-036.11-089.819

Мініінвазивні технології в комплексному лікуванні рідинних колекторів при панкреонекрозі

В.В. БОЙКО, І.А. КРИВОРУЧКО, М.О. КЛЬОСОВА

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, Харків

MINI-INVASIVE TECHNOLOGIS IN COMPLEX TREATMENT OF FLUID COLLECTORS AT PANCREONECROSIS

V.V. BOYKO, I.A. KRYVORUCHKO, M.O. KLISOVA

Institute of General and Emergent Surgery of AMS of Ukraine, Kharkiv

Традиційна консервативна терапія і лапаротомні втручання у хворих на панкреонекроз з ендотоксичним шоком не дають обнадійливих результатів зниження летальності. У 35 хворих виконані комбіновані лапароскопічні втручання з обробкою і санацією парапанкреатичної клітковини, біліарною декомпресією в період прогресування ендотоксичного шоку і перитоніту з оцінкою за шкалою APACHE II. При необхідності втручання повторювали. Спостерігалось значне зниження показників інтоксикації вже після першої операції. При порівнянні з контрольною групою хворих (40 чоловік), де виконувалась лапаротомія, абдомінізація підшлункової залози, холецистостомія відмічено зменшення частоти ускладнень при панкреонекрозі на 10 %.

Traditional conservative treatment and laparotomies are not sufficient for decrease of mortality in patients with pancreatic necrosis and endotoxin shock. 35 patients underwent combined laparoscopic interventions with lavage of parapancreatic tissues and biliary decompression. APACHE II score was assessed in all patients. Repeated operations were performed on demand. Significant improvement in patient condition was found after 1st operation. In comparison with control group (40 patient that underwent open procedures) decrease of morbidity on 10 % was found in patients of laparoscopic group.

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) є однією з актуальних проблем сучасної хірургії, кількість хворих збільшується щорічно й у 2001-2002 рр. у Європі, згідно зі статистичними даними, відзначалося 20-70 випадків захворювання на 100 тис. населення [5, 7, 11, 14]. Незважаючи на успіхи сучасних експериментальних і клінічних досліджень, що стосується вивчення патофізіології захворювання, впровадження в практику нових хірургічних технологій і ефективних лікарських засобів, залишається висока летальність як при асептичному, так і при інфікованому панкреонекрозі, що досягає 80-100 % при розвитку системних ускладнень захворювання [5, 7, 8, 15, 19, 21, 25-27]. Впровадження і широке використання сучасних методів діагностики, а саме впровадження УЗД і КТ із контрастним посиленням зображення, звело до мінімуму відсоток діагностичних помилок при ГП [1, 2, 4, 9-12, 14, 26], і в даний час найбільші зусилля дослідників спрямовані на вивчення патофізіологічних механізмів розвитку місцевих і системних усклад-

нень захворювання [6, 27] з метою розробки патогенетично обґрунтованих методів лікування. Однак у даний час основною проблемою є своєчасна діагностика і лікування вторинної панкреатичної інфекції, тому що при її розвитку спостерігаються найбільш несприятливі результати лікування [19, 21, 23, 24]. Використання черезшкірної тонкоігольової пункції (ЧТІ) під контролем УЗД або КТ є "золотим стандартом" для підтвердження діагнозу вторинної панкреатичної інфекції (ВПІ) [14, 18, 19], але і клініко-лабораторні критерії, що використовуються (гіпертермія, лейкоцитоз, тахікардія, підвищення в сироватці крові рівня 3-реактивного білка, ІЛ-6 тощо) та націлюють лікаря виконувати ЧТІ для підтвердження діагнозу у хворих з важким ГП, є неспецифічними: ці ж клінічні ознаки, як правило, характерні і для хворих з великомасштабним асептичним панкреонекрозом [19, 22, 23]. Крім того, ЧТІ є інвазивною і малодоступною технологією і через необхідність спеціального дорогого устаткування її використання обмежене в більшості хво-

рих з ГП, у зв'язку з чим розробка прогностичних критеріїв розвитку ВП є актуальною [11, 12, 13].

Приблизно в 20-30 % хворих перебіг захворювання тяжкий через рано виникаючу ранню (токсичну) або пізню (септичну) поліорганну недостатність, зв'язану з реалізацією цитокінів, інтегринів, бактерій і їхніх токсинів та ін. факторів [16-18, 24, 26]. Питанням профілактики розвитку і лікування ВП у хворих з панкреонекрозом приділялося і приділяється велика увага, тому що саме її розвиток супроводжується розвитком септичної поліорганної недостатності в 40-70 % хворих, а летальність досягає 100 % при неефективному комплексному лікуванні [10, 13, 15, 22-25, 27]. Роль хірургічної операції при важкому ГП і в даний час залишається предметом дискусій [18, 21, 23]. Абсолютним показанням до оперативних втручань при важкому ГП є наявність панкреатичної інфекції [5, 10, 14, 20, 22]. Наступним показанням, на думку більшості авторів, служить біліарний генез ГП; при цій формі захворювання найбільш виправданим є використання ендоскопічних втручань у ранній період, до розвитку дифузних некротичних змін у підшлунковій залозі [5, 19]. Інші показання є дискутабельними, а найбільш часто згадується "неефективність інтенсивної терапії при стерильному панкреонекрозі", ускладненому формуванням рідинних колекторів. Критерії останнього чітко і досить точно не визначені, а результати операцій у таких випадках досить погані, післяопераційна летальність досягає 40-50 % [20, 27].

Матеріали і методи. У ході роботи проведений ретроспективний і проспективний аналіз захворюваності 47 хворих з великомасштабним панкреонекрозом, що знаходилися в клініці Інституту з 1996 по 2002 рр. (табл. 1). Усі хворі були розділені на 2 групи: перша – група порівняння (22 пацієнти) і друга – основна група (25 чоловік) з панкреонекрозом.

Діагноз верифікований на підставі стандартних клініко-лабораторних, інструментальних (ультразвукове сканування, ЕРХПГ, лапароскопія, комп'ютерна томографія) і інтраопераційних даних. Вага стану оцінювалася за шкалою Ranson (1974) і APACHE II (1985).

На етапі діагностики уточнювали тяжкість системних розладів, ступінь деструкції підшлункової залози (ПЗ) і стан рідинних колекторів: поширеність перитоніту, екстрапанкреатичні рідинні утворення, наявність заочеревинної флегмони, ступінь гіпертензії в жовчовидільних шляхах. Клінічні критерії у обстежуваних хворих представлені в таблиці 1.

В основній групі хворих з 16 чоловік після 24-48 годин комплексної дезінтоксикаційної терапії, зроблені відеолапароскопічні втручання, які включали санацію і дренивання черевної порожнини (15), холецистостомію катетером "pig tail" при наявності біліарної гіпертензії (7). Далі, під контролем, з мінілапаротомного доступу в епігастрії (airm assistant) виконувалося дренивання, вироблялося транслюмбальне відеоскопічне туннелювання і усунення некротичної клітковини, яка оброблена виго-

Таблиця 1. Клінічні критерії хворих на ГП

Ознака	Перша група (n=22)	Друга група (n=25)	P
Вік (медіана, ранг)	47,5 (16-78)	49,5 (23-76)	0,5
Критерії Ranson (медіана, ранг)	5 (3-6)	8 (4-10)	0,003
APACHE II, 24 година (медіана, ранг)	12 (3-18)	16 (7-27)	0,02
APACHE II, 48 година (медіана, ранг)	9 (1-15)	13,5 (3-18)	0,03
SIRS	22 (100 %)	25 (100 %)	0,5
Шок	4 (18,2 %)	5 (20 %)	0,1
MODS, у тому числі:	7 (31,8 %)	9 (36 %)	0,2
РДСВ	4	4	
дисфункція ССС	2	1	
дисфункція печінки і нирок	–	1	
дисфункція системи гемостазу	–	1	
дисфункція ЦНС	1	2	
Інотропна підтримка	8 (36,4 %)	9 (36 %)	0,1
Вентиляційна підтримка	7 (31,8 %)	9 (36 %)	0,5
Алкогольний ГП	15 (68,2 %)	17 (68 %)	0,8
Біліарний ГП	6 (27,3 %)	7 (28 %)	0,6
Ідіопатичний ГП	1 (4,5 %)	1 (4 %)	0,1

Примітка. $\chi^2=1,511$, $p=0,825$.

товленим розчином. Після операції здійснювались 1-2 програмувальні санації парапанкреатичних просторів із застосуванням гіперосмолярних антисептичних препаратів, що включали полівідон-йод і мірамістин. Ще в 4 хворих цієї групи було зроблено відеолапароскопічне дренування рідинних колекторів чепцевої сумки.

У групі порівняння (22 пацієнти) проводилася серединна лапаротомія, дренування черевної порожнини і чепцевої сумки, декомпресія парапанкреатичної клітковини, холецистостомія (16), доповнені холецистектомією і зовнішнім дренуванням гепатикохоледоха в 6 хворих. У подальшому у 12 (54,5 %) хворих виконано повторні операції з приводу розвиненої вторинної панкреатичної інфекції.

Результати досліджень та їх обговорення.

У хворих першої клінічної групи з асептичним великомасштабним некрозом ПЗ необхідність профілактики місцевих і системних ускладнень захворювання була пов'язана з раннім хірургічним лікуванням більшості хворих (98,5 %), що починається в перші години або дні з моменту захворювання, через: 1) діагностичну помилку (як правило, операції проводились в нічний час) – 5 хворих; 2) поєднання панкреонекрозу з деструктивним холециститом – 4 хворих; 3) неефективність консервативної терапії з наростанням поліорганної недостатності – 7 хворих; 4) біліарний генез захворювання, наростання явищ жовтяниці і відсутність можливості усунення її ендоскопічним шляхом – 6 хворих. Летальність у системно-токсичній фазі захворювання склала 31,8 %, вторинна панкреатична інфекція, що вимагає повторних операцій, виникла в 54,5 %, а летальність при повторних втручаннях – 41,7 %. Аналіз надання хірургічної допомоги у хворих першої клінічної групи свідчить, що з метою попередження розвитку ускладнень, а також скорочення масштабів і тривалості гнійно-некротичного процесу у хворих з панкреонекрозом варто уникати як вимушених операцій у ранній термін захворювання, так і прямих втручань на ПЗ, тому що всі ос-

новні типи оперативних втручань, використовуваних у цієї категорії хворих, створюють умови як для прогресування токсичної поліорганної недостатності, так і для розвитку вторинної панкреатичної інфекції (ВПІ) і септичної поліорганної недостатності. У хворих з дрібновогнищевою деструкцією необхідно уникати прямих втручань на ПЗ і заочеревинній клітковині, а паралельно проводити системну антибактеріальну і дезінтоксикаційну терапію, сприяти купіруванню запально-некротичного процесу у більшій частини хворих. При великомасштабному ураженні ПЗ і заочеревинної клітковини необхідне використання декомпресії парапанкреатичної клітковини, однак велика частина хворих вмирає в I фазі захворювання. Слід зазначити, що результати лікування трохи кращі, якщо операція виконується до появи поліорганної недостатності. Ще в значного числа пацієнтів виникає ВПІ, що вимагає значних зусиль при лікуванні цих хворих. Слід зазначити, що своєчасне (раннє) видалення дренажних трубок (як тільки припиняється відділення ексудату) сприяє профілактиці розвитку ВПІ у деяких хворих на фоні системного введення антимікробних препаратів і проведення комплексного консервативного лікування. При застосуванні малоінвазивних відеолапароскопічних втручань в основній групі хворих померло 5 хворих (20 %) у системно-токсичній фазі захворювання, ще в 6 (24 %) розвинулася ВПІ, що вимагало виконання операцій у програмувальному режимі (після операцій померло 2 хворих).

Висновок. Раннє застосування малотравматичних втручань, диференційного підходу до операцій залежно від тяжкості впливу панкреатиту дозволили поліпшити результати лікування і знизити летальність. У системно-токсичній фазі панкреонекрозу відеолапароскопічні втручання, проведені хворим у перші 2-3 доби, дозволяють ліквідувати рідинні колектори в ранній термін захворювання, знизити летальність і запобігти розвитку ВПІ у більшості хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Винник Ю.С., Миллер С.В., Черданцев Д.В., Первова О.В., Миллер М.С. Лапароскопические вмешательства при деструктивном панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии*. - 1999. - Т. 4, № 2. - С. 115.
2. Галимзянов Ф.В., Прудков М.И. Операции из минидоступа в хирургии гнойных осложнений панкреонекроза // *Эндоскоп. хир.* - 1999. - № 2. - С. 15.

3. Данилов В.М. Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2001. - Т. 6, № 1. - С. 125-130.
4. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Праздников Э.Н., Сендерович Е.И., Гололобов Ю.Н., Галлямов Э.А., Нуртдинов М.А. Лапароскопические вмешательства при остром деструктивном панкреатите // *Эндоскоп. хир.* - 1999. - № 1. - С. 6.

5. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит. Стандарты диагностики и лечения (Проект) // *Анналы хирургической гепатологии*. - 2001. - Т.6, № 2. - С. 115-122.
7. Толстой А.Д. Острый панкреатит: трудности, возможности, перспективы. - С.Пб.: Гиппократ, 1997. - 136 с.
8. Толстой А.Д., Красногоров В.Б., Гольцов В.Р., Двойнов В.Г. Концепция "обрыва" панкреонекроза - ключ к решению проблемы деструктивного панкреатита // *Вестн. хир.* - 2001. - № 6. - С. 26-30.
9. Толстой А.Д., Красногоров В.Б., Сопия Р.А. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит. - С.Пб.: Гиппократ, 1999. - 126 с.
10. Fargas G. Open abdomen in the treatment of necrosis in acute pancreatitis // *Or.vol.hetill.* - 1998. - Vol. 31. - P. 531-535.
11. Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection / D.W. Rattner, D.A. Legermate, M.J. Lee et al. // *Am. J. Surg.* - 1992. - Vol. 163, № 1. - P. 105-110.
12. Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy / S.T. Fan, E.C.S. Lai, F.P.T. Mox et al. // *N. Engl. J. Med.* - 1993. - Vol. 328, № 4. - P. 228-32.
13. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis / T.H. Baron, W.G. Thaggard, D.E. Morgan, R.J. Stanley // *Gastroenterology*. - 1996. - Vol. 111, № 7. - P. 755-764.
14. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocysts / M. Barthet, J. Sahel, C. Bodiou-Bertei, J.P. Bernard // *Gastrointest. Endosc.* - 1995. - Vol. 42, № 3. - P. 208-213.
15. Endoscopic ultrasonography diagnosis of pancreatic cystic disease / H. Maguchi, M. Osanai, N. Yanagawa et al. // *Endoscopy*. - 1998. - Vol. 30, Suppl. 1. - P. 108-110.
16. Escalante-Glorsky S., Youssef A.I., Chen Y.K. Torulopsis glabrata-infected pancreatic pseudocysts. Diagnosis and treatment // *J. Clin. Gastroenterol.* - 1995. - Vol. 21, № 3. - P. 230-232.
17. EUS-guided fine aspiration biopsy (FNA): indications and hazards / K. Yasuda, M. Uno, K. Tanaka, M. Nakajima // *Endoscopy*. - 1998. - Vol. 30, Suppl. 1. - P. 163-165.
18. Evaluation of laparoscopy and laparoscopic ultrasound in diagnosis and treatment of pancreatic lesions / P. Schachter, Y. Avni, A. Rosen, A. Czerniak // *Harefuah*. - 1999. - Vol. 137, № 12. - P. 593-597.
19. Fagniez P.L., Rotman N. Influence de la date de l'intervention chirurgicale sur le pronostic des pancreatites aiguës biliaires graves. Associations de recherche en chirurgie // *Chirurgie*. - 1998. - Bd. 123, № 4. - S. 368-372.
20. Ischemic necrotizing pancreatitis. Two case reports and review of the literature / G.H. Sakorafas, G.G. Tsiotos, T.C. Bower, M.G. Sarr // *Int. J. Pancreatol.* - 1998. - Vol. 24, № 2. - P. 117-121.
21. La sfincterotomia endoscopica nella pancreatite acuta biliare: complicanze / Gargiulo A., Barbaro F., Caserta G. et al. // *Ann. Ital. Chir.* - 1998. - Vol. 69, № 4. - P. 473-477.
22. Laparoscopic treatment of acute biliary pancreatitis / E.M. Targarona, C. Balague, J.J. Espert et al. // *Int. Surg.* - 1995. - Vol. 80, № 4. - P. 365-368.
23. Le Borgne J. Cystic tumours of the pancreas // *Br. J. Surg.* - 1998. - Vol. 85, № 5. - P. 577-579.
24. Lehman G.A. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts continues to evolve // *Gastrointest. Endosc.* - 1995. - Vol. 42, № 3. - P. 273-275.
25. Lo J., Tang S. CT of multiple subcapsular pseudocysts of the kidney complicating acute pancreatitis // *J. Comput. Assist. Tomogr.* - 1995. - Vol. 19, № 5. - P. 823-824.
26. Lymphoepithelial cyst in the pancreas: a case report and review of the literature / P.V. Anagnostopoulos, I.I. Pipinos, W.W. Rose, R. Elkus // *Dig. Surg.* - 2000. - Vol. 17, № 3. - P. 309-314.
27. Lymphoepithelial cyst of the pancreas / H. Kazumori, T. Sizuku, T. Ueki et al. // *J. Gastroenterol.* - 1997. - Vol. 32, № 5. - P. 700-703.

УДК 616.149-007.64-06 + 616.33-005.1 + 616.329-005.1

Ендоскопічна діагностика та лікування кровотеч із варикозно розширених вен стравоходу і шлунка

П.Д. ФОМІН, В.І. НІКІШАЄВ

Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги

ENDOSCOPICAL DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BLEEDINGS FROM ESOPHAGEAL AND STOMACH VARICES

P.D. FOMIN, V.I. NIKISHAEV

Kiev Municipal Clinical Emergency Hospital

Представлено аналіз результатів діагностики і лікування 1113 хворих з кровотечею із варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка. Відзначено, що при поєднанні ВРВ з іншими ураженнями (28,2 %) і другим джерелом (14,1 %) – діагностичні помилки при екстреній ендоскопії спостерігаються у 18,4 % і 26,3 % хворих, відповідно. Різні методи мініінвазивних ендоскопічних втручань проведені 195 пацієнтам. Серед них на висоті кровотечі – 117 хворим і при зупиненій кровотечі – 78. Показана висока ефективність при зупинці кровотеч кліпування, лігування і комбінації механічного гемостазу з інтравасальною склеротерапією (100 %), а в плані облітерації – комбінованої склеротерапії, комбінованої оклюзивної склеротерапії, комбінації механічного гемостазу з інтравасальною склеротерапією. Статистично достовірно ($p < 0,001$), що більш низька легальність відмічена після ендоскопічних втручань (13,3 %), ніж без них (42,9 %) або після операцій (58,6 %).

Results of endoscopic diagnostics and treatment of 1113 patients with bleeding esophageal and stomach varices were analyzed. It was established that in the patients with combinations of bleeding esophageal and stomach varices with others damages of upper gastrointestinal tract (28,2 %) or with the second cause of hemorrhage (14,1 %) diagnostic mistakes during the first emergency endoscopy were made in 18,4 % and 26,3 % accordingly. Different miniinvasive endoscopic methods of treatment at the bleeding esophageal and stomach varices were used in 195 patients with active bleeding (117) or with stopped (78) hemorrhage. High efficiency of endoscopic hemostasis was received after using clips, variceal ligation and after combination of mechanic hemostasis with intravessel sclerotherapy (100 %). Vein obliteration was observed frequently after combined, combined occlusive sclerotherapy and after combination of mechanic hemostasis with intravessel sclerotherapy. It was proved statistically ($p < 0,001$) that mortality after miniinvasive endoscopic procedures (13,3 %) was lower than without them (42,9 %) or after surgery (58,6 %).

Вступ. Лікування кровотеч із варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу і шлунка є особливо складним, так як воно в 5-6 разів частіше, ніж при виразковій хворобі, буває профузним, і при першій кровотечі вмирають від 25 до 84 % хворих [1, 6, 9]. Високий ризик рецидиву кровотечі (РК) і низька життєспроможність пацієнтів з кровотечами із ВРВ стравоходу і шлунка визначаються необхідністю вдосконалення лікувальної тактики при цій патології. Одним із перспективних напрямків є мініінвазивні ендоскопічні втручання (МЕВ) як на висоті кровотечі, так і для профілактики РК. Не дивлячись на виявлення переваги ендоскопічних методів лікування кровотеч із ВРВ стравоходу, до сьогоднішнього дня не вирішені питання, пов'язані

з МЕВ на ВРВ. В публікаціях зустрічаються суперечливі дані не тільки про ефективність лікувальних втручань, але і про діагностичні особливості кровоточивих ВРВ. Так, при езофагогастроуденоскопії (ЕГДС) кровотеча, що триває, виявлена від 19-27 % [7, 8], 34-40 % [5, 7] до 88,7 % [2], а кількість ускладнень при МЕВ відзначаються в 35-78 % випадків [10, 11].

Завданням нашого дослідження було вивчення особливостей ендоскопічної картини верхніх відділів шлунково-кишкового тракту при кровотечах із ВРВ стравоходу та шлунка, а також проведення порівняльної оцінки ефективності МЕВ на кровоточивих ВРВ стравоходу та шлунка з метою зупинки кровотечі та профілактики її рецидиву.

Матеріали і методи. Наведені результати обстежень 1113 хворих з кровотечею із ВРВ стравоходу та шлунка. Хворим виконували ендоскопічне дослідження апаратами "Olympus" (GIF-K, GIF-XQ-10, GIF-XQ-20) і "Fujinon" (W-88). При обстеженні хворих використовували загальноклінічні лабораторні методи. Ступінь тяжкості крововтрати визначали відповідно до класифікації В.Д. Братуся (1989). Для проведення МЕВ на ВРВ стравоходу та шлунка нами були застосовані: інтравазальна склеротерапія (36 пацієнтів – 1 група), паравазальна склеротерапія (12 пацієнтів – 2 група), комбінована (інтра- та паравазальна) склеротерапія (32 пацієнти – 3 група), комбінована оклюзивна [3] склеротерапія (33 пацієнти з ВРВ стравоходу та 19 із ВРВ стравоходу і шлунка – 4 група), ендоскопічне кліпування (15 пацієнтів – 5 група), ендоскопічне лігування (12 пацієнтів – 6 група) та комбінація механічного гемостазу (кліпування) та інтравазальної склеротерапії [4] (26 пацієнтів з ВРВ стравоходу, 4 з ВРВ стравоходу і шлунка і 6 з ВРВ шлунка – 7 група). При виконанні МЕВ в 7-й групі на висоті кровотечі під місцевою анестезією (18 хворих) проводилась зупинка кровотечі шляхом кліпування вен, а потім, протягом доби, під тотальною внутрішньовенною анестезією виконували другий етап – склеротерапію. Застосовані методи статистичної обробки шляхом порівняння середніх величин за критерієм χ^2 для визначення відповідності декількох емпіричних визначень.

Результати досліджень та їх обговорення. Вік хворих був від 16 до 80 років ($(52,5 \pm 2,46)$ року). Більшість хворих (66,5 %) були у віці до 60 років. Тривалість основного захворювання була в межах від 10 місяців до 12 років у 808 (72,6 %) хворих, а у 305 (27,4 %) хворих діагноз був встановлений у стаціонарі. Кровотечі в анамнезі мали 258 (23,2 %) пацієнтів. Спленомегалія виявлена у 354 (31,8 %), жовтуха – у 428 (38,5 %), асцит – у 395 (35,5 %) хворих. Помірний ступінь кровотечі був у 117 (10,5 %), середній – у 381 (34,2%) і тяжкий – у 615 (55,3 %) хворих. ЕГДС проведена 1081 (97,1 %) хворому, а у 32 (2,9 %) не проводилась в зв'язку з агональним станом хворих. У 822 (76 %) пацієнтів виявлені ВРВ стравоходу, у 239 (22,1 %) – стравоходу і шлунка, а у 20 (1,9 %) – ВРВ шлунка. В нижній третині стравоходу ВРВ знаходилось у 959 (90,4 %), а в нижній і середній третині – у 95 (9 %), і тотальне ураження стравоходу виявлено у 6 (0,6 %) пацієнтів. Крім ВРВ, які є джерелами кровотеч у 305 (28,2 %)

пацієнтів, були також виявлені інші ураження верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), а поєднання кровотечі з ВРВ з іншими джерелами геморагії виявлено у 14,1% хворих, при цьому у 1,7 % кровотеча була з обох джерел, 6,3 % – кровотеча з одного джерела і наявність стигмат на другому, і у 6,6 % стигмати були на обох джерелах. В даній групі хворих в 1,8 раза частіше спостерігався тяжкий ступінь кровотечі, ніж у хворих з кровотечею тільки із ВРВ. При першій ендоскопії обидва джерела були виявлені у 249 хворих (81,6 %) із 305 пацієнтів, які мали поєднання ВРВ з іншими ураженнями верхніх відділів ШКТ і у 112 (73,7 %) із 152 хворих, що мали ознаки кровотечі з двох джерел. Таким чином, діагностичні помилки у цих двох групах були, відповідно, у 56 (18,4 %) і 40 (26,3 %) пацієнтів. Основною причиною діагностичних помилок була неправильна методика проведення дослідження. "Червоні знаки" (червона смуга, вишнево-червоні плями, гематоцистні плями, телеангіоектазії) виявлені у 91,4 % хворих, а портальна гіпертензивна гастропатія у 46 %.

При виконанні МЕВ на висоті кровотечі гемостаз здійснений у 90 (88,2 %) із 102 пацієнтів з триваючими кровотечами із ВРВ стравоходу. При МЕВ на ВРВ шлунка спроби проведення інтравазальної склеротерапії у 5 хворих були невдалими. Їм успішно виконана комбінована оклюзивна склеротерапія. Останній спосіб був застосований у 19 пацієнтів, і тільки в 1 (5,3 %) випадку гемостаз не був досягнутий, хворому знадобилось встановлення зонда Блекмора. При комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією гемостаз у всіх випадках був ефективним.

Кожному із методів ендоскопічного втручання на венах притаманні ускладнення, частота котрих залежить від техніки його проведення. Всі ускладнення умовно ділили на "малі" та "великі". До "малих" віднесли гіпертермію (підвищення температури протягом 12-24 годин до $37,5-39^{\circ}\text{C}$), пневмонію, періодичні болі за грудниною, утворення ерозій і виразок, дисфагію, що тривала більше доби після втручання. Під "великими" ускладненнями розуміли рецидив кровотечі.

Після виконання МЕВ на ВРВ 139 "малих" ускладнень виникли у 50 хворих. Вони були відсутні після кліпування і достовірно рідше ($p < 0,05$) спостерігались після комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією (7,7 %), а також після комбінованої оклюзивної склеротерапії (12,1 %) в порівнянні з іншими методами (1 група – 38,9 %,

2 – 50 %, 3 – 37,5 %, 6 – 100 %). Достовірної різниці за частотою появи “малих” ускладнень між цими двома методами не було. Найбільш грізними із “малих” ускладнень було утворення виразок після склеротерапії та пневмонія. Утворення виразок після склеротерапії з інтравазальним введенням ми пов’язуємо з попаданням “жорстких” склерозантів паравазально. У всіх хворих з виразками відмічалась більш виражена і довготриваюча дисфагія, ніж у інших пацієнтів. При аналізі частоти виникнення виразок після склеротерапії з інтравазальним введенням (127 хворих) залежно від виду знеболювання виявилось, що при маніпуляціях під місцевою анестезією виразки утворились у 18 (25,7 %) із 70 хворих, а при втручанні під тотальною внутрішньовенною анестезією мідазоламом – тільки у 5 (8,8 %) із 57 ($p < 0,05$). Всього із 127 пацієнтів після склеротерапії з інтравазальним введенням виникло 116 ускладнень у 32 хворих. Після виконання її на висоті кровотечі (75 хворих) “малі” ускладнення – 79 (68,1 %) – з’явилися у 25 (33,3 % пацієнтів), а після виконання при зупинці кровотеч вони (37 ускладнень (31,9 %) у 7 (13,5 %) пацієнтів) достовірно були рідше ($p < 0,05$). Виразки спостерігались після виконання процедури на висоті кровотечі у 19 (25,3 %) хворих, що достовірно частіше ($p < 0,05$) ніж після виконання її при зупиненій кровотечі – 4 (7,7 %). Утворення виразок у двох хворих після паравазальної склеротерапії ми пов’язуємо з введенням великої кількості розчину в підслизовий шар.

При аналізі частоти виникнення пневмонії виявилось, що застосування балонного обтуратора, який одягається на дистальну частину ендоскопа, при проведенні інтравазальної склеротерапії, знижує частоту (28,6 %) виникнення пневмонії в порівнянні з інтравазальною склеротерапією без нього (45,5 %) і комбінованою склеротерапією (15,6 %). Однак ці відмінності статистично не достовірні ($p > 0,05$). Після комбінованої оклюзивної склеротерапії частота виникнення пневмонії була достовірно меншою в порівнянні з інтравазальною як з балонним обтуратором ($p < 0,05$), так і без нього ($p < 0,001$), а в порівнянні з комбінованою склеротерапією достовірної різниці не було. Після паравазальної склеротерапії, комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією, кліпування та лігування пневмонії не відмічалось.

“Великі” ускладнення після МЕВ на ВРВ стравоходу спостерігались у 25 (15,1 %), а на ВРВ шлунка – 1 (3,5 %) хворого. З “великих” ускладнень РК виникли після втручання на ВРВ стравоходу у 14

пацієнтів із виразок, що утворились після склеротерапії, у 6 – із вени, що не піддавалась втручанню, у 2 – внаслідок раннього сходження лігатур з вени і у 3 кровотеча розвинулась із слизової шлунка внаслідок важкої порталльної гастропатії. Кровотечі із виразок після склеротерапії виникли: в першій групі – у 5 (13,9 %); в другій – у 2 (16,7 %); в третій – у 4 (12,5 %) і в четвертій – у 3 (9,1 %) хворих. Із вен, що не піддавались ендоскопічному втручанню, кровотеча виявлена: в 1 групі – у 1 (2,8 %), в 2 – 2 (16,7 %), в 3 – 1 (3,1 %) і в 5 – 2 (13,3 %) хворих. Профілактикою цих ускладнень є точне і скрупульозне виконання МЕВ. Повторний ендоскопічний гемостаз у 14 хворих був ефективним, а у 12 досягти зупинки кровотечі не вдалось – їм проводилась медикаментозна терапія, включаючи введення зонда Блекмора.

Із 195 хворих з кровотечею із ВРВ стравоходу і шлунка, що лікувались із застосуванням МЕВ, померло 26 (13,3 %) чоловік. На фоні РК померло 12 (6,15 %) пацієнтів: в 1 групі – 3 (8,3 %), в 2 – 3 (16,7 %), в 3 – 3 (9,4 %), в 4 – 2 (6,1 %), в 5 – 1 (6,7 %) і в 6 – 1 (8,3 %) хворий. Останні 14 хворих померли від прогресуючої печінково-ниркової недостатності без ознак РК. Всього в 1 групі померло 6 (16,7 %), в 2 – 2 (16,7 %), в 3 – 6 (18,8 %), в 4 – 4 (12,1 %), в 5 – 3 (20 %), в 6 – 3 (25 %) і в 7 – 1 (3,9 %) пацієнтів. Один (16,7 %) хворий помер від печінково-ниркової недостатності в групі хворих з ВРВ шлунка, що розвинулась через два роки після комбінованої оклюзивної терапії. Достовірної різниці в летальності між групами не було.

При оцінці віддалених результатів лікування хворих (136) з ВРВ стравоходу, до восьми місяців з моменту виписки з стаціонару, достовірно ($p < 0,05$) кращі результати облітерації вен отримані після інтравазальної (83,3 %), комбінованої (88,5 %), комбінованої оклюзивної (96,6 %) склеротерапій та комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією (100 %) в порівнянні з кліпуванням (0 %), лігуванням (11,1 %) та паравазальною терапією (30 %). В дані строки 5 хворих (після кліпування – 3, після лігування – 2) були госпіталізовані з кровотечею з необлітерованих вен. Враховуючи високий ризик рецидиву кровотечі у хворих після кліпування, лігування та паравазальної склеротерапії ВРВ з необлітерованими венами, їм виконана профілактична комбінована склеротерапія. Після восьми місяців з моменту виписки із стаціонару обстежено 28 пацієнтів з ВРВ шлунка (23 – з ВРВ стравоходу і шлунка, 5 – з ізольованими ВРВ шлунка). Із

19 хворих після комбінованої оклюзивної терапії ВРВ стравоходу та шлунка облітерація вен відмічена у всіх пацієнтів тільки у стравоході. У 4 пацієнтів після комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією ВРВ стравоходу і шлунка виявлена їх облітерація як в стравоході, так і в шлунку. З 5 хворих з ВРВ шлунка після комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією у 1 (20 %) в зв'язку з великими розмірами варикозного вузла, досягти його облітерації не вдалось. Не дивлячись на відсутність вен в стравоході, у 22 (84,6 %) відмічались "червоні знаки" в стравоході у вигляді телеангіоектазій. При обстеженні через 12-18 місяців виявлено, що рецидив ВРВ стравоходу у вигляді окремих вузлів та вен I-II ступенів був у 3 (21,4 %) хворих після інтравазальної склеротерапії, у 4 (18,2 %) – після комбінованої склеротерапії, у 1 (5 %) – після комбінованої оклюзивної терапії і 1 (5 %) – після комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією. Всім цим хворим виконана інтравазальна склеротерапія в один сеанс. У вказані строки 2 хворих були госпіталізовані через швидку допомогу з кровотечею із необлітерованих вен (1) та із слизової шлунка (1). При обслідуванні 16 пацієнтів, що мали ВРВ шлунка (ВРВ стравоходу та шлунка – 11, ВРВ шлунка – 5), через 12-18 місяців після виписування із стаціонару після комбінованої оклюзивної терапії ВРВ стравоходу та шлунка (7 хворих) відмічена повна облітерація вен стравоходу та відсутність її в шлунку. У 4 пацієнтів після комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією ВРВ стравоходу та шлунка відмічена їх облітерація у 3, а у 1 з'явилося ВРВ стравоходу першого ступеня. Цьому хворому виконана інтравазальна склеротерапія. У хворих з ВРВ шлунка після комбінації механічного гемостазу з інтравазальною склеротерапією ендоскопічна картина відповідала результатам в строк до 8 місяців.

Накопичення досвіду МЕВ в лікуванні хворих з кровотечами із ВРВ стравоходу і шлунка, розробка нових способів лікування та профілактики ускладнень після втручань дозволили виробити алгоритм діагностики і лікування:

1. Ендоскопічна верифікація всіх джерел кровотеч.
2. Ендоскопічна зупинка кровотеч або профілактика РК з неварикозних джерел.
3. Зупинка кровотечі з ВРВ кліпуванням або за допомогою зонда Блекмора.
4. Виконання протягом доби під тотальною внутрішньовенною анестезією комбінованої оклю-

зивної склеротерапії або комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією з обов'язковою дією на всі венозні стовбури з метою досягнення повної облітерації варикозно розширених вен.

За весь період спостережень із 1113 хворих оперовані 29 (2,6 %), з них померло 17 (58,6 %). Із 195 хворих, що лікувались із застосуванням МЕВ померло 26 (13,3 %), а з 889, що лікувались консервативно, – 382 (42,9 %). Статистично достовірно ($p < 0,001$) більш низька летальність відмічена після МЕВ, ніж без них або після операцій.

Висновки.

1. Діагностичні помилки та неправильна методика проведення ендоскопічного дослідження у хворих з кровотечами з ВРВ стравоходу і наявністю другого джерела складають 26,3%.

2. Ендоскопічні методи гемостазу при кровотечах із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка мають високу ефективність і дозволяють досягти зупинки кровотечі у 88,2-100 % хворих.

3. Ендоскопічна склеротерапія з інтравазальним введенням склерозанту супроводжується утворенням виразок у 18,1 % хворих і пов'язана попаданням його не в вену, при цьому вони спостерігаються у 3,3 раза частіше при виконанні склеротерапії на висоті кровотечі (25,3 %), ніж на фоні зупиненої кровотечі (7,7 %), та в 2,9 раза частіше при виконанні під місцевою анестезією (25,7 %), ніж під тотальною внутрішньовенною анестезією (8,8 %).

4. Розвиток легеневих ускладнень при проведенні МЕВ хворим з кровотечами із ВРВ стравоходу та шлунка відмічається тільки після інтравазальної (38,9 %), комбінованої (15,6 %), комбінованої оклюзивної склеротерапій (6,1 %) і залежить від розповсюдження склерозанту по вені. Розроблений спосіб ендоскопічної склеротерапії, що включає комбінацію кліпування з інтравазальною склеротерапією, дозволяє повністю виключити легеневі ускладнення за рахунок створення депо склерозанту в місці його введення.

5. Рецидиви кровотеч в ранні строки після виконання мініінвазивних ендоскопічних методів лікування хворих з кровотечами із ВРВ стравоходу та шлунка спостерігаються у 15,1 % хворих: після інтравазальної – 16,7 %, паравазальної – 33,3 %, комбінованої 18,8 %, комбінованої оклюзивної – 9,1 %, кліпування – 13,3 %, лігування – 25 %, комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією – 3,8 % і в основному пов'язані з технічними помилками при виконанні втручань (введення

склерозанту паравазально, дія не на всі ВРВ, слабке зтягування лігатур).

6. Облітерація ВРВ стравоходу через 6-8 місяців досягається при застосуванні комбінації кліпування з інтравазальною склеротерапією в 100 %

хворих, комбінованої оклюзивної склеротерапії – в 96,6 %, комбінованої склеротерапії – в 88,5 %, інтравазальної склеротерапії – в 83,3 %, паравазальної склеротерапії – в 30 %, лігування – в 11,1 % і не відмічається після кліпування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – Киев: Здоровье, 1991. – 270с.
2. Зубарев П.Н., Котив Б.Н., Диденко В.М., Алентьев С.А., Хохлов А.В., Чалый Н.А. Дифференцированная тактика в лечении пищеводно-желудочных кровотечений при портальной гипертензии // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3, № 3. – С.145.
3. Патент № 46938 А. Україна, 7 А61В17/00. Спосіб ендоскопічного припинення кровотечі з варикозно розширених вен шлунка / Нікішаєв В.І., Фомін П.Д., Головін С.Г.; 99020736; Заявл. 9.02.1999; Опубл. 17.06.2002 // *Промислова власність. Офіційний бюлетень*. – 2002. – № 6, к.1. – С. 4-22.
4. Патент № 49387 А. Україна, 7 А61В17/00. Спосіб ендоскопічної склеротерапії при кровотечі із варикозно розширених вен стравоходу та шлунка / Нікішаєв В.І., Рошин Г.Г., Фомін П.Д., Головін С.Г., Музика С.В.; 2001118105; Заявл. 27.11.2001; Опубл. 16.09.2002 // *Промислова власність. Офіційний бюлетень*. – 2002. – № 9.
5. Burroughs A.K. Octreotide in variceal bleeding // *Gut*. – 1994. – Vol.35, Suppl 3. – S. 23 – 27.
6. Burroughs A.K., Planas R., Svoboda P. Optimizing emergency care of upper gastrointestinal bleeding in cirrhotic patients // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1998. – Vol.33, Suppl. 226. – P.14 – 24
7. Hartigan P.M., Gebhard R.L., Gregory P.B. Sclerotherapy for actively bleeding esophageal varices in male alcoholics with cirrhosis // *Gastrointest. Endosc.* – 1997. – Vol. 46, № 1. – P. 1 – 7.
8. Laine L., Stein C., Sharma V. Randomized comparison of ligation versus ligation plus sclerotherapy in patients with bleeding esophageal varices // *Gastroenterology*. – 1996. – Vol.110. – P.529 – 533.
9. Rikkers L.F. Surgical management of acute variceal hemorrhage // *Wld J Surg.* – 1994. – Vol.18. – P.193 – 199.
10. Schuman B.M., Beckman J.W., Tedesco F.J., Griffin J.W.Jr., Assad R.T. Complications of endoscopic injection sclerotherapy // *Am. J. Gastroenterol.* – 1987. – Vol. 82. – P. 823-830.
11. Zambelli A., Arcidiano P.G., Arcidiano R. et al. Complications of endoscopic variceal sclerotherapy (EVS): a multicenter study of 1192 patients // *Gastroenterology*. – 1993. – Vol.104. – P.1023.

УДК 616.329 – 005.1:616.14 – 007.64] – 072.1 – 71

Мінінвазивні ендovasкулярні операції при рецидивних кровотечах з варикозно розширених вен стравоходу

В.І. РУСИН, Є.С. БУЦКО, А.В. РУСИН, К.Є. РУМЯНЦЕВ, П.О. БОЛДІЖАР, В.В. КОВАЧ

Ужгородський національний університет

MINIINVASIVE ENDOVASCULAR OPERATIONS AT RECURRENT BLEEDINGS FROM VARICEALLY EXPANDED VEINS OF ESOPHAGUS

V.I. RUSYN, YE.S. BUTSKO, A.V. RUSYN, K.YE. RUMIANTSEV, P.O. BOLDIZHAR, V.V. KOVACH

Uzhhorod National University

Представлена робота присвячена дослідженню можливостей ендovasкулярної хірургії в зупинці рецидивних кровотеч із варикозно розширених вен стравоходу при цирозі печінки. До цього часу при лікуванні даної патології ідеальним вважався метод ендоскопічної склеротерапії, але відсоток рецидивів кровотеч при ньому є незадовільно високим. Багато років в медичній практиці використовується метод ендovasкулярної емболізації лівої шлункової вени як основної донорської судини по відношенню до варикозно розширених вен стравоходу, але черезшкірний черезпечінковий доступ до вени "всліпу" супроводжується серйозними ускладненнями, в зв'язку з чим не отримав розповсюдження. Авторами запропонована і детально описана методика ендovasкулярної емболізації лівої шлункової вени через інтралюсер, встановлений в гілку ворітної вени через мінілапаротомний доступ, з одночасною ендovasкулярною емболізацією лівої шлункової артерії. Метод успішно застосований у 3 пацієнтів з метою зупинки кровотечі.

The introduced study is dedicated to investigation of endovascular surgery capabilities in treatment of recurrent bleedings from variceally expanded veins of esophagus at liver cirrhosis. Until recently in treatment of that pathology the method of endoscopic sclerotherapy was considered, however percent of bleeding recurrences at its usage remains unsatisfactory high. A lot of years the method of endovascular embolisation of the left stomachal vein - as main donor vessel in relation to the variceally expanded veins of an esophagus, is used in medical practice, however the percutaneous, transhepatic access to a vein in almost "blindly" way is tracked by severe complications, that's why the method has not received propagation. The authors offered and described the method of application of the endovascular embolisation of left stomachal vein through introducer, put in a portal vein branch through minilaparotomic access, with simultaneous endovascular embolisation of the left stomachal artery. The method was successfully applied in 3 patients for a bleeding treatment.

Вступ. В сучасній невідкладній хірургії утвердилась думка, що малоінвазивний об'єм оперативних втручань, виконаних суворо за показаннями, найбільш благоприємно впливає на безпосередні результати лікування. Зменшення операційного ризику та скорочення часу операції також позитивно впливають на перебіг лікування та сприяють зниженню кількості післяопераційних ускладнень [1]. Для хворих з портальною гіпертензією (ПГ), що ускладнилась кровотечею з варикозно розширених вен (ВРВ) стравоходу, ідеальним малоінвазивним способом лікування є ендоскопічна склеротерапія (ЕС) або ендоскопічне кліпування, яке у більшості хворих сприяє зупинці кровотечі. В той же час, рецидив кровотечі після ЕС сягає майже 33 % [2]. Повторні сеанси ЕС у половини цих хворих сприя-

ють зупинці кровотечі, але приблизно у 10-15 % хворих ендоскопічним способом зупинити кровотечу не вдається [3].

Актуальність проблеми кровотеч з ВРВ стравоходу і шлунка зумовлена тим, що їх частота складає приблизно 10-12 % від кількості всіх шлунково-кишкових кровотеч, летальність при них сягає 24-50 % при першій кровотечі, зростаючи до 80-90 % при спробі зупинити кровотечу хірургічними порожнинними втручаннями [2, 3]. Такий стан справ зумовлює необхідність пошуку альтернативних як хірургічних способів лікування, так і малоінвазивних втручань. Зокрема, позитивні результати лікування відзначаються тільки після повної ерадикації варикозно розширених вен шляхом ендovasкулярної емболізації, методикою якої володіють далеко не у всіх

лікувальних закладах. Повної ж ерадикації при одноразовій ЕС досягти практично неможливо.

Спроби покращання результатів ендоскопічного і ендovasкулярного гемостазу залишають відкритим питання тактики і методики при кровотечах з ВРВ.

Матеріали і методи. В хірургічній клініці ОКЛ м. Ужгорода у трьох хворих з субкомпенсованим цирозом печінки в зв'язку з продовженням кровотечі з ВРВ стравоходу після дворазової невдалої ендоскопічної зупинки кровотечі за допомогою ендоскопа Pentax-EG-2430 та ін'єктора NM-ІК Fujinon S 2218 CD з використанням 1% полідоканолу по 8-15 мл на 1 сеанс склеротерапії виконана успішна одномоментна ендovasкулярна емболізація лівої шлункової артерії та вени.

Емболізація вказаних судин виконувалась на дигітальному ангиографі Philips Integris-2000, з використанням ангиографічних катетерів Balton та балон-катетерів власної конструкції.

Результати досліджень та їх обговорення. Для успішної емболізації лівої шлункової артерії і вени необхідна суперселективна катетеризація цих судин засобами доставки емболізуючого матеріалу.

Для суперселективної катетеризації лівої шлункової артерії застосовано перфорований балон-катетер, що не відокремлюється, із внутрішнім просвітом 0,5 мм, максимальним діаметром балона в роздутому стані – 2 мм, довжиною балона – 1,5 см. Особливості конструкції балона-катетера сприяють безперешкодному проходженню по всіх ділянках, навіть з вираженими стенозами, петлями і перегибами судин.

У нероздутому стані верхівка балона діаметром 1 мм, яка містить танталову мітку направляєтся за напрямком відходження судини, а саме лівої шлункової артерії, заноситься током крові в устя судини, згинаючись при потребі навіть під гострим кутом (рис. 1).

Після того, як 2/3 балона пройшли до судини, незначним роздуттям балона досягається подальше проходження балона-катетера до лівої шлункової артерії. Після здуття балона контраст виходить через перфорантні отвори, таким чином ми маємо можливість проведення етапної чи передемболізаційної суперселективної АГ. Навіть в частково роздутому стані балон випрямляється, і таким чином можна уникнути входження балона-катетера в не потрібні гілки артерії.

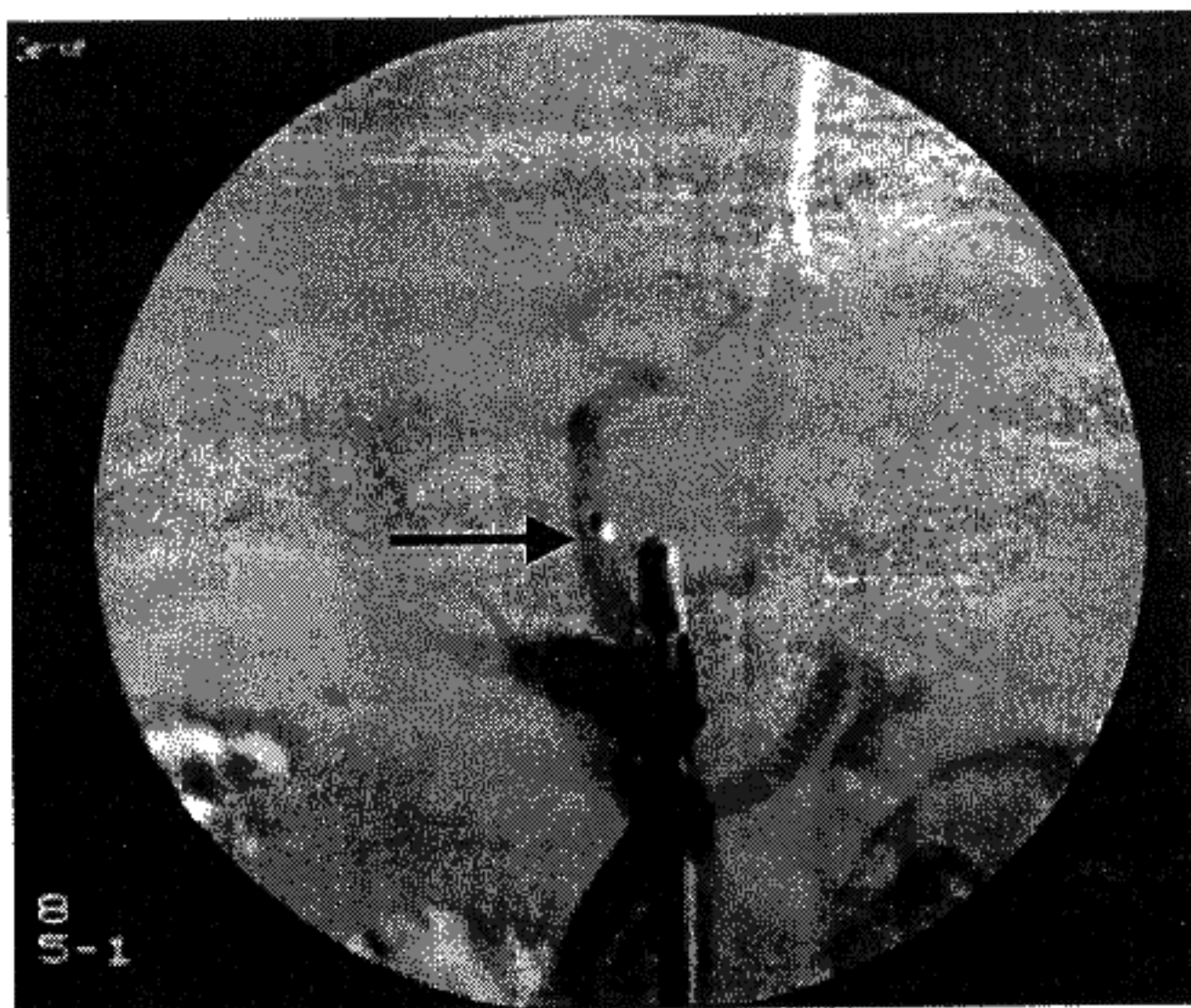


Рис. 1. Ангіографія черевного стовбура одночасно з суперселективною артеріографією лівої шлункової артерії (стрілкою вказана танталова мітка балона-катетера в лівій шлунковій артерії).

Для емболізації лівої шлункової артерії використовується трансфеморальний доступ, встановлюється інтрод'юсер 8F, через який проводиться спеціально сформований операційний катетер, який встановлюється у гирлі черевного стовбура. Балон-катетер проводиться в операційний катетер через У-подібну канюлю.

Після суперселективної АГ проводиться емболізація судини з необхідного рівня препаратом "Емболін". Залежно від особливостей ангиоархітектури лівої шлункової артерії (звичайний, ангиоматозний, з артеріо-венозним шунтуванням) емболізацію можна проводити в режимі роздутого або здутого балона.

У першому випадку кровотік дистальніше балона уповільнюється і формується ембол безпосередньо у просвіті шлункової артерії. В другому – сильним кровотоком емболізуюча маса заноситься дистально, заповнюючи і виключаючи артеріо-венозні шунти.

Наявність контрасту в емболізуючій масі значно полегшує візуальний контроль за ходом емболізації. Є можливість введення емболізуючої маси окремими порціями, проводячи при цьому після введення кожної порції контрольну суперселективну АГ. Для цього необхідно перед і після введення в балон-катетер контрасту промити його 0,5 мл диметилсульфоксиду.

Емболізація лівої шлункової вени має свої особливості. При проведенні її через інтрод'юсер, встановлений оперативним шляхом в гілці мезентераль-

ної вени, використовується балон-катетер спеціальної конструкції. Балон-катетер при роздутті згинається і, таким чином міняючи напрямок, проводиться у виток шлункової вени, потім, після часткового здуття, проводиться до необхідного рівня (рис. 2).

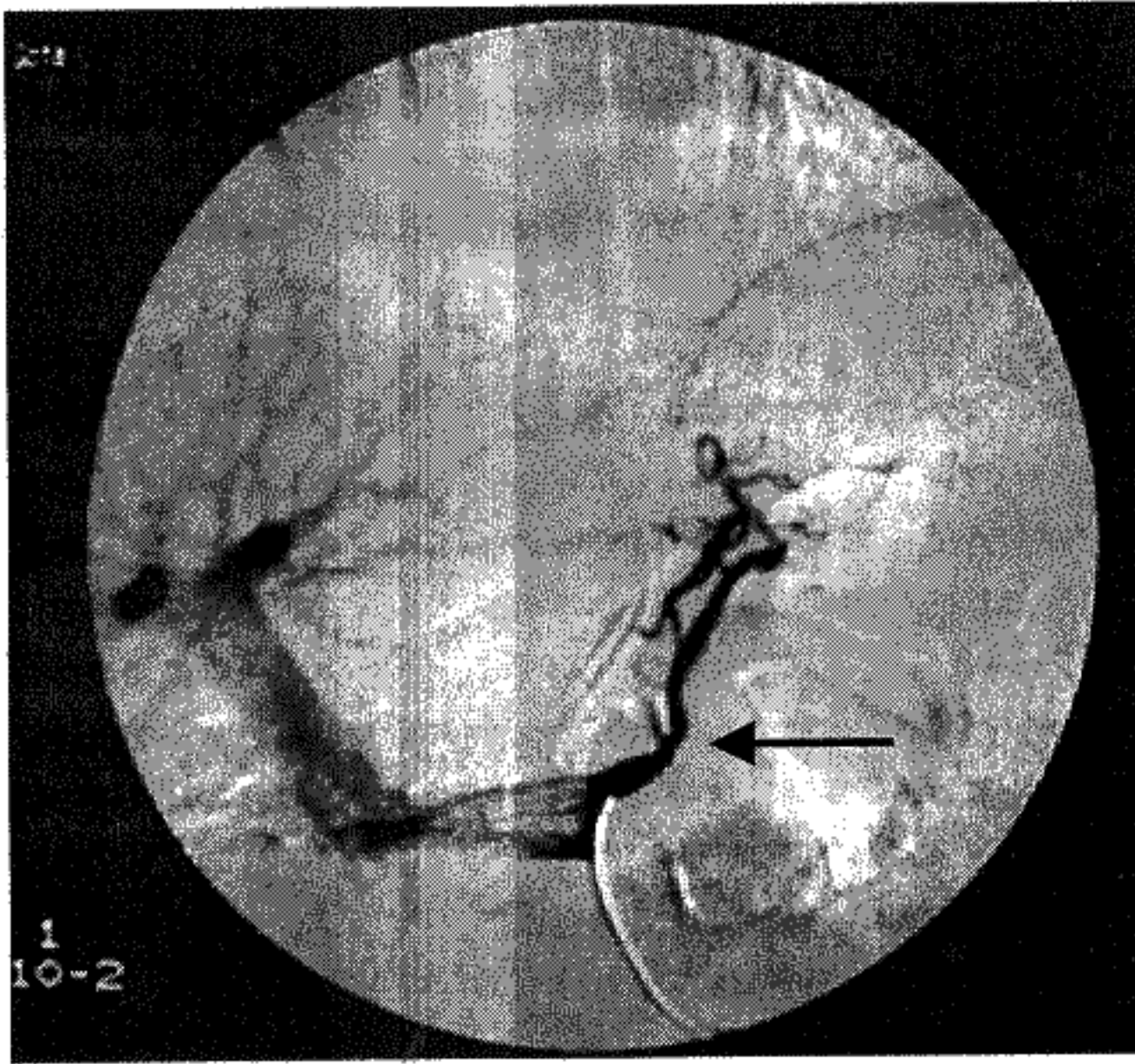


Рис. 2. Суперселективна флебографія лівої шлункової вени (стрілкою вказана ліва шлункова вена).

Проведенням суперселективних флебографій встановлюється зона передбаченого виключення. Емболізація проводиться при роздутому балоні, оскільки це, з одного боку, перешкоджає ретроградному ходу емболізуючої маси, а з іншого – сприяє попаданню тромбуючої маси у варикозні вузли, адже у цій ситуації емболізуючий матеріал заповнює їх зворотним током.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Криворучко І.А., Малоштан А.В. Миниінвазивні оперативні втручання в хірургії // Харківська хірургічна школа. - 2002. - № 3(4). - С. 5-9.
2. Русин В.І., Буцко Є.С., Шніцер Р.І., Болдіжар П.О. Ендоваскулярні методи корекції портального кровообігу // Практична медицина. - 2003. - Т.9, №1. - С. 23-25.

Ідея черезшкірної черезпечінкової емболізації лівої шлункової вени як основної донорської судини по відношенню до ВРВ стравоходу при ЦП використовується в окремих клініках вже більше 20 років, не набуваючи широкого розповсюдження, що, очевидно, пов'язано з можливими ускладненнями при черезшкірній пункції печінки та пошуком "всліпу" гілок ворітної вени.

В запропонованій нами методиці через мінілапаротомний розріз в *v. ileocolica* встановлюється інтрод'юсер, через який виконуються всі наступні маніпуляції. Одночасне блокування лівої шлункової артерії при цьому патогенетично обґрунтоване хоча б з причини "нема відтоку – нема притоку", що запобігає погіршенню мікроциркуляції в стінці шлунка.

Крім того, виключення лівої шлункової артерії сприятливо позначається на зменшенні проявів портальної гастропатії при ЦП.

По-третє, у випадку виразкового гастриту і кровотечі з ВРВ шлунка ця процедура також сприяє зупинці кровотечі.

Недостатня кількість спостережень не дає нам права стверджувати про явні переваги запропонованої методики одномоментної ендоваскулярної емболізації лівої шлункової вени та артерії у порівнянні з іншими малоінвазивними методами.

Але факт зупинки рецидивної кровотечі, яку не вдавалось зупинити декількома сеансами ЕС, вселяє певну надію на доцільність продовження досліджень в цьому напрямку.

Висновок. Одномоментна ендоваскулярна емболізація лівої шлункової артерії та вени сприяє зупинці рецидивних кровотеч з ВРВ стравоходу та шлунка у хворих на ЦП.

3. Фомін П.Д., Головін С.Г., Нікішаєв В.І. Особливості діагностичної та лікувальної ендоскопії у хворих з кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія "Медицина". - Ужгород, 2003. - Вип. 19. - С. 52-57.

УДК 616-089.87-08-095

Помилки і ускладнення при виконанні лапароскопічної холецистектомії та їх попередження

О.Л. КОВАЛЬЧУК

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

MISTAKES AND COMPLICATIONS DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AND THEIR PREVENTION

O.L. KOVALCHUK

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Проведено аналіз інтра- та післяопераційних ускладнень у хворих, які перенесли лапароскопічну холецистектомію з приводу гострого (154 випадки) і хронічного (492 випадки) калькульозного холециститу. Із 646 прооперованих відмітили 36 ускладнень ятрогенного походження (що склало 2,8% від загальної кількості спостережень), серед них інтраопераційні – у 21 пацієнта, ранні післяопераційні – у 6, пізні післяопераційні – у 9. Найбільш небезпечними інтраопераційними ускладненнями є пошкодження гепатикохоледоха – 1 випадок і профузна кровотеча з міхурової артерії та печінкових вен – 3, корекція котрих іноді вимагає переходу до лапаротомії. Такі післяопераційні ускладнення, як підтікання жовчі – 2 спостереження, капілярна кровотеча з троакарних ран – 3, посттравматичний панкреатит – 1, інфільтрати і абсцеси черевної порожнини – 1 та параумбілікальної рани – 6 можуть бути скореговані шляхом релaparоскопії чи консервативними заходами. Найнебезпечнішими ускладненнями віддаленого післяопераційного періоду є посттравматичні стриктури жовчовидільних шляхів і резидуальний холедохолітиаз – 1, оскільки їх лікування складне і тривале.

Analysis of intra- and postoperative complications in patients after laparoscopic cholecystectomy by the cause of acute (154 cases) and chronic (492 cases) calculous cholecystitis. Among 646 patients there were marked 36 complications of iatrogenic origin (2,8 % of the total amount): intraoperative – 21 patients, early postoperative – in 6, late postoperative – in 9 patients. The most dangerous intraoperative complications are injuries of hepaticocholedoch – 1 case and abundant hemorrhage from cystic duct and hepatic veins – 3. Their correction sometimes demands the application of laparotomy. Such postoperative complications as bile flowing out – 2 cases, capillary hemorrhage from trochar wounds – 3 posttraumatic pancreatitis – 1, infiltrates and abscesses of abdominal cavity – 1 and paraumbilicative wound – 6 can be corrected by means of relaparoscopy or conservative measures. The most dangerous complications of remote postoperative period are posttraumatic strictures of biliary ducts and residual choledocholithiasis – 1 because their treatment is difficult and durable.

Вступ. Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів, забезпечуючи радикальність оперативних втручань, водночас значно менш травматична в порівнянні з лапаротомією. Проте при лапароскопічній холецистектомії (ЛХЕ) іноді виникають такі ж ускладнення, як і при “відкритій” операції, хоча вони відрізняються за характером та частотою. Є і ряд специфічних, пов’язаних з впливом карбокси-перитонеуму та технологічними особливостями методики, ускладнень: підшкірна емфізема передньої черевної стінки, оментумпное, лігаментумпное, пошкодження діафрагми чи міжреберних судин діа-термогачком, електрооніки зовнішніх жовчовиділь-

них проток і очеревини, симптоми залишкового пневмоперитонеуму та ін.

У літературних даних відсутня чітка систематизація і єдиний підхід до оцінки причин та значущості ускладнень ЛХЕ, а відтак можливість їх профілактики і, при необхідності, почерговості їх корекції. Це утруднює роботу практичних хірургів, особливо на стадії освоєння методики. У зв’язку з цим, метою представленої роботи є поліпшення результатів лікування хворих на жовчнокам’яну хворобу (ЖКХ) шляхом ретельного вивчення, аналізу та класифікації ускладнень і врахування специфіки помилок, які зустрічаються при виконанні ЛХЕ.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз ускладнень у хворих, які перенесли ЛХЕ з приводу гострого (154 випадки) і хронічного (492 випадки) калькульозного холециститу (загалом проаналізовано 646 випадків). До- і інтраопераційне обстеження пацієнтів проводились за загальноприйнятою схемою, яка включала детальний збір анамнезу захворювання з уточнення наявності жовтяниці, аналіз клінічної картини, фізикальних обстежень та лабораторних даних. Зокрема, при дослідженні біохімічних показників сироватки крові – зростання рівня амілази, підвищення рівня білірубину, в основному за рахунок його прямої фракції, разом з гіперферментемією, в певній мірі свідчить про холестаза. А оцінка даних екстракорпоральної сонографії дозволяє, у більшості випадків, діагностувати наявність блоку зовнішніх жовчовидільних проток. При виявленні ознак біліарної гіпертензії, часто виникає потреба у проведенні додаткового обстеження хворого перед оперативним втручанням для встановлення рівня та причини блоку: трансдуоденального УЗД (з допомогою трансдуоденального сонографічного датчика); езофагогастродуоденоскопії (при підозрі на міхурово-шлункову чи кишкову норіцію або ж пенетрацію виразки); ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії; черезшкірної черезпечінкової холангіографії; ендоскопічної ретроградної фіброхолангіоскопії (бебіскопія). Як правило, трансдуоденальна сонографія є більш інформативною щодо стану дистального відділу холедоха, ніж екстракорпоральна сонографія. Контрастування гепатобіліарної зони в більшості випадків дає можливість виявити конкременти в зовнішніх жовчовидільних шляхах. Виконання ж бебіскопії є більш інформативним щодо стану гепатикохоледохіального дерева.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед усіх інтраопераційних ускладнень ЛХЕ найвагомішими є випадкове пошкодження зовнішніх жовчовидільних шляхів. При відкритій холецистектомії (ХЕ) частота цього ускладнення впродовж останніх десятиріч утримується на рівні 0,1- 0,2% [5]. За даними деяких авторів, таке ускладнення при використанні малоінвазивних технологій зустрічається значно частіше [6, 13]. На нашу думку, головними причинами більшості ускладнень є початкові стадії освоєння лапароскопічних методик, пов'язані, насамперед, із значною варіабельністю анатомічної будови жовчних проток і неадекватною оцінкою локалізації та тривалості деструктивних чи

запальних процесів, а відтак і відбір хворих для ЛХЕ.

Усі пошкодження зовнішніх жовчовидільних шляхів деякі автори поділяють на “великі” і “малі” [3,14]. До “великих” пошкоджень відносять повне відсічення чи повну оклюзію протоки або ж її пересікання чи стенозування більше ніж 50 % просвіту. До “малих” відносять пересікання чи оклюзію менше 50 % її діаметра, а також пошкодження ходів Люшка. Ці ускладнення можуть проявлятися у вигляді жовчної гіпертензії, витікання жовчі, а також поєднанням обох варіантів.

Головні фактори ризику пошкодження зовнішніх жовчовидільних шляхів.

1. “Небезпечна анатомія” (нечітка візуалізація гепатикохоледоха у зв'язку з вираженою жировою клітковиною у воротах печінки).

2. “Небезпечні патологічні дані” (утруднена тракція міхура у зв'язку з потовщенням чи ригідністю його стінок; виражені інфільтративні зміни в ділянці трикутника Кало, як результат тривалого (більше 72 год) нападу гострого холециститу; нечітка диференціація органів і тканин, зокрема міхурових протоки і артерії; підвищена кровоточивість тканин; широка і інфільтрована міхурова протока; конкремент протоки; збільшений і розміщений на міхуровій протоці і артерії лімфатичний вузол; атрофосклеротично змінений жовчний міхур; перивезикулярний запальний процес і зрошення; синдром Мірізі та ін.).

3. “Небезпечна хірургія” (невірна тракція; місцева жовчо- чи кровотеча; електрокоагуляційні пошкодження при виділенні з інтимних зрошень кишечника чи із запального інфільтрату гепатикохоледоха; технічно невірне проведення холангіографії і холангіотомії).

Нами розроблена класифікація ускладнень (табл. 1), що виникають при виконанні ЛХЕ, згідно з якою всі вони поділені на дві великі групи: соматогенні і ятрогенні. Перші виникають у пацієнтів із хронічними захворюваннями внутрішніх органів, як правило, в стадіях суб- і декомпенсації. Їх профілактика та лікування вимагає терапевтичних і анестезіологічних заходів. Хірурги, за зрозумілою причиною, більше уваги приділяють другій групі ускладнень, які умовно можна поділити на інтра- та екстраабдомінальні.

У свою чергу, усі ускладнення ми розділяємо на: 1) інтраопераційні; 2) ранні післяопераційні (ті, що виникають у першу добу п/о періоду); 3) пізні післяопераційні (розвиваються після першої доби п/о періоду). Також ускладнення, на нашу думку,

Таблиця 1. Класифікація ускладнень лапароскопічної холецистектомії

Ступінь значущості		Інтраопераційні	Ранні післяопераційні	Пізні післяопераційні
Соматогенні:	I ст.	Зупинка серця Аспірація шлункового вмісту	Гостра серцево-дихальна недостатність	Тромбоемболія легеневої артерії
	II ст.	Порушення зовнішнього дихання внаслідок зміщення інкубаційної трубки Гемодинамічні порушення Метаболічний ацидоз	Бронхообструктивний синдром Дизурія С/с недостатність Дихальна недостатність	Тривалий парез кишечника Інфільтрат параумбілікальної рани Панкреатит
	III ст.	Клінічна гіпотермія	Больовий френікус-синдром П/о нудота і блювання	Больовий синдром
Ятрогенні:	I ст.	Пошкодження чи лікування позапечінкових жовчних шляхів Профузна кровотеча з магістральних судин (артеріальна і венозна) Захоплення у шов п/о рани тонк. к-ка Пошкодження органів ч/п та крупних судин черевної порожнини (кишечник, шлунок, печінка та ін.) Пошкодження діафрагми Макрогазова емболія	Жовчний перитоніт (в результаті підтікання жовчі з ходів Люшка, недостатність кукси міх. протоки, пошкодження жовчних шляхів, після видалення біліарного дренажу) Кровотеча (з реканалізованої міхурової артерії, сальника) Обструкційна механічна жовтяниця	Резидуальний холедохолітиаз Підпечінковий або піддіафрагмальний абсцес Опіковий некроз стінки гепатикохоледоха Мікрогазова емболія
	II ст.	Кровотеча з гілок міхурової артерії Пошкодження судин передньої черевної стінки Кровотеча з торакальних ран Кровотеча з злук і великого сальника Захоплення у шов п/о рани сальника Перфорація стінки жовчного міхура Випадання конкрементів у черевну порожнину	Кровотеча з троакарних ран Інфільтрат черевної порожнини	Нагноєння параумбілікальної рани Післяопераційні грижі (параумбілікальні) Зовнішня жовчна нориця Нагноєна гематома чер. порожнини Посттравматичні стриктури зовн. жовчних проток Дуоденальна нориця
	III ст.	Емфізема круглої зв'язки Оментумпное Підшкірна емфізема Поранення брижі кишечника або великого сальника Субкапсулярна гематома печінки Поверхневі електроопіки печінки	Накопичення рідини під ложем жовчного міхура Залишковий пневмоперитонеум Підпечінкова гематома Підтікання жовчі з ложа	Гіпертемія

необхідно групувати з ступенями значущості: 1-й ступінь – це ті, що безпосередньо несуть загрозу для життя пацієнта і вимагають невідкладного хірургічного чи анестезіологічного втручання; 2-й ступінь – це ті, що не мають такої загрози для життя, але впливають як на хід власне операції, так і на перебіг післяопераційного періоду та віддалені результати, і вимагають послідовної адекватної корекції; 3-й ступінь – ускладнення, що не несуть із собою ніякої загрози для здоров'я пацієнта і не вимагають лікування (вони лиш можуть вплинути на тривалість операції і, дуже рідко, продовжити період перебування хворого у стаціонарі).

