

*Тернопільська державна медична академія
ім.І.Я.Горбачевського
Інститут урології і нефрології АМН України
Інститут хірургії і трансплантології
АМН України
Інститут нейрохірургії ім.акад.А.П.Ромоданова
АМН України
Інститут серцево-судинної хірургії АМН України
Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України
Київська медична академія післядипломної освіти
ім. П.Шупика*

ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

*Ternopil State Medical Academy by I.Ya.Horbachevsky
Institute of Urology and Nephrology Ukrainian SMA
Institute of Surgery and Transplantology
Ukrainian SMA
Institute of Neurosurgery by A.P.Romodanov
Ukrainian SMA
Institute of Heart-Vessel Surgery Ukrainian SMA
Institute of Blood Pathology and Transfusional Medicine
Ukrainian SMA
Kiev Medical Academy of Postgraduate Education by P.Shupik*

HOSPITAL SURGERY

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

2/2004



ТЕРНОПІЛЬ

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

М.Ю. Ничитайло, А.В. Скумс, В.В. Дяченко, О.М. Литвиненко, П.В. Огородник, І.П. Галочка, О.П. Кондратюк, О.І. Литвин, Л.М. Ничитайло. Симультанні операції в лапароскопічній хірургії. Наш досвід та перспективи

10

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, О.О. Васильєв, О.І. Литвінов. Хірургічна тактика при порожнинних утвореннях у хворих на гострий панкреатит

14

В.Ф. Москаленко, Б.М. Венцківський, В.Г. Жегулович. Результати та перспективи ендоскопічної хірургії в гінекології

17

В.В. Грубнік, О.М. Загороднюк, О.В. Грубнік. Можливості лапароскопічних втручань при лікуванні великих гриж стравохідного отвору діафрагми

21

М.М. Велигоцький, О.В. Горбулич, В.В. Комарчук, О.Н. Велигоцький, О.С. Трушин, О.А. Лазуткіна. Модифіковані методи езофагокардіопластики при лапароскопічній корекції ахалазії кардії

24

Б.М. Венцківський, В.Г. Жегулович, М.Є. Яроцький, Л.Н. Семенюк, О.А. Бурка. Оригінальні технології та методики ендоскопічної хірургії в гінекології

27

Б.С. Запорожченко, В.В. Міщенко, А.А. Горбунов, П.О. Сомов, А.В. Пащенко. Лапароскопічна кріодеструкція метастазів печінки в комбінованому лікуванні колоректального раку

31

М.Д. Кучер, М.І. Криворук, О.В. Пак, С.Б. Шевелюк. Міжгормональні відношення ан-

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

M.Y. Nychytaylo, A.V. Scooms, V.V. Diachenko, O.M. Lytvynenko, P.V. Ohorodnyk, I.P. Galochka, O.P. Kondratiuk, O.I. Litvin, L.M. Nychytaylo. Simultaneous operations in laparoscopic surgery. Our experience and perspectives

P.H. Kondratenko, M.V. Konkova, O.O. Vasysiev, O.I. Lytvinov. Surgical tactics at cavity formations in patients with acute pancreatitis

V.F. Moskalenko, B.M. Ventskivsky, V.G. Zhegulovych. Results and perspectives of endoscopic surgery in gynecology

V.V. Hrubnik, O.M. Zagorodnyuk, O.V. Hrubnik. Laparoscopic operation in the treatment of large paraesophageal hernias

M.M. Velygotsky, O.V. Gorbulytch, V.V. Komarchuk, O.N. Velygotsky, O.S. Trushyn, O.A. Lazutkina. Modified esophagocardioplasty methods in laparoscopic achalasia coorection

B.M. Ventskivsky, V.G. Zhegulovych, M.Ye. Yarotsky, L.N. Semeniuk, O.A. Burka. Original technologies and techniques of endoscopic surgery in gynecology

B.S. Zaporozhchenko, V.V. Mishchenko, A.A. Horbunov, P.O. Somova, A.V. Pashchenko. Laparoscopic cryodestruction of liver metastases in treatment of combine colorectum cancer

M.D. Kucher, M.I. Kryvoruk, O.V. Pak, S.B. Sheveliuk. Interhormonal relationship of

дрогенів і глюкокортикоїдів у хворих на неспецифічний виразковий коліт до і після лапароскопічної колектомії

35

androgens and glucocorticoids in patients with non-specific ulcer colitis before and after laparoscopic colectomy

П.С. Серняк, Ю.П. Серняк, В.А. Рева, О.С. Фуксзон, М.В. Криштопа. Наш досвід виконання трансуретральної резекції передміхурової залози у хворих на ДГПЗ

38

P.S. Serniak, Y.P. Serniak, V.A. Reva, O.S. Fukzon, M.V. Kryshchop. Our experience of performance of transurethral resection of prostate in patients with benign hyperplasia of prostate

О. Л. Ковальчук. Вибір методу та техніка виконання дренирування холедоха під час лапароскопічних оперативних втручань на зовнішніх жовчовивідних шляхах

42

O. L. Kovalchuk. Choosing of the method and technick of drenage choledoche during laparoscopic operations on the extrabiliar trach

В.В. Іващенко, К.К. Скворцов, Є.Р. Балацький, К.К. Скворцов (мол.). Відеоендоскопічна холедохостомія в комплексному лікуванні хронічного калькульозного холецистити

46

V.V. Ivaschenko, K.K. Skvortsov, E.R. Balatsky, K.K. Skvortsov. Videoendoscopic choledochostomy in complex treatment of chronic calculous cholecystitis

В.В. Грубнік, В.П. Голяк, О.В. Грубнік. Новий спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння

49

V.V. Hrubnik, V.P. Holliak, O.V. Hrubnik. New method of surgical treatment of morbid obesity

В.М. Гузенко, М.В. Коваленко, Є.В. Лампіга. Малоінвазивні методи лікування ятрогенних ушкоджень сечоводів

52

V.M. Huzenko, M.V. Kovalenko, Y. V. Lampiha. Mini-invasive methods of treatment of iatrogenic ureteric injuries

П.С. Серняк, С.Г. Фролов, А.І. Сагалевич, Е.В. Шапаренко, І.А. Деркач, О.В. Черніков. Контактно-фрезова нефролітотрипсія в комплексному лікуванні сечокам'яної хвороби

56

P.S. Serniak, S.H. Frolov, A.I. Sahalevych, E.V. Shaparenko, I.A. Derkach, O.V. Chernikov. Contact-milling-cutter nephrolythotripsy in complex treatment of urolithiasis

В.Г. ЯRESHKO, С.Г. Живиця. Можливості інтервенційної сонографії в діагностиці і лікуванні раку позапечінкових жовчних шляхів

60

V.G. Yaresko, S.G. Zhyvytsia. Potential of interventional sonography in extrahepatic bile duct cancer diagnostics and treatment

П.Г. Кондратенко, А.А. Стеценко. Знеболювання лапароскопічних холецистектомій у хворих із різним ступенем анестезіологічного ризику

63

P.H. Kondratenko, A.A. Stetsenko. Anesthesia of laparoscopic cholecystectomies in patients with different degree of anesthesiology risk

В.В. Грубнік, В.В. Ілляшенко, С.В. Полтавець. Ендоскопічна адреналектомія та її можливості в лікуванні різних захворювань надниркових залоз

67

V.V. Hrubnik, V.V. Iliachenko, S.V. Poltavets'. Endoscopic adrenalectomy and its possibilities in medical treatment of different diseases of adrenal glands

П.Г. Кондратенко, Є.О. Герасименко, О.О. Бєлозерцев. Лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі: причини ускладнень і переходів

70

P.H. Kondratenko, Y.O. Herasymenko, O.O. Bielozertsev. Laparoscopic cholecystectomy at acute cholecystitis: causes of complications and transitions

О.М. Юзько, С.Г. Приймак, О.М. Вавринчук. Особливості лапароскопічних операцій та відновного лікування при безплідності трубного походження

75

O.M. Yuzko, S.G. Priymak, O.M. Vavrinchuk. Peculiarities of laparoscopic operations and corresponding treatment at infertility of tubal origin

В.М. Клименко, С.М. Кравченко, С.В. Вдовіко, І.В. Дорошева, І.І. Ісайчиков, О.В. Гайдаш. Вибір тактики лікування при гострому калькульозному холециститі

79

V.M. Klymenko, S.M. Kravchenko, S.V. Vdoviko, I.V. Dorosheva, I.I. Isaychikov, O.V. Haydash. Choice of medical tactics at acute calculous cholecystitis

В.В. Величко. Конверсії при лапароскопічних резекціях товстої кишки, нові перспективи

83

V.V. Velychko. Conversion in laparoscopic colon resection, new prospects

І.М. Шевчук, О.О. Побуцький. Лапароскопічне дренивання черевної порожнини та інтермітуючий перитонеальний діаліз у лікуванні ферментного перитоніту

87

I.M. Shevchuk, O.O. Pobutsky. Laparoscopic draining of the abdominal cavity and intermitting peritoneal dialysis in treatment of fermentative peritonitis

В.Г. ЯRESHKO, Д.Ю. Рязанов. Визначення ролі малоінвазивних методів у діагностиці і лікуванні панкреонекрозу

90

V.H. Yareszko, D.Y. Riazanov. Definition of a role of mini-invasive methods in diagnostics and treatment of pancreatonecrosis

О.Д. Шаталов, В.В. Хацко, С.О. Шаталов. Раціональні способи лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози

94

A.D. Shatalov, V.V. Khatsko, S.A. Shatalov. Rational methods of treatment of the patients with pseudocysts of pancreas

О.Л. Ткачук. Вибір оптимального методу декомпресії жовчних шляхів при хірургічному лікуванні обтураційної жовтяниці пухлинного походження

98

O.L. Tkachuk. Choice of optimum method of billiary decompression at surgical treatment of malignant obstructive jaundice

С.О. Галнікіна. Ефективність поєданого застосування клімадинону, естрожелю та вобензиму для корекції показників ліпопероксидації та системи антиоксидного захисту у жінок з захворюваннями шкіри на фоні постоваріоектомічного синдрому

102

S.O. Galnykina. Efficacy of combined application of climadinone, estrogel and vobenzime for correction of indices of lipoperoxidation and system of antioxidative protection in women with skin doseases against background of postovarioectomic syndrome

З ДОСВІДУ РОБОТИ

EXPERIENCE OF WORK'S

М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратиук. Діагностична та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиті, ускладненому перитонітом

108

M.Y. Nychytaylo, O.P. Kondratiuk. Diagnostical and treatment laparoscopy at acute pancreatitis complicated by peritonitis

- П.С. Серняк, С.Г. Фролов, О.В. Черніков, Е.В. Шапаренко, А.І. Сагалевич, І.А. Деркач.* Черезшкірна пункційна нефростомія при обструкції верхніх сечових шляхів **110** *P.S. Serniak, S.H. Frolov, O.V. Chernikov, E.V. Shaparenko, A.I. Sahalevych, I.A. Derkach.* Transcutaneous puncture nephrostomy at obstruction of upper urinary tract
- А.В. Бойчук, О.Л. Ковальчук, Д.Б. Кривокульський, Л.В. Шкробот, О.В. Маркова.* Реабілітація хворих після лапароскопічних операцій при генітальному ендометріозі **114** *A.V. Boychuk, O.L. Kovalchuk, D.B. Kryvokulsky, L.V. Shkrobot, O.V. Markova.* Patients' rehabilitation after laparoscopic operations at genital endometriosis
- В.І. Десятерик, М.О. Єжменський.* Сучасні можливості хірургічного лікування спонтанного пневмотораксу **117** *V.I. Desyaternyck, M.O. Yezhemensky.* The modern possibilities of surgical treatment of spontaneous pneumothorax
- П.Г. Кондратенко, М.Л. Смирнов.* Аналіз ефективності малотравматичних методів гемостазу у хворих з гострими кровотечами зі злоякісних пухлин травного каналу **120** *P.H. Kondratenko, M.L. Smyrnov.* Analysis of effectiveness of minitraumatic methods of hemostasis in patients with acute bleedings from malignant digestive tumors
- О.Б. Зубков, Ю.В. Грубнік, А.О. Васильєв, Ю.М. Кошель, А.В. Снісаренко, О.В. Кочкар'єв.* Хронічний панкреатит. Малоінвазивна хірургія **123** *O.B. Zubkov, Yu.V. Grubnik, A.A. Vasiliev, Yu.N. Koshel, A.V. Snisarenko, A.V. Kochkaryov.* Chronic pancreatitis. Mini-invasive surgery
- К.В. Гуменюк, М.І. Покидько, М.П. Драчевський.* Клінічний досвід використання аргонплазмової коагуляції у хворих на цироз печінки **127** *K.V. Humeniuk, M.I. Pokydko, M.P. Drachevsky.* Clinical experience of argon plasma coagulation application for management of liver cirrhosis
- П.Г. Кондратенко, О.А. Стукало.* Визначення ступеня ризику ускладнень ендоскопічних транспапілярних втручань **131** *P.H. Kondratenko, O.A. Stukalo.* Deteriation of complication risk degree of endoscopic transpapillary interventions
- Ю.В. Грубнік, П.М. Андрієвський.* Лапароскопічні операції у хворих з гострим панкреатитом **134** *Y.V. Grubnik, P.N. Andrievskiy.* Laparoscopic operations at patients with acute pancreatitis
- М.В. Конькова.* Міні-інвазивні втручання під ультразвуковим контролем у невідкладній абдомінальній хірургії **137** *M.V. Konkova.* Mini-invasive interventions under ultrasound control in urgent abdominal surgery
- Р.В. Бондарев.* Особливості хірургічного лікування хворих з гострим розлитим перитонітом **141** *R.V. Bondarev.* The peculiarities of surgical treatment of the patients with acute extensive peritonitis
- М.Д. Василюк, А.Г. Шевчук, В.М. Федорченко, С.М. Василюк.* Профілактика тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів **141** *M.D. Vasylyuk, A.G. Shevchuk, V.M. Fedorchenko, S.M. Vasylyuk.* Prophylaxis of thromboembolic complications in patients

після лапароскопічної холецистектомії з приводу гострого холециститу

П.Г. Кондратенко, О.О. Васильєв, М.В. Конькова. Невідкладні дренажувальні втручання як напрямок до удосконалення лікувальної тактики у хворих на некротичний панкреатит

С.Г. Четверіков. Відеоторакоскопічні оперативні втручання в хірургії ехінококозу легень

А.Г. Висоцький, О.Г. Грінцов, Г.О. Грінцов, О.В. Ярошенко, Д.В. Вегнер. Порівняльна оцінка аксиллярного і відеоторакоскопічного доступів у лікуванні локальних форм бульозної емфіземи легень

О.М. Вавринчук, О.М. Юзько, Т.А. Юзько, О.Я. Петраниук. Критерії відбору хворих для органозберігаючих лапароскопічних операцій при трубній вагітності

П.Г. Кондратенко, Є.Є. Раденко. Мініінвазивні хірургічні втручання при гострій гастродуоденальній кровотечі

Н.М. Рожковська, Л.М. Попова, Ю.С. Мозговий. Емболізація маткових артерій – хірургічна альтернатива гістеректомії у лікуванні хворих з міомою матки

І.С. Вардинець, О.М. Кім, Ю.М. Гарасимчук, О.Б. Мороз, О.М. Остап'юк. Місце лапароскопічної холецистектомії у лікуванні хворих на гострий холецистит

В.А. Андрейчин. Клінічне застосування малоінвазивного способу забору і трансплантації аутологічного кісткового мозку при переломах довгих кісток з порушенням репаративної регенерації

О.Л. Нестеренко. Можливості ендоскопічного гемостазу при гострих гастродуоденальних кровотечах виразкової етіології

145 after laparoscopic cholecystectomy performed by the reason of acute cholecystitis

P.H. Kondratenko, O.O. Vasyliiev, M.V. Konkova. Urgent drainage interventions as a direction to improvement treatment tactics at the patients with necrotic pancreatitis

S.G. Chetverikov. Videothoracoscopic operations in surgery of lung echinococcosis

A.G. Visotskiy, A.G. Grintsov, G.A. Grintsov, O.V. Yaroshenko, D.V. Vegner. The comparison of auxiliary minithoracotomy and videothoracoscopic approaches in the treatment of bullous lung emphysema

O.M. Vavrynychuk, O.M. Yuz'ko, T.A. Yuz'ko, O.Ya. Petraniuk. Criteria for choice of patients for organ-saving laparoscopic operations at tubal pregnancy

P.H. Kondratenko, Ye.Ye. Radenko. Mini-invasive surgical interventions at acute gastroduodenal hemorrhage

N.M. Rozhkovska, L.M. Popova, Y.S. Mozhovy. The uterine artery embolization – surgical alternative to hysterectomy in treatment of patients with uterus myoma

I.S. Vardynets', O.M. Kit, Y.M. Harasymchuk, O.B. Moroz, O.M. Ostapiuk. Place of laparoscopic cholecystectomy in treatment of patients with acute cholecystitis

V.A. Andreychyn. Clinical application of miniinvasive method of taking and transplantation of autologous bone marrow at long bone fractures with reparative regeneration disturbances

O. L. Nesterenko. Endoscopic hemostasis possibilities at acute gastroduodenal ulcer bleedings

О.О. Воровський, Ю.В. Бабійчук, О.Д. Сташко, Ф.Ф. Верещакін, Я.В. Карий. Вибір методу хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби у хворих похилого та старечого віку

177

В.В. Твердохліб, А.І. Мисак, Л.В. Шкробот, В.В. Мельничук. Нові підходи до лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

182

А.А. Хлопась. Досвід використання малоінвазивної сафенектомії при неускладненій варикозній хворобі

184

С.П. Польова, В.П. Польовий. Порівняльна оцінка ефективності лікування доброякісних кіст яєчника методами традиційної та лапароскопічної кістектомії

186

О.Г. Дикий. Вибір місця та доступу при лапароскопічній адгезіотомії

188

O.O. Vorovskiy, Y.V. Babiychuk, O.D. Stashko, F.F. Vereschagin, Y.V. Kary. The choice of surgical method of treatment of bilecalculous disease in elderly patients

V.V. Tverdokhlib, F.I. Mysak, L.V. Shkrobot, V.V. Melnychuk. New approaches to the treatment of patients with benign prostatic hyperplasy

A.A. Rhlopas'. Experience of mini-invasive safenectomy application at uncomplicated varicosis

S.P. Poliova, V.P. Poliovy. Comparative evaluation of effectiveness of benign ovary cysts treatment by methods of traditional and laparoscopic cystectomy

O.H. Dyky. Choice of place and approach at laparoscopic adhesiotomy

ОГЛЯДИ

REVIEWS

А.Ф. Елін. Ускладнення при черезшкірному декомпресійному дрениванні у хворих з обтураційною жовтяницею та способи їх профілактики (огляд літератури)

192

A.F. Elin. Complication in the intercutaneous decompressive drainage in patients with obstructive jaundice and methods of their prophylaxis (review)

ПОВІДОМЛЕННЯ

REPORTS

Ю. В. Грубнік, В. А. Фоменко, О. Б. Зубков. Торакоскопічна стовбурова ваготомія в лікуванні хворих з пептичною виразкою гастроентероанастомозу

197

Y.V. Grubnik, V.A. Fomenko, O.B. Zubkov. Thoracoscopic truncal vagotomy in treatment of patients with peptic ulcer of gastroenteroanastomosis.

Ф. І. Костєв, Р.А. Луньов. Значення внутрішнього дренивання верхніх сечових шляхів у лікуванні гострого гестаційного пієлонефриту

200

F.I. Kostiev, R.A. Lunyov. The role of internal drainage of upper urine system in treatment of acute gestative pyelonephritis

Л.М. Рак. Ендоскопія і мікрохірургія при безплідді в програмі допоміжних репродуктивних технологій

203

L.M. Rak. Endoscopy and microsurgery at sterility at the program of supplementary reproductive technologies

І.С. Вардинець, Ю.М. Герасимчук, В.В. Мельничук, С.І. Дуць. Особливості про-

I.S. Vardynets, Y.M. Herasymchuk, V.V. Melnychuk, S.I. Duts. Peculiarities of

ведення інтраопераційної фіброгастроуденоскопії при виконанні лапароскопічного холедоходуоденального стентування

206

intraoperative fibrogastroduodenoscopy at performance of laparoscopic choledochoduodenal stenting

В.М. Кузьмич, Ю.С. Семенюк, І.К. Марчук, І.В. Барчук, І.С. Свентозельський. Досвід малоінвазивних методів лікування травми грудної клітки в Рівненській обласній клінічній лікарні

209

V.M. Kuzmych, Y.S. Semeniuk, I.K. Marchuk, I.V. Barchuk, I.S. Svientozelsky. Experience of mini-invasive methods of treatment of thoracic treumas in rivne regional clinical hospital

В.В. Мальований, О.В. Береговий, Л.В. Шкробот, А.М. Григоренко, П.Й. Вівчар. Діагностично-хірургічна торакоскопія в лікуванні спонтанного пневмотораксу

211

V.V. Malyovany, O.V. Berehovy, L.V. Shkrobot, A.M. Hryhorenko, P.Y. Vivchar. Diagnostic-surgical thoracoscopy in treatment of the spontaneous pneumothorax

Ю.С. Семенюк, В.А. Федорук, М.А. Мендель, О.В. Потійко, І.В. Сидорук. Доопераційне обґрунтування вибору довжини мінімального підреберного міжм'язового доступу при холецистектомії у хворих з гострим холециститом

213

Yu.S. Semenjuk, V.A. Fedoruk, N.A. Mendel, O.V. Potiyko, I.V. Sydoruk. Preoperative substantiation of choice of minimum subcostal intermuscular access length at cholecystectomy in patients with acute cholecystitis

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР

Л.Я.Ковальчук

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО

РЕДАКТОРА

Ю.Т.Коморовський

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В.В.Бігуняк (відповідальний редактор)

В.В. Бойко

Ю.І.Бондаренко

Є.М. Боровий

І.К. Венгер

О.Ф.Возіанов

В.Б. Гощинський

М.С.Гнатюк

І.Я.Дзюбановський (відповідальний секретар)

В.І. Дрижак

Ю.О.Зозуля

В.Й.Кімакович

О.М.Кіт

Г.В.Книшов

М.О.Ляпіс

Ф.Г.Назіров

М.Ю.Ничитайло

В.Л.Новак

В.Ф.Саєнко

В.О.Шідловський

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х.А. Акілов (Ташкент)

Д.Є.Бабляк (Львів)

М.М.Бондаренко (Дніпропетровськ)

М.М.Велигоцький (Харків)

М.М.Волобуєв (Сімферополь)

І.І. Гук (Відень)

В.В.Грубник (Одеса)

М.П.Захараш (Київ)

В.М.Короткий (Київ)

В.І.Мамчич (Київ)

І.І.Мітюк (Вінниця)

О.С.Ніконенко (Запоріжжя)

О.О.Ольшанецький (Луганськ)

М.П. Павловський (Львів)

А.П.Радзіховський (Київ)

М.І. Тутченко (Київ)

П.Д.Фомін (Київ)

В.І.Цимбалюк (Київ)

М.Г.Шевчук (Івано-Франківськ)

І.В.Ярема (Москва)

Журнал включено до Переліку № 1 наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватись результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня кандидата та доктора наук (додаток до Постанови Президії ВАК України від 9.06.99 № 1 – 05/7)

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3024 від 27.01.1998 р.

Адреса редакції : *майдан Волі, 1, м.Тернопіль, 46001,*

медична академія, наукова частина,

журнал “Шпитальна хірургія”.

Тел.(0352) 22-45-54, 26-81-80, 26-81-48, 26-10-20.

ДО УВАГИ АВТОРІВ !

При підготовці матеріалів до журналу просимо дотримуватись таких вимог:

1. Стаття повинна супроводжуватись відношенням установи, в якій вона написана, з рекомендаціями до друку, висновком експертної комісії, підписами наукового керівника або керівника установи, які завірені печаткою. Під текстом обов'язкові підписи всіх авторів з зазначенням, що дана робота раніш не подавалась до друку в інші видавництва. Окремо необхідно вказати ім'я, по-батькові, посаду, науковий ступінь чи вчене звання автора, його адресу, телефон, факс чи адресу електронної пошти, за якими можна вести листування.

2. Текст статті треба друкувати з одного боку на стандартному аркуші (формату А4) через 2 інтервали (28-30 рядків на сторінці). Обсяг оригінальної статті, включаючи рисунки, літературу, резюме, не повинен перевищувати 7-8 сторінок, обсяг огляду літератури, лекцій -10 сторінок машинопису, короткого повідомлення та рецензії-3-5 сторінок. Стаття надсилається у 2-х примірниках.

3. Матеріал статті також обов'язково повинен бути поданим на дискеті 3,5 за стандартом IBM в кодах ASCII (альтернативний) в редакторі Word версії 6 чи вище, в наступній послідовності:

УДК

а) прізвище та ініціали авторів;

б) назва статті;

в) назва установи, з якої виходить робота;

г) резюме статті (20-25 рядків, обґрунтування методики, результати дослідження) українською, російською та англійською мовами. В кожному резюме вказується назва статті;

д) ключові слова- українською, російською, англійською мовами;

е) **текст статті (опис оригінальних та експериментальних досліджень) має бути побудований таким чином:**

- постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
- аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які опирається автор; виділення невирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
- формулювання цілей статті (постановка завдання);
- виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
- висновки з даного дослідження і перспективи подальших досліджень у даному напрямку;
- **кожен із цих розділів потрібно виділити.**

є) перелік використаної літератури (за вимогами Держстандарту) в алфавітному порядку;

ж) адреси авторів.

4. Статті в журналі друкуються тільки українською мовою.

5. Ілюстрації до статті (діаграми, графіки, фотографії, таблиці) надсилати у 2-х примірниках.

Розміри фотографій -13x18, 9x12, 6x9 см. На звороті кожної ілюстрації потрібно вказати номер, прізвища авторів і відмітки "Вверх", "Низ". У підписах до мікрофотографій вказувати збільшення (окуляр, об'єктив) і метод фарбування (імпрегнації) матеріалу. Фотографії повинні бути контрастними, на тонкому глянсовому папері, малюнки -чіткими, креслення діаграми - виконані тушшю.

6. Усі позначення мір (одиниці різних величин, цифрові дані клінічних і лабораторних досліджень) подавати відповідно до міжнародної системи одиниць (СІ), терміни -з урахуванням міжнародної класифікації хвороб.

7. В описі експериментальних досліджень вказувати вид, стать кількість тварин, методи анестезії при маніпуляціях, пов'язаних із завданням тваринам болю, метод умертвіння їх або взяття в них матеріалу для лабораторних досліджень відповідно до правил гуманного ставлення до тварин. Назви фірм і апаратів потрібно наводити в оригінальній транскрипції.

8. Редакція виправляє термінологічні та стилістичні помилки, усуває зайві ілюстрації, скорочує текст.

9. Статті, оформлені без дотримання наведених правил, не реєструються.

10. Публікація матеріалів в журналі платна. Оплата здійснюється після рецензування статті, про що авторів повідомляють додатково. Кошти за опублікування матеріалів просимо перерахувати на такі реквізити:

Одержувач платежу Тернопільська державна медична академія

Банк: УДК в Тернопільській області МФО 838012

Рах. № 35224001000151 Код 02010830

В призначенні платежу обов'язково вказати:

За друк статті в журналі "Шпитальна хірургія".

Копію квитанції просимо надсилати на адресу редакції:

Редакція журналу "Шпитальна хірургія",

Тернопільська державна медична академія,

Майдан Волі 1, м. Тернопіль, 46001.

Бажаємо успіху!

До відома авторів!

*Рішенням Президії ВАК України
журнал “Шпитальна хірургія”
перереєстровано і внесено до переліку
видань, у яких можуть публікуватися
основні результати дисертаційних
робіт з хірургії.*

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ
“ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ”

Передплатний індекс
22610

Наша адреса:

*46001, м.Тернопіль, майдан Волі 1, медична академія,
журнал “Шпитальна хірургія”.*

Тел. (0352) 22-45-54, 26-81-80, 22-97-29, 26-10-20

2/2004 2/2004

2/2004 2/2004

2/2004 2/2004

Редактор Л.А. Данилевич
Технічний редактор С.Т. Демчишин
Комп'ютерна верстка О.Й. Ревак

**Підписано до друку 15.03. 2004. Формат 60×84/8. Папір офсетний № 1.
Гарнітура Times Neu Roman. Друк офсетний.
Ум. др. арк. 24,87 Обл.-вид. арк. 21,34 Наклад 300. Зам. 66.**

**Оригінал-макет підготовлений у відділі комп'ютерної верстки
видавництва “Укрмедкнига”.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.
Надруковано в друкарні видавництва “Укрмедкнига”.
Майдан Волі, 1, м. Тернопіль, 46001, Україна.**

УДК 616-089.819

Симультанні операції в лапароскопічній хірургії. Наш досвід та перспективи

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, А.В. СКУМС, В.В. ДЯЧЕНКО, О.М. ЛИТВИНЕНКО, П.В. ОГОРОДНИК, І.П. ГАЛОЧКА, О.П. КОНДРАТЮК, О.І. ЛИТВИН, Л.М. НИЧИТАЙЛО

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, м.Київ

SIMULTANEOUS OPERATIONS IN LAPAROSCOPIC SURGERY. OUR EXPERIENCE AND PERSPECTIVES

M.Y. NYCHYTAYLO, A.V. SCOOMS, V.V. DIACHENKO, O.M. LYTVYNENKO, P.V. OHORODNYK, I.P. GALOCHKA, O.P. KONDRATIUK, O.I. LITVIN, L.M. NYCHYTAYLO

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine, Kyiv

Проаналізовано досвід виконання симультанних лапароскопічних операцій у 331 хворого, що знаходилися на лікуванні в відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу ІХТ АМН України за період з червня 1993 по січень 2004 рр. Симультанні операції виконані з приводу різних форм жовчнокам'яної хвороби та іншої поєднаної патології органів черевної порожнини, заочеревинного простору і передньої черевної стінки. Виконання симультанних операцій, як правило, несуттєво збільшуючи загальну тривалість основного етапу, незначно впливає на тривалість післяопераційного періоду та строки реабілітації пацієнтів, частоту інтра- та післяопераційних ускладнень. Автори вважають доцільним виконання одномоментних лапароскопічних поєднаних операцій у хворих з поєднаною хірургічною патологією органів черевної порожнини.

Authors had performed laparoscopic cholecystectomy with other simultaneous operations in 331 patients who were treated in the department of laparoscopic surgery and cholelithiasis of Institute of surgery and transplantology of AMS of Ukraine from June 1993 to January 2004. Laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty are the two most frequently performed surgical interventions. The synchronical operation can give all the advantages of the miniinvasive technique. There were neither intra-, nor postoperative complications. Authors conclude that the simultaneous laparoscopic operations should be the method of choice because it is more preferable for patients with calculous cholecystitis and other surgical pathology.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. В останні роки збільшився інтерес до поєднаних (симультанних) операцій, якими є оперативні втручання, що виконуються одночасно на двох чи більше органах з приводу різних захворювань [1]. Суттєвою перевагою відеоендоскопічних методик є можливість повноцінної ревізії черевної порожнини та одночасної хірургічної корекції поєднаної патології без додаткової операційної травми черевної стінки. За даними ВООЗ (1999), у 20–30% хворих, що підлягають оперативному лікуванню, виявляється ще одне або декілька захворювань, котрі потребують хірургічного лікування. Однак, в середньому лише у 6 % таких пацієнтів виконуються одномоментні втручання [2]. Частота поєднаної хірургічної патології, за даними різних

авторів, складає від 0,5 до 16 % [2,3,7]. За даними деяких авторів, у 2–5 % хворих, яким була виконана лапароскопічна холецистектомія з приводу жовчнокам'яної хвороби, протягом першого року виявляється інша патологія органів черевної порожнини, причому в 30–46 % з них – злоякісний процес [4]. Ця обставина вимагає необхідності ретельного обстеження хворих як перед операцією, так і повноцінної інтраопераційної ревізії.

Виконання симультанних операцій стало можливим завдяки вдосконаленню техніки ендоскопічних втручань і є перспективним напрямком сучасної хірургії. Проте, в літературі відсутня єдина хірургічна доктрина проведення симультанних лапароскопічних втручань у хворих з поєднаною патологією органів черевної порожнини та малого таза,

чітко не сформульовані показання та протипоказання до їх виконання, не визначені їх переваги та недоліки.

Це спонукало нас до проведення аналізу результатів симультанних оперативних втручань, частоти ускладнень, безпосередніх та віддалених результатів, а також економічного ефекту.

Матеріали та методи. За період з червня 1993 по січень 2004 рр. в клініці ІХТ АМН України у 331 хворого виконані симультанні операції (СО) з приводу поєднаної патології органів черевної порожнини, заочеревинного простору, передньої черевної стінки та екстраабдомінальної патології, причому в 296 випадках весь об'єм оперативного втручання був виконаний з лапароскопічного, а в 35 – з комбінованого (лапароскопічного та відкритого) доступів. Вік хворих – від 17 до 82 років (в середньому 49,5 років). В переважній більшості були пацієнти жіночої статі – 279 (85,0 %), чоловіків – 49 (15,0 %). Передопераційне обстеження, крім загальноприйнятого при ЖКХ, у випадках наявності клінічної симптоматики патології інших органів, доповнювалось спеціальними методами діагностики. Перед операцією та інтраопераційно з метою попередження розвитку гнійних ускладнень проводили антибіотикопрофілактику, а при наявності показань продовжували її в післяопераційному періоді.

Лапароскопічні втручання проводились під ендотрахеальним наркозом на відеоконцентрах фірм “Wolf” та “Karl Storz”.

Точки введення лапароскопічних інструментів визначались залежно від характеру виявленої до операції поєднаної патології та почерговості етапів операції.

Результати досліджень та їх обговорення.

У всіх пацієнтів була жовчнокам'яна хвороба з ускладненнями та інші доброякісні захворювання жовчного міхура, з приводу яких виконувалась ЛХЕ, тому дана операція була основним етапом втручання. Найбільш часто виконувалась лапароскопічна холецистектомія в поєднанні з різними видами пластики (пре- та інтраперитонеальна) гриж передньої черевної стінки – 151 випадок, що склало 45,6 % СО. Крім того, поряд з ЛХЕ виконувались: видалення та фенестрація кіст печінки (47), з яких 3 перицистектомії ехінококової кісти, видалення гемангіом та аденом печінки (20), роз'єднання міхурово-дуоденальних (14) та міхурово-товстокишкових (2) нориць з інтракорпоральним накладанням кишкового шва, апендектомія (6); серед гінекологічних – цистоварієктомія (21), фенестрація кіст яєчників (9), тубоварієктомія (5) та ін. (табл. 1). Серед СО, виконаних з використанням комбінованого доступу, слід відмітити: герніопластика син-

Таблиця 1. Характер симультанних операцій з лапароскопічного доступу

Операції	Число
ЛХЕ, пластика пупкового кільця	91
ЛХЕ, пластика білої лінії живота	29
ЛХЕ, преперитонеальна пластика пахової грижі	5
ЛХЕ, інтраперитонеальна пластика пахової грижі	10
ЛХЕ, видалення гемангіоми печінки	16
ЛХЕ, видалення аденоми печінки	4
ЛХЕ, фенестрація кіст печінки	37
ЛХЕ, видалення кісти печінки	7
ЛХЕ, перицистектомія ехінококової кісти печінки	3
ЛХЕ, роз'єднання міхурово-дуоденальної нориці з інтракорпоральним ушиванням стінки кишки	14
ЛХЕ, роз'єднання міхурово-товстокишкової нориці з інтракорпоральним ушиванням товстої кишки	2
ЛХЕ, апендектомія	6
ЛХЕ, видалення кісти надниркової залози	1
ЛХЕ, видалення аденоми правої надниркової залози	2
ЛХЕ, видалення додаткової підшлункової залози стінки шлунка	1
ЛХЕ, видалення кісти селезінки	2
ЛХЕ, вісцероліз	27
ЛХЕ, цистоварієктомія	21
ЛХЕ, фенестрація кіст яєчників	9
ЛХЕ, тубоварієктомія	5
ЛХЕ, стерилізація	1
Всього...	293

тетичною сіткою (16), венектомія (6), абдомінопластика у хворих з морбідним ожирінням (4), надвагінальна ампутація матки (6), ампутація шийки матки з кольпорафією при її випаданні (1) та ін.

За нашими даними, частота виконання симультанних операцій з лапароскопічного доступу складала 3,6 % від загального числа ЛХЕ (9124) і це свідчить про доцільність подальшого вдосконалення якості доопераційної діагностики та хірургічної тактики. Звичайно, що частота виконання симультанних операцій залежить від досвіду та кваліфікації хірурга, його ставлення до доцільності одномоментної корекції декількох захворювань, а також від якості їх до- та інтраопераційної діагностики. Серед прооперованих нами 331 пацієнтів з поєднаною патологією наявність її до операції встановлено у 229 (69,2 %) хворих, а у 102 (30,8 %) – виявлено під час інтраопераційної ревізії.

З використанням комбінованого доступу СО виконані у 35 (10,7 %) хворих. Спочатку проводили ЛХЕ, а потім операцію з приводу поєднаної патології з лапаротомного чи мінілапаротомного доступу. Винятком були хворі з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок (6), яким спочатку виконували операцію Тренделенбурга.

Специфічних ускладнень, конверсійних лапаротомій та летальних випадків під час виконання СО не було. Серед неспецифічних ускладнень спостерігали 2 випадки нагноєння післяопераційної рани в ділянці параумбілікального доступу. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі після симультанних лапароскопічних втручань суттєво не змінилася і склала $(5,3 \pm 0,7)$ ліжко-дні, тобто пацієнти були виписані приблизно в ті ж строки, що й після ізольованої ЛХЕ.

Виконуючи супутню пластику пупкового кільця та білої лінії живота у 120 хворих, ми застосовували методику герніолапароскопії, при якій перший троакар вводили через грижові ворота і після виконання основного етапу операції проводили герніопластику. Аналізуючи власний досвід СО, ми встановили, що виконання герніопластики в поєднанні з ЛХЕ суттєво не впливає на інтенсивність післяопераційного болю та строк трудової реабілітації. Як і Simon E. et al. (1999) [6], ми вважаємо, що симультанне виконання ЛХЕ і лапароскопічної герніопластики повинно бути методом вибору у хворих з даною поєднаною патологією. Проте, лапароскопічна герніопластика вважається більш трудомісткою процедурою порівняно з відкритим “tension-free” методом, тому виконання обох операцій в лапарос-

копічному варіанті повинно здійснюватися тільки досвідченими хірургами з навиками в лапароскопічній пластиці гриж [5].

Нориці між жовчним міхуром та тонкою чи товстою кишкою не вважаємо показанням до конверсії, за виключенням випадків, коли внаслідок гострої чи хронічної запальної інфільтрації стінки кишки та її ригідності накладання швів є ризикованим.

При ехінококових кістах печінки прагнемо виконувати перицистектомію, якщо розмір кісти незначний (до 5–7 см), та їх поверхневій локалізації в доступних сегментах печінки (III, IV, V та VI сегменти). Проте, маємо спостереження успішної перицистектомії ехінококової кісти діаметром 7 см, з локалізацією в VIII сегменті та інтимно зв'язаною з правою печінковою веною і гілками правої ворітної вени.

Особливо складним є питання одночасної корекції патології органів малого таза у жінок. Доцільність та вибір об'єму втручання повинні узгоджуватись сумісно з гінекологом після всебічного обстеження пацієнтки [8].

Як і будь-яке хірургічне втручання, виконання СО має ряд позитивних та негативних моментів. Негативними сторонами можна вважати збільшення тривалості втручання (в середньому на 25-30 %) та, в деяких випадках, технічні труднощі. Збільшення тривалості симультанного втручання (тривалість СО складала $(83,1 \pm 14,2)$ хв компенсується скороченням періоду тимчасової непрацездатності.

Аналіз перебігу віддаленого післяопераційного періоду шляхом анкетування 207 хворих показав, що виконання симультанних лапароскопічних оперативних втручань не призводить до збільшення тривалості тимчасової непрацездатності і зниження якості життя хворих, а кількість ускладнень у віддаленому післяопераційному періоді навіть нижча.

Таким чином, виконання симультанних лапароскопічних оперативних втручань дозволяє ефективно здійснювати одномоментне хірургічне лікування поєднаних захворювань органів черевної порожнини, малого таза та передньої черевної стінки без значного збільшення тривалості операції та її травматичності, позбавляючи хворого одразу від декількох захворювань, усуваючи ризик повторних втручань та наркозів, зменшуючи кількість інтра- та післяопераційних ускладнень, скорочуючи строк перебування хворого в стаціонарі і тимчасової непрацездатності, а також підвищуючи якість життя пацієнтів.

Висновки. 1. Висока частота (3,6 %) поєднаної з жовчнокам'яною хворобою хірургічної патології органів черевної порожнини вимагає необхідності ретельного обстеження хворих на доопераційному етапі та повноцінної інтраопераційної ревізії

під час лапароскопічної холецистектомії. 2. Симультанні лапароскопічні операції, як правило, незначно збільшуючи загальну тривалість основного етапу, не збільшують травматичність втручання та термін перебування хворого в стаціонарі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Поташов Л.В., Васильев В.В., Савранский В.М. и соавт. Использование лапароскопических методов при сочетанных операциях // Вестник хирургии им. Грекова. – 1997 – Т. 156, № 6.-С. 16-18.
2. Сахаутдинов В.Г., Галимов О.В., Праздников Э.Н. и др. Особенности выполнения сочетанных лапароскопических вмешательств // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 3. – С. 22–23.
3. Стебунов С.С., Занько С.Н., Лызииков А.Н., Лызииков А.А. Симультантные операции при лапароскопической холецистэктомии// Эндоскопическая хирургия 1998. – № 3. – С. 18–20.
4. Denning D.A, Lipshy K.A. Missed pathology following laparoscopic cholecystectomy: a cause for concern? // Am. Surg. – 1995. – Vol. 61, № 2. – P. 117-120
5. Sarli L., Villa F., Marchesi F. Hernioplasty and simultaneous laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized study of open tension-free versus laparoscopic inguinal hernia repair // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. – 2001. –Vol. 11, № 2. – P. 115-117.
6. Simon E., Kelemen O., Knausz J., Bodnar S., Batorfi J. Synchronously performed laparoscopic cholecystectomy and hernioplasty // Acta Chir. Hung. – 1999. –Vol. 38, № 2.– P. 205-207.
7. Zhonghua Wai Wang Q., Deng S., Li E. Combined laparoscopic surgery // Ke Za Zhi. – 1997. – Vol. 35, № 2. – P. 84-88.
8. Гладчук І.З., Каштальян М.А. Симультанні лапароскопічні операції при поєднанні жовчнокам'яної хвороби та хірургічної патології жіночих статевих органів // Шпитальна хірургія. – 2000. – №4. – С.37-39.

УДК: 616.366-002-073.4-8-615.837.3

Хірургічна тактика при порожнинних утвореннях у хворих на гострий панкреатит

П.Г. КОНДРАТЕНКО, М.В. КОНЬКОВА, О.О. ВАСИЛЬЄВ, О.І. ЛИТВИНОВ

Донецький державний медичний університет

SURGICAL TACTICS AT CAVITARY FORMATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

P.H. KONDRATENKO, M.V. KONKOVA, O.O. VASYSIEV, O.I. LYTVINOV

Donetsk State Medical University

Вивчені результати лікування 149 хворих з наявністю порожнинних утворень у хворих на гострий панкреатит. У хворих з наявністю кіст та абсцесів, з наявністю вільного згущення рідини виконували пункцію та дренивання порожнин під ультразвуковим контролем. Промивання порожнин виконували розчином 0,05 % водного хлоргексидину, 1 % діоксидину, натрію гіпохлориту. Контроль проводили сонографічно. Ефективність малоінвазивних втручань під УЗ-контролем складала – 95 %. Ускладнень було – 3,6 %. Летальних випадків не було.

The results of treatment of 149 patients with presence of cavitory formations at the patients with acute pancreatitis are investigated. At the patients with presence of pseudocysts and abscesses, presence of free congestion of a liquid carried out puncture and drainage of cavities under the ultrasonography control. Washing of cavities carried out by solution of chlorhexidine 0,05 %, dioxidine 1 % natrium hypochloritis. The sonographic-control was carried out. The efficiency of miniinvasive surgery under the US-control was 95 %. Complications were 3,6 %. Lethal outcomes were not fixed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Гострий панкреатит є складною проблемою екстреної хірургії, що зв'язано з високою частотою його в структурі хірургічних захворювань органів черевної порожнини, можливістю розвитку тяжких ускладнень, високою летальністю, що при деструктивних формах, за даними різних авторів, досягає 30-80 % [1,3,4]. У той же час питання діагностики і тактики лікування гострого панкреатиту залишаються ще не до кінця вирішеними [4,5]. Незадовільні результати хірургічного лікування обумовлені пізньою діагностикою та неадекватним вибором лікувальної тактики при деструктивних формах панкреатиту. Використання інтенсивної інфузійної, медикаментозної терапії при гострому деструктивному панкреатиті дозволяє знизити летальність на початкових стадіях захворювання. Однак інфікування зони некрозу, що спостерігається в 30-70% пацієнтів, значно погіршує прогноз. Несвоєчасне виконання оперативного втручання призводить до збільшен-

ня летальності, до 30 % та більше [5,6,7]. Застосування малоінвазивних хірургічних втручань дозволяє значно поліпшити результати лікування та знизити летальність при деструктивному панкреатиті з порожнинними рідинними утвореннями.

Мета. Оцінити роль малоінвазивних втручань у хірургічній тактиці лікування порожнинних утворень у хворих на гострий панкреатит.

Матеріали і методи. Малоінвазивні втручання виконано 149 хворим з порожнинними утвореннями при деструктивному панкреатиті (47 жінок й 102 чоловіки) у віці від 23 до 67 років, що знаходилися в клініці госпітальної хірургії та ендоскопії Дон ДМУ. Сонографічні дослідження й малоінвазивні втручання проводилися на апаратах ULTRAMARK-4 PLUS (ATL, США) і SONOACE-6000 CMT (MEDISON, Корея) з використанням кольорового триплексного сканування й енергетичного доплерівського дослідження.

Ультразвукові дослідження проводилися за екстреними показаннями без попередньої підготовки.

Пункційні втручання під сонографічним контролем проводилися набором пункційних голок розміром 18-20 g та дренажів типу "pig tail" діаметром 6-9 Fr за методом "free hand" із дотриманням правил асептики й антисептики, під місцевою анестезією, після премедикації (атропін 0,1 %-1 мл, промедол 2 %-1мл, сибазон 0,5 %-2 мл, димедрол 1 %-1 мл). Варіант доступу визначався локалізацією та розмірами порожнинного утворення. Точка для пункції вибиралася по найкоротшій відстані від шкіри до порожнинного утворення, минаючи судини та органи, переважно через малий сальник, шлунково-ободову зв'язку.

Результати досліджень та їх обговорення.

При сонографії виявлені наступні ускладнення гострого панкреатиту (149 хворих):

1. Оментобурсит – 47 (31,5 %) хворих.
2. Псевдокіста підшлункової залози – 55 (36,9 %) хворих:
 - одиничні кісти – 43 хворих;
 - множинні кісти – 12 хворих.
3. Панкреатогенний абсцес – 26 (17,4 %) хворих.
4. Скупчення рідини в заочеревинному просторі – 21 (14,1 %) хворих:
 - парапанкреатичне
 - параколичне

При оментобурситі (47 хворих) виконували пункцію й дренажування чепцевої сумки дренажами з пам'яттю форми № 9 Fr із бактеріологічною і біохімічною верифікацією ексудату. Пункцію й дренажування здійснювали через малий сальник (40 хворих), шлунково-ободову зв'язку (7 хворих) переднім доступом. При наявності гнійного випоту в чепцевій сумці без ознак генералізації процесу по черевній порожнині проводимо дренажування чепцевої сумки дренажами більшого діаметра (№ 12-14 Fr). Чепцеву сумку промиваємо 0,05 % розчином водного хлоргексидину. Терміни дренажування склали від 5 до 28 діб, визначалися кількістю вмісту та зникненням порожнини за даними ультразвукового дослідження.

При наявності гострої псевдокісти підшлункової залози більше 3 см у діаметрі проводимо пункцію й дренажування дренажами № 6-7 Fr

з наступним бактеріологічним і біохімічним дослідженням. Звичайно дренажування здійснювали через малий сальник, шлунково-ободову зв'язку, а 3 хворим - трансгастрально. Здійснювали лаваж порожнини кісти розчинами 0,05 % хлоргексидину, натрію гіпохлориту для зовнішнього застосування, 1 % діоксидину. Після втручання кількість вмісту кісти складала від 30 до 1000 мл на добу. Наявність великої кількості вмісту з порожнини псевдокісти і відсутність тенденції до його зменшення вказували на можливість зв'язку порожнини псевдокісти з протоковою системою підшлункової залози. Таким хворим виконували ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, папілосфінктеротомію, вірсунготомію (залежно від показань). 5 хворим, у яких кількість вмісту складала від 300 до 650 мл, через місяць після втручання був проведений курс гіпосекреторної терапії сандостатином по 200 мкг протягом 7 діб, що привело до ліквідації вмісту та порожнини при сонографії, після чого дренаж видалявся.

Дренажування припиняли при відсутності запальної рідини протягом 3 діб та невізуалізації порожнинного утворення при сонографії. Мінімальні терміни дренажування – 7 діб, максимальні – 6 місяців. При відсутності ознак зв'язку кісти з протоковою системою, після зникнення явищ гострого панкреатиту, проводили склерозуючу терапію введенням у порожнину кісти 70 % етилового спирту, бетадину.

У хворих, при наявності, за даними сонографії, абсцесу до 3 см у діаметрі проводили тільки пункцію з аспірацією вмісту та санацією порожнини розчином 0,05 % водного хлоргексидину. Таких хворих було 5. 21 пацієнту з розмірами абсцесу від 35 до 90 мм у діаметрі проводили пункцію й дренажування абсцесу через малий сальник, шлунково-ободову зв'язку. Усім хворим виконували бактеріологічне дослідження вмісту. Проводили санацію порожнини 3-4 рази на добу розчинами 0,05 % хлоргексидину, натрію гіпохлориту для зовнішнього застосування, 1 % діоксидину. Термін дренажування: від 3 до 21 доби.

При виявленні вільного скупчення рідини в заочеревинному просторі встановлювали не менше 2 дренажів (№ 18-20 Fr), починаючи з зони менш вираженої ексудації. Проводили промивання порожнини розчинами 0,05 % хлоргексидину, застосовували проточно-про-

мивну систему. Термін дренивання - не менше 7 діб. При септичній флегмоні та поширенні гнійного процесу застосовували селективні люмботомні доступи з дрениванням заочеревинного простору. Контроль ефективності здійснювали сонографічно.

Ефективність малоінвазивних втручань склала 95 %.

Нормалізацію стану хворих з оментобурситами та псевдокістами підшлункової залози після пункційного дренивання спостерігали через 3-4 доби. У 119 пацієнтів (81 %) – черезшкірні пункційно-дренувальні втручання були остаточним засобом лікування, що дозволило досягти повного одужання пацієнтів. У 13 хворих (9 %) це втручання застосоване

як підготовка до радикальної операції - некректомії в більш пізній термін.

У 2 хворих (3,6 %) із псевдокістами виник рецидив захворювання, що було обумовлено ранньою евакуацією дренажів. Повторні пункції з дрениванням привели до одужання. Летальних випадків не було.

Висновки. 1 Проведене нами дослідження свідчить про високу ефективність малоінвазивних втручань під контролем ультразвуку у хворих з порожнинними утвореннями при гострому панкреатиті. 2. Такі втручання можуть застосовуватися як самостійний спосіб хірургічного лікування, та як підготовка до радикального втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильєв О.О. Діагностична та інтервенційна сонографія гострого панкреатиту // Матеріали науково-практичної конференції "Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту" – Львів. – 2002. – С.79-83.
2. Конькова М.В. Нові можливості сонографії в діагностиці і лікуванні гострого панкреатиту. // Хірургія України. – 2003. – № 3(7). – С.42-45.
3. Павловський М.П., Коломійцев В.І., Переяслов А.А., Чуклін С.М. Використання мініінвазивних методів у лікуванні несправжньої кісти підшлункової залози.//Клін. хір. – 2003. – №1. – С.50-51.
4. Павловський М.П. Сучасна стратегія діагностики та ліку-

- вання хворих на гострий панкреатит. // Матеріали науково-практичної конференції "Актуальні питання діагностики та лікування гострого панкреатиту". – Львів. – 2002. – С.39-10.
5. Шалимов С.А., Радзиховський А.П., Ничитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. – К.: Наукова думка, 1990. – 272с.
 6. Buchler M.W., Gloor B., Muller C.A., Fries H., Seiller C.A., Uhl W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection // Ann. Surg. – 2000. – № 5. – P. 619-626.
 7. De Waele J.J., Hesse U.J., Pattyn P., Decruyenaere J., de Hemptinne B. Postoperative lavage and on demand surgical intervention in the treatment of acute necrotizing pancreatitis // Acta. Chir. Belg. – 2000. – Vol. 100, №1. – P. 16-20.

Результати та перспективи ендоскопічної хірургії в гінекології

В.Ф. МОСКАЛЕНКО, Б.М. ВЕНЦКІВСЬКИЙ, В.Г. ЖЕГУЛОВИЧ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

RESULTS AND PERSPECTIVES OF ENDOSCOPIC SURGERY IN GYNECOLOGY

V.F. MOSKALENKO, B.M. VENTSKIVSKY, V.G. ZHEGULOVYCH

National Medical University by O.O. Bohomolets

Узагальнений досвід 700 планових і ургентних лапароскопічних операцій на органах малого таза, виконаних у гінекологічних хворих за різними показаннями. Визначено основні переваги ендоскопічних втручань у порівнянні з лапаротомним доступом, перспективи методу.

In this article we can see the results of 700 planned and urgent laparoscopic operations on the organs of small pelvis, which were carried out according to different indications in gynecologic patients. There were determined the main advantages of the endoscopic interventions in comparison with laparotomic approach and perspectives of the method.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Сьогодні в Україні виникла надто складна демографічна ситуація. За останні 10 років народжуваність зменшувалася з 12,7 ‰ в 1990 році до рівня 7,7 ‰ в 2001 році, тобто на 39,4 % [6]. Динаміка спеціального показника плодовитості в Україні також погіршується. Якщо в 1990 році цей показник дорівнював 53,2 на 1000 жінок фертильного віку (15-49 років), то в 2001 році – всього 29,6 ‰, тобто зменшився на 44,4 % [6]. Негативні тенденції змін демографічних показників в Україні обумовлені багатьма чинниками, провідними з яких слід вважати погіршення соціально-економічних умов і підвищення гінекологічної захворюваності, особливо серед жінок репродуктивного віку [1].

Багато гінекологічних захворювань потребують планового чи ургентного хірургічного лікування. Найбільш складна проблема виникає при необхідності оперативних втручань у жінок з нереалізованою репродуктивною функцією, коли необхідно забезпечити адекватність операції і зберегти дітородні органи. Виконати одночасно ці дві умови традиційними хірургічними доступами і прийомами дуже важко [1, 3]. Впровадження нових технологій і, зокрема, застосування ендоскопічної хірургії значно полегшують вирішення даної проблеми та підви-

щують рівень надання хірургічної допомоги гінекологічним хворим. У сучасних умовах ендоскопічні втручання упевнено виходять на одне з провідних місць в оперативній гінекології [2,4]. Значну кількість гінекологічних операцій, які виконувались раніше тільки лапаротомним доступом, виявилось можливим відтворити ендоскопічно і з більш ефективними результатами [5]. У той же час, розширення можливостей лапароскопії в гінекології породжує безліч дискусійних питань щодо технічних прийомів і обсягу оперативного лікування при міомах матки, пухлинах і пухлиноподібних утвореннях яєчників, ендометріозі, при патології маткових труб, пороках розвитку й особливо – при наявності гнійних і спайкових процесів у порожнині малого таза.

На кафедрі акушерства і гінекології № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за останні п'ять років лапароскопічним доступом було виконано понад 700 оперативних втручань на органах малого таза у жінок. Ретроспективний аналіз дозволяє критично оцінити отримані результати і визначити подальші перспективи.

Насамперед визначається чітка тенденція росту кількості саме ургентних лапароскопічних втручань з 23 % у перший рік до 51 % за останній рік, що пов'язано не тільки з розширенням показань до

ендоскопічних операцій, але і зі збільшенням кількості спеціально навченого персоналу, здатного не тільки в денний час доби виконувати лапароскопічне втручання в адекватному обсязі. Найбільш ефективна з ургентних операцій – лапароскопія при апоплексії яєчника, як найменш травматичне втручання, що полягає в коагуляції місця апоплексії та евакуації крові з черевної порожнини. Швидка реабілітація хворих знижує середній ліжко-день при цій патології до 1,6. Прооперовано 47 жінок при порушенні цілісності кісти яєчника. Під час операцій зазвичай виконується вилущування капсули кісти з подальшою коагуляцією ложа. Щоб уникнути утворення спайок між яєчником, сальником і петлями кишечника при великій поверхній коагуляції, доцільне накладання ендошва. Середній ліжко-день при таких операціях складає 2,3.

При позаматковій вагітності обсяг операції залежить в основному від локалізації плідного яйця, характеру порушення цілісності плодонестилища й обсягу крововтрати. Ампулярна локалізація без порушення цілісності стінки труби дає можливість застосовувати метод “видавлювання” плідного яйця м’якими інструментами чи його вакуум-аспірацію з подальшим веденням метотрексату в черевну порожнину для консервативного лікування персистуючого трофобласту. Під час лапароскопії виконується вишкрібання стінок порожнини матки з наступною хромогідротубацією, в більшості випадків труби проходні. Якщо прогресуюча вагітність терміном до 6 тижнів локалізується у середній частині маткової труби, слід проводити лінійну туботомію з евакуацією плідного яйця і поверхневу дбайливу біполярну коагуляцію країв розрізу без накладання ендошвів. При прогресуючій вагітності 6 і більш тижнів при такій же локалізації найефективніший метод – резекція дистальної частини труби на рівні середини найбільш розширеної її частини. До тубектомії вдавалися тільки в крайньому випадку, коли труба на всьому протязі змінена і немає шансів на її реконструкцію, а також при відсутності бажання жінки мати ще дітей. Середній ліжко-день після таких операцій – 3,1. У випадках виконання органозберігаючих операцій на єдиній трубі вважаємо за доцільне проведення діагностичної лапароскопії в плановому порядку через 3-4 менструальних цикли після операції для вирішення принципового питання про проведення екстракорпорального запліднення.

Доцільність проведення лапароскопії й обсяги ендоскопічних втручань при гнійно-запальних

захворюваннях статевих органів і пельвіоперитонітах викликають багато дискусійних питань. У цих випадках лапароскопія дозволяє встановити точно і вчасно діагноз [1, 5]. Показаннями до проведення лапароскопії є: необхідність підтвердження діагнозу при загостреннях рецидивуючих і тривалих сальпінгітів і сальпінгоофоритів, піосальпінкси, тубооваріальні абсцеси, діагностовані за допомогою ультразвукового обстеження, а також пельвіоперитоніти. Усім хворим до проведення лапароскопічного втручання необхідно проводити комплексну протизапальну, дезінтоксикаційну й антибактеріальну терапію протягом 12-24 годин.

Обсяг лапароскопічного втручання визначається індивідуально протягом операції. У більшості хворих проводяться сальпінгооваріолізис, забір матеріалу для бактеріологічного дослідження і ретельна санація порожнини малого таза. Для дбайливого виділення придатків матки застосовуються тупі інструменти, аквадисекція озонованим розчином, а при наявності грубих спайок – ножиці і монополярний електрод. При сформованих піосальпінксах виконується туботомія з частковою резекцією маткової труби й у рідкісних випадках – тубектомія, коли можливість відновлення функції маткової труби в наступному малоймовірна, а ризик чи прогресування рецидиву гнійного процесу великий. При наявності гнійного тубооваріального утвору проводиться його спорожнювання шляхом пункції голкою великого діаметра через троакар чи передню черевну стінку під візуальним контролем лапароскопа, а потім вилущування капсули і коагуляція ложа. Операція завершується після ретельного промивання черевної порожнини озонованим фізрозчином і дренивання малого таза через фланки чи кольпотомну рану. Для розкриття тазових абсцесів при вираженому спайковому процесі ми неодноразово застосовували метод введення пальця хірурга в черевну порожнину через 10 мм троакарний отвір у надлобковій ділянці. У деяких випадках, на відміну від дистантного пальпаторного сприйняття інструментом, тільки безпосередня тактильна чутливість пальця дозволяє визначити істинні границі між маткою, інфільтрованою стінкою сигмоподібної кишки і власне стінкою абсцесу. Під контролем пальця можна розділити зазначені утвори, розкрити і дренивати абсцес без травми порожнистих органів і без переходу до лапаротомії.

З метою проведення візуального контролю за перебігом післяопераційного періоду в черевній

порожнині і корекції лікування у 11 хворих було проведено динамічні лапароскопії із санацією черевної порожнини і роз'єднанням "свіжих" спайок на другу і четверту добу після операції. Динамічну лапароскопію проводили під внутрішньовенним знеболюванням. Через "старі" отвори в черевній стінці вводили оптичний і маніпуляційний троакари. Операцію завершували створенням гідроперитонеума з додаванням антибіотиків.

Лікування лапароскопічним доступом у плановому порядку виконано у 385 хворих (55 %) – із приводу доброякісних новоутворень матки, придатків і в зв'язку з безплідністю трубного та перитонеального генезу (консервативна міомектомія, надпихова ампутація матки, гістеректомія, вентрофіксація матки лапароскопічним шляхом, різні модифікації операцій на трубах і яєчниках).

З планових лапароскопічних втручань найбільш ефективна операція видалення параоваріальної кісти – вилушування капсули з мезосальпінксу і коагуляція судинної ніжки. Ця органозберігаюча операція дозволяє відновити і зберегти нормальні анатомічні взаємини в малому тазу і максимально швидко повернути пацієнтку до трудової діяльності. Середній ліжко-день при таких операціях – 1,6.

Достатнього поширення набула лапароскопія в хірургічному лікуванні доброякісних пухлин яєчників. З метою виключення злоякісного процесу в ділянці придатків усім хворим перед плановою операцією варто проводити комплексну ультразвукову діагностику, фіброгастроскопію, іригоскопію і визначення онкомаркерів. Обсяг операції при доброякісних новоутвореннях яєчників визначається індивідуально. Найчастіше виконується резекція яєчників чи оварі-, аднексектомія. Ретроспективний аналіз віддалених результатів показав безліч негативних наслідків односторонньої оваріектомії. При ендоскопічному втручанні з приводу доброякісних новоутворень яєчників практично завжди існує можливість залишити хоча б невелику візуально здорову частину яєчника, що оперується, цього і слід прагнути.

Протипоказаннями до лапароскопічних операцій із приводу новоутворень яєчників, за літературними даними [2, 4, 5], є підозра на малігнізацію пухлини, наявність метастазів і великі розміри пухлини. У наших спостереженнях у 6 випадках була підозра на малігнізацію кістоми яєчника як діагностична знахідка під час операції. В усіх випадках була зроблена дбайлива одностороння аднексектомія з наступною контейнерною евакуацією за допомогою

пластикових пакетів з-під систем для гемотрансфузій, що відрізняються особливою міцністю. Гістологічні висновки у всіх випадках – граничні пухлини. Таким чином, обсяг операцій у молодих жінок був виправданий.

Цілком реальне лапароскопічне втручання при наявності однокамерних гладкостінних кістом великих розмірів з однорідним рідинним вмістом і сприятливими результатами додаткових методів обстеження. Нами проведені дві таких операції – прості серозні цистаденоми обсягом 3000 і 8000 мл. Були визначені технічні складності при створенні сприятливими результатами додаткових методів обстеження. Нами проведені дві таких операції – прості серозні цистаденоми обсягом 3000 і 8000 мл. Були визначені технічні складності при створенні пнеумоперитонеума і введенні першого оптичного троакара. Перфорація пухлини проводилася троакарном діаметром 5 мм зі швидкою заміною стилета на аспіратор, потім повна аспірація вмісту кістоми і відсікання від ніжки зі збереженням невеликої частини тканини яєчника без внутрішньої капсули біля власної зв'язки яєчника. Евакуація спорожненої кістоми здійснювалася через розширений до 20 мм троакарний отвір.

Велика роль лапароскопії в діагностиці і лікуванні зовнішнього генітального ендометріозу. Особливо це стосується так званих малих і середніх форм ендометріозу в жінок, що страждають від безплідності. При плановому оперативному лікуванні ми вважаємо за доцільне призначення короткого курсу гормонотерапії такій категорії хворих у доопераційному періоді, а після видалення вогнища рекомендуємо таким жінкам вагітніти з призначенням у другу фазу таких препаратів, як дюфастон, утрожестан. При тяжких формах ендометріозу, після повного видалення ендометрію вогнища, доцільне призначення антигонадотропінів (данол, дановал).

На особливу увагу серед операцій на матці заслуговує застосування лапароскопії при проведенні консервативної міомектомії. Лапароскопічна консервативна міомектомія виконана у 63 пацієнток. Витягування вилучених вузлів здійснювалось як через кольпотомний отвір, так і штопором через передню черевну стінку при невеликому розширенні троакарного отвору. Важливим моментом при виконанні цієї операції слід вважати відновлення всіх дефектів міометрія за допомогою лапароскопічних швів, тому що великі площі коагуляційного некрозу на матці істотно впливають на перебіг післяопераційного періоду.

В останні роки в літературі обговорюється питання про можливість проведення лапароскопії у жінок, які перенесли одну або кілька лапаротомій. Із 706 пацієнток, яким проводили лапароскопічні

операції, у 189 у минулому було виконане те чи інше оперативне втручання на органах черевної порожнини, а у деяких від 3 до 5 лапаротомій. Тільки в одному випадку виникла необхідність у переході до відкритої лапаротомії. Ми переконані, що перенесені раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза, а також наявність спайкового процесу не є протипоказаннями до проведення лапароскопічної операції.

Таким чином, наш досвід роботи в галузі ендоскопічної хірургії дозволяє зробити висновок про значний спектр змін щодо гінекологічних операцій.

Більшість операцій, що виконувалися раніше традиційним лапаротомним доступом, сьогодні можна виконати лапароскопічно, з мінімальною травмою та швидким відновленням працездатності пацієнток. Найближчими перспективами розвитку лапароскопічної хірургії в гінекології є впровадження в практику операцій підвищеної складності, розробка і застосування нових технологій і прийомів, що дозволяють виконувати максимально органозберігаючі та реконструктивно-пластичні операції з метою збереження і відновлення репродуктивної функції та покращення якості життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Венцівський Б.М., Жегулович В.Г., Семенюк Л.М. Лапароскопічне лікування гострих запальних процесів придатків матки і пельвіоперитонітів із застосуванням озонотерапії // Одес. мед. журнал. – 2001. – № 2(64). – С.29-31.
2. Гладков В.В., Тюрина М.В., Дудина С.А. Эндохирургические вмешательства на органах малого таза // Лапароскопия и гистероскопия в диагностике и лечении гинекологических заболеваний. – М.: Российская Академия медицинских наук, 1998. – С. 371-373.
3. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнойная гинекология. – М.: МЕДпресс, 2001. – 208 с.
4. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Минтаев О.А. Оперативная гинекология-хирургическая энергия. – М.: АНТИДОР, 2000. – 860 с.
5. Лапароскопия в гинекологии / Под ред. Г.М. Савельевой. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 328с.
6. Москаленко В.Ф., Голубчиков М.В. Соціально-гігієнічний аналіз демографічної ситуації в Україні // Медичний всесвіт. – 2003. – Т.3, №2. – С.46-51.

УДК 616-007.43-072.1-08

Можливості лапароскопічних втручань при лікуванні великих гриж стравохідного отвору діафрагми

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

Одеський державний медичний університет, Одеська обласна клінічна лікарня

LAPAROSCOPIC OPERATION IN THE TREATMENT OF LARGE PARAESOPHAGEAL HERNIAS

V.V. HRUBNIK, O.M. ZAGORODNYUK, O.V. HRUBNIK

Odessa State Medical University, Odessa Regional Clinical Hospital

Авторами прооперований 31 хворий з приводу великих кил стравохідного отвору діафрагми з використанням різноманітних методів герніопластики. Проаналізовано результати втручань. Виявлено, що лапароскопічні втручання мають досить високу клінічну ефективність та велику кількість переваг перед іншими втручаннями, але в вирішенні питання про застосування конкретного методу пластики грижового дефекту залишається ще багато спірних моментів.

The authors have operated 31 patients with hiatal hernia using different methods of hernioplasty. Long-term results were analyzed. Basing on the results of the research it was shown that laparoscopic procedures were easier taken by the patients, had high clinical efficacy, were technically feasible and were superior to the traditional laparotomy by majority of criteria.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) – є широко розповсюдженим захворюванням, за даними різних авторів, воно зустрічається у 10-15 % дорослого населення [1,2,3,5]. В 60-70 % хворих виникнення ГЕРХ обумовлене наявністю грижі стравохідного отвору діафрагми [ГСОД]. В теперішній час при лікуванні поєднання цих патологій широко застосовуються лапароскопічні операції, що відзначаються добрими результатами і є на теперішній час “золотим стандартом” у клінічній практиці. При грижах стравохідного отвору діафрагми I ступеня лапароскопічна герніопластика, безперечно, ефективна, однак застосування лапароскопічних методик при грижах II-III ступеня залишається дискусійним [2,3,4,5]. При таких грижах виконання стандартної крурорафії в більшості випадків не забезпечує надійних безрецидивних результатів оперативного лікування, а відомості про ефективність різних методів пластики дефектів з застосуванням сітчастих алотрансплантатів залишаються дуже суперечливими.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було вивчення ефективності лапароскопічної гер-

ніопластики в лікуванні великих гриж стравохідного отвору діафрагми.

Матеріали і методи. З 1996 по 2004 роки лапароскопічна пластика великих гриж стравохідного отвору діафрагми була виконана нами в 31 пацієнта. У всіх хворих після проведеного ендоскопічного і рентгенологічного досліджень доопераційно була діагностована грижа стравохідного отвору діафрагми II-III ступеня із супровідною гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою: у 8 випадках – II ступеня, а в 22 пацієнтів – III ступеня. Серед досліджуваних було 18 жінок і 13 чоловіків, анамнез хвороби складав від 2 до 16 років. Вік хворих коливався від 36 до 63 років. Основними скаргами були біль та дискомфорт за грудниною незалежно від прийому їжі, печія, відрижка, болі в епігастрії. Всі хворі протягом 3-4 років одержували комплексну консервативну терапію, що включала в себе блокатори 2H-рецепторів та інгібітори протонної помпи, яка була неефективною. У 6 пацієнтів в анамнезі спостерігалися кровотечі в зоні стравохідно-шлункового переходу, обумовлені розривами слизової внаслідок защемлення грижі. 12 хворих три-

валий час безрезультатно одержували консервативну терапію у відділеннях кардіологічного профілю через гіпердіагностику ІХС.

При виконанні операції в 4 хворих ми застосували стандартну лапароскопічну методику з введенням 5 троакарів. В інших 27 хворих втручання виконувалися за удосконаленою нами методикою з введенням 4 троакарів. Троакар для введення лапароскопа ми вводили не над пупком, як передбачено стандартною методикою, а в лівому підреб'ї по середньоключичній лінії, інші троакари вводилися як передбачено стандартним методом. При застосуванні даного варіанту значно краще візуалізується абдомінальний відділ стравоходу та ділянка кардії і немає необхідності введення п'ятого троакара. Пневмоперитонеум накладався до рівня 13-14 мм рт.ст., у 5 хворих з вираженою супровідною кардіальною патологією до 10-12 мм рт.ст.

Першим етапом операції виконувалося ретельне виділення і препарування ніжок діафрагми, потім виконувалася дисекція грижового мішка та оцінювалися розміри грижового дефекту, залежно від розмірів якого обирався і використовувався конкретний спосіб пластики грижових воріт. Наступним етапом виконували виділення абдомінального відділу стравоходу і кардіального відділу шлунка. Після пластики грижового отвору усім хворим була виконана фундоплікація за Ніссеном. Розмір манжетки складав 2-3 см.

У 8 пацієнтів з неускладненою діафрагмальною грижею II ступеня нами була виконана стандартна крурорафія, при якій ніжки діафрагми ушивалися 2-3 швами з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів.

У 23 пацієнтів із грижею стравохідного отвору діафрагми III ступеня, крім ушивання ніжок діафрагми, нами виконувалася алопластика грижового дефекту. У нашому дослідженні ми застосували три способи алогерніопластики з використанням поліпропіленової сітки.

У 5 пацієнтів ми застосували метод фіксації поліпропіленової сітки розміром 2,5-3,5 см на 3-4 см поверх крурорафічних швів за допомогою ендостеплера, що зміцнювало лінію швів ніжок діафрагми.

У 10 хворих нами використовувалася пластика сіткою без натягу. При цьому грижовий дефект закривався сітчастим алотрансплантатом, що має посередині отвір, який відповідає діаметру стравоходу, який фіксувався циркулярно навколо стравоходу до діафрагми та ушитих ніжок діафрагми за допомогою ендостеплера.

Варто підкреслити, що при застосуванні усіх вищеописаних методів фіксація протеза до діафрагми і ніжок діафрагми здійснюється за допомогою ендостеплера, що значно збільшує собівартість втручання.

У 8 пацієнтів ми застосовували розроблений нами оригінальний метод алопластики грижового дефекту. Суть запропонованого нами способу полягає в наступному: після препарування ніжок діафрагми за них ми заводили сітку розміром 2,5-3 на 3,5-4 см. Наступним етапом було ушивання ніжок діафрагми 3-4 швами, причому цими швами прошивалася сітка. Зав'язування вузлів здійснювалося інтракорпорально. Таким чином, досягаючи значного зміцнення крурорафічних швів і стравохідного отвору діафрагми вдається уникнути безпосереднього контакту сітки зі стравоходом.

Результати досліджень та їх обговорення.

Летальних випадків не було. Середня тривалість операції склала (134±24) хвилини й істотно не залежала від застосованого методу алопластики. Інтраопераційна крововтрата варіювала від 50 до 150 мл. В одного хворого розвинулася пневмонія, у двох випадках спостерігався плеврит. Після операції хворі тільки протягом першої доби мали потребу в знеболюванні наркотичними анагетиками, причому в 24 з 31 (77,4 %) хворих застосування наркотиків не знадобилося взагалі, у них застосовувалися нестероїдні протизапальні препарати протягом трьох діб. На другу добу після операції хворі починали вставати і ходити, на третю добу хворі починали приймати рідку їжу. Випадків нагноєння післяопераційних ран також не спостерігалося. Середній термін перебування в стаціонарі склав (4,8±1,7) доби.

Усі оперовані хворі спостерігалися нами через 1 місяць, 3 місяці, 6 місяців, рік, два, три-чотири роки. Усім пацієнтам виконувалися загальноклінічні методи дослідження, ФЕГДС, рН-метрія і манометрія стравоходу, рентгеноконтрастне дослідження шлунка в положенні Тренделенбурга.

Серед 8 пацієнтів, яким була виконана ізольована крурорафія, рецидив ГСОД виявлений у 3 випадках, дисфагічних явищ та утруднення пасажу їжі по стравоходу не зареєстровано.

З 5 хворих, у яких застосовувалася пластика квадратним протезом поверх крурорафічних швів, рецидив грижі виявлений у 1 випадку, а в 2 пацієнтів були скарги на минущі дисфагічні явища і почуття постійного дискомфорту в проекції зони пластики

діафрагми, яке супроводжувалося болями за грудниною.

У групі, де застосовувалася пластика циркулярним протезом, виявлений тільки 1 рецидив, однак у 5 випадках пред'являлися скарги на виснажливу дисфагію, значне утруднення пасажу їжі по стравоходу і болі за грудниною.

У 5 з 7 хворих, що пред'являли скарги на дисфагію і дискомфорт у епігастрії, було діагностоване післяопераційне звуження стравоходу в зоні пластики гризового дефекту, що змусило застосувати ендоскопічну балонну дилатацію, після якої стан пацієнтів дещо покращувався. У двох інших пацієнтів було виявлене порушення моторики стравоходу, частково покращене консервативною терапією.

Серед 8 пацієнтів, оперованих за розробленою нами методикою, рецидив грижі виявлений в одному випадку, випадків післяопераційного звуження стравоходу не було, дисфагії не спостерігалось.

Серед лапароскопічних хірургів ведеться дуже жвава дискусія про кращий спосіб фундоплікації, однак питання про найбільш ефективний і безпечний спосіб лапароскопічної пластики гризового дефекту залишається практично не відображеним у періодичних хірургічних виданнях. Так, за результатами нашого дослідження, в 3 хворих з 8 із ГСОД II ступеня, яким виконувалося тільки ушивання ніжок діафрагми, виявлений рецидив грижі. Таким чином, клінічна практика змушує оператора вирішувати питання про спосіб пластики гризового дефекту, особливо при діафрагмальних грижах II-III ступеня.

На теперішній час у світовій періодичній літературі представлені два основних способи лапароскопічної герніопластики з використанням сітчастого алотрансплантата. Незважаючи на досить високу клінічну ефективність, усі ці методи мають значний недолік – при будь-якому варіанті пластики є контакт алотрансплантата зі стравоходом, і, як наслідок

цього, у значному відсотку випадків у післяопераційному періоді в пацієнтів виникають різні пов'язані з цим ускладнення. У нашому дослідженні були застосовані обидва вищеописаних способи, однак реальні клінічні результати їхнього застосування не задовольняли всіх пацієнтів. Так, з 15 пацієнтів у яких застосовувалися дані методи, зафіксовано тільки 2 випадки рецидиву ГСОД, що не поступається результатам відкритих втручань при даній патології [3,4,5]. У той же час у цій групі в 7 хворих зареєстровані ускладнення, пов'язані з дією алотрансплантата на стравохід, обумовлені проростанням сполучної тканини між сіткою і стравоходом, які, у свою чергу, призводили до деформації і звуження просвіту стравоходу і порушували його моторику та вимагали застосування балонної дилатації і курсів тривалої консервативної терапії. Варте уваги спостереження, що результати алогерніопластики при ГСОД, виконаної лапаротомічно, також характеризуються високим рівнем подібних ускладнень [3,5].

Дещо кращі результати отримані при використанні розробленої нами методики лапароскопічної алогерніопластики. Так, при 1 рецидиві ГСОД з 8 випадків застосування, ми не одержали ускладнень, пов'язаних зі впливом поліпропіленової сітки на стравохід. Такі результати викликають певні надії, однак невелика кількість практичних спостережень не дає можливості робити упевнені клінічні висновки.

Таким чином, аналіз результатів дослідження свідчить про досить високу клінічну ефективність лапароскопічної алопластики в лікуванні великих гриж стравохідного отвору діафрагми. Однак у питанні вибору конкретного методу пластики гризового дефекту залишається багато спірних і невирішених моментів. Тому ми вважаємо за необхідне подальше накопичення досвіду подібних операцій з метою розробки оптимального методу застосування лапароскопічної алопластики при лікуванні цієї складної патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А., Корняк Б.С., Вуконов А.В. и др. Антирефлюксные лапароскопические вмешательства при рефлюкс-эзофагите и грыже пищеводного отверстия диафрагмы // Эндоскопическая хирургия.- 1998.- №1.- С.9-11.
2. Никитенко А.И., Никитенко Е.Г., Желаннов А.М. Лапароскопические антирефлюксные операции на пищеводе // Эндоскопическая хирургия.- 1998.- №1.- С.32.
3. Champion J.K., Rock D. Laparoscopic mesh cruroplasty for large paraesophageal hernias // Surgical Endoscopy.- 2003.-Vol.17. №4.- P.551-553.
4. Graziano K., Teitelbaum D.H., Mclean K. et al. Recurrence after laparoscopic and open Nissen fundoplication: a comparison of the mechanisms of failure // Surgical Endoscopy.- 2003.-Vol.17, №5.- P.704-707.
5. Ponsky J., Rosen M., Fanning A., Malm J. Anterior gastropexy may reduce the recurrence rate after laparoscopic paraesophageal hernia repair // Surgical Endoscopy.- 2003.-Vol.17. №7.- P.1036-1041.

УДК 616.14-007.64-089.819

Модифіковані методи езофагокардіопластики при лапароскопічній корекції ахалазії кардії

М.М. ВЕЛИГОЦЬКИЙ, О.В. ГОРБУЛИЧ, В.В. КОМАРЧУК, О.Н. ВЕЛИГОЦЬКИЙ, О.С. ТРУШИН, О.А. ЛАЗУТКІНА

Харківська медична академія післядипломної освіти

MODIFIED ESOPHAGOCARDIOPLASTY METHODS IN LAPAROSCOPIC ACHALASIA COORECTION

M.M. VELYGOTSKY, O.V. GORBULYTCH, V.V. KOMARCHUK, O.N. VELYGOTSKY, O.S. TRUSHYN, O.A. LAZUTKINA

Kharkiv Medical Academy of Post-Graduate Education

Представлені результати апробації лапароскопічних методів хірургічної корекції ахалазії кардії. Розроблені модифіковані методи езофагокардіопластики після кардіоміотомії. Аналіз результатів оперативних втручань показав їх безпечність та ефективність.

The results of modified laparoscopic methods of surgical treatment of the achalasia are described. Modified methods of cardiac sphincter restore are developed. An analysis of the operation results has shown effectiveness and safety of the modified funduplications methods in achalasia treatment by traditional and by laparoscopic approaches.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Ахалазія кардії (АК) – ідіопатичне захворювання, яке характеризується порушенням релаксації гладком'язової частини нижнього стравохідного сфінктера (НСС) в момент ковтання. Клінічно АК проявляється дисфагією. На ранніх функціональних стадіях захворювання морфологічні зміни в зоні НСС не виявляються, спазм знімається прийомом нітропрепаратів, які знижують міогенний тонус НСС, однак у міру прогресування захворювання розвиваються незворотні морфологічні зміни: гладком'язові волокна зазнають дистрофії і заміщуються фіброзною тканиною, зона НСС перестає реагувати на прийом спазмолітиків. За сучасними уявленнями, порушення тонусу і функціонування НСС відбувається внаслідок генетично детермінованої незворотної дистрофії клітин Каяла, які розміщуються в міжм'язовому нервовому сплетенні, вони відповідають за релаксацію НСС в момент акту ковтання [2]. Медіатором, який викликає швидку релаксацію НСС, служить оксид азоту (NO), який чинить потужну спазмолітичну дію на гладку мускулатуру [3,

4]. Тонус нижнього стравохідного сфінктера є міогенним за своєю природою і підтримується постійною генерацією потенціалу дії (ПД) мембраною гладком'язових клітин (ТМК) [5].

Хірургічне лікування АК до недавнього часу використовувалось переважно у тих стадіях, коли розвивалися виражені незворотні морфологічні зміни. Це було обумовлено відносно високим ризиком оперативного втручання, значним дискомфортом для хворого в післяопераційному періоді, що стримувало хірургічну активність, незважаючи на те, що консервативна терапія при АК дає тимчасовий ефект і є незручною для пацієнта, оскільки необхідно суворо контролювати прийом і дозування препаратів, які мають велику кількість побічних ефектів. Поява малоінвазивних методів хірургічної корекції АК дозволяє виконувати хірургічні втручання на ранніх стадіях розвитку захворювання.

Метою нашого дослідження стала розробка і клінічне впровадження модифікованих малоінвазивних технологій хірургічної корекції АК, які б дозволяли проводити лікування на ранніх стадіях розвитку захворювання.

Матеріали і методи. Вивчено результати лікування 64 хворих з ахалазією кардії, оперованих в клініці кафедри торакоабдомінальної хірургії з 1994 по 2003 р. У досліджувану групу увійшли пацієнти, в яких використовувались модифіковані методи езофагокардіопластики: 8 пацієнтів з АК, переважно II-III ступенів, яким виконувалася лапароскопічна корекція недостатності кардії, і 14 пацієнтів, яким операція була виконана відкритим способом. В контрольну групу увійшли 42 пацієнти, яким виконувалася операція Готтштейна – Шалімова лапаротомним доступом. Вибір пацієнтів на операцію здійснювався на підставі клінічних даних, оцінки якості життя пацієнтів (Visual Analog Scale [6]), ефективності консервативної терапії. Статистичний аналіз результатів проводився з використанням критерію χ^2 , обробка даних здійснювалася в програмі Microsoft Excel.

Результати досліджень та їх обговорення. При лапароскопічній корекції АК ми виконуємо поздовжню кардіотомію на всю зону статичного скорочення НСС з відсепаруванням

слизової на 1/2-1/3 окружності стравоходу, так само, як і при операції Готтштейна–Шалімова. Закриття дефекту м'язових шарів стінки стравоходу і відновлення замикального механізму кардії з метою профілактики шлунково-стравохідного рефлюксу здійснювались нами за модифікованою методикою передньої езофагокурофундофренопексії (рис. 1). За показаннями ми виконуємо курорафію – це перешкоджає утворенню грижі стравохідного отвору діафрагми, відмежовує середостіння від черевної порожнини, а також фіксує фундоплікаційну манжету в зоні підвищеного тиску в ділянці черевної порожнини, оскільки нитки, якими виконана курорафія використовуються для медіального ряду швів фундоплікаційної манжети. При оцінці результатів лікування ми враховували наявність симптомів дисфагії, пов'язаних з недостатньою корекцією ахалазії кардії чи гіперфункцією, пов'язаною з гіперкорекцією при езофагокардіопластиці чи недостатньою кардіотомією, а також симптомів, пов'язаних з розвитком шлунково-стравохідного рефлюксу внаслідок недостатньої корекції при езофагокардіопластиці.

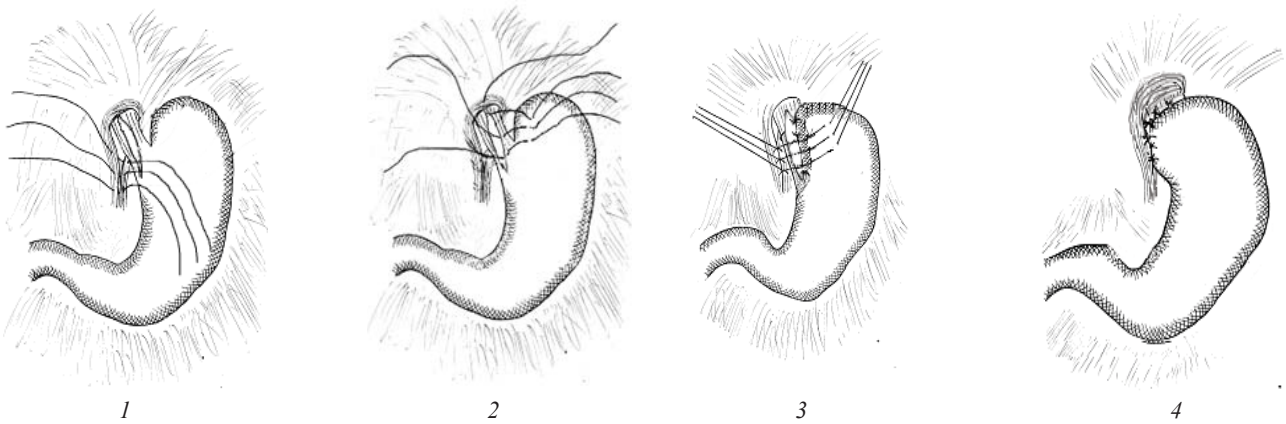


Рис. 1. Передня круроезофагофундоплексія; 1) діафрагмокурографія; 2) передня крурофундоезофагорафія, перший ряд швів; 3) передня крурофундоезофагорафія, другий ряд швів; 4) заключний вигляд операції.

Відмінні результати лікування – відсутність дисфагії і рефлюксу, добрі – наявність транзиторних симптомів, задовільні – персистуючі симптоми, які не порушують якості життя пацієнта, незадовільні – симптоми постійні, призводять до порушення якості життя. Аналіз результатів оперативних втручань показав безпечність і ефективність розробленої нами фундоплікаційної процедури (табл. 1).

При виконанні лапароскопічних оперативних втручань в 1 випадку мала місце кон-

версія, яка була обумовлена зрощенням слизової з м'язовим шаром і перфорацією стравоходу в ході операції. Незважаючи на невеликий досвід проведення оперативних втручань лапароскопічним методом, нами отримані добрі результати. Перехід на конверсію не супроводжувався розвитком ускладнень в ранньому післяопераційному періоді. Порівняльний аналіз перебігу в лапароскопічній лапаротомній групі представлений в таблиці 2.