Загалом нами було відмічено 36 ускладнень

ятрогенного походження (табл. 2), серед них: інтраопераційні – 21 випадок, ранні післяопераційні – 6, пізні післяопераційні – 9. Найнебезпечнішими інтраопераційними ускладненнями були: пошкодження гепатикохоледоха – 1 випадок і профузна кровотеча з міхурової артерії та печінкових вен – 3 випадки, корекція котрих вимагала конверсії. У ранній післяопераційний період відмічали виникнення таких ускладнень, як незначне підтікання жовчі – 2 випадки та придренажна кровотеча з контрапертури (троакарної рани) – 3 випадки; а також таке небезпечне ускладнення, як жовчний перитоніт (в результаті недостатності кукси міхурової протоки) – 1. У пізній період спостерігали інфільтрацію та

Таблиця 2. Ятрогенні ускладнення

Ступінь значущості		Інтраопераційні	Ранні післяопераційні	Пізні післяопераційні
Соматогенні:	Іст.	гемодинамічні розлади – 8	плечолопатковий (френікус-синдром) – 14 серцево-судинна недостатність – 2	тривалий парез кишечника – 1 виражений больовий синдром – 1 тромбоемболія легеневої артерії – 1
	Шст.	клінічна гіпотермія – 2	- післяопераційний диспепсичний синдром – 17	- дизурія – 11
Ятрогенні:	Іст.	пошкодження гепатикохоледоха – 1 профузна кровотеча з міхурової артерії – 3	жовчний перитоніт (як наслідок недостатності кукси міхурової протоки) – 1	підпечінковий абсцес – 1
	Іст.	підочеревинна емфізема – 1	кровотеча з троакарної рани – 3 посттравматичний панкреатит – 1	резидуальний холедохолітиаз – 1 інфільтрація параумбілікальної рани – 5 абсцедування параумбілікальної рани – 1
	Шст.	поверхневі електроопіки печінки – 7 оментумпное – 3 лігаментумпное – 4 підшкірна емфізема – 2	підтікання жовчі – 2	синдром залишкового пневмоперитонеуму – 1

нагноєння параумбілікальної рани, що виникли в результаті її інфікування під час екстракції жовчного міхура з черевної порожнини, особливо при деструктивних формах гострого холециститу – 6 спостережень. Одним з небезпечних ускладнень віддаленого післяопераційного періоду, на нашу думку, є посттравматичні стриктури жовчовидільних шляхів і резидуальний холедохолітиаз – 1 випадок, абсцедування рідинних затікань у відлогих ділянках – 1 випадок, оскільки їх лікування складне тривале.

Частота інтраопераційних ускладнень лапароскопічної холецистектомії, за даними вітчизняних і зарубіжних авторів, варіює від 0,4 до 27% [4,15]. Така розбіжність пояснюється тим, що ряд ситуацій, котрі виникають під час операції, не завжди у повній мірі відповідають терміну “ускладнення” – це, зокрема, всі інтраопераційні ускладнення 3-го і деякі 2-го ступенів значущості. Окремі автори їх називають “відхиленнями” від стандартного ходу операції [12]. За нашими спостереженнями, частота виникнення цих ускладнень суттєво не відрізняється від “відкритої” ХЕ. Так, з усіх відмічених нами ускладнень I-II ступенів значущості склали: інтраопераційні – 31% (з них ятрогенні – 5,3%); ранні післяопераційні – 24,5% (ятрогенні – 5,3%); пізні післяопераційні – 13% (ятрогенні –

8,5%), що становить загалом 7% (ятрогенні – 2,8%) від 646 проаналізованих випадків. Хоча є ряд специфічних ускладнень, характерних тільки для ЛХЕ: френікус-синдром (плечолопатковий) – 14 випадків спостережень, оментумпное – 3, поверхневі електроопіки печінки – 7, лігаментумпное – 4, підшкірна емфізема – 2, підочеревинна емфізема – 1, синдром залишкового пневмоперитонеуму – 1. Як наслідок підвищення внутрішньочеревного тиску під час виконання лапароскопічного втручання, зростає ризик соматогенних ускладнень, зокрема це стосується груп хворих віком старших 60 років, коли компенсаторні можливості організму обмежені, і пацієнтів із субкомпенсованими супровідними патологіями серцево-судинної та дихальної систем.

Профілактика пошкоджень зовнішніх жовчовидільних шляхів.

Ми виділяємо до- та інтраопераційну профілактику ускладнень ЛХЕ.

Завданням доопераційної профілактики є ретельний відбір хворих для ЛХЕ із врахуванням усіх показань і протипоказань (особливо це стосується періоду освоєння методики).

Діагностична програма має вирішити наступні завдання:

1) оцінити вираженість запальних змін у стінці жовчного міхура і оточуючих його тканинах;

2) переконатись у прохідності позапечінкових жовчних шляхів (встановити, при можливості, причину і рівень оклюзії);

3) виявити або ж запідозрити наявність анатомічних аномалій із сторони позапечінкових жовчних шляхів;

4) визначити характер і ступінь вираженості супровідної патології.

Вірогідність технічних труднощів при виконанні ЛХЕ визначають такі сонографічні критерії:

а) товщина стінок ЖМ і гепатикохоледоха;

б) об'єм ЖМ;

в) наявність спайкового процесу в ділянці жовчного міхура (ЖМ);

г) ступінь виповнення конкрементами ЖМ;

д) розширення гепатикохоледоха.

Інтраопераційна профілактика ускладнень полягає у безумовному дотриманні головних принципів безпечного виконання ЛХЕ.

1. Виділення ЖМ слід починати з широкого U-подібного розрізу очеревини навколо шийки міхура.

2. При виділенні ЖМ із зрощень, необхідно відступати від порожнистих органів у бік ЖМ.

3. Рекомендується уникати виділення міхурових протоки та артерії ножицями.

4. При мобілізації елементів трикутника Калорухи маніпуляторів бажано здійснювати паралельно до трубчатих структур, у напрямку від холедоха до шийки, поєднуючи тупий та гострий способи виділення.

5. У випадках із напруженим ЖМ доцільно перед тракцією виконати його пункцію і аспірувати (відсмоктати) вміст.

6. Кліпування та пересікання міхурових протоки і артерії, слід виконувати тільки після їх чіткої візуалізації, а в сумнівних випадках виконується інтраопераційна холангіографія (шляхом прямого контрастування).

7. Коагулювати міхурову артерію можна лише після кліпування (враховуючи можливі варіанти її анатомії), а при розсипному типі кровопостачання ЖМ дрібні гілки можна пересікати після їх коагуляції на протязі.

8. При кліпуванні трубчатих структур бажана

візуалізація задньої бранші ендостеплера.

9. Повністю відсікти дно ЖМ від печінкового ложа можна лише після ретельної ревізії.

10. При вираженому запальному процесі, випоті, перивезикальних абсцесах, перфораціях ЖМ необхідно виконати лаваж ложа і під- та надпечінкового простору та задренувати черевну порожнину (не менше ніж двома поліхлорвініловими трубками).

11. Виконання операції при мінімально достатніх параметрах карбоксиперитонеуму (8-10 мм рт. ст.), а при зтяжному втручанні не рідше як щоп'ятнадцятихвилинна пневмодекомпресія (особливо у старечому віці).

У сумнівних випадках необхідно здійснювати інтраопераційну холангіографію або ж холангіоскопію з метою виявлення конкрементів і для точнішої орієнтації в анатомії жовчних ходів.

Профілактика післяопераційних ускладнень полягає у послідовному виконанні всіх етапів операції і у ретельному веденні раннього п/о періоду.

Висновки. 1. Головними факторами ризику інтраопераційних ускладнень при лапароскопічній холецистектомії є "небезпечна" анатомія, патологічні дані і хірургія.

2. Всі ускладнення лапароскопічної холецистектомії нами розділено за походженням – на соматогенні і ятрогенні; за часом виникнення – інтраопераційні, ранні і пізні післяопераційні; за ступенем значущості – I, II, III ст.

3. Вірогідність технічних труднощів при виконанні ЛХЕ можна спрогнозувати за фізичальними і клініко-анамнестичними критеріями та лабораторними даними.

4. Основою доопераційної профілактики ускладнень є ретельний відбір хворих для ЛХЕ із врахуванням усіх показань і протипоказань (особливо на етапі освоєння методики), а інтраопераційної – безумовне дотримання головних принципів безпечного виконання ЛХЕ.

5. Таким чином, вважаємо, що проведене нами ретельне вивчення, аналіз та класифікація ускладнень із врахуванням специфіки помилок, які зустрічаються при виконанні ЛХЕ, дає можливість покращити якість і результати оперативного лікування хворих на ЖКХ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.Н. и др. Уроки лапароскопической холецистэктомии // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 6-9.
2. Огородник П.В. Лапароскопическая холецистэктомия. Показания и способы завершения // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 10-13.
3. Фёдоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. -Москва. – 1998. – 351 с.
4. Вечерко В.Н., Ораховский В.И., Шаталов А.Д. и др. Профилактика осложнений при выполнении лапароскопической холецистэктомии // Клінічна хірургія. – 1995. – № 4. – С. 7-9.
5. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф. и др. Видеоскопические операции в хирургии и гинекологии. – К.: Здоров'я. – 2000. – 296 с.
6. Шорох Г.П., Завада Н.В. Ошибки и осложнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Эндоскоп. хирургія. – 1997. – № 2. – С. 15-19.
7. Ермолов А.С., Дасаев Н.А., Юрченко С.В., Дургарян Т.В., Рябых В.И. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии // Хирургія. – 2002. – № 4. – С. 4-10.
8. Кригер А.Г., Ржебаев К.Э., Воскресенский П.К., Суходулов А.М., Череватенко А. М. Опасности, ошибки осложнения при лапароскопических операциях на желчных путях // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т. 5. – № 1. – С. 90-97.
9. Павловський М.П., Попик М.П., Гавриш Я.І. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії. Аналіз власного досвіду // Шпитальна хірургія. – 2002. – № 1. – С. 83-86.
10. Шалимов А.А., Копчак В.М., Дронов А.И., Тодуров И.М., Хомяк И.В., Черный В.В., Сердюк В.П., Васильев О.В. Холецистэктомия минилапаротомным доступом. Ретроспективный анализ 10-летней работы // Клінічна хірургія. – 2001. – № 5. – С. 12-15.
11. Ярема И.В., Яковенко И.Ю., Карцев А. Г., Сергейко А.А. О профилактике ошибок и осложнений лапароскопической холецистэктомии // Вестник хирургии. – 1988. – Т. 175, № 1. – С. 53-59.
12. Егоров В.И., Цвилик С.М. Анализ послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскоп. хирургія. – 1997. – № 2. – С. 20 – 22.
13. Fujisaki S., Saitoh Y., Tomita R., Fukuzawa M. Laparoscopic extended cholecystectomy // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2001 Aug. –Vol. 11(4). – P. 219-222.
14. Graham D.R., Wichterman K.A. Toxic shock syndrome following laparoscopic cholecystectomy // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. – 2002. – Vol. 12, № 2. – P. 143-146.
15. Kum C.K., Goh P.M., Isaac J.P. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // Br. J. Surg. – 1994. – Vol. 81, № 11. – P. 1651-1654.

УДК 616.34-007.43-031:611.26-089-72-072.1

Лапароскопічні методи лікування хітальних гриж діафрагми

В.В. ГРУБНИК, О.М. ЗАГОРОДНЮК, О.В. ГРУБНИК

Одеська обласна клінічна лікарня, ОДМУ

LAPAROSCOPIC METHODS OF TREATMENT OF HIATAL HERNIAS OF DIAPHRAGM

V.V. HRUBNYK, O.M. ZAHORODNIUK, O.V. HRUBNYK

Odesa Regional Clinical hospital

Авторами прооперовано 178 хворих з приводу хітальних гриж діафрагми. Проаналізовано результати втручань. Виявлено, що лапароскопічні втручання мають високу клінічну ефективність та велику кількість переваг перед втручаннями, виконаними з лапаротомічного доступу.

The authors have operated 178 patients with hiatal hernia. Long-term results were analyzed. Basing on the results of the research it was shown that laparoscopic procedure was easier taken by the patients, is technically feasible and is superior to the traditional laparotomic by majority of criteria.

Вступ. За даними різних джерел, не менш 20 % дорослого населення страждає від хітальних гриж діафрагми [2,3,4]. Складність проблеми лікування і діагностики хітальних гриж діафрагми полягає в їхній високій поширеності, наявності як типових симптомів, що значно погіршують якість життя хворих, так і нетипових клінічних проявів, що утрудняють їхню діагностику, призводять до гіпердіагностики деяких хвороб, наприклад ІХС, погіршують перебіг бронхіальної астми, спричиняють важкі ускладнення (стриктури стравоходу, кровотечі з ерозій і виразок стравоходу, рефлюкс-езофагіт та ін.) [2,3]. Найбільш поширеною формою хітальних гриж діафрагми є різні форми гриж стравохідного отвору діафрагми (99,8 %). Дослідниками виявлені тісний взаємозв'язок і часте (не менше 70 %) поєднання хітальних гриж діафрагми з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою [1,2,4]. Радикальне лікування хітальних гриж можливо лише оперативним шляхом. Запропоновано більше 50 різних методик оперативного лікування з застосуванням торако- чи лапаротомії, однак усі вони супроводжуються високою травматичністю і високою частотою післяопераційних ускладнень. У провідних клініках Європи найбільш розповсюдженим лапароскопічним методом лікування хіталь-

них гриж діафрагми є крурорафія з розширенням обсягу втручання за рахунок фундоплікації в різних модифікаціях у разі наявності супровідної гастроезофагеальної рефлюксної хвороби. У нашій клініці ми почали виконувати дані втручання лапароскопічно з 1996 року.

Дотепер в Україні практично не застосовуються лапароскопічні втручання для лікування хітальних гриж діафрагми. Метою нашого дослідження є вивчення можливостей лапароскопічного методу в оперативному лікуванні хітальних гриж діафрагми.

Матеріали і методи. З 1996 по 2003 рр. нами були оперовані з приводу хітальних гриж діафрагми 178 хворих. З них 146 чоловік оперовані лапароскопічно, а в 32 хворих операція виконувалася з лапаротомного доступу. Вік хворих коливався від 16 до 67 років і в середньому склав $48,5 \pm 7,2$. Серед обстежуваних було 82 чоловіків і 96 жінок. Анамнез захворювання складав від 2 до 15 років. Основними скаргами були болі та дискомфорт за грудниною після їжі, печії, відрижка, болі в епігастрії. 56 хворих тривалий час безрезультатно одержували консервативну терапію у відділеннях кардіологічного профілю через гіпердіагностику ІХС. Усім пацієнтам виконувалися загальноклінічні

методи дослідження, ФЕГДС із біопсією слизової стравоходу, рН-метрія і манометрія стравоходу, рентгеноконтрастне дослідження шлунка в положенні Тренделенбурга. За даними ФЕГДС і рентгендослідження, в 36 (18,7 %) випадках встановлена ковзна грижа стравохідного отвору діафрагми I ступеня, у 63 (35,3 %) – II ступеня, у 39 (21,9 %) – III ступеня, а в 40 (22,4 %) хворих діагностована параезофагеальна грижа стравохідного отвору діафрагми. У 43 (24,1 %) пацієнтів грижі були ускладнені: шлунково-кишковою кровотечею – в 35 (81,3 %) випадках, защемленням грижі – у 8 (18,7%) випадках. У результаті манометрії і рН-метрії стравоходу в 26 (14,6 %) пацієнтів виявлені порушення моторної функції стравоходу різного ступеня. У більшості хворих (150-84,3 %) грижа сполучалася з гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою різного ступеня тяжкості. У 11 (6,1 %) обстежуваних був виявлений стравохід Баррета, підтверджений даними біопсії слизової стравоходу. 6 пацієнтів без супровідної гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби були оперовані лапаротомним доступом, а 11 – лапароскопічно. Серед інших супровідних захворювань виявлені: захворювання серцево-судинної системи в 86 (48,3 %) хворих, ЖКХ – у 21 (11,8 %), бронхіальна астма – в 18 (10,1 %) обстежуваних. За віковим складом, тривалістю анамнезу захворювання, наявністю супровідних захворювань група хворих, оперованих лапароскопічно (146 чол.), та група, у якій втручання виконувалися з лапаротомного доступу (“відкрита” фундоплікація), практично не відрізнялися.

При виконанні “відкритих” втручань усім 32 хворим виконувалася фундоплікація за Ніссеном із широкою мобілізацією фундальної частини шлунка і пересіканням коротких судин шлунка без ушивання ніжок діафрагми. У всіх хворих для формування манжетки ми зшивали фундальну частину шлунка, проведену за стравоходом 3-4 вузловими швами. У всіх хворих обов’язково перевірялася прохідність стравоходу. Розмір сформованої манжетки при виконанні “відкритих” операцій коливався від 3 до 4 сантиметрів.

При виконанні лапароскопічної операції в 19 хворих ми застосовували стандартну методику з введенням 5 троакарів. В інших 127 хворих втручання виконувалося за удосконаленою нами методикою з введенням 4 троакарів. Троакар для введення лапароскопа ми вводили не над пупком, як передбачено стандартною методикою, а в лівому підбер’ї за середньоключичною лінією, інші троакари

вводилися так, як передбачено стандартним методом. При застосуванні даного варіанта значно краще візуалізується абдомінальний відділ стравоходу й ділянка кардії і немає необхідності у введенні п’ятого троакара. Пневмоперитонеум накладався нами до рівня 13-14 мм рт.ст., у 12 хворих з вираженою супровідною кардіальною патологією – до 10-12 мм рт.ст.

Усім хворим (146) було виконане ушивання ніжок діафрагми. У 12 хворих (8,2 %) через великі дефекти діафрагми зроблена пластика дефекту поліпропіленовим сітчастим алотрансплантатом. У 135 пацієнтів із супровідною гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою і стравоходом Баррета ліквідація дефекту діафрагми супроводжувалася фундоплікацією у різних модифікаціях.

Фундоплікація за Ніссеном з повною мобілізацією шлунка та пересіканням коротких судин, що йдуть від шлунка до селезінки, була виконана в 72 випадках. Для пересічення коротких судин шлунка нами використовувалася біполярна електрокоагуляція, тому що при застосуванні на етапі освоєння методики в двох випадках кліпування судин в одного з хворих у післяопераційний період через ковзання кліпси розвинулася кровотеча, що вимагало негайної лапаротомії. Розмір манжетки в даній групі не перевищував 2 см, манжетка 2-3 швами фіксувалася до стравоходу і правої ніжки діафрагми.

У 48 пацієнтів фундальна частина шлунка була досить мобільною і пересікання коротких судин шлунка не знадобилося. Цим хворим була виконана фундоплікація за Ніссеном-Розетті, при цьому розмір манжетки не перевищував 2-3 см.

У 15 випадках при недостатньо мобільній фундальній частині шлунка, коли “повна манжетка” за Ніссеном звужувала просвіт стравоходу, ми виконували фундоплікацію за Тупе. При цьому абдомінальна частина стравоходу обгорталася фундальною частиною шлунка на 270°. Стравохід фіксувався до фундальної частини шлунка 3-4 швами по малій і по великій кривизні.

Результати досліджень та їх обговорення.

Летальних випадків не було. У групі оперованих лапароскопічно середня тривалість операції при виконанні фундоплікації за Ніссеном склала (102±18) хвилин, при фундоплікації за Ніссеном-Розетті – (94±15) хвилин, при фундоплікації за Тупе – (136±26) хвилин, при виконанні тільки крурорафії (67±18) хвилин, відповідно. Інтраопераційна крововтрата склала в середньому від 30 до 60 мл. Уск-

ладнення спостерігалися в 6 випадках (4,1 %). У післяопераційний період в однієї пацієнтки розвинувся інфаркт селезінки і їй була зроблена відкрита спленектомія. В одному випадку через зісковзування кліпси з коротких судин селезінки була зроблена вимушена конверсія, після лігування судини необхідності в спленектомії не було. У двох хворих розвинулася пневмонія, у двох випадках спостерігався плеврит. Після лапароскопічного лікування хворі тільки протягом першої доби мали потребу в знеболюванні наркотичними анагетиками, причому в 105 з 146 (71,9 %) хворих застосування наркотиків не знадобилося взагалі, у них застосовувалися нестероїдні протизапальні препарати протягом не більше трьох діб. На другу добу після операції хворі починали вставати і ходити, на третю добу хворі починали вживати рідку їжу. Випадків нагноєння післяопераційних ран також не спостерігалося. Середній термін перебування в стаціонарі склав $(4,2 \pm 1,5)$ доби.

У групі оперованих з лапаротомного доступу тривалість фундоплікації за Ніссеном склала (78 ± 18) хвилин. Крововтрата під час операції складала від 150 до 300 мл. Ускладнення спостерігалися в 6 (18,75 %) пацієнтів. В одному випадку відбулася перфорація стравоходу, місце перфорації було захищено атрауматичною пропіленовою ниткою 2-0 і закрито манжеткою із шлунка. В одного пацієнта зроблена спленектомія в зв'язку з масивною інтраопераційною кровотечею із судин селезінки. У 2 (6,25 %) хворих розвинулася післяопераційна пневмонія, у двох випадках (6,25 %) було зафіксовано поверхнєве нагноєння лапаротомної рани. У віддалений післяопераційний період в 2 пацієнтів (6,25 %) розвинулася післяопераційна грижа. У післяопераційний період хворі отримували знеболювання наркотичними анагетиками до п'яти разів на добу протягом трьох – п'яти діб після операції, надалі вони вимагали застосування нестероїдних протизапальних препаратів упродовж, як мінімум, 4-5 діб. Протягом 3-4 діб після операції хворі через тяжкість стану були змушені дотримувати суворого постільного режиму. Вживати рідку їжу хворі могли тільки на 5-ту добу після операції. У групі хворих, оперованих лапаротомічно, термін перебування в стаціонарі склав $(10,6 \pm 3,5)$ доби і був вірогідно вищий ($p < 0,05$), ніж у групі прооперованих лапароскопічно.

Усі прооперовані хворі спостерігалися нами через 1 місяць, 3 місяці, 6 місяців, рік, два, три-чотири роки. Усім пацієнтам виконувалися загаль-

ноклінічні методи дослідження, ФЕГДС, рН-метрія і манометрія стравоходу, рентгеноконтрастне дослідження шлунка в положенні Тренделенбурга. У 96 % хворих виявлена нормалізація моторики стравоходу, відновлення нормальних показників кислотності і регресія запального процесу слизової стравоходу. У 11 хворих зі стравоходом Баррета встановлена також гістологічно підтверджена регресія диспластичних і метастатичних процесів у слизовій.

У групі оперованих з лапаротомного доступу добрі результати отримані в 26 (81,12 %) хворих, задовільні в 6 пацієнтів (18,75 %) – у хворих зберігалися скарги на біль за грудниною й у епігастрії після їжі, печію, відрижку. Після проведення курсу консервативної терапії хворі скарг не пред'являли. В одному випадку розвинувся рецидив ГЕРХ, не чутливий до консервативної терапії, що змусив виконати повторне оперативне втручання.

У групі оперованих лапароскопічно добрі результати отримані в 135 (92,4%) пацієнтів. Як задовільні, оцінені результати в 11 хворих (7,6 %), в яких були скарги на періодичні дисфагічні явища. Після проведення курсу консервативної терапії у всіх 11 хворих скарг не було, результати можна оцінити як добрі. Рецидивів гриж стравохідного отвору діафрагми не було, випадків рецидиву ГЕРХ не відзначалося. Примітно, що в 11 хворих із грижею стравохідного отвору діафрагми без супровідної ГЕРХ, яким була виконана тільки крурорафія, при обстеженні рецидиву грижі й ознак шлунково-стравохідного рефлюксу не виявлено, що свідчить про тісний взаємозв'язок грижі стравохідного отвору діафрагми і виникнення гастроєзофагеального рефлюксу.

Суб'єктивно в групі оперованих лапаротомічним доступом через 2-4 роки після операції оцінюють результати лікування, як відмінні і добрі, у 64 % хворих, задовільні – у 27 %, незадовільні – у 9 % пацієнтів. Відповідно, у групі оперованих лапароскопічно результати оцінюють, як відмінні і добрі, у 82 % хворих, як задовільні – у 16 % пацієнтів, як незадовільні – у 2 % пацієнтів.

Висновок. Аналіз віддалених результатів свідчить про високу клінічну ефективність лапароскопічних втручань у лікуванні хітальних гриж діафрагми. Візуалізація операційного поля, дрібних судинних і нервових структур значно краща при виконанні лапароскопічних втручань, що дозволяє ретельно виділити абдомінальний відділ стравоходу і кардіальний відділ шлунка, коагулювати всі

дрібні судини і зробити операцію менш травматичною, ніж операції з лапаротомного доступу. Виявлено, що виконання фундоплікації в різних модифікаціях показане тільки хворим з тривалою стійкою до консервативної терапії ГЕРХ, в інших випадках досить зробити ліквідацію гризового дефекту крурафією. Встановлено, що лапароскопічні операції

легше переносяться хворими завдяки меншій травматичності та тривалості операції, вірогідно скорочують термін перебування в стаціонарі і дозволяють значно знизити відсоток післяопераційних ускладнень. Тому ми вважаємо за необхідне подальше накопичення досвіду подібних операцій і розширення показань до них.

ЛІТЕРАТУРА

1. Трухманов А.С. Новейшие данные о рефлюксной болезни пищевода. Успехи консервативного лечения // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1997. – №1. – С.39-44.
2. Антирефлюксные лапароскопические вмешательства при рефлюксоэзофагите и грыже пищеводного отверстия диафрагмы / В.А. Кубышкин, Б.С. Корняк, А.В. Вуконов и др. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С. 9-11.
3. Лапароскопические антирефлюксные операции на пищеводе / А.И. Никитенко, Е.Г. Никитенко, А.М. Желаннов // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.32.
4. Результаты лапароскопической фундопликации по Nissen / В.И. Оскретков, В.А. Ганков, А.Г. Климов // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.36.

УДК 616.366 – 089.87 – 06: 616.366 – 003.7 – 084 – 089

Особливості проведення лапароскопічних втручань при гострому деструктивному холециститі у пацієнтів з супровідною патологією

В.Г. МІШАЛОВ, С.М. ГОЙДА, І.І. ТЕСЛЮК, І.Г. КРИВОРЧУК, С.П. ЗАДОРЖНИЙ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Центральна міська клінічна лікарня, м. Київ

FEATURES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS AND CONCOMITANT DISEASES

V.H. MISHALOV, S.M. HOIDA, I.I. TESLIUK, I.H. KRYVORCHUK, S.P. ZADOROZHNIY

National Medical University by O.O. Bohomolets, Central City Hoospital, Kyiv

В статті проведено аналіз хірургічного лікування 143 пацієнтів з гострим холециститом та супровідною патологією. У 19 (13,3 %) хворих лапароскопічній холецистектомії передувала ендоскопічна папілосфінктеротомія, двом (1,4 %) хворим виконали лапароскопічну холедохолітотомію. Перехід до лапаротомної холецистектомії знадобився в 5 (3,5 %) випадках. Післяопераційний ліжко-день в середньому склав 4,9 доби. Випадків післяопераційної летальності не було.

The article deals with the outcomes of laparoscopic cholecystectomy carried in 143 patients with acute cholecystitis. Endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy was performed in 19 (13,3%) patients; laparoscopic choledocholithotomy was performed in 2 (1,4%) patients with extrahepatic biliary ducts lesions. The conversion to open cholecystectomy needed 5 (3,5%). The mean postoperative hospital stay duration was 4,9 days. There were no cases postoperative lethality.

Вступ. В абдомінальній хірургії останні десятиріччя характеризувались постійним зростанням хірургічної активності в лікуванні хворих з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ). Ця ситуація викликана, з одного боку, широким впровадженням ехографії (УЗД), з іншого – появою лапароскопічної хірургії. В літературі досить чітко відпрацьовані методичні і тактичні прийоми забезпечення оптимальних умов для проведення лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) у пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом. Що стосується ЛХЕ при гострому холециститі (ГХ), то погляди авторів розбігаються в питаннях безпечності і адекватності лапароскопічного оперативного втручання, в доцільності проведення тривалої консервативної терапії; в строках виконання хірургічного втручання, особливо у пацієнтів з супровідними захворюваннями.

Матеріали і методи. Лапароскопічні оперативні втручання при лікуванні пацієнтів з біліарною патологією виконуються на клінічних базах кафедр

ри госпітальної хірургії №2 з курсом грудної та судинної хірургії Національного медичного університету ім.О.О. Богомольця з 1998 року. За п'ять років на лікуванні в хірургічних відділеннях Центральної міської клінічної лікарні та міської лікарні №9 перебувало 647 пацієнтів з патологією жовчного міхура, яким проведено лапароскопічну холецистектомію. Серед прооперованих ЖКХ була у 624 пацієнтів, що складало 96,4 %; безкамінцевий холецистит в – 17 (2,7 %) і поліпи жовчного міхура – в 6 (0,9 %) хворих. В 143 (22,1 %) пацієнтів при оперативному втручанні діагностовано гострий холецистит, з них у 15 осіб (2,3 %) був навколومیуровий абсцес. Серед 143 пацієнтів з гострим холециститом причиною останнього в 135 випадках були конкременти у жовчному міхурі (94,4 %); у 8 пацієнтів (5,6 %) був гострий безкамінцевий холецистит.

Вік хворих – 17 до 82 років і в середньому склав 49 років. Жінок було 117, переважну більшість (81,8 %). Хворих похилого та старечого віку було 34 (23,8 %). Перебіг ГХ ускладнився розвитком на-

вколومیхурового абсцесу в 15 випадках (10,5 %); холедохолітіаз діагностований у 11 (7,7 %) пацієнтів, жовтяниця спостерігалась у 14 (9,8 %), гострий панкреатит було виявлено в 19 (13,3 %) хворих. Супровідна патологія різних органів і систем виявлена в 69 хворих. В пацієнтів похилого та старечого віку, зазвичай, виявлялись хронічні захворювання декількох систем. Аортокоронаросклероз та ішемічна хвороба серця діагностовані в 48 пацієнтів (33,6 %), гіпертонічна хвороба – в 41 хворого (28,7 %), захворювання органів дихання – в 32 (22,4 %), цукровий діабет – в 14 (9,8 %), сечокам'яна хвороба та хронічний пієлонефрит – в 23 (16,1 %), ожиріння III-IV ст. – в 19 (13,3 %), варикозна хвороба нижніх кінцівок – в 14 (9,8 %), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – в 11 (7,7 %); інші захворювання виявлені в 13 випадках (9,1 %).

Операції проводились після попереднього обстеження пацієнтів, яке включало ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, фіброгастроуденоскопію, ЕКГ, оглядову рентгенографію органів грудної клітки та органів черевної порожнини. При необхідності виконувалась ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), комп'ютерна томографія. Враховуючи зниження компенсаторних можливостей в хворих з супровідною патологією на фоні основного процесу, вважали необхідним проведення відповідної корекції перед операцією. Пацієнтам в період дообстеження проводилась детоксикаційна терапія, корекція ОЦК, антибіотикотерапія, введення спазмолітиків. При необхідності призначали кардіотонічні і гіпотензивні препарати.

Результати досліджень та їх обговорення.

Передопераційне обстеження хворих з ГХ обов'язково включало ретельний збір анамнезу, загальне обстеження пацієнтів, аналіз даних лабораторних досліджень та інструментальних обстежень, огляд пацієнток гінекологом. Результати обстеження дозволяли встановити наявність супровідної патології, запідозрити наявність холедохолітіазу, визначитись з обсягом і тривалістю передопераційної підготовки. При гіпербілірубінемії, наявності в анамнезі жовтяниць, розширенні, за даними УЗД, загальної жовчної протоки пацієнтам в передопераційний період виконували ЕРХПГ (21 хворому – 14,7 %), комп'ютерну томографію (12 – 8,4 %). Це дозволило вивчити топографічну анатомію і виявити вроджені аномалії протокової системи; визначитись з обсягом і способом проведення операції, виключити можливість

ятрогенного пошкодження жовчовідвідних шляхів, виявити і усунути холангіолітіаз.

Всім пацієнтам після встановлення діагнозу ГХ було виконано оперативне втручання. Час проведення ЛХЕ визначався періодом, необхідним для здійснення передопераційної підготовки. Оптимальним терміном операції вважали перші дві-три доби з моменту початку розвитку запального процесу в жовчному міхурі. В ці строки виконання ЛХЕ технічно просте, а ризик ятрогенних пошкоджень мінімальний. Інтраопераційно проводили ретельну ревізію органів черевної порожнини, особливу увагу приділяли ідентифікації структур печінково-дванадцятипалої зв'язки. В 109 пацієнтів (76,2 %) під час втручання виявлено запальний інфільтрат в ділянці жовчного міхура. Навколومیхуровий абсцес діагностовано в 15 хворих (10,5 %). Майже в усіх випадках були труднощі при роз'єднанні інфільтрату і проведенні холецистектомії, що було зумовлено набряком тканин, підвищеною кровоточивістю.

В двох випадках (у пацієнтів з штучним водієм ритму) ЛХЕ виконували без застосування коагулятора. Гемостазу досягали шляхом ретельного виділення і кліпування судин. В двох пацієнтів з холедохолітіазом виконали лапароскопічну холедохолітотомію з наступним дрениванням загальної жовчної протоки за Кегг. В 19 хворих (13,3 %) з підтвердженим холедохолітіазом лапароскопічна холецистектомія була другим етапом – після ендоскопічної папілосфінктеротомії з видаленням конкрементів у загальній жовчній протоці. Більшість втручань – 126 (88,1 %), закінчили встановленням дренажу в підпечінковий простір до ложа жовчного міхура, зовнішній кінець якого виводили через прокол в правому підребер'ї. У випадках гангренозного холециститу додатково встановлювали іригатор. Правильне встановлення дренажу в підпечінковий простір забезпечувало евакуацію залишків промивних вод, підтікаючої жовчі. Для забезпечення адекватного відтоку дренаж двічі на добу промивали 30-50 мл метрогілу або діоксидину. Випадків утворення внутрішньочеревних гнійних ускладнень не спостерігалось. В п'яти випадках (3,5 %) був здійснений перехід від лапароскопічної до відкритої холецистектомії. Це було зумовлено кровотечею в ділянці гепатодуоденальної зв'язки (трьох пацієнтів) і підозрою на пухлину жовчного міхура (двоє хворих). В двох випадках в післяопераційний період було діагностовано ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних проток. В однієї пацієнтки з частково кліпованою загальною жовчною протокою

кліпса була видалена під час повторного лапароскопічного втручання. В другому випадку, при електропошкодженні стінки холедоха, була проведена лапаротомія, накладання гепатикосюноанастомозу на виключеній за Roux петлі тонкої кишки.

Попередження післяопераційних ускладнень проводили шляхом ретельного інтраопераційного гемостазу з подальшим контролем, призначення антибіотиків. Використовували цефалоспорини II – III покоління (кетоцеф, цефтріаксон, цефобід, фор-тум). Спостерігали 6 (4,2 %) випадків нагноєння післяопераційної рани в хворих з деструктивним холециститом і навколومیхуровими гнояками. Пацієнтам старше 50 років, хворим з надлишковою вагою, з супровідною венозною патологією проводилась профілактика тромбоемболії легеневої артерії введенням підшкірно низькомолекулярних гепаринів (в основному – клексану). Випадків тромбоемболічних ускладнень не спостерігали. В 11 (7,7 %) пацієнтів під час доопераційного обстеження було виявлено неускладнену виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Після операції цим хворим проводилось стандартне противиразкове лікування. Літнім хворим та пацієнтам з супровідною ле-

геневою патологією проводили комплексну профілактику ускладнень з боку органів дихання. Остання включала активне застосування дихальної гімнастики, проведення вібромасажу, лужних інгаляцій. Протягом 3-5 днів призначався лазолван по 2,0 мл внутрішньом'язово 2 рази на добу. Пацієнтів виписували із стаціонару після видалення дренажу із черевної порожнини і нормалізації температури. Середній термін перебування хворого в стаціонарі становив $(4,9 \pm 1,9)$ діб. Летальних випадків у прооперованих пацієнтів не спостерігали.

Висновок. Лапароскопічна холецистектомія є ефективним і малотравматичним методом лікування пацієнтів з гострим холециститом та супровідною патологією. Її впровадження дозволяє скоротити строки перебування пацієнтів у стаціонарі. Ретельне обстеження хворих до операції, короткотривала (до 2 діб) корекція супровідної патології, дотримання технічних принципів операції і адекватна терапія на всіх етапах лікування дозволяють уникнути або значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень, покращити безпосередні та віддалені результати лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник В.В., Ільяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Клин. хирургия. – 1995. – № 4. – С.7-9.
2. Еременко А.П., Майстренко Н.А., Нечай А.И., Нечай И.А., Стукалов В.В. Гепатобилиарная хирургия. – С.Пб.: Специальная литература, 1999. – 268 с.
3. Кригер А.Г., Ржебаев К.Э., Воскресенский П.К. и др. Опасности, ошибки, осложнения при лапароскопических операциях на

желчных путях. // Анналы хирург. гепатологии. – 2000. – Т. 5, №1. – С. 90-97.

4. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.В. и др. Уроки лапароскопической холецистэктомии (обобщение опыта) // Клин. хирургия – 2001. – № 10. – С. 6-9.

5. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт // Анналы хирург. гепатологии. – 2000. – Т. 3, № 3. – С. 16-19.

УДК 616.35-089.844-085

Результати лапароскопічних операцій у хворих на колоректальний рак

М.Д. КУЧЕР, М.І. КРИВОРУК, С.Б. ШЕВЕЛЮК, РАМІ АБУ ШАМСІЄХ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERIES IN PATIENTS WITH THE COLORECTUM CANCER

M.KUCHER, M.KRYVORUK, S.SHEVELIUK, R.A.SHAMSIEN

National Medical University by O.O. Bohomolets

Зі 175 хворих на колоректальний рак, у 92 (52,5%) хворих застосовано лапароскопічний спосіб операції. Повністю лапароскопічним способом оперативне втручання завершено у 86 (93,5%) хворих. У 6 (6,5%) пацієнтів мав місце перехід (конверсія) до лапаротомії. Відкритим способом прооперовано 83 (47,5%) хворих. В групі пацієнтів, оперованих лапароскопічним способом, на фоні зменшення післяопераційного болю практично удвічі зменшилась потреба у знеболювальних засобах (за кількістю ін'єкцій наркотичних анальгетиків протягом перших трьох діб після операції) ($63,3 \pm 1,5$) і ($105,0 \pm 2,2$) мл, відповідно). Менша інтраопераційна травма при лапароскопічних оперативних втручаннях сприяла більш ранньому відновленню функції кишечника ($31,7 \pm 1,2$) години, в порівнянні із ($59,4 \pm 1,7$) години при традиційному втручанні) і, відповідно, швидшій післяопераційній реабілітації пацієнта. Частота ускладнень після лапароскопічних втручань складала 24,3%, після відкритих – 34,5%. Відсоток трирічного виживання після лапароскопічних операцій складав 87,5%, а після відкритих – 84,6%. Встановлено, що відсоток виживання хворих після операції, незалежно від способу оперативного втручання, чітко корелює зі стадією хвороби. Головним фактором, який впливає на виживання хворих є поширення пухлини і ступінь ураження регіональних лімфатичних вузлів.

Attempt to perform surgery with laparoscopic technologies was taken in 92(52,5%) out of 175 patient with colorectum cancer. Surgery was finished only with laparoscopy in 86 (93,5%) cases, conversion to open operation was necessary in 6 (6,5%). Open anterior surgery was performed in 83 (47,5%). Patients after laparoscopic operations required less narcotic analgetics ($63,3 \pm 1,5$ and $105,0 \pm 2,2$ mg, respectively) and demonstrated earlier restoration of peristalsis ($31,7 \pm 1,2$ hours and $59,4 \pm 1,7$ hours, respectively). The rate of complications after laparoscopic surgeries was 24,3%, after open - 34,5%. Three-year survival after laparoscopic operations was 87,5%, after open – 84,6%. Survival of patients after operations depends on the stage of the disease.

Вступ. Кожна категорія оперативних втручань на товстій кишці має свій власний певний ризик та характерні ускладнення, багато з яких прямо чи неопосередковано пов'язані із розтином черевної стінки та його наслідками [1]. Є велика кількість різновидів розтинів черевної стінки, але ні один з них не привертав такої великої уваги і не впроваджувався в клінічну практику з такими зусиллями, як лапароскопічний доступ для проведення операцій на товстій кишці [2]. Як хірурги, так і проктологи досить обережно визнавали переваги лапароскопії при проведенні операцій на органах черевної порожнини, і в деяких медичних центрах лапароскопічні технології на відміну від холецистектомії і ін. операцій, в колопроктології приживались дуже повільно

[3-5]. Це пояснюється, з однієї сторони, складністю оперативних втручань і анатомічними особливостями товстої кишки, а з другої, – різнобічною структурою патології, яка вимагає використання спеціальних методів діагностики і підготовки до операції, роблячи необхідним об'єднання досвіду як лапароскопічної хірургії, так і відкритої оперативної колопроктології при проведенні такого роду втручань [5].

У зв'язку із різким зростанням захворюваності на рак товстої кишки в більшості країн світу нові технології, які включають малоінвазивні методи, поступово впроваджуються при оперативних втручаннях з приводу колоректального раку. Так, із 1185 лапароскопічних операцій, включених до 1996р. в

“Laparoscopic Bowel Surgery Registry” і проведених 80 колоректальними хірургами США, 504 були проведені з приводу раку товстої кишки. При цьому нерідко відсутні єдині стандарти проведення як лапароскопічних, так і відкритих втручань на прямій кишці. Залишається відкритим питання щодо доцільності використання лапароскопічних технологій для хірургічного лікування раку товстої кишки, з огляду на віддалені результати лікування. Тому дуже важливе значення мають порівняльні дослідження безпосередніх і віддалених результатів операцій на товстій кишці. Дані спостережень за хворими середньої тривалості (3-5 років) чимдалі з більшою впевненістю свідчать про позитивні, з онкологічної точки зору, результати використання лапароскопічних резекцій товстої кишки. Найбільш гострі проблеми, навколо яких продовжує точитися дискусія, – це питання про можливість забезпечення адекватних меж резекцій, частота рецидивів хвороби та тривалість життя пацієнтів після лапароскопічних втручань порівняно з результатами відкритих операцій. Тому дослідження клінічної ефективності лапароскопічних операцій у лікуванні хворих на рак товстої кишки залишаються актуальними.

В нашій роботі ми ставили за мету провести аналіз безпосередніх і віддалених результатів застосування лапароскопічних резекцій товстої кишки

у хворих на колоректальний рак, оперованих впродовж 1996-2003 рр., порівняно з результатами лікування хворих, оперованих відкритим способом (контрольна група).

Матеріали і методи. Представлене порівняльне проспективне дослідження базується на аналізі результатів лікування 175 хворих на колоректальний рак, які перенесли радикальну операцію на товстій кишці впродовж 1996-2003 рр.

Для проведення дослідження хворі були розділені на дві групи. В 1-шу, основну, групу включено 92 (52,5%) пацієнтів, оперованих лапароскопічним способом. 2-га, контрольна, група складалась із 83 (47,5%) хворих, прооперованих традиційним (відкритим) способом.

При порівнянні хворих за віком та статтю не було суттєвої різниці між групами. В основній групі було 44 (47,3%) чоловіки і 49 (52,3%) жінок віком від 24 до 80 років (середній вік $52,3 \pm 7,2$ роки). В контрольній групі – 38 (45,7%) чоловіків і 45 (54,3%) жінок віком від 25 до 75 років (середній вік $56,2 \pm 4,3$ роки).

Пухлина локалізувалась у сигмоподібній кишці, в прямій кишці, в правій половині ободової кишки, в поперечно-ободовій кишці, лівій половині ободової кишки (табл. 1).

Таблиця №1. Локалізація пухлини у хворих, оперованих лапароскопічним та лапаротомічним способом

Локалізація пухлини	лапароскопічні	лапаротомічні
Сигмоподібна кишка	41	40
Пряма кишка	19	15
Права половина ободової кишки	18	16
Поперечна ободова кишка	8	7
Ліва половина ободової кишки	6	5

Обидві групи хворих, оперованих лапароскопічним і лапаротомічним способами, були розподілені залежно від стадії хвороби (розповсюджен-

ня процесу). У більшості хворих обох груп мало місце місцеве поширення пухлини T3 No-3Mo (табл.2).

Таблиця №2. Розподіл хворих, оперованих лапароскопічним і лапаротомічним способом

Поширення пухлини	Лапароскопічні	Лапаротомічні
T1-2NoMo	14 (15,2%)	13 (15,6%)
T3NoMo	28 (30,4%)	24 (28,9%)
T1-3N1-3Mo	46 (50%)	41 (49,3%)
T1-4N1M1	4 (4,3%)	5 (6,02%)

У таблиці 3 наведено розподіл хворих за різновидами операцій.

Середня тривалість спостережень за хворими

становила 39,6 (6-85) міс.

Віддалені результати онкологічної ефективності хірургічного лікування оцінювали за частотою ре-

Таблиця №3. Розподіл хворих залежно від обсягу операції

Вид операції	Лапароскопічні	Лапаротомічні
Резекція сигмоподібної кишки	38	37
ЛГКЕ	6	5
Низька передня резекція прямої кишки	23	15
Черевно-промежинна екстирпація прямої кишки	1	-
ПГКЕ	17	16
Резекція поперечної кишки	4	7
Субтотальна КЕ	3	3

цидивів хвороби і віддалених метастазів та трирічним виживанням хворих, за даними ультразвукового дослідження, ультрасонографії, фіброколоноскопії, іригоскопії.

Результати досліджень та їх обговорення. У 92-х хворих застосовано лапароскопічний спосіб операції. Повністю лапароскопічним способом оперативне втручання завершено у 86 хворих. У 6 (6,5%) пацієнтів мав місце перехід (конверсія) до лапаротомії. Головними причинами конверсії були: великий (більше 8 см) розмір пухлини (у 3 хворих), кровотеча із середньої прямої кишкової артерії у (1 хворого), паратуморозний абсцес (у 2 хворих).

Вивчалися безпосередні наслідки лапароскопічних втручань й особливості перебігу раннього післяопераційного періоду. Так, об'єм операційної крововтрати майже втричі менший, ніж у хворих контрольної групи – відповідно (135 ± 27) мл в порівнянні з (379 ± 83) мл. В групі пацієнтів, оперованих лапароскопічним способом, спостерігається значне зменшення післяопераційного болю. При цьому потреба у знеболювальних засобах (за кількістю ін'єкцій наркотичних анагетиків протягом перших трьох діб після операції) практично удвічі менша ($(63,3 \pm 1,5)$ і $(105,0 \pm 2,2)$ мл, відповідно). Менша інтраопераційна травма при лапароскопічних оперативних втручаннях сприяє більш ранньому відновленню функції кишечника і, відповідно, швидшій післяопераційній реабілітації пацієнта. При лапароскопічних втручаннях перистальтика кишечника відновлюється вже через ($31,7 \pm 1,2$) години, в порівнянні із ($59,4 \pm 1,7$) години при традиційному втручанні. Це дозволило значно раніше перевести пацієнтів на повне ентеральне харчування ($(55,4 \pm 1,2)$ і $(82,1 \pm 1,2)$ г, відповідно). Фізична активність відновлювалася раніше, що супроводжувалося скороченням тривалості перебуван-

ня хворих у стаціонарі після лапароскопічних операцій (7,5 порівняно з 11,6 ліжко-дня).

Як і передбачалося теоретично, застосування малоінвазивного способу оперування виявилось різким зменшенням кількості загальномедичних ускладнень (від 41,4 у контрольній групі до 15,7% після лапароскопічних втручань), що обумовлено, безперечно, меншим “навантаженням” під час операції і під час раннього післяопераційного періоду на серцеву, судинну, дихальну системи. Виявилось суттєве зменшення (майже втричі!) частоти хірургічних ускладнень: від 21,6% – у контрольній групі до 7,8% – у досліджуваній, головним чином за рахунок зменшення випадків гнійно-септичних ускладнень як з боку ран черевної стінки, так і з боку черевної порожнини, а також за рахунок зменшення частоти розвитку атонії сечового міхура і парезу шлунково-кишкового тракту. Важливим для оцінки ступеня досконалості хірургічного методу лікування є ще один показник – це кількість хворих, які потребували виконання повторних оперативних втручань. За цим показником відмінності у групах були суттєвими: 3 (3,7%) хворих після лапароскопічних операцій проти 18 (20,9%) – після відкритих втручань. Показник післяопераційної летальності не має статистично вірогідної відмінності між групами спостережень (0 – після лапароскопічних операцій і 3,7% - після відкритих), хоча досягнення нульової післяопераційної летальності у даній серії лапароскопічних операцій можна розглядати як доказ їх високої безпечності та технологічної надійності.

Віддалені результати оперативного лікування вдалося прослідкувати у 88 хворих, які перенесли куративну резекцію товстої кишки лапароскопічним способом, і у 78 хворих, оперованих відкритим способом. Так, із 88 хворих без ознак повернення хвороби у лапароскопічній групі було

66 (75%). У решти 22 хворих були виявлені віддалені метастази (15; 17,04%) і місцеві рецидиви хвороби (7; 7,9%). Померло 11 (12,5%) хворих – усі внаслідок прогресування основного захворювання. Із 78 хворих контрольної групи, оперованих традиційним способом, живих і без ознак повернення хвороби було 51 (65,3%). У 27 хворих були виявлені віддалені метастази (20; 25,6%) і місцеві

рецидиви хвороби (7; 8,9%). Померли внаслідок прогресування основного захворювання 12 (15%) хворих (табл.4).

Відсоток виживання хворих після операції чітко корелює зі стадією хвороби. Головним фактором, який впливає на виживання хворих є поширення пухлини і ступінь ураження регіональних лімфатичних вузлів. (табл.5).

Таблиця № 4. Частота рецидиву і віддалених метастазів після радикальних втручань

Показник	Лапароскопічні	Лапаротомічні
Місцевий рецидив	7 (7,9%)	7 (8,9%)
Віддалені метастази	15(17,04%)	20 (25,6%)

Таблиця № 5. Виживання хворих, оперованих лапароскопічним і лапаротомічним способами залежно від поширення пухлинного процесу

Поширення первинної пухлини	Лапароскопічні		Лапаротомічні	
	Загальна кількість хворих	Кількість хворих, які прожили більше 3 років	Загальна кількість хворих	Кількість хворих, які прожили більше 3 років
T1-2NoMo	14	14	13	13
T3NoMo	28	26	21	19
T1-4N1-3Mo	42	37	39	34
T1-4N1M1	4	0	5	0

Висновки. Аналіз безпосередніх наслідків виконання резекцій ободової та прямої кишок лапароскопічним способом чітко підтверджує переваги нової технології над традиційними (відкритими) операціями. Безперечними перевагами застосування лапароскопії можна вважати: скорочення терміну госпіталізації, зменшення больового синдрому, скорочення частоти та ризику розвитку ускладнень, і в першу чергу, післяопераційного парезу кишечника, швидке відновлення перистальтики і нутритивної функції кишечника і пов'язане з цим раннє віднов-

лення ентерального харчування; прискорення темпів реабілітації.

Віддалені результати застосування лапароскопічних способів операцій у хворих на колоректальний рак свідчать про тотожність показників виживання пацієнтів і частоти місцевих рецидивів хвороби після лапароскопічних і після відкритих операцій. Це дозволяє розглядати лапароскопічну колектомію як метод вибору у лікуванні окремих форм колоректального раку вже у недалекому майбутньому.

ЛІТЕРАТУРА

1. Laparoscopic-assisted colectomy in heart transplant recipients / O.Detry, R.Limet, N.Jacquet et al. // Clin Transplant. – 1996. – Vol.10, N 2. – P. 191–194.
2. Kenady D.E. Management of abdominal wounds // Surg.Clin. Am. – 1984. – № 64. – P.803-807.
3. Braasch J.W. Laparoscopic cholecystectomy and other procedures // Arch.Surg. – 1992. – № 127. – P.887.
4. Guillem J., Paty Ph., Cohen A. Surgical treatment of colorectal cancer // Ca: Cancer J.Clin. – 1997. – Vol.47, № 2. – P.113-128.
5. Кучер М.Д. Лапароскопічна хірургія ободової та прямої кишки // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 1. – С.45-47.
6. Непосредственные результаты лапароскопических операций при

- раке ободочной кишки / Г.И.Воробьев, Ю.А.Шельгин, С.А.Фролов, О.И.Сушков // Эндоскоп. хирургия. – 2002. – № 3. – С.9-10.
7. Хатьков И.Е., Фалькова А.Э. Лапароскопическая хирургия толстой кишки // Эндоскоп. хирургия. – 1999. – № 3. – С.35-39.
8. Pfeifer J. Laparoscopic colorectal surgery: analysis of 121 patients // 36 World Congr. – 1995. – Abstr N 033.
9. Sequential psychomotor skills development in laparoscopic colon surgery / W.P.Geis, M.Jacobs, O.Ojogho et al. // Arch Surg. – 1994. – Vol.129, № 2. – P. 206-212.
10. Довідник з онкології / С.О.Шалімов, Ю.Я.Гріневич, О.Ф.Возіанов / За ред. С.О.Шалімова, Ю.Я.Гріневича, Д.М.М'Ясоєдова. – К.: Здоров'я, 2000. – С.435.

УДК 616.65-006.55-089:615.832

Ефективність трансуретральної мікрохвильової термотерапії при лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози

О.О. ЛЮЛЬКО, І.А. ПИСАРЕНКО, В.А. ДЕПУТАТ

Запорізький інститут удосконалення лікарів

EFFICIENCY OF TRANSURETHRAL MICROWAVE THERMOTHERAPY IN TREATMENT OF BENIGN HYPERPLAZIA OF PROSTATE

O.O. LIULKO, I.A. PYSARENKO, V.A. DEPUTAT

Zaporizhzhian Institute of Advanced Training of Doctors

В даній статті представлено один з малоінвазивних методів лікування початкової стадії ДГПЗ за допомогою ТУМТ. На базі відділення "Про-статрон" ЗОКЛ нами було обстежено та проліковано 83 пацієнти з початковою стадією розвитку доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Протягом 18 місяців динамічного спостереження після проведеного лікування відзначалося стабільне зменшення клінічних проявів та об'єктивних показників (урофлоуметрія, об'єм передміхурової залози, кількість залишкової сечі, I-PSS і QL). За результатами проведеного дослідження, ми вважаємо, що даний метод є досить ефективним при лікуванні хворих з початковою стадією ДГПЗ і дає стійкий ефект протягом тривалого часу, а також є методом вибору при неможливості проведення оперативного втручання та відсутності ефекту від консервативної терапії.

In present time one of mini-invasive methods of treatment of an initial benign hyperplasia of prostate (BHP) is the realization of TMT. In the department of urology (branch "Prostatron") Zaporozhzhian regional clinical hospital there were surveyed and treated 83 patients with an initial stage of development of BHP. During 18 months of dynamic observation we revealed the stable reduction of clinical displays and objective parameters (urofluometry, size of prostate, volume of residual urine, I-PSS and QL). According to the results we consider, the given method is rather effective at treatment of the patients with an initial stage of BHP and it gives proof effect during long time. It's also a method of a choice at impossibility of operative intervention and absence of effect from conservative therapy.

Вступ. В даний час доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є однією з найпоширеніших патологій в урологічній практиці. Як правило, 70-80 % чоловікам похилого віку рано чи пізно встановлюють цей діагноз. Відсоток оперативних втручань на сьогодні дуже високий, тому що хворих приймають у стаціонар частіше в ургентному порядку і тактика лікування одна – оперативне втручання [2,3,4].

Трохи по-іншому стоїть питання, коли пацієнт звертається з первинними симптомами захворювання у нижніх сечових шляхах (слабкий струмінь сечі, утруднення сечовипускання, ніктурія та ін.), коли симптоми не чіткі, а дані додаткових методів обстеження не повні.

На сьогодні лікування ДГПЗ можна умовно розділити на консервативне, малоінвазивне та оперативне [1].

Консервативне лікування, що спрямоване на зняття дизуричних явищ і, можливо, зупинку росту ДГПЗ, використовується в неповній мірі через свою дорожечу і побічні ефекти, тому перспективним, на наш погляд, є використання при лікуванні початкових стадій ДГПЗ малоінвазивних методів лікування, таких як: трансуретральна мікрохвильова термотерапія (ТУМТ), трансуретральна голчаста абляція (ТГА), високоінтенсивний сфокусований ультразвук (ВСУ), трансуретральна вапоризація (ТУВ) та ін.

Метою нашої роботи була оцінка ефективності трансуретральної мікрохвильової термотерапії (ТУМТ) у хворих з початковою стадією ДГПЗ в динаміці.

Матеріали і методи. Протягом 18 місяців проведено лікування 83 пацієнтів із ДГПЗ I-II ступеня та проведено контроль (через 3, 6, 12 та 18 місяців).

До проведення ТУМТ усім пацієнтам виконано УЗД сечовидільної системи (розміри простати з визначенням залишкової сечі), урофлоуметрія, анкети I-PSS і QL, пальцеве дослідження простати, аналізи сечі, визначено клініко-біохімічні показники крові.

Лікування проводилося за допомогою апарата АЛМГП-01 Харківського НДЦ. Суть полягає в локальній гіпертермії в один сеанс за рахунок енергії мікрохвиль, що поглинаються тканинами простати. Підведення мікрохвильової енергії здійснюється за допомогою мініатюрного випромінювача, що встановлюється в ділянці простатичного відділу уретри через уретральний катетер (під контролем УЗД), і контрольних уретрального та ректального температурних датчиків. Робоча частота апарата 1300 МГц, діапазон вихідної потужності 60 Вт. Максимальна уретральна температура 45,5 °С, ректальна 42,0 °С. Набір і контроль потужності здійснюється під контролем комп'ютера.

Після лікування цим методом зберігається слизова оболонка уретри і періуретральної тканини на відстані до 5-7 мм від просвіту сечовипускального каналу. У подальшому спостерігається некроз аденоматозної тканини на глибину до 10 мм, а через 2-4 місяці зона впливу мікрохвиль заповнюється фіброзом.

Показання для проведення ТУМТ: об'єм простати до 100 см³, кількість залишкової сечі до 80 мл, урофлоуметричні показники менше 5-7 мл/с, відсутність стійкого ефекту від проведеної консервативної терапії, протипоказання до оперативного лікування через супровідні патології.

Протипоказання до ТУМТ: внутрішньоміхуровий

ріст простати, конкременти і новоутвори в сечовому міхурі, запальний процес сечовидільної системи в активній стадії, стриктура уретри, металічні імплантати кісток таза, наявність кардіостимуляторів.

За добу до проведення ТУМТ пацієнтам призначалася антибактеріальна терапія (антибіотики цефалоспоринового ряду, сульфаніламідні препарати та ін.). За 30 хвилин до початку термотерапії в/м вводився анагетик (кетанол, кеталонг, трамадол та ін.), в/уретрально вводився розчин 2 % лідокаїну 6,0 мл, гентаміцину 6,0 мл та дексаметазону 6,0 мл.

У післяопераційний період був рекомендований руховий режим, антибактеріальна протизапальна терапія.

Результати досліджень та їх обговорення.

При аналізі даних практично у всіх пацієнтів після проведення ТУМТ через 2-4 доби суб'єктивно відзначалося поліпшення відтоку сечі; у 52 % хворих у післяопераційний період спостерігалися дизуричні розлади, що зникли до 5-7-ї доби; у 6 % хворих виникла гостра затримка сечі, що вимагало введення катетера на три доби, після видалення катетера сечовипускання відновилося. У 2 % хворих відзначалася помірна гематурія, яка припинялася через 2 доби після введення невеликих доз гемостатичних препаратів. У 5 % хворих через два тижні виникли орхоепідідиміти. Проведено консервативне лікування з позитивною динамікою.

При спостереженні в динаміці були отримані наступні результати: показники урофлоуметрії (табл. 1), об'єм простати (табл. 2), кількість залишкової сечі (табл. 3) та показники анкетування I-PSS і QL (табл. 4).

Таблиця 1. Показники урофлоуметричного індексу у хворих з початковою стадією гіперплазії передміхурової залози

	Максимальна швидкість сечовипускання (Q max) мл/с
До лікування	6,3±2,2 (p>0,5)
Через 3 місяці	8,1±2,4 (p>0,1)
Через 6 місяців	9,7±2,0 (p>0,05)
Через 12 місяців	10,1±2,1 (p>0,3)
Через 18 місяців	9,4±1,8 (p>0,05)

Таблиця 2. Зміни об'єму передміхурової залози у хворих після ТУМТ

	Об'єм передміхурової залози (см ³)
До лікування	53,7±4,2 (p>0,05)
Через 3 місяці	51,2±4,3 (p>0,1)
Через 6 місяців	49,5±4,4 (p>0,5)
Через 12 місяців	47,2±4,1 (p>0,5)
Через 18 місяців	48,9±4,0 (p>0,5)

Таблиця 3. Показники об'єму залишкової сечі у хворих з ГПЗ

	Об'єм залишкової сечі (мл)
До лікування	73,2±6,2 (p>0,05)
Через 3 місяці	62,4±6,3 (p>0,5)
Через 6 місяців	59,5±6,1 (p>0,3)
Через 12 місяців	55,7±6,0 (p>0,1)
Через 18 місяців	57,3±6,1 (p>0,1)

Таблиця 4. Показники I-PSS та QL

	Показники I-PSS	Показники QL
До лікування	14,8±3,3	4,1±0,7
Через 3 місяці	14,1±3,2	3,8±0,6
Через 6 місяців	13,4±3,1	3,1±0,6
Через 12 місяців	12,7±3,2	2,9±0,5
Через 18 місяців	13,0±3,0	3,0±0,5

З наведених даних видно, що до 12-го місяця показник урофлоуметрії підвищився і складає (10,1 ± 2,1) мл/с, розміри простати зменшилися до (47,2 ± 4,1) мм, кількість залишкової сечі зменшилась до (55,7 ± 6,0) мл, дані анкетування I-PSS і QL покращилися – 12,7 ± 3,2 і 2,9 ± 0,5, відповідно.

Однак до 18-го місяця відмічена незначна тенденція до збільшення об'єму простати, кількості залишкової сечі і зменшення урофлоуметричного показника, хоча хворі суб'єктивних скарг не пред'являли.

Висновок. За результатами проведеного дослідження, ми вважаємо, що даний метод є досить ефективним при лікуванні хворих з початковою стадією ДГПЗ і дає стійкий ефект протягом тривалого часу, а також є методом вибору при неможливості оперативного втручання та відсутності ефекту від консервативної терапії. Для більш стійкого та тривалого ефекту даний метод може бути використаний в поєднанні з консервативною терапією (α-блокатори, 5α-редуктаза та ін.).

ЛІТЕРАТУРА

1. Руководство по урологии. В 3 т. /под ред. Н.А. Лопаткина. – М.: Медицина, 1998. – 672 с.
2. Юнда И.Ф. Простатиты. – К. Здоров'я, 1987. – 192 с.
3. Carter S. StC Ogden C. Intraprostatic temperature US. Clinical outcome in TUMT. Is the response heat-dose dependent. J. Urol. 1994;151:416 A.
4. Devonec M.A. Transurethral thermotherapy. In Kirby R., Mc Connell J.D., Fitzpatrick J.M., Roehrborn C.G., Boyle P. Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia Oxford: ISIS Medical Media 1996: 413-21.

УДК 616.361-002-089.819

Малоінвазивні хірургічні втручання в комплексному етапному лікуванні холангітів

Т.В. ЯНЮК, І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ

Волинська обласна клінічна лікарня, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

MIN-INVASIVE INTERVENTIONS IN COMPLEX STAGE TREATMENT OF CHOLANGITIS

T.V. YANYUK, I.YA. DZYUBANOVSKY

Volyn Regional Clinical Hospital, Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

На 211 хворих з гострим холангітом розроблено алгоритм малоінвазивних втручань. Із них: радикальні – у 60 %, умовнорадикальні – у 21 % хворих. У 19 % випадків неможливо було виконати малоінвазивні операції.

It has been developed the algorithm of mini-invasive interventions in 211 patients with acute cholangitis. Among them: radical – in 60 %, conditionally radical – in 21 % patients. In 19 % cases it was impossible to perform mini-invasive operations.

Вступ. Незважаючи на успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань біліарного тракту, гострий холангіт залишається складною діагностичною та лікувальною проблемою і зустрічається у 66,4 – 88,1% хворих [3, 5]. В більшості випадків холангіт є ускладненням різних захворювань жовчних шляхів, таких як холедохолітаз, пухлини гепатобіліарної зони, непухлинні захворювання підшлункової залози, гострий панкреатит, захворювання ВДС, стриктури холедоха і немає чіткого симптомокомплексу, який добре розпізнається серед клінічних симптомів основного захворювання. Прояви холангіту можуть бути різноманітними залежно від тяжкості основного захворювання, вірулентності патогенної мікрофлори, стану реактивності організму і ступеня біліарної обструкції [2]. При холангіті патологічний процес захоплює велику поверхню дрібних жовчних протоків, чим зумовлюється значна інтоксикація, яка включає в себе і механічну жовтяницю з жовчною гіпертензією, пошкодженням гепатоцитів і клітин Купфера, холемією, і септичний процес з проривом в кров ендобактеріального токсину. Такі тяжкі ускладнення холангіту, як сепсис, бактеріально-септичний шок, внутрішньопечінкові абсцеси, прогресуюча печінково-ниркова недостатність, вимагають негайної його діагностики та ліквідації – з одного боку, з іншого боку – тяжка

поліорганна недостатність значно збільшує операційний ризик при радикальних хірургічних втручаннях і вимагає інтенсивної корекції функціональних та метаболічних порушень [1,4]. Летальність при традиційному хірургічному лікуванні хворих з гострими холангітами, за даними різних авторів, сягає 4-15% [6, 7].

Матеріали і методи. Впровадження сучасних високотехнологічних малоінвазивних хірургічних методик, таких як ендоскопічна фібродуоденоскопія (ЕФДС), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ), ендоскопічна папілотомія (ЕПТ), ендоскопічна екстракція конкрементів (ЕЕК), лапароскопічна експлорація жовчних протоків (ЛЕЖП), інтраопераційна фіброхолангіоскопія (ІоФХС), черезшкірне черезпечінкове дронування жовчних шляхів (ЧшЧпДЖШ) дають змогу значно покращити діагностику та результати лікування холангітів.

Проліковано 211 хворих, у яких був верифікований гострий холангіт. Причиною холангіту в 167 випадках був холедохолітаз, у 18 – пухлини гепатобіліарної зони, у 9 – захворювання ВДС, у 6 – стриктури холедоха, у 7 – непухлинні захворювання підшлункової залози, у 4 – гострий панкреатит.

У лікуванні всіх хворих із гострими холангітами застосовувались малоінвазивні хірургічні втручання.

Результати досліджень та їх обговорення. За своїм значенням в лікуванні гострого холангіту всі малоінвазивні хірургічні втручання були розділені на три групи:

I – радикальні: призводять як до ліквідації гострого холангіту, так і до ліквідації причини холангіту;

II – умовнорадикальні: ліквідовують гострий холангіт, але не причини холангіту;

III – малоінвазивні хірургічні втручання технічно неможливі.

До радикальних малоінвазивних хірургічних втручань відносимо: ендоскопічну папілотомію (ЕПТ), ендоскопічну екстракцію конкрементів (ЕЕК), лапароскопічну експлорацію жовчних проток (ЛЕЖП).

Вказані малоінвазивні хірургічні втручання в більшості випадків виконуються вже під час діагностики гострих холангітів. Умовами проведення радикальних малоінвазивних хірургічних втручань є: відсутність пара-папілярних дивертикулів, грубих рубцевих деформацій ДПК; відповідність розмірів конкрементів або їх фрагментів діаметру дистального відділу холедоха та довжині папілотомного розрізу; довжина стенозу термінального відділу холедоха не більше 1,5 см.

Радикальні малоінвазивні хірургічні втручання вдалось провести у 127 (60 %) хворих. З них: у 121 (73 %) – хворого з холедохолітіазом (117 ЕЕК; 4 ЛЕЖП); у 6 (67 %) – хворих із захворюваннями ВДС (ЕПТ). Вказані малоінвазивні хірургічні втручання обов'язково доповнювались промиванням жовчних шляхів антисептиками “до чистої води”.

У всіх хворих протягом доби нормалізувалась клінічна картина, впродовж 2-3 діб – лабораторні дані і на 5-7-му добу хворі виписувались із стаціонару.

Ускладнення виникли у 11 (8 %) хворих. У 5 (3,9 %) хворих спостерігалась кровотеча в місці ЕПТ, у 6 (4,1 %) хворих розвинувся гострий панкреатит. Всі ускладнення ліквідовані консервативними методами. Випадків летальності не було.

До умовнорадикальних малоінвазивних хірургічних втручань відносимо протезування жовчних шляхів, яке поділяємо на тимчасове та постійне. До тимчасового протезування жовчних проток відноситься назобіліарне дренивання та черезшкірне черезпечінкове дренивання жовчних шляхів, до постійного – стентування гепатикохоледоха. Показаннями до проведення тимчасового протезування жовчних проток є неможливість ліквідації причини холангіту з допомогою малоінвазивних хірургічних втручань зразу після його діагностики. Показаннями до постійного протезування жовчних проток є неможливість подальшої ліквідації причин

холангіту традиційними хірургічними методиками через високий операційний ризик.

Умовами проведення умовнорадикальних малоінвазивних хірургічних втручань є: відсутність парапапілярних дивертикулів, грубих рубцевих деформацій ДПК; можливість введення провідника вище рівня обструкції жовчних проток.

Умовнорадикальні малоінвазивні хірургічні втручання були проведені у 43 (21 %) хворих. З них: у 25 (15 %) – хворих з холедохолітіазом (21 (84 %) – назобіліарне дренивання; 4 (16 %) – стентування; у 7 хворих (39 %) з пухлинами гепатобіліарної зони (4 (58 %) – назобіліарне дренивання; 1 (14 %) – стентування; 2 (28 %) – черезшкірне черезпечінкове дренивання жовчних шляхів; у 4 (67 %) – хворих із стриктурами холедоха (у всіх випадках назобіліарне дренивання); у 3 (43 %) – хворих з непухлинними захворюваннями підшлункової залози (у всіх випадках назобіліарне дренивання); у 4 хворих – з гострим набряковим панкреатитом (у всіх випадках назобіліарне дренивання).

У всіх хворих при протезуванні жовчні шляхи промивались антисептиками “до чистої води”. В подальшому санація холедоха проводилась цілодобово, до ліквідації ознак холангіту, на фоні антибіотикотерапії, дезінтоксикаційної та симптоматичної терапії. Після нормалізації клініко-лабораторних даних на 4-10-ту добу проводилось планове оперативне втручання, спрямоване не на ліквідацію причин холангіту.

У хворих із холедохолітіазом другим етапом в 6 випадках була ударнохвильова дистанційна літотрипсія; в 13 випадках – холедохолітотомія; в 6 випадках – лапароскопічна експлорація жовчних проток. У хворих із стриктурами гепатикохоледоха – гепатикоєюноанастомози за Ру. У хворих з пухлинами гепатобіліарної зони – 1 ПДР, решта – біліодигестивні анастомози. У хворих із захворюваннями ВДС, непухлинними захворюваннями підшлункової залози – біліодигестивні анастомози.

Після виконання умовнорадикальних малоінвазивних хірургічних втручань ускладнення виникли у 6 (14 %) хворих. У 2 (4,7 %) хворих спостерігалась кровотеча у місці ЕПТ. У 3 (7,3 %) хворих розвинувся гострий панкреатит. У 1 (2 %) хворого спостерігалось підтікання жовчі мимо дренажу після ЧшЧпДЖШ. Панкреатити та кровотечі ліквідовані консервативними методами. Підтікання жовчі було незначним, до 350-400 мл за 6 діб, і було виявлене та ліквідоване при лапаротомії.

Летальних випадків не було.

Технічно неможливими в лікуванні холангітів є малоінвазивні хірургічні втручання: при великих

парапапілярних дивертикулах; грубих рубцевих деформаціях та ускладнених виразках ДПК; попередньо перенесених резекціях шлунка за Б-II; аномаліях ВДС, неможливості пройти провідником вище місця обструкції жовчних проток.