Таблиця 1. Результати лікування хворих в контрольній і досліджувальній групах

Групи	Результати операції							
	Відмінний		Добрий		Задовільний		Незадовільний	
	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%	Абс.ч.	%
Контрольна	31	73,8	8	19,0	3	7,1	-	-
Досліджувана								
Традиційна	12	85,7	2	14,3	-	-	-	-
Лапароскопічна	7	87,5	1	12,5	-	-	-	-
Всього досліджувана	19	86,4	3	13,6	-	-	-	-
	69	80,2	14	16,3	3	3,5	-	-

Таблиця 2. Порівняльна характеристика основних післяопераційних показників у хворих контрольної і досліджуваної груп

Параметри порівняння	Лапароскопічна група		Лапаротомна група	
	m		m	
Ліжко-день	5,41	1,12	7,85	2,05
Перебування в ПІТ (діб)	0,82	0,23	2,36	0,47
Відходження газів (діб.)	1,58	0,31	3,28	0,36
Випорожнення	3,42	0,92	5,47	1,08
Тривалість операції (год)	1,58	0,36	3,45	1,26
Якість життя (Visual Analog Scale)	5,4	1,2	2,4	0,57

Висновки. 1. Застосування лапароскопічного підходу дозволяє виконувати оперативну корекцію на ранніх (функціональних) стадіях розвитку захворювання. 2. Використання лапароскопічного підходу дозволяє значно покра-

щити якість життя пацієнтів в післяопераційному періоді, зменшити дискомфорт, пов'язаний з операцією, скоротити строки перебування хворого в стаціонарі, зменшити відповідні витрати на медикаментозне лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Никитенко А.И., Никитенко Е.Г., Желаннов А.М. Лапароскопические антирефлюксные операции на пищеводе //Новое в хирургии и эндоскопии: Сб. науч. тр., посвящ. 70-летию Новокузнец. ГИДУВа. – Новокузнецк, 1997. – Ч. 1. – С. 82.
2. Mittal R.K., Balaban D.H. Mechanisms of Disease: The esophagogastric junction // The New Engl. J. of Medicine. – 1997. – Vol 336, № 13. – P. 924-932.
3. Grider J.R. Interplay of VIP and nitric oxide in regulation of the descending relaxation phase of peristalsis //Am. J. Physiol. – Vol. 264, № 27. – P. G334-G340.
4. Murray J., Du C., Ledlow A., Bates J.N., Conklin J.L. Nitric oxide: mediator of nonadrenergic noncholinergic responses of opossum esophageal muscle //Am. J. Physiol. – 1991. – Vol. 261, № 24. – P. G401-406.
5. Zhang Y., D.V. Miller, Paterson W.G. Opposing roles of K⁺ and Cl⁻ channels in maintenance of opossum lower esophageal sphincter tone //Am. J. Physiol. – Vol. 279. – P. G1226-G1234.
6. Borgaonkar M. R., Irvine E. J. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders //Gut. – 2000. – Vol. 47. – P.444-454.

УДК: 618.1-089 -072.1

Оригінальні технології та методики ендоскопічної хірургії в гінекології

Б.М. ВЕНЦКІВСЬКИЙ, В.Г. ЖЕГУЛОВИЧ, М.Є. ЯРОЦЬКИЙ, Л.Н. СЕМЕНЮК, О.А. БУРКА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Київ

ORIGINAL TECHNOLOGIES AND TECHNIQUES OF ENDOSCOPIC SURGERY IN GYNECOLOGY

B.M. VENTSKIVSKY, V.G. ZHEGULOVYCH, M.Ye.YAROTSKY, L.N. SEMENIUK, O.A. BURKA

National Medical University by O.O. Bohomolets

В теперішній час швидкий розвиток лапароскопічних технологій та методик дозволяє впроваджувати ендоскопічну хірургію при різноманітних гінекологічних захворюваннях: гнійно-запальних захворюваннях органів малого таза жінки, міомах матки, пухлинах та пухлиноподібних утвореннях придатків матки, позаматковій вагітності різної локалізації, ендометріозі, спайкових процесах у порожнині малого таза.

Nowadays the prompt development of laparoscopic technologies and techniques allows to introduce endoscopic surgery at various gynecological diseases: pyo-inflammatory diseases of small pelvis organs, uterine myomas, tumors of uterine adnexa, extrauterine pregnancy of different localization, endometriosis, adhesive processes in a cavity of small pelvis.

За останні роки впровадження нових технологій істотно змінило рівень надання хірургічної допомоги гінекологічним хворим. Ендоскопічні втручання в сучасних умовах упевнено виходять на одне з провідних місць в оперативній гінекології [3]. Значну частину гінекологічних операцій, які раніше виконували тільки лапаротомним доступом, стало можливим відтворити ендоскопічним і з більш ефективними результатами [4]. Розширення можливостей лапароскопії в гінекології породжує багато дискусійних питань щодо технічних прийомів і обсягу оперативного лікування, наприклад, при міомах матки, пухлинах і пухлиноподібних утвореннях яєчників, ендометріозі, при патології маткових труб, вадах розвитку й особливо – при наявності гнійних і спайкових процесів у порожнині малого таза.

Базуючись на п'ятирічному досвіді роботи ендоскопічної хірургії на кафедрі акушерства і гінекології №1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, де було виконано понад 700 оперативних втручань на органах малого таза у жінок, виконуємо ретроспективний аналіз, який дозволяє критично оцінити отримані результати і визначити можливі перспективи.

Істотне, а іноді і першорядне значення, має технічне оснащення і матеріальне забезпечення лапароскопічної операційної. Це і якість зображення

на моніторі, наявність у потрібний момент необхідних інструментів для проведення різних етапів операції, асистенції, здрібнювання й евакуації вилучених об'єктів. Іноді, при відсутності необхідних і досить дорогих інструментів й апаратів для асистенції (матковий маніпулятор), здрібнювання (морцелятор), витягання з черевної порожнини (евакуатор) – доводиться вдаватися до нетрадиційних варіантів розв'язання проблем, які виникли, для благополучного проведення і завершення операції.

Умовно всі “вимушені” нововведення і технічні прийоми можна розділити на три групи – при операціях на придатках матки, при операціях на матці і при вираженому спайковому процесі після попередніх лапаротомій та гнійно-запальних захворювань органів малого таза.

З операцій на придатках матки в ургентній гінекології найбільш поширені операції з приводу порушеної і прогресуючої трубної вагітності. Залежно від локалізації плодового яйця, характеру порушення цілісності плодовмістилища, обсягу крововтрати традиційними обсягами оперативних втручань є тубектомія або резекція дистальної частини маткової труби, метод “видавлювання” плодового яйця м'якими інструментами та лінійна туботомія з наступною евакуацією хоріона. У випадках локалізації плодового яйця в дистальній частині маткової тру-

би без порушення її цілісності ми застосовували вакуумаспірацію хоріона з наступним дбайливим кюретажем плодівмістища за допомогою звичайної **кюретки** малого розміру, уведеної без троакара через передню черевну стінку в надлобковій ділянці. При локалізації прогресуючої трубної вагітності в ділянці кута матки (5 випадків), застосовували лінійну туботомію з наступним кюретажем за вищевказаною методикою з подальшим введенням метотрексату в черевну порожнину для консервативного лікування персистуючого трофобласта. Після евакуації плодового яйця проводили поверхневу дбайливу біполярну коагуляцію країв розрізу з гемостатичною метою. Ендошви не накладалися. У випадках виконання органозберігаючої операції на єдиній трубці ми рекомендуємо проведення планової діагностичної лапароскопії через 4 місяці після операції для вирішення принципового питання про проведення екстракорпорального запліднення або продовження спроб завагітніти природним шляхом.

Велике поширення одержала лапароскопія в хірургічному лікуванні доброякісних пухлин яєчників. Для виключення злоякісності процесу в ділянці придатків усім хворим перед плановою операцією обов'язково варто проводити комплексну ультразвукову діагностику, фіброгастроскопію (ФГС), іригоскопію (ІРС) і визначення онкомаркерів СА-125, СА-19,9. При доброякісних новоутвореннях яєчників обсяг операції визначається індивідуально. Найбільш часто виконуються резекція яєчників, оваріо- чи аднексектомія. Аналіз віддалених результатів показав безліч негативних наслідків односторонньої оваріоектомії [2]. Тому при ендоскопічному втручанні з приводу доброякісних новоутворень яєчників завжди варто намагатися залишити, при можливості, хоча б невелику візуально здорову частину яєчника.

Згідно з літературними даними [3,4], протипоказаннями до лапароскопічних операцій із приводу новоутворень яєчників є підозра на малігнізацію пухлини, наявність метастазів і великі розміри пухлини. У наших спостереженнях у 7 випадках була підозра на малігнізацію кістоми яєчника як діагностична знахідка під час операції. В усіх випадках була виконана дбайлива одностороння аднексектомія з наступною контейнерною евакуацією за допомогою пластикових пакетів з-під систем для гемотрансфузій, що відрізняються особливою міцністю. Гістологічні висновки у 3 випадках – граничні пухлини, у 4 спостереженнях – грубопапілярні цистаденоми. Таким чином,

обсяг операцій у молодих жінок був виправданий.

Традиційними варіантами евакуації вилучених частин яєчника і кістом є застосування спеціального інструмента – евакуатора зі стандартними поліетиленовими мішечками, а також використання гумових рукавичок і презервативів. Однак досить часто зазначені контейнери відрізняються малою міцністю і вміст “дермоїдної” або іншої “проблемної” кістоми може вилитися або випасти в черевну порожнину. Проблема розв'язана шляхом використання як контейнера міцного пластикового мішечка з-під системи для переливання крові. Прोшитий шовковою ниткою по периметру і згорнутий у трубочку він легко проходить через 10 мм троакар у черевну порожнину, розгортається інструментами і після занурення відокремленої від інших тканин кістоми в порожнину контейнера затягується кисетний шов, виводиться разом із троакаром з черевної порожнини і послідовно інструментами подрібнюється й евакуюється вміст мішечка під контролем лапароскопа зсередини.

При наявності однокамерних гладкостінних кістом великих розмірів з однорідним рідинним вмістом і сприятливими результатами додаткових методів обстеження (ФГС, ІРС, СА-125) цілком реальне лапароскопічне втручання. Нами проведені дві таких операції – прості серозні цистаденоми з об'ємом 3 і 8 літрів. Були визначені технічні складності при створенні пневмоперитонеуму і введенні першого оптичного троакара. Перфорація пухлини проводилася під візуальним контролем лапароскопа 5мм троакаром зі швидкою заміною стилета на аспіратор, потім повна аспірація вмісту кістоми і відсікання від ніжки зі збереженням невеликої частини тканини яєчника без внутрішньої капсули у власної зв'язки яєчника. Евакуація спорожненої кістоми здійснювалася через розширений до 20 мм троакарний отвір. При “дермоїдних” кістомах розмірами понад 10-15 см у діаметрі, коли проблематична контейнерна евакуація, варто вибрати лапаротомію.

У трьох випадках ендоскопічні операції нами застосовувалися для видалення кіст і кістом у вагітних у I і II триместрах (у 15, 18 і 20 тижнів вагітності). Особливості операції полягають у введенні троакарів у нетипових місцях в епігастральній ділянці, вкрай обережній маніпуляції інструментами без дотику до вагітної матки і контейнерній евакуації вилучених новоутворень яєчників. Розроблено методики ведення до і післяопераційного періоду у вагітних жінок.

Консервативна міомектомія лапароскопічним доступом виконана у 64 хворих жінок. Одним з важливих моментів при виконанні цієї операції слід вважати відновлення всіх дефектів міометрія за допомогою лапароскопічних швів, тому що великі площі коагуляційного некрозу на матці істотно порушують перебіг післяопераційного періоду.

При відсутності морцелятора витягання вилучених вузлів великих розмірів традиційно проводиться як через кольпотомний отвір, так і штопором через передню черевну стінку при невеликому розширенні троакарного отвору. При відсутності дорогого фірмового штопора, що вводиться через 5 мм троакар, цілком реально виготовити подібний інструмент шляхом подовження рукоятки звичайного штопора спицею з нержавіючої сталі. Уводиться такий штопор поруч із троакаром шляхом вгвинчування через усі шари черевної стінки, при цьому просвіт троакара залишається вільним для роботи додаткового інструмента.

При лапароскопічних гістеректоміях (17) і суправагінальних ампутаціях матки (29) велике значення має асистенція з боку промежини. Дорогий матковий маніпулятор (500-900 \$), що дозволяє переміщати матку в різних напрямках і робити ротаційні рухи, не завжди доступний. Тому для рухів “уперед”-”назад”, “верх”-”низ” можна використовувати розширювач Гегара №8, введений у порожнину матки і фіксований до шийки матки двозубими кульовими щипцями, а для ротаційних рухів і бічних зсувів матки, що видаляється, ефективно застосування штопора, уведеного через передню черевну стінку в надлобковій ділянці. Для опускання сечового міхура і plica vesicouterina ефективно використання невеликого марлевого тупфера на затискачеві (10 мм троакар).

Грунтуючись на власному досвіді, ми вважаємо, що при відсутності можливості морцеляції вилученого препарату розмірами більше 9-10 тижнів, недоцільно витягати його через піхву матки. Це може бути причиною додаткової травми м'яких тканин піхви і сусідніх органів.

Досить рідко виконуються у даний час операції вентрофіксації матки до апоневроза при її опущенні. При використанні традиційних лапароскопічних технологій це досить складна процедура, з огляду на щільність маткової тканини, тендітний лапароскопічний інструмент і голки малого діаметра. Нами запропонована методика введення в черевну порожнину через 10 мм троакарний отвір (після видалення троакара) голки великого діаметра стан-

дартним великим голкотримачем під контролем лапароскопа. Утрата газу незначна. Після прошивання дна матки і видалення інструментів нитки фіксуються над апоневрозом у троакарному розрізі.

В останні роки в науковій літературі обговорюються питання про можливість проведення лапароскопії у жінок, які перенесли одну або більше лапаротомій. З 710 пацієнток, яким проводилися лапароскопічні операції, у 191 в минулому було зроблене те або інше оперативне втручання на органах черевної порожнини лапаротомним доступом, а в деяких – понад 4 лапаротомій. Тільки в одному випадку виникла необхідність у переході до відкритої лапаротомії. Ми переконані, що перенесені раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини і малого таза, а також наявність спайкового процесу не є протипоказаннями для проведення лапароскопічних операцій.

Часто виникають дискусії про доцільність проведення лапароскопії при гнійно-запальних захворюваннях статевих органів і пельвіоперитонітах. У цих випадках лапароскопія дозволяє установити точно і вчасно діагноз [1,5]. Обсяг лапароскопічного втручання вирішується індивідуально протягом операції. У більшості хворих проводиться сальпінгооваріолізис, забір матеріалу для бактеріологічного дослідження і ретельна санація порожнини малого таза. Для дбайливого виділення додатків матки застосовуються тупі інструменти, **аквадисекція озонованим розчином**, а при наявності грубих спайок – ножиці і монополярний електрод. При сформованих піосальпінксах виконується туботомія з частковою резекцією маткової труби й у рідких випадках – тубектомія, коли можливість відновлення функції маткової труби в наступному малоймовірна. Гнійні тубооваріальні утворення спорожнюються шляхом пункції голкою великого діаметра через троакар або передню черевну стінку під візуальним контролем лапароскопа з подальшим видаленням капсули і коагуляцією ложа.

З метою спорожнення тазових абсцесів при вираженому спайковому процесі ми неодноразово застосовували метод введення пальця хірурга в черевну порожнину через 10 мм троакарний отвір у надлобковій ділянці. На відміну від дистантного пальпаторного сприйняття довгим лапароскопічним інструментом, тільки безпосередня тактильна чутливість пальця дозволяє визначити істинні границі між маткою, інфільтрованою стінкою сигмоподібної кишки і власне стінкою абсцесу. Тільки під безпосереднім контролем пальця хірурга є реальна

можливість розділити зазначені утворення, розкрити і дрениувати абсцес без травми порожнистих органів і без лапаротомії.

Таким чином, хірургічна лапароскопія в гінекології є ефективним методом лікування гінекологічної патології, особливо у жінок репродуктивного віку.

Найближчими перспективами розвитку лапароскопічної хірургії в гінекології можна вважати оптимізацію оперативних методик, розробку і застосування нових інструментів, технологій і прийомів, впровадження у практику операцій підвищеної складності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Венцківський Б.М., Жегулович В.М., Семенюк Л.М. Лапароскопічне лікування гострих запальних процесів придатків матки і пельвіоперитонитів із застосуванням озонотерапії // Одеський медичний журнал. – 2001. – № 2(64). – С.29-31.
2. Венцківський Б.М., Яроцький М.С., Бурка О.А. Роль лапароскопії у відновленні репродуктивного здоров'я після односторонньої оваріо-аднексектомії // Одеський медичний журнал. – 2001. –

№2. – С.13-15.
3. Куркулів В.І, Адамян Л.В., Минтаїв О.А. Оперативна гінеколого-хірургічна енергія. – М.: АНТИДОР, 2000. – 860 с.
4. Лапароскопія в гінекології / Під ред. Г.М. Савельєвої. – М: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 328с.
5. Краснопольский В.И., Буянова С.Н., Щукина Н.А. Гнійна гінекологія. – М.: Медпресс, 2001. – 208 с.

УДК 571.1+612.017:616.006-07+615.849

Лапароскопічна кріодеструкція метастазів печінки в комбінованому лікуванні колоректального раку

Б.С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В.В. МІЩЕНКО, А.А. ГОРБУНОВ, П.О. СОМОВ, А.В. ПАЩЕНКО

Одеський державний медичний університет

LAPAROSCOPIC CRYODESTRUCTION OF LIVER METASTASES IN TREATMENT OF COMBINE COLORECTUM CANCER

B.S. ZAPOROZHCHENKO, V.V. MISHCHENKO, A.A. HORBUNOV, P.O. SOMOVA, A.V. PASHCHENKO

Odessa State Medical University

Під наглядом знаходилось 156 хворих із колоректальним раком. У 61 хворого первинно діагностовано метастази у печінку. Рецидив захворювання у вигляді метастазів у печінку відмічено у 24 хворих, прогресування метастазів – у 5. Профілактика інфекційних ускладнень і лікування перитоніту проводилися амоксиклавом: одна доза 1,2 г вводилася під час індукції в анестезію, а потім додатково 4 дози по 1,2 г протягом доби. При наявності ознак перитоніту або виникненні клінічних ознак інфекції амоксиклав вводили по 1,2 г 3 рази на добу протягом 10 днів. Методом вибору при ГТКН була операція Гартмана. В окремих випадках виконували відновлення неперервності товстої кишки формуванням ретроперитонеального терміно-термінального анастомозу. Відкрита кріодеструкція виконана у 70 хворих, лапароскопічна кріодеструкція метастазів – у 20. Кріодеструкцію метастазів виконували апаратом “Кріоелектроніка 4”. Ентеральне харчування проводили сумішю “Берламін модуляр”. Для проведення інтра-і післяопераційної хіміотерапії виконували катетеризацію системи печінкової артерії з інфузією хіміопрепаратів за схемою: елоксатин (оксаліплатин) + фторурацил + кальцію фолінат (лейковорин). Тривалість життя у різних групах хворих складала від 9,4 до 20 місяців. Основною причиною смерті у віддаленому періоді у хворих усіх груп була генералізація онкопроцесу.

156 patients with colorectum cancer were investigated. At 61 patients were primary diagnosed metastases in the liver. The recurrence of the disease with metastases in the liver was determined at 24 patients, progress of metastases – at 5. Prophylaxis of infectious complications and treatment of peritonitis was carried out by amoxiclav: one dose 1,2 g was administered during induction into anesthesya, and then supplemental 4 doses of 1,2 g within a day. Amoxiclav was administered in dose 1,2 g 3 times during a day within 10 days at presense of symptoms of peritonitis and infectious complications. Operations with cryodestruction of metastatic affection of liver with “Cryoelectronics-4” was applied for 70 patients, laparoscopic cryodestruction – for 20 patients. Cateterisation of hepatic artery system was performed for intra-postoperative chemotherapy by the following schedule: eloxatin (oxaliplatin) + 5-fluoruracil + calcium folinat (leucovorin). For enteral nutrition was used the mixture “Berlamin modular”. Life duration of patients was 9,4 - 20 months. The principal cause of death in late period at patients of all groups was generalisation of cancer process.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Колоректальний рак в структурі злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту знаходиться на четвертому місці, ускладнюючись в 80 % випадків гострою товстокишковою непрохідністю (ГТКН) і в 25-42 % – метастатичним ураженням печінки [1,2].

ГТКН останні роки має тенденцію до збільшення частоти при післяопераційній летальності 17-47 % і вимагає термінового оперативного лікування, направлено в першу чергу на ліквідацію кишкової непрохідності з формуванням, як правило, тимчасової або по-

стійної колостоми. Операції типу Гартмана при ГТКН є вимушеними і інвалідизуючими, а реконструктивно-відновні втручання в технічному плані дуже складні і супроводжуються у 25-50 % хворих післяопераційними ускладненнями з летальністю 2,5-4,8 % [2,5].

Лікування метастатичного ураження печінки у хворих з колоректальним раком – одна з найбільш складних проблем сучасної онкопроктології. Наявність метастазів в печінці робить проблематичним, в плані радикальності, виконання основного оперативного втручання: воно стає або неможливим, або вимагає значного розширення об'єму оперативного

втручання з резекцією частини печінки з метастазами або електродеструкцією окремих метастазів [7].

На сучасному етапі, за даними літератури, хірургічне лікування метастатичного ураження печінки широко комбінується з регіональною хіміотерапією, внутрішньопортальною і внутрішньочеревною хіміоемболізацією, черезшкірною алкоголізацією невеликих метастатичних вузлів, а також імуномодуючою терапією [3,8].

Методом вибору лікування при метастазах печінки може бути їх кріогенна деструкція [6]. У частини таких хворих спостерігається прогресування ракового процесу з метастазуванням, що ставить під сумнів можливість і доцільність відновного етапу і різко погіршує прогноз захворювання. Одним з можливих способів допомогти такому хворому продовжити життя є лапароскопічна кріодеструкція.

Досягнення кріобіології на підставі вивчення механізмів кріодеструкції обґрунтували можливість застосування даного методу. Ефект кріохірургічної дії на метастази печінки не викликає сумніву і має цілий ряд переваг перед іншими методами. При заморожуванні метастатичного вузла відбувається його кріодеструкція. Згідно з законами біофізики, при зовнішньому накладенні аплікатора зона заморожування має вигляд напівкулі, рівної діаметру аплікатора + 0,5-1,0 см залежно від експозиції і виду заморожуваної тканини. Заморожування пухлинної тканини перешкоджає викиду пухлинних клітин в кровоносне русло під час мобілізації і видалення ураженої частини органа [6].

Кріохірургія метастатичних вузлів в печінці сприяє руйнуванню заданого об'єму патологічної тканини без пошкодження практично здорової печінкової паренхіми, відрізняється меншою травматичністю і виключає інтраопераційну крововтрату (методу властива кровоспинна дія в судинах малого діаметра – до 3 мм, які тромбуються, а стінки більш крупних судин високорезистентні до низьких температур), сприятливо впливає на стабілізацію основних ланок функціонального стану печінки, посилює репаративні процеси, стимулює імунний статус. За даними ряду авторів, в результаті кріодії на пухлинну тканину в кровоносне русло виділяється специфічний пухлинний антиген, який викликає реакцію утворення специфічних протиракових ан-

титіл для даного виду пухлини, а сироватка хворих набуває канцеролітичних властивостей [6].

Кріодеструкція не порушує загального стану хворих, сприяє збільшенню тривалості і поліпшенню якості життя. Осередок кріонекрозу має своєрідну “біологічну інертність” і викликає мінімальну перифокальну реакцію. Характерною є чітка відмежованість зони деструкції від оточуючих тканин.

Мета. Метою нашого дослідження було обґрунтування можливості застосування методу кріодеструкції метастазів печінки при лапаротомії і лапароскопії в комбінованому лікуванні хворих з колоректальним раком для поліпшення віддалених результатів і продовження життя у хворих з прогресуванням метастатичного процесу в печінці.

Матеріали і методи. Кріодеструкція метастазів печінки проводилася за допомогою установки “Кріоелектроніка-4”, розробленої і виготовленої науково-виробничою фірмою “Пульс-Кріотех”. При відкритій лапаротомії застосовувалися стандартні набори кріоаплікаторів різного діаметра. При лапароскопічній кріодеструкції нами застосовувалися спеціальні кріозонди діаметром 0,3-1,0 см з відповідними аплікаторами, які проводилися через окремі порти для введення лапароскопічних інструментів з ущільнювачами для збереження карбоперитонеуму.

Відкрите кріохірургічне втручання проводимо таким чином. Виконуємо лапаротомію. Інтраопераційно уточнюємо локалізацію, поширеність і розмір пухлини, визначаємо об'єм і вид основного оперативного втручання, встановлюємо наявність метастазів в печінці, їх розміри, проводимо екстрене патогістологічне дослідження на предмет верифікації метастатичного ураження печінки, підбираємо аплікатор з урахуванням майбутньої зони деструкції, виводимо кріоустановку на робочий режим згідно з заданими параметрами (t-180°C, тиск - 2,5 атм.), встановлюємо експозицію кріодії згідно з розрахунковими величинами пухлини і її локалізацією. На метастатичний вузол в печінці накладаємо аплікатор кріогенної установки, виконуємо кріодеструкцію метастазу. Час кріогенної дії коливався від 3 до 15 хв з подальшим відігріванням зони заморожування і повторним циклом кріодеструкції, що дозволяє отримати більш ефектив-

ний результат. Потім виконуємо основний етап операції.

За наявності рецидиву або при виникненні нових метастатичних вузлів в печінці в динаміці спостереження за хворим нами успішно застосовується лапароскопічна кріодеструкція метастазів печінки. Виконуємо лапароскопію за загальноприйнятою методикою, проводимо лапароскопічну ревізію органів черевної порожнини з дисекцією спайок від раніше перенесеної операції, встановлюємо наявність метастазів печінки, їх кількість, локалізацію, розміри. Із окремих портів в правому або в лівому підбер'ях вводимо спеціальний кріозонд. Подальше кріохірургічне втручання проводимо за вищеописаною методикою. Особливістю проведення лапароскопічної кріодеструкції вважаємо те, що при даному втручанні неможливо провести адекватну кріодеструкцію метастазів, розташованих на діафрагмальній поверхні печінки і метастазів, що значно переважають за розміром діаметр аплікатора.

За період 1998-2003 рр. в клініці проходили лікування 156 хворих з колоректальним раком, в т.ч. 65 - ускладненим гострою обтураційною кишковою непрохідністю, кровотечею з пухлини, що розпадається, її перфорацією. Із загальної кількості хворих чоловіків було 117 (75,0 %), жінок – 39 (25,0 %) у віці від 46 до 82 років. У 12 первинна пухлина локалізувалася в сліпій кишці, у 5 – у висхідній, у 10 – в печінковому куті кишки поперечного обода, у 5 – в кишці поперечного обода, у 3 – в селезінковому куті кишки поперечного обода, у 10 – в низхідній товстій кишці, у 68 – в сигмоподібній кишці, у 42 – в прямій кишці.

В алгоритм комплексного обстеження хворих входили УЗД, ФГДС, ФКС, іригоскопія, комп'ютерна томографія, лапароскопія, що дозволило встановити первинну локалізацію пухлинного процесу.

У 61 (39,1 %) хворого первинно діагностоване метастатичне ураження печінки. В комплексному лікуванні метастазів у цих хворих застосована відкрита кріодеструкція метастазів. Розміри метастатичних новоутворень варіювали від 1 до 8 см.

Об'єм і вид первинного хірургічного втручання залежав від локалізації пухлини і поширеності онкологічного процесу. Хворим виконувалися черевно-анальна резекція прямої кишки, черевно-промежинна екстирпація прямої

кишки, передня резекція прямої кишки, резекція поперечно-ободової і сигмоподібної кишок, правостороння, лівостороння геміколектомія з відновленням неперервності кишечника, в ургентних ситуаціях – операція типу Гартмана з видаленням пухлини за онкологічними принципами і формуванням тимчасової або постійної колостоми, накладання двоствольної колостоми.

Через 2-6 місяців після першого оперативного втручання 19 хворим із колостомами виконані реконструктивно-відновні операції. У 9 (15,8 %) з них солітарні метастази в печінці діагностовані під час реконструктивно-відновної операції, вид якої залежав від локалізації пухлини, видаленої під час першого оперативного втручання. Хворим виконувалися сигмо-ректальний, низхідно-ректальний, трансверзо-сигмоїдальний, трансверзо-ректальний, трансверзо-низхідний анастомози. Кріодеструкція метастазів печінки у цієї групи хворих проведена відкритим способом.

У 15 (15,8 %) хворих після раніше виконаних радикальних операцій з приводу колоректального раку без метастатичного ураження печінки відзначений розвиток метастазів в печінці у віддаленому післяопераційному періоді без ознак рецидиву захворювання в ділянці видаленого первинного вогнища пухлини. У 5 (8,2 %) хворих виявлений рецидив метастатичного ураження печінки після раніше проведеної кріодеструкції. Цим групам хворих об'єм хірургічного втручання обмежився лапароскопічною кріодеструкцією метастазів печінки.

Таким чином, рецидив захворювання у вигляді метастатичного ураження печінки у віддаленому післяопераційному періоді спостерігався у 24 (25,3 %) хворих, у яких під час першої операції метастази не визначалися.

З метою поліпшення найближчих і віддалених результатів хірургічного лікування хворих з колоректальним раком без ознак і з ознаками ГТКН проводилася профілактика інфекційних ускладнень і лікування перитоніту амоксиклавом: одна доза 1,2 г вводилася в час індукції в анестезію, а потім додатково 4 дози по 1,2 г протягом доби. За наявності ознак перитоніту або виникнення клінічних ознак інфекції амоксиклав вводили по 1,2 г 3 рази на добу протягом 10 днів.

У 36 хворих на колоректальний рак з наявністю метастазів в печінку разом з відкритою

кріодеструкцією виконана катетеризація печінкової артерії з подальшою інфузією хіміопрепаратів: елоксатин (оксаліплатин) + фторурацил + кальцію фолінат (лейковорин) [8].

З метою найшвидшої ліквідації ознак кишкової непрохідності і зниження інтоксикації інтраопераційно проводили назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки. Протягом перших 1-2 діб після операції зонд виконував функцію декompресії кишечника. З 2-3 доби його використовували для раннього ентерального живлення сумішшю “Берламін модуляр” в кількості 100 мл 20 % суміші на годину до 1 л на добу [4].

Результати досліджень та їх обговорення. Безпосередні і віддалені результати вивчені у всіх хворих на колоректальний рак з метастазами в печінку.

З 156 хворих в ранньому післяопераційному періоді померло 9 (5,8 %) (5 з них мали метастази в печінку). Післяопераційна летальність після планових операцій при колоректальному раку склала 4,0 %. Основною причиною смерті були: тромбоемболія легеневої артерії – у 2-х хворих, гостра серцево-легенева недостатність – у 1-го. Післяопераційна летальність у хворих, оперованих за екстремними показаннями, склала 10,9 %. Основна причина смерті – перитоніт, що продовжується, і поліорганна недостатність.

Віддалені результати лікування хворих на колоректальний рак з метастазами в печінку оцінені за тривалістю і якістю життя.

З 65 хворих на колоректальний рак, у яких в комплексному лікуванні застосований відкритий метод кріодеструкції метастазів печінки, до кінця першого року життя після операції всі хворі були живі. До кінця 2-го року померло 26 (40,0 %) хворих. У 34 (52,3 %) хво-

рих в терміни спостереження понад 2 роки за даними клініко-лабораторного і інструментального обстеження, виникнення нових метастатичних осередків в печінці не виявлено і ознак генералізації ракового процесу не спостерігалось, якість життя у них була задовільною. Середня тривалість життя хворих цієї групи (18±1,9) місяців. 6-ти хворим з цієї групи в терміни від 1,5 до 3-х років після операції виконувалася лапароскопія з приводу різних причин. При ревізії в зонах кріодеструкції метастатичних вузлів печінки визначалися ледве помітні фіброзні ділянки, верифіковані гістологічно.

З 20 хворих, яким виконувалася лапароскопічна кріодеструкція метастазів, до кінця першого року після операції серед живих залишилося 8, до кінця 2-го року – 2. Середня тривалість життя хворих цієї групи дорівнювала (9,4±1,1) місяця.

Основною причиною смерті у віддаленому періоді у хворих всіх груп була генералізація онкопроцесу.

Висновки. Наявність у хворих з колоректальним раком солітарних метастазів в печінці не є причиною відмови від радикального хірургічного втручання.

Кріодеструкції метастатичних вузлів в печінці притаманні високорадикальні властивості при лікуванні колоректального раку.

Лапароскопічна кріодеструкція метастазів печінки може стати методом вибору для продовження медіани і якості життя у хворих з генералізацією онкопроцесу.

Запропонована схема комбінованого методу лікування колоректального раку може бути рекомендована для більш широкого впровадження в колопроктологію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алиев С.А., Ашрафов А.А. Хирургическая тактика при обтурационной опухолевой непроходимости ободочной кишки у больных с повышенным операционным риском // Вестн. хирургии им. Грекова. – 1997. – №1. – С.46-49.
2. Власов А.В. Ближайшие и отдаленные результаты лечения рака ободочной кишки // Хирургия. – 1996. – №2. – С.51-52.
3. Конев В.Г. Внутриорганный полихимиотерапия в сочетании с химиоэмболизацией печени при ее метастатическом поражении у больных колоректальным раком // Сборник научных работ сотрудников КМАПО им. П.Л.Шупика. – 2000. – Вып.9. – Книга 4. – С.779-781.
4. Руководство по парентеральному и энтеральному питанию/ Под ред. С.И. Хорошилова – Санкт-Петербург, 2000. – 445 с.

5. Топузов Э.Г., Мельников Р.А., Черномордикова М.Ф. Диагностика и лечение рака ободочной кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью: Метод. рекомендации. – Л., 1986. – 16 с.
6. Шалимов С.А., Литвиненко А.А. Криогенная деструкция метастатического поражения печени // Научный вестник Ужгородського університету. – Серія: Медицина. – 1999. – Вип.10. – С.226-227.
7. Alwan M.N., Kawal M.M., Sharif R.A. Primary resection and immediate anastomosis of the unprepared colon // Colo-Proctology. – 1998. – Vol.4, N2. – P.257-262.
8. Wiseman L.R. Oxaliplatin, a review of its use in the management of metastatic colorectal cancer // Drugs and Aging. – 199. – Vol.14, №6. – P.459-475.

УДК 618.177-089.85-072.1

Міжгормональні відношення андрогенів і глюкокортикоїдів у хворих на неспецифічний виразковий коліт до і після лапароскопічної колектомії

М.Д. КУЧЕР, М.І. КРИВОРУК, О.В. ПАК, С.Б. ШЕВЕЛЮК

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

INTERHORMONAL RELATIONSHIP OF ANDROGENS AND GLUCOCORTICOIDS IN PATIENTS WITH NON-SPECIFIC ULCER COLITIS BEFORE AND AFTER LAPAROSCOPIC COLECTOMY

M.D. KUCHER, M.I. KRYVORUK, O.V. PAK, S.B. SHEVELIUK

National Medical University by O.O. Bohomolets

У 20 хворих на специфічний виразковий коліт до і після лапароскопічної колектомії вивчено міжгормональні відношення андрогенів і глюкокортикоїдів. Стверджено зниження екскреції андрогенів на фоні підвищення продукції глюкокортикоїдів.

In 20 patient wits non-specific ulcer colitis were studied interhormonal relationships of androgens and glucocorticoids before and after laparoscopic colectomy. It was proved the lowering of androgens excretion against a background of increasing the production of glucocorticoids.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Перебіг неспецифічного виразкового коліту (НВК) у хворих, які потребують хірургічного лікування, завжди супроводжується значними порушеннями гомеостазу, зокрема виснаженням систем імунного захисту організму, функціональних резервів печінки, нирок, надниркових залоз, що спричинює велику і мозаїчну клінічну картину позакишкових проявів хвороби [1]. У більшості сучасних публікацій вивчення функціонального стану кори надниркових залоз у хворих на НВК зводиться лише до оцінки рівня кортизолу у сироватці крові. Так, виявлено, що динаміка коливання рівня кортизолу чітко корелює з активністю запального процесу у слизовій оболонці товстої кишки, а також з клінічними проявами тяжкості патологічного процесу в цілому [2]. Проте склад 17-КС та співвідношення андрогенів і глюкокортикоїдів вивчені недостатньо. Відомо, що біологічна активність стероїдного гормону перебуває в тісній залежності від активності інших стероїдних гормонів. Більш того, від співвідношення андрогенів і глюкокортикоїдів залежать стан клітинного імунітету, характер репаративних процесів в організмі, чутливість гіпоталамічних

центрів до регуляторних рекцій [3]. Тому за мету у даній роботі було: дослідити міжгормональні співвідношення андрогенів і глюкокортикоїдів у хворих на НВК і визначити, чи впливає хірургічна операція на динаміку цих співвідношень.

Матеріали і методи. Співвідношення андрогенів і глюкокортикоїдів вивчали у 20 хворих (10 жінок і 10 чол.), хворих на НВК, які перенесли тотальну колектомію лапароскопічним способом. Середній вік хворих жінок на НВК складав $31,5 \pm 5,6$ року, чоловіків – $(27,2 \pm 4,9)$ року, і за цим показником вони не відрізнялись від контрольної групи (12 практично здорових людей). Тривалість захворювання коливалась від одного до п'яти років. Усі хворі мали тотальне ураження товстої кишки, хронічно прогресуючий перебіг захворювання. Лапароскопічну колектомію виконували з чотирьох або п'яти троакарів-портів. Техніка виконання колектомії лапароскопічним способом опублікована нами раніше [4].

Міжгормональні співвідношення андрогенів і глюкокортикоїдів визначали за вмістом їх метаболітів в добовій сечі, що дозволило уникнути по-

милок, пов'язаних з випадковими чи гомеостатичними коливаннями рівня гормонів у крові. Оскільки біологічний ефект здійснюється частіше синергічним впливом двох чи декількох стероїдних гормонів, то у даній роботі андрогенну функцію кори надниркових залоз оцінювали за результатами визначення в добовій сечі вмісту сумарних 17-КС за допомогою кольорової реакції з метандинітробензолом за Циммерманом [5]. Глюкокортикоїдну активність кори надниркових залоз оцінювали за даними екскреції 17-кетогенних стероїдів (17-КГС). 17-КС і 17-КГС визначали за методом Norymbersky у модифікації Ю.В. Кулачковського, Б.С.Мар'єнко [6].

За цим методом оцінюється екскреція з сечею приблизно 50-60 % кортизолу, який виробляють надниркові залози.

Добову сечу збирали у хворих за день до оперативного лікування в день операції, та протягом 3-х днів після оперативного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення. Виявлено, що у хворих на НВК спостерігався значний дизекортицизм, який характеризувався низьким рівнем екскреції кетостероїдів і паралельно високим рівнем екскреції глюкокортикоїдів (табл. 1). Мало місце зниження коефіцієн-

Таблиця 1. Міжгормональні співвідношення андрогенів і глюкокортикоїдів у хворих на НВК

	17-КС мкмоль/добу у хворих на НВК	17-КГС мкмоль/добу у хворих на НВК	17-КС мкмоль/добу контрольної групи	17-КГС мкмоль/добу контрольної групи
Чол.	27,08 ± 12,6	135,2 ± 14,8	44,5 ± 4,3	50,8 ± 5,2
Жін.	19,4 ± 2,6	118,3 ± 12,6	39,5 ± 4,1	60,3 ± 7,1

та співвідношення 17-КС/17-КГС у хворих на НВК порівняно з контрольною групою. Так, у чоловіків дане співвідношення було 0,20 проти 0,87 у контрольній групі; у жінок – 0,16 проти 0,65 у контрольній групі. Отримані дані цілком узгоджуються з результатами досліджень Я.М. Романишина (1992) [7], яким встановлено, що в умовах зниження функціональних резервів кори надниркових залоз стимуляція продукції андрогенів кортикотропіном не здійснюється, тоді як продукція глюкокортикоїдів зберігається і навіть збільшується.

Під час операції та протягом першої доби після оперативного втручання екскреція 17-КС, 17-КГС та їх співвідношення були практично такими, як і до операції (рис. 1). На другу і третю добу після операції мало місце суттєве зниження як 17-КС, так і 17-КГС. Більше того, на третю добу зареєстровано найнижчий рівень 17-КГС, що, очевидно, зумовлено значним виснаженням функціональних резервів кори надниркових залоз. Найбільш ймовірно, що глибокий характер виснаження функціональних резервів кори надниркових залоз обумовлений поєднанням наявного дисекортицизму внаслідок основного захворювання і реакцій системи "гіпофіз – надниркові залози" у відповідь на хірургічну травму.

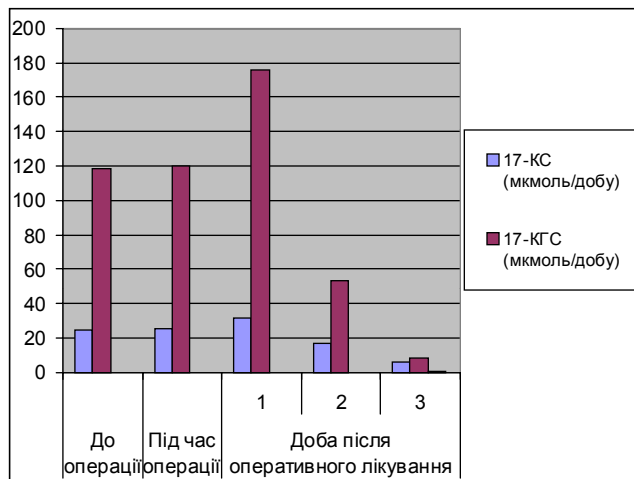


Рис. 1. Рівень екскреції андрогенів і глюкокортикоїдів у хворих на НВК до і після оперативного лікування.

Висновки. 1. У хворих на НВК спостерігається дисекортицизм за рахунок зниження екскреції андрогенів і підвищення продукції глюкокортикоїдів. 2. На 2-3 добу після колектомії помічено зниження екскреції, як андрогенів так і глюкокортикоїдів, що відображає функціональне виснаження кори надниркових залоз. 3. Подальшими дослідженнями було б важливо визначити темпи відновлення звичайних міжгормональних співвідношень андрогенів і глюкокортикоїдів залежно від способу оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Straub R.H., Herfarth H., Falk W., Andus T., Scholmerich J. Uncoupling of the sympathetic nervous system and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in inflammatory bowel disease?// *J. Neuroimmunol.* – 2002 May. – Vol. 126, № 1-2. – P.116-25.
2. Vogeser M., Groetzner J., Kupper C., Briegel J. The serum cortisol:cortisone ratio in the postoperative acute-phase response// *Horm. Res.* – 2003. – Vol. 59, №6. – P.293-296.
3. Szathmari M., Vasarhelyi B., Treszl A., Tulassay T., Tulassay Z. Association of dehydroepiandrosterone sulfate and testosterone deficiency with bone turnover in men with inflammatory bowel disease// *Int. J. Colorectal Dis.* – 2002, Mar. – Vol. 17, №2. – P. 63-66.
4. Кучер Н.Д. Лапароскопические операции в колопроктологии // Видео-эндоскопические операции в хирургии и гинекологии. – К.: Здоров'я, 1999. – С.181-205.
5. Zimmerman W. Zur metodik der Bestimmung 17-ketosteroide. *Ztschr. f. Vitamin-hormone-und Fermentforschung.* – 1951. – Bd.4, №5.-S. 436-466.
6. Кулачковский Ю.В., Марвенко Б.С. Определение 17-кетогенных стероидов в моче // *Пробл. эндокринологии и гормонотерапии.*-1964.-Т.10, №1.- С. 111-116.
7. Романишин Я.Н. Патогенетическая роль нарушений межгормональных и гормонально-ферментных отношений у больных раком желудка: Автореф. дисс. ...д-ра биол. наук // *Институт эксперимент. патологии, онкологии и радиобиологии им. В.Е.Кавецкого АН Украины.* – К., 1992.

УДК 616. 62-003.7

Наш досвід виконання трансуретральної резекції передміхурової залози у хворих на ДГПЗ

П.С. СЕРНЯК, Ю.П. СЕРНЯК, В.А. РЕВА, О.С. ФУКСЗОН, М.В. КРИШТОПА

Донецький державний медичний університет

OUR EXPERIENCE OF PERFORMANCE OF TRANSURETRAL RESECTION OF PROSTATE IN PATIENTS WITH BENIGN HYPERPLASIA OF PROSTATE

P.S. SERNIYAK, Y.P. SERNIYAK, V.A. REVA, O.S. FUKSZON, M.V. KRYSHTOPA

Donetsk State Medical University

У клініці урології факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету в 2000 – 2003 р. виконано 587 операцій трансуретральної резекції в хворих з доброякісною гіперплазією передміхурової залози. Вік хворих склав від 59 до 83 років (64,21±8,92). Аналіз результатів операції трансуретральної резекції продемонстрував низьку частоту ускладнень, прекрасні функціональні результати, значне зниження перебування на ліжку поза залежністю від анатомічних особливостей залози й наявності супровідної патології.

In the Urology Clinics of post-graduate education of Donetsk State Medical University in 2000-2003 were performed 587 transurethral resection operations in patients with benign hyperplasia of prostate. Age of the patients was from 59 to 83 years (64, 21± 8,92). The analysis of the results of transurethral resection operation showed the low frequency of complications, excellent functional results, significant lowering of hospitalization terms independently on anatomic peculiarities of the gland and presence of accompanied pathology.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Протягом багатьох сторіч доброякісна гіперплазія передміхурової залози безперечно є однією з найголовніших причин утрудненого сечовипускання в чоловіків літнього віку. При аутопсії гіперплазія простати виявляється у 88 % чоловіків, старших за 50 років, які померли від інших захворювань. В останні десятиліття запропоновано ряд нових методів лікування гіперплазії простати, як медикаментозних (рослинні екстракти, α -блокатори, інгібітори α -редуктази), так і малоінвазивних (термотерапія, лазерна й ультразвукова деструкція залози та ін.). У той же час усі ці методи мають обмежені показання й ефективність, що до того ж не співмірні з вартістю такого лікування [2,4].

Донині хірургічне втручання є найбільш універсальним і ефективним способом ліквідації інфравезикальної обструкції при гіперплазії простати [5]. У нашій країні дотепер найбільш розповсюдженим хірургічним втручанням є відкрита операція (позадудонна чи черезміхурова аденомектомія). У До-

нецькій області щорічно виконується до 700 аденомектомій черезміхуровим і позаудонним доступом.

Запропонована в 40-і роки минулого століття операція – трансуретральна резекція при доброякісній гіперплазії простати зараз визнана “золотим стандартом” хірургічного лікування захворювання. Це зв’язано з високою ефективністю втручання, його малоінвазивністю, відносно невеликою частотою ускладнень, зниженням післяопераційного перебування на ліжку до 3-7 діб, дешевиною процедури [3].

На жаль, головним обмеженням для широкого поширення ТУР є час виконання втручання. Відомо, що за тривалості операції, що перевищує 1 годину, частота таких ускладнень, як ТУР-синдром і сепсис або токсико-септичний шок зростає на 12-14,5 %. Частота локальних гнійних ускладнень, таких як орхіт, післяопераційний цистит, уретрит, незважаючи навіть на масивну антибіотикопрофілактику зростає на 22,1-26,3 % %. На 12-19 % підвищується частота уретральних стриктур [1,5].

Причини й патогенез цих ускладнень досить добре вивчені. Вони пов’язані з масивним рефлюк-

сом у широко відкриті кровоносні судини простати промивної рідини й бактеріальних продуктів, що містяться в ній. Крім того, важливим фактором є підвищення травматизації й інфікування ложа залози й нижчерозташованих відділів уретри [1].

У сучасній літературі дотепер тривають суперечки щодо критеріїв добору хворих для різних видів хірургічного лікування з приводу ДГПЗ. Частково дана проблема пов'язана з відсутністю згоди в питанні, які фактори визначають обструктивний синдром при ДГПЗ. Вираженість інфравезикальної обструкції дуже рідко корелює з одиничними параметрами, що виявляються при вивченні симптомів захворювання, дослідженні простати.

Одним із головних протипоказань до трансуретральної резекції є розміри залози. У ряді робіт відзначено, що чим більші розміри залози, тим імовірніша загроза кровотечі, абсорбції рідини (а, отже, і ТУР-синдрому)[6]. У той же час, багато клініцистів вказують, що розмір залози, який дозволяє виконати її резекцію, великою мірою залежить від досвіду хірурга й хірургічної техніки. У більшості робіт визнається, що маса залози при ТУР не повинна перевищувати 75 г, в інших випадках перевага надається відкритій простатектомії [1,5]. Незавершені резекції часто призводять до таких післяопераційних ускладнень, як інфекції сечових шляхів, кровотечі, збереження обструкції. Іншим протипоказанням до виконання ТУР вважають наявність супровідної патології сечового міхура (камені, пухлини, уретероцеле й ін.)[5].

Мета роботи. Метою цієї роботи було вивчення можливостей операції ТУР при ДГПЗ у хворих з різними анатомічними особливостями передміхурової залози.

Матеріали і методи. У клініці урології ФПО Донецького державного медичного університету у 2000-2003 р. виконано 587 операцій ТУР у хворих із ДГПЗ. Вік хворих склав від 59 до 83 років ($64,21 \pm 8,92$). В даній роботі обговорюються групи хворих без супровідної патології, а такі випадки в нашій практиці були – 122 хворих. Досліджені операції з приводу ДГПЗ, ми умовно розділили на 2 групи:

1. Хворі з неускладненими формами ДГПЗ й розмірами залози до 70 см^3 – 311 чоловік.
2. Хворі з неускладненими формами ДГПЗ й розмірами залози більше 70 см^3 – 154 чоловіки.

Передопераційне обстеження хворих включало об'єктивне й лабораторне обстеження,

вивчення величини індексу IPSS, урофлоуметрію. Для оцінки анатомічних особливостей передміхурової залози, виявлення супровідної урологічної патології здійснювалося ультразвукове дослідження з використанням як трансабдомінального, так і трансректального датчиків. В усіх хворих, що надходили в плановому порядку, проводилося обов'язкове дослідження концентрації простатспецифічного антигену (ПСА) для скрінінгу можливого раку простати.

Оперативне втручання в усіх хворих здійснювали за допомогою резектоскопа з безперервним потоком промивної рідини (модель Iglesias) виробництва фірми Karl Storz (Німеччина). Використання таких резектоскопів дозволяло підтримувати тиск іригаційної рідини в порожнині сечового міхура на рівні до 10-15 см вод.ст., що відповідає звичайному рівню внутрішньочеревного тиску й перешкоджає масивному попаданню промивної рідини в кров через розкриті венозні синуси простати. Час операції намагалися скорочувати до 60 хвилин.

Техніка оперативного втручання в кожній із груп мала свої особливості.

У хворих з невеликими розмірами простати (до 70 см^3), операція включала наступні етапи: створення борозни на 6 годинах умовного циферблату; розширення борозни в бокові сторони; заглиблення борозни до капсули простати; видалення основи бокових часток, видалення вентральної тканини, резекцію в ділянці верхівки простатичної порожнини (вентральної частини ДГПЗ); резекцію апікальної (параколікулярної) тканини [1].

При ДГПЗ, розміри якої перевищували 70 см^3 , ми використовували техніку Nesbit [3]. Операцію здійснювали в три етапи. Спочатку проводили резекцію, починаючи з 12 годин до позиції на 5 годинах умовного циферблату. Потім маніпуляцію переносили на протилежну сторону. На кінцевому етапі резектували тканину між 5 і 7 годинами. Другим етапом проводили резекцію за квадрантами, починаючи з позиції на 12 годинах, щоб тканина бокової частки, що видалається, падала в центр утвореної заглибини. На третьому етапі операції видаляли аденоматозну тканину, що оточує сім'яний горбик.

Для створення в порожнині сечового міхура й у зоні резекції негативного градієнта тиску, що дозволяє прискорити евакуацію фрагментів простати під час її резекції з міхура й ложа залози, операцію ТУР при великих розмірах залози доповнювали

накладанням троакарної цистостоми. Для цього в сечовий міхур вводили резектоскоп. Після візуальної оцінки розмірів простати і стану слизової сечового міхура з розрізу до 1 см на 7-8 см вище краю лобкових кісток під контролем резектоскопа в сечовий міхур вводили гільзу троакара Anplatz діаметром 29 Fr. Внутрішній кінець її розташовували в ділянці шийки міхура. Зовнішній кінець троакара з'єднували з пластиковою трубою відповідного діаметра, просвіт її перетискали. Кінець трубки поміщали в ємкість, розташовану на 80 см нижче рівня тіла хворого. Просвіт трубки відкривали по ходу операції мірою нагромадження чіпсів у ложі передміхурової залози. Останні завдяки градієнту тиску легко видалялися за межі поля зору практично без перерв у проведенні оперативного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення.

При аналізі отриманих результатів необхідно відзначити особливості оперативного втручання й післяопераційного періоду в кожній із груп хворих.

У першій групі хворих хірургічне втручання й ведення післяопераційного періоду являло найменшу проблему. Тривалість операції у хворих цієї групи складала від 15 до 57 хвилин (у середньому $39,21 \pm 7,02$ хвилини). У 311 хворих цієї групи інтраопераційно відзначено 23 (7,4 %) ускладнення. Це ТУР-синдром у 12 (3,9 %) хворих, перфорація капсули з попаданням зрошувального розчину в навколومیхурову клітковину у 8 (2,6 %) хворих і перфорація сечового міхура в 3 (1,0 %) хворих. У післяопераційному періоді відзначено 25 (8,2 %) випадків ускладнень. У 16 (5,2 %) випадках відзначені орхіти, у 4 (1,3 %) хворих мали місце стриктури уретри, у 5 (1,6 %) хворих мала місце пізня кровотеча (на 4-7 добу після видалення уретрального катетера) з ложа сечового міхура. Тривалість перебування в стаціонарі складала від 4 до 7 діб (у середньому $5,21 \pm 1,02$ доби), при розвитку ускладнень перебування в стаціонарі збільшувалося до 9-14 діб.

Хворі цієї групи обстежувалися в терміни 1,3 і 6 місяців. В усіх відзначено значне поліпшення показника IPSS ($21,43 \pm 4,12$ вихідні, $9,01 \pm 1,98$ після операції, $p < 0,001$). У них була відсутня залишкова сеча. Максимальна швидкість сечовипускання з $(8,67 \pm 2,51)$ мл/сек до операції збільшилася до $(14,43 \pm 2,03)$ мл/сек ($p < 0,001$).

Необхідно відзначити, що в цій групі хворих нами не відзначено жодного випадку рецидиву захворю-

вання, пов'язаного з недостатнім обсягом резекції аденоматозної тканини.

Операція в хворих другої групи з обсягом резекції більше 70 см^3 була незрівнянно складнішим завданням. Це пов'язано з тим, що хірург, насамперед, обмежений у часі оперативного втручання. Добре відомо, що за неможливості виконання операції менш ніж за 1 годину різко зростає частота як інтра-, так і післяопераційних ускладнень, насамперед тяжких форм ТУР-синдрому з можливим набряком головного мозку, гемолізом, нирковою недостатністю. Саме тому, в клініці виконання таких операцій ми доручаємо найбільш досвідченим хірургам, що виконали не менше 100 "рутинних" трансуретральних резекцій.

Нами виконано 154 операції ТУР при обсязі резекції понад 70 см^3 (від 80 до 150 см^3) При цьому в 96 хворих операцію виконували за класичною методикою Nesbit, а в 58 (37,7%) втручання було доповнене накладанням троакарної епіцистостоми. Тривалість оперативного втручання у хворих даної групи перевищила 1 годину тільки в 6 хворих. Середня тривалість операції складала $(53,01 \pm 4,71)$ хвилини. Усього відзначено 24 (15,6 %) випадки інтраопераційних ускладнень. Найбільш частим був ТУР-синдром. Його спостерігали у 17 (11,04 %) пацієнтів. Необхідно відзначити, що завдяки використанню ізотонічних розчинів діелектриків, проведеній інтраопераційній профілактиці ускладнення, ми в жодному з випадків не бачили тяжких проявів цього захворювання. В усіх хворих відзначалися тільки початкові прояви ТУР-синдрому: озноб, нудота, мармуровість шкіри, некритичне зниження артеріального тиску. Завдяки постійному вербальному контакту з хворим і моніторингу основних життєвих функцій, дані зміни самопочуття хворого завжди були вчасно розпізнані й купіровані.

Перфорація капсули простати й сечового міхура була допущена в 6 (3,9 %) пацієнтів.

Післяопераційні ускладнення відзначені в 21 (13,6 %) випадку. Частіше зустрічалися орхіти – у 9 (5,8 %) чоловіків, стриктури різних відділів уретри відзначені в 6 (3,9 %) хворих. Пізні кровотечі з тампонадою сечового міхура відзначені в 3 (1,9 %) хворих. У 3 (1,9 %) хворих виник рецидив захворювання, що вимагало виконання повторної трансуретральної резекції в термін від 6 до 9 місяців. Термін перебування в стаціонарі хворих цієї групи склав від 4 до 8 ($6,32 \pm 0,98$) днів. При розвитку післяопераційних ускладнень перебування в стаціонарі збільшувалося до 12-14 діб.

При наступному спостереженні всі пацієнти демонстрували гарні функціональні результати операції: була відсутня залишкова сеча, максимальна швидкість сечовипускання збільшилася з $(6,23 \pm 3,21)$ мл/сек до $(15,01 \pm 2,86)$ мл/сек ($p < 0,001$). Індекс IPSS знизився з $(24,01 \pm 4,51)$ до $(7,23 \pm 2,10)$ ($p < 0,001$).

Висновки. Таким чином, операція трансурет-

ральної резекції при доброякісній гіперплазії простати є сучасним, малоінвазивним оперативним втручанням. ТУР дозволяє ефективно звільнити від симптомів інфравезикальної обструкції у хворих з різними анатомічними особливостями передміхурової залози. Дана операція дозволяє домогтися прекрасних функціональних результатів при значному скороченні перебування хворого в стаціонарі й невеликій кількості ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А., Гущин Б.Л. и др. Руководство по трансуретральной резекции и эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты. – М., 1998. – С. 87-89.
2. Симонов В.Я. Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия. – М., 1992. – 160 с.
3. Nesbit R. M. Transurethral prostatic resection. In: Campbell L., Harrison J. (eds) Urology. Philadelphia: Saunders, 1970. – P. 2479.
4. Meyhoff H. H., Nordling J. Long term results of transurethral and transvesical prostatectomy. A randomized study // Scand. J. Urol. Nephrol. – 1996. – Vol. 20. – P. 27-33.
5. Reuter H. J. Atlas of Urologic Endoscopic Surgery. Stuttgart: George Thieme, 1982. – P. 245-247.
6. Robinson M. R. G., Arudpragasam S. T., Sahgal S. A. et al. Bacteraemia resulting from prostatic surgery: the source of bacteria // Br. J. Urol. – 1982. – Vol. 37. – P. 551.

УДК 616. 366-089-053.9

Вибір методу та техніка виконання дренажу холедоха під час лапароскопічних оперативних втручань на зовнішніх жовчовивідних шляхах

О. Л. КОВАЛЬЧУК

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

CHOOSING OF THE METHOD AND TECHNICK OF DRENAGE CHOLEDOCHE DURING LAPAROSCOPIC OPERATIONS ON THE EXTRABILIAR TRACH

O. L. KOVALCHUK

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовано результати оперативних втручань на гепатикохоледосі у 106 хворих (жінок – 87, чоловіків – 19 віком, від 21 до 76 років) з приводу доброякісної патології зовнішніх жовчовивідних шляхів. Проведено аналіз головних причин оклюзії холедоха. Розроблено принципи диференційованого підходу до проблеми його дренажування, у першу чергу під час лапароскопічних оперативних втручань. Узагальнено та оптимізовано покази та протипокази а також послідовність виконання лікувально-діагностичних маніпуляцій.

Was been analyzed results of operations on the hepaticocholechoche in 106 patients (women – 87, men – 19 age from 21 to 76 years old) with diagnosis pathology extrabiliar tract. Was been analyzed the main reasons of choledoch obstruction. Was been generalired indications and contrindications and consequenses of diagnostic manipulations.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Незважаючи на значні успіхи в діагностиці та лікуванні захворювань біліарного тракту, зокрема його обтурацій та оклюзій доброякісного генезу, із врахуванням високого рівня хірургічно-оперативної техніки, традиційні операції спричиняють зміну топографо-анатомічних особливостей органів, що в свою чергу, призводить до функціональних та органічних порушень і супроводжується великою кількістю ускладнень – 9-24% [4, 5] та високою летальністю, яка за даними різних авторів коливається від 4 до 12% [3]. Хоча лапароскопічні втручання на жовчних шляхах технічно складні і вимагають додаткового обладнання, сучасні малоінвазивні методики викликають зростаючий інтерес [1, 2], оскільки їм притаманні всі переваги мінімальної інвазії.

Успіх лікування жовтяниці доброякісного походження, залежить, у першу чергу, від своєчасного відновлення адекватного пасажу

жовчі по біліарних шляхах [2] і, при необхідності, подальшого їх санування. При цьому зменшується поступлення ендотоксинів у лімфу та кров'яне русло, створюються умови для відновлення порушених функцій печінки, та інших органів та систем, покращується тканинна гемоперфузія і базальний кровотік по ворітній вені, зростає видільна функція печінки та її функціональний резерв.

Матеріали і методи. У доопераційне обстеження включали загальноклінічні дані, фіброендоскопічні, ультразвукові та біохімічні дослідження. Симптомами оклюзії гепатикохоледоха вважали: жовтяницю різного ступеня тяжкості; клініку холангіту; зростання рівня трансаміназ і лужної фосфатази; виявлені за даними екстракорпорального ультразвукового дослідження, чи за результатами ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії; конкременти у гепатикохоледосі або ж його

розширення (більше 8 мм), розширення проксимальної чи звуження термінальної його ділянки і наявність холангіолітіазу.

При інтраопераційному обстеженні гепатобіліарної зони проводили ультразвукову інтракорпоральну доплеросонографію, фіброхоледохоскопію, холангіографію. Для їх виконання використовували апарат ультразвукової доплеросонографії "Aloka" SSD-2000, двокальний ендоскоп GIT-2T20, датчик для інтраопераційної доплеросонографії, мобільну рентгенологічну установку для інтраопераційної холецистохолангіографії, холедохоскоп із вмонтованою відеоголовкою адаптованою до "SL"-камери фірми "Karl Storz", відеолапароскопічну техніку та інструменти фірми "Karl Storz".

Результати дослідження та їх обговорення.

Метою наших обстежень було систематизувати причини оклюзії жовчовивідних шляхів та узагальнити і оптимізувати показання та протипоказання до дренивання холедоха. Нами проаналізовано результати оперативних втручань на гепатикохоледосі у 106 хворих (жінок – 87, чоловіків – 19, віком від 21 до 76 років) з приводу доброякісної патології зовнішніх жовчовивідних шляхів. Зміни в гепатикохоледо-ху були спричинені холангіолітіазом у 65 (61 %) хворих, холедохолітіазом у поєднанні із стенозом термінального відділу холедоха при хронічному індуративному панкреатиті у 17 (16 %) пацієнтів, ізольованою стриктурою дуоденального сосочка у 4 (4 %) хворих. У 20 (19 %) пацієнтів причиною незначної гіпербілірубінемії була деформація гепатикохоледо-ха зумовлена набряком гепатодуоденальної зв'язки та збільшеними парахоледохіальними лімфатичними вузлами.

При лікуванні хворих з obturaційною жовтяницею необхідний диференційований підхід залежно від ступеня білірубінемії, причини та рівня оклюзії, характеру та поширеності запального процесу і тяжкості загального стану хворого. У результаті проведених досліджень, нами було виділено основні показання та протипоказання до інтраопераційних додаткових обстежень гепатобіліарної зони, за даними яких вибирали одну з методик дренивання гепатикохоледоха: за Холстедом – Піковським; за Кером чи Вишневським; холе-

доходуоденальне стентування; антиградну папілосфінктеротомію або балонну папілосфінктеродилатацію; подвійне дренивання (поєднання одного з видів зовнішнього з одним чи двома варіантами внутрішнього). Зовнішнє дренивання гепатикохоледоха виконували тільки у випадках тимчасової холедоходуоденальної непрохідності з перспективою відновлення відтоку жовчі у дванадцятипалу кишку: а) при розширенні холедоха до 12 – 15мм у результаті жовчної гіпертензії; б) при гнійному холангіті; в) після тривалої obturaції конкрементом; при супутньому індуративному панкреатиті за умови збереженої прохідності Фатерового сосочка; г) після лікувальної чи діагностичної холедохотомії; д) для динамічного рентген-контролю; ж) після "свіжої" папілосфінктеротомії; з) у випадку об'єктивної необхідності двохетапного методу лікування (тяжкий стан хворого, високий ризик розширення об'єму операції при вираженому інфільтраті гепатодуоденальної зв'язки та в умовах перитоніту із подальшою ендоскопічною папілосфінктеротомією). Показами до дренивання за Кером або Вишневським вважали технічні затруднення при спробі виконати дренивання за Піковським, а також після холедохотомії при холедо-ху, просвіт якого менше 12мм у діаметрі (краще за Кером); при ятрогенному пошкодженні гепатикохоледоха (краще за Вишневським). Дренажі, якщо це було можливо, обгортали мобільною ділянкою великого сальника з подальшим його прошиванням та фіксацією лігатурою до місця виходу трубки з гепатикохоледоха.

У 15 хворих виникла потреба виконати подвійне дренивання холедоха у зв'язку з підтвердженим рентгенографічно стенозом Фатерового сосочка – у трьох пацієнтів, підтвердженій рентгенографічно стриктурі термінального відділу холедоха протяжністю менш 15 мм – у п'ятьох; гострому або ж індуративному панкреатиті – у семи хворих.

Під час лапароскопічних оперативних втручань на гепатикохоледосі, лікувально-діагностичні маніпуляції намагалися виконувати через міхурову протоку (близько 30 % випадків). Коли ж з об'єктивних причин це було неможливим або з врахуванням даних холангіографії, проведеної через міхурову протоку, виникала необхідність у холедохотомії

останню виконували у наступних випадках: а) холедохолітазі, діагностованому до чи під час операції; б) розширенні позапечінкових жовчних шляхів більше 15 мм при наявній клініці чи в анамнезі механічній жовтяниці; гнійному холангіті; в) підтверженому рентгенографічно стенозі Фатерова сосочка; г) підтверженій рентгенографічно стриктурі термінального відділу холедоха протяжністю менш 20 мм; д) холедоходигестивних нориць; ж) наявній потребі в динамічному рентген-контролі; з) гострому або ж індуративному панкреатиті; е) для проведення інтраопераційної антиградної папілосфінктеротомії чи балонодилатації.

Холедохотомію, у випадках чіткого контурування конкрементів через стінку гепатикохоледоха, виконували безпосередньо над ними, у більшості інших випадків – у супрадуоденальній його ділянці. Довжину розтину робили близько 5 мм, який при необхідності розширяли до розміру конкременту. Після цього проводили оглядову холангіоскопію, з почерговою ревізією холедоха та правої і лівої печінкової протоки. При холангіоскопії оцінювали прохідність у дванадцятипалу кишку, стан слизової, прозорість жовчі, наявність і розміри конкрементів. Екстракцію останніх виконували, залежно від ситуації, одним із чотирьох способів. Корзинкою Дорміа видаляли крупні поодинокі конкременти (4 мм у діаметрі і більші), катетером Фогарті – множинні дрібні конкременти (3 мм і менші), поодинокі дрібні конкременти дистального відділу холедоха низводили у дванадцятипалу кишку, а також шляхом інструментального зчіджування у холедохотомний отвір крупних, контурованих через стінку, конкрементів. Після цього виконували повторну ревізію гепатикохоледоха. Холедохотомію закінчували одним із чотирьох варіантів: зовнішнім чи внутрішнім або подвійним дрениванням холедоха, ушиванням рани холедоха наглухо. Останнє можливе тільки при вільно прохідному холедосі, видаленні в повному об'ємі поодиноких конкрементів, та відсутності холангіту. Поскільки при глухому ушиванні холедохотомної рани, у випадку виникнення внутрішньопротокової жовчної гіпертензії, реальною виступає загроза розходження швів та розвитку жовчного перитоніту, у переважній більшості випадків

операцію доповнювали холедоходуоденальним стентуванням.

Накладання холедоходуоденоанастомозу виконували у виключних випадках при відсутності протипоказів. Такими вважали: стриктуру термінальної частини холедоха більше 2-3 см, множинний холангіолітаз при невпевненості у повноцінній його ліквідації, атонію холедоха з дилатацією більше 15 мм, неможливість видалити конкременти в ділянці фатерова сосочку, оклюзію термінальної частини холедоха склерозуючим чи псевдотуморозним панкреатитом. Протипоказами до формуванням білідигестивних анастомозів були: вузький холедох (менше 8 мм.), масивний злуковий процес в ділянці дванадцятипалої кишки, хронічну дуоденальну непрохідність (дуоденостаз), гнійний процес в ділянці дванадцятипалої кишки, гнійний холангіт.

Враховуючи вище перераховані аргументи, при виконанні оперативних втручань на зовнішніх жовчновивідних шляхах, особливо в пацієнтів молодшої вікової категорії, ми надавали перевагу одноетапним малоінвазивним методикам. При високому ризику розширення об'єму операції в пацієнтів старшого віку при тяжкому загальному стані, наявності супутніх де- чи субкомпенсованих патологій дихальної і серцево-судинної систем, при вираженому інфільтраті гепатодуоденальної зв'язки та в умовах перитоніту, застосовували двохетапний метод лікування, із подальшою ендоскопічною папілосфінктеротомією. Накладання ж білідигестивних анастомозів виконували тільки у виключних випадках при абсолютних показах, оскільки для них характерні ряд недоліків: дуоденіт; висхідний холангіт; синдром сліпого мішка.

Висновки. 1. Одноетапні методи лапароскопічного лікування холедохолітазу не порушують топографоанатомічні особливостей органів, являються менш травматичними і більш фізіологічними, та дозволяють зберегти сфінктерний механізм великого дуоденального сосочка.

2. Зовнішнє дренивання гепатикохоледоха слід виконували тільки у випадках тимчасової жовчної непрохідності у дванадцятипалу кишку з перспективою її відновлення.

3. У випадках зовнішнього дренивання перевагу краще надавати методиці за Холстедом – Піковським.

4. Дренування за Кером показано при неможливості адекватного проведення лікувально-діагностичних маніпуляцій через культю міхурової протоки.

5. Глухе ушивання холедохотомії слід поєдну-

вати з холедоходуоденальним стентуванням.

6. Внутрішнє дренування холедоха з формуванням білідигестивних анастомозів бажано виконувати у виключних випадках при відсутності протипоказів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.С., Дяченко В.В., Литвиненко А.Н., Огородник В.В., Скумс А.В., Кондратюк А.П., Беляєв В. В., Гулько О.Н. Уроки лапароскопической холецистектомии // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 6-9
2. Грубник В.В., Ткачка А.И., Герасимов Д.В., Дюжев В.С., Калинчук С.В. Миниинвазивные методы лечения холедохолитиаза // Клінічна хірургія. – 2001. – № 10. – С. 53-55
3. Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Обуоби Р.Б., Оклей Д.Б., Маслов С.П., Комарчук В.В. Выбор хирургической тактики у больных с обтурационной желтухой и высоким риском возникновения полиорганной недостаточности // Клінічна хірургія. – 2001. – № 7. – С. 10-13
4. Ермолов А.С., Дасаев Н.А., Юрченко С.В., Дургарян Т.В., Рябых В.И. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистектомии // Хирургия. – 2002. – № 4. – С.4-10
5. 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, том 5. – №1. – С. 90-97

УДК: 616. 367-072. 1-089.85

Відеоендоскопічна холедохостомія в комплексному лікуванні хронічного калькульозного холециститу

В.В. ІВАЩЕНКО, К.К. СКВОРЦОВ, Є.Р. БАЛАЦЬКИЙ, К.К. СКВОРЦОВ (МОЛ.)

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

VIDEOENDOSCOPIC CHOLEDOCHOSTOMY IN COMPLEX TREATMENT OF CHRONIC CALCULOUS CHOLECYSTITIS

V.V. IVASCHENKO, K.K. SKVORTSOV, E.R. BALATSKY, K.K. SKVORTSOV (JUN)

Donetsk State Medical University by M. Horiky

На основі досвіду обстеження та відеоендоскопічного лікування 3578 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 282 (7,8 %) пацієнтів були встановлені показання до інтраопераційної холангіографії, а у 214 (5,9 %) з них оперативне втручання завершено холедохостомією. Автори формулюють показання до холедохостомії при хірургічному відеоендоскопічному лікуванні хронічного калькульозного холециститу.

Basing on the experience of investigation and videoendoscopic treatment of 3578 patients with chronic calculous cholecystitis at 282 (7,8 %) patients were established the indications to intraoperative cholangiography and at 214 (5,9 %) of them the operative intervention was completed by choledochostomy. The authors formulate the indications to choledochostomy at surgical videoendoscopy treatment of chronic calculous cholecystitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема лікування хронічного калькульозного холециститу (ХКХ) набуває суттєвих змін у зв'язку з розвитком можливостей відеоендоскопічного малоінвазивного втручання. На сьогоднішній час відеоендоскопічна холецистектомія (ВХЕ), безумовно, є "золотим стандартом" в хірургічному лікуванні ХКХ. Сучасні доопераційні методи обстеження позапечінкових жовчних проток (ультразвукові, томографічні) та лабораторні дослідження дозволили досягти суттєвих результатів в профілактиці розвитку післяхолецистектомічного синдрому [1, 3, 5]. Проте ризик виникнення резидуального холедохолітазу в хірургії ХКХ залишається досить високим (1-9 %) [4, 6], що пов'язано з значним збільшенням оперативних втручань на жовчних шляхах, поширенням засобів консервативного лікування жовчнокам'яної хвороби, таких як літотрипсія, що призводять до виникнення мікролітазу. Тому в клінічних випадках, коли виникає підозра на приховані зміни з боку загальної жовчної протоки та вичерпані можли-

вості додаткових методів інтраопераційного дослідження, певне значення може мати холедохостомія, що дозволяє, в якійсь мірі, контролювати рівень біліарної гіпертензії в динаміці, а також проводити місцеве лікування.

Метою роботи було визначення показань до відеоендоскопічної холедохостомії в малоінвазивній хірургії ХКХ.

Матеріали і методи. За період 1993-2003 рр. в хірургічному відділенні клініки загальної хірургії Донецького державного медичного університету ім. М. Горького знаходились на лікуванні 3578 хворих на ХКХ, яким виконана ВХЕ. У 282 (7,8 %) пацієнтів були встановлені показання до інтраопераційної холангіографії, а у 214 (5,9 %) з них оперативне втручання завершено холедохостомією. Холангіографію виконували через куксу міхурової протоки, а якщо були встановлені показання до пролонгованої холедохостомії – катетер закріплювали кліпсою або кетгутувою лігатурою. Для інтраопераційної холангіографії використовували, у більшості випадків, 60-76 %

тріомбрас, 4,0-8,0 мл, розчинений у 0,5 % новокаїні до об'єму 20,0 мл. Розчин вводили по-вільно (0,5-1,0 мл за секунду), одразу виконували серію з трьох холангіограм з інтервалом 5 хвилин.

Обстеження хворих на доопераційному етапі, крім загальноклінічного, обов'язково включало ультразвукове дослідження органів гепатопанкреатобіліарної зони, езофагогастродуоденоскопію, лабораторні дослідження, за показаннями – внутрішньовенну холангіографію або комп'ютерну томографію.

Результати досліджень та їх обговорення.

На доопераційному етапі нами визначені ознаки можливого ураження загальної жовчної протоки у хворих на ХКХ: 1) наявність в анамнезі жовтяниці, симптомів панкреатиту чи холангіту; 2) розширення холедоха за даними ультразвукового дослідження хоча б в одній з трьох точок виміру (ворота печінки, ретродуоденальна частина, дистальна третина) більше ніж 1,0 см; 3) розширена Вірсунгова протока більше ніж 0,1 см або підвищення рівня діастази сечі більше 128 ОД за Вольгемуттом (оцінювали як ризик виникнення холецистопанкреатиту в післяопераційному періоді); 4) підвищення рівня ЛФ > 50 МО та білірубину більш ніж на 10 % від норми; 5) множинний дрібний холецистолітаз; 6) кволий розтягнутий чи зморщений жовчний міхур; 7) використання в анамнезі літотрипсії. Щодо останньої ознаки, то необхідність виділення її виникла в зв'язку з тим, що серед 63 таких хворих із групи ХКХ, холедохолітаз був виявлений у 32 (50,8 %). Під час виконання ВХЕ до цих ознак додавали інтраопераційні: 1) розширення міхурової протоки більше ніж 0,5 см; 2) аномальні анатомічні взаємовідносини у трикутнику Кало; 3) виражений спайковий процес гепатикопанкреатобіліарної зони. Усім хворим виконана ВХЕ, інтраопераційна холангіографія, під час якої оцінювали стан жовчовивідних шляхів та вирішували подальшу лікувальну тактику, а холедохостому залишали для контролю за перебігом післяопераційного періоду. Типові (прямі) рентгенологічні ознаки ураження загальної жовчної протоки загальновідомі: розширення гепатикохоледоха, наявність дефектів наповнення, відсутність евакуації контрастної рідини з проток, конусоподібне звуження протоки в термінальному відділі.

При виявленні тубулярного стенозу холедоха (38 хворих) здійснена конверсія та накладений холедоходуоденоанастомоз. У 84 виявлений холедохолітаз, при виявленні конкрементів більше ніж 0,5 см (26 хворих) здійснювали конверсію та пробували видаляти конкременти катетером Фогарті. У 4 хворих з поодинокими конкрементами спроба виявилася вдалою. У інших 22 хворих з великими конкрементами (з них 19 – з множинними) наклали холедоходуоденоанастомоз. При наявності мікрохоледохолітазу (у 58 з 84) операцію, після ВХЕ, завершували холедохостомією. У 3 хворих виявлений стеноз великого дуоденального сосочка, операція також завершена холедохостомією, в післяопераційному періоді виконана папілосфінктеротомія. У хворих з мікролітазом через холедохостому проводили тривале багаторазове фракційне промивання загальної жовчної протоки теплим розчином з новокаїном, гепарином, антисептиком (2-3 рази на добу, загальний об'єм розчину 50,0 – 200, 0 мл) на фоні попереднього введення парентерально (но-шпа, баралгін, папаверин) чи перорально (дюспаталін) спазмолітичних препаратів. Така спроба виявилася вдалою у 47 хворих з мікрохоледохолітазом, що підтверджено на повторних холангіограмах. Тривалість холедохостомії становила у цих хворих в середньому (10,6±2,3) діб. У інших 11 хворих, незважаючи на промивання, залишалися ознаки холедохолітазу на контрольних холангіограмах, у 8 виконана папілосфінктеротомія, у 3-х накладений холедоходуоденоанастомоз. Після папілосфінктеротомії чи накладання анастомозу холедохостому залишали та продовжували промивання.

Під час вивчення холангіограм у 92 хворих з ХКХ ми визначили непрямі ознаки біліарної гіпертензії – посилення ретроградного контрастування внутрішньопечінкових жовчних проток, сповільнення евакуації контрасту до дванадцятипалої кишки. При цьому у хворих не визначали розширення холедоха вище 0,8 см, не було конкрементів у протоках, був задовільний пасаж контрасту до дванадцятипалої кишки, лише визначався холецистолітаз. Проте всім цим хворим ми формували показання до завершення холецистектомії холедохостомією. Особливості тактики при непрямих ознаках біліарної гіпертензії у хворих на

калькульозний холецистит нами опубліковані в журналі "Хірургія України" у 2003 р [2]. Слід зазначити, що серед хворих з ХКХ найчастіше відзначали сповільнення евакуації контрасту до дванадцятипалої кишки, що, можливо, зумовлено дискінетичними розладами на фоні ХКХ. Однак, все одно операцію завершували холедохостомією. Найчастіше після використання спазмолітичних препаратів та промивання холедоха наставала добра евакуація контрасту і холедохостому видаляли. Але у 2-х випадках покращення евакуації не було, на повторних холангіограмах виявлений мікрохоледохолітиаз у 1 випадку та стеноз великого дуоденального сосочка. В першому випадку виконана папілосфінктеротомія, у другому – стентування після спроби дилатації.

Треба зазначити, що у 68 хворих під час інтраопераційної холангіографії не було виявлено прямих чи непрямих ознак біліарної гіпертензії і катетер був видалений одразу після виконання рентгенологічного дослідження, а кукса жовчної протоки була додатково кліпована.

ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник В.В., Пушпендра Шарма, Ильяшенко В.В., Герасимов Д.В. Лапароскопические операции у больных с холедохолитиазом // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. - № 3. – С. 47.
2. Иващенко В.В., Скворцов К.К., Щербинин А.А. О косвенных холангиографических признаках билиарной гипертензии // Хірургія України. – 2003. - № 3 (7). – С. 86-88.
3. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. - № 3. – С. 16-19.

Взагалі, незважаючи на наявність конверсії, холедохостомію проводили під час відеоендоскопічного етапу втручання і залишали катетер в післяопераційному періоді. Видалення холедохостоми проводили після її тренування підвищеним положенням та стисканням, навіть при відсутності на контрольних холангіограмах патологічних уражень. При відсутності болю, дискомфорту проводили видалення холедохостоми.

Загальна летальність склала 0,06 % (2 хворих). Ускладнень під час виконання холангіографії та холедохостомії не спостерігали.

Висновки. При лікуванні ХКХ з використанням малоінвазивних методів треба завжди вести активний пошук прямих та непрямих ознак можливої внутрішньопротокової гіпертензії. При наявності таких або виникненні сумнівів відносно можливого ураження холедоха ВХЕ необхідно завершувати холедохостомією, яка дозволяє спостерігати за динамікою виділення жовчі і при необхідності проводити відповідну корекцію.

4. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Литвиненко А.Н. и др. Опыт лапароскопической холецистэктомии при остром калькулёзном холецистите // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2002. - № 2. – С. 204-206.
5. Слонецький Б.І., Тутченко М.І., Мохамед Х.С. та ін. Особливості гемодинаміки при лапароскопічній холецистектомії у пацієнтів з високим ступенем операційного ризику // Хірургія України. – 2003. - № 2. – С. 64-65.
6. Сотниченко Б.А., Гончаров К.В. Холедохолитиаз у больных пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии. – 2001. - № 2. – С. 113-117.

УДК 616.33-089:613.24

Новий спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння

В.В. ГРУБНИК, В.П. ГОЛЛЯК, О.В. ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет

NEW METHOD OF SURGICAL TREATMENT OF MORBID OBESITY

V.V. HRUBNIK, V.P. HOLLIYAK, O.V. HRUBNIK

Odessa State Medical University

У дослідженні було проведено вивчення даних літератури та результатів власного досвіду виконання 32-х оперативних втручань для лікування ожиріння шляхом лапароскопічного бандажування шлунка. Проведені дослідження показали, що ефективність даного методу склала 57%, тому що у віддаленому періоді добрі результати були досягнуті в 17 пацієнтів з 30 хворих, які знаходилися під наглядом протягом 4-6 років. З метою поліпшення результатів хірургічного лікування ожиріння нами була розроблена нова методика оперативного втручання, що полягала в комбінації рестриктивної і шунтуючої методик (Деклараційний патент України на винахід № 64161А, заявка № 2003021613 від 24.02.2003 року). Ми формували “малий шлунок” обсягом 25 мл, далі накладали задньоободовий гастроентероанастомоз в ділянці “малого шлунка” типу кінець у бік, із включенням гастробілеопанкреатичної кишки в травлення, за допомогою накладення тонкокишково-тонкокишкового анастомозу кінець у бік за методикою Ру. Керування стомою між “малим” і “великим” шлунками, дозволило регулювати надходження їжі природним шляхом. У всіх хворих, прооперованих за даною методикою, зниження маси тіла відбувалося протягом 1,5 року до показників ВМІ = 26-30 кг/м². Вивчивши найближчі і віддалені результати, ми прийшли до висновку, що формування “малого шлунка” обсягом 50 мл і шириною стоми 5 мм із накладанням шунтуючої петлі є більш ефективним методом при лікуванні морбідного ожиріння, ніж інші, та вимагає подальшого вивчення і впровадження.

The aim of the study is to improve the surgical treatment of morbid obesity. During the period from 1996 to 2003 laparoscopic gastric banding was performed in 32 patients. We used “Bioenteric” lap bands. Four trocar techniques were used. The pouch volume was 35-50ml. To prevent slippage the band was fixed to the anterior gastric wall by 3-5 sutures. The follow-up was for 3-6 years in 30 patients. There were no serious complications during laparoscopic gastric banding. We observed slippage of the band in one case which required re-operation. In long term follow-up good results were achieved in 17 (57 %) patients. In the other 13 patients unsatisfactory results were noted due to frequent dyspepsia and vomiting and also inadequate weight loss. To improve the results, we have performed combined operation which includes restrictive and malabsorbptive mechanism that have long-term efficacy in reduction of excess weight. We have created a 25 ml pouch and a 120 cm Roux limb. The Roux limb was delivered through a retrocolic tunnel and antegastric gastrojejunostomy of aperture 1-1.5 cm was performed between pouch and ileum high up: 2-3 cm from the esophagogastric junction. The small aperture between the pouch and the stomach allowed to decrease the quantity of food entering the stomach, as most of it passes through the by-pass. These patients had practically no discomfort, dysphagia and vomiting. At the same time on average the weight loss was up to normal values in 1.5 years. Our initial experience shows that such combination of by-pass and gastric banding is more effective with acceptable morbidity rate than other methods and needs further study and development.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Ожиріння і його ускладнення є важливою медичною і соціальною проблемою в сучасному суспільстві.

За даними ВООЗ за 2003 рік, у країнах Європи, а також в Україні і Росії ожирінням страждають 20-27 % населення. Так, наприклад, у США підвищену масу тіла мають 60 %, а виражене ожиріння до 37 % жителів [3,4,10].

Для оцінки ступеня ожиріння використовують

індекс маси тіла – ІМТ (Індекс Кегле ВМІ – Body Mass Index), що визначається шляхом розподілу маси тіла в кілограмах (кг) на ріст, виражений у метрах в квадраті (м²). Якщо ІМТ перевищує 25 – 30 кг/м², вага тіла вважається надлишковою.

Відсоток людей з ІМТ більше 35-40 кг/м² в Україні, як і в більшості країн Центральної Європи, суттєво не відрізняється від світових показників і складає в середньому 6-7% від загального числа населення [1,2,6,7]. При цьому є тенденція до рос-

ту захворюваності та виникнення проявів захворювання в молодому віці.

Лікування ожиріння може бути як консервативним, так і хірургічним. Хірургічні втручання поділяються на пластичні методи – ліпоектомія, ліпоскульптура, ліпоаспірація і гастропластичні методи – шунтуючий, рестриктивний і змішаний.

Вперше операцію бандажування шлунка запропонували L. Wilkinson та O. Peloso у 1976 р. – метод здійснювався шляхом накладання манжети в субкардіальному відділі з формуванням “малого” шлунка обсягом 50-100 мл і “великого” шлунка, зі стоною між ними 12-15мм, за допомогою дакронового протеза [12,13,14]. У 1991 році американський хірург українського походження Kuzmak опублікував свою роботу про отримані результати бандажування шлунка відкритим способом з використанням силіконового шлункового кільця [9,11]. У 1994 році бельгійський хірург Cardiere розробив методику лапароскопічного бандажування шлунка з застосуванням силіконового кільця [5,8].

Однак лапароскопічне накладання шлункового кільця не завжди веде до бажаних результатів і ефективної втрати у вазі, а операція по накладанню обхідного анастомозу часто викликає синдром мальабсорбції.

Метою даного дослідження було вивчення й удосконалювання методик хірургічного лікування морбідного ожиріння.

Матеріали і методи. У період з 1996 до 2003 року лапароскопічне накладання шлункового кільця було виконано 32-м пацієнтам. З них жінок – було 25, чоловіків – 7. Вік склав від 20 до 58 років. У середньому ВМІ був $(44,5 \pm 4,2)$ кг/м² (діапазон від 35 кг/м² до 58 кг/м²). Ми використовували спеціальні силіконові шлункові кільця, здатні пристосовуватися, фірми “Bioenterics” і спеціальні сітчасті протези з комбінованої поліпропіленової сітки (Dual mesh) фірми “Gortex”.

Усім хворим перед операцією проводилося ретельне обстеження – вимірялися зріст, вага, виважувалася ІМТ, досліджувалися біохімічні показники крові, гормони крові (ТТГ, тироксин, глюкокортикостероїди, статеві гормони, соматотропін), виконувалося УЗД органів черевної порожнини, проводили рентгенологічне дослідження “турецького сідла”, рентгенологічне дослідження шлунка з барієм, фіброгастроскопію. Усі пацієнти оглядалися ендокринологом і психіатром.

Для виконання даного оперативного втручання використовували чотири троакари. У шлунок уведився зонд товщиною 10 мм з балоном на дистальному кінці. Балон роздувався шляхом введення в нього 25-30 мл фізіологічного розчину і підтягувався максимально проксимально. Намічалася зона, в якій планували проводити протез для бандажування шлунка. Формували отвір в ділянці шлунково-діафрагмальної зв’язки, дещо нижче стравохідно-шлункового переходу в проксимальній частині малого сальника. Пальцем створювали тунель за кардією шлунка. Через нього проводили спеціальний інструмент, дистальний кінець якого згинався на 90°, і над ним розкривалося шлунково-селезінкове з’єднання на 3-4 см нижче стравохідно-шлункового переходу. Через сформований тунель, супрабурсально протягався сітчастий протез з комбінованої поліпропіленової сітки (Dual mesh) фірми “Gortex” чи спеціальне силіконове шлункове кільце фірми “Bioenterics”. Кінці протеза ушивалися 4-5 швами, з’єднувалися за допомогою спеціального замка, безпосередньо під роздутим балоном на зонді. Обсяг сформованого “малого шлунка” складав 35-50 мл, а ширина стоми між “малим” і “великим” шлунками – 10-11мм. Для запобігання зміщенню, кільце чи протез зміцнювалися 3-5 серосерозними швами. У шлунок уведився тонкий назогастральний зонд. У післяопераційному періоді, протягом 2-х діб проводилася інфузійна терапія, далі хворим дозволялося пити самостійно. Харчування рідкою їжею починалося з 3-4 днів у вигляді 6-ти, 7-ми разового харчування обсягом не більше 50-100 мл. Через 1 місяць хворі переходили до більш твердої їжі з 4-5-ти разовим харчуванням. Ми спостерігали 30 пацієнтів протягом 4-6 років.

Результати досліджень та їх обговорення. Ми не відмічали серйозних ускладнень після лапароскопічного формування “малого шлунка”. Лише в одному випадку зафіксовано зміщення кільця в дистальному напрямку, що викликало високу шлункову непрохідність. Цьому пацієнту була виконана операція по переустановці кільця в кардіальний відділ шлунка з формуванням “малого шлунка”, після чого в нього спостерігалася адекватна втрата ваги без ускладнень. У віддаленому періоді добрі результати були досягнуті в 17 пацієнтів (57 %). У 13 пацієнтів (43 %) були відзначені незадовільні результати внаслідок частих диспепсичних розладів і блювання, а також неадекватної втрати у вазі.