Не вдалось виконати будь-яке малоінвазивне хірургічне втручання у 41 (19 %) хворого. З них: у 21 (12 %) хворого з холедохолітіазом; у 11 (61 %) хворих з пухлинами гепатобіліарної зони; 3 (33 %) хворих із захворюваннями ВДС; у 2 (33 %) хворих із стриктурами гепатикохоледоха; 4 (57 %) хворих з непухлинними захворюваннями підшлункової залози.

Всім цим хворим проводилась інтенсивна передопераційна підготовка, яка включала масивну антибактеріальну терапію 2-3 препаратами, дезінтоксикаційну та симптоматичну терапію протягом 1-1,5 доби, і хворі в ургентному порядку оперувались згідно із загальноприйнятою хірургічною тактикою.

Для визначення глибини та поширеності запального процесу в жовчних шляхах та диференційованого підходу до питання про зовнішнє дренажування жовчних шляхів вважаємо за необхідне проводити під час всіх операцій на жовчних протоках інтраопераційну фіброхолангіоскопію.

Проведено ІоФХС у 61 хворого. У 41 холангіт був спричинений холедохолітіазом, у 6 – захворюваннями ВДС, у 2 – неповними стриктурами холедоха, у 8 – компресією жовчних шляхів пухлинами, у 4 – здавленням кістами підшлункової залози.

Розрізняють 3 ступені макроскопічного вигляду слизової при холангітах:

I ст. – збережена циркулярна складчастість слизової холедоха на всьому протязі або сегментарно з крововиливами; слизова оболонка проток кровоточить, вкрита слизом, який легко змивається;

II ст. – циркулярна складчастість повністю відсутня; на слизовій, на фоні масивних крововиливів, численні ерозії, вкриті фібрином, який важко відділяється від слизової;

III ст. – на фоні цілковитої відсутності циркулярної складчастості масивні ерозії з фібрином і виділенням сукровиці, з'являється “жовчне болото”.

За поширеністю запального процесу розрізняємо:

– місцевий холангіт (коли запальні зміни охоплюють один з відділів позапечінкових жовчних шляхів);

– розповсюджений (коли запалення займає всі позапечінкові жовчні протоки);

– тотальний (запалення охоплює як позапечінкові, так і внутрішньопечінкові жовчні протоки).

При гістологічному дослідженні шматочків слизової та вмісту проток, взятих при ІоФХС, характерно:

– I ст. – повнокрів'я слизової оболонки, ділян-

ки десквамації епітелію, набряк стінок жовчних проток, домішки слизу в їх просвіті;

– II ст. – на фоні набряку та повнокрів'я слизової десквамація епітелію та домішки гною в просвіті проток;

– III ст. – некроз, ерозії, десквамація епітелію слизової жовчних проток, в просвіті яких знаходять поліморфно-ядерні лейкоцити, жовчні пігменти, скупчення покривного епітелію, детрит, іноді колонії бактерії (“жовчне болото”).

Для хворих з холедохолітіазом більш характерні запальні зміни слизової II-III ст. на короткому протязі (місцеві) в дистальних відділах холедоха, які іноді доповнюються холангітом I ст. дольових проток – 27 хворих, а для хворих з ураженням ВДС, стисненням холедоха пухлинами гепатобіліарної зони або з стриктурами – запалення I ст., яке дифузно поширюється до проток III-IV порядків (тотальне). У 9 хворих з мікрохоледохолітіазом спостерігався холангіт I ст.; у 11 хворих з конкрементами гепатикохоледоха місцевий холангіт III ст. доповнювався тотальним холангітом I ст.

У хворих з холедохолітіазом після проведеного назобіліарного дренажування як першого етапу в лікуванні холангіту запальні зміни в жовчних протоках носили тільки місцевий характер – в місцях контакту конкрементів із стінками проток.

При холангіті I ст. зовнішнє дренажування не проводиться і призначається антибіотикотерапія (один антибіотик).

При холангіті II ст. проводиться зовнішнє дренажування холедоха, коли запалення має поширений або тотальний характер, і також призначається вищевказана антибіотикотерапія.

При холангіті III ст. проводиться як зовнішнє дренажування холедоха, так і масивна антибактеріальна терапія двома або трьома препаратами.

• Ускладнення виникли у 9 (22 %) хворих. У 1 (2,4 %) хворого після ХДА виникла недостатність анастомозу з формуванням зовнішньої жовчної нориці, яка в подальшому була ліквідована встановленням стента. У 5 (12 %) хворих розвинулась печінково-ниркова недостатність. У 3 (7,6 %) хворих холемічна кровотеча.

Померло 6 (14,6 %) хворих: 4 хворих – від печінково-ниркової недостатності, 2 хворих – від холемічної кровотечі.

Висновки. 1. В більшості випадків (60 %) при лікуванні холангітів малоінвазивні хірургічні втручання є радикальними і дозволяють ліквідувати не тільки холангіт, а і його причину при низькій кількості ускладнень та незначних термінах перебування хворих в стаціонарі. **2.** В тих випадках (21 %), коли

малоінвазивні хірургічні втручання є умовнорадикальними і не дають можливості ліквідувати причину холангіту, вони дають змогу якісно підготувати хворих до основного етапу хірургічного лікування, що приводить до значного зниження кількості

ускладнень та рівня летальності. 3. Виходячи з аналізу вищенаведеного матеріалу, пропонуємо до використання алгоритм застосування малоінвазивних хірургічних втручань при лікуванні гострих холангітів (рис 1.).

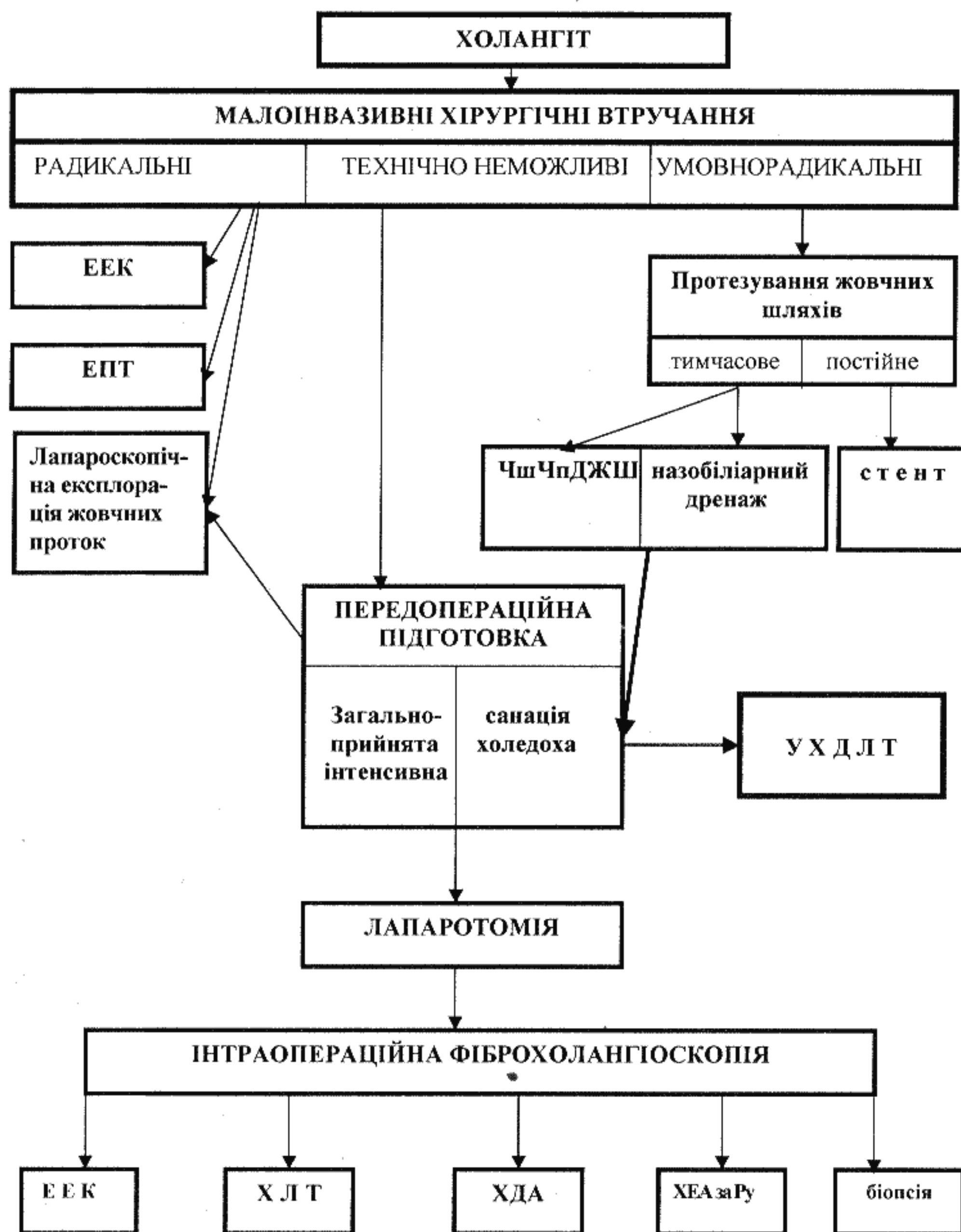


Рис. 1. Алгоритм застосування малоінвазивних хірургічних втручань при лікуванні гострого холангіту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Lai ECS, Mok FPT, Tan ESY et al. Endoscopic drainage for severe acute cholangitis // N. Engl. J. Med. – 1992. – Vol. 326. – P. 1582-6.
2. Дисаев Н.А. Этапное лечение обструктивного холангита: Дис. канд. мед. наук. – М., 1994. – 217с.
3. Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Малоинвазивные методы лечения желчекаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока // Хирургия. – 1999. – №3. – С.29-32.
4. Nishimura A., Otsu H., Hiura T.: The choledochoscopy and histopathological grading of choledocholithiasis // Endoscopy. – 1979. – Vol. 1.

5. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Хасанов А.Г. Хирургическое лечение больных гнойным холангитом при желчекаменной болезни // Хирургия. – 2001. – № 2. – С.23-27.
6. Алиев М.Л., Досколиев Ж.А., Сейсембаев М.Л., Соклен Б.Д. Эндовидеохирургия в лечении острого холецистита // Эндоскоп. хирургия. – 1997. – № 4. – С. 22-25.
7. Славин Л.Е. Проблема холедохолитиаза в свете лапароскопической холецистэктомии // Казанский мед. журнал – 1994. – Т 75, № 2. – С. 132-135.

УДК 616-07+616-08+616.25-003.219-089-072.1

Обґрунтування алгоритму діагностики та хірургічного лікування спонтанного пневмотораксу

В.І. ДЕСЯТЕРИК, М.О. ЄЖЕМЕНСЬКИЙ

Дніпропетровська державна медична академія
Торако-пульмонологічний центр 2 міської лікарні, м. Кривий Ріг

SUBSTANTIATION OF ALGORITHM OF DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

V.I. DESIATERYK, M.O. YEZHEMENSKY

Dnipropetrovsk State Medical Academy,
Thoraco-Pulmonologic Centre of the City Hospital № 2, Kryvy Rih

На основі лікування 240 хворих спонтанний пневмоторакс розроблено діагностичнолікувальний алгоритм з використанням мініінвазивних технологій, що привело до відсутності рецидиву захворювання, покращення результатів лікування.

Basing on the treatment of 240 patients with spontaneous pneumothorax it was developed diagnostic-curative algorithm with application of mini-invasive technologies. It resulted in absence of relapses and improvement of treating outcomes.

Вступ. Кількість рецидивів спонтанного пневмотораксу після застосування традиційної методики лікування пункціями та дренажуванням плевральної порожнини з подальшим спостереженням досягає 20 % [1,2,5,6,7,8]. Це пов'язано з тим, що цей метод не дозволяє радикальновилікувати хворого, оскільки основний морфологічний субстрат процесу (яким є бульозно змінена ділянка легені) не видаляється. З іншого боку класичне відкрите радикальне хірургічне втручання (торакотомія з резекцією ділянки легені) є травматичним і не відповідає сучасним поглядам (насамперед, невідповідність складного, великого і травматичного доступу основному, відносно невеликому обсягу операції) [5,6]. Також необхідно відмітити щорічне зростання захворюваності на спонтанний пневмоторакс [7,8].

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 240 хворих на спонтанний пневмоторакс (СП) за останні 5 років. Вік хворих від 16 до 78 років. Звертає увагу зростання кількості хворих і переважання серед них пацієнтів працездатного віку. Серед хворих чоловіків було 214 (89 %), жінок – 26

(11 %), співвідношення 8:1. Основну масу – 183 (76,2 %) склали хворі з первинним СП, у 149 (81,4 %) з них виявлено бульозне, а у 34 (18,5 %) – кістозне ураження легень. У 57 хворих (23,7 %) установлено діагноз вторинний пневмоторакс, причинами якого були: у 14 (24,5 %) – бронхіальна астма, у 25 (43,9 %) – хронічний обструктивний бронхіт, у 8 (14 %) – деструктивні пневмонії, у 7 (12,2 %) – туберкульозна каверна, у 3 (5,2 %) – рак легені. Безпосереднім фактором розвитку захворювання 158 (65 %) хворих вважають кашель чи фізичне навантаження, решта не змогли назвати причину захворювання. У більшості хворих – 166 (69 %), виявлена правобічна локалізація пневмотораксу і лише у 3 (1,2 %) – двобічна.

На основі багатолітнього досвіду роботи торакального відділення, враховуючи сучасні відеоендоскопічні досягнення, розроблено алгоритм діагностично-лікувальних дій хірурга при СП (рис. 1).

Хворі госпіталізуються в ургентному порядку, їм проводяться лабораторні обстеження, рентгенографія ОГК, діагностична пункція та дренажування плевральної порожнини з послідовним викорис-



Рис. 1. Алгоритм діагностики та хірургічного лікування спонтанного пневмоторакса.

танням пасивної та активної аспірації. Пацієнтам з клініко-рентгенологічними ознаками розправлення легені проводиться консервативна терапія, планові обстеження (комп'ютерна томографія ОГП, дослідження функції зовнішнього дихання і т.п.) та підготовка до відеоторакоскопічного втручання в плановому порядку.

Відсутність стійкого аеростазу після проведеного активного лікування протягом 48 – 72 годин є показанням до ургентного оперативного лікування [1, 6, 8]. При виборі методу операції перевагу надаємо малоінвазивним технологіям – відеоторакоскопічним операціям. Під час втручання оцінюється ступінь, локалізація та розміри ураження легеневої паренхіми, вирішується обсяг операції (коагуляція бул, плевро-пульмональних зрощень та дефектів легені; ендоскопічна резекція; конверсія при неможливості радикально видалити патологічну ділянку ендоскопічним шляхом). Після виконання основного етапу всі відеоторакоскопічні операції закінчуємо інсуфляцією хімічно активних речовин в плевральну порожнину з метою утворення плевродезу та профілактики рецидивів процесу, навіть в тих випадках, коли морфологічний субстрат виникнення пневмотораксу виявлено не було (так званий ідіопатичний пневмоторакс) [3,4].

Всього виконано 179 (76 %) відеоторакоскопічних втручань, серед яких: 25 ендоскопічних резекцій легені, 146 коагуляцій бул з утворенням хімічного плевродезу, 8 коагуляцій плевро-пульмональних зрощень та дефектів легень з утворенням плевродезу, 40 хворим проведені торакотомії з резекцією легені, 21 хворий лікувався з

допомогою пункцій та дренування плевральної порожнини. У 20 хворих під час ендоскопічного втручання причини виникнення СП виявлено не було.

Всі діагностичні та оперативні відеоторакоскопії в нашій клініці виконані на відеоустановках “RICHARD WOLF” (Germany), “OLUMPUS” (Japan), ендоскопічними резекційно-зшиваючими апаратами фірми “Ethicon” (USA).

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведення відеоторакоскопічних операцій у всіх хворих вдалося досягти повного одужання. Летальних наслідків та рецидивів пневмотораксу не було. В 4-х випадках (2,2 %) виникло ускладнення у вигляді залишкової порожнини, що потребувало додаткового дренування. У одному випадку (0,5 %) післяопераційний період ускладнився паренхіматозною фістулою, що призвело до торакотомії з ушиванням дефекту легені і декортикацією. Інших ускладнень не було.

Типова торакотомія з ревізією легеневої паренхіми та ліквідуванням причини пневмотораксу виконана у 40 (16,6 %) хворих. У 8 (20 %) пацієнтів після торакотомії ми спостерігали ускладнення у вигляді: залишкової порожнини, підшкірної емфіземи, ексудативного плевриту. Рецидивів після виконання відкритої корекції спонтанного пневмотораксу не спостерігалось.

За вказаний період методом пункцій та дренування плевральної порожнини проліковано 21 (8,7 %) пацієнта. В більшості випадків ці хворі мали протипоказання до оперативної корекції легеневої патології чи відмовились від її виконання. Рецидив

пневмотораксу в цій групі хворих за 5 років склав 23,8 % (5 хворих).

Загальна летальність – 4 хворих (1,7 %). Необхідно зауважити, що у всіх 4 летальних випадках радикальні хірургічні методики не використовувались, ці пацієнти лікувались методом дренажу плевральної порожнини. Померло 3 хворих з тяжкими дихальними розладами на фоні хронічних захворювань легень, 1 хворий з СП причиною якого був рак легені. Середня тривалість лікування – (5,5±0,1) ліжко-дня, а у хворих, оперованих за класичною відкритою методикою – (10,5±0,1) ліжко-дня [5].

Висновок. Створення алгоритму діагностики та хірургічного лікування СП з використанням малоінвазивних технологій надало можливість значно покращити результати лікування зі скороченням економічних затрат та тривалості перебування хворого у хірургічному стаціонарі. Відсутність рецидивів пневмотораксу після відеоторакоскопічних операцій свідчить, що інсуфляція хімічно активних речовин в плевральну порожнину з метою утворення плевродезу є абсолютно необхідним етапом малоінвазивних втручань при СП, навіть в тих випадках, коли морфологічний субстрат виникнення пневмотораксу виявлено не було.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гетьман В.Г. Клиническая торакаскопия // К. Здоров'я. – 1995.
2. Десятерик В.І., Єжеменський М.О., Вігуро С.В., Міхно С.П., Мірошніченко В.М., Войчак С.П. Використання відеоторакоскопії в діагностиці та лікуванні спонтанного пневмотораксу // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Т. 5, № 3. – 74 с.
3. Десятерик В.І., Єжеменський М.О., Міхно С.П., Мірошніченко В.М., Войчак С.П., Рочняк А.Н. Малоінвазивна діагностика та лікування спонтанного пневмотораксу // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – 2002. – Т. 2. – С. 103-104.
4. Десятерик В.І., Єжеменський М.А., Міхно С.П., Мірошніченко В.М. Современные подходы к диагностике и лечению спонтанного пневмоторакса // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. – Т. 3, № 2. – С. 314-316.

5. Мартынюк В.А. Малоинвазивная хирургия в лечении больных с заболеваниями органов грудной клетки // Украинский журнал малоинвазивной та ендоскопічної хірургії. – 1999. – № 3. – 73 с.
6. Чухриенко Д.П., Даниленко М.В., Бондаренко В.А., Белый И.С. Спонтанный (патологический) пневмоторакс. – М.: Медицина, 1973. – 281 с.
7. Болезни органов дыхания. Руководство для врачей / под ред. Н.Р. Палеева. – М.: Медицина, 1989. – С.399-406.
8. Лайт Р.У. Болезни плевры: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986. – 376 с.

УДК 616.37-006.2-089.819

Малоінвазивні втручання в лікуванні хворих на псевдокісти підшлункової залози

О.Г. ГРИНЦОВ, В.В. ХАЦКО, О.Д. ШАТАЛОВ, О.Д. ЗУБОВ, В.Ю. МАКАРОВ, С.О. ШАТАЛОВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, ДОКТМО, Україна

MINI-INVASIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH PSEUDOCYSTS OF THE PANCREAS

O.G. GRINTSOV, V.V. KHATSKO, O.D. SHATALOV, O.D. ZUBOV, V.YU MAKAROV, S.O. SHATALOV

Donetsk State Medical University by M. Horky, Ukraine

Проаналізовано результати малоінвазивного лікування псевдокіст підшлункової залози під сонографічним і лапароскопічним контролем у 96 хворих (чоловіків – 59, жінок – 37) у віці 22-63 роки. Лікувальні пункції проводились з використанням ультразвукового сканера AJ-5200 фірми "Dornier", а лапароскопічні маніпуляції – з допомогою приладів та інструментів фірми "Wolf" (Німеччина). Після малоінвазивного лікування у 78 (81,4 %) пацієнтів спостерігали повне одужання, у 18 (18,6 %) були рецидиви кісти, їм зроблена радикальна операція. У 14 випадках були різні ускладнення, котрі ліквідовані консервативно, 4 пацієнтам з норницею підшлункової залози виконана цистоентеростомія з браунівським анастомозом і заглушкою за Шалімовим. Летальних випадків не було.

The results of mini-invasive treatment of pseudocysts have been analysed in 96 patients (59 males, 37 females aged of 22-63) under sonographic and laparoscopic control. Therapeutic punctures have been carried out with the use of the ultrasonic scanner AJ – 5200 Dornier firm while laparoscopic interventions by means of apparatus and instruments (firm "Wolf", Germany). Seventy-eight patients (81,4%) showed complete recovery after mini-invasive treatment. The recurrent cysts were revealed in 18 patients (18,6 %). They underwent radical operations in fourteen cases developed different complications, they being eliminated by conservative treatment. Four patients with pancreatic fistula underwent cystoenterostomy with Brown anastomosis and the Shalimov's stunner. No fatal cases occurred.

Вступ. Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими або практичними завданнями. За останні роки спостерігається значне зростання кількості хворих на псевдокісти підшлункової залози (ПКПЗ), що йде паралельно із зростанням гострого та хронічного панкреатитів, алкогольного, біліарного та травматичного походження.

Панкреатичні псевдокісти небезпечні також розвитком різних ускладнень у 20-50 % випадків – кровотечею, загноєнням, перфорацією або тиском на інші органи, що диктує необхідність невідкладної операції [12, 4, 1, 7]. Актуальність цієї проблеми полягає в тому, що страждають від ПКПЗ головним чином люди працездатного віку (30-45 років).

Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної пробле-

ми; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття. Гострий панкреатит ускладнюється утворенням кіст у 0,8-15 % випадків, а преедструктивних його формах – у 37-52 % [11, 13, 6, 5]. Після травм живота вони бувають у 10 %, після травм підшлункової залози – у 20- 57 % [12, 10, 4, 1]. Головним фактором під час утворення кісти є внутрішньопотокова гіпертензія.

Для діагностики ПКПЗ застосовують ультразвукове дослідження, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, фіброгастродуоденоскопію, релаксаційну дуоденографію, рентгенологічне дослідження шлунка та дванадцятипалої кишки, лапароскопію, біохімічні дослідження крові.

Дискусійним є питання вибору методу хірургічного лікування ПКПЗ – від цистектомії і резекції підшлункової залози [6, 14, 1, 13] до зовнішньої

[14, 6, 7, 10] та внутрішнього дренивання [6, 14, 8, 3, 9, 2]. Після таких операцій частота післяопераційних ускладнень досягає 11,6-80 %, кількість рецидивів – 15-57 %, летальність – 5,7-40 % [12, 3, 9, 10].

Деякі автори повідомляють про успішне консервативне лікування ПКПЗ [11, 4, 12, 7]. Однак ці заходи мають ефект лише на фоні гострого панкреатиту з тривалістю захворювання до 4 тижнів, при розмірах кіст менш ніж 30-40 мм, коли немає їх загноєння.

За останні роки усе частіше повідомляють про успішне (62 %) ендоскопічне внутрішнє дренивання ПКПЗ – транспапільярне дренивання, цисто-, гастро- і цистодуоденостомію [13, 11, 9, 2], пункцію та аспірацію кіст під сонографічним або комп'ютерно-томографічним контролем [12, 3, 5, 10], лапароскопічне дренивання [11, 7, 10]. Кількість ускладнень при цьому сягає 10-25 %, а рецидиви виникають у 10-35 % випадків, особливо коли кіста має зв'язок з панкреатичною протокою.

Сучасний підхід до лікування хворих на ПКПЗ відображає загальну тенденцію пошуків і впровадження малоінвазивних втручань у хірургічну практику. До сьогодні продовжуються пошуки найбільш оптимального комплексу методів діагностики цих хворих, до кінця не вирішено питання щодо термінів оперативного лікування та вибору раціонального виду малоінвазивної або відкритої радикальної операції.

Матеріали і методи. Спостерігались 96 пацієнтів з хронічними ПКПЗ (18-головки, 46-тіла, 32-хвоста) діаметром 5-32 см. Жінок було 37, чоловіків – 59 у віці 22-63 років. Причиною утворення кіст у 48 хворих було побутове пияцтво з панкреатитом, у 33 – жовчнокам'яна хвороба з панкреатитом, у 15 – травма.

У хворих на гострий панкреатит терміни від моменту нападу до виявлення кісти становили від 6 тижнів до 1,5 років. Екстрапанкреатичні кісти спостерігали у 62 людей, інтрапанкреатичні – у 28, у 6 діагностували поєднання екстра- та інтрапанкреатичних кіст. Вторинний цукровий діабет різного ступеня тяжкості спостерігали у 44 пацієнтів.

Первинний огляд проводився на ультразвуковому сканері "Алока – 630" (Японія) з використанням електронних конвексних і лінійних датчиків 3,5 МГц.

Були використані методи пункційного дренивання кіст: під сонографічним контролем – 64, лапароскопічним – 23, лапароскопічним з відеопідтримкою – 9.

Сонографічне лікування проводилося поетапно. У першу чергу виконувалася сонографія ПЗ з кістою з метою вибору безпечного акустичного вікна. Потім під місцевою анестезією, за допомогою стилет-троакара і пункційного адаптора, виконувалась черезшкірна аспірація та пункція кісти з дрениванням під сонографічним контролем. Останній етап – динамічне спостереження за органом впродовж визначеного часу для своєчасної діагностики можливих ускладнень.

Лікувальні пункційні втручання (з катетером 20-28F) проводилися з використанням ультразвукового сканера AJ-5200 фірми "Dornier", укомплектованого електронними конвексними і лінійними датчиками 3,5 МГц, 5 МГц та 7,5 МГц. Особливістю був диференційний підхід до склерозування залишкових порожнин та дренивання кіст.

Кісти тіла і хвоста ПЗ дренивали із абдомінального доступу, кісти голови – із черезпечінкового та черезшлункового доступів. Динамічний контроль результатів лікування проводили з допомогою УЗД протягом 2 років.

Лапароскопічне дренивання у 23 чол. проводилося за допомогою приладів і інструментів фірми "Wolf" (Німеччина), в 9 випадках – з відеопідтримкою на моніторі.

Усім пацієнтам здійснювали цитологічне і бактеріологічне дослідження евакуйованої рідини, а також дослідження на амілазу.

Результати досліджень та їх обговорення. Клінічні прояви залежали від стадії захворювання та етіології кісти. Ця патологія нагадувала деякі симптоми панкреатиту: біль у верхній ділянці живота – у 87 осіб, нудота, блювання – у 42, відчуття тяжкості, роздування у верхній ділянці живота – у 29, схуднення більш ніж на 5 кг – 25, розладнання дефекації – у 46, пропасниця – у 36, слабкість – у 41, жовтяниця, шкірний свербіж – у 24. За основними клінічними проявами ПКПЗ розділились на такі форми: 1) панкреатична – у 53 хворих; 2) біліарна – у 24; 3) виразкоподібна – у 11; 4) змішані форми – у 8.

Асиметрія живота спостерігалась у 29 пацієнтів з кістою великих розмірів. У інших, як правило, пальпували у проекції ПЗ нерухоме пухлиноподібне формування з гладкою поверхнею.

При лабораторному обстеженні у 24 чол. була виявлена анемія, у 18 – лейкоцитоз, у 62 – збільшена ШОЕ, у 24 – гіпербілірубінемія, у 30 – гіпопротеїнемія. Підвищення рівнів амілази крові та діастази сечі спостерігалось у 43 хворих.

Із спеціальних методів дослідження в різних поєднаннях проводили: УЗД, комп'ютерну томог-

рафію, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту (рентгеноскопію шлунка, дуоденоскопію в умовах гіпотонії, іригографію), фіброгастродуоденоскопію.

При цитологічному дослідженні клітин епітелію не було, в 32 випадках виявлені групи нейтрофілів. У 69 чол. посів росту не дав, у 27 (з нагноєнням і після травми) знайдені стафілокок та кишкова паличка. Підвищення рівня амілази в евакуйованій рідині (132-960 г/ч/л) спостерігали у 17 пацієнтів.

Основні напрямки консервативної терапії загострень ПКПЗ – пригнічення секреції ферментів ПЗ; зменшення токсичного впливу запальних цитокінінів, вільних радикалів, активованих ферментів; попередження вторинного інфікування та розвитку системних ускладнень.

Для черездренажної санації і склерозування порожнини кісти використовували: розчини антисептиків, слабкі розчини 5 % йоду і 96 % етилового спирту, розчини цитостатиків (5-фторурацил), інгібіторів ферментів (контрикал, гордокс).

При гострих панкреатитах майже у 50 % випадків в сальниковій сумці збирається реактивна випітна рідина. Аспірація цієї рідини дає хороший ефект у комплексному лікуванні панкреатитів.

При наявності післянекротичних кіст у випадках маніфестної клінічної картини необхідна їх аспірація, в інших – питання аспірації чи дренивання вирішується через 5-6 тижнів після гострого періоду, тому що за цей час більше половини кіст регресують.

Після малоінвазивного лікування ПКПЗ у 78

(81,4 %) пацієнтів констатовано повне одужання. У 18 (18,6 %) осіб виявлено рецидиви кісти, їм виконана радикальна операція. У 14 випадках відзначені ускладнення: короткочасне підвищення температури тіла, больових відчуттів за ходом дренажного каналу, котрі ліквідовані консервативно. У 4 хворих утворилась нориця ПЗ, яка, незважаючи на консервативне лікування протягом 5-7 місяців, не закрилася. Цим хворим проведена цистоентеростомія з браунівським співустям та заглушкою за Шалімовим. Летальних наслідків не було.

Висновки. 1. Малоінвазивне дренивання (з використанням катетера 20-28F) ПКПЗ під сонографічним або лапароскопічним (з відеопідтримкою) контролем є високоефективним малотравмуючим способом лікування при відпрацьованій техніці виконання.

2. Показанням до малоінвазивного дренивання є ПКПЗ будь-яких розмірів і локалізації при відсутності признаков секвестрації, особливо у хворих з високим операційним ризиком, коли радикальна операція неможлива.

3. Кісти тіла і хвоста ПЗ доцільно дренивати з абдомінального доступу, для кіст голівки у більшості випадків буває достатньою аспірація черезпечінкового і черезшлункового доступів.

4. Дані методи лікування не мають ефекту при кістах, котрі зв'язані з панкреатичними протоками.

5. Малоінвазивні втручання при ПКПЗ доцільно проводити у спеціалізованому центрі в обласній лікарні.

ЛІТЕРАТУРА

- Архангельський В.В., Шабунин А.В., Лукин А.Ю. Лечение ложных кист поджелудочной железы // *Анналы хир. гепатологии*. – 1999. – Т.4, №1. – С.44-48.
- Бабенков Г.Д., Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б. и др. Выбор хирургической тактики при кистах поджелудочной железы // *Вісник морської медицини*. – 2001. – №2. – С.22-24.
- Гальперин Э.И., Насиров Ф.Н., Арефьев А.Е. Санация кист поджелудочной железы с помощью чрескожных пункций и дренирования под контролем ультразвукового исследования // *Хирургия*. – 1989. – №1. – С. 65-68.
- Дронов О.І. Хирургічне лікування хронічного панкреатиту, ускладненого утворенням псевдокісти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 1996. – 20с.
- Лотов А.Н. Малоинвазивная хирургия поджелудочной железы // *Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2000. – №2. – С.80-82.
- Мартиненко О.П. Діагностика та лікування псевдокіст підшлункової залози // *Клін.хірургія*. – 1996. – №1. – С.10-12.
- Мишин В.Ю., Квезерова А.Н. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургии*. – 2000. – №3. – С.32-39.
- Тодуров И.М., Хомяк И.В., Копчак К.В. Новый способ цистостомии, как профилактика рецидива кисты поджелудочной железы // *Хірургія України*. – 2002. – №3. – С. 106-110.
- Шалімов А.А., Копчак В.М., Дронов А.И. и др. Хирургическая тактика лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистой // *Анналы хир. гепатологии*. – 1999. – Т.4, №2. – С. 181-182.
- Шаталов О.Д., Зубов О.Д., Хацко В.В. та ін. Малоінвазивне лікування несправжніх кіст підшлункової залози // *Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика*. – 2001. – Вип. 4. – С. 657-660.
- Ширяева С.В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения кистозных поражений поджелудочной железы: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1997. – 24 с.
- Grace P.A., Williamson R.C. Modern management of pancreatic pseudocysts // *Br.J.Surg.* – 1993. – Vol. 80, № 5. – P.573-581.
- Seifer Ch.A., Boss M.A., Czernick A. et all. Complications of chronic pancreatitis // *Dig. Surg.* – 1997. – Vol.14, №6. – P.540-545.
- Spivak H., Galloway J.R., Amerson J.R. et all. Management of pancreatic pseudocysts // *Am. College of Surg.* – 1998. – Vol.186, №5. – P 507-511.

УДК 616-001.4-053.2

Склерозуючі процеси паренхіми печінки як моделі гемангіоматозної тканини під впливом різних термічних факторів

І.П. ДОВГАНЬ, В.С. КОНОПЛИЦЬКИЙ, О.О. ФОМІН, Л.В. ФОМІНА, О.Г. ЯКИМЕНКО

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

SCLEROSIS PROCESS OF LIVER PARENCHYMA AS MODEL OF HEMANGIOMATOSIS TISSUE UNDER THE INFLUENCE OF DIFFERENT THERMAL FACTORS

I.P. DOVHAN, V.S. KONOPLITSKY, O.O. FOMIN, L.V. FOMINA, O.H. YAKYMENKO

Vinnytsia National Medical University by M.I. Pyrohov

В роботі були вивчені фіброкластичні процеси у сполучній тканині печінки 72 експериментальних тварин, як моделі гемангіоми. Як біохімічні маркери сполучної тканини були вибрані оксипролін, глюкуронові кислоти та гексозамін. Як термічні фактори використовували лазерне випромінювання, кріодеструкцію рідким азотом та їх комбіновану дію на тканину печінки тварин. Маркери сполучної тканини визначались на 7-му, 14-ту, 21-шу добу експерименту. Проведені експериментальні дослідження виявили, що процес утворення фіброзно-грануляційної тканини при комбінованій термічній дії більш об'ємний та менш травматизуючий.

At the work it was studied fibroclastic processes in connecting tissue of the liver of 72 experimental animals as a model of hemangioma. Oxyprolin, glukuron acids and geksozamin were chosen as biochemical markers of the connecting tissue. As thermal factors we used laser irradiation, criodestruction by liquid nitrogen and their combined influence on the tissue of the animal liver. Markers of the connecting tissue were determined at the 7th, 14th and 21th day of the experiment. Experimental researches, which were conducted, discovered that the process of setting up the fibro-granulematic tissue was more volumetric and less traumatic.

Вступ. З патологічних утворів шкіри судинно-го генезу в дитячому віці найбільш часто зустрічаються гемангіоми (ГА). Для лікування останніх запропоновані різні види локальних впливів, до яких відносяться склерозування, електрокоагуляція, рентгенотерапія і т.п.

Методи лікування ГА кріохірургічним методом показали, що дана маніпуляція призводить до радикального руйнування судинних новоутворень, однак врахування глибини й обсягу кріодеструктивного впливу на тканину не завжди можливий. Зокрема, кавернозні ГА великого розміру часто підлягають традиційному кріогенному лікуванню, в результаті чого відбувається руйнування лише поверхневих ділянок пухлини [2, 7]. Крім цього, на тлі значного набряку навколишніх тканин виникає процес гіпертрофічного рубцювання. Гіпоксія і порушення мікроциркуляції в результаті тривалого запального процесу призводять до неадекватного нагромадження макромолекулярних компонентів

сполучної тканини, зокрема фібрилярного колагену, фібронектину, гіалуронової кислоти і сульфатованих глюкозаміногліканів [3, 5, 6].

Тому для вирішення проблеми посилення кріодеструкції, запропоновано доповнити метод кріодеструктивного впливу попереднім лазерним опроміненням в інфрачервоному діапазоні (Патент України UA51474A).

Вибір даного виду випромінювання визначався його впливом на гомеостатичне регулювання, мікроциркуляцію і процеси реорганізації в сполучній тканині [1, 4].

Матеріали і методи. Для дослідження фіброкластичних процесів у тканині печінки як моделі ГА (оскільки їх клітини однаково реагують на різні температурні режими) було проведено вивчення динаміки деяких біохімічних показників сполучної тканини при впливі різних видів термічних факторів. Вивчався рівень оксипроліну за методом Neuman-

Logan, глюкуронідів – модифікацією карбозолового методу Dische, гексозаміну – методом Exley. Кріовплив виконувався за допомогою мідного кріо-аплікатора з робочою площею поверхні 1 см², як холодогент використовувався рідкий азот з температурою кипіння – 196 °С. Лазерне опромінення здійснювалося низькоенергетичним напівпровідниковим лазером в інфрачервоному діапазоні з потужністю на виході 80 мВт. Експериментальні дослідження проведені в зазначені терміни на 72 щурах.

Результати досліджень та їх обговорення. На 7-му добу після лазерного опромінювання відзначалося зменшення кількості глюкуронідів у порівнянні з контрольними даними, а на 14-ту добу спостерігався різкий ріст досліджуваного показника більше чим у 1,5 раза, рівень якого до 21-ї доби зменшувався до контрольних показників (табл. 1).

При кріодеструктивному впливі на тканину печінки закономірності динаміки глюкуронових кислот виглядали по-іншому. На сьому добу рівень

Таблиця 1. Динаміка змін глюкуронових кислот паренхіми печінки (ммоль/л)

Терміни експерименту	Контроль n=6	Лазер n=6	Лазер + Кріо n=6	Кріо n=6
7 доба р	1,113±0,045	0,909±0,053 <0,01	1,708±0,097 <0,001	1,711±0,139 <0,001
14 доба р	1,082±0,056	1,584±0,058 <0,001	1,828±0,065 <0,001	2,087±0,101 <0,001
21 доба р	1,089±0,046	1,372±0,112 >0,05	1,456±0,042 <0,001	1,878±0,055 <0,001

показника значно перевищував норму. Ця тенденція зберігалася і до 14-ї доби. Однак на 21-шу добу рівень глюкуронових кислот не перевищував контрольних величин.

Комбінований вплив лазерного опромінення з послідуною кріодеструкцією призводили до різкого збільшення кількості глюкуронових кислот на 7-му добу (рис. 1).

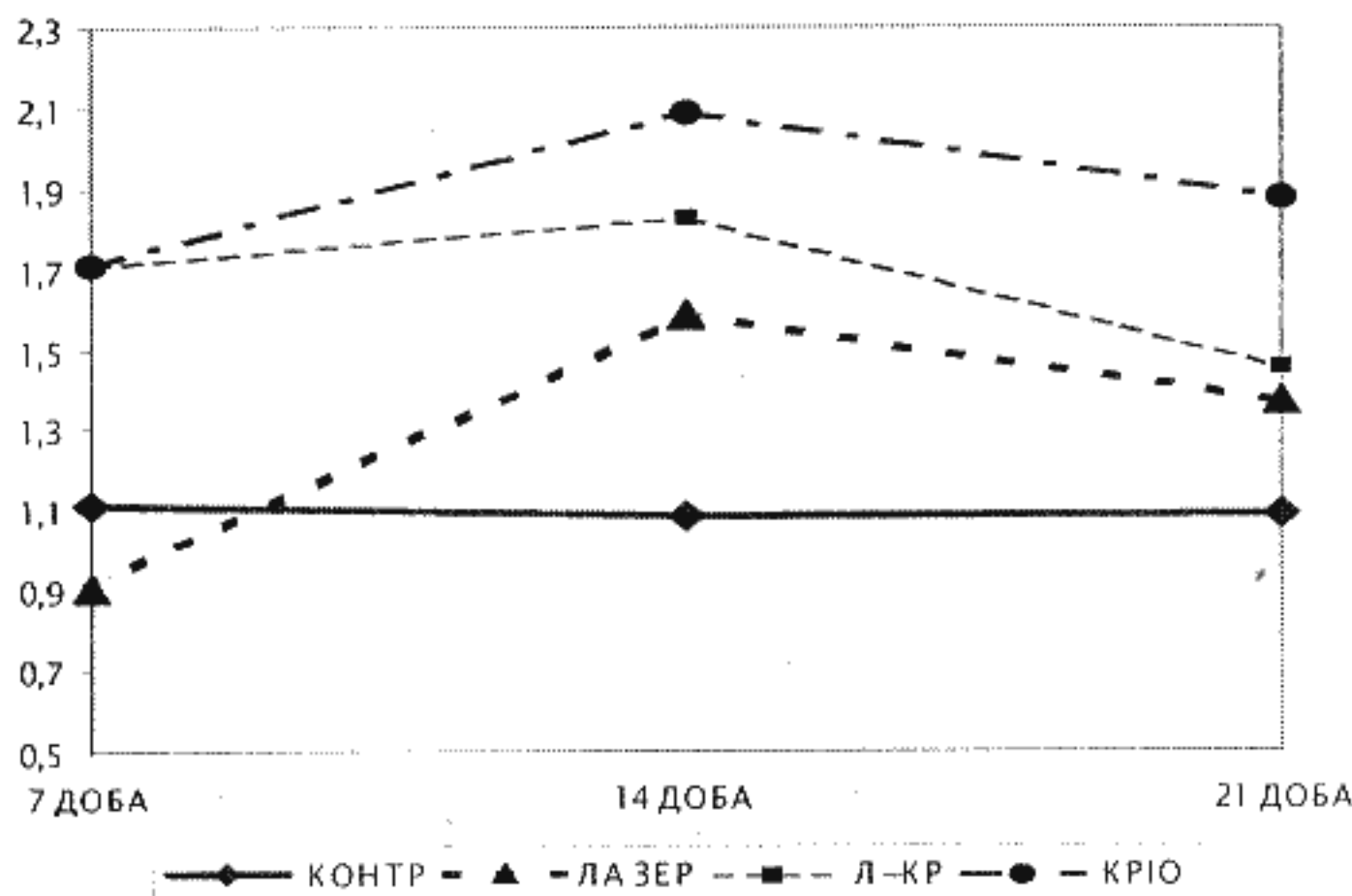


Рис. 1. Графік зміни рівня глюкуронових кислот на 7-му, 14-ту, 21-шу добу.

Отримана динаміка досліджуваного показника співвідноситься з даними літератури, що дозволяє зробити висновок про збільшення набряку на 7-му добу після лазерного опромінення з наступним зменшенням ексудації на 14-ту добу і поверненням до

нормальних величин на 21-шу добу. При кріодеструктивному впливі ексудація до сьомої доби знижена, що можна трактувати як сухий некроз, однак до 21-ї доби міжтканинна гідратація повільно повертається до контролю. Комбінований вплив двох факторів (лазерне опромінення і кріодеструкція) призводить до різкого зниження ексудації в печінковій тканині з тенденцією до плавного повернення контрольного рівня на 21-шу добу. Отримані дані дозволяють припустити, що при комбінованому впливі ущільнення печінкової тканини відбувається за рахунок збільшення сполучнотканинних елементів.

У зв'язку з цим нами були проведені дослідження кількості оксипроліну, як показника колагеноутворення в сполучній тканині (табл. 2).

На 7-му добу після лазерного опромінення нами було виявлено збільшення кількості оксипроліну в порівнянні з контролем. До 14-ї доби зберігалась тенденція до зниження даного показника. На 21-шу добу відмінності рівня оксипроліну від контрольних величин були вкрай незначні (рис. 2).

Кріодеструкція тканини печінки виявила, що на сьому добу кількість оксипроліну в сполучній тканині печінки дорівнювала величині показника при лазерному опроміненні. Однак на 14-ту добу визначене різке зниження оксипроліну до контрольних величин з наступним зростанням показника на 21-шу добу.

Різке збільшення оксипроліну в печінковій тканині при комбінованому впливі на 7-му добу до 14-ї

Таблиця 2. Динаміка змін оксипроліну в паренхімі печінки

Терміни експерименту	Контроль n=6	Лазер n=6	Лазер + Кріо n=6	Кріо n=6
7 доба p	0,123±0,007	0,1967±0,005 <0,001	0,298±0,017 <0,001	0,164±0,005 <0,01
14 доба p	0,126±0,008	0,1763±0,008 <0,01	0,1747±0,007 <0,01	0,126±0,008 >0,05
21 доба p	0,124±0,006	0,1361±0,006 >0,05	0,1605±0,008 <0,01	0,133±0,006 >0,05

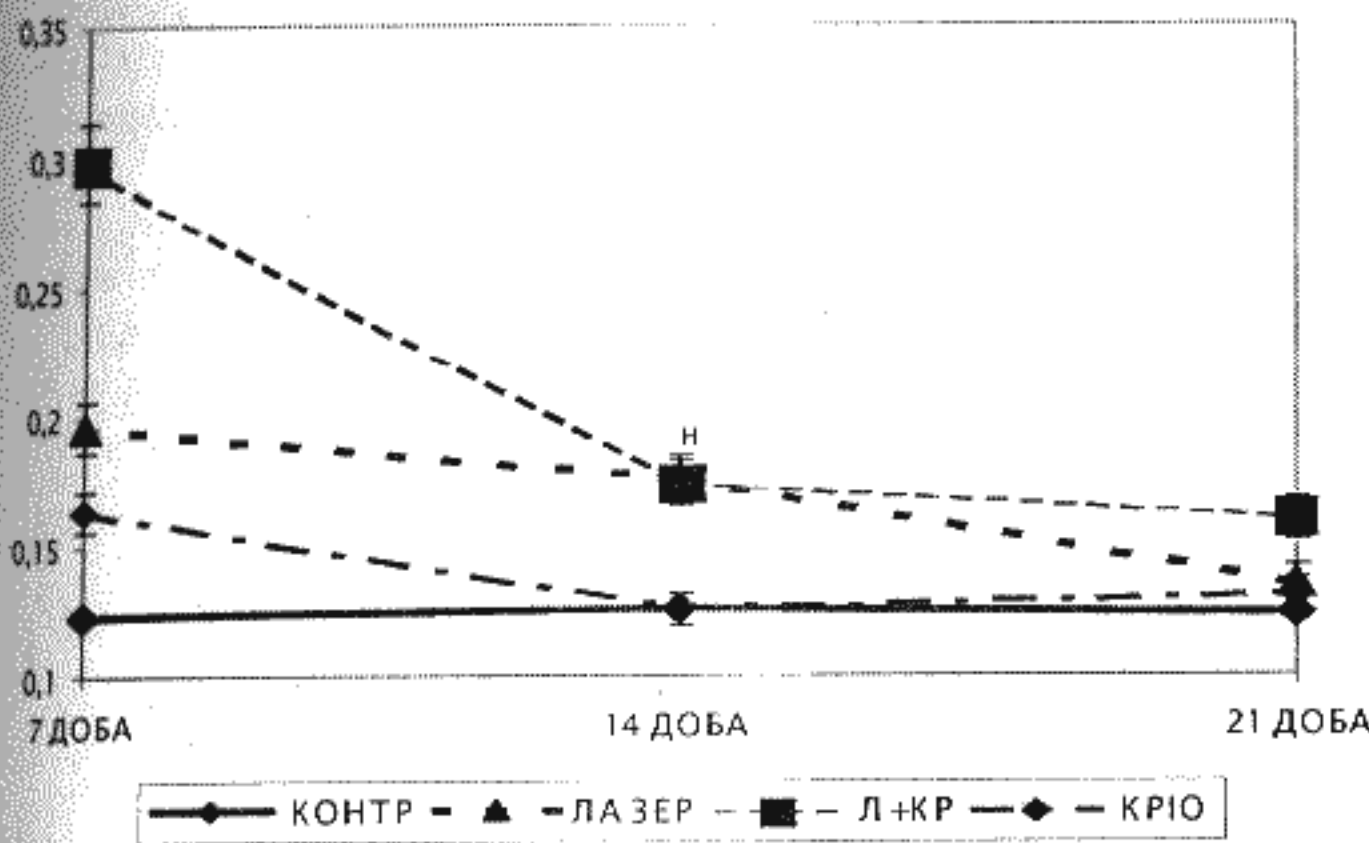


Рис. 2. Графік зміни рівня оксипроліну на 7-му, 14-ту, 21-шу добу.

знизилося, наближаючись до показників, визначених при кріодеструкції. До 21-ї доби зниження оксипроліну наблизилось до контролю.

Найбільш ранньою ознакою розвитку фіброзних змін у тканині печінки є збільшення рівня гексозаміну. До сьомої доби після лазерного опромінення кількість гексозаміну значно зросла в порівнянні з контролем. Дослідження, проведені на 14-ту добу після лазерного опромінення, показали різке зниження рівня гексозамінів, що наближається до контрольних величин. На 21-шу добу спостерігалось подальше зниження рівня даного показника до вихідних величин. Цей факт може мати відношення до фіброклазії, тобто зворотного розвитку рубцевих змін у паренхімі печінки (табл. 3).

Таблиця 3. Динаміка змін гексозамінів у паренхімі печінки

Терміни експерименту	Контроль n=6	Лазер n=6	Лазер + Кріо n=6	Кріо n=6
7 доба p	0,22±0,008	0,356±0,013 <0,001	0,28±0,121 >0,05	0,28±0,009 <0,01
14 доба p	0,226±0,009	0,222±0,006 >0,05	0,2964±0,009 <0,01	0,2614±0,01 <0,05
21 доба p	0,222±0,008	0,221±0,007 >0,05	0,265±0,022 <0,05	0,29±0,008 <0,001

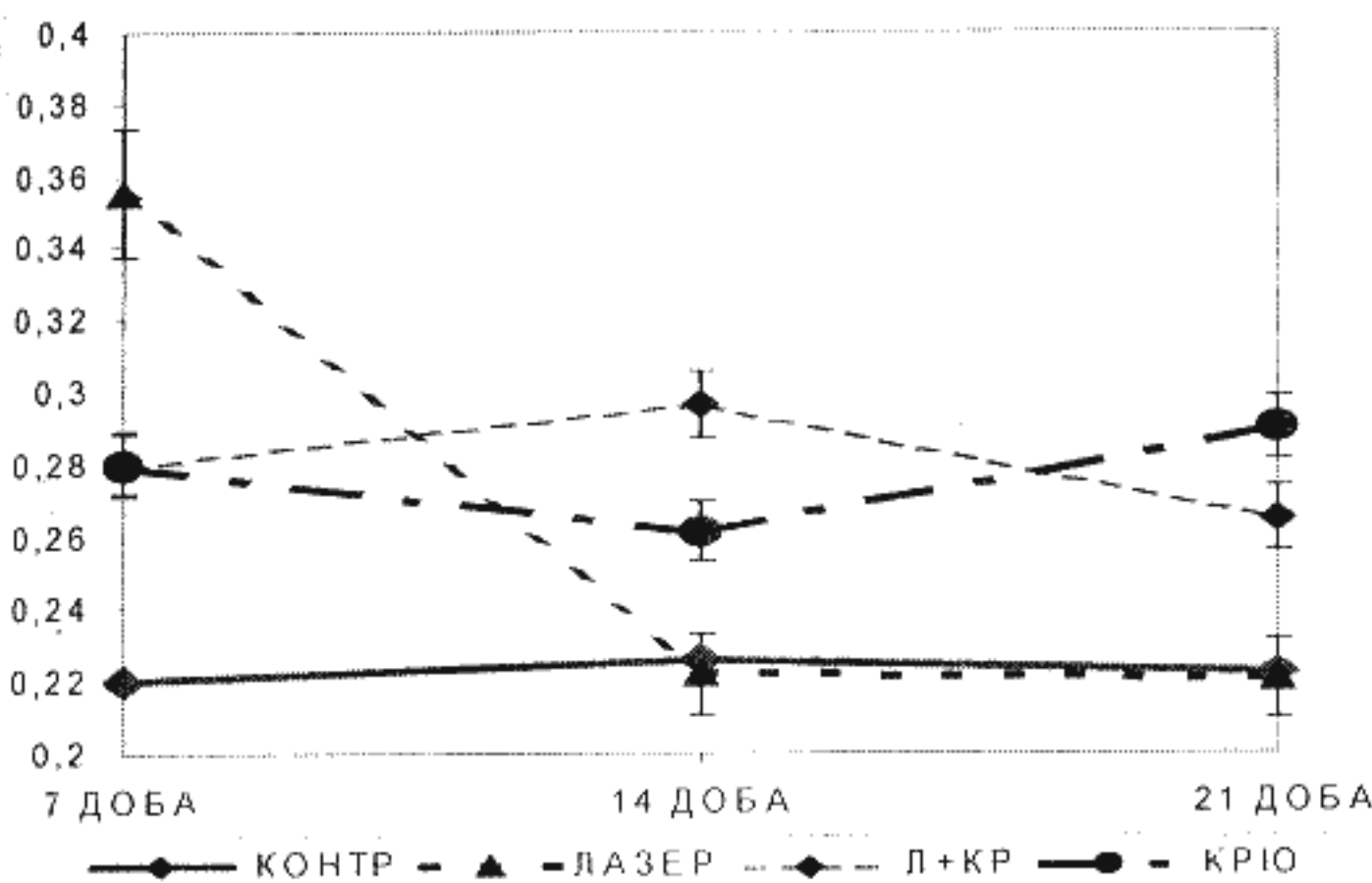


Рис. 3. Графік зміни рівня гексозаміну на 7-му, 14-ту, 21-шу добу

Кріодеструктивне втручання визначило значне збільшення гексозамінів у печінковій тканині на 7 добу в порівнянні з контролем. До 14-ї доби відзначалося незначне зниження показника, а до 21-ї доби зростання останнього перевищувало показник 7-ї доби (рис. 3).

Динаміка рівня гексозамінів при комбінованому впливі показала збільшення показників на 7-му і 14-ту добу, яке на 21-шу добу поверталось до вихідних значень.

Висновки. 1. Виходячи з отриманих результатів, була відстежена тенденція накопичення сполучної тканини в рановому дефекті печінки при лазерному опроміненні з поступовою нормалізацією показника до 14-ту і 21-шу доби.

2. При кріодеструкції посилена колагенізація рубця на 7-му добу, до 14-ї мала тенденцію до зниження. На 21-шу добу процес утворення колагенових волокон у рубці починав незначно зростати.

3. Комбінований вплив призводив до різкого збільшення фіброзу печінкової паренхіми на 7 добу. Подальший перебіг процесів рубцювання дозволяє

розглядати динаміку змін у паренхімі печінки порівняно з такими при фіброклазії.

Таким чином, нам здається можливим характеризувати процес утворення фіброзно-грануляційної тканини при комбінованому кріолазерному впливі як більш об'ємний і, як не парадоксально, менш травматичний.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зубкова С. М. Применение лазеров в медицине: Сборник метод. рекомендаций, методик и науч. докл. по лазерной медицине / Под ред. Ю.Ф. Исакова. — К.: Здоров'я, 1996. — С. 134-137.
2. Н.Б. Ситковский, В.И. Гераськин, В.В. Шафранов, М.М. Новак. Лечение гемангиом у детей жидким азотом. — К.: Здоров'я, 1986. — 186 с.
3. Липшиц Р.У., Звягинцева Т.В. Межклеточные взаимодействия в раневом процессе // Клин. аспекты теорет. медицины. - 1999. - № 4. - С. 120-123.

4. Николаева Н.Г., Мельниченко М.Г., Годлевская Е.В. Применение лазеров в биологии и медицине. — К.: Здоров'я, 1995. - С. 154-157.
5. Серов В.В., Шехтер Ф.Б. Соединительная ткань. — М.: Медицина, 1981. - 312 с.
6. Шафранов В.В., Короткий Н.Г., Таганов А.В., Борхунова Е.Н. Келлоидные и гипертрофические рубцы: клиничко-морфологические параллели // Дет. хир. - 1998. - № 4. - С. 30-34.
7. Shafranov V.V., Denisov-Nicolsky Yu.I., Mazokhin V.N. et al. // Surg. Childh. Intern. - 2001. - № 4. - P. 294-301.

УДК 616.37-002.1:092.9

Внутрішньобурсальне введення розчинів нейропептидів при лапароскопічних операціях з приводу гострого деструктивного панкреатиту з лікувальною та профілактичною метою для запобігання розвитку післяопераційної спайкової хвороби

В.М. ДЕМИДОВ, С.М. ДЕМИДОВ, С.О. КУЛИШ, А.І. БОНДАРЄВ, А.В. ЛЕВИТСЬКИЙ, О.І. КАСАТКІН

Одеський державний медичний університет

NEUROPEPTIDES INTRABURSAL ADMINISTRATION THROUGHOUT LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN CASE OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS WITH CURATIVE AND PROPHYLACTIC AIMES FOR AFTEROPERATIONAL ADHESIONS FORMATION PREVENTING

V.M. DEMYDOV, S.M. DEMYDOV, S.O. KULISH, A.I. BONDAREIV, A.V. LEVYTSKY, O.I. KASATKIN

Odessa State Medical University

В статті подано матеріал клінічних спостережень за хворими на гострий деструктивний панкреатит, яких було ліковано шляхом застосування малоінвазивних технологій – при лапароскопічних операціях. Описано новий метод виконання операції, запропонований авторами, – інтраопераційне введення розчинів синтетичних аналогів нейропептидів даларгіну та сандостатину у сальникову сумку, що значно покращує перебіг післяопераційного запального процесу, сприяє відновленню функціонального стану підшлункової залози. Ще одне нововведення авторів полягає в тому, що впродовж лапароскопічної операції внутрішньобурсально вводять розчини даларгіну, фібринолізіну та фраксипарину з метою запобігання спайкової хвороби у післяопераційний період. Перебіг післяопераційного періоду за таких умов лікування при лапароскопічних операціях був значно кращим, без епізодів загострення та без утворення післяопераційних спайок. Хворі раніше були виписані з хірургічного стаціонару, що свідчить також про значний економічний ефект від оригінального методу, який запропоновано та впроваджено авторами.

Article presents clinical data concerning acute destructive pancreatitis patients treatment using mini-invasive technology – during the laparoscopic operations. Authors proposed the new idea – neuropeptide analogs dalargin and sandostatin intraoperational intrabursal administration that significantly makes easier the postoperativel period for patients and leads to pancreatic gland functions improving. Authors proposed also the following new idea – dalargin, fibrynolisin and fraxyparin were administered intrabursally also during the laparoscopic operation for the postoperativel adhesions formation preventing. The recovery period in such patients was casier and quicker without the episodes of acutization and postoperativel adhesions development. The patients were shortly out of the surgical clinic that proved the sughnificant economical efficiency of the proposed original method.

Вступ. Останніми роками неухильно збільшується кількість хворих із гострими панкреатитами, значну кількість з яких становлять гострі деструктивні панкреатити (ГДП) [2, 4, 7]. Сучасна терапія хворих на ГДП застосовує лише препарати, здатні нормалізувати зовнішньосекреторну функцію підшлункової залози (ПЗ), що, принаймні, виправдано часом та клінічним перебігом захворювання [6, 9]. Але останнім часом з'являються дані щодо залучення печінки до патологічного процесу

за умов ГДП та розвитку синдрому поліорганної недостатності у вказаного контингенту хворих, що робить перебіг захворювання значно важчим [9, 15]. Тобто проблема лікування хворих із ГДП набуває значної актуальності через відомі статистичні показники збільшення захворюваності та кількості ускладнень у пацієнтів за умов даної патології.

Розробку і широке впровадження в клінічну практику ендовідеохірургічних технологій можна назвати одним з найбільш значимих досягнень су-

часної медицини. Особливої популярності та ефективності досягли лапароскопічні методи діагностики і лікування. Зі збільшенням досвіду лапароскопічних операцій (ЛО) істотно розширилися показання до їхнього виконання. Отже, останніми роками акцент при комплексному лікуванні хворих на ГДП робиться на використання малоінвазивних (ендоскопічних) методів діагностики та лікування – установки стентів, видалення конкрементів панкреатичної протоки, папілосфінктеротомії [4, 7]. Наш досвід, а також дані провідних вітчизняних хірургічних клінік [3, 7] показує, що післяопераційний період у цих хворих перебігає тяжче та супроводжується вираженим больовим синдромом, парезом кишечника і проявами ендотоксикозу.

Вважають, що нейропептиди підсилюють репаративні процеси при гострому ураженні клітин підшлункової залози, мають антиоксидантну, мембраностабілізуючу та антистресорну дії за умов зазначеної патології [19-22]. Поєднання позитивних ефектів застосування опіоїдних пептидів з перевагами малоінвазивних оперативних втручань було використано нами для поліпшення результатів лікування хворих із ГДП.

Але останніми роками нами було помічене формування спайкової хвороби (СХ) в ранній післяопераційний період в даного контингенту хворих, що є значним ускладненням при ЛО. У цьому зв'язку слід зазначити, що проблема запобігання розвитку СХ в післяопераційний період актуальна і дуже важлива для всієї абдомінальної хірургії [1, 11]. При цьому слід зазначити, що інтраабдомінальні адгезії є наслідком будь-яких оперативних втручань на органах черевної порожнини, що нерідко сприяє подальшій інвалідизації хворих, а також значному погіршенню їх якості життя в післяопераційний період через формування хронічного больового синдрому [5, 12]. Частота розвитку післяопераційних спайок складає 60-95 % при загальнохірургічних операціях, а також до 97 % – після нелапароскопічних операцій на органах малого таза [5, 8, 10, 16]. Післяопераційне утворення спайок можливе після всіх типів хірургічної травми, незалежно від характеру впливу на тканини.

Впродовж останніх років ми застосовуємо нову тактику оптимізації лікування хворих на ГДП через сумісне вживання даларгіну та сандостатину. Враховуючи фармакодинамічні та біохімічні обмеження, які неодмінно постають на шляху великих за розміром молекул нейропептидів у кровоносному руслі та лімітують термін реалізації ними панк-

реатопротекторних ефектів, ми застосували два шляхи введення препаратів – внутрішньовенний та внутрішньобурсальний. Таким чином, метою цього повідомлення є підсумовування ефективності внутрішньовенного та внутрішньобурсального введення даларгіну та сандостатину у хворих на ГДП. Додатковою метою було вивчення комплексного профілактичного впливу впродовж ЛО в аспекті профілактики формування СХ в ранній післяопераційний період.

Матеріали і методи. Протягом 2000-2003 рр. у відділеннях хірургії МКЛ №2 м. Одеси з використанням ендовідеохірургічного обладнання фірм “Карл Шторц” і “Етикон” виконано 74 ЛО з приводу ГДП. Вік хворих становив від 31 до 56 років. Остаточний діагноз ГДП виставляли після комплексного клініко-лабораторного обстеження хворих, аналізу даних ультразвукового дослідження органів черевної порожнини, ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, оглядової рентгенограми панкреатичної ділянки, показників біохімічного та загальноклінічного дослідження крові. Загальноприйнятими засобами в сироватці крові хворих визначали активність амілази, ліпази, трипсину та інгібітора трипсину. Хворим проводили ретельне фізикальне дослідження. Визначали інтенсивність болю, його локалізацію та тривалість. Ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини пацієнтів проводили за допомогою ультразвукової багатоцільової скануючої системи “Echovision SSD-250” (“Aloka”). УЗД ми використовували при больовому синдромі в епігастральній зоні, пальпаторному визначенні больових відчуттів в проекції залози або при необхідності визначення пухлиноподібного утворення.

Виділяли такі групи дослідження: а) контрольна група – практично здорові особи (n=26); б) I група – хворі на ГДП, яким застосовували загальноприйнятту тактику лікування – ЛО та подальше післяопераційне лікування (n=34); в) II група – хворі на ГДП, яким впродовж ЛО внутрішньобурсально вводили даларгін та сандостатин (n=40), а також додатково, з метою попередження надлишкового спайкоутворення, в післяопераційний період в сальникову сумку вводили даларгін (5 % розчин 0,005 г сухої речовини), 40000 ОД фібринолізину і 1,0 мл (10250 МО) фраксипарину в 200 мл фізіологічного розчину.

Окремій групі хворих додатково до так званої базової (традиційної) терапії ми добавляли даларгін

та сандостатин внутрішньовенно (один раз на добу, об'ємом 0,02 мл протягом 5 діб або більше до зникнення основного симптомокомплексу) та внутрішньобурсально (два рази на добу, об'ємом 0,02 мл до сальникової сумки через мікроіригатор, який встановлювали під час лапароскопічного втручання). Під час ЛО у безсудинній ділянці шлунково-ободової зв'язки за допомогою електрокаутера та дисектора робили вікно, достатнє для введення у порожнину сальникової сумки дренажної трубки. В разі необхідності її дренажування вводили інший дренаж до Вінслового отвору. Дренажі виводили із черевної порожнини через додаткові порти у правому та лівому підребер'ї. У післяопераційний період усім хворим проводилася інтенсивна інфузійно-корегуюча й антибактеріальна терапія.

Отримані дані обраховувались статистично.

Результати досліджень та їх обговорення.

У хворих на ГДП за умов застосування різних методик лікування зменшувалася тривалість болю впродовж доби (у 53 та 95 % хворих, відповідно, I та II груп). При лікуванні ГДП із парентеральним та внутрішньобурсальним введенням даларгіну та сандостатину суттєво (в 2,6 рази, $P < 0,01$) зростала кількість хворих, у котрих внаслідок лікування зникали больові відчуття. За цих умов зменшувалася також кількість пацієнтів, які відчували слабкий, помірний та інтенсивний біль (в 1,5 рази, $P < 0,05$). Враховуючи тривалість становлення болю, його інтенсивність, а також зміни кількості хворих з боєм різної інтенсивності до та після проведеного лікування виявлено значно більшу ефективність методики лікування, яку призначали пацієнтам II групи, порівняно з базовою терапією ($P < 0,05$).

Перебіг ГДП у хворих характеризувався значною зміною ферментативної активності сироватки крові, про що свідчили показники гіперліпаземії, гіперамілаземії та гіпертрипсинемії, а також зниження активності інгібітора трипсину ($P < 0,01$ стосовно відповідних показників у відносно здорових осіб). При цьому застосування базової терапії впродовж 7-денного терміну сприяло зменшенню активності ліпази, амілази ($P < 0,05$) та трипсину ($P < 0,05$), а також зростанню активності інгібітора трипсину ($P < 0,05$). За умови доповнення базової терапії парентеральним та внутрішньобурсальним введенням нейропептидів досліджувані показники суттєво відрізнялися від тих, що ми їх отримали лише при застосуванні базової терапії ($P < 0,05$).

У всіх хворих на ГДП при УЗД реєструвалася

дифузна гіперехогенність та неоднорідність структури зображення тканини підшлункової залози різного ступеня, ознаки набряку залози були помітні у 23 пацієнтів.

При УЗД у хворих на ГДП, яких додатково до базової терапії лікували введенням даларгіну та сандостатину, в 91 % випадків відмічалася низька інтенсивність ехосигналу та неоднорідна структура зображення. У інших осіб реєструвалася висока інтенсивність ехосигналу та неоднорідна структура зображення тканини залози. Збільшення розмірів жовчного міхура внаслідок проведеного лікування відзначалося лише у 3 пацієнтів II групи. Пацієнти II групи, яким ми внутрішньовенно та внутрішньобурсально вводили даларгін та сандостатин, проводили в хірургічному стаціонарі в середньому на 7-9 діб менше порівняно з пацієнтами, яким застосовували лише базову терапію ($P < 0,05$).

Щодо виникнення післяопераційних спайок, слід вказати, що в жодного з 40 пролікованих нами хворих II групи (яким при ЛО внутрішньобурсально вводилися даларгін, фібринолізин і фраксипарин) не відзначався розвиток післяопераційної СХ протягом періоду від 2 місяців до 2 років. При відсутності даного виду впливів відзначалися післяопераційні спайки в 45 % хворих I групи (15 осіб), що характеризувалося розвитком тривалого больового синдрому.

Висновки. Таким чином, дані, що ми їх отримали, свідчать про виразну ефективність комплексного методу лікування хворих на ГДП шляхом доповнення традиційної базової терапії внутрішньовенним та внутрішньобурсальним введенням розчинів нейропептидів – даларгіну та сандостатину. Перевага комплексного методу лікування, який ми застосовуємо, полягає в якісно більш ефективній та скорішій нормалізації активності панкреатичних ферментів сироватки крові, усуненні больового симптомокомплексу, нормалізації даних УЗД тканини підшлункової залози.

До цього слід додати, що запропонований та впроваджений нами спосіб дренажування сальникової сумки впродовж ЛО з наступним введенням у її порожнину розчинів даларгіну, фібринолізину та фраксипарину дозволяє з високою ефективністю перешкоджати розвитку СХ у ранній післяопераційний період.

Все вказане сприятиме значному економічному та соціальному ефектам, оскільки вже на підставі наших даних видно, що в разі вживання ме-

тоду комплексного лікування, який ми пропонуємо, кожен хворий перебуває в лікарні в середньому на 7-9 днів менше. Соціальна ефективність впровад-

женого методу лікування ГДП та запобігання спайкоутворенню також зрозумілі, якщо взяти до уваги найбільш працездатний вік хворих на ГДП.

ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев А.А. Профилактика спаечной болезни брюшной полости // Хирургия. – 1998. – № 3. – С. 65-67.
2. Григорьевский В.П., Короткина Р.Н., Помелов В.С. и соавт. Даларгин в предотвращении острого послеоперационного панкреатита // Клини. хирургия. – 1989. – № 11. – С. 9-12.
3. Демидов В.М., Демидов С.М. Наш опыт внутрибурсального введения даларгина и сандостатина при лапароскопических вмешательствах у больных панкреонекрозами // Тез. докл. 7-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 2003. – С. 125-126.
4. Ивашкин В.Т. Прогноз развития гастроэнтерологии на ближайшие 10 лет // Российский журнал гастроэнтерол. гепатологии и колопроктологии. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 7-13.
5. Кригер А.Г., Андрейцев И.Л., Воскресенский П.К. Острая спаечная кишечная непроходимость: возможности диагностики и лечения лапароскопическим методом // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 11. – С. 41-45.
6. Пат. 3393 А Україна. МПК А61В17/00. Спосіб лікування гострого панкреатиту / Ничитайло М.Ю., Вансович В.Є., Дмитрієв Б.І., Демидов В.М. Заявл. 12.05.99; Опубл. 15.02.01 // Бюл. №1.
7. Пенин В.А., Емельянов С.И., Рыбаков Г.С. и соавт. Энтеральная коррекция гомеостаза при остром панкреатите // Хирургия. – 1996. – № 2. – С. 8-11.
8. Рон Бен-Авраам, Рабау М., Клогер И. Внутрибрюшные спайки // Международный медицинский журнал. – 1998. – № 5. – С. 422-427.
9. Саенко В.Ф., Лупальцов В.И., Бабенков Г.Ф. и соавт. Применение сандостатина в комплексном лечении острого панкреатита и его осложнений // Клини. хирургия. – 1999. – № 10. – С. 5-7.
10. Северцев А.Н., Шуплова Е.Н., Ремизов М.В., Александров В.Е. Резекция печени: течение послеоперационного периода и использование аналога соматостатина (сандостатина) для предупреждения развития осложнений // Хирургия. – 2001. – № 11. – С. 61-65.
11. Семенов В.А., Бомбушкар І.С., Мірошніченко Є.Ю. Профилактика спаечного процесса органов черевной полости в эксперименте // Український мед. альманах. – 2000. – Т. 3, № 3. – С. 136-138.
12. Семенова Т.В., Бомбушкар І.С., Мірошніченко Є.Ю. та ін. Профилактика спаечного процесса органов черевной полости // Шпитальна хірургія. – 2000. – № 1. – С. 130-133.
13. Соколов Л.К., Минускин О.Н., Саврасов В.М., Терновой С.К. Клинико-инструментальная диагностика болезней гепатопанкреатоудоденальной зоны. – М.: Медицина, 1987. – 267 с.
14. Цвиркун В.В., Григорьевский В.П., Босманов К.В., Бочарова В.С. Влияние регуляторных пептидов на эндокринную функцию поджелудочной железы при экспериментальном остром панкреатите // Бюл. эксперим. биологии и медицины. – 1989. – Т. 108, № 12. – С. 748-751.
15. Шалимов А.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. – К.: Наукова думка, 1990. – 272 с.
16. Alatas E., Gunal O., Alatas O., Colak O. Octreotide prevents postoperative adhesion formation by suppressing peritoneal myeloperoxidase activity // Hepatogastroenterology. – 2000. – Vol. 47. – P. 1034-1036.
17. Bruttomesso D., Fongher C., Silvestri B. et al. Combination of continuous subcutaneous infusion of insulin and octreotide in Type 1 diabetic patients // Diabetes Res. Clin. Pract. – 2001. – Vol. 51, № 2. – P. 97-105.
18. Citone G., Perri S., Nardi M. Jr. et al. Efficacy of somatostatin and its analogues in the treatment of acute pancreatitis: clinical retrospective study // J. Chir. – 2001. – Vol. 22, № 4. – P. 139-149.
19. Clemens A., Klevesath M.S., Hofmann M. et al. Octreotide (somatostatin analog) treatment reduces endothelial cell dysfunction in patients with diabetes mellitus // Metabolism. – 1999. – Vol. 48, № 10. – P. 1236-1240.
20. Delany H.M., Ali K.B., Trocino A.A. et al. Traumatic pancreatitis: method and effects of i.v. fluids and Sandostatin // J. Surg. Res. – 1996. – Vol. 60, № 1. – P. 41-48.
21. Matsumoto J., Kimura W., Kawauchi M. et al. Management of severe acute pancreatitis with a somatostatin analog in a patient undergoing surgery for dissecting thoracic aneurysm: report of a case // Surg. Today. – 1999. – Vol. 29, № 9. – P. 911-914.
22. Uhl W., Anghelacopoulos S.E., Friess H., Buchler M.W. The role of octreotide and somatostatin in acute and chronic pancreatitis // Digestion. – 1999. – Vol. 60, Suppl. 2. – P. 23-31.

УДК 616.381-22:615.55-08

Застосування відеолапароскопічної санації черевної порожнини в хворих на гострий розлитий перитоніт

Р.В. БОНДАРЄВ

Луганський державний медичний університет

THE USE OF VIDEOLAPAROSCOPIC SANITATION OF ABDOMEN IN PATIENTS WITH ACUTE DIFFUSED PERITONITIS

R.V. BONDAREV

Lugansk State Medikal University

Вивчені результати обстеження і лікування 40 хворих на гострий розлитий перитоніт (ГРП) віком 20-62 роки. У післяопераційний період у 20 хворих (основна група) проводилась відеолапароскопічна санація (ВЛС) черевної порожнини, а у 20 хворих (група порівняння) застосовувався внутрішньопротоковий лаваж (ВПЛ). Показано, що ВЛС в комплексному лікуванні хворих на ГРП є ефективним і малотравматичним методом, дає можливість візуально в динаміці оцінити перебіг запального процесу в черевній порожнині, видалити токсичний випіт, провести лаваж черевної порожнини і, таким чином, сприяє швидкому затуханню мікробнозапального процесу. Серед хворих, що обстежувались, з ВЛС у 17 була позитивна динаміка перебігу ГРП, у 3 встановлені показання до релaparотомії. У хворих з ВПЛ ускладнення спостерігались у 8 випадках. Установлено, що всі вони виникли на фоні тривалого несприятливого перебігу запального процесу в черевній порожнині.

The results of examining and treating of 40 patients with acute diffused peritonitis (ADP) aged 20-62 have been studied. 20 patients (the main group) had videolaparoscopic sanitation (VLS) of abdomen in postoperative period, while 20 patients (the comparative group) had sanitation of abdomen by means of intraduct lavage (IDL). It is noteworthy that VLS is an effective and slightly traumatic method, which makes it possible to assess the dynamics of inflammatory process in abdomen, to take away toxic perspiration, and to make abdomen lavage, thus leading in the long run to quick microboinflammatory process ending. 17 patients have demonstrated positive ADP dynamics, 3 patients have been in need of relaparotomy. 8 patients with VLS have shown complications, being developed against the background of long non-cupping inflammatory process in abdomen.

Вступ. Основним способом комплексного лікування хворих на гострий розлитий перитоніт (ГРП) є хірургічний, котрий дозволяє видалити джерело перитоніту і створити умови для адекватного дренажу черевної порожнини. Однак надалі для сприятливого перебігу запального процесу в черевній порожнині необхідний цілий комплекс лікувальних заходів як загальної, так і місцевої спрямованості. Серед методів місцевого лікування необхідно виділити таку численну і широко використовувану групу, як методи запланованої релaparотомії. Більшість з них мають багаторічну історію застосування. Проте подальше удосконалення техніки, поява нових методик, що часом комбінують кілька факторів впливу, дозволяє істотно змінити погляди на їхню роль і місце в комплексі лікувальних заходів. Останнім часом у хірургічній практиці

одержує поширення метод відеолапароскопічної санації черевної порожнини (ВЛС), що дозволяє оцінити динаміку перебігу перитоніту, діагностувати на ранніх стадіях післяопераційні ускладнення, здійснювати санацію черевної порожнини в післяопераційний період [1, 2].

Матеріали і методи. Вивчені результати обстеження і лікування 40 хворих на ГРП у віці від 20-62 років. Для поділу хворих з перитонітом залежно від ступеня поширеності запального процесу в черевній порожнині і ступеня важкості стану хворих користувались класифікацією В.Д. Федорова [4], Б.Д. Савчука [3]. Основною причиною розвитку ГРП були травматичні ушкодження органів черевної порожнини – 12, післяопераційний перитоніт – 12, гостра кишкова непрохідність – 11, перфоративна

виразка дванадцятипалої кишки – 3, гострий деструктивний апендицит – 2. Серед хворих, що спостерігалися, переважали пацієнти з тяжким і у край тяжким перебігом захворювання (оцінка тяжкості фізичного стану проведена за шкалою SAPS). У всіх хворих відзначені явища синдрому системної запальної відповіді (SIRS), у тому числі в 13 пацієнтів – синдром множинних органних порушень, відповідно до критеріїв шкали SOFA.

Усі хворі одержували комплексне лікування, що передбачає поєднання різних способів впливу на патогенетичні ланки патологічного процесу.

Оптимальним оперативним доступом служила серединна лапаротомія. У хворих з післяопераційним перитонітом доступ здійснювали шляхом зняття швів з операційної рани. Після усунення джерела перитоніту черевну порожнину промивали фурациліном, електрохімічно активованими розчинами. Оперативне втручання завершували інтубацією тонкої кишки, дренажуванням черевної порожнини з контрапертурами в обох клубових ділянках і підреб'ях. У післяопераційний період в 20 хворих (основна група) проводили відеолапароскопічну санацію черевної порожнини, а в 20 хворих (група порівняння) здійснювали санацію черевної порожнини, використовуючи внутрішньопротоковий лаваж (ВПЛ).

Санаційну відеолапароскопію проводили в операційній під загальним знеболюванням. Видаляли рукавично-трубчасті дренажі. На початку через одну з контрапертур (переважно в лівій клубовій ділянці) під контролем пальця вводили троакар лапароскопа. Потім на рани контрапертур, у тому числі і рану введеного лапароскопа, накладали стягуючі капронові шви через усі шари черевної порожнини, таким чином забезпечували герметичність черевної порожнини при накладанні пневмоперитонеуму. Мінімальний внутрішньочеревний тиск складав 10-12 мм рт.ст. Для накладання пневмоперитонеуму використовували вуглекислоту, що розсмоктується швидше, ніж атмосферне повітря. Після відеолапароскопічної ревізії додатково вводили троакари через інші контрапертури, не знімаючи швів, а також, при необхідності, через лапаротомну рану у верхній чи нижній її третинах. Технічних труднощів при проведенні троакара між швами не виникало.

Під час ВЛС здійснювали усунення пухких вісцеро-вісцеральних і вісцеропарієтальних зро-

шень. Петлі кишечника відсували маніпулятором, евакуювали перитонеальний ексудат із промиванням черевної порожнини розчинами антисептиків, оцінювали стан петель кишечника, накладених кишкових швів. Здійснювали введення лікарських препаратів у клітинні простори. Під час дослідження брали перитонеальний ексудат для бактеріологічного дослідження і висікали ділянки парієтальної очеревини для оцінки динаміки запального процесу в черевній порожнині і визначення необхідності повторних ВЛС і термінів їхнього проведення.

Мікробіологічні дослідження ексудату черевної порожнини проводили уніфікованими методами, а також визначали кількість мікроорганізмів у 1 мл ексудату.

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою "Excel" на комп'ютері OEM IBM PC/AC Pentium. Для оцінки вірогідності розходження даних використовували критерій Стюдента.

Терміни виконання ВЛС склали 18-24 години після операції. У 15 хворих для одержання позитивного результату потрібні були дві ВЛС, у 5 – три ВЛС.

Результати досліджень та їх обговорення. При вивченні мікрофлори черевної порожнини в хворих, що спостерігались, виявлений значний поліморфізм збудників. Із загальної кількості посівів у чистій культурі мікроби виділені в 6,7 % випадків, а в асоціації – у 93,3 %. Провідну роль в розвитку захворювань, що супроводжувались перитонітом, і післяопераційних гнійних ускладнень грала грамнегативна мікрофлора, бактероїди та інша анаеробна флора. Серед грампозитивних мікробів більшість склали стафілококи, частіше *Staph. epidermidis* (15,6 %) і *Staph. aureus* (11,8 %) (табл. 1). Рідше виділялися *Str. pyonenes* (4,9 %) і *Str. faecalis* (5,8 %). У деяких грамнегативних бактерій переважали *E. coli* (36,9 %), рідше *Ps. aeruginosa* (5,8 %), *Enterobacter spp.* (5,8 %). У 17,3% хворих виявлені клінічні й операційні ознаки, патогномонічні для анаеробної неклостридійної інфекції. Це дозволило нам припустити її участь у запальному процесі. Позитивні посіви крові виявлено у 9 хворих. В асоціації мікроорганізми були представлені двома, трьома видами. З грампозитивними мікроорганізмами найчастіше висівалися *P. aeruginosa* і *E. coli*. *Proteus mirabilis* в основному сполучався з грамнегативними мікробами.

Таблиця 1. Мікробне обсіювання черевної порожнини у хворих основної групи

№№ з/п	Видова приналежність збудника	Кількість штамів	
		абс.	%
Грампозитивні бактерії			
1.	Staph.epidermidis	16	15,6
2.	Staph.aureus	12	11,8
3.	Str.pyogenes	5	4,9
4.	Str.faecalis	6	5,8
5.	Peptococcus spp.	1	0,9
6.	Cd.mitis	6	5,8
Всього:		46	44,8
Грамнегативні бактерії			
1.	E.coli	39	36,9
2.	Ps.aeruginose	6	5,8
3.	Enterobacter spp.	6	5,8
4.	Klebsiella spp.	3	2,9
5.	P.mirabilis	2	1,9
6.	Acinetobacter spp.	2	1,9
Всього		58	55,2
Разом		104	100

У результаті проведеного дослідження звертають на себе увагу істотні розходження в основній і групі порівняння при оцінці динаміки характеру мікрофлори ексудату черевної порожнини в процесі лікування.

При ВЛС черевної порожнини удавалося впливати на всі компоненти мікрофлори і, в першу чергу, грампозитивну і анаеробну мікрофлору, частота виділення якої, відповідно, до 5-7-ї доби лікування склала 2,7 % і 0,6 % (рис.1).

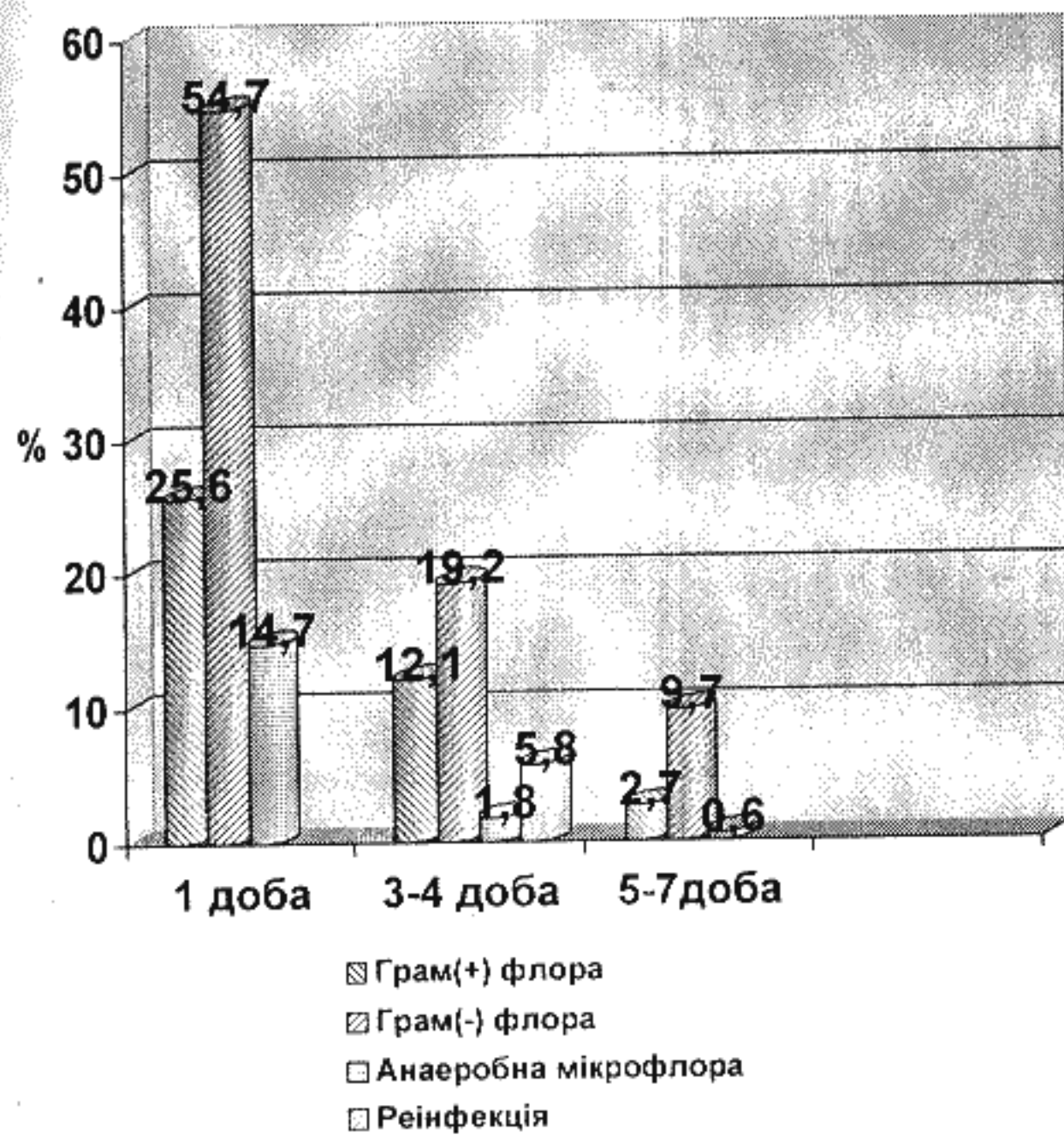


Рис. 1. Динаміка мікрофлори при ВЛС черевної порожнини у хворих із сприятливим результатом.

При сприятливому перебігу запалення в черевній порожнині на цей час значно зменшилась кількість випадків виявлення грамнегативної флори – 9,7 %. На 3-4-ту добу у 5,8 % випадків спостерігалось реінфікування, в основному за рахунок грампозитивної мікрофлори.

На рис. 2 представлені дані, що характеризують якісний склад мікрофлори при проведенні ВПЛ. На 5-7-му добу лікування спостерігалась незначна якісна динаміка мікрофлори. Швидше за інших з

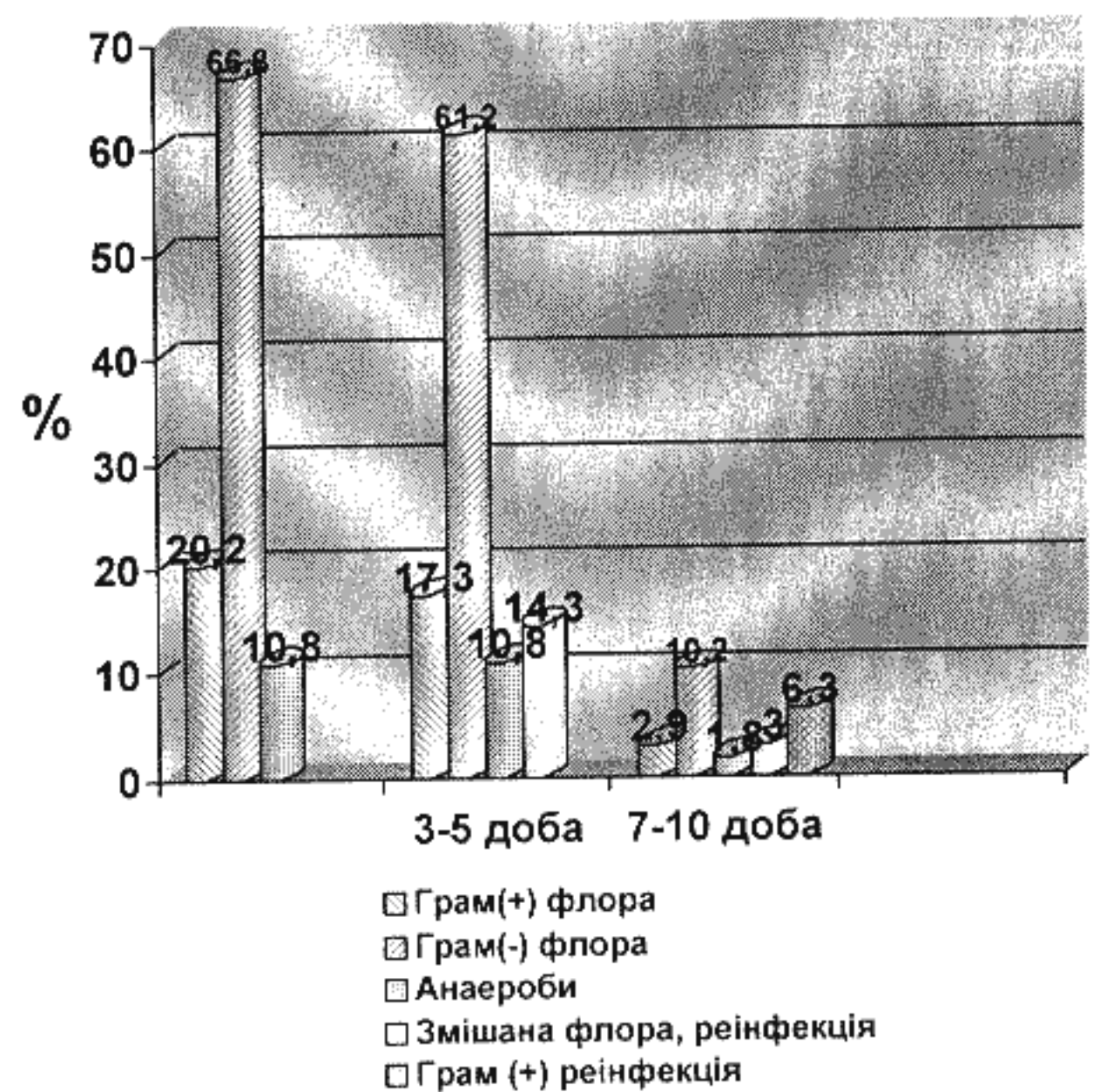


Рис. 2. Динаміка мікрофлори при ВПЛ черевної порожнини в післяопераційний період.

20,2 до 17,3 % зменшилось виділення грамполозитивної мікрофлори. Значно повільніше удавалось санувати черевну порожнину відносно грамнегативної мікрофлори. В порівнянні з іншими видами мікрофлори анаеробний компонент залишався на тому ж рівні. Слід також відмітити, що на 3-5-ту добу в 14,3 % випадків спостерігалось реінфікування черевної порожнини, в основному за рахунок змішаної мікрофлори, як грамполозитивної, так і грамнегативної. При цьому досить часто зустрічались асоціації мікроорганізмів у поєднанні з синьогнійною паличкою. До 7-10-ї доби лікування при сприятливому перебігу запального процесу в черевній порожнині значно зменшувалась кількість випадків виявлення грамполозитивної і грамнегативної мікрофлори, але в 6,3 % випадків спостерігалось реінфікування черевної порожнини.

Поряд з якісним вивченням мікрофлори був вивчений і її кількісний склад у динаміці. Під час первинної операції в черевній порожнині виявлялось велике скупчення мікрофлори в кількості до 10^{12} в 1 мл ексудату і більше. Після усунення джерела перитоніту, санації черевної порожнини кількість мікрофлори в черевній порожнині різко зменшувалась і склала в 27,4 % спостережень 10^8-10^6 , у 39,2 % спостережень 10^6-10^4 і в 33,3 % спостережень – 10^4-10^2 у 1 мл ексудату.

Під час першої ВЛС велика кількість мікрофлори, до 10^{12} , виявлялась у 8 % випадків хворих із грамнегативною флорою, як правило, в асоціації з бактероїдами. В інших спостереженнях кількість мікрофлори в черевній порожнині в середньому склала 10^6-10^8 в 1 мл ексудату. У той же час у місцях скупчення гнійного ексудату (зона джерела перитоніту) виявлялась кількість мікрофлори в середньому від 10^8-10^{10} в 1 мл ексудату і більше.

При сприятливому перебігу до 3-ї доби лікуван-

ня в пацієнтів кількість мікрофлори знижувалась до 10^5-10^6 у 1 мл ексудату, а до 5-ї доби досягала 10^4 бактерій у 1 мл.

Тоді як у хворих із ВПЛ черевної порожнини до 3-4-ї доби в 37,1 % спостережень відзначалось накопичення мікрофлори до 10^{10} у 1 мл ексудату, у 62,9 % кількість мікрофлори в 1 мл ексудату утримувалось в межах 10^8-10^6 . До 5-ї доби в 67,2 % хворих кількість мікрофлори в 1 мл ексудату утримувалась в межах 10^6-10^8 і лише в 32, 8% хворих досягала 10^5-10^6 бактерій у 1 мл. Усе це свідчило про те, що при ВПЛ недостатньо санувались зони формування абсцесів, що у наступну добу лікування сприяло обсіюванню черевної порожнини новими порціями мікробів і тим самим підтримувало запальний процес.

Серед хворих, що спостерігалися з ВЛС, у 17 виявлена позитивна динаміка перебігу розлитого перитоніту, що не вимагала активних методів лікування, у 3 на підставі даних ВЛС, встановлені показання до релапаротомії. Ускладнення відмічені у 3 випадках (неспроможність кишкових швів – 1, гангренозний холецистит – 1, прогресування ГРП – 1).

У хворих з ВПЛ ускладнення спостерігались у 8 випадках (кишкові нориці – 1, рання спайкова кишкова непрохідність – 2, нагноєння операційної рани – 5). Всі вони виникли на фоні довготривалого некупірованого запального процесу в черевній порожнині.

Висновок. ВЛС у комплексному лікуванні хворих на ГРП є ефективним і малотравматичним методом, дозволяє візуально в динаміці оцінити перебіг запального процесу в черевній порожнині, видалити токсичний випіт і провести лаваж черевної порожнини і, таким чином, сприяє швидкому затиханню мікробнозапального процесу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бондарев В.И., Аблицов Н.П., Базяк А.П. Внутрибрюшной лаваж в комплексном лечении больных с острым разлитым перитонитом // Клиническая хирургия. – 1995. – №5. – С. 18-20.
2. Буянов В.М., Родоман Г.В., Лаберко А.А. Программированная

санационная видеолaparоскопия при распространенном перитоните // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 1. – С. 13-15.

3. Савчук Б.Д. Гнойный перитонит. – М.: Медицина. – 1979. – 192 с.
4. Федоров В.Д. Лечение перитонита. – М.: Медицина. – 1974. – 112 с.

УДК 616.364-077

Лікування холедохолітіазу малоінвазивними технологіями

В.А. ШАПРИНСЬКИЙ, В.В. ТКАЧЕНКО, В.М. ТКАЧЕНКО

Вінницький національний медичний університет ім. М.І Пирогова
Вінницький обласний спеціалізований диспансер радіаційного захисту населення**TREATMENT OF A CHOLEDOCHOLITHIASIS BY MINI - INVASIVE TECHNOLOGYS**

V.A. SHAPRYNSKY, V.V. TKACHENKO, V.M. TKACHENKO

Vinnytsia State Medical University by M.I. Pyrohov
Surgical Department of Vinnitsa Regional Specialized Dispensary of Radiation Protection of the Population

Пропоновано комплексне обстеження та хірургічне лікування 48 пацієнтів з холедохолітіазом. Для діагностики холедохолітіазу та для вибору адекватної методики оперативного лікування застосовували оригінальний діагностичний алгоритм. Обґрунтовані показання до застосування різних методик лікування холедохолітіазу. Проведено порівняльний аналіз методик лікування холедохолітіазу у 48 хворих. Відмічено перевагу одноетапної лапароскопічної методики лікування холедохолітіазу.

The analysis of complex inspection and surgical treatment of 48 patients with a choledocholithiasis is shown. The hospital original algorithm for examination of the patients is used. Indications for the different operative interventions on choledochus performance were substantiated. The comparative analysis of technique treatment of choledocholithiasis at 48 patients is carried out. Advantage of a monostage laparoscopy techniques in treatment of a choledocholithiasis is marked.

Вступ. За даними вітчизняних та закордонних авторів, ЖКХ є найбільш поширеною патологією в світі і складає від 14 до 17 % [3, 6]. Переважна більшість закордонних та вітчизняних авторів повідомляють, що холедохолітіаз ускладнює перебіг холециститу в 5-23 % хворих [1, 2, 4, 7]. Враховуючи велику поширеність холедохолітіазу у хворих на ЖКХ, в останні роки інтенсивно розробляються лапароскопічні методики втручань на загальній жовчній протоці [2]. При всьому різноманітті підходів в лікуванні ЖКХ, ускладненої холедохолітіазом, кожний із них має свої переваги та недоліки. Незважаючи на це, в теперішній час та чи інша лапароскопічна методика лікування холедохолітіазу не має чітких показань та обґрунтування [4, 5].

Метою дослідження є проведення аналізу діагностичного алгоритму та результатів лікування ЖКХ, ускладненої холедохолітіазом, за допомогою сучасних малоінвазивних методів (лапароскопічне видалення каменів з холедоха під контролем холедохоскопу, лапароскопічна антеградна балонна дилатація великого сосочка дванадцятипалої кишки, ЛХ у сполученні з ЕПСТ) та обґрунтування показань і переваг кожної методики.

Матеріали і методи. Лапароскопічні втручання при холедохолітіазі виконуються з 1999 року. При цьому використовується лапароскопічне обладнання фірми "Страйкер" (США). Виконано 766 лапароскопічних холецистектомій при хронічному та гострому холециститі, з них холедохолітіаз спостерігався у 48 (6,3 %) випадках. Серед них жінок було 41, чоловіків – 7. Вік хворих був в межах від 23 до 73 років. Середній вік хворих – 42 роки. Холедохолітіаз спостерігали при гострому калькульозному холециститі у 17, при хронічному – у 31 хворого. Випадків виявлення первинних каменів холедоха не було. Холедохолітіаз був виявлений до операції у 41, встановлений під час операції у 5 хворих. На першому етапі загальноклінічних і лабораторних досліджень виявляли біохімічні зміни при холедохолітіазі (збільшення рівня білірубину, АЛТ, АСТ, лужної фосфатази). На другому етапі виконували ультразвукове дослідження жовчного міхура, позапечінкових жовчних шляхів для виявлення конкрементів, встановлення їх кількості, діаметра, запальних змін у перивезикальній ділянці, підшлунковій залозі. На третьому етапі виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію з можли-

вим виконанням ендоскопічної сфінктеротомії за показаннями.

Результати досліджень та їх обговорення. Втручання на загальній жовчній протоці виконані 48 хворим, які були поділені на 3 групи.

До I групи віднесені 18 хворих, яким проводили одноетапне лікування холедохолітіазу під час лапароскопічної холецистектомії (ЛХ): ЛХ у сполученні з папілодилатацією (ПД) сфінктера Одді і вимиванням каменів струменем рідини (16 випадків) та видалення каменів холедоха під контролем холедохоскопу кошиком Дорміа (2 випадки).

До II групи віднесені 20 хворих, яким виконували ЕПСТ у поєднанні з ЛХ.

До III групи віднесені 9 хворих з діагностованим холедохолітіазом, яким проводились традиційні лапаротомні втручання. Хворим першої групи під час ЛХ виконували інтраопераційні холангіограми, холедохоскопічну діагностику у випадках відсутності доопераційної РХПГ. При розмірах внутрішньопротокових конкрементів 1 см і менше перевагу в лікуванні холедохолітіазу віддавали папілодилатації. Але при наявності додаткового дорогого обладнання (спеціальний кошик Дорміа, адаптований під холедохоскоп з можливістю контактної ударно-хвильової або лазерної літотрипсії) обмежень використання методики ПД залежно від розміру конкрементів можна було б уникнути. Для виконання ПД використовували балонні катетери для ендоскопічних втручань довжиною 170 мм, діаметром 5,5 і 6 Fr, з балонами підвищеного тиску діаметром 8 і 12 мм та довжиною, відповідно, 3 і 4 см. Діаметр балона для папілодилатації підбирали залежно від діаметра холедоха: діаметр балона був завжди меншим за діаметр холедоха, однак балон завжди підбирався з діаметром на 1-2 мм більшим, ніж діаметр внутрішньопротокових конкрементів. Балонну ПД під час ЛХ проводили за розробленою нами оригінальною методикою. Після чого через катетер, введений у загальну жовчну протоку через розтин ductus cysticus, виконували промивання струменем розчину новокаїну 0,5 % 100,0 і гепарином 15 тис. од. протягом 20 хвилин. Дрібні конкременти, як правило, повністю вимивались з проток в дванадцятипалу кишку, більш великі конкременти, які застрявали у великому сосочку ДПК, успішно проштовхувались наполовину надутим балонним зондом або зондом Фогарті в ДПК. Після промивання проток виконувались контрольні інтраопераційні холангіограми, холедохоскопія. Втручання на загальній жовчній протоці у 4 хво-

рих I групи закінчили зовнішнім дренажуванням загальної жовчної протоки. Показаннями до зовнішнього дренажування холедоха у хворих I групи були: холангіт, численні дрібні камені холедоха, невпевненість в повній санації жовчних шляхів через труднощі в діагностиці холедохолітіазу проксимальних відділів жовчних шляхів. Лише в 1 випадку під час лапароскопічної холецистектомії ПД не мала успіху із-за наявності вклиненого конкременту діаметром 1,5 см в термінальному відділі загальної жовчної протоки, який не виявили за даними лапароскопічної інтраопераційної холангіографії. Через 5 днів після лапароскопічної операції хворій виконано лапаротомію, та загальна жовчна протока була успішно санована традиційними відкритими методами. Середній ліжкодень у хворих I групи становив 5,1 доби.

З післяопераційних ускладнень у хворих I групи був лише 1 випадок гострого панкреатиту, який успішно проліковано консервативно і на 8-му добу хворий виписався із стаціонару в цілком задовільному стані. Віддалені результати у пролікованих хворих прослідковані від 8 міс. до 3 років і відмічені, як задовільні.

До II групи віднесені 20 хворих, яким виконувалась ЛХ у поєднанні із сфінктеротомією. Хворим II групи виконували ФГДС, ЕРХПГ і при наявності показань сфінктеротомію. Перевагу ЕПСТ віддавали при наявності фіксованих конкрементів термінального холедоха, папілостенозу. ЕПСТ виконана 14 хворим за 1-3 доби до ЛХ, 6 хворим – через 2-3 доби після ЛХ. У 3 випадках ЕПСТ мала успіх в лікуванні резидуального холедохолітіазу. З вищеперахованих 20 хворих у 2 був діагностований холедохолітіаз у поєднанні із стенозуючим папілітом. Показаннями до використання ЕПСТ були: холедохолітіаз дистального відділу холедоха – у 18, ампулярний холедохолітіаз – у 2, фіксований конкремент великого сосочка ДПК – 2, стеноз великого сосочка ДПК – у 4. Після ЕПСТ спостерігались ускладнення: у 1 – панкреатит, у 3 – кровотеча із розсіченого сфінктера Одді. Ускладнення були успішно ліквідовані консервативними методами. У 2 хворих з холедохолітіазом і клінікою холангіту ЕПСТ не мала успіху через невідповідність діаметра папілотомного розтину діаметру каменів холедоха. Хворим виконано лапаротомію з традиційними відкритими методиками санації холедоха. М'які камені холедоха d-12-15 мм спостерігали в 1 випадку, в іншому – вклинений камінь у термінальному відділі загальної жовчної протоки d-13 мм. Всі хворі одужали і в задовільному стані виписані додому. Середній ліжкодень у хворих другої групи становив 5,8 доби.

До Ш групи віднесені 9 хворих, яким проводились традиційні лапаротомні втручання. Показаннями до лапаротомних операцій були: випадки холедохолітіазу з великими за діаметром (1 см і більше) каменями холедоха, в яких малоінвазивні методики не мали успіху, відсутність додаткового обладнання для малоінвазивних втручань (кошик Дорміа, адаптований під холедохоскоп, обладнання для контактної ударнохвильової літотрипсії, відсутність лапароскопічних голкотримачів та іншого). У всіх 9 випадках виявлені множинні або великі камені холедоха діаметром 1 см і більше, а також клініка механічної жовтяниці та холангіту. Цим хворим виконувалась лапаротомія з холедохотомією, видаленням каменів холедоха, дренажу холедоха за Керу в 5 випадках, за Вишневським – у 4; холедоходуоденостомії за Юрашем-Виноградовим виконано 4 пацієнтам. У 3 хворих лапаротомні втручання проводились після невдалих малоінвазивних втручань: ЕПСТ у поєднанні з ЛХ – в 2 випадках та ЕПД у поєднанні з ЛХ – в 1. У 2 випадках після лапаротомних операцій при холедохолітіазі спостерігалось підтікання жовчі після видалення холедохостомічного дренажу. Результати лікування у всіх випадках лапаротомних операцій задовільні. Середній ліжкодень у хворих, яким про-

водили лапаротомні операції, становив 15,3 доби.

Летальних випадків у 3 групах хворих не було.

Висновки. 1. Використання ФГДС, РХПГ у поєднанні із загальноклінічними дослідженнями в доопераційний період дозволяє вибрати найбільш ефективну методику лікування холедохолітіазу.

2. Інтраопераційна холангіографія, холедохоскопія ефективні та необхідні діагностичні методики під час проведення одноетапних лапароскопічних операцій, таких як: ЛХ у поєднанні з балонною дилатацією великого сосочка дванадцятипалої кишки, видалення каменів холедоха під контролем холедохоскопу кошиком Дорміа.

3. Метод балонної ПД сфінктера Одді з низведенням каменів холедоха в дванадцятипалу кишку під час ЛХ показав себе найбільш фізіологічним, високоефективним та низьковартісним в лікуванні ЖКХ, ускладненої холедохолітіазом.

4. ЕПСТ показана при фіксованих конкрементах термінального холедоха, папілостенозі і не бажана при відсутності патології великого сосочка дванадцятипалої кишки.

5. Одноетапна лапароскопічна методика лікування холедохолітіазу на сучасному рівні розвитку ендоскопічної хірургії має бути домінуючою.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бронштейн А.С., Рывкин В.Л. Малоинвазивная медицина. - М.: Лаком, 1998. - С. 26-40.
2. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. - К.: ЗДОРОВЬЕ, 2000. - С. 88.
3. Мумаладзе Р.Б., Розіков Ю.Ш. та ін. Ендоскопія жовчних протоків // Аналі хірургічної гепатології. - 1999. - № 2. - С. 46-50.
4. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолітіаз. - С.Пб.: ЕЛБІ-СПБ, 2000. - 258 с.

5. German Pineres, Tatsuo Yamakawa, Hisashi Kasugai, Naoto Fukuda, Junji Ishiyama, Shigeru Sakai, Kaname Maruno, Nobuyoshi Miyajima, Somkiat Sunpaweravong. Common bile duct stones: management strategies in the laparoscopic era // Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery. - 1998. - Vol. 5, № 1. - P. 97-103.
6. Berci G. Cholangiography and choledochoscopy during laparoscopic cholecystectomy its place and value. Dig. Surg. - 1991. - Vol. 8. - P. 92-96.
7. Lilly M.C., Arregui M.E. A balanced approach to choledocholithiasis // Surg. Endosc. - 2001. - Vol. 15, № 5. - P. 467-472.

УДК 616.-089.85-084.

Оцінка якості життя хворих, що перенесли лапароскопічну холецистектомію

О.Л. КОВАЛЬЧУК, А.Я. ГОСПОДАРСЬКИЙ, С.І. ДУЦЬ, В.В. МЕЛЬНИК, Л.В. ШКРОБОТ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

QUALITY OF LIFE EVALUATION IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

O.L. KOVALCHUK, A.YA. HOSPODARSKY, S.I. DUTS', V.V. MELNYK, L.V. SHKROBOT

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

З метою комплексної оцінки якості життя були проаналізовані результати хірургічного лікування 64 хворих з хронічним калькульозним холециститом через 1 та через 6 місяців після лапароскопічної холецистектомії. Визначався симптомокомплекс, який формує суб'єктивну оцінку якості життя: астеничний синдром (загальна слабкість; зниження активності і працездатності), диспепсичний синдром (зниження апетиту; здуття живота; порушення випорожнення і гіркота в ротовій порожнині; відчуття важкості і переповнення в шлунку), больовий синдром (тулий постійний біль в епігастрії; біль в правому підребер'ї після їжі; біль в лівому підребер'ї і епігастрії після їжі з іррадіацією у спину). Виявлена пряма залежність між якістю життя хворих у післяопераційний період та стадією розвитку запального процесу у жовчному міхурі перед операцією. Встановлено, що проведення ЛХЕ під час "холодного" періоду розвитку ХКХ у 96,9 % хворих відновлює якість життя уже через 1 місяць. Через 6 місяців після ЛХЕ з приводу хронічного калькульозного холециститу у 97 % усіх хворих відновлюється нормальна якість життя. Для покращання результатів хірургічного лікування хворих з ХКХ у стадії загострення можна рекомендувати у передопераційний період консервативні заходи для досягнення стадії ремісії.

For the purpose of quality of life evaluation the results of surgical treatment of 64 patients with chronic calculous cholecystitis (CCC) after 1 month and 6 months after laparoscopic cholecystectomy (LC). Syndromes which formed evaluation of the quality of life is determined: asthenic syndrome (general weakness, working ability and activity reduction), dyspeptic syndrome (appetite reduction, abdominal swelling, unstable stool, bitterness, stomach disorders), pain syndrome (constant pain, pain in the right hypochondrium after food intake, pain in the left hypochondrium after food intake with irradiation to the back). It was determined direct relation between the postoperative quality of life and gallbladder inflammation development stage before operation. It was established that LC during the non-inflammation period in 96,9 % patients restored quality of life after 1 month. On 6 months after LC 97 % of all patients restored normal quality of life. Thus, for improvement the result of surgical treatment of the patients with CCC in acute form preoperative conservative treatment recommended.

Вступ. За останні три десятиліття в клінічних і соціально-медичних дослідженнях серйозна увага приділяється оцінці якості життя (ЯЖ). Незважаючи на велику кількість визначень ЯЖ, Всесвітня організація охорони здоров'я виробила ряд основних принципів оцінки ЯЖ і запропонувала розуміти під якістю життя ступінь задоволення людських потреб.

Якість життя – це сукупність параметрів, що відбивають вимір плинності життя з оцінкою фізичного стану, психологічного благополуччя, соціальних відносин і функціональних здібностей у період розвитку захворювання і після його хірургічного ліку-

вання. Це динамічний стан, функція, що змінюється в часі, тому й оцінюватися воно повинно на визначеному протязі, як мінливий параметр. З'явилися дані про те, що часто в пацієнтів після холецистектомії різко погіршується якість життя – навіть у тих випадках, коли вони не пред'являють скарг. А звичний вітчизняний термін "постхолецистектомічний синдром" за Міжнародною класифікацією хвороб (МКБ-Х) звучить як "дисфункція сфінктера Одді" [2,3].

Дослідження якості життя уже ввійшли в повсякденну практику якісних клінічних досліджень. Отримано перші результати, що підтверджують

важливість цього напрямку в клінічних дослідженнях. Отримані науковим шляхом дані можуть допомогти лікарю при визначенні оптимальної тактики лікування, а пацієнту – у виборі найбільш прийняттого варіанта лікування [1, 5, 7].

Метою і завданням роботи було оцінити якість життя хворих після перенесеної лапароскопічної холецистектомії, залежно від стану пацієнтів в доопераційний період, тривалості хвороби, частоти загострень, наявності ускладнень тощо, та розробити рекомендації з найоптимальнішого вибору терміну та способу оперативного втручання.

При аналізі різноманіття даних досліджень якості життя стає очевидним описовий характер більшості робіт. У ряді робіт спостерігаються змішування й заміщення концептуальних визначень: важливо розрізняти предиктори (біль, слабкість, ступінь виразності симптомів) і атрибути (те, як біль чи слабкість впливає на організм) якості життя [8, 9].

Матеріали і методи. В умовах хірургічного відділення академічного консультативно-лікувального центру Тернопільської медичної академії ім. І.Я. Горбачевського з 2001 по 2002 роки виконано 64 лапароскопічних холецистектомій з приводу хронічного калькульозного холециститу. В стадії загострення було прийнято 45 (70,3 %) хворих – I група, в стадії ремісії – 19 (29,7 %) – II група. Жінок було 61 (95,3 %) – приналежність до жіночої статі залишається основним фактором ризику жовчнокам'яної хвороби [4], середній вік прооперованих пацієнтів складав 43,6 року (від 21 до 64 років).

Середній післяопераційний ліжко-день складав 4,6 дня (від 2 до 6 днів). У відділенні з другої хірургічної доби після відходження газів хворі отримували стіл № 5.

В подальшому, протягом 1 місяця, рекомендувалася дієта, що виключає всі смажені, гострі, мариновані і копчені продукти, консерви, жирні сорти м'яса і риби.

Для визначення якості життя використовували спеціально розроблений опитувальник, що базується на стандартних анкетах: RSQL – Роттердамська шкала оцінки якості життя, що включає 38 питань, 3 параметри й оцінку загальної якості життя; SF-36 – Medical Outcomes Study Short Form, PGI – Patient Global Impression, MOS SF-36, Nottingham Health Profile (NHP), Disability Impact Profile (DIP), Spitzer Index, Sickness Impact Profile (SIP), Quality Well-Being Index, Health Status Questionnaire, MS Quality of Life-54 (MSQOL-54) [6]. Але для кожної

нозологічної форми існує свій адаптований опитувальник.

У нашому дослідженні хворих спостерігали у перед- та післяопераційний період, через 1 міс. та через 6 міс. після операції. Визначався симптомокомплекс, найхарактерніший для хворих з хронічним калькульозним холециститом, який в основному формує суб'єктивну оцінку якості життя:

А. Астенічний синдром:

- загальна слабкість;
- зниження активності і працездатності.

Б. Диспепсичний синдром:

- зниження апетиту;
 - здуття живота;
 - порушення випорожнення й гіркота в ротовій порожнині;
 - відчуття важкості й переповнення в шлунку.
- В. Больовий синдром:
- тупий постійний біль в епігастрії;
 - біль у правому підребер'ї після їжі;
 - біль в лівому підребер'ї й епігастрії після їжі з іррадіацією у спину.

Результати досліджень та їх обговорення.

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХ) без сумніву має суттєві переваги перед відкритою операцією, в порівнянні з якою після ЛХ хворі швидше одужують, відновлюють працездатність. Проте ЛХ виконується на сьогоднішній день за тими ж показаннями, що і “класична” відкрита: хворі і надалі звертаються до хірурга тоді, коли вже неможливо медикаментозно зняти напади або відновити нормальну якість життя. Хороший косметичний ефект поки що залишається для пацієнтів основною перевагою ЛХ.

Прогресуючий ріст хворих з хронічним калькульозним холециститом у стадії загострення у порівнянні з хворими при “холодній” формі ЖКХ, необхідність проводити ЛХ на висоті розвитку запалення ставить питання про найоптимальніші терміни виконання операції, адекватну передопераційну підготовку з огляду на швидкість одужання пацієнтів та відновлення якості життя.

При проведенні порівняльного аналізу хворих з ХКХ в стадії загострення (I група) і стадії ремісії (II група) виявилася суттєва різниця в якості життя через 1 місяць після ЛХ.

Так, хворі, які були прийняті у так званий “холодний” період, без вираженого больового синдрому, коли від часу останнього загострення пройшло більше 1 місяця, у ранній післяопераційний період почувалися значно краще, ніж хворі I групи (табл. 1).

Таблиця 1. Вираженість симптомів в процесі комплексного лікування хворих після ЛХЕ

Симптоми	До ЛХЕ				Після ЛХЕ (1 міс.)				Після ЛХЕ (6 міс.)			
	ХКХ в ст. загострення n = 45		ХКХ в ст. ремісії n = 19		ХКХ в ст. загострення n = 45		ХКХ в ст. ремісії n = 19		ХКХ в ст. загострення n = 45		ХКХ в ст. ремісії n = 19	
	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%	Абс. ч.	%
А. Астенічний синдром:												
загальна слабкість	25	55,6	5	26,3	6	13,3	-	-	2	4,4	-	-
зниження активності і працездатності	24	53,3	7	36,8	5	11,1	1	5,3	3	6,7	-	-
Б. Диспепсичний синдром:												
зниження апетиту	19	42,2	4	21,1	4	8,9	-	-	-	-	-	-
здуття живота	3	6,7	1	5,3	1	2,2	-	-	-	-	-	-
порушення випорожнень і гіркота в роті	31	68,9	3	15,8	8	17,8	1	5,3	1	2,2	-	-
відчуття важкості і переповнення в шлунку	15	33,3	3	15,8	2	4,4	-	-	-	-	-	-
В. Больовий синдром:												
тупі постійні болі в епігастрії	36	80,0	-	-	10	22,2	-	-	-	-	-	-
біль в правому підребер'ї після їжі	41	91,1	6	31,6	9	20,0	1	5,3	2	4,4	-	-
біль в лівому підребер'ї і епігастрії після прийому їжі з іррадіацією у спину	22	48,9	2	10,5	10	22,2	-	-	2	4,4	-	-

У хворих II групи біль виникав в основному після порушення дієти або після значного фізичного перенавантаження, під час УЗД стінка міхура не була товстішою 2,5 мм, не було супровідного панкреатиту, диспепсичний синдром був слабовиражений або взагалі відсутній, не було ознак запалення у картині білої крові. У цих хворих ранній післяопераційний період проходив легше, вони відмовлялися від анагетиків, із стаціонару виписувалися на 2-3-тю добу. Необхідно відмітити, що середній час операції у II групі був на 30-40 хв коротший, ніж у I групі. Щодо самої операції, то при відсутності запалення, вона виконувалася технічно легше, і лише в 2 хворих закінчилася встановленням дренажу у підпечінковий простір, який забирали на першу добу. У той же час ЛХЕ у 32 % хворих I групи закінчувалася дренажуванням підпечінкового простору, що було зумовлено загальноприйнятими показаннями – невпевненістю у надійності гемостазу в зоні пухкого запального ложа

жовчного міхура із загрозою капілярної кровотечі або підтікання жовчі.

При повторному обстеженні через 1 місяць, коли хворі переходили з дієти №5 на загальний стіл, жоден хворий з II групи не відмічав болю у стані спокою і лише 1 (5,3 %) пацієнт відчував дискомфорт у правому підребер'ї після прийому жирної їжі. У той же час з I групи таких пацієнтів було 9 (20,0 %). Щодо суб'єктивної самооцінки пацієнтами якості життя (відчуття загальної слабості, зменшення активності та працездатності), то 95 % хворих II групи через 1 місяць почували себе практично здоровими людьми. У той же час в I групі 6 (13,3 %) пацієнтів відчували загальну слабкість, 5 (11,1 %) – зниження активності та працездатності. При цьому у 3 пацієнтів зниження якості життя не було зумовлено ні больовим, ні диспепсичним синдромом.

Через 6 місяців після операції майже усі хворі з ХКХ в стадії загострення (I група), в середньому

94 відсотки, повернулися до нормального життя. Загальний стан у цих хворих не погіршувався навіть після порушення дієти. Отже, ми можемо говорити про абсолютне відновлення якості життя після ЛХЕ у таких хворих через 6 міс., і це є незаперечною перевагою лапароскопічної методики.

Для покращання результатів хірургічного лікування 17 хворим з ХКХ у стадії загострення була проведена адекватна передопераційна спазмолітична та при потребі антибактеріальна терапія. Таким чином, у термін до 5 днів у 16 із них було досягнуто стадії ремісії: знявся больовий синдром, за даними УЗД, стоншувалася стінка жовчного міхура до 3 мм і менше, загальний стан хворих покращився. Оперативне втручання таким хворим проводилося у "холодний" період, незважаючи на те, що в клініку вони зверталися у стадії загострення. При порівняльному аналізі було виявлено, що у ранній післяопераційний період якість життя хворих відпо-

відала групі пацієнтів, що госпіталізовані у стадії ремісії. Під час операції в більшості з них (15 пацієнтів) не було потреби ставити дренаж у підпечінковий простір у зв'язку з відсутністю або незначним запальним процесом тканин. У 2 хворих поставлені дренажі були забрані на I добу. Усі хворі виписувалися зі стаціонару на 3-4-ту добу після оперативного втручання.

Висновки. 1. Проведення ЛХЕ під час "холодного" періоду розвитку ХКХ у 96,9 % хворих відновлює якість життя уже через 1 місяць.

2. Через 6 місяців після ЛХЕ з приводу хронічного калькульозного холециститу у 97 % хворих відновлюється нормальна якість життя.

3. Для покращання результатів хірургічного лікування хворих з ХКХ у стадії загострення можна рекомендувати у передопераційний період консервативні заходи для досягнення стадії ремісії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Батаев С.М., Разумовский А.Ю., Степанов Э.А., Захаров А.И. Качество жизни пациентов после колозофагопластики, выполненной в детском возрасте // Хирургия. – 2002. – №5. – С. 48-53.
2. Кубышев В.А., Стрекаловский В.П., Вуколов А.В. Лапароскопическая холецистэктомия: старые проблемы в новом свете // Хирургия. – 1997. – № 1. – С. 65-68.
3. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Эндоскопическая хирургия - ее настоящее и перспективы развития // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1997. – № 1, 2. – С. 5-9.
4. Скуя Н.А., Жихар Л.Ю. Эпидемиологические исследования по выявлению хронических заболеваний желчных путей (о синдроме правого подреберья) в Латвийской ССР. – Тер. арх., 1984; 1. – С. 39-43.
5. Curbow B., Bowie J.V., Martin A.C., et al. Quality of life in cancer

- chemotherapy randomized trials // Quality of Life Res. – 1997. – Vol. 6. – P. 684.
6. Kaasa S. 21st ESMO Congress, Vienna, 1996; Educational book. P. 209-212.
7. Motsch C. and Begall K. Quality of life following therapy of advanced pharyngeal carcinomas - radical surgery versus radiotherapy // Quality of Life Res. – 1997. – Vol. 6, N7. – P. 692.
8. Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology // Supp. Care of Cancer. – 1997. – Vol. 5. – P. 100-104.
9. Ahlman J. Quality of life of the dialysis patient in Replacement of renal function by dialysis. eds. C. Jacobs, C.M. Kjellstrand, K.M. Koch. - Kluwer Academic Publishers-Dordrecht/Boston/London. 1996. – P. 1466-1479.

УДК: 616.717+616.717.2 – 001.5 – 089.84

Малоінвазивний інтрамедулярний остеосинтез діафізарних переломів плечової кістки

В.Л. ВАСЮК

Буковинська державна медична академія

MINI-INVASIVE INTRAMEDULLARY OSTEOSYNTHESIS OF HUMERAL DIAPHYSEAL FRACTURES

V.L. VASYUK

Bukovynian State Medical Academy

71 хворому проведено остеосинтез перелому плечової кістки. Закритий остеосинтез інтрамедулярними цвяхами – 36, блокуючим інтрамедулярним металополімерним фіксатором – 5. Вивчення віддалених результатів показали зрощення перелому в оптимальні строки у всіх хворих. При цьому спостерігався високий рівень комфорту в післяопераційний період. Пацієнти могли себе обслуговувати з 2-го післяопераційного дня. Функція плечового суглоба повністю відновилася у 38 хворих в термін до 3 місяців. Трьох перебувають в процесі реабілітації. У жодного з 41 хворого не відмічалось таких ускладнень, як обмеження рухів в ліктьовому суглобі та неврити променевого нерва. Після відкритого остеосинтезу спостерігали: неврит променевого нерва – у 4, остеомієліт – у 1, незрощення – у 2. Таким чином, наведені результати малоінвазивного закритого інтрамедулярного остеосинтезу переломів плечової кістки свідчать про його високу ефективність, а також про перспективність даного напрямку наукових досліджень.

71 patients with humeral shaft fractures have been undergone the closed and open intramedullary osteosynthesis. Closed intramedullary nailing was performed in 36 cases, closed interlocking intramedullary metallic-polymeric nail – in 5 cases. The follow-up investigation showed consolidation in optimal terms in all patients. High comfort level at patients during postoperative period was observed. They were self-sufficient from the second postoperative day. Function of shoulder joint was recovered completely at 38 patients within 3 months postoperatively. 3 patients are currently in the process of rehabilitation. No such complications as restriction of motility in the ulnar joint or radial neuritis were registered at this group of patients. After open osteosynthesis there were 4 radial neuritises, 1 osteomyelitis, 2 nonunions. Therefore, the acquired results of minimally invasive closed osteosynthesis of humeral fractures prove its high efficiency and the necessity of further research work in this area.

Вступ. В сучасних умовах зросли вимоги до якості життя пацієнтів після оперативного лікування переломів, а також до скорочення перебування хворих в стаціонарі. У зв'язку з цим проводяться інтенсивні наукові розробки малоінвазивних методів остеосинтезу. Нові можливості в цьому напрямку відкрилися після впровадження операційної рентгенотелевізійної апаратури, яка забезпечує можливість закритої репозиції переважної більшості діафізарних переломів та їх закритого інтрамедулярного остеосинтезу.

Максимальне збереження м'яких тканин, іннервації, періостального кровопостачання під час операції є надзвичайно важливим для оптимізації процесу загоєння перелому та зменшення ймовірності виникнення ускладнень. Для позначення цієї ідеї був

запропонований термін малоінвазивний, або так званий біологічний остеосинтез (це синоніми), який знайшов широке визнання [1, 3, 10]. Стосовно переломів плечової кістки принципам біологічного остеосинтезу відповідає закритий інтрамедулярний остеосинтез без розсвердлювання кістковомозкової порожнини [2, 8, 9].

Ставлення до хірургічного лікування переломів плечової кістки завжди було неоднозначним. Це пояснюється тим, що у більшості пацієнтів консервативне лікування приводило до відмінних результатів. З іншого боку відомо, що останнім часом показання до хірургічного лікування розширюються, оскільки лікування методом скелетного витягнення, гіпсової пов'язки або фіксації верхньої кінцівки до грудної клітки різко знижують якість життя. Недоліком кон-

сервативного лікування є також необхідність постійної взаємодії лікаря і пацієнта, що негативно відбивається на загальній вартості лікування.

І все ж, визнаними показаннями до оперативного лікування переломів плечової кістки є відкриті переломи, поєднані з пошкодженням судин, псевдоартрози, політравма та патологічні переломи. Також рекомендовано оперативне лікування двобічних переломів плечової кістки і травм з первинним пошкодженням променевого нерва [2, 5].

В той час як показання, техніка закритого інтрамедулярного остеосинтезу переломів стегнової та великогомілкової кісток детально розроблені, при остеосинтезі плечової кістки все ще існує низка невирішених проблем, оскільки існують суттєві відмінності плечової кістки від великогомілкової та стегнової з анатомічної та біомеханічної сторони. Це призводить до виникнення дискусії відносно показань та техніки.

Переваги закритого інтрамедулярного остеосинтезу цвяхами без розсвердлювання, вочевидь, дозволяють розв'язати багато питань, в тому числі і при діафізарних переломах плечової кістки. Це обумовлює дискусію відносно тактики і техніки лікування свіжих та патологічних переломів діафіза плечової кістки.

У випадках неускладнених діафізарних переломів досі широко використовують лікування висяченими та функціональними гіпсовими пов'язками або ортезами. На відміну від великогомілкової, плечова кістка повністю вкрита м'язами, що забезпечує добре кровопостачання кісткових відламків і сприяє

зрощенню переломів. Не дивлячись на те, що плечова кістка зазнає різних видів функціонального навантаження, зрощення під кутом менше 20° дає цілком задовільний функціональний та косметичний результати. Це і пояснює в багатьох випадках задовільні результати консервативного лікування.

При оперативному лікуванні методами вибору протягом багатьох років є остеосинтез пластинами та гвинтами. Використання накісткового остеосинтезу не відповідає принципам біологічного остеосинтезу, оскільки існує ризик пошкодження променевого нерва, періостального та ендостального кровопостачання [6, 7]. Проблемами зовнішнього остеосинтезу залишаються ризик стержньового або спицевого остеомієліту, перфорація м'язової тканини.

На сучасному рівні розвитку травматології в найбільш повній мірі принципам біологічного, або малоінвазивного, остеосинтезу відповідає використання інтрамедулярної фіксації уламків без розсвердлювання кістковомозкової порожнини [2, 4].

Матеріали і методи. З 1997 по 2002 рр. у клініці кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської державної медичної академії на базі лікарні швидкої медичної допомоги м. Чернівці прооперовано 71 хворого з переломами плечової кістки. З них жінок було 29, чоловіків – 42. Середній вік хворих склав 40,5 року (16–76 років). Поділ хворих за локалізацією і типом переломів представлений в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих за локалізацією і типом перелому

Локалізація	Хірургічна шийка	Верхня третина	Середня третина	Нижня третина	ВСЬОГО
Тип перелому					
Поперечний	3	8	10	1	22
Косий	4	6	11	4	25
Осколковий	3	4	9	8	24
ВСЬОГО	10	18	30	13	71

В досліджуваній групі хворих, окрім свіжих переломів плечової кістки, в 5 випадках спостерігались сповільнено консолюючі переломи та псевдоартрози, а в 4 випадках – сповільнено консолюючі переломи з великим кутовим зміщенням. Переломи хірургічної шийки в 5 випадках супроводжувались вивихом головки плечової кістки.

Для проведення відкритого остеосинтезу ми використовували переважно подвійну деротаційну пластину І.М. Рубленіка (ПДПР), пластини АО та кортикальні гвинти АО. Під час проведення закритого

остеосинтезу в 36 випадках були застосовані інтрамедулярні цвяхи, в п'яти випадках – блокуючий металополімерний фіксатор сьомої моделі для остеосинтезу плечової кістки (БМПФ-7П). Поділ хворих за видом остеосинтезу показаний в таблиці 2.

Техніка закритого інтрамедулярного остеосинтезу переломів плечової кістки

Знеболювання, як правило, загальне, положення хворого на спині з валиком висотою 10-15 см під лопаткою з боку ураження. На рівні перелому встановлюють електронно-оптичний перетворювач (ЕОП) з

Таблиця 2. Розподіл хворих з переломами плечової кістки за видом остеосинтезу

Назва фіксатора	Вид остеосинтезу		ВСЬОГО
	Закритий	Відкритий	
Цвяхи Богданова	9	—	9
Цвяхи Ендера	3	—	3
Цвяхи Кюнчера	10	—	10
Цвяхи Руша	14	—	14
БМПФ-7П	5	2	7
ПДПР	—	8	8
Пластина АО	—	14	14
Гвинти АО	—	6	6
ВСЬОГО	41	30	71

можливістю рентгеноконтролю в 2 проекціях. Здійснюють пробну репозицію фрагментів шляхом тракції по осі з елементами зовнішньої або внутрішньої ротації. У випадку, якщо вдається репозиція, ЕОП пересувають на рівень плечового суглоба. Через прокол шкіри розмірами 0,3x1 см за допомогою тригранного шила трепанують кортикальний шар плечової кістки над великим горбиком. В отриманий отвір під ЕОП-контролем вводять інтрамедулярний фіксатор по осі плечової кістки до лінії перелому, після чого здійснюють закриту ручну репозицію перелому. За допомогою спеціальної насадки і молотка просувують інтрамедулярний фіксатор за лінію перелому в кістковомозкову порожнину дистального фрагмента до тих пір, поки проксимальний кінець фіксатора не буде виступати над поверхнею кістки на 3-5 мм. В разі використання блокуючого фіксатора (наприклад БМПФ-7П) проводять дистальне блокування. Після заключного ЕОП-контролю накладають 1-2 шви на шкіру і асептичну пов'язку. Імобілізацію здійснюють за допомогою задньої гіпсової шини до здорової лопатки на 10-12 днів, до зняття швів, після чого хворому рекомендують хусткову імобілізацію до 4-6 тижнів, проводячи фізіофункціональне лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. В групі хворих з відкритим остеосинтезом спостерігалась низка ускладнень: неврит променевого нерва – у 4, остеомієліт плечової кістки – у 1, незрощення та міграція гвинтів – у 2. Вказані ускладнення відкритого остеосинтезу, з одного боку, були пов'язані з порушенням техніки виконання оперативних втручань, а з іншого – властиві самому методу, що корелює з даними літератури. Так, наприклад, ризик ушкодження променевого нерва при накістковому остеосинтезі складає від 9 до 29 % [5, 7].

Вивчення віддалених результатів закритого інтрамедулярного остеосинтезу плечової кістки

показали зрощення перелому в оптимальні строки у всіх хворих. При цьому в післяопераційний період оперовані хворі не страждали від тривалого ліжкового режиму, як при лікуванні методом скелетного витягання чи масивних гіпсових пов'язок, могли себе обслуговувати, починаючи з 2-го післяопераційного дня. Функція плечового суглоба повністю відновилася у 38 хворих в термін до 3 місяців. Троє хворих знаходяться в процесі реабілітації. У жодного з 41 хворого не відмічалось обмеження рухів в ліктьовому суглобі. Не спостерігалось також неврити променевого нерва.

Позитивні віддалені результати закритого остеосинтезу діафізарних переломів плечової кістки дозволили суттєво збільшити кількість подібних оперативних втручань. Якщо з 1996 по 2001 роки було виконано 13 закритих остеосинтезів переломів плечової кістки, то лише за 2002 рік їх було зроблено 28.

Наводимо клінічні приклади закритого інтрамедулярного остеосинтезу плечової кістки.

1. Хворий Г., 1974 р.н., отримав побутову травму внаслідок падіння з висоти 3 м на ліву руку 9.06.2000 р. (рис. 1а). В ургентному порядку був виконаний закритий інтрамедулярний остеосинтез лівої плечової кістки цвяхом Руша. Наступного дня хворий був виписаний на амбулаторне лікування. До зняття швів застосовувалась задня гіпсова шина, після чого протягом 4 тижнів – хусткова пов'язка. Хворий оглянутий через 3 місяці після операції. Клінічно констатовано і рентгенологічно підтверджено повне зрощення (рис. 1б). Функція плечового і ліктьового суглобів відновилась повністю. Через розтин шкіри довжиною 2 см фіксатор видалено. Операція проведена амбулаторно.

2. Хвора П., 1976 р.н., 26.06.2001 р. була збита автомобілем, внаслідок чого отримала закритий косо-поперечний перелом плечової кістки в середній третині зі зміщенням відламків (рис. 2а). Від ліку-

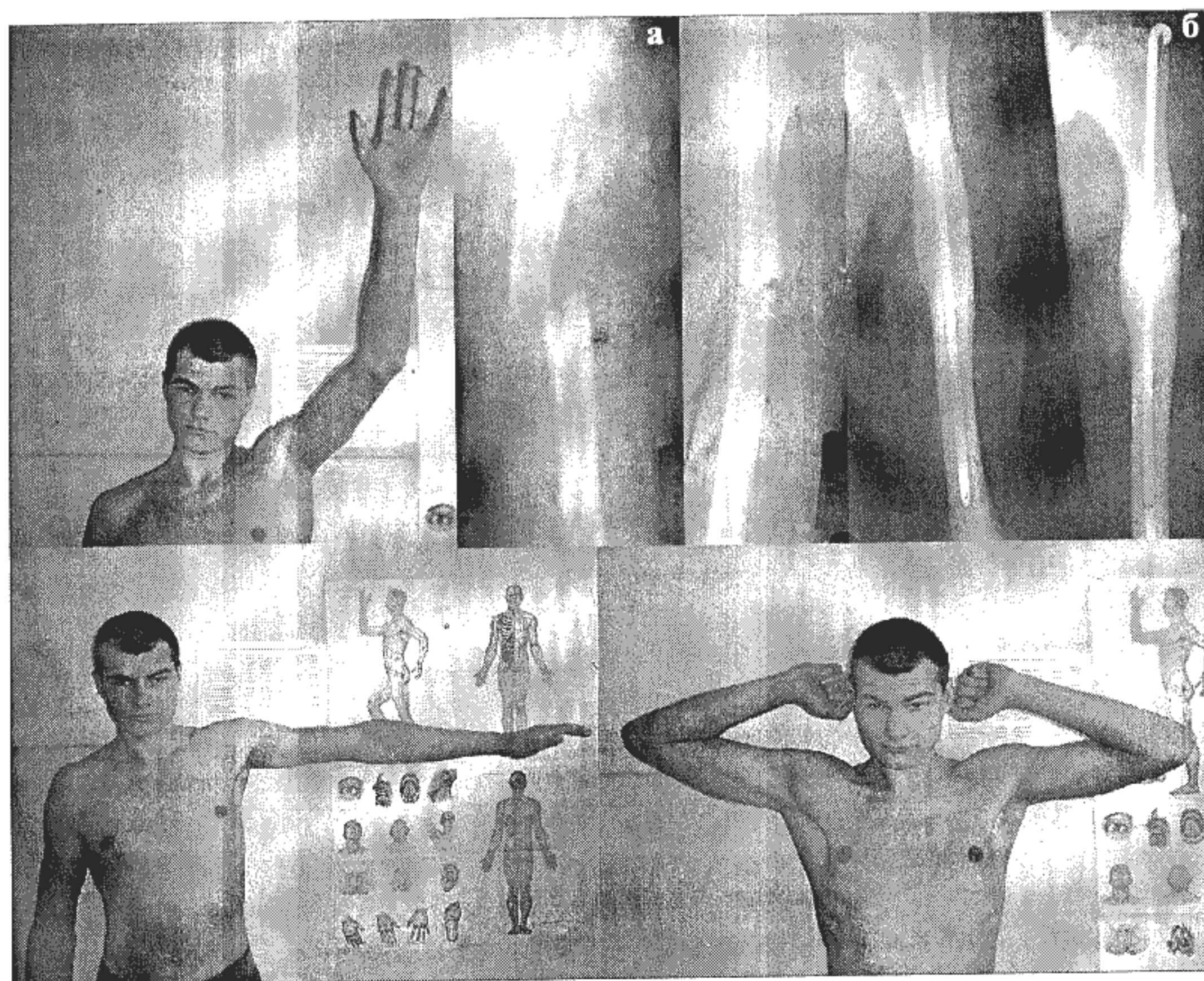


Рис. 1 Хворий Г., 26 років, через 3 місяці після операції.

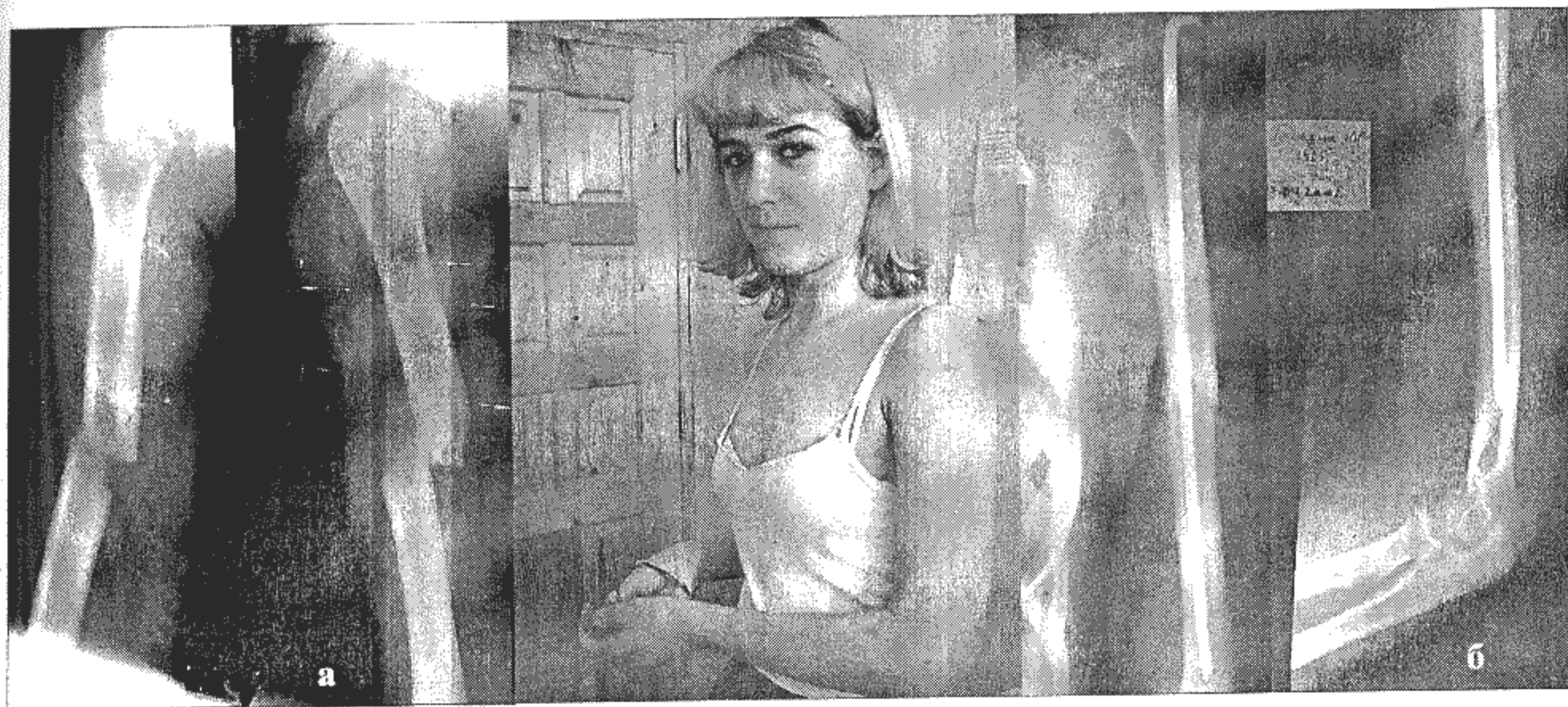


Рис. 2 Хвора П., 25 років, після травми (а) та через 6 тижнів (б).

вання методом скелетного витягання категорично відмовилась. 27.06.2001 р. хворій була зроблена операція: закритий остеосинтез лівої плечової кістки цвяхом Ендера. В післяопераційний період іммобілізація здійснювалась хустковою пов'язкою. Оглянута через 6 тижнів після операції. Поряд з повним відновленням функції плечового та ліктьового суглобів констатовано зрощення уламків (рис. 2б).

Потреба у використанні біологічного остеосинтезу в лікуванні переломів є зрозумілою, з урахуванням того, що хірургічні доступи з відшаруванням окістя та інвазивна техніка з додатковим пошкодженням м'яких тканин знижують шанси на успіх у лікуванні переломів та підвищують ризик інфекційних та неврологічних ускладнень. Інтрамедулярні імплантати дозволяють цього уникнути, а

один з їхніх недоліків – зниження ендостального кровопостачання – можна усунути, використовуючи відповідні інтрамедулярні цвяхи, які не потребують розсвердлювання.

Висновок. Таким чином, наведені результати хірургічного лікування переломів плечової кістки, що відповідають принципам біологічного остеосинтезу, свідчать про їх високу ефективність і про те, що даний напрямок наукових досліджень є перспективним.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васюк В.Л., Рубленік І.М. Биологический остеосинтез в лечении переломов костей и их последствий // Збірник наукових праць XIII з'їзду ортопедів-травматологів України, 12-14 вересня 2001р. – Донецьк. – С.89-90.
2. Bhim J., Rommens P. M., Janzing H. The Unreamed Humeral Nail – A Biological Osteosynthesis of the Upper Arm. // Acta chir beig, 1997, 97, 184-189.
3. Claudi B. F., Oedekoven G. Biologische Osteosynthesen. Chirurg, 1991,62:367-377.
4. Mackay I. Closed Rush pinning of fractures of the humeral shaft. Injury, 1984, 16 : 178-181.
5. Rommens P. M., Verbruggen J., Broos P. L. Retrograde locked nailing of humeral shaft fractures. A review of 39 patients. J Bone Joint Surg (Br), 1995, 77-B : 84-89.
6. Rommens P. M., Verbruggen J., Broos P. L. Retrograde Verriegelungsnagelung der Humerusschaftfraktur. Unfallchirurg, 1995,98: 133-138.
7. Rush J. Closed nailing of the humerus : from down under. Aust NZJ Surg, 1987, 57 : 723-725.
8. Seidel H. Humeral locking nail: a preliminary report. Orthopedics, 1989,12 : 219-226.
9. Weller S. Die "biologische Osteosynthese". Ein unfallchirurgischer Modetrend Oder wichtiger operationstechnischer Aspekt Chirurg, 1995, 66 : Suppl 53-56.

УДК 616.361/366-002-089-87-72-072.1

Малоінвазивні ендолапароскопічні хірургічні втручання у хворих з холецистохоледохолітіазом

О.Я. САВЧУК, І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ

Волинська обласна клінічна лікарня, Тернопільська державна медична академія ім.І.Я.Горбачевського

MINI-INVASIVE ENDOLAPAROSCOPIC SURGERY INTERVENTION IN TREATMENT OF CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITHIASIS

O.YA. SAVCHUK, I.YA. DZYUBANOVSKY

Volyn Regional Clinical Hospital, Ternopil State Medical Academy by I.Ya.Horbachevsky

Проліковано 238 хворих на ЖКХ, ускладнену холедохолітіазом. В лікуванні використовувались ендоскопічні технології: ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, ендоскопічна папілосфінктеротомія, ендоскопічна екстракція конкрементів, назобіліарне дренивання, ендопротезування холедоха, інтраопераційна холедохоскопія, екстракорпоральна ударнохвильова літотрипсія, лапароскопічна холецистектомія. Ендолапароскопічні методи лікування є високоефективними, технічно доступними, значно покращують результати лікування та можуть замінювати класичні хірургічні методи лікування холецистохоледохолітіазу.

238 gall-stone disease patients, complicated by choledocholithiasis were treated. During the treatment were used endoscopic technologies: endoscopic retrograde pancreatocholangiography, endoscopic papillosphincterotomy, endoscopic extraction of concrements, naso-biliary drainng.endo-prothesis of choledochus, intra-operation choledochoscopy, extracorporal stress-wave lithotripsy, laparoscopic cholecystectomy. Endolaparoscopic methods are high-effective, simple in technical respect and considerably improve results of treatment by cholecystocholedocholithiasis.

Вступ. Особливості клінічної картини та труднощі лікування хворих з холецистохоледохолітіазом до цього часу викликають дискусії хірургів. За даними різних авторів, частота жовчнокам'яної хвороби серед населення розвинутих країн становить 10-15%, а холедохолітіаз як її ускладнення зустрічається в 5-20% випадків. Відповідно до збільшення частоти жовчнокам'яної хвороби та холедохолітіазу росте кількість оперативних втручань, в тому числі з використанням нових технологій. Класичне хірургічне лікування холецистохоледохолітіазу супроводжується летальністю від 3,5 до 22,5%, складаючи в середньому 10,6% [1, 2, 3]. Як наслідок, залишається високим відсоток резидуального холедохолітіазу. Його частота досить варіабельна – 0,5-33% [4, 5]. На даному етапі розвитку хірургії на перше місце в лікуванні холецистохоледохолітіазу виходять ендоскопічні технології, які все ширше використовуються в щоденній хірургічній практиці.

Матеріали і методи. За 3,5 року нами проліковано 238 хворих з холецистохоледохолітіазом. Жінок було 204 (86 %), чоловіків – 34 (14%). Вік хворих коливався від 15 до 93 років.

Усім хворим проведено УЗД-обстеження, при якому визначали: діаметр внутрішньо- та позапечінокових жовчних проток, товщину їх стінки та вміст просвіту, характер вмісту жовчного міхура, товщину та контурність його стінок. Обов'язковим обстеженням була фіброгастродуоденоскопія з оглядом зони ВДС (великого дуоденального сосочка), при якій визначали: локалізацію, форму, стан слизової ВДС, характер жовчі, яка виділяється з устя ВДС, ознаки вклинення конкремента в інтрамуральному відділі холедоха, наявність дивертикулів нижнього відділу дванадцятипалої кишки. Метою фіброгастродуоденоскопії було встановлення технічної можливості для проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії.

Результати досліджень та їх обговорення. Лікування усіх хворих починали з проведення ЕРПХГ (ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії), під час якої визначали кількість та розміри конкрементів в жовчних шляхах, їх локалізацію та можливість видалення ендоскопічним шляхом. Якщо розміри конкрементів та анатомічні особливості жовчних шляхів дозволяли провести їх видалення, виконували 1-й етап лікування – ЕПСТ (ендоскопічну папілосфінктеротомію) з ЕЕК (ендоскопічною екстракцією конкрементів) кошиком Дорміа-192 хворих. При необхідності проводили подрібнення великих конкрементів механічним літотриптором з наступною екстракцією фрагментів

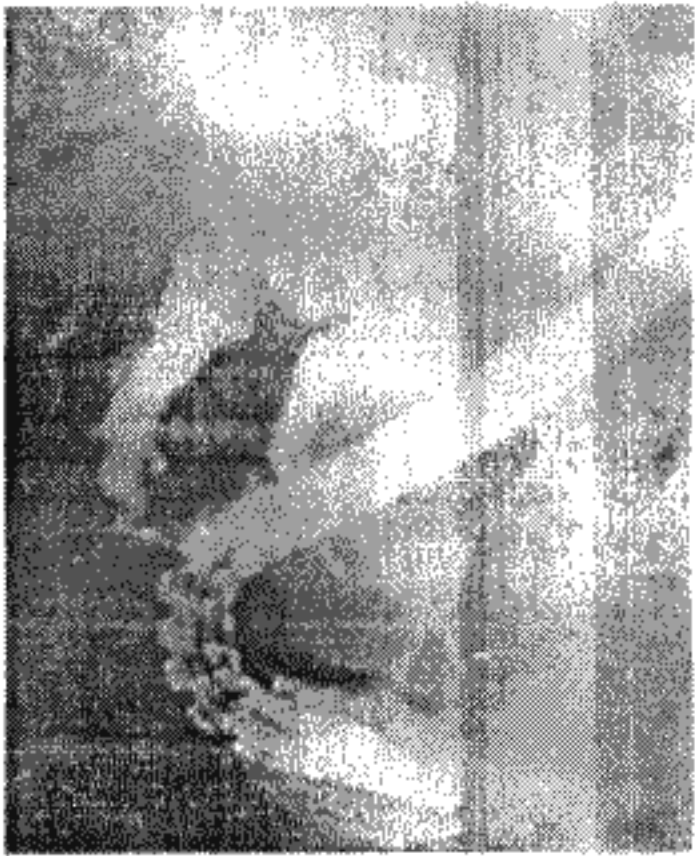


Рис. 1. ЕРПХГ. Холедохолітіаз. Механічна літотрипсія.

(рис. 1). В цій групі хворих відмічали ускладнення: гострий панкреатит – 5 хворих, постпапілотомна кровотеча – 4 хворих. Ці ускладнення ліквідовано консервативними заходами. В одного хворого відбулось вклинення конкремента з кошиком Дорміа в ретропанкреатичній частині холедоха – проведено лапароскопічну холедохолітотомію з лапароскопічною холецистектомією та видаленням кошика Дорміа з холедоха. Летальних випадків не було.

Якщо загальний стан хворого та клініко-лабораторні дані дозволяли, виконували лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ) (2-й етап лікування) через 1-5 діб після ліквідації холедохолітіазу – 118 хворих. У разі важкого загального стану хворого, зумовленого високою гіпербілірубінемією, гнійним холангітом, печінково-нирковою недостатністю, гострим біліарним панкреатитом та супровідною патологією, проводили курс консервативної терапії до нормалізації клініко-лабораторних даних та загального стану хворих. Після чого їм виконували лапароскопічну холецистектомію (через 6-30 діб після ліквідації холедохолітіазу) – 62 хворих. Якщо міжетапний період перевищував 6 діб або під час нього був напад печінкової коліки, перед лапароскопічною холецистектомією виконували ЕРПХГ для виявлення конкрементів в жовчних протоках, які могли мігрувати з жовчного міхура. В разі похилого віку хворого, тяжкої супровідної патології, що

відповідало операційному ризику III-V за шкалою ASA, та відмові хворого від холецистектомії, останній виписувався додому без холецистектомії під нагляд хірурга поліклініки – 12 хворих. Після другого етапу лікування відмічали ускладнення в 5 хворих: у 2 з них розвинувся гострий панкреатит, в 2 виник параумбілікальний інфільтрат. Ці ускладнення купіровано консервативними заходами. В одного хворого під час лапароскопічної холецистектомії був пересічений гепатикохоледох. Це пошкодження діагностували інтраопераційно – провели гепатикоєюностомію на виключеній за Ру петлі тонкого кишечника.

При неможливості ендоскопічної екстракції конкрементів після ЕПСТ (невідповідність розмірів конкремента та термінального відділу холедоха (рис. 2), неефективність механічної літотрипсії, неможливість проведення адекватної папілосфінктеротомії) виконували назобіліарне дренивання – 22 хворих.

Використання назобіліарного дренажу забезпечувало вільний відтік жовчі та дозволяло адекватно підготувати хворого до наступних етапів лікування. Тривалість назобіліарного дренивання визначалась швидкістю покращання клініко-лабораторних даних та загального стану хворого і становила 4-12 діб. Після ліквідації явищ гнійного холангіту, покращання загального стану хворого та лабораторних показників проводилась екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія (ЕУЛТ). В разі успішної фрагментації конкрементів та ліквідації холедохолітіазу цим хворим проведена лапароскопічна холецистектомія – 18 хворих. В 4 випадках конкременти не фрагментувались. У двох з них провели лапароскопічну холедохолітотомію (ЛХЛТ), ЛХЕ з інтраопераційною холедохоскопією. Іншим 2 хворим, які відносились до групи з високим операційним ризиком, провели ендопротезування холедоха (рис. 3.) Для ендопротезування використовували стенти власної конструкції (1-3 шт.), діаметром 7-10 Fr.

Обов'язковою умовою для проведення ендопротезування ми вважали виділення по назобіліар-



Рис. 2. ЕРПХГ. Невідповідність розмірів конкремента та термінального відділу холедоха.

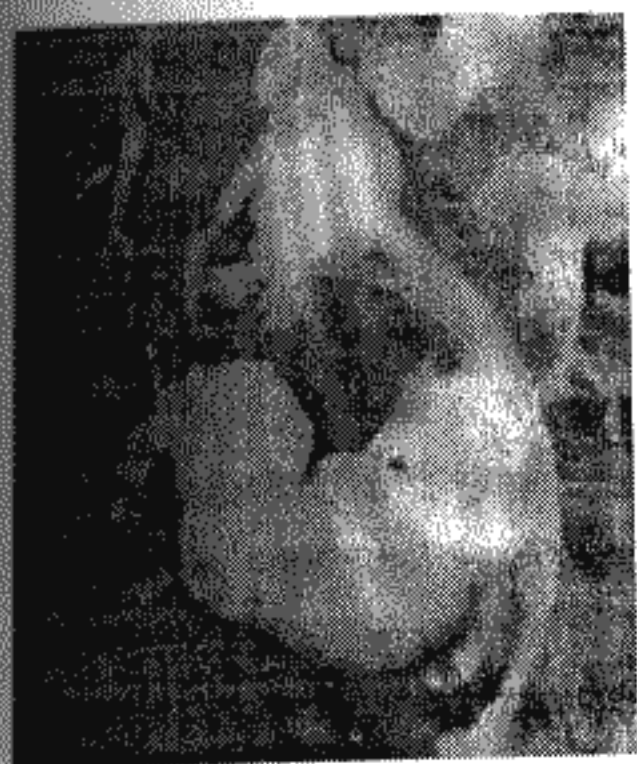


Рис. 3. Ендопротезування холедоха при холедохолітіазі.

ному дренажу прозорої світлої жовчі без запальних домішок. Один хворий прийнятий у стаціонар повторно з клінічними ознаками механічної жовтяниці. Йому провели заміну непрохідного ендопротеза на новий. В інших хворих ускладнень не відмічалось. Летальних випадків не було.

24 хворим провести ЕПСТ не вдалось через технічні причини: наявність перипапілярного дивертикула, неможливість точного встановлення папілотома внаслідок атипового розміщення ВДС. Після назобілярного дренивання та нормалізації клініко-лабораторних показників 15 пацієнтам проведено лапароскопічну холедохолітотомію, лапароскопічну холецистектомію з інтраопераційною холедохоскопією. 9 хворим з високим операційним ри-

зиком здійснили ендопротезування холедоха. Ускладнень в цій групі хворих не відмічалось.

Висновки. 1. Двоетапне лікування холецистохоледохолітіазу (1-й етап -ЕРПХГ, ЕПСТ, ЕЕК; 2-й етап – лапароскопічна холецистектомія) може вважатись “золотим стандартом” в лікуванні холецистохоледохолітіазу.

2. Використання назобілярного дренивання дає можливість ліквідувати холангіт, механічну жовтяницю та провести адекватну підготовку хворого до наступних етапів лікування.

3. Поєднання ЕПСТ з екстракорпоральною ударно-хвильовою літотрипсією забезпечує фрагментацію конкрементів при неефективності інтракорпоральної літотрипсії.

4. У хворих з високим операційним ризиком, яким неможливо ліквідувати холедохолітіаз ендоскопічними методами, ендопротезування жовчних шляхів дає можливість уникнути лапаротомії, створити умови для вільного відтоку жовчі та запобігти вклиненню конкрементів у ВДС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян М.В. Тактика лечения острого холецистита, осложненного механической желтухой // Дис. канд. мед. наук. – М., 1990. – 122 с.
2. Дусаев Н.А. Этапное лечение обструктивного холангита // Дис. канд. мед. наук. – М., 1994. – 217 с.
3. Нурмухамедов Р.М., Хаимов Ю.Ю., Хаджибаев М.Х. Тактика оперативного лечения при непроходимости общего желчного

протока // Вест. хир. – 1989. – № 12. – С. 19-21.

4. Рудин З.П., Юрченко С.В., Казанцев С.В. Хирургическое лечение больных желчекаменной болезнью // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 33-38.

5. Земсков В.С., Шор-Чудновский М.Е. Некоторые вопросы хирургии внепеченочных желчных протоков // Вест. хир. – 1988. – № 8. – С. 36-41.

УДК: 616.36-008.5-072.1-084

Тактичні і технічні аспекти ендоскопічних транспапільярних втручань

П.Г. КОНДРАТЕНКО, О.А. СТУКАЛО

Донецький державний медичний університет

TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF ENDOSURGICAL TRANSPAPILLA INTERVENTIONS

P.H. KONDRATENKO, O.A. STUKALO

Donetsk State Medical University

Розглянуто ендоскопічні хірургічні транспапільярні втручання, виконані 1317 пацієнтам з різною патологією позапечінокових жовчних шляхів, підшлункової залози, великого дуоденального сосочка. Ефективність ендоскопічного лікування холедохолітіазу склала 94,3%, обтураційної жовтяниці різного генезу – 82,6%. Визначені показання та протипоказання, строки виконання, методи перед- та післяопераційного ведення пацієнтів. Особливу увагу надано вибору способу та обсягу ендоскопічного втручання, технічним аспектам, методам профілактики ускладнень. Рациональна тактика сприяє поліпшенню результатів лікування, профілактиці та зменшенню кількості ускладнень.

We reviewed the endoscopic transpapilla interventions executed to 1317 patients with various pathology of bilious and pancreas ways, papilla Vater is submitted. An efficiency of endoscopic transpapilla method of choledocholithiasis treatment was 94,3 percent, treatment jaundices – 82,6 percent. Indications and contraindications, terms of performance, methods pre- and postoperative conducting patients are determined. The special attention is given to a choice of a way and volume of endosurgical interventions, technical aspects, methods of preventive maintenance of complications. Introduction of rational tactics promote is improvement of results of treatment, preventive maintenance and reduction of quantity of complications.

Вступ. Впровадження в клінічну практику ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ), ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) та інших ендоскопічних транспапільярних втручань (ЕХТВ) докорінно змінило можливості діагностики і лікування хворих з патологією великого дуоденального сосочка (ВДС) і жовчних проток. Успіхи ЕХТВ при обтураційній жовтяниці, холедохолітіазі, папілостенозі і пухлинній обструкції жовчних шляхів на сьогоднішній день незаперечні.

Незважаючи на відчутні результати ендоскопічної хірургії жовчних шляхів, після ЕХТВ можуть розвинутися небезпечні ускладнення. Їхня частота після ЕРХПГ досягає 0,6-2,6% (1-3,5,6), а після ЕПСТ і різних ендоскопічних способів санації біліарної і панкреатичної протокових систем – 6-17,7% [1-6, 9, 10]. Летальність після ЕРХПГ складає від 0,1 до 0,6%, а після ЕПСТ – від 1 до 4% [1, 4, 5, 9]. Остаточно не вирішені актуальні питання оптимального обсягу і послідовності діагностичних заходів,

показань і протипоказань, термінів виконання, етапності і вибору способу малотравматичних втручань, медикаментозної підготовки хворих, технічних нюансів, профілактики і лікування ускладнень.

Завдання даного дослідження:

1. Вивчити результати транспапільярних втручань.
2. Вивчити причини розвитку ускладнень після ЕХТВ.
3. Оптимізувати показання і протипоказання, терміни, обсяг і способи виконання малотравматичних втручань.
4. Розробити комплекс заходів, спрямованих на профілактику виникнення ускладнень після ЕХТВ.

Матеріали і методи. З 1995 по 2002 роки в клініці ЕХТВ виконані 1317 хворим з патологією ВДС, жовчної і панкреатичної протокових систем. Віковий склад варіював від 6 до 92 років. Утручання проводилися в 43,4% пацієнтів чоловічої статі й у 56,6% – жіночої.

Використовували дуоденоскопи й інструменти фірм "OLIMPUS" і "WILSON-COOK".

Результати досліджень та їх обговорення. Діагностична цінність дуоденоскопії з ЕРХПГ склала 92,2%. У 7,8% пацієнтів у зв'язку з різними технічними причинами (розташування БДС у дні парапапілярного дивертикула, стеноз дванадцятипалої кишки, стан після резекції шлунка за Б-Ц, тубулярний стеноз термінального відділу холедоха, пухлини дуоденопанкреатобіліарної зони) виконати канюляцію і контрастування проток не вдалося.

Ефективність ЕХТВ у 838 пацієнтів з холедохолітіазом склала 94,3%, у 120 хворих з папілостенозом – 82,7%, у 186 хворих з пухлинами дуоденопанкреатобіліарної зони – 35,8%.

Обтураційна жовтяниця спостерігалася в 944 хворих (71,7%). Ефективність ендоскопічних транспапілярних методів лікування обтураційної жовтяниці склала 82,6%.

Ускладнення розвинулися в 50 хворих (3,8%): гострий панкреатит – 26 хворих (2%), кровотеча з папілотомного отвору – 9 пацієнтів (0,7%), ретродуоденальна перфорація – 8 хворих (0,6%), уклинення кошика Дорміа з захопленням конкрементом – 3 хворих (0,2%), загострення холециститу – 3 пацієнтів (0,2%), прогресування гострого гнійного холангіту, холангіогенний сепсис – у 1 пацієнта (0,08%). Летальність склала 1%. Причиною смерті 8 пацієнтів виявився деструктивний панкреатит, 4 – ретродуоденальна перфорація, що ускладнилася флегмоною заочеревинної і парапанкреатичної клітковини, одного хворого – гнійний холангіт, холангітичні абсцеси печінки, сепсис.

Показаннями до виконання ЕРХПГ вважаємо: 1) прояви жовтяниці в анамнезі, 2) сонографічні ознаки дилатації холедоха більше 7 мм, Вірсунгової протоки – більше 2 мм, 3) біохімічні прояви холестазу, 4) клінічні і ендоскопічні ознаки холангіту, папіліту.

Анамнестичні і клінічні дані найчастіше бувають визначальними. Клінічні симптоми спостерігалися у двох третин хворих з каменями у жовчних протоках, і 75% з цих хворих приймали в клініку з жовтяницею або відзначали її прояви в анамнезі. У 73 пацієнтів (12,1%), при відсутності дилатації холедоха, за даними сонографії, проявів жовтяниці в анамнезі і наявності ізольованого підвищення трансамінази і лужної фосфатази, при виконанні дуоденоскопії і ЕРХПГ виявлені холедохолітіаз, папілостеноз, явища холангіту і/чи папіліту. Власне кажучи, показаннями до проведення ЕПСТ є: 1) камені позапечінко-

вих жовчних проток, 2) папілостеноз, 3) гострий і хронічний біліарний панкреатит із протоковою гіпертензією, на ґрунті вклиненого в ампулу ВДС конкремента, папіліту, стенозу устя сосочка чи устя панкреатичної протоки, 4) пухлини дуоденопанкреатобіліарної зони з протоковою обструкцією.

До протипоказань відносимо: 1) у край важкий стан хворого, 2) тубулярний стеноз загальної жовчної протоки; 3) короткий (менше 0,5 см) інтрамуральний відділ холедоха; 4) розташування ВДС у дні парапапілярного дивертикула; 5) різні технічні проблеми (відсутність папілотома потрібної конструкції, сумнів в його положенні, нечіткість рентгенівських даних та ін.).

Терміни виконання ЕХТВ. Інтоксикація, порушення гемодинаміки, енцефалопатія при печінковій недостатності, нестримне багаторазове блювання, дуоденостаз, виражений набряк слизової оболонки і подразнення дванадцятипалої кишки при гострому панкреатиті створюють серйозні перешкоди для екстреного проведення ЕХТВ, збільшують кількість і тяжкість ускладнень. Тому в останні роки ми відмовилися від тактики виконання ЕХТВ «з коліс». Одночасно з необхідним мінімумом досліджень хворим проводиться дезінтоксикаційна інфузійна терапія, яка є передопераційною підготовкою і профілактикою ускладнень. У цієї категорії хворих ЕХТВ робимо після стабілізації гемодинаміки, як правило, не раніше 12 годин після прийняття. Пацієнтам з жовтяницею, що з'явилася після лапароскопічної холецистектомії, виконуємо ЕХТВ уже на другу, третю добу, а після відкритої холецистектомії – не раніше четвертої доби. При наявності резидуального конкремента і дренажу холедоха, після промивання і «тренування» дренажу робимо ЕПСТ і літоекстракцію на 8-10-ту добу після операції, якщо залишається в цьому потреба. У 8 пацієнтів із зовнішнім дебітом жовчі до 300-500 мл на добу і підтвердженим при фістулохолангіографії резидуальним холедохолітіазом, на тлі спазмолітичної терапії на сьому добу після операції витік жовчі по дренажу припинився. На контрольній фістулохолангіограмі виявлена вільна евакуація контрасту в кишку і відсутність конкрементів у жовчних шляхах.

Етапність і обсяг утручання. При обтураційному холециститі і дилатації холедоха у важких хворих з вираженою інтоксикацією і печінковою недостатністю первинно виконуємо черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію. Другим етапом робимо ЕХТВ. Така тактика лікування застосована нами в 43 хворих з обтураційною жовтяницею зі сприятливим безпосереднім результатом.

Транспапілярне назобіліарне дренування (НБД) зроблено 190 хворим. У 68 пацієнтів, як перший етап ЕХТВ для ліквідації жовчного блоку, попередження кровотечі під час папілотомії, з метою санації гепатикохоледоха при холангіті і невилучених конкрементах, а також перед стентуванням при пухлинній обструкції. У 122 хворих з конкрементами розміром від 13 до 30 мм, після ЕПСТ і неефективних спроб літотрипсії або без них, виконане НБД. У більшості пацієнтів наявні клінічні, сонографічні та ендоскопічні ознаки холангіту. Через дренаж інтрадуктально вводили розчини антисептиків, антибіотиків, сорбенту; здійснювали краплинний лаваж протокової системи. При ефективному дренуванні, ліквідації явищ холангіту етапне ЕХТВ проводили на 3-5-ту добу. У 108 (88,5 %) пацієнтів удалося виконати літоекстракцію чи механічну літотрипсію з наступною санацією гепатикохоледоха. У 5 (4,1%) пацієнтів конкременти вийшли самостійно. Холедохолітотомія вимушено зроблена лише 9 (7,4%) пацієнтам з конкрементами більше 2,0 см та синдромом Міріззі.

НБД створює можливість не тільки адекватної санації біліарної системи, але і, попереджаючи вклинення конкремента, сприяє його самостійному відходженню.

У комплексі заходів профілактики ускладнень ЕХТВ напередодні й у день операції проводимо інфузійну терапію, що включає спазмолітики, фторурацил, антибіотики, метрогил, призначаємо гастропепин, дидетел. За 20-30 хвилин до втручання внутрішньом'язово вводимо промедол, атропін, сибазон, димедрол. Після оперативного втручання мінімум протягом першої доби призначаємо голод, продовжуємо спазмолітичну, антибактеріальну, антисекреторну терапію.

У технічному плані, з метою профілактики розвитку панкреатиту і екстравазатів, перед контрастуванням і розсіченням виконуємо аспірацію вмісту

протоки (аспіраційну пробу), використовуємо папілотом для первинної канюляції, щоб уникнути набряку устя ВДС від багаторазової канюляції. При папілостенозі перевагу надаємо поетапному розкриттю ампули сосочка, препаруючи його тканини. Голчастий папілотом використовуємо для нанесення пунктирної лінії в напрямку передбачуваного розрізу і для супрапапілярної холедоходуоденостомії при вклиненні конкрементах і пухлинах сосочка. Розріз у цих випадках робимо в місці найбільшого набухання інтрамурального відділу загальної жовчної протоки. Після розкриття ампули сосочка чи устя холедоха завершуємо ЕПСТ канюляційним способом. Проведення папілотома по струні-провіднику значно полегшує виконання втручання, сприяє зменшенню кількості ускладнень. При наявності парапапілярних дивертикулів намагаємося вивести устя сосочка, його ампулу і поздовжню складку на одну вісь. Антиградну ЕПСТ через зовнішню холедохостому виконали у 3 пацієнтів з резидуальним холедохолітіазом і неможливістю ретроградної канюляції в зв'язку з парапапілярними дивертикулами.

Тривалість втручання, за нашими даними, корелює з частотою виникнення ускладнень. У зв'язку з цим вважаємо, що втручання повинно бути припинене (відкладене), якщо протягом 15 хвилин канюляція для проведення ЕРХПГ не вдається чи протягом 30 хвилин не вдається папілотомія.

Висновок. ЕХТВ є високоефективним методом лікування хворих з патологією ВДС, жовчної і панкреатичної протокових систем. Визначеність у показаннях, термінах виконання, методах перед- і післяопераційного ведення пацієнтів, виборі способу й обсягу втручання сприяє впровадженню раціональної тактики, поліпшенню результатів лікування, профілактиці і зниженню кількості можливих ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 152 с.
2. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы // Материалы 3-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. – М., 1999. – С. 22-24.
3. Галлингер Ю.И., Хрусталева М.В. Эндоскопическое механическое разрушение конкрементов гепатикохоледоха // Анналы научного центра хирургии. – 1993. – № 2. – С. 52-55.
4. Корнилов Ю.М., Передков П.А. Профилактика и лечение осложнений эндоскопической папиллосфинктеротомии. – Там же. – С. 194-195.
5. Кондратенко П.Г., Стукало А.А. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств и их профилактика // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2002. – Т. 11. – № 2. – С. 140-143.
6. Ничитайло М.Е., Гойда М.С., Підмурняк А.А. и др. Коррекция неопухоловой патологии дистального отдела общего желчного протока

- после холецистэктомии // Збірник наукових праць співробітників КМА-ПО ім. П.Л.Шупика. – Вип. 9, кн. 4. – Київ, 2000. – С. 379-383.
7. Стукало А.А. Холангит и крупные конкременты гепатикохоледоха: малоинвазивные способы лечения. Материалы XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Том 2. – С. 43-45.
8. Шаповальянц С.Г., Цкаев А.Ю., Грушко Г.В. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе // Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т. 2. – С. 117-122.
9. Cotton P.B., et al. Endoscopic sphincterotomy complications and their management: an attempt at the consensus // Gastrointestinal Endoscopy. – 1991. – 37 (3). – P. 383-393.
10. Freeman L.M., Nelson D.B., et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy // The New England Journal of Medicine. – 1996. – 335: 13. – P. 909-918.
11. Frimberger E. Long-term sequel of endoscopic papillotomy // Endoscopy. – 1998. – 30(S2). – P. 221-227.

УДК: 618.11-006.5

Місце лапароскопічної хірургії у виборі об'єму хірургічного лікування доброякісних пухлин яєчників

Л.М. МАЛАНЧУК, О.І. ТЕМЧЕНКО, Л.В. ГУТА, В.М. ФЛЕХНЕР, З.М. КУЧМА, Л.Є. ЛИМАР, І.В. КОРДА

Тернопільська державна медична академія ім. І. Я. Горбачевського

ROLE OF LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE CHOICE OF VOLUME OF SURGICAL TREATMENT OF BENIGN TUMOUR OF OVARIES

L.M. MALANCHUK, O.I. TEMCHENKO, L.V. HUTA, V.M. FLEHNER, Z.M. KUCHMA, L.YE. LYMAR, I.V. KORDA

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Проведений порівняльний аналіз клінічних даних та біохімічних показників 164 хворих з доброякісними пухлинами яєчників, оперованих лапароскопічним та лапаротомним доступами. Виявлені переваги лапароскопічної хірургії за впливом на рівень ендогенної інтоксикації, показники перекисного окислення ліпідів та вміст факторів антиоксидантної системи. Крім того, на основі клініко-біохімічних досліджень доведені переваги органозберігаючої хірургії доброякісних епітеліальних пухлин яєчників.

The comparative analysis of clinical data and biochemical parameters of 164 patients with benign tumours of ovaries operated by laparoscopic and laparotomic accesses was carried out. The advantages of laparoscopic surgery for the influence on the level of endogenous intoxication, parameters of the lipoperoxidation and contents of the factors of antioxidation systems were revealed. Besides, on the basis of clinical-biochemical researches the advantages of surgery of benign epithelial tumours of ovaries were proved.

Вступ. На долю пухлин яєчників припадає 25 % пухлин жіночих статевих органів, а епітеліальні пухлини складають 80-90 % від усіх злоякісних пухлин яєчників [3, 4, 8].

Хірургічне втручання є провідним етапом лікування хворих із доброякісними пухлинами яєчників [6, 10, 12, 16]. Останніми роками хірургічне лікування із традиційним лапаротомним доступом все частіше поступається місцем більш щадній та менш травматичній лапароскопічній хірургії [7, 9, 10, 11, 13]. Все ж, подальшому вивченню підлягає визначення показань як до вибору обсягу хірургічного втручання, так і до застосування лапаротомного чи лапароскопічного доступу при лікуванні пухлин яєчників та їх загальний вплив на метаболічні процеси в організмі [14, 19].

Метою нашої роботи було вивчення ефективності хірургічного лікування доброякісних пухлин яєчників залежно від застосування лапароскопічної чи лапаротомної хірургії.

Матеріали і методи. Серед хворих, оперованих лапаротомним та лапароскопічним доступами,

проведено порівняльний аналіз стану гомеостазу після органозберігаючих та радикальних операцій.

З них хворих із доброякісними пухлинами було 164 (82 оперовані лапаротомним доступом, 82 – лапароскопічним). В органозберігаючому обсягу оперовано 65 хворих (однобічна аднексектомія, цистоваріектомія). Радикально оперовано 99 хворих (екстирпація чи надпівхвова ампутація матки з придатками). На обсягу операції впливав вік хворих, наявність супровідної гінекологічної патології, результати субопераційної цитоморфологічної діагностики.

Стан гомеостазу оцінювали за рівнем молекул середньої маси (МСМ), станом перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) та вмістом факторів антиоксидантної системи (АОС). З показників ПОЛ визначали вміст гідроперекисів ліпідів (ГЛ) [1], рівень дієнових кон'югат (ДК) [15] та малонового діальдегіду (МДА) [5]. З факторів АОС визначали вміст вітамінів А та Е [18] та С [17].

Результати досліджень та їх обговорення. Рівень ендогенної інтоксикації за вмістом МСМ

після радикальних операцій лапаротомним доступом з приводу доброякісних пухлин яєчників зріс у порівнянні з доопераційним рівнем, а після органозберігаючих – суттєво не змінився.

Так, після радикальних операцій лапаротомним доступом вміст первинних (ГЛ) та проміжних (МДА) продуктів ПОЛ у крові хворих достовірно підвищується і залишається достовірно вищим, ніж у хворих, оперованих в органозберігаючому обсязі.

Таким чином, проведений аналіз показників гомеостазу показав, що після радикальних операцій лапаротомним доступом відмічається достовірно підвищення відносно початкового рівня показників ендогенної інтоксикації за вмістом МСМ, ЛШ, активуються процеси ліпопереокислення та відмічається зниження вмісту неферментних факторів антиоксидантного захисту. Такі зміни відмічені практично у всіх хворих даної групи.

Після органозберігаючих операцій лапаротомним доступом залишається дефіцит факторів АОС у порівнянні із здоровими жінками. З 34 таких хворих згадані порушення гомеостазу нами виявлені у 15 хворих (44,0%), яким в післяопераційний період застосовано комплекс вітамінів А, Е та С. В решти хворих в післяопераційний період проводилася традиційна корекція гомеостазу.

Нами проведений ретроспективний аналіз 82 історій хвороби пацієнок з доброякісними епітеліальними пухлинами яєчників, які були оперовані лапароскопічним доступом. Вік хворих складав від 18 до 69 років. За гістологічним типом частіше зустрічалась серозна цистаденома – у 34 випадках (41,5%), муциозна цистаденома – у 30 випадках (36,8%), ендометріюїдна – у 14 випадках (17,7%) змішані – у 2 випадках (2,4%), фолікулярна кіста – у 2 випадках (2,4%). Поділ хворих за обсягом хірургічних втручань показав, що найбільше виконано органозберігаючих операцій – 56,1%.

Аналіз показників різних ланок гомеостазу у крові хворих із доброякісними пухлинами яєчників після органозберігаючих операцій лапароскопічним доступом не виявив суттєвих відхилень від аналогічних показників у здорових жінок. Аналіз показників гомеостазу після радикальних операцій, виконаних лапароскопічним доступом, виявив суттєвий дефіцит факторів АОС.

Таким чином, хірургічне лікування доброякісних пухлин яєчників лапароскопічним доступом в радикальному обсязі значно полегшує перебіг післяопераційного періоду у таких хворих. При цьому хворі знаходяться в стаціонарі лише 3-4 доби, практично

відсутній “газовий” період, суттєво не змінюються показники гемограми та біохімічні показники крові [2].

Отже, застосування хірургічного лікування лапароскопічним доступом доброякісних пухлин яєчників має переваги над хірургічним лікуванням лапаротомним доступом як за клінічним перебігом післяопераційного періоду, так і за результатами проведеного аналізу його впливу на метаболічні процеси. Такі дані обґрунтовують необхідність застосування лапароскопічної хірургії при доброякісних пухлинах яєчників в усіх випадках, коли технічно можливо таким доступом забезпечити оптимальний обсяг хірургічного лікування. З цією метою нами вдосконалено алгоритм вибору хірургічного доступу в лікуванні пухлин яєчників (рис. 1).



Рис. 1. Алгоритм вибору застосування лапароскопічної та відкритої хірургії у хворих із пухлинами яєчників.

Застосування такого алгоритму дозволяє повністю використати переваги лапароскопічного доступу в хірургії пухлин яєчників, запобігти необґрунтованим лапаротоміям, а також своєчасно застосувати більш радикальне хірургічне лікування лапаротомним доступом. Поданий алгоритм нами застосований у 68 хворих з виявленими пухлинами яєчників та відсутністю патології шийки та ендометрія. Наявність пухлини підтверджено УЗД та клінічно. Всі хворі були розділені за віковим фактором на 2 групи: до 35 років (33) та після 35 років (35). В ранньому репродуктивному віці (до 35 років) ми частіше застосовували органозберігаючі операції.

Враховуючи переваги органозберігаючих операцій з боку впливу на різні ланки гомеостазу, нами поданий алгоритм вибору обсягу хірургічного втручання у хворих із доброякісними пухлинами яєч-

ників залежно від морфологічного типу пухлини, віку та наявності гінекологічної патології. Оскільки менопауза розвивається, як правило, після 45 років, коли частіше діагностується рак репродуктивної сфери, лікування було частіше радикальним.

При виявленні у хворих із доброякісними пухлинами яєчників дисплазії шийки матки, симптомної фіброміоми матки, атипії ендометрія, аденоміозу у жінок до 45 років зі згоди хворих, виконували видалення пухлини в обсязі цистоварієктомії чи аднексектомії в комбінації з діатермоконізацією, абляцією ендометрія, міомектомією або призначали гормональну терапію. При технічних труднощах виконання міомектомії виконували надпівову ампутацію матки з придатками (2 випадки). При поєднанні доброякісної пухлини яєчника з аденоміозом виконували цистоварієктомію з наступним гормональним лікуванням аденоміозу.

При виявленні однобічної доброякісної пухлини яєчника у жінок після 45 років та доопераційного обговорення обсягу втручання з хворою застосовували однобічну аднексектомію з експрес-морфо-

логічним дослідженням. При доброякісних змінах операцію завершували.

У жінок після 45 років при виявленні двобічної доброякісної пухлини яєчників чи однобічної у поєднанні з атипією ендометрія, шийки матки, аденоміозом, фіброміомою матки виконували радикальну операцію.

Висновки. 1. Хірургічне лікування доброякісних пухлин яєчників лапароскопічним доступом не змінює показників ендогенної інтоксикації та суттєво не впливає на показники ПОЛ та АОС у порівнянні з аналогічними показниками після лапаротомних операцій.

2. Застосування лапароскопічного доступу в лікуванні доброякісних пухлин яєчників є методом вибору в хірургічному лікуванні доброякісних пухлин яєчників.

3. Органозберігаючі операції є методом вибору в хірургічному лікуванні доброякісних епітеліальних пухлин яєчників у жінок репродуктивного віку за умови відсутності супровідної гінекологічної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Л. И., Кожемякин Л. А., Кишкун А. А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой // Лаб. дело. – 1988. – № 11. – С. 41-43.
2. Бахидзе Е.В. Сохранение фертильности у больных начальным раком яичников // Материалы научно-практической конференции «Новые подходы к скринингу, диагностике и лечению опухолей яичников». – Великий Новгород, 2001. – С. 79.
3. Войкшнарас О.Б. Основні тенденції захворюваності на злоякісні новоутворення жіночої репродуктивної сфери в Україні в період до і після аварії на ЧАЕС // Тези доп. ІХ з'їзду онкологів України. – Вінниця – К., 1995. – С. 47.
4. Воробйова Л.І. Перспективні напрямки в онкології // Тези доп. ІХ з'їзду онкологів України. – Вінниця-Київ. – 1995. – С. 12.
5. Гаврилов В.В., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. дело. – 1993. – № 4. – С. 54-55.
6. Грищенко В.И., Козуб Н.И. Эндоскопия в диагностике и лечении женского бесплодия. – Харьков: Основа, 1998. – 216 с.
7. Дрыжак В., Бабанлы Ш., Домбрович М. Использование видеохирургической техники в онкологической клинике // Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. – Киев, 2000. – 384.
8. Запорожан В.М., Беспоясна В.В. Комбінована з електромагнітним випромінюванням корекція основних регуляторних систем організму при доброякісних пухлинах // ПАГ. – 1997. – № 1. – С. 78 – 81.
9. Запорожан В.Н., Гладчук И.З. Экономические аспекты эндоскопии в клинике женского бесплодия // Тез. докл. Украинско-американского конгресса по эндоскопической хирургии. – Одеса, 1997. – С. 114-115.
10. Запорожан В.Н., Грищенко В.И., Коханевич Е.В. Нетрадиционные методы лечения в акушерстве и гинекологии // Криохирургия в акушерстве и гинекологии. – К.: Здоров'я, 1996. – 226 с.
11. Запорожан В.Н., Хаит О.В., Нагорная В.Ф. и др. Новые методы

диагностики и лечения доброкачественных опухолей и гиперпластических процессов женской репродуктивной системы // МЗ УССР РМК по ВМО. – Одесса: Одесский медицинский институт, 1990. – 126 с.

12. Запорожан В.М. Эндоскопична хірургія в гінекології // Журнал АМН України. – 1999. – Т. 5. – №4. – С. 44-48.
13. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Мозговий Ю.С., Рожковська Н.М. Эндоскопична хірургія в гінекологічній клініці // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 4. – С. 32-37.
14. Иванова А.Б., Ворона И.А., Бонацкая Л.В., Глинская Г.В. Динамика количественных характеристик и цитотоксической активности среднемoleкулярных пептидов крови онкологических больных в процессе лечения энтеросорбцией эндотоксикоза при консервативной терапии опухолей // Соврем. пробл. гемодиализа и гемосорбции. Сб. научн. тр. – Ташкент, 1982. – С. 70-71.
15. Костюк В.А., Потапович А.И., Лунец Е.Ф. Спектрофотометрическое определение диеновых конъюгатов // Вопр. мед. химии. – 1984. – № 4. – С. 125-127.
16. Серов В.Н., Кудрявцева Л.И. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования яичников. – М.: Триада - У, 1999. – 149 с.
17. Соколовский В.В., Лебедева Л.В., Лизлуп Т.В. О методе раздельного определения аскорбиновой, дигидроаскорбиновой и дикетоглутоновой кислот в биологических тканях // Лаб. дело. – 1974. – № 3. – С. 160-161.
18. Черняускене Р.Ч., Варшкявичене З.З., Грибаускас П.С. Одно-временное флюорометрическое определение концентрации витаминов Е и А в сыворотке крови // Лаб. дело. – 1984. – № 6. – С. 362-365.
19. Benedetti-Panici P., Maneschi F., Cutillo G. Laparoscopic abdominal staging locally advanced cervical cancer // International journal of gynecological cancer. – 1999. – Vol. 9. – № 3. – P. 194-197.

УДК 616.24.-007.63-002.191+617.54-001.4]-002-089

Шляхи зниження травматичності операцій при двобічних захворюваннях і ушкодженнях легень

О.Г. ГРИНЦОВ, А.Г. ВИСОЦЬКИЙ, Р.Є. ПІЩАНСЬКИЙ, С.І. ГЮЛЬМАМЕДОВ, Г.О. ГРИНЦОВ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

THE WAY OF DECREASING OPERATION INJURIES AT BILATERAL LUNG DISEASES AND CHEST TRAUMA

O.G. GRINTSOV, O.G. VYSOTSKY, R.YE. PISCHANSKY, S.I. GIULMAMEDOV, G.O. GRINTSOV

Donetsk State Medikal University by M. Horky

Автори розробили новий, оригінальний трансторакальний трансмедіастинальний доступ, що застосовується при двосторонній бульозній емфіземі легень та травмі грудей. Сутність способу полягає в розсіченні медіастинальної плеври з її попередньою герметизацією механічним швом в проекції переднього межистіння від рівня верхньої апертури грудей до основи серця. Було виконано 15 анатомічних експериментів і зроблена 41 операція: у 36 хворих – з приводу двобічної бульозної емфіземи легень, у 3 пацієнтів – при проникних колото-різаних пораненнях грудей з обох боків та у 2 – при раку легені. Післяопераційної летальності не було.

The authors developed a new original technique for bilateral apical bullectomy and bilateral chest trauma via thoracotomy and transmediastinal approach to the contralateral side. Contralateral pleural cavity is reached at the anterior mediastinum, passing between sternum bone and mediastinal organs. The contralateral lung apex is then pulled into the thoracotomy side and apical bullectomy carried out by linear stapler. The 15 anatomical experiments on corpses and 41 operations in clinic were done. The obvious advantages of avoiding second thoracotomy are providing complete solutions to the clinical problem – bilateral bullous emphysema and bilateral chest trauma. Postoperative lethality was not observed.

Вступ. Білатеральні ураження легень, що вимагають хірургічної корекції, нерідко зустрічаються при бульозній емфіземі легень та їх травматичних ушкодженнях [1]. В онкологічній практиці іноді зустрічаються ситуації, коли при оперативному лікуванні раку легені потрібна морфологічна верифікація солітарного вузла, що локалізується у контрлатерально у легені (туберкулома, хондрома, метастаз раку). Найчастіше для проведення двобічних одномоментних втручань використовується середина стернотомія і відеоторакоскопічні операції. Володіючи визначеними позитивними якостями, вони, проте, мають ряд істотних недоліків.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження стали 41 хворий віком від 21 до 54 років з білатеральними ураженнями легень. Серед них 36 пацієнтів страждали від двобічної верхньочасткової бульозної емфіземи легень, ускладненої реци-

дивним пневмотораксом. У 3 хворих були множинні колото-різані поранення грудей з обох боків, поєднані з травмою кінцівок. У 2 випадках рак легені поєднувався з доброякісними пухлинами у верхній частці легені. Усі хворі були оперовані з використанням розробленого нами трансторакального трансмедіастинального доступу.

Результати досліджень та їх обговорення. Існує ряд методик, які використовуються при оперативному лікуванні двобічної бульозної емфіземи. Історично найбільш ранніми з них є послідовні трансторакальні операції [2]. Недоліками цієї методики є висока травматичність, тривалість лікування, при якому можливий розвиток ускладнень бульозної емфіземи з іншого боку в проміжку між оперативними втручаннями. Тому в даний час така тактика практично не використовується, а контрлатеральні торакотомії роблять за строгими показаннями.

Операцією вибору при двобічних ураженнях легень є середина стернотомія, що при бульозній емфіземі вперше застосував Kalnins у 1973 році [3]. Можливість одномоментної операції трансстернальним доступом завоювала прихильників у багатьох провідних клініках. Однак істотними недоліками цього засобу є необхідність розсічення груднини, що збільшує тривалість і підвищує травматичність втручання, а також поганий косметичний ефект.

В останні роки активно впроваджуються відеоторакоскопічні операції при двобічній бульозній емфіземі легень. Незважаючи на переваги (менший ступінь больового синдрому, гарний косметичний ефект), засіб має істотні недоліки [4]. До них відносяться: висока вартість використовуваної апаратури і видаткових матеріалів, складність зупинки кровотечі, більш тривале скидання газу по дренажах і наявність рецидивів пневмотораксу після операцій.

З метою усунення зазначених недоліків нами розроблено і успішно апробовано у клініці засіб лікування двобічної бульозної емфіземи легень, що полягає в наступному. Роблять передньобічну торакотомію в четвертому міжребер'ї з боку найбільш бульозної трансформації легені. При травматичному ураженні торакотомію виконують з боку найбільшого ушкодження грудей. Здійснюють необхідний етап операції на легені (резекція бул, ушивання ран) з боку торакотомії. Потім розсікають медіастинальний листок плеври між грудниною та органами переднього межистіння довжиною 1-1,5 см. Проекцією розрізу служить середина відстані між підставою серця і верхньою апертурою грудей. Після чого жирову клітковину тупо розсувають між задньою поверхнею груднини та органами переднього межистіння, оголюючи тим самим протилежний листок медіастинальної плеври. Для зручності його пошуку в легені створюється підвищений тиск (операція виконується з роздільною інтубацією бронхів). Протилежний листок плеври захоплюється затискувачем і розсікається на протязі 1-1,5 см. При цьому необхідно стежити, щоб у затискувач не потрапила легень. Як правило, ця маніпуляція виконується на висоті вдиху. Після здійснення доступу в контрлатеральну плевральну порожнину через зроблений отвір вводиться тубус торакоскопа з метою ревізії плевральної порожнини, легені і транслюмінації ретростернального простору. Наступним важливим етапом операції є герметизація переднього межистіння шляхом накладення механічного шва. З цією метою поруч з тубусом торакоскопа в краніальному напрямку (до верхньої

апертури грудей) заводиться бранша апарата 30-40 (зшивач органів – 40) таким чином, щоб між її робочими частинами виявилися обидва листки медіастинальної плеври. Перед зведенням робочих частин 30-40 і прошиванням плеври проводиться транслюмінація цієї зони заздалегідь уведенням торакоскопом. Після накладення механічного шва між апаратом і грудниною розсікається медіастинальна плевра на довжину робочої частини 30-40. Аналогічну маніпуляцію виконують у каудальному напрямку. На не прошиті усередині медіастинальні листки накладається кілька вузлових швів. Таким чином, досягається надійна герметизація органів і клітковини переднього межистіння від можливого інфікування і інтраопераційних травматичних ушкоджень. Через створене медіастинальне вікно проводиться візуальна ревізія контрлатеральної легені і плевральної порожнини, виконується необхідний обсяг оперативного втручання. Потрібно відзначити, що при лівосторонньому доступі при виведенні верхньої частки правої легені в медіастинальне вікно тракцію варто контролювати, тому що можливе помірне здавлення верхньої порожньої вени. Після цього протилежну плевральну порожнину дрениують, медіастинальну плевру герметично ушивають окремими вузловими швами, дрениують плевральну порожнину з боку торакотомії і зашивають торакотомну рану.

Запропонований засіб дозволяє здійснити одномоментне оперативне втручання на обох легенях і парієтальній плеврі, при цьому істотно знижує тривалість і травматичність хірургічного втручання, зменшує число післяопераційних ускладнень, не вимагає використання дорогої апаратури.

Розроблений засіб апробовано на 15 нефіксованих трупах людей обох статей (12 – чоловічого і 3 – жіночого). В усіх спостереженнях вдалося атравматично, без ушкодження органів переднього межистіння розкрити контрлатеральну плевральну порожнину. У двох випадках у ній виявлено виражений спайковий процес, що утруднювало проведення втручання на легені – атипової крайової резекції всіх часток. У чотирьох експериментах не удалося обробити позаду базальні сегменти нижньої частки, що в практичному відношенні не настільки істотно, тому що найбільш часто були локалізуються у верхівковому сегменті верхньої частки.

За запропонованою методикою оперовано 36 хворих із двобічною локальною верхньочастковою бульозною емфіземою легень. В усіх випадках удалося резекувати були верхньої частки, що розта-

шовувалися переважно у I сегментах. В одному спостереженні виникла необхідність торакоскопічної коагуляції спайок між верхівкою легені і куполом плеври. У післяопераційний період виникло одне ускладнення, зв'язане з тривалим витокм газу по дренажах через негерметичність швів легені, що є специфічним ускладненням при операціях із приводу бульозної емфіземи.

У трьох пацієнтів розроблений спосіб використаний при двобічних проникних колото-різаних пораненнях грудей. В усіх спостереженнях вдалося ушити рани легень і зупинити кровотечу. У двох хворих при резекції нижньої частки легені з приво-

ду раку застосований трансмедіастинальний доступ для видалення солітарного вузла у верхній частці протилежної легені. В одному спостереженні була туберкулома, в іншому випадку хондрома. Післяопераційних ускладнень не було.

Висновок. Таким чином, розроблений нами трансторакальний трансмедіастинальний доступ дозволяє зробити одномоментне втручання на обох легенях при їх двобічних захворюваннях і ушкодженнях, знижує тривалість операції, її травматичність і рекомендується для практичного використання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вишневский А.А., Волков Г.М., Николадзе Г.Д. Современные взгляды на лечение спонтанного пневмоторакса при буллезной эмфиземе легких. // Грудная хирургия. – 1988. – № 2. – С. 92-96.
2. Вишневский А.А., Ганжа П.Ф., Николадзе Г.Д. Хирургическое лечение буллезной эмфиземы легких // Советская медицина. – 1987. – № 6. – С. 33-36.

3. Левашов Ю.Н., Кишковский А.Н., Варламов В.В. и др. Транс-стернальный доступ в лечении осложненных форм эмфиземы легких // Грудная хирургия. – 1985. – №2. – С. 7-11.
4. Порханов В.А., Мова В.С. Торакоскопия в лечении буллезной эмфиземы легких, осложненной пневмотораксом // Грудная сердечно-сосуд. хир. – 1996. – № 5. – С. 47-49.

УДК 616.381-007.274-089-72-072.1

Лікування та попередження спайкової хвороби очеревини із застосуванням методу лапароскопічного динамічного адгезіолізису

О.Г. ДИКИЙ

Житомирська обласна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського

TREATMENT AND PREVENTION OF PERITONEAL COMMISSURES BY MEANS OF LAPAROSCOPIC DYNAMIC ADHESIOLOSIS

O.H. DYKY

Zhytomyr Regional Hospital by O.F. Herbachevsky

Обстежено та проліковано 65 хворих зі спайковою хворобою, у 30 з них застосовано розроблений метод динамічного лапароскопічного моніторингу. Проведено аналіз ранніх та віддалених результатів лікування у обох групах хворих. Запропонований метод динамічного лапароскопічного моніторингу в лікуванні та попередженні рецидиву спайкової хвороби органів черевної порожнини.

65 patients with commissures have been examined and treated. In 30 of them was used the developed ethod of dynamic laparoscopic monitoring. It was carrid out the analysis of early and removed results of treatment in both groups. Method of dynamic laparoscopic monitorang in treatment and prevention of peritoneal commissures relapse.

Вступ. Післяопераційні абдомінальні спайки складають велику клінічну та медико-економічну проблему [1]. Післяопераційні спайки трапляються після більшості хірургічних процедур і можуть призводити до ряду ускладнень: інтестинальної обструкції, безпліддя, болю [2-6]. За даними diZerega G.S. і співавт., післяопераційні спайки дають 4 значних негативних наслідки для здоров'я: 1) спайки спричиняють ускладнення (обструкцію кишечника, безпліддя і тазовий біль); 2) спайки асоціюються з численними хірургічними ускладненнями; 3) ці ускладнення ведуть до великого хірургічного втручання, госпіталізації хворих; 4) всі ці негативні наслідки викликають, в результаті, значні економічні витрати [5, 7]. Деякі автори вказують, що гострота проблеми спайкової хвороби очеревини полягає у поширеності цього захворювання, труднощах при виборі оптимальної лікувальної тактики, стабільно високій післяопераційній летальності [8, 9]. Katayoun Toosie M.D. із співавт. відмічає, що інтраабдомінальні спайки є значним джерелом захворюваності та смертності в результаті післяопераційної обструкції кишечника, інфар-

кту, утворення нориць і ерозій після абдомінальної хірургії [10].

Матеріали і методи. За період з листопада 2000 року по грудень 2002 року на лікуванні в хірургічному центрі Житомирської обласної лікарні знаходилося 65 хворих зі спайковою хворобою органів черевної порожнини: жінок – 33, чоловіків – 32. Середній вік хворого склав 36,6 року (наймолодшому – 15; найстаршому – 79 років).

Кишкова форма спайкової хвороби була в 52 (80,0%) хворих; больова – у 7 (10,77%) хворих, атипова форма – у (1,54%) хворого; інші захворювання – у 5 (7,69%) хворих (табл.1).

В групу інших захворювань увійшли випадки госпіталізації з підозрою на спайкову хворобу. В процесі дообстеження або оперативного втручання діагноз спайкової хвороби було знято. Таким чином, зі спайковою хворобою було проліковано 60 хворих. В ургентному порядку було прооперовано 26 хворих; в плановому – 28; консервативне лікування було проведене в 6 хворих.

Всі прооперовані хворі були розділені на 2 групи: 1-ша – хворі, які були проліковані із застосуван-

Таблиця 1. Розподіл хворих за нозологічними формами

Нозологічна форма	Кількість хворих	Відсоток хворих (%)
Кишкова форма СХО	52	80,0
Больова форма СХО	7	10,77
Атипова форма СХО	1	1,54
Інші захворювання	5	7,69
ВСЬОГО	65	100

ням методу лапароскопічного динамічного адгезіолізу (30 хворих); 2-га група – хворі, які були про-

ліковані традиційними оперативними методами (24 хворих) (табл.2).

Таблиця 2. Характеристика основної і контрольної груп хворих

Критерій	Динамічний адгезіолізис	Традиційний адгезіолізис
Всього хворих	30	25
Чоловіки	14	18
Жінки	16	7
Мінімальний вік	15	15
Максимальний вік	59	79
Середній вік	33,5	44,4
Померло	0	2
Летальність (3,6%)	0%	8%

У 8 хворих 2-ї групи при проведенні первинного оперативного лікування для подальшої корекції процесу адгезіогенезу планувалося виконання динамічного лапароскопічного адгезіолізу. Проте в зв'язку з розвитком адгезивного перитоніту у 3 хворих проведення динамічного лапароскопічного адгезіолізу стало неможливим; у 2 хворих від застосування даного методу ми відмовились в зв'язку з розвитком в ранній п/о період ускладнень з боку суміжних органів (зрив серцевого ритму – 1; післяопераційна пневмонія – 1) та післяопераційної внутрішньочеревної кровотечі – 1. Ще 2 хворих відмовилися від використання вказаного методу. Динамічну лапароскопію не проводили також при застосуванні методу “шинування” тонкого кишечника – у 7 хворих (при рецидиві спайкового процесу – 2; метод, обраний хворим – 3; проведення оперативного втручання на фоні важкої політравми – 1; похилий вік хворого – 1); декомпресивній інтубації тонкого кишечника – у 3; синдромі натягнутого сальника після апендектомії – у 3; з інших причин – у 3.

Метод динамічного лапароскопічного моніторингу (авторське свідоцтво 52353 А): первинне втручання виконувалося лапароскопічним або традиційним способом з дотриманням інтраопераційних заходів профілактики рецидиву спайкоутворення [1]. Операцію закінчували створенням гідроперитонеуму. В подальшому кожних 5–6 днів проводили динамічну лапароскопію, під час якої

здійснювалась повна ревізія кишечника. Виявлені злипання кишечника та інших органів черевної порожнини роз'єднувались. Лапароскопія закінчувалась повторним формуванням гідроперитонеуму. Лікування вважали закінченим, коли під час лапароскопії були відсутні вісцеропарієтальні злипання, кишкові петлі мали абсолютно природний вигляд, без ознак запалення і були вільні від злипань.

Результати досліджень та їх обговорення. Метод був застосований в лікуванні 30 хворих зі спайковою хворобою очеревини: 26 (86,67%) хворих мали кишкову форму захворювання; 3 (10,00%) – больову; 1 (3,33%) – атипову.

Первинні втручання: роз'єднання спайок відкритим способом було здійснене у 20 (66,7%) хворих: адгезіотомія – у 18 (90%); адгезіотомія з резекцією сегмента тонкої кишки – у 3 (10%). Лапароскопічний адгезіолізис проведений у 10 (33,3%) хворих. Ще у 3 хворих в процесі адгезіотомії довелося здійснити конверсію, що склало 23,1%. Всі випадки конверсії були здійснені у хворих з кишковими формами спайкової хвороби. Причиною конверсії були площинні щільні вісцеропарієтальні зрощення, роз'єднання яких лапароскопічним способом технічно було неможливим або було пов'язане зі значним ризиком перфорації кишечника (2) і внутрішньочеревною кровотечею з місця адгезіотомії (1). Ступінь конверсії при цій формі захворювання склав 33,33%.

Серед хворих з кишковою формою захворювання 14 (53,85%) прооперовано в плановому порядку; 12 (46,15%) – в ургентному. Ступінь поширеності спайкового процесу оцінювали за методом Бліннікова [2]. Середній ступінь поширеності склав 2,39. Для ліквідації здатності до спайкоутворення в середньому було проведено 1,6 сеансів динамічного лапароскопічного адгезіолізу. 4 хворих відмовились від подальшого проведення динамічної лапароскопії і тому при проведенні оцінки даних показників вони не враховувались. При 1-2-му ступенях поширеності кількість сеансів в середньому склала 1,29; при 3-4-му – 2,06 ($p < 0,05$). Рівень значимості вказує на те, що кількість втручань залежить від ступеня поширеності спайкового процесу, проте на цей показник мають вплив і інші фактори. Після виконання первинного втручання лапароскопічним способом було проведено 1,5 сеансу динамічного лапароскопічного адгезіолізу; при первинній адгезіотомії відкритим методом цей показник склав 1,75 ($p > 0,1$). При ургентних втручаннях середня кількість повторних операцій склала – 1,75, при планових – 1,67 ($p > 0,1$). Відсутність достовірної різниці вказує на те, що спосіб проведення первинного втручання та ургентність виконання оперативного втручання не мають значного впливу на кількість наступних втручань.

Безпосередні результати. При застосуванні методу динамічного лапароскопічного адгезіолізу під час операції та в ранній післяопераційний період спостерігалися такі ускладнення: інтраопераційна кровотеча (при виконанні адгезіолізу лапароскопічним способом) – 1; попадання декстрану в підшкірну клітковину – 1; зрив серцевого ритму – 1; п/о пневмонія – 1; підтікання декстрану через лапаротомну або троакарну рану – 1. Після 2-ї операції у 1 хворого спостерігалось підтікання лікувальної суміші через троакарні рани та в 1- виникло попадання декстрану в підшкірну клітковину. Після 3-ї операції тільки в 1 випадку спостерігалось підтікання лікувальної суміші через троакарну рану. Після 4-ої операції ускладнень не було. Всього в цій групі хворих було проведено 83 втручання. Таким чином, відсоток післяопераційних ускладнень склав 9,6. При цьому 5 випадків ускладнень з 8 – підтікання лікувальної суміші через рани та попадання її в підшкірну клітковину – були пов'язані суто з технічними аспектами виконання оперативного втручання. Летальних випадків в цій групі не було.

За даними контрольної лапароскопії спайковий процес було повністю ліквідовано у 23 хворих, на-

явність спайок констатовано у 3 хворих, що склало, відповідно, 88,46 і 11,54%. В підрахунки не включено ті випадки, коли хворі відмовлялися від динамічної лапароскопії на одному з етапів.

В групі хворих, пролікованих традиційним методом, зафіксовано ранню післяопераційну спайкову непрохідність – 3 випадки, евітерацію кишечника – 1, внутрішньочеревну кровотечу – 1; недостатність швів ентероентероанастомозу – 1, абсцеси черевної порожнини – 4, що склало 33,3% і у 7 випадках потребувало проведення релапаротомії. 2 хворих померло від гнійних ускладнень. Летальність склала 8,3%.

Віддалені результати. Термін спостереження склав від 6 місяців до 2,5 року. Після методу динамічного лапароскопічного адгезіолізу віддалені результати вивчені в 26 хворих. Результати вивчали шляхом повторних оглядів пацієнта кожних 6 місяців (19 хворих), у 2 хворих для встановлення або виключення факту рецидиву було проведено діагностичну лапароскопію; 2 хворих оперовано повторно з приводу інших причин та 3 оперовано з приводу рецидиву спайкової хвороби з розвитком субкомпенсованого (2 випадки) та декомпенсованого (1 випадок) порушення пасажу. При клінічному огляді результат оцінювали як задовільний, якщо пацієнт не мав жодних скарг, не дотримувався обмежень в харчуванні і у фізичній роботі, і незадовільний, якщо в пацієнта були скарги, характерні для спайкової хвороби. Якщо пацієнт не почувався абсолютно здоровим, але скарги не відповідали клініці спайкової хвороби, пропонували госпіталізацію з метою проведення повного комплексу обстежень, включаючи діагностичну лапароскопію. При повторних втручаннях або лапароскопії результат оцінювали як задовільний, якщо в черевній порожнині спайковий процес був відсутній, в інших випадках результат оцінювали як незадовільний. В основній групі хворих задовільний результат зафіксовано у 18 (69,23%) хворих, з них у 3 – після оперативного втручання (2 хворих оперовані з інших причин; 1 – проведена діагностична лапароскопія). У 7 (26,92%) хворих зафіксовано рецидив захворювання: 3 оперовані з приводу спайкової хвороби повторно, в тому числі 1 – з приводу гострої кишкової непрохідності; у 1 пацієнтки проведено діагностичну лапароскопію, ще у 2 були скарги, характерні для спайкової хвороби. Серед хворих цієї групи, які пройшли повний курс лікування, рецидив зафіксований тільки у 3 випадках (2 – кишкова форма, 1 – больова), одужання – у 18 хворих,

відповідно, 14,28 і 85,71%. Серед хворих, які відмовилися від застосування динамічного лапароскопічного адгезіолізу на одному з етапів лікування рецидив захворювання настав в 3 із 4 чоловік, що склало 75%.

В групі хворих, які отримали традиційне оперативне лікування, віддалені результати вивчені в 15 хворих. Серед них у 4 (26,67%) хворих відмічено клінічно одужання, у 8 (53,33%) настав рецидив захворювання, у 3 (20,00%) – розвинулась больова форма (табл.3).

Таблиця 3. Віддалені результати оперативного лікування спайкової хвороби очеревини

Метод лікування	Наявність рецидиву	Відсутність рецидиву	Всього
Динамічний лапароскопічний моніторинг	4	18	22
Традиційне оперативне втручання	11	4	15
ВСЬОГО	15	22	37

Отримані дані про віддалені результати лікування були обраховані методом чотириклітинних таблиць з визначенням коефіцієнту Пірсона. При проведенні статистичних розрахунків в основній групі хворих враховувалися тільки ті пацієнти, яким був проведений повний курс лікування. Ці розрахунки показали, що віддалені результати лікування в основній групі кращі, ніж в контрольній ($P < 0,001$).

При вивченні анамнезу захворювання пацієнтів ми також встановили, що у 84,2% пацієнтів до розвитку кишкової непрохідності протягом певного періоду часу були чіткі клінічні прояви спайкової хвороби очеревини; при цьому багато з них хоча б 1 раз зверталися за медичною допомогою в лікувальні заклади області. В усіх випадках їм проводили консервативне лікування, яке давало тимчасове покращання.

Отримані результати лікування дозволили нам змінити підхід до лікування хворих зі спайковою хворобою очеревини:

1. Запропонована переорієнтація тактики лікування даного захворювання від оперативного лікування при розвитку життєво небезпечних ускладнень спайкової хвороби на планове хірургічне лікування даної патології.

2. В Житомирській обласній лікарні організовано центр з "Лікування спайкової хвороби". Основними завданнями центру є планове оперативне лікування хворих зі спайковою хворобою очеревини, в тому числі із застосуванням методу динамічного лапароскопічного моніторингу; надання організаційно-методичної та консультативної допомоги районним та міським лікарням в діагностиці та лікуванні цього захворювання на основі вивчення даних літератури та узагальнення власного досвіду; вивчення поширеності спайкової хвороби в області та віддалених результатів лікування.

3. В Житомирській області в липні 2002 року розроблено регіональну програму "Лікування спайкової хвороби очеревини". Згідно з цією програмою на першому (ФАП, медична амбулаторія) та другому (лікарі-терапевти, гінекологи та інших, не хірургічних спеціальностей) рівнях надання медичної допомоги хворі зі спайковою хворобою очеревини або підозрою на дане захворювання направляються в обов'язковому порядку на консультацію хірурга районної (міської) лікарні. На третьому рівні (хірург рай/міськлікарні) проводять дообстеження хворого з метою уточнення діагнозу і в подальшому направляють пацієнта в ОКЛ для вирішення питання планового оперативного лікування, ведуть диспансерний облік всіх хворих зі спайковою хворобою, в т.ч. і прооперованих, надають невідкладну хірургічну допомогу хворим зі спайковою хворобою. При цьому хворі, які прооперовані в невідкладному порядку і дали згоду на подальше лікування методом динамічного лапароскопічного моніторингу, в ранній післяопераційний період направляються в хірургічний центр ОКЛ. На четвертому рівні (центр з лікування спайкової хвороби) проводиться планове, а при необхідності – невідкладне хірургічне лікування хворих зі спайковою хворобою очеревини; вивчаються безпосередні та віддалені результати даної патології, ефективність методів профілактики цього захворювання.

Висновки. 1. Застосування методу динамічного лапароскопічного адгезіолізу в лікуванні та попередженні рецидиву спайкоутворення дозволяє контролювати та активно впливати на динаміку процесу спайкоутворення, добиваючись в більшості випадків повної ліквідації патологічних зрощень органів черевної порожнини.