З метою поліпшення результатів хірургічного лікування ожиріння нами була розроблена нова методика оперативного втручання, яка полягала в комбінації рестриктивної і шунтуючих методик (Деклараційний патент України на винахід № 64161А, заявка № 2003021613 від 24.02.2003 року). Ми формували “малий шлунок” обсягом 25 мл. Далі перетинали тонку кишку на відстані 30-40 см від зв’язки Трейца. Формували аліментарну петлю шляхом створення задньоободового гастроентероанастомозу в ділянці “малого шлунка” за типом кінець у бік, з діаметром стоми 10-11 мм. Фіксували анастомоз у вікні брижі поперечноободової кишки. Далі виконували включення гастробілеопанкреатичної кишки в травний тракт за допомогою накладання тонкокишково-тонкокишкового анастомозу кінець у бік за методикою Ру. Керування стомою між “малим” і “великим” шлунками дозволило регулювати надходження їжі природним шляхом.

Як показали рентгенологічні дослідження шлунок в хворих, прооперованих за нашою методикою, більша частина їжі проходить по петлі, яка шунтує

“малий шлунок”, чим забезпечується зменшення всмоктування їжі в тонкому кишечнику. Так само потрібно відзначити, що навіть при споживанні великих обсягів їжі хворі не зазнають дисфагії і блювання.

При присутності шунтуючого компонента в нашій методиці ми уникли ускладнень, властивих шунтуючим операціям, за рахунок природного надходження харчових продуктів через стому між “малим” і “великим” шлунками. Завдяки цьому вітаміни і мінеральні речовини надходять в організм у достатній кількості, а синдром мальабсорбції відсутній.

У всіх хворих зниження маси тіла відбувалося протягом 1,5 року до показників ВМІ = 26-30 кг/м².

Висновок. Вивчивши найближчі і віддалені результати, ми прийшли до висновку, що формування “малого шлунка” обсягом 50 мл і шириною стоми 5 мм із накладанням шунтуючої петлі є більш ефективним методом при лікуванні морбідного ожиріння, ніж інші, потребує подальшого вивчення і впровадження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кузин Н.М., Марков В.К., Романов М.М. и др. Результаты операции формирования “малого желудка” в лечении алиментарно-конституционного ожирения // Хирургия. – 1990. – №2. – С. 104 - 109.
2. Лаврик А.С. Хирургическое лечение патологического ожирения // Клиническая хирургия. – 1996. - №4. – С. 19-22.
3. Balsiger В.М., Luque-de-Leon E., Sarr M.G. Surgical treatment of obesity: who is the appropriate candidate? // Mayo Clin. Proc. – 1997. – Vol. 72, – P. 551-558.
4. Belachew M., Legrant M., Vincent V., Lismonde M., Le Docte N., Deschamps V. Laparoscopic adjustable gastric banding // World J. Surg. – 1998. – Vol. 22 – P. 955-963.
5. Cadiere G.B., Bruyns J., Himpens J., Favretti F. Laparoscopic gastroplasty for morbid obesity // Br. J. Surg. – 1994. – Vol. 81.– P. 1524.
6. De Luca M., De Werra C., Formato A., Formisano C., Loffredo A., Naddeo M., Forestieri P. Laparotomic versus laparoscopic lap-band: 4-year experience with early and intermediate complications // Obes. Surg.– 2000. – Vol.– P. 10. 266-268.
7. Fielding G.A., Rhodes M., Nathanson L.K. Surgical Endoscopy – 1999.– № 6, Jun.
8. MacLean L.D., Rhode B.M., Sampalis J., Forse R.A. Results of the surgical treatment of obesity // Am. J. Surg. – 1993. –Vol.165 – P. 155-162.
9. NIH Consensus Development Conference Gastrointestinal surgery for severe obesity // Obesity Surg.–Vol. 34. – P. 431-434.
10. Weisner W., Schob O., Hauser R.S., Haiser M. Adjustable laparoscopic gastric banding in patients with morbid obesity: radiographic management, results and postoperative complications / / Radiology. – 2000.– Vol. 216. – P. 389-394.
11. Kuzmak, L.I. A review of seven years experience with silicone gastric banding // Obes. Surg. – 1991. – Vol. 1.– P. 403.
12. Szold A., Abu-Abeid Laparoscopic adjustable silicone gastric banding for obesity: results and complications in 715 patients // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 2. – P. 230-233
13. Labeck B., Negoda H., Kuhberger-Peer R. Surgical Endoscopy.– 2001 № 10 Oct.
14. Wilkinson L.H., and Peloso O.A.: Gastric (reservoir) reduction for morbid obesity // Arch. Surg. – 1984.– Vol. 116. – P. 602.

УДК 616.617: 6181/4-089

Малоінвазивні методи лікування ятрогенних ушкоджень сечоводів

В.М. ГУЗЕНКО, М.В. КОВАЛЕНКО, Є.В. ЛАМПИГА

Донецький державний медичний університет

MINI-INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF IATROGENIC URETERIC INJURIES

V.M. HUZENKO, M.V. KOVALENKO, Y. V. LAMPIHA

Donetsk State Medical University

Проаналізовано результати лікування 37 хворих віком від 16 до 62 років з ятрогенними ушкодженнями сечовода в акушерсько-гінекологічній практиці. З 37 хворих у 2 (5,4 %) були пошкоджені сечовід і сечовий міхур, а в 3 (8,1 %) – обидва сечоводи та сечовий міхур. У решти хворих був ушкоджений тільки один сечовід. Хворим проводилися лабораторні обстеження, екскреторна урографія, за необхідності виконували УЗД, КТ, радіоізотопну ренографію та сцинтиграфію нирок. Застосовувалися такі методи лікування: встановлення сечовідного стента, делігатуризація сечовода, уретероуретероанастомоз, уретероцистоанастомоз, черезшкірна пункція та нефростомія. Добрі результати були у 24 (64,8 %) хворих, задовільні – у 9 (24,3 %), поганий результат відзначено у 3 (8,1 %) хворих.

In this report the results of treatment of 37 patients aged from 16 to 62 with iatrogenic ureteral injuries in obstetrical-gynecological practice were analysed. Examination of the patients included laboratory analyses, excretory urograms and if it was necessary US, KT radioisotope renography and kidney scintigraphy. In 2 (5,4 %) patients among 37 patients were injured both ureter and urinary bladder. In the rest of the patients was injured only one ureter. There were carried out the following methods of treatment: placement of ureteral stent, ureteral-ureteralanastomosis, ureterocystoanastomosis, transcutaneous puncture and nephrostomia. Good results were obtained in 24 cases (64,8%), satisfactory results in 9 cases (24,3 %) and bad results in 3 cases (8,1 %).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Сечоводи дуже рідко пошкоджуються під час зовнішніх травм і досить часто страждають під час різних оперативних втручань.

Сечовід – це дуже вразливий орган, який “не вибачає” необережного поводження. Він відповідає на будь-яку травму різним ступенем фіброзних звужень, стриктур, сечових запливів [2].

Критичними точками поранення є впадання сечовода у вальдемєсрове сплетення, перехрещення його з матковими судинами та широкою зв'язкою матки.

Тому за частотою “випадкових” травм сусідніх органів лідирують операції з приводу акушерсько-гінекологічної патології.

Сечовід може бути пошкоджений при найрізноманітніших акушерсько-гінекологічних операціях. Кількість пошкоджень, за даними різних авторів, складає від 1 до 12 %, у середньому 3 % при доброякісних процесах і до 30 % при злоякісних новоутвореннях, збільшу-

ючись відповідно до обсягу та радикальності операції [4].

Однак через “мовчазну” природу багатьох хірургічних пошкоджень сечоводів їх істинна частота може бути сумнівною. Але незалежно від того, чи це нерозпізнане вчасно ятрогенне пошкодження, чи розпізнане, виконання складних оперативних втручань при цьому виді патології вимагає особливої уваги.

На ятрогенні ушкодження сечовода впливають різні фактори ризику. Вони можуть бути пов'язані зі спробами досягти гемостазу без належної ідентифікації сечовода з подальшим його пошкодженням. Тому від гінеколога вимагається “урологічна настороженість” під час проведення операцій на жіночих статевих органах під час перетинання та лігування зв'язок і судин. Перев'язування сечовода капроновими або шовковими лігатурами чинить більш грубий вплив на тканину порівняно з сучасним шовним матеріалом: дексоном, вікрилом, полісорбом.

Більш сприятливим є прогноз у хворих, яким було зроблено випадкове лігування сечоводів кетгуттом. Відзначено розсмоктування лігатур на 7-му добу та відновлення нормального відтоку сечі з заблокованої нирки.

Через тяжкість стану хворих може виникнути потреба у повторних інвазивних втручаннях, результатом яких можуть бути втрата ниркової функції, гнійно-септичні ускладнення, інвалідизація, а інколи й смерть хворого.

Черезшкірна пункційна нефротомія (ЧПН) або катетеризація сечовода катетером-стендом у хворих з ятрогенним пошкодженням сечоводів застосовуються як безпечна та ефективна альтернатива хірургічному втручання, як передопераційна процедура для подальших реконструктивних втручань.

Досить часта несвоєчасна діагностика й величезна кількість різних думок про обсяг надання лікувальної допомоги вказаним хворим залежно від часу після нанесення травми й спонукали нас викласти результати власних досліджень у вирішенні цієї проблеми.

Мета роботи – поліпшити результати лікування хворих з ятрогенними ушкодженнями сечоводів, оптимізувати можливості ранньої лікувальної тактики ушкоджень залежно від термінів їх виявлення.

Мета дослідження: 1. Обґрунтувати можливість різних оперативних втручань і довести їх ефективність при інтраопераційно помічених ушкодженнях сечоводів. 2. Обґрунтувати й запропонувати різні малоінвазивні методи дренивання сечових шляхів як самостійне лікування і як перший етап перед реконструктивною операцією у зв'язку з їх ушкодженням. 3. Визначити оптимальні строки й чіткі показання до різних реконструктивних операцій при ятрогенних ушкодженнях сечоводів.

Матеріали і методи. Вивчено та проаналізовано результати лікування 37 хворих (за період з 1998 по 2003 рр.) з ятрогенними ушкодженнями сечоводів під час різних акушерсько-гінекологічних операцій. Вік хворих коливався від 16 до 62 років (у середньому 43 роки). При цьому розглядалися такі питання: вивчення частоти виникнення травми, методи та обсяг застосованого лікування та закінчення захворювання. З 37 хворих з ятрогенними пошкодженнями у 2 (5,4 %) були травмовані се-

човід і сечовий міхур, а в 3 хворих (8,1 %) – обидва сечоводи та сечовий міхур. У решти хворих був травмований тільки сечовід.

У 26 (70,2 %) хворих пошкодження було діагностовано протягом 1-7 діб після операції. У них відзначалися такі клінічні прояви: виражений больовий синдром з боку ушкодження, виділення сечі з піхви або з дренажів, встановлених у черевну порожнину, гіпертермія. У 6 (16,2 %) хворих травму сечовода було виявлено через 7-15 діб після операції. На фоні наявної гіпертермії, болю з боку пошкодження та за даними спеціальних урологічних методів дослідження остаточно було встановлено ушкодження сечовода. Вказані клінічні прояви мали акцентувати увагу лікаря на більш ранньому виконанні спеціальних урологічних методів обстеження. У 5 (13,5 %) хворих у зоні локалізації травми у різний термін після неї (від 4 до 20 років) виникла стриктура сечовода.

Під час обстеження у цих хворих було виявлено гідронефроз II-III ступеня.

Загальні клінічні методи обстеження включали збирання анамнестичних даних, огляд, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові та сечі, біохімічні показники крові та сечі). Усім хворим виконувалася екскреторна урографія, за необхідності – ретроградна уретеропієлографія. Крім того, за показаннями проводилися цистоскопія, УЗД нирок, сечового міхура, радіоізотопна реографія, сцинтиграфія нирок, КТ.

Поява сучасної техніки, яка дозволяє за допомогою монітора спостерігати за катетеризацією сечовода, наявність великого арсеналу антибіотиків широкого спектра дії та контрастних препаратів дозволяють ширше застосовувати ретроградну уретеропієлографію.

Не применшуючи позитивних рис і значущості УЗД, КТ у діагностиці ятрогенних пошкоджень сечовода, вважаємо ретроградну уретеропієлографію (при недостатній інформації на екскреторних урограмах) найбільш інформативним методом дослідження в діагностиці вказаних ушкоджень.

У результаті проведеного дослідження було встановлено ушкодження правого сечовода у 21, а лівого – у 13 випадках. У 3 випадках були пошкодженими обидва сечоводи. У 31 (83,7 %) хворій на 1-15 добу після операції, за даними дослідження, виявлено пієлокаліко-

уретероектазію. Під час виконання їм ретроградної пієлографії виявлено неподоланну перешкоду на 1-10 см від сечового міхура. В окремих випадках контрастна речовина проходила місце звуження, вище якого відзначалося розширення сечовода та чашково-мискової системи.

Для відновлення уродинаміки верхніх сечових шляхів мають значення такі фактори: один чи два сечоводи пошкоджено, тривалість та ступінь ушкодження, наявність інфекції.

Перевагою малоінвазивних методів лікування є: 1) можливість збереження нирки; 2) швидке усунення порушень уродинаміки верхніх сечових шляхів; 3) значне зменшення терміну перебування хворих у стаціонарі.

Успішність ЧПН складає 90-100 % [3]. Під час виконання ЧПН слід дотримувати таких правил:

- маніпулювати при адекватній візуалізації збиральної системи нирки;
- пунктувати нижче 12-го ребра;
- пунктувати периферичну ділянку задньої чашечки під кутом 20-30 градусів задньо-зовнішнім доступом для попередження ушкодження крупних судин;
- пунктувати тільки одну стінку чашечки;
- під час контрастування для попередження пієлового рефлюксу вводити в чашково-мискову систему (ЧМС) такий самий об'єм контрастної речовини, який був аспірований з неї;
- вводити катетер телескопічно по провіднику, оскільки це попереджає позамискове розташування кінчика катетера;
- використовувати катетери з механізмом внутрішньої фіксації, що знижує ризик випадання останнього.

Правильно встановлені нефростомічні катетери забезпечують адекватне відведення сечі та дозволяють проводити різні маніпуляції на верхніх сечових шляхах. Слід пам'ятати, що всі стенти схильні до інкрустації, а тому необхідною є їх періодична заміна.

Ускладнення ЧПН можуть бути поділені на три категорії: судинні, інфекційні, ускладнення, пов'язані з катетером.

До судинних ускладнень належить кровотеча. Це одне з найчастіших ускладнень після ЧПН. Вказані ускладнення можуть бути у разі розриву ниркової артерії, кровоточивої псев-

доаневризми, артеріовенозної нориці. Як позитив можна відзначити, що у хворих, яких ми спостерігали після ЧПН, відзначалася помірна гематурія, яка зазвичай зникала через 24-48 годин. Інфекційні ускладнення відзначались у 2 хворих при явно інфікованих сечових шляхах. Профілактичний прийом антибіотиків знижує кількість вказаних ускладнень.

До ускладнень, пов'язаних із катетером, належать розташування катетера поза збиральною системою нирки, що спостерігалось у 1 хворої, міграція та випадання катетера теж в 1 випадку, обтурація катетера.

Хворим проведено такі лікувальні заходи:

1. Встановлення сечовідного стента – 3 (8,1 %) хворим.
2. Делігатуризація сечовода з встановленням стента – 10 (27,0 %) хворим.
3. Уретероуретероанастомоз “кінець у кінець” з встановленням стента – 5 (13,5 %) хворим.
4. Уретероцистоанастомоз з встановленням стента – 10 (27,0 %) хворим.
5. Уретероцистоанастомоз з фіксацією сечового міхура до поперекового м'яза за методикою “Psoas hitch” [1] – 2 (5,4 %) хворим.
6. Черезшкірну пункційну нефростомію – 2 (5,4 %) хворим.
7. Нефректомію – 5 (13,5 %) хворим.

Як вже було відзначено, встановлення стента як самостійний метод лікування застосовувалось у 3 (8,1 %) хворих. За даними УЗД, екскреторної урографії, ретроградної уретеропієлографії, у них не відзначено вираженого розширення ЧМС і сечовода, різкого зниження функції нирок, сечових запливів у зоні травми. У цій ситуації було наявне пристінкове ушкодження сечовода або бічне захоплення його лігатурою. В 1 хворої встановлено наявність сечовідно-пихвової нориці в ранньому післяопераційному періоді (на 3-тю добу). Після встановлення сечовідного стента нориця самостійно закривалася, і хвору в задовільному стані було виписано на амбулаторне спостереження.

Результати досліджень та їх обговорення.

У цьому дослідженні нами вивчалися тільки найближчі (перед виписуванням хворих зі стаціонару та під час спостереження їх у амбулаторному порядку) результати, які оцінювалися за триступеневою системою.

Добрий результат – 24 (64,9 %) хворих, у яких у результаті операції вдалося відновити прохідність сечовода. Функція нирки нормалізувалася. Не було ознак ниркової недостатності.

Задовільний результат – 9 (24,3 %) хворих, у яких в результаті операції вдалося відновити прохідність сечовода, не відзначено вагінального або інтраперитонеального виділення сечі. Однак зберігся незначний больовий синдром, субфебрильна температура тіла. Не було ознак ниркової недостатності. Чотирьом хворим у подальшому потрібна була повторна операція. До групи з задовільними результатами належать і хворі, яким виконано нефректомію.

Поганий результат – 4 (10,8 %) хворих. У них відзначався виражений больовий синдром у поперековій ділянці, який підсилювався під час сечовипускання, зберігалася розширення ЧМС, виявлено ознаки ниркової недостатності. Була наявна стійка втрата працездатності.

У результаті проведеного дослідження добрий і задовільний результати було досягнуто в 33 (89,2 %) з 37 хворих, що підлягали вищевказаному лікуванню. У той же час у 8 (21,6 %) з них були різні ускладнення (гострий пієлонефрит, стриктури сечовода, сечові нориці).

Ми маємо результати одного спостереження, коли шви з сечовода було знято на 28 добу та встановлено сечовідний стент. Під час вивчення віддалених результатів (через 2 роки) хвора скарг не пред'являє. Функція обох нирок, за даними екскреторної урографії, задовільна. При виконанні ультразвукової сонографії: паренхіма нирок не стоншена, немає розширення чашково-мискової системи.

Ретроградне стентування сечовода дає позитивні результати, однак у 7 хворих ця спроба скінчилася невдачею, що вимагало виконання реконструктивних хірургічних втручань; 4-м з них у подальшому потрібна була повторна операція.

Мистецтво та знання хірурга впливають на частоту ятрогенних пошкоджень сечовода. Передопераційне встановлення стентів з про-

філактичною метою при операціях на органах таза є спірним. Встановлений стент не завжди забезпечує попередження пошкоджень сечовода і, більш того, часто тягне за собою ризик інфікування. Однак ця процедура разом із введенням речовини-барвника в судинне русло значно сприяє розпізнаванню ушкодження. Тільки дуже ретельна ідентифікація сечовода, особливо його нижньої третини, повинна зменшити частоту виникнення ятрогенних ушкоджень.

Нині, на відміну від невиправданої тактики запізненого втручання при ушкодженнях сечовода, рекомендується термінове відновлення цілісності сечових шляхів.

Висновки:

– при лігуванні сечовода, якщо з моменту нанесення травми пройшло не більше 7 діб, можливим є видалення швів з подальшим встановленням стента. У разі запізненої діагностики після 7 діб показана реконструктивна операція;

– за наявності пристінкового пошкодження сечовода можливим є самостійне закриття дефекту сечовода після встановлення стента;

– у разі повного розсікання сечовода, особливо у верхній або середній третині, показане накладання уретероуретероанастомозу “кінець у кінець” із встановленням стента;

– при значному пошкодженні сечовода показана кишкова пластика або аутотрансплантація нирки, тому що нефростомія на все життя або уретерокутанеостомія знижує якість життя хворих;

– у разі пошкодження тазового відділу сечовода хворим показані уретероцистостомія, уретероцистостомія з підшиванням поперекового м'яза за методом “Psoas hitch”, а також пластика сечовода за Боарі або трансуретероуретероанастомоз;

– за наявності сечового запливу, тяжкості загального стану хворого, сформованої сечовідно-пихової нориці показана нефростомія як перший етап перед виконанням реконструктивної операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мысько С.Я. Пути оптимизации хирургического лечения акушерско-гинекологической травмы мочеоточника: Дис... канд. мед. наук. – С. Пб., 1996. – 28 с.
2. Переверзев А.С. Клиническая урогинекология. – Харьков, 2000. – 365 с.
3. Трофимов Й.А., Долгушин Б.Й. Чрезкожные пункционные

рентгенознуорологические вмешательства на верхних мочевых путях у онкологических больных // Медицинская визуализация. – 2002. – №1. – С. 91-99.

4. Mariotti G., Natale F., Truechi A. et al. Ureteral injuries during gynecologic procedures // Minerva Urol. Netrol. – 1997. – Vol. 49. – P. 95-98.

УДК 616.62-003.7

Контактно-фрезова нефролітотрипсія в комплексному лікуванні сечокам'яної хвороби

П.С. СЕРНЯК, С.Г. ФРОЛОВ, А.І. САГАЛЕВІЧ, Е.В. ШАПАРЕНКО, І.А. ДЕРКАЧ, О.В. ЧЕРНІКОВ

Відділення ендурології Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання (ДОКТМО), Донецький державний медичний університет ім. Горького

CONTACT-MILLING-CUTTER NEPHROLITHOTRIPSY IN COMPLEX TREATMENT OF UROLITHIASIS

P.S. SERNIAK, S.H. FROLOV, A.I. SAHALEVYCH, E.V. SHAPARENKO, I.A. DERKACH, O.V. CHERNIKOV

Department of Endourology of Donetsk Regional Territorial Medical Association (DRCTMA), Donetsk State Medical University by M. Horky

Здійснено аналіз результатів лікування хворих з сечокам'яною хворобою: 112 хворим виконано 114 операцій контактно-фрезової нефролітотрипсії. Солітарні камені нирок – 26 хворих; коралоподібні камені нирок – 48 хворих (I ст. – 24; II ст. – 16; III ст. – 8); коралоподібні+множинні камені – 40 хворих. Односторонні хворі – 5. Наведені показання та протипоказання до виконання КФНЛТ. Проаналізовані технічні особливості проведення КФНЛТ. Показана ефективність КФНЛТ в поєднанні з екстракорпоральною ударно-хвильовою літотрипсією в комплексному лікуванні сечокам'яної хвороби.

The analysis of the results of urolithiasis treatment has been carried out: to 112 patients were executed 114 operations of contact-milling-cutter nephrolythotripsy. Solitary kidney stones – 26 patients; the staghorn stones – 48 patients (1 stage – 24; II stage – 16; III stage – 8); the staghorn + multiply stones – 40 patients. The patients with only one kidney – 5. Indications and contraindications for performing CMCNLT were shown. The technical peculiarities of CMCNLT performing were analysed. Efficiency of CMCNLT in combination with extracorporeal shock-wave lithotripsy in complex treatment of urolithiasis was shown.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Сечокам'яна хвороба (СКХ) залишається найбільш поширеним урологічним захворюванням (до 300 випадків на 100 тис. населення), тому покращення результатів лікування цієї патології залишається актуальним питанням охорони здоров'я. [2,3]. В економічно розвинутих країнах з початку 80-х років в зв'язку з інтенсивним технічним розвитком в урології, створенням та удосконаленням рентгенурологічних установок, ендурологічного інструментарію зафіксовано значне покращення якості лікування СКХ. Змінились діагностичні підходи та принципи лікування. Традиційні хірургічні операції виконуються у 3-5 % хворих [7]. На сучасному етапі розвитку урології операція “контактно-фрезова нефролітотрипсія” (КФНЛТ) визнана методом вибору при лікуванні великих солітарних каменів (розміром понад 2 см) та коралоподібних каменів нирок. Однак широко-

му застосуванню даної операції в Україні шкодить відсутність у лікувальних закладах відповідної рентгенівської й ультразвукової апаратури, ендурологічного інструментарію та розхідних матеріалів, спеціфічних навиків у лікарів та недостатнє забезпечення ліками.

Метою роботи є розробка шляхів покращення результатів лікування хворих з СКХ у Донецькій області з урахуванням сучасних стандартів лікування цієї хвороби, прийнятих Європейською асоціацією урологів.

Матеріали та методи. З метою оцінки місця операції контактно-фрезової нефролітотрипсії у лікуванні нефролітіазу та розробки шляхів покращення її результатів нами проаналізовано 114 операцій у 112 хворих. З них 7 операцій 5 хворим було виконано з двобічним нефролітіазом як монотерапія або етап хірургічного лікування при великих та корало-

подібних каменях нирок. Чоловіків було 70, жінок – 42. Первинні камені були у 64 хворих (57%), рецидивні у 48 (43%). Однониркові хворі – у 5.

З приводу солітарних каменів миски (2-4 см) операція виконана 26 хворим; з коралоподібними каменями нирок – 48 хворим (I ст. – 24; II ст. – 16; III ст. – 8); при коралоподібних + множинних каменях – 40 хворих.

У 100% хворих був багаторічний хронічний піелонефрит. Хронічна ниркова недостатність мала місце у 29 хворих: компенсована у 20, інтермітуюча у 8, термінальна у 1 хворого.

Протягом операції видалялась основна маса каменя ниркової миски: в 60% операцій – 90% каменя, в 30% понад 70% і в 10% понад 60% каменя. Під час проведення операцій кровотеч, які призвели б до відкритого хірургічного втручання, не було. В середньому під час операції хворі втрачали не більше 100 мл крові. Середня тривалість операції склала 60 хвилин.

Всі операції проводились тільки під ендотрахеальним наркозом.

В найближчому післяопераційному періоді мало місце незначне загострення піелонефриту (температура тіла до 37,5 °C ввечері протягом 4 діб) в 17 випадках, помірно виражене (37,5 – 38 °C ввечері не більше 5 діб) – в 11 випадках. Тому, крім обов'язкового внутрішньом'язового введення антибіотиків (цефтріаксон, цефопіразон, амоксиклав) та внутрішньовенного введення метрогілу, в випадках більш вираженого загострення піелонефриту хворим вводився тінам протягом 6 діб.

В післяопераційному періоді не було жодного випадку гіперазотемії.

У 74 хворих в післяопераційному періоді була потреба додаткового проведення (ЄУХЛ) несправжніх рецидивів каменів у нирках та по ходу сечоводів з метою прискорення відходження фрагментів каменів. У 38% хворих – 1 сеанс, у 42% – 2 сеанси, та у 20% – 3 сеанси. У випадках формування кам'яної доріжки в нижній третині сечоводів хворим призначались протизапальні ліки пролонгованої дії (диклоберл-ретард, диклонат-П) та доксазозин.

При всіх ендouroлогічних операціях використовувалась апаратура фірми "Karl Storz" (Німеччина). ЄУХЛ проводилась на апараті Litostar-2 Plus фірми "Siemens" (Німеччина).

Летальних випадків не було.

Результати досліджень та їх обговорення. Показаннями до застосування КФНЛТ є великі,

коралоподібні і множинні камені нирок (монотерапія й у поєднанні з ЄУХЛ); технічні протипоказання до дистанційної літотрипсії; відсутність ефекту від дистанційного дроблення; необхідність ліквідації обструктивних ускладнень літотрипсії мисковими фрагментами конкрементів.

Протипоказанням до застосування варто вважати: гостре і хронічне гнійне (піонефроз) запалення нирок; поєднання каменя в нирковій мисці з обструкцією нирки, обумовленою протяжною стриктурою сечовода; високим його відходженням; додатковою судиною; нефроптозом. У подібних випадках показана насамперед хірургічна корекція зазначених порушень за допомогою відкритої операції.

Результати досвіду виконання черезшкірної контактної нефролітотрипсії свідчать, що вона є ефективною і малоінвазивною операцією при великих солітарних, коралоподібних і множинних, у тому числі і рецидивних, каменях нирок на тлі хронічного піелонефриту і навіть ХНН.

Операції проводились тільки в плановому порядку, тому запальний процес у нирках у всіх хворих був у стадії ремісії. Незважаючи на попередню 10-денну антибактеріальну терапію та імунотерапію (Т-активіном чи тималіном), у 17% хворих зберігалася лейкоцитурія до 1/4 у п. з, у 16% до 1/2 у п. з., а в 8% було усе поле зору лейкоцитів. У цих випадках необхідно, по-перше, виключити гнійний характер запального процесу в нирках (піонефроз), а по-друге, для профілактики піеловенозних рефлюксів усі маніпуляції, зв'язані з уведенням розчинів у порожнинну систему нирки, під час операції варто виконувати вкрай обережно, обов'язково під рентгенівським контролем, а система для промивання нефроскопа повинна бути не вище 20-30 см над рівнем нирки. Основними ознаками, на які ми орієнтуємося для виключення гнійного характеру запалення, є відсутність підвищення температури тіла і відсутність в анамнезі в найближчі 2 місяці тяжких загострень піелонефриту (підвищення температури понад 38,5 °C протягом 6-10 днів). У іншому випадку ми відмовлялися від КФНЛТ на користь відкритої операції. В одній хворій при коралоподібному камені III ст. 4x4 см з блокованим і різко розширеним верхнім келихом після видалення 80% маси мискового конкременту і витягу із шийки цього келиха відростка конкременту відбулося різке надходження промивного розчину з венозним рефлюксом і розвитком бактеріємічного шоку.

Операція була припинена і проведена протишокова терапія, яка через 2 години стабілізувала гемодинаміку. Надалі уросепсис не розвинувся, а загострення пієлонефриту було купіроване протягом 5 днів тіснамом. “Помилковий рецидив” конкременту до 1,5 см у діаметрі, який залишився, надалі був ліквідований ЄУХЛ. Тому в наступному в 6 хворих, при різкій ектазії келиха, першим етапом операції було накладання черезшкірної пункційної нефростомії цього келиха (діаметром 9 Ch) і подібних ситуацій не спостерігалось.

Усім хворим проводився комбінований ендотрахеальний наркоз у такому ж обсязі, як і при відкритих операціях на нирках. Інтубація виконувалася в положенні на спині з наступним укладанням хворих на живіт з нахилом 45 градусів на здоровий бік. При цьому в 45 випадках ми відзначили підвищення артеріального тиску (АТ) до 160-180/100-120 мм рт. ст. до початку маніпуляцій у хворих без попередньої гіпертонії. Ми пояснюємо це поступальною реакцією. Потенціювання анестезії забезпечило зниження АТ протягом найближчих 15-20 хвилин. Операція не зупинялася, і за цей час проводилося введення 2/3 телескопічних бужів, а інші з нефроскопом після нормалізації АТ.

Практично всі автори вказують на обов'язкову установку на час операції додаткової контрольної струни-провідника в чашково-мискову систему для можливості повторного введення нефроскопа у випадку втрати паренхіматозного каналу. У своїх перших операціях ми також установлювали ці струни. Але ми відзначили, що у більшості випадків немає можливості поставити її настільки глибоко в сечовід чи у нирку (наприклад, установці в сечовід заважає балонний дилататор), а неглибоко проведена струна в будь-який час може піти за межі нирки своєю твердою частиною, що зробить її марною. Щоб цього не відбулося, хірургу постійно необхідно звертати увагу на її положення, поправляти і будь-яку маніпуляцію нефроскопом чи інструментом виконувати з урахуванням наслідків для цієї струни. На наш погляд, можливість втрати нефроскопічного каналу при дотриманні деяких принципів техніки операції практично виключена. Насамперед, метою хірурга при введенні нефроскопа і літотрипсії повинна бути найбільша ділянка каменя (звичайно це мискова частина), а не периферійні, окремі, нехай і легкодоступні конкременти. Нефрос-

коп не можна випускати з рук ні на секунду. Одна з рук хірурга (для правшів, це ліва рука) постійно повинна відповідати тільки за фіксацію нефроскопа в обраній позиції, за рухи нефроскопа в горизонтальній площині і для збереження напрямку при поступальних рухах, а друга рука здійснює: відкриття і закриття кранів і замків нефроскопа; роботу фрезою чи щипцями; введення трубки для промивання порожнин нирки. Крім того, будь-який рух нефроскопа у вертикальній площині повинен завжди здійснюватися під рентгенівським контролем на тлі контрастованої порожнинної системи нирки, і ці рухи повинні бути вкрай обережними й обмежуватися міліметрами (наприклад, просування від шийки нижньої чашки через миску до шийки верхньої чашки ми виконуємо в три-чотири рухи). Під час виконання операцій не було жодного випадку втрати нефростомічного каналу. Операції закінчуються встановленням у нирку нефростомічного дренажу (катетер Фолея №22-24). У випадках інтенсивної гематурії балон нефростоми роздувався у проекції паренхіми нирки, що призводило до здавлення пошкоджених судин, їх швидкого тромбування та припинення гематурії. У 5 випадках, після закінчення операції та перевертання хворого на спину зафіксовано випадіння нефростомічного дренажу з нирки. У цих ситуаціях операції закінчували ретроградною уретеропієлографією та встановленням у верхні сечові шляхи JJ-стентів 7 9Ch, які забезпечували достатнє дренажування нирок.

При КФНЛТ: усі дії здійснюються під візуальним контролем за допомогою УЗД і рентгеноскопії; нефроскоп уводиться практично “тупим” шляхом за рахунок поступового розсовування тканин; конкремент видаляється вроздріб, не травмуючи паренхіму; не потрібно грубих швів на паренхіму з гемостатичною метою. При цьому залишається нефростомічний дренаж, який має достатній діаметр (22-24 Ch). Післяопераційний період значно легше перебігає, що дає можливість раніше почати ЄУХЛ у зв'язку з помилковими рецидивами.

Усе це не тільки зменшує інвазивність лікування, але і скорочує його терміни.

У такий спосіб КФНЛТ є найбільш перспективним напрямком у лікуванні найскладніших форм нефролітіазу, тому необхідно її широке впровадження в клінічну практику охорони здоров'я України.

ЛІТЕРАТУРА

1. Великанов К. А., Костев Ф. И., Малярчук А. И., Танчук Н. Т. Место современных технологий в лечении больных нефроуретеролитиазом (НУЛ) // Праці VIII пленуму асоціації урологів України. – 1998. – С. 40-42.
2. Лопаткин Н. А., Дзеранов Н. К., Бешлиев Д. А., Москаленко С. А., Казаченко А. В., Захариков С. В. Дистанционная ударно-волновая литотрипсия в лечении камней при аномалиях почек и верхних мочевых путей // Урология и нефрология. – 1999 – № 1, – С. 12-16.
3. Трапезникова М. Ф., Дутов В. В. Современные аспекты дистанционной литотрипсии // Урология и нефрология. – 1999. – № 1. – С. 8-12.
4. Bin H, Kupeli B, Isen K, Sinik Z, Karaoglan U, Bozkirli I. Treatment of lower ureteral stones: Extracorporeal shockwave lithotripsy or intracorporeal lithotripsy?// J. Endourol. – 1999. – Vol. 13. – P. 77-81.
5. Daniel J. Painter, Francis X., Keeley Jr. New concepts in the treatment of ureteral calculi // Current Opinion in Urology. – 2001. – Vol. 11. – P. 373-378.
6. Peschel R., Janetschek G., Bartsch G. Extracorporeal shock wave lithotripsy versus ureteroscopy for distal ureteral calculi: A prospective randomized study// J. Urol. – 1999. – Vol. 162. – P. 1909-1912.
7. Rassweiler J.J., Renner C., Eisenberger F. The management of complex renal stones // BJU. – 2000. – Vol. 86. – P. 919-928
8. Segura J.W. Nephrolithiasis Clinical Guidelines Panel summary report on the management of staghorn calculi. The American Urological Association// J. Urol. – 1994. – Vol. 151. – P. 1648-1651.
9. Shalhav A.L. et al. Long-term outcome of caliceal diverticula following percutaneous endosurgical management // J. Urol. – 1998. – Vol. 160. – P. 1635-1639.

Можливості інтервенційної сонографії в діагностиці і лікуванні раку позапечінкових жовчних шляхів

В.Г. ЯРЕШКО, С.Г. ЖИВИЦЯ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

POTENTIAL OF INTERVENTIONAL SONOGRAPHY IN EXTRAHEPATIC BILE DUCT CANCER DIAGNOSTICS AND TREATMENT

V.G. YARESHKO, S.G. ZHYVYTSIA

Zaporizhzhian Medical Academy of Post-Graduate Education

У роботі проаналізовані можливості інтервенційної сонографії (ІС) у 93 хворих з раком позапечінкових жовчних шляхів, як стосовно діагностики для визначення причини, рівня і довжини біліарного блоку, так і лікувальні у вигляді черезшкірночерезпечінкових холангіостом. Загальний відсоток доопераційної діагностики раку позапечінкових жовчних шляхів становить 97,6 %. У лікуванні 27 хворих використана зовнішня холангіостома (у 5 – як перший етап перед лапаротомним втручанням, у решти 22 – як остаточний метод зовнішнього дренивання при інкурабельних станах) з летальністю 11,1 %. Радикальні операції виконано у 20 хворих (21,7 %), з 5 летальними випадками (25 %). При паліативних операціях летальність склала 17,1 %. Отримано перший досвід (5 хворих) трепанобіопсії під УЗ-контролем пухлинних новоутворень позапечінкових жовчних шляхів в доопераційному періоді.

The analysis of the interventional sonography (IS) in treatment of 93 extrahepatic bile duct cancer patients has been made. It was applied as diagnostics to determine the cause, degree and length of the biliary block as well as a treatment method in the form of transcutaneous transhepatic cholangiostome. The pre-surgical diagnosing of the extrahepatic bile duct cancer is 97,6%. The external cholangiostome was used in treatment of 27 patients (5 patient – as the first stage before laparotomy, 22 patients – as the final method of external drainage in incurable cases) with lethality – 11,1%. 20 patients (21,7%) underwent the radical surgery, with 5 lethal outcomes (25 %). The lethality amounted to 17,1% at the palliative operations. The first experience (5 patients) of tumor masses trepanobiopsy in extrahepatic bile duct under the ultrasonic control in the pre-surgical period has been acquired.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Рак позапечінкових жовчних шляхів (ПЖШ) складає 1-3 % від усіх злоякісних пухлин [6]. Проблема хірургічного лікування раку ПЖШ відноситься до числа високоактуальних: радикальне хірургічне лікування далеко не завжди можливе, а паліативне – часто малоефективне. Через пізню діагностику, внаслідок занедбаності пухлинного процесу навіть в умовах спеціалізованих клінік операбельність і резектабельність дотепер залишаються низькими. Виконання будь-яких хірургічних втручань у розглянутій категорії хворих має високий операційно-анестезіологічний ризик, що пов'язано з вираженим ендотоксикозом, великою технічною складністю і травматичністю як радикальних, так і паліативних операцій [1]. Тому

відсоток радикальних втручань залишається дуже низьким (9-45 %) [5], а п'ятирічне виживання складає тільки 10-25 %. Хіміотерапевтичне лікування даної патології не поліпшує якість життя пацієнтів і призводить до деякого поліпшення стану протягом від декількох тижнів до декількох місяців тільки у 10-20 % випадків [2]. Середня тривалість життя цієї важкої категорії хворих після паліативних операцій складає 4-6 місяців [3]. У той же час використання малоінвазивних втручань (ендоскопічне стентування проток, накладання черезшкірночерезпечінкових холангіостом), як одного з видів паліативного лікування, за останніми даними, збільшує тривалість життя практично в 1,5-2 рази [4].

Мета роботи. Обґрунтування переваги і необхідності використання малоінвазивних втручань при

раку позапечінкових жовчних шляхів як першого етапу підготовки до радикальної операції або як остаточного методу лікування в інкурабельних хворих.

Матеріали і методи. У міському центрі хірургії гепатопанкреатобіліарної системи м. Запоріжжя з 1995 по 2004 р. проведене лікування 93 пацієнтів з раком позапечінкових жовчних шляхів. Чоловіків було 39 (41,9 %), жінок – 54 (58,1 %). Середній вік хворих склав 67,3 року.

Локалізація пухлин була такою: проксимальна частина протоки – 64 чоловік (68,8 %), центральна – 23 (27,7 %), дистальна – 6 (6,5 %).

Оперовано 82 хворих – у 20 пацієнтів (21,7 %) виконані радикальні оперативні втручання, у 62 – паліативні, у тому числі в 27 – з використанням малоінвазивних методик. Післяопераційна загальна летальність склала 18,2 %.

Одинадцять чоловік виписані на симптоматичне лікування без оперативного втручання через занедбаність процесу, коли навіть малоінвазивне паліативне лікування не було можливим, або через відмову хворого від операції.

Результати досліджень та їх обговорення.

У першу добу надходження хворих у стаціонар після огляду і збору анамнезу проводився забір клінічних і біохімічних аналізів.

Клінічна картина захворювання складалася з холемічної інтоксикації та печінкової недостатності, при цьому не відрізняючись від проявів ракового ураження інших органів гепатопанкреатобіліарної системи. Інтенсивність холестази була різною: від субклінічних проявів гіпербілірубінемії (у одиничних випадках) до термінальної стадії жовтяниці (93 % випадків), не залежала від рівня ураження, а була пропорційна тривалості захворювання. Середній показник гіпербілірубінемії був 254,9 мкмол/л. Тривалість захворювання склала від 2-3 днів до 2-3 місяців.

Скринінговим методом діагностики було ультразвукове дослідження, що виявляло розширення жовчних проток до рівня блоку, рідше визначало причину непрохідності. З впровадженням у клініку малоінвазивних технологій (ендоскопічні втручання, інтервенційна сонографія (ІС), для уточнення рівня і довжини біліарного блоку застосовували ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ), черезшкірночерезпечінкову холангіографію під контролем УЗ.

У 96 % пацієнтів при ультразвуковому дослі-

дженні мало місце розширення внутрішньопечінкових жовчних проток, більш виражене – при ураженні в ділянці воріт печінки і проксимального відділу загальної печінкової протоки. Сама пухлина, як правило, не визначалася. Тільки в 12 % випадків у паренхімі печінки в ділянці біфуркації візуалізувався ехогенний утвір округлої форми з нерівними, нечіткими контурами від 20 до 65 мм у діаметрі.

При центральній локалізації процесу, крім дилатації внутрішньопечінкових проток, визначалася розширена загальна печінкова протока протягом 0,5-3 см, дистальна не простежувалася або була звичайного діаметра, хоча ворітна вена простежувалася по всій довжині. Сама пухлина при цій локалізації диференціювалася в одиничних випадках.

При дистальній локалізації процесу відзначено розширення вищерозташованих відділів біліарного тракту без чіткої локалізації пухлини. Диференціювати дану патологію від інших причин обструкції дистального відділу холедоха за даними сонографії було найбільш складно.

Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія обмежено використовується нами в ході обстеження, тому що, на нашу думку, вона поступається в діагностичному і лікувальному відношенні черезшкірним втручанням під ультразвуковим контролем при пухлинних ураженнях ПЖШ. Основним показанням вважаємо пухлинну непрохідність проксимальної або центральної локалізації з повною обтурацією просвіту протоки, коли в поєднанні з черезшкірночерезпечінковою холангіографією під контролем сонографа подвійне контрастне дослідження дозволяє більш точно визначити тривалість патологічного процесу і вирішити обсяг майбутньої операції.

Черезшкірночерезпечінкова холангіографія під контролем УЗС, для уточнення діагнозу, виконана в 9 хворих при помірній дилатації внутрішньопечінкових проток, коли установка черезшкірночерезпечінкового дренажу проблематична. Перевагу віддаємо черезшкірночерезпечінковій холангіостомії, що не тільки дозволяє провести в наступному холангіографію, але і є лікувальною маніпуляцією, яка виконує декомпресію жовчних проток, що є немаловажним при підготовці хворого до радикальної операції.

У 5 хворих при накладанні холангіостоми одночасно проведена трепанобіопсія пухлини під контролем сонографа з наступною верифікацією діагнозу.

Радикальні оперативні втручання полягали в резекції пухлини в межах здорових тканин з наступним накладанням бігепатоеюноанастомозу на браунівській петлі і “заглушкою” за Шалімовим (при проксимальній локалізації) або гепатикоентероанастомозу при центральній і дистальній локалізації. При цьому використовувалося “армування” петлі кишки за методикою, розробленою в клініці. У даній групі померло 5 чоловік (25 %).

Паліативні операції лапаротомним методом виконано у 35 пацієнтів і полягали в одному з видів внутрішнього або зовнішнього відведення жовчі. Летальність у даній групі склала 17,1 %.

Черезшкірночерезпечінкові холангіостоми накладені 27 (32,9 % від всіх оперованих) пацієнтам (у 5 випадках з метою підготовки до радикальної операції, в інших – як остаточний метод паліативної операції). У наступному через поширеність процесу, уточненого інтраопераційно, радикально вдалося оперувати тільки 3 пацієнтів (з них у ранньому післяопераційному періоді помер один хворий від масивної холемічної кровотечі). Ускладнення зареєстровані в 4 випадках (14,8 %) – самостійна

міграція дренажу з жовчних проток – 2, підтікання жовчі в черевну порожнину – 2. Ці хворі оперовані в ургентному порядку з одним летальним результатом. Ще одна хвора (89 років з білірубінемією 459 мкмол/л) померла в 1-шу добу після накладення стоми від наростаючої печінково-ниркової недостатності. Загальна післяопераційна летальність у даній групі склала 11,1 % (3 чоловіки).

У терміни від двох тижнів до шести місяців спостерігалися 8 хворих із зовнішнім дренажем, накладеним під контролем сонографа, при цьому ускладнень, пов’язаних з методом операції, не виявлено.

Висновки. 1. При пухлинній обтурації позапечінкових жовчних шляхів, ускладненій жовтяницею, необхідною умовою в програмі обстеження є ІС з метою декомпресії і контрастного дослідження проток і, по можливості, трепанобіопсія утворення. 2. Малоінвазивні дренажальні втручання є методом вибору при лікуванні неоперабельних хворих з пухлинами позапечінкових жовчних шляхів як менш травматичні, результати яких не відрізняються від лапаротомних за якістю та тривалістю життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Blom D., Schwartz S.I. Surgical treatment and outcomes in carcinoma of the extrahepatic bile ducts. The university of Rochester experience // *Arch Surg.* – 2001. – Vol. 136. – P. 209-214.
2. Jievaltas M., Jasenas M., Drigotas M., Barauskas G., Pundzius J. Results of treatment of extrahepatic cholangiocarcinoma at Kaunas // *Medicina.* – 2003. – Vol. 39, N 2. – P. 144-150.
3. Miyazaki K., Nagafuchi K., Nakayama F. Bypass procedure for bile duct cancer // *World J. Surg.* – 1998. – Vol. 12. – P. 64-67.
4. Piet de Groen, Gregory J.Gores, Nicholas F. La Russo, Leonard L.

- Gunderson. Biliary tract cancers. // *The New Engl. J. Med.* – 1999. – Vol. 341, N 18. – P. 1368-1378.
5. Копчак В.М., Дронов А.И., Копчак К.В. Современные подходы к диагностике и хирургическому лечению опухолевых поражений внепеченочных желчных протоков // *Хірургія України.* – 2002. – №3. – С.81-84.
6. Тарасюк Т.И., Вишневский В.А. Хирургическое лечение рака проксимальных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии.* – МАИК “Наука”. – Т. 8, № 2. – 2003. – С.33-42.

Знеболювання лапароскопічних холецистектомій у хворих із різним ступенем анестезіологічного ризику

П.Г. КОНДРАТЕНКО, А.А. СТЕЦЕНКО

Донецький державний медичний університет

ANESTHESIA OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMIES IN PATIENS WITH DIFFERENT DEGREE OF ANESTHESIOLOGY RISK

P.H. KONDRATENKO, A.A. STETSENKO

Donetsk State Medical University

Вивчено результати проведення епідуральної анестезії (ЕПДА) із самостійним диханням у 117 хворих при проведенні лапароскопічної холецистектомії у хворих із високим ступенем анестезіологічного ризику, а також результати проведення ендотрахеального наркозу (ЕТН) з тотальною внутрішньовенною анестезією на основі тіопенталу, фентанілу, норкурону у хворих із незначним ступенем анестезіологічного ризику. Ступінь ризику оцінювався за ASA. Ефективність застосування анестезіологічного забезпечення оцінювалася за такими показниками: артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, насичення тканин киснем. Епідуральна анестезія із спонтанним диханням є ефективним методом знеболювання при ЛХЕ у пацієнтів із високим анестезіологічним ризиком. Анестезія характеризується достатнім ступенем глибини і м'язової релаксації. ЕТН із міоплегією норкурону характеризується задовільною керованістю, адекватним нейро-м'язовим блоком, відсутністю впливу на гемодинаміку, післяопераційних дихальних ускладнень.

The results of using epidural anesthesia (EPDA) with independent respiration in 117 patients with acute cholecystitis and high degree of anesthesiology risk during the laparoscopic cholecystectomy (LHE) have been studied. The results of endotracheal narcosis (ETN) with total intravenous anesthesia on base of thiopental, phentanyl, norkuron in patients with a low degree of anesthesiology risk are presented. The anesthesiology risk degree has been estimated according to ASA. The effectiveness of the using anesthesiology supplying has been estimated according to the following factors: blood pressure, cystole frequency, oxygen saturation of tissues. Epidural anesthesia with spontaneous breathing is an efficient method of anesthetization under at LHE at patients with a high anesthesiology risk. The anesthesia is characterized by sufficient degree of the depth and muscular relaxation. ETN with muscular relaxation by norkuron is characterized by good controllability, by identical neuromuscular block, absence of influence upon hemodynamics, postoperative respirative complications.

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) є операцією вибору як при хронічному, так і при гострому холециститі. Розповсюдження ЛХЕ пов'язано не тільки з поширенням показань до цього втручання, але й із сучасними можливостями анестезіології, що дозволяє виконувати ці оперативні втручання. З анестезіологічного погляду, ці операції, незважаючи на невелику травматизацію тканин, менш виражений синдром болю, збереження в післяопераційному періоді функціональної активності хворих, зниження післяопераційних ускладнень, у тому числі і дихальних, відносяться до розряду проблемних операцій [1, 2]. Це пов'язано з тим, що проведення анестезіологічного забезпечення при лапароскопічних втручаннях має ряд особливостей: кар-

боксіперитонеум протягом всього оперативного втручання приводить з боку серцево-судинної системи до стикання нижньої порожнистої вени, зміни венозного кровообігу в нижніх кінцівках, зниження венозного повернення й зниження серцевого викиду, стимуляції симпатичної нервової системи й артеріальної гіпертензії [3, 4]. Гемодинамічний профіль при накладенні пневмоперитонеуму характеризується централізацією кровообігу – ростом загального периферичного опору на тлі зниження серцевого індексу, а також збільшенням артеріального тиску (АТ) і частоти серцевих скорочень (ЧСС). Зсув діафрагми призводить до зниження функціональної залишкової ємкості легень і внутрішньолегеневого газообміну і, як наслідок, до гіпоксії і гіпер-

капнії. Однією з причин гіперкапнії у хворих під час ЛХЕ є усмоктування вуглекислоти (CO_2) із черевної порожнини при карбоксиперитонеумі [5]. Таким чином, проведення анестезіологічного забезпечення при ЛХЕ вимагає не тільки корекції зазначених порушень, усунення факторів операційного стресу, але й забезпечення оптимальних умов роботи хірургічної бригади, адекватної міоплегії. Зі збільшенням обсягу й складності таких операцій зростають вимоги до адекватності анестезіологічного забезпечення [6]. Проблема адекватності знеболювання лапароскопічних операцій вирішується шляхом удосконалення методик анестезії, застосування нових анестетиків, міорелаксантів, удосконалення засобів проведення штучної вентиляції легень (ШВЛ).

Мета роботи. Обґрунтування застосування варіантів анестезіологічного забезпечення при ЛХЕ в хворих з різним ступенем анестезіологічного ризику.

Матеріали і методи. У клініці госпітальної хірургії та ендоскопії ДонДМУ в 2003 р. проведено 425 ЛХЕ хворим віком від 15 до 89 років. Ступінь анестезіологічного ризику оцінювався за ASA. У 283 (66 %) оперованих хворих з II-III ступенем анестезіологічного ризику як анестезіологічне забезпечення застосовувався ендотрахеальний наркоз (ЕТН) з тотальною внутрішньовенною анестезією (ТВА) на основі тіопенталу натрію і болюсного введення фентанілу. Для досягнення нейром'язового блоку використовувався недеполяризуючий міорелаксант середньої тривалості дії – норкурон. 142 (34 %) хворих віком від 61 до 89 років із IV ступенем анестезіологічного ризику оперовані під епідуральною анестезією (ЕПДА) зі збереженням самостійного дихання. Вага стану була обумовлена поєднанням двох та більше супровідних патологій, таких, як ІХС: атеросклеротичний та післяінфарктний атеросклероз Н-2а-б ст. – 78 (67 %) хворих, порушення ритму серця – 43 (36,7 %), гіпертонічна хвороба – 105 (89,7 %), ХНЗЛ: хронічний обструктивний бронхіт, пневмосклероз з дихальною недостатністю 1-2 ст. – 83 (79,3 %), механічна жовтяниця – 37 (31,7 %), ожиріння III ст. – 59 (50,4 %).

Проведення ЕТН здійснюємо за стандартною методикою: премедикацію здійснюємо на операційному столі введенням атропіну в дозі 0,01 мг/кг, сибазону в дозі 0,15 мг/кг, димедролу – 0,15 мг/кг. Введення в наркоз здійснюємо 1 % розчином тіопенталу натрію, болюсним введенням фентанілу

(0,004 мг/кг за годину). Стабільний нейром'язовий блок досягається введенням норкурону в дозі 0,1-0,15 мг/кг з наступним введенням підтримуючої дози 0,02-0,03 мг/кг через 30-45 хв після введення первинної дози.

ЕПДА виконуємо за такою методикою: премедикацію проводимо за 30-40 хв до транспортування хворих в операційну – сибазон в дозі 10 мг в/м. Пункцію епідурального простору здійснюємо на рівні Th₇-Th₈. Після введення тест-дозы – 50 мг 2 % розчину лідокаїну в епідуральний простір вводимо 200 мг 2 % розчину лідокаїну з адреналіном (1:200000), після чого встановлюємо перидуральний катетер у краніальному напрямку на 2-3 сегменти. Додатково по катетеру вводимо 2 % розчин лідокаїну (200 мг) із фентанілом (0,1 мг). Підтримку анестезії здійснюємо болюсним введенням 2 % лідокаїну з розрахунку 1/3 від введеної дози через кожні 30-40 хв. Медикаментозну седацию проводимо внутрішньовенним введенням каліпсо-лу в субнаркоотичних дозуваннях (0,5-0,8 мг/кг) або оксидутирату натрію (10 мг/кг в середньому 2 г). Премедикацію на операційному столі здійснюємо введенням холінолітиків (атропін 0,1 %), наркотичних анальгетиків (промедол 2 % – 1,0), гормональних препаратів (дексзон – 4-8 мг). Проводимо інсуфляцію кисню (O_2) черезназофарингеальний катетер потоком 3-4 л/хв. Інтраопераційну інфузійну терапію проводимо зі швидкістю 20-30 мл/кг/годину (у середньому обсяг інфузійної терапії складає 1500 мл).

Результати досліджень та їх обговорення. Ефективність застосування ЕПДА і ЕТН при лапароскопічних операціях оцінювалася за такими показниками: артеріальний тиск (АТ), частота серцевих скорочень (ЧСС), насичення тканин киснем (Sp O_2).

У хворих, оперованих під ЕПДА, відзначається зниження АТ на 10-20 %, що пов'язано з розвитком високого епідурального блоку. Гемодинаміку адекватно коригували темпом інфузійної терапії, інотропною підтримкою (мезатон, допамін), та підтримували на стабільних цифрах.

У групі хворих, оперованих під ЕПДА зі збереженим диханням під час накладання пневмоперитонеуму і його підтримки, не відзначали збільшення частоти серцевих скорочень, різкого підвищення АТ, тому що хвилинний обсяг кровообігу у даному випадку здійснюється за рахунок збільшення ударного обсягу, а не збільшення ЧСС,

Таблиця 1. Зміна показників гемодинаміки при проведенні ЛХЕ під ЕПДА

Показники	АТ сист. мм рт.ст.	АТ діаст. мм рт.ст.	ЧСС уд. у хв	Sp O ₂ %
Похідні дані	150,2 ± 3,5	80,1 ± 5,2	74,6 ± 3,2	99
10 хв ЕПДА	110,4 ± 2,3	70,2 ± 1,8	69,2 ± 2,3	98
Накладання пневмоперитонеуму	115,8 ± 4,1	73,3 ± 2,2	70,4 ± 2,6	99
Зняття пневмоперитонеуму	120,8 ± 2,9	81,2 ± 3,4	74,2 ± 1,8	99

що свідчить про більш економічну, ніж при ЕТН, роботу серця. Застосування холінолітиків у премедикації запобігало розвитку брадикардії. І лише у хворих із вихідною низькою скорочувальною здатністю міокарда (8 %) відзначалася помірна тахікардія.

Контроль показників зовнішнього дихання і кисневого режиму при високому епідуральному блоці не виявив істотних порушень вентиляції та оксигенації організму. Sp O₂ не зменшувалося нижче 98 %. Частота дихання (ЧД) на початку операції знижувалася (за рахунок седації), а потім зростала. Протягом анестезії спостерігали деяке збільшення хвилинного обсягу дихання і дихального обсягу, що пов'язано з високим епідуральним блоком, здатним викликати розширення бронхів.

При аналізі гемодинамічних порушень у хворих, оперованих під ЕТН із застосуванням норку-

рону, не відзначали розвитку гіпотонії відразу після початку ШВЛ і під час накладання пневмоперитонеуму, що свідчить про відсутність впливу цього релаксанту на гемодинаміку. Введення норкурону не призводить до побічних серцево-судинних ефектів. В порівнянні з ЕТН із застосуванням ардуану, у хворих не спостерігається змін ЧСС, АТ, центрального венозного тиску. Після проведення ЕТН із застосуванням норкурону в післяопераційному періоді нами не відзначалось жодного випадку розвитку подвійного блоку, рекураризації. При міоплегії норкуроном у всіх хворих спостерігалось швидке, спонтанне відновлення м'язового тону, незалежно від тривалості операції і введеної дози релаксанту, що дозволяло здійснювати екстубацію хворих "на столі" протягом 5-15 хв після закінчення оперативного втручання, тим самим зменшити час перебування хворого з ШВЛ.

Таблиця 2. Зміна показників гемодинаміки у хворих при проведенні ЛХЕ під ендотрахеальним наркозом (ЕТН) із застосуванням норкурону

Показники	АТ сист. мм рт. ст.	АТ діаст. мм рт. ст.	ЧСС уд. у хв.	Sp O ₂ %
Похідні параметри	154,3 ± 6,4	85,2 ± 2,4	72,1 ± 1,8	99
Інтубація, ШВЛ	138,5 ± 3,2	80,6 ± 1,4	88,3 ± 2,6	98
Накладання пневмоперитонеуму	132,4 ± 4,2	88,8 ± 2,7	90,1 ± 3,3	98
Зняття пневмоперитонеуму	125,1 ± 4,3	76,9 ± 5,1	83,1 ± 3,9	98

Висновки. 1. Епідуральна анестезія зі спонтанним диханням є ефективним методом знеболювання при ЛХЕ у пацієнтів із високим анестезіологічним ризиком. Анестезія характеризується достатнім ступенем глибини і м'язової релаксації. 2. ЕПДА забезпечує стабільність діяльності серцево-судинної системи, знижує ризик виникнення значної гіпертензії і серцевої аритмії. Збереження спонтанного дихання виключає негативні ефекти ШВЛ у хворих із патологією серцево-судинної й дихальної систем. Механізми компенсації функції зовнішнього дихання при виконанні цього виду анестезії при лапароскопічних втручаннях потребують подальшого вивчення. 3. ЕТН із міоплегією норкуроном є варіантом знеболювання при проведенні

ЛХЕ у хворих із мінімальним (II-III ст.) анестезіологічним ризиком у зв'язку з адекватною керованістю, адекватним нейром'язовим блоком, відсутністю післяопераційних дихальних ускладнень. 4. Відсутність небажаного впливу на гемодинаміку й швидке встановлення нейром'язової провідності, незалежно від введеної кількості препарату, дозволяє вважати норкурон ефективним препаратом для проведення лапароскопічних втручань. 5. Ендотрахеальний наркоз із міоплегією норкуроном і продовжена епідуральна анестезія зі збереженим самостійним диханням є адекватним та ефективним методом анестезіологічного забезпечення ЛХЕ за умови точного дотримання методик і достатньої кваліфікації анестезіолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дж. Эдвард Морган, Мегид С. Михаил. Клиническая анестезиология. – С.Пб.: Бином – Невский Диалект, 2000.– С. 250-290.
2. Crofolo M.J, Clique I. / Ventilatory effects of laparoscopy under epidural anesthesia// Anesth Analg. – 1990. – P. 70-357
3. Буров Н.Е., Курицин А.Н., Фоменко А.В. Патогенез гемодинамических и дыхательных расстройств при лапароскопических операциях // Тезисы II Съезда Российской ассоциации эндоскопической хирургии. – 1999.
4. Бутров А.В., Денисенко В.И., Дробышев М.Ф. // Изменение показателей центральной гемодинамики и параметров внешнего дыхания при проведении лапароскопических холецистэктомий под перидуральной анестезией // Вестник интенсивной терапии. – 1999. – № 5-6. – С. 6-7.
5. Русанов В.П., Малярчук В.И., Дробышев М.Ф., Ганин Д.И. // Перидуральная анестезия как метод обезболивания при выполнении лапароскопической холецистэктомии // Вестник Российского университета дружбы народов: Серия “Медицина”.– 2000.– № 1.– С. 47-50.
6. Франтзайдес К. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия.– С.Пб.: Невский диалект, 2000.– С. 33-49.

Ендоскопічна адреналектомія та її можливості в лікуванні різних захворювань надниркових залоз

В.В. ГРУБНИК, В.В. ІЛ'ЯШЕНКО, С.В. ПОЛТАВЕЦЬ

Одеський державний медичний університет

ENDOSCOPIC ADRENALECTOMY AND ITS POSSIBILITIES IN MEDICAL TREATMENT OF DIFFERENT DISEASES OF ADRENAL GLANDS

V.V. HRUBNIK, V.V. ILIACHENKO, S.V. POLTAVETS'

Odesa State Medical University

З 1992 року оперативні втручання на надниркових залозах виконуються за допомогою ендоскопічної техніки. З 1999 року по 2004 рік нами виконано 32 ендоскопічні адреналектомії. Групу порівняння становили 36 хворих, оперованих лапаротомічним та люмботомічним методами. Середній вік хворих становив $(47,5 \pm 2,5)$ роки (від 20 до 70 років), з них 38 пацієнтів були жінки (55,9 %).

Bedinning from 1992 operative interventions upon adrenal glands are performed by means of endoscopic techniques. From 1999 to 2004 we have executed 32 endoscopic adrenalectomies. The group of comparison included 36 patients operated by laparotomic and lumbotomic methods. Average age of patients was $47,5 \pm 2,5$ (from 20 to 70), from them 38 patients were women (55,9 %).

У квітні 1992 р. Gagner M. вперше виконав ендоскопічну адреналектомію. Поступово накопичується досвід виконання цих операцій в усьому світі. Багато авторів вважають, що ендоскопічна методика виконання адреналектомій є найзручнішою як для пацієнта, так і для хірурга. Цей висновок привів до того що, незважаючи на невеликий досвід і час, що пройшов від початку запровадження цих операцій, деякі з хірургів називають їх "золотим стандартом".

На думку ряду авторів, надниркові ідеально підходять для ендоскопічного видалення, оскільки більшість пухлин цієї локалізації має невеликі розміри і непогано диференціюється від навколишніх тканин. Проте їх розташування в заочеревинному просторі в безпосередній близькості з життєво важливими органами створює труднощі першого, специфічного характеру. При виконанні операції хірург стикається з ситуацією, не схожою на жодну з тих, що стали стандартними, таких як, наприклад, лапароскопічна холецистектомія.

Матеріали і методи. З 1999 року в нашій клініці ми почали запровадження ендоскопічної ад-

реналектомії. До 2004 року прооперували 32 пацієнти (перша група хворих), 19 хворим виконана адреналектомія справа і 13 адреналектомія зліва. Групу порівняння склали 36 пацієнтів, оперованих відкритим способом з 1995 року по 2001 рік, всього 68 пацієнтів. Серед них було 38 (55,9 %) жінок.

Середній вік всіх пацієнтів склав $(47,5 \pm 2,5)$ років (від 20 до 70 років). Підставою до операції були синдром Конна у 26 пацієнтів (38,2 %), феохромоцитома у 19 пацієнтів (27,9 %), синдром Кушинга у 9 пацієнтів (13,2 %), кортизолпродукуюча карцинома у 1 пацієнта (1,5 %), гормонально неактивні аденоми більше 4 см – 12 випадків (17,6 %), гормонально неактивна карцинома надниркової залози – 1 випадок (1,5 %).

Середній розмір пухлин дорівнював $(3,5 \pm 0,50)$ см (від 1,5 до 7,5 см). Середня тривалість операції склала 90 хв (від 60 до 120 хв) при ендоскопічних операціях і 110 хв (від 90 до 150 хв) при відкритих операціях. У групі ендоскопічних операцій необхідності конверсій не було.

Методи операції. Відкриті операції виконували через верхньосерединну лапаротомію і заочеревинний люмботомічний доступ, як при правобічних, так

і лівобічних пухлинах. Після операцій, виконаних традиційним доступом, хворі в перші три доби після операції потребували знеболювання наркотичними аналгетиками, піднімати хворих ми починали на 3-4-у добу.

Правобічну лапароскопічну адреналектомію виконували трансчеревинним доступом в положенні хворого на спині. Лапароскопічну стійку встановлювали праворуч від хворого біля головного кінця операційного столу. Оперуючий хірург займав місце зліва від хворого, перший асистент справа, другий навпроти нього. Головний кінець операційного столу підводили. Під спиною у ділянці печінки розташовували подушку, операційний стіл повертали на лівий бік на 30 градусів. Застосовували лапароскоп з 30° оптикою. Операцію починали з накладання пневмоперитонеуму голкою Вереша у ділянці пупка. Тиск доводили до 15 мм рт. ст. У черевну порожнину вводили лапароскоп з скошеною оптикою для її огляду і розтину наявних спайок. Для виконання операції використовували 4 троакари, введені за законом “трикутника”. Перший троакар – по середньопуховій лінії, другий – по передній паховій, третій – на середині між передньою і задньою паховими лініями, четвертий – по нижньому краю ребрової дуги. При необхідності вводили п’ятий троакар по краю ребрової дуги, медіальніше передньої пахової лінії. Для виконання адреналектомії перетинали праву трикутну зв’язку печінки. Мобілізували праву половину поперечної ободової кишки і відводили вниз для доступу в заочеревинний простір. Хірургічне втручання на правій наднирниковій вені небезпечно з огляду на те, що випадковий розрив наднирникової вени може викликати розшарування нижньої порожнистої вени і значну кровотечу. Мобілізація дванадцятипалої кишки була необхідна для виділення нижньої порожнистої вени, її проводили тупим шляхом. Крім того, по нижній поверхні печінки розташовані добре васкуляризовані тканини, які вимагали застосування коагуляції при їх виділенні. Праву наднирникову вену не коагулювали, віддаючи перевагу виділенню її прямокутним дисектором. Права трикутна зв’язка була орієнтиром при виконанні дисекції. Праву частку печінки відводили вліво. Спочатку виділяли верхній і латеральний полюси надниркової залози. Виділення продовжували по латеральному краю нижньої порожнистої вени до появи надниркової вени, яка бере свій початок від медіальної поверхні залози. На вигляд надниркові залози відрізняються від навколишньої жирової тканини своїм золотис-

тим забарвленням і структурою коркового шару. Після виділення вени кліпували двома великими кліпсами і перетинали. Після цього видаляли залозу з ложа і завершували операцію.

Лівобічну адреналектомію, спочатку, ми виконували з трансчеревинного доступу, з перетином ободово-діафрагмальної зв’язки, мобілізацією селезінкового кута товстої кишки з його “відворотом” в медіальному напрямі, частковою мобілізацією хвоста підшлункової залози і селезінки. Згодом ми відмовилися від трансчеревинного доступу при виконанні лівобічної адреналектомії, зважаючи на великі технічні труднощі і травматичність, близькість крупних магістральних судин, селезінки, підшлункової залози і, відповідно, набагато більший ризик виникнення ускладнень. В даний час втручання на лівій наднирниковій залозі виконуються із заочеревинного доступу. Хворого укладають на правий бік, стіл розламують, як при операції на лівій нирці. По середньопуховій лінії зліва, під ребровою дугою ретроперитонеально, вводили голку Вереша і вводили до 4 літрів вуглекислого газу у заочеревинний простір. Наступним етапом виконували 10 мм розріз у ділянці пункції і через товщу поперекових м’язів в заочеревинний простір вводили 10 мм троакар, через який в подальшому вводили лапароскоп. Після введення лапароскопа в створену порожнину проводили постійну інсуфляцію вуглекислого газу під тиском 5-14 мм рт.ст. Під контролем лапароскопа вводили робочі троакари: перший – на 3-4 см нижче ребрової дуги і на 2 см латеральніше від лінії лопатки, другий – нижче XII ребра по задній паховій лінії. Додатково вводили ретрактор для відтиснення паранефральної клітковини і верхнього полюса нирки вниз і латеральніше, через троакар під ребровою дугою по передній паховій лінії. При такому розташуванні троакарів вдалося візуалізувати центральну вену надниркової залози, що впадає в ліву ниркову вену під кутом 30-60°. У 7 випадках в центральну вену надниркової залози впадала тонша діафрагмальна вена. При цьому наднирникову вену кліпували до впадання в неї діафрагмальної. Після перетину центральної вени мобілізували надниркову залозу з пухлиною, переважно тупим шляхом, щоб уникнути пошкодження селезінкових судин. Мобілізований наднирник з пухлиною витягували в поліхлорвініловому контейнері, ложе дренивали поліхлорвініловим дренажем.

Після відеоендоскопічної адреналектомії нами не використовувалися наркотичні аналгетики, пер-

ший підйом хворого з ліжка здійснювали через 8-10 годин після операції.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ускладнення виникли у 2 пацієнтів (5,5 %) в групі оперованих відкритим доступом. У одному випадку виникла кровотеча при правосторонній адреналектомії, була пошкоджена нижня порожниста вена при спробі лігівування короткої (2 мм) надниркової вени. Дефект був ушитий атравматичним швом. У іншому випадку виникло нагноєння післяопераційної рани у хворої з тяжкою формою цукрового діабету на фоні ожиріння IV ступеня. У групі оперованих ендоскопічним методом ускладнень не було.

Середня тривалість перебування в стаціонарі в групі оперованих ендоскопічним методом склала (5,6±1,2) діб. У групі оперованих відкритим доступом – (13,4±2,5) діб.

При середньому спостереженні за пацієнтами протягом 6 місяців 2 (6,2 %) пацієнти в групі оперованих ендоскопічним методом і 3 (8,3 %) в групі оперованих відкритим доступом страждали стійкою артеріальною гіпертензією. У жодного пацієнта не виникло рецидивів підвищеної продукції гормонів надниркових залоз.

Через 6 місяців всі пацієнти в групі оперованих ендоскопічним методом з приводу злоякісних новоутворень були живі.

Guazzoni G., Cestari A., Montorsi F і співавтори проаналізували дані з бази Medline (1997-2002 рр.), зосередивши увагу на показаннях і доступах (трансперитонеальному і ретроперитонеальному), а також порівняльному аналізі тривалості оперативного втручання, частоті конверсій і переливань крові, ускладнень і тривалості перебування в стаціонарі. Було встановлено, що виконання лапароскопічної

адреналектомії як трансперитонеальним, так і ретроперитонеальним доступом є безпечним і ефективним, і її функціональні результати аналогічні результатам відкритих операцій, при збереженні всіх переваг міні-інвазивної хірургії. Автори дійшли висновку, що ендоскопічну адреналектомію, незалежно від використовуваного доступу, слід розглядати як переважний спосіб лікування доброякісних пухлин надниркових залоз. При цьому автори вважають що, незважаючи на те, що лапароскопічна адреналектомія є багатообіцяючим методом лікування, можливість його застосування при злоякісних новоутвореннях надниркових залоз потребує ретельної додаткової оцінки.

O'Boyle CJ, Kapadia CR, Sedman PC до 2002 року виконали 172 відеоендоскопічних адреналектомій, з них 13 пацієнтів страждали злоякісними новоутвореннями надниркових залоз. В результаті проведених досліджень автори стверджують, що в лікувальних установах, що спеціалізуються на виконанні малоінвазивних операцій, ендоскопічна адреналектомія повинна розглядатися як метод вибору при лікуванні пухлин надниркових залоз, у тому числі і при злоякісних новоутвореннях.

Висновки. 1. Ендоскопічна адреналектомія має явні переваги перед відкритою адреналектомією. При виконанні ендоскопічної адреналектомії спостерігали укорочення термінів перебування пацієнтів в стаціонарі, можливу відмову від наркотичних анагетиків, швидке повернення до трудової діяльності. 2. У лікувальних установах, що спеціалізуються на виконанні малоінвазивних операцій, ендоскопічна адреналектомія повинна розглядатися як метод вибору при лікуванні пухлин надниркових залоз, у тому числі і при злоякісних новоутвореннях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Guazzoni G., Cestari A., Montorsi F., Bellinzoni P., Centemero A., Naspro R., Salonia A., Rigatti P. Laparoscopic treatment of adrenal diseases: 10 years on // BJU Int. – 2004, Jan. – Vol. 93, №2 – P.221-227.
2. Jaroszewski D.E., Tessier D.J., Schlinkert R.T., Grant C.S., Thompson G.B., van Heerden J.A., Farley D.R., Smith S.L., Hinder R.A. Laparoscopic adrenalectomy for pheochromocytoma // Mayo Clin. Proc. – 2003, Dec. – Vol. 78, №12. – P.1501-1504.
3. Bergamini G, Borrelli A., Lassig R., Manca G., Presenti L., Borrelli D. Videolaparoscopic adrenalectomy in Conn syndrome. Analysis of 39

- case observations // Chir. – 2003, Jun-Jul. – Vol. 24, №6-7. – P. 221-224.
4. Zeh H.J. 3rd, Udelsman R. One hundred laparoscopic adrenalectomies: a single surgeon's experience // Ann. Surg. Oncol. – 2003, Nov. – Vol. 10, №9. – P.1012-1017.
5. Jacobsen N.E., Campbell J.B., Hobart M.G. Laparoscopic versus open adrenalectomy for surgical adrenal disease // Can. J. Urol. – 2003, Oct. – Vol. 10, №5. – P.1995-1999.
6. O'Boyle C.J., Kapadia C.R., Sedman P.C., Brough W.A., Royston C.M. Laparoscopic transperitoneal adrenalectomy // Surg. Endosc. – 2003, Oct. – Vol. 28.

УДК: 616.366-072.1-089.85-06

Лапароскопічна холецистектомія при гострому холециститі: причини ускладнень і переходів

П.Г. КОНДРАТЕНКО, Є.О. ГЕРАСИМЕНКО, О.О. БЕЛОЗЕРЦЕВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY AT ACUTE CHOLECYSTITIS: CAUSES OF COMPLICATIONS AND TRANSITIONS

P.H. KONDRATENKO, Y.O. HERASYMENKO, O.O. BIELOZERTSEV

Donetsk State Medical University by M. Horiky

В роботі проаналізований результат хірургічного лікування 1359 хворих на гострий холецистит віком від 12 до 89 років, яким було розпочато виконання ЛХЕ. У 53 хворих (3,9 %) ми вимушені були перейти до відкритої операції. Нами були визначені причини переходу до відкритої операції та їх співвідношення. Також було вивчено, які ускладнення виникають під час виконання ЛХЕ та у післяопераційному періоді. Виходячи з цього, нами запропоновані обов'язкові передопераційні обстеження (перш за все ультразвукове) для визначення та попередження можливих труднощів під час виконання операції. Хворим із високим ступенем операційного ризику, а також при виявленні деструктивних та ускладнених форм запалення у жовчному міхурі на першому етапі доцільно виконати черезшкірно-черезпечінкову мікрохолецистостомію. Також нами визначені інтраопераційні заходи для попередження виникнення ускладнень та переходу на відкриту операцію.

The result of surgical medical treatment of 1359 patients with acute cholecystitis, aged from 12 to 89 years, to which LCE implementation was begun, is analysed in work. In 53 patients (3,9 %) we were forced to pass to the open operation. We also determined the causes of transition to the open operation, and their correlation. It was also studied, what complications occur during LCE implementation and in the postoperative period. Coming from it we offered the obligatory preoperative investigations (foremost ultrasonic) for determination and warning possible difficulties during the operation. To patients with the high degree of operating risk, as well as in case of revealing of destructive and complicated forms of inflammation in gall-bladder on the first stage it is expediently to perform transcuteaneous-transhepatic microcholecystostomy. We also defined intraoperative measures for warning an occurrence of complications and transition to the open operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування хворих на гострий холецистит (ГХ), як і раніше, є актуальною проблемою екстреної хірургії органів черевної порожнини. В значній мірі це обумовлено збільшенням числа хворих з цією патологією та збільшенням частки пацієнтів молодого і старечого віку з тяжкою супровідною патологією, яких госпіталізують у пізні строки від початку хвороби, а також значним числом пацієнтів з деструктивними і ускладненими формами захворювання [1].

Лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) посідає провідне місце і по праву є "золотим стандартом" у хірургічному лікуванні хворих на калькульозний холецистит. В останні роки вона все частіше застосовується при гострому за-

паленні жовчного міхура [3]. Разом з тим, збільшення кількості операцій призвело до зростання числа ускладнень при цьому втручанні. Перш за все це стосується пошкодження позапечінкових жовчних проток, гнійних ускладнень тощо [4, 5, 6]. Багато в чому це обумовлено тим, що виконання ЛХЕ при хронічному і ГХ істотно відрізняються. Деякі аспекти її застосування при гострому холециститі, як і раніше, залишаються спірними і вимагають додаткового дослідження. Насамперед це стосується показань до операції, строків і окремих технічних прийомів виконання ЛХЕ [2].

У зв'язку з цим метою роботи є з'ясування причин, що становлять небезпеку та викликають ускладнення при ЛХЕ, а також причин конверсії з ЛХЕ до відкритої операції.

Матеріали і методи. Дослідження виконане за даними спостережень 1302 хворих, яким у клініці була виконана ЛХЕ. Вік хворих становить від 12 до 89 років. Катаральна форма запалення була в 433 (33,3 %) хворих, флегмонозна – в 701 (53,8 %), гангренозна – в 168 (12,9 %). Паравезикальний інфільтрат виявлено в 474 (36,4 %) хворих, паравезикальний абсцес – в 41 (3,2 %), місцевий перитоніт – в 28 (2,2 %). Хворих немолодого і старечого віку було 537 (41,2 %), а осіб, госпіталізованих пізніше 48 годин з моменту початку захворювання, – 632 (48,5 %).

ГХ поєднувався з обтураційною жовтяницею в 154 (11,8 %) хворих, безсимптомний холедохолітіаз або папілостеноз мав місце в 74 (5,7 %) випадках. 222 (97,4 %) хворих на холедохолітіаз або папілостеноз були вилікувані ендоскопічно – виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія з холедохолітоекстракцією або без неї, у тому числі в 16 (7,3 %) пацієнтів у поєднанні з механічною літотрипсією. В 6 хворих холедохолітіаз ліквідовано шляхом лапароскопічної холедохоскопії. При явищах гострого гнійного холангіту ендоскопічну операцію завершено назобілярним дренажуванням. Як правило, ендоскопічний етап лікування передував ЛХЕ і виконувався протягом 1-2-ї доби з моменту надходження до лікарні, що залежало від ступеня тяжкості хворих.

Результати досліджень та їх обговорення. У 1359-ти хворих була зроблена спроба виконати ЛХЕ, але в 53-х випадках, що склало 3,9 %, ми вимушені були перейти до відкритої операції. Таким чином, ЛХЕ була виконана в 1302-х хворих. Найчастіше причинами переходу з ЛХЕ до відкритої операції були: інфільтрат кам'янистої щільності навколо жовчного міхура або неможливість ідентифікувати трубчасті структури трикутника Кало – в 25 (1,9 %) хворих, що склало 47 % від загального числа переходів. Інтенсивна кровотеча з ложа жовчного міхура, яку не вдалося зупинити за допомогою різних методів діатермоелектрокоагуляції, була причиною переходу в 6-ти випадках, що складає 0,45 та 11,3 % від загальної кількості, висипання значної кількості дрібних конкрементів – в 6 (0,45 %, 11,3 %), паравезикальний абсцес значних розмірів – в 4 (0,3 %, 7,6 %), практично повне

розплавлення жовчного міхура – в 4 (0,3 %, 7,6 %), синдром Міріззі – в 4 (0,3 %, 7,6 %), аномалія розвитку трубчастих структур у зоні трикутника Кало – в 1 (0,05 %, 1,9 %), значний спайковий процес у черевній порожнині після раніше перенесених порожнинних оперативних втручань – в 1 (0,05 %, 1,9 %), поломка устаткування – в 1 (0,05 %, 1,9 %).

Таким чином, при ГХ найчастіше унеможливають виконання ЛХЕ такі чинники: інфільтрат кам'янистої щільності навколо жовчного міхура, що не дозволяє ідентифікувати трубчасті структури трикутника Кало, висипання значної кількості дрібних каменів, інтенсивна кровотеча з ложа жовчного міхура, значних розмірів паравезикальні абсцеси, пошкодження позапечінкових жовчних проток, ушкодження товстої кишки діатермокоагулятором тощо.

Інфільтрат кам'янистої щільності навколо жовчного міхура, що не дозволяє ідентифікувати трубчасті структури трикутника Кало, є наслідком тривалого хронічного запалення і неодноразово перенесених нападів ГХ та пізнього звернення хворих за медичною допомогою. У клініці останнім часом зменшилося число переходів на відкриту операцію при висипанні значної кількості дрібних каменів, інтенсивній кровотечі з ложа жовчного міхура та при паравезикальних абсцесах значних розмірів через накопичення досвіду подолання таких ускладнень і впровадження в клінічну практику окремих технічних прийомів операції, аргонно-плазмової коагуляції, черезшкірної черезпечінкової пункції й дренажування абсцесів. Слід зазначити, що частота конверсії з ЛХЕ на відкриту операцію при ГХ мала місце в 3,6 раза частіше, ніж при хронічному холециститі.

Найчастішим інтраопераційним ускладненням була кровотеча, яка відзначена в 94 (7,2 %) хворих: з ложа жовчного міхура – в 91 (7 %) і кукси міхурової артерії – в 3 (0,2 %). Разом з тим, слід зазначити, що значної інтенсивності вона була лише в 31 (2,4 %) хворого. Пошкодження стінки жовчного міхура і висипання значної кількості дрібних каменів відзначено в 42 (3,2 %) хворих. У 1 (0,08 %) хворого відзначена електротравма товстої кишки, яка в подальшому спричинила необхідність виконання порожнинної операції.

Проте найбільш грізним інтраопераційним ускладненням є пошкодження позапечінкових жовчних проток. Це ускладнення виникло в 3 (0,2 %) хворих. У всіх хворих відзначено бічне пошкодження гепатикохоледоха. Дефекти в протоці були зашиті лапароскопічно, для цього потрібне було накладення 1-2-х швів. Найчастіше причинами ушкодження позапечінкових жовчних проток є:

- розташування жовчного міхура, коли він практично розпластаний на гепатодуоденальній зв'язці;
- розташування шийки жовчного міхура і кишені Гартмана під гепатодуоденальною зв'язкою;
- надмірна тракція вгору жовчного міхура;
- запальний інфільтрат, що окутує жовчний міхур;
- інфільтрація, набряк стінки жовчного міхура і гепатодуоденальної зв'язки;
- різке укорочення і потовщення міхурової протоки;
- порушення топографо-анатомічних взаємин трубчастих структур трикутника Кало і гепатодуоденальної зв'язки в результаті запалення, а також значних склеротичних процесів у жовчному міхурі та тих, що його оточують.

У процесі операції в 1-го хворого ми зіткнулися з міхурово-дванадцятипалою фістулою і в 1-го хворого – з міхурово-товстокишковою. В обох випадках дефекти в дванадцятипалій і товстій кишках були зашиті дворядним швом і операція закінчена лапароскопічно. В 1-го хворого виявлена аномалія розвитку – мали місце дві протоки міхура, що відходили від загальної жовчної протоки і правої печінкової протоки.

Ранні післяопераційні ускладнення розвинулися в 48 (3,7 %) хворих. Гнійні ускладнення відзначені в 19 (1,5 %) пацієнтів: нагноєння параумбілікальної рани – в 15-ти, підпечінковий абсцес – в 3-х, піддіафрагмальний абсцес – в 1-го. Білома або гематома в підпечінковому заглибленні виявлена в 17 (1,3 %) хворих, інфільтрат в правому підребер'ї – в 3 (0,2 %), пневмонія – в 3 (0,2 %), гострий панкреатит – в 2 (0,15 %), зовнішнє жовчовитікання – в 2 (0,15 %), тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії – в 1 (0,1 %) і гостра серцево-судинна недостатність (ГССН) – в 1 (0,1 %). Таким чином, у ранньому післяопераційному пе-

ріоді найчастіше спостерігаються запальні ускладнення в ділянці операції, а також в місці видалення жовчного міхура із черевної порожнини. В цілому частота післяопераційних ускладнень при ГХ була в 2,8 раза вищою, ніж при хронічному.

Померли 3 хворих (0,2 %). Причинами смерті були: гострий панкреатит, панкреонекроз – у 2 хворих і гостра серцево-судинна недостатність внаслідок декомпенсації тяжких супровідних захворювань – в 1-му випадку.

У віддалені строки спостереження в 15 (1,15 %) хворих виявлено холедохолітиаз, у 12 (1 %) – параумбілікальну грижу, в 8 (0,6 %) – папілостеноз. Холедохолітиаз і папілостеноз було усунуто ендоскопічно. 7 хворих з параумбілікальною грижею було прооперовано, у тому числі 4 – з використанням проленового трансплантата, 5 осіб від операції відмовились.

Виконаний аналіз результатів ЛХЕ при ГХ дозволив виділити ряд перед- і інтраопераційних заходів, що дозволяють зменшити кількість небезпечних ситуацій та ускладнень цього хірургічного втручання. Передопераційна сонографічна діагностика паравезикального інфільтрату, деструктивних форм ГХ, паравезикального абсцесу сприяє зменшенню кількості так званих “тяжких” операцій. Цій категорії хворих на першому етапі доцільно виконати черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію (ЧЧМХС) під ультразвуковим (УЗ) контролем, а через 7-9 діб виконати ЛХЕ. У пацієнтів з паравезикальним абсцесом на першому етапі разом з ЧЧМХС виконуються пункція й дренивання абсцесу під контролем ультразвуку. Двоетапний метод лікування хворих застосовано в 82-х хворих.

Виділення хворих з високим ступенем операційного ризику і виконання їм на першому етапі мінімально травматичного хірургічного втручання, направлено на зменшення запального процесу в жовчному міхурі, сприяють зменшенню летальності в цілому при ГХ, а також дозволяють більшій кількості хворих на другому етапі виконати ЛХЕ. Перевагу слід віддавати ЧЧМХС як хірургічному втручання з мінімальною травматичністю.

Профілактичне застосування антибіотиків широкого спектра дії, а також дотримання показань до дренивання черевної порожнини сприяють зменшенню кількості післяоперацій-

них гнійних ускладнень. Перша доза антибіотиків вводиться за 30-40 хвилин до вступного наркозу. В післяопераційному періоді, як правило, при катаральній формі гострого холециститу антибіотики не застосовувалися, при флегмонозній – їх застосували протягом 24-х годин, а при гангренозній формі, паравезикальному абсцесі або місцевому перитоніті їх застосовували протягом 48-72 годин. Найчастіше використовували такі антибіотики, як амоксиклав, мецеф, клафоран, частіше в поєднанні з метронідазолом або кліндаміцином. На нашу думку, показанням до дренивання черевної порожнини є такі стани: сумніви в надійності гемостазу в зоні ложа жовчного міхура або паравезикального інфільтрату, гангренозна форма ГХ, місцевий перитоніт, паравезикальний абсцес.

Незначний – 6-8 мм рт. ст. – тиск у черевній порожнині, ендоліфтингова методика виконання операції, а також виконання втручання під перидуральною анестезією сприяє попередженню виникнення серцево-легеневих ускладнень.

Для поліпшення візуалізації зони операції використовуються лапароскопи зі скошеною під кутом 30-45° оптикою. У випадку виявлення “напруженого” жовчного міхура виконуються пункція його та аспірація вмісту. Дисекцію трубчастих структур починаємо з U-подібного розрізу очеревини, що покриває жовчний міхур, від латеральної стінки до медіальної. Запальний інфільтрат відділяється від жовчного міхура за допомогою дисектора і електрохірургічного гачка. Виділення кишені Гартмана і шийки жовчного міхура здійснюється за допомогою дисектора, яким обережно, поетапно розсовуються запалені тканини. Тупо за допомогою дисектора циркулярно виділяється протока міхура до місця впадання її в загальну жовчну протоку. Лише після цього накладаються великі кліпси (ТС-400) і перетинається протока.

З метою зменшення вірогідності електроtermічного пошкодження позапечінкових жовчних проток при виділенні протоки міхура за допомогою електрохірургічного гачка використовується поверхневий режим роботи електрохірургічного генератора. У скрутних випадках, коли циркулярне виділення протоки міхура, а також шийки жовчного міхура є надзвичайно складним і пов'язане із значним ризиком пошкодження гепатикохоледоха, доцільно ви-

конати лапароскопічну операцію типу Прибрама. Ця операція виконана нами в 4-х пацієнтів. Як один з варіантів можна застосувати лапароскопічну холецистостомію (ЛХС), а вже в подальшому, після зменшення явищ запалення, ще раз спробувати виконати ЛХЕ.