2. Запропонований метод, незважаючи на багатократність оперативних втручань, є безпечним

для пацієнта і має малий відсоток життєвонебезпечних ускладнень (1 ускладнення – на 30 хворих).

3. Проведення адгезіотомії лапароскопічним способом не є абсолютною гарантією профілактики рецидиву захворювання, навіть при проведенні в ранній післяопераційний період медикаментозних заходів попередження рецидиву спайкоутворення.

4. Вивчення віддалених результатів показало, що ефективність застосування методу динамічно-

го лапароскопічного адгезіолізісу дає достовірно кращі результати в порівнянні із загальноприйнятими традиційними методами лікування. 85,71% пацієнтів почуваються здоровими. Це дозволяє запропонувати зміну акцентів в організації медичної допомоги хворим зі спайковою хворобою: від проведення оперативного лікування в основному при виникненні гострої кишкової непрохідності до планового хірургічного лікування хворих зі спайковою хворобою органів черевної порожнини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Stringel G, Berezin SH, Bostwick HE, Halata MS., Laparoscopy in the management of children with chronic recurrent abdominal pain. – JSLs 1999 Jul-Sep; Vol. 3(3). – P. 215-219.
2. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь. – М.: Медицина, 1989. – 191 с.
3. Земляной А.Г. Спаечная болезнь // Вестник хирургии. – 1989. – № 6. – С. 6-12.
4. Drollette C.M., Badawy S.Z. Pathophysiology of pelvic adhesions. Modern trends in preventing infertility. – J. Reprod. Med. – 1992. Feb; 37(2):107-21; discussion 121-2.
5. Caprini J.A., Arcelus J.A., Swanson J., Coats R., Hoffman K., Brosnan J.J., Blattner S. The ultrasonic localization of abdominal wall adhesions. – Surg. Endosc. 1995 Mar;9(3):283-5.
6. Kolecki R.V., Golub R.M., Sigel B., Machi J., Kitamura H., Hosokawa T., Justin J., Schwartz J., Zaren H.A. Accuracy of viscera slide detection

- of abdominal wall adhesions by ultrasound. – Surg. Endosc. – 1994 Aug;8(8):871-4.
7. Dmowski W.P., Rana N., Jafari N. Postlaparoscopic small bowel obstruction secondary to unrecognized nodular endometriosis of the terminal ileum. – J. Am. Assoc. Gynecol. Laparosc. – 2001. Feb;8(1):161-6.
8. Miller K., Mayer E., Moritz E. The role of laparoscopy in chronic and recurrent abdominal pain. – Am. J. Surg. – 1996. – Oct;172(4):353-6; discussion 356-7.
9. Leidig P., Krakamp B. Laparoscopic lysis of adhesions tupe a simple method of diagnosis and therapy of abdominal pain caused by adhesions. – Leber. Magen. Darm. – 1992. Jan;22(1):27-8.
10. Klingensmith M.E., Soybel D.I., Brooks DC. Laparoscopy for chronic abdominal pain.- Surg. Endosc. – 1996. Nov; 10(11):1085-7.

УДК 618.1-036.11-089.819

Роль лапароскопії у діагностиці та лікуванні хронічних запальних захворювань геніталій

С.П. ПОЛЬОВА

Буковинська державна медична академія

THE ROLE OF LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF CHRONIC INFLAMMATORY GENITAL DISEASES

S.P. POLIOVA

Bukovynian State Medical Academy

У статті приведені результати клініко-мікробіологічного обстеження 31 пацієнтки з хронічними запальними захворюваннями геніталій (ЗЗГ). У більшості випадків виявлено поліетіологічний характер запальних захворювань та наявність дисрегуляторних порушень в роботі окремих ланок імунної системи. Вказано на економічну та практичну доцільність застосування лапароскопії в лікуванні хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів.

The article deals with the results of clinical-microbiological examination of 31 patients with chronic inflammatory genital diseases (IGD). Polyetiologic character of inflammatory diseases and the presence of dysregulatory disorders in the function of separate links of the immune system have been found in most cases. Economical expediency and practical value of laparoscopy in the treatment of chronic inflammatory diseases of the female genitals have been indicated.

Вступ. Запальні захворювання геніталій (ЗЗГ) займають вагомe місце серед гінекологічної патології [1, 6, 5,]. Враховуючи їх атиповий та варіабельний перебіг, особливої уваги набувають питання діагностики та органозберігаючого лікування жінок [2, 3, 5]. Впровадження в клінічну практику діагностично-лікувальної лапароскопії дозволило змінити підхід до лікування ЗЗГ, відмовитись від багатьох старих методик, скоротити час обстеження пацієнток та об'єм оперативного втручання, а також зберегти менструальну та репродуктивну функції жінки [4, 6].

Метою даного дослідження було підвищення ефективності діагностики ЗЗГ з подальшим раціональним їх лікуванням.

Матеріали і методи. Обстежено 31 пацієнтку віком від 14 до 43 років з хронічними ЗЗГ. Із них у 15 жінок (основна група) проводилась діагностично-лікувальна лапароскопія з одночасним забо-

ром матеріалу для мікробіологічного і гістологічного досліджень з локальною біопсією та ретельною санацією черевної порожнини 1% розчином бетадину. Контрольну групу хворих склали 16 жінок, що оперувались лапаротомним шляхом.

Всім пацієнткам проводили клінічне, мікробіологічне, імунологічне та інструментальне обстеження. Мікробіологічні дослідження здійснювали з видовою і кількісною оцінкою мікрофлори. Імунологічний стан досліджували за допомогою стандартних антитіл фірми "Сорбент ЛТД" (Росія). Лапароскопія виконувалась апаратом фірми "Karl Storz" (Німеччина) під ендотрахеальним наркозом за загальноприйнятою методикою. Для санації статевих шляхів до операції та санації черевної порожнини під час лапароскопії використовували 1-3 % розчин бетадину.

Результати досліджень та їх обговорення. У 14 (93 %) пацієнток основної групи лапароскопія

проводилась в плановому порядку з підготовкою хворої до оперативного втручання. Один випадок ургентної лапароскопії був з приводу перекруту дермоїдної кісти великих розмірів та некрозу пухлини. У семи (46,6 %) жінок діагноз визначено до операції загальноклінічними та додатковими методами дослідження. У восьми (53,4 %) пацієнток діагноз визначено під час лапароскопії, із них – шість ендометріюїдних кіст, два випадки зовнішнього ендометріозу внутрішніх статевих органів IV ступеня з вираженим синдромом Алена-Мастерса.

Запальні кісти яєчників вилущували з капсулою, проводили коагуляцію ложа кісти біокоагулятором і промивали черевну порожнину 1% розчином бетадину. У пацієнток з ендометріозом IV ступеня проводили коагуляцію вогнищ ендометріозу, оментолізис, сальпінгооваріолізис з наступною санацією черевної порожнини 3% розчином бетадину. У разі виявлення дермоїдних кіст проводили кістектомію, препарат з черевної порожнини видаляли за допомогою морцелятора і ретельно промивали черевну порожнину теплим 3% розчином бетадину для розчинення в ньому вмісту кісти.

Пацієнткам з трубним безпліддям проводили ретельний адгезіолізис. Після закінчення лапароскопічного сальпінгооваріолізису оцінювали характер і ступінь ураження маткових труб та проводили необхідне хірургічне втручання.

Тривалість операцій в середньому становила (72,3±16,5) хв. Тривалими виявлялися кістектомії з приводу дермоїдних кіст, котрі важко видалялися морцелятором.

Післяопераційний період у всіх пацієнток перебігав без застосування антибіотикотерапії. Середній рівень вечірньої температури тіла становив на 1-шу добу (37,1±0,1) °С, а на 2-гу – (36,8±0,2) °С. Хворих піднімали через 6 год після операції і не застосовували жодного методу стимуляції кишечника. Тривалість перебування хворих у стаціонарі після операції склала (1,8±0,2) доби. Післяопераційних ускладнень не спостерігали.

Результати мікробіологічного дослідження показали, що провідна роль у розвитку ЗЗГ належить гонококам, кишковій паличці, хламідіям. В обох групах хворих виявлялися асоціації двох-трьох видів мікроорганізмів, в тому числі з умовно-патогенними, серед яких найчастіше зустрічалися ентеробактерії.

Імунологічні дослідження пацієнток обох груп показали наявність вторинного імунодефіциту як в клітинній, так і гуморальній ланках імунітету. Тому в післяопераційний період застосовували препарат Протифлазид протягом місяця.

Висновки. 1. Впровадження в гінекологічну практику ендоскопічних методів діагностики і лікування підвищило ефективність хірургічного втручання та оптимізувало перебіг післяопераційного періоду, що позитивно впливає на репродуктивне здоров'я пацієнток. 2. Лапароскопія при запальних захворюваннях геніталій дозволяє підтвердити клінічний діагноз, дає можливість ідентифікувати збудників запального процесу і отримати матеріал безпосередньо з осередку запалення, що є важливим для подальшого лікування пацієнток.

ЛІТЕРАТУРА

1. Венцківський Б.М., Жегулович В.Т., Яроцький М.Є. Оперативні ендоскопічні втручання на органах малого таза у жінок // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 2. – С. 39-40.
2. Коханович Є.В., Берестовой О.А., Коноплянко В.В. Лапароскопія: история, общие вопросы и принципы. Эндохирургическая тактика при генитальном эндометриозе // Вісник акушерів-гінекологів України. – 2002. – № 4 (19). – С. 12-20.
3. Магафуров Р.Ф., Сибаров В.М., Муслимова С.Ю. Лапароскопическое лечение дермоидных кист яичников // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 3. – С. 28.
4. Носенко О.М., Чайка К.В. Спосіб органозберігаючого лапароскопічного електрохірургічного лікування кістозних доброякісних пухлин і пухлиноподібних утворень яєчників // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 2 (64). – С.46-47.
5. Польова С.П., Юзько О.М. Лапароскопічне лікування і реабілітація репродуктивної функції жінок із безплідністю трубного генезу // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 2 (64). – С. 22.
6. Стрижак А.Н., Давыдов А.И., Курбанова Д.Ф. Малоинвазивная хирургия в диагностике и лечении гнойных воспалительных заболеваний придатков матки в репродуктивном периоде // В помощь практическому врачу. – 2002. – № 1. – С. 60-62.

УДК: 618.14-002-072.1-06]-039.72

Реабілітація жінок після лапароскопічного лікування ендометріозу

Л.М. МАЛАНЧУК, Л.Є. ЛИМАР, З.М. КУЧМА, О.І. ТЕМЧЕНКО, Н.А. ЛИМАР

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

REHABILITATION OF WOMEN AFTER LAPAROSCOPIC OPERATION OF ENDOMETRIOSIS

L.M. MALANCHUK, L.YE. LYMAR, Z.M. KUCHMA, O.I. TEMCHENKO, N.A. LYMAR

Ternopil State Medical Academy by I.Y. Horbachevsky

Вивчені результати клінічних, ехографічних, ендокринологічних, імунологічних досліджень у жінок з ендометріозом, які оперовані лапароскопічно та традиційним доступом. Обстежено 31 жінку після лапароскопічного лікування та 30 жінок після лапаротомії з приводу ендометріозу. Розроблена методика післяопераційної реабілітаційної терапії з метою попередження рецидивів захворювання із застосуванням дюфастону.

The results of the clinical, echographical, endocrinological, immunological investigations of women after laparoscopic and laparotomic operations of endometriosis were studied. 31 patients after laparoscopic operation and 30 patients after laparotomic operation were investigated. The program of the postoperative rehabilitative therapy for the prophylaxis of the recidive of disease by using of dufastone.

Вступ. Останніми роками проблема ендометріозу займає одне з провідних місць серед гінекологічної патології і, за даними багатьох авторів, сягає 50 % [1,2]. Звертає на себе увагу зростання частоти захворювання та недостатня ефективність лікувально-профілактичних заходів.

Основними причинами такої ситуації вважають зростання екстрагенітальної патології, внутрішньоматкових втручань, особливо у молодих жінок, зниження імунологічної реактивності, несприятливий вплив зовнішнього середовища [2,3]. Слід відзначити, що значна частота ендометріозу та виражені клінічні прояви спонукають спеціалістів до пошуку нових методів лікування та реабілітації даного захворювання. Протягом останніх років все більшу перевагу отримує лапароскопічне хірургічне втручання у поєднанні з адекватною реабілітаційною терапією [1-4].

Метою нашого дослідження було визначити стан імунної системи, ендокринний статус, їх кореляцію з клінічними проявами та розробити метод ефективної профілактики рецидиву ендометріозу у жінок після лапароскопічного лікування ендометріозу.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 61 жінку. Пацієнтки були поділені на 2 групи: першу

групу склали 30 жінок після оперативного лікування ендометріозу лапаротомним доступом та традиційної терапії, до другої групи ввійшла 31 жінка після лапароскопічного лікування ендометріозу з наступним застосуванням запропонованої терапії. Контрольну групу склали 30 соматично здорових жінок.

Традиційна терапія проводилась згідно з рекомендаціями Л.В. Адамян та співавт. [1], які полягали в застосуванні оргаметрилу в циклічному режимі протягом 6 місяців післяопераційного періоду. Запропонована нами реабілітаційна терапія включала антигомотоксичні препарати: лімфоміозот по 10 крапель тричі на добу протягом 1 місяця, убіхінон композитум по 2,2 мл внутрішньом'язово двічі на тиждень 10 ін'єкцій, оваріум композитум по 2,2 мл двічі на тиждень 10 ін'єкцій, дюфастон по 10 мг тричі на добу в циклічному режимі з 5-го по 25-й день менструального циклу протягом 6 менструальних циклів.

Всім пацієнткам проводилось детальне клінічне обстеження, загальноприйняте лабораторне обстеження: клінічне дослідження крові, сечі; визначення глюкози, білірубіну, холестерину, білка, сечовини, креатиніну, трансаміназ в крові. Імуно-

логічні дослідження проводили шляхом визначення загальної популяції Т-лімфоцитів, субпопуляції Т-хелперів (Тх), Т-супресорів (Тс), співвідношення Тх/Тс, В-лімфоцитів. Гормональні дослідження проводили імуноферментним методом: визначали рівень ФСГ, ЛГ, естрадіолу, прогестерону.

Результати досліджень та їх обговорення. Середній вік обстежуваних жінок склав у досліджуваних групах $(32,7 \pm 1,9)$ роки, у контрольній – $(28,7 \pm 2,1)$ роки. У 61 % пацієток досліджуваних груп спостерігався обтяжений репродуктивний анамнез: первинне безпліддя – у 32 % жінок, вторинне – у 31 %. Невиношуванням страждало 23 % хворих. Серед соматичної патології найчастіше спостерігались захворювання шлунково-кишкового тракту (в 1-й групі – 31 %, в 2-й – 35 %), запальні захворювання сечовидільної системи (24 % і 22 %, відповідно). Одним з найчастіших клінічних проявів була дисменорея (93,2 % і 100 %), кровомазання спостерігались у 67,2 % в 1-й групі і в 71,3 % в 2-й групі. Середня тривалість захворювання в 1-й і 2-й групах коливалась від 3,5 до 5,2 року. Контрольне обстеження жінок проводилось через 2 роки після оперативного втручання.

Отримані результати імунологічних досліджень дали змогу виявити зниження загальної популяції Т-лімфоцитів в 1 досліджуваній групі до $(44,37 \pm 1,25)$ % ($P < 0,05$) і $(42,31 \pm 1,47)$ % ($P < 0,05$) проти $(52,50 \pm 2,34)$ % в контрольній групі, кількість Т-хелперів становила $(29,67 \pm 2,11)$ % ($P < 0,05$) і 28,73 % ($P < 0,05$), відповідно, проти $(38,71 \pm 2,06)$ % в контрольній групі, Т-супресорів – $(18,87 \pm 1,23)$ % ($P < 0,05$) і 17,82 % ($P < 0,05$) проти $(15,62 \pm 1,64)$ % в контрольній групі, зменшилась кількість В-лімфоцитів до $(9,11 \pm 0,16)$ % ($P > 0,05$) і 9,07 % ($P < 0,05$) проти $(9,60 \pm 0,45)$ % в контрольній групі. У всіх пацієток досліджуваних груп спостерігався монофазний менструальний цикл. Рівень естрадіолу в цих паці-

єнток становив $(66,92 \pm 13,26)$ мг/мл ($P > 0,05$) і $(68,56 \pm 12,21)$ мг/мл ($P < 0,05$), причому цей рівень утримувався протягом усього циклу. Кількість прогестерону у пацієток коливалась в межах $(0,58 \pm 0,41)$ мг/мл ($P < 0,05$) і $(0,53 \pm 0,38)$ мг/мл ($P < 0,05$).

Після застосування традиційної терапії через 6 місяців значно покращились показники імунного та гормонального статусу: нормалізувався рівень загальної популяції Т-лімфоцитів, наблизився до контрольних показників Тх/Тс-коефіцієнт. Проте у 52 % пацієток 1-ї групи через 6 місяців після завершення терапії менструальний цикл знову став монофазним, спостерігались хаотичні піки ЛГ. В 2-й групі спостерігалась стійка нормалізація показників імунного та гормонального статусу протягом року після припинення запропонованої схеми лікування. Через 2 роки після оперативного лікування відмічено зниження показників імунного статусу за рахунок загальної популяції Т-лімфоцитів та зниження Тх/Тс-коефіцієнта в 1-й групі, в 2-й групі показники імунного статусу достовірно не відрізнялись від контрольних. Гормональні дослідження в 1-й групі через 2 роки після оперативного лікування ендометріозу виявили достовірне зниження рівня прогестерону до $(0,21 \pm 0,02)$ мг/мл. Рівень естрадіолу залишався високим протягом всього менструального циклу – 116,28 пг/мл. Ехографічні дослідження показали наявність рецидивів ендометріюїдних гетеротопій у 12 % пацієток 1-ї групи і відсутність їх у 2-й групі через 2 роки після оперативного лікування.

Висновок. Таким чином, на основі проведених досліджень можна зробити висновок, що запропонована комплексна реабілітаційна терапія в постопераційний період після лапароскопічного лікування ендометріозу дає змогу протягом тривалого періоду попередити рецидив захворювання і відновити репродуктивне здоров'я жінок.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Адамян Л.В., Кулаков В.И. Распространенные формы генитального эндометриоза // Тез. докл. междунар. конф. по эндометриозу. – М., 1995. – С.30-36.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М., 1995. – 187с.

3. Хомуленко И.О. Дифференцированный подход к реабилитации женщин после лапароскопического лечения эндометриоза // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – №1. – С.88-91.
4. Cook A.S., Rock J.A. The role of laparoscopy in the treatment of endometriosis // Fertil.Steril. – 1991. – №4. – P.663-667.

УДК 616.366-089.87-072.1]-08-035

Прогнозування та обґрунтування лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит

О.Б. МОРОЗ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

O.B. MOROZ

Ternopil State Medical Academy by I. Ya. Horbachevsky

В статті висвітлюються проблеми хірургічного лікування 147 хворих на гострий холецистит, у 103 із яких була проведена лапароскопічна холецистектомія, а у 44 – відкрита лапаротомія. Доведено перевагу активної хірургічної тактики та використання лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий неускладнений холецистит.

The brief is devoted to the problems of surgical treatment of 147 patients with acute cholecystitis. 103 patients were operated laparoscopically and 44 were performed open cholecystectomy. The priority of active surgical tactics for the patients with acute cholecystitis is proved.

Вступ. Протягом останніх років серед хірургів не припиняється дискусія з приводу раціональної тактики лікування гострого холециститу, однак до останнього часу відсутня єдина доктрина, керуючись якою хірург зміг би вирішити питання: коли показана і в які терміни слід виконати операцію з максимальною користю для хворого. Поряд з цим, до останнього часу немає відпрацьованих показань і єдиної термінології щодо операцій з приводу гострого холециститу. Кожний автор трактує показання та терміни виконання операцій по-своєму (екстрені, термінові, вимушені та ін.), із-за чого хірургічна активність при гострому холециститі, за даними різних авторів, становить від 15 до 80 % і в середньому складає 30 % [1, 2]. Стримане ставлення до активної хірургічної тактики з приводу гострого холециститу обумовлене, в першу чергу, намаганням виконувати оперативне втручання в більш сприятливих умовах після ліквідації запального процесу [2, 3]. Проте втрата оптимальних термінів хірургічного втручання погіршує умови його виконання, збільшує кількість інтра- та післяопераційних ускладнень [4, 5, 7].

На нашу думку, вибір раціонального лікування хворих на гострий холецистит повинен бути патогенетично обґрунтованим, індивідуальним, з вра-

хуванням морфофункціональних змін жовчного міхура, печінки, жовчних шляхів та прогнозу клінічного перебігу в кожному конкретному випадку захворювання на гострий холецистит.

Матеріали і методи. Робота ґрунтується на результатах обстеження та лікування 147 хворих на гострий холецистит, із яких у 103 (70,06 %) була виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), а у 44 (29,94 %) – лапаротомна холецистектомія (ВХЕ).

Лапароскопічну холецистектомію здійснювали за допомогою апаратури фірми "Karl Storz". Під час конверсії у 14 (9,5 %) хворих в основному використовували правобічний параректальний або трансректальний лапаротомний доступ. У 30 (20,4 %) хворих на гострий холецистит, ускладнений механічною жовтяницею, панкреатитом і перитонітом, проведено стандартну лапаротомну холецистектомію.

Морфофункціональний стан жовчного міхура, проток та печінки хворих на гострий холецистит вивчали за допомогою клінічних, біохімічних, морфометричних, гістологічних та ультразвукового досліджень (УЗД). За показаннями здійснювали інтраопераційну холедохоскопію, езофагогастродуоденофіброскопію.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведені нами морфологічні дослідження свідчать про те, що у хворих на гострий холецистит мають місце виражені патоморфологічні зміни, особливо, периміхурової зони печінки та жовчних шляхів, які характеризувалися, головним чином, скупченням лейкоцитів в клітинних елементах та навколожовчних капілярів, набряком міжчасточкової сполучної тканини та розширенням синусоїдальних судин. Характер таких змін у печінці й жовчовивідних протоках, як правило, полягав в кореляційному взаємозв'язку між основними біохімічними показниками функціонального стану печінки: білірубіну, холестерину, креатинину, тригліцеридів, загального білка, активності ферментів крові; показниками перекисного окислення ліпідів; ступенем ендогенної інтоксикації й залежав від форми запального процесу в стінці жовчного міхура, тривалості захворювання та наявності ускладнень (гепатит, механічна жовтяниця, панкреатит, перитоніт та ін.), що має важливе значення для прогнозу його подальшого клінічного перебігу. Залежно від суми балів прогностично важливих клініко-лабораторних ознак та

ступеня морфологічних змін у жовчному міхурі, печінці та жовчних шляхах ми виділили три форми клінічного перебігу гострого холециститу: а) гострий неускладнений холецистит із сприятливим прогнозом перебігу – 10-15 балів; б) гострий холецистит з невизначеним прогнозом перебігу – 15-20 балів; в) гострий холецистит з несприятливим прогнозом перебігу – більше 20 балів. Прогностичне значення для кожної з ознак вираховували за видозміненою формулою Стюдента [8].

У хворих зі сприятливим перебігом захворювання (113 (76,8 %) із 147 обстежених) сума балів при наявності будь-якого із загострень не перевищувала більше 15 балів. У хворих з невизначеним прогнозом клінічного перебігу захворювання (23 (15,6 %)) сума балів становила від 15 до 20. І у хворих з несприятливим прогнозом перебігу захворювання (11 (7,4 %)) сума балів була більше 20 і з тенденцією до подальшого зростання. Дані клінічного, лабораторного та інструментального досліджень хворих й ретельний аналіз перебігу захворювання дозволили нам запропонувати такі ступені ризику прогнозу клінічного перебігу гострого холециститу (схема 1.).

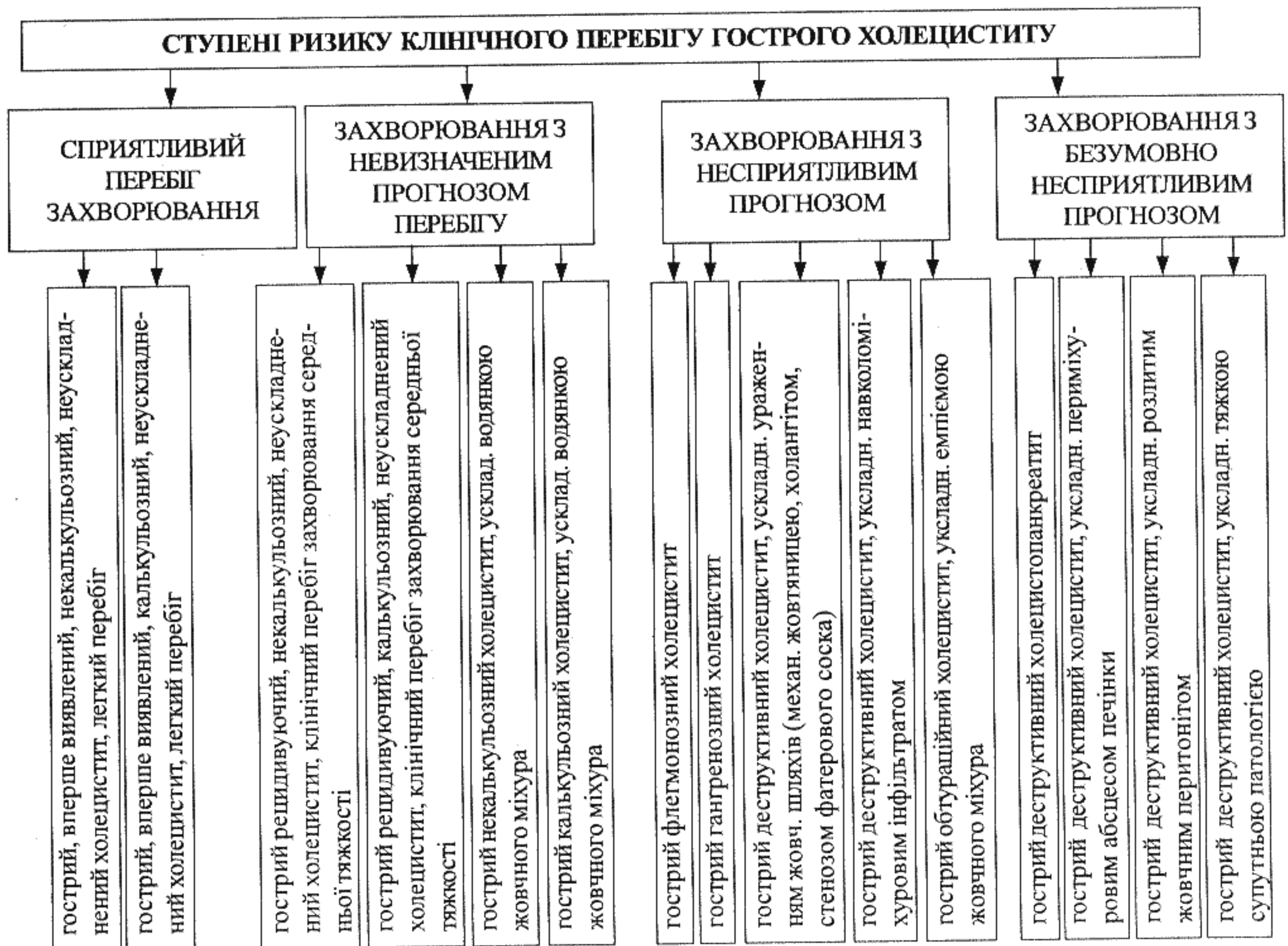


Схема 1. Ступені ризику клінічного перебігу гострого холециститу

Запропоновані ступені ризику клінічного перебігу захворювання та оцінка тяжкості стану хворих дозволяють виявити групи ризику, своєчасно обґрунтувати метод лікування в кожному конкретно-му випадку гострого холециститу і прогнозувати результати лікування. Виходячи із прийнятої в клініці лікувальної тактики, нами запропоновано алгоритм вибору термінів операції залежно від форми гострого холециститу та його ускладнень (схема 2).

При визначенні показань до операції виходили із наступної тактики:

- при наявності гострого холециститу, ускладненого перитонітом, та відсутності супутніх захворювань, незалежно від віку, показана екстрена операція;

- при гострому холециститі, ускладненому перитонітом, і наявності фонових супутніх захворювань показана термінова операція, при цьому тривалість передопераційної підготовки лімітується динамікою прогресування загальної патології;

- у хворих з гострим деструктивним холециститом без симптомів розлитого перитоніту, при відсутності супутніх захворювань показана теж термінова операція. При наявності супутньої патології – відстрочена рання операція після здійснення інтенсивної передопераційної підготовки і корекції порушених функцій організму;

- хворі на гострий холецистит без ознак перитоніту у віці 60 років і старше, у яких наявні супутні захворювання, зниження реактивності організму, потребують передопераційної підготовки і корекції змінених функцій органів і систем. Цим хворим показана відстрочена пізня операція;

- при наявності гострого холециститу, ускладненого механічною жовтяницею, холангітом, панкреатитом, при відсутності супутніх захворювань показана відстрочена рання операція. У ослаблених та хворих похилого віку у ряді випадків такі операції доцільно проводити в два етапи, з використанням на першому етапі лапароскопічних технологій.

У тяжких хворих похилого і старечого віку з деструктивними формами гострого холециститу, а також при наявності клініки біліарного панкреатиту, механічної жовтяниці, проводили лапароскопічну декомпресію жовчних шляхів за допомогою катетера діаметром 2 мм, герметичність якого створювали за допомогою нанесення клею МК-8. При сприятливому перебігу захворювання або відмові хворого від операції, після стихання гострих явищ катетер із жовчного міхура видаляли на 12-14-ту добу. Останнім часом, поряд з дренажуванням жовчного міхура, нами проводиться лапароскопічний контроль за перебігом запального процесу у стінці



Схема 2. Алгоритм вибору операції залежно від термінів виконання та форми гострого холециститу.

міхура у цих хворих за допомогою фіброхоледоскопа "Pentax FSP 9 P" (зовнішній діаметр якого – 3,2 мм), який вводимо через дренажну трубку, підведену до мікрохолестистостоми. За допомогою такого контролю, ми мали можливість більш точно і об'єктивно оцінювати динаміку перебігу запального процесу і своєчасно підходити до вибору термінів, виду і обсягу оперативного втручання.

При наявності деструкції жовчного міхура (гангренозна стінка), а також при виявленні ознак розлитого перитоніту (тьмяна, гіперемована очеревина, мутний ексудат) ставили питання про операцію, незалежно від стану хворого.

Розподіл хворих залежно від форми гострого холециститу, його ускладнень та термінів операції представлений у таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих залежно від форми гострого холециститу та термінів операції

Оперативне втручання	Гострий холецистит						Всього
	катаральний	деструктивний		ускладнений			
		флегмонозний	гангренозний	механічна жовтяниця	панкреатит	перитоніт	
Екстрені	2	4	10			3	19
Термінові	23	81	5	2	2	2	115
Відстрочені	1	2	1	5	4		13
Всього	26	87	16	7	6	5	147

Як видно з наведеної таблиці 1, нами за екстреними показаннями були оперовані 19 (12,9 %) пацієнтів, за терміновими показаннями у перші 24 годин - 115 (78,2 %) і 13 (8,8 %) оперовані у відстроченому порядку після 24 годин з часу прийняття хворих в стаціонар.

Вид проведеного оперативного втручання представлений у таблиці 2.

Як видно з наведених даних таблиці 2, у 103 (70,06 %) із 147 оперованих хворих з гострим холециститом нами виконана лапароскопічна холецистектомія і лише у 14 (9,5 %) хворих проведена конверсія. У 30 (20,4 %) хворих на гострий холецистит, ускладнений механічною жовтяницею, панкреатитом і перитонітом, здійснена зпрогнозована лапаротомна (розширена) холецистектомія.

Таблиця 2. Вид проведеного оперативного втручання у хворих на гострий холецистит

Вид оперативного втручання	Гострий холецистит						Всього
	катаральний	деструктивний		ускладнений			
		флегмонозний	гангренозний	механічна жовтяниця	панкреатит	перитоніт	
ЛХЕ	21	80	-	-	1	1	103
ЛХЕ з конверсією на лапаротомію	3	5	4	-	1	1	14
Лапаротомія	2	2	6	1	1	2	14
Лапаротомія з дренажуванням позапечінкових ЖП			6	6	3	1	16

На нашу думку, строгий індивідуальний підхід у кожному конкретному випадку захворювання до вибору методу лікування, визначення меж тривалості медикаментозної терапії та своєчасне хірургічне втручання і повинні бути основними факторами обґрунтування лікування хворих на гострий холецистит. Такий диференційований підхід до вибору оперативного лікування хворих на гострий холецистит значно зменшує витрати на проведення передопе-

раційної медикаментозної терапії і дає можливість своєчасно попередити виникнення різних ускладнень (жовчного перитоніту, периміхурового інфільтрату, абсцесу печінки та інших). Післяопераційні ускладнення основного захворювання та ускладнення, пов'язані з виконанням операції, виникли у 27 хворих, із них у 8 після проведеної ЛХЕ: у 1 хворої була пошкоджена права печінкова протока, внаслідок чого була здійснена відкрита лапаротомія, у 4 хворих спо-

стерігалась кровотеча із ложа жовчного міхура; у 3 хворих повільне виділення жовчі із ходів Люшка (протягом 12-24 годин), яке припинилося самовільно.

Висновки. Таким чином, виявлені морфологічні зміни у стінці жовчного міхура, печінки та жовчних шляхах при різних формах його запалення в поєднанні з основними біохімічними показниками функції печінки дозволили прогнозувати ймовірність клінічного перебігу гострого холециститу, виявити ступені ризику, визначити межі консервативного і своєчасно обґрунтувати доцільність

хірургічного лікування. Поряд з цим, розроблений в клініці алгоритм вибору показань, упорядкування термінів операції у хворих на гострий холецистит дав можливість своєчасно і диференційовано (до розвитку ускладнень) підходити до вибору хірургічного (лапароскопічного, лапаротомного) методу лікування в кожному конкретному випадку гострого холециститу, що дозволило попередити виникнення різних тяжких інтраопераційних та післяопераційних ускладнень, частота яких в клініці зменшилася за останні три роки з 3,0 до 0,15 %, а післяопераційна летальність - до 2,0 % (3).

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоров'я, 1993. - 512 с.
2. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – Москва, 1990. - 240 с.
3. Невідкладна лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі й холангіті / Л.Я. Ковальчук, В.І. Максимлюк, А.Д. Беденюк та ін. // II Конгрес хірургів України. – Київ-Донецьк, 1998. - С. 288-299.
4. Грубнік В.В., Ільяшенко В.В., Пушпендра Шарма, Четверіков С.Г. Лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі / Тезиси доповідей республіканської науково-практичної конференції "Актуальні проблеми невідкладної хірургії органів черевної порожнини та уrogenітального тракту". – К., 1996. – С. 49.
5. Ничитайло М.Е. Лапароскопическая холецистэктомия: достижения и опасности // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 1999. - № 1;2.
6. Ничитайло М.Е., Денисенко А.И., Мамани Тауфик Зиед, Амро-Ахмад Абдель. Выполнение ранней релапаротомии после операции на печени и желчных протоках // Кліні. хірургія. - 1996. - № 2-3. - С. 41-42.
7. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Ничитайло М.Ю., Ковальчук О.Л. Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів. - Тернопіль-Рівне: Вертекс, 1997. - 155 с.
8. Иванов Ю.И., Погорелюк О.Н. Статистическая обработка результатов медико-биологических исследований на микрокалькуляторах по программам.- М.: Медицина, 1990. – 244 с.

УДК 618.177-08-072.1

Ендоскопічна хірургія в лікуванні неплідності у жінок

Л.І. ІВАНЮТА, І.І. РАКША, С.О. ІВАНЮТА, А.М. БАРНАШ

Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, м. Київ

ENDOSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF WOMEN INFERTILITY

L.I. IVANIUTA, I.I. RAKSHA, S.O. IVANUTA, A.M. BARNASH

Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, Ukrainian AMS, Kyiv

Ендоскопічні операції проведені 76 пацієнткам, які лікувались з приводу неплідності. Трубно-перитонеальна неплідність виявлена у 66,3 % хворих, генітальний ендометріоз – 35,7 % пацієток, СПКЯ – 68 %. Поєднання кількох чинників неплідності спостерігалось у більшій частини хворих. Вагітність у жінок з трубно-перитонеальною неплідністю після операції настала – у 30-45 % хворих, з ендометріозом – у 48 % хворих, з синдромом полікістозних яєчників (СПКЯ) – у 68 %.

Surgical laparoscopy was spent in 76 patients, which were treated concerning infertility. Tube-peritoneal infertility was revealed at 66,3 % patients, syndrome of cystic ovaries had 68 % patients, genital endometriosis – 35,7 %. The association of the several factors of infertility was observed at the most part of the patients. The pregnancy at the women with tube-peritoneal infertility after operation occurred 30-45 % patients, with endometriosis – in 48 % patients, with syndrome of cystic ovaries – in 68 %.

Вступ. Неплідний шлюб зустрічається у 10-20 % шлюбних пар, серед гінекологічних хворих він сягає 55-70 % [1,2].

Найчастішою формою є трубно-перитонеальна неплідність. Нерідко вона поєднується з ендокринними чинниками, ендометріозом, доброякісними пухлинами матки та яєчників [3].

За останній час все ширшого впровадження у клінічну практику набули ендоскопічні методи, які дозволили значно вдосконалити як діагностику, так і терапію багатьох гінекологічних захворювань.

Метою нашого дослідження було з'ясування ефективності ендоскопічної хірургії у хворих з неплідністю.

Матеріали і методи. Ендоскопічні операції проведені 76 пацієнткам, які лікувались з приводу неплідності. Показаннями до лапароскопії були порушення прохідності маткових труб, спайковий процес у малому тазі, ендокринні форми неплідності, частіше СПКЯ, генітальний ендометріоз, пухлини яєчників.

Обсяг оперативного втручання у хворих з неплідністю залежав від діагностованої патології і ступеня анатомічних змін. Найчастіше проводилось роз'єднання спайок органів малого таза, саль-

пінгооваріолізіс, сальпінгостомія, біопсія, декортикація та резекція яєчників, видалення кіст яєчників, вапоризація вогнищ ендометріозу та енукеація фіброматозних вузлів.

Лапароскопію проводили під ендотрахеальним наркозом на фоні карбоперитонеуму за загальноприйнятою методикою, використовували лапароскопи "Olimpus" (Японія), "Karl Storz" (Німеччина).

Результати досліджень та їх обговорення. Найбільшу групу жінок, які страждають від неплідності склали хворі віком від 20 до 35 років (61 %). Термін захворювання 5-10 років був у 43,3 %, дещо менше – до 5 років, у 37 % хворих, що свідчить про затяжний перебіг захворювання і неефективність довготривалого консервативного лікування. Аналіз генеративної функції обстежених жінок показав, що первинна неплідність переважає у всіх групах (65,3 %). Провідною ланкою у генезі вторинної неплідності були запальні захворювання геніталій, котрі спостерігалися після штучних та мимовільних абортів, патологічних пологів, позаматкової вагітності. Вагоме значення у виникненні неплідності має хірургічне втручання на органах черевної порожнини та малого таза.

Найчастіше неплідність була зумовлена трубно-перитонеальним фактором – 66,3 %. Лапароскопію цим хворим проводили для уточнення стану маткових труб та відновлення їх прохідності, а також для ліквідації спайкового процесу.

Обсяг хірургічних втручань складав: роз'єднання спайок органів малого таза та черевної порожнини – у 54 % хворих; сальпінгооваріофібріолізис – у 48 %; сальпінгостомія – у 25 %; неосальпінгостомія – у 8 % пацієнтів. Ефективність реконструктивно-пластичних операцій залежала від тривалості захворювання, частоти рецидивів та розповсюженості спайкового процесу, а також віку хворої. Вагітність у жінок з трубно-перитонеальною неплідністю після операції настала – у 30-45 % хворих.

Діагноз аденоміозу матки було підтверджено у 13,2 % хворих, а у 22,5 % виявлено малі форми ендометріозу та проведена їх вапоризація. Після операції призначалась специфічна терапія, що дозволило досягти вагітності у 48 % хворих.

Фіброміома матки невеликих розмірів була виявлена у 6,6 % пацієток, яким проведена вапоризація та енуклеація фіброматозних вузлів.

Видалення кіст яєчників виконане у 21,1 % хворих, з них провідним захворюванням, з приводу якого була проведена лапароскопія, були кісти у 10,5 % хворих.

Однією з найчастіших причин порушення репродуктивної функції у жінок є ендокринна неплідність, основна складова якої – синдром полікістозних яєчників (СПКЯ). У хворих, яким проведена хірургічна лапароскопія, СПКЯ зустрічався у 46,1% випадків. Майже у половині випадків СПКЯ поєднувався з іншими чинниками неплідності: трубно-перитонеальною неплідністю, ендометріозом, фіброміомою, основною причиною неплідності СПКЯ був лише у 23,5 % хворих.

Біопсія яєчників проведена у 54 % прооперованих хворих, термокаутеризація та діатермопунктура яєчників – у 32,0 %, клиноподібна резекція – у 28,0 %.

Завагітніли після ендохірургічного лікування та гормональної корекції СПКЯ – 68 % хворих.

Висновки. 1. Трубно-перитонеальна неплідність виявляється у 66,3% випадків хворих, що лікувались ендохірургічним методом, однак ендохірургічному лікуванню, на наш погляд, підлягає непрохідність труб в ампулофібріональній частині.

2. Ендохірургія є найбільш оптимальним методом лікування СПКЯ.

3. Ендохірургічне лікування ендометріозу I-II ступеня з наступною гормональною корекцією є високоефективним, доступним і щадним методом терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Іванюта Л.І., Іванюта С.О. Принципи діагностики та лікування неплідності у жінок // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – Київ. – 2001. – №5-6. – С.3-9.
2. Кулаков В.И., Корнеева Е.И. Современные подходы к диагно-

тике и лечению женского бесплодия // Акушерство и гинекология. – 2002. – №2. – С.56-59.

3. Гаспаров А.С., Осенин А.А., Цраева И.Б., Яшкулова С.Б. Диагностика и терапия трубно-перитонеального фактора бесплодия у женщин // Акушерство и гинекология. – 1997. – №3.

УДК 618.14-007.61:615.832.71.9

Шляхи вдосконалення ефективності ендоскопічного методу при патології ендометрію

А.М. БОРОДА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

WAYS OF IMPROVEMENT OF ENDOSCOPIC METHOD EFFICACY AT ENDOMETRIUM PATHOLOGY

A.M. BORODA

National Medical University by O.O. Bohomolets

Гармонічне поєднання застосування ендоскопічного та морфологічного методів, їх взаємопотенціюючі властивості мають стати золотим стандартом обстеження хворих з патологією ендометрію. Доцільність ендоскопічного обстеження не обмежується констатацією побаченого, а передбачає ретельний конкретний та узагальнюючий аналіз клінічних, ендоскопічних та морфологічних даних. Комплексна клінічна діагностика патологічних станів ендометрію є на сьогодні єдиною правильною і найбільш ефективною як в плані діагностики патологічного процесу, так і створення лікувальних програм.

Co-ordinated combination of endoscopic and morphological methods, their interpotentiating properties have to become the standard of examination of the patients with endometrium pathology. Expediency of endoscopic examination is not limited by statement of the facts but it stipulates the detailed specific and general analysis of clinical, endoscopic and morphological data. Complex clinical diagnostics of pathological states of endometrium is nowadays the only correct and the most effective both for the diagnostics of pathological process and development of curative programs.

Вступ. Ендоскопічні методи діагностики та лікування займають чільне місце в гінекологічній практиці [3]. На сьогодні ні в кого не викликає сумніву доцільність та перспективність їх використання. Однак всі можливості ендоскопічних методик в гінекології ще повністю не вичерпані [2]. Проте широке використання ендоскопічних методик потребує чіткого дотримання показань та протипоказань до їх застосування, певних практичних навиків як в ендоскопії, так і в практичній гінекології, взагалі.

В структурі гінекологічної захворюваності важливе місце посідають патологічні стани ендометрію [1]. Ця патологія є не лише першопричиною генітального геморагічного синдрому, але й часто може набувати ознак злоякісності. Слід зазначити, що останнім часом рак тіла матки посів перше місце в структурі онкогінекологічної і третє місце – в структурі загальної онкологічної патології у жінок [4].

Розглядаючи цю проблему, важливо дотримуватись комплексного діагностичного підходу та цілісного розуміння механізму виникнення та пере-

бігу хвороби ендометрію. Велику роль в цьому має зіграти гістероскопія – метод ендоскопічного обстеження слизової оболонки матки.

На сьогодні надзвичайно важливим є оптимізація показань, чітке дотримання вимог до протипоказань, удосконалення методики використання ендоскопічного методу в обстеженні та лікуванні хворих з патологією ендометрію.

Ми повністю розділяємо думку багатьох авторів про доцільність застосування гістероскопії у всіх жінок з патологією ендометрію. Гістероскопія є досить інформативним методом діагностики гіперпластичних станів ендометрію [2]. Проте в діагностиці передракових станів цієї локалізації діагностична цінність методу значно нижча [5].

Аналізуючи результати застосування ендоскопічного методу у жінок з патологічними станами ендометрію, ми поставили мету – виявити фактори підвищення ефективності гістероскопії при діагностиці та лікуванні патологічних станів слизової оболонки матки.

Матеріали і методи. Ендоскопічному обстеженню підлягало 95 хворих різних вікових груп з патологією ендометрію, виявленою при УЗ-скринінгу чи при наявності характерної клінічної симптоматики. Всі дослідження супроводжувалися прицільною біопсією.

Показаннями для гістероскопії були: патологічні стани ендометрію, виявлені при ультразвуковому скринінгу – 18 жін. (18,9%); наявність характерної специфічної клінічної симптоматики (мено-, метрорагії та ін. – 28 жін. (29,5%); контроль ефективності проведеної терапії патології ендометрію – 12 жін. (12,6%); неефективність чи планування використання допоміжних репродуктивних технологій при безплідді – 26 жін. (27,4%); підозра чи наявність чужорідних тіл в порожнині матки – 3 жін. (3,2%); безпліддя – жін. (8,4%).

В процесі гістероскопічного дослідження мали вирішити ряд питань:

- в'яснити характер патологічного процесу;
- визначити площу ураження патологічним процесом та його локалізацію;
- означити місце для прицільного забору морфологічного матеріалу;
- оцінити можливість застосування ендоскопічних методик лікування та визначити їх характер;
- виявити наявні чужорідні тіла в порожнині матки та провести їх видалення;
- установити можливу причину безпліддя.

Для гістероскопії використовувалося газове чи рідинне середовище, залежно від індивідуальних клінічних особливостей перебігу захворювання та поставленої мети, з урахуванням можливості та характеру застосовуваних ендоскопічних лікувально-діагностичних заходів.

В 84 (88,4%) випадках дослідження проводилось після закінчення менструації чи менструальноподібної реакції (6-8-й день циклу). В клімактеричний період гістероскопія проводилася відразу ж при виникненні до неї показань.

Відповідність морфологічного та ендоскопічного діагнозів простежувалась нами у 85 (89,5%) випадках.

Результати досліджень та обговорення. Аналізуючи результати проведеного гістероскопічного дослідження та розробляючи шляхи вдосконалення ефективності ендоскопічного методу, ми спробували зробити певні висновки та узагальнення.

Гістероскопія дозволила:

1) отримати ендоскопічну характеристику стану слизової оболонки матки та цервікального каналу;

2) встановити необхідність та характер додаткових діагностичних заходів (прицільна біопсія ендометрію, фракційне лікувально-діагностичне вишкрібання матки, радіоізотопне дослідження тощо);

3) з'ясувати можливі патогенетичні механізми виникнення захворювання;

4) визначити стадію розвитку патологічного процесу;

5) спрогнозувати доцільність та перспективність використання консервативних чи хірургічних ендоскопічних методик;

6) охарактеризувати ефективність та перспективність подальшого застосування запропонованої терапевтичної методики.

Гістероскопія у жінок репродуктивного віку зі збереженою чи контрольованою менструальною функцією доцільно проводити після закінчення менструації, на 6-8-й день циклу. Фізіологічне потовщення ендометрію протягом менструального циклу значно знижує діагностичну ефективність застосованої методики, часто приводить до помилок (6 жін. (6,3%)). У жінок менопаузального віку дослідження проводилось в разі виникнення в ньому необхідності.

Що стосується ефективності використання ендоскопічних лікувальних методик при патології ендометрію, то в цьому питанні наша думка остаточно не сформувалась. Не зовсім повними є відомості про вплив деструктивних факторів на оточуючу здорову тканину матки та можливі побічні негативні наслідки проведеного втручання, особливо у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією. Проте цілком перспективним є застосування ендоскопічної деструкції у жінок з поліпами ендометрію в менопаузі чи перименопаузальному віці.

Висновки. На часі стоїть питання науково-практичного переосмислення значимості ендоскопічного методу для ведення хворих з патологією ендометрію. Гармонічне поєднання використання ендоскопічного та морфологічного методів, їх взаємопопелюючі властивості мають стати золотим стандартом обстеження хворих з подібною патологією. Суть діагностичного пошуку не обмежується простою констатацією побаченого, а передбачає ретельний конкретний та узагальнюючий сумарний аналіз клінічних, ендоскопічних та морфологічних даних.

Отже, гістероскопія є сучасним ефективним способом комплексної діагностики та лікування патології ендометрію, який має широкі перспективи, що ще остаточно не вичерпані і потребують подальшого вивчення та впровадження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Ткаченко Э.Р., Киселев С.И., Гайдарова А.Х. Современные методы диагностики и альтернативные методы лечения гиперпластических процессов и опухолей матки // Практическая гинекология / под ред. В.И.Кулакова, В.Н.Прилепской. – М.: Медпрессинформ, 2001. – С.89-115.
2. Баскаков П.Н., Литвинов В.В., Ваниев Р.А., Маркевич Е.Г., Лившиц И.В. Значение видеогистероскопии в диагностике и лечении гиперпластических процессов эндометрия // Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии: Сборник научн. трудов симп. с межд. участием 15-16 мая 1997 года. – К., 1997. – С. 12-15.
3. Беспоясна В.В. Эндоскопичні методи у лікуванні гіперпластичних процесів ендометрія // Педіатрія, акуш. та гін. – 1998. – №4. – С. 119-221.
4. Воробйова Л.І. Діагностика і лікування візуальних форм генітального раку // Нова медицина – 2002. – №5. – С.48-50.
5. Mencaglia L., G i l a r d i G. L'hysteroscopie dans les lesions precancereuses et canceuses de Pendometre // Fertil. Contracept. Sexual. – 1988. – № 9. – 743-748.

УДК616.718 – 001 – 089.84

Малоінвазивні методики остеосинтезу діафізарних переломів великогомілкової кістки

І.М. РУБЛЕНИК, П.Є. КОВАЛЬЧУК

Буковинська державна медична академія

MINI-INVASIVE METHODS OF OSTEOSYNTHESIS OF DIAPHYSEAL FRACTURES OF THE TIBIA

I. M. RUBLENYK, P. YE. KOVALCHUK

Bukovynian State Medical Academy

Проведено аналіз використання закритого та напіввідкритого блокуючого інтрамедулярного метало-полімерного остеосинтезу (БІМПО) великогомілкової кістки у 63 хворих з переломами та їх наслідками (переломи, що не зрослися, псевдоартрози), які були оперовані із застосуванням блокуючих інтрамедулярних металополімерних фіксаторів БІМПО-3М і БІМПО-8. Консолідація перелому в оптимальні терміни констатована у 94,64 % хворих. При закритому БІМПО не відмічено жодного інфекційного ускладнення.

The treatment of tibial shaft fractures with the use of the offered interlocking intramedullary metallic polymeric nail for the stable functional overbone osteosynthesis and the after-effects of the treatment (pseudojoints, retarded consolidation) of the 63 patients are analyzed by the authors. 56 patients were followed up over a period from 10 months to 3 years. The clinical and radiological results were good in 94,64 %. No infectious complications were marker at the closed interlocking intramedullary metallic polymeric osteosynthesis.

Вступ. Підвищення ефективності лікування хворих з діафізарними переломами великогомілкової кістки та їх наслідками (неправильно зрощеними, незрощеними переломами, псевдоартрозами, кістковими дефектами) є однією з актуальних проблем травматології, яка має не тільки медичне, але й важливе соціальне значення.

Хірургічне лікування осколкових, роздроблених, подвійних переломів потребує заміни традиційних методів відкритого остеосинтезу новими, які пов'язані з максимально можливим збереженням м'яких тканин навколо перелому, виключенням їх додаткового травмування під час операції, збереження кровопостачання уламків. До таких відносять мінімальноінвазивний остеосинтез [1, 2, 6].

В зв'язку з цим на кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії Буковинської державної медичної академії (зав. – проф. Рубленик І.М.) було розроблено нове покоління блокуючих інтрамедулярних металополімерних фіксаторів та інструментів для малотравматичного лікування діафізарних переломів довгих кісток. Клініко-технічні можливості даних конструкцій дозволяють здійснювати закритий та напіввідкритий остеосинтез оскол-

кових, подвійних, косих переломів стегнової та великогомілкової кісток, мінімально травмуючи м'які тканини, які оточують кістку. При цьому забезпечується стабільна фіксація відламків, функціонально-навантажувальний режим пацієнтів, що оптимізує процес консолидації уламків та відновлення опорності кінцівки [3, 4].

Матеріали і методи. За період з 1997 по 2002 роки в клініці травматології Буковинської державної медичної академії прооперовано 63 хворих з переломами великогомілкової кістки та їх наслідками із застосуванням блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу. З них жінок було 20 (31,75 %), чоловіків – 43 (68,25 %), середній вік хворих склав 38,9 року (від 18 до 78 років, табл. 1).

З приводу дорожньо-транспортних травм оперовано 28 хворих, побутових – 26, виробничих – 4, кататравми – 4, спортивних – 1.

З приводу свіжих переломів оперовано 42 хворих (66,67 %), незрощених та неправильно зрощених – 15 (23,81 %), несправжніх суглобів – 6 (9,52 %). Подвійних та осколкових переломів було 20, косих та гвинтоподібних – 21, поперечних та косопоперечних – 2.

Таблиця 1. Розподіл хворих з переломами кісток гомілки за віком та статтю

Вікові групи	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
16-20	4	6,35	0		4	6,35
21-35	20	31,75	4	6,35	24	38,07
36-55	16	25,4	10	15,88	26	41,28
56-70	2	3,18	5	7,94	7	11,12
71 і старше	1	1,59	1	1,59	2	3,18
Всього	43	68,25	20	31,75	63	100,00

Для проведення остеосинтезу застосовували компресійні метало-полімерні конструкції третьої (КМПФ-3М) та восьмої моделей (БМПФ-8) [3, 4].

Оперативне втручання проводили за методикою розробленою на кафедрі травматології, ортопедії та нейрохірургії [3].

Закритий спосіб БІМПО великогомілкової кістки був зроблений у 48 (76,19 %) хворих, напіввідкритий – у 15 (23,81 %) пацієнтів.

Залежно від типу і рівня переломів у 59 (93,65 %) хворих застосували динамічний варіант остеосинтезу, який дає можливість динамічної компресії регенерату в зоні перелому в процесі функціонально-навантажувального режиму пацієнтів.

Статичний варіант виключає можливість осьових динамічних навантажень на регенерат, однак забезпечує достатню жорсткість системи «кістка-фіксатор» в процесі лікування. Він був застосований у 4 (6,35 %) хворих.

В післяопераційний період використовувався функціонально-навантажувальний режим лікування. Починаючи з третього дня приступали до рухів в суміжних суглобах, ходіння на милицях без навантаження оперованої кінцівки, яке дозволялося, як правило, після зняття швів на 10-12-й день після операції. Ранньому навантаженню надавали особливого значення, вбачаючи в цьому потужний фактор оптимізації процесу репаративної регенерації. Більшість хворих протягом перших 4-6 тижнів дозовано навантажували кінцівку, а через 10-12 тижнів могли приступити до роботи.

Результати досліджень та їх обговорення. Віддалені результати простежені у 56 (88,89 %) хворих. Консолідація перелому в оптимальні терміни констатована у 53 (94,64 %) хворих. Протягом 44-90 днів з моменту операції наступало відновлення опорності та функції кінцівки. Жодного випадку остеомієліту не відмічено. Такі результати оцінені як добрі.

Спостерігалось, що в умовах інтрамедулярного блокуючого остеосинтезу невправлені кісткові

фрагменти дуже швидко (від 6 до 8 тижнів) інтегрували у великі кісткові мозолі і вбудовувалися в структуру кістки. Через кілька років після операції часто можна було спостерігати рентгенологічно незначне веретеноподібне потовщення на місці перелому. Звідси висновок, що заради збереження кровопостачання фрагментів не слід займатися ідеальним вправленням, а краще взагалі не чіпати уламки. Такий спосіб остеосинтезу більше відповідає біології лікування переломів кісток і спричиняє менше ускладнень, ніж намагання здійснити ідеальну репозицію всіх кісткових фрагментів, відшаровуючи їх від м'яких тканин.

Збереження васкуляризації під час закритого остеосинтезу, відсутність абсолютної жорсткості в зоні перелому внаслідок використання фіксаторів невеликого діаметра мають вирішальне значення для швидкого та якісного зрощення перелому, особливо кісток гомілки.

Клінічний приклад. Хворий І., 22 років, отримав дорожньотранспортну травму у грудні 2000 року. Прийнятий у клініку з діагнозом "закритий гвинтоподібно-осколковий перелом нижньої третини кісток лівої гомілки" (рис. 1а). В клініці кафедри травматології, ортопедії та нейрохірургії БДМА на другий день після травми був здійснений напіввідкритий остеосинтез фіксатором КМПФ-3М з видаленням інтерпонуючого уламка. В післяопераційний період хворий отримував анагетика: в перші два дні – омнопон, потім – кетанов; антибіотики – цефатаксим протягом 5 днів по 1,0 двічі на день внутрішньом'язово. Рана зажила первинним натягом. На дванадцятий день після операції знято шви. З 4-5-го дня хворий почав ходити на милицях. Починаючи з 6-7-го тижня перейшов на ходьбу з ціпком. Через три з половиною – чотири місяці ходить самостійно, повне відновлення функції, рентгенологічно настала консолідація уламків та заміщення кісткового дефекту (рис. 1б). Через півтора року видалено конструкцію (1в).

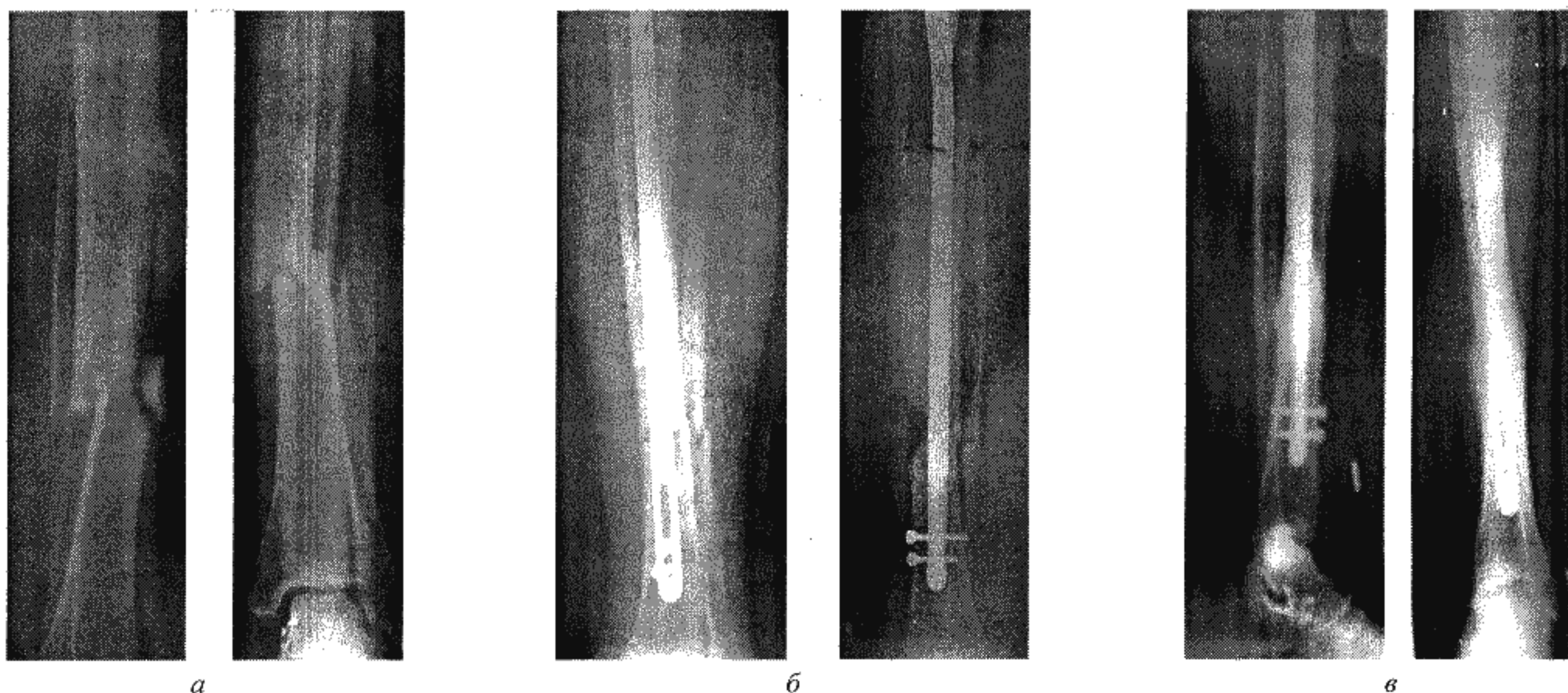


Рис. 1. Рентгенограми хворого І. Діагноз: закритий поперечно-осколковий перелом кісток лівої гомілки.

Висновки. 1. Введення в практику лікування переломів кісток гомілки закритого остеосинтезу металополімерними фіксаторами сприяє суттєвому зменшенню травматичності оперативного втручання, максимально можливого збереженню кровопостачання м'яких тканин та кісткових відламків, при цьому зменшується ризик інфекційних ускладнень,

скорочується термін перебування хворих в стаціонарі. 2. Диференційоване застосування закритого та напіввідкритого варіантів БІМПО як різновиду малоінвазивного остеосинтезу у 63 хворих з діафізарними переломами великогомілкової кістки призвело до анатомо-функціонального відновлення кінцівки в оптимальні терміни у 94,64 % пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Васиук В.Л. Закритий та напіввідкритий остеосинтез діафізарних переломів стегнової кістки металополімерними фіксаторами // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 1. – С. 97-101.
2. Гайко Г.В., Анкин Л.Н., Поляченко Ю.В. и др. Традиционный и малоинвазивный остеосинтез в лечении переломов костей // Ортопед., травмат. – 2000. – № 2. – С. 73 – 76.
3. Пат. України, МКИ 53582А. Спосіб закритого блокуючого металополімерного інтрамедулярного остеосинтезу / І.М. Рубленік, П.С. Ковальчук (Україна). – №2002097308/09.09.2002; За-

- явл. 15.01.2003; Опубл. Бюл. №1. – С.2.
4. Рубленік І.М. Компрессионный фиксатор // Открытия, изобретения. – 1985. – №33. – С.19.
5. Grosse A., Campf I. (1981) In: Grosse A, Dupuis M, Jaeger J.H. Laftorgue D. (Hrsg) Handbuch der Verriegelungsnagelung bei Schaftbrüchen von Femur und Tibia. Howmedica, Eigendruck von Howmedica, printed in Belgium, Malvaux-Bruxelles.
6. Muller M.E., Allgower M., Schneider R. et al. Manual der Osteosynthese AO Technik // New York: Springer, Heidelberg, 1992.

УДК 616.366-089.87-72-072.1]-084

Профілактичні аспекти при лапароскопічних холецистектоміях

О.Т. ФЕДОРЧУК, Л.Ю. ПОТЯГАЙКО

Міська лікарня, м. Луцьк

PREVENTIVE ASPECTS AT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES

O.T. FEDORCHUK, L.YU. POTIAGAIKO

City Hospital, Lutsk

Проаналізовані результати 1008 лапароскопічних холецистектомій у хворих з біліарною патологією. Розроблено до-, інтра- та післяопераційні профілактичні заходи, направлені на зменшення частоти післяопераційних ускладнень.

The results of 1008 laparoscopic cholecystectomies in patients with biliary pathology have been analysed. Pre-, intra and postoperative preventive measures, directed to the decrease of frequency of postoperative complications have been developed.

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) залишається одним з найбільш поширених захворювань органів шлунково-кишкового тракту. Частота її виявлення, за даними ряду авторів, у країнах Європи складає 18,5, США – 25%, в Україні – до 10% [1, 2, 3]. Широке запровадження в практику лапароскопічних оперативних втручань і їх поєднання з ендоскопічними дає можливість лікувати малоінвазивними методами не тільки калькульозний холецистит, але й ускладнені форми ЖКХ [4, 5]. Це суттєво покращує результати лікування даної патології, скорочує терміни перебування хворого на стаціонарному лікуванні, соціальної і медичної реабілітації. Проте, окрім ускладнень, які спостерігаються при традиційній холецистектомії, виникають ускладнення специфічні для лапароскопічної холецистектомії [6, 7].

Матеріали і методи. Проаналізовані результати лапароскопічних холецистектомій у 1008 хворих з біліарною патологією. Чоловіки склали 9,8% (99 хворих), жінки – 90,2 (909 хворих). Вік хворих – від 16 до 84 років. Калькульозний холецистит був діагностований у 96,8% всіх хворих, безкамінцевий холецистит – у 3,1%, і лише у 0,1% були діагностовані поліп та холестероз жовчного міхура. У 98,4% хворих холецистектомія була виконана лапароскопічним шляхом, у решти випадків переходили на відкритий

метод холецистектомії. Оперативні втручання проводилися після ретельного обстеження пацієнтів.

У хворих з ЖКХ обов'язково включали збір анамнезу, загальне клініко-лабораторне обстеження, УЗД, ФГДС, флюорографію, огляд гінекологом жінок. Це давало нам змогу верифікувати наявність супровідної патології, холедохолітіазу, визначити напрямок подальшого діагностичного пошуку. Виявлення холедохолітіазу, механічної жовтяниці, розширення загальної жовчної протоки при УЗД було показанням для виконання ретроградної панкреатохолангіографії з метою визначення подальшого обсягу та терміну проведення оперативного втручання. При виявленні патології черевної порожнини, що потребувала корекції хірургічним шляхом, при довготривалій диференціації елементів в трикутнику Кало, при виражених деструктивних процесах в жовчному міхурі та навколо нього перевагу віддавали відкритому методу – лапаротомії.

Наявність попередніх операцій на органах черевної порожнини, і зокрема у верхній ділянці живота, не завжди перешкоджає виконанню ЛСХЕ. В ряді випадків спайковий процес в черевній порожнині відсутній або не дуже виражений і не створює суттєвих перешкод. Зміна місця пункції живота для накладання карбоксиперитонеуму та введення троакарів, проведення пальцевої ревізії черевної порож-

нини дозволяють зменшити число відмов від даного виду оперативного втручання при наявності післяопераційних рубців.

При відсутності рубців та пупкових гриж ми використовуємо пункцію живота голкою Вереша під пупком по серединній лінії, при наявності гриж невеликих розмірів та рубців в нижній ділянці живота – над пупком, при рубцях у верхній ділянці живота та великих грижах – в лівій здухвинній ділянці.

Найбільш відповідальним при введенні троакарів є вибір місця введення першого троакара, що відбувається без візуального контролю і грозить травмою внутрішніх органів (в першу чергу, кишки). В першому випадку ми виконуємо пункцію під чи над пупком, в інших випадках на 3-4 см нижче мечоподібного відростка, а при наявності в минулому операцій у верхній ділянці живота проводимо над пупком лапаротомію довжиною, достатньою для введення пальця, проведення ним ревізії та тупого роз'єднання спайок. Ввівши троакар, герметизуємо черевну порожнину двома лігатурами біля троакара. В разі виявлення масивного спайкового процесу виконуємо типову відкриту лапаротомну холецистектомію (4 випадки).

Більшість хірургів України користується 4-5 троакарними доступами. Ми в більшості використовуємо 3-троакарну методику. До введення інших троакарів вдаємося лише при виникненні труднощів (12 випадків).

Троакар, введений в правій здухвинній ділянці, дає змогу маніпулювати міхуром, підтягуючи, перекручуючи, закидаючи його на верхню поверхню печінки, відкриваючи максимально операційне поле практично в усіх випадках. Виключенням є анатомічні особливості будови печінки та зв'язкового апарату, коли край печінки закриває зону операції. Хоча додаткові пункції не наносять відчутних травм черевній стінці і не ведуть до явних косметичних дефектів, на нашу думку, 3-троакарний доступ є більш косметичним, щадним для м'язів, менше викликає больові відчуття після операції, зменшує число проколів і можливих джерел кровотеч, не потребує додаткових троакарів та інструментів, чим здешевлює операцію, дозволяє виконати ЛСХЕ без особливих труд-

нощів, а тому має право на існування.

Тракцію міхура здійснюємо в напрямку від шийки до дна, латерально. Виділення міхурової протоки та артерії, як правило, виконуємо дисектором, оскільки при цьому менше спостерігається перфорацій міхура та мінімалізуються умови для коагуляції стінки гепатохоледоха, яка веде до післяопікових стриктур. Принципіальним при цьому є скелетування міхура від шийки до гепатодуоденальної зв'язки, а не навпаки, оскільки при випадковому відриві судини її кінець не ховається в товщі останньої, є можливість в більшості випадків зупинити кровотечу без переходу на лапаротомію, зменшення тканин до зв'язки краще оголює елементи трикутника Кало. В процесі операції можливі зміни інструментарію.

Вирішальним при виборі виду доступу та виду інструментарію для виділення структур повинно бути бажання не нашкодити хворому.

Результати досліджень та їх обговорення. Близько 70% оперативних втручань проводилося за допомогою трипортального доступу, інша кількість проведена за стандартним методом з використанням точок Раденса-Ослера. Обидва методи застосовувалися із врахуванням УЗД-картини та КТ, проекції жовчного міхура та елементів гепатодуоденальної зв'язки на передню черевну стінку. Введення троакарів в епігастрії, параумбілікальній ділянці та в правій здухвинній ділянці значно зменшує процент нагноєння ран.

Інтраопераційна профілактика ускладнень (табл. 1) при лапароскопічній холецистектомії включала дотримання визначених шести тактичних підходів залежно від типу консистенції та наявності супровідної патології у хворих, дотримання механічних принципів операції, правильний вибір режиму електричного струму, проведення конверсії в сумнівних випадках. Більшість втручань (60,4%) закінчували дренажуванням підпечінкового простору, що забезпечувало евакуацію промивних вод, підтікаючої жовчі.