Добре знання анатомічних варіантів розташування артерії міхура дозволяє в більшості випадків попередити її пошкодження і виникнення кровотечі: можливе розташування артерії спереду від протоки міхура, наявність передньої і задньої гілки артерії міхура, відходження артерії міхура від правої гілки печінкової артерії. Артерію міхура необхідно виділяти від стінки жовчного міхура і, після накладання кліпсів, перетинати якнайдалі від них, тобто ближче до стінки жовчного міхура.

Субсерозне видалення жовчного міхура сприяє зменшенню частоти виникнення кровотечі з його ложа. Проте в багатьох випадках, коли все ж таки доводиться видалити всі шийки стінки жовчного міхура, не слід заглиблюватися в паренхіму печінки. Доцільно поєднувати етапне виділення жовчного міхура з електрокоагуляцією частини його ложа, що вивільнилася. Проте найефективнішим способом зупинки кровотечі з ложа жовчного міхура є аргано-плазмова коагуляція.

Ретельне накладання кліпсів на протоки міхура, поверхнева коагуляція його кукси і ретельна, до “сухої кірочки”, електрокоагуляція ложа жовчного міхура, у свою чергу, сприяють зменшенню частоти зовнішнього жовчовиткання в ранньому післяопераційному періоді.

В хворих з високим ризиком тромбоутворення застосовуються низькомолекулярні гепарини – фраксипарин, клексан в поєднанні з еластичним бинтуванням нижніх кінцівок.

Висновки. 1. Діагностика ГХ повинна ґрунтуватися на даних клінічної картини та ультразвукового дослідження, яке дозволяє в абсолютній більшості випадків під час госпіталізації діагностувати всі форми і ускладнення ГХ та визначити показання, строки виконання і об'єм хірургічного втручання.

2. В основу тактики лікування хворих на ГХ повинні бути покладені клінічні дані, дані ультразвукового обстеження і визначення ступеня хірургічного ризику. ЛХЕ є операцією вибору для хворих на ГХ.

3. У пацієнтів з високим ступенем операцій-

ного ризику, з паравезикальним інфільтратом та/ або абсцесом, у тому числі й при деструктивних формах ГХ, на першому етапі доцільним є виконання ЧЧМХС під УЗ-контролем. При неможливості виконання ЧЧМХС можуть бути застосовані ЛХС або відкрита холецистостомія.

4. Застосування певних перед- та інтраопераційних профілактичних заходів, а також знання ряду технічних особливостей виконання ЛХЕ дозволяють значно зменшити частоту конверсії на відкриту операцію та ускладнень цього хірургічного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.И., Григорьев С.Г., Калужский В.В., Наумова А.В. Этапное лечение больных с острым холециститом в пожилом и старческом возрасте. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С.7-8.
2. Гринев М.В. О сроках операций при остром холецистите// Вестник хирургии. – 1988. – № 4. – С. 22-26.
3. Кондратенко П.Г., Элин А.Ф., Васильев А.А., Конькова М.В. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – Т. 3. – № 3. С. 51
4. Крапивин Б.В., Алиев И.М., Сорокин С.Г., Дадаев Р.С., Складар В.Ф. Интраоперационные механические и электротермические осложнения при лапароскопической холецистэктомии // Тез. докл. 3-го Моск. междунар. конгр. по эндоскопической хирургии под ред. проф. Ю.И.Галлингера. – Москва, 1999. – С. 155-156.
5. Кригер А.Г., Горский В.А., Шуркалин Б.К., Глушков П.С., Бабаниязов А.А. Внутрибрюшное желчеистечение после холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 2001. – № 4. – С.22-24.
6. Фёдоров И.В., Славин Л.Е. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. – Казань, 1995. – 72 с.

УДК: 618.177-072.1-085

Особливості лапароскопічних операцій та відновного лікування при безплідності трубного походження

О.М. ЮЗЬКО, С.Г. ПРИЙМАК, О.М. ВАВРИНЧУК

Буковинська державна медична академія

PECULIARITIES OF LAPAROSCOPIC OPERATIONS AND CORRESPONDING TREATMENT AT INFERTILITY OF TUBAL ORIGIN

O.M. YUZKO, S.G. PRIYMAK, O.M. VAVRINCHUK

Bucovinian State Medical Academy

Проблема покращання результатів безплідності трубного походження (БТП) є остаточно невирішеною. Проаналізовані результати лапароскопічних операцій у жінок з трубним безпліддям після проведеної комплексної системи реабілітації з метою відновлення репродуктивної функції. Зроблено висновок, що своєчасно виконана лапароскопічна операція, верифікація збудника та відновна терапія демонструють високу ефективність ендоскопічних методів і реабілітаційної терапії в лікуванні жінок з безпліддям трубного походження. Зроблено висновок, що лапароскопічний метод є перспективним при помірному ураженні маткових труб, а при тяжкому ураженні придатків більш доцільним є IVF, але після овариолізу та видалення товстостінних деформованих гідросальпінксів.

The problem of improving the results of infertility treatment of tubal origin has not been solved yet. The results of laparoscopic operations in women with tubal sterility have been analyzed after carrying out a complex system of rehabilitation for the purpose of restoring the reproductive function. A timely performed laparoscopic operation, the verification of the causative agent and rehabilitation therapy demonstrate a high efficacy of endoscopic methods and rehabilitation therapy in treatment of women with sterility of tubal origin. The authors conclude that laparoscopic method has proved to be perspective for patients with moderate small uterine tubes, while at severe uterine appendages lesions IFV is more effective but after ovariolysis and thick-walled deformed hydrosalpinxes rejection.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Частота безплідності трубного походження не має тенденції до зниження, а жіноче безпліддя в шлюбі складає від 60 до 80 %. Однією із найбільш поширених причин інфертильності у жінок репродуктивного віку є патологія маткових труб. Зміни в трубах виявляються в 35-74 % хворих з безпліддям, з них в 30-70 % – безпліддя первинне і у 42-83 % – вторинне [1, 3].

Ефективність відновлення репродуктивної функції у жінок з трубним безпліддям залежить від якості реабілітаційної терапії, яка направлена на попередження утворення спайок та реклюзії маткових труб, а також забезпечує відновлення функції маткових труб в післяопераційному періоді [4,5].

Мета дослідження: підвищити ефективність лапароскопічних реконструктивно-пластич-

них операцій на маткових трубах при безплідності трубного походження.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебувало 130 жінок з безпліддям трубного походження, яким були проведені лапароскопічні реконструктивно-пластичні операції. Причому, первинне безпліддя було у 68 жінок, а вторинне – у 62 жінок. Вивчали характер скарг, анамнез життя та основного захворювання, стан менструальної, статевої та репродуктивної функцій, проводили загальноклінічне та спеціальне обстеження.

Лапароскопію здійснювали за допомогою устаткування та інструментарію фірми “Карл Шторц” з використанням механічної та електрорітургічної техніки, аквапурації. Використовувався ендотрахеальний наркоз. Для оптимальної візуалізації матки та її придатків

пацієнтку переводили в положення Trendelenburg з кутом нахилу 30-40°. При огляді органів малого таза дотримували такої послідовності: міхурово-матковий простір, матка, праві придатки, права клубова ділянка та апендикс, прямокишково-матковий простір, ліва клубова ділянка і ліві придатки матки.

У 106 (81,5 %) пацієнток під час лапароскопії діагностована двобічна непрохідність маткових труб, у 22 (16,9 %) – однобічна, у 2 (1,5 %) – труба видалена раніше з приводу позаматкової вагітності. Дані інтраопераційної хромосальпінгоскопії показали: I ступінь оклюзії спостерігався у 25 (19,2 %) пацієнток, II ступінь – у 68 (52,3 %), III ступінь – у 29 (22,3 %), IV ступінь – у 8 (6,1 %) за класифікацію Donnez [6]. У 72 (55, 4 %) пацієнток трубна непрохідність в дистальних відділах поєднувалась зі спайковим процесом придатків матки. При цьому I стадія спайкового процесу малого таза (при прохідності хоча б однієї маткової труби), згідно з класифікацією J.Nulka [7], виявлена у 24 (18,5 %) пацієнток, II стадія – у 49 (37,7%), III стадія – у 38 (29,2 %), IV стадія – у 19 (14,6 %). У таких хворих перед проведенням пластичних операцій виконували аквапурацію, електрохірургічний сальпінгооваріолізис та розсічення спайок ножицями.

Сальпінгостомію виконували за методикою І.З. Гладчука [2] або після розсічення в центрі гідросальпінкса маткової труби з максимальним збереженням зв'язки Річарда, аспірації вмісту труби, іригації, ампулоскопії, ретракції серозної оболонки труби, контролю гемостазу, хромосальпінгоскопії та промивання. Фімбріопластику проводили за допомогою легкої механічної або рідинної дезаглютинації та фімозоредукції (дилатаційної, секційної контрмезентеріальної – на протилежній мезосальпінксу частині маткової труби), рідше електрохірургічно. Інколи фімбріопластика доповнювалась ретракцією серозної оболонки шляхом коагуляції – вапоризації (flowering effect). Сальпінгоектомію виконували у випадку товстостінних деформованих гідросальпінксів, особливо при обструктивно-оклюзивних ураженнях обох труб. Тканину роз'єднували після коагуляції біполярно максимально біля маткової труби з метою максимального збереження судин яєчника. Для профілактики спайок малого таза по завершенні операцій створю-

вали гідроперитонеум теплим розчином мірамістину, який використовувався для хромо-сальпінгоскопії (200-400 мл).

Тривалість операцій в середньому складала (61,7±0,4)хв, крововтрата – (83,1±9,7) мл. Післяопераційний період у 3-х хворих супроводжувався субфебрильною температурою, у 2-х – кровотечею з ділянки проколу троакара біля пупка. Аналгетики застосовувались у 5,1 % пацієнток. Практикували ранній (до 6-8 год) активний режим пацієнток після операції.

Адгезіолізис виконано у 125 (96,2%) пацієнток, сальпінгооваріолізис – у 115 (88,5%), фімбріопластику – у 86 (66,2%), сальпінгонеостомію – у 31 (23 %), сальпінгоектомію – у 6 (4,6 %) пацієнток. У 5 пацієнток (3,9 %) операція обмежилась діагностичним етапом. Пацієнтки з первинною і вторинною безплідністю не відрізнялись за кількістю знайденої під час лапароскопії іншої генітальної патології.

Супутня генітальна патологія, яка виявлена під час лапароскопії: ендометріоз – у 4 жінок (3,0 %), міома матки – у 6 жінок (4,6 %), СПКЯ – у 16 жінок (12,3 %).

Для проведення реабілітаційних заходів пацієнтки були розділені на дві групи: перша одержувала загальноприйнятий традиційний комплекс реабілітаційних заходів; друга – запропонований нами спосіб реабілітаційної терапії. Прохідність маткових труб визначали в післяопераційному періоді за допомогою метросальпінгографії та УЗ-гістеросальпінгографії з використанням препарату “Еховіст-200”.

Вік жінок з безплідністю трубного походження склав 29,2 року. Загальноприйняті реабілітаційні заходи включали: традиційну антибактеріальну терапію, створення “штучного асцити” розчинами декстранів, нестероїдні аналгетики, традиційну фізіотерапію (діатермія або електрофорез, фонофорез з медикаментами), розсмоктуючу терапію та біостимулятори. Запропонована нами методика реабілітації включала:

I етап – стаціонарно-амбулаторний:

- інтраопераційно-гідротубація наприкінці операції 0,01% розчином мірамістину та залишання його в черевній порожнині в кількості 20-40 мл;

- з першого дня післяопераційного періоду,

при відсутності кров'янистих виділень із статевих шляхів – гідротубації 0,01 % розчином мірамістину в кількості 200 мл, всього 1-5 гідротубацій;

- з другого дня післяопераційного періоду ультрафіолетове опромінення автокрові пацієнток (3-5 сеансів) та призначення препарату "Вобензим" по 3-5 табл. 3 рази на добу протягом 4 тижнів.

II етап – амбулаторний: контроль прохідності маткових труб за допомогою метросальпінгографії і проведення контрольованого зачаття.

III етап – санаторно-курортний. Реабілітаційна терапія була доповнена застосуванням

природних факторів – лікування грязями, озокеритом, нафталаном, ваннами на основі води природних джерел: сірководневих, сульфідних, хлоридних, радонових.

Контрацепція застосовувалась тільки на першому місяці після операції. За настанням вагітності спостерігали протягом 12-24 місяців.

Результати досліджень та їх обговорення.

Нами проаналізовані наслідки проведених лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій у жінок з безпліддям трубного походження в двох групах пацієнток залежно від застосованого комплексу реабілітаційних заходів (табл. 1, 2).

Таблиця 1. Стан маткових труб за даними ГСГ після лапароскопічних РПО при різних ступенях оклюзії маткових труб (M+m)

Ступінь оклюзії маткових труб	Перша група			Друга група			P
	кількість хворих	відновлена прохідність		кількість хворих	відновлена прохідність		
		абс.	%		абс.	%	
I	12	11	91,7±7,9	13	12	92,3±7,4	>0,05
II	33	18	54,5±8,7	35	31	88,6±5,4	<0,05
III	14	7	50,0±13,4	15	8	53,3±13,2	>0,05
IV	4	2	50,0±25,0	4	2	50,0±25,0	>0,05
Всього	63	38	60,3±7,6	67	53	79,1±9,7	>0,05

Таблиця 2. Частота настання вагітності після лапароскопічних РПО залежно від стадії спайкового процесу (M+m)

Стадія спайкового процесу	Перша група			Друга група			P
	кількість хворих	вагітність		кількість хворих	вагітність		
		абс.	%		абс.	%	
I	11	5	45,5±15,0	13	11	84,6±10,0	<0,05
II	24	5	20,8±8,3	25	6	24,0±8,5	>0,05
III	19	1	5,3±4,9	19	1	10,5±9,7	>0,05
IV	9	0	-	10	0	-	-
Всього	63	11	17,5±4,8	67	18	26,9±5,4	>0,05

Як свідчать дані, наведені в таблицях, застосований нами комплекс реабілітаційних заходів підвищує ефективність лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій при безплідді трубного походження з трубною оклюзією II ступеня в 1,6 раза та спайковим процесом I стадії в 1,8 раза. Загальна частота настання вагітності за сумою двох груп склала 22,2 %, тобто в кожній п'ятій жінки. Це свідчить про достатньо високу ефективність запропонованого нами комплексу реабілітаційних заходів у пацієнток з помірною оклюзією мат-

кових труб, яка в структурі безпліддя трубного походження становить більше 50 %.

Таким чином, як показали результати досліджень, раннє та комплексне застосування реабілітаційних заходів на фоні оптимізації техніки виконання лапароскопічних РПО у пацієнток з безпліддістю трубного походження попереджує рецидив оклюзії маткових труб і дозволяє підвищити ефективність лікування цього виду безплідності.

Висновки. 1. Ефективність лапароскопічних РПО залежить від ступеня анатомічних

змін органів малого таза, і застосування реабілітаційних заходів є перспективним та виправданим тільки в пацієнок з помірними змінами придатків матки.

2. Ефективність лікування безплідності трубного походження у пацієнок з тяжкими ураженнями маткових труб повинна підвищуватись шляхом застосування ДРТ.

Перспективи подальших досліджень: лапароскопічні радикальні операції на маткових трубах при їх тяжкому ураженні сприяють підвищенню ефективності IVF. Програму IVF після неефективних РПО з врахуванням віку та контрольної МСГ доцільно застосовувати при відсутності вагітності протягом 12-18 місяців після операції.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гойда Н.Г. Державна політика України щодо збереження репродуктивного здоров'я // ПАГ. – 1998. – №2. – С. 72-74.
2. Гладчук І.З., Шитова А.В. Оперативна лапароскопія в лікуванні хворих з дистальними оклюзіями // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-1999. – Т. 3, №1. – С.32-34.
3. Краснопольская К.В., Штыров С.В., Бугеренко А.Е., Чеченова Ф.К. Хирургическое лечение трубного бесплодия // Проблемы репродукции. – 2000. – №4. – С.31-35.
4. Пшеничникова Т.Я. Бесплодие в браке. - М.: Медицина, 1991. – 318с.
5. Юнда И.Ф., Иванюта Л.И. Бесплодие в супружестве. – К.: Здоров'я. – 1990. – 463с.
6. Donnez J., Casanas-Roux F. Microchirurgie des lesions tubulaires distales. Analyse de 270 interventions//J.Gynec. Obstetr. Biol. Reprod. – 1986. – Vol.15.-№ 3. – P.339-346.
7. Hulka J.F., Retch H. Texbook of Laparoscopy. – Publishers-Philadelphia. – New York, 1998. – P.118-119.

Вибір тактики лікування при гострому калькульозному холециститі

В.М. КЛИМЕНКО, С.М. КРАВЧЕНКО, С.В. ВДОВІКО, І.В. ДОРОШЕВА, І.І. ІСАЙЧИКОВ, О.В. ГАЙДАШ

Запорізький державний медичний університет

CHOICE OF MEDICAL TACTICS AT ACUTE CALCULOUS CHOLECYSTITIS

V.M. KLYMENKO, S.M. KRAVCHENKO, S.V. VDOVIKO, I.V. DOROSHEVA, I.I. ISAYCHYKOV, O.V. HAYDASH

Zaporizhzhian State Medical University

Проведено аналіз лікування хворих при гострому калькульозному холециститі з застосуванням лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). Виконано 1503 ЛХЕ, в плановому порядку прооперовано 1320 хворих, в ургентному – із приводу різних форм гострого холецистити – 179. В екстреному порядку були прооперовані 49 пацієнтів, у терміновому – 110 і у відстроченому – 20. Показано необхідність активної тактики – ЛХЕ – у хворих із тривалістю захворювання до 72 годин, що приводить до мінімальної частоти конверсій (у 4 хворих зроблена конверсія лапароскопічної холецистектомії, що склало 3,2 %). При вичікувальній тактиці, при тривалості хвороби понад 72 годин росте частота переходу на відкриту операцію (у 14 хворих здійснена конверсія ЛХЕ – 34,2 %). У випадках перитоніту рекомендується проводити діагностичну лапароскопію для визначення можливості виконання ЛХЕ (у 6 хворих – 46,1 % – здійснена конверсія). У більшості випадків конверсії ЛХЕ оперативне втручання виконується з мінімального лапаротомного доступу, традиційна лапаротомія використовується в випадках перитоніту.

The analysis of treatment of the patients at acute calculous cholecystitis with application of laparoscopic cholecystectomy was carried out. There have been performed 1503 laparoscopic cholecystectomies, in scheduled order were operated 1320 patients, in urgent – concerning the different forms of acute cholecystitis – 179. In emergency order were operated 49 patients, in expedited – 110 patients and in deferred 20 ones. The necessity of awake tactics – laparoscopic cholecystectomy – at the patients with duration of disease till 72 hours is shown. It results in minimum frequency of conversions (in 4 patients the conversion of laparoscopic cholecystectomy is made, that is 3,2 %). At the waiting tactic, at duration of illness more than 72 hours grows frequency of transferring on to the open operation (at 14 patients the conversion of laparoscopic cholecystectomy is 34,2 %) is carried out. In case of peritonitis it is recommended to carry out diagnostic laparoscopy for definition of an opportunity of laparoscopic cholecystectomy performance (at 6 patients (46,1 %) the conversion is carried out. In most cases conversions of laparoscopic cholecystectomy the operative intervention is carried out from minimum laparotomic access, the traditional laparotomy is applied in case of peritonitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) – одне з найпоширеніших захворювань, що уступає по частоті тільки атеросклерозу і є приводом для щорічного проведення до 2,5 мільйонів екстрених і планових операцій на жовчовивідних шляхах у світі. Аналіз захворюваності ЖКХ серед жінок і чоловіків по п'ятиліттях з 1956 року по 2000 рік показав її постійне збільшення в середньому на 5 %.

На Україні ЖКХ страждає близько 10 % населення. Незважаючи на удосконалювання методів діагностики, досягнення сучасної хірургії, анестезіології, реаніматології, дотепер зберігається досить висока летальність при операціях із приводу гострого холецистити. Дотепер немає раціональної загальноприйнятої стра-

тегії лікування гострого холецистити і тому тактичні питання вибору термінового оперативного втручання і методу операції зважуються неоднозначно. Результат гострого холецистити залежить від ступеня розвинених змін у жовчному міхурі, своєчасності настання самостійної чи медикаментозної біліарної декомпресії, а так само можливості власних захисних механізмів макроорганізму. При прогресуючому плинні запально-деструктивного процесу є пряма залежність результату захворювання від терміну оперативного втручання.

В Україні до останнього часу в лікуванні гострого холецистити зберігається тактика, прийнята в період традиційної хірургії до впровадження в клінічну практику малоінвазивних хірургічних методів. При цьому вибір ліку-

вальної тактики визначається формою гострого холециститу, наявністю його ускладнень, ефектом консервативної терапії і віком пацієнта. Практично всі автори відзначають залежність числа післяопераційних ускладнень і летальності від часу, що пройшов з моменту початку захворювання до надходження пацієнтів у стаціонар [1,3,4]. У середньому хворі надходять через 3-5 діб з моменту захворювання.

Не заперечується необхідність екстреної операції при гострому холециститі, ускладненому розповсюдженим жовчним перитонітом. Не викликає серйозних заперечень необхідність термінової операції в хворих із установленим гангренозним холециститом. В інших випадках звичайне лікування гострого холециститу починається з консервативних заходів, при неефективності яких виконується хірургічне втручання. Прийнято вважати, що термінову операцію в найближчі 2-3 доби з моменту надходження хворих у відділення необхідно виконувати при відсутності ефекту від консервативної терапії і збереженні симптомів інтоксикації і місцевих перитонеальних явищ. При відсутності ознак інтоксикації і перитоніту звичайно рекомендують продовжувати консервативну терапію. У 27 % хворих тривала вичікувальна тактика приводить до нового етапу гострого запалення. Хірургічні втручання в цей період більш складні через виразність рубцево-інфільтративних процесів [1,2].

З впровадженням у клінічну практику нової хірургічної технології усе більше число хірургів віддає перевагу активній діагностичній і лікувальній тактиці при гострому холециститі з диференційованим використанням сучасних малоінвазивних хірургічних втручань і етапних операцій [1-4].

Матеріали і методи. У даній статті проаналізований досвід лікування хворих з гострим калькульозним холециститом у зв'язку з упровадженням методики ЛХЕ. У клініці факультетської хірургії ЗДМУ на базі хірургічного відділення МСЧ "Запоріжсталь" і "Дніпропесталь" з 1998 виконано 1503 ЛХЕ. Цією методикою володіє 6 лікарів хірургів першої і вищої категорії. Операція виконується бригадою хірургів з 3 чоловік. В міру нагромаджен-

ня практичного досвіду і кваліфікації хірургів із січня 2002 року нами принципово вироблена активна тактика: при гострому калькульозному холециститі операцією вибору є ЛХЕ.

У плановому порядку оперовано 1320 хворих, в ургентному – із приводу різних форм гострого холециститу – 179. Вік пацієнтів з гострим холециститом склав від 15 років до 89 років, 2/3 з них – жінки.

У залежності від тривалості захворювання і терміну надходження хворі були розподілені на 3 групи.

1 група – хворі з гострим калькульозним холециститом, що надійшли в ургентному порядку до 72 годин з початку захворювання – 125 пацієнтів.

2 група – хворі з гострим калькульозним холециститом при тривалості захворювання понад 72 годин і приміхуровим інфільтратом, що пальпується – 41 пацієнт.

3 група – хворі з клінікою перитоніту – 13 пацієнтів.

В екстреному порядку були прооперовані 49 пацієнтів, у терміновому – 110 і у відстроченому – 20.

Рішення про екстрену операцію приймається на підставі даних клінічного й обов'язкового ультразвукового дослідження. Операція проводиться в термін до 3-6 годин. Накопичений нами досвід дозволяє зробити висновок про виправданість активної тактики.

Термінова лапароскопічна холецистектомія виконується в термін від 1 до 3 діб при відсутності ефекту консервативної терапії в хворих, яким по різних причинах операція не була проведена негайно (відмова хворого, відсутність технічних умов).

При відстроченій холецистектомії передопераційний період складає 10 діб і більше. За цей час хворим, стан у яких при надходженні був незадовільний в зв'язку як з основним, так і супутніми захворюваннями, частково знімаються гострі явища, проводиться корекція супутніх порушень.

Усі хворі, що надійшли в ургентному порядку з клінікою гострого калькульозного холециститу, обстежені по розробленому алгоритмі. Проводилися стандартні загальноклінічні дослідження, ультразвукове сканування (УЗД), фіброезофагогастроудоденоскопія (ФЕГДС) з оглядом великого дуоденального

сосочка, за показниками – ретроградна ендоскопічна панкреатикохолангіографія (ЕРПХГ) і комп'ютерна томографія. Операції проводилися під комбінованим наркозом. При ЛХЕ використані лапароскопічні стійки фірм “Karl Storz” і “Olympus”.

Результати досліджень та їх обговорення. У 1 групі хворих (125 чоловік), що надійшли з діагнозом “гострий калькульозний холецистит” до 72 годин з моменту захворювання в 4 зроблена конверсія лапароскопічної холецистектомії, що склало 3,2 %. У цій групі в екстреному порядку прооперовано – 37; терміновому – 74; відстрочених – 14 хворих. Патоморфологічні зміни були наступними: катаральні – у 17 випадках; флегмонозні – у 103 і гангренозні – у 5.

Не можна не відзначити той факт, що усі випадки конверсії відзначалися в хворих, оперованих у відстроченому порядку. У середньому від моменту захворювання до операції проходило 5 діб, що привело до формування щільного інфільтрату з залученням у процес дванадцятипалої кишки і гепатодуоденальної зв'язки, при якому подальше виконання ЛХЕ було неможливим і небезпечним. Тому ми вважаємо, що тактика в даній категорії хворих повинна бути активною: хворі підлягають операції ЛХЕ в екстреному чи терміновому порядку.

У хворих, що надійшли після 3 доби з моменту захворювання і приміхуровим інфільтратом, що пальпується, виконано 41 ЛХЕ, у 14 здійснена конверсія (34,2 %). Причиною конверсії в 11 хворих з'явився щільний інфільтрат в ділянці гепатодуоденальної зв'язки, у 3-х випадках виникли інтраопераційні ускладнення. В екстреному порядку були оперовані 3, у терміновому – 32 і у відстроченому – 6 хворих. Флегмонозний характер запалення визначений у 29 випадках; гангренозний – у 12.

Дана група заслуговує на особливу увагу у виді високого відсотка конверсій. Це така категорія хворих, у яких у даний час чітко не визначені терміни, методи оперативного лікування.

Для визначення термінів операції необхідна оцінка загального стану хворого, клінічні й інструментальні дані в динаміці, а так само і результат консервативної терапії. У випадку підвищення лейкоцитозу, гіпертермії і не-

гативної динаміки, за даними УЗД і КТ, оперувати таких хворих необхідно в терміновому порядку. Позитивна динаміка при консервативній терапії дозволяє оперувати хворих у плановому чи відстроченому порядку. На нашу думку, методом операції повинна бути лапароскопічна холецистектомія, під час якої прогнозується конверсія з мінімального лапаротомного доступу. Ми дотримуємося думки, що з урахуванням високої кваліфікації хірурга й операційної бригади операцію потрібно починати з лапароскопії і з урахуванням даних доопераційного обстеження і інтраопераційної ревізії вирішити питання про можливу конверсію чи завершити операцію лапароскопічно.

3 група – хворі з гострим калькульозним холециститом, що надійшли з явищами перитоніту. ЛХЕ почата в 13 хворих, у 6 (46,1%) здійснена конверсія. В екстреному порядку оперовані – 9, у терміновому – 4 пацієнтів. У терміновому порядку оперувалися хворі, що по різних причинах відмовлялися від операції чи вимагали передопераційної підготовки.

За гістологічною структурою гангренозний холецистит визначений у 9 випадках, флегмонозний – у 4-х. Операція починалася з діагностичної лапароскопії. Виявлено такі зміни: місцевий фібринозно-гнійний перитоніт (4 хворих), дифузійний фібринозно-жовчний перитоніт у 7, розлитий фібринозно-жовчний перитоніт у 2-х хворих. На даному етапі зважається питання: закінчити операцію лапароскопічно чи перейти на конверсію. У тому випадку, якщо гнійний вміст і нитки фібрину легко змиваються і віддаляються електровідсмоктувачем, при збереженні цілісності жовчного міхура і можливості анатомічного диференціювання структур трикутника Кало, необхідно продовжити ЛХЕ.

При наявності вершкоподібного гною, нашарувань фібрину, щільного запального конгломерату, перфорації жовчного міхура показана конверсія з традиційного лапаротомного доступу. У 6 хворих даної групи зроблена конверсія.

Завдяки накопиченому досвіду хворим із клінікою перитоніту ЛХЕ може бути операцією вибору при правильній оцінці загального стану хворого, інтраопераційної ситуації і можливостей операційної бригади.

Висновки. 1. У пацієнтів із клінікою гострого калькульозного холециститу, що поступили в стаціонар до 72 годин з моменту захворювання, операцією вибору повинна бути ЛХЕ. Операція повинна виконуватися як в екстремому, так і терміновому порядку.

2. Пацієнтам з гострим калькульозним холециститом із тривалістю захворювання до 72 годин і приміхуровим інфільтратом, що пальпується, з урахуванням даних обстежень необхідно починати консервативну терапію з одночасною передопераційною підготовкою. У випадку позитивної динаміки операція повинна бути виконана в плановому чи відстроченому

порядку. У випадку негативної динаміки операція виконується в терміновому порядку. Вибором операції є ЛХЕ з можливою прогнозованою конверсією з мінімального лапаротомного доступу.

3. Хворі, що надійшли з клінікою гострого калькульозного холециститу і явищами перитоніту, повинні оперуватися в екстремому порядку. Операцію можна починати з лапароскопічної діагностики і з урахуванням оцінки загального стану хворого, можливостей операційної бригади та інтраопераційної ревізії вирішувати питання про виконання ЛХЕ чи конверсії з традиційного лапаротомного доступу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ничитайло М.Є., Литвиненко О.М., Дяченко О.М. и др. Лапароскопична холецистектомія: випробування часом // Шпитальна хірургія. – 1998. – №3. – С.31-35.
2. Захараш Ю.М. Оптимізація хірургічної тактики і техніки виконання лапароскопічної холецистектомії в лікуванні жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень: Автореф.дис...канд.мед. наук: 14.01.03. – КМАПО. –К., 2000. – 21с.

3. Кузин Н.М., Дадвани С.С., Ветшев П.С. и др. Лапароскопическая и традиционная холецистэктомия: сравнение непосредственных результатов. //Хирургия. – 2000. – №2. – С.25-27.
4 Brodsky A., Matter I., Sabo E. et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: can the need for conversion and the probability of complications be predicted? A prospective study //Surg Endosc. – 2000. – Vol.14, №8. – P. 755-760.

УДК 616.345 – 02: 616.348/352]- 089 (043.3)

Конверсії при лапароскопічних резекціях товстої кишки, нові перспективи

В.В. ВЕЛИЧКО

Одеський державний медичний університет

CONVERSION IN LAPAROSCOPIC COLON RESECTION, NEW PROSPECTS.

V.V. VELYCHKO

Odessa State Medical University

Лапароскопічні методики резекції товстої кишки удосконалюються гігантськими темпами. Відмітними рисами їх варто назвати технічні складнощі виконання, дорогий інструментарій. Перше обумовлює велике число конверсій, тобто припинення лапароскопічного етапу операції і наступну лапаротомію [4]. За даними Е.М. Targarona et al., випадки, що вимагають конверсії, складають до 22 %. Альтернативою конверсії лапароскопічної резекції товстої кишки у відкрите втручання є застосування ручної асистенції лапароскопічних операцій системою пневматичного рукава зі збереженням пневмоперитонеуму (РАЛО).

Laparoscopic techniques of colon resection are improved very rapidly. It is necessary to name distinctive features of technical complexities of performance, expensive instruments. The first causes the big number of conversions, that is the cessation of laparoscopic stage of operation followed by laparotomy [4]. According to E.M.Targarona et al. data the conversion rate is up to 22 %. Alternative for conversion of laparoscopic resection of colon into open method is hand-assisted laparoscopic operation with conservation of pneumoperitoneum (HALS). This work is to estimate the efficacy of application HALS in comparison to conversion in laparoscopic colon resections.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Бурхливий розвиток лапароскопічної хірургії, що призвів до зниження травматичності втручання, поліпшення якості післяопераційного періоду, зменшення косметичного дефекту, визначив появу лапароскопічних резекційних методик у колопроктології [1, 2, 3]. В даний час у розвинутих країнах ці методики удосконалюються гігантськими темпами. Відмітними рисами їх варто назвати технічні складнощі виконання, дорогий інструментарій. Перше обумовлює велике число конверсій, тобто припинення лапароскопічного етапу операції і наступну лапаротомію [4]. За даними Е.М. Targarona et al. випадки, що вимагають конверсії, складають до 22 %. Інші європейські автори вказують на 10-15 % втручань, що вимагають конверсії [3].

Серед причин, що примушують перейти до лапаротомії, різні автори [3, 4, 5] відзначають:

- 1) спайковий процес після перенесених раніше операцій або внаслідок основного захворювання;
- 2) великі розміри пухлини і її проростання в сусідні структури;

3) внутрішньочеревна кровотеча, котру не вдається зупинити лапароскопічно;

4) технічні труднощі накладання міжкишкового анастомозу лапароскопічно.

На нашу думку, альтернативою конверсії лапароскопічної колектомії у відкрите втручання є застосування ручної асистенції лапароскопічних операцій системою пневматичного рукава зі збереженням пневмоперитонеуму (РАЛО), тобто виконання лапароскопічної операції. При цьому повинні зберігатися загальновідомі переваги малоінвазивної хірургії [5, 6].

Мета дослідження: оцінити доцільність застосування РАЛО порівняно з конверсією в лапаротомну методику при нездійсненності стандартної лапароскопічної резекції товстої кишки.

Матеріали і методи. Проведене дослідження включас 32 пацієнти, яким з різних причин виявилось неможливим виконати стандартну лапароскопічну резекцію товстої кишки. У пацієнтів, віднесених до 1-ї групи (18 хворих), лапароскопічна операція конвертована, тобто виконані лапаротомія і втручання за відкритою

методикою. В 2-ій групі (14 хворих) застосована РАЛО, тобто виконувалися міні-лапаротомія і введення однієї руки хірурга в черевну порожнину за допомогою пневмоукава. При цьому зберігався пневмоперитонеум, а втручання далі виконувалося за лапароскопічними

канонами, але з мануальною асистенцією. Вік хворих коливався від 42 до 68 років. Чоловіків було 20 (62,5 %), жінок – 12 (37,5 %).

Причини, що обумовили нездійсненність стандартної лапароскопічної колектомії, були такими (табл. 1).

Причини конверсії лапароскопічної операції	1-ша група (18 хворих), яким виконана кон- версія в лапаротомну методику	2-га група (14 хворих), яким виконані лапаро- скопичні колектомії з мануальною асистенцією (РАЛО)
Явища кишкової непрохідності, погіршення огляду, утруднення тракції кишки інструментом	6	4
Могутній спайковий процес	5	5
Великі розміри пухлинного субстрату або проростання в навколишні структури	4	2
Некерована кровотеча	1	2
Параколярні інфільтрати, міжкишкові абсцеси внаслідок перфорації пухлини, дивертикула	2	1

Таким чином, протипоказання до виконання стандартної лапароскопічної методики в обох групах були ті самі.

Втручання виконувалися з приводу перерахованих нижче захворювань:

- 1) рак сигмоподібної кишки;
- 2) рак висхідного відділу ободової кишки;
- 3) рак спадного відділу ободової кишки;
- 4) доліхосигма;
- 5) перфорація дивертикула сигмоподібної і спадної ободової кишки.

У пацієнтів 1-ої групи конверсія виконувалася шляхом лапаротомії і наступної відкритої резекції того або іншого відділу товстої кишки. Немає необхідності зупинятися на описі лапаротомних методик.

В 2-ій групі накладання пневматичної системи проводилося за таким алгоритмом:

1. Залежно від ділянки колектомії виконувалася розріз передньої черевної стінки 5-6 см: ліва здухвинна ділянка, права здухвинна ділянка, права підреберна ділянка.

2. Через розріз у черевну порожнину проводилася система для мануальної асистенції

“пневмошлюз ЛМ – 1” (патент України № 48899 А від 15.08.2002р.), що являє собою єдиний блок.

3. Через шлюз вводилася рука хірурга або асистента, а потім нагніталася повітря в манжету, що обтискає, для герметизації простору між рукою і самою манжетою, а також між манжетою і передньою черевною стінкою.

4. Відновлювався пневмоперитонеум.

Далі виконувалася мануально асистована лапароскопічна колектомія. Рука оператора або асистента, введена в черевну порожнину, використовувалася переважно для тракції тканин і поліпшення відеоогляду операційного поля. Лігування судин виконувалося інтракорпорально ендоскопічними лінійними степлерами або екстракорпорально лігатурами. Після мобілізації необхідного сегмента резекція кишки і накладання міжкишкового анастомозу виконувалися екстракорпорально вручну через той же розріз черевної стінки без видалення пневмошлюзу. Щоб не сковувати рухів хірургів при маніпуляції з кишкою, з обтискної манжети елімінувалося повітря.

Виконані втручання представлені в таблиці 2.

Вид колектомії	Відкрита методика, 1-ша група	РАЛО, 2-га група
Резекція сигмоподібної кишки	6	6
Правобічна геміколонектомія	5	3
Лівобічна геміколонектомія	7	5

Результати досліджень та їх обговорення. Порівняльна оцінка операцій у 2-х групах ґрунтувалася на інтраопераційних параметрах і найближчих клінічних результатах (табл. 3 і 4).

Інтраопераційні параметри оцінки методики	1-ша група (18 хворих)	2-га група, (14 хворих)
Час операції, хв	157±25	101±14
Довжина лапаротомного розрізу, см	17±2	5±0,5
Крововтрата	400±50	200±50

Найближчі клінічні результати	1-ша група	2-га група
Післяопераційний ліжко-день	8±2	5±2
Необхідність призначення наркотиків на 2-гу та наступну доби, кількість хворих	4 (22,2 %)	0
Частота гнійно-септичних ускладнень у рані	2 (11,1 %)	0
Необхідність назогастрального зонда при парезі кишечника	3 (16,6 %)	1 (7,1 %)
Ускладнення системні	4 (22,2 %)	2 (14,3 %)
Початок ентерального харчування, доба	4±1	2±1
Поновлення перистальтики, доба	3±1	2±1

Як видно з таблиць 3 і 4, у 2-й групі менший середній час операції, значно менша довжина розрізу черевної стінки, практично в два рази знижена крововтрата. Після виконання РАЛО відсутні нагноєння післяопераційної рани, що пов'язано, очевидно, з малими розмірами рани і перебуванням у рані спеціальної манжети, яка захищає тканини від інфікування. В 2-й групі немає необхідності призначення наркотиків більше доби. Майже в два рази швидше в 2-й групі відновлюється перистальтика і починається ентеральне харчування. У 1-й групі в 1 випадку мала місце неспроможність трансверзосигмоанастомозу, лівобічний ексудативний плеврит у 2 випадках, післяопераційний панкреатит у 1 випадку. В 2-й групі відзначено розвиток реактивного плевриту праворуч і ліворуч – 2 спостереження. Таким чином, кількість ускладнень у пацієнтів 2-ї групи менша. Час перебування в стаціонарі після операції майже в два рази менший для хворих 2-ї групи.

Критеріями порівняльної оцінки двох методик вважаємо інтраопераційні показники і найближчі клінічні результати. При виконанні мануальноасистованої лапароскопічної колектомії (РАЛО), за нашими даними, зберігаються практично всі переваги стандартної лапароскопічної методики, тобто знижується рівень травматичності втручання, на що вказують зменшення втрати крові, часу операції, менша необхідна довжина розрізу черевної стінки, зниження рівня післяопераційного больового синдрому. Най-

важливішим аспектом характеристики оперативної методики вважаються терміни реабілітації пацієнта. У нашій роботі є чіткі дані про більш ранню реабілітацію хворих, оперованих лапароскопічно з мануальною асистенцією: зменшення тривалості парезу кишечника, ранне поновлення перистальтики, відсутність потреби в сильнодіючих анальгетиках, укорочення післяопераційного ліжко-дня. Немаловажно, що в ході операцій у 2-й групі не було необхідності в конверсії з РАЛО у відкриту методику. Пам'ятаючи про приблизно рівні за тяжкістю інтраопераційні ситуації в 1-й і 2-й групах, варто вважати РАЛО методикою, придатною для виконання технічно складних колектомій, не менш зручною, ніж лапаротомна методика. Разом з тим, РАЛО є методикою саме лапароскопічною, тобто малоінвазивною – малотравматичною. Наші дані показують реальні можливості виконання лапароскопічної колектомії навіть у складних випадках шляхом використання мануальної асистенції системою пневматичного рукава.

Висновки. 1. РАЛО краща у виборі методу операції порівняно із стандартною лапаротомною колектомією у випадках неможливості виконання стандартної лапароскопічної колектомії.

2. РАЛО зберігає багато переваг суто лапароскопічної операції.

3. Впровадження РАЛО у практику колопроктології дозволяє домогтися тих же резуль-

татів, що очікуються тільки від стандартної лапароскопічної колектомії: зменшення травматичності, рання реабілітація пацієнта.

4. Використання РАЛО у колопроктології значно розширює показання до застосування лапароскопічних колектомій.

ЛІТЕРАТУРА.

1. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии.- Киев: Здоров'я, 2000. – 304 с.
2. Франтзайдес К. Лапароскопическая и торакокопическая хирургия: Пер. с англ.- С. Пб.: Бином, 2000. – 400 с.
3. Щельгин Ю.А., Воробьев Г.И. и соавт. Лапароскопические вмешательства при раке прямой кишки // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – №1. –С. 112-112.
4. Bemelman W.A., Bannenberg J.J. Laparoscopic-assisted colectomy with the dexterity pneumo sleeve // Dis. Colon Rectum. – 1996. – № 10. – P. 59-61.
5. Franklin M.E.Jr., Diaz A., Norem R. Prospective comparison of open vs. Laparoscopic colon surgery for carcinoma. Five year results // Dis.Colon Rectum.- 1996- №39.- P. 35-46.
6. O'Reilly M. J., Falkner P. T., Pinto S. E. et al. Technique of hand-assisted laparoscopic surgery // Laparoendosc. Surgery. – 1996. – № 6. – P. 239-244.

УДК 616.37-002-089

Лапароскопічне дренування черевної порожнини та інтермітуючий перитонеальний діаліз у лікуванні ферментного перитоніту

І.М. ШЕВЧУК, О.О. ПОБУЦЬКИЙ

Івано-Франківська державна медична академія

LAPAROSCOPIC DRAINING OF THE ABDOMINAL CAVITY AND INTERMITTING PERITONEAL DIALYSIS IN TREATMENT OF FERMENTATIVE PERITONITIS

I.M. SHEVCHUK, O.O. POBUTSKY

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

У 63 хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений ферментним перитонітом, здійснено лапароскопічне дренування черевної порожнини на ранніх етапах розвитку захворювання. У 56 хворих після дренування черевної порожнини виконували інтермітуючий перитонеальний діаліз упродовж 2-4 діб із використанням розчинів фірми "Gambro". Встановлена висока клінічна ефективність запропонованого методу детоксикації в комплексному лікуванні хворих.

Laparoscopic draining of the abdominal cavity was performed in early stages of acute necrotizing pancreatitis with fermentative peritonitis in 63 patients. In 56 patients after draining of the abdominal cavity the intermitting peritoneal dialysis with application of the "Gambro" firm solutions during 2-4 days was done. High efficacy of proposed method of detoxication in the complex treatment of patients was established.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Ферментний перитоніт є тяжким ускладненням гострого некротичного панкреатиту (ГНП) на початкових стадіях захворювання, посилює клінічні прояви ферментної ендотоксемії і часто спричиняє розвиток панкреатогенного шоку та синдрому поліорганної недостатності (СПОН) [4, 7]. Згідно із статистичними даними, летальність при панкреатогенному шоку сягає 34,6 % [6]. Мультиорганне пошкодження при СПОН зберігається навіть при усуненні його безпосередньої причини і не залежить від захворювання, травми, операції або іншого патологічного стану, яке його спричинило [10]. З огляду на це, актуальним є застосування потужних ефективних методів детоксикації вже на ранніх (ензимних) етапах розвитку ГНП.

Матеріали і методи. Лапароскопічне дренування черевної порожнини виконане нами у 63 хворих на ГНП, ускладнений загальним ферментним перитонітом, у тому числі у 37 чоловіків та 26 жінок віком від 22 до 70 років. Біліарний панкреатит діаг-

нований у 27 хворих. Основною причиною виникнення захворювання у 32 хворих були аліментарні фактори (алкоголь, гостра чи жирна їжа), у 4 – причина захворювання не встановлена. В 1-шу добу від початку захворювання госпіталізовані 8 хворих, на 2-гу добу – 22, на 3-тю добу – 14, на 4-ту добу – 10, на 6-16-ту добу – 9. У 49 хворих лапароскопічне дренування черевної порожнини здійснено в 1-шу добу після госпіталізації, у 8 – на 2-гу добу, у 6 – на 3–5-ту добу. При лапароскопічній ревізії в усіх хворих виявлені характерні ознаки ГНП: стеаринові бляшки на парієтальній та вісцеральній очеревині, у 37 – геморагічний ексудат, у 29 – набряк і випинання шлунково-ободової зв'язки, у 14 – парез поперечної ободової кишки, у 12 – гіперемія та набряк парієтальної та вісцеральної очеревини, у 9 – ексудат в сальниковій сумці. Загальний ферментний перитоніт діагностований у 56, місцевий – у 7 хворих. З черевної порожнини евакуювали від 300 мл до 8 л ексудату. Амілолітична активність геморагічного ексудату в усіх хворих була підвищена до 69-234 мг/(год мл) (за Каравеем). Бактеріологічне

дослідження ексудату з черевної порожнини виконане у 42 хворих із загальним ферментним перитонітом, у 33 із них ексудат був стерильним, у 7 – виявлено *E. coli* в концентрації 5×10^5 - 10^6 мікробних тіл, у 2 – *Ps. aeruginosa* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 мл. У 27 хворих з біліарним ГНП за відсутності клініко-лабораторних і сонографічних ознак біліарної гіпертензії (холестаза, розширення загальної жовчної протоки (ЗЖП) понад 0,9 см, холедохолітиаз, холангіт) проведена лапароскопічна холецистектомія без дренивання ЗЖП.

Під час виконання лапароскопії поліхлорвінілові дренажні трубки встановлювали в обох підреберних і пахвинних ділянках і додатково – в сальникову сумку. Щоб уникнути витікання діалізату з черевної порожнини, дренажі герметизували за допомогою м'язово-апоневротичних швів. Основним показанням до проведення сеансів інтермітуючого перитонеального діалізу (ПД) у 56 хворих з ГНП був загальний ферментний перитоніт. Сеанси діалізу розпочинали відразу після виходу хворого з наркозу. Використовували стандартні (1,5 %, 2,5 % за декстрозою) стерильні розчини в пластикових мішках об'ємом по 2 л фірми "Gambro", які застосовують для сеансів постійного амбулаторного гемодіалізу при лікуванні хронічної ниркової недостатності (патент № 29195 А від 29.12.99). Розчин через один з дренажів вводили в черевну порожнину. Дренажі перекривали на 1,5-3 год, потім відкривали. Розчин витікав самостійно через усі дренажні трубки. Різниця між кількістю введеного розчину і діалізату не перевищувала 300 мл за 1 сеанс. За добу проводили 3-4 сеанси. Тривалість курсу 2-4 доби. У 9 хворих з гострою печінково-нирковою недостатністю додатково здійснений гемодіаліз, з них у 5 – в режимі ультрафільтрації.

Ефективність застосування ПД оцінювали за динамічними показниками ендогенної інтоксикації та за даними загальноклінічних і лабораторних досліджень. Визначали концентрацію пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) [2]. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) визначали за формулою Кальф-Каліфа. Для динамічної оцінки ефективності лікування застосовували цитобіохімічний індекс інтоксикації та цитобіохімічний індекс регресії ендотоксикозу (ЦБІРЕТ) [1]. Активність окисно-відновних процесів визначали за концентрацією малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югатів (ДК) [3, 5]. СПОН діагностували при виявленні недостатності двох органів чи систем і

більше, розрізняючи компенсовану і декомпенсовану стадії [9].

Результати досліджень та їх обговорення.

Тяжкість стану хворих визначалася термінами від початку захворювання до їх госпіталізації в стаціонар. Чим пізніше хворі з ГНП, ускладненим ферментним перитонітом, зверталися по медичну допомогу, тим частіше відмічали у них ускладнення. Гостра ниркова недостатність виявлена у 14 хворих, респіраторний дистрес-синдром – у 9, гостра печінкова недостатність – у 8, панкреатогенний шок – у 4, гостра серцево-судинна недостатність – у 5, енцефалопатія – у 3, гіперглікемія – у 3, синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові (ДВЗ-синдром) – в 1. Ексудативний плеврит виник у 11 хворих, пневмонія – у 10, прогресування панкреонекрозу виявлено у 4, постнекротична псевдокіста – у 4, абсцес сальникової сумки, флегмона заочеревинного простору, перфоративна стресова виразка дванадцятипалої кишки – по 1 спостереженню, постреанімаційна хвороба – в 1. У 14 хворих виявляли по одному ускладненню, у 25 – по два, у 4 – по три, у 3 – по чотири, у 2 – по сім. Функцію підшлункової залози в усіх хворих оцінювали як декомпенсовану за наявності гіперамілаземії, гіперамілазурії, сонографічних ознак, підвищення амілолітичної активності перитонеального випоту та даними лапароскопії [9].

Підвищення ЛІІ від 2,565 до 15,251 ум. од. виявлене у 58 хворих (норма 0,3-1,5 ум. од.). Концентрація ПСММ в 1-шу добу у 61 хворого становила $(0,475 \pm 0,1015)$ ум. од., у нормі – $(0,240 \pm 0,047)$ ум. од. В 1-шу добу після госпіталізації ендогенна інтоксикація (ЕІ) V ступеня верифікована у 14 хворих, IV ступеня – у 24, III ступеня – в 21, II ступеня – в 2, I ступеня – в 2.

В 1-шу добу лікування відмічене підвищення рівня МДА до $(6,037 \pm 0,037)$ нмоль/л, у нормі $(3,69 \pm 0,14)$ нмоль/л, та ДК – до $(4,032 \pm 0,097)$ од. опт. щільн., у нормі $(1,45 \pm 0,07)$ од. опт. щільн. В 1-шу добу лікування компенсована недостатність двох систем відзначена у 17 хворих, декомпенсована – в 4; декомпенсована недостатність двох систем – у 5, трьох – у 6. Для профілактики інфікування вогнищ панкреонекрозу та розвитку СПОН необхідне проведення заходів для ліквідації парезу і гіпоксії кишечника [8]. Застосування в комплексі лікування ПД забезпечило стабілізацію перистальтики кишечника на 2-гу добу діалізу – в 34, на 3-тю добу – у 19 хворих. Швидко відновлення перистальтики

та усунення перитоніту дозволили розпочати раннє ентеральне харчування, що сприятливо впливало на загальний стан хворих і динаміку основних лабораторних показників. При відновленні стійкої перистальтики кишечника сеанси ІПД припиняли і продовжували комплексне консервативне лікування. На 3-4 доби діалізу підвищення ЛП від 2,051 до 11,337 ум. од. виявлене у 18 хворих. Концентрація ПСММ у 42 хворих становила $(0,371 \pm 0,019)$ ум. од. Рівень МДА перевищував 4 нмоль/л у 22 хворих і становив $(4,31 \pm 0,117)$ нмоль/л. Вміст ДК у 19 хворих перевищував 2 од. опт. щільн. і становив $(3,108 \pm 0,146)$ од. опт. щільн. Величина ЦБРЕТ у 27 хворих сягала 0,75 (максимально можлива – 1), що вказувало на ефективність застосованих методів комплексного лікування. На 3-4-ту доби лікування компенсована недостатність двох систем виявлена у 6 хворих, декомпенсована – у 5; чотирьох систем – в 1.

Раннє використання лапароскопічного дренажу ферментного перитоніту із наступними сеансами ІПД дозволило уникнути здійснення лапаротомії

у 43 хворих з ГНП і забезпечити сприятливий перебіг захворювання. Після операції померли 9 хворих. Основною причиною смерті були: постреанімаційна хвороба – в 3 пацієнтів, декомпенсований СПОН – у 6 хворих. У 5 із них на 2-гу добу проведення ІПД виконане відкрите оперативне втручання з приводу вираженого парезу кишечника, прогресування перитоніту і панкреонекрозу.

Висновки. Таким чином, використання лапароскопічного дренажу черевної порожнини із наступним ІПД у хворих на ГНП, ускладнений ферментним перитонітом, на ранніх етапах дозволяє стабілізувати порушення діяльності основних органів і систем на рівні компенсації, ефективно боротися з ферментним перитонітом, в ранні терміни відновити перистальтику кишечника і розпочати ентеральне харчування. Вказане дає можливість підвищити ефективність комплексного лікування хворих, знизити ймовірність транслокації мікроорганізмів та інфікування вогнищ панкреонекрозу, забезпечити сприятливий перебіг захворювання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Клигуненко Е.Н., Майстровский А.И., Новиков П.П. и др. Применение методов детоксикации и комплексного лечения полиорганной недостаточности, развившейся на фоне панкреонекроза // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України: Зб. наук. статей. – Х., 2000. – С. 29–30.
2. Шапкин Я.В. Полиорганная недостаточность в послеоперационном периоде // Хирургия. – 1999. – № 12. – С. 46–49.
3. Габриелян Н.И., Дмитриев А.А., Кулаков Г.П. Диагностическая ценность определения средних молекул в плазме крови при нефрологических заболеваниях // Клини. медицина. – 1981. – 10. – С. 38–42.
4. Вафин А. З., Байчоров Э.Х., Гольяпина И.А. и др. Внутриаортальная регионарная перфузия при деструктивных формах острого панкреатита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1999. – Т. 158, № 1. – С. 30–35.
5. Коробейников Э.Н. Модификация определения продуктов перекисного окисления липидов в реакции с тиобарбитуровой кислотой // Лаб. дело. – 1988. – № 7. – С. 8–9.
6. Гаврилов В.Б., Гаврилова А.Р., Хмара Н.Ф. Измерение диеновых конъюгатов в плазме крови по УФ-поглощению гептановых и изопропанольных экстрактов // Лаб. дело. – 1988. – 2. – С. 60–63.
7. Чаленко В.В. Классификация острых нарушений функций органов и систем при синдроме полиорганной недостаточности // Анестезиология и реаниматология. – 1998. – № 2. – С. 25–30.
8. Земсков В.С., Ковальська І.О. Синдром запальної відповіді (поліорганної недостатності) при гострому панкреонекрозі // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Х., 2000. – С. 24–25.
9. Лупальцов В.И., Федулова Л.В. Современные методы коррекции полиорганной недостаточности, обусловленной острым панкреатитом // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Х., 2000. – С. 41–43.
10. Ничитайло М.Ю., Крижевський В.В., Машковський Г.Ю. та ін. Лікування некротичного панкреатиту за даними УЗ-пункції та бактеріологічного дослідження // Шпитал. хірургія. – 2000. – № 4. – С. 29–31.

УДК 616.37-002.4-07-089

Визначення ролі малоінвазивних методів у діагностиці і лікуванні панкреонекрозу

В.Г. ЯРЕШКО, Д.Ю. РЯЗАНОВ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

DEFINITION OF A ROLE OF MINI-INVASIVE METHODS IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PANCREATONECROSIS

V.H. YARESHKO, D.Y. RIAZANOV

Zaporizhzhian Medical Academy of Post-Graduate Education

Вивчено результати хірургічного лікування 72 хворих на панкреонекроз з використанням малоінвазивних втручань: чрезшкірних пункційно-дренуючих операцій під ультразвуковим і відеолапароскопічним контролем, некрсеквестрэктомії підшлункової залози і заочеревинної клітковини із селективних локальних міні-доступів, ендоскопічної папілосфінктеротомії, лапароскопічної холецистектомії за показаннями. Розроблено двоетапний спосіб хірургічного лікування панкреонекрозу, об'єктивні критерії і показання до виконання повторних операцій. Розроблено стандартний протокол тактики хірургічного лікування панкреонекрозу з використанням малоінвазивних технологій, застосування якого дозволило знизити загальну летальність при неінфікованій формі хвороби до 6,7 %, при інфікованій – до 11,1 %. Для поліпшення результатів лікування необхідне створення в системі ургентної хірургічної допомоги спеціалізованих відділень для хворих на гострий панкреатит.

The results of surgical treatment of 72 patients with pancreatonecrosis by usage of mini-invasive interferences are learnt: transcutaneous puncture-draining under ultrasonic and videolaparoscopic check, necrosectomy of a pancreas and retroperitoneal cellulose from selective local miniaccess, endoscopic papillosphincterotomy, laparoscopic cholecystectomy according to indications. It is developed two-staged method of surgical treatment of pancreatonecrosis, objective criteria and indications to implementation of repetitive operations. The standard protocol of tactics of surgical treatment of pancreatonecrosis with usage of mini-invasive technique is designed, the applying of which has allowed to reduce general mortality at the not infected form of disease up to 6,7% and at infected one – up to 11,1%. For improvement the results of treatment the creation of specialized departments for patients with acute pancreatitis in a system of emergency surgery is necessary.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування панкреонекрозу (ПНЗ) залишається невирішеною проблемою сучасної хірургії [1, 4].

В даний час відзначається відносно збільшення тяжких форм гострого панкреатиту, зокрема ПНЗ, основним способом лікування якого залишається хірургічне втручання. Післяопераційна летальність при ПНЗ залишається високою і складає від 32,2 до 76,1 % [3, 6].

Діапазон хірургічних втручань широкий: від зовнішнього дронування вогнищ некрозу до великих резекцій підшлункової залози (ПЗ). Незважаючи на широке впровадження в практику малотравматичних методів лікування під ультразвуковим (УЗ) і ендовідеолапароскопічним контролем, показання до оперативного

лікування, оптимальні терміни та обсяг хірургічного втручання залишаються дискусійними [2, 5].

Висока летальність, велика кількість післяопераційних ускладнень, технічні труднощі, що виникають при операціях, відсутність єдиної лікувальної тактики обумовлюють необхідність розробки і впровадження стандартних протоколів діагностики і лікування хворих на панкреонекроз.

Мета дослідження – розробка стандартного протоколу хірургічного лікування ПНЗ із застосуванням малоінвазивних технологій.

Матеріали і методи. На кафедрі хірургії-2 Запорізької медичної академії післядипломної освіти з використанням малоінвазивних ме-

тодів лікування прооперовані 72 хворих на ПНЗ.

Чоловіків було 30 (41,6 %), жінок – 42 (58,4 %). Середній вік склав (55,2±2,1) року. Терміни від моменту захворювання до госпіталізації склали від 5 годин до 90 діб, у середньому (11,3±2,6) доби. У 31 (43,1 %) хворого причиною захворювання було зловживання алкоголем, у 30 (41,7 %) – жовчокам'яна хвороба, у 11 (15,2 %) – інші причини.

Обстеження хворих включало використання клініко-лабораторних досліджень, ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерну томографію (КТ) у динаміці, черезшкірну тонкоголкову аспіраційну біопсію (ТАБ) некротів ПЗ, заочеревинної клітковини та гострих рідинних утворів із проведенням бактеріоскопічного, культурального досліджень субстрату і визначенням чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, черездренажну фістулографію, за показаннями – ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ).

Малоінвазивні способи хірургічного лікування включали: черезшкірні пункційно-дренуючі під УЗ або відеолапароскопічним контролем, некрсеквестректомії ПЗ і заочеревинної клітковини із селективних локальних міні-доступів, ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), лапароскопічну холецистектомію за показаннями.

Результати досліджень та їх обговорення.

Лікування хворих здійснювали з урахуванням фази та терміну від моменту виникнення захворювання, підозри на наявність інфікування вогнищ деструкції і рідинних утворів наявність перитоніту.

Діагноз неінфікованого ПНЗ встановлювали на підставі визначення зон порушеної перфузії тканини ПЗ за допомогою КТ із внутрішньовенним контрастним болюсним посиленням і верифікацією інфікування за допомогою черезшкірної ТАБ, показаннями до виконання якої були: значні зміни на КТ із порушенням перфузії >30 % тканини; зміни на КТ із порушенням перфузії <30 % при відсутності клінічного поліпшення або його погіршенні на тлі консервативної терапії; підозра на сепсис; наявність синдрому поліорганної недостатності (СПОН); наявність рідинних утворів.

Лікування хворих на неінфікований ПНЗ було консервативним у відділенні реанімації. Винятком був біліарний панкреатит, при якому виконували хірургічне втручання на жовчних шляхах протягом 24-х годин з моменту надходження хворого – термінову ЕРПХГ із виконанням ЕПСТ при вклиненому камені великого сосочка дванадцятипалої кишки або його стенозі, холедохолітазі, а при деструктивному холециститі – лапароскопічну холецистектомію.

При наявності серозного перитоніту виконували дронування вільної черевної порожнини за допомогою лапароскопії або під УЗ контролем для евакуації токсичного ексудату, проводили бактеріоскопію і визначення наявності мікрофлори, термінове дослідження активності амілази.

Доведене інфікування вогнищ ПНЗ та ексудату вільної черевної порожнини вважали абсолютним показанням до лапаротомії з метою ревізії ПЗ, адекватної санації черевної порожнини шляхом проведення лаважу та дронування, назогастральної інтубації кишечника.

Лікування інфікованого ПНЗ здійснювали у два етапи за розробленою власною методикою (Деклараційний патент України на винахід "Хірургічний спосіб лікування панкреонекрозу" № 54986 А). Перший етап полягав у закритій пункційно-дренуючій операції під УЗК, другий – у лапаротомії з міні-доступу в проекції локалізації залишкових вогнищ некрозу ПЗ.

Спосіб здійснюється таким чином: на першому етапі виконуються черезшкірна пункція і дронування трубками вогнища панкреонекрозу через передню черевну стінку під УЗК троакарном під місцевою анестезією. При цьому виконується евакуація рідинної частини гнійника. У післяопераційному періоді проводиться локальний лаваж розчинами антисептиків. Це дозволяє санувати і значно зменшити порожнину дренованого гнійника, що призводить до стабілізації стану хворого, ліквідації проявів СПОН і сепсису.

На другому етапі виконується планова некрсеквестректомія шляхом лапаротомії з міні-доступу в проекції локалізації залишкових вогнищ некрозу ПЗ, що не лізувались під час першого етапу лікування. Після механічного видалення вогнищ некрозу виконується дронування залишкової порожнини. Рана черевної стінки ушивається до дренажів. У після-

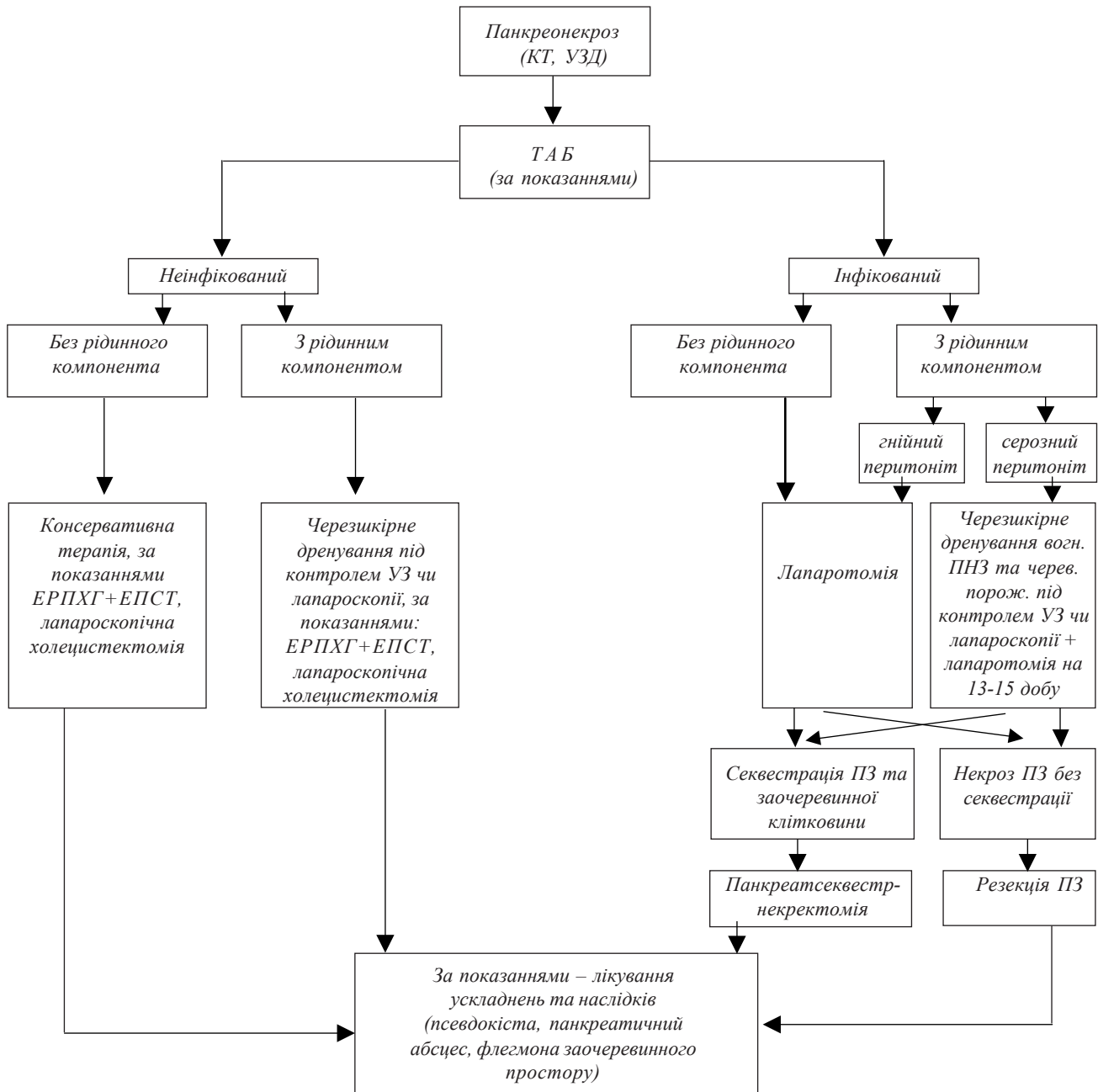


Рис. 1. Стандартний протокол тактики хірургічного лікування панкреонекрозу.

операційному періоді здійснюється локальний лаваж залишкової порожнини розчинами антисептиків до повного видужання хворого.

Мінімально припустимі терміни виконання другого етапу операції – 13-15-а доба від моменту виконання малоінвазивного, коли завершується лізис дрібних і середніх секвестрів (до 5 см), а великі секвестри (більше 5см), які не лізуються при проточному промиванні, видаляють при міні-лапаротомії.

Зазначений спосіб хірургічного лікування застосований у 32 хворих, у 5 (15,6 %) з них

виконані повторні операції у вигляді некрсеквестр-некретомії ПЗ і заочеревинної клітковини: у 3-х пацієнтів – одна, у 2-х – дві.

При відсутності умов для використання черезшкірних пункцій у лікуванні інфікованого ПНЗ (відсутність рідинного компонента) хірургічну некрсеквестр-некретомію відносили до більш пізніх термінів захворювання – кінця 4-го тижня і більше, коли з'являлася чітка демаркація секвестрів, а панкреатогенна токсемія була купірована. Навіть при утворенні гострих псевдокіст і осередкових секвестрів у терміни до 4-х

тижнів не завжди відбувається інфікування останніх, а при повноцінному лікуванні і використанні пункційно-аспіраційних методів можна розраховувати на поступове їхнє розсмоктування.

Зазначена тактика та спосіб лікування порівняно з застосуванням “програмованих” чи невідкладних і вимушених релапаротомій “за вимогою” після первинної некректомії дозволили знизити летальність при інфікованому панкреонекрозі з 43,4 % до 11,1 %.

Показанням до виконання повторних оперативних втручань при інфікованому ПНЗ є наявність персистоючої інфекції, що може бути встановлено об’єктивними даними: 1) динаміка тяжкості стану хворого (оцінка за Ranson); 2) температурна реакція; 3) характер і кількість рідини, що відділяється через дренажі; 4) динаміка розмірів порожнинних утворів за даними черездренажної фістулографії, УЗ і/чи КТ досліджень.

Загальні об’єктивні дані, сукупність яких є показанням до повторної операції та свідчить про наявність персистоючої інфекції: збереження тяжкості чи погіршення стану хворого за критеріями Ranson, збереження температурної реакції, виділення гною через дренажі без тенденції до зменшення, збереження розмірів залишкових порожнин або їх збільшення, виявлення при УЗД чи КТ нелізованих залишкових секвестрів ПЗ і/чи заочеревинної клітковини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В., Кармазановский Г.Г. и др. Многоэтапные хирургические вмешательства в лечении больных осложнённым панкреатитом // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2002. – Т.7, №1. – С.52-58.
2. Фёдоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. *Хирургическая панкреатология: Руководство для врачей*. – М.: Медицина, 1999. – 208с.
3. Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. – М.: Триад-Х, 2003. – 216с.
4. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б.,

Зазначені тактичні підходи і способи хірургічного лікування ПНЗ наведені на рисунку 1.

Таким чином, при вищезапропонованих тактичних рішеннях лікування панкреонекрозу використовується принцип виконання органозберігаючих операцій, коли видалення частини залози стає винятком і у віддалені терміни не виникають тяжкі порушення екзо- та ендокринної функцій ПЗ.

Висновки. 1. Запропонована тактика виключно інтенсивної консервативної терапії з застосуванням ендоскопічних, пункційно-дренуючих під УЗ та лапароскопічним контролем операцій дозволяє знизити загальну летальність при неінфікованому панкреонекрозі до 6,7 %, при інфікованому – до 11,1 %.

2. При панкреонекрозі доцільні етапні малоінвазивні втручання: на першому – пункційно-дренуючі операції під УЗК, на наступних етапах – некрсеквестректомії з локальних селективних міні-доступів.

3. Для поліпшення результатів лікування необхідне створення в системі ургентної хірургічної допомоги спеціалізованих відділень для хворих на гострий панкреатит.

Перспективною вважаємо подальшу розробку стандартних протоколів тактики хірургічного лікування хворих на різноманітні форми гострого панкреатиту.

- Цыденжапов Е.Ц. Острый панкреатит: Пособие для врачей / Под ред. В.С.Савельева. – М.: Изд-во НЦССХ им. А.Н.Бакулева РАМН, 2000. – 60с.
5. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Радзиховский А.П. *Хирургия поджелудочной железы*. – Симферополь: Таврида, 1997. – 560с.
6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 224с.
7. Isenmann R., Rau B., Beger H.G. Infected necroses and pancreatic abscess: surgical therapy // *Kongressbd. Dtsch. Ges. Chir. Congr.* – 2001. – Vol. 118. – S. 282-284.

УДК 616.37-006.2-089.819

Рациональні способи лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози

О.Д. ШАТАЛОВ, В.В. ХАЦКО, С.О. ШАТАЛОВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

RATIONAL METHODS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH PSEUDOCYSTS OF PANCREAS

A.D. SHATALOV, V.V. KHATSKO, S.A. SHATALOV

Donetsk State Medical University by M. Horky

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 норицею 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 from 22 to 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). 78 patients (81,4 %) showed complete recovery after mini-invasive treatment. The recurrent cysts were revealed in 18 patients (18,6 %). They were undergone radical operations. 14 cases developed different complications and they were eliminated by conservative treatment. 4 patients with pancreatic fistula were undergone cystoenterostomy with Brown anastomosis and the Shalimov’s stunner. Lethal outcomes were not revealed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. У наш час кісти підшлункової залози (ПЗ) не є рідкісними захворюваннями. Серед госпіталізованих хворих вони складають 0,006-0,1% [2, 4, 6, 8]. 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 ПКПЗ, головним чином, люди працездатного віку (30-45 років).

Гострий панкреатит ускладнюється утворенням кіст у 0,8-15 % випадків, а при деструктивних 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 ультрасонографічне дослідження, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію, фіброгастроуденоскопію, 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 зовнішнього [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 ефективні 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 дренування ПКПЗ – транспаплярне дренування, цисто-, гастро- і цистодуоденостомію [13, 11, 9, 2], пункцію та аспірацію кіст під сонографічним або комп'ютерно-томографічним контролем [12, 3, 5, 10], лапароскопічне дренування [11, 7, 10]. Кількість ускладнень при цьому досягає 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 теперішнього часу 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.

Мета дослідження: розробка оптимальної техніки пункції і дренування ПКПЗ під сонографічним, лапароскопічним (із відеопідтримкою) контролем.

Матеріали і методи. Під доглядом знаходились 96 пацієнтів з хронічними ПКПЗ (18 – головки, 46 – тіла, 32 – хвоста) діаметром 5-32 см. Жінок було 37, чоловіків – 59 у віці 22-63 роки. 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 року. Екстрапанкреатичні кісти спостерігали у 62 чоловік, 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 дренування кіст: під сонографічним контролем – 64, лапароскопічний – 23, лапароскопічний 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 через шкірну аспірація на пункцію кісти з дренуванням 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 "Dognier", укомплектованого електронними конвексними і лінійними датчиками 3,5 МГц, 5 МГц та 7,5 МГц. Особливістю є диференційний підхід до склерозування залишкових порожнин та дренування кіст.

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

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

Усім пацієнтам проводили 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: болі у верхній половині живота – у 87 осіб, нудота, блювання – у 42, відчуття тяжкості, роздування у верхній половині живота – у 29, схуднення більш ніж 5 кг – 25, розлади 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 була 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 анемія, у 18 – лейкоцитоз, у 62 – прискорення 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 томографію, 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.

Всі ускладнення ПКПЗ необхідно розділити на дві групи: 1 – котрі потребують невідкладного оперативного лікування: нагноєння, перфорація кісти у вільну черевну порожнину і кровотеча; 2 – при яких треба робити планову операцію: прорив кісти у шлунково-кишковий тракт, стиснення сусідніх органів і малігнізація.

Ускладнені кісти ПЗ потребують хірургічного лікування. Оптимальним варіантом хірургічного втручання є радикальне усунення або внутрішнє дренивання кісти. Зовнішнє дренивання, як правило, здійснювали при нагноєнні і перфорації кісти у вільну черевну порожнину. Краще за марсупіалізацію активне, постійне або фракційне, зовнішнє проточно-аспіраційне дренивання за допомогою 2-просвітних дренажних трубок. При арозивній кровотечі доцільно видалити кісту. При стенозах різних відділів шлунково-кишкового тракту від стиснення кістою ПЗ необхідні операції внутрішнього дренивання або радикальне усунення кісти. Малігнізована кіста ПЗ підлягає радикальному видаленню за онкологічними принципами.

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

Для черездренажної санації і склерозування порожнини кісти використовували: розчини антисеп-

тиків, 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 з 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 зафіксовано повне одужання. У 18 (18,6 %) осіб виявлено рецидиви кісти, їм виконана радикальна операція. У 14 випадках відзначені ускладнення у вигляді короткочасного підвищення температури тіла, ознобу, больових відчуттів по ходу 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 співустьям та заглушкою за Шалімовим. Летальних наслідків не було.

Соціально-трудова реабілітація оперованих пацієнтів повинна бути спрямована, у першу чергу, на корекцію перебігу хронічного рецидивного панкреатиту, різних порушень функції ПЗ і повну заборону уживання алкогольних напоїв.

Висновки. 1. Малоінвазивне дренивання (з використанням катетера 20-28F) ПКПЗ під сонографічним або лапароскопічним (з відеопідтримкою) контролем є високоефективним малотравмативним способом лікування при відпрацьованій техніці виконання. 2. Показанням до малоінвазивного дренивання є ПКПЗ будь-яких розмірів і локалізації при відсутності ознак 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 головки у більшості випадків буває достатньою аспірація з черезпечінкового і черезшлункового доступів. 4. Дані методи лікування не мають ефекту при кістах, котрі пов'язані з панкреатичними протоками. 5. Малоінвазивні втручання при ПКПЗ доцільно проводити у спеціалізованому центрі в обласній лікарні.

Перспективи подальших досліджень. У перспективі будуть досліджені питання етіології, пато-

генезу псевдокіст підшлункової залози, біохімічні та біофізичні зміни рідини з кісти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Архангельский В.В., Шабунин А.В., Лукин А.Ю. Лечение ложных кист поджелудочной железы // *Анналы хир. гепатологии.* – 1999. – Т.4, №1. – С.44-48.
2. Бабенков Г.Д., Ольшанецкий А.А., Кириченко Б.Б. и др. Выбор хирургической тактики при кистах поджелудочной железы // *Вісник морської медицини.* – Одеса, 2001. – №2. – С.22-24.
3. Гальперин Э.И., Насиров Ф.Н., Арефьев А.Е. Санация кист поджелудочной железы с помощью чрезкожных пункций и дренирования под контролем ультразвукового исследования // *Хирургия.* – 1989. – №1. – С. 65-68.
4. Дронов О.І. Хірургічне лікування хронічного панкреатиту, ускладненого утворенням псевдокісти: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 1996. – 20с.
5. Лотов А.Н. Малоинвазивная хирургия поджелудочной железы // *Рос. журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии.* – 2000. – №2. – С.80-82.
6. Мартиненко О.П. Діагностика та лікування псевдокіст підшлункової залози // *Клін.хірургія.* – 1996. – №1. – С.10-12.
7. Мишин В.Ю., Квезерова А.П. Современный подход к лечению псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургии.* – 2000. – №3. – С.32-39.
8. 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.
9. Шалимов 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.
10. Шаталов О.Д., Зубов О.Д., Хацко В.В. та ін. Малоінвазивне лікування несправжніх кіст підшлункової залози // *Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика.* – 2001. – Вип. 10, кн. 4. – С. 657-660.
11. Ширяева С.В. Оценка эффективности различных методов хирургического лечения кистозных поражений поджелудочной железы: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – М., 1997. – 24 с.
12. Grace P.A., Williamson R.C. Modern management of pancreatic pseudocysts // *Br.J.Surg.* – 1993. – Vol. 80, № 5. – P.573-581.
13. Seiler Ch.A., Boss M.A., Czernick A. et al. Complications of chronic pancreatitis // *Dig. Surg.* – 1997. – Vol.14, №6. – P.540-545.
14. Spivak H., Galloway J.R., Amerson J.R. et al. Management of pancreatic pseudocysts // *Am. College of Surg.* – 1998. – Vol.186, №5. – P.507-511.

УДК:616-08+616-071+616.37-006.6+616.361-006.6

Вибір оптимального методу декомпресії жовчних шляхів при хірургічному лікуванні обтураційної жовтяниці пухлинного походження

О.Л. ТКАЧУК

Івано-Франківська державна медична академія

CHOICE OF OPTIMUM METHOD OF BILIARY DECOMPRESSION AT SURGICAL TREATMENT OF MALIGNANT OBSTRUCTIVE JAUNDICE

O.L. TKACHUK

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Робота узагальнила досвід профілактики виникнення печінково-клітинної недостатності у хворих на обтураційну жовтяницю злоякісного генезу. Розроблено комплекс медикаментозних та хірургічних заходів, спрямованих на профілактику та лікування ішемічно-реперфузійного пошкодження гепатоцитів. Аналіз динаміки функціональних показників печінки у 124 хворих на обтураційні жовтяниці пухлинного походження довів перевагу методів малоінвазивної біліарної декомпресії порівняно з класичними методами створення білідигестивних анастомозів.

The article has summarized the experience of clinical preventive maintenance of occurrence hepatocellular insufficiency at the patients with malignant obstructive jaundice. The complex surgical measures directed on the prevention of ischemic-reperfusion hepatic damage is developed. The analysis of changes of functional parameters of a liver at 124 patients has proved advantage of minimally invasive methods of decompression in comparison with classical methods of creation of biliodigestive anastomosis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. У останні роки тенденції розвитку біліарної хірургії полягають у значному прогресі технологічного рівня оперативних втручань і, водночас, становленні оптимальних стандартизованих алгоритмів хірургічної тактики. Розвиток малоінвазивних хірургічних технологій змінив хірургічну стратегію при біліарній патології, зокрема у хворих з обтураційною жовтяницею [2, 5, 9]. Водночас, відсутнє повне розуміння патогенезу розладів та патологічних станів, пов'язаних з порушенням відтоку жовчі. Залишається проблематичним вибір хірургічної тактики та ведення хворих з довготривалими обтураційними жовтяницями [6-8]. Саме для жовтяниць пухлинного походження характерний поступовий розвиток холестатичного синдрому без вираженої клінічної симптоматики, що призводить до пізньої госпіталізації хворих у хірургічні відділення, коли вже мають місце симптоми печінково-клітинної недостатності.

Пошук патогенетично обґрунтованої хірургічної тактики при затяжних обструктивних жовтяницях пухлинного генезу переважно обмежується вибором оптимального паліативного втручання з метою усунення холестаза. До цього часу немає однозначного погляду на патогенез печінкової недостатності, що виникає після декомпресійних операцій у хворих з механічними жовтяницями, особливо при їх затяжних формах [4, 6, 7]. Клінічні спостереження та експериментальні роботи вказують на те, що біліарна декомпресія у ранньому післяопераційному періоді значно погіршує функціональний стан печінки, викликаючи зрив компенсаторних механізмів, що підтримують функції органа під час холестатичного періоду. У літературі дане явище отримало назву декомпресійного синдрому [4, 8]. Основною теорією патогенезу декомпресійного синдрому є теорія перфузійної недостатності, що розглядає холестаз і наступну декомпресію як ішемічно-реперфузійний синдром з пошкодженням па-

ренхіми печінки внаслідок оксидантного стресу, активації ПОЛ та викиду у кровоносне русло депонованих у печінці токсичних пептидних сполук середньої молекулярної маси з наступним розвитком гепатоцелюлярної недостатності [4, 9].

Оптимальна хірургічна та лікувальна тактика при обтураційних жовтяницях пухлинного генезу повинна враховувати механізми розвитку декомпресійного синдрому. Прагнення максимально швидко усунути біліарну гіпертензію шляхом відновлення прохідності жовчних шляхів, внутрішнього чи зовнішнього дренивання біліарної системи дозволяє досягти успіху лише у тих випадках, коли оперативне втручання проведено на ранніх стадіях захворювання або якщо мало місце лише часткове блокування жовчовідтоку. Швидка та максимальна за об'ємом декомпресія жовчних шляхів у випадку затяжної їх обтурації, після повної ахолії, часто є недостатньо ефективною через прогресування цитолітичного синдрому та розвиток печінкової недостатності.

Метою даної роботи стала розробка засобів профілактики синдрому біліарної декомпресії шляхом застосування малоінвазивних методів дренивання жовчних шляхів.

Матеріали і методи. Нами проводився клініко-лабораторний моніторинг послідовних 124 хворих з обтураційними жовтяницями пухлинного генезу, віком від 58 до 72 років, які лікувалися у хірургічному відділенні Івано-Франківської ОКЛІ протягом 2001-2003 років. З них 46 % хворіли на обтураційну жовтяницю, викликану пухлинами голівки підшлункової залози, 41 % – пухлини позапечінкових жовчних шляхів, 3 % – пухлини печінки, у 10 % хворих походження та морфологічний тип пухлини не були встановлені. Середня тривалість жовтяниці складала від 11 до 35 діб. Обстежені хворі поділені на дві групи. До групи контролю увійшли 65 пацієнтів, яким проведені операції холецистоектеростомії (58) та холедохоектеростомії (7) за відкритою методикою. Дослідна група включала 59 хворих, яким були проведені малоінвазивні хірургічні декомпресійні операції (табл. 1).

Напередодні операції та протягом 10 днів після операції досліджували динаміку біохімічних змін крові, зокрема білірубінемії, трансаміназ, лужної фосфатази, альбуміну сироватки крові, протромбінового індексу, кліренсу креатиніну. Інтенсивність цитолітичного синдрому, зокрема амінотрансферазну активність, оцінювали за Л.Л. Громашевською (1997) [1] з визначенням коефіцієнта Де-Рітіса.

Таблиця 1. Види малоінвазивних хірургічних втручань при обтураційній жовтяниці

№ пп	Вид операції	К-сть хворих
1	Ендоскопічне стентування гепатикохоледоха	24
2	Пункційна холангіостомія	8
3	Пункційне стентування жовчних проток	3
4	Лапароскопічне стентування жовчних проток	2
5	Відкрите стентування жовчних проток	12
6	Відкрите трансдуоденальне стентування жовчних проток	10

За результатами обстежень визначали інтегральний показник функціонального стану печінки за методикою Е.Г. Мачуліна [4]. Формула розрахунку, що використовувалась нами, мала такий вигляд:

$$Q = \gamma_6 \times S_6 + \gamma_a \times S_a + \gamma_t \times S_t + \gamma_m \times S_m, \text{ де}$$

Q – величина узагальненого біохімічного показника; γ – коефіцієнти білірубіну, альбуміну, трансаміназ, молекул середньої маси, значення яких підібрано емпірично [4]; S – інтегральні показники сироваткових концентрацій білірубіну, альбуміну, трансаміназ та молекул середньої маси, які визначаються за методикою Е.Г. Мачуліна і, як правило, є відхиленнями концентрацій відповідних речовин від норми. Коливання значення Q від 0 до 0,5 характеризують нормальну функцію печінки, від 0,6 до 1,5 – легкий, від 1,5 до 2,9 – середній, 3,0 і вище – тяжкий ступінь печінково-клітинної недостатності.

З метою оцінки внутрішньопечінкової гемодинаміки досліджували динаміку індексу периферичного судинного опору шляхом спектральної доплерографії загальної печінкової артерії.

Визначали також клінічні показники, зокрема: температурну криву, динаміку симптомів холангіту, зникнення свербіння шкіри, появу перистальтики кишечника, зниження явищ нейроінтоксикації. Отримані дані піддавали статистичному аналізу з використанням інструментів програм Microsoft Excell 2000 та Statistica 5.11.

Результати досліджень та їх обговорення. Протягом раннього післяопераційного періоду вивчали динаміку цитолітичного синдрому та синдрому печінково-клітинної недостатності залежно від виду та методики дренивання біліарної системи (табл. 2). Оцінювали клінічні прояви печінкової енцефалопатії, печінково-ниркової недостатності, показники білково-синтетичної функції печінки, ак-

Таблиця 2. Порівняльна динаміка деяких біохімічних показників після хірургічного лікування механічної жовтяниці

Показник	Дослідна група (n=59)	Контрольна група (n=65)	Коефіцієнт достовірності
Середня швидкість зниження білірубінемії (ммоль/л за добу)	6,37 ± 0,13	7,51 ± 0,43	p < 0,001
Середня швидкість зниження лужної фосфатази (ммоль/(год л) за добу)	0,28 ± 0,05	0,45 ± 0,05	p < 0,001
Зниження коефіцієнта Де-Рітиса (од/добу)	0,13 ± 0,003	0,07 ± 0,015	p < 0,001
Середній термін нормалізації протромбінової активності (доба після операції)	5,1 ± 1,4	7,5 ± 1,2	p < 0,001
Середній приріст альбуміну сироватки (г/л за добу)	2,4 ± 0,3	1,6 ± 0,9	p < 0,001
Середній приріст добового кліренсу креатиніну (мкмоль/кг за добу)	13,4 ± 0,31	13,7 ± 1,49	p < 0,001

Таблиця 3. Динаміка інтегрального показника функціонального стану печінки (Q) після різних методів біліарної декомпресії

	До операції	3-я доба після операції	10-та доба після операції
Дослідна група (n=59)	2,51±0,54	1,51±0,45	1,19±0,18
Контрольна група (n=65)	2,56±1,36	2,54±0,45	1,98±0,13
Коефіцієнт достовірності	p > 0,05	p < 0,001	p < 0,001

тивність мезенхімально-запальної реакції. Динаміку функціонального стану печінки оцінювали до операції, на 3-й та 10-й день післяопераційного періоду (табл. 3).

Отримані результати свідчать, що методи малоінвазивної декомпресії жовчних шляхів супроводжуються деяким зниженням швидкості усунення холестатичного синдрому. Так, середня швидкість зниження загального білірубіну та лужної фосфатази сироватки у контрольній групі на 10-12 % вища. Однак клінічна динаміка у дослідній групі хворих відрізнялася досить швидкою, протягом 3-5 днів, нормалізацією загального стану хворих, зменшенням жовтяничності шкіри та слизових оболонок, зникненням свербіння шкіри, швидким становленням перистальтики кишечника. У жодного хворого дослідної групи не відмічали дестабілізації гемодинамічних показників, тоді як у групі контролю у 4 хворих з жовтяницею тривалістю понад 2 тижні спостерігали у першу добу після операції явища ендотоксичного шоку, що вимагало введення катехоламінів та стероїдів. Як видно з таблиці 2, цитолітичний синдром, який при застосуванні сучасних методик визначення трансаміназної активності верифікується у всіх хворих з обтураційною жовтяницею, після малоінвазивних втручань має достовірно швидші темпи нормалізації. Відновлення білково-синтетичної

функції печінки також відбувається з кращою динамікою, ніж у контрольній групі, що можна розцінювати як показник покращення метаболічної активності гепатоцитів, а також пов'язане з швидшим відновленням орально-ентерального харчування. Відмічено, що у дослідній групі відбувається швидше покращення добової екскреції креатиніну, таким чином, існує менший ризик розвитку печінково-ниркової недостатності.