Попередження гнійних післяопераційних ускладнень (табл. 2) проводилося шляхом ретельного

Таблиця. 1. Інтраопераційні ускладнення

№	Вид ускладнення	к-сть
1	Кровотеча	2
2	Травмовано Duct.choledochus	2
3	Розкриття 12-палої кишки при penetрації виразки та пролежня від камінця	2
4	Гостра серцева недостатність	1
5	Проколи кишки при зашиванні рани	1
6	Підшкірна емфізема	1

Таблиця 2. Післяопераційні ускладнення

№	Вид ускладнення	к-сть
1	Гострий панкреатит	2
2	Скупчення жовчі під печінкою	4
3	Пневмонія	2
4	Нагноєння рани (за даними поліклініки)	23
5	Післяопераційні грижі	9
6	Структура Duct.choledochus	3
7	Залишені конкременти в Duct.choledochus	4
8	Перехід хронічної спайкової хвороби в гостру непрохідність	1

інтраопераційного гемостазу з наступним контролем і призначенням антибіотикотерапії. Для останньої ми використовуємо антибіотики цефалоспоринового ряду – внутрішньовенне введення перед операцією 1,0 г цефоперазону. При наявності гострого холециститу та інтраопераційному пошкодженні цілісності жовчного міхура введення антибіотиків продовжувалося протягом 3-4 діб після операції.

В процесі роботи ми випробовували ряд профілактичних заходів проти розвитку запальних та гнійних процесів у рані, через яку видалявся жовчний міхур. Дренування рани зменшує, але не запобігає нагноєнню. Зрошення рани розчином бетадіну протягом 1-2 хвилин значно зменшило частоту та вираженість запальної реакції, практично ліквідувало нагноєння.

Хворим старшим 50 років, з надлишковою вагою, варикозним розширенням вен, лімфостазом, тромбофлебітом будь-якої локалізації (чи в анамнезі), серцево-судинною та легеневою декомпенсацією проводилась профілактика тромбоемболії легеневої артерії. З цією метою використовували бинтування ніг, введення фраксипарину в дозі 0,3 мл один раз на добу у період перебування в стаціонарі, з переходом на водорозчинний аспірин, з ранньою активацією через 2-4 години після виходу з наркозу. Це дало нам змогу уникнути тромбоемболічних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Огородник П.В. Лапароскопическая холецистэктомия. Показания и способы завершения // Клиническая хирургия. – 2001. – № 10. – С. 10-13.
2. Павловський М.П., Попік М.П., Гавриш Я.І. Ускладнення лапароскопічної холецистектомії. Аналіз власного досвіду // Шпитальна хірургія. – 2002, № 1. – С. 83-86.
3. Ярема Н.В., Яковенко І.Ю., Карцев А.Г., Сергійко А.А. О профилактике ошибок и осложнений лапароскопической холецистэктомии // Вестник хирургии им. Грекова. – 1988. – Т.175, № 1. – С. 53-59.
4. Кригер А.Г., Ржебаев К.Э., Воскресенский П.К., Суходулов А.М., Череватенко А.М. Опасности, ошибки осложнений при

Зменшенню ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем сприяло проведення операції при пониженому карболентневоперитонеумі.

Зменшення ускладнень з боку серцево-судинної та дихальної систем можна досягти проведенням операції при пониженому тиску вуглекислого газу в черевній порожнині. В 40% ми утримували тиск 6-8 мм вод.ст., в 50 – 8-10 мм вод.ст. і тільки в 10% – до 12 мм вод.ст. Це дозволило уникнути останні 4 роки проявів декомпенсації даних систем.

Літнім хворим та пацієнтам з супровідною легеневою патологією проводилась комплексна профілактика ускладнень з боку органів дихання. Остання включала застосування дихальної гімнастики, виконання вібромасажу, інгаляцій.

Пацієнти виписувалися додому після видалення дренажу, нормалізації температури тіла. Середній термін перебування хворого в стаціонарі (3, 2, ± 1, 2) доби. Летальних випадків не спостерігалось.

Висновок. Лапароскопічна операція є ефективним та малотравматичним методом лікування пацієнтів з патологією жовчного міхура. Ретельне обстеження хворих до операції, своєчасне виявлення і корекція супровідних патологій і адекватна терапія в післяопераційний період дозволяють уникнути або значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень, покращити безпосередні та віддалені результати лікування.

- лапароскопических операциях на желчных путях // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т.5, № 1. – С. 90-97.
5. Ничитайло Т.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т.3, № 3. – С. 16-19.
6. Стекаловский В.П., Старков Ю.Г. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 6. – С. 3-5.
7. Запорожан В.М., Грубник В.В., Сасенко В.Ф., Ничитайло М.Ю. Відеоендоскопічні операції в хірургії і гінекології. – К.: Здоров'я, 2000. -70 с.

УДК 616.364-003.7-089.15

Малоінвазивні хірургічні втручання при обтураційній жовтяниці непухлинного генезу

М.М. ГАЛЕЙ

Волинська обласна клінічна лікарня, Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

MIN-INVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS AT OBSTRUCTIVE JAUNDICE OF NON-TUMORAL GENESIS

M.M. HALEY

Volyn Regional Clinical Hospital, Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовані результати лікування 120 хворих на механічну жовтяницю непухлинного генезу. Запропонований алгоритм малоінвазивних втручань із врахуванням індексу поліморбідності рівня і темпу наростання жовтяниці.

The results of treatment of 120 patients with analysed of mini-invasive interventions with regard for index of polymorbidity, severity and speed of jaundice development.

Вступ. Актуальність проблеми лікування хворих із механічною жовтяницею спонукає до пошуків нових та вдосконалення існуючих методів [8]. Основним методом ліквідації непрохідності позапечінкових жовчних шляхів залишається хірургічний. У більшості випадків це технічно складні операції. Рівень ускладнень та летальності після них, з огляду також на важкий контингент хворих, утримується високим, сягаючи 15-60% [1, 2]. Це значною мірою пояснюється невідповідністю між тяжкістю оперативного втручання і компенсаторними можливостями печінки. Наркоз, хірургічна травма, післяопераційна швидка недозована декомпресія жовчних шляхів значно поглиблює тяжкість стану хворих, у 20-90% оперованих призводить до переходу субклінічної печінкової недостатності у клінічно виражену, яка є основною причиною високого показника післяопераційних ускладнень (52-70%). Із розвитком наукових досліджень стало реальним застосування нових інструментальних методів лікування, які дають можливість уникнути операції або ж віддалити її з метою кращої передопераційної підготовленості хворих [3, 4, 5]. Ці методи переважно спрямовані на створення умов для відтоку жовчі з блокованого біліарного дерева [6, 7]. Метою передопераційного біліарного дренивання є нормалізація внутрішньопотокового тиску, зниження токсичної дії білірубіну. Під час наступної операції це забезпечує краще функціонування печінки,

нирок, зменшення крововтрати, кількості післяопераційних ускладнень.

Матеріали і методи. Дані дослідження базуються на результатах, отриманих при лікуванні 120 хворих з механічною жовтяницею непухлинного генезу (чоловіків – 34 (40,8%) жінок – 86 (59%)) у відділенні лапароскопічної та малоінвазивної хірургії Волинської обласної клінічної лікарні. Діагностика обтураційної жовтяниці базувалась на:

1. Клініці (болі в правому підребер'ї, пожовтіння склер та шкіри, потемніння сечі, світлі випорожнення).

2. Даних біохімічного дослідження крові (гіпербілірубінемія за рахунок прямої фракції, ріст рівня лужної фосфатази).

Наявність цих даних дає можливість діагностувати обтураційну жовтяницю в 60 % випадків, в решти – допомагають спеціальні методи: а) ультрасонографічні гістограми ехоцильності тканини печінки, отримані на ультрасонографічних апаратах фірм "TOSHIBA" – SSA-220A, "HITACHI" – EUB-315; б) ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРПХГ) для виявлення рівня блоку обтурації та кількості мікробних тіл при ендоскопічній аспірації вмісту жовчного дерева (дослідження проводились за допомогою дуоденоскопа "Olimpus" JP-10T та поліпроекційного рентгенівського апарата "SiremoBi I contrast" фірми "SIEMENS"; в) визначення темпу наростання жовтяниці і її тривалості.

Причиною захворювання були:

1. Холедохолітіаз	67
2. Синдром Міріцці	6
3. Резидуальний холедохолітіаз	11
4. Стенозуючий папіліт	11
5. Кіста головки підшлункової залози	4
6. Постопераційна стриктура холедоха	4
7. Індуративний панкреатит	5
8. Набрякова форма панкреатиту	12

Результати досліджень та їх обговорення.

Хворі розділені на три групи: А, В, С.

Група А – 58 (48,3%) хворих з холедохолітіазом та резидуальним холедохолітіазом, яким за даними ретроградної панкреатохолангеографії та сонографічних досліджень стінки та вмісту холедоха технічно одномоментно вдалось провести ендоскопічну папілосфінктеротомію з подальшою ендоскопічною екстракцією конкремента, що було єдиним і остаточним етапом хірургічного лікування обтурації жовчного дерева. Хворі в задовільному стані на 3-4-ту добу виписані додому.

Група В – 14 (11,6%) хворих, яким одномоментно вирішити проблему обтурації за допомогою ендоскопічної екстракції конкремента не вдалось. Ці хворі готувались до другого етапу хірургічного лікування. Підготовка проводилась протягом 3-4-х діб залежно від швидкості спаду біліарної гіпертензії. Паралельно проводилась інфузійна, спазмолітична та антибіотикотерапія.

Після адекватної підготовки 12 (10%) хворим виконана лапаротомія з подальшою холедохолітотомією та інтраопераційною ревізією зовнішніх та внутрішніх жовчних шляхів за допомогою холедохоскопа. Даний метод дозволяє з високою точністю оцінити стан труднодоступних місць.

При наявності конкрементів в часткових та сегментарних жовчовидільних протоках печінки проводи-

мо екстракцію конкрементів кошиком Дорміа з подальшим промиванням просвіту жовчовидільних шляхів.

При порівнянні результатів ультразвукового дослідження стінки холедоха, а саме даних сонографічних гістограм ехощільності останньої, та інтраопераційному обстеженні можна твердити, що, чим вищий показник ехощільності стінки холедоха, тим при інтраопераційному дослідженні стінка холедоха міцніша та більшої товщини. При адекватній передопераційній ендоскопічній папілосфінктеротомії другий етап оперативного втручання у 10 (8,3%) пацієнтів завершували глухим швом холедоха (ехощільність стінки холедоха в таких пацієнтів була 23Дб і більше), двом хворим проводили зовнішнє дренажування холедоха (ехощільність стінки холедоха була менша як 23 Дб).

Хворі з високим індексом поліморбідності, похилого віку (2-1,6%) були стентовані ендоскопічно холедоходуоденальним стентом – це завершальний етап операції.

Група С – 10 (8,3%) хворих, яким взагалі технічно не вдалось провести РПХГ.

В цю групу ввійшли 6 випадків холедохолітіазу; чотири – з післяопераційними стриктурами холедоха. Цим хворим призначалась масивна дезінтоксикаційна та антибіотикотерапія (цефалоспоринові антибіотики 4-6 г на добу) протягом 1-1,5 доби, і в ургентному порядку хворі оперувались.

Стенозуючий папіліт ліквідувався ендоскопічною папілосфінктеротомією.

Хворі з кістою головки підшлункової залози та з синдромом Міріцці оперувались відкритим способом.

Висновок. Використання даного лікування обтураційної жовтяниці веде до зниження рівня летальності, зниження постопераційних ускладнень та зменшення терміну перебування хворих в стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Е. Холедохолітіаз. Прошлые и настоящие проблемы // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – № 3. – С. 89.
2. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.М. Эндоскопия желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1999. – № 2. – С. 46-50.
3. Стекаловский В.П., Старков Ю.Г. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолітіаз // *Эндоскопическая хирургия*. – 1999. – № 6. – С. 3-5.
4. Горноста́й П.В., Дундаров З.А., Немтин А.З., Рагунович И.М., Раголевич Г.С. Лечебно-диагностическая тактика при механической желтухе. – Гомель, 1998. – 48 с.

5. Брискин Б.С., Иванов А.Э., Холедохолітіаз: проблемы и перспективы // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – № 4.
6. Андреев А.Л., Учваткин В.Г. Лапароскопические вмешательства на общем желчном протоке и способы их завершения // *Эндоскопическая хирургия*. – 1999. – № 5. – С. 22-26.
7. Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Малоинвазивные методы лечения желчнокаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока // *Хирургия*. – 1999. – № 3. – С. 29-32.
8. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Ничитайло М.Ю., Ковальчук О.Л. Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів. – Тернопіль-Рівне: Вертекс, 1997. – 155 с.

УДК 616 – 089.85

Лапароскопічна холецистектомія

О.К. БАБАЛИЧ, В.П. ФЕСЕНКО, О.В. ІЩЕНКО, В.К. ВОЙТЕНКО, О.А. МОГІЛЯСТИЙ,
Д.В. ШЕСТОПАЛОВ, І.В. ГОВОРУНОВ, О.В. ГРЕЦЬКИЙ

Кримський державний медичний університет ім.С.І. Георгієвського

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

O.K. BABALYTCH, V.P. FESENKO, O.V. ISHCHENKO, V.K. VOYTENKO, SHESTOPALOV D.V., O.A. MOGYLYASTYI,
I.V. GOVORUNOV, O.V. GRETSKY

Crimea State Medical Univesity Georgievsky

Для уточнення показань та вивчення ближніх і віддалених результатів після лапароскопічної холецистектомії проведено дослідження у 1140 хворих з гострим (162 – 14,2 %) та хронічним холециститом (978 – 85,8 %). Виконана лапароскопічна холецистектомія. У 33 (3,4%) пацієнтів з хронічним процесом і у 31 (19,1%) – з гострим з різних причин перейшли до відкритої операції. Відмовились від операції у 5 осіб з хронічним холециститом через тяжку супровідну патологію. Інтраопераційні ускладнення відмічені у 12 (1,1%) хворих, післяопераційні – у 65 (6,9%). Усі хворі одужали. У віддаленний період тільки деякі хворі висловлювали різні скарги. Автори вважають необхідним правильно проводити відбір хворих для операції, а також комплексну підготовку до втручання і своєчасно переходити до відкритої операції при утрудненні виконання ендоскопічного втручання.

To exact indications and research of nearest and distant results after laparoscopic cholecystectomy the investigation is performed in 1140 patients with the acute (162 – 14,2%) and chronic cholecystitis (978 – 85,8%). Laparoscopic cholecystectomy has been performed. In 33 (3,4%) patients with chronic process and in 31 (19,1%) – with acute process conversion it was held by different causes. Severe accompanying pathology was a reason for refusal of the operation in 5 patients with chronic cholecystitis. Intraoperative complications are fixed in 12 patients (1,1%), postoperative – in 65 (6,6%). All the patients recovered. In a distant period only some patients had complaints. Authors consider necessary to perform right choice of patients at operations, to carry out complex preparation for the operation and to cross timely to the open operation different causes, when arise difficult execution of the endoscopic intervention.

Вступ. Ендоскопічна холецистектомія виконується в різних країнах світу [1, 2, 7]. Вона супроводжується легким післяопераційним періодом, недовгим перебуванням у лікарні і має кращий косметичний результат, ніж звичайна холецистектомія. Але іноді виникають питання щодо відбору пацієнтів, доцільності проведення втручання у осіб з тяжким перебігом захворювання, підготовки до операції [4, 5]. Іноколи доводиться переходити на холецистектомію відкритим методом [3, 6], виникають ускладнення під час її виконання і в післяопераційний період. Недостатньо вивчені віддалені результати лапароскопічної холецистектомії.

Матеріали і методи. У клініці загальної хірургії протягом 8 років прооперовано 1140 хворих з холециститом у віці від 15 до 84 років. Серед них жінок було 1018 (89,3 %), чоловіків – 122 (10,7 %). Захво-

рювання мали хронічний характер у 978 (85,8 %) пацієнтів, а гострий – у 162 (14,2%). Калькульозний холецистит виявлено у 1123 (98,5 %) осіб, при цьому з хронічним перебігом – у 963 і гострим – у 160. Некалькульозний хронічний холецистит знайдено у 4 (0,4 %) хворих, гострий – у 2 (0,2 %) і холестероз жовчного міхура з папілярними виростами – у 11 (0,9%).

В лікарню хворі надходили з гострим процесом в терміни від декількох годин до 10 днів (107 осіб із 162) і пізніше (55) від початку захворювання, що обумовлювало розвиток інфільтрату і у деяких пацієнтів перехід до відкритої операції. На хронічний холецистит пацієнти хворіли від 3-4 місяців до 43 років, але більшість – 1-3 роки. У 13 осіб (1,1 %) термін хвороби виявити не вдалося.

Усі хворі обстежені клінічно, лабораторно та інструментально. Супровідні захворювання виявлені

при хронічному холециститі у 376 (38,4 %) із 978, при гострому – у 54 (33,3 %) із 162, причому у 4 (2,5 %) пацієнтів він поєднувався з гострим панкреатитом.

Пацієнтів із супровідними захворюваннями готували до втручання з участю анестезіологів та відповідних консультантів. У зв'язку з тяжкою супровідною патологією п'яти хворим з хронічним холециститом було відмовлено в лапароскопічній операції (0,4%).

Лапароскопічна холецистектомія виконувалась під ендотрахеальним наркозом з допомогою апаратури й інструментів фірми «Dufner». Голка Вереша і лапароскопічний троакар вводились нижче пупка, але у 81 (7,1 %) пацієнтів вони введені вище пупка через спайки після перенесених операцій у нижньому відділі черевної порожнини, у 6 (0,5 %) – при значному ожирінні з формуванням фартухоподібного живота. Відкритим методом троакар введено у 9 осіб (0,8 %) через спайки в черевній порожнині, а у одного пацієнта (0,08 %) з цієї ж причини ввести його взагалі не вдалося. Решта 3 троакари введені в типових місцях. Через спайки у 4 (0,35 %) хворих голка Вереша та троакар спочатку були введені у верхньому відділі живота, а потім решта – в звичайних місцях. Ожиріння III-IV ступеня не було перешкодою для лапароскопічної холецистектомії.

Під час втручання гострий катаральний холецистит знайдено у 69 (42,6 %) хворих із 162, флегмонозний – у 89 (55,0 %), флегмонозно-гангренозний – у 2 (1,2 %), гангренозний – у 2 (1,2 %). Серед них водянка міхура була у 11 (6,8 %), емпієма – у 34 (20,9 %) і з параміхурним абсцесом – у 3 (1,9 %). Жовчний міхур був закритий сальником та близько розміщеними органами з пухкими свіжими і старими спайками у 111 випадках (68,5 %). Пухкий інфільтрат спостерігався у осіб з давністю захворювання від декількох годин до 1-3 діб, що вимагає при гострому холециститі ранньої операції.

Спайки з сальником, з печінкою, з дванадцятипалою кишкою при хронічному холециститі знайдені в більшій половині випадків – у 606 (61,9 %) хворих із 978. При цьому не була гарантована відсутність інфільтратів. Відключений і рубцево змінений міхур знайдено у 14 хворих (1,4 %) з 978, водянка міхура – у 37 осіб (3,8 %), емпієма – у 7 (0,7 %). Гепатит виявлено у 23 (2,4 %) і цироз печінки – у 8 (0,8 %) чоловік.

Ендоскопічна операція виконувалась типово, з кліпуванням міхурової протоки і артерії. У двох хворих визначено синдром Мірізі (ширина сполучення 1,5 см і 0,8 см), причому в одного пацієнта сполучення було з лівою печінковою протокою.

Успішно ступінчасто накладено в першому випадку 5 кліпс, в другому – 3. Нетипово був розташований жовчний міхур у 3 (0,3 %) осіб (у борозді між правою і лівою частками печінки і у лівій частці печінки). Міхурова артерія у 17 (1,4 %) випадках піддавалась тільки коагуляції. Міхур видалювався від шийки, але при рубцевих змінах методом спалювання, що призводило до пошкодження ложа і міхура з випаданням каменів у 52 (4,5 %) випадках. Витягання у цих випадках міхура і каміння виконувалося, як правило, у целофановому мішечку. При водянці (із 48 випадків у 46) і при емпіємі міхура (у всіх 44 випадках) виконувалась пункція. У 9 (0,9 %) хворих на хронічний і у 5 (3,0 %) – на гострий холецистит через інфільтрату міхур був видалений від дна. Підпечінковий простір дренували обов'язково трубкою 1-2 дні або довше при випалюванні міхура з склерозованого ложа чи при значному запаленні і значній кровотечі під час операції.

У чотирьох пацієнтів з холедохолітіазом і жовтяницею спочатку проведена ендоскопічна ретроградна холедохопанкреатографія і ендоскопічна папілотомія з видаленням конкрементів, а потім успішна лапароскопічна холецистектомія.

До відкритої холецистектомії довелося перейти при хронічному холециститі у 33 (3,4 %) обстежених пацієнтів і з гострим – у 31 (19,1 %). Найбільш частою причиною трансформації був інфільтрат біля жовчного міхура та його шийки (відповідно, 16 – 1,6 % і 19 – 11,7 %). В однієї хворої з хронічним перебігом холецистити виник гострий напад, з приводу чого вона була оперована спочатку лапароскопічно. При цьому виявлено значний твердий інфільтрат з ознаками загострення. При лапаротомії інфільтрат біля печінки та міхура рубцево змінений. При гострому розділенні виявлені пенетруючі отвори у товстій та дванадцятипалій кишці в жовчний міхур. Жовчний міхур видалено, отвори в кишках зашиті, в черевній порожнині залишені дренажі. Хвора одужала. Це підтверджує необхідність виконання операції в ранні терміни. Знайдено параміхурний абсцес у трьох осіб (1,9 %) з гострим холециститом. Не вдалося закінчити операцію лапароскопічно у хворих: з глибоким внутрішньопечінковим розміщенням міхура у 4 (0,35 %), зі значним спайковим процесом у черевній порожнині – у 3 (0,26 %), при пошкодженні в інфільтраті кишеньки Гартмана і випаданні великої кількості маленьких каменів – у 2 (0,17 %), при холедохолітіазі – у 2 (0,17 %), стенозі фатерового соска – у 1 (0,08 %) і нориці між жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою – у 1 (0,08 %) пацієнта.

Причиною конверсії у відкриту холецистектомію послужили і деякі інтраопераційні ускладнення (12 хворих – 1,1 %), що спостерігалися в основному на початку застосування ендоскопічних операцій: кровотеча з ложа міхура, спайок і міхурової артерії (6 хворих – 0,5 %), із судин позачеревного простору, що пошкоджені під час входження в черевну порожнину (1 – 0,08 %); бокове пошкодження загальної печінкової протоки коагулятором (2 – 0,17%), мікроперфорація товстої кишки в інфільтраті (1 – 0,08 %). В одному випадку після видалення жовчного міхура з'явилось відеозображення ще одного жовчного міхура. При лапаротомії другий міхур не виявлено. Відеозображення виникло через пролябацію середньої частини ложа міхура.

В одному випадку при розсіченні апоневроза, для видалення міхура з черевної порожнини, відламався кінчик скальпеля і залишився в животі. Знайти його ендоскопічно не вдалося, виконана лапаротомія. В другому випадку під час виконання цієї ж процедури зломлений кінчик скальпеля вдалося видалити з черевної порожнини ендоскопічно. Оскільки у цих хворих був використаний скальпель зі змінним лезом, то після цього апоневроз розсікався тільки суцільним скальпелем.

Треба відмітити необхідність додержання обережності при зашиванні апоневроза після видалення жовчного міхура з черевної порожнини. Так, в одному випадку після витягування міхура, зупинці в цій зоні кровотечі, при зашиванні апоневроза була захоплена в шов поверхово сигмоподібна кишка, що виявлено при контрольній ендоскопії рани біля пупка. Шви видалені, підтягнута в рану кишка і без конверсії потравмоване місце зашите синтетичною ниткою. Хвора видужала.

Симультанні операції виконані у 82 (7,2 %) хворих як при хронічному, так і при гострому холециститі: розсічення значних спайок у черевній порожнині – у 36 (3,6 %); видалення кіст печінки – у 5 (0,4 %), гемангіоми печінки – у 1 (0,08 %), додаткової ектопічної селезінки – у 1 (0,08 %), фібром внутрішньої поверхні черевної стінки – у 2 (0,2 %), доброякісних пухлин – у 5 (0,4 %), кісти яєчника – у 1 (0,08 %). У цих пацієнтів виконані також апендектомія (3 – 0,3 %), висічення з приводу грижі пупкової (22 – 1,9 %), параумбілікальної (1 – 0,08 %), пахової грижі (2 – 0,2 %) та секторальна резекція молочної залози (3 – 0,3 %).

Результати досліджень та їх обговорення. Усі 1140 прооперованих хворих видужали. Термін

перебування в лікарні після лапароскопічної операції з приводу хронічного холецистити був від 2 до 7 днів, у середньому – 4,9 дня; гострого – від 4 до 9 днів, у середньому – 6,6 днів; якщо зроблено перехід до відкритого втручання, відповідно, від 8,0 до 17,0 днів. У випадках виникнення післяопераційних ускладнень термін збільшувався при хронічному процесі до 10,1 дня, при гострому – до 9,1 дня, а після інтраопераційних ускладнень – до 17,0 – 35,5 дня. Останім часом збільшилася кількість хворих похилого і старечого віку з різними супровідними захворюваннями, що призвело до деякого збільшення терміну перебування в стаціонарі цих осіб при хронічному процесі від 7 до 9 днів, при гострому – до 8-10 з урахуванням обстеження у передопераційний період.

Післяопераційні ускладнення були у 65 пацієнтів (6,9 %) із 1140 оперованих осіб. Хронічний холецистит супроводжувався ними у 54 (6,4 %) хворих із 978, гострий – у 110 з 162, причому у 2 осіб ускладнення виникли під час операції, але проявилися у післяопераційний період (через аномалії розташування жовчного міхура загальну печінкову протоку пересічено і кліповано; в другому випадку в інфільтраті пересічено праву печінкову протоку). Виконувалися повторні лапаротомії. Накладення прецизійного гепатикоєюноанастомозу в одному випадку і гепатоеюнального на довгій петлі з ентероентероанастомозом у другому привело до видужання. Вимагали лапаротомії в післяопераційний період кровотеча в черевну порожнину (3 – 0,26 %), жовчовиділення у черевну порожнину з розвитком перитоніту від прорізання кліпсою інфільтрованої міхурової протоки (1 – 0,08 %) та жовчовиділення із ложа жовчного міхура (1 – 0,08 %). Лапаротомія була виконана у одного (0,08%) хворого після ЛХЕ і розсічення масивних спайок у зв'язку з розвитком підпечінкового абсцесу і перитоніту. Хворий одужав. Одна хвора (0,08 %) оперована після лапароскопічної холецистектомії у зв'язку з тим, що твердий дренаж викликав перфорацію дванадцятипалої кишки. Після ушивання отвору в кишці вона одужала. У одному випадку (0,08 %) на 4-й день після операції розвився гострий апендицит. Виконана апендектомія. Інші ускладнення: інфільтрат черевної порожнини – 2 (0,17 %), загострення панкреатиту – 15 (1,3 %), у рані біля пупка сероми – 6 (0,5 %), гематоми – 6 (0,5 %), інфільтрати – 6 (0,5 %) і нагноєння ран – 4 (0,35 %), маточна кровотеча – 1 (0,08 %), алергія – 4 (0,35 %), загострення пієлонефриту – 4 (0,35%) і остеохондрозу – 3 (0,26%) лікувалися консервативними засобами.

Для вивчення віддалених результатів 113 хворим розіслані спеціальні анкети, на які відповіли тільки 27 хворих, оперованих з приводу хронічного калькульозного холециститу, 6 пацієнтів з'явилися для обстеження. Термін після втручання – 2-6 років. Серед них практично здорові були 29, легкі прояви хронічного панкреатиту мали місце – у 2, гепатиту – у 1 і гастродуоденіту – у 1.

Крім того, за направленнями поліклінік і самостійно у віддалений термін (від одного року до п'яти) в клініку поступило 12 хворих, серед яких 5 мали загострення хронічного панкреатиту, 2 – гепатиту, 3 – лігатурні нориці на місці, де видалявся жовчний міхур (біля пупка – 2, в епігастрії – 1) і у 2 пацієнтів виникла післяопераційна грижа.

Таким чином, правильний відбір хворих для операції, комплексна підготовка осіб з супровідни-

ми захворюваннями і порівняно невелика травматичність лапароскопічної холецистектомії, з конверсією при технічних труднощах її виконання дозволили виписати із лікарні всіх пацієнтів здоровими. У віддалений термін більшість хворих не звертались після перенесеної операції в клініку.

Висновки.

1. Лапароскопічна холецистектомія зменшує операційну травму і термін перебування хворих у лікарні.

2. Необхідно проводити суворий відбір хворих, комплексну підготовку до операції, а у разі технічних труднощів – своєчасний перехід до відкритого втручання.

3. У віддалений період у більшості хворих спостерігається хороший результат лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Земляной В.П., Мосягин В.Б., Непомнящая С.Л. Возможности малоинвазивных технологий в лечении холедохолитиаза у больных повышенного риска // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. – № 1. – С.88-89.
2. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Огородник П.В. и др. Лапароскопическая хирургия в лечении заболеваний желчевыводящих путей // *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. – 1999. – Т. 3, № 3. – 40 с.
3. Тищенко А.М., Малоштан А.В., Криворучко И.А. и др. Малоинвазивная хирургия: изменение подходов лечения заболеваний гепатобиллиарной и панкреатодуоденальной зон // *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії*. – 1999. – Т. 3, № 3. – 40 с.
4. Ульянов Ю.Н., Багненко С.Ф., Сухарев В.Ф. Малоинвазивные технологии в лечении желчнокаменной болезни у пациентов с высоким операционным риском // *Вестник хирургии*. – 2002. – № 6. – С.21-25.
5. Kubota K., Kajiura N., Teruya M et al. Alterations in respiratory function and hemodynamics during laparoscopic cholecystectomy under pneumoperitoneum // *Surg. Endosc.* – 1993. – Vol. 7, № 6. – P.500-504.
6. Lo C.M., Fan S.T., Lin C.L., Lai E.S.C., Wond J. Early Decision for Conversion of Laparoscopic to Open Cholecystectomy for Treatment of Acute Cholecystitis. // *Am.J.Surg.* – 1997. – № 6. – P.513-517.
7. Schwesinger W.H., Sirinek K.R., Strodet W.E. Laparoscopic cholecystectomy for biliary tract emergencies state of art. // *World J. Surg.* – 1999. – Vol. 23. – P.334-342.

УДК 616.728.48-089.881-072.1

Порівняльна оцінка результатів артродезу гомілковостопного суглоба відкритим методом та під артроскопічним контролем

С.Л. ЛУШНЯ, О.Є. ЛОСКУТОВ, М.Л. ГОЛОВАХА

Дніпропетровська державна медична академія

COMPARATIVE EVALUATION OF THE RESULTS OF ANKLE JOINT OPERATIVE STABILIZATION PERFORMED BY THE TRADITIONAL AND NON-INVASIVE METHODS

S.L. LUSHNYA, O.E. LOSKUTOV, M.L. GOLOVAHA

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Стаття присвячена проблемі артродезу гомілковостопного суглоба. Наведена порівняльна оцінка результатів артродезу гомілковостопного суглоба відкритим та артроскопічним методом.

This paper is devoted to the problem of arthrodesis of ankle joint. The comparative evaluation of the results of ankle joint arthrodesis performed by the traditional method and non-invasive one was adduced.

Вступ. Травматичний артроз гомілковостопного суглоба як причина інвалідності знаходиться на третьому місці після аналогічних захворювань кульшового та колінного суглобів. У віддалений період хворим з травматичним артрозом гомілковостопного суглоба і значним порушенням опороздатності кінцівки, вираженим больовим синдромом виправдане виконання артродезу [7].

Виконання артродезу відкритими методами травматично, тому проводився пошук нових рішень для стабілізації гомілковостопного суглоба [8-14].

Із поширенням ендоскопічної техніки нами була розроблена методика артродезу гомілковостопного суглоба під артроскопічним контролем [1-6].

Операцію проводили під загальною анестезією із застосуванням гемостатичного турнікета.

Проводили монтаж компресійно-дистракційного апарата Ілізарова на гомілці і стопі.

Потім виконували distraкцію в апараті Ілізарова суглобної щілини до ширини 6-8 мм, достатньої для введення в порожнину суглоба артроскопа, інструментарію і повноцінної ревізії суглоба.

Після чого виконували артроскопічний етап операції. Ми використовували стандартну відеокамеру, 4,0 мм артроскоп, іригаційну систему, маніпуляційний інструментарій: "шейвер", ніж та рашпілі.

Доступ у порожнину суглоба здійснювали через передньомедіальний та передньолатеральний "портали". Скальпелем робили шкірний розтин (1 см), потім троакаром перфорували капсулу суглоба та синовіальну оболонку, після чого вводили в порожнину суглоба артроскоп і маніпулятор. Під артроскопічним контролем, за допомогою маніпуляційного інструмента виконували резекцію залишків дегенеративно змінених хрящів гомілковостопного суглоба, обробляючи суглобні поверхні таранної та великогомілкової кісток до появи "кров'яної роси".

Після виконання артроскопічної резекції суглоба проводили компресію суглобних кінців в апараті Ілізарова, у функціонально правильному положенні суглоба до утворення анкілозу.

В даній роботі ми поставили перед собою завдання дати порівняльну оцінку результатів лікування хворих методом відкритого артродезу гомілковостопного суглоба та під артроскопічним контролем.

Матеріали і методи. Повідомлення ґрунтується на аналізі клінічного обстеження 64 хворих із застарілими ушкодженнями гомілковостопного суглоба, яким виконаний відкритий компресійний артродез у період з 1982 по 1990 рр., і 15 хворих з подібними ушкодженнями, яким проведений артродез го-

мілковостопного суглоба під артроскопічним контролем з 1995 по 2003 рр. у клініці травматології та ортопедії ДГМА. Вік пацієнтів від 24 до 75 років. Давність ушкодження від 10 місяців до 10 років.

В основу оцінки результатів оперативного лікування гомілковостопного суглоба була покладена методика M.R. MacGuire et al. (1989), наведена в табл. 1.

Таблиця 1. Оцінка функціонального результату лікування хворих після артрорезу гомілковостопного суглоба

№	Клінічний критерій	Бали	№	Клінічний критерій	Бали
1	Біль: немає невеликий помірний виражений	50 40 30 20	5	Додаткова опора при ходьбі немає тростина милиці пересування в кріслі	5 3 2 0
2	Загальний обсяг рухів у суглобах середнього та переднього відділів стопи 30° 20-29° 10-19° 0-9°	5 4 3 1	6	Кульгавість немає легка помірна виражена	5 4 3 2
3	Мінімальна дистанція ходьби без обмежень 4-6 кварталів 1-3 квартали тільки в будинку неможливо	20 15 10 5 0	7	Ходьба на підйом нормально важко неможливо	5 2 0
4	Ходьба по сходах нормально необхідна опора тільки переступаючи здоровою ногою неможливо	10 7 3 0	8	Загальна оцінка відмінно добре задовільно погано	80-100 70-79 65-69 менше 65

Результати відкритої артрорезуючої резекції гомілковостопного суглоба та під артроскопічним контролем порівнювалися за показниками післяопераційного ліжко-дня, термінами початку навантаження на оперовану кінцівку, термінами тимчасової непрацездатності й оцінкою функціонального результату.

Результати досліджень та їх обговорення. Оперативне втручання, виконане під артроскопічним контролем дозволяло нам застосувати раннє навантаження на оперовану кінцівку. Після артроскопічного артрорезу навантаження дозволяли на 2-

3-тю добу, ходьбу з милицею чи тростиною – після двох тижнів. Тривалість фіксації в апараті Ілізарова була в середньому терміном 2,5 місяці.

Порівняльна оцінка характеру навантаження після артрорезу наведена в табл. 2.

Відповідно скорочувалися терміни лікування після малоінвазивного артрорезу, виконаного під артроскопічним контролем, у порівнянні з відкритим артрорезом (табл. 3).

Оцінюючи функціональний результат лікування за вищевказаною методикою ми одержали наступні результати (табл. 4).

Таблиця 2. Порівняльна оцінка характеру навантаження на кінцівку після відкритого артрорезу гомілковостопного суглоба та артроскопічного

Характер навантаження	Вид артрорезу і терміни навантаження	
	Відкритий	Артроскопічний
Дозоване навантаження на кінцівку	На 7-10-ту добу	На 2-3-тю добу
Ходьба з милицею чи тростиною	4 тижні	2 тижні
Тривалість фіксації в апараті	14 тижнів	10 тижнів

Таблиця 3. Середні терміни лікування хворих після артродезу гомілковостопного суглоба

Характер проведених операцій	Післяопераційний ліжко-день	Термін тимчасової непрацездатності (у днях)
Відкритий артродез	20	143
Артроскопічний артродез	7	110

Таблиця 4. Порівняльна оцінка результатів лікування хворих після відкритого та артроскопічного артродезу гомілковостопного суглоба

Вид артродезу	Усього хворих	Результат			
		відмінно	добре	задовільно	незадовільно
Відкритий	64	14	33	16	1
%	100	22,6	50,9	24,5	1,8
Артроскопічний	15	4	8	3	0
%	100	27,2	54,5	18,1	0

У такий спосіб порівняльна оцінка результату артродезу гомілковостопного суглоба показала переваги артроскопічного методу перед відкритим у можливості більш раннього навантаження оперованої кінцівки, зменшенні терміну фіксації в компресійно-дистракційному апараті, скороченні термінів післяопераційного ліжко-дня і тимчасової не-

працездатності, у більш високому функціональному результаті.

Висновок. Застосування методики артродезу гомілковостопного суглоба під артроскопічним контролем більш ефективно в порівнянні з відкритим способом і дозволяє знизити терміни лікування та поліпшити функціональний результат лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Волошин В.П. Сравнительная оценка способов артродеза голеностопного сустава: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1985. – 18 с.
2. Гришин И.Г. Сравнительная оценка некоторых методов артродеза голеностопного сустава и суставов заднего отдела стопы у взрослых: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1964. – 19 с.
3. Лоскутов А.Е. Хирургическое лечение застарелых поврежденных голеностопного сустава: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – К., 1990. – 37 с.
4. Лоскутов А.Е., Бурик В.И., Паралов Ю.П. Компрессионный артродез при застарелых повреждениях голеностопного сустава // Мат. областной научно-практ. конференции. – Днепропетровск, 1983. – С. 70-71.
5. Лоскутов А.Е., Колонтай Ю.Ю. Компрессионный артродез в комплексном лечении посттравматического остеоартрита голеностопного сустава // Гнойные осложнения при повреждениях костей. – Л., 1989. – С. 41-43.
6. Складенко Е.Т., Волошин А.И., Тищенко В.П. Лечение посттравматических артрозов голеностопного сустава // Ортопедия, травматология и протезирование. – 1986. – №4. – С.50-51.
7. Яременко Д.А., Бабуркина Е.П., Кишкар А.В. Артродез при последствиях осложненных травм голеностопного сустава. – 2000. – №3. – С.77-81.
8. Ankle arthrodesis/ G.M. Cheng, S.V. Lin, Y.C. Tien, H.S. Wu // Kaohsiung J. Medical Sciences. – 1993. – Vol.9, – № 9. – P.524-531.
9. Bresler F., Mole D., Schmidt D. Arthrodesis tibialienne sans arthroscopie // Rev. Chir. Orthop. – 1994. – Vol.80. – №.8. – P.744-748.
10. Campbell C.J., Renshaw W.T., Kalenak A. Arthrodesis of the ankle // J. Bone Jt. Surg. – 1974. – Vol.56-A, №1. – P.63-70.
11. Conschorek O, Tiemann A, Buhren. Neue Arthrodesetechnik am OSG mit dem Kompressionsmarknagel // Zeitschrift fur Orthopdie und ihre Grenzgebiete. Deutscher Orthopadenkongress. – 2001. – S.101.
12. Davis R.J., Millis M.B. Ankle arthrodesis in the management of traumatic ankle arthrosis: A long-term retrospective study // J. Trauma. – 1980. – Vol.20, №8. – P.674-678.
13. Ewing W.G., Tasto I.A., Tippett, J.W. Arthroscopic surgery of the ankle // Northeastern Ohio Universities College of Medicine. – 1995. – Vol.44. – P.325-340.
14. Fleiss D.I. Arthroscopically assisted arthrodesis for osteoarthrotic ankle // J. Bone Jt. Surg. – 1994. – Vol.76. – №.7. – P. 1112.
15. Jockheck M., Weller S. // Akt. Traumatol. – 1994. – №4. – P.110-113.

УДК: 616.718.16-002.3/4-06:616-089.844

Органозберігаючі малоінвазивні оперативні втручання у хворих з глибокими трофічними розладами у нижніх кінцівках ангіогенного походження та гнійно-некротичними ускладненнями

О.Е. МІХНЕВИЧ, В.О. МІХНЕВИЧ

Інститут травматології та ортопедії АМН України, м. Київ

ORGAN-PRESERVING MINI-INVASIVE OPERATIVE INTERVENTIONS IN PATIENT WITH DEEP TROPHIC DISTURBANCES IN LOWER EXTREMITIES OF ANGIOGENIC ORIGIN AND PURULENT-NECROTIC COMPLICATIONS

O.E. MIKHNEVYCH, V.O. MIKHNEVYCH

Institute of Traumatology and Orthopedics of AMS of Ukraine, Kyiv

Автори у 46 хворих з гострими трофічними розладами у нижніх кінцівках застосували малоінвазивні операції, направлені на збереження опороздатності кінцівки.

Mini-invasive operations, directed on the preserving of supporting ability of the extremity, were used in 46 patients with acute trophic disturbances in lower extremities.

Вступ. З розвитком незворотних уражень тканин нижньої кінцівки, зумовлених порушенням прохідності судинного русла, у значній мірі зникають етіологічні особливості захворювання і на перший план виходять порушення, зумовлені тканинною гіпоксією [1-7]. Ці порушення спричинені прогресуючим погіршенням периферичної гемодинаміки та трофічними розладами.

Медикаментозна терапія при хронічній ішемії нижньої кінцівки, що включає призначення антикоагулянтів, антиагрегантів, спазмолітичних, проти-запальних і знеболюючих засобів, малоефективна [8]. Реконструктивні операції на магістральних судинах не завжди можливі через високий ризик розвитку ускладнень, пов'язаних із супровідною патологією, багаторівневою оклюзією, ураженням дистального судинного русла, і проблематичні у випадках приєднання гнійно-некротичних ускладнень [9-10]. При розвитку критичної ішемії (3 – 4-та стадія хронічної ішемії нижніх кінцівок (ХІНК) за Фонтейном) прогноз ще більш несприятливий як для життєздатності кінцівки (у 20 % пацієнтів ампутації виконуються відразу, а в 25 % – протягом першого

року), так і щодо життя хворих – 20 % помирає протягом року і мінімум 50 % протягом 5 років [11].

Звичайно хворі госпіталізуються у хірургічне відділення з гнійно-некротичними ускладненнями, коли на перший план виступають питання зменшення обсягу оперативного втручання: загоєння трофічних виразок, збереження стопи, зниження рівня ампутацій [11-17].

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням знаходилось 46 хворих з ГТРНК, що лікувались в клініці патології стопи та складного протезування з 1999 року. Вік хворих становив 49-78 років. За основним захворюванням хворі були розподілені на 2 групи: групу А склали 14 хворих з облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок (ОАСНК); групу В – 31 хворий на цукровий діабет, ускладнений синдромом діабетичної стопи (СДС). Трофічні розлади клінічно проявлялись торпідними виразками, некрозами та гангренами дистальних відділів стопи. У 7 випадках ми спостерігали флегмону стопи з поширенням запального процесу на гомілки. Неодноразові курси судинної терапії не дали позитивної динаміки,

тому подальше лікування хворих в умовах судинних стаціонарів було визнано недоцільним. При оперативному лікуванні хворих було застосовано фасціотомію кістково-фасціальних футлярів гомілки та стопи як самостійне оперативне втручання та в поєднанні з некректомією. Контрольну групу склали 15 хворих, що мали аналогічні ураження і знаходились на лікуванні в клініці з 1996 по 1998 рр.

Результати досліджень та їх обговорення. Фасціотомію виконували закритим способом і вперше застосували у цього контингенту хворих. Виключно фасціотомія була застосована у 8 хворих з ОАСНК, трофічними виразками (ТВ), гнійно-некротичним процесом на стопі, стійким больовим синдромом та у 14 хворих з СДС (11 пацієнтів мали ішемічну форму СДС, 3 – остеоартропатію). Позитивна клінічна динаміка була відмічена на першу добу після операції: зникав больовий синдром, зменшувався набряк, піддавались регресу прояви гнійно-некротичного процесу. Трофічні виразки починали виповнюватись повноцінною грануляційною тканиною на 3-5-ту добу, а на момент виписки повністю загоїлись вторинним натягом. У 14 хворих, що мали гангрени променів чи переднього відділу стопи, фасціотомію доповнювали резекцією уражених променів, ампутацією пальців чи переднього відділу стопи. У всіх випадках післяопераційна рана загоїлась первинним натягом в звичайні строки. У 4 хворих з поширенням гнійно-некротичного процесу по

сухожилках м'язів на гомілку проводилась тотальна некректомія з видаленням нежиттездатних м'язів та сухожилків, рану вели відкритим способом і на 3-4-ту добу дно її очищувалось, що давало можливість накладати вторинні шви. У 4 пацієнтів з флегмоною стопи і гомілки виконали міофасціопластичну ампутацію на рівні середньої третини гомілки з фасціотомією футлярів кукси та видаленням камбалоподібного м'яза. Порівняльний аналіз результатів лікування дослідної та контрольної груп доводить, що застосування розробленої нами методики лікування дозволяє зберегти кінцівку у хворих з ГТРНК, обмежитись некректомією та малими ампутаціями на стопі. Так, з 15 хворих контрольної групи ампутацію було виконано у 8, а в дослідній – з 46 пацієнтів ампутації були виконані лише у 4 хворих.

Висновки. 1. Глибокі трофічні розлади нижніх кінцівок займають провідне місце серед причин ампутацій.

2. Метою лікування хворих з ГТРНК є збереження опороздатності кінцівки.

3. Хірургічне лікування цього контингенту хворих має бути малоінвазивним.

4. Хірургічне лікування повинно бути направлене на вирішення двох ключових моментів: оптимізацію кровопостачання в ураженій ділянці та максимально можливу санацію вогнища за рахунок виконання адекватної некректомії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Застосування "Алиростану" (ПГЕ) в комплексній терапії ішемії нижніх кінцівок: Метод. реком. / В.Г. Мішалов, В.А. Черняк, В.Н. Селюк та ін. – К: Вид-во КНДІЕКХ. – 2001. – 18 с.
2. Лечение критической ишемии нижних конечностей у больных с распространенным атеросклерозом / Р.С. Акчурич, А.А. Ширяев, М.Г. Лепилин, Я.Б. Бранд // Хроническая критическая ишемия конечности: Материалы Всерос. науч. конф. – Москва-Тула, 1994. – С.8-9.
3. Дзигинский А.А. Атеросклероз: Этиология. Патогенез. Лечение. – Иркутск: Издательство Иркутского университета, 1997. – 273 с.
4. Gru J.D. Effects of adjuvant PGE I therapy following profundoplasty patients with severe limb ischemia. Early and long-term results. – *Vasa*, –1997. – Vol.26. – P.117-121.
5. Estimation of amputation level with a laser Doppler flowmeter / P.Gebuhr, J.P. Jorgensen et al. // *J.Bone Joint Surg.* – 1989. – Vol.71-B, № 3. – P.514-517.
6. Angiographic evaluation of peripheral arterial occlusive disease and its role as a prognostic determinant for major amputation in diabetic subjects with foot ulcers / Faglia E., Favales F., Quarantello A. et al. // *Diabetes Care* – 1998. – Vol.21, № 4. – P. 625-630.
7. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* an increasing problem in a diabetic foot clinic / Tentolouris N., Jude E.B., Smirnof I. et al. // *Diabet. Med.* – 2001. – Vol. 18, № 3. – P.229-234.
8. Влайков Г.Г., Гуч А.А., Куповская С.И. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей и таза: пути оптимизации ее лечения // *Клінічна хірургія*. – 2001. – № 3. – С.33-36.
9. Ефективність судинної терапії в комплексі лікування гнійно-некротичного ураження стопи у хворих на цукровий діабет / С.С. Подпратов, В.В. Лісовець, А.О. Гуч та ін. // *Клінічна хірургія*. – 2001. – № 2. – С. 27-29.
10. Савельев В.С., Кошкин В.М. Критическая ишемия нижних конечностей. – М.: Медицина, 1997. – 157 с.
11. Шор Н.А. Критерии для определения хронической критической ишемии конечности: Материалы Всерос. науч. конф. – Тула, 1994. – С.263-264.
12. Сучасні методи хірургічного лікування гнійно-некротичного ураження діабетичної стопи: Метод. реком. / П.І. Сухарев, М.Ф. Дрюн, С.С. Подпратов та ін. – К.: Вид-во МОЗ України. – 2001. – 19 с.
13. Яцків В.В., Кривич В.О., Пешковська Н.В. Ефективність реконструктивних операцій при ішемічній діабетичній стопі // *Шпитальна хірургія (додаток до номера)*. – 2001. – № 1. – С.182-183.
14. Тактика лікування змішаних форм синдрому діабетичної стопи / Ю.М. Гупало, С.М. Діденко, С.Е. Бондер та ін. // *Шпитальна хірургія (додаток до номера)*. – 2001. – № 1. – С.148-149.
15. Improvement of amputation level by lower extremity revascularization / K. Johansen, E.M. Burgess, R. Zorn, et al. // *Surg.Gynec.Obstet.* – 1981. – Vol.153, № 5. – P.707-709.
16. Prophylactic Antibiotics in Amputation of the Lower Extremity for Ischemia / S.Sonne-Holm, M.Boeckstyns, H.Menck, et al. // *J.Bone Joint Surg.* – 1985. – Vol.67-A, № 5. – P.800-803.
17. Brukner L. Diabetische Osteoarthropathie – keine primäre Indikation sur Amputation // *Sbl. Chir.* – 1989. – Bd.114, № 4. – S. 241-252.

УДК: 616.36-008.5-089+616.36

Досвід застосування малоінвазивної хірургічної тактики при холедохолітіазі

О.Л. ТКАЧУК, Т.М. ДЗВОНКОВСЬКИЙ, В.М. ДЕБЕНКО

Івано-Франківська обласна клінічна лікарня, Івано-Франківська державна медична академія

THE EXPERIENCE OF APPLICATION OF MININVASIVE SURGICAL TACTICS AT CHOLEDOCHOLITHIASIS

O.L. TKACHUK, T.M. DZVONKOVSKIY, V.M. DEBENKO

Ivano-Frankivsk Regional Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk State Medical Academy

У роботі узагальнено досвід клініки з лікування жовчнокам'яної хвороби, ускладненої холедохолітіазом. Вивчено результати лікування 235 хворих, які лікувалися у клініці за останні 5 років. Здійснено 6 варіантів хірургічної тактики при даній патології. Проведено порівняльний аналіз безпосередніх та віддалених наслідків проведеного лікування. Досліджено динаміку нормалізації функціональних показників печінки та жовчних шляхів при різних варіантах малоінвазивних та відкритих хірургічних операцій. Обговорено переваги і недоліки кожної тактичної схеми, вивчено оптимальну послідовність лікувальних етапів.

The experience of treatment of bilestones disease complicated by choledocholithiasis is summarized. The results of treatment of 235 patients for the last 5 years are investigated. 6 variants of surgical tactics are allocated at the given pathology. The comparative analysis of the nearest and follow – up results of the treatment is carried out. Dynamics of normalization of functional parameters of a liver and biliary system is investigated at various variants of miniinvasive and open surgical procedures. The advantages and lacks of each tactical circuit are discussed, the optimum sequence of medical stages is investigated.

Вступ. Оптимальна хірургічна тактика при обтураційних жовтяницях, спричинених холедохолітіазом, включає раціональне поєднання декомпресійних, відновних та реконструктивних процедур, які мають за мету відновити природну чи близьку до природної структурно-функціональну систему жовчевідтоку при мінімальному ушкодженні функціонуючої паренхіми печінки [1]. В умовах, які виникають у процесі лікування ускладнених та довготривалих обтураційних жовтяниць функціональність малоінвазивних лікувальних технологій має першочергове значення [2].

Незважаючи на значне збільшення кількості холецистектомій при неускладненому калькульозному холециститі, захворюваність на холедохолітіаз не тільки не зменшується, але навіть має тенденцію до збільшення. Запровадження ендоскопічних методів діагностики і лікування холедохолітіазу суттєво змінює структуру контингенту хворих з обтураційними жовтяницями, зменшуючи частку хворих з важким та ускладненим перебігом. У ос-

танні роки чітко прослідковується тенденція до збільшення кількості ендоскопічних холангіографій та ендоскопічних папілотомій (рис.1). Водночас, залишається все ще значною кількістю хворих, які поступають у стаціонари з тривалими механічними жовтяницями (рис. 2).

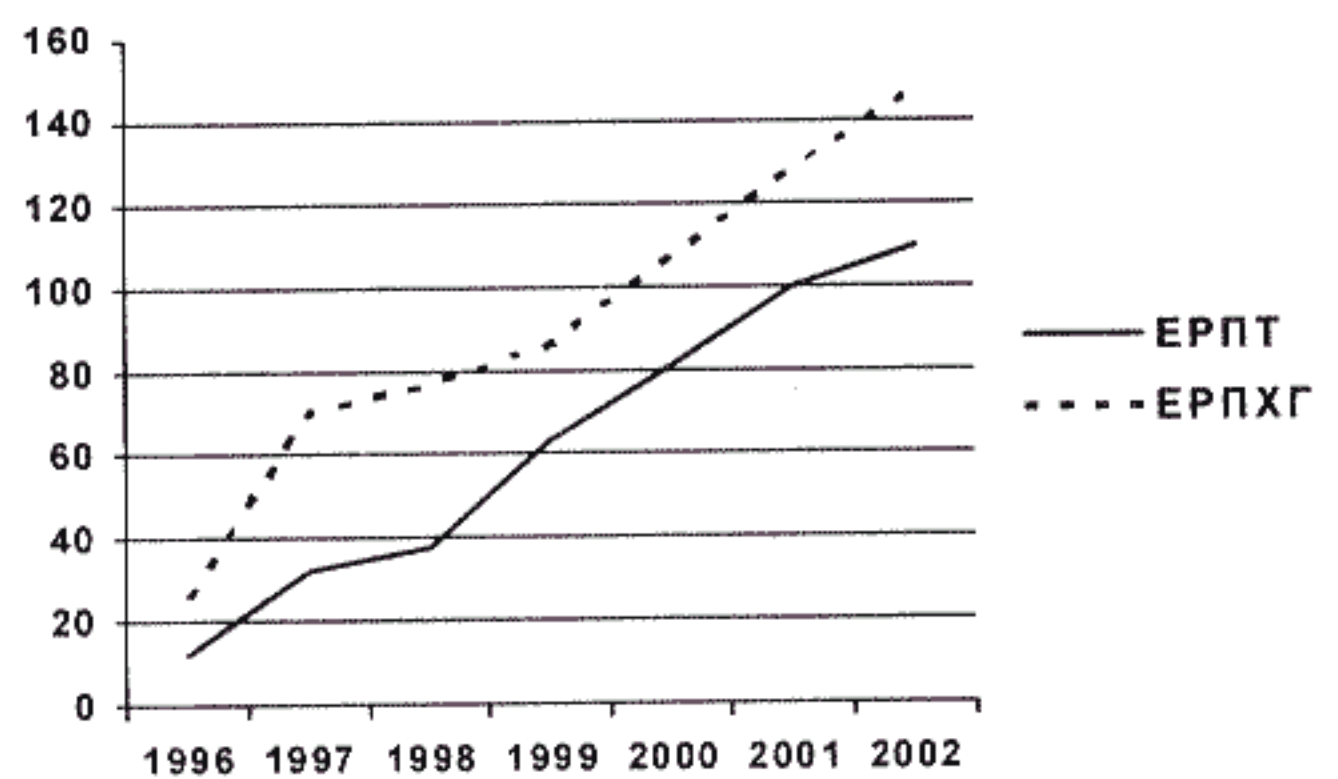


Рис. 1. Динаміка ендоскопічних діагностичних та хірургічних втручань при холедохолітіазі у Івано-Франківській області.

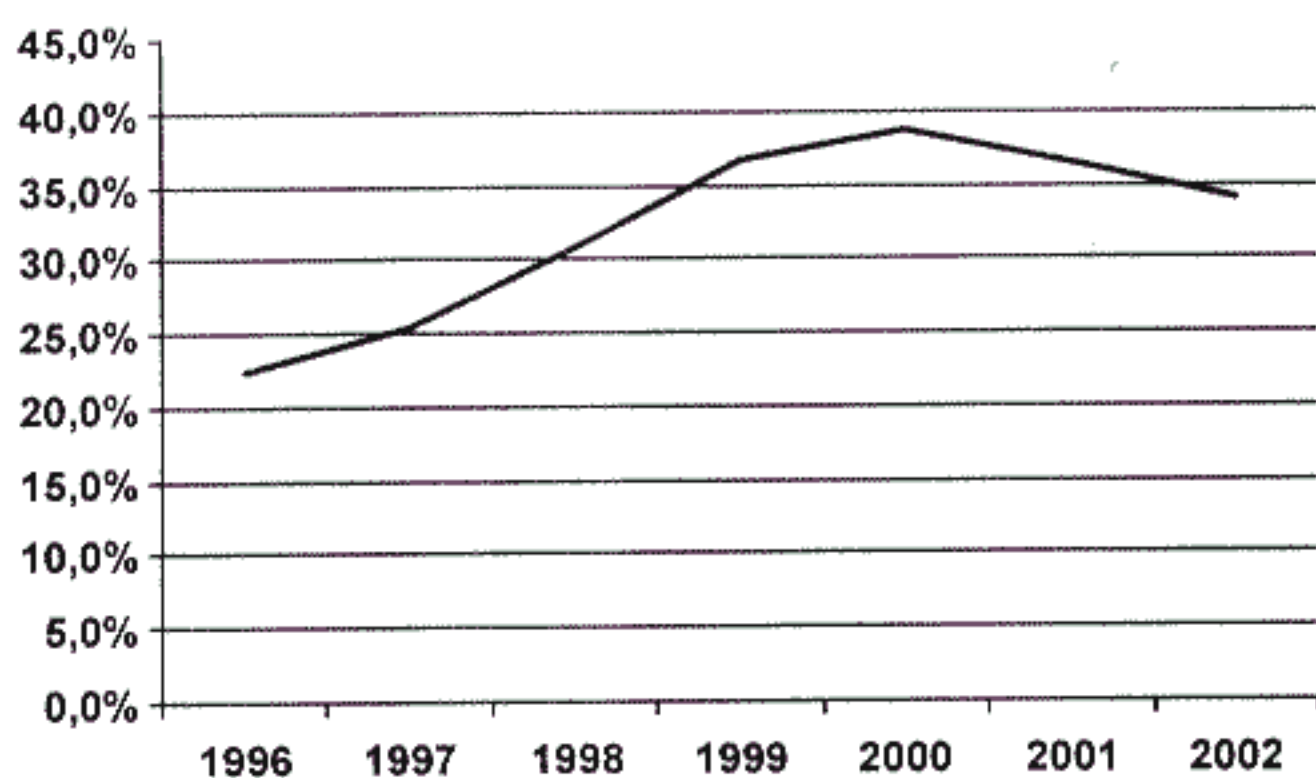


Рис. 2. Динаміка частки тривалих (понад 2 тижні) обтураційних жовтяниць у Івано-Франківській ОКЛ.

Хірургічна наука стоїть перед необхідністю стандартизації тактичних алгоритмів, створення найбільш ефективних і надійних схем лікування холедохолітазу і його ускладнень.

Мета дослідження: визначити оптимальну хірургічну тактику при холедохолітазі, ускладненому механічною жовтяницею, шляхом оцінки впливу різних варіантів тактики на динаміку функціональної реабілітації стану печінки і жовчних шляхів.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведене ретроспективне дослідження особливостей хірургічної тактики та результатів лікування 235 хворих на холедохолітаз із явищами механічної жовтяниці різної інтенсивності і тривалості. Середній вік хворих обстеженої групи склав $(54,6 \pm 12,3)$ року. Співвідношення чоловіків до жінок склало 1:4. Тривалість жовтяниці коливалася від 5 до 21 дня. У 35 % хворих жовтяниця мала транзиторний характер, у решти – наростаючий. Явища холангіту спостерігали у 23,5 % хворих. У процесі лікування було застосовано 6 варіантів лікувальної тактики (табл. 1).

Таблиця 1. Варіанти хірургічної тактики у хворих з холедохолітазом, ускладненим механічною жовтяницею

№	Тактика	К-сть хворих
1	ЕПСТ + ЛХЕ	139
2	ЛХЕ + ЕПСТ	8
3	ЕПСТ	5
4	Лапароскопічна холедохолітоекстракція	6
5	Медикаментозна санація холедоха + ЛХЕ	12
6	Відкрита холедохолітотомія	62

З метою оцінки впливу різних варіантів тактики на функціональний стан печінки і жовчних шляхів досліджено динаміку нормалізації функціональних показників і клінічного стану хворих. Безпосередні

та віддалені наслідки лікування залежно від варіантів хірургічної тактики вивчали за записами у історії хвороби, амбулаторній картці та за результатами телефонного опитування (табл. 2).

Таблиця 2. Наслідки різних варіантів хірургічної тактики за результатами опитування

Варіант тактики	Летальність	% ускладнень	Термін госпіталізації	% повторних звертань	% відмінних та добрих результатів за SF-36	% суб'єктивних ознак патологічних розладів
1	0	8,6	4,6	34,3	75,4	11,4
2	0	6,9	5,4	28,5	78,1	20*
3	0	5,8	3,1	32,4	77,6	0*
4	0	6,6	6,2	25,4	80,4	16,6
5	0	3,1	6,4	20,7	82,5	8,3
6	0	8,5	9,5	38,6	70,4	11,2

Примітка. * - дані недостовірні через малу кількість респондентів.

Перелік запитань, включених у опитування, крім констатації наслідків лікування даного захворювання, враховував основні критерії якості життя за шкалою SF-36 (www.SF-36.org). По 5-10 хворих

з кожної групи, сформованої за варіантами хірургічної тактики, були викликані у клініку і обстежені у період від 1 до 5 років після операції. Обстеження включало УЗД, ФГДС, загальний аналіз крові, аналіз

крові на білірубін, трансамінази, ГГТ, ЛФ, МД, ДК, МСМ, протромбіновий індекс, креатиніновий кліренс, Іл-1, ТНФ-б.

Відповідно до виявлених відхилень, хворих віднесли до одного з шести клінічних синдромів (табл. 3). Переважна більшість виявлених розладів

Таблиця 3. Віддалені наслідки різних варіантів хірургічної тактики при холедохолітазі, ускладненому печінковою недостатністю

№ досл. групи	Всього обстежених	З них виявлено клінічні синдроми (к-сть хворих)									Всього ускладнень (%)
		гепатопатія	хронічний холангіт	панкреатит	дискінезія сф. Одді	холестаза	мезенхімально-запальний	цитоліз	печінкова дисфункція	диспепсичний	
1	10	1	3	2	2	0	5	0	0	3	50
2	5	0	1	1	2	0	2	0	0	2	60
3	5	0	1	1	1	0	2	0	0	1	40
4	5	0	0	0	0	0	1	0	0	1	20
5	10	0	0	2	0	1	0	0	0	1	20
6	10	2	1	1	0	0	2	1	1	1	30

не мали маніфестуючого характеру і перебігали субклінічно. Однак поглиблене лабораторне та інструментальне обстеження дозволило виявити у частини пацієнтів розлади, переважно функціонального характеру.

Мала кількість обстежених в окремих групах не дозволяє обґрунтовано стверджувати про суттєву перевагу однієї з тактичних схем, однак помітно, що найкращі функціональні результати спостерігаються при застосуванні обмеженої хірургічної інтервенції як щодо операційного доступу, так і щодо ушкодження сфінктера Одді.

Методом вибору у останні роки стало послідовне виконання ЕПСТ з наступною ЛХЕ. Зворотна послідовність втручань – ЛХЕ з наступною ЕПСТ, застосовувалася у тих випадках, коли холедохолітаз був діагностований після проведення ЛХЕ. Одночасного проведення обох етапів операції ми не застосовували. Літературні джерела не дають однозначних рекомендацій про

доцільність вичікувального періоду між проведенням ЕПСТ та ЛХЕ. Основною мотивацією, яку приводять для обґрунтування необхідності вичікувального періоду перед ЛХЕ, є небезпека гострого панкреатиту після одночасного виконання двох травмуючих втручань на біліарній системі [3]. Однак при вичікуванні зростає небезпека повторної міграції конкрементів у холедох. Для визначення оптимального варіанту тактики ми порівняли ефективність проведення обох втручань в один день (23 випадки) і послідовних втручань з перервою, тривалістю 2-3 дні (16 випадків). Оцінювали частоту виникнення клінічно маніфестуючого гострого панкреатиту, частоту післяопераційної гіперамілазурії, кількість конверсій, частоту післяопераційної холереї, кількість хворих, у яких виник рецидив холедохолітазу, тривалість стаціонарного лікування (табл. 4).

Порівняльний аналіз свідчить про відсутність суттєвої переваги у жодній з альтернативних так-

Таблиця 4. Порівняльний аналіз деяких результатів застосування "тактики одного дня" і "тактики перерви між етапами" (кількість хворих)

Варіанти тактики	Гострий панкреатит	Гіперамілазурія без проявів ГП	Конверсії	Холерея	Рецидив холедохолітазу	Тривалість стац. Лікування, дні
"Тактика одного дня"	2	3	1	4	0	4,2
"Тактика перерви між етапами"	1	2	1	3	1	7,5

тичних схем з точки зору частоти виникнення гострого панкреатиту чи повторної міграції конкрементів. Однак "тактика одного дня" скорочує тривалість госпіталізації хворого і є більш комфортною для пацієнта, оскільки зменшує час очікування операції.

Серед обстежених 39 хворих лише у 8 (20,5 %) санація холедоха проведена одномоментно. У 22 (56,4 %) конкременти відійшли самостійно протягом 1-2 діб після папілотомії. У 9 хворих (23,1 %) виникла необхідність у репапілотомії. У ряді випадків ЕПСТ проведена як ізольоване втручання. Ускладнень після ЕПСТ "без холецистектомії" не спостерігали. У 6 хворих застосували лапароскопічну санацію холедоха. У 5 випадках спроба лапароскопічної холедохолітоекстракції не вдалася, що викликало необхідність конверсії. У 12 хворих з необструктивним холедохолітіазом, викликаним дрібними одиничними конкрементами, застосовували медикаментозну санацію холедоха. При отриманні УЗ-підтвердження про відсутність ознак холедохолітіазу хворим проводили ЛХЕ.

Висновки. 1. Пріоритетним напрямком удосконалення хірургічної тактики є обмеження інтенсивності втручання мінімально необхідним і достатнім для досягнення мети способом.

2. У тих випадках, коли холедохолітіаз викликаний дрібними – до 3 мм, і нечисленними конкрементами, можлива медикаментозна санація холедоха з наступною ЛХЕ.

3. При неефективності даного методу протягом 2-3 днів показана лапароскопічна санація холедоха.

4. При наявності холедохолітів діаметром від 3 до 15 мм пріоритетним методом лікування є ЕПСТ з холедохолітоекстракцією. Після рентгенологічного підтвердження успішності процедури проводиться ЛХЕ. Остання може бути проведена у той же день.

5. У разі невдалої спроби екстракції конкрементів при ЕПСТ показане повторне проведення втручання наступного дня чи через день.

6. У випадку неефективності повторних ендоскопічних втручань необхідне проведення лапаротомії з холедохолітоекстракцією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолітіаз. – С.Пб.: ЕЛБІ-СПб, 2000. – 288 с.
2. Гепатобиліарная хірургія: Руководство для врачей / под ред. Н.А. Майстренко. – С.Пб.: Спеціальна література, 1999. – 268 с.

3. Alponat A, Kum CK, Rajnakova A, Koh BC, Goh PM. Predictive factors for synchronous common bile duct stones in patients with cholelithiasis // Hepatology. - 1997. - № 5. - P. 53.

УДК 616.147.22-007.64-55.2-89-072.1-073.759

Досвід застосування малоінвазивних рентгенохірургічних втручань в урології і гінекології

Л.Ф. НІКІШИН, С.М. ФУРКАЛО, І.В. АЛЬТМАН, В.А. КОНДРАТЮК, О.Л. НІКІШИН

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

THE EXPERIENCE OF USE OF THE MINIINVASIVE X-RAY ENDOVASCULAR INTERVENTIONS IN UROLOGY AND GYNECOLOGY

L.F. NIKISHYN, S.M. FURKALO, I.V. ALTMAN, V.A. KONDRATIUK, O.L. NIKISHYN

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

В роботі на підставі аналізу результатів рентгенохірургічного втручання у 285 хворих доведені можливості сучасних малоінвазивних технологій, таких як рентгеноендоваскулярна оклюзія та емболізація в лікуванні фіброміоми матки, чоловічого та жіночого варикоцеле.

The basis of the present work are the results of roentgenoendovascular treatment of 285 patients with uterine fibroid, male and female varicocele. The modern miniinvasive endovascular technology, such as embolization was used.

Вступ. Поява ангіографічних методів досліджень на базі високоякісної ангіографічної апаратури, розробка провідникових катетерних систем, балон-катетерів та впровадження в клінічну практику емболізуючих матеріалів призвело до появи принципово нових малоінвазивних рентгенохірургічних методів лікування, які з часом вийшли за межі судинної хірургії і поширюють свій вплив на інші галузі медицини, в тому числі гінекологію та урологію. Так, за останні 10 років були розроблені та впроваджені в клінічну практику операції емболізації маткових артерій при фіброміомі, рентгеноендоваскулярної оклюзії (РЕО) тестикулярної та яєчничкової вен при варикоцеле. На превеликий жаль, в Україні ці операції залишаються прерогативою крупних судинних центрів столиці, при існуючій можливості виконувати їх на базі обласних медичних закладів, обладнаних ангіографічною апаратурою. Мета цієї статті ознайомити широке коло гінекологів, урологів та рентгенхірургів з досвідом застосування цих методів в Інституті хірургії та трансплантології АМН України на базі відділу рентгеноендоваскулярної хірургії та ангіографії.

Матеріали і методи: Варикоцеле у чоловіків зустрічається з частотою 10-19,3% серед дітей підліткового віку. Овариковарикоцеле діагностується у 38-69,6% жінок з безпліддям та порушенням менструальної функції. Метод рентгеноендоваскулярної оклюзії гонадних вен застосовується як альтернатива класичним операціям Іванісевича та Паломо. В термін 1990 – 2002 рр. прооперовано 212 чоловіків і 5 жінок з діагнозом варикозного розширення гонадних вен. Вік хворих від 8 до 32 років (середній вік 16,8 року). Операцію виконували шляхом трансфеморальної пункції загальної стегнової вени та послідовної катетеризації нижньої порожнистої, лівої ниркової та гонадної вен. Катетер вводили в яєчникову або яєчкову вену і виконували її флебографію. Як склерозант використовували суміш 5% глюкози, 76% контрастної речовини та 96% етанолу в співвідношенні 1:1:2. Клінічне поліпшення (зникнення симптомів варикоцеле) відзначено в 93,2 % прооперованих хворих. У 4 жінок з овариковарикоцеле відзначені зникнення больового синдрому, нормалізація менструального періоду. Рецидив варикоцеле у віддалений післяопераційний період розвинувся в 14 (6,7%) хворих.