Інтегральний показник печінково-клітинної недостатності, який до операції був майже однаковий у обох групах хворих, під впливом малоінвазивних методів лікування виявив швидші темпи нормалізації, ніж у контрольній групі хворих.

Порівняння динаміки нормалізації індексу периферичного судинного опору у двох групах хворих свідчить про наявність різкого падіння судинного тону артеріального русла печінки після "класичних" декомпресійних операцій паралельно з наростанням цитолітичного індексу (рис. 1А). Аналогічні показники при малоінвазивній біліарній декомпресії мають більш сприятливу динаміку (рис. 1Б).

Висновки. 1. Ефективність малоінвазивної тактики лікування обтураційної жовтяниці підтверджує, що причиною біліарного декомпресійного синдрому є реперфузійно-оксидантний шок, який виникає внаслідок коливань судинного тону у

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

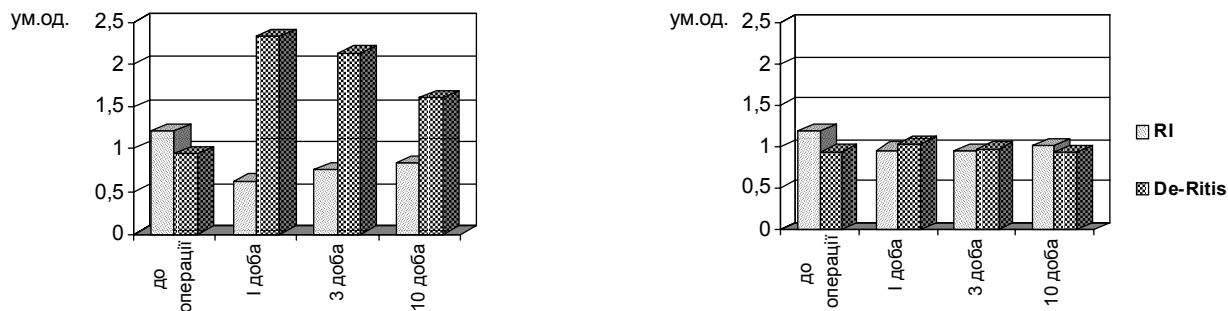


Рис 1. Порівняльна динаміка периферичного судинного опору артеріального русла печінки та інтенсивності цитолізу (за коефіцієнтом Де-Рітиса) при класичних (А) та малоінвазивних (Б) методах біліарної декомпресії.

паренхімі печінки. 2. Застосування малоінвазивних методів декомпресії жовчних шляхів, а також цитопротекторної медикаментозної терапії, дозволяє підвищити ефективність лікування критичних обтураційних жовтяниць за рахунок підтримання ста-

більної гідростатичної рівноваги між біліарним та кровоносним руслом.

Перспективи подальших досліджень. Планується порівняльний аналіз різних видів біліарного стентування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Громашевская Л.Л. Некоторые замечания к исследованию активности аминотрансфераз и трактовке его результатов у больных с патологией печени // Лабор. диагностика. – 1997. – №2. – С.7-10.
2. Егиев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Семенов М.В. Новые технологии в лечении холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т.3, №1. – С.84-87;
3. Ермолев А.С., Дасаев И.А., Юрченко С.В. Выбор лечебной тактики при обтурационной желтухе и холангите // 1-й Московский международный конгресс хирургов.-М.,1995. – С. 245-246.
4. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза. – Минск: Харвест, 2000. – 160 с.
5. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Современные подходы к лечению холелитиаза // Проблемы клінічної хірургії. Зб. наук. робіт, присвячений 25-річчю ІКЕХ АМН України. – Київ, 1997. – С.120-128
6. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей.– К.: Здоров'я, 1993. – 512 с.
7. 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;
8. Chen C.Y., Shiesh S.C., Lin X.Z. Indicators of liver excretory function in patients undergoing biliary decompression for obstructive jaundice / Hepato-Gastroenterology. – 1998.– № 45 (21). – P. 786-790.
9. Shade R.R., Cattano C.J. Trends in gallbladder disease and its treatment // Hospital Medicine. – 1992. – №10. – P. 65-78

УДК 616. 37-002-073.584:615.849.19

Ефективність поєданого застосування клімадинону, естрожелю та вобензиму для корекції показників ліпопероксидації та системи антиоксидного захисту у жінок з захворюваннями шкіри на фоні постоваріоектомічного синдрому

С.О. ГАЛНИКІНА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

EFFICACY OF COMBINED APPLICATION OF CLIMADINONE, ESTROGEL AND VOBENZIME FOR CORRECTION OF INDICES OF LIPOPEROXIDATION AND SYSTEM OF ANTIOXIDATIVE PROTECTION IN WOMEN WITH SKIN DISEASES AGAINST BACKGROUND OF POSTOVARIOECTOMIC SYNDROME

S.O. GALNYKINA

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Досліджено ефективність поєданого застосування клімадинону, естрожелю та вобензиму з метою корекції порушень активності ліпоперекиснення та антиоксидної системи у жінок з патологією шкіри на фоні постоваріоектомічного синдрому. Встановлено позитивну дію запропонованого комплексу на стан ліпідної пероксидації, нормалізацію показників антиоксидної системи та клінічні прояви захворювань.

A research of efficiency of combined therapy including application of Climadinone, Estrogel, and Vobenzime was provided with the purpose of correction lipoperoxidation activity and system of antioxidative protection at women with the skin pathology against a background of posovarioectomic syndrome. A positive action of offered complex is set on the state of lipid peroxidation, normalization of antioxidant systems indices and clinical manifestations of diseases.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Морфо-функціональні порушення, які виникають в жіночому організмі після хірургічного видалення яєчників, мають різноспрямований характер і характеризуються розвитком синдрому хірургічної менопаузи [2, 6, 11]. Розвиток цього процесу у значній мірі спричинений порушенням співвідношення в системі ПОЛ/АОС, що супроводжується накопиченням реакційноздатних продуктів ліпоперекиснення та подальшим їх впливом на мембранні структури та біополімери [4]. Частими проявами цих порушень є патологічні процеси у шкірі та її придатках – спостерігаються ороговіння епітелію, сухість і ламкість нігтів, випадання волосся, поява зморщок. Показано, що, чим важче перебігає посткастраційний синдром, тим більш вираженими є шкірні прояви [2]. Виникають

зміни і з боку кісток, які проявляються розвитком остеопорозу [4, 9, 15].

Для зменшення негативної дії токсичних продуктів вільнорадикального окиснення необхідно проводити екзогенну корекцію [2, 6, 13]. Патогенетично обґрунтованим є проведення замісної терапії естрогенами. Одним з сучасних засобів, які використовуються з цією метою, є есторгель-гелева форма 17 β -естрадіолу, яка зручна у використанні та забезпечує тривалий ефект. З'явилися публікації, в яких вказується на хороший ефект від застосування препаратів, які містять фітоестрогени. Їх використання вважається хорошою альтернативою замісної терапії синтетичними естрогенами, а також використовують у комплексній терапії разом з останніми. Одним з ефективних фітоестрогенів є клімадинон – рослинний засіб, який містить екстракт кореня циміцифуги. В склад даної рос-

лини входить фітоестроген форманетин, який здатен зв'язуватись з ерогенними рецепторами як α -, так і β - типу. Останнім часом в медичній практиці широко використовують ферментні препарати, принципово новим напрямком застосування яких є метод системної ензимотерапії. Завдяки збалансованій суміші гідролаз, які входять в їх склад, ці препарати здатні впливати на різноманітні ланки гомеостазу організму людини з метою усунення патологічних проявів захворювання [10]. Одним з механізмів, який забезпечує виражений ефект від застосування засобів системної ензимотерапії, є нормалізація співвідношення в системі ПОЛ/АОС за ряду патологічних станів [14].

Проведені нами експериментальні дослідження показали ефективність застосування естрожелю, клімадинону та вобензиму з метою корекції порушень антиоксидного статусу організму.

Зважаючи на це, ми поставили собі за мету вивчити активність процесів ліпопероксидації та стан антиоксидантної системи у жінок з захворюваннями шкіри на фоні постоваріоектомічного синдрому і ефективність комбінованого застосування препаратів естрожень+клімадион+вобензим.

Матеріали і методи. Нами було обстежено 126 жінок, котрих розділили на такі групи – здорові жінки репродуктивного віку (25 жінок); жінки з захворюваннями шкіри на фоні постоваріоектомічного синдрому (51 жінка), яких розділили на такі підгрупи: контрольна (до початку лікування); ліковані традиційною терапією (I група – 25 жінок) та ліковані комбінацією естрожень+клімадион+вобензим (II група – 26 жінок); жінки з постоваріоектомічним синдромом без шкірних проявів (III група – 25 жінок) та здорові жінки в постменопаузальному періоді (IV-та група – 25 жінок).

Препарат естрогенної дії “Естрожень” застосовували у вигляді гелю, половинну дозу якого, а саме 1,25 г, наносили на поверхню передпліччя до повного всмоктування 1 раз через день. Площа нанесення гелю приблизно дорівнювала площі долоні. Через день призначали фітоестроген “Клімадион” по 20 крапель всередину 3 рази на добу протягом 2 місяців. Додатково застосовували засіб сис-

темної ензимотерапії “Вобензим” – по 2 капсули тричі на добу за півгодини до їди.

Активність процесів ліпопероксидації оцінювали за концентрацією в плазмі крові дієнових кон'югат [12], гідроперекисів ліпідів [3] та ТБК-активних продуктів [1]. Про стан антиоксидної системи судили за активністю у плазмі крові каталази (КТ) [8], церулоплазміну (ЦП) [7] та концентрацією відновленого глутатіону (ГSH) [16].

Дослідження проводили через 30, 60 та 90 днів від початку лікування. Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням t-критерію Стьюдента.

Результати дослідження та їх обговорення. Із представлених у таблиці 1 результатів видно, що видалення матки з придатками супроводжується значними змінами в системі ПОЛ/АОС. Так, концентрація ТБК-активних продуктів у жінок контрольної групи підвищилась на 69 % і становила $(0,049 \pm 0,003)$ ммоль/л, дієнових кон'югат – на 22 % $(20,09 \pm 2,07)$ ммоль/л, гідроперекисів ліпідів – на 25 % $((0,201 \pm 0,08)$ ум. од/мл).

Ми спостерігали також пригнічення системи антиоксидного захисту. Значно знижувався вміст церулоплазміну (65 % від норми). Знижувалась також концентрація відновленого глутатіону, становлячи 66 % від норми. Активність каталази у плазмі крові була на 51,7 % вищою від норми і становила $(9,04 \pm 0,61)$ мкат/л. Ці зміни вказують на те, що посткастраційний синдром супроводжується виснаженням основних факторів антиоксидного захисту.

Отже, як видно з результатів проведених нами досліджень, різке зниження продукції статевих гормонів, яке виникає внаслідок хірургічного видалення матки та придатків, призводить до значних порушень фізіологічних та метаболічних процесів.

Застосування традиційної терапії в деякій мірі покращувало співвідношення ПОЛ/АОС у досліджуваних жінок.

Так, на 30-ту добу від початку застосування препаратів концентрація дієнових кон'югатів знижувалась, порівняно з контрольною групою жінок, на 12,6 %. Аналогічна тенденція спостерігалась і відносно проміжних продуктів ліпідної пероксидації – гідроперекисів ліпідів та ТБК-реагуючих продуктів, вміст

Таблиця 1. Показники ліпоперекиснення та стану антиоксидантної системи у плазмі крові жінок з захворюваннями шкіри на фоні посткастраційного синдрому за умов застосування естрожелю, клімадинону та вобензіму (M±m)

Показник	Здорові жінки репродуктивного віку (n = 25)	Жінки з постоваріоектомічним синдромом								III-тя група (хворі ПОС б/прояві шкірних патолог (n=25)
		I-ша група (n=25)		II-га група (n=26)		III-тя група (n=26)		III-тя група (хворі ПОС б/прояві шкірних патолог (n=25)		
		30-та доба	60-та доба	90-та доба	30-та доба	60-та доба	90-та доба			
Дієнові кон'югати, ммоль/л	16,48±0,90	18,38±1,14	17,65±0,64	17,43±0,88	17,97±0,82	17,49±0,75	17,09±0,90**	19,21±1,23	0,189±0,008	
Гідропероксилипідів, ум.од/мл	0,161±0,007	0,180±0,009	0,176±0,005	0,171±0,004	0,178±0,006**	0,173±0,003**	0,167±0,004**	0,189±0,008	0,004	
ТБК-реагуючі продукти, ммоль/л	0,029±0,003	0,045±0,008	0,039±0,006	0,037±0,005	0,036±0,003	0,031±0,005**	0,030±0,005	0,040±0,004	0,004	
КТ, мкат/л	5,96±0,42	8,71±0,82	8,32±0,51	8,02±0,47	7,12±0,51	6,42±0,41**	5,98±0,39**	8,76±0,61	0,004	
ЦП, мг/л	231,2±9,1	163,9±12,6	171,9±11,8	187,5±10,2	203,7±12,5**	209,3±12,4**	221,2±12,6**	168,9±9,6	0,004	
GSH, ммоль/л	2,15±0,13	1,68±0,11	1,78±0,09	1,84±0,12	1,89±0,07**	2,03±0,09**	2,11±0,12**	1,57±0,09	0,004	

Примітка. * – різниця достовірна відносно здорових жінок репродуктивного віку (P<0,05); ** – різниця достовірна відносно до показників до лікування.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

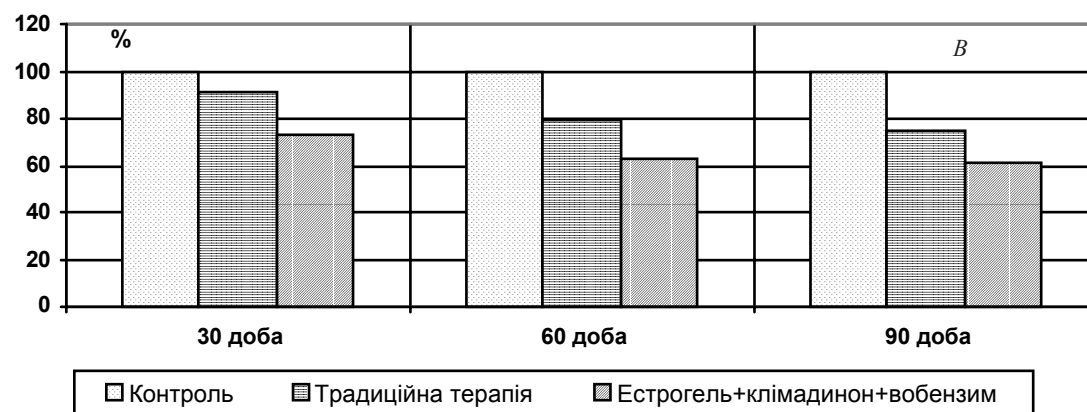
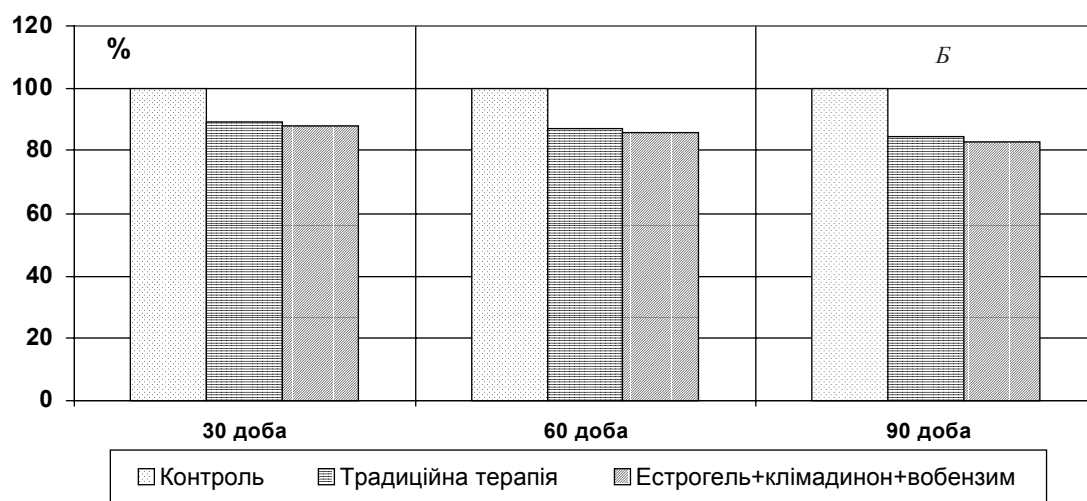
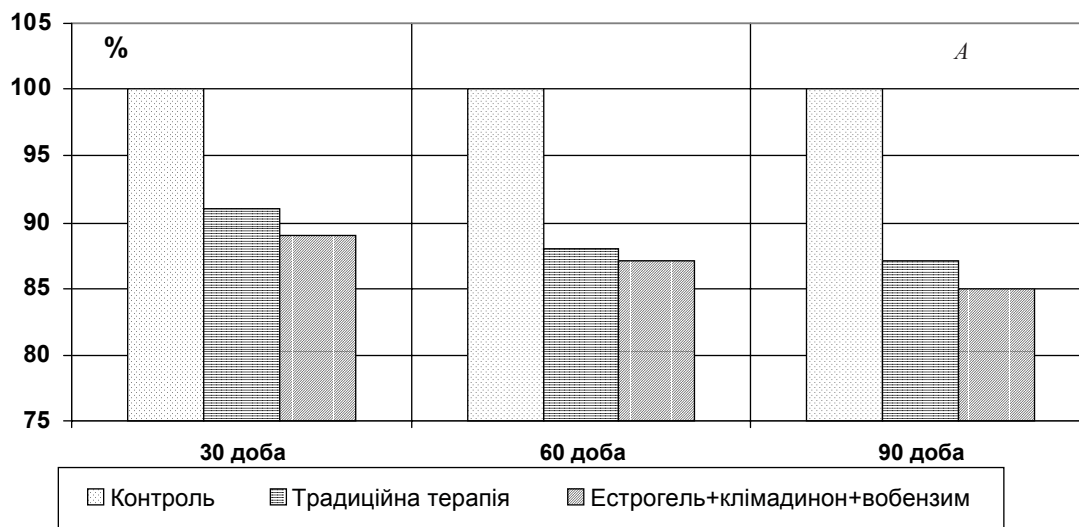


Рис.1. Вплив поєданого застосування клімадинону, естрожелю та вобензиму на концентрацію дієвих кон'югат (А), гідроперексидів ліпідів (Б) та ТБК-активних продуктів (В) у жінок з захворюваннями шкіри на фоні посткастраційного синдрому.

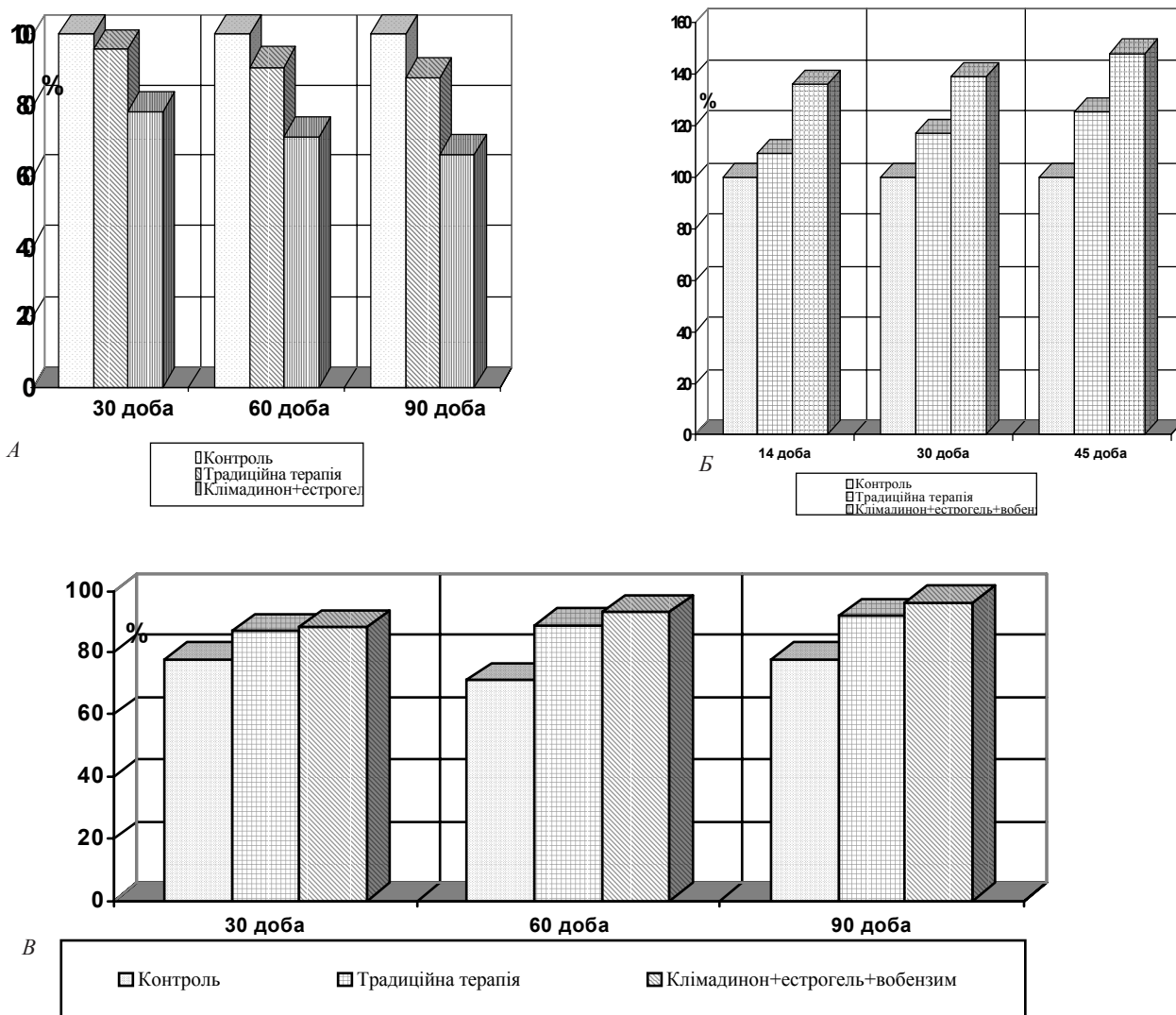


Рис. 2. Динаміка активності каталази (А), церулоплазміну (Б) та концентрації відновленого глутатіону (В) у плазмі крові жінок з шкірною патологією на фоні посткастраційного синдрому, яким проводилось лікування клімадиномом, естрогелем та вобензімом.

яких був меншим від контрольних жінок, відповідно, на 11,5 та 9,2 %. Показники антиоксидантних ферментів також зазнавали позитивних змін. Вміст церулоплазміну на 9,4 %, а відновленого глутатіону на 11,9 % перевищував рівень до лікування.

На 60-ту добу дослідження спостерігалось подальше зниження показників ПОЛ. У порівнянні з контрольною групою вміст ДК знизився у 1,3 раза, гідроперекисів ліпідів – у 1,2 раза, ТБК-реагуючих продуктів – у 1,3 раза. Всі зміни були достовірними. Відбувалась подальша нормалізація активності антиоксидантних ферментів. Достовірно підвищувався вміст церулоплазміну – на 14,8 %. Зросла також концентрація відновленого глутатіону,

у 1,2 рази перевищивши рівень до початку лікування.

На 90-ту добу після початку лікування показники системи ПОЛ/АОС зазнавали ще більших змін у бік нормалізації. Спостерігалось достовірне зниження дієнових кон'югат, концентрація яких була на 14,3 % нижчою, ніж до початку лікування. Вміст гідроперекисів ліпідів був нижчим від відповідного показника контрольних жінок на 15,1 %, а ТБК-активних продуктів – на 24,5 %.

Таким чином, застосування традиційної терапії мало позитивний вплив на співвідношення ПОЛ/АОС у жінок з захворюваннями шкіри на фоні постоваріоектомічного синдрому, однак повної нормалізації досліджуваних нами показників не настало.

Останнім часом в медичній практиці широко використовують ферментні препарати, принципово новим напрямком застосування яких є метод системної ензимотерапії. Завдяки збалансованій суміші гідролаз, які входять в їх склад, ці препарати здатні впливати на різноманітні ланки гомеостазу організму людини з метою усунення патологічних проявів захворювання. Одним з механізмів, який забезпечує виражений ефект від застосування засобів системної ензимотерапії, як показано рядом авторів, є нормалізація співвідношення в системі ПОЛ/АОС за ряду патологічних станів. Виходячи з цього, нами було досліджено ефективність поєднаного застосування естрожелю, клімадинону та вобензиму на активність процесів ліпопероксидації та стан системи антиоксидного захисту у жінок з ксерозом шкіри на фоні посткастраційного синдрому.

На 30-ту добу після початку застосування клімадинону, естрожелю та вобензиму покращувались показники співвідношення ПОЛ/АОС. Концентрація дієнових кон'югат знижувалась, порівняно з контрольною групою жінок, на 11,6 %, гідроперекисів ліпідів та ТБК-активних продуктів на 12,5 та 27,6 %. Показ-

ники антиоксидних ферментів також покращувалися у більшій мірі, ніж за лікування естрожелем та клімадиноном.

На 60-ту добу спостерігалось подальше зниження показників ПОЛ. У порівнянні з контрольними жінками вміст ДК знизився у 1,2 раза, гідроперекисів ліпідів – у 1,3 раза, ТБК-активних продуктів – у 1,4 рази. Всі зміни були достовірними. Відбувалась подальша нормалізація активності антиоксидних ферментів. Достовірно зростав вміст церулоплазміну – на 33,8 %. Зросла також концентрація відновленого глутатіону, у 1,3 рази перевищивши рівень до лікування.

На 90-у добу показники системи ПОЛ/АОС зазнавали ще більших змін у бік нормалізації. Спостерігалось достовірне зниження дієнових кон'югат, концентрація яких була на 25,1 % нижчою від рівня жінок з посткастраційним синдромом, гідроперекисів ліпідів (зниження на 27,1 %), ТБК-активних продуктів – на 38,8 %. Зростали вміст церулоплазміну та концентрація відновленого глутатіону, перевищуючи відповідні показники оперованих жінок на 47,7 та 49,6 %. Каталазна активність у плазмі крові достовірно знижувалась, становлячи 66,1 % від рівня до лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андреева Л.И., Кожемякин Л.А., Кишкун А.А. Модификация метода определения перекисей липидов в тесте с тиобарбитуровой кислотой // Лаб. дело. – 1988. – № 1. – С. 41-46.
2. Балан В.Е. Лечение климактерического синдрома // Акуш. и гинекол. – 1995. – № 3. – С. 25-28.
3. Гаврилов В.Б., Мишкорудная М.И. Спектрофотометрическое определение содержания гидроперекисей липидов в плазме крови // Лаб. дело. – 1983. – № 3. – С. 33-35.
4. Галникіна С.О., Белінська Л.А. Особливості перекисного окиснення ліпідів та показники антиоксидного захисту у жінок із посткастраційним синдромом // Мед. хімія. – 2001. – Т. 3, № 4. – С. 63-65.
5. Галникіна С.О., Белінська Л.А., Маланчук Л.М. Біохімічні зміни при менопаузі в жінок // Мед. хімія. – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 9-11.
6. Гудкова М.А. Современные принципы гормонотерапии больных с климактерическим синдромом // Акуш. и гинекол. – 1994. – № 2. – С. 7-10.
7. Колб В.Г., Камышников В.С. Клиническая биохимия. – Минск: Беларусь, 1986. – 312 с.
8. Королюк М.А., Иванова Л.И., Майорова Н.Г. Метод определения активности каталазы // Лаб. дело. – 1988. – №1. – С. 16-19.
9. Крымская М.Л. Климактерический период. – М.: Медицина, 1989. – 272 с.
10. Системная энзимотерапия // Под. ред. В.И. Мазурова, А.М. Лиля, Ю.И. Стернина. – СПб: Моби Дик, 1995. – 206 с.
11. Сметник В.П., Ткаченко Н.М., Глейзер Г.А. Климактерический синдром – М.: Медицина, 1989. – 285 с.
12. Современные методы в биохимии / Под. ред. В.Н. Ореховича. – М.: Медицина, 1977. – 280 с.
13. Татарчук Т.Ф., Нетрусова С.Г. Вплив замісної гормональної терапії на психопатологічні прояви паологічного клімаксу у жінок // ПАГ. – 2001. – № 3. – С. 102-108.
14. Федів О.І. Вплив вобензиму на деякі показники окислювально-прооксидантного гомеостазу та морфофункціональний стан еритроцитів у хворих на виразкову хворобу похилого та старечого віку // Лік. справа. – 2000. – № 7-8. – С. 80-84.
15. Murphy S. Endogenous sex hormones and bone mineral density among communiti – based postmenopausal women // Postgraduate Med. – J. 1992. – V.68, № 4. – P. 908-913.
16. Ellman G.L. Tissue sulfhydryl groupe // Arch. Biochem. Biophys. – 1959. – № 83. – P. 70-77.

УДК 618.1 – 089 -072.1

Діагностична та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиті, ускладненому перитонітом

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, О.П. КОНДРАТЮК

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

DIAGNOSTICAL AND TREATMENT LAPAROSCOPY AT ACUTE PANCREATITIS COMPLICATED BY PERITONITIS

M.Y. NYCHYTAYLO, O.P. KONDRATIUK

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

Узагальнено результати першого досвіду використання лапароскопії у 28 хворих з гострим панкреатитом та його ускладненнями.

The results of the first experience of application of laparoscopy in 28 patients with acute pancreatitis and its complications have been summarized in the article.

Важливе значення в лікуванні гострого панкреатиту мають адекватність та малотравматичність хірургічних маніпуляцій. Використання відеоендоскопічних технологій за останні роки дозволило переглянути підхід до комплексного лікування хворих з гострим панкреатитом, особливо його тяжкими формами [3,4].

В останні роки все ширше при гострому панкреатиті та його гнійно-септичних ускладненнях застосовуються малоінвазивні лапароскопічні втручання як з метою діагностики, так з метою виконання лікувальних заходів, котрі в ряді випадків є альтернативою відкритому оперативному втручанню [5,6].

Мета нашої роботи – узагальнити результати першого досвіду використання лапароскопії для діагностики, лікування гострого панкреатиту та його гнійно-септичних ускладнень.

Матеріали та методи. У відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу інституту хірургії та трансплантології лапароскопічні втручання проведено 28 хворим з гострим панкреатитом, ускладненим перитонітом, віком від 23 до 56 років. Серед пацієнтів було 18 (64,0 %) чоловіків та 10 (36,0 %) жінок.

Комплексне передопераційне обстеження включало: загальноклінічні методи, біохімічні дос-

лідження крові з вивченням печінкових проб, трансаміназ, визначенням рівня загального білка та білкових фракцій, рівня холестерину, коагулограми, визначення активності панкреатичних ферментів в крові, сечі, ультразвукове дослідження, доплерометрію та кольорове доплерівське картування органів черевної порожнини та заочеревинного простору, комп'ютерну томографію, ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію, рентгеноскопію органів черевної порожнини.

Результати досліджень та їх обговорення. Лапароскопічне втручання у 19 (68 %) хворих виконували в перші три доби поступлення пацієнтів в стаціонар, у 9 (32 %) пацієнтів з явищами ферментативного перитоніту на фоні дезінтоксикаційної, антиферментативної та антибактеріальної терапії.

Під час лапароскопічного огляду черевної порожнини проводили ретельну санацію. Об'єм ендохірургічного втручання залежав від ступеня ураження підшлункової залози, поширеності парапанкреатичного інфільтрату, характеру випоту в черевній порожнині.

Після виконання лаважу черевної порожнини та видалення ексудату здійснювали мобілізацію шлунково-ободової зв'язки, формували вікно до 5см для

огляду підшлункової залози та сальникової сумки.

При виявленні набряково-ексудативної форми панкреатиту без деструктивних змін в сальниковій сумці, парапанкреатичній клітковині та без ознак гнійного розплавлення у 21 (75,0 %) хворого, за необхідністю, проводились холецистектомія з зовнішнім дренажуванням холедоха, дренажування сальникової сумки та черевної порожнини.

Наявність вогнищ панкреонекрозу та некрозу позаочеревинної клітковини у 7 (25,0 %) хворих стала показанням до дренажування сальникової сумки та позаочеревинного простору двопробитним дренажем для проточного промивання та активної аспірації запального вмісту, за необхідністю виконували бережливу некректомію.

В подальшому встановлення двопробитного дренажу давало змогу проводити безперервний закритий лаваж сальникової сумки, позаочеревинного простору та черевної порожнини.

Нами розроблено та впроваджено в практику спосіб лапароскопічного доступу до елементів гепатодуоденальної зв'язки та голівки підшлункової залози [8]. Після введення троакарів в стандартних точках при необхідності втручання на елементах гепатодуоденальної зони або підшлункової залози, в епігастральній зоні праворуч від проекції круглої зв'язки печінки через мікропрокол в черевну порожнину заводять шовкову лігатуру 5, обходять круглу зв'язку печінки та виводять лігатуру на передню черевну стінку через симетричний попередньому мікропрокол ліворуч від круглої зв'язки. Тракцію здійснюють шляхом зав'язування вільних кінців лігатури над поверхнею шкіри на марлевій кульці, а ступінь тракції

регулюють силою затягування вузла під контролем лапароскопа. Після закінчення маніпуляцій лігатуру над поверхнею шкіри пересікають та видаляють за вільний кінець. Даний спосіб лапароскопічного доступу до елементів гепатодуоденальної зв'язки та голівки підшлункової залози забезпечує повноцінний їх огляд та сприяє зменшенню травматичності та кількості можливих ускладнень.

Лапароскопічне дренажування черевної порожнини дало змогу досягти позитивного результату лікування у 25(89,0 %) пацієнтів.

Наявність дренажів в черевній порожнині давала змогу проводити динамічний контроль за поступленням перитонеального вмісту, секретія якого при сприятливому перебігу захворювання припинялось на 3-5 добу.

Прогресування панкреонекрозу мало місце у 3 (11,0 %) пацієнтів, що стало показанням до лапаротомії, один хворий помер. Ерозивних кровотеч та утворення дигестивних норичь не спостерігалось.

Висновки. Таким чином, пацієнтам з гострим панкреатитом доцільно протягом першої доби захворювання виконувати діагностичну лапароскопію з наступним лаважем черевної порожнини; наявність гнійно-некротичних ускладнень гострого панкреатиту є показанням до дренажування сальникової сумки, парапанкреатичного та позаочеревинного простору протягом перших трьох діб з моменту поступлення в стаціонар.

Використання лапароскопії в хірургії гострого панкреатиту дало змогу поліпшити результати лікування цієї патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Милиця М.М., Мартиновська О., Постоленко М.Д. Деструктивний панкреатит: шлях вирішення // Шпитальна хірургія.-2001.- 2.- С. 125-128.
2. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В. и др. Многоэтапные хирургические вмешательства в лечении больных осложненным панкреатитом // Анн. хирургии.- 2002.- Т.7, 1.- С.52-58.
3. Пономарев В.А., Портасов А.В., Ходос Г.В., Магомедов М.Г. Эндохирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы / Эндокопическая хирургия.- 2003.- № 3.- С.29-34.
4. Эндокопические технологии в лечении деструктивного панкреатита / С.А.Залесный, В.В.Выступец. А.Я. Коровин и др.//3-й

конгресс Ассоциации хирургов им. Пирогова. Материалы конгресса.- М., 2002.- С.78.

5. Мирингоф А.Л., Новиков В.В., Никулин В.В., Миляев Е.М. Операции хирургической и медикаментозной абдоминализации поджелудочной железы при остром панкреатите // Эндокопическая хирургия.- 2002.- № 4.- с.40-41.

6. Верзаков В.Г., Гололобов Ю.Н., Сенаерович Е.И. и др. Способ лапароскопической ассоциированной операции при остром деструктивном панкреатите // Эндокопическая хирургия.- 1998.- №2.- С.10-11.

Черезшкірна пункційна нефростомія при обструкції верхніх сечових шляхів

П.С. СЕРНЯК, С.Г. ФРОЛОВ, О.В. ЧЕРНИКОВ, Е.В. ШАПАРЕНКО, А.І. САГАЛЕВИЧ, І.А. ДЕРКАЧ

Відділення ендouroлогії Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання (ДОКТМО), Донецький державний медичний університет ім. Горького

TRANSCUTANEOUS PUNCTURE NEPHROSTOMY AT OBSTRUCTION OF UPPER URINARY TRACT

P.S. SERNIAK, S.H. FROLOV, O.V. CHERNIKOV, E.V. SHAPARENKO, A.I. SAHALEVYCH, I.A. DERKACH

Department of Endourology of Donetsk Regional Territorial Medical Association (DRCTMA), Donetsk State Medical University by M. Horky

Черезшкірна пункційна нефростомія при обструкції верхніх сечових шляхів. В роботі проведено аналіз дренування верхніх сечових шляхів способом черезшкірної пункційної нефростомії (ЧПНС). ЧПНС виконана у 432 випадках 370 хворим (у 62 випадках – з обох боків). Причинами обструкції були уролітіаз (52,4 %), пієлонефрит вагітних (20,5 %), онкологічні захворювання (10,3 %), травма верхніх сечових шляхів (16,8 %). Розглядаються переваги та недоліки ЧПНС у порівнянні з іншими способами дренування. Вивчені особливості дренування нирок та відновлення їх функції залежно від причини обструкції. Вказано, що ЧПНС є малоінвазивним, технічно простим та надійним методом дренування верхніх сечових шляхів. Вибір типу та діаметра дренажу залежить від передбачуваних термінів його дії.

Transcutaneous puncture nephrostomia at obstructions of the upper urinary tract. It was carried out the analysis of drainage of upper urinary tract by means of transcutaneous puncture nephrostomia (TCPNS). TCPNS was performed in 432 cases to 370 patients (in 62 cases – from both sides). The reasons to obstructions were urolithiasis (52,4%), pyelonephritis of pregnant (20,5%), oncology diseases (10,3%), trauma of the upper urinary tracts (16,8%). The advantages and defects of TCPNS in contrast with the other ways of drainage are considered. The peculiarities of kidney drainage and renewal of their function depending on the reason of obstruction were studied. It is shown that TCPNS is a miniinvasive, technically simple and reliable method of drainage of upper urinary tract. The choice of the type and diameter of the drainage depends on supposed periods of its effect.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Обструкція верхніх сечових шляхів як ускладнення різних нозологічних форм урологічної патології до теперішнього часу залишається однією з проблем практичної урології [1, 2, 3]. Це зумовлено, по-перше, багатьма причинами, що призводять до обструкції, по-друге – різними формами обструкції (повна чи часткова, гостра чи хронічна, оборотна чи ні), по-третє – різноманітністю засобів її ліквідування: консервативні, ендоскопічні, черезшкірні, лапароскопічні, відкриті хірургічні тощо. Існує і суб'єктивний аспект цієї проблеми: у кожному випадку кожний практичний лікар вважає доцільним той засіб ліквідування обструкції, який входить у перелік арсеналу, яким він володіє.

За умов повної гострої обструкції верхніх сечових шляхів (ВСШ) виникає підвищення гідравлі-

чного тиску у ВСШ вище рівня обструкції, їх механічне розширення. Цим стимулюються нервові закінчення в lamina propria. Реагуючи на це подразнення, скорочуються циркулярні шари гладкої мускулатури в стінці сечовода. Якщо це не призводить до розриву обструкції (пересування каменя тощо), розвиваються судоми цих м'язів. Тривале стійке скорочення гладких м'язів призводить до підвищення продукції лактату, яка подразнює як "повільні", так і "швидкі" типи м'язових волокон.

Moody та інші вказали, що існує три фази змін ниркового кровотоку та внутрішньосечовідного тиску:

– 0–5 годин – нирковий кровотік та внутрішньосечовідний тиск підвищуються;

– 5-15 годин – нирковий кровотік спадає, в той час як внутрішньосечовідний тиск продовжує підвищуватися;

– 15 – 30 годин та більше – зниження як кровотоку, так і тиску.

Первісне підвищення ниркового кровотоку виникає внаслідок клубочкової вазодилатації. Вона зумовлена місцевим виділенням речовин, які впливають на стінку судини – простагландинів E2 та простіциклінів. Подальше зменшення кровотоку і, як наслідок, зменшення продукції сечі та зниження тиску виникає через підвищення інтратренального опору внаслідок “передклубочкової” вазоконстрикції.

Відповідні, але уповільнені протягом часу зміни відбуваються і під час гострої часткової обструкції ВСШ.

Під час хронічної обструкції не існує точного розподілу фаз порушення за часом, атрофія функціонуючої паренхіми та розвиток гідронефротичної трансформації ВСШ відбуваються паралельно, супроводжуючись розвитком обструктивного пієлонефриту, і перевага того чи іншого компонента лишається строго індивідуальною у кожному випадку.

Отже, метою даної роботи є обґрунтування показань та протипоказань до черезшкірної пункційної нефростомії (ЧПНС) як засобу розрешення обструкції верхніх сечових шляхів, зумовлених розповсюдженими причинами: уролітіазом, онкологічними захворюваннями, ускладненнями вагітності, травмою верхніх сечових шляхів. Суттєвим аспектом роботи є також з’ясування переваг та недоліків ЧПНС порівняно з іншими методами розрешення обструкції.

Матеріали та методи. У відділенні ендурології та літотрипсії з 1995 по січень 2004 року здійснено 432 ЧПНС 370 хворим (62 – з обох боків).

У всіх випадках ЧПНС здійснювалась під сонографічним контролем за допомогою апарата Sonoline 450 (“Siemens”), рентгеноскопічний контроль у масштабі реального часу під час ЧПНС проводився на столі багатофункційного літотриптора Lithostar 2 Plus фірми “Siemens”.

Методика ЧПНС не відрізнялась від загально-вживаної: після обробки операційного поля, під сонографічним контролем виконувалась тонкоголова пункція розширеної чашково-мискової системи нирки, переважно через нижню миску, евакуювалось до 20 мл сечі (враховувалась її якість, факт гнійного забруднення), у порожнину нирки вводилась контрастна речовина (тріомбраст 76 % + гентаміцин 80-160 мг), під рентгеноскопіч-

ним контролем по провіту голки у нирку вводилась направляюча струна. Далі, після знеболювання шкіри та підлеглих шарів тканин, за Сельдінгером встановлювався дренаж у нирку. Необхідність попереднього бужування пункційного каналу залежала від діаметру дренажу, який використовували. При вживанні j-подібного дренажу 7-10 Fr необхідності в цьому не було, при вживанні дренажу типу Petzer 12-16 Fr пункційний канал розширювався бужами Alkien. Далі відбувалась евакуація вмісту чашково-мискової системи з обов’язковим урахуванням якості та об’єму, виконувалась антеградна контрастна рентгеноскопія, корекція положення дренажу (обов’язково у місці нирки!), дренаж фіксувався до шкіри шовковим вузловим швом. Накладалась асептична пов’язка.

Розподіл хворих, яким виконано ЧПНС, залежно від нозології, подано у таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих, яким виконано ЧПНС, залежно від нозології

Нозологічні форми	Кількість хворих	
	Абсолютна	%
Уролітіаз	194*	52,4
Онкологічні захворювання	76**	20,5
Пієлонефрит вагітних	38	10,3
Травма сечових шляхів	62	16,8
Разом	370	100

* – 3 них 17 – з обох боків, ** – 3 них 45 – з обох боків

Із групи хворих на уролітіаз ЧПНС виконувалась з деблокуючою метою. Це були хворі з каменями сечоводів (як дистального, так і проксимального відділів) та нирок (камені мискової локалізації). 86 % з них мали клінічні ознаки загострення пієлонефриту (біль, фебрилітет з лихоманкою, відповідні зміни з боку крові та сечі), 42 % – значне пригнічення функції нирки за даними екскреторної урографії та ізотопних методів дослідження. Хворі, яким ЧПНС виконана з профілактичною метою, як перший етап лікування з використанням екстракорпоральної або контактної нефролітотрипсії, не увійшли до розгляду.

З групи хворих на онкологічні захворювання більшість (65 пацієнтів) склали жінки з новоутвореннями матки у стадії продовження захворювання або після променевої терапії. З чоловіків у трьох був рак передміхурової залози T4N1M1, у двох – хвороба Армонда, у п’яти – рак сечового

міхура, у одного – рак шлунка. Причиною хронічної обструкції ВСШ практично у всіх з них було стискання сечоводів конгломератом лімфовузлів або промневозміненими тканинами на рівні середньої третини в позаочеревинному просторі.

Вагітні жінки, яким виконано ЧПНС, мали загострення обструктивного пієлонефриту вагітних, зумовленого стисканням правого сечовода вагітною маткою, яке не було купіроване консервативними засобами. За строками всі випадки припадали на третій триместр вагітності.

З 62 хворих, у яких причиною обструкції ВСШ була травма, 60 були жінки після гінекологічних втручань, у яких ятрогенне пошкодження ВСШ було розпізнане пізніше ніж на восьму добу. ЧПНС вживалось як перший етап перед реконструктивним втручанням. Двоє хворих були чоловіками, яким раніше виконувалась уретероцистонеостомія з приводу раку сечового міхура.

Результати досліджень та їх обговорення.

У всіх випадках ускладнень під час виконання ЧПНС не спостерігалось; не спостерігалось і випадків, коли була відсутня технічна можливість здійснення ЧПНС, зумовлена конституцією хворого, анатомічними особливостями тощо.

У групі хворих на уролітіаз тривалість дії ЧПНС коливалась від 5 діб до 4,5 місяців. Після купірування обструктивного калькульозного пієлонефриту у чотирнадцяти хворих спостерігалось самостійне відходження каменя із сечовода, 23 хворим виконана уретероскопія та контактна літотрипсія каменів з локалізацією у нижній та середній третині сечовода, дев'яти хворим – контактна нефролітотрипсія (при цьому для введення нефроскопа використовувався пункційний канал від ЧПНС), 126 хворим проведено руйнування каменя за допомогою екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії, шістнадцятьом пацієнтам виконано відкрите хірургічне втручання з приводу стриктур сечовода дистальніше локалізації каменя.

У шести випадках ЧПНС, незважаючи на адекватне дренування верхніх сечових шляхів, не запобігла розвитку гострогнійних форм (апостематоз) пієлонефриту, що в п'яти випадках потребувало відкритої нефростомії з декапсуляцією нирки, а в одному випадку через формування множинних “зливних” карбункулів нирки, септичний стан хворої виконана нефректомія. Аналізуючи досвід цих випадків, ретроспективно слід визнати пере-

більшення показань до ЧПНС; гострогнійне запалення нирок слід вважати протипоказанням до малоінвазивного дренування, в тому числі і ЧПНС.

В групі онкологічних хворих ЧПНС вживалась як паліативний лікувальний засіб, що забезпечує відтік сечі. У всіх випадках хворі не мали перспективи відновлення нормального сечовиділення, використовувались дренажі великого діаметра, переважно типу Petzer 12-16 Fr, строк спостереження складав від чотирьох до тридцяти двох місяців. В разі тривалого функціонування ЧПНС виникала необхідність зміни дренажу; частота змін прямо залежить від діаметра дренажу. Так, необхідність зміни j-подібного дренажу 8-9Fr виникає раз у 5-6 тижнів, відповідно 10-12Fr – раз у 7-8 тижнів, а дренажу типу Petzer 12-16 Fr – один раз у півроку. Технічно зміна дренажу не викликає проблем, бо відбувається по вже сформованому ходу нориці.

Під час лікування пієлонефриту вагітних ЧПНС функціонувала до найближчого післяпологового періоду, надалі виконувалась антеградна пієлографія. У всіх спостереженнях констатовано нормальну евакуацію контрастної рідини з ВСШ. Нефростомічний дренаж видалявся на 6-9 добу після пологів.

Строки вживання ЧПНС після травматичного пошкодження ВСШ залежали від обсягу травми та строків від одержання пошкодження до встановлення ЧПНС. У всіх випадках ЧПНС забезпечила адекватний відтік сечі і сприяла умовам, за яких інфільтраційні та гострозапальні процеси в зоні травми зупинялись, місцеві тканини відновлювали нормальні фізіологічні властивості, що дозволяло виконати реконструктивне операційне втручання.

Висновки. На підставі аналізу власного досвіду вживання ЧПНС при лікуванні обструкції ВСШ можна зробити такі висновки:

- ЧПНС є малоінвазивним, технічно нескладним, надійним засобом дренування ВСШ;
- вибір типу і діаметра дренажу залежить від передбачуваних строків його функціонування;
- ЧПНС має перевагу перед ендоскопічним дренуванням (JJ-стентуванням), яка полягає у відсутності міхурово-мискового рефлюксу, можливості використання у режимі “перетискання”, надає можливість антеградного контролю;
- протипоказанням для вживання ЧПНС є гострогнійні форми запалення нирок; ці випадки потребують відкритої ревізії нирки, її декапсуляції тощо.

ЛІТЕРАТУРА

1. Великанов К. А., Костев Ф. И., Малярчук А. И., Танчук Н. Т. Место современных технологий в лечении больных нефроуретеролитиазом (НУЛ) // Праці VIII пленуму асоціації урологів України. – 1998. – С. 40-42.
2. Daniel J. Painter, Francis X., Keeley Jr. New concepts in the treatment of ureteral calculi // Current Opinion in Urology. – 2001. – Vol. 11. – P. 373-378.
3. Shalhav A.L. et al. Long-term outcome of caliceal diverticula following percutaneous endosurgical management // J. Urol. – 1998. – Vol. 160. – P. 1635-1639.

Реабілітація хворих після лапароскопічних операцій при генітальному ендометріозі

А.В. БОЙЧУК, О.Л. КОВАЛЬЧУК, Д.Б. КРИВОКУЛЬСЬКИЙ, Л.В. ШКРОБОТ, О.В. МАРКОВА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

PATIENTS' REHABILITATION AFTER LAPAROSCOPIC OPERATIONS AT GENITAL ENDOMETRIOSIS

A.V. BOYCHUK, O.L. KOVALCHUK, D.B. KRYVOKULSKY, L.V. SHKROBOT, O.V. MARKOVA

Terнопil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

З метою реабілітації хворих, що перенесли лапароскопічну коагуляцію ендометріюїдних вузлів, адгезіолізіс, сальпінголізіс, кістектомію, використано патогенетичну гормональну терапію та комплекс фізіотерапевтичних процедур, гідротубацій лікувальними сумішами.

The purpose of patients' rehabilitation after laparoscopic coagulation of endometriosis nodules, adhesiolysis, salpingolysis, cystectomy, is used a complex hormonal treatment and physiotherapy procedures, hydrotubations by medical mixtures.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Найчастіше причинами спайкового процесу в малому тазу є малі і великі форми генітального ендометріозу в поєднанні з різними формами запальних процесів. Питання патогенезу, діагностики і лікування ендометріозу обговорюються вже понад століття. Займаючи в структурі гінекологічної захворюваності третє місце, ця проблема залишається причиною порушення репродуктивної функції та інвалідизації молодих жінок, а також спричиняє порушення в ендокринній системі організму.

Частота ендометріозу серед жінок репродуктивного віку коливається від 7 до 50 %, серед оперованих – 12-27 %.

Відомо, що розвиток усіх форм генітального ендометріозу супроводжують зміни гормональної функції яєчників і гіпоталамо-гіпофізарної системи, тому лікування таких хворих повинно бути комплексним, а реабілітація – поетапною і направленою на відновлення анатомо-функціонального стану статевих органів, нормалізацію гормонального балансу.

Для профілактики рецидивів і ускладнень генітального ендометріозу нами вважалось за доцільне розробити комплекс лікувально-реабілітаційних

заходів для цієї категорії жінок у період після виписування зі стаціонару (застосування десенсибілізуючих засобів, біостимуляторів, бальнеолікування, грязелікування та гормональної терапії).

Стовно корекції гормональних порушень в комплексному лікуванні за різними методиками використовують аналоги гонадотропін-релізінг гормонів, антигонадотропіни, антиестрогени, гестагени, естроген-гестагенні препарати [3].

В даний час в літературі немає даних щодо порівняння ефективності терапевтичного і хірургічного лікування різних форм генітального ендометріозу, тому що показання до цих методів лікування залишаються невизначеними [1, 2].

Вибір методу адекватного лікувального впливу при генітальному ендометріозі є далеко не простим завданням. Недосконалість тактики ведення проявляється рецидивами захворювання.

Матеріали і методи. Лапароскопічні методи лікування генітального ендометріозу застосовувались у відділенні малоінвазивної хірургії Тернопільської обласної лікарні.

Детальним клініко-анамнестичним, гінекологічним, ультразвуковим (абдомінальним і трансва-

гінальним), кольпоскопічним, лабораторними методами були обстежені 57 жінок з різними формами генітального ендометріозу.

В 32 випадках з 57 (56,14 %) спостерігалось поєднання генітального ендометріозу з іншою гінекологічною патологією (міома матки, гіперпластичні процеси ендометрія, мастопатія, дисплазія епітелію шийки матки).

За віковою ознакою були виділені 3 групи хворих: I групу склали жінки 18-30 років – 10 осіб (17,54 %), в II групу увійшли жінки 31-45 років – 37 осіб (64,91 %), III група представлена жінками, старшими 45 років, – 10 осіб (17,54 %).

Середня тривалість захворювання склала в I групі 1,5 року, в II – 2,3 року, в III – 3,6 року, однак необхідно пам'ятати, що більшість жінок тривалий час спостерігалися й одержували лікування з приводу інших гінекологічних захворювань, в зв'язку з чим дійсний "ендометріодний стаж" встановити не завжди можливо.

Хірургічна лапароскопія як метод лікування генітального ендометріозу включала діатермокоагуляцію ендометріодних вузлів, адгезіолізис, сальпінгооваріолізис, фібриолізис, діатермопунктуру яєчників, клиноподібну резекцію яєчників, кістектомію і аднексектомію, ліквідацію ендометріодних гетеротопій.

Результати досліджень та їх обговорення.

При великих та малих формах ендометріодних гетеротопій під час лапароскопії діагностувались виражені спайки, які часто склеювали маткові труби, дугласовий простір деформували дуплікатури вісцеральної та парієтальної очеревини. Поряд з явищами вираженого спайкового процесу часто виявлялись зміни в яєчниках. Їх розміри були збільшені, іноді в 2-3 рази, порівняно з нормальними. В переважній більшості спостережень форма яєчників була збереженою, візуалізувалась гладка капсула багряно-синюшного кольору, іноді фіолетового відтінку. В деяких пацієнток під час лапароскопії діагностовані ендометріодні дрібні кісти розміром 0,3-0,7 см. Ці найбільш типові картини геніталій у жінок були прямим показанням до виконання хірургічної корекції.

У 28 жінок, які звернулись в центр малоінвазивної хірургії, були великі форми генітального ендометріозу – кістозні зміни в яєчниках (шоколадні кісти – зовнішній ендометріоз). В цих випадках проводились адекватні методи відновлення порушеної функції яєчників: діатермопунктура, клиноподібна резекція, кістектомія і аднексектомія.

Відновлення прохідності маткових труб проведено у 28 випадках: виконано 12 сальпінгоостомій, 16 операцій фібриолізу. У всіх випадках спочатку проводилась хромосальпінгоскопія за допомогою метиленової синьки. Роз'єднання спайок, які фіксували і деформували маткову трубу і яєчник та порушували взаємну топографію цих органів, виконувалось як самостійна операція, а також як попередній етап пластичної реконструктивної операції на маткових трубах для повного відновлення їх прохідності.

Для жінок, яким протипоказана вагітність, щоб уникнути абортів чи гормональної контрацепції, проводилась ендоскопічна стерилізація шляхом накладання кліпсів на маткові труби.

Необхідно особливо відмітити обережні маніпуляції на яєчниках і маткових трубах під час лапароскопічних операцій, що забезпечує їх мінімальну травматизацію за допомогою атравматичних інструментів, мінімальних розмірів контактної поверхні і високої розрішуючої здатності оптики.

Різні терапевтичні режими, які використовуються при лікуванні хворих на генітальний ендометріоз, переслідують в остаточному підсумку ту ж саму мету – пригнічення активності гіпоталамо-гіпофізарно-яєчничкової системи і розвиток атрофічних змін в тканині ендометріодних гетеротопій. З метою покращення результатів хірургічного лікування можна назвати створення профілю так званої хибної вагітності шляхом застосування антигонадо-тропінів чи стану медикаментозної гіпофізектомії шляхом застосування агоністів гонадотропін-релізінг гормонів. Нами були використані Депо-провера – у 12 (21,05 %), утерожестан – у 15 (24,3 %) та оргаметрил – у 9 (16,7 %) хворих.

В даний час проконтрольована ефективність лікування 28 хворих. Позитивна динаміка в перебігу захворювання відзначена в 24 випадках (85,71 %). Відсутність динаміки або слабовиражений ефект лікування спостерігалися в 4 випадках (14,29 %).

Через 1-2 місяці після виписування зі стаціонару жінки проходили реабілітаційне лікування в умовах фізкабінету та водогрязелікарні Тернопільського пологового будинку № 1.

При бімануальному дослідженні в усіх 38 обстежених (100 %) виявлено тяжистість придатків, потовщення склепінь піхви. Мікроскопічно у 3 (7,8 %) жінок визначався третій, у 1 (2,6 %) – четвертий, а у 25 (65,7 %) – другий ступінь чистоти вагінального вмісту. За даними базальної температури у 15,

(39,4 %) серед усіх обстежених пацієнток менструальний цикл був двофазним, у 4 (10,5 %) пацієнток цикл був ановуляторний, 2 (5,2 %) жінки приймали оральні контрацептиви. Особливістю післяопераційного ведення жінок після малоінвазивних втручань на трубах був другий етап лікування, що включав гідротубації сумішшю лідази, гідрокортизону, новокаїну та антибіотиків щодня, всього 7-8 разів.

Висновки. Таким чином, оперативна лапароскопія в лікуванні генітального ендометріозу на сучасному етапі є методом вибору, оскільки це найбільш інформативний спосіб оцінки причин порушення репродуктивної функції у жінки і найменш травматичне оперативне втручання по відновлен-

ню функціональної здатності дітородних органів. Це висококваліфікована хірургічна допомога у вирішенні проблеми вагітності в шлюбній парі. Проблема вибору гормонального препарату при лікуванні генітального ендометріозу залишається актуальною. При виборі методу лікування слід враховувати вік хворої, локалізацію і ступінь поширення ендометріозу, преморбідний фон, виразність клінічних проявів, тривалість захворювання і наявність супровідної генітальної і екстрагенітальної патології.

В процесі дослідження знаходиться метод вибору гормональної терапії при генітальному ендометріозі. За отриманими даними, ефективність гормонотерапії, проведеної з урахуванням цього методу, склала 85,71 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Айламазян Э.К., Трубачев В.И., Гобунов Г.Н. Восстановление репродуктивной функции у женщин с трубным бесплодием методом микрохирургической пластики маточных труб // Акушерство и гинекология. – 1989. – №7. – С. 45-47.
2. Іванюта Л.І., Корнацька А.Г. Різні методи функціональної діаг-

- ностики безплідності у жінок і патогенетичне обґрунтування методів лікування / Бесплодие. Вспомогательные репродуктивные технологии // Сборник научных трудов. – Киев, 1995. – С.26.
3. Савельева Г.М. Эндоскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 1983. – 126 с.

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

Сучасні можливості хірургічного лікування спонтанного пневмотораксу

В.І. ДЕСЯТЕРИК, М.О. ЄЖЕМЕНСЬКИЙ

Дніпропетровська державна медична академія

THE MODERN POSSIBILITIES OF SURGICAL TREATMENT OF SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

V.I. DESYATERYCK, M.O. YEZHEMENSKY

Dnipropetrovsk State Medical Academy

Проведено аналіз лікування 240 хворих зі спонтанним пневмотораксом (СП) за період з 1997 по 2002 роки. Вік хворих від 16 до 78 років. Всього виконано 179 (76 %) відеоторакоскопічних втручань, серед яких 25 ендоскопічних резекцій легені. Летальних наслідків та рецидивів пневмотораксу не було. 40 хворим проведені торакотомії з резекцією легені, 21 хворого лікували за допомогою пункцій та дренивання плевральної порожнини. У 20 хворих під час ендоскопічного втручання причини виникнення СП виявлено не було. Загальна летальність – 4 хворих (1,7 %). На основі досвіду роботи розроблено алгоритм діагностично-лікувальних дій хірурга при СП.

The results of treatment of 240 patients aged from 16 to 78 with spontaneous pneumothorax from 1997 to 2002 was analyzed. Medical videothoracoscopy was performed in 179 patients, in these cases the partial pneumoectomy was fulfilled. Among them were 25 endoscopic lung resections. There was no mortality and recurrent pneumothorax, morbidity was 1,7% (n = 4). The algorithm of diagnostics and medical surgeon tactics at treatment of spontaneous pneumothorax with application of videothoracoscopy was developed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Розповсюдженими та традиційними методиками лікування спонтанного пневмотораксу (СП) залишаються метод пункцій та дренивання плевральної порожнини, а також торакотомія з резекцією ділянки легені [1,5,7,8,9]. У зв'язку з щорічним зростанням захворюваності на СП у Криворізькому регіоні, метою нашого дослідження було вивчити, чи має метод відеоторакоскопічної корекції СП переваги перед класичними хірургічними процедурами [2].

Відеоасистована торакоскопія є найбільш представницьким методом ендоскопічних торакальних втручань: багатогранність можливого застосування забезпечує затребуваність при більшості захворювань органів грудної клітки [2,4,7,8,9].

Матеріали та методи. Проаналізовано лікування 240 хворих на СП за останні 5 років. Вік хворих від 16 до 78 років. Серед хворих чоловіків було 214 (89 %), жінок – 26 (11 %), співвідношення 8:1. Основну масу – 183 (76,2 %) склали хворі з пер-

винним СП, у 149 (81,4 %) з них виявлено бульозне, а у 34 (18,5 %) – кістозне ураження легень. 57 хворим (23,7 %) встановлено 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. За даними літератури, кількість рецидивів спонтанного пневмотораксу після традиційної методики лікування пункціями та дрениванням плевральної порожнини з подальшим спостереженням досягає 30 %, а при вторинному СП від 40 до 50 % [5,8,9]. Безпосереднім фактором розвитку захворювання 158 (65 %) хворих указали кашель чи фізичне напруження, решта не змогла назвати причину захворювання. У більшості хворих – 166 (69 %) виявлена правобічна локалізація пневмотораксу, і лише у 3 (1,2 %) – двобічна.

Лікування хворих проводили згідно з розробленим алгоритмом [3]. Хворі госпіталізуються в ургентному порядку, їм проводяться лабораторні обстеження, рентгенографія ОГК, діагностична

пункція та дренування плевральної порожнини з послідовним використанням 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 [5,7,8,9]. При виборі методу операції перевагу надаємо малоінвазивним технологіям – відеоторакоскопічним операціям. Під час втручання оцінюється ступінь, локалізація та розміри ураження легеневої паренхіми, вирішується об'єм 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)[5,7].

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

Відеоторакоскопічні втручання, проведені в нашій клініці, виконані на відеоустановках "RICHARD WOLF" (Germany), ендоскопічними резекційно-зшиваючими апаратами фірми "Ethicon" (USA) та електрохірургічною апаратурою фірми "MARTIN" (Germany).

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведення відеоторакоскопічних операцій у всіх хворих вдалося досягти повного одужання. Летальних наслідків та рецидивів пневмо-

тораксу 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: остаточної порожнини, підшкірної емфіземи, ексудативного плевриту. Рецидивів після виконання відкритої корекції спонтанного пневмотораксу не спостерігали.

За указаний 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 дренування 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 післяопераційного стаціонарного лікування – (5,5±0,1) ліжко-дня, а у хворих, оперованих за класичною відкритою методикою – (10,5±0,1) ліжко-дня. [6].

Висновки: 1) відеоторакоскопічні операції при СП є "золотим стандартом", тому що не поступаючись за своєю ефективністю відкритим методикам, вони значно вирають за рахунок своєї малої травматичності, відсутності грізних ускладнень, що дозволяє досягти позитивного результату в лікуванні з мінімальними економічними затратами; 2) відеоторакоскопічні втручання досягають порівнянних за радикалізмом з "відкритими" операціями результатів, переважаючи останні у тривалості та якості післяопераційного періоду; 3) методика лікування пункціями та дренуванням плевральної порожнини з подальшим спостереженням не відповідає сучасним поглядам за рахунок кількості рецидивів СП після застосування даного методу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия.– К.: Здоров'я, 1995.
2. 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.
3. Десятерик В.І., Єжеменський М.О. Обґрунтування алгоритму діагностики та лікування спонтанного пневмотораксу // Шпитальна хірургія. – 2003. – № 3. – С. 51-53.
4. Куль А.В., Жарков В.В.. Современные возможности и перспективы видеоассистированных вмешательств в торакальной хирургии // Збірник статей науково-практичної конференції, присвяченої 40-річчю відкриття відділення торакальної хірургії в Херсонській області. – 2003. – С. 47-50.
5. Лайт Р.У. Болезни плевры: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1986.– С.284-288.
6. Мартынюк В.А. Малоинвазивная хирургия в лечении больных с заболеваниями органов грудной клетки // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. -1999. – №3.– С.73.
7. Christine M. Olsen. Spontaneous pneumothorax treatment guidelines previewed // Pulmonary reviews.com. – 2001. – Vol. 5, № 1. – P. 14-17.
8. Michael H. Baumann. Management of spontaneous pneumothorax // – 2000. – Vol. 13. Les. 14. – P. 789-804
9. Steven A. Sahn, John E. Heffner. Spontaneous Pneumothorax // The new England journal of medicine. – 2000.– Vol. 343. – P. 300-301.

Аналіз ефективності малотравматичних методів гемостазу у хворих з гострими кровотечами зі злоякісних пухлин травного каналу

П.Г. КОНДРАТЕНКО, М.Л. СМІРНОВ

Донецький державний медичний університет

ANALYSIS OF EFFECTIVENESS OF MINITRAUMATIC METHODS OF HEMOSTASIS IN PATIENTS WITH ACUTE BLEEDINGS FROM MALIGNANT DIGESTIVE TUMORS

P.H. KONDRATENKO, M.L. SMYRNOV

Donetsk State Medical University

Стаття присвячена порівняльному аналізу малотравматичних ендоскопічних методів гемостазу у хворих на злоякісні пухлини травного каналу, що ускладнені гострими кровотечами. Авторами розроблена схема використання різних методів ендогемостазу залежно від макроскопічного виду пухлини, її локалізації та наявних ознак нестійкого гемостазу.

The article is dedicated to comparative analysis of minitraumatic endoscopic methods of hemostasis effectiveness in patients with acute bleeding from malignant digestive tumors. Authors developed the scheme of different endoscopic hemostasis methods depending on macroscopic structure of tumor, neoplasm localization and unstable hemostasis signs.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Кровотеча у просвіт травного каналу, незважаючи на досить стандартні симптоми, може бути проявом ускладнень багатьох захворювань травного каналу і не тільки. Гострим кровотечам у просвіт травного каналу належить четверте місце в структурі причин госпіталізації пацієнтів у хірургічні стаціонари. Але, незважаючи на велику частоту, проблема пухлин, що кровоточать, дотепер залишається погано висвітленою.

Необхідність проведення більш глибоких досліджень підтверджена тим, що дотепер зберігаються високі показники летальності в даній категорії хворих. Це пов'язано з відсутністю патогенетично обґрунтованих схем ендоскопічної і медикаментозної зупинки кровотеч, а також із проблемою екстрених оперативних втручань, що виконуються на висоті кровотечі з метою досягнення гемостазу та проблемою підготовки і проведення планового хірургічного лікування.

Відкритими залишаються питання вибору й ефективності того або іншого малоінвазивного методу досягнення гемостазу залежно від виду і локалізації пухлини.

В даний час найбільш доступними і розповсюдженими є ендоскопічні малоінвазивні втручання, що дозволяють здійснити гемостаз без застосування операції і провести профілактику рецидиву геморагії.

У зв'язку з вищесказаним, метою нашої роботи стало вивчення необхідності застосування того або іншого способу ендоскопічного гемостазу і його ефективності в пацієнтів з гострими кровотечами з пухлин травного каналу залежно від локалізації злоякісного новоутворення.

Матеріали і методи. Нами вивчені результати обстеження і лікування 763 пацієнтів, що надійшли до клініки госпітальної хірургії і ендоскопії Донецького державного медичного університету з приводу гострих кровотеч з пухлин травного каналу різних локалізацій протягом останніх 19 років.

У всіх пацієнтів, незалежно від локалізації джерела кровотечі, застосовувалася стандартна діагностична програма. Обстеження хворого починалося з промивання шлунка і виконання фіброезофагогастроуденоскопії (ФЕГДС). При невиявленні причини кровотечі під час ФЕГДС відразу ж виконувалася ректороманоскопія. При неінформатив-

ності останньої протягом найближчих 4-6 год проводилася фіброколоноскопія (ФКС) після попередньої адекватної підготовки кишечника.

Протипоказанням для виконання будь-яких ендоскопічних досліджень були нестабільна гемодинаміка, агональний стан хворого.

У результаті проведених досліджень встановлено, що джерело кровотечі локалізувалося в стравоході в 11 пацієнтів, у шлунку – у 624 хворих, у дванадцятипалій кишці – у 14, причому в 12 з них пухлина проростала з підшлункової залози, в ободовій кишці – у 51 хворого, і в прямій кишці – у 63 пацієнтів.

Триваюча на момент надходження кровотеча діагностована в 137 пацієнтів, причому триваючої кровотечі на момент госпіталізації не відзначено в жодного хворого з пухлинами стравоходу і дванадцятипалої кишки. Серед зазначених пацієнтів триваюча геморагія відзначена в 128 хворих зі злоякісними пухлинами шлунка, у 2 – з пухлинами підшлункової залози, і в 7 – з пухлинами прямої і ободової кишки.

В усіх випадках триваючої кровотечі нами використовувалися методи ендоскопічного гемостазу, якщо на момент ендоскопічного дослідження триваючої кровотечі не було, то проводилася ендоскопічна профілактика рецидиву кровотечі. Як для гемостазу, так і для профілактики рецидивної кровотечі використовувалися механічні, фізичні і хімічні методи ендоскопічного гемостазу.

Результати досліджень та їх обговорення.

Відразу ж хотілося б відзначити відмінності клінічного перебігу кровотеч з пухлин верхніх і нижніх відділів травного каналу. Як показали наші дослідження, кровотечі з пухлин товстої кишки значно менш інтенсивні, рідше рецидивують, кровотечі, що продовжуються, на момент надходження відзначені тільки в 6,1 % пацієнтів з новоутвореннями товстої кишки, у той час як у 20,03 % хворих із кровотечами з верхніх відділів травної трубки (переважно шлунка) при надходженні є клінічні і ендоскопічні ознаки триваючої геморагії. У зв'язку з цим проведення ендоскопії товстої кишки може пролонгуватися, як вже говорилося вище, протягом 4-6 г на тлі проведення консервативного лікування.

Для проведення ендогемостазу в цій групі хворих перевагу віддавали поверхневим способам коагуляції – термокаутеризації у поєднанні з обробкою плівкоутворюючими препаратами. При екзофітних пухлинах можливе застосування ін'єкційних

способів гемостазу. У зв'язку зі схильністю кровотеч з пухлин товстої кишки до мимовільної зупинки, як спосіб профілактики рецидиву кровотечі вважаємо достатнім аплікації плівкоутворюючих речовин і етанолу.

На перших етапах дослідження, маючи великий досвід ендоскопічної зупинки і профілактики рецидиву кровотечі при виразковій хворобі, за аналогією в 270 пацієнтів з пухлинами шлунка, що гостро кровоточать, застосовувалися способи ендоскопічного гемостазу, що приводили до гарних результатів при виразкових кровотечах. За стандартно застосовуваною схемою здійснювалися ін'єкції прокоагулянтів, судинозвужувальних препаратів і інгібіторів протеаз інтрамурально і перивазально, проводилася обробка поверхні, що кровоточить, етанолом і плівкоутворюючими препаратами. Рецидив кровотечі виник у 64 хворих (23,7 %) цієї групи. Причому 34 хворим на висоті рецидивної кровотечі виконане оперативне втручання, у зв'язку з невдалими спробами ендоскопічної зупинки рецидивної геморагії. Таким чином, одержавши в порівнянні з виразковими кровотечами значно гірший результат, вирішено було змінити схему ендоскопічного гемостазу, приділивши найбільшу увагу коагуляційним і ін'єкційним його способам.

Слід зазначити, що судини новоутворення мають патологічну будову – їхня стінка або інфільтрована пухлинними клітинами або навіть представлена тільки ними, у зв'язку з цим очікуваної реакції від уведення вазоконстрикторів не буде.

У зв'язку з цим ми припустили, що гемостатичний ефект від ін'єкції в тканину пухлини розвивається в результаті механічного здавлення судин рідиною, що вводиться, і, відповідно, залежить від кількості ін'єктанту. Уведення судинозвужувальних препаратів нами визнано безрезультатним.

Метод ендоскопічного гемостазу вибирався залежно від наявної ендоскопічної картини:

- триваюча дифузійна кровотеча – криокоагуляція і діатермокоагуляція;
- кровотеча з-під згустка – ін'єкційна компресія і коагуляція;
- тромбовані судини – ін'єкційна компресія і діатермокоагуляція;
- згустки на поверхні пухлини – ін'єкційна компресія і гідродіатермокоагуляція;
- геморагічний наліт на поверхні пухлини – гідродіатермокоагуляція.

Однак, слід зазначити, що при ендофітних пухлинах перевагу варто віддавати різним коагуляцій-

ним методам гемостазу, при екзофітних – ефективність коагуляції й ін'єкційної компресії практично рівнозначна, але перевагу варто віддавати комбінації цих методів. Застосовуючи ендоскопічні способи гемостазу і профілактики рецидиву кровотечі нам вдалося домогтися стійкої зупинки геморагії в 92,09 % пацієнтів (354 хворих).

Слід зазначити, що при локалізації пухлини в дванадцятипалій кишці, а це найчастіше пухлина підшлункової залози, що проростає, необхідне використання тільки коагуляційних способів гемостазу.

На основі виконаної роботи можна зробити наступний висновок. Першорядне значення малотравматичні ендоскопічні способи досягнення гемостазу мають при кровотечах з верхніх відділів травного каналу (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка). Пояснюється це значно більшою інтенсив-

ністю кровотеч, їхньою більшою частотою, порівняно з кровотечами з пухлин товстої кишки, а також простотою підготовки до дослідження.

При виборі способу ендоскопічного гемостазу перевагу необхідно віддавати коагуляційним і ін'єкційним методикам. Безпосередньо вибір методу гемостазу залежить від наявної ендоскопічної картини – макроскопічної будови пухлини, наявності ознак ненадійного гемостазу, локалізації пухлини. Дотримуючись диференційованого підходу нам удалося домогтися стійкої зупинки кровотечі в 92,09 % випадків.

У випадку, коли джерелом кровотечі є пухлини товстої кишки, ендоскопічне дослідження має у більшій мірі діагностичний характер. Ендоскопічний гемостаз має другорядне значення після адекватної консервативної терапії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ботвинов А.М. Острые кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта. – М.: Медицинская инициатива. – 1998. – 303 с.
2. Ванцян Э.Н., Богомолова Н.С., Данзанов Б.С. Хирургическая тактика при осложненных формах рака толстой кишки // Хирургия. – 1988 – № 11. – С. 3–8.
3. Гиленко И.А., Демянюк Д.Г., Шкурупий А.А. Кровотокающая невринома двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1991 – № 8. – С. 69–70.
4. Данзанов Б.С., Молитвословов А.Б. Хирургическая тактика при осложненных формах рака ободочной кишки // Хирургия. – 1987 – № 12. – С. 125–131.
5. Королев М.П., Федотов Л.Е., Иванова Н.В., Ореховская С.В., Таронишвили А.Д. Эндоскопия в диагностике и лечении гастроинтестинальных кровотечений // Вестник хирургии. – 1999. – №3. – С. 16–20.
6. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
7. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцкий Н.Н., Калита Н.Я. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. – Ровно, 1997. – 384 с.

Хронічний панкреатит. Малоінвазивна хірургія

О.Б. ЗУБКОВ, Ю.В. ГРУБНИК, А.О. ВАСИЛЬЄВ, Ю.М. КОШЕЛЬ, А.В. СНІСАРЕНКО, О.В. КОЧКАРЬОВ

Одеський державний медичний університет

CHRONIC PANCREATITIS. MINI-INVASIVE SURGERY

O.B. ZUBKOV, YU.V. GRUBNIK, A.A. VASILIEV, YU.N. KOSHEL, A.V. SNISARENKO, A.V. KOCHKARYOV

Odessa State Medical University

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 спіниється. 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 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 are modern tendency in treatment of chronic pancreatitis. These methods have taken a great spreading thanks to their advantages upon classic surgical operations. Plombage of pancreatic ducts with special foaming composite materials is one of the perspective methods of mini-invasive treatment. On the basis of 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 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 remove 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 complications and lethal exits. The best results of endoscopic treatment of chronic pancreatitis were in 85.7 % of patients. So, we could recommend using such endoscopic method of treatment of chronic pancreatitis like virsungotomy in clinics, where endoscopic interventions are widely used.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. 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 значний прогрес у вивченні ХП, багато питань ще залишаються нерозв'я-

заними. 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 підшлункової залози та даних клінічного спостереження хворих на цю патологію. Серед різних варіантів малоінвазивних втручань розглядаються пломбування проток підшлункової залози та ендоскопічна вірсунготомія.

Матеріали і методи. Різноманітні втручання, що базуються на пломбуванні проток підшлункової залози, стали використовувати-

ся впродовж останнього десятиріччя самостійно і як фрагмент інших операцій.

У нас під спостереженням знаходилися 28 хворих 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 і випробним інститутом медичної техніки. Пломбувальна композиція вводилася шприцом через катетер, встановлений у головній панкреатичній протоці з боку дванадцятипалої кишки, чи через зовнішню панкреатичну норичку – антеградне пломбування (у 5 випадках). У 3 випадках виконувалося ретроградне пломбування панкреатичних проток після дистальної резекції залози. Обов'язковою умовою такого пломбування є роздільне впадання в дванадцятипалу 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 післяопераційному періоді розвинувся тяжкий 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 підшлункової залози, тільки у двох випадках у післяопераційному періоді відзначені підвищення активності амілази в крові без клінічних проявів панкреатиту. В інших спостереженнях ускладнень після оклюзії не виявлено. Непоганими були і результати у віддаленому періоді: у 4 хворих больовий синдром був відсутній взагалі, незважаючи на розши-

рення дієти, а в 2 відзначалися нечасті рецидиви болю, пов'язані з огріхами 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 слідом за проведенням ендоскопічних процедур були оперативні втручання (у дослідженні – холецистектомія). При обстеженні хворих оцінили зовнішній вигляд великого дуоденального сосочка, дані інструментальної пальпації, можливість і технічні умови катетеризації сосочка, а також рентгенологічні дані.

Особливий інтерес представляє група хворих з 23 чоловік, раніше оперованих із приводу хронічного панкреатиту. Особливо це стосується операції на жовчовивідних 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 попередньої

операції не було адекватним з погляду відновлення прохідності панкреатичної протоки.

Слід зазначити, що не у всіх хворих при первинному втручанні на великому дуоденальному сосочку вдається виконати вірсунготомію під час першої процедури. Так, у дослідженні 25 хворих, первинно підданих ендоскопічному втручанню на великому дуоденальному сосочку, у 5 (20 %) вірсунготомія в ході першої процедури не вдалася. Це було пов'язано з виникненням кровотечі (у двох випадках) і невеликими розмірами сосочка й ампули, де після розсічення сосочка травмовані тканини останнього не дозволяли знайти звужене устя головної панкреатичної протоки. Причому у всіх випадках після розсічення сосочка вдавалося катетеризувати загальну жовчну протоку, у той час як спроби виявити протоку підшлункової залози були марними. У зазначених випадках, коли перші спроби катетеризації вірсунгової протоки не призводять до успіху, не рекомендуємо продовжувати наполегливі спроби бужування, оскільки це призводить до зайвої травматизації тканин і підвищує ризик виникнення тяжких 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 представляє 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 – кровотеча і гострий панкреатит – виявили, відповідно, у 4 (5,4 %) і 11 (18,9 %) хворих. Як вже вказували, кровотечі, що виникали, звичайно, на етапі розсічення великого дуоденального сосочка, 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 з'явилися 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. Стосовно наведених в цій статті малоінвазивних методів хірургічного лікування можна зробити наступні висновки.

Щодо пломбування панкреатичних проток, то отримані дані свідчать про необхідність уточненої оцінки зовнішньої секреції підшлункової залози шляхом дослідження чистого панкреатичного соку. Пригнічення зовнішньосекреторної функції є важливою умовою, що дозволяє при відповідних морфологічних змінах (фіброзно-склеротичних) звернутися до пломбування проток підшлункової залози. 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 втручань 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 неможливо 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 великому дуоденальному сосочку. Маніпуляція повинна у всіх випадках контролюватися візу-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

ально, 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. – С.250.

3. Зубков О.Б., Гойдик В.С. Патогенетичні передвісники хірургічного лікування хронічного панкреатиту // *Проблеми екології та медицини*. – №3-4. – Т.2. – 1998. – 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.

Клінічний досвід використання аргонплазмової коагуляції у хворих на цироз печінки

К.В. ГУМЕНЮК, М.І. ПОКИДЬКО, М.П. ДРАЧЕВСЬКИЙ

Вінницький національний медичний університет ім.М.І. Пирогова

CLINICAL EXPERIENCE OF ARGON PLASMA COAGULATION APPLICATION FOR MANAGEMENT OF LIVER CIRRHOSIS

K.V. HUMENIUK, M.I. POKYDKO, M. P. DRACHEVSKY

Vinnitsia National Medical University by M. I. Pyrohov

В статті представлені результати впливу аргонплазмової коагуляції, діатермогепатокоагуляції за допомогою лапароскопії з метою стимуляції регенерації печінки у хворих на цироз з різними стадіями (Child-Turcotte-Pugh). Відмічений позитивний вплив аргонплазмової коагуляції, діатермогепатокоагуляції на стимуляцію регенерації печінки, що підтверджено лабораторно, морфологічно. Кращі результати відмічені при дії аргонплазмової коагуляції у хворих на цироз печінки в стадії А і В (Child-Turcotte-Pugh), які проявлялись нормалізацією біохімічних показників, ознаками регенерації, покращенням морфофункціонального стану печінки.

The article shows the results of laparoscopic argon plasma coagulation, diathermohepatocoagulation for regeneration induction of liver in patients with cirrhosis of different stages (Child-Turcotte-Pugh). Obtained data showed laboratory and morphological evidences of increasing regeneration process. Better results were shown for A and B stages (Child-Turcotte-Pugh) of liver cirrhosis by improvement of biochemical data of regenerative changes, and morpho-functional improvement of liver condition.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. В усьому світі в останні десятиріччя спостерігають збільшення кількості хворих з цирозом печінки. За даними ВООЗ, близько 5 % населення є носіями вірусу гепатиту, основного чинника в розвитку цирозу [1].

В Україні за останні 5 років зростає захворюваність на хронічні гепатити і цироз печінки та їх поширеність. У 1995 році поширеність цирозу печінки дорівнювала 70,1 на 100 тисяч населення, у 1999 році цей показник становив 88,6 на 100 тисяч населення [8]. Незважаючи на впровадження в клінічну практику сучасних технологій, нових лікарських засобів, трансплантацію печінки, результати лікування залишаються незадовільними, із збільшенням рівня інвалідизації та смертності населення [5]. Ці показники переконують в необхідності проведення подальших досліджень з метою їх покращення [9]. Одним з сучасних напрямків хірургії цирозу печінки є операції, які

направлені на стимуляцію її регенерації, покращення артеріального кровотоку. Перевага надається малоінвазивним методам [2,7].

В доступній нам літературі ми не знайшли повідомлень про застосування аргонплазмової коагуляції з метою стимуляції регенерації печінки.

Метою нашого дослідження було вивчення ефективності застосування аргонплазмової коагуляції порівняно з діатермогепатокоагуляцією на морфофункціональний стан печінки, стимуляцію регенерації у хворих з цирозом за допомогою малоінвазивного втручання.

Матеріали та методи. В клініці хірургії проведено комплексне дослідження 23 хворих з цирозом печінки, ознаками портальної гіпертензії. Вік хворих коливався від 43 до 69 років (в середньому $56 \pm 1,6$), чоловіків було 20, жінок 3. Серед етіологічних чинників у розвитку цирозу печінки були – вірусні гепатити, токсичні гепатити алкогольного генезу. Верифікацію діагнозу проводили на підставі даних анамнезу,

клінічних проявів, лабораторних показників, морфології, езофагогастродуоденоскопії, ультрасонографії печінки, селезінки з доплерографією судин гепатолієнальної ділянки на апараті LOGIQ 500 MD конвексним датчиком № С 364 (3,5МГц), лінійним датчиком № LA 39 (9-12МГц). Для дослідження були відібрані хворі з різними стадіями захворювання, функціонального резерву печінки та печінкової недостатності за класифікацією (Child – Turcotte– Pugh) [3,6]. Розподіл хворих представлений в таблиці 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих

Клас згідно (Child-Turcotte-Pugh)	Хворі цирозом печінки (n=23)	
	Чоловіки, (%)	Жінки, (%)
A	6(26%)	-
B	9(39%)	1(4,3%)
C	5(21,7%)	2 (8,7%)

Для проведення дослідження були сформовані 3 групи хворих: 1-шу – групу склали 13 хворих з цирозом печінки, яким виконували аргонеплазмову коагуляцію, 2-гу – групу 10 хворих, яким виконували діатермогепатокоагуляцію печінки, 3-тю – групу (контрольну) 15 хворих з цирозом печінки, які отримували консервативну терапію в гастроентерологічному відділенні. Розподіл хворих представлений в табл. 2.

Таблиця 2. Розподіл хворих за видом операції

Розподіл хворих за видом операції	Клас (Child-Turcotte-Pugh)		
	A(n=8)	B(n=16)	C(n=14)
1 група (n=13)	3(23%)	6(46,1%)	4(30,7%)
2 група (n=10)	3(30%)	4(40%)	3(30%)
3 група (контрольна) (n=15)	2(13,3%)	6(40%)	7(46,6%)

Виконували малоінвазивне лапароскопічне втручання за допомогою лапароскопічно-

го обладнання, пристрою для аргонеплазмової коагуляції, інструментарію “ЭКОНТ”– 2301; “Контакт” (Україна) під ендотрахеальним наркозом.

Після накладання пневмоперитонеуму під тиском 12 мм рт.ст. нижче пупка вводили 10-міліметровий троакар. Асцитичну рідину евакуювали відсмоктувачем, враховуючи, що печінка повинна бути вільна від рідини, тому що коагуляція буде неадекватною [4].

При встановленні додаткових лапаропортів всі маніпуляції виконували під візуальним контролем, уникали місць формування портокавальних анастомозів на передній черевній стінці. Після діагностичного етапу виконували резекційну біопсію печінки. Ми надаємо перевагу такій біопсії порівняно з пункційною, обґрунтовуючи це кращим візуальним контролем місця біопсії та контролем гемостазу з місць біопсії печінки. Аргонеплазмову коагуляцію проводили електрохірургічним височастотним апаратом “ЭКОНТ”– 0701 (Україна) з використанням зонда “Erbe”(Німеччина) діаметром 3,2 мм, довжиною 440 см. Швидкість подачі аргону становила 0,5-2л/хв з потужністю 50-80 W. Аргонеплазмову коагуляцію і діатермогепатокоагуляцію проводили по вільному краю печінки, на діафрагмальній поверхні нанесенням повздовжніх смуг, до появи опікового струпа.

Ефективність запропонованої методики, порівняно з діатермогепатокоагуляцією та контрольною групою, визначали за клінічними симптомами, даними лабораторних обстежень, біопсії печінки.

Результати досліджень та їх обговорення. Результати аргонеплазмової коагуляції порівняно, з іншими методами, представлені в таблиці. 3.

Таблиця 3. Динаміка клінічних симптомів до і після операції

Клінічні синдроми	До операції (n=23)	1-група (n=13) аргонеплазмова коагуляція		2- група (n=10) діатермогепатокоагуляція		3- група (n=15) контрольна група	
		3-5 доба	10-14 доба	3-5 доба	10-14 доба	3-5 доба	10-14 доба
Больовий	23	11	-	10	4	15	9
Асцитично-набряковий	17	-	-	-	-	12	8
Жовтяничний	13	13	4	10	6	11	7
Астено-вегетативний	23	13	2	10	4	15	9

Усі хворі в 1-й та 2-й групі в перші 3-5 діб відмічали підсилення больового симптому в правому підребер'ї, яке було більш вираженим та тривалішим у хворих 2 групи. Підсилення больового симптому пов'язуємо з впливом на поверхню печінки дії як аргоноплазмової коагуляції, так і діатермогепатокоагуляції. На 7-10 добу після операції усі хворі 1-ї групи відмічали відсутність больового симптому, у хворих 2-ї групи больовий симптом зник на 13-15 добу. У хворих 3-ї групи на 13-15 добу тільки у 6 (40 %) зник больовий симптом. З метою знеболювання призначали ненаркотичні анагетичні усім хворим. Слід відзначити швидко позитивну динаміку в асцитично-набряковому синдромі у хворих 1-ї та 2-ї груп, яка пов'язана з виведенням асцитичної рідини під час оперативного втручання. У хворих 3-ї групи, яким проводили діуретичну терапію, відмічали поступове зменшення ознак асцити на 10-15 добу у 4(66,6%) хворих. Усі хворі 1-ї та 2-ї груп в динаміці відмітили зменшення астеновегетативного синдрому, стали вести більш активний спосіб життя, самостійно себе обслуговувати. Таких суттєвих змін в контрольній, 3-й групі, не спостерігали. Зменшення ознак жовтяничного синдрому у 1-й та 2-й групі, співпадало з покращенням лабораторних показників цих хворих. Дані наведені в таблиці. 4.

В 1-й та 2-й групах на 3-5 добу після операції відмітили помірний лейкоцитоз у загальному аналізі крові та підвищення показників транс-

аміназ АлАТ(135,9±0,42), АсАТ(109,4±2,71), тимолової проби (19,86±1,76) од, яке було більш вираженим у хворих 2 групи, яким виконували діатермогепатокоагуляцію. Отримані результати пов'язуємо з більш вираженим впливом на паренхіму печінки діатермокоагуляції, яка проявилась ознаками мезенхімального запалення з підвищенням температури тіла до 37,5-38 °С.

При аналізі динаміки лабораторних показників виявлено незначний поступовий вплив традиційної консервативної терапії у хворих 3-ї групи на 12-15 добу, з незначним зменшенням загального білірубину, рівня трансаміназ у 4 (36,6 %) хворих.

На 12-15 добу після оперативного втручання відмічені кращі біохімічні показники у 1-й групі хворих, яким виконували аргоноплазмову коагуляцію в стадії А і В (Child-Turcotte-Pugh), які проявлялись зменшенням ознак цитолізу, покращенням синтетичних процесів в печінці, зменшенням ознак холестази та мезенхімального запалення.

В післяопераційному періоді ускладнень у 1-й та 2-й групах з боку післяопераційних ран не відмічали, шви знімали на 9-10 добу. Морфологічне вивчення впливу аргоноплазмової коагуляції та діатермогепатокоагуляції на печінку у хворих з різними стадіями захворювання показало, що обидва методи впливають на стимуляцію репаративної регенерації печінки за рахунок активного поділу клітин, шляхом мітозів, гіпертрофії гепатоцитів. Але, на відміну

Таблиця 4. Динаміка біохімічних показників

Лабораторні показники	1-група (n=13) аргоноплазмова коагуляція			2- група (n=10) діатермогепатокоагуляція			3- група (n=15) контрольна група		
	до операції	5-10 доба	12-15 доба	до операції	5-10 доба	12-15 доба	вихідні	5-10 доба	12-15 доба
Білірубін, мкм/л	447,8±5,18	38±2,61*	29,4±3,12	54,6±4,84	48,4±3,20	37,08±1,74	62,3±3,72	58,4±1,8	46,59±0,67
АлАТ	112,3±3,61	124,3±3,0*	60,3±2,6	108,6±4,71	135,9±0,42	76,4±3,21	104,48±4,0	98,6±1,24	73,18±3,42
АсАТ	84,03±4,8	108,9±2,37*	49,26±3,4	72,01±3,6	109,4±2,71	68,4±1,62	83,48±7,06	74,21±0,5	70,03±1,84
Альбумін, %	38,51±9,2	40,8±2,8*	46,52±1,16	41,22±2,31	39,08±1,70	48,1±2,34	39,62±1,6	40,2±0,8	42,03±1,12
γ-глобуліни, %	29,84±1,73	46,2±1,27*	16,81±1,68	27,91±1,74	48,7±2,08	19,08±1,52	24,36±0,79	21,0±1,74	28,82±2,76
Холестерин, г/л	5,09±0,24	5,91±2,09*	7,29±2,41	4,12±0,48	5,02±1,38	7,01±0,68	4,81±0,32	4,93±1,32	4,98±1,58
Лужна фосфатаза	138,4±7,5	129,4±4,03*	102,4±11,4	118,6±11,2	108,4±0,23	98,08±1,07	136,21±7,1	130,2±3,1	125,01±2,78
Тимолова проба, од.	14,28±1,23	18,64±2,08*	4,91±0,28	12,4±0,64	19,86±1,76	6,24±1,25	10,2±2,48	12,43±2,2	8,043±1,12

* примітка (p<0,05)

від діатермогепатокоагуляції, аргоноплазмова коагуляція викликає некроз в середньому 300-600 мкм, не перевищує 3-4 мм, відсутня нейтрофільна інфільтрація в ділянці впливу, що вказує на асептичний продуктивний характер загоєння. Репаративний процес характеризується прискоренням проліферативної фази загоєння і проростанням коагуляційного струпа сполучною тканиною з наступним його розсмоктуванням та утворенням ніжного рубця.

Померло 2 (8,7 %) хворих в стадії С (Child-Turcotte-Pugh) в термін від 2 до 3,5 місяців після виконання лапароскопічної діатермогепатокоагуляції від масивної кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу. Термін спостереження становив 4 місяці. Ознак прогресування цирозу печінки у хворих в стадії ком-

пенсації та субкомпенсації після виконання аргоноплазмової коагуляції в цей термін не виявлено.

Висновки. 1. На основі проведеного дослідження вважаємо, що застосування малоінвазивного втручання-лапароскопії з проведенням діатермогепатокоагуляції, аргоноплазмової коагуляції у хворих на цироз печінки в початковій стадії є ефективним для стимуляції регенерації, покращення морфофункціонального стану печінки, стабілізації циротичного процесу. 2. Доведено перевагу в застосуванні аргоноплазмової коагуляції клінічно та морфологічно. 3. Вивчення віддалених результатів запропонованої методики вимагає подальшого дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Непомнящая С.Л. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. – С.Пб: Предприятие ЭФА, “Янус”, 2002.– С.186-187.
2. Дубровский А.К. Хирургическая стимуляция печеночной регенерации в комплексном лечении хронических диффузных заболеваний печени : Автореф. дис. ... доктора мед. наук: – М., 1990. – 64 с.
3. Калита Н.Я., Буланов К.И., Весненко А.И. Прогностические критерии в хирургии цирроза печени // Клінічна хірургія.– 1995.-№ 2.– С.39-40.
4. Никишаев В.И., Фомин П.Д., Музыка С.В. Аргоноплазменная коагуляция в эндоскопии верхних отделов пищеварительного тракта // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.– 2003 – №7. (3) – С.24-25.
5. Павловський М.П., Герич І.Д., Лукавецький Н.О. Потреба у пересадці печінки у дорослого населення Львівської області / / Клінічна хірургія.– 2003.-№ 2. – С. 17.
6. Русін В.І., Переста Ю.Ю., Чаварга М.І. Математичний алгоритм визначення допустимого обсягу хірургічного втручання з приводу портальної гіпертензії у хворих на цироз печінки // Клінічна хірургія.– 1995. – № 2.– С.39-40.
7. Уханов А.П., Байда В.П., Байда С.В. Диагностическая и лечебная лапароскопия при циррозах печени // Эндоскопическая хирургия.– 1997.– № 3.-С. 46.
8. Харченко Н.В. Хронические гепатиты достижения: перспективные проблемы // Сучасна гастроентерологія і гепатологія.– 2000.– № 1.– С. 50-54.
9. Шалимов А.А., Котенко О.Г., Калита Н.Я. Хирургическое лечение осложненной цирроза печени // Международный медицинский журнал.– 1999.-№ 2. –С. 82.

Визначення ступеня ризику ускладнень ендоскопічних транспапільярних втручань

П.Г. КОНДРАТЕНКО, О.А. СТУКАЛО

Донецький державний медичний університет

DETERIORATION OF COMPLICATION RISK DEGREE OF ENDOSURGICAL TRANSPAPILLARY INTERVENTIONS

P.H. KONDRATENKO, O.A. STUKALO

Donetsk State Medical University

На підставі статистичного аналізу результатів ендоскопічних хірургічних транспапільярних втручань, виконаних 527 пацієнтам з різною патологією позапечіночних жовчних шляхів, підшлункової залози, великого дуоденального сосочка, встановлено 24 значущі фактори ризику виникнення ускладнень. З метою прогнозування та профілактики ускладнень розроблено критерії визначення ступеня ризику виникнення гострого панкреатиту, кровотечі, зачервеної перфорації, прогресування холангіту, розвитку гострого холециститу, вклинювання кошика Дорміа із захопленням конкрементом. Розроблено комплекс заходів щодо скорочення і профілактики виникнення ускладнень транспапільярних втручань. Застосування розробленого комплексу у 604 хворих на панкреатобіліарну патологію дозволило скоротити кількість ускладнень з 7,8 до 2,8 %.

The current study contains the analysis of results of 527 endoscopic transpapillary interventions in patients with various pathology of extrahepatic biliary ducts and pancreatic gland and papilla Vater. The 24 risk factors causing complications have been established and classified together with the determination of risk degree of specific complications. Complex of measures has been worked out to reduce and prevent appearance of complications. Application of the proposed prevention complex in 604 patients has promoted the reduction of the specific complications caused by transpapillary intervention from 7,8 % to 2,8 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Ендоскопічні транспапільярні втручання (ЕХТВ), при лікуванні захворювань великого дуоденального сосочка (ВДС), жовчних і панкреатичної протоки, сьогодні багато в чому мають перевагу перед традиційними оперативними втручаннями [1,3,6,11]. ЕХТВ виконуються на анатомічно складній і клінічно небезпечній дуоденопанкреатобіліарній зоні і приховують небезпеку виникнення серйозних ускладнень. Частота їх досягає 17 %, а летальність унаслідок специфічних ускладнень ЕХТВ складає 0,4-1,6 % [2, 4, 5, 7-10].

Мета дослідження. Поліпшення результатів транспапільярних втручань шляхом вивчення факторів і прогнозування ступеня ризику ускладнень.

Матеріали і методи. Вивчені результати лікування 527 пацієнтів з різною патологією ВДС і протоки. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) зроблена всім хворим, ендоскопіч-

на папілосфінктеротомія (ЕПСТ) – 427 пацієнтам, механічна літекстракція – 279, механічна літотрипсія – 82, транспапільярне назобіліарне дренирування – 53, атипична папілотомія – 137 хворим. Основною патологією був холедохолітиаз – 362 (68,7 %) хворих. Пухлини дуоденопанкреатобіліарної зони (ДПБЗ) діагностовано у 75 (14,2 %) пацієнтів. Папілостеноз і стеноз термінального відділу холедоха (ТВХ) відмічений у 58 (11 %) хворих. Гострий або хронічний рецидивуючий панкреатит виявлений у 17 (3,2 %) пацієнтів. Доброякісні стриктури біліарного тракту діагностовано у 10 (1,9 %) хворих. Жовчні нориці, склерозуючий холангіт – у 3 (0,6 %), патології не виявлено у 2 (0,4 %) пацієнтів.

Ефективність ендоскопічної ліквідації холедохолітазу – 95 %, папілостенозу – 72,4 %, обтураційної жовтяниці – 77,3 %.

Специфічні ускладнення ЕХТВ виникли у 7,8 % пацієнтів. Гострий панкреатит розвинувся у 21 (4 %) пацієнта, кровотеча – у 9 (1,7 %) хворих, зачервона

перфорація – у 4 (0,8 %) пацієнтів. Прогресування холангіту відмічене у 2 (0,4 %) хворих, гострий холецистит – у 2 (0,4 %) хворих, вклинювання кошика Дорміа із захопленим конкрементом в ТВХ відбулося у 3 (0,6 %) пацієнтів.

При вивченні причин розвитку і особливостей перебігу ускладнень до можливих факторів ризику їхнього виникнення було віднесено безліч параметрів, що описують стан пацієнта, анатомічні особливості папілярної ділянки і ВДС, методику і техніку втручання, клінічні, лабораторні, сонографічні і рентгенівські дані, ведення перед- і післяопераційного періоду. Фактори ризику і їхнє поєднання були досліджені у всіх хворих, з ускладненнями і без них. Проведення однофакторного та багатфакторного статистичного аналізу дало можливість визначити ступінь впливу кожного фактора на виникнення ускладнень. Методом ранжирування було встановлено 24 значущі фактори ризику виникнення ускладнень.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ускладнення транспапільярних втручань розвинулися у пацієнтів з папілостенозом, парапапілярними дивертикулами, пухлинами ДПБЗ, у хворих з хронічним рецидивуючим панкреатитом, крупними і множинними конкрементами жовчної протоки.

З метою визначення причин ускладнень, можливості зменшення впливу факторів ризику і розробки комплексу профілактичних заходів нами запропоновано розподіл факторів ризику ускладнень ЕХТВ на чотири групи – анатомічні, клінічні, технічні і тактичні. До анатомічних факторів ризику відносимо форму сосочка (плоска, втягнута) і низьке розташування ВДС, коротку подовжню складку ДПК, парапапілярні дивертикули; вузький і протяжний ТВХ. До клінічних факторів ризику відносимо панкреатит, холангіт, папілостеноз, пухлини ДПБЗ, молодий вік, жіночу стать, численні і/чи крупні конкременти; діаметр холедоха менше 9 мм. Технічні фактори ризику – травматична канюляція, ацинаризація, час ЕХТВ. Тактичні фактори ризику – відсутність показань, недостатній об'єм медикаментозної терапії, відсутність назобілярного дренирування за показаннями.

З метою прогнозування та профілактики ускладнень розроблено критерії визначення ступеня ризику їх виникнення. Для кожного конкретного ускладнення – гострого панкреатиту, кровотечі, зачервної перфорації, прогресування холангіту і розвитку гострого холециститу, вклинювання кошика Дорміа із захопленим конкрементом в ТВХ були визначені поєднання факторів, специфічних для високого, се-

реднього і помірного ступеня ризику виникнення цих ускладнень. Сукупність факторів ризику, яка зустрічалася менш ніж у 40 % хворих з ускладненнями, була віднесена до помірного ступеня. До середнього ступеня ризику ускладнень віднесена сукупність факторів, що зустрічалася у 40-60 % хворих з ускладненнями, а сукупність факторів, характерних для більше ніж 60 % хворих з ускладненнями, віднесена до високого ступеня ризику.

Підхід до визначення ступеня ризику на підставі запропонованих критеріїв полягає в наступному: за відсутності будь-якого фактора в групі помірного ступеня ризик можливих ускладнень зростає до тієї групи, де цей фактор з'являється вперше.

Встановлено, що для помірного ступеня ризику виникнення **гострого панкреатиту** характерні: 1) багатократна травматична канюляція; 2) відсутність або недостатній об'єм медикаментозної терапії; 3) час канюляції більше 15 хвилин і час ЕХТВ більше 40 хвилин; 4) атипична папілотомія і вузький термінальний відділ холедоха; 5) діаметр холедоха менше 9 мм; 6) парапапілярні дивертикули; 7) пухлини ДПБЗ. Для середнього ступеня ризику виникнення гострого панкреатиту після транспапільярних втручань, окрім перших чотирьох, властивих усім ступеням ризику, характерні додаткові поєднання факторів: 1) плоска форма ВДС; 2) хронічний рецидивуючий панкреатит; 3) відсутність аспірації після ЕРХПГ при затримці евакуації; 4) відсутність аспірації перед введенням контрасту і розсіченням; 5) низьке розташування ВДС. Для високого ступеня ризику виникнення гострого панкреатиту після транспапільярних втручань додатковими поєднаннями факторів є: 1) ацинаризація; 2) жіноча стать в поєднанні з надмірною вагою, віком до 50 років і відсутністю строгих показань; 3) жіноча стать у поєднанні з надмірною вагою; 4) відсутність строгих показань (передбачуваний папілостеноз, хронічний небілярний панкреатит); 5) папілостеноз.

Ризик виникнення **кровотечі** помірного ступеня характеризують: 1) втягнута форма ВДС; 2) атипична папілотомія; 3) пухлини ДПБЗ. Ризик середнього ступеня додатково характеризують: 1) папілостеноз; 2) гнійний холангіт. При високому ступені ризику виникнення кровотечі після транспапільярних втручань додатковими поєднаннями факторів є: 1) коротка, менше 1,0 см, подовжня складка ДПК; 2) відсутність або недостатній об'єм медикаментозної терапії; 3) час ЕХТВ більше 40 хвилин.

При **зачервній перфорації** для помірного ступеня ризику її виникнення після транспапільяр-

них втручань характерні: 1) плоска або втягнута форма ВДС; 2) атипична папілотомія; 3) час ЕХТВ більше 40 хвилин. Для середнього ступеня ризику виникнення зачервненої перфорації додатковими є фактори: 1) парапапілярні дивертикули; 2) папілостеноз; 3) пухлини ДПБЗ. Високий ступінь ризику виникнення зачервненої перфорації додатково характеризують: 1) блискавичний розріз; 2) коротка, менше 1,0 см, подовжня складка ДПК.

Помірний ступінь ризику виникнення **гнійного холангіту** і гострого холециститу після транспапілярних втручань характеризують: 1) численні і крупні конкременти; 2) відсутність назобілярного дренажу при численних конкрементах; 3) відсутність або недостатній об'єм медикаментозної терапії. Для середнього ступеня ризику прогресування гнійного холангіту і виникнення гострого холециститу після транспапілярних втручань характерна додаткова присутність гнійного холангіту і збільшеного, за даними попередньої сонографії, в результаті білярного блоку жовчного міхура. Для високого ступеня ризику прогресування гнійного холангіту і виникнення гострого холециститу після ЕХТВ додатковими факторами є: 1) відсутність аспірації після ЕРХПГ при затримці евакуації; 2) час ЕХТВ більше 40 хвилин; 3) вузький термінальний відділ холедоха.

У помірний ступінь ризику **вклинювання кошика Дорміа** із захопленим конкрементом в ТВХ включена присутність численних і крупних конкрементів. Для середнього ступеня ризику вклинювання кошика Дорміа із захопленим конкрементом в ТВХ, додатковими факторами є невиправдане прагнення до одноетапного виконання ЕХТВ у складній ситуації і відсутність назобілярного дренажу при численних конкрементах. У групу факторів високого ступеня ризику вклинювання кошика Дорміа

із захопленим конкрементом в ТВХ додатково включені: 1) вузький термінальний відділ холедоха; 2) коротка, менше 1,0 см, подовжня складка ДПК; 3) час ЕХТВ більше 40 хвилин.

На підставі вивчення ступеня ризику ускладнень розроблено комплекс профілактичних заходів, спрямованих на скорочення і профілактику їхнього виникнення.

У комплекс профілактичних заходів включені: оптимізація показань і термінів виконання ЕХТВ, медикаментозна підготовка хворих, методика проведення ЕХТВ з диференційованим підходом до вибору способу і об'єму втручання, післяопераційна профілактика і лікування ускладнень, які виникли.

Строго дотримуючись усіх компонентів розробленого комплексу заходів, спрямованих на скорочення і профілактику ускладнень ЕХТВ, нами проведено лікування 604 пацієнтів з патологією ВДС і гепатикохоледоха. У хворих цієї групи ефективність ендоскопічного транспапілярного вирішення обтураційної жовтяниці склала 82,4%, ефективність ліквідації холедохолітіазу – 97%, папілостенозу – 80,4%.

За результатами впровадження розробленого комплексу заходів, спрямованих на скорочення і профілактику ускладнень ЕХТВ, ускладнення в цій групі виникли в 2,8% пацієнтів.

Висновки. Виявлені і систематизовані фактори ризику розвитку ускладнень ЕХТВ сприяють уважному підходу до визначення показань та протипоказань, методики і техніки виконання оперативних втручань. Визначення ступеня ризику виникнення ускладнень ЕХТВ допомагає зменшити кількість ускладнень шляхом розробки оптимальної тактики, раціональної перед- і післяопераційної терапії, диференційованого підходу до вибору способу і об'єму втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. – М.: ИМА-пресс, 1996. – 152с.
2. Балалыкин А.С. ЭРПХГ, ЭПТ и чрезпапиллярные операции – успехи и проблемы //Материалы 3-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва, 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 осложненной 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., Пидмурьяк А.А. и др. Коррекция неопухолевой патологии дистального отдела общего желчного протока после холецистэктомии //Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шурика. Вип.9, кн.4., – Київ, 2000. – С.379-383.
7. Стукало А.А. Холангит и крупные конкременты гепатикохоледоха: малоинвазивные способы лечения // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України, Т. 2.– Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – 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; – Vol. 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.– Vol. 335, №13 – P. 909-918.
11. Frimberger E. Long-term sequel of endoscopic papillotomy // Endoscopy. – 1998. – Vol. 30, №2. – P.221-227.

УДК: 616.37 – 002 – 073.584:615.849.19

Лапароскопічні операції у хворих з гострим панкреатитом

Ю.В. ГРУБНИК, П.М. АНДРІЄВСЬКИЙ

Одеський медичний університет

LAPAROSCOPIC OPERATIONS AT PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Y.V. GRUBNIK, P.N. ANDRIEVSKIY

Odessa Medical University

Актуальність пошуків нових видів лікування гострого панкреатиту зберігається через високу захворюваність на дану патологію в регіоні і високими показниками після операційної летальності 19,5-21,1 %. Розробка нових малоінвазивних лапароскопічних методах оперативного лікування гострого панкреатиту є важливою і невирішеною проблемою сучасної хірургії.

Actuality of searches of new types of medical treatment of acute pancreatitis is saved in connection with the high morbidity by the given pathology in region and high indices of the postoperative lethality 19,5-21,1 %. Development of new miniinvasive laparoscopic methods of efficient medical treatment of acute pancreatitis is an important and unsolved problem of modern surgery.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема діагностики і лікування гострого панкреатиту як і раніше залишається актуальною як в теоретичному, так і в практичному плані у зв'язку з високою частотою захворюваності, великим числом ускладнень і летальних результатів. У 2003 році показник післяопераційної летальності при гострому панкреатиті в Одеській області склав 23,1 %, в місті Одесі цей показник склав 25,5 %, при державному показнику за 2003 – 20,3 %.

Важливим чинником, що багато в чому зумовлює результат захворювання, є своєчасна точна діагностика і адекватне хірургічне втручання, виконане в ранні терміни від початку захворювання. Традиційно вживані діагностичні методики (лабораторні тести, УЗД, ЕГДФС, КТ, лапароцентез) не завжди дозволяють адекватно оцінити тяжкість стану хворих на гострий панкреатит, і, що особливо важливе, – вираженість морфологічних змін тканини підшлункової залози і їх оборотність. Тому у частини хворих оперативне втручання виконується надто пізно, вже при розвитку гнійно-септичних ускладнень і виражених необоротних деструктивних змін підшлункової залози, що у великого числа хворих призводить до летального результату або інвалідності. У частини ж хворих

лапаротомія виконується без належних показань, при набряковій стадії розвитку захворювання, що на фоні вираженої інтоксикації панкреатичними ензимами тільки посилює перебіг захворювання і сприяє розвитку гнійно-септичних ускладнень [1,2,3].

Використовування діагностичної лапароскопії дозволяє збільшити вірогідність встановлення точного діагнозу. Проте, через особливості анатомічного розташування органа, інформативність цього методу діагностики в його класичному виконанні істотно обмежена випадками, коли вже є виражений ферментативний перитоніт з бляшками стеатонекрозу.

Вживані при хірургічному лікуванні хворих з недеструктивними формами гострого панкреатиту оперативні методики, такі як санація, лаваж і дренивання черевної порожнини і сальникової сумки, холецистостомія або зовнішнє дренивання жовчних проток за своєю травматичністю значно поступаються лапаротомії. Широкі лапаротомії, показані при гострому панкреатиті, характеризуються високим рівнем хірургічної агресії, що призводить до кумуляції явищ панкреатогенного шоку, ускладнює стан хворих, а також сприяє частому виникненню гнійно-септичних ускладнень з боку операційної рани [4,5].

Тому розробка нових малоінвазивних лапароскопічних методик діагностики і оперативного лікування гострого панкреатиту, а також перед- і післяопераційного ведення хворих з цією патологією є важливою і невирішеною проблемою сучасної хірургії.

Матеріали і методи. Нами проаналізовані результати оперативного лікування 170 хворих з гострим панкреатитом, які були розділені на дві групи. У 80 хворих проводилися лапароскопічні оперативні втручання, і у 90 хворих, котрі склали контрольну групу – традиційні лапаротомні втручання. Чоловіків було 120 (71 %), жінок 50 (29 %). Вік пацієнтів був від 31 до 65 років. За клінічним перебігом у 59 (35 %) хворих відмічена біліарна форма панкреатиту, у 111 (65 %) хворих – алкогольна форма.

У контрольній групі виконувалися лапаротомні методики:

1. Санація, лаваж, дренивання черевної порожнини і сальникової сумки у 40 (45 %) хворих.

2. Холецистектомія із зовнішнім дрениванням жовчних проток і дрениванням сальникової сумки і черевної порожнини у 27 (30 %) хворих.

3. Лапаротомія, секвестректомія, дренивання сальникової сумки і черевної порожнини у 23 (25 %) хворих.

У групі лапароскопічних операцій виконувалися:

1. Лапароскопічне дренивання сальникової сумки і черевної порожнини у 41 (51 %) хворих.

2. Лапароскопічна холецистектомія із зовнішнім дрениванням Т- подібним дренажем загальної жовчної протоки і дрениванням сальникової сумки і черевної порожнини у 22 (28 %) хворих.

3. Лапароскопічна секвестректомія за методикою "Hand-assistant" у 17 (21 %) хворих.

Всім хворим проводилася консервативна терапія, боротьба з больовим синдромом, проводилася корекція порушень центральної гемодинаміки, периферичного кровообігу, призначалися інгібітори секреторної активності підшлункової залози, проводилася інтенсивна дезінтоксикаційна і антибактеріальна терапія для профілактики інфекційних ускладнень.

У 32 (40 %) хворих нами зроблена лапароскопія з подальшим дрениванням сальникової сумки і черевної порожнини. Під час лапароскопії була виявлена значна кількість (більше 1 літра) перитонеального випоту в черевній порожнині, наявність

плям стеатонекрозу в сальнику і на парієтальній очеревині, геморагічна імбібіція заочеревинної клітковини і гіперемія очеревини. У області ДПК визначається набряк і запальний інфільтрат з деформацією і зсувом сусідніх органів. Визначається парез тонкого кишечника і значне роздуття попереочно-ободової кишки. Під контролем лапароскопа виконувалося встановлення трьох додаткових портів на передній черевній стінці, один з яких знаходився в правому підребер'ї по задній пахвовій лінії, інший – симетрично в лівому підребер'ї. Третій порт знаходився в лівому мезогастрії. Під контролем зору маніпуляторами вводилася дренажна трубка через вінслов отвір. У безсудинній зоні під контролем лапароскопа робився отвір в шлунково-ободовій зв'язці, через який вводився лапароскоп і оглядалася підшлункова залоза з подальшим введенням трубчастого дренажу. Під контролем зору також встановлювалися рукавичко-трубчасті дренажі в правій і лівій клубових ділянках для дренивання малого таза. Дренажі в правому і лівому підребер'ях використовувалися для локального дренивання сальникової сумки охолодженим антисептичним розчином. Лаваж проводився 2-3 доби і після досягнення позитивної динаміки процесу дренажі витягувалися.

У 18 (20 %) випадках виконувалася холецистектомія з встановленням Т-подібного дренажу в загальну жовчну протоку. У всіх випадках дрениувалася сальникова сумка і черевна порожнина.

Переважно в лівому мезогастрії проводився мікророзріз передньої черевної стінки, який дозволяв ввести спеціальне циркулярне кільце, відповідне товщині передньої черевної стінки, через яке вводиться рука оперуючого хірурга з подальшою герметизацією черевної порожнини. Під контролем зображення, одержуваного на моніторі за допомогою відеолапароскопії виконувалася лапароскопія маніпуляторами і рукою хірурга, широко розкриття шлунково-ободової зв'язки з подальшим оголенням підшлункової залози і, під візуальним контролем виявлялися ділянки деструкції підшлункової залози чорного забарвлення, які легко відділялися за допомогою руки хірурга, введеної за вказаною методикою. Проводився ретельний гемостаз з використанням як діатермокоагуляції, так і лазерної коагуляції з подальшим широким дрениванням сальникової сумки і черевної порожнини. Дана методика в 8 (11%) випадках проводилася дворазово і триразово у одного хворого.

Результати досліджень та їх обговорення.

Результати оцінювалися за рівнем летальності, частотою повторних операцій, інтра- і післяопераційних ускладнень, тривалості перебування хворих в стаціонарі, тривалості реабілітаційного періоду. Аналізуючи дані, слід зазначити, що в групі хворих, яким проводилося лапароскопічне дренивання сальникової сумки і черевної порожнини за вищеописаною запропонованою нами методикою, летальність склала 7 %. Тривалість перебування на ліжку знизилася на 7-12 діб. Необхідність повторних операцій значно скоротилася, порівняно з контрольною групою, в якій проводився аналогічний об'єм оперативних втручань традиційним способом.

У групі хворих з біліарним панкреатитом, яким проводилася лапароскопічна холецистектомія з дрениванням холедоха також спостерігалось зниження летальності і зниження термінів перебування в стаціонарі (на 2-3 доби). Нагноєння операційної рани було відмічено в 4 %, в той час, як в контрольній групі воно спостерігалось в 8-16 %. Летальність в даній групі склала 5,1 %, що статистично не відрізняється від контрольної групи. У групі хворих, яким проводилися лапароскопічні секвестректомії за методикою "Hand-assistant" відмічено

значне зниження летальності – 14 %, порівняно з контрольною групою – 23 %. Значно скоротилося число нагноєнь інтраопераційної рани до (8 %) і відсутні випадки евентрації з утворенням кишкових нориць, в той час, як в контрольній групі нагноєння операційних ран було 13 (28 %) хворих і евентрації з утворенням кишкових нориць 3 (6,6 %). Пребування в лікарні зменшилось на 3-7 діб.

Висновки. Аналізуючи наведені дані, слід зазначити, що лапароскопічні оперативні втручання дозволяють знизити летальність при оперативному лікуванні хворих з гострим деструктивним панкреатитом, зменшують терміни перебування на ліжку, число нагноєнь і евентрацій післяопераційних ран. Розроблена нами методика лапароскопічної секвестректомії з використанням методики "Hand-assistant" легше переноситься хворими, призводить до зниження летальності, зменшення ряду тяжких ускладнень і, в той же час, дозволяє проводити секвестректомію в повному об'ємі. Розробка малоінвазивних операцій в лікуванні хворих з гострим панкреатитом є перспективним напрямом і дозволяє підвищити ефективність лікування пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нічитайло М.Е., Огородник П.В., Семін М.Д. і ін.. Діагностична ефективність ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії при механічній жовтяниці // Укр.журнал малоінвазивної і ендоскопічної хірургії. 1998 – №3. – С.51-55.
 2. Шалімов А.А., Шалімов С.А., Нічитайло М.Е. і ін. Хірургія печінки і жовчовивідних шляхів. – ДО.: Здоровье, 1993. – С.512
 3. Данілов М. У., Федоров В. Д.. Хірургія підшлункової залози: Керівництво для лікарів. – М: Медицина, 1995.– 512 с.
 4. Балаликин А. С. Ендоскопічна абдомінальна хірургія. М.: ІМА-прес, 1996. – 144 с.

5. Грубник В.В., Пушпендра Шарму, Льяшенко В.В. і ін. Лапароскопічна холецистектомія у хворих з холедохолітазом // Актуальні проблеми панкреатобіліарної і судинної хірургії: Збірка робіт наукових конференцій, присвячених 80-річчю акад. О.О. Шалімова.– 1998. – С. 60-62.
 6. Schwesinger W.H., Sirineck K.R., Strodel W.E. Laparoscopic cholecystectomy for biliary tract emergencies state of art. // World J. Surg. – 1999. – Vol. 23. – P. 334-342.

УДК: 616.366-002-073.4-8-615.837.3

Міні-інвазивні втручання під ультразвуковим контролем у невідкладній абдомінальній хірургії

М.В. КОНЬКОВА

Донецький державний медичний університет

MINI-INVASIVE INTERVENTIONS UNDER ULTRASOUND CONTROL IN URGENT ABDOMINAL SURGERY

M.V. KONKOVA

Donetsk State Medical University

Вивчено результати діагностики і лікування 513 хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини. З діагностичною метою було виконано 10 пункційних трепанобіопсій печінки при хронічних її захворюваннях, 56 пункцій кіст різного походження, 54 пункції абсцесів черевної порожнини, 212 черезшкірних черезпечінкових мікрохолецистостомій при гострому холециститі, 12 черезшкірних черезпечінкових холангіостомій при обтураційній жовтяниці та 69 пункційних втручань при ускладненому перебігу панкреонекрозу. Ефективність даного лікування – 92 %. Ускладнення зареєстровані у 9 (1,7 %) хворих, летальних випадків не було.

The results of diagnostics and treatment of 513 patients with acute surgical pathology of abdominal cavity are investigated. With the diagnostic purpose were performed 10 puncture trepan-biopsies of liver at its chronic diseases, 56 punctures of cysts of various origin, 54 punctures of abscesses of abdominal cavity, 212 transcutaneous transhepatic microcholecystostomies at acute cholecystitis, 12 transcutaneous transhepatic cholangiostomies at obstructive jaundice and 69 puncture intervention at the complicated current of pancreatonecrosis. The efficiency was 92 %. The complications are registered at 9 (1,7 %) patients. There were not any fatal outcomes.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Клінічні спостереження останніх років свідчать про зростання частоти захворювань на гостру хірургічну патологію органів черевної порожнини [1, 2, 4]. Гострий холецистит є одним з найбільш частих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, що може мати місце в будь-якому віці [3]. Число хворих за кожне наступне десятиліття збільшується приблизно в два рази, незалежно від належності до тієї або іншої вікової групи. У літніх пацієнтів дана патологія відрізняється специфічністю, що характеризується швидким прогресуванням запального процесу й розвитком ускладнень, що обумовлено віковими особливостями організму і наявністю супровідних захворювань. Дані зміни, а також екстреність ситуації, диктують необхідність якнайшвидше діагностувати патологію і почати лікування [3, 4].

Не менш актуальною є проблема гострого

панкреатиту. В даний час гострий панкреатит перетворився в одне з найбільш розповсюджених хірургічних захворювань і займає третє місце після гострого апендициту та холециститу [1, 5, 6,]. Згідно з літературними даними, частота його досягає 27 % від усіх соматичних захворювань [3, 4]. На частку деструктивних форм гострого панкреатиту припадає від 18,4 до 32,4 %, при прогресуванні останніх летальність сягає 30-85 % (за даними різних авторів) і в 70 % випадків пов'язана з розвитком гнійних ускладнень, таких, як гнійно-некротичний паранекротит, абсцеси черевної порожнини, гнійний перитоніт та сепсис [4, 5].

У літературі відсутній єдиний підхід до хірургічної тактики при цих захворюваннях. Незважаючи на використання широкого арсеналу засобів консервативної медикаментозної терапії, проведення різних хірургічних операцій, незадоволеність результатами лікування диктують необхідність застосування міні-інвазив-

них методів у лікуванні патології черевної порожнини. Як метод експрес-діагностики проводиться ультразвукове дослідження, що є одним з провідних методів діагностики гострих захворювань органів черевної порожнини. В даний час ультразвук застосовується не тільки з діагностичною метою, але й як допоміжний операційний засіб при черезшкірних пункційних втручаннях при лікуванні таких патологічних станів, як кісти й абсцеси печінки і підшлункової залози, абсцеси черевної порожнини, а також при лікуванні гострого холециститу, гострого панкреатиту, їх ускладнень та іншої патології черевної порожнини.

Багатьма дослідниками доведена мала травматичність, висока лікувальна та економічна ефективність черезшкірних пункційних втручаннях під ультразвуковим контролем при лікуванні кістозних та об'ємних утворів органів черевної порожнини, що дозволяє рекомендувати цей метод як альтернативу традиційним оперативним втручанням [2, 5, 6, 7].

Однак залишається до кінця невирішеним ряд питань, зокрема показань і протипоказань до застосування цього методу, засобів втручання (або пункція, або дренивання), якими повинні бути терміни та кратність пункцій та інші.

Мета: визначити можливості застосування ультразвуку в діагностиці та лікування гострої хірургічної патології органів черевної порожнини.

Матеріали і методи. Нами проаналізовані результати обстеження та лікування 513 хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини віком від 20 до 79 років.

Сонографічні дослідження і мініінвазивні втручання проводилися на апаратах ULTRAMARK-4 PLUS (ATL, США) та SONOACE-6000 CMT (MEDISON, Корея) з використанням кольорового триплексного сканування й енергетичного доплерівського дослідження. Пункційні втручання проводили набором пункційних голок розміром 3-4 g та дренажів типу "pig tail" діаметром 6-7 Fr за методом "free hand".

Було виконано 10 пункційних трепанобіопсій печінки при хронічних її захворюваннях, 56 пункцій кіст різного походження, 154 пункції абсцесів черевної порожнини, 212 че-

резшкірних черезпечінкових мікрохолецистостомій (ЧЧМХС) при гострих холециститах, 12 черезшкірних черезпечінкових холангіостомій (ЧЧХС) при обтураційних жовтяницях. При ускладненому перебігу гострого панкреатиту виконано 69 пункційних втручаннях.

Результати досліджень та їх обговорення. З діагностичною метою було виконано 10 пункційних трепанобіопсій печінки при хронічних її захворюваннях з метою встановлення точного діагнозу: хронічний гепатит і цироз печінки – 3 хворих, пухлинні ураження – 7 хворих. Втручання проводили спеціальними трепаноголками діаметром 2 мм. Проводили забір не менше 3 біоптатів, які відправляли на гістологічне дослідження. При морфологічному дослідженні було виявлено: при хронічних захворюваннях – жировий гепатоз у 1 хворого, цироз – у 2 хворих; при пухлинних ураженнях у 7 хворих було виявлено метастатичне ураження печінки.

Усім хворим з кістами печінки, кістами тіла і хвоста підшлункової залози була проведена черезшкірна аспірація чи дренивання під контролем УЗ. При кістозних утворах печінки в 37 хворих були виявлені непаразитарні кісти, у 1 хворого – ехінококова кіста. Розміри кіст – від 1,5 до 6 см у діаметрі, ехінококова кіста – до 14 см у діаметрі. На ехограмах кісти були представлені анехогенними утворами з чіткими контурами, що дають латеральне УЗ-посилення, вираженою капсулою, однорідним вмістом. Пункцію кіст виконували за стандартною методикою троакаром діаметром 4 мм. Проводили однократну склеротерапію 96 % етиловим спиртом. Хворим з ехіноковою кістою у порожнину вводили 86 % розчин гліцерину. При кістозних утворах підшлункової залози виконували однократну пункцію з аспірацією вмісту. У 86 % хворих настало повне клінічне одужання, у 2- при наступній черездренажній фістулографії був виявлений зв'язок з вірсунговою протокою. Після поліпшення стану цим хворим була зроблена лапаротомія. Дренажі залишали до 14-21 доби.

При абсцесах різної локалізації: абсцеси печінки (піддіафрагмальні, підпечінкові, паравезикальні) виконували черезшкірну аспірацію чи дренивання під контролем ультразвуку. Абсцеси на ехограмах були представлені гіпоехогенними утворами з нечіткими конту-

рами, без вираженої капсули, з неоднорідним вмістом. В усіх випадках пункцію проводили з 2-х точок, отриману рідину відправляли на бактеріологічне дослідження. У порожнину абсцесу вводили розчини антисептиків і антибіотиків. Термін дренування – 14-28 діб. Ускладнень не виявлено.

При гострому холециститі з деструктивними формами захворювання у хворих літнього і старечого віку виконували ЧЧМХС. Нами застосовується удосконалена лікувально-діагностична тактика, що інтегрує в собі двохетапний метод лікування хворих з гострим холециститом, застосований у хворих літнього і старечого віку з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику. Перший етап складається з виконання ЧЧМХС на висоті нападу для біліарної декомпресії, а також виявлення й адекватного лікування супровідної патології. Надалі, при наявності показань, розглядається питання про можливість застосування другого етапу – радикальної операції, як правило, лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). Із 212 аналізованих хворих 130 було проведено двохетапне лікування – ЧЧМХС+ЛХЕ, 82 хворим – тільки ЧЧМХС.

При механічній жовтяниці пухлинного генезу було проведено 12 ЧЧХС. У 5 хворих при протоковому раку воріт печінки ЧЧХС була остаточним методом лікування, у 7 хворих при раку підшлункової залози з термінальною стадією жовтяниці ЧЧХС виконувалася як перший етап оперативного лікування. Після поліпшення стану, зниження білірубінемії хворим була виконана відкрита операція. Зареєстроване 1 ускладнення – передчасна міграція дренажу.

При гострому панкреатиті проводили дренування патологічного скупчення рідини під контролем ультразвуку. Дренажі встановлювали у порожнину малого таза, лівий піддіафрагмальний простір, сальникову сумку. При наявності вільної рідини в черевній порожнині проводили діагностичну пункцію черевної порожнини із візуальною, бактеріологічною і біохімічною оцінкою вмісту. Серозний характер ферментативного перитоніту є показанням до лапароскопічного дренування черевної порожнини чи проведення лапароцентезу на тлі тривалої консервативної терапії. При оментобурситі виконували пункцію та дренування сальникової сумки під ультразвуковим контролем

з морфологічною верифікацією характеру ексудату. При серозно-геморагічному вмісті і при завзятому рецидивуванні процесу проводили дренування зони ексудації, частіше транспечінкове, дренажами з пам'яттю форми № 9 Fr. При наявності гнійного випоту в сальниковій сумці, без ознак генералізації процесу по черевній порожнині, проводимо дренування сальникової сумки дренажами більшого діаметра (з пам'яттю форми № 18-24 Fr) через малий сальник чи шлунково-ободову зв'язку з переднього доступу, а також з лівостороннього задньо-бічного доступу під нижній полюс селезінки. При неможливості позаорганної пункції вимушено застосовуємо трансгастральне чи черезпечінкове дренування сальникової сумки дренажами № 6-7 Fr із фракційним промиванням зони ексудації. При наявності гострої кісти чи абсцесу підшлункової залози проводимо пункцію з одномоментним дренуванням запальних вогнищ дренажами діаметром № 6-7 Fr з наступним бактеріологічним і біохімічним контролем. При виявленні заочеревинної флегмони формуємо черезшкірну ретроперитонеостому дренажами № 18-24 Fr. Одномоментно встановлюємо не менше 2 дренажів, починаючи з зони менш вираженої ексудації. Контроль за ефективністю дренування здійснюємо сонографічно.

Ми вважаємо, що в комплексному лікуванні панкреонекрозу дренування патологічних вогнищ під контролем УЗ варто проводити довгостроково і наполегливо, незважаючи на лихоманку і симптоми інтоксикації.

Показаннями до лапаротомії вважаємо сонографічні ознаки секвестрації підшлункової залози на тлі прогресуючого інтоксикаційного синдрому, а також неможливості лаважу заочеревинного простору.

Ефективність застосування міні-інвазивних втручань під УЗ-контролем при панкреонекрозі склала 92 %.

З 513 виконаних міні-інвазивних втручань, ускладнення зареєстровані у 9 (1,7 %) хворих. Летальних випадків не було.

Висновки. Отримані нами результати свідчать про те, що пункційні методи діагностики й лікування під ультразвуковим контролем можуть і повинні ширше використовуватися у невідкладній абдомінальній хірургії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баб'як Т.Е., Шахова Т.І., Чикало А.Т. Черезшкірні тонко-голкові втручання у комплексному лікуванні рідинного утворення печінки //Клінічна хірургія. – 2002. – №5-6. – С.3.
2. Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Васильєв О.О. Діагностична та інтервенційна сонографія гострого панкреатиту //Матеріали науково-практичної конференції “Актуальні питання діагностики і лікування гострого панкреатиту”. – Львів, 2002. – С.79-83.
3. Конькова М.В. Новые возможности сонографии в диагностике и лечении острого панкреатита // Хірургія України. – 2003. –№ 3 (7). – С.42-45.
4. Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Крыжевский В.В. Хирургическое лечение инфицированного некротического панкреатита // Клінічна хірургія. – 2002. – №5-6. – С.55.
5. Нестеренко Ю.А., Михайлузов С.В., Моисеев Е.В. Малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвука в абдоминальной ургентной хирургии. Актуальные проблемы современной хирургии. Международный хирургический конгресс. Труды конгресса, Москва. 2003 г. – С. 47.
6. Павловский М.П., Чикало А.Т., Лерчук М.О. Переяслов А.А., Вацеба Е.М., Жемела В.Г. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту. // Клінічна хірургія, 2003. – №1. – С.31-32.
7. Chopra S, Dodd G.D. 3rd, Mumbower AL, Chintapalli KN, Schwesinger W.H., Sirinek K.R., Dorman J.P., Rhim. Treatment of acute cholecystitis in non-critically ill patients at high surgical risk: comparison of clinical outcomes after gallbladder aspiration and after percutaneous cholecystostomy// Am. J. Roentgenol. – 2001. – №176(4). – P.1025-1031.
8. Kinoshita H., Imayama H., Hashimoto M., Sato S., Hashino K., Hara M., Yatsugi H., Aoyagi S. Two cases of biliary hemorrhage after percutaneous transhepatic biliary drainage in which transcatheter arterial embolization was effective // H. Kurume Med. J. – 2000. – №47(2). – P.183-187 .

УДК 616.381-002-089

Особливості хірургічного лікування хворих з гострим розлитим перитонітом

Р.В. БОНДАРЕВ

Луганський державний медичний університет

THE PECULIARITIES OF SURGICAL TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ACUTE EXTENSIVE PERITONITIS

R.V. BONDAREV

Luhansk State Medical University

На підставі досвіду застосування різних видів оперативних втручань, післяопераційних санацій і вивчення результатів лікування в 59 хворих з гострим розлитим перитонітом було встановлено, що лапароскопічні операції і відеолапароскопічні санації (ВЛС) приводять до значного зменшення числа ускладнень. При застосуванні ВЛС число нагноєнь серединної рани зменшилося в 6 разів. Вважають, що застосування ВЛС у клінічній практиці патогенетично обґрунтовано. Ефективність ВЛС визначається їхнім своєчасним застосуванням на початковому етапі мікробної і ферментної токсемії, коли починається їхнє надходження в кровотік, лімфу.

On the basis of the experience on applying of different methods of operative interferences, postoperative sanitations and studying the treatment results among 59 patients with acute extensive peritonitis, it was determined that laparoscopic operations and videolaparoscopic sanitations (VLS) lead to considerable reduction of complications. At the application of VLS the number of middle wound suppuration has decreased by 6 times. The VLS application in clinical practice is considered to be pathogenetically grounded. The VLS efficiency is denoted by their timely usage at the early stage of microbe and enzyme toxemia, when they arrive at the blood circulation and lymph.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Результати лікування хворих з гострим розлитим перитонітом (ГРП) при оптимальному сполученні хірургічної тактики й адекватної антибактеріальної, інтенсивної терапії залишаються незадовільними [2, 3, 4]. Завдяки прогресові в галузі молекулярної біології, імунології, біохімії стало очевидним, що розвиток органно-системних ушкоджень насамперед пов'язаний з неконтрольованим поширенням з первинного вогнища інфекційного запалення запальних медіаторів, наступною активацією під їхнім впливом макрофагів в інших органах і тканинах, виділенням аналогічних ендогенних субстанцій.

У цьому зв'язку питання теоретичної і практичної значимості вибору хірургічної тактики, якості інтра- і післяопераційної санації черевної порожнини, як найбільш істотного фактора місцевої детоксикації, здобувають винятковість і вимагають подальшого дослідження.

Метою даного дослідження є аналіз власних результатів застосування різних видів оперативного втручання і післяопераційної санації черевної порожнини в хворих на ГРП різної етіології.

Матеріали і методи. В основу дійсного дослідження покладені результати порівняльної клінічної характеристики ефективності лікування хворих на ГРП. Вік хворих на ГРП складав від 15 до 72 років. Серед хворих, що спостерігались, переважали пацієнти з тяжким і у край тяжким перебігом захворювання (оцінка ваги фізичного стану проведена за шкалою SAPS [3]). Розподіл хворих по наявності або відсутності в них системної запальної реакції і синдрому множинних органних порушень, відповідно до критеріїв шкали SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment), показало, що у всіх пацієнтів, що спостерігаються, відзначені явища SIRS. При цьому явища SOFA спостерігались в 42,9 % хворих.

Тяжкість стану хворих збільшувалася наявністю супутніх захворювань, виявлених у 28,8 % хворих. Причиною виникнення ГРП служили травматичні ушкодження органів черевної порожнини – 21 спостереження, післяопераційний перитоніт – 15, деструктивний холецистит – 15, гостра кишкова непрохідність – 8. За характером оперативного втручання і тактикою ведення післяопераційного періоду хворі були розділені на три групи.

У першу групу ввійшло 18 хворих, у яких оперативне втручання виконано “відкритим” способом і закінчено широким дрениванням черевної порожнини через контрапертури в підреб’ях і в клубових ділянках різними видами дренажів, а краї лапаротомної рани зближені окремими вузловими швами через усі шари черевної стінки. У післяопераційному періоді проводили планові етапні санації черевної порожнини до стихання запального процесу.

Другу групу склав 21 хворий, у яких оперативні втручання здійснені комбінованим способом. Методологічно вони включали три етапи: 1) лапароскопічний, при якому встановлювали джерело перитоніту, оцінювали ступінь виразності запального процесу в черевній порожнині і проводили, по-можливості, первинну санацію; 2) відкрита лапаротомія – усували джерело перитоніту, проводили інтраопераційну санацію черевної порожнини, її дренивання й ушивання лапаротомної рани; 3) післяопераційний відеолапароскопічний – здійснювали динамічний контроль за перебігом запального процесу в черевній порожнині і проводили ще відеолапароскопічну санацію (ВЛС).

У третю групу ввійшли 20 хворих, у яких використовували лапароскопічний спосіб операції, що включав два етапи: 1) верифікація джерела перитоніту, оцінка ступеня запального процесу, усунення джерела перитоніту, первинна санація черевної порожнини, дренивання черевної порожнини; 2) післяопераційна відеолапароскопічна санація.

Усім хворим, що госпіталізовані, на ГРП проводили загальклінічні, гематологічні дослідження. Для розробки об’єктивних критеріїв до проведення післяопераційних санацій, оцінки їхньої ефективності проведені порівняльні морфологічні дослідження з використанням загальногістологічних, гістохімічних, імуногістохімічних і морфологічних методик дослі-

дження. При виконанні морфометричних досліджень керувалися основними положеннями, викладеними у посібниках Г.Г. Автандилова [1]. ВЛС проводили за розробленою методикою [2].

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася за допомогою програми Excel на комп’ютері OEM IBM PC/AT Pentium. У залежності від виду розподілу вихідних даних визначалися параметричні і непараметричні показники й інші прикладні програми з пакета “Статистика”.

Результати досліджень та їх обговорення.

При первинному огляді хворих звертали на себе увагу висока тахікардія, задишка, адинамія, акроціаноз, блідість шкірних покривів. Чітко вимальовувалися клінічні ознаки важкого гнійно-запального процесу: підвищення температури тіла, порушення гемодинаміки, спрага, сухість слизуватих, наявність нудоти, блювоти, відсутність кишкових шумів. При об’єктивному огляді відзначався розлитий біль у животі при пальпації, розповсюджена напруга передньої черевної стінки, позитивні симптоми подразнення очеревини.

Під час операції в черевній порожнині виявлена велика кількість гною, жовчі з каловим запахом. Очеревина покрита петехіальними крововиливами. Петлі кишечника спаяні між собою нашаруваннями фібрину, у просвіті їх виявляється вільна рідина. Природні простори в черевній порожнині у деяких хворих були запаяні за рахунок пухкого інфільтративного з’єднання парієтальної очеревини з близько розташованими органами, великим сальником. При мікроскопічному дослідженні парієтальна очеревина на окремих ділянках зі збереженням мезотеліального покриву, шаром фібринозної плівки просякнута поліморфноядерними лейкоцитами, що розпадаються, або незміненими. У ряду хворих очеревина була практично позбавлена мезотеліального шару. Субмезотеліальний шар на значному протязі некротизований. Характерною рисою є наростання лейкоцитарно-макрофагальної реакції, прогресування дисциркуляторних розладів у мікрогемодинамічному руслі (МГЦР), обумовлених осередковою дезорганізацією колагенових волокон базальних мембран капілярів і венул, що сприяє зростанню проникності судин мікроциркуляторно-

го русла і лейкодіapedезу. В усіх шарах очеревини виявляються інфільтрати, що складаються з нейтрофільних поліморфноядерних лейкоцитів (НПЯЛ), лейкоцитів, лімфоцитів і одичних макрофагів. Кількісні морфологічні показники судинно-мезенхіальної реакції в очеревині виявили таке: МГЦР – $0,5112 \pm 0,0219$, НПЯЛ – $0,2614 \pm 0,0431$, макрофаги – $0,0039 \pm 0,0010$, фібробласти – $0,1203 \pm 0,0092$.

Таким чином, представлена коротка клініко-морфологічна характеристика свідчить про тяжкий перебіг ГРП у хворих, що спостерігаються.

У результаті порівняльного аналізу інтраопераційних знахідок, післяопераційного перебігу хвороби, клінічних морфологічних даних, характеру і результатів лікування дали можливість дійти до такого висновку.

Серед хворих першої групи в процесі виконання першого оперативного втручання були визначені показання до програмних (етапних) санацій: післяопераційний перитоніт, у тому числі при неспроможності швів на органах шлунково-кишкового тракту, множинні внутрішньочеревні абсцеси, масивні фібринозні нашарування, наявність зон некрозу очеревини або внутрішніх органів, видалити які немає можливості.

У процесі лікування виражений детоксикаційний ефект у 8 хворих відзначений на 5-ту добу післяопераційного періоду після двох етапних санацій. До цього часу стали зменшуватися ознаки інтоксикації, хворі переставали пред'являти скарги на болі в животі, зменшувалася тахікардія в середньому до $92 \pm 2,1$ удари за 1 хвилину, знижувалася температура до $37,4^{\circ}\text{C}$, петлі кишечника очищалися від фібрину, з черевної порожнини зникав гній, у черевній порожнині була наявна невелика кількість ексудату, але він не мав такого смердючого запаху, як у попередні доби лікування. Гістологічне дослідження біоптатів очеревини на 5-у добу лікування свідчило про домінування процесів регенерації над альтеративно-запальними процесами. Усе це дозволило закрити черевну порожнину до дренажів після другої етапної санації.

Навпаки, у 13 пацієнтів загальний стан залишався важким. Клінічні ознаки, що спостерігалися, свідчили про глибокі порушення в життєво важливих системах організму і не-

лику ефективність проведеної детоксикаційної терапії.

Серед них під час третьої етапної санації мали місце випадки, де запальний процес у черевній порожнині продовжувався. Найбільш типовою місцевою картиною в черевній порожнині в них був не тільки виражений інфільтративно-спайковий процес між парієтальною очеревиною, органами черевної порожнини, але і різке дифузне інфільтративне потовщення стінок тонкої кишки, шлунка, запальні зміни з боку брижів тонкої кишки і великого сальника. У біоптатах очеревини були відсутні ознаки формування грануляційної тканини, мали місце збільшення числа макрофагів (у 3,9-5,8 раза), наявність крайового стояння і міграції лейкоцитів за межі судинної стінки.

Інтерес викликає той факт, що в даних пацієнтів, незважаючи на ліквідацію міжкишкових гнійників, зрощень, ретельний туалет черевної порожнини, на повторній санації картина, як правило, повторювалася. Відсутність позитивної динаміки клініко-морфометричних показників служило протипоказанням до поширеного ушивання черевної порожнини і видалення дренажів. Важкий стан у 10 пацієнтів не дозволяв проводити подальші етапні санації. Важливо також відзначити і те, що, починаючи вже з другої санації, в тканинах черевної стінки спостерігалися набряк, гіперемія, інфільтрація, ділянки фібринозних нашарувань, просочування тканин серозно-гнійним вмістом, а в 9 хворих прорізування швів.

У хворих першої групи ускладнення відзначені у 18 випадках (прогресування ГРП – 10, кишкові нориці – 2, спайкова кишкова непрохідність – 2, нагноєння ран – 18). Летальний результат відзначений у 9 хворих. Таким чином, програмні санації в хворих першої групи виявилися ефективними в 12 хворих (57,1 %).

Необхідність проведення ВЛС у хворих другої, третьої груп в післяопераційному періоді визначається під час першої лапаротомії в таких випадках: при фібринозно-гнійному характері перитонеального ексудату, наявності масивних нашарувань фібрину на очеревині, петлях кишечника, сальника, при вираженій запальній реакції з боку очеревини (МГЦР – $0,4429 \pm 0,0231$, НПЯЛ – $0,1314 \pm 0,0546$, макрофаги – $0,0046 \pm 0,0013$, фіброб-

ласти – $0,1238 \pm 0,0203$). ВЛС проводилася через 18-24 годин після операції.

Ознаки сприятливого перебігу найближчого післяопераційного періоду були стабільними у 14 хворих після двох ВЛС, а у 24 – після трьох ВЛС. Санації черевної порожнини забезпечували ефективне механічне видалення фіксованого на очеревині, сальнику, петлях кишечника фібрину, активну евакуацію перитонеального ексудату, а також дозволяли візуально й об'єктивно контролювати перебіг запального процесу в черевній порожнині. У 3 хворих цієї групи під час ВЛС було виявлене прорізування швів кишкових анастомозів. Їм були додатково накладені шви, а лінія швів герметизована пластиною "Тахокомб". При повторній ВЛС відзначена позитивна динаміка перебігу процесу, що дозволило відмовитися від застосування активного хірургічного втручання.

У 3 хворих під час ВЛС були виявлені ознаки несприятливого перебігу запального процесу в черевній порожнині. Були проведені ревізії черевної порожнини, розкриття множинних абсцесів. При повторній ВЛС відзначена позитивна динаміка перебігу запального процесу, в продовженні динамічної ВЛС їм не було потреби.

Лапароскопічний спосіб операції в хворих, що спостерігались, виявився ефективним і безпечним методом лікування. При цьому важливим моментом операції є правильна об'єктив-

на оцінка характеру запального процесу. Слід зазначити, що при ВЛС ми практично відмовилися від грубих рукавичко-гумових дренажів, використовували хлорвінілові трубки строго індивідуально. Серед хворих, що спостерігались, другої, третьої груп ускладнення відзначені в 3 (прогресування ГРП, нагноєння рани – 3). Летальний результат відзначений у 1 хворого. Таким чином, порівнюючи результати лікування хворих на ГРП із застосуванням програмних санацій і ВЛС, ми знайшли, що етапні санації супроводжуються великим числом ускладнень, серед них такі, як прогресування ГРП, спайкова кишкова непрохідність, кишкові нориці. При застосуванні ВЛС число нагноєнь серединної рани зменшилося в 6 разів.

Висновки. Отримані дані свідчать, що застосування ВЛС у клінічній практиці патогенетично обгрунтовано. ВЛС дозволяють регулярно видаляти гнійний ексудат, плівки фібрину, що підтримують запалення в черевній порожнині, а також візуально контролювати перебіг патологічного процесу і вчасно ліквідувати нові вогнища деструкції тканин. Ці заходи сприяють розривові патогенетичного замкнутого кола, пусковим механізмом якого є мікробні токсини, що всмоктуються з черевної порожнини. Ефективність ВЛС визначається їхнім своєчасним застосуванням на початковому етапі мікробної і ферментної токсемії, коли починається їхнє надходження в кровотік і лімфу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Автандилов Г.Г. Введение в количественную патологическую морфологию. – М.: Медицина, 1980. – 216 с.
2. Бондарев Р.В., Бондарев В.И. К вопросу о видеолапароскопической санации брюшной полости у больных с острым разлитым перитонитом // Український медичний альманах. – 2003. – Т.6, №5. – С. 20-22.
3. Саенко В.Ф. Принципы антибактериальной терапии абдоминальной инфекции // Матеріали XX з'їзду хірургів України. – Тернопіль, 2002. – С. 307-308.
4. Гнойный перитонит: патофизиология и лечение / Под ред. А.Я. Цыганенко. – Харьков: "Контраст", 2002. – 280 с.

Профілактика тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів після лапароскопічної холецистектомії з приводу гострого холецистити

М.Д. ВАСИЛЮК, А.Г. ШЕВЧУК, В.М. ФЕДОРЧЕНКО, С.М. ВАСИЛЮК

Івано-Франківська державна медична академія

PROPHYLAXIS OF THROMBOEMBOLIC COMPLICATIONS IN PATIENTS AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY PERFORMED BY THE REASON OF ACUTE CHOLECYSTITIS

M.D. VASYLYUK, A.G. SHEVCHUK, V.M. FEDORCHENKO, S.M. VASYLYUK

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Проведено аналіз розвитку тромбоемболічних ускладнень у 442 хворих на гострий холецистит, яким була виконана лапароскопічна холецистектомія. Встановлено, що післяопераційна профілактика низькомолекулярними гепаринами є ефективним заходом і повинна бути обов'язковою в комплексному хірургічному лікуванні цих хворих, а в хворих з високим ризиком розвитку ТЕУ – доповнена використанням пристрою імітованого ходіння.

In 442 patients with acute cholecystitis to whom laparoscopic cholecystectomy was performed the measures for thromboembolic complications prophylaxis were carried out. There was shown the expediency of using the low molecular weight heparins in prophylaxis of the thromboembolic complications. It is the effective measure to be obligatory in the complex treatment of the patients and in patients with high risk of development of thromboembolic complications it must be combined with usage of device of imitated pacing.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Пошук ефективних профілактичних заходів попередження тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) у хворих після лапароскопічних оперативних втручань має важливе клінічне значення, оскільки виникнення таких ускладнень в останні роки має тенденцію до зростання.

Тривале перебування післяопераційних хворих в ліжку і обмеження рухів нижніх кінцівок призводить до сповільнення венозного кровотоку і виникнення ТЕУ. Ризик їхнього розвитку різко зростає на фоні варикозної хвороби, посттромбофлебітичного синдрому нижніх кінцівок чи хронічної клапанної недостатності глибоких вен. Крім цього, тривалий пневмоперитонеум при виконанні лапароскопічних оперативних втручань є додатковим фактором, який може спричинити появу тромбозу глибоких вен і тромбоемболії легеневої артерії, яка у країнах Європи займає третє місце серед причин смерті [1].

Доведено, що тотальна профілактика розвитку ТЕУ обходиться набагато дешевше, ніж їхнє лікування при відсутності профілактичних заходів [2].

В.Ф.Саєнко і співавт. [3] на підставі відомих факторів ризику розподіляють всіх хірургічних пацієнтів згідно із ступенем ризику виникнення ТЕУ на три групи: низький, помірний і високий.

До низького ступеня ризику відносять:

– оперативні втручання у пацієнтів віком до 40 років за відсутності факторів ризику;

– оперативні втручання у пацієнтів 40-60 років тривалістю менше 30 хвилин за відсутності факторів ризику;

– лапароскопічні втручання у пацієнтів віком до 60 років.

До помірного:

– загальнохірургічні втручання у хворих віком 40-60 років тривалістю понад 30 хвилин;

– оперативні втручання у пацієнтів віком 40-60 років тривалістю менше 30 хвилин за наявності факторів ризику;

– оперативні втручання у пацієнтів віком до 40 років на фоні тривалого вживання глюкокортикоїдів, оральних контрацептивів, ожиріння II ступеня або інших факторів ризику;

– міні-інвазивні або лапароскопічні втручання у пацієнтів віком понад 60 років.

До високого:

– загальнохірургічні та урологічні оперативні втручання у хворих віком понад 60 років;

– загальнохірургічні оперативні втручання у хворих віком понад 40 років з ТЕУ в анамнезі і в онкологічних хворих;

– ортопедичні втручання значного обсягу на нижніх кінцівках;

– будь-який обсяг втручання за наявності ожиріння III ступеня;

– тромбофілія.

Матеріали і методи. Нами проведено аналіз 442 карт стаціонарного хворого пацієнтів, яким була виконана лапароскопічна холецистектомія з приводу гострого деструктивного холециститу в клініці факультетської хірургії за період з 1995 по 2003 рік. При аналізі ТЕУ всі пацієнти були поділені на три групи. Першу групу склали 128 хворих, які були прооперовані в період з 1995 по 1998 роки, другу – 171, прооперований з 1999 по 2001 роки та третю – 143, прооперовані в 2002-2003 роках.

В основу поділу були покладені особливості медикаментозної профілактики ТЕУ в клініці за ці періоди. Так, в пацієнтів першої групи профілактику проводили тільки в 26 хворих, в яких був високий ступінь ризику розвитку ТЕУ, а також при наявності суб- чи декомпенсованого варикозного розширення підшкірних вен. Профілактика включала три основних заходи: компресійну терапію шляхом бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом безпосередньо перед операцією та в післяопераційний період, активне ведення пацієнтів після операції та введення гепарину по 2,5 тис. ОД через 6 годин, починаючи з першої післяопераційної доби.

Серед хворих другої групи профілактику ТЕУ проводили в 74 пацієнтів з високим і помірним ступенем ризику. Медикаментозні заходи включали в себе активне післяопераційне ведення хворих, перед- та післяопераційну компресійну терапію (еластичне бинтування нижніх кінцівок) та підшкірне введення 0,3 мл фраксипарину (у 57) чи 2,5 тис ОД гепарину через 6 годин (у 17), починаючи з першої післяопераційної доби.

У хворих третьої групи профілактику ТЕУ проводили у всіх без винятку хворих, незважаючи на ступінь її ризику. Загальноприйнятими заходами були активне ведення хворих після операції та підшкірне введення 0,3 мл фраксипарину (у 98) чи

20 мг клексану (у 45). Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом не вважали обов'язковим профілактичним заходом і залишали рішення про доцільність його застосування за хірургом, який виконував операцію.

У 22 пацієнтів третьої групи з перенесеним в анамнезі гострим тромбофлебітом підшкірних вен, гострим тромбозом глибоких вен чи декомпенсованим варикозним розширенням підшкірних вен поряд з введенням низькомолекулярних гепаринів (НМГ) застосовували пристрій імітованого ходіння Г. Маліновського (United States Patent № 5,399,139), в конструкцію якого нами були внесені певні зміни. Пристрій складається з механізму підтримки підвішених на пружинах стремени. При вставленні стопи в стремени і в відповідь на короткий рух вниз еластичні частини пристрою починають коливатися вгору і вниз, імітуючи ходіння. Лікування починали в першу операційну добу. Навантаження на нижні кінцівки дозували поступово, починаючи з 8-10 рухів і на 2-3 добу доводили до 15-20 з періодичними перервами по 5-6 хвилин з наступним повторенням 2-3 рази. Такі сеанси виконували через кожні 1,5-2 години.

Більшості прооперованих пацієнтів всіх груп рекомендували вставати з ліжка наприкінці операційної чи першої післяопераційної доби. Виняток становили хворі літнього віку з тяжкою супровідною серцево-судинною і дихальною патологією, яка подовжувала період реконвалесценції.

Результати досліджень та їх обговорення. Всього в першій групі було 26 (20,3 %) хворих, у яких в післяопераційному періоді виникли ТЕУ. Значно вища частота розвитку ТЕУ спостерігалася в тих хворих, в яких не проводилися профілактичні заходи. Вона становила 13,3 проти 7,0 % у хворих, яким вводили гепарин та виконували еластичне бинтування нижніх кінцівок (табл. 1). Після цих заходів, незважаючи на високий ризик розвитку ТЕУ, в жодного з них не розвинулася тромбоемболія легеневої артерії і летальності від цього ускладнення не було, на відміну від хворих, в яких не проводили профілактичних заходів, де спостерігався один випадок смерті від масивної тромбоемболії легеневої артерії.

Серед 171 хворого другої групи ТЕУ спостерігалися у 33 (19,3 %). Серед пацієнтів, у яких не проводили профілактичних заходів, частота ускладнень склала 12,3 %, причому 6,4 % з них становив гострий тромбоз литкових вен (табл. 2). Серед цих

Таблиця 1. Характеристика ТЕУ у хворих на гострий холецистит, прооперованих в 1995-1998 рр. (n = 128)

Ускладнення	Не проводилася профілактика (n = 102)	Проводилася профілактика гепарином (n = 26)
Гострий тромбоз литкових вен	8 (6,2 %)	4 (3,1 %)
Гострий тромбофлебіт варикозно розширених вен нижніх кінцівок	7 (5,5 %)	3 (3,1 %)
Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії	1 (0,8 %)	2 (1,9 %)
Масивна тромбоемболія легеневої артерії	1 (0,8 %)	-
Всього	17 (13,3 %)	9 (7,0 %)
Летальність, спричинена ТЕУ	1 (0,8 %)	-

Таблиця 2. Характеристика ТЕУ у хворих на гострий холецистит, прооперованих в 1999-2001 рр. (n = 171)

Ускладнення	Не проводилася профілактика (n = 97)	Проводилася профілактика фраксипарином (n = 57)	Проводилася профілактика гепарином (n = 17)
Гострий тромбоз литкових вен	11 (6,4 %)	4 (2,3 %)	5 (2,9 %)
Гострий тромбофлебіт варикозно розширених вен нижніх кінцівок	6 (3,5 %)	1 (0,6 %)	-
Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії	4 (2,3 %)	-	1 (0,6 %)
Масивна тромбоемболія легеневої артерії	-	-	1 (0,6 %)
Всього	21 (12,3 %)	5 (2,9 %)	7 (4,1 %)
Летальність, спричинена ТЕУ	-	-	1

пацієнтів не спостерігалось жодного випадку масивної тромбоемболії легеневої артерії. Найнижча частота ускладнень (2,9 %) спостерігалась серед хворих, в яких проводили введення фраксипарину в профілактичних дозах.

Частота ускладнень серед пацієнтів, яким вводили гепарин, була значно нижчою, ніж у хворих, в яких не проводили профілактики ТЕУ, і становила 4,1 %. В цій категорії пацієнтів спостерігали 1 випадок масивної тромбоемболії легеневої артерії, яка спричинила смерть.

Серед хворих третьої групи, де, незважаючи на ступінь ризику розвитку ТЕУ, вважали обов'язковим введення фраксипарину чи клексану впродовж перших трьох післяопераційних діб з подаль-

шим пероральним прийомом 0,125 мг аспірину впродовж 7-10 діб, загальна частота ТЕУ складала 4,9 % (табл. 3).

В жодному випадку не спостерігалось масивної тромбоемболії легеневої артерії. В 2 пацієнтів, незважаючи на введення низькомолекулярних гепаринів, розвинулися клінічні ознаки гострого тромбозу литкових вен: біль в ділянці литки, незначна пастозність гомілковостопного суглоба і стопи, позитивний симптом Номанса. Подібна симптоматика спостерігалась впродовж 4-6 діб і після проведеного консервативного лікування зникла.

Як показали наші клінічні спостереження, венотромбоз частіше виникав на 3-5 добу після виконаної операції, чому в певній мірі сприяє пору-

Таблиця 3. Характеристика ТЕУ у хворих на гострий холецистит, прооперованих в 2002-2003 рр. (n = 143)

Ускладнення	Проводилася профілактика фраксипарином (n = 98)	Проводилася профілактика клексаном (n = 45)	Профілактика НМГ + пристрій Г.Маліновського (n = 22)
Гострий тромбоз литкових вен	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)	-
Гострий тромбофлебіт варикозно розширених вен нижніх кінцівок	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)	1 (0,7 %)
Тромбоемболія дрібних гілок легеневої артерії	1 (0,7 %)	-	-
Масивна тромбоемболія легеневої артерії	-	-	-
Всього	4 (2,8 %)	2 (1,4 %)	1 (0,7 %)
Летальність, спричинена ТЕУ	-	-	-

шення рівноваги між згортальною і протизгортальною системами крові, яке обумовлене запальним патологічним процесом, операційною травмою, пневмоперитонеумом та певною крововтратою. Запорукою профілактики виникнення тромбозів у цих хворих, в першу чергу, є ранні фізичні вправи або активне ведення післяопераційного періоду, що пришвидшує венозний відтік.

Враховуючи це, вважали застосування пристрою імітованого ходіння Г. Маліновського у 22 хворих з високим ступенем ризику розвитку ТЕУ патогенетично обґрунтованим. Відомо, що при скороченні м'язів гідродинамічний венозний тиск підвищується, що забезпечує поступлення крові в проксимальні відділи вен. Розслаблення м'язів призводить до його зниження. Але рефлюксу крові в дистальні відділи кінцівки запобігають повноцінні венозні клапани. При поєднаній роботі периферичного венозного серця усувається фізіологічний перерозподіл крові, який виникає при тривалому впливі гравітаційного фактора і розслабленні скелетної мускулатури кінцівки. Тривале перебування післяопераційних хворих в ліжку і обмеження рухів нижніх кінцівок призводить до сповільнення венозного кровотоку і виникнення тромбування в підшкірних або глибоких венах кінцівки. Ризик розвитку таких ускладнень різко зростає на фоні варикозної хвороби, посттромбофлебітного синд-

рому нижніх кінцівок чи хронічної клапанної недостатності глибоких вен.

Серед цієї категорії хворих тільки в 1 випадку спостерігали гострий тромбофлебіт варикозно розширеної великої підшкірної вени на лівій нижній кінцівці. Враховуючи літній вік пацієнтки і наявність супровідної серцево-судинної патології, їй була виконана операція Троянова-Тренделенбурга під місцевої анестезією і призначена консервативна терапія. Пацієнтка була виписана на 11 післяопераційну добу у задовільному стані.

Висновки. 1. При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит після операційна профілактика ТЕУ є обов'язковою. 2. Найбільш ефективними заходами для профілактики ТЕУ слід вважати призначення НМГ: клексану по 20 мг або фраксипарину по 0,3 мл впродовж перших 3 післяопераційних діб з подальшим пероральним прийомом 0,125 г аспірину впродовж 7-10 діб. Бинтування нижніх кінцівок еластичним бинтом не є обов'язковим і рішення про його застосування хірург повинен приймати в кожному випадку індивідуально. 3. У пацієнтів літнього віку з перенесеним в анамнезі гострим тромбофлебітом підшкірних вен, гострим тромбозом глибоких вен чи декомпенсованим варикозним розширенням підшкірних вен поряд з введенням НМГ доцільно застосовувати пристрій імітованого ходіння Г. Маліновського.

ЛІТЕРАТУРА

1. Zaccaria A., Giannoni M., Speziale F. Il ruolo dei filtri cavali nella prevenzione dell'embolia polmonare e sue applicazioni emodinamiche nel distretto venoso degli altri inferiori // *Minerva Cardioangiol.* – 1998. – Vol. 46. – P. 49-56.

2. Bergqvist D., Matzsh T. Cost-benefit aspects of thromboprophylaxis // *Haemostasis.* – 1993. – Vol. 23, Suppl. 1. – P. 15-19.

3. Сасенко В.Ф., Костилев М.В., Сморгевський В.Й., Поляченко Ю.В. Профілактика венозних тромбозів та емболій.– К.:Макком, 2001. – 120 с.

Невідкладні дренажувальні втручання як напрямок до удосконалення лікувальної тактики у хворих на некротичний панкреатит

П.Г. КОНДРАТЕНКО, О.О. ВАСИЛЬЄВ, М.В. КОНЬКОВА

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

URGENT DRAINAGE INTERVENTIONS AS A DIRECTION TO IMPROVEMENT TREATMENT TACTICS AT THE PATIENTS WITH NECROTIC PANCREATITIS

P.H. KONDRATENKO, O.O. VASYLIEV, M.V. KONKOVA

Donetsk State Medical University by M. Horky

Проведено аналіз лікування 1904 хворих на гострий панкреатит за 2000-2003 рр., хворих було поділено на дві групи. До другої групи віднесено 1035 хворих, у яких була застосована лікувальна тактика, в основу якої покладено сономоніторинг, комплексна протизапальна терапія та невідкладні мінівазивні хірургічні втручання. Прооперовано 114 (11 %) хворих. Лапаротомії склали 7,0 %. Післяопераційну летальність знижено з 10,2 % до 6,4 %.

The experience of treatment of acute pancreatitis of 1904 patients with acute pancreatitis within 2000-2003 was summarized. The investigated patients were divided into two groups. In the second researched group at 1035 patients was applied treatment tactics, which is based on sonomonitoring, complex antiinflammatory therapy and urgent lowtraumatic miniinvasive interventions. 114 (11 %) patients were operated. Laparotomies have made 7,0 %, postoperative mortality is reduced from 10,2 % to 6,4 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність теми хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит (ГП) обумовлена рядом обставин. По-перше: кількість хворих на ГП щорічно збільшується, проблема набує соціального характеру. По-друге – збільшується відносна кількість хворих на некротичний панкреатит (НП). По-третє – лікування хворих на НП передбачає великі матеріальні кошти. Летальність при хірургічному лікуванні НП досягає 55-57,7 %.

Мета роботи: довести доцільність запропонованої в клініці тактики і ефективність своєчасних малоінвазивних дренажувальних хірургічних втручань.

Матеріали і методи. Проведений аналіз хірургічного лікування 1904 хворого в клініці госпітальної хірургії і ендоскопії за 2000-2003 рр. Хворі поділені на дві групи. Перша група складається з 869 хворих, у яких головним тактичним підходом був

“консервативний максимум” і лапаротомія при розвитку гнійно-некротичних ускладнень ГП. Другу групу складають 1035 хворих на ГП, у яких була застосована запропонована в останні роки лікувальна тактика. Користуємося класифікацією В.В.Савельєва, 2001р., доповненою сонографічними ознаками ГП. Ультразвукові дослідження та діапевтичні втручання виконувались на апараті SONOACE-6000 фірми Medison (Корея) із універсальним конвексним датчиком 3,5-7 МГц, стилет-дренажі типу “pig tail” F-9.

Результати досліджень та їх обговорення. В першій групі консервативно проліковано 869 хворих. Померли 6 (0,7 %). Причиною смерті став ферментативний шок. Оперовані 99 хворих. Післяопераційна летальність складала 21,2 %. За невідкладними показаннями оперовані 18 хворих, померли 7(38,9 %). У період 1-5 діб від початку консервативної терапії оперовані 49 хворих, померли – 11(22,5 %), на 6 добу і пізніше оперували 32 хворих, померли 3 (9,4 %). Смерть хворих настала

внаслідок гострої серцево-судинної недостатності (ГССН) в 12 випадках, від сепсису у 4, від ферментативного шоку у 2 і від гострої печінково-ниркової недостатності у 2 випадках. Показаннями до лапаротомії були: гнійний перитоніт, неефективність консервативної терапії, наявність високої тонкокишкової непрохідності, формування піддіафрагмальних і підпечінкових абсцесів, формування заочеревної флегмони. Лапаротомія включала скрізне дренивання сальникової сумки (СС), холецистостомію, ентеростомію, дренивання заочеревинної флегмони. 12 хворим з гострим набряковим панкреатитом була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія. Померлих не було. Післяопераційна летальність в першій групі склала 10,2 %, загальна летальність у першій групі хворих склала 2,8 %.

За удосконаленою тактикою, в основу якої покладений сономоніторинг, своєчасна діагностика ускладнень ГНП і невідкладні міні-інвазивні хірургічні втручання проліковано 1035 хворих. Консервативне лікування проведено 921 хворому. Без оперативного втручання померли 7 хворих. Причиною смерті у всіх випадках був ферментативний шок. Хворі померли у період від 2 годин до 26 годин перебування в клініці. Консервативна терапія складається з багатокомпонентної протизапальної комплексної терапії, яка у хворих з тяжким панкреатитом проводиться в умовах відділення інтенсивної терапії. Терапія включає знеболювання, корекцію розладів центральної гемодинаміки, пригнічення секреторної активності підшлункової залози (ПЗ), детоксикаційну терапію, антибактеріальну профілактику гнійних ускладнень, профілактику гострого виразкового гастриту, гепатотропну терапію, пролонгований перидуральний блок при наявності парезу кишок. При сонографічній верифікації вільної рідини у черевній порожнині невідкладно виконуємо лапароскопію або лапароцентез, і дренивання черевної порожнини (19). У 3 хворих був діагностований гнійний перитоніт, що стало показанням до лапаротомії. Операції були поширені дрениванням сальникової сумки за Бегером, холецистостомією, ентеростомією і дрениванням черевної порожнини. До ранньої секвестректомії не вдавалися. Один хворий помер на 23 добу після лапаротомії від ГССН. У 14 хворих діагностований геморагічний ферментний перитоніт з активністю α -амілази 78-152 г/год/л, дренивання черевної порожнини тривало 4-5 діб. Терапія проводилась із сономоніторингом (кожну добу) і зміною антибактеріальної терапії за результатами бактеріального дослідження.

У 9 хворих дренивання черевної порожнини було остаточною формою хірургічного втручання. Три хворих померли від ферментативного шоку з тотальним геморагічним панкреонекрозом. У двох хворих в подальшому сформувався парапанкреатичний інфільтрат, вони були проліковані консервативно.

При наявності синдрому біліарної гіпертензії виконуємо черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим наведенням (9), що надає умови до декомпресії біліарного тракту і в подальшому можливість до холецистохолангіографії на 4-5 добу від пункції ЖМ. За сонографічними даними були діагностовані абсцеси сальникової сумки (14), псевдокісти (23) ПЗ, оментобурсит (8). Відмежовані скупчення запальної рідини були пунктовані і дреновані під УЗ-наведенням із використанням дренажів розміром F-9. У кожному випадку вдавалися до бактеріального дослідження запальної рідини. Дренивання тривало від 8 діб до 9 тижнів. Лікування доповнювали санацією вогнища запалення 10 % розчином діоксиду і магніторезонансною терапією. Невеликі секвестри розмивалися і вимивалися при санації некротичних порожнин. В окремих випадках використовували активну аспірацію. При наявності скупчення інфікованої рідини в позаочеревинній клітковині вдаємося до люмботомії (2), або черезшкірної пункції і дрениванню СС, використовуючи 5 мм трокари. Після люмботомії помер 1 хворий. Сонографічні ознаки формування флегмони позаочеревинної клітковини були показанням до люмботомії (4) і подвійного черезшкірного дренивання з використанням товстих дренажів (11). Померли 2 хворих після люмботомії внаслідок синдрому поліорганної недостатності. У 5 хворих із дистальним панкреонекрозом на 2-3 тижень після дренивання СС виконали секвестректомію через лапаротомію. Ускладнень не мали. У 17 хворих із біліарним панкреатитом (діагноз встановлений при сонографії) на 2-3 добу виконані ендоскопічні втручання на великому дуоденальному сосочку, доповнені механічною літоекстракцією. Померлих і ускладнень в цій групі хворих не було.

Висновки. Використання запропонованої в клініці тактики, в основі якої лежать динамічна сонографія, багатокомпонентна протизапальна терапія, поширення показань до невідкладних малотравматичних хірургічних втручань дозволило зменшити кількість гнійних

З ДОСВІДУ РОБОТИ

ускладнень некротичного панкреатиту, зменшити кількість ранніх лапаротомій, знизити операційну летальність з 10,2 % до 6,4 %, а загальну у досліджуваній групі з 2,8 % до 1,4 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Десятерик В.І., Шаповалюк В.В. Сучасні тенденції в лікуванні деструктивного панкреатиту // Клін. хірургія. – 2000. – № 6. – С.51-54.
2. Павловський М.П., Чикайло А.Т., Левчук М.О. та ін. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту // Клін. хірургія. – 2003. – № 1. – С.31-32.
3. Копчак В.М., Хом'як І.В., Шевчук І.М., Московський Г.Ю. Сучасна тактика хірургічного лікування гострого некротичного панкреатиту // Клін. хірургія. – 2003. – № 8. – С.12-15.

УДК: 616-002. 951. 21-072. 1: 615. 849.19

Відеоторакоскопічні оперативні втручання в хірургії ехінококозу легень

С.Г. ЧЕТВЕРІКОВ

Одеський державний медичний університет, обласна клінічна лікарня

VIDEOTHORACOSCOPIC OPERATIONS IN SURGERY OF LUNG ECHINOCOCCOSIS

S.G. CHETVERIKOV

Odessa State Medical University, Regional Clinical Hospital

Лікування ехінококозу легень є важливою проблемою сучасної хірургії. Розроблено оригінальні методики відеоторакоскопічних та відеоасистованих мініторакотомних ехінококектомій з використанням неодимового АІГ-лазерного опромінювання бронхіальних фістул та стінок залишкової порожнини. На підставі вивчення результатів лікування 196 хворих на ехінококоз легень доведено переваги використання міні-інвазивних ендоскопічних та лазерних технологій перед традиційними оперативними втручаннями у лікуванні цієї патології легень. Використання відеоторакоскопічних операцій дозволило зменшити частоту ускладнень у хворих на ехінококоз легень та зменшити тривалість їх перебування у стаціонарі у 1,8 раза.

The treatment of lung echinococcus is an important problem of modern surgery. The original technique of performance videothoracoscopic and videoassisted minithoracotomic echinococcectomies with using neodime YAG-laser irradiation of bronchial fistulas and walls of residual cavity after echinococcectomy is developed. Basing on the analysis of the results of treatment 196 patients significant advantages of miniinvasive endoscopic and laser technologies are proved at the treatment of this pathology. Use of videothoracoscopic operations has allowed to reduce frequency of complications at patients with lung echinococcus and duration of hospital stay by 1,8 times.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Одеська область є ендемічним регіоном ехінококозу. Щорічно в обласній клінічній лікарні оперується до 60 хворих на ехінококоз легень. Єдиним ефективним методом лікування ехінококозу печінки до цього часу є оперативний [3, 4, 6]. Використання існуючих на цей час антипаразитарних препаратів у лікуванні ехінококозу малоефективне, потребує тривалого їх застосування у великих дозах, що супроводжується великою частотою ускладнень [9].

Традиційним оперативним втручанням при цій патології притаманний цілий ряд істотних недоліків, одним з яких є травматичний оперативний доступ. Крім цього, при традиційних оперативних втручаннях спостерігається велика кількість ускладнень та рецидивів у післяопераційному періоді, що спонукає до розробки нових малоінвазивних методів лікування ехінококозу легень [5, 7, 8, 10]. В останні роки з'явилися поодинокі публікації, що присвячені використанню відеоторакоскопічних

оперативних втручань при ехінококозі легень, але ці методи відпрацьовані ще недостатньо [1, 2].

Вирішенням цієї проблеми займаються фахівці у центрі абдомінальної ендоскопічної хірургії МОЗ Російської Федерації (Москва), науковому центрі хірургії ім. академіка Вахідова МОЗ Республіки Узбекистан, Московській медичній академії ім. І.М. Сеченова, провідних наукових медичних центрах Туреччини, Греції, Індії, Італії, Іспанії.

Матеріали і методи. В основу роботи покладений аналіз результатів обстеження і лікування 196 хворих на ехінококоз легень, що знаходилися на лікуванні у відділенні торакальної хірургії Одеської обласної клінічної лікарні з 1998 по 2003 роки.

З 196 хворих на ехінококоз легень одностороннє ураження було у 171 (87,2 %), двостороннє – у 25 (12,8 %), поодинокі кісти – у 139 (70,9 %), множинні – у 57 (29,1 %). Ускладнений ехінококоз легень був у 52 хворих (26,5 %),

ускладнений ехінококоз печінки з печінково-легеневими комунікаціями – у 7 хворих. Серед оперованих хворих було 91 чоловік і 105 жінок віком від 6 до 72 років. Середній вік пацієнтів – (32,3±6,8) року.

18 пацієнтам (9,2 %) виконані відеоторакоскопичні ехінококектомії з легень, 4 пацієнтам (2,0 %) – відеоасистовані ехінококектомії з міні-торакотомного доступу, 43 хворим (22,4 %) – торакотомна резекція частини легені (атипова лобектомія) з кістою, 131 хворому (68,2 %) – торакотомна ехінококектомія з легень.

Відеоторакоскопичні та відеоасистовані операції виконували з бокового доступу з обов'язковим виключенням з вентиляції оперованої легені. Через десятиміліметровий торакопорт, встановлений у VII міжребер'ї по задньопухвовій лінії, виконували огляд плевральної порожнини і визначали оптимальне міжребер'я для установки торакопортів. Для проведення ендоторакальних маніпуляцій додатково встановлювали два п'ятиміліметрових торакопорти по передній і середній пахвових лініях, причому міжреберні проміжки вибиралися у кожному випадку індивідуально. Після пункції й аспірації вмісту кісти (рис. 1) ендоножицями розсікали стінку фіброзної капсули та видаляли оболонки товстим (діаметром 10 мм) електровідсмоктувачем (рис. 2). Надлишок фіброзної капсули висікали. Стінки залишкової порожнини обробляли марлевим тупфером, змоченим 1 % розчином бетадину. Надалі проводили ендовідеоскопію залишкової порожнини для візуалізації бронхіальних норниць (рис. 3). У 4 хворих при наявності великих (більше 3 мм у діаметрі) бронхіальних норниць



Рис. 1. Пункція ехінококової кісти із аспірацією рідкого вмісту.

ми виконували міні-бокову торакотомію довжиною не більше 5 см у відповідному до локалізації паразита міжреберному проміжку і ушивали бронхіальну норлицю П-подібними швами з використанням традиційної техніки.

У інших 18 хворих в залишкову порожнину вводили 10-20 мл 1 % розчину бетадину. За допомогою анестезіолога включали в акт дихання оперовану легеню та за появою міхурів повітря виявляли дрібні бронхіальні фістули. Розчин бетадину видаляли з залишкової порожнини, а дрібні бронхіальні фістули коагулювали неодимовим АІГ-лазером за допомогою введення в їх просвіт кварцевого волокна світловода при вихідній потужності випромінювання 20-30 Вт і експозиції від 3 до 10 с. Додатково у безконтактному режимі виконували коагуляцію устя норлиці, що при невеликих її розмірах дозволяло досягти стійкого аеростазу. Операцію завершували обробкою залишкової порожнини 1 % розчином бетадину, дренажуванням плевральної порожнини двома дренажами та ушиванням торакотомної рани.

У післяопераційному періоді всім пацієнтам призначався мебендазол по 50 мг на 1 кг маси тіла на добу, а протягом останнього року – ворміл (альбендазол) по 10 мг/кг маси тіла на добу, у середньому по 1 таблетці 400 мг двічі на добу протягом 3 тижнів.

Результати досліджень та їх обговорення. У 18 пацієнтів удалося виконати операцію без переходу до торакотомії. У 4 пацієнтів через наявність великих бронхіальних фістул та технічні складнощі їх закриття з відеоендоскопічного доступу виконували міні-торако-



Рис. 2. Видалення хітинових оболонок електровідсмоктувачем.