З вересня 1997 р. в інституті використовують метод РЕО маткових артерій у лікуванні фіброміоми матки у хворих з високим ризиком оперативного лікування, а також у пацієток, що віддали перевагу цьому способу лікування перед традиційним. Оперовано 68 пацієток віком від 27 до 56 років. Розміри матки з вузлами, за даними УЗД, відповідали 9-20 тижням вагітності. РЕО маткових артерій проводили під місцевою анестезією у поєднанні з нейролептаналгезією шляхом селективної катетеризації обох маткових артерій. У 15 (23%) випадках пунктувались обидві загальні стегнові артерії, у 49 (75,4%) випадках емболізацію маткових артерій виконано через один пункційний доступ. В одному випадку був застосований трансаксиллярний доступ. У 55 хворих емболізовано обидві маткові артерії, у 10 виконано РЕО тільки однієї маткової артерії. Емболізацію здійснювали мікроемболами з пінополіуретану

діаметром 1-2 мм у кількості 200-700 шт. У 65 (95,6%) хворих проведено технічно вдалу емболізацію, у 2 пацієток з розмірами фіброміоми 8-9 тижнів і у 1 хворої з патологічно звитими клубовими артеріями РЕО виконати не вдалося через технічну неможливість катетеризувати маткові артерії. Через 6 місяців, за даними УЗД, відзначено зменшення розмірів матки у всіх 65 пацієток від 40 до 65%.

Висновок. За механізмом дії і досягненням лікувального ефекту РЕО гонадних вен адекватна за клінічним ефектом операціям Іванісеви́ча та Паломо і, разом з цим, простіша у виконанні, менш травматична, дає менший відсоток рецидивів.

Емболізація маткових артерій є новим ефективним методом лікування фіброміоми матки з практично нульовою летальністю і мінімальною кількістю ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галкин Е.В., Гракова Л.С., Наумова Е.Б. Рентгеноэндоваскулярная хирургия гиподисфункции яичников при варикозном расширении овариальных вен // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1991. – №1. – С. 51-59.
2. Кондаков В.Т., Пыков М.И. Варикоцеле. – М.: Издательский дом ВИДАР-М, 2000. – 104 с.
3. Рыжков В.К., Карев А.В., Тарасов П.Г. Комбинированный метод внутрисосудистых вмешательств при варикоцеле // Урология и нефрология. – 1999. – №3. – С. 18-22.
4. Hutchins F.L., Worthington-Kirsch R.L., Berkowitz R.P. Selective uterine artery embolization as primary treatment for symptomatic

- leiomyomata uteri. // J. Am. Assoc. Gynecol. Laparoscop. – 1999. – №6 – P.279-284.
5. Spies J.B., Scialli A.R., Jha R.C. et al. Initial results from uterine fibroid embolization for symptomatic leiomyomata // J. Vasc. Interv. Radiol. – 1999. – №10 – P.1149-1157.
6. Worthington-Kirsch R.L., Delaney M.L., Hutchins F.L. Uterine artery embolization for the management of myomata in patients without complaints of menorrhagia. // Presented at the Tenth Annual International Conference of the Society of Minimally Invasive Therapy. – September 1998. – London – England – Abstract.

УДК 617.42-616.24

Перший досвід відеоторакоскопічних операцій

О.Д. СТАШЕНКО, Ю.І. ІВОН, М.І. БАБИЧ, Д.Д. СТАШЕНКО, Ю.І. ОНІПКО, Р.О. МОСКАЛЕНКО

Херсонський обласний протитуберкульозний диспансер

THE FIRST EXPERIENCE OF VIDEOTHORACOSCOPIC OPERATIONS

O.D. STASHENKO, Y. IVON, M.I. BABICH, D.D. STASHENKO, Y.I. ONIPKO, P.O. MOSKALENKO

Kherson Regional Antituberculosis Dispensary

Викладено перший досвід відеоторакоскопічних операцій. Протягом 9 міс. прооперовано з використанням відеоторакоскопії (ВТС) 47 хворих. Ускладнень не було. Приведено методи операцій та знеболювання. Використання ВТС дозволило в 2-3 рази скоротити строк лікування хворих в стаціонарі з мінімальними економічними витратами.

The first experience of videothoracoscopic operations is presented. During 9 months 47 patients have been operated by of videothoracoscopy. There were no complications. The methods of operations and anesthesia are given. The application of videothoracoscopy allowed to reduce 2-3 times the patients' treatment at the hospital with minimum financial expenditures.

Уперше торакаскопія з'явилася в 1910 році, коли шведський фтизіатр Г.Х. Якобеус (Jacobaеus) повідомив про 40 торакаскопій [1]. Він за допомогою цистоскопа оцінював причини неефективності лікувального пневмотораксу й успішно перепалював внутрішньоплевральні спайки при туберкульозі легень. До кінця 50-х років торакаскопія застосовувалася з метою створення і підтримування пневмотораксу при туберкульозі легень. З розвитком хіміотерапії туберкульозу й удосконаленням хірургії легень колапсотерапію довго вважали неактуальною, а торакаскопія рідко зустрічалась в клінічній практиці.

Поновлення інтересу до торакаскопії в Україні відбулося в 70-80 роках минулого сторіччя [2, 3]. Зусиллями О.М. Авілової і її учнів – А.В. Макарова, В.Г. Гетьмана – метод торакаскопії став широко застосовуватися в діагностиці травматичних ушкоджень органів грудної порожнини, при спонтанному пневмотораксі, плевритах, пухлинах межистіння. З'явилися досить досконалі оптичні системи, інструментарій, що дозволяли проводити діагностику і ряд оперативних втручань – видалення пухлин і кіст межистіння, декортикацію легені.

Але дійсна революція в торакаскопії стала можливою з 1986 року в результаті появи волоконних систем, кольорових відеокамер з передачею зоб-

раження на телемонітор, винаходом спеціальних ендоскопічних інструментів. Стало можливим виконувати операції з активною участю асистентів. Збільшення зображення зі збереженням чіткості і кольору підвищило прецизійність втручання, стало можливим документувати хід операції для подальшого удосконалювання методу [4, 5, 6]. З початку 90-х років минулого сторіччя метод відеоторакоскопії став широко впроваджуватися в повсякденну практику хірургії, дозволяючи виконувати практично такий же обсяг втручань, як і при відкритих операціях [7, 8].

За даними багатьох авторів, що володіють як традиційними, так і відеоторакоскопічними технологіями [9, 10], очевидні мала травматичність втручання, можливість максимально прецизійної техніки оперування за рахунок високого ступеня візуалізації маніпуляцій, що дає, крім інших переваг, і великий економічний ефект – насамперед, за рахунок зниження тривалості стаціонарного лікування і більш ранньої медичної та трудової реабілітації хворих. Значно менше потрібно матеріалів і медикаментів як під час операції, так і у післяопераційний період.

Після проходження курсу навчання у професора Є.Й. Сігала в Республіканському онкологічному науковому центрі Татарстану з липня 2002 року

розпочато виконання відеоторакоскопічних операцій у торакальному відділенні Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру при різній патології легень, плеври і межистіння.

Торакальне відділення на 80 ліжок здійснює спеціалізовану допомогу хворим на туберкульоз легень, гострі і хронічні гнійні захворювання легень і плеври, з пороками розвитку легень, злоякісними і доброякісними пухлинами легень, плеври, межистіння, патологією стравоходу, діафрагми, ускладненою травмою органів грудної порожнини.

Відеоторакоскопічні операції виконуються за допомогою устаткування фірми "Ендомедіум" (Казань, Росія), відеокамери фірми "Sholz", зображення передається на монітор фірми "Samsung". Для внутрішньоторакальних маніпуляцій використовуємо ендоскопічні інструменти фірм "Autosuture surgical instruments" (США) і "ГПП" (Казань, Росія).

За 9 місяців виконано 47 відеоторакоскопічних операцій:

21 операція – при туберкуломах, притому в 16 випадках це були туберкуломи з розпадом;

6 операцій – при спонтанному пневмотораксі, 5 із них – при рецидивуючому;

5 операцій – при згорнутому гемотораксі, 3 – післятравматичному і 2 – післяопераційному (після розширених пневмонектомій із приводу раку легені T2N2M0 і T3N2M0);

4 операцій – при доброякісних пухлинах легені і плеври;

1 операція – при внутрішньогрудній лімфаденопатії (саркоїдоз);

4 операції – при плевритах неясної етіології (1 – кардіального генезу, 1 – дрібноклітинний рак легені, 2 – туберкульоз); в усіх випадках проводився плевродез шляхом діатермокоагуляції парієтальної плеври на протязі 6-8 ребер;

3 операції – при кістах легень і межистіння;

4 операції – діагностичних при патології межистіння;

3 операції – при дисемінованому процесі в легенях, включно з випадками супутнього ексудативного плевриту) (1 – дрібноклітинний рак легені, 2 – множинні mts раку щитовидної залози);

1 операція – видалення парастернальних л/вузлів одночасно з мастектомією за Пейті при центральному раку молочної залози (гістологічно в одному з внутрішньогрудних л/вузлів було виявлено mts солідного раку). За даними Є.Й. Сігала [11], метастази у внутрішньогрудних л/вузлах зустрічаються в 30-70 % раку молочної залози при центральній і медіальній локалізації.

Діагностичні відеоторакоскопії можуть бути виконані під місцевою анестезією з попередньою премедикацією – промедол 2% 1,0, атропін 0,1% 1,0, сибазон 0,5% 2,0. У разі необхідності проведення біопсії плеври додатково виконувалась внутрішньовенна анестезія.

В інших випадках відеоторакоскопічні операції виконувались під загальним знеболюванням, при обов'язковій однолегеневій вентиляції з внутрішньовенним введенням анестетиків, так як при ендоскопічних маніпуляціях необхідна колабована нерухома легень. ШВЛ проводилась об'ємним респіратором, а при необхідності – ручним методом (при наявності обструктивного компонента застосування цього способу більш ефективно). Під час операції виконувалась своєчасна аспірація мокротиння, при необхідності – із попереднім бронхіальним лаважем.

Для технічного виконання цих вимог використовуються двоканальні або одноканальні інтубаційні трубки, для чого необхідні певні навички і досить часто – застосування оптичних телескопів (180°-115°) бронхоскопа Фріделя чи фібробронхоскопа. У своїй практиці ми частіше застосовуємо одноканальну трубку №7,5–8, тому що звичайна одноканальна трубка більш керована, менш об'ємна і створює кращі умови для вентиляції і санації бронхіального дерева вентиляційної легені.

При виборі анестетиків перевага надається препаратам, які швидко виводяться з організму, що забезпечує раннє пробудження хворого, поліпшує дренажну функцію бронхів і тим самим запобігає розвитку легневих ускладнень. Ми використовуємо методику внутрішньовенного програмованого наркозу [12]:

1) премедикація – промедол 2% - 1,0 + клофелін 0,075 сублінгвально за 30-40 хв до операції;

2) на столі – атропін 0,02 мг/кг, димедрол 0,3 мг/кг;

3) індукція – ГОМК 50-60 мг/кг, тіопентал натрію 5 мг/кг;

4) міоплегія – дитилін (тест-доза 10 мг чи ардуан 1 мг), дитилін 1,5-2 мг/кг, інтубація;

5) підтримка анестезії – натрію оксибутират 0,5 мг/кг/хв + тіопентал натрію 5 мг/кг/год + фентаніл 10 мкг/кг – перша година, 5 мкг/кг – друга година, 3 мкг/кг – третя година + дроперидол 5 мг/год;

6) міорелаксація – ардуан 0,05 мг/кг – перша година, 0,03 мг/кг – друга година, 0,02 мг/кг – із третьої години

Після завершення операції і дренивання плевральної порожнини інтубаційна трубка виводиться в трахею. Обов'язковим є лаваж бронхіального дерева. Перехід на ручну ШВЛ, примусове розправлення легені.

У закордонних клініках для прошивання легеневої тканини використовуються дорогі зшиваючі апарати з одноразовими змінними касетами. Апарати вводяться через 12,5 мм торакопорт. Вартість кожної касети, а значить і одного прошивання 120-130 у.о. Після резекції легені виконується мініторакотомія для видалення резектованого препарату. При резекціях легені з приводу туберкульозу в нашому відділенні для проведення операції встановлюємо від 2 до 4 торакопортів: 10 мм – для торакоскопа і 5 мм – для маніпуляторів. Після виділення легені зі зрощень, візуальної ревізії виконувалась мініторакотомія довжиною 5-6 см для пальпаторної оцінки стану тканин легені на наявність вогнищевих змін. Резекцію легені робимо за допомогою звичайних зшиваючих апаратів УО-40 чи УО-60 із прошиванням П-подібними швами по лінії механічного шва в місцях, що кровоточать або негерметичні, ендохірургічними інструментами з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів.

Таким чином, не збільшуючи операційну травму, ми домоглися значного здешевлення проведення цієї технології при операціях із приводу туберкульозу: одне прошивання легеневої тканини апаратом УО-60 коштує 12,6 гривні, УО-40 – 8,4 гривні.

При іншій патології операції виконуються за загальноприйнятою методикою.

Наш невеликий досвід дозволив зробити наступні висновки: особливістю відеоторакокопічних операцій є мала травматичність і незначна крововтрата, менш виражений больовий синдром, рання активізація хворих, реальний косметичний ефект. Після операції у більшості випадків хворі переводилися з реанімації у загальну палату протягом першої доби. Дренажі з плевральної порожнини теж у більшості випадків видалялися в першу добу. Тільки одному хворому після відеоторакокопії з приводу рецидивуючого спонтанного пневмотораксу дренаж видалено на 7-му добу в зв'язку з уповільненим аеростазом. Інших післяопераційних ускладнень ми не спостерігали. Таким чином, після операційне перебування в стаціонарі скоротилося в 2-3 рази, зменшилась потреба в медикаментах і видаткових матеріалах як під час операції, так і в післяопераційний період.

Незважаючи на відчутні одноразові витрати на придбання відеоторакокопічного устаткування, при подальшому його використанні очевидний значний економічний ефект.

ЛІТЕРАТУРА

1. Jacobeus H.C. Kurze Übersicht über meine Erfahrungen mit der Laparothorakoskopie // Munch. Med. Wochenschr., 58: 2017, 1911.
2. Авилова О.М., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торакокопія грудної хірургії. К. Здоров'я, 1986. - 128 с.
3. Гетьман В.Г. Клиническая торакокопія. - К.: Здоровье, 1995. - 206 с.
4. Порханов В.А. Видеоторакокопіческие операции в диагностике и лечении заболеваний органов дыхания // Проблемы туберкулеза. - 1997. - № 6. - С. 27-32.
5. Грубник В.В. Малоинвазивные эндоскопические вмешательства: иллюзия или реальность // Достижения биологии та медицини. - 2003. - № 1. - С. 28-33.
6. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Эндоскопическая хирургия – ее настоящее и перспективы развития // Укр. журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. - 1997. - Т.1, № 2. - С. 5-9.
7. Яблонский П.К., Пишик В.Г. Видеоторакокопія в современной торакальной клинике // Вестник хирургии. - 2003. - № 2. - С. 110-114.
8. Порханов В.А., Поляков И.С., Кононенко В.Б., Бойня В.Н., Мезеря А.Л., Коваленко А.Л., Мамедов М.Ю. Видеоторакокопія в диагностике и хирургическом лечении туберкулеза // Хирургия. - 2002. - № 8. С. 14-16.
9. Сигал Е.И., Хамидуллин Р.Г., Чернышев В.А., Шаймуратов И.М. Возможности видеоторакокопіческой хирургии // Эндоскопическая хирургия. - 1995, № 2. - С. 63-65.
10. Клименко В.Н., Барчук А.С., Лемехов В.Г., Щербаков А.М. Видеоторакокопія в диагностике и лечении новообразований легкого, средостения и плевры // Вопросы онкологии. - 2002. - Т. 48, №3. - С. 371-375.
11. Сигал Е.И. и др. Видеоторакокопіческая парастернальная лимфаденэктомия при раке молочной железы // Материалы I съезда онкологов стран СНГ. - М., 1996. - С. 515-516.
12. Фармакообеспечение анестезиологических технологий. Методическое пособие / Г.А. Шифрин. - Запорожье, 1993. - 36 с.

Досвід малоінвазивних оперативних втручань в абдомінальній і торакальній хірургії

І.Ю. ПОЛЯНСЬКИЙ, Ф.В. ГРИНЧУК, В.В. АНДРІЄЦЬ, М.М. ГРЕСЬКО, В.С. ПОГІРЛЯК, В.П. КОЗАК, Ф.І. БАРАНЕЦЬКИЙ, В.П. ДОРОШ, В.П. СЛИВКА, А.В. УШАКОВ

Буковинська державна медична академія, Чернівецька обласна клінічна лікарня

EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC SURGICAL INTERVENTIONS IN ABDOMINAL AND THORACIC SURGERY

I.YU. POLIANSKYI, F.V. GRYNCHUK, V.V. ANDRIETS, M.M. GRESKO, V.S. POGIRLIAK, V.P. KOZAK, F.I. BARANETSKYI, V.P. DOROSH, V.P. SLYVKA, A.V. USHAKOV

Bukovynian State Medical Academy, Chernivtsi Regional Clinical hospital

Узагальнено досвід використання стандартного лапароскопічного оснащення для виконання холецистектомії, оперативних втручань на придатках матки, при торакальній патології у 1462 хворих. Доведена висока ефективність малоінвазивних оперативних втручань, їх економічність.

The experience of using standard laparoscopic facilities for the purpose of performing cholecystectomies, surgical interventions on the uterine appendages, in case of thoracic pathology in 1462 patients has been summarized. The high efficacy of endoscopic surgical interventions, their economical efficiency has been proved.

Вступ. Історія медицини знає не так багато випадків, коли технічно нова лікувальна методика так принципово змінювала б підходи до лікування хворих, змушувала б переглядати сторічні традиції хірургічної техніки. Поєднання лапароскопа з відеосистемою, яка передає зображення на телемонітор, дозволило не тільки значно покращити можливості візуальної діагностики різних захворювань органів черевної і грудної порожнин, а й виконувати стандартні обсяги оперативних втручань через невеликі розрізи-проколи, уникаючи небезпеки виникнення цілого ряду післяопераційних ускладнень [1]. Широке впровадження лапароскопічного відеооснащення у практику сприяло становленню нового напрямку сучасної медицини – малоінвазивної хірургії [3], яка за розповсюдженістю, активністю, результатами значно потіснила класичні методи оперативних втручань [2].

Матеріали і методи За період з 1996 року у клініці виконано 1436 лапароскопічних і 26 торакокопічних оперативних втручань. Жінок було 1414, чоловіків – 48. Вік хворих коливався від 15 до 74 років.

Результати досліджень та їх обговорення. У 1176 хворих показанням до оперативного втру-

чання був хронічний калькульозний холецистит, у 168 – гострий, 1 хвора оперована з приводу гострого апендициту. 36 хворих оперовані з приводу гінекологічної патології: в 17 з них видалено кісти яєчника, 4 проведено видалення яєчника, у 15 хворих з неплідністю відновлено прохідність маткових труб.

26 хворих оперовані з приводу торакальної патології: в 13 з них проведена коагуляція бул, у 2 – атипова крайова резекція легені, у 5 – коагуляція кровоточивої судини грудної стінки та ліквідація гемотораксу. У 5 хворих цієї групи здійснена прицільна біопсія та санація плевральної порожнини. Одному хворому із нестримною гикавкою виконане торакокопічне пересічення лівого діафрагмального нерва з позитивним результатом.

Оперативні втручання проводили здебільшого під загальним знеболенням, застосовуючи стандартні набори для лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) фірми "Olimpus". Раніше перенесені оперативні втручання на органах черевної порожнини не були абсолютними протипоказаннями для виконання лапароскопії – при неможливості інсуфляції вуглекислого газу через голку Вереща троакар вводили напіввідкритим методом з наступним роз'єднанням спайок під контролем відеооснащення.

Аналіз результатів виконання ЛХЕ свідчить, що дотримання техніки оперативного втручання, чітка ідентифікація анатомічних структур у більшості випадків дозволяє видалити жовчний міхур без ускладнень. Разом з тим, слід зважати на індивідуальну мінливість топографії жовчного міхура та прилеглих структур, варіанти відходження міхурової артерії, типи злиття міхурової протоки із загальною печінковою, наявність отворів Люшка та додаткових артерій жовчного міхура. Неможливість чіткої ідентифікації анатомічних структур частіше зустрічається при гострому холециститі – у 26 випадках це змусило виконати конверсію. Причиною останньої у 12 випадках була кровотеча, яку не вдавалось надійно зупинити лапароскопічними методами, у 9 – пошкодження міхурової протоки, яке супроводжувалось витіканням жовчі, у 1 – пошкодження загальної печінкової протоки, 1 – загальної жовчної протоки, у 2 – пенетрація виразки дванадцятипалої кишки у гепатодуоденальну зв'язку. У 4 випадках запідозрено наявність конкрементів у просвіті холедоха, що потребувало виконання ревізії позапечінкових жовчних шляхів.

У 3 випадках після виконання холецистектомії виявлено дифузну кровоточивість ложа міхура, яку не вдавалось зупинити коагуляцією. Цим хворим через розширений розріз місця введення троакара до ложа міхура підведений марлевий тампон.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Левин Л.А., Земляной В.П. Лапароскопическая холецистэктомия. – С.Пб., 1998. – 87с.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. и др. Лапа-

У 24 хворих лапароскопія використовувалась як метод діагностики, при цьому 4 хворим з декомпенованим цирозом печінки виконана оментогепатопексія, у одного з них у подальшому спостерігали виражений клінічний ефект.

Післяопераційні ускладнення спостерігались у 28 хворих – витікання жовчі через дренаж (6 хворих, у 4 з них ускладнення ліквідовано з допомогою консервативної терапії); піддіафрагмальний абсцес (2), який розкрито через контрапертуру; внутрішні кровотечі (2); інфільтрат та нагноєння параумбілікальної рани (16). У 3 хворих виникла післяопераційна вентральна грижа.

Середній ліжко-день склав ($5,2 \pm 1,3$) дня. Летальних наслідків не спостерігали.

Висновки. 1. Стандартне оснащення для лапароскопічної холецистектомії при раціональному використанні інструментів дає змогу виконувати оперативні втручання не тільки на жовчному міхурі, а й на інших органах черевної порожнини та грудної клітки.

2. Застосування малоінвазивних оперативних втручань у абдомінальній, торакальній хірургії та гінекології дозволяє з успіхом виконувати широкий обсяг оперативних втручань, значно скоротивши при цьому строки лікування хворих.

- роскопическая холецистэктомия при остром холецистите // Хирургия. – 1998. – №3. – С.7-9.
3. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / под ред. А.С. Балалыкина. – М.:ИМА-пресс,1996. – 151 с.

УДК 616.366-089

Вибір технології холецистектомії залежно від клініко-морфологічної форми гострого холецистити

Ю.С. СЕМЕНЮК, М.А. МЕНДЕЛЬ, В.І. БУЧНЄВ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київська міська клінічна лікарня № 8

THE CHOICE OF CHOLECYSTECTOMY TECHNOLOGY DEPENDING ON CLINICAL-MORPHOLOGICAL FORM OF ACUTE CHOLECYSTITIS

YU.S. SEMENIUK, M.A. MENDEL, V.I. BUCHNIEV

Kyiv Medical Academy of Post-Graduate Education by P.L. Shupyk, Kyiv City Clinical Hospital № 8

Авторами обґрунтований диференційований вибір хірургічної тактики залежно від клініко-морфологічної форми захворювання. Проведена порівняльна характеристика застосування трьох технологій холецистектомії: традиційної відкритої, малоінвазивної відкритої, лапароскопічної. На основі аналізу результатів лікування 846 хворих на гострий холецистит при застосуванні запропонованої тактики встановлено зменшення частоти післяопераційних ускладнень до 6,0 % і зниження післяопераційної летальності до 0,3 %.

The differential choice of surgical tactic based on clinical-morphological form of acute cholecystitis was proved. The comparative characteristic of three cholecystectomy technologies was done: traditional open, smallinvasive open and laparoscopic. On the basis of the analysis of results of treatment 846 patients with acute cholecystitis with use of offered tactics there were established reduction of postoperative complications up to 6,0% and mortality decrease up to 0,3%.

Вибір оптимальної технології хірургічного втручання при гострому холециститі залишається актуальною проблемою сучасної хірургії. Незважаючи на триумфальну ходу лапароскопічної технології, невирішеними лишаються питання доцільності застосування її при деструктивних формах ГХ, конверсії, економічності доцільності, профілактики та лікування ускладнень (Дадвани С.А. и соавт., 2000; Stevens H.P. et al, 1997).

В нинішній час при виконанні холецистектомії (ХЕ) використовуються три основних технології хірургічних втручань:

1. Традиційна відкрита ХЕ.
2. Малоінвазивна відкрита ХЕ.
3. Лапароскопічна технологія (ЛХЕ).

Проте питання диференційованого вибору виду хірургічного втручання в кожного конкретного хворого залишається невирішеним.

Метою нашого дослідження була оптимізація хірургічного лікування хворих на гострий холецистит на основі диференційованого вибору технології хірургічного втручання залежно від клініко-морфологічної форми захворювання.

З метою стандартизації діагностичної і ліку-

вальної тактики у хворих з гострим холециститом (ГХ) нами було введено поняття "клініко-морфологічна форма" (КМФ) захворювання (В.І. Бучнєв, 2003).

Для виділення КМФ ГХ використовували наступні критерії, що визначають вибір лікувальної програми та обсяг операції:

1. Наявність деструктивних змін у стінці жовчного міхура.
2. Поширення запального процесу за межі жовчного міхура (наявність паравезикального інфільтрату, абсцесу і т.п.).
3. Наявність або відсутність перитоніту і визначення його поширеності.
4. Наявність патології позапечінкових жовчних проток (холедохолітиаз, холангіт, механічна жовтяниця і т.п.).

Використання в практичній роботі з 2000 року поняття КМФ вимагало перегляду класифікації операцій за термінами їхнього виконання, уточнення термінології при позначенні технології хірургічних втручань і дозволило розробити та впровадити 5 стандартних програм лікування хворих з ГХ і його ускладненнями (табл. 1).

Таблиця 1. Стандартні програми лікування хворих з ГХ з урахуванням КМФ

Клініко-морфологічна форма ГХ	Вид операції за терміном її виконання	Технологія операції
1. ГХ без деструкції стінки	Рання планова Пізня планова	Лапароскопічна Малоінвазивна відкрита
2. ГХ з деструкцією стінки	Екстрена	Лапароскопічна Малоінвазивна відкрита
3. ГХ з місцевими екстраміхуровими ускладненнями	Екстрена	Малоінвазивна відкрита Традиційна відкрита
4. ГХ з розповсюдженими екстраміхуровими ускладненнями	Екстрена	Традиційна відкрита
5. ГХ з патологією позапечінкових жовчних проток	Рання планова	Малоінвазивна відкрита Традиційна відкрита

Екстрені операції виконували в терміни до 3-6 годин після прийняття хворого. Показаннями до екстрених втручань вважали: усі деструктивні форми ГХ з обмеженим чи розповсюдженим перитонітом або без нього.

В інших хворих, у яких втручання можна було перенести на певний термін, без загрози для їхнього стану, виконували операції, що визначали як планові.

Планові операції поділяли на:

1. Ранні планові операції, тобто ті, котрі виконували до виписки хворого з хірургічного стаціонару (як правило, в перші 24-48 годин від моменту надходження).

2. Пізні планові операції робили після повноцінного консервативного лікування і (або) повторної планової госпіталізації в хірургічне відділення.

Вибір технології хірургічного втручання здійснювали залежно від КМФ ГХ у конкретного хворого, при цьому були використані 3 основні технології холецистектомії (ХЕ): 1) традиційна відкрита ХЕ (з верхньосереднього доступу); 2) малоінвазивна відкрита ХЕ (з підреберного доступу довжиною 3-6 см); 3) лапароскопічна технологія.

З огляду на відсутність загальноприйнятої думки про те, який доступ може бути названий малоінвазивним, була розроблена робоча класифікація таких доступів:

1. Мікродоступ – розріз, при якому оперативне втручання (ХЕ) можна виконати тільки аподактильно через невідповідність розмірів розрізу розмірам руки хірурга. Довжина мікродоступу при ХЕ не перевищувала 3-4 см.

2. Мінідоступ – розріз, при якому можливе виконання етапів втручання звичайною мануальною технікою, однак невідповідність розмірів доступу величині руки хірурга вимагає застосування спеціальних прийомів чи технологій для окремих етапів операції. Довжина мінідоступу складає 4-6 см.

3. Щадні варіанти традиційних доступів – розрізи, довжина яких дозволяє маніпулювати в глибині рани руками хірурга, однак довжина цих розрізів менша, ніж при їхньому класичному варіанті. Стосовно підреберного доступу – довжина розрізу при ХЕ не перевищує 8-10 см.

При порівняльному топографо-анатомічному дослідженні параметрів відкритих операційних доступів було встановлено, що при ГХ з обмеженням поширення запального процесу на стінку жовчного міхура методиками вибору можуть бути визнані лапароскопічна технологія чи “відкрите” втручання з МПД довжиною 3-5 см.

При ГХ з обмеженими приміхуровими ускладненнями можливе застосування “відкритої” технології з МПД довжиною 3-5 см. У хворих на ГХ з патологією позапечінкових жовчних проток технологією вибору може бути “відкрите” втручання, яке можна виконати як з розширеного до 7-9 см МПД, так і з традиційного доступу Кохера чи з ВСЛ. У хворих на ГХ, ускладнену перитонітом, безальтернативною залишається “відкрита” технологія з ВСЛ.

Про доцільність використання поняття КМФ свідчать показники порівняльного аналізу результатів лікування 846 хворих на ГХ в періоди 1998 - 1999 рр. (I період) та 2000-2001 рр. (II період), тобто до та після впровадження в практичну роботу поняття КМФ.

Співвідношення між технологіями хірургічних втручань в I та II періоди роботи у хворих з ГХ наведені в таблиці 2.

У I період роботи вимушена зміна первинно обраної технології операції відбулася у 12 (2,8%) хворих. При цьому в 10 хворих спочатку намагалися застосувати малоінвазивну відкриту технологію, а в 2 хворих – лапароскопічну технологію. В II період роботи зміна первинно обраної технології операції була тільки в 1 (0,25%) хворого.

Таблиця 2. Співвідношення між технологіями оперативних втручань у хворих на ГХ в I та II періоди роботи

Технологія операції	I період (рік)		II період (рік)		Разом:
	1998	1999	2000	2001	
1. Традиційна відкрита	16	17	22	17	72
2. Малоінвазивна відкрита	185	191	146	174	696
3. Лапароскопічна	5	16	30	27	78
Разом	430		416		846

Таблиця 3. Вид та частота післяопераційних ускладнень у хворих на ГХ (за P. Clavien et al., 1992)

Вид ускладнення (клас ускладнення)	Період роботи (роки)	
	1998-1999	2000-2001
Холерагія (2)	7	6
Нагноєння післяопераційної рани (2)	6	6
Внутрішньочеревна кровотеча (2)	3	1
Післяопераційна грижа (2)	4	2
Резидуальний холедохолітиаз (2-3)	4	3
Гостра кишкова непрохідність (3)	1	0
Пневмонія (2-4)	5	4
Шлунково-кишкова кровотеча (2-4)	4	2
Пошкодження жовчних проток (3)	1	-
Травма дванадцятипалої кишки (3)	-	1
Прогресуючий холангіт, біліарний сепсис (4)	2	-
Разом (в %)	35 (8,2%)	25 (6,0%)

При порівняльному аналізі частоти та тяжкості післяопераційних ускладнень за класифікацією P. Clavien et al. (1992) було відзначено зменшення частоти ускладнень 2-4 класів 8,2 % в I період до 6,0 % в II період роботи (табл. 3).

Одночасно вдалося досягти і зменшення летальності. В I період роботи померли 4 (0,95 %) хворих, а в II період – летальність була знижена до 0,3 % (помер один хворий).

Висновок. Впровадження в клінічну практику активної тактики при лікуванні хворих з гострим холециститом на основі диференційованого вибору методу втручання залежно від клініко-морфологічної форми захворювання з переважним використанням малоінвазивних технологій дозволило розробити стандартні лікувальні програми, що привело до зменшення частоти післяопераційних ускладнень до 6,0 % і зниження летальності до 0,3 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бучнев В.І. Малоінвазивні технології при лікуванні хворих гострим холециститом: Автореф. дис... канд.мед.наук – Вінниця, 2003. – 18 с.
2. Желчнокаменная болезнь / Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулушко А.М., Прудков М.И. – М.: Видар-М, 2000. – 139 с.
3. Clavien P. A., Sanabria J. R., Mentha G. Recent results of elective

- open cholecystectomy in a North American and a European center: Comparison of complications and risk factors // *Ann.Surg.* – 1992. – Vol.216, №6. – P. 618-623.
4. Clinical and financial aspects of cholecystectomy: laparoscopic versus open technique / Stevens H.P., van de Berg M., Ruseler C.H., Wereldsma J.C. // *World. J. Surg.* – 1997. – Vol.21, №1. – P. 91-96.

УДК 616.37-002.2-07:616.37-008

Малоінвазивні втручання при хронічному панкреатиті

О.Б. ЗУБКОВ, Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, Ю.М. КОШЕЛЬ, А.В. СНІСАРЕНКО, О.В. КОЧКАРЬОВ

Одеський державний медичний університет, Міська клінічна лікарня № 11

MINI-INVASIVE INTERVENTIONS IN TREATMENT OF CHRONIC PANCREATITIS

O.B.ZUBKOV, B.S.ZAPOROZHCHENKO, YU.N.KOSHEL, A.V.SNISARENKO, A.V.KOCHKARYOV

Odesa State Medical University City Clinical Hospital № 11

Сучасною тенденцією в хірургії такого поширеного захворювання, яким є хронічний панкреатит, стали малоінвазивні втручання. Завдяки своїм перевагам перед класичними хірургічними операціями, вони набули досить широкого розповсюдження. Одним з перспективних методів лікування хронічного панкреатиту є пломбування проток підшлункової залози спеціальною композицією, що спіюється. Досвід лікування 8 хворих на хронічний панкреатит за допомогою цієї методики показав, що задовільні результати такого втручання можна очікувати тільки за умов пригнічення зовнішньосекреторної функції залози на тлі відповідних фіброзно-склеротичних змін її паренхіми. Іншою сучасною методикою хірургічного втручання при хронічному панкреатиті, що усуває один з головних патогенетичних механізмів його виникнення, є ендоскопічна вірсунготомія. Володіючи всіма перевагами неопераційного інструментального втручання, ендоскопічна вірсунготомія дозволяє усунути стеноз довжиною до 1 см з мінімальною кількістю ускладнень і відсутністю летальності. Поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили у 85,7 % хворих, що приблизно відповідає віддаленим результатам трансдуоденальних втручань. Таким чином, вважаємо за необхідне рекомендувати застосування ендоскопічної вірсунготомії в клініках, що мають великий досвід ендоскопічних втручань на великому дуоденальному сосочку.

Mini-invasive interventions is a modern tendency in treatment of chronic pancreatitis. These methods have taken a great spreading thanks to their advantage upon classic surgical operations. Plombage of pancreatic ducts with special composite materials is one of the perspective methods of mini-invasive treatment. On the basis of stored experience of such treatment of 8 patients with chronic pancreatitis, the indications for plombage of ducts are discussed. The special attention is given to morphological changes of a pancreas (fibro-sclerotic changes are required), including a structure analysis and also research of the functional condition by the estimation of a pure pancreatic secret. The low value of pancreatic excretory function permits to use this method of intervention on the organ. Another modern method of surgical treatment of chronic pancreatitis is endoscopic virsungotomy which removes one of the main pathogenic mechanisms of disease. With all advantages of non-operative instrumental treatment endoscopic virsungotomy allows to remove stenosis of pancreatic ducts about 1 centimeter long without hard complications and lethal outcomes. The best results of endoscopic treatment of chronic pancreatitis were in 85,7 percent of patients. So, we must recommend to use such endoscopic method of treatment of chronic pancreatitis like a virsungotomy in clinics, where endoscopic interventions are widely used.

Хронічний панкреатит (ХП) – захворювання, поширеність якого останнім часом неухильно підвищується, в тому числі серед людей молодого та зрілого віку, які складають працездатну частину населення. В літературі немає точних статистичних даних щодо частоти захворюваності на ХП. Багато дослідників вважає, що він зустрічається набагато частіше, ніж діагностується.

Проблема ХП стала особливо актуальною в останні роки у зв'язку з удосконаленням методів діагностики та лікування цієї патології. Незважаючи на знач-

ний прогрес у вивченні ХП, багато питань ще залишається нерозв'язаними. Серед цих питань – проблема малоінвазивних хірургічних втручань при ХП.

Мета цієї роботи – удосконалення методів хірургічного лікування ХП, зокрема малоінвазивних втручань, на основі глибокого вивчення морфофункціональних змін підшлунковій залозі (ПЗ) та даних клінічного спостереження хворих на цю патологію. Серед різних варіантів малоінвазивних втручань розглядаються пломбування проток підшлункової залози та ендоскопічна вірсунготомія.

Різноманітні втручання, що базуються на пломбуванні проток підшлункової залози, стали використовуватися впродовж останнього десятиріччя як самостійне втручання і як фрагмент інших операцій.

У нас під спостереженням знаходилося 28 хворих на ХП, у яких було ймовірним виконання пломбування проток підшлункової залози, із них операція була зроблена у 8 хворих. Оклюзія протокової системи здійснювалася композицією, що спінується, розробленою Всесоюзним науково-дослідним інститутом медичної техніки. Пломбувальна композиція вводилася шприцом через катетер, встановлений у головній панкреатичній протоці з боку 12-палої кишки чи через зовнішню панкреатичну норицю – антеградне пломбування (у 5 випадках). У 3 випадках виконувалося ретроградне пломбування панкреатичних проток після дистальної резекції залози. Обов'язковою умовою такого пломбування є роздільне проходження у 12-палу кишку головної панкреатичної й загальної жовчної проток, щоб запобігти заповненню пломбувальною композицією жовчних шляхів.

Перші спроби пломбування без обліку зовнішньосекреторної функції підшлункової залози супроводжувалися важкими післяопераційними ускладненнями і, незважаючи на виконання всіх методичних вказівок пломбування, у 3 хворих у післяопераційний період розвився важкий панкреатит, що вимагав комплексної терапії у реанімаційному відділенні. У 2 із цих спостережень у зв'язку з некрозом і формуванням абсцесу в ділянці запломбованого хвоста залози виникла необхідність у повторних втручаннях для санації. Однак у зв'язку з поширенням гнійно-некротичного процесу по заочеревинній клітковині хворі померли. Імовірно, одним із факторів, що призвів до настільки важкого ускладнення була збережена, а, можливо, навіть підвищена секреція підшлункової залози.

Вважаємо за необхідне підкреслити, що в групі хворих, яким пломбування проводилося вже з урахуванням стану зовнішньосекреторної функції ПЗ, тільки у двох випадках у післяопераційний період відзначено підвищення активності амілази в крові без клінічних проявів панкреатиту. В інших спостереженнях ускладнень після оклюзії не виявлено. Непоганими були і результати у віддалений період: у 4 хворих больовий синдром був відсутній взагалі, незважаючи на розширення дієти, а в 2 відзначалися нечасті рецидиви болю, пов'язані з погіршеннями в дієті. Динамічне УЗ-дослідження залози після пломбування, що проводилося в 5 випадках, патології не виявило.

Ендоскопічні втручання відкривають нові широкі можливості, що дозволяють розраховувати на

значне поліпшення результатів лікування хірургічних захворювань підшлункової залози [1-3].

Методика вірсунготомії аналогічна такій при ендоскопічній папілосфінктеротомії (ЕПСТ) і, як правило, є одним із фрагментів зазначеної процедури. Особливістю розсічення устя панкреатичної протоки є використання діатермічних петель з більш короткою діатермічною струною і, отже, меншим діаметром петлі в натягнутому положенні. Це полегшує селективне розсічення устя вірсунгової протоки. У більшості випадків для оголення останньої потрібне проведення ЕПСТ за звичайною методикою, і лише після цього стає можливим розсічення перегородки між жовчною й панкреатичною протоками, що і є суттю вірсунготомії. Підготовка до втручання й ведення хворих такі самі, як і при ЕПСТ.

Під спостереженням знаходилося 58 чоловік, у яких підставою до виконання ендоскопічних процедур стали явища хронічного біліарного панкреатиту. З цієї кількості 25 чоловік раніше перенесли різні оперативні втручання із приводу хронічного панкреатиту. У 8 пацієнтів услід за проведенням ендоскопічних процедур були оперативні втручання (у дослідженні – холецистектомія). При обстеженні хворих враховували зовнішній вигляд великого дуоденального соска (ВДС), дані інструментальної пальпації, можливість і технічні умови катетеризації соска, а також рентгенологічні дані.

Особливий інтерес представляє група хворих з 23 чоловік, раніше оперованих із приводу хронічного панкреатиту. Особливо це стосується операції на жовчовидільних шляхах, оскільки саме ці хворі, з огляду на складність патології, складають значну частину пацієнтів із стенозом устя головної панкреатичної протоки. Ретроспективний аналіз захворювання дозволяє припустити, що в більшості хворих стеноз устя протоки вже мав місце до першого хірургічного втручання і не був коригований, тобто виконання раніше операції не було адекватним з погляду відновлення прохідності панкреатичної протоки.

Слід зазначити, що не у всіх хворих при первинному втручанні на ВДС вдається виконати вірсунготомію під час першої процедури. Так, при дослідженні з 25 хворих, первинно підданих ендоскопічному втручанню на ВДС, у 5 (20 %) вірсунготомія в ході першої процедури не вдалася. Це було пов'язано з виникненням кровотечі (у двох випадках) і невеликими розмірами соска й ампули, де після розсічення соска травмовані тканини останнього не дозволяли знайти звужене устя головної панкреатичної протоки. Причому у всіх випадках після розсічення соска вдавалося катетеризувати загальну жовчну

протоку, у той час як спроби виявити протоки підшлункової залози були марними. У зазначених випадках, коли перші спроби катетеризації вірсунгової протоки не приводять до успіху, не рекомендуємо продовжувати наполегливі спроби бужування, оскільки це призводить до зайвої травматизації тканин і підвищує ризик виникнення важких ускладнень. У той же час, при повторних процедурах через 1,5-2 тижні, коли проходять запально-інфільтративні зміни, катетеризація вірсунгової протоки і розсічення її вже не складає таких технічних труднощів, у чому була можливість переконатися і на прикладі хворих.

У групі з 58 хворих із хронічним панкреатитом після ендоскопічних операцій летальних випадків не було. Традиційні для подібного роду втручань ускладнення – кровотечу і гострий панкреатит – виявили, відповідно, у 4 (5,4 %) і 11 (18,9 %) хворих. Як вже вказували, кровотечі, що виникали, звичайно, на етапі розсічення ВДС, перешкоджали продовженню втручання, що призводило до необхідності розділяти процедуру на два етапи. Разом із тим, кровотечі хворих не мали профузного характеру, і гемостаз здійснювався у ході втручання шляхом електрокоагуляції.

У 10 чоловік після вірсунготомії з'явилися явища гострого панкреатиту. Через 4-6 год після процедури на тлі больового синдрому спостерігалися високі показники амілази крові, в одного хворого виникло повторне блювання. Однак у жодному з випадків не було діагностовано деструктивних форм захворювання. У переважній більшості випадків картина панкреатиту була ліквідована протягом двох діб консервативними заходами в умовах загальнохірургічного відділення. Стихання клінічних симптомів відповідало динаміці зниження рівня панкреатичних ферментів у сироватці крові. Будь-яких інших ускладнень, пов'язаних з ендоскопічною вірсунготомією, не відзначили.

Таким чином, поліпшення після ендоскопічного втручання відзначили у 85,7 % хворих, що приблизно відповідає віддаленим результатам трансдуоденальних втручань. Слід зазначити, що оцінка клініко-лабораторних показників не виявила будь-яких особливих змін, що могли б бути надійними критеріями

оцінки стану хворих. Лише втрата маси тіла і показники копрограми у 5 пацієнтів свідчили про глибоке порушення морфофункціонального стану підшлункової залози. Ніяких відхилень показників активності ферментів у сироватці крові не відзначено.

Висновки. Щодо пломбування панкреатичних проток, то отримані дані свідчать про необхідність уточненої оцінки зовнішньої секреції ПЗ шляхом дослідження чистого панкреатичного соку. Пригнічення зовнішньосекреторної функції є важливою умовою, що дозволяє при відповідних морфологічних змінах (фіброзно-склеротичних) звернутися до пломбування проток ПЗ. При збереженій чи підвищеній функції оклюзія проток протипоказана і варто використовувати інші види втручань на підшлунковій залозі. Важливою умовою є також ретельне відпрацювання методики до початку втручання, виконання втручання з використанням одного і того ж матеріалу для пломбування. Це необхідно у зв'язку з тим, що після першої невдалої спроби, повторити процедуру, зазвичай, неможливо, тому що не можна видалити із проток той композиційний матеріал, який туди вже потрапив.

Якщо говорити про ендоскопічну вірсунготомію, то необхідно рекомендувати цю методику для застосування в клініках, що мають великий досвід ендоскопічних втручань на ВДС. Маніпуляція повинна у всіх випадках контролюватися візуально, а, якщо можливо, і рентгенологічно – за допомогою РХПГ, оскільки розвиток стенозу устя вірсунгової протоки варто розцінювати як одне з імовірних ускладнень ендоскопічної папілосфінктеротомії, уникнути якого можна тільки шляхом ретельного дотримання технічних деталей втручання.

Проте отримані дані говорять про високі лікувальні можливості ендоскопічної корекції такої складної патології, як стеноз устя головної панкреатичної протоки. Основними перевагами ендоскопічного втручання, крім уникнення лапаротомії, наркозу тощо, є його мала травматичність і відсутність летальності. Поряд із цим, з погляду обсягу і характеру проведеної процедури, ендоскопічна операція не поступається традиційним трансдуоденальним доступам.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник Б.В., Кошель Ю.Н., Зубков О.Б., Пустовойт П.И. Хирургическое лечение хронического панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии.* – 1997. – Т.2. – С. 84-85.
2. Зубков О.Б. Эндоскопические вмешательства в хирургии поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии.* – Томск, 1998. – Т.3. – 250 с.

3. Зубков О.Б., Гойдик В.С. Патогенетичні передвісники хірургічного лікування хронічного панкреатиту // *Проблеми екології та медицини.* - 1998. – Т.2, №3-4. – С. 26-27.
4. Зубков О.Б., Гречко Б.В., Семанів О.М., Гойдик В.С. Патогенетичне обґрунтування хірургічного лікування хронічного панкреатиту // *Вісник морської медицини.* - 2001 - №2. – С. 169-172.

Лапароскопічна хірургія при виконанні відновлюючих операцій у хворих з ілео- чи колостомою (перший досвід)

Ф.І. ГЮЛЬМАМЕДОВ, О.І. МІМІНОШВІЛІ, П.Ф. ГЮЛЬМАМЕДОВ, О.П. КУХТО, О.Н. НЕСТЕРЕНКО, Г.К. КУХТО, М.І. ТОМАШЕВСЬКИЙ, Н.М. ЄНГЕНОВ, В.О. ЛИКОВ, В.І. ВОЛКОВ, Г.Є. ПОЛУНІН, І.О. ПЛАХОТНИКОВ, Ю.В. КАРПЕНКО, О.Н. ДАНИЛЕНКО

Донецький державний медичний університет

LAPAROSCOPIC RESTORATION OF PATIENTS OF IN TESTINE CONTINUITY AFTER ILEO- AND COLOSTOMY

F.I. GIULMAMEDOV, O.I. MIMINOSHVILI, N.M. TOMASHEVSKY, O.P. KUCHTO, O.N. NESTERENKO, V.I. VOLKOV, N.M. YENGENOV, P.F. GULMAMEDOV, G.Y. POLUNIN, V.O. LYKOV, H.K. KUCHTO, I.O. PLACHOTNIKOV, YU.V. KARPENKO, O.N. DANILIENKO

Donetsk State Medical University

У своїй праці автори дають перший аналіз виконання лапароскопічних операцій у хворих з ілео- і колостомою, спрямованих на відновлення кишкової неперервності. Автори докладно описують техніку операцій, показують, що даний спосіб відновлення кишкової неперервності сприяє скороченню термінів медичної та соціальної реабілітації хворих з ілео- або колостомою. Питання відновлення кишкової неперервності за допомогою лапароскопічної техніки залишається дискусійним, особливо в онкологічних хворих

Restorative and reconstructive operation were performed on the large intestine in surgical treatment of cancer of rectum nonspecific ulcerative colitis. The concrete technical features of restorative and reconstructive operations after resection of the colon after Hartman, abdomino-anal resection of the rectum with colostomy are presented. Modern coloproctology processes a rich reserve of technical measures for the rehabilitation of patients with colostomy, but the technical possibilities must be carefully estimated in accordance with the complicity of restorative and reconstructive operations of large intestine.

Проблема відновлення кишкової неперервності у хворих з ілео- чи колостомою продовжує залишатися однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії та колопроктології. Традиційні засоби відновлення кишкової неперервності шляхом лапаротомії досить добре розроблені й описані у відповідній літературі. Останнім часом, у зв'язку з бурхливим зростанням кількості ендовідеохірургічних операцій, розширенням показань до лапароскопічних операцій, з'являються роботи, присвячені виконанню відновлювальних операцій на тонкій і товстій кишках з використанням ендовідеохірургічних технологій і зшивальних апаратів [1,2,3].

У клініці загальної хірургії №1 Донецького державного медичного університету відновлення кишкової неперервності виконано у групі хворих.

У групі хворих з ілеостомою розподіл пацієнтів

за нозологічною ознакою і характером попередніх втручань мав наступний вигляд.

2 хворим з діагнозом мегадоліхоколон, мегаректум раніше була виконана колонпроктектомія, що завершилася низведенням тонкої кишки за анальний канал і формуванням тазового тонкокишкового резервуара. З метою відключення пасажу була сформована 2-стовбура ілеостома. 1 хворий переніс релапаратомію, розсікання спайок у зв'язку із спайковою кишковою непрохідністю 4 рази. Також хворий двічі оперований з приводу абцесу малого таза. Лапароскопічна відновлювальна операція виконана через 5 місяців після останньої релапаратомії у зв'язку із спайковою кишковою непрохідністю.

Перший 11-міліметровий троакар був уведений відкритим способом у правому підбер'ї.

Після оглядової лапароскопії, яка виявила масу площинних і шнуроподібних спайок у черевній по-

рожнині додатково введений 5-міліметровий троакар, після чого тупим і гострим шляхом зрощення були роз'єднані. Відвідне коліно кишки, що містить норицю, здавлене рубцевими тяжами і спайками на протязі 12-14 см зрощення роз'єднані, прохідність відвідного коліна відновлена. Бранші зшивального апарата ENDO-GIA-60 введені через просвіти привідного і відвідного коліна та шляхом неодноразового прошивання апаратом ENDO-GIA-60, сформований анастомоз "бік у бік", відновлена неперервність кишечника. У післяопераційний період відзначене зниження потреби у прийомі анагетиків, перистальтика відновилася через 3 години після операції, через 18 годин після операції почали відходити гази, на 2-гу добу – рідкий кал. Частота випорожнення – 2-3 рази на добу. На 2-гу добу після операції пацієнт самостійно пересувався по палаті і міг себе обслуговувати. Починаючи з 2-ї доби після операції, пацієнт не потребував прийому анагезуючих засобів. Аналогічна операція була виконана 2 пацієнтам, які перенесли тотальну колонпроктомію у зв'язку з мегадоліхоколон і мегаректум. Після колонпроктомії в обох випадках був сформований тонкокишковий тазовий резервуар, для відключення пасажу в обох випадках була сформована 2-стовбурова ілеостома на передню черевну стінку у правій клубовій ділянці. В обох випадках також відзначене більш раннє відходження газів і випорожнення порівняно з традиційними операція-

ми, а також зниження потреби в ненаркотичних анагетиках. В одного пацієнта, який раніше переніс операцію Микулича з приводу пухлини сигмоподібної кишки, була виконана лапароскопічна операція, спрямована на відновлення кишкової неперервності з використанням зшивальних апаратів. Техніка операції не відрізнялась від вище наведеної техніки відновлення неперервності тонкої кишки. Єдиний відрізняючий момент – при відновленні неперервності товстої кишки після операції Микулича необхідна трохи більша кількість касет для зшивання апаратом у зв'язку з більшим діаметром товстої кишки і, відповідно, більшою кількістю прошивальних дій апарата ENDO-GIA-60.

Висновок. Таким чином, використання лапароскопічної технології і зшивальних апаратів при відновленні кишкової неперервності у хворих з ілеоци колостомою дозволяє говорити про його перевагу порівняно з традиційними операціями. Це особливо помітно, коли відвідна петля здавлена спайками і необхідно відновити прохідність, а також провести ревізію черевної порожнини. Основною перевагою є той факт, що накладається анастомоз з досить широким просвітом, шов при цьому однорідний, що знижує ймовірність розвитку анастомозиту у післяопераційний період і сприяє більш ранньому відходженню газів та випорожненню кишечника.

ЛІТЕРАТУРА

1. Александров В.Б. Лапароскопические технологии в колоректальной хирургии. Медпрактика. – М., Москва, 2003. – 188 с.
2. Александров В.Б. Лапароскопическая технология в колоректаль-

ной хирургии толстой кишки: размышления // Эндоск. хирургия. – 1998. – № 3. – С.14-16.

3. R Baker et al. Case - Control Study of Laparoscopic vs Open Right Hemicolectomy Annual Meeting Chicago, 2002.

УДК 616.33/34-005.1-089-072.1

Малоінвазивні операції в лікуванні діафрагмальних гриж та рефлюкс-езофагіту, які ускладнені кровотечею

Ю.В. ГРУБНИК, Ю.Т. ТИМОХІН, В.А. ФОМЕНКО

Одеський медичний університет, Центр шлунково-кишкових кровотеч МКЛ № 11

MINI-INVASIVE OPERATIONS IN THE TREATMENT OF DIAPHRAGMATIC HERNIAS AND REFLUX-ESOPHAGITIS COMPLICATED BY HEMORRHAGE

YU. V. HRUBNYK, YU. T. TYMOKHYN, V.A. FOMENKO

Odesa Medical University, Centre of Gastrointestinal Hemorrhages of the City Clinical Hospital № 11

В міський центр шлунково-кишкових кровотеч за 5 років потрапило 260 хворих, у яких кровотеча була зумовлена діафрагмальними грижами 3-4-го ступенів з різко вираженим рефлюкс-езофагітом. В 162 випадках кровотеча була зумовлена виразковою хворобою ДПК в поєднанні з діафрагмальними грижами та рефлюкс-езофагітом. Кровотечі легкого ступеня спостерігалися в 40 % випадків, середнього ступеня – 33 % випадків, тяжкого ступеня – 27 % випадків. Вік хворих коливався від 32 до 62 років і складав у середньому (50±12) років. Усім хворим була виконана фіброгастроскопія із застосуванням локального ендоскопічного гемостазу шляхом лазерної фотокоагуляції з ендоскопічним введенням фібринового клею. У випадках, коли діафрагмальна грижа супроводжувалась кровотечею з виразки ДПК, проводився ендоскопічний локальний гемостаз як виразкового дефекту, так і ерозій слизової шлунка та стравоходу. Після досягнення ефективного гемостазу, на 3-4-ту добу 48 хворим проведена лапароскопічна фундоплікація. В 16 випадках хворих з виразковою хворобою ДПК в поєднанні з діафрагмальною грижею і рефлюкс-езофагітом лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном супроводжувалась одним із видів ваготомії. В 10 випадках нами проведена лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном в поєднанні з лапароскопічною операцією за Тейлором (задня стовбура ваготомія в поєднанні з передньою сероміотомією). В 2 випадках лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном супроводжувалась ваготомією за Gomez-Ferrer (задня стовбура ваготомія з висіченням

малої кривизни шлунка ендоскопічними зшиваючими апаратами типу GIA 30,60). В 4 випадках лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном супроводжувалась ваготомією за Hill-Backer (задня стовбура в поєднанні з передньою селективною проксимальною ваготомією). У 8 випадках лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном доповнювалась алопластиком поліпропіленовою сіткою грижового отвору діафрагми при виявленні великого грижового отвору. Поліпропіленову сітку накладали на виділений грижовий отвір, розправляли її і фіксували у діафрагмі окремими лапароскопічними швами і кліпсами. Шви зав'язували інтракорпорально. При лікуванні діафрагмальних гриж 3-4-го ступенів у поєднанні з рефлюкс-езофагітом, ускладненим кровотечею, нами проведена лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном у 26 випадках; лапароскопічна фундоплікація за Тупе – в 4 випадках; лапароскопічна фундоплікація за Розатті – у 8 випадках. Лапароскопічну фундоплікацію за Тупе і Розатті ми виконували у разі ожиріння хворого; спаєчного процесу або анатомічних особливостей, коли виникають значні труднощі перев'язки коротких артерій по великій кривизні шлунка. Час проведення лапароскопічних операцій коливався від 60 до 80 хвилин; при лапароскопічній фундоплікації – від 120 до 150 хвилин; у разі поєднання лапароскопічної фундоплікації з алопластиком грижового отвору поліпропіленовою сіткою або поєднанням лапароскопічної фундоплікації з одним із видів ваготомії, відповідно. Перехід на лапаротомію нами проведений у двох випадках: в одному випадку – в ре-

зультаті перфорації стравоходу при виділенні лівої ножки діафрагми, а в другому випадку – в результаті кровотечі з коротких артерій шлунка при виділенні великої кривизни шлунка. Летальності не було. Пневмонія спостерігалась у двох випадках.

Рецидиву кровотечі не спостерігалось. Таким чином, лапароскопічні операції при лікуванні діафрагмальних гриж з рефлюкс-езофагітом, ускладнених кровотечею, є ефективними і можуть застосовуватись поряд з традиційними операціями.

УДК 617.541/542-089.819

Малоінвазивні операції на органах грудної клітки

В.М. КУЗЬМИЧ, І.К. МАРЧУК, І.В. БАРЧУК, І.С. СВЕНТОЗЕЛЬСЬКИЙ

Рівненська обласна клінічна лікарня

MIN-INVASIVE OPERATION ON THE THORACIC ORGANS

V.M. KUZMYCH, I.K. MARCHUK, I.V. BARCHUK, I.S. SVIENTOZELSKY

Rivne Regional Clinical Hospital

Активне втілення в роботу сучасних відеоендоскопічних систем і інструментів дозволило переглянути роль і місце торакоскопії в діагностиці і лікуванні захворювань органів грудної клітки.

За останнє десятиріччя торакальними хірургами з допомогою відеоендоскопічної техніки виконується майже повний обсяг торакальних операцій. Так, на думку M.J.Mask et al. (1993 р.), до 70 % різних ендоторакальних операцій можна виконувати з використанням відеоторакоскопії (ВТС). В останні роки відеоторакопічні хірургічні втручання займають провідне місце як метод вибору в діагностиці і навіть лікуванні раку легень (M.S.Allen et al., 1993; G.Rovario et al., 1995).

На базі Рівненської обласної клінічної лікарні відеоторакопічні операції виконуються з 2000 р. За цей період даним методом прооперовано 112 пацієнтів. Чоловіків—81, жінок—31. Вік прооперованих хворих від 17 до 67 років. Ургентних операцій виконано 54, планових—58. Операції здійснюємо з допомогою відеоторакопічного комплексу фірми "KaRL STORZ" (Німеччина).

ВТО як метод вибору використовуємо у лікуванні хворих із закритою травмою грудної клітки, ускладненою гемо- чи гемопневмотораксом, із ножовими пораненнями грудної клітки, при бульозній емфіземі легень.

Зображення ендоскопічної картини на кольоровому моніторі дає можливість всій бригаді приймати повноцінну участь в операції.

Оперативні втручання виконувались як під місцевою анестезією, так і під загальним інтубаційним наркозом.

Слід зазначити, що необхідною умовою для проведення ВТС-операцій під загальним знеболенням є роздільна інтубація правого та лівого головних бронхів, з виключенням дихання легені на боці, де виконується операція.

Недоліком виконання ВТС-операцій під місцевою анестезією є неповноцінне знеболювання парієтальної плеври, що обмежує об'єм маніпуляцій в плевральної порожнині. Під місцевою анестезією ви-

конано 44 операції, а під однолегеневим інтубаційним наркозом—68 операцій.

У 34 випадках операція була доповнена мініторакотомією довжиною 5,5-7см. Мініторакотомія дає можливість повної ревізії органів плевральної порожнини, подвійного контролю за операційним полем та розширення обсягу операцій.

При проведенні ВТС-операцій ми використовуємо положення хворого на здоровому боці з підкладенням клиноподібного валика. Перший торакопорт діаметром 10мм, який використовується для проведення відеокамери ставимо в V міжребер'ї по середньопуховій лінії. Після детальної ревізії плевральної порожнини та патологічного вогнища, залежно від об'єму операції, додатково проводимо 1-3 торакопорти діаметром 5 або 10 мм, а для ендозшиваючого апарата—діаметром 12,5 мм.

Хочемо зазначити позитивні моменти, які виявляються при проведенні операцій методом ендоскопічної хірургії: у 2-3 рази зменшилась кількість затраченого на операцію матеріалу, відпала необхідність у використанні наркотичних анагетиків.

Післяопераційні ускладнення спостерігались у чотирьох хворих: локальне нагноєння рани (3 хворих), інфільтрат в ділянці введення першого торакопорту (1 хворий).

Відеоторакопія є доцільним, сучасним і найменш травматичним методом хірургічного лікування. Мінімальний травматизм торакопічного хірургічного втручання дозволяє швидко і ефективно виконувати маніпуляції, знизити ризик післяопераційних ускладнень, значно скоротити ліжко-день без збитку радикальності і безпеки виконання хірургічного втручання. Використання сучасних технічних методів ендоскопічної телехірургії при лікуванні різної торакальної патології безперечно є найбільш перспективним, у зв'язку зі своєю малою травматичністю, низьким рівнем післяопераційних ускладнень, відсутністю післяторакотомного синдрому, зниженням ризику післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, косметичними перевагами.

УДК: 616.681-007.21-072.1-053.5

Лапароскопія в діагностиці анорхізму у дітей

А.Й. НАКОНЕЧНИЙ, О.О. ТРОШКОВ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

LAPAROSCOPY IN DIAGNOSTICS OF ANORCHISM IN CHILDREN

A.Y. NAKONECHNY, O.O. TROSHKOV

Danylo Halytsky State Medical University in Lviv

Представлено клінічний випадок надзвичайно рідкісної вродженої вади статеві залози у хлопчиків – анорхізму, з переліком діагностичних критеріїв синдрому яєчка, яке зникло. Подано переваги малоінвазивних технологій в діагностиці анорхізму у плані диференціальної діагностики з внутрішньочеревною ретенцією гонади та лапароскопічної орхіпексії при абдомінальній формі крипторхізму у дітей.

It is presented a clinical case of extremely rare congenital anomaly gonad in boys – anorchism with recalculation of diagnostic criteria of a syndrome of disappeared testis. Advantages of miniinvasive technologies in diagnostics of anorchism, in plan of differential diagnostics with intraabdominal retention of gonad and laparoscopic orchiopexy in case of abdominal form of cryptorchism in children are submitted.

Внутрішньочеревна затримка яєчок у дітей є однією з найскладніших форм крипторхізму. Вона створює ряд проблем у плані діагностики, тактики лікування та майбутнього прогнозу стосовно фертильності [1, 2]. При яєчках, які не пальпуються, і особливо при двобічній патології можлива черевна форма крипторхізму та анорхізм – агенезія або аплазія статеві залози. В клінічному розумінні 2 останні форми вади тотожні: гонад немає. Але необхідно пам'ятати, що при агенезії яєчок в ембріогенезі не відбулося закладки органа і у дітей зберігаються залишки дериватів парамезонефричної протоки. Під аплазією яєчка розуміють зупинку розвитку статеві залози на ранніх етапах ембріогенезу або її дегенерацію після нетривалого функціонування. Остання вада у літературі відома як синдром яєчка, яке зникло – vanishing testis syndrome (VTS). Її причиною може бути внутрішньоутробна інфекція, травма і порушення кровотоку в статевій залозі. Функціонування фетального яєчка з продукцією тестостерону та анти-Міллерового фактора призводить до формування статевих органів за чоловічим типом та редукції дериватів парамезонефричної протоки [1, 6, 9].

Серед численних методів діагностики: тест з ХГ (хоріонічним гонадотропіном), ультразвукове обстеження (УЗО), термографія, пневмопельвіог-

рафія, тазова ангиографія, радіоізотопна сцинтиграфія яєчок з допомогою ^{99m}Tc – пертехнетату, комп'ютерна томографія та ядерно-магнітний резонанс – жоден не може гарантовано віддиференціювати відсутність яєчка від внутрішньочеревного розташування атрофованого, дисгенетичного або навіть відносно розвиненого яєчка. Тільки після оперативної ревізії черевної порожнини та пахвинного каналу можна з упевненістю встановити клінічний діагноз. Зрозуміло, що у порівнянні з відкритою хірургічною експлорацією перевагу необхідно надавати лапароскопічним технологіям [1, 3, 4, 5, 7, 8]. Лапароскопію при черевній формі крипторхізму ми застосовуємо з діагностичною і лікувальною метою.

Анорхізм – надзвичайно рідкісна природжена вада. У літературі описані поодинокі повідомлення [1, 2, 6, 9]. Ми спостерігали хворого Т., 1 рік 6 місяців, із скаргами на відсутність яєчок у калитці. Хлопчик від першої доношеної вагітності з лицевим передлежанням плода. Пологи через кесарів розтин. У мами під час вагітності відмічалася анемія, загроза викидня та кір, застосовували антибіотик – ампіцилін. При огляді зовнішні статеві органи сформовані за чоловічим типом. Калитка у вигляді невеликої шкірної складки, а статевий член за генітометричними показниками не відставав у роз-

витку від вікової норми. Яєчка пальпаторно та за даними УЗО не ідентифіковані. З пахвинного каналу до входу в калитку з обидвох сторін пальпаторно визначалися щільні, помірно рухомі тканинні тяжі. В доопераційний період їх прийнято за очеревинно-пахвинні відростки або залишки направляючих пахвинних тяжів Гунтера (Hunter). Цитогенетичне дослідження виявило 46 XY каріотип. Визначення рівня гормонів радіоімунологічним методом з використанням комерційних наборів зафіксувало: тестостерон – 0 нг/мл, лютеїнізуючий (ЛГ) – 0 МО/мл, фолікулостимулюючий гонадотропін (ФСГ) – 3 МО/мл. Дитині виконано лапароскопічну ревізію черевної порожнини. При ендоскопічному огляді черевної порожнини яєчок та структур парамезонефричної протоки не виявлено. Внутрішнє пахвинне кільце з обидвох сторін облітероване. Чітко віддиференціювати сім'яні судини та сім'явиносну протоку у черевній порожнині, а також на вході у внутрішнє пахвинне кільце не вдалося. Враховуючи доопераційні пальпаторні знахідки проведено ревізію пахвинних ділянок. Виявлено фіброзні тяжі, які йшли з недорозвинених пахвинних каналів у напрямку до калитки, і закінчувалися невеликими еліпсоїдними тканинними потовщеннями. Візуально визначити наявність судин та сім'явиносної протоки в фіброзних тяжях не було змоги. З метою верифікації діагнозу фіброзні тяжі з тканинними потовщеннями висічені для гістологічного дослідження, яке не виявило тканин яєчка та придатка. Усі наведені дані дали підставу для діагностуван-

ня анорхізму, а саме синдрому яєчок, які зникли під час ембріонального розвитку.

Висновки. Діагноз анорхізму необхідно встановлювати з надзвичайною обачністю, після ретельного та всебічного обстеження. Для синдрому яєчок, які зникли, характерно: будова зовнішніх статевих органів за чоловічим фенотипом, каріотип 46 XY, значно підвищений рівень гонадотропінів, особливо ФСГ, не визначається або різко знижений рівень тестостерону, яєчка не пальпуються та не виявляються при ревізії черевної порожнини і пахвинних ділянок, відсутні залишки дериватів парамезонефричної протоки, сліпе з'єднання рудиментарних чи різко гіпоплазованих елементів сім'яного канатика у вигляді фіброзних тяжів з тканинними потовщеннями на кінцях, гістологічно підтверджена відсутність тканин яєчка та придатка в фіброзних тяжях з тканинними потовщеннями. Верифікувати діагноз можна після повноцінної ревізії черевної порожнини та пахвинних ділянок. При цьому перевагу необхідно віддавати лапароскопічному втручанню. Лапароскопія зарекомендувала себе як прекрасний діагностичний метод при двобічній патології яєчок, які не пальпуються. Їй притаманні усі переваги малоінвазивних хірургічних технологій. При цьому діагностування двобічного анорхізму знімає питання широкої лапаротомної ревізії черевної порожнини, а виявлення абдомінальної форми крипторхізму дає змогу провести лапароскопічну орхіпексію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерохин А.П., Воложин С.И. Крипторхизм. –М.: ТОО "Люкс-арт", 1995. –344 с.
2. Сексология и андрология / под ред. А.Ф.Возианова, И.И.Горпинченко. –К.: Абрис, 1997. – 880 с.
3. Степанов В.Н., Кадыров З.А. Атлас лапароскопических операций в урологии. –М.: Миклош, 2001. –125 с.
4. Cohen Z., Newman N., Kurzbart E. et al. Diagnostic and therapeutic laparoscopy for non-palpable testis – 3,5 years of experience at Soroko Medical Center // Harefuah. –1999. –Vol. 136, № 2. – P. 111-113.
5. De Filippo R.E., Barthold J.S., Gonzalez R. The application of magnetic resonance imaging for the preoperative localization of nonpalpable testis in obese children: an alternative to laparoscopy

[comment] // Journal of Urology. –2000. –Vol. 164, № 1. –P. 154-155.

6. Nishizawa S., Suzuki K., Tachikawa N. et al. The vanishing testis: diagnosis and histological findings // Japanese Journal of Urology. – 2000. –Vol. 91, № 6. –P. 537-541.
7. Parra O.R., Boullier J.A. Urologic laparoscopic surgery. – New York: McGraw-Hill Companies, Inc., 1976. – 231 p.
8. Poppas D.P., Wei J.T., Mingin G.C. The concealed laparoscopic orchidopexy // B.J.U. International. –2000. –Vol. 86, № 1. –P. 138-139.
9. Spires S.E., Woolums C.S., Pulito A.R., Spires S.M. Testicular regression syndrome: a clinical and pathologic study of 11 cases // Archives of Pathology & Laboratory Medicine. –2000. –Vol. 124, № 5. –P. 694-698.