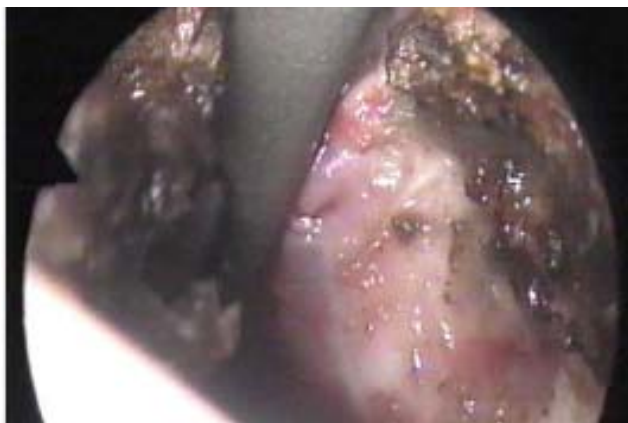


Рис. 3. Ендовідеоскопія залишкової порожнини.

томію безпосередньо над паразитарною кістою і ушивали норицю П-подібними швами. Виконання міні-торакотомії несуттєво збільшувало травматичність операції через невеликий розмір розтину. Тривалість операції як при відеоторакокопічних, так і при відеоасистованих операціях склала від 40 до 70 хвилин. На другу добу хворі починали ходити і приймати їжу. Дренаж із плевральної порожнини видалявся на 2-3 добу. Тривалість перебування в стаціонарі склала 3-5 діб ($3,8 \pm 1,2$ доби). При спостереженні за пацієнтами в терміни від 6 до 12 місяців ускладнень і рецидивів захворювання не виявлено.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Шаумаров З.Ф. Видеоторакокопическая эхинококкэктомия легких // Эндоскопическая хирургия.—1999. — №1.— С.18-21.
2. Кротов Н.Ф., Расулов А.Э., Шаумаров З.Ф. Сравнительная характеристика различных методик эхинококкэктомии легкого при эхинококкозе легкого // Патология. — 1997. — №1. — С.34-35.
3. Чебышев Н.В., Стреляева А.В. Эхинококкоз органов грудной полости. — М.: Медицина, 2002. — 416 с.
4. Aarons B.J. Thoracic surgery for hydatid disease // World J Surg. — 1999. — Vol.23. № 11. — P.1105-1109.
5. De Groot M. Role of lung resection for hydatid cysts // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. — 1998. — Vol.115, № 1. — P.262-263.
6. Gottstein B., Reichen J. Hydatid lung disease (echinococcosis/

Відеоендоскопічний доступ доцільно використовувати у випадках, коли травматичність оперативного втручання на оперованому органі менша за травматичність доступу. Цим вимогам відповідає більшість випадків операцій при ехінококкозі легень, особливо неускладненому.

Висновки. Використання торакокопічного доступу дозволило значно зменшити травматичність операції, скоротити число ускладнень і тривалість перебування в стаціонарі в 1,8 раза порівняно з традиційними торакотомними операціями. Лазерна обробка дозволяє досягти повного аерогемостазу, знищити життєздатні сколекси, простерилізувати залишкову порожнину, максимально зменшити ризик виникнення рецидивів і гнійно-септичних ускладнень. Після лазерної обробки немає необхідності ушивати залишкову порожнину, що знижує ризик ушкодження судин і бронхів, розташованих у безпосередній близькості з кістою.

Подальша розробка відеоторакокопічних методик оперативних втручань при ехінококкозі легень дозволить покращити результати лікування хворих з цією патологією, зменшити частоту ускладнень, рецидивів та терміни реабілітації після операції.

- hydatidosis) // Clin. Chest Med. — 2002. — Vol.23, № 2. — P.397-408.
7. Isitmangil T., Sebit S., Tunc H. et al. Clinical experience of surgical therapy in 207 patients with thoracic hydatidosis over a 12-year-period // Swiss Med. Wkly. — 2002. — Vol.132, № 12. — P.548-552.
8. Kashyap A.S., Kashyap S. Thoracic echinococcosis // N. Engl. J. Med. — 2003. — Vol.348, № 22. — P.2156-2157.
9. Kurkcuoglu I.C., Eroglu A., Karaoglanoglu N. et al. Complications of albendazole treatment in hydatid disease of lung // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2002. — Vol.22, № 4. — P.649-650.
10. Salih O.K., Topcuoglu M.S., Celik S.K. et al. Surgical treatment of hydatid cysts of the lung: analysis of 405 patients // Can. J. Surg. — 1998. — Vol.41, № 2 — P.131-135.

Порівняльна оцінка аксилярного і відеоторакоскопічного доступів у лікуванні локальних форм бульозної емфіземи легень

А.Г. ВИСОЦЬКИЙ, О.Г. ГРИНЦОВ, Г.О. ГРИНЦОВ, О.В. ЯРОШЕНКО, Д.В. ВЕГНЕР

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

THE COMPARISON OF AUXILIARY MINITHORACOTOMY AND VIDEOTHORACOSCOPIC APPROACHES IN THE TREATMENT OF BULLOUSIS LUNG EMPHYSEMA

A.G. VISOTSKIY, A.G. GRINTSOV, G.A. GRINTSOV, O.V. YAROSHENKO, D.V. VEGNER

Donetsk State Medical University by M. Horky

Дослідження ґрунтуються на ретроспективному аналізі результатів хірургічного лікування 37 хворих з локальною формою бульозної емфіземи легень. Виконано 39 операцій, з них – 23 аксилярні міні-торакотомії в II міжребер'ї за розробленою авторами методикою і 16 з використанням відеоторакоскопічного доступу. Середня тривалість оперативного втручання при аксилярній міні-торакотомії склала (42 ± 7) хв, тривалість перебування в стаціонарі – $(7 \pm 1,5)$ дня. Середня тривалість відеоторакоскопічних втручань склала (39 ± 6) хв, тривалість перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді – $(8 \pm 2,5)$ дня. Аксилярна міні-торакотомія і відеоторакоскопічний доступ у хворих з локальною бульозною емфіземою є безпечними і малотравматичними, а також рівноцінними за тривалістю виконання і термінами лікування в післяопераційному періоді. Летальних випадків і рецидивів пневмотораксу (максимальний термін спостереження 19 місяців) не було.

The research is based on retrospective analysis of results of surgical treatment of 37 patients with the local form of bullous emphysema. There were performed 39 operations. Among them – 23 auxiliary minithoracotomy in II intercostals space by the procedure, developed by the authors, and 16 – with videothoracoscopic approach. The average duration of operative intervention at auxiliary minithoracotomy was 42 ± 7 min. duration of stay in a hospital – $7 \pm 1,5$ days. The average duration videothoracoscopic operations has made 39 ± 6 min. duration of stay in a hospital in the postoperative period – $8 \pm 2,5$ days. Auxiliary minithoracotomy and videothoracoscopic approach at the patients with local bullous emphysema are safem, less traumatic and similar by their duration and terms of treatment in the postoperative period. The lethal outcomes and recurrences of pneumothorax (maximum term of observation was 19 months) were not marked.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. При лікуванні локальних форм бульозної емфіземи легень, ускладненої пневмотораксом, на сучасному етапі методами вибору є відеоторакоскопічний доступ і аксилярна міні-торакотомія [1,2]. Кожний з них має визначені переваги і недоліки. У літературі ведеться широка дискусія про те, яка методика є оптимальною. Так, прихильники відеоендоскопічного методу вважають, що мінімальна травма грудної стінки при цих операціях дозволяє зменшити кількість знеболюючих засобів у післяопераційному періоді, скоротити термін перебування в стаціонарі і прискорити трудову реабілітацію хворих. Не применшуючи достоїнств методу, їхні опоненти вказують, що тривалість перебування в стаціонарі хворого після втручання нерідко визначається політикою виписування, у пацієн-

тів, які перенесли ендоскопічні втручання, відзначається більш тривале скидання газу по дренажах, а також більш високий відсоток рецидивів пневмотораксу порівняно з відкритими операціями [3]. Істотним недоліком відеоторакоскопічних втручань є висока вартість інструментарію і найважливіше – видаткових матеріалів. При використанні пахвового міні-торакотомного доступу є інші недоліки, які необхідно також враховувати: неможливість повноцінної ревізії плевральної порожнини і легені, обмеженість дій хірурга в межах зони верхньої третини гемотораксу.

Намагаючись усунути недоліки обох методів, деякі автори пропонують їхнє одномоментне поєднання: застосування відеопідтримки і міні-торакотомії, тобто так звані відеоасистовані операції. Однак, використання їх у хірургії спонтанного пневмотораксу, обумов-

леного локальною бульозною емфіземою легень, відповідно, у визначеній мірі підсумовує негативні сторони обох методів.

У цьому зв'язку метою дійсного дослідження була порівняльна оцінка результатів застосування відеоендоскопічного й аксилярного міні-торакаотомного доступу при хірургічному лікуванні хворих з локальною бульозною емфіземою, ускладненою пневмотораксом.

Матеріали і методи. Дослідження побудоване на ретроспективному аналізі результатів хірургічного лікування 37 хворих з локальною формою бульозної емфіземи легень. Під локальною формою бульозної емфіземи ми маємо на увазі поширеність бульозного процесу в межах не більше двох сегментів. Усі пацієнти були чоловічої статі у віці від 17 до 42 років. Алгоритм обстеження до оперативного лікування включав оглядову рентгенографію органів грудної порожнини (ОГП) при надходженні в стаціонар – 22 (15 хворих надійшли з рентгенограмою ОГП), торакаоскопію перед дренажуванням плевральної порожнини – 37, спіральну комп'ютерну томографію з високим дозволом – 31.

Усім хворим проведено оперативне лікування. Виконано 39 операцій (2 хворим здійснені послідовні втручання з обох сторін інтервалом у 3 місяці), з них – 23 аксилярні міні-торакаотомії в II межребер'ї за розробленою авторами методикою і 16 – з використанням відеоторакаоскопічного доступу.

Результати дослідження та їх обговорення. Єдиною клінічною маніфестацією бульозної емфіземи був пневмоторакс, причому в 9 хворих він мав рецидивний характер. Кількість епізодів пневмотораксу з іпсилатеральної сторони була від 2 до 5. У 3 пацієнтів спостерігався переміжний пневмоторакс.

У 7 спостереженнях колапс легені супроводжувався розвитком ексудативного плевриту, а в 1 випадку відзначена наявність малого гемотораксу, зв'язаного з розривом спайки. У 6 хворих сформувалася стійка легенево-плевральна фістула з тривалістю скидання газу по дренажу більше 5 діб.

Усім хворим при надходженні в стаціонар виконувалася оглядова рентгенографія органів грудної порожнини, при якій доводи-

лася наявність колапсу легені. У 8 хворих відзначений зсув органів середостіння в здорову сторону, що свідчило про напружений характер пневмотораксу. Перед дренажуванням плевральної порожнини в обов'язковому порядку виконувалася торакаоскопія. При ендоскопічному дослідженні були (повітряні міхури понад 1 см у діаметрі) виявлені в 26 хворих з переважною локалізацією в I-II сегментах. Блеби (повітряні міхури менше 1 см у діаметрі) при торакаоскопії виявлені в 7 пацієнтів. При спіральній комп'ютерній томографії були і блеби виявлені в 26 з 31 обстежених хворих. Слід зазначити, що в 4 пацієнтів, у яких бульозні зміни не виявлені при торакаоскопії, були та блеби були виявлені за допомогою комп'ютерної томографії, а в 5 випадках, коли повітряні міхури визначалися візуально, на комп'ютерних сканах вони не виявлені. Це пояснюється тим, що при торакаоскопії, коли легень колабована, були з інтрапаренхіматозної локалізації не завжди вдається візуалізувати, а при комп'ютерній томографії на тлі розправленої легені субплевральні блеби сплющуються, що утрудняє їх виявлення.

Хірургічне лікування проведено 37 хворим. Воно було спрямоване на усунення патологічного вогнища (атипова резекція легені з булами, або ендоскопічна коагуляція, або ендодолігування бул) і профілактику рецидивів пневмотораксу (плевродез). Виконано 39 операцій (2 хворим здійснені послідовні втручання по обидва боки з інтервалом у 3 місяці), з них – 23 аксилярні міні-торакаотомії в II межребер'ї за розробленою авторами методикою і 16 з використанням відеоторакаоскопічного доступу.

Аксилярну міні-торакаотомію виконували за удосконаленою нами методикою, що полягає в наступному. Хворого укладають на бік, протилежний операції, з відведеною догори і дозаду рукою. Роблять розріз шкіри, підшкірної клітковини і власної фасції пахвової ямки в проекції III ребра від нижнього краю великого грудного м'яза до нижнього краю найширшого м'яза спини довжиною 5 см. Жирову клітковину підфасціального простору пахвової ямки відшаровують догори, оголюючи другий міжреберний проміжок. Виділяють, перев'язують і перетинають бічну грудну артерію, грудочеревну вену і довгий грудний нерв, які про-

ходять в цій ділянці. Найширший м'яз спини, великий круглий і підлопатковий м'язи відшаровують від грудної стінки і відводять дозад, а великі і малі грудні м'язи – допереду. Розсікають міжреберні м'язи другого міжреберного проміжку на довжину зробленого шкірного розрізу, здійснюють гемостаз. У рану уводять ретрактор і розсовують друге і третє ребра. Після виконання основного етапу операції (атипової резекції першого сегмента, плевродезу) ретрактор видаляють з рани, на ребра блокований шов не накладають. Дренують плевральну порожнину в другому міжребер'ї по передньоаксилярній лінії, а в сьомому – по задньоаксилярній з використанням троакара. Вибір передньоаксилярної лінії для встановлення верхнього дренажу обумовлений наступними обставинами: по-перше, при такому розташуванні дренажу виключаються його перегиби, що трапляється при дренованні по середньоключичній лінії і, по-друге, досягається максимальний косметичний ефект. Для герметизації грудної стінки зшивають вільний край великого грудного м'яза і реберної порції переднього зубцюватого м'яза шляхом накладання двох вузлових швів. Ушивають підшкірну клітковину. На шкіру накладають косметичний шов. За запропонованою методикою прооперований 21 хворий, двом з них зроблені послідовні операції по обидва боки з інтервалом 3 місяці в зв'язку з рецидивним переміжним пневмотораксом. В усіх спостереженнях удалося виконати намічений обсяг операції (резекція бульозно змінених ділянок легені, механічний і термічний плевродез). У п'ятих випадках без технічних складнощів зроблений плевроліз між конгломератом бул першого сегмента верхньої частки і куполом плеври. Інтра- і післяопераційних ускладнень не зустрічалося.

Середня тривалість оперативного втручання склала (42 ± 7) хв. У 19 пацієнтів дренажі з плевральної порожнини видалялися через добу після операції, у 2 – на другу добу в зв'язку з гіперексудацією. Летальних випадків і рецидивів пневмотораксу (максимальний термін спостереження 19 місяців) не було. Середня тривалість перебування на ліжку в післяопераційному періоді склала $(7 \pm 1,5)$ дня.

Відеоторакоскопічні втручання зроблені 16 пацієнтам за методикою, описаною Порхановим В.А. і Мова В.С., 1996 [4]. Інтраопераційних ускладнень не було, однак в одного хворого в післяопераційному періоді довгостроково зберігався витік газу по дренажах – 14 днів. Це ускладнення, очевидно, виникло в зв'язку з огріхами в техніці коагуляції легеневої паренхіми з наступним формуванням легеневої фістули. Середня тривалість оперативного втручання склала (39 ± 6) хв. Середня тривалість перебування в стаціонарі в післяопераційному періоді склала $(8 \pm 2,5)$ днів. Тривалість застосування знеболюючих препаратів у хворих з відеоторакоскопічним доступом і аксилярною міні-торакотомією була однаковою – 2 доби.

Висновки. Таким чином, аксилярна міні-торакотомія і відеоторакоскопічний доступ у хворих з локальною бульозною емфіземою, ускладненою пневмотораксом, є безпечними і малотравматичними, а також рівноцінними за тривалістю виконання і термінами лікування в післяопераційному періоді. Застосування запропонованої методики аксилярної міні-торакотомії знижує травматичність операції, забезпечує сприятливий косметичний ефект, швидко відновлює функціональну активність верхнього плечового пояса з боку втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Kwang Ho Kim, Hyeong Kook Kim, Jae Youl Han et al. Transaxillary minithoracotomy versus video-assisted thoracic surgery for spontaneous pneumothorax // Ann. Thorac. Surg. - 1996. - Vol. 61. - P.1510-1512.
2. Tonielli E., Del Prete P., Brulatti M., Almerigi P.L. et al. Axillary thoracotomy: a simple and conservative approach to the thoracic cavity // Ann. Ital. Chir. - 1993. - Vol.64, № 1. - P. 75-77.
3. Massard G., Thomas P., Wihlm J.M. Minimally invasive management for first and recurrent pneumothorax // Ann. Thorac. Surg. - 1998. - Vol. 66. - P. - 592-599.
4. Порханов В.А. Мова В.С. Торакоскопия в лечении буллезной эмфиземы легких, осложненной пневмотораксом. // Грудная и сердечно-сосуд. хир. - №5. - 1996. - С. 47-49

Критерії відбору хворих для органозберігаючих лапароскопічних операцій при трубній вагітності

О.М. ВАВРИНЧУК, О.М. ЮЗЬКО, Т.А. ЮЗЬКО, О.Я. ПЕТРАНЮК

Буковинська державна медична академія

CRITERIA FOR CHOICE OF PATIENTS FOR ORGAN-SAVING LAPAROSCOPIC OPERATIONS AT TUBAL PREGNANCY

O.M. VAVRYNCHUK, O.M. YUZ'KO, T.A. YUZ'KO, O.YA. PETRANIUK

Bucovynian State Medical Academy

Проведено аналіз 200 випадків оперативного лікування хворих з трубною вагітністю. Спеціальному гістологічному дослідженню підлягали маткові труби після тубектомії. В двох групах (по 100 випадків) проведено порівняльний аналіз морфологічних змін залежно від розмірів плодовмістилища, стадії спайкового процесу в ділянці придатків матки, візуальних змін маткових труб. Зроблено висновок щодо можливих критеріїв відбору хворих для проведення органозберігаючих операцій з метою збереження репродуктивної функції.

The authors have carried out an assessment of 200 cases of surgical treatment of patients with tubal pregnancy. The uterine tubes were subjected to special histological study following tubectomy. A comparative analysis of morphological changes, depending on the dimensions of a fetal receptacle, the stage of the adhesive process on the site of the uterine appendages, visual changes of the uterine tubes has been performed in two groups (each 100 cases). A conclusion has been made concerning possible criteria of patient choice for performing organ-saved saving operations for the purpose of preserving the reproductive function.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Частота жіночої безплідності сягає 15% [1]. Однією з її причин є трубна вагітність [7]. Частота трубної вагітності у жінок з безплідністю зростає [4].

Загальноприйнятим методом лікування трубної вагітності є тубектомія [7]. Але після цієї операції у 70-80 % жінок розвивається вторинна безплідність, а майже у 40 % – різні нейроендокринні порушення [3]. Спроби проводити органозберігаючі операції при трубній вагітності з допомогою класичної хірургії не привели до бажаних результатів у зв'язку з утворенням грубого рубця та деформації труби [2]. Мікрохірургія покращила результати органозберігаючих операцій при трубній вагітності, але вона зберегла недоліки загальної хірургії – підвищену кількість гнійно-запальних ускладнень [6]. В сучасній гінекології основна роль в збереженні репродуктивної функції відведена лапароскопії, яка поєднує в собі елементи та переваги мікрохірургії та загальної хірургії [5].

Продовжуються пошуки оптимального вирішення проблеми органозберігаючих операцій при трубній вагітності. Вирішення цих питань має важливе не тільки медичне, але і велике соціальне значення.

Мета дослідження. Провести аналіз анатомічних критеріїв відбору пацієток для проведення лапароскопічних органозберігаючих операцій при трубній вагітності.

Матеріали і методи. Ми проаналізували 200 випадків оперативного лікування трубної вагітності. Вік жінок коливався від 16 до 39 років (в середньому 27,5 років), старше 35 років було 32 жінки (16,0 %). Всім пацієнткам виконана тубектомія, у 143 при лапаротомії та у 57 (28,5 %) – при лапароскопії.

Всі пацієнтки поступили в клініку в ургентному порядку, з них у 12 (6,0 %) були нестабільні гемодинамічні показники і вони були прооперовані відразу після поступлення. Іншим 188 (94,0 %) жінкам проведено хірургічне лікування після обсте-

ження. В комплекс обстеження, поряд з клінічними лабораторними методами, були включені УЗД дослідження (89,0 %), пункція черевної порожнини через заднє склепіння піхви (95,0 %) та гістологічне дослідження зіскрібка ендометрія (10,0 %).

Із 143 пацієнток, у яких проведена хірургічна лапаротомія, у 102 (71,3 %) плідне яйце розташовувалось в істмічному відділі, у 18 (12,6 %) – в істмічно-ампулярному, у 23 (16,1 %) – в ампулярному. При лапароскопії, відповідно: у 42 (76,7 %), 8 (14,0%) та у 7 (7,3 %) пацієнток. Перенесені раніше операції на органах малого таза були у 69 (34,5 %) жінок, спайковий процес діагностовано у 126 (63,0 %) пацієнток.

Видалені маткові труби досліджували при забарвленні гематоксиліном та еозином або пікрофуксином за методикою Van Gieson. Залежно від розмірів плідного яйця, ступеня деформації маткових труб, порушення топографії органів малого таза, викликаного спайковим процесом, ми розділили аналізовані результати гістології маткових труб на 2 групи. В першу групу було віднесено 100 препаратів маткових труб від жінок, у яких під час операції не було спайкового процесу в ділянці придатків матки, довжина плодівмістилиця не перевищувала 6 см, а ширина 3-3,5 см, тобто не більше 50 % маткової труби. В другу групу віднесені 100 препаратів маткових труб від жінок, у яких розміри плодівмістилиця були довжиною 8-14 см, товщиною понад 3,5 см, спайковий процес III-IV ст. зі скручуванням та деформацією маткових труб.

Результати дослідження та їх обговорення. В першій групі жінок з трубною вагітністю під час операції діагностовано: спайковий процес в ділянці придатків I-II ступенів у 16 жінок (16 %), локалізацію плідного яйця в ампулярному відділі у 84 жінок (84 %), розміри якого не перевищували 50 % довжини труби. Вік старше 35 років мали 14 жінок (14 %), хронічний аднексит тривалістю більше 5 років був у 22 (22 %), у 6 (6 %) – ерозія шийки матки, 9 жінок (9 %) використовували внутрішньоматкову контрацепцію, 7 (7 %) – перенесли операції на органах малого таза. У 10 (10 %) пацієнток цієї групи була відсутня гінекологічна патологія. Тривалість вагітності до поступлення в стаціонар була в межах від 2 до 8 тижнів. У 6 (6 %) пацієнток внаслідок масивної крововтрати (близько 1000 мл) спостерігався постгеморагічний шок, у інших жінок крововтрата не перевищувала 500 мл.

В другій групі жінок під час операцій у 60 % спостерігався спайковий процес III-IV ст. в ділянці

придатків матки, розміри плодівмістилиця перевищували 50 % довжини маткової труби, спостерігалась їх значна деформація. Термін вагітності в цій групі коливався від 4 до 10 тижнів. Старше 35 років було 28 (28 %) жінок, хронічні аднексити спостерігались у 38 (38 %), причому у більшості по 6-8 років, 32 (32 %) жінки в анамнезі мали операції на органах малого таза, у 12 (12 %) не було виявлено гінекологічної патології.

Гістологічне дослідження видалених маткових труб у пацієнток першої групи свідчило, що на відстані 0,5 см від плодівмістилиця стінка маткової труби не зазнала суттєвих змін та зберегла свою структуру. Відмічено значний лімфостаз та набряк тканин труби. У більшості (68 %) проаналізованих випадків виявлено звужений просвіт маткової труби, часто деформований. Кількість і розміри складок слизової оболонки значно зменшені.

Морфологічні дослідження маткових труб у пацієнток другої групи показали, що у них виникає не тільки деформація маткових труб, але і склероз їх стінок, зрощення складок ендосальпінкса, зменшення площі артеріального русла в середній та зовнішній оболонках порівняно з першою групою на 45 %, а площини вен в два рази. На відстані 3-5 см від місця імплантації плодового яйця спостерігались морфологічні зміни, які характерні для хронічного запального процесу (95 %), ендометріозу (2 %) та інфантилізму маткових труб. Поверхнева деструкція маткової труби при позаматковій вагітності у жінок першої групи була у 4 %, а в другій – у 5 %, первинний розрив труби, відповідно: у 6 та 7 % жінок, повне проростання хоріона у 2 та 3 % жінок, вторинний розрив труби у 35 та 87 % жінок.

Висновки. 1. У половини жінок з трубною вагітністю є можливість провести органозберігаючу операцію з метою збереження репродуктивної функції. 2. Органозберігаюча операція показана жінкам до 35 років при відсутності попередньої гінекологічної патології або давності запального процесу придатків матки не більше 5 років, при терміні вагітності не більше 6 тижнів, при відсутності ознак гострого запалення та стабільних показників гемодинаміки. 3. В той же час анамнестичні, об'єктивні, лабораторні та фізикальні дані є тільки орієнтиром до можливої органозберігаючої операції. Це питання вирішується в процесі оперативного втручання. Операція технічно можлива при довжині плодівмістилиця не більше 6 см, при спайковому процесі не більше II ст. та при помірній крововтраті.

Перспективним є питання вивчення ефективності лінійної туботомії при трубній вагітності з

різними варіантами відновлення (ушивання, склеювання та ін.) країв рани труби.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анохін Л.В., Коновалов О.Е. Эпидемиология бесплодия в браке // Рос.мед.-биол. вестн.– 1998.– № 1 – 2.– С.19 – 22.
2. Стрижаков А.Н., Стругацкий В.М., Шахламова М.Н., Шмелева С.В. Принципы и этапы восстановительной терапии после трубной беременности // Акуш. и гинекол.– 1996.– № 2.– С. 9 – 11.
3. Чеченова Ф.К., Краснополская К.В. Отдаленные результаты хирургического лечения трубно-перитонеального бесплодия лапароскопическим доступом // Акуш. и гинекол.– 2001.– № 2.– С.40 – 44.
4. Чернецкая О.С., Палади Г.А. Современные аспекты развития, диагностики и лечения внематочной беременности // Акуш. и гинекол. – 1999.– № 1.– С. 3 – 4.
5. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Шахламова М.Н., Клиндухов И.А. Хирургическое лечение больных трубной беременностью: обоснование дифференциального подхода и отдаленные результаты // Анналы хирургии.– 2002.– № 1.– С. 23 – 27.
6. Ma Xiaoxin, Wang Danbo, Wang Jun, Wang Yonglai, Wang Dezhi. Zhongguno yike daxue xuebao // J.China Med. Univ. – 2001.– Vol. 3, № 6.– P. 468-469.
7. Houille C., Mage G., Wattier A., Canis M., Pouly J.L., Manhes H., Bruhat M.A. Therapentque de la grossesse extra-uterine // Concours Med. – 2000.– Vol. 122, № 6.– P. 407 – 411.

Емболізація маткових артерій – хірургічна альтернатива гістеректомії у лікуванні хворих з міомою матки

Н.М. РОЖКОВСЬКА, Л.М. ПОПОВА, Ю.С. МОЗГОВИЙ

Одеський державний медичний університет

THE UTERINE ARTERY EMBOLIZATION – SURGICAL ALTERNATIVE TO HYSTERECTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH UTERUS MYOMA

N.M. ROZHKOVSKA, L.M. POPOVA, Y.S. MOZHOVY

Odessa State Medical University

Оцінювали найближчі та віддалені результати емболізації маткових артерій у лікуванні міоми матки великих розмірів у 10 хворих віком 36-56 років. Постемболізаційний больовий синдром мав місце у 4 хворих, гіпертермія – у 3 пацієнток. Перебування хворих у стаціонарі дорівнювало 2,4 доби. Післяопераційний некроз вузла міоми мав місце у 1 хворої, з приводу якого виконана гістеректомія. Зменшення об'єму міоми матки на 30-60 % спостерігалось через 3-6 міс. у 6 хворих, через 12 міс. – у 8 пацієнток. У всіх хворих мало місце зменшення або припинення маткових кровотеч. Отже, метод емболізації маткових артерій може бути альтернативним варіантом органозберігаючого лікування хворих з міомою матки великих розмірів. Для розробки оптимальних показань і протипоказань до цієї процедури необхідні подальші проспективні дослідження.

There were investigated early and late results of management of 10 patients aged from 36 to 56 with large uterus myoma. Severe postembolization pelvic pain was detected in 4, hyperthermia – in 3 patients. In-hospital stay was 2,4 days. Postoperative uterine necrosis was observed in 1 patient and needed a hysterectomy. Decreasing the uterine size in 30-60 % was detected after 3-6 months in 6 patients, after 12 months – in 8 women. All patients have decreasing symptoms of uterine bleeding. Thus, the uterine artery embolization may be a surgical alternative to hysterectomy in patients with large uterus myoma. To determine an optimal indications and contraindications to this method it has been needed the further prospective investigations.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Міома матки є найбільш частою пухлиною таза у жінок і провідним показанням до гістеректомії. Гістеректомія залишається найбільш застосовуваним радикальним методом лікування міоми матки, що дозволяє запобігти рецидивам захворювання. Гістеректомія, з одного боку, є абсолютно ефективним оперативним втручанням в лікуванні міоми матки, з іншого – це агресивний метод, що може негативно впливати на різноманітні аспекти жіночого здоров'я, а її віддалені наслідки до кінця не вивчені [1, 2]. Тому все більша кількість пацієнток з міомою матки шукає альтернативні методи лікування міоми з метою як подальшої репродуктивної функції, так і для збереження органа навіть при відсутності репродуктивних намірів. Вважаючи, що хірургічні альтернативи гістеректомії стають більш доступними, необхідним є по-

дальше вивчення їх ефективності та ризику потенційних ускладнень.

Емболізація маткових артерій як самостійний метод лікування – рентгенохірургічна альтернатива видаленню матки або міомектомії – застосовується в акушерсько-гінекологічній практиці протягом останніх років. Крім того, цей метод може бути використаний і в якості підготовки до міомектомії чи вагінальної гістеректомії. До переваг методу відносять малотравматичність та малоінвазивність, відносну безпеку та значну ефективність, відсутність ризику анестезіологічних, зменшення інтра- та післяопераційних ускладнень, збереження менструальної функції та репродуктивного потенціалу у молодих жінок [3, 4].

Метод емболізації маткових артерій ґрунтується на частковій блокаді маткових артерій з метою зменшення кровотоку у міоматозній матці, що призводить до регресії міо-

ми. За даними літератури, цей метод приводить до зменшення маткових кровотеч і розмірів матки. Але деякі автори описують серйозні ускладнення емболізації маткових артерій, а саме: інфекція, масивні маткові кровотечі, некроз матки, що можуть потребувати термінового хірургічного втручання. У деяких пацієнток метод супроводжується розвитком сильного постемболізаційного больового синдрому. Наводяться дані щодо відсутності ефекту емболізації маткових артерій при анатомічному варіанті переважного кровопостачання вузла міоми яєчниковими артеріями.

Але дані літератури щодо ролі методу емболізації маткових артерій у лікуванні міоми матки є нечисленними і суперечливими.

Матеріали і методи. В комплекс обстеження входили ультрасонографія та комп'ютерна томографія або магнітно-резонансна томографія органів малого таза з метою уточнення розмірів та локалізації міоматозних вузлів. Ендоваскулярне втручання виконано на рентгеноопераційному комплексі "BV 212" фірми "Philips" з використанням трансфеморального доступу за методикою Сельдінгера. Селективна катетеризація обох маткових артерій виконувалась послідовно із одностороннього стегового доступу з використанням стандартних вісцеральних ангиографічних катетерів діаметром 5F. Емболізація проводилась шляхом ін'єкції через катетер емболізуючих часток полівінілалкоголю.

Результати досліджень та їх обговорення. Розміри міоми матки до 12-16 тижнів мали місце у 6 пацієнток; понад 16 тижнів – 4 жінок. Кількість вузлів міоми коливалася від 1 до 10, їх розміри – від 3 до 8 см. В усіх випадках міоми були симптомними (аномальні маткові кровотечі, тазові болі та їх поєднання, порушення функції суміжних органів). Постгеморагічна анемія діагностована у 8 пацієнток. Соціальна дезадаптація відмічалася майже у половини пацієнток, що обумовлювалось геморагічним та больовим синдромом. Екстраге-

нітальні захворювання (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, холецистит, ожиріння) мали місце у всіх пацієнток.

Показанням до оперативного лікування стали великі розміри міоми матки та симптоми, пов'язані з наявністю пухлини (біль, кровотечі, порушення функції тазових органів).

Емболізація обох маткових артерій виконана в 7 випадках. У 3 пацієнток у зв'язку з анатомічними особливостями маткових артерій вдалося виконати лише односторонню емболізацію. Інтраопераційних ускладнень не спостерігали. Але виразний післяопераційний постемболізаційний больовий синдром мав місце у 4 хворих, гіпертермічний синдром – у 3 пацієнток. Перебування хворих у стаціонарі дорівнювало 2,4 доби. Післяопераційний некроз вузла міоми мав місце у 1 хворої, з приводу якого виконана ургентна гістеректомія. Зменшення об'єму міоми матки на 30-60 % спостерігалось через 3-6 міс. у 6 хворих, через 12 міс. – у 8 пацієнток. У двох пацієнток, яким виконана лише одностороння емболізація маткових артерій, після деякого зменшення розмірів матки через 6 міс., спостерігали повернення до початкового об'єму пухлини після 1 року спостереження. Зменшення або припинення маткових кровотеч мало місце у всіх спостереженнях.

Висновки. Таким чином, метод емболізації маткових артерій може бути альтернативним варіантом органозберігаючого лікування хворих з міомою при наявності репродуктивних намірів або бажанні збереження матки, особливо при великих розмірах пухлини та у хворих з екстрагенітальною патологією. У випадку відсутності клінічного ефекту від емболізації маткових артерій залишаються доступними всі традиційні методи лікування міоми матки, а можливе хірургічне втручання здійснюється з більшим ступенем безпеки завдяки зменшенню кровопостачання матки. Для розробки оптимальних показань і протипоказань до цієї процедури необхідні подальші проспективні дослідження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Особливості психосоматичних реакцій у жінок після гістеректомії // Запорожан В.М., Бітенський В.С., Рожковська Н.М. та ін. // ПАГ. – 2002. – №1. – С.76-78.
2. Овчаренко Д.В. Чрескожная чрескатетерная эмболизация маточных артерий в лечении лейомиом матки // Акушерство и гинекология. – 2001. – №5. – С.9-11.

3. Драчевська М.М., Сташук Р.П., Процепко О.О. Емболізація маткових артерій в комплексному лікуванні фіброміоми матки великих розмірів // Практична медицина. – 2003. – №1, Том IX. – С.67-72.
4. Surgical Alternatives to Hysterectomy in the Management of Leiomyomas//ACOG Practice Bulletin. – 2000. – 10 p.

УДК 616.61/617-007.272-072.1-089.48:618.1/5

Місце лапароскопічної холецистектомії у лікуванні хворих на гострий холецистит

I.C. ВАРДИНЕЦЬ, О.М. КИТ, Ю.М. ГАРАСИМЧУК, О.Б. МОРОЗ, О.М. ОСТАП'ЮК

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

PLACE OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

I.S. VARDYNETS', O.M. KIT, Y.M. HARASYMCHUK, O.B. MOROZ, O.M. OSTAPIUK

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Авторами здійснено аналіз ефективності різних способів хірургічного лікування 153 хворих на гострий холецистит. Виділено групи ризику клінічного перебігу захворювання, запропоновано алгоритм вибору методу лікування й уточнені терміни виконання операцій. У 107 (69,9 %) із 153 хворих була виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ), у 14 (9,1 %) хворих здійснено конверсійну холецистектомію і у 32 (20,9 %) хворих – програмовану лапаротомну холецистектомію (ВХЕ). Дані дослідження свідчать про те, що найбільш ефективним втручанням у хворих на гострий, неускладнений холецистит є лапароскопічна холецистектомія.

Authors make the analysis of efficiency of different ways of surgical treatment of 153 patients with acute cholecystitis. Groups of risk of clinical course of illness are determined, it is offered the algorithm of a choice of treatment method and terms of performance of operations are specified. At 107 (69,9 %) of 153 patients it was executed laparoscopic cholecystectomy, at 14 (9,1 %) it is carried out conversion to open laparotomy, and at 32 (20,9 %) patients – expected laparotomic cholecystectomy. The given researches testify that the most effective intervention at patients with acute, not complicated cholecystitis is laparoscopic cholecystectomy.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Впровадження в клінічну практику відеолапароскопічної апаратури здійснило переверт у поглядах на традиційне хірургічне лікування гострого холециститу, а лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) стала його альтернативним методом [1, 2]. Однак, до останнього часу залишається багато відкритих і остаточно не вирішених питань, зокрема вибору показань, проти-показань, термінів виконання лапароскопічної холецистектомії, технічні особливості якої у хворих на гострий холецистит нерідко супроводжуються труднощами й збільшенням кількості інтра- та післяопераційних ускладнень [3, 4].

Матеріали і методи. Нами здійснено порівняльну оцінку ефективності лапароскопічної (ЛХЕ) і відкритої холецистектомії (ВХ) у 153 хворих на ГХ у різні терміни післяопераційного періоду. Критерієм оцінки стало вивчення змін основних

біохімічних показників, активності ферментів, процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) у сироватці крові хворих на гострий холецистит до і після ЛХЕ та відкритої холецистектомії.

Серед обстежених чоловіків було 25 (16,3 %), жінок 128 (83,6 %). Вік хворих становив від 18 до 84 років. За екстремними показаннями, у перші 4-6 годин після інтенсивної передопераційної підготовки оперовані 22 (14,3 %) хворих. За терміновими показаннями, при відсутності ефекту від інтенсивної консервативної терапії і покращення стану хворого протягом 6-24 годин, операції здійснили у 116 (75,8 %) хворих, і 15 (9,8 %) оперовані у відстроченому порядку, після клінічного покращення загального стану та ретельного обстеження хворого (лабораторного, УЗД і ін.). У 107 (69,9 %) хворих виконано ЛХЕ, у 14 (9,1 %) хворих проведено конверсію на лапаротомний доступ у зв'язку з технічними труднощами, у 32 (20,9 %) здійснено програмовану лапаротомну холецистектомію.

Результати досліджень та їх обговорення.

Проведені нами дослідження свідчать про те, що у хворих на ГХ відбуваються виражені морфологічні зміни, особливо у периміхуровій ділянці печінки та жовчних шляхах, ступінь і глибина яких залежать від тривалості захворювання, форми холециститу та наявності ускладнень. Поряд з цим, наші дослідження свідчать про те, що з розвитком запального процесу у жовчному міхурі виникають зміни і основних біохімічних показників, активності ферментів, процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), що відображають клінічний перебіг гострого холециститу.

Так, при дослідженні активності ферментів, які характеризують функціональний стан печінки, у 97 (66,0 %) хворих на гострий холецистит відмічалось значне підвищення активності ферментів. Так, рівень активності аспартатамінотрансферази (АСаТ) у хворих на гострий катаральний холецистит збільшився з $(0,32 \pm 0,05)$ до $(0,42 \pm 0,03)$ мкмоль/л, у хворих з флегмонозним холециститом до $(0,78 \pm 0,05)$ мкмоль/л, а у хворих на гострий гангренозний холецистит до $(1,38 \pm 0,08)$ мкмоль/л, у 4,3 раза у порівнянні з контрольними величинами. Активність аланінамінотрансферази (АлаТ) у хворих на гострий катаральний холецистит збільшилася у 1,3 раза $((0,51 \pm 0,02)$ мкмоль/л), у хворих з флегмонозним холециститом у 3,4 раза $((1,32 \pm 0,08)$ мкмоль/л), а у хворих на гострий гангренозний холецистит у 5,1 раза $((1,95 \pm 0,06)$ мкмоль/л). Поряд з цим ми виявили у хворих на гострий холецистит значне збільшення активності лактатдегідрогенази (ЛДГ) та лужної фосфатази (ЛФ). На фоні змін активності печінкових ферментів у хворих з різними формами гострого холециститу наступали виражені зміни і показників перекисного окислення ліпідів й антиоксидантної системи. Так, у хворих на гострий катаральний холецистит концентрація малонового діальдегіду зросла з $(0,386 \pm 0,016)$ до $(0,421 \pm 0,006)$ мкмоль \cdot л⁻¹, а у хворих на гострий гангренозний холецистит цей показник досягав аж $(0,631 \pm 0,011)$ мкмоль \cdot л⁻¹ ($p < 0,001$). Найбільші показники малонового діальдегіду спостерігались у хворих на гострий холецистит, ускладнений перитонітом. Поряд з цим рівень дієнових кон'югат у хворих з гострим катаральним холециститом склав $(10,149 \pm 0,157)$ мкмоль \cdot л⁻¹ і у порівнянні з контрольною величиною збільшився майже у 1,23 раза, а найбільших величин досягав у хворих з гострим холециститом, ускладненим панкреатитом і перитонітом $((27,54 \pm 0,53)$ і $(29,32 \pm 0,61)$ мкмоль \cdot л⁻¹

відповідно). При дослідженні глютатіону у хворих на гострий катаральний холецистит концентрація його зменшилась з $(2,546 \pm 0,251)$ до $(1,935 \pm 0,028)$ мкмоль \cdot л⁻¹ ($p < 0,01$), а рівень каталази сироватки крові зменшився з $(26,25 \pm 0,25)$ до $(20,15 \pm 0,31)$ мккат \cdot л⁻¹ ($p < 0,01$), тобто у 1,3 раза. Ці дані свідчать про зниження антиоксидантного захисту у хворих на гострий холецистит, зумовлений запальним процесом в організмі, що підтверджувалось і наростанням показників ендогенної інтоксикації. При дослідженні концентрації молекул середньої маси виявлено, що уже у хворих на гострий катаральний холецистит цей показник збільшився з $(0,248 \pm 0,028)$ до $(0,287 \pm 0,012)$ ум.од. (у 1,1 раза), у хворих на гострий флегмонозний холецистит цей показник досягав до $(0,402 \pm 0,014)$ ум.од. (у 1,6 раза), а у хворих на гострий гангренозний холецистит до $(0,481 \pm 0,020)$ ум.од. (у 1,9 раза). Ці дані свідчать про те, що з розвитком запального процесу у жовчному міхурі поряд із зміною активності ферментів, перекисного окислення ліпідів збільшується концентрація молекул середньої маси і наростає ступінь ендогенної інтоксикації й погіршується стан хворих, тому вибором методу лікування у хворих на гострий холецистит, на нашу думку, повина бути екстрена операція (лапароскопічна холецистектомія) до розвитку різних ускладнень. Визначаючи показання до лапароскопічної холецистектомії у хворих на гострий холецистит ми виходили з загальновідомої думки про те, що лапароскопічні оперативні втручання на жовчних шляхах є менш травматичними в порівнянні з операціями, виконаними за допомогою відкритої (лапаротомної) холецистектомії. З огляду на це, ми ставили питання про можливість їх виконання саме цим методом у всіх хворих на гострий холецистит і вважаємо, що застосування лапароскопічної холецистектомії є найбільш доцільним і ефективним способом операції у хворих на гострий, вперше виявлений, некалькульозний та калькульозний, неускладнений холецистит з легким та середнім ступенем тяжкості перебігу захворювання, при відсутності ефекту від консервативної терапії і покращення стану хворого протягом 6-24 годин. В усіх цих хворих спостерігався гладкий перебіг післяопераційного періоду, швидше знижувалися явища ендотоксикозу (рівень молекул середньої маси у плазмі крові зменшувався з $(0,402 \pm 0,014)$ до $(0,282 \pm 0,018)$ ум. од., $p < 0,01$, наступала нормалізація всіх біохімічних показників крові. Так, рівень активності АсаТ у хворих на третю добу після операції з приводу гострого катараль-

ного холециститу уже зменшився з $(0,42 \pm 0,03)$ до $(0,38 \pm 0,12)$ мкмоль/л ($p < 0,01$), у хворих на гострий флегмонозний холецистит з $(0,78 \pm 0,05)$ до $(0,56 \pm 0,04)$ мкмоль/л ($p < 0,001$), а у хворих на гострий гангренозний холецистит з $(1,38 \pm 0,08)$ до $(0,86 \pm 0,23)$ мкмоль/л. Активність АлаТ у хворих на гострий катаральний холецистит зменшилася з $(0,51 \pm 0,02)$ до $(0,42 \pm 0,06)$ мкмоль/л ($p < 0,01$), у хворих з флегмонозним холециститом з $(1,32 \pm 0,08)$ до $(0,68 \pm 0,16)$ мкмоль/л ($p < 0,01$), а у хворих на гострий гангренозний холецистит з $(1,95 \pm 0,06)$ до $(0,95 \pm 0,04)$ мкмоль/л ($p < 0,01$). Поряд з цим нами відмічено, що на фоні покращення біохімічних показників та активності печінкових ферментів у всіх хворих після ЛХЕ покращувалися показники перекисного окислення ліпідів, що свідчило про нормалізацію анаболітичних процесів в організмі та сприятливий перебіг післяопераційного періоду, які доз-

воляють рекомендувати ЛХЕ ширше у клінічну практику хірургічного лікування різних форм гострого холециститу.

Висновки. 1. Дослідження основних показників активності ферментів печінки, перекисного окислення ліпідів, антиоксидантної системи, ендогенної інтоксикації дають можливість оцінити стан організму хворого перед операцією та обґрунтувати спосіб хірургічного лікування хворих на гострий холецистит. 2. Вибором методу операції у хворих на гострий, вперше виявлений, неускладнений гострий холецистит з легким та середнім ступенем тяжкості перебігу захворювання, при відсутності ефекту від консервативної терапії та покращення стану хворого протягом 6-24 годин, більш ефективним втручанням у порівнянні з лапаротомною холецистектомією є лапароскопічна холецистектомія.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е. и др. Хирургия печени и желчевыводящих путей.-Киев: Здоров'я, 1993. – 512 с.
2. Захараш Ю.М. Лапароскопічні оперативні втручання в лікуванні жовчнокам'яної хвороби та її ускладнень // Шпитальна хірургія. – 1998. -№3. –С.16-20.
3. Ермельчев А.А., Федун Л.А., Гейну В.Т. Острый холецистит –

пограничная проблема лапароскопической и открытой холецистектомии // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – №4. С.19-23.

4. Ничитайло М.Е., Дьяченко В.В., Огородник П.В., Литвиненко О.Н. Лапароскопическая хирургия в лечении заболеваний желчевыводящих путей // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – №3. – С.40.

УДК: 616 – 071 + 616 – 072.5 + 616 – 089. 843 + 616.419 + 616 – 001.5 – 035. 56

Клінічне застосування малоінвазивного способу забору і трансплантації аутологічного кісткового мозку при переломах довгих кісток з порушенням репаративної регенерації

В.А. АНДРЕЙЧИН

Івано-Франківська державна медична академія

CLINICAL APPLICATION OF MINIINVASIVE METHOD OF TAKING AND TRANSPLANTATION OF AUTOLOGOUS BONE MARROW AT LONG BONE FRACTURES WITH REPARATIVE REGENERATION DISTURBANCES

V.A. ANDREYCHYN

Ivano-Frankivsk State Medical Academy

Проведений аналіз використання малоінвазивного способу забору і трансплантації аутологічного кісткового мозку в лікуванні 33 хворих з переломами кісток верхніх і нижніх кінцівок. У даних пацієнтів мало місце або прогнозувалось порушення репаративної регенерації переломів. Кістковий мозок вводили місцево в зону перелому в регенерат або дефект кістки, між уламками, навколо кістки. Застосування трансплантації аутологічного кісткового мозку малоінвазивним шляхом для підсилення кісткоутворення і консолідації кісткових уламків є раціональним методом лікування. Зрощення досягнуто у всіх пацієнтів.

The analysis of miniinvasive method application of taking and transplantation of autologous bone marrow in treatment of 33 patients with the upper and lower limbs bone fractures was conducted. The reparative regeneration disturbances had place or were prognosed in these patients. The bone marrow injected locally in the fractured zone into the regenerate or bone defect among fragments around the bone. The application of autologous bone marrow transplantation by miniinvasive method for strengthening of bone formation and fractured fragments consolidation in the rational method of treatment. The adhesion was achieved in all patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Репаративна регенерація при переломах в умовах сьогодення нерідко перебігає з порушеннями, а при ряді переломів це можна прогнозувати, і в світі ведуться розробки, спрямовані на оптимізацію консолідації кісткових уламків. Одним із наукових напрямків є місцеве застосування власних тканин пацієнта. Тому розробка і застосування малоінвазивного способу забору нативного аутологічного кісткового мозку пацієнта є важливим науковим і практичним завданням.

На основі клінічних даних описано, що повна перебудова і заміщення пересаженого аутотрансплантата кістки новоутвореною кістковою тканиною можуть закінчуватись через 2,5-3,5 року після операції [12]. Тому ми вважаємо особливо перспективною методику

лікування переломів з порушеннями репаративної регенерації шляхом пересадки нативного аутологічного кісткового мозку, який не потребує довготривалої перебудови. На ранніх етапах розвитку медичної науки серед вчених не було єдиної думки відносно механізму регенерації кісткової тканини, але уже до початку ХХ століття більшість дослідників прийшла до думки, що в процесах утворення кісткової тканини беруть участь всі елементи кістки: надкiсниця, ендост, кістковий мозок, а також навколишня сполучна тканина [11]. Але до сьогоdnішнього часу ведуться дискусії відносно джерел новоутворення кістки при переломах. Згідно з однією точкою зору, існують строга специфічність і детермінованість джерел кісткоутворення, згідно з іншою – цей процес іде шляхом перетворення спеціалізова-

них елементів інших тканин. Очевидно, діють обидва механізми [8, 9]. Новітніми дослідженнями В.А. Астахової (2000) [6] доведено, що кістковий мозок людини містить детерміновані остеогенні клітини-попередники, які мають значні остеогенні потенції і можуть сприяти кісткоутворенню. В своєму обґрунтуванні клінічного застосування нативного аутологічного кісткового мозку, який містить детерміновані остеогенні клітини-попередники, ми виходили з того, що його введення і наступна перебудова можуть служити джерелом кісткоутворення [10, 13]. При використанні з кістковопластичною метою гідрооксіапатиту і для надання йому остеогенних властивостей використовується його комбінація з колагеном. Описано клінічне використання таких препаратів (Collagraft, колапан), і до протоколу використання Collagraft з метою посилення його остеогенних властивостей входить обов'язкове додавання аспірованого аутологічного кісткового мозку [14]. Для оптимізації кісткоутворення при проблематичних для зрощення переломах з успіхом може використовуватись забраний кістковий мозок [1, 2, 5].

Мета роботи полягає у вивченні основ розробки і клінічного застосування трансплантації аутологічного кісткового мозку малоінвазивним шляхом для підсилення кісткоутворення і консолідації кісткових уламків.

Матеріали і методи. В основу нашого дослідження було покладено завдання обґрунтувати клінічне використання малоінвазивного способу забору і трансплантації аутологічного кісткового мозку в лікуванні 33 хворих з проблематичними для зрощення переломами кісток, в основному діафізарних, верхніх (11 пацієнтів) і нижніх (22 пацієнти) кінцівок. Вік хворих був від 22 до 72 років. Середній вік пацієнтів становив $(46,5 \pm 11,3)$ року. Сповільненоконсолідуючі переломи мали місце у 12 пацієнтів, незрощення – у 3, несправжні суглоби, а також повторні переломи на основі тугих несправжніх суглобів і повторних травм – у 11, свіжі, проблематичні для зрощення переломи – у 7 пацієнтів.

Результати досліджень та їх обговорення. Забір аутологічного кісткового мозку прово-

дився з крила клубової кістки малоінвазивним шляхом. Розроблена малоінвазивна методика забору кісткового мозку (патент України на винахід № 53974 А) [3] базується на тому, що використовувався пристрій для кістковомозкової пункції (патент України на винахід 59004 А), який містить ручку, мандрен і кісткову голку. Для проведення забору використовувався пристрій – шприц, який містить фіксатор основи кісткової голки, що переходить у фіксатор шприца і дає змогу проводити обертальні рухи голки в клубовій кістці в процесі забору, а також уникнути її прокручування (патент України на винахід 53974 А) [3]. Введення кісткового мозку проводилось за запропонованим нами малоінвазивним способом лікування переломів і виконувалось шляхом переміщення в зону перелому нативного аутологічного кісткового мозку (1-3 рази) з наявністю в ньому елементів кісткової тканини, яка вільно проникала через кісткову голку з внутрішнім діаметром 2-2,5 мм в шприц. Аутологічний кістковий мозок вводили в регенерат або дефект кістки, всередину кістки, між уламками, навколо кістки над- і піднадкиснично і/або в комбінації перерахованого (патент України на винахід 44441 А) [4]. Результативність запропонованого нами способу лікування переломів кісток оцінювалась за наявністю кісткової мозолі та зрощення. Для контролю використовувались рентгенографія, клінічна проба – відсутність рухів в місці перелому, відновлення функції кінцівки.

Запропонована методика застосування аутологічного кісткового мозку для підсилення зрощення кісткових уламків ґрунтується на тому, що трансплантація кісткового мозку може служити для підсилення кісткоутворення у всіх трьох елементах кісткової мозолі – ендостальному, інтермедіарному і періостальному.

Для трансплантації кісткового мозку нами розроблені такі показання: переломи з малою площею контакту уламків, наявністю значної щілини між уламками, багатоуламкові переломи, особливо з наявністю інтерпонованих і зміщених уламків, переломи з розходженням кісткових уламків і переломи з вимушеною необхідністю їх лікування в умовах зміщення, а

також переломи з порушенням консолидації. Трансплантацію аутологічного кісткового мозку проводили при свіжих, сповільненоконсолідуючих і повторних переломах, несправжніх суглобах. Аутологічний кістковий мозок при сповільненій консолидації, незрощенні або несправжньому суглобі вводили для посилення кісткоутворення з лікувальною метою. Але у перерахованого вище контингенту хворих нерідко спостерігаються проблеми консолидації, тому це дало нам змогу прогнозувати у них порушення репаративної регенерації. Відповідно, показання до трансплантації аутологічного кісткового мозку розширили і застосували його у хворих зі свіжими переломами згідно з розробленими показаннями. Строки введення кісткового мозку при свіжих переломах були від 6 до 16 днів, сповільненоконсолідуючих переломах – від 2 до 6 міс., при незрощеннях – від 4 до 10 міс. У пацієнтів з незрощеннями і несправжніми суглобами, особливо атрофічними, в деяких випадках проводили остеоперфорації через лінію зламу, в які до кісткомозкового каналу вводили кістковий мозок запропонованим малоінвазивним способом. А у пацієнтів з несправжніми суглобами, особливо при атрофічних, в декількох випадках введення кісткового мозку комбінували з введенням взятої з крила клубової кістки відкритим способом або за допомогою спеціально створеного пристрою (патент України на винахід 40192 А) губчастої кісткової тканини, яку попередньо подрібнювали.

При госпіталізації у клініку пацієнтів зі свіжими переломами старались максимально репонувати кісткові уламки. Репозиція кісткових уламків дає можливість зменшити мікроциркуляторні порушення в м'яких тканинах: лімфостаз, набряк і інші. Стабільність уламків досягалася традиційними консервативними і оперативними методиками лікування. До створення механічних умов для формування зрощення з використанням відкритих оперативних способів при значному первинному травматичному ушкодженні місцевих м'яких тканин слід підходити з обережністю, тому що їх використання може призвести до порушення живлення тканин в зоні перелому. Лікування таких переломів більш доцільне із застосуван-

ням малоінвазивних засобів остеосинтезу. Після адаптації кісткових уламків і створення механічних умов для консолидації починали ранню функцію, що давало можливість відтворити кінцівку як суцільний орган. Компенсація циркуляторних порушень в зоні перелому проводилась з застосовуванням знеболюючих, дезагрегантів, антигістамінних препаратів та препаратів, які покращують кровообіг. Також використовувалось фізіолікування: УВЧ, масаж, ЛФК та інші. Після анатомофункціонального відновлення кінцівки, згідно з розробленими показаннями, проводили підсилення репаративних можливостей кісткової тканини запропонованим малоінвазивним способом.

Клінічний підхід до лікування переломів з порушеннями репаративної регенерації або переломів, при яких можливе її зниження, за допомогою пересадки аутологічного кісткового мозку має обґрунтований характер, оскільки кістковий мозок містить остеогенні клітини-попередники [6], а малоінвазивний спосіб введення робить його застосування щадним.

Аналіз віддалених результатів свідчить про те, що у всіх 33 хворих досягнуто зрощення уламків, що підтверджує позитивний вплив пересащеного щадним способом нативного аутологічного кісткового мозку на консолидацію.

Висновки. 1. Аутологічний кістковий мозок, забраний і трансплантований в зону перелому малоінвазивним способом, сприяє репаративній регенерації перелому.

2. Застосування забору і трансплантації аутологічного кісткового мозку запропонованим малоінвазивним способом дало змогу досягти консолидації кісткових уламків у всіх пацієнтів.

3. При атрофічних несправжніх суглобах трансплантацію аутологічного кісткового мозку можна застосовувати в комбінації з пересадкою подрібненої губчастої кісткової тканини.

4. Зрощення кісткових уламків у всіх пацієнтів свідчить, що забір і трансплантація кісткового нативного аутологічного мозку малоінвазивним способом є перспективним напрямком його клінічного застосування, який потребує подальших досліджень і розробки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Андрейчин В.А. Лікування переломів з використанням аутологічного кісткового мозку // Шпитальна хірургія. – 2003. – №3. – С. 85-87.
2. Андрейчин В.А. Клінічні аспекти оптимізації лікування переломів за допомогою трансплантації аутологічного кісткового мозку // Галицький лікарський вісник. – 2003. – №4. – С.7-9.
3. Андрейчин В.А., Андрейчин О.В. Спосіб забору кісткового мозку і пристрій для його здійснення. Патент України на винахід 53974 А. 17.02.2003. Бюл. № 2.
4. Андрейчин В.А. Спосіб лікування переломів. Патент України на винахід 44441 А. 15.02.2002. Бюл. №2.
5. Андрейчин В.А. Трансплантація аутологічного кісткового мозку в лікуванні проблематичних для зрощення переломів. Матеріали міжнародної науково-практичної конференції: Проблеми клітинної та тканинної трансплантації. м. Івано-Франківськ – м. Яремча // Трансплантологія. Том. 4, № 1. – 2003. – С.123-124.
6. Астахова В.С. Остеогенные клетки-предшественники костного мозга человека.- К.:Феникс, 2000. – 176 с.
7. Илизаров Г.А., Шрейнер А.А., Имерлишвили И.А. Остеогенные потенции костного мозга диафиза. Экспериментально-теоретические и клинические аспекты чрезкостного остеосинтеза, разрабатываемого в КНИИЭКОТ // Тез. докл. междунар. конф., Курган, 1986. – С.26-27.
8. Корж А.А., Белоус А.М., Панков Е.Я. Репаративная регенерация кости. – М.: Медицина, 1972. – С. 81.
9. Ревелл П.А. Патология кости.- М. Медицина, 1983.- С. 253.
10. Сирый О.М. Аутогенная трансплантация костного мозга при повреждениях костной ткани. // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1987. – 20 с.
11. Шаматов Н.М. Переломы костей и способы стимуляции их консолидации. – Ташкент: Медицина, 1965. – С.9.
12. Шумада И.В., Рыбачук О.И., Жила Ю.С. Лечение ложных суставов и дефектов диафизов трубчатых костей. К.: Здоров'я, 1985. –С.43.
13. Commine I, Armstrong L. Osteogenesis after bone marrow transplantation //Acta Orthoped. Scand. – 1983. – Vol. 54, №2. – P 235-241.
14. Ladd A.L., Pliam N.B. // J. Am. Acad. Orthop. Surg.- 1999. – Vol. 7, №5.- P. 279-290.

УДК: 616-072.1+616-005.1-08+616.33-005.1+616.33-002

Можливості ендоскопічного гемостазу при гострих гастроудоденальних кровотечах виразкової етіології

О.Л. НЕСТЕРЕНКО

Рівненська обласна клінічна лікарня

ENDOSCOPIC HEMOSTASIS POSSIBILITIES AT ACUTE GASTRODUODENAL ULCER BLEEDINGS

O. L. NESTERENKO

Rivne Regional Clinical Hospital

Проаналізовані результати 881 хворого з кровотечею у просвіт травного тракту виразкового походження. Ендоскопічні методи гемостазу застосовані у 326 (37 %) пацієнтів. Застосовували діатермокоагуляцію, гідродіатермокоагуляцію та ін'єкційне паравазальне введення 70-96 % етанолу. Ендоскопічний гемостаз, як остаточний метод зупинки кровотечі, застосовуємо у хворих з вперше виявленими виразками, пацієнтів молодого віку та при ерозійно-виразкових гастроудоденітах. При активній кровотечі віддаємо перевагу коагуляційним методам гемостазу, при ознаках нестабільного гемостазу – ін'єкційним. Після ендоскопічної зупинки кровотечі та при ознаках нестабільного гемостазу обов'язковою умовою є цілодобовий ендоскопічний моніторинг. При “хірургічних” виразках ендоскопічні методи гемостазу є тимчасовими як засіб підготовки до операції. Ефективність ендоскопічного гемостазу склала 80,98 %. Надійність ендоскопічного гемостазу у значній мірі залежить від адекватного консервативного лікування.

The results of treatment of 881 patients with ulcer bleeding into the space of digestive tract were studied. 326 (37 %) patients were managed using endoscopic methods of hemostasis. Diathermocoagulation, hydrothermocoagulation and paravascular injection of 70-90 % ethyl spiritus were used. The patients, referred for the first time for their ulcer treatment, young patients and patients with erosive gastroduodenal ulcer disease were managed using endoscopic hemostasis as an ultimate method. At current bleeding coagulation methods of hemostasis are preferred, while at symptoms of unstable hemostasis – methods of injection. After hemostasis has been achieved or when it is unstable, a 24-hour endoscopic monitoring is a compulsory requirement. At definite “surgical” ulcers endoscopic methods of hemostasis are temporal as a preoperative method of treatment. Efficiency of endoscopic hemostasis is 80,98 %. Reliability of hemostasis rather depends on relevant conservative treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, яка ускладнюється гострою кровотечею, продовжує залишатись найбільш частою патологією, що супроводжується досить значними цифрами летальності та післяопераційних ускладнень. Летальність при операціях на висоті кровотечі коливається від 20 до 40 % [1]. Одним з шляхів покращання результатів лікування є зменшення питомої ваги хворих, оперованих на висоті кровотечі, проте ефективність ендоскопічного гемостазу, згідно з даними літератури, при наявності кровотечі з виразки шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) коливається у межах 53,8-97,6 % з рецидивами від 5 до 46,2 % [2]. Ефективність ендоскопічної зупинки кровотечі залежить від локалі-

зації та характеру виразкового дефекту, інтенсивності кровотечі. Так, у випадку активної кровотечі при виразці задньої стінки цибулини ДПК, хронічній кальозній виразці шлунка ефективність ендоскопічного гемостазу складає 41-78 % з рецидивами до 25-40 %, при інших локалізаціях – 88-95 %, рецидиви – 6-14 % [1, 2, 3].

Матеріали і методи. Нами проаналізовані результати лікування 1283 хворих з гострими кровотечами у просвіт травного тракту різної етіології. До повідомлення увійшов 881 пацієнт з виразковими ураженнями верхнього відділу травного тракту, що перебували на лікуванні у Рівненському обласному центрі лікування шлунково-кишкових кровотеч з 1996 до 2003 року, а саме: пацієнтів з виразковою хворобою

шлунка було 186 (21,1 %), виразковою хворобою ДПК – 604 (68,56 %), гострими ерозивно-виразковими гастродуоденітами – 91 (10,34 %). Чоловіків – 632 (71,8 %), жінок – 249 (28,2 %). Кровотечу тяжкого ступеня діагностовано у 173 (19,7 %) пацієнтів, середнього – 281 (31,9 %), легкого – 427 (48,4 %). Для оцінки інтенсивності кровотечі застосовували класифікацію виразкових кровотеч шлунка та ДПК за Forrest. Пацієнтів з Forrest 1 було 72 (8,2 %), з Forrest 2 – 399 (48,3 %), з Forrest 3 – 410 (46,5 %).

Результати досліджень та їх обговорення.

Ендоскопічне дослідження здійснювали у всіх хворих, причому у переважній кількості обстеження виконане 3-6 разів. ФЕГДС є скринінг-методом для визначення подальшої тактики лікування. Протипоказань до ендоскопії не було ні в одному випадку, колапс не вважаємо протипоказанням до ендоскопії. Ендоскопію здійснювали відразу після госпіталізації хворого для визначення ступеня гемостазу, доцільності та виду застосування методів ендоскопічного гемостазу, прогнозування ймовірного оперативного лікування. У хворих при наявності вмісту у просвіті шлунка (залишки харчових мас, кров) здійснювали зондову евакуацію шлункового вмісту перед обстеженням. Ризик відновлення кровотечі при нестабільному гемостазі, внаслідок промивання просвіту шлунка, вважаємо дещо перебільшеним [3]. Крім того, ендоскопічні маніпуляції, спрямовані на зупинку кровотечі, є більш ефективні у підготовленому середовищі. Методи ендоскопічної зупинки кровотечі визначаємо залежно від характеру гемостазу у джерелі кровотечі. При активній кровотечі (F-1) віддаємо перевагу діатермокоагуляції та гідродіатермокоагуляції. При ознаках нестабільного гемостазу (F-2) застосовуємо ін'єкційні методи, зокрема введення 70-96 % етенолу.

Ендоскопічний гемостаз для остаточної зупинки кровотечі методом вибору вважали у пацієнтів: а) з "гострими" виразками шлунка та ДПК та наявною активною кровотечею (F-1); б) із вперше виявленими хронічними виразками шлунка та ДПК з розміром виразкового дефекту до 1 см; в) з надзвичайно високим ризиком операції та при утриманні пацієнта від необхідного оперативного втручання. Після застосування ендоскопічних методів гемостазу пацієнт підлягає динамічному ендоскопічному моніторингу протягом перших 3-х діб з інтервалом 8-12-24 години. Крім того,

динаміка ендоскопічного спостереження є досить слушною ще й з тих міркувань, що не завжди ендоскопічні критерії є абсолютними, і ознаки гемостазу перші 24-48 годин можуть досить активно динамічно змінюватись. Оскільки власне активна кровотеча триває 20-40 хвилин, а ще через 2-3 години з шлунка евакуюється кров та лізується згорток на джерелі кровотечі, то навіть при багаторазовому ендоскопічному дослідженні виявити власне активну кровотечу не завжди можливо. Особливої уваги потребують пацієнти з тяжкими кровотечами, оскільки рецидив кровотечі у них спостерігають у 3,5 раза частіше, ще частіше виникають рецидиви кровотечі у хворих з ознаками геморагічного шоку (В.В. Грубник, 1987; П.Д. Фомін, 2001). Ці дані підтверджені і результатами роботи у нашому центрі. Тому при визначенні стигмат у дні виразки протягом 24-48 годин і при відсутності власне ознак стабільного гемостазу кровотечу вважаємо рецидивуючою, що вимагає повторних ендоскопічних маніпуляцій чи оперативного лікування. Ми виділяємо групу пацієнтів з так званими "хірургічними" виразками, у яких застосування ендоскопічних методів гемостазу вважаємо дискусійним, оскільки застосування гідрокоагуляційного методу, так як і методу ін'єкційного ендоскопічного введення склерозантів, у цієї категорії пацієнтів призводить до повторних кровотеч, пов'язаних з глибоким пошкодженням стінки шлунка та ДПК з наступним некрозом. Нами було встановлено, що у хворих з виразками великого та велетенського розміру рецидив кровотечі у 80-90 % настає на 3-4 добу, незважаючи на метод ендоскопічної зупинки кровотечі. Крім того, при двох і більше рецидивах кровотечі наступна кровотеча з'являється навіть при так званих ознаках стабільного гемостазу (F-3). Ми багаторазово спостерігали рецидиви кровотеч, переважно на 3-5 добу, коли при попередньому обстеженні напередодні чітко виявлялись ознаки, що відповідають Forrest-3. Застосування кліпсів – достатньо складна ендоскопічна маніпуляція і малоефективна внаслідок виражених фіброзних змін тканин в зоні виразкового дефекту, що не дає змоги надійної фіксації кліпси на кровоточивій судині. Цю думку поділяють і інші автори [2]. Такі хворі підлягають оперативному лікуванню відразу після госпіталізації до хірургічного стаціонару, а саме: пацієнти з рецидивними кровоте-

чами, виразками великого та велетенського розміру, наявними ознаками пенетрації, поєднанням кровотечі та перфорації.

Діатермокоагуляція та гідродіатермокоагуляція здійснювались за допомогою стандартних зондів фірми "Olympus". Ми відмітили дещо більшу ефективність гідродіатермокоагуляції, оскільки остання дає змогу більш прицільно здійснити гемостаз із значно меншою зоною некрозу, що особливо важливо у хворих з "гос-

трими" виразками. Обидва методи застосовувались, як правило, у хворих на висоті кровотечі. У пацієнтів з ризиком рецидиву кровотечі (Forrest-2) віддавали перевагу ін'єкційному введенню 70-96 % етанолу навколо тромбованої судини та навколо виразки з наступним динамічним ендоскопічним контролем через 12, 24 та 48 годин і повторними гемостатичними маніпуляціями у разі необхідності. Ефективність цих методів наведена у таблиці 1.

Спосіб ендоскопічної коагуляції	Кількість хворих		Результати гемостазу		Терміново оперовані	Ефективність, %
	F-1	F-2	надійний гемостаз	рецидив кровотечі		
Діатермокоагуляція	21	32	45	8	3	84,9
Гідродіатермокоагуляція	26	43	60	9	2	87
Введення 70-96 % етанолу	22	182	159	45	14	89,05
Всього	69	257	264	62	19	80,98

У хворих з Forrest-1 метою була остаточна зупинка кровотечі ендоскопічними засобами. Метою при Forrest-2 було зменшення розвитку рецидиву кровотечі, причому, у більшості хворих маніпуляції застосовувались по два і більше разів. Нижча ефективність у другій категорії пацієнтів пов'язана з більш вираженими патоморфологічними зінами (пенетрації, виразки розміром понад 2-3 см), методом вибору було хірургічне лікування, і ендоскопічні засоби застосовувались для тимчасової зупинки кровотечі і підготовки хворого до хірургічного втручання. Коли кровотеча зупинена, важливе значення надається підтримці рН шлункового соку вище 5,0 за допомогою антацидів, 2Н-блокаторів або інгібіторів протонної помпи. Останнім часом з'явився ізомер-інгібітор протонної помпи Лосек для внутрішньовенного введення, що дозволяє досягти рН шлункового соку більше 6,0 протягом всього періоду лікування, що створює умови для агрегації тромбоцитів та зменшує лізис кров'яного згортка (Фомін П.Д., 2004). Актуально вважаємо антихелікобактерну терапію у хворих з вперше виявленою виразковою хворобою та у пацієнтів молодого віку. Застосовуємо кларит-

роміцин по 250 мг двічі на добу. При наявності ендоскопічних ознак стабільного гемостазу (Forrest-3) застосовуємо середники, що покращують кровотік та реологічні властивості крові. При необхідності застосування оперативного лікування перевагу віддаємо висіченню виразкового дефекту з дуоденопластикою і продовженням противиразкового лікування у післяопераційному періоді. Хірургічна активність складала 24 %. Загальна летальність – 1,87 %.

Висновки. 1. Диференційований підхід до вибору лікувальної тактики у хворих з кровоточивими гастродуоденальними виразками, оснований на прогностичній оцінці ймовірності рецидиву кровотечі та надійності ендоскопічного гемостазу, дає змогу оптимізувати хірургічне лікування та знизити летальність при шлунково-кишкових кровотечах. 2. Ефективний ендоскопічний гемостаз зменшує кількість термінових оперативних втручань на висоті кровотечі, а у певних категорій пацієнтів дає змогу уникнути операції взагалі. 3. Ефективність ендоскопічного гемостазу у значній мірі залежить від адекватного противиразкового лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белый В.Я., Чернев В.Н., Насташенко И.Л., Слободяник В.П., Андриенко Н.Н. Опыт применения комбинированного эндоскопического лечения острых желудочно-кишечных кровотечений в ГКВК МО Украины //Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Т. 5. – № 1. – С.15.
2. Грубник В.В., Грубник Ю.В., Московченко И.В. Применение локального эндоскопического гемостаза в комплексном лечении больных пожилого и старческого возраста с кровотечениями гастродуоденальными язвами // Харківська хірургічна школа. – №1(16). – 2003. – С.69-72.

3. Касумьян С.А., Алимов А.В., Буцик И.В. Сочетанные приемы эндоскопического гемостаза при острых язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Сборник тезисов 4-го Московского международного конгресса по эндоскопической хирургии под редакцией проф. Ю.И. Галлингера. Москва, 26-28 апреля 2000г. – С.112-113.
4. Никишаев В.И. Эндоскопическая диагностика и хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях// Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Т. 5. – № 1. – С.30-31.

УДК: 616. 366-089-053.9

Вибір методу хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби у хворих похилого та старечого віку

О.О. ВОРОВСЬКИЙ, Ю.В. БАБІЙЧУК, О.Д. СТАШКО, Ф.Ф. ВЕРЕЩАГІН, Я.В. КАРИЙ

Вінницький обласний госпіталь для інвалідів Вітчизняної війни

THE CHOICE OF SURGICAL METHOD OF TREATMENT OF BILECALCULOUS DISEASE IN ELDERLY PATIENTS

O.O. VOROVSKIY, Y.V. BABIYCHUK, O.D. STASHKO, F.F. VERESCHAGIN, Y.V. KARY

Vinnitsia Regional Hospital for invalids of Great Patriotic War

Проведено аналіз хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби у 100 хворих із застосуванням ендо- та лапароскопічних методик. Післяопераційні ускладнення склали 3 (3 %) випадки. Післяопераційної летальності не було. За результатами аналізу можна стверджувати про можливість застосування вищевказаних методик до даної вікової категорії хворих.

The analysis of surgical treatment of bilecalculous disease in 100 patients by means of endo- and laparoscopic methods was carried out. Postoperative complications were revealed in 3 (3 %) cases. Postoperative lethality was not observed. The results of the analysis allow to conform the possibility of usage of the above-mentioned methods concerning the given age category of patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність проблеми хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби у геронтологічних хворих пов'язана зі зростанням захворюваності на дану патологію залежно від віку. Так, у осіб, старших 40 років, хронічний калькульозний холецистит зустрічається у 6-18 %, причому частіше у жінок, ніж у чоловіків, у співвідношенні 5:1, летальність при цьому складає 0,2-0,9 % [1, 3]. У осіб старших 60 років, дана патологія зустрічається у 22,0-64,4 %, причому співвідношення жінок до чоловіків маємо 2:1. Захворюваність на деструктивні форми гострого калькульозного холециститу у хворих похилого віку досягає 80,0-91,3 %, причому гангренозна форма зустрічається у 2 рази частіше, ніж у осіб, молодших 60 років [2]. Летальність у даній віковій категорії у 5-10 разів вища і складає 1,4-8,6 % [2, 3].

Мета дослідження полягає у вивченні можливості застосування малоінвазивних методів хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби у хворих похилого та старечого віку, роз-

робці методики проведення лапароскопічних оперативних втручань при даній патології.

Матеріали і методи. З листопада 2002 року в госпіталі почали застосовувати лапароскопічні методи оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби, при цьому використовуємо апаратуру фірми "Karl Schtorz" (Німеччина).

З даного періоду по I квартал 2004 року було проліковано 100 хворих з даною патологією. Вік хворих коливався від 55 до 86 років, в середньому склав $76,4 \pm 1,6$. Серед даного контингенту жіноча стать склала 64 (64,0 %) особи, чоловіча – 36 (36,0 %). Анамнез захворювання склав від 6 місяців до 25 років, в середньому $6,2 \pm 1,8$.

У 12 (12,0 %) хворих було діагностовано гострий калькульозний деструктивний холецистит, із них у 4 (4,0 %) мала місце гангренозна форма. У 28 (28,0 %) хворих було виявлено хронічний калькульозний склерозовано-змінений холецистит з інфільтрацією в навколишні тканини та анатомічні структури, як наслідок перенесеного в анамнезі гострого

холецистит, у 50 (50,0 %) – хронічний неускладнений калькульозний холецистит. У 10 (10,0 %) осіб хронічний калькульозний холецистит поєднувався з холедохолітазом.

Клінічний перебіг у 56 (56,0 %) хворих з хронічною та у 6 (6,0 %) хворих з деструктивною формами калькульозного холецистит, де в одному випадку мала місце гангренозна форма, характеризувався помірним больовим синдромом в правому підребер'ї. Із них у 16 (16,0 %) пацієнтів при об'єктивному обстеженні спостерігалась іррадіація больового синдрому в зони Захар'їна – Геда. У 24 (24,0 %) – біль мав нападаподібний характер за типом печінкової “коліки”, який вдалось зняти введенням спазмолітиків та анагетиків. У 6 (6,0 %) хворих з гострим деструктивним та у 4 (4,0 %) з хронічним калькульозним холециститом консервативними методами протягом доби вплинути на інтенсивність больового синдрому не вдалось, вони були прооперовані за ургентними показаннями. Найбільш інформативними симптомами були Мерфі, Грекова-Ортнера, Кера, Гаусмана. У 4 (4,0 %) – больовий синдром був відсутній, за клінічними даними перебігу хвороби переважали диспепсичні симптоми. Взагалі диспепсична симптоматика спостерігалась у 64 (64,0 %) хворих. Жовтяниця різної інтенсивності спостерігалась у 19 (19 %) хворих, де у 9 (9,0 %) випадках причиною був холедохолітаз, у 5 (5,0 %) – гострий деструктивний калькульозний холецистит, у 5 (5,0 %) – хронічний калькульозний холецистит. Із них у 16 (16,0 %) хворих жовтяниця пройшла після зняття больового синдрому, 3 хворих оперувались на висоті гіпербілірубінемії.

При лабораторних дослідженнях лейкоцитоз зі зсувом формули вліво мав місце у 9 (9,0 %) хворих з гострим деструктивним калькульозним холециститом та у 6 (6,0 %) з хронічним склерозованозміненим калькульозним холециститом від $8,9 \times 10^9$ до $12,6 \times 10^9$. Білірубінемія від 22,3 до 102 мкмоль/л спостерігалась у 22 (22,0 %) хворих. У 16 (16,0 %) хворих спостерігались ознаки гіперкоагуляції за даними коагулограми. У 10 (10,0 %) хворих з гострим холециститом відзначали підвищення трансаміназ та лужної фосфатази. У 12 (12,0 %) хворих з хронічним холециститом та у 6 (6,0 %) – з холедохолітазом встановлено

підвищення тільки трансаміназ до 218 ммоль/л. У 4 (4,0 %) осіб з гострим деструктивним холециститом, у 12 (12,0 %) з хронічним холециститом та у 4 (4,0 %) з холедохолітазом, у яких перебіг захворювання ускладнився вторинним біліарним панкреатитом, мало місце підвищення амілази крові від 128 до 1024 од. В 72 % хворих після курсу консервативної терапії були прооперовані при лабораторних показниках, що відповідали нормі, 22 % при тенденції до нормалізації та 6 % на висоті запального процесу.

Серед інструментальних обстежень найбільшу цінність мало ультразвукове дослідження, за допомогою якого визначались стан стінки жовчного міхура, його розміри, наявність та розміри конкрементів, діаметр холедоха, що в загальному дозволило у 88 (88,0 %) випадках діагностувати хронічний калькульозний холецистит, а також у 8 (8,0 %) випадках – гострий холецистит, про що свідчили потовщення передньобочкової стінки від 4,0 до 5,5 см, її фрагментація, розшарування, подвоєння тощо. У 10 (10,0 %) хворих був діагностований холедохолітаз, УЗ-ознаками якого вважали збільшення діаметра холедоха від 0,9 до 2,2 см, наявність конкрементів в його просвіті, що стало прямим показанням до огляду великого дуодентального сосочка за допомогою дуоденоскопа “Pentax – 290V” та проведення ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ). Фіброгастроудоденальне дослідження було виконано всім хворим з даною патологією, обов'язковим вважалось його виконання перед проведенням ЕРХПГ. Крім цього проводили електрокардіологічне дослідження, де у 16 (16,0 %) випадках було діагностовано постінфарктні рубцеві зміни міокарда, у 36 (36,0 %) – порушення ритму за типом миготливої аритмії та суправентрикулярних екстрасистол. Також надавали великого значення спірометричному дослідженню, за допомогою якого визначали життєвий об'єм легень, форсований об'єм легень, індекс Тіффно, максимальну вентиляцію легень тощо. Завдяки даному дослідженню у 33 (33,0 %) пацієнтів були встановлені рестриктивні та обструктивні порушення середнього ступеня тяжкості.

У 94 (94,0 %) пацієнтів була діагностована супровідна патологія, а саме: атеросклероти-

чий та постінфарктний кардіосклероз, ревматична вада серця (2 випадки) зі зниженою резервною функцією міокарда та з серцево-судинною недостатністю ІА-ІБ ст. – 89 (88,0 %) випадків; гіпертонічна хвороба ІІ-ІІІ ст. – 34 (34,0 %); хронічний бронхіт, емфізема легень, пневмосклероз з дихальною недостатністю ІІ-ІІІ ст. – 66 (66,0 %); дисциркулярна енцефалопатія ІІ-ІІІ ст. – 42 (42,0 %); цукровий діабет в стадії суб- і декомпенсації – 16 (16,0 %); деформуючий остеоартроз суглобів нижніх кінцівок з порушенням функції ходи ІІ-ІІІ ст. – 20 (20,0 %); хронічний персистуючий гепатит та цироз печінки в активній фазі – 18 (18,0 %); виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки в стадії загострення та неповної ремісії – 8 (8,0 %). У 88 (88,0 %) хворих спостерігалось поєднання вищевказаної патології. Тривалість супутньої патології склала від 6 до 48 років. 18 (18,0 %) хворих мали в анамнезі оперативні втручання на органах черевної порожнини.

48 (48,0 %) хворих були переведені із терапевтичного відділення після проходження курсу лікування, що включало обов'язкову корекцію порушень функції серцево-судинної та дихальної систем у зв'язку не тільки з необхідністю проведення інтубаційного наркозу, а й для можливості створення в черевній порожнині пневмоперитонеуму.

Передопераційну підготовку хворі проходили безпосередньо у хірургічному чи в реанімаційному відділеннях, вона включала нормалізацію показників коагулограми, білірубіну, білкового, кислотно-лужного обмінів, показників гемодинаміки, об'єму циркулюючої крові, санацію шлунково-кишкового тракту тощо. Залежно від виду патології та тяжкості соматичного стану хворого, даний період займав від 12 годин до 10 діб.

10 (10,0 %) хворим, у яких було діагностовано поєднання хронічного калькульозного холециститу з холедохолітазом, під час передопераційної підготовки була проведена ЕРХПГ. Для підготовки проведення даного дослідження за 40-60 хвилин внутрішньом'язово вводили 1,0 мл 0,1 % атропіну + 1,0 мл 2,5 % бензогексонію + 1,0 мл 1,0 % промедолу. Як контрастний препарат застосовували 76,0 % тріомбраст у розведенні фізіологічним розчином 1:2. У 4 (4,0 %) випадках під контролем холедохоскопа в просвіт холедоха було

введено катетер, через який виконували промивання розчином (20,0 мл діоксидину + 20,0 мл фізіологічного розчину + 10000 гепарину). Тривалість процедури займала від 15 до 30 хвилин. Під тиском струменя даного розчину з жовчних позапечіткових проток у просвіт дванадцятипалої кишки вимивались конкременти розміром від 0,2 до 0,4 см. У 3 (3,0 %) хворих за 5-7 діб до планового оперативного втручання, у яких було діагностовано вклинені конкременти в просвіт великого дуодентального сосочка чи розташування їх у термінальному відділі холедоха, розміри яких становили від 0,6 до 1,0 см, на 11 годині за циферблатом була виконана ендоскопічна папілосфінктеротомія. В одному випадку, після даної маніпуляції конкремент діаметром до 0,6 см випав у просвіт дванадцятипалої кишки самостійно, у двох інших – конкременти діаметром від 0,8 до 1,0 см були вилучені з просвіту холедоха за допомогою кошика Дорміа. Для попередження розвитку гострого панкреатиту після даного дослідження протягом 5-7 діб призначали антиферментативний препарат (контрикал по 10000 од. внутрішньом'язово 3 рази на добу), антибактеріальний (цефтріаксон по 1,0 внутрішньом'язово один раз на добу), спазмолітик (баралгетас по 2,0 мл внутрішньом'язово двічі на добу). У 3 (3,0 %) хворих ЕРХПГ виконати не вдалося через атипове розміщення великого дуоденального сосочка (1 випадок) та наявність конкремента в ампулі фатерова сосочка більше 1,5 см (2 випадки).

Всім хворим виконувались оперативні втручання під внутрішньовенною збалансованою анестезією зі штучною вентиляцією легень з постійним гемодинамічним моніторингом. З метою премедикації внутрішньом'язово вводили 0,5-1,0 мл 0,1 % атропіну + 1,0 мл 1,0 % димедролу + 1,0 мл 1,0 % промедолу. Для індукції наркозу застосовували сибазон 0,5 % 2,0 мл + тіопентал натрію 1,0 % 0,5-1,0 + кетамін 5,0 % 2-3 мкг/кг, міорелаксанти подовженої дії (з попереднім введенням тест-доз). Аналгезію проводили шляхом фракційного введення наркотичних аналгетиків (фентаніл 7-9 мкг/кг/годину). Під час введення наркозу слідкували за показниками центральної гемодинаміки: артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, хвилинний об'єм серця, серцевий індекс, ударний об'єм серця, загальний

периферичний судинний опір тощо. Параметри гемодинаміки реєструвались на основних етапах анестезії та операції: до премедикації, після премедикації, після індукції, після інтубації, після інсуфляції та десуфляції повітря при виконанні лапароскопічного оперативного втручання, після екстубації. Помічено, що у хворих з гіпертонічною хворобою спостерігалось деяке зниження ударного та хвилинного об'ємів, а також серцевого індексу, що пов'язано з впливом анестезії. У хворих зі зниженою резервною функцією міокарда та серцево-судинною недостатністю ПА-ІІБ ст. показники артеріального тиску, серцевого індексу, ударного та хвилинного об'єму серця були знижені після індукції, інтубації та інсуфляції в черевну порожнину. Відзначено максимальне підвищення показників загального периферичного опору при виконанні пневмоперитонеуму більше 12 мм рт. ст.

З листопада 2002 року по I квартал 2004 року було виконано 78 (78,0 %) лапароскопічних оперативних втручань при лікуванні жовчнокам'яної хвороби у даній категорії хворих. Тривалість операції була від 50 хвилин до 3,5 годин. Із них у 3 (3,8 %) випадках мала місце конверсія на правобічний параректальний міні-лапаротомний доступ, причиною якої стали два випадки кровотечі з ложа жовчного міхура при виділенні хронічного калькульозного склерозованозміненого холециститу з інфільтрацією в навколишні тканини та анатомічні структури та один – посилення спайкового процесу у верхньому поверсі черевної порожнини. Для створення пневмоперитонеуму використовували інсуфлятор фірми "Karl Schtorz" (Німеччина), який автоматично регулює інтенсивність подачі вуглекислого газу й постійно фіксує тиск у черевній порожнині на всіх етапах операції. Пневмоперитонеум створювали за допомогою голки Вереша через розріз у параумбілікальній ділянці. У хворих, старших 65 років, та при наявності серцево-судинної патології внутрішньочеревний тиск становив не більше 8 мм рт. ст. 6 (7,6 %) хворим, у яких в анамнезі мали місце оперативні втручання на органах черевної порожнини, після прискіпливого ультразвукового обстеження пневмоперитонеум створювали через розріз біля мечоподібного відростка груднини. Найбільший тиск газу в черевній порожнині досягав 14 мм рт. ст., при тривалому опе-

ративному втручанні через кожних 20-30 хвилин зменшували тиск до 4-6 мм рт. ст. тривалістю на 10 хвилин. Дана методика була застосована у 50 (50,0 %) хворих з хронічним калькульозним холециститом, 24 (24,0 %) хворим з хронічним калькульозним склерозованозміненним холециститом та з післяопераційним спайковим процесом у черевній порожнині, а також 4 (4,0 %) хворим з гострим деструктивним холециститом. Для уникнення пошкодження порожнистих органів при виражених зрощеннях розкривали просвіт жовчного міхура і відділяли орган разом зі стінкою жовчного міхура. Для визначення міхурової протоки та артерії серед зрощень застосовували трансілюмінацію за допомогою зонда зі світловодом діаметром до 4 мм, джерелом світла став апарат лазерний універсальний "ЛІКА-04" (подана заявка на винахід). Хворим, прооперованим з приводу гострого холециститу, встановлювали дві дренажні трубки у підпечінковий простір через 5-міліметрові троакари. Іншим хворим встановлювали одну дренажну трубку.

10 (10 %) хворим була виконана "відкрита" холецистектомія, де у 3 (3 %) випадках холедохолітазу необхідно було оперативне втручання доповнити холедохолітотомією за допомогою зонда Фогарті, ревізією жовчних шляхів, інтраопераційною холангіографією та зовнішнім дренажуванням холедоха, у 3 (3,0 %) випадках вираженої гіпербілірубінемії, куди увійшла хвора з синдромом Мірізі, що також потребувало зовнішнього дренажування холедоха, у 4 (4,0 %) хворих з гострим деструктивним холециститом, де в трьох випадках мала місце гангренозна форма, а в одному – флегмонозна з паравезикулярним абсцесом, що потребувало широкого дренажування правого підпечінкового простору.

12 (12,0 %) хворим була виконана правобічна параректальна міні-лапаротомна холецистектомія, причиною якої стали у 4 (4,0 %) випадках гострий флегмонозний калькульозний холецистит та у 8 (8,0 %) – хронічний калькульозний склерозованозмінений холецистит та з післяопераційним спайковим процесом у черевній порожнині.

Ускладнення спостерігалось у 2 (2,0 %) випадках, де в одному мала місце неспроможність кукси протоки жовчного міхура, що ускладнилось жовчним перитонітом і потребу-

вало релапаротомії з прошиванням кукси протоки жовчного міхура з санацією та дрениванням черевної порожнини; в одному випадку при спробі “каскадного” накладання кліпсів на широку та коротку протоку жовчного міхура було кліповано стінку холедоха, що в подальшому призвело до її некрозу, хвора була повторно оперована, виконано дренивання холедоха за допомогою дренажу Кера.

Одна (1,0 %) хвора після “відкритої” холецистектомії з приводу гострого гангренозного холециститу померла. Причиною смерті став гострий трансмуральний інфаркт міокарда.

Висновок. У випадках поєднання хронічного калькульозного холециститу з холедохолітіазом слід застосовувати ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію та ендоскопічну папілосфінктеротомію як перший етап хірургічно-

го лікування жовчнокам’яної хвороби.

Хворим похилого та старечого віку можна застосовувати лапароскопічну холецистектомію як при хронічних, так і при гострих деструктивних формах холециститу.

У разі потреби переходу на “відкриту” холецистектомію перевагу віддавати правобічному параректальному міні-лапаротомному доступу.

При проведенні пневмоперитонеуму в межах 8-10 мм рт. ст. під час лапароскопічної холецистектомії у хворих похилого та старечого віку з серцево-судинною патологією гемодинамічних порушень не спостерігається.

При виконанні лапароскопічної холецистектомії в умовах посиленого інфільтративно-спайкового процесу черевної порожнини для верифікації трубчастих структур рекомендовано застосовувати лазерну транслюмінацію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурчинський Г.И. Клиническая гастроэнтерология. – К.: Здоров’я, 1979. – 640 с.
2. Шалимов. А.А. Хирургия печени и желчевыводящих путей.

– К.: Здоров’я, 1993. – 508 с.

3. Шалимов. А.А. Хирургия печени и желчных протоков. – К.:Здоров’я, 1975. – 408с.

Нові підходи до лікування хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози

В.В. ТВЕРДОХЛІБ, А.І. МИСАК, Л.В. ШКРОБОТ, В.В. МЕЛЬНИЧУК

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

NEW APPROACHES TO THE TREATMENT OF PATIENS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASY

V.V. TVERDOKHLIB, F.I. MYSAK, L.V. SHKROBOT, V.V. MELNYCHUK

Terнопil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) – захворювання сечостатевої системи, що найбільш часто зустрічається у чоловіків похилого віку, але симптоми даної патології можуть проявлятися вже у віці 40-45 років. Приблизно 20 % чоловіків, які досягли 60-річного віку, відмічають значне погіршення якості життя, обумовлене розладами сечовипускання.

У третини хворих віком 50-80 років проводиться оперативне втручання з приводу ДГПЗ [1, 2].

Враховуючи загальну тенденцію старіння населення, створено альтернативні методи лікування ДГПЗ медикаментозними препаратами (інгібітори 5-альфа-редуктази, альфа-адреноблокатори, рослинні препарати). Але медикаментозна терапія повинна призначатися хворим з початковими проявами розладів сечовипускання і при наявності абсолютних протипоказань до оперативного втручання. Однак медикаментозна терапія не завжди ефективна і має обмежені показання до застосування [3].

В даний час серед численних хірургічних методів лікування ДГПЗ 80 % простатектомій виконується методом трансуретральної резекції. Дану методику називають золотим стандартом оперативного лікування ДГПЗ [4, 5].

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтуються на вивченні результатів хірургічного лікування 112 хворих на ДГПЗ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні малоінвазивної хірургії і урології Тернопільської обласної клінічної лікарні.

Вік хворих складав від 55 до 82 років. У передопераційному періоді хворі підлягали повному клінічному обстеженню (загальний аналіз крові, сечі, біохімічний аналіз крові). При цьому вивчалися вираженість обструктивних симптомів за допомогою міжнародної шкали IPSS і якості життя QOL. При цьому вираженість симптомів при показниках IPSS 0-7 розцінюється як незначна, 8-19 – помірна, 20-35 – виражена. Також проводилось визначення об'єму залишкової сечі (RV), об'єму простати (V) за допомогою трансабдомінальної і трансректальної сонографії, пальцевого ректального дослідження простати, максимальної швидкості сечі (Q max). При необхідності, для уточнення діагнозу і характеру уродинамічних порушень, проводили екскреторну урографію, уретроцистографію, біопсію простати за показаннями.

Єдиноприйнятним у всьому світі методом лікування, який позбавляє хворого ДГПЗ, є оперативне лікування.

Хірургічне лікування включає відкриту простатектомію, трансуретральну резекцію простати (ТУР), трансуретральне розсічення простати, вапоризацію передміхурової залози при ТУР.

Хворих з ДГПЗ потрібно постійно спостерігати і, в міру наростання симптомів обструкції, збільшення кількості залишкової сечі і об'єму ДГПЗ, приймати рішення на користь одного із методів лікування.

Відкриту простатектомію виконували у хворих з масою ДГПЗ більше 80 г і максимальною швидкістю сечі менше 15 мл/с, IPSS більше 18, залишковою сечею більше 150-200 мл, конкрементами сечового міхура, дилатацією верхніх сечовидільних шляхів, комплексною ХНН.

ТУР виконували у хворих з масою ДГПЗ не більше 80 г, сумою балів IPSS не більше 18, залишковою сечею до 150-200 мл. Оперативні втручання проводились під епідуральною анестезією резектоскопом діаметром 24 Fr фірми "Korl Storr" з безперервним потоком промивної рідини (модель Iglesias). Для іригації застосовували 5 % розчин глюкози, тиск промивної рідини в порожнині сечового міхура підтримувався автоматично на рівні до 20 мм. вод. ст. При ДГПЗ об'ємом до 50 см³ використовували методику Барнеса, при ДГПЗ більше 50 см³ використовували методику Алькока і Флюкса.

При ДГПЗ невеликих розмірів (до 30 см³) використовували електровапоризацію простати з використанням рамкових шипованих вапоротродів під дією струму високої частоти 150-250 Вт.

Також при ДГПЗ невеликих розмірів виконували трансуретральне розсічення простати, яке проводилося на 5 і 7 годині умовного циферблату шийки сечового міхура, а деколи на 12 годині. Операція триває 10-15 хв, потребує мінімальної анестезії, проста у виконанні, і, як показує практика, досить ефективна.

Результати досліджень та їх обговорення.

Результати хірургічного лікування оцінювали через 1 та 3 місяці після операції. Середня тривалість операції – 48,4±8 хв: 1) Об'єм залишкової сечі (RV) до

операції – (88,7±24,8) мл; через 1 місяць після операції 38,4±12,9 мл; через 3 місяці – (28,9±5,6) мл. 2) Максимальна швидкість току сечі (Q max) до операції – (9,2±2,4) мл/с; через 1 місяць після операції – (12,6±2,7) мл/с; через 3 місяці – (16,4±4,1) мл/с. 3) Симптоми по шкалі IPSS до операції – (24,4±3,8); через 1 місяць після операції – 12,5±2,6; через 3 місяці – (9,4±2,2). 4) Якість життя (QOL) до операції – 4,8±1,2, через 1 місяць після операції – 2,9±1,3; через 3 місяці – 1,9±0,7.

Катетер Фолея після операції був видалений в середньому через (26,4±5,8) год. У всіх хворих відновлено самостійне сечовиділення. В післяопераційному періоді у 6 хворих (5,3 %) розвинувся ТУР-синдром легкого ступеня.

У 8 хворих (7,1 %) відмічено часткове нетримання сечі, яке після медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування вдалося купірувати.

У 4 випадках (3,6 %) в післяопераційному періоді виникла макрогематурія, яка була зупинена консервативно.

У 5 хворих (4,4 %) розвинулися гострий уретрит і орхоепідидиміт, симптоми яких після масивної антибактеріальної терапії пройшли.

Також нами була проведена порівняльна характеристика відкритих і ендоскопічних методів лікування ДГПЗ.

Показник	ТУР	Відкрита операція
Больовий синдром	Незначний	виражений
Зняття швів	Немає	7-8 день
П/о рубець	Немає	10-15 см.
Видалення катетера	1-2 день	7-10 днів
Наявність серйозних п/о ускладнень	6-32 %	7-42 %
Повне нетримання сечі	0,5-1,5 %	0,3-0,7 %
Ретроградна еякуляція	25-95 %	40-92 %

Таким чином, дотепер немає стандартного методу лікування ДГПЗ, але підсумовуючи вищеперераховані результати, можна констатувати ви-

соку ефективність ТУР простати в лікуванні ДГПЗ, про що свідчать добрі функціональні результати і нечисленні післяопераційні ускладнення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Серняк Ю.П., Серняк А.П., Фролов С.Г., Малінін Ю.Ю. Трансуретральна резекція передміхурової залози з приводу доброякісної гіперплазії за умов низького тиску іригаційної рідини. Які переваги? // Урологія. – 1999. – №3. – С. 55-58.
2. Боржівський Ц.К., Шупяк О.В., Боржівський О.А. та ін. Особливості техніки трансуретральної вапоризації передміхурової залози // Матеріали наук. праць першого Українсько-Польського сим-

3. Лєвковський Н.С. Трансуретральна резекція предстательної залози та мочевого пузьря. С.Пб.: Вита Нова, 2002. – 208 с.
4. Ponholzer A., Madersbacher S. Minimally Invasive Treatment of BPH: An Update. Eur.Urol. – 2004. – Vol.2, № 1. P. 24-33.
5. Frorian May, Rudolfg Hartung Surgical Treatment of BPH: Technique and Results. Eur. Urol. – 2004. – Vol.2, № 1. – P. 15-23.

УДК : 616.14-007.64-089.819

Досвід використання малоінвазивної сафенектомії при неускладненій варикозній хворобі

А.А. ХЛОПАСЬ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

EXPERIENCE OF USE SMALL INVASIVE SAFENAECTOMIE AT UNCOMPLICATED VARICOSIS

А.А. ХЛОПАСЬ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

В роботі наведені показання, техніка виконання та віддалені результати лікування варикозної хвороби методом склерозування підшкірних вен, доповненого перев'язуванням вірогідних шляхів рефлюксу венозної крові. Автор доповідає про досвід виконання 16 таких операцій у пацієнтів з неускладненою варикозною хворобою. Хороші віддалені результати у всіх 9 пацієнтів, у яких їх вдалось вивчити, дозволяють рекомендувати даний метод оперативного лікування до ширшого застосування при неускладненій варикозній хворобі.

The work is devoted to a problem of surgical treatment 16 patients with not complicated varicosis. All patients were performed scleroterapie of subcutaneuse vein, complemented bandaging of ways of possible reflux of vein blood. The good remote results of operation allow to recommend it for wide application in cases of uncomplicated varicosis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Варикозна хвороба є одним з найбільш поширених хірургічних захворювань. За даними В.С. Савельєва, Е.П. Думпе, Є.Г. Яблокова (1972), А.А.Шалімова, І.І. Сухарєва (1984), Й.П. Даудяриса (1984), на варикозну хворобу хворіє від 10 до 20 % населення. Серед усіх таких хворих 2/3 становлять жінки. Однак, до оперативного лікування вдаються заледве 20 – 25 % диспансерних хворих, та й ті – переважно в стадії декомпенсації чи при наявності ускладнення.

Протягом останніх декількох років почастішали звертання хворих, переважно жінок, з метою виконання сафенектомії в першій, компенсованій стадії варикозної хвороби, при відсутності ускладнень. В таких умовах нами переглянуто тактику вибору методу оперативного лікування варикозної хвороби і запропоновано повернутись до незаслужено забутого методу склерозування підшкірних вен. Причиною розчарування і відмови від цього методу були часті рецидиви варикозу після операції (М.Д. Василюк, М.Г. Шевчук, 1992). На нашу думку, це було пов'язано з неврахуванням

наявного нисхідного та визхідного рефлюксу крові з глибоких вен, а, тим більше, з невжиттям заходів до його припинення. Для запобігання рецидивам ми запропонували поєднати склерозування варикозних вен з малоінвазивним оперативним втручанням – перев'язуванням вірогідних шляхів ретроградного току венозної крові у систему vena saphena magna в ділянці устя, pes anzerinus та перфорантних вен з недостатніми клапанами (А.А.Хлопась, 2002).

Матеріали і методи. Конкретно спосіб здійснюють таким чином. З доступу до устя V. Safena magna виконуємо перев'язування колатералей, що впадають в устя, після чого пересікаємо стовбур V.Safena magna та перев'язуємо проксимальний відрізок над місцем впадання у глибоку вену стегна (цим досягаємо припинення нисхідного рефлюксу). З доступу до Pes anzerinus перев'язуємо та пересікаємо гілки, що утворюють гусячу лапку (досягаємо припинення висхідного рефлюксу). Мобілізуємо стовбур V.Safena magna на протязі 0,5 – 1,0 см. Канюлюємо підшкірну вену

знизу і вводимо 60 % розчин глюкози до появи його з відрізка вени у паховому доступі, після чого накладаємо затискачі на обидва відрізки вени на 20 хвилин. Далі – перев'язуємо нижній відрізок та зашиваємо рану на гомілці. Проводимо еластичне бинтування кінцівки доверху, перев'язуємо верхній відрізок вени і зашиваємо рану в паху. При недостатності комунікантного клапана, локалізацію якого визначаємо за пробою Пратта, додатково перев'язуємо комунікантну вену.

Результати досліджень та їх обговорення.

За даною методикою протягом 2001 – 2004 років прооперовано 16 хворих (14 жінок та 2 чоловіки). У всіх випадках тривалість тимчасової втрати працездатності була значно мен-

шою, ніж середня після сафенектомії (18,4 + 0,08 днів проти 39,6 + 0,06 днів). Віддалені результати нам вдалося прослідкувати у 9 хворих. У всіх хворих результати проведеної операції – добрі, рецидивів не було.

Висновки. 1. Причиною незаслуженої відмови від методу склеротерапії при варикозній хворобі було неврахування, а, тим більше – неприпинення вірогідного висхідного та низхідного венозного рефлюксу у систему підшкірних вен.

2. На нашу думку, не дивлячись на невелику кількість наведеного статистичного матеріалу, метод малоінвазивної сафенектомії можна рекомендувати до ширшого впровадження у випадках неускладненої варикозної хвороби в стадії компенсації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Василюк М.Д., Шевчук М.Г. Варикозная болезнь нижних конечностей у женщин. – К.: Здоров'я, 1992. – 184с.
2. Даудярис Й.П. Болезни вен и лимфатической системы конечностей. – М.: Медицина, 1984. – 192 с.
3. Савельев В.С., Думпе Е.П., Яблоков Е.Г. Болезни магистральных вен. – М.: Медицина, 1972. – 440 с.
4. Хлопась А.А. Спосіб хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок//Деклараційний патент на винахід № 45052 А. – Бюл. №3. – 15.03.2002.
5. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. – К.: Здоров'я, 1984. – 256 с.

Порівняльна оцінка ефективності лікування доброякісних кіст яєчника методами традиційної та лапароскопічної кістектомії

С.П. ПОЛЬОВА, В.П. ПОЛЬОВИЙ

Буковинська державна медична академія

COMPARATIVE EVALUATION OF EFFECTIVENESS OF BENIGN OVARY CYSTS TREATMENT BY METHODS OF TRADITIONAL AND LAPAROSCOPIC CYSTECTOMY

S.P. POLIOVA, V.P. POLIOVY

Bucovynian State Medical Academy

Проаналізовано результати оперативного лікування доброякісних пухлин яєчника у 63 пацієток шляхом лапаротомії та лапароскопії. Проведено дослідження стану імунної системи з метою прогнозування перебігу післяопераційного періоду. Доведено переваги впливу використання лапароскопічних втручань на стан гомеостазу хворих та реабілітаційного періоду, порівняно з традиційною лапаротомією.

The results of benign ovary cysts operative treatment in 63 patients have been analyzed by methods of laparoscopy and laparotomy. The examination of women's immune condition has been carried out in order to predict the course of postoperative period. The advantages of laparoscopic interventions use on the condition of homeostasis of a patient and a period of rehabilitation in comparison with traditional laparotomy have been proved.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Доброякісні пухлини яєчників продовжують займати чільне місце серед захворювань жіночої статеві системи. За останніх десять років частка даної патології в структурі гінекологічних захворювань склала 19-25 % [3, 6]. Останнім часом помітна тенденція до зростання захворювання, особливо у жінок репродуктивного віку та у дівчаток-підлітків [5, 6]. Широке впровадження лапароскопії в гінекологічну практику змінило підходи до оперативного лікування пухлин яєчника, сприяло становленню нового напрямку в гінекології і значно потіснило традиційні методи оперативних втручань [1, 2, 4]. Однак в літературі відсутні роботи, присвячені веденню пацієток після лапароскопічної кістектомії, особливостям лікувально-відновних заходів після операції та її віддаленим наслідкам [2, 6].

Мета дослідження: провести порівняльний аналіз ефективності лікування доброякісних кіст яєчника у пацієток різних вікових груп, оперованих лапароскопічно та шляхом лапаротомії.

Матеріали і методи. Обстежено і прооперовано 63 пацієтки з кістами яєчників віком від 13 до 43 років. Із них 35 (основна група) оперовані лапароскопічно за допомогою обладнання фірми "Karl Storz" (Німеччина) за загальноприйнятою методикою, а 28 хворих (контрольна група) оперовані шляхом лапаротомії. Всім жінкам проводили традиційне загальноклінічне та спеціальне гінекологічне обстеження. Для уточнення діагнозу використовували ультразвукове дослідження жіночих статевих органів апаратом Aloka-1100. В обох групах проводили імунологічні дослідження в до- і післяопераційному періодах.

Результати досліджень та їх обговорення. Оперативні втручання в основній і контрольній групах хворих переважно виконані в плановому порядку. Ургентна лапароскопія проводилася у 11 пацієток: з приводу перекруту кісти – 9 випадків та розриву капсули кісти – 2. Серед хворих основної групи прооперовано четверо дівчаток-підлітків з приводу дермоїдних кіст. У всіх пацієток, що прооперо-

вані лапароскопічно, об'єм оперативного втручання полягав у вилущуванні капсули кісти яєчника, коагуляції ложа кісти, евакуації вмісту кісти та макропрепарату. За наявності спайкового процесу в малому тазу мав місце сальпінгооваріолізіс. Застосування лапароскопії дозволило переглянути необхідність виконання аднексектомії при перекруті пухлини придатків. За наявності справжнього перекруту (дермоїдні кісти, серозні цистаденоми) лише в одному випадку із 9 виконали аднексектомію. Оцінку життєздатності ішемізованих тканин проводили візуально. Така тактика і техніка виконання лапароскопії за наявності кісти яєчника дають можливість максимально зберегти дітородні органи у пацієнток, особливо у дівчаток і жінок, що не реалізували свою репродуктивну функцію.

У контрольній групі хворих планово прооперована 21 пацієнтка, в ургентному порядку – 7. Показаннями до оперативного втручання шляхом лапаротомії були дермоїдні кісти великих розмірів, спайковий процес в малому тазу III-IV ступенів, повторні оперативні втручання на жіночих статевих органах. Об'єм операції в 88 % пацієнток полягав в аднексектомії, у 12 % – резекції кісти яєчника. Загальний стан у ранньому післяопераційному періоді у всіх пацієнток був задовільним. У 2 випадках у хворих контрольної групи мало місце часткове розходження країв післяопераційної рани.

Середня тривалість больового синдрому після лапароскопії склала 1,1+0,1 і при цьому не використовувались наркотичні анальгетики, після лапаротомії – 5,6+0,6 і знеболювання проводилось в повному об'ємі. Відповідно, температура тіла пацієнток основної групи нор-

малізувалася впродовж 1,5+0,1 доби, а в контрольній групі – 5,58+0,27 доби. На першу добу після операції відмічалася тенденція до менш вираженого лейкоцитозу і зсуву лейкоцитарної формули вліво при лапароскопічному втручанні. У цих пацієнток не застосовували антибіотикотерапію та стимуляцію кишечника. При лапаротомному втручанні використовували антибіотик ципрофлоксацин по 1,0 внутрішньовенно інтраопераційно та через 12 год впродовж першої доби після оперативного втручання. Стимуляцію кишечника проводили дворазовим введенням розчину метоклопраміду по 2 мл внутрішньом'язово впродовж 3-4 діб. Тривалість перебування в стаціонарі склала після лапароскопічної кістектомії 1,6+0,2 дні, при лапаротомному доступі – 7,3+0,2 доби. Всім пацієнткам контрольної групи після аднексектомії призначали реабілітаційні заходи: фізіотерапія, гормональна терапія, ензимотерапія, імуномодулятори. Після лапароскопічних втручань переважно призначали імуномодулятори та гормонотерапію за показаннями.

Висновки. 1. Лапароскопія є альтернативним методом проведення органозберігаючих операцій у дівчаток-підлітків та жінок репродуктивного віку.

2. Використання лапароскопії дозволяє підвищити якість оперативного лікування та ведення післяопераційного періоду.

Перспективи подальших досліджень. Перспективою розвитку лапароскопічної хірургії є впровадження в гінекологію більш складних оперативних втручань та витіснення більшості операцій, які раніше виконувалися традиційним лапаротомним доступом.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гаспаров А.С., Косаченко А.Г., Торгомян А.А. Оптимізація тактики ведення больних с острими гінекологічеськими захворюваннями // Рос. вестник акушера-гінеколога. – 2001. – №4. – С. 40-41.
2. Дуданов І.П., Соболев В.Э. Лапароскопія в проблемі реларотомії // Ендоскопічеська хірургія. – 2001. – №2. – С. 21.
3. Каранашева А.Х., Радзинський В.Е., Духин А.О. Репродуктивне здоров'є пацієнток після односторонньої аднексектомії // Російський вестник акушера-гінеколога. – 2003. – №2. – С.45-48.
4. Кравчук О.С., Доброхотова Ю.Э., Бреусенко В.Г. Особен-

- ности течения и ведения послеоперационного периода у гинекологических больных, оперированных лапаротомическим и лапароскопическим доступом // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – №4. – С. 32-39.
5. Кулаков В.И., Богданова Е.А., Волков Н.И. Лапароскопическая диагностика и лечение объемных образований яичников у девочек и девушек // Акушерство и гинекология. – 1999. – №2. – С. 25-29.
6. Станкевич В.В., Ременник О.И. Лапароскопія в дифференціальной диагностике и лечении заболеваний яичников у женщин разных возрастных групп // Репродуктивное здоровье женщины. – 2003. – №1 (13). – С. 123-126.

Вибір місця та доступу при лапароскопічній адгезіотомії

О.Г. ДИКИЙ

Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф. Гербачевського

CHOICE OF PLACE AND APPROACH AT LAPAROSCOPIC ADHESIOTOMY

О. Н. ДУКУ

Zhytomyr Regional Clinical Hospital by O.F. Herbachevsky

В лікуванні спайкової хвороби лапароскопічним методом в зв'язку з підвищеним ризиком пошкодження внутрішніх органів однією з основних проблем є вибір місця і способу введення 1-го порту. Застосування відкритого методу введення 1-го троакара і відеотроакарів хоча і зменшує ризик цього ускладнення, але також пов'язане з проблемою вибору місця розрізу. Використання УЗД передньої черевної стінки для визначення зон, вільних від зрощень, також не є остаточним вирішенням проблеми, оскільки УЗД не дозволяє безпосередньо візуалізувати зрощення.

Мета роботи: вивчити інформативність анамнестичних та клінічних даних у хворих на спайкову хворобу очеревини з метою встановлення прогностичних критеріїв вибору доступу при лапароскопічній адгезіотомії.

Проаналізовано характер вісцеропарієтального спайкового процесу в 52 хворих: жінки – 25; чоловіки – 27. Середній вік пацієнта склав 38,7 року (наймолодший – 15; найстарший – 73).

Існуючі морфологічні класифікації спайкового процесу передбачають градацію спайок за двома критеріями: поширеність [1, 2, 3, 4, 7] і щільність [5, 6]. Безумовно, застосування градації спайкового процесу за цими критеріями має прогностичну цінність для визначення можливості виконання адгезіотомії лапароскопічним способом. Але застосування цих класифікацій не дає можливості визначити місце вибору введення 1-го порту, оскільки не характеризує локалізацію спайкового процесу. Тому ми використали поділ всіх зрощень на дві великі групи: зрощення між органами черевної порожнини та передньою черевною

стінкою – вісцеропарієтальні зрощення (сальникові – фіксація сальника; кишкові – фіксація кишечника) і зрощення між органами черевної порожнини – вісцеровісцеральні зрощення. Саме поширеність вісцеропарієтальних зрощень і визначає місце введення 1-го троакара при лапароскопічній адгезіотомії.

На першому етапі було вирішено оцінити зону поширеності вісцеропарієтальних зрощень в залежності від зони локалізації післяопераційного рубця, яка є єдиним загальноприйнятим критерієм для визначення місця введення 1-го порту. Для уніфікації проведення такої оцінки передня черевна стінка відносно до післяопераційного рубця нами була розділена на 4 зони (табл.1): інтарубцева – зона локалізації рубця; парарубцева – зона (зони), яка оточує зону локалізації рубця; зони віддаленості 1-го порядку – анатомічні зони, які безпосередньо передлягають до парарубцевої зони; зони віддаленості 2-го порядку – анатомічні зони, які безпосередньо передлягають до зон віддаленості 1-го порядку.

Відсутність вісцеропарієтальних зрощень в залежності від зони віддаленості від післяопераційного рубця представлена в таблиці 2.

Достовірність різниці між частотою відсутності спайок в зонах визначали шляхом оцінки розбіжностей через критерій Стьюдента. В усіх випадках вірогідність різниці в частоті між групами складає від 95,5 % (при порівнянні інтарубцевої і парарубцевої зон) до 99,7 % (при порівнянні 2-ї зони віддаленості з іншими зонами). При цьому, чим далі одна від одної зони, що порівнюються, тим вищий ступінь вірогідності різниці.

Таблиця 1. Зони віддаленості від післяопераційного рубця

П/операційний рубець	Парарубцева зона	Зона віддаленості 1-го порядку	Зона віддаленості 2-го порядку
Тотальний лапаротомний	- Епігастральна - Пупкова - Надлобкова	- Ліва і права підреберні Ліва і права мезогастральні Ліва і права здухвинні	Відсутні
Верхньосерединний лапаротомний	- Епігастральна - Пупкова	Ліва і права підреберні Ліва і права мезогастральні	Надлобкова Ліва і права здухвинні
Середньосерединний лапаротомний	Пупкова	Епігастральна Надлобкова	Ліва і права підреберні мезогастральні Ліва і права - Ліва і права здухвинні
Нижньосерединний лапаротомний	Параумбілікальна - Надлобкова	Ліва і права здухвинні Ліва і права мезогастральні	Ліва і права підреберні Епігастральна
Лівий параректальний	- Лівий мезогастрій - Ліве гідребер'я - Ліва здухвинна	- Епігастральна - Параумбілікальна - Надлобкова	- Праве підребер'я - Права мезогастральна - Права здухвинна
Правий параректальний	- Правий мезогастрій - Праве підребер'я - Права здухвинна	- Епігастральна - Параумбілікальна - Надлобкова	- Ліве підребер'я - Ліва мезогастральна - Ліва здухвинна
Доступ Мак-Бурнея	- Права здухвинна	- Права мезогастральна - Параумбілікальна - Надлобкова	- Права і ліва підреберні - Епігастральна мезогастральна - Ліва здухвинна

Таблиця 2 (n = 52): частоту зрощень в зонах оцінювали за допомогою t-критерію з надійністю 95,4 %

Зона віддаленості	Кількість випадків відсутності зрощень в зоні			
	Абсол.	%	P	Довірчі межі
Інтрарубцева	8	15,38	0,15	± 10 %
Парарубцева	17	32,69	0,33	± 13 %
Зона віддаленості 1-го порядку	32	61,54	0,62	± 14 %
Зона віддаленості 2-го порядку	45	86,54	0,87	± 9 %

Проте, як видно з таблиці 2, вірогідність відсутності спайок в 2-й зоні віддаленості складає тільки (86,54± 9) %. Отже, при застосуванні критерію локалізації рубця в 4,46-22,46 % випадків зберігається ризик пошкодження тих органів черевної порожнини, які зрощені з передньою черевною стінкою. Тому наступним етапом було порівняння поширеності вісцеропарієтальних спайок від зони оперативного втручання. По-перше, при багатьох оперативних втручаннях застосовуються однакові доступи, що знижує прогностичну цінність критерію локалізації післяопераційного рубця; по-друге, оскільки одним з основних компонентів патогенезу спайкового процесу є травма очеревини, то логічно припустити, що в зоні, в якій розташований оперований орган, спайковий процес, в т.ч. і

вісцеропарієтальний, повинен бути найбільш виражений. В основу даного критерію були покладені анаменстичні дані про причину оперативного втручання, об'єм виконаного втручання, наявність факторів, які могли б призвести до розширення зони втручання або зони запального процесу в черевній порожнині (операції з приводу травми живота; патологія, ускладнена перитонітом; розвиток післяопераційних ускладнень; оперативні втручання з приводу спайкової хвороби в анамнезі). За цими критеріями всі оперативні втручання були розділені на 2 великі групи: з локальною і тотальною зонами травматизації очеревини. При порівнянні цих груп не враховувалися зрощення в інтра- і парарубцевій зонах, оскільки на 1-му етапі оцінки було встановлено, що в цих зонах відмічається найчасті-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

ша локалізація вісцеропарієтальних зрощень. До уваги брали наявність зрощень в зонах, в яких можна вводити 1-й порт: надлобкова, здухвинні, параумбілікальна, мезогастральні зони.

В групі з локальною зоною оперативного втручання передня стінка очеревини також була поділена на зони віддаленості від зони втручання (табл. 3).

Таблиця 3. Поділ передньої черевної стінки в залежності від віддаленості від зони оперативного втручання

Група оперативних втручань	Локалізація рубця	Зона оперативного втручання	Зона віддаленості 1-го порядку	Зона віддаленості 2-го порядку
Апендектомія	Права здухвинна ділянка	Права здухвинна ділянка	Права бокова стінка малого таза права мезогастральна пупкова надлобкова	Права підреберна епігастральна ліва підреберна ліва мезогастральна ліва здухвинна
Втручання на шлунку. Операції на жовчовивідних шляхах	Верхньо-серединна лапаротомія	Праве підребер'я епігастральна	Ліве підребер'я параумбілікальна права мезогастральна	Ліва мезогастральна ліва здухвинна надлобкова права здухвинна
Втручання на підшлунковій залозі. Спленектомія	Верхньо-серединна лапаротомія	Ліве та праве підребер'я	Ліва та права мезогастральна	Ліва та права здухвинна надлобкова
Гінекологічні втручання	Доступ Пфаненштілья Нижньо-серединна лапаротомія	Здухвинні; права і ліва надлобкова	Параумбілікальна мезогастральна права і ліва	Ліве і праве підребер'я епігастральна
Операції на сигмоподібній та прямій кишках	Нижньо-серединна лапаротомія	Ліва здухвинна надлобкова	Параумбілікальна права здухвинна ліва мезогастральна	Права мезогастральна праве і ліве підребер'я епігастральна

Як видно з таблиці 3, тільки при апендектомії зона локалізації післяопераційного рубця і зона оперативного втручання ідентичні. В усіх інших випадках зона оперативного втручання ширша від зони локалізації післяопераційного рубця.

При локальному процесі середня кількість уражених зон складала $0,4 \pm 0,45$; при тотальному – $3,18 \pm 0,1$ (рівень точності – 99,9 %). Різницю між отриманими показниками оцінювали шляхом оцінки розбіжностей через критерій Стьюдента ($t=22, 99, p=0,001$). Аналіз групи пацієнтів з локальною зоною втручання показав, що в жодного з цих пацієнтів спайковий процес не поширювався на 2-гу зону віддаленості (різниця із зоною віддаленості 1-го порядку суттєва, $p = 0,001$), а вісцеропарієтальні зрощення, які локалізувалися в 1-й зоні віддаленості, завжди знаходилися в анатомічній ділянці, яка була на стороні зони

втручання. Суттєва різниця і між частотою вісцеропарієтальних зрощень між зоною оперативного втручання і зоною віддаленості 1-го порядку ($p = 0,05$) (табл. 4).

Таблиця 4. Відсутність спайок в зонах оперативного втручання

Зона віддаленості	Частота відсутності вісцеропарієтальних спайок (% випадків)
Зона оперативного втручання	45,16
Зона віддаленості 1-го порядку	70,97
Зона віддаленості 2-го порядку	100

Група пацієнтів з тотальною зоною оперативного втручання була розділена на 2 підгрупи: підгрупа А – пацієнти, в яких зустрічалося не менше 3 вільних від зрощень

сусідніх зон; підгрупа Б – пацієнти, в яких кількість вільних сусідніх зон була менше 3. Такий поділ обґрунтовувався тим, що для введення додаткових портів і проведення навіть найпростіших лапароскопічних маніпуляцій в черевній порожнині необхідно мати хоча б 3 вільних від зрощень анатомічних зони.

Середня кількість оперативних втручань з приводу СХО в підгрупі А склала $0,42 \pm 0,54$ (від 0 до 0,96); в підгрупі Б - $1,4 \pm 0,78$ (від 0,62 до 2,18). Достовірність різниці визначали шляхом оцінки розбіжностей через критерій Стюдента. Нами не виявлено суттєвої різниці в обох підгрупах між кількістю оперативних втручань з приводу спайкової хвороби в анамнезі ($p > 0,05$); часткою хворих, оперованих з приводу СХО 1 раз ($t = 0,165$; $p > 0,05$) та між часткою хворих, в яких в анамнезі зафіксовано більше 1 втручання з приводу СХО ($t = 0,139$; $p > 0,05$); між часткою хворих, в яких патологія органів черевної порожнини, яка стала причиною СХО, ускладнилася перитонітом ($t = 0,058$; $p > 0,05$). Не виявлено також різниці між частотою наявності та відсутності зрощень в окремих анатомічних зонах.

Отже, можна однозначно зробити висновок, що наявність в анамнезі оперативних втручань з приводу СХО, травми живота та хірургічної патології, перебіг якої ускладнювався розлитим перитонітом, прогностично може вказувати на можливий, але не обов'язковий, тотальний

вісцеропарієтальний спайковий процес. Тому для уникнення ризику пошкодження внутрішніх органів при введенні 1-го порту в групі хворих з розширеною зоною втручання, місце введення 1-го порту слід визначати за локалізацією післяопераційних рубців, але для введення порту необхідно застосовувати відкритий спосіб введення. Необхідний також подальший пошук прогностичних критеріїв тотального вісцеропарієтального спайкового процесу.

Висновок. 1. Оптимальним місцем введення 1-го порту в пацієнтів з локальними зонами оперативного втручання є точка, яка знаходиться в 2-ій зоні віддаленості від післяопераційного рубця і в 2-ій зоні віддаленості від зони оперативного втручання на стороні, протилежній зоні оперативного втручання. Введення 1-го порту в цій зоні може проводитися закритим способом, оскільки тут вісцеропарієтальні зрощення відсутні.

2. Наявність в анамнезі оперативних втручань з приводу закритої травми живота, хірургічної патології, ускладненої перитонітом або з приводу спайкової хвороби очеревини вказує на підвищений ризик розвитку тотального вісцеропарієтального спайкового процесу. В таких пацієнтів при проведенні лапароскопічної адгезіотомії 1-й порт необхідно вводити відкритим способом, а місце введення порту повинно розташовуватися у 2-ій зоні віддаленості від післяопераційного рубця.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дронов А.Ф., "Лапароскопия в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей" – "Зндоскопическая хирургия", 1997, 2, 4 – 12.
2. Побединский Н.М., Ботвин М.А., Ищенко А.И., Ланчинский В.И., Самоилов А.Р., Зуев В.М., "Роль реакции ацетилирования в патогенезе спаечного процесса малого таза у гинекологических больных" – "Акушерство и гинекология", 1997, № 4, С. 28-29.
3. Amera A. Saba, Vasso Codziachvili, Ami K. Mavani, Yvan J. Silva. Serum levels of interleukin and tumor necrosis factor correlate with peritoneal adhesion grades in humans after major abdominal surgery Am. – 1998.
4. Vela A., Littleto C., O'Leary J. The effects of minidose heparin and low molecular weight heparin on peritonitis in the rat Am. Surg. – 1999.
5. Diamod P. About adhesions // NTERO Surgica. – 2001.
6. Improvement of interobserver reproducibility of adhesion scoring systems. Adhesion Scoring Group // Fertil. Steril. – 1994. Vol. 62, № 5. – P. 984-988.
7. Uday Kumar Dasika, Warren D. Widman. Does lining polypropilene with polyglactin mesh reduce intraperitoneal adhesions? //Am. Surg.– 1998, Aug. Vol. 64, № 8 – P.734-736.

Ускладнення при черезшкірному декомпресійному дренажу у хворих з обтураційною жовтяницею та способи їх профілактики (огляд літератури)

А.Ф. ЕЛІН

Донецький державний медичний університет

COMPLICATION IN THE INTERCUTANEONS DECOMPRESSIVE DRAINAGE IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE JAUNDICE AND METHODS OF THEIR PROPHYLAXIS (REVIEW)

A.F. ELIN

Donetsk State Medical University

Черезшкірні втручання на позапечінкових жовчних протоках і жовчному міхурі відомі майже століття. Вперше у 1920 р. Burckhardt H., Muller N. пунктували жовчний міхур через шкіру і вводили в нього контрастну речовину, намагаючись простежити за пасажем жовчі. У 1937 р. Huard P., і Do Juan Нор зробили черезшкірну пункцію дилатованої внутрішньопечінкової протоки у хворого з обтураційною жовтяницею з подальшим контрастуванням біліарного тракту. У 1942 р. Lee W., і Royer M. запропонували методику прямої пункції жовчного міхура під контролем лапароскопії. У 1952 р. Carter R., Saupol G. розробили методику черезшкірної черезпечінкової пункції жовчних шляхів з епігастрального доступу. Вони першими застосували контрастні речовини, що розчинялись у воді і жовчі. Надалі Leger L., Zara M., Wargnier M. У 1952 р. пропонують залишати катетер у жовчних протоках після видалення голки. Тоді ж Karadji M. запропонував пунктувати жовчний міхур через шкіру і тканину печінки щоб уникнути витікання жовчі в черевну порожнину, а Vanche M., Murotari F. почали застосовувати пункцію жовчного міхура через тканину печінки, але під одночасним і обов'язковим лапароскопічним контролем. Вперше в СРСР Виноградов В.В. у 1954 р. зробив черезшкірну холангіографію. У 1956 р. Fernstrom, Seldinger S.I. застосовують для катетеризації жовчних проток голку з надітим на неї тонкостінним поліетиленовим катетером. Широке впровадження даного методу біліарної декомпресії супроводжувалося значним збільшенням ускладнень і летальних випадків у

даної категорії хворих. За зведеною статистикою, ускладнення черезшкірного дренажу розвивалися в 6 – 74 % пацієнтів [1, 17, 24, 31, 42, 43, 45, 50, 60]. Велика кількість ускладнень і летальних випадків пов'язаних із черезшкірними черезпечінковими втручаннями у хворих з обтураційною жовтяницею протягом тривалого часу призвело до зміцнення думки про високу небезпеку цього методу біліарної декомпресії [52, 59].

У ці ж роки виникає необхідність у визначенні поняття “ускладнення черезшкірних декомпресійних втручань”. Багато дослідників схиляються до думки про необхідність поділу ускладнень при виконанні пункційних методів на дві великі групи: легкі і тяжкі [43, 46]. Основним критерієм для їх поділу є той факт, що тяжке ускладнення призводить до погіршення стану хворого або обумовлює виконання хірургічного втручання. Як правило, до тяжких ускладнень відносять: геморагічні ускладнення (кровотеча у вільну черевну порожнину, гемобілія) [60]; холангіт [36] або септицемію [1, 46]; жовчовитікання в черевну порожнину з розвитком жовчного перитоніту.

Тяжкі ускладнення при дренажу біліарної системи виникають у 2,7 – 11% хворих [1, 20, 24, 29, 31, 35, 42, 43, 45, 46, 49, 50]. У їхній структурі: кровотечі при дренажу жовчних проток виникали в 0,5 – 8,0% хворих, гемобілія – у 0,8 – 9%; холангіт розвивається – у 4,1 – 10,5%; жовчовитікання в черевну порожнину і жовчний перитоніт зустрічаються рідше – у 0,6 – 4,5 % [1, 6, 42, 46].

За даними Борисовой Н.А., 1996 [2]; Капранов С.А. и соавт., 1996 [10]; Schild H. et al., 1989[48] від

1,5 до 55,6% ускладнень черезшкірних дренавальних втручань вимагають виконання екстреної оперативної корекції, що, природно, приводить до значного росту післяопераційної летальності у хворих з обтураційною жовтяницею. 0,8-15,5% хворих вмирають безпосередньо від самих ускладнень [2, 10, 22, 28, 48]. В структурі летальності переважають геморагічні і гнійні ускладнення [5, 31, 42, 44]. При розвитку жовчного перитоніту вмирає до 50 – 100 % хворих [2, 48, 50], холангіту – до 60 % [60], при абсцесах черевної порожнини 50 – 100 % [2], при кровотечах 17 – 100 % [2, 36, 42, 48, 50]. Рідше хворі вмирають від розвиненого панкреатиту [2, 48], некрозу печінки, жовчного плевриту і міокардіального шоку [42].

До легких ускладнень прийнято відносити: блювання [11, 39, 40]; болі [11, 32]; дислокацію катетера [1, 37, 42, 43, 46, 49]; вазо-вагальні реакції [11]; холангіт без септицемії [1, 46]; транзиторну гіпертермію [11, 42, 48]; пневмоторакс [1, 43, 46, 50].

Легкі ускладнення розвиваються у 6,1 – 66 % хворих [1, 20, 24, 26, 29, 31, 35, 42, 43, 45, 46, 49, 50].

За термінами виникнення ускладнень прийнято розрізняти гострі, ранні і пізні ускладнення [27, 29, 36, 40, 42]. Немає єдності поглядів на тимчасові рамки термінів розвитку ускладнень. Так, K. Wernecke et al. (1995)[57] ранніми вважають ускладнення, що розвинулися в перші 24 години після дренажу, A. Gillams et al. (1990)[29] – у перші 72 години, а J.F. Lois et al. (1987) [36] – протягом перших 30 днів.

У ранньому післяопераційному періоді переважають тяжкі ускладнення – крово- і жовчовитікання, перитоніт, сепсис [24, 31, 42, 43, 45, 47].

З часом міняється структура ускладнень. Лідуюче місце серед пізніх ускладнень займає дислокація дренажу, а так само його обтурація і розвиток холангіту [11, 20, 27, 39, 42]. При цьому, найбільш частою є дислокація дренажу, що зустрічається в 3 – 22 % хворих і складає приблизно половину всіх ускладнень [9, 11, 38, 46].

Розглядаючи причини розвитку ускладнень при виконанні черезшкірних декомпресійних біліарних дренажів багато авторів виділяють наступні групи: недостатній досвід лікаря, недосконалість інструментарію або методик, виникнення технічних проблем під час дренажу та неухвалене відношення до дренажу в післяопераційному періоді [1, 3, 11, 18, 53, 56].

Початковий етап роботи супроводжується найбільшим числом ускладнень [9, 14]. Удосконалю-

вання хірургічної техніки і зростання досвіду сприяє зниженню кількості ускладнень у 3 і більш разів [3]. За даними Riemann J.F., (1984) [46] що проводили мультицентричне дослідження встановлено, що найбільше число ускладнень виникає у хірурга, що виконав до 40 дренажів. Воно досягає 78 %. У той же час у лікарів, що мають досвід 450 втручань, частота ускладнень склала 14 %.

Узагальнюючи світовий досвід виконання біліарних чрезшкірних дренажів багато авторів найбільш частим вважають розвиток дислокації пункційного дренажу. Даному ускладненню сприяють: поверхневе введення катетера [43, 48]; катетеризація проток більш рухливої правої частки печінки [37]; застосування катетерів, що не мають фіксуючих пристосувань на дистальному кінці [43, 48]; сильний кашель і глибоке дихання [37]; недбале ставлення до дренажу хворого або медперсоналу [48]; тяжкий загальний стан хворого й ускладнення контакту з ним [26, 48].

У наступна дислокація дренажу є пусковим механізмом розвитку інших, більш тяжких ускладнень – кровотечі, жовчовитікання і перитоніту, перфорації порожнистих органів, абсцесів черевної порожнини, некрозів печінки, утворення жовчо-венозних фістул, холангіоплевральної фістули і жовчного плевриту, пневмотораксу [1, 11, 12, 19, 27, 42, 56].

У той же час до первинного жовчовитікання в черевну порожнину при черезшкірних жовчовивідних втручаннях призводять: пункція жовчного міхура при наявності в ньому повного або майже повного очеревинного покриву – так званий «висячий жовчний міхур» [12, 13, 16, 55]; перфорація протилежащої стінки міхура; перфорація дванадцятипалої кишки дренажем [20, 27, 35, 42, 48, 56]; наявність асцитів [27, 42]; неадекватне жовчовідведення, пов'язане з обтурацією дренажу згортками жовчі або слизовими (гнійними) пробками (детритом) [20, 27], а так само інкрустація його просвіту [41].

Другим за частотою розвитку в структурі ускладнень є холангіт. У 25 – 50 % хворих з обтураційною жовтяницею жовч інфікована [34, 36]. Виконання ендобіліарних втручань у цих хворих сприяє активізації мікрофлори [15].

В той же час висловлюються думки про можливість інфікування біліарного тракту через просвіт катетера або по його зовнішній поверхні [27, 40]. Однак обов'язковою умовою розвитку холангіту є неадекватний жовчовідтік, обумовлений малим діаметром дренажу або його непрохідністю [42]. Висловлюються припущення про можливість роз-

витку холангіогенного сепсису при наявності недренованих проток [39].

Розвиток кровотеч, як правило, пов'язують з двома головними причинами: виконанням втручання на тлі виражених порушень згортальної системи крові, що практично завжди є в хворих з обтураційною жовтяницею [18, 39] і грубими технічними помилками під час маніпуляції [16].

Технічні причини геморагічних ускладнень обумовлені: порушенням методики дренивання – ушкодження міжреберної артерії, вен і артерій печінки, багаторазові (до 10 разів і більше) транспечінкові пункції [11, 14, 30, 36, 48]; грубими маніпуляціями з катетером [48]; дислокацією дренажу [56].

Проведене В.Г.Івшиним (1996) [8] дослідження показало, що частота тяжких ускладнень майже не залежить від способу жовчовідведення (холецистостомія або холангіостомія); дренивання біліарного тракту за методом Сельдінгера під УЗД-наведенням, найбільш небезпечно імовірно розвитку тяжких ускладнень, на відміну від методики з використанням стилетів-катетерів; холецистостомія, на відміну від холангіостомії, у більше небезпечна жовчовитіканням у черевну порожнину.

На думку Wilkinson M.M. (1991) [58], Gunther R.W., Vorwerk D., (1996) [27] заходи, спрямовані на попередження ускладнень черезшкірних черезпечінкових втручань необхідно проводити на всіх етапах лікування хворого. Застосування ультразвукового наведення дозволяє чітко візуалізувати внутрішньопечінкові структури, жовчний міхур і запобігти пораненню великих кровоносних судин [7, 37].

Повторні пункції капсули печінки значно збільшують ризик розвитку жовчо– і кровотечі [30].

Для більш легкого влучення бажано вибирати протоку діаметром більше 6 мм [37]. Пункція глибоко розташованої протоки знижує ймовірність жовчовитікання в черевну порожнину [11].

С метою профілактики жовчовитікання в черевну порожнину наприкінці процедури виконують аспірацію максимально можливої кількості жовчі [37, 39].

Щоб уникнути перегинів і дислокації дренажу пункцію і дренивання найкраще виконувати при затримці дихання на неглибокому вдиху [37, 40].

Для зниження ризику дислокації пропонують: застосовувати катетери з балончиком, що роздувається на кінці [37]; установлювати додаткову трубку в черевній стінці, усередині якої вільно розташовувати дренажний катетер [11]; використовувати катетери типу “pig tail” [11, 12, 13, 16]; засто-

совувати тонкий катетер, що має на кінці петлю, що формується при натязі фіксуєчої нитки [27];

Застосування дренажів з фіксуєчою ниткою особливо важливе при холецистостомії, тому що дислокації при цьому виді жовчовідведення зустрічаються частіше [55].

У той же час є дані, які свідчать, що використання катетерів з петлею на кінці, як і балонів-катетерів, не забезпечує абсолютно надійного захисту від дислокації, а лише знижує її частоту [48].

Від випадкового видалення катетер охороняє надійна фіксація на шкірі. Запропоновано багато способів закріплення дренажу: фіксація широким або вузьким пластирем, використання пластикових дисків або простого обгортання дренажу марлевою кулькою або серветкою, що охороняє від прорізування підшитої до шкіри нитки [30].

Відзначено, що фіксація катетера з використанням диска Molnar також цілком не виключає можливості дислокації дренажу [37].

Заходами профілактики кровотеч вважають: прецензійна техніка при виконанні черезшкірного дренивання і катетеризація біліарної системи через периферичні внутрішньопечінкові жовчні протоки [30]; дренивання протокової системи печінки або жовчного міхура під сонографічним контролем, по найкоротшій траєкторії, без перетинання трубчастих структур [37]; розпізнавання вен, артерій і жовчних проток істотно полегшується при застосуванні кольорового доплерівського картирування [8].

D.A. Cervais, P.R. Mueller (1996) [23]; R.L. Vogelzang (1996) [55] узагальнили заходи, спрямовані на профілактику жовчовитікання при дрениванні жовчного міхура: пункцію жовчного міхура варто здійснювати в області його екстраперитонеальної фіксації до печінки; для запобігання зсуву жовчного міхура при пункції його стінки, маніпуляцію необхідно проводити швидким коротким рухом; варто уникати маніпуляцій в області шийки міхура; при неможливості установки жовчовивідного дренажу в жовчний міхур вводять на 1 – 2 доби ангіографічний катетер 4 – 5F, а потім змінюють його на дренаж більшого діаметра; при перфорації вільної стінки жовчного міхура дренаж не видаляють, а підтягують до влучення його кінчика в просвіт жовчного міхура.

У післяопераційному періоді попередженню ускладнень сприяє дотримання хворим ліжкового режиму протягом першої доби; частий контроль за станом хворого медичним персоналом, особливо

в перші 12 годин; періодичне виконання фістулохолангіографії; антибактеріальна терапія протягом 3-5 днів після дренивання [15, 30, 33, 37].

Запобіганню розвитку холангіту сприяє антибактеріальна терапія до- і після дренивання [19, 51], імпрегнація дренажу антибактеріальними препаратами [54] або з'єднаннями срібла і міді [21, 25]; ретельний догляд за шкірою навколо дренажу [30], контроль за прохідністю катетера, введення антисептиків у жовчоприймач [37].

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е., Борисова Н.А., Верховский В.С. Эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи. – С.-Пб.: Эскулап, 1997.– 152 с.
2. Борисова Н.А. Чрескожные эндобилиарные вмешательства в лечении механической желтухи // Автореферат дис... д.м.н. – С.-Пб., 1996.
3. Буров В.П. Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных путей при механической желтухе // Автореф. дисс... канд. мед. наук, М., 1988.– 23 с.
4. Гаврилин А.В., Волчанский А.И. Осложнения чрескожных пункционно-дренажных вмешательств, выполненных под контролем ультразвукового исследования // Современные методы ультразвуковой диагностики заболеваний сердца, сосудов и внутренних органов. Тезисы докладов конференции. – Москва, 1996.
5. Гаврилин А.В., Федоров В.Д., Вишневский В.А. и др. Чрескожные вмешательства на желчных путях под контролем УЗИ // Интервенционные методы диагностики и лечения заболеваний органов грудной и брюшной полости под контролем ультразвукового сканирования. Тезисы международной научно-практической конференции. – Пенза, 1997.– С. 25–26.
6. Гадиев С.И., Ашрафов А.А., Мусаев Б.А. Чрескожная чреспеченочная холангиостомия в лечении механической желтухи опухолевого генеза // Новые технологии в хирургической гепатологии. Материалы третьей конференции хирургов-гепатологов. – С.-Пб, 1995.– С. 225–226.
7. Голубев А.Г., Пиксин И.Н., Вилков А.В. и соавт. Ультразвуковая чрескожная чреспеченочная микрохолестистостомия в хирургическом лечении механической желтухи. – В кн.: Механическая желтуха. Межрегиональная конференция хирургов. – Москва, 1993.– С. 21.
8. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные диагностические и лечебные вмешательства у больных механической желтухой // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. – Т. 1, № 1.
9. Калядин С.Г. Чрескожные чреспеченочные рентгенэндобилиарные вмешательства при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. Автореф. дисс... канд. мед. наук.– М., 1991.– 24 с.
10. Капранов С.А. Чрескожная чреспеченочная эндобилиарная диагностика и лечение механической желтухи. Дисс... докт. мед. наук.– М., 1993.– 325 с.
11. Каримов Ш.И., Ахмедов Р.М. Эндобилиарные вмешательства в диагностике и лечении больных с механической желтухой. – Ташкент, 1994.– 239 с.
12. Кондратенко П.Г., Конькова М.В. та співавт. Інтервенційна сонографія в лікуванні гепатопанкреатобіліарної патології. Матеріали XX з'їзду хірургів України. – 2002.– С. 169-171
13. Кондратенко П.Г. Васильев О.О та співавт. Обтураційна жовтяниця: нові підходи до лікування на підставі малоінвазивних методик // *Практична медицина*.– 2002.-С.72-75
14. Кузнецова В.Ф. Чрескожное чреспеченочное эндопротезирование при механической желтухе опухолевого генеза // Дисс... к.м.н. – Москва, 1995.
15. Прокубовский В.И., Капранов С.А. Чреспеченочное эндопротезирование желчных протоков // *Хирургия*.– 1990.– № 7.– С. 18–23.
16. Савельев В.С., Прокубовский В.И., Филимонов М.И. и др. Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства при механической желтухе: Методические рекомендации. – Москва, 1989.– 17 с.
17. Сейсембаев М.А., Доскалиев Ж.А., Рахметов Н.Р., Наржанов Б.А. Этапное лечение механической желтухи неопухолевого генеза // *Современные проблемы хирургической гепатологии / Анналы хирургической гепатологии (приложение)*. Матер. 4 конференции хирургов-гепатологов. – Тула, 1996.– Т. 1.– С. 111.
18. Шор Л.М., Розанов И.Б., Топчиашвили З.А. Чрескожная чреспеченочная холангиография в хирургии желчных путей. – Калининградское книжн. изд-во, 1966.– 179 с.
19. Элин А.Ф. Комплексный подход в диагностике и лечении больных с механической желтухой // *Библиотека Одесского медицинского журнала*. Додаток № 5 (55)– 1999.-С.55-58
20. Adam A. Biliary stents // *Interventional Radiology*. Ed. Allison D., Pettersson H.– Oslo, 1994.
21. Alvarado R., Palmaz J.C., Garcia O.J. et al. Evaluation of polymercoated balloon expandable stents in bile ducts // *Radiology*.– 1989.Vol. 170 –P. 975–978.
22. Carrasco C.H., Zornoza J., Bechtel W.J. Malignant biliary obstruction: complications of percutaneous biliary drainage // *Radiology*.– 1984. – Vol. 152. – P. 343–346.
23. Cervais D.A., Mueller P.R. Percutaneous cholecystostomy // *Seminars in interventional radiology*. – 1996.– Vol. 13. – P. 16.
24. Clark R.A., Mitchell S.E., Colley D.R., Alexander E. Percutaneous catheter biliary decompression // *AJR*. – 1981. Vol. 137. – P. 503–509.
25. Coene P.P, Groen A.K., Cheng J. et al. Clogging of biliary endoprostheses: a new perspective // *Gut*.– 1990. Vol. 31.– P. 913–917.
26. Ferrucci J.T., Adson M.A., Mueller P.R. et al. Advances in the radiology of jaundice: a symposium and review // *AJR*. – 1983.– Vol. 141. – P. 1–20.
27. Gunther R.W., Vorwerk D. Perkutane Gallenwegsdrainage // *Interventionelle Radiologie*, ed. Gunter R.W., Thelen M. – Stuttgart – New York, 1996.– P. 472–481.
28. Gazzaniga G.M., Faggioni A., Bondanza G. et al. Percutaneous transhepatic biliary drainage-twelve years' experience // *Hepatogastroenterology*. – 1991. – Vol. 38, № 2. – P. 154–159.
29. Gillams A., Dick R., Dooley J.S. et al. Self-expandable stainless steel braided endoprosthesis for biliary strictures // *Radiology*.– 1990.– Vol. 174, № 1. – P. 137–140.
30. Goldberg H.I. Percutaneous transhepatic biliary drainage: an overview // *Interventional radiography and ultrasonography*. Ed. Bark W.O. 1981. – P. 9–26.

31. Hamlin J.A., Friedman M., Stein M.G., Bray J.F. Percutaneous biliary drainage: complications of 188 consecutive catheterizations // *Radiology*. – 1986. – Vol. 158. – P. 199–202.
32. Hatfield A.R., Tobias R., Terblanche J. et al. Preoperative external biliary drainage in obstructive jaundice. A prospective controlled clinical trial // *Lancet*. – 1982. – Vol. 2, № 8304. – P. 896–889.
33. Hofmann A.F. The bile-loss-syndrome: a doubtful entity // Classen, M., Geenen J., Kawai K. *Nonsurgical biliary drainage*. – Berlin: Springer, 1984. – P. 120–126.
34. Khardori N., Wong E., Carrasco C.H. et al. Infections associated with biliary drainage procedures in patients with cancer // *Rev. Infect. Dis.* – 1991. Vol. 13. – P. 587–591.
35. Lameris J.S., Stoker J., Nijis H.G.T. et al. Malignant biliary obstruction: percutaneous use of self-expandable stents // *Radiology*. – 1991. – Vol. 179. – P. 703–707.
36. Lois J.F., Gomes A.S., Grace P.A. et al. Risks of percutaneous transhepatic drainage in patients with cholangitis // *AJR*. – 1987. – Vol. 148. – P. 367–371.
37. Makuuchi M., Bandai Y., Ito T., Wada T. Ultrasonically guided cholangiography and percutaneous pancreatography // *Radiology*. – 1980. – Vol. 134, № 3. – P. 767–778.
38. Makuuchi M., Yamazaki S., Hasegawa H. et al. Ultrasonically guided cholangiography and bile drainage // *Ultrasound in Medicine and Biology*. – 1984. Vol. 10, № 5. – P. 617–623.
39. McNicholas M.M.J., Lee M.J., Dawson S.L., Mueller P.R. Michelle Complications of percutaneous biliary drainage and stricture dilatation // *Seminars in Interventional Radiology*. – 1994. Vol. 11, № 36. – P. 242–253.
40. McPherson G.A.D., Benjamin I.S., Habib N.A. et al. Percutaneous transhepatic drainage in obstructive jaundice: advantages and problems // *Brit. J. Surg.* – 1982. – Vol. 69. – P. 261–264.
41. Morgan R., Adam A. Metallic stents in the treatment of patients with malignant biliary obstruction // *Seminars in interventional radiology*. – 1996. – Vol. 13, № 3. – P. 229–239.
42. Mueller P.R., van Sonnenberg E., Ferrucci J.T. Jr. Percutaneous biliary drainage: technical and catheter-related problems in 200 procedures // *AJR*. – 1982. – Vol. 138, № 1. P. 17–23.
43. Nakayama T., Ikeda A., Okuda K. Percutaneous transhepatic drainage of the biliary tract. Technique and results in 104 cases // *Gastroenterology*. – 1978. – Vol. 74, № 3. – P. 554–559.
44. Nilsson U., Evander A., Ihse I. et al. Percutaneous transhepatic cholangiography and drainage. Risk and complications // *Acta Radiol.* – 1983. – Vol. 24. – P. 433–439.
45. Passariello R., Pavone P., Rossi P. et al. Percutaneous biliary drainage in neoplastic jaundice. Statistical data from a computerized multicentric study // *Acta Radiol.* 1985. – Vol. 26. – P. 681–689.
46. Reimann J.F. Complications of percutaneous bile drainage // Classen, M., Geenen J., Kawai K.: *Nonsurgical Biliary Drainage*. – Berlin: Springer, 1984. – P. 29–35.
47. Ring E.J., Oleaga J.A., Freiman D.B. et al. Therapeutic applications of catheter cholangiography // *Radiology*. – 1978. – Vol. 128. – P. 333–338.
48. Schild H., Klose K.J., Staritz M. et al. Ergebnisse und komplikationen von 616 perkutanen transhepatischen gallenwegsdrainagen // *Fortschr. Röntgenst.* – 1989. – Vol. 151. № 3. – S. 289–293.
49. Schima W., Prokesch R., et al. Biliary Wallstent endoprosthesis in malignant hilar obstruction: Long-term results with regard to the type of obstruction // *J. Clin. Radiol.* – 1997. – Vol. 52 № 2. – P. 231–219.
50. Schoenemann J., Willems M., Wolf G., Fromme M. Ergebnisse der perkutanen transhepatischen gallengangsdrainage // *ROFO*. – 1987. – Vol. 147, № 6. – S. 619–623.
51. Smit J.M., Out M.M., Groen A.K. et al. A placebo-controlled study on the efficacy of aspirin and doxycycline in preventing clogging of biliary endoprotheses // *Gastrointest. Endosc.* – Vol. 35, № 6. – P. 485–489.
52. Speer A.G., Farrington H., Costerton J.W., Cotton P.B. Bacteria, biofilms and biliary sludge (abstract) // *Gut*. – 1986. – Vol. 27. – P. 601.
53. Teplick S.K., Brandon J.C., Wolferth C.C. et al. Percutaneous interventional gallbladder procedures: personal experience and literature review // *Gastrointest Radiol.* – 1990. Vol. 15. № 2. – P. 133–136.
54. Trooskin S.Z., Donetz A.P., Harvey R.A., Greco R.S. Prevention of catheter sepsis by antibiotic bounding // *Surgery*. – 1985. – Vol. 97, № 5. – P. 547–551.
55. Vogelzang R.L. Percutaneous cholecystostomy: current concepts and practice // *Seminars in interventional radiology*. – 1996. Vol. 13, № 3. – P. 215–227.
56. Weber J., Hover S. Technische probleme und komplikationen bei der perkutanen transhepatischen gallengangsdrainage // *Radiol. diagn.* – 1987. Vol. 28, № 4. – S. 555–564.
57. Wernecke K., Watermann D., Peters P.E. Palliative treatment of malignant biliary obstruction: plastic endoprotheses versus metal stents. – 9-th European Congress of Radiology (Abstracts). – March 5–10, Vienna, 1995. – P. 129.
58. Wilkinson M.M. Nursing care and patient teaching with percutaneous transhepatic biliary catheters // *Gastroenterol. Nurs.* – 1991. Vol. 13, № 4. – P. 227–230.
59. Wong J.H., Krippaehne W.W., Flechter W.S. Percutaneous transhepatic biliary decompression: results and complication in 30 patients // *Am. J. Surg.* – 1984. – Vol. 147. – P. 615–617.
60. Yee A.C.N., Ho Ch.S. Percutaneous transhepatic biliary drainage: a review // *Crit. Rev. Diagn. Imaging*. – 1990. – Vol. 30, № 3. – P. 247–279.

Торакоскопічна стовбурова ваготомія в лікуванні хворих з пептичною виразкою гастроентероанастомозу

Ю. В. ГРУБНИК, В. А. ФОМЕНКО, О. Б. ЗУБКОВ

Одеський державний медичний університет

THORACOSCOPIC TRUNCAL VAGOTOMY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH PEPTIC ULCER OF GASTROENTEROANASTOMOSIS.

Y.V. GRUBNIK, V.A. FOMENKO, O.B. ZUBKOV

Odessa State Medical University

У клініці лікувалося 38 хворих з пептичною виразкою гастроентероанастомозу. З них 22 хворим раніше було проведено операцію резекції шлунка за Більрот II в різних модифікаціях, 16 хворим раніш проводилась селективна проксимальна ваготомія з накладанням гастроентероанастомозу з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої стенозом. Нами прооперовано 29 хворих. З них 4 хворим проведена лапаротомна піддіафрагмальна ваготомія, 4 хворим проведено ушивання перфоративної виразки гастроентероанастомозу, 12 хворим проведена торакоскопічна стовбурова ваготомія, 9 - проводилась реконструктивна ререзекція за Ру. 11 хворих лікувалися консервативно. При порівнянні отриманих результатів після торакоскопічної стовбурової ваготомії і піддіафрагмальної стовбурової ваготомії і ререзекції шлунка за Ру можна відмітити, що торакоскопічна ваготомія є ефективною операцією в лікуванні пептичної виразки гастроентероанастомозу. У той самий час вона технічно більш проста і менш ризикована, може бути операцією вибору в лікуванні цієї тяжкої категорії хворих.

38 patients with peptic ulcer of gastroenteroanastomosis were treated in our clinic. 22 patients were operated and they were undergone the resection of stomach by Bilioth II in different modifications. 16 patients were operated before and they were undergone the selective proximal vagotomy with gastroenteroanastomosis with ulcers complicated with stenosis of duodenum. We operated 29 patients. 4 patients were undergone the laparotomic truncal vagotomy, 4 patients were undergone the suturing of perforated ulcers of gastroenteroanastomosis, 12 were undergone the thoracoscopic truncal vagotomy, 9 patients were undergone the reresection by Rou. 11 patients were treated conservatively. Comparing the results we noticed that the thoracoscopic truncal vagotomy was very effective operation in treatment of peptic ulcer of gastroenteroanastomosis. Simultaneously it was more simple and low-risk operation and canbe effectively used in the treatment of this category of patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування пептичної виразки гастроентероанастомозу після перенесених раніше резекцій та інших операцій шлунка і дотепер є складною і актуальною проблемою хірургії.

Незважаючи на повсюдне впровадження в лікування цієї категорії хворих високоєфективних лікарських засобів, таких як H₂-гістаміноблокаторів і блокаторів протонної помпи, результати лікування залишаються часто незадовільними, що призводить до розвитку в цієї категорії хворих таких грізних ускладнень, як перфорація пептичних виразок гастроентероанастомозу, профузних кровотеч з пептичних виразок гастроентероанастомозу, а також до стенозу гастроентероанастомозу. [1, 2, 3].

Мета. Метою нашої роботи стала оцінка ефек-

тивності торакоскопічної стовбурової ваготомії в лікуванні хворих з пептичною виразкою гастроентероанастомозу порівняно з іншими методами лікування.

Матеріали і методи. За останні 5 років в клініці лікувалося 38 хворих з пептичною виразкою гастроентероанастомозу. З них 22 хворих поступило з різним ступенем тяжкості шлунково-кишкових кровотеч з пептичної виразки гастроентероанастомозу. У 4 хворих спостерігалась перфорація виразки гастроентероанастомозу з розлитим перитонітом. 12 хворих поступили в клініку з різко вираженим больовим синдромом. 22 хворим раніше проводилась операція резекції шлунка за Більрот II в різних модифікаціях. 16 хворим раніше проводилась се-

лективна проксимальна ваготомія з накладанням гастроентероанастомозу з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої стенозом. Вік хворих варіював від 30 до 60 років.

Усім хворим проводилась фіброгастроскопія. Хворим, які поступили до клініки з профузною кровотечею, проводилась фіброгастроскопія з проведенням локального гемостазу шляхом лазерної фотокоагуляції судин виразки з наступним введенням фібринового клею. З 22 хворих, які поступили з гастродуоденальною кровотечею, ендоскопічної зупинки кровотечі вдалося досягти у 21 хворого. 1 хворий був прооперований на висоті кровотечі. 4 хворих, які поступили до клініки з перфорацією гастроентероанастомозу, також були прооперовані екстрено.

Окрім фіброгастроскопії, хворим проводилась внутрішньошлункова рН-метрія, визначення рівня кислотності, а також рентгенографія шлунка. У частини хворих визначався рівень гастрину в крові, а також визначалась наявність *Helicobacter pylori*. Розміри виразок у 38 хворих виявлялися фіброскопічно і варіювали від 0,5 до 2,5 см в діаметрі.

Усім хворим, які поступили до клініки з пептичною виразкою гастроентероанастомозу, яка була зумовлена *Helicobacter pylori*, проводилась ерадикація *Helicobacter pylori* згідно з Маастрихтським і Римським консенсусом, а також з призначенням блокаторів протонної помпи і препаратів вісмуту.

9 хворим проведена реконструктивна резекція шлунка за Ру. 4 хворим проведена стовбурова піддіафрагмальна ваготомія із лапаротомного доступу. 4 хворим проведено ушивання перфоративної виразки гастроентероанастомозу. 12 хворим проведена торакоскопічна стовбурова ваготомія. 11 хворих лікувалися консервативно.

Для проведення торакоскопічної стовбурової ваготомії використовувався доступ з чотирьох портів. Десятиміліметрові троакари вводились у восьмому міжребер'ї по середній пахвинній лінії, в шостому міжребер'ї по задній пахвинній лінії, в восьмому міжребер'ї по передній пахвинній лінії, п'ятиміліметровий троакар вводився в восьмому міжребер'ї по задній пахвинній лінії.

Для полегшення виявлення стравоходу в плевральній порожнині у просвіт стравоходу вводився товстий назогастральний зонд з освітлювальним волокном, розробленим нами. При переміщенні зонда чітко було видно стравохід. Для кращого доступу до блукаючих нервів проводився перетин легенево-плевральної зв'язки протягом 2-3 см. Для цього проводилась тракція легені догори і вперед.

Після ідентифікації стравоходу в плевральній порожнині плевра над стравоходом перетиналась догори і вниз протягом 3-4 см більше в сторону діафрагми. Проводився досконалий гемостаз. З просвіту стравоходу витягувався зонд. Шляхом досконалого препарування знаходились передній і задній вагуси, які були кліповані і перетинались протягом 1,5 см. Ділянки нервів бралися на гістологічне обстеження.

Після цього проводився досконалий гемостаз, дренажування плевральної порожнини через троакар у восьмому міжребер'ї по задній пахвинній лінії з накладанням аспіраційної системи.

Результати досліджень та їх обговорення. Тривалість операції була 50-70 хвилин. Післяопераційний період у хворих, які перенесли торакоскопічну стовбурову ваготомію, перебігав без особливостей. Хворі виписувались на 4-5 добу. Ускладнень не було. Летальності не було. В післяопераційному періоді хворі були обстежені через два місяці, шість місяців, дванадцять місяців, два роки. В усіх хворих було виявлено рубцювання пептичних виразок гастроентероанастомозу. Рецидивів виразки після торакоскопічної стовбурової ваготомії не було виявлено. Відмінні і хороші віддалені результати по шкалі Visick після торакоскопічної стовбурової ваготомії були виявлені у 10 хворих (85 %).

При порівнянні отриманих результатів після торакоскопічної стовбурової ваготомії, лапаротомної піддіафрагмальної стовбурової ваготомії і резекції шлунка за Ру можна відмітити, що торакоскопічна ваготомія є ефективною операцією в лікуванні пептичної виразки гастроентероанастомозу. У той самий час вона технічно більш проста і менш ризикована, може бути операцією вибору в лікуванні цієї тяжкої категорії хворих.

Висновки. Таким чином, торакоскопічна стовбурова ваготомія є технічно менш ризикованою операцією, а також за ефективністю порівняною з стовбуровою ваготомією і реконструктивною резекцією шлунка за Ру. Комплексне лікування полягає в комбінації оперативного лікування з наступною ерадикацією *Helicobacter pylori* в післяопераційному періоді в комплексі з призначенням блокаторів протонної помпи, що дозволило досягти відмінних і добрих результатів і уникнути рецидивних виразок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сажин В. П., Жаболенко В. П., Савельев В. Г. Лапароскопические операции при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. "Новые возможности и перспективе развития эндоскопической хирургии": Материалы конференции. – Санкт-Петербург, 1995. – С. 66-67.
2. Cuschieri A., Buess G., Perissat J. Operated manual of endoscopic surgery // Springer-Varlag. – 1992. – V.1. – P. 378.
3. Cuschieri A., Buess G., Perissat J. Operated manual of endoscopic surgery // Springer-Varlag. – 1993. – V.2. – P. 273.

Значення внутрішнього дренивання верхніх сечових шляхів у лікуванні гострого гестаційного пієлонефриту

Ф. І. КОСТЄВ, Р. А. ЛУНЬОВ

Одеський державний медичний університет

THE ROLE OF INTERNAL DRAINAGE OF UPPER URINE SYSTEM IN TREATMENT OF ACUTE GESTATIVE PYELONEPHRITIS

F.I. KOSTIEV, R.A. LUNYOV

Odessa State Medical University

Розглядаються питання підвищення ефективності лікування гострого гестаційного пієлонефриту шляхом дренивання верхніх сечових шляхів з допомогою внутрішнього стента. На прикладі лікування 43 жінок в різні строки вагітності показано безпечність та надійність лікування гострого гестаційного пієлонефриту установленням стента в верхні сечові шляхи з одночасним проведенням антибактеріальної та патогенетичної терапії. Стент сечових шляхів при вагітності, ускладненій гострим запальним процесом нирок, забезпечує запобігання ускладнення пологів та збереження вагітності.

In this article we consider some matters of increasing the efficiency of treatment of acute gestative pyelonephritis by drainage of upper urine system using the internal stent. As the experimental treatment of 43 pregnant patients within various stages of their gestation proved to be successful by using the stent in upper urine tract as well as administrating of antibacterial and pathogenetic therapy as a safe and reliable method of acute gestation pyelonephritis treatment. Stent of urinary tract insures the prevention of delivery complications and preservation of pregnancy at acute kidney inflammation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Гострий гестаційний пієлонефрит є одним з найчастіших ускладнень вагітності. Він діагностується в 3-10 % випадків і нерідко проявляється виникненням септичних ускладнень, які призводять до внутрішньоутробного інфікування плода, передчасних пологів та ін. [1-5,8].

Важливе значення в розвитку і прогресуванні гострого гестаційного пієлонефриту належить порушенням уродинаміки сечових шляхів. Ведучим та пусковим механізмом у змінах уродинаміки верхніх сечових шляхів є коливання співвідношення статевих і глюкокортикоїдних гормонів та їх безпосередній вплив на α - і β - адренергічні рецептори сечових шляхів з наступною нейрогуморальною дією. Це викликає зниження тону сечово-мискової системи і сечовода, що проявляється дилатацією сечових шляхів [9].

В умовах зниженого тону варикозне поширення правої яєчникової вени, стиснення сечовода вагітною маткою, зміна внутрішньоочеревинного тис-

ку призводять до порушень уродинаміки та гемодинаміки нирки, а при наявності в організмі інфекції призводять до розвитку пієлонефриту. Разом з тим, порушення уродинаміки в гестаційному періоді можуть обумовлюватись вадами розвитку нирок та сечових шляхів (6-18 %) [4,6,11], каменями нирок і сечовода (6,1 %), цукровим діабетом (6,9 %) [11].

Виходячи з вищевказаного, гострий гестаційний пієлонефрит залишається однією з найважчих проблем в урології та акушерстві.

До лікування гострого гестаційного пієлонефриту ставляться, насамперед, як до лікування обструктивної патології. Таким чином, необхідно відновити адекватний відтік сечі по сечових шляхах. Тільки після цього можливе ефективне проведення антибактеріальної, протизапальної, дезінтоксикаційної та імуностимулюючої терапії [1-4,8,9].

Для відновлення відтоку сечі з нирки при гострому гестаційному пієлонефриті використовується позиційна терапія, катетеризація та стентування сечових шляхів, пункційна нефростомія, люм-

ботомічна нефротомія. Так, за даними Давлатяна [3], з 2500 пролікованих вагітних з гострим гестаційним пієлонефритом за 8 років, оперативне лікування здійснене у 105 пацієнток (4,2 %). Найбільш адекватним в анатомо-функціональному відношенні методом відновлення відтоку сечі є вчасно виконане внутрішнє стентування у випадку неефективної консервативної терапії.

Метою дослідження було вивчення ефективності комплексного лікування гострого гестаційного пієлонефриту шляхом установлення внутрішнього стента сечових шляхів для попередження розвитку ускладнень вагітності та пологів.

Матеріали і методи. Нами обстежено і проліковано 43 вагітних з гострим гестаційним пієлонефритом в термінах від 8 до 32 тижнів. У 37 пацієнток (86 %) була перша вагітність. Вік хворих складав від 17 до 35 років. Запальний процес локалізувався в правій нирці у 39 (90,7 %), в лівій у 4 (9,3 %).

Результати досліджень та їх обговорення. Гострий пієлонефрит найчастіше всього відмічений нами у 2 триместрі та виявлений у 38 (90,7 %) хворих, в 1 триместрі у 3 (6,9 %) хворих і в 3 триместрі у 2 (4,7 %) хворих. Розвитку гострого пієлонефриту в обох нирках одночасно нами не зазначено.

У 4 (9,3 %) вагітних з гострим гестаційним пієлонефритом була вперше визначена сечокам'яна хвороба з локалізацією конкрементів від 1 до 1,5 см в ділянці мисково-сечовідного сегмента. У всіх 4-х випадках мало місце ураження правої нирки. 2 пацієнтки (4,7 %) знаходились у 1 триместрі вагітності, 2 (4,7 %) – у другому триместрі.

В цих випадках розвитку гострого гестаційного пієлонефриту передувала ниркова коліка.

Клінічну картину характеризували болі в поперековій ділянці з боку ураження, підвищення температури тіла до 38-40 градусів з лихоманкою, слабкість, почащене сечовипускання, нудота, блювання, блідість шкіри.

Усім хворим проводилось клініко-лабораторне обстеження крові. Лейкоцитоз крові складав $(17,5 \pm 1,4)$ Г/л, ШОЕ – $(50,2 \pm 4,6)$ мм/г. Креатинін і сечовина сироватки крові не підвищувалися у всіх хворих. При дослідженні осаду сечі лейкоцити у всіх хворих густо вкривали поле зору та підрахунку не підлягали.

При УЗД нирок оцінювались їх розміри, стан паренхіми, розмір порожнинної системи.

Значне поширення чашково-мискової системи ураженої нирки, за даними ультразвукового дослідження, відзначалась у всіх вагітних.

У всіх випадках відзначено набряк паренхіми, потовщення коркового шару, порушення диференціації шарів та уретерогідронефроз з боку ураження. Вогнищ деструкції паренхіми нирки нами не виявлено. Проводилось фармако-УЗД з використанням лазиксу для підтвердження обструкції сечових шляхів.

На першому етапі лікування виконувалась катетеризація ураженої нирки. Після катетеризації нирки припинялись болі в поперековій ділянці. Зниження та нормалізація температури тіла відбувались в перші години після дренивання, через добу відзначалась чітка тенденція до зниження лейкоцитозу крові.

Тільки після дренивання сечових шляхів проводилась антибактеріальна терапія гострого пієлонефриту. Сечовідний катетер дозволяв динамічно надійно контролювати відтік сечі.

Після стабілізації стану пацієнток, що визначалось стійкою нормалізацією температури тіла, зникненням болю, зниженням лейкоцитозу крові, проводилось внутрішнє стентування нирки.

У 4-х пацієнток з сечокам'яною хворобою та гострим гестаційним пієлонефритом вдалось ретроградно повернути конкременти в порожнинну систему нирок.

Внутрішній стент встановлювався під внутрішньовенним наркозом з використанням дипривану. Контроль за його функцією, а також перебігом гострого пієлонефриту проводився на основі даних УЗД, показників лейкоцитозу, ШОЕ, динаміки змін в лейкоцитарній формулі, лейкоцитурії та клінічної оцінки стану хворих.

На четверту-п'яту добу відмінялася ін'єкційна антибактеріальна терапія. До цього часу лейкоцитурія в загальних аналізах сечі знижувалась до 10-15 лейкоцитів в полі зору.

Рецидивів гострого гестаційного пієлонефриту до пологів у всіх вагітних не відзначалось.

В подальшому динамічне спостереження за пацієнтками проводилось на підставі аналізів крові, сечі та даних УЗД нирок.

Порушення функції внутрішнього стента спостерігалось у 4 (9,4 %) вагітних, причому всі вони страждали сечокам'яною хворобою, що проявилось виникненням ниючого болю в поперековій ділянці, появою лейкоцитурії.

У всіх цих випадках проводили рестентування, не чекаючи рецидиву гострого гестаційного пієлонефриту.

ПОВІДОМЛЕННЯ

Пологи в 34 (79 %) випадках проведені фізіологічним шляхом. В 9 (21 %) випадках проведено втручання – кесарів розтин. Після пологів стент видалявся на 10-14 добу. В ранньому післяпологовому періоді рецидиву гострого пієлонефриту не відзначалось.

Висновки:

– в розвитку та прогресуванні гострого гестаційного пієлонефриту найважливіше значення

має порушення уродинаміки верхніх сечових шляхів;

– застосування позиційної та антибактеріальної терапії не завжди дозволяє ліквідувати гострий інфекційний процес;

– вчасно проведене внутрішнє стентування ураженої нирки та динамічне спостереження за пацієнтками в наступному до пологів, дозволяють попередити розвиток ускладнень та зберегти вагітність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возіанов О.Ф., Люлько О.В., Атлас – керівництво з урології: У 3 т. – 2-е вид., переробл. та доп. – Дніпропетровськ: РВА “Дніпро-VAL”, 2001. – 674 с. – Т.2.
2. Давлатян А.А. // Урол. и нефрол. – 1995.-№4.-С. 33-35.
3. Давлатян А.А., Журавлев А.В., Шипкова Т. и др. // Урол. и нефрол. – 1996. – №3. – С. 27-29.
4. Лопаткин Н.А. Руководство по урологии. – М., 1998.
5. Лопаткина О.Н., Васильева З.В. // Вопросы охраны материнства – 1990. – №7. – С. 49-51.
6. Лопаткина О.Н., Васильева З.В., Козлова В.А. // Урол. и нефрол. – 1990.-№4. – С. 58-59.
7. Люлько А.В. Пиелонефрит. – К., 1989.
8. Неймарк А.И., Давыдов А.В., // Урол. и нефрол. – 1993. –№2.- С. 22-24.
9. Пассечников С.П., Мітченко В.М. // Урологія. – 2002.-№4.-С. 16-20.
10. Пытель Ю.А., Золотарев И.И. Неотложная урология. – М. 1985.
11. Kremling H., Lutzeuer W., Hentz R. Gynakologische Urologie und Nephrologie // Urban. Schwarzenberg. – Munchen – Wien – Baltimore. – 1982. – 560 s.

Ендоскопія і мікrohrіургія при безплідді в програмі допоміжних репродуктивних технологій

Л.М. РАК

Буковинська державна медична академія

ENDOSCOPY AND MICROSURGERY AT STERILITY AT THE PROGRAM OF SUPPLEMENTARY REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES

L.M. RAK

Bucovynian State Medical Academy

Поряд з діагностичними можливостями, досліджено лікувальне значення гістероскопії в програмі лікування жінок з безпліддям методами допоміжної репродукції. Описано методики проведення корекції гістероскопічно діагностованої патології та обґрунтовано їх доцільність.

The author has studied the medical value of hysteroscopy along with the diagnostic possibilities in a program of treating women with sterility by means of the methods of supplementary reproduction. Techniques of implementing corrections of hysteroscopically diagnosed pathology have been described and their expediency has been substantiated.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження стану порожнини матки є важливим етапом обстеження жінок, які страждають безпліддям [1]. Сучасний розвиток допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) поставив питання про необхідність вибору скринінгового методу дослідження стану порожнини матки та ендометрія у пацієнок ще до початку програми ДРТ [2].

Дискутабельним є питання про необхідність застосування гістероскопії в програмі підготовки жінок до штучного запліднення [3,4,5,6]. Важливим є той факт, що дана проблема вивчається переважно зарубіжними науковцями.

При виборі і обґрунтуванні необхідності застосування тієї чи іншої методики в програмі ДРТ в основному розглядаються лише її діагностичні аспекти. Проте заслуговує на увагу питання необхідності одночасної корекції виявленої внутрішньоматкової патології і пов'язаних з цим можливостей гістероскопії.

Метою дослідження є встановлення лікувального значення гістероскопії в програмі підготовки пацієнок до ДРТ.

Матеріали і методи. Обстежено 36 пацієнок, у яких лікування безплідності здійснювалось

методами ДРТ. На етапі підготовки пацієнок до ДРТ проведена рідинна гістероскопія з прицільною біопсією ендометрія з використанням фізіологічного розчину натрію хлориду в якості оптичного середовища. Операції здійснювались за допомогою німецького гістероскопа фірми "Karl Storz" під внутрішньовенним знеболюванням. При гістероскопії проводили візуальну оцінку стану порожнини матки та ендометрія, при необхідності – гістероскопічну корекцію діагностованої патології. Додатково вивчали морфологічну та мікробіологічну картину біопатів ендометрія.

Вік жінок варіював від 26 до 43 років, період безплідності – від 3 до 22 років. У 16 пацієнок в анамнезі вже були безрезультатні спроби ДРТ (IVF, ІКСІ, штучні інсемінації).

Результати досліджень та їх обговорення. Отримані результати обстежень показали велику цінність гістероскопії як діагностичного та лікувального методу. З високою точністю діагностовано патологічні стани цервікального каналу, ендометрія та порожнини матки, які несумісні з процесами фізіологічної імплантації або порушують її, сприяють невиношуванню вагітності та утруднюють про-

ведення ДРТ. Гістероскопія з прицільною біопсією дозволила визначити локалізацію патологічних змін в порожнині матки та виявити характер вогнищевих змін ендометрія, взаєморозташування їх відносно один одного. Здійснена заключна діагностика цих патологічних станів, стадіювання синехій, оцінені топографо-анатомічні особливості локалізації патологічних осередків при поліфакторних внутрішньоматкових патологічних змінах, які, звісно, взаємообтяжують одні одних і потребують урахування при виборі лікувальної тактики. Слід зазначити, що жоден із сучасних методів діагностики внутрішньоматкової патології (трансвагінальна ехографія, метросальпінгографія, соногістерографія), які сьогодні використовуються на етапі підготовки жінок до ДРТ, і застосовувались у обстежених пацієнток з безрезультатними спробами штучного запліднення, не має таких можливостей. Результати дослідження стану ендометрія та порожнини матки розподілено на 4 групи: перша – зміни лише анатомічного стану порожнини матки; друга – зміни лише функціонального стану ендометрія; третя – поліфакторні зміни в порожнині матки; четверта – відсутність патологічних змін в порожнині матки.

Оперативний етап здійснено у 10 пацієнток. При оперативних втручаннях ми дотримувались обмеження застосування електричної гістерорезектоскопії і надавали перевагу механіко-хірургічним втручанням для запобігання травмування ендометрія з метою профілактики в майбутньому виникнення акушерської патології (синдрому затримки розвитку плода, щільного прикріплення і прирощення плаценти). Механіко-хірургічна корекція структурної патології здійснена у 7 жінок, електрохірургія застосована у 3-х пацієнток. У випадку застосування оперативної гістероскопії, пацієнтки профілактично інтраопераційно або в ранньому післяопераційному періоді отримували ципринол (по 200,0 мг в 200,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду двічі через 8 годин) внутрішньовенно.

При стенозі і деформації цервікального каналу ми використовували фіброгістероскопію в кінці менструації для більш чіткої візуалізації напрямку та ходу цервікального каналу. У однієї пацієнтки прохідність цервікального каналу відновлено механічним шляхом під час гістероскопії, в іншій жінки (в анамнезі плідоруйнівна операція) за два місяці до проведення гістероскопії була виконана пластика шийки матки, відкрито доступ до порожнини матки та сформовано цервікальний канал. Під час гістероскопії у даної пацієнтки діагностовано дефор-

мацію порожнини матки, звуження її у вигляді воронки, наявність щільних синехій. Корекція форми порожнини матки проведена інтраопераційно шляхом розширення її в поперечнику частково гострим (за допомогою мікроножиць), частково тупим шляхом, після чого в порожнину матки було введено Т-подібну ВМС, за допомогою гістероскопії перевірено ефективність її введення. В подальшому пацієнтка отримувала замісну гормональну терапію протягом 3-х місяців з гістероскопічним контролем за ефективністю лікування.

При тотальному поліпозі слизової під час операції проводилось повне вишкрібання стінок порожнини матки з гістероскопічним контролем за повнотою видалення поліпів. Невеликі поодинокі слизові поліпи видаляли за допомогою гістероскопічних щипців або мікроножиць разом з ніжкою поліпа, що забезпечило профілактику рецидивів.

При внутрішньоматковому адгезіолізісі тонкі синехії роз'єднували тубусом гістероскопа, при діагностиці щільних синехій застосовували механіко-хірургічну гістероскопію.

Гістероскопічна метропластика у пацієнток із діагностованою внутрішньоматковою перегородкою проводилась після лапароскопічної верифікації стану матки. Перегородку розсікали електрокоагулятором від каудального до фундального її країв з постійною візуалізацією вічок маткових труб.

У 9 жінок під час гістероскопії проведена корекція вогнищевої патології порожнини матки (видалення ділянок вогнищевої гіперплазії, звільнення трубних вічок від гіперплазованого ендометрія, запальних нашарувань, дрібних слизових поліпів, тонких синехій). Прицільне видалення ділянок гіперплазованого ендометрія при вогнищевій гіперплазії проводилось за допомогою гістероскопічних щипців або маленької кюретки лише в необхідному місці. При тотальній гіперплазії слизової проводилось її видалення без застосування електрохірургії з наступною морфологічною верифікацією діагнозу, з призначенням гестагенів в післяопераційному періоді протягом не менше 3-х місяців. Маніпуляції проводились під неодноразовим контролем гістероскопа за їх повнотою і якістю. Інтра- та постопераційних ускладнень не було у жодної пацієнтки.

Висновок. Гістероскопія, поряд із значними діагностичними можливостями, має важливе лікувальне значення при підготовці жінок з безпліддям до допоміжних репродуктивних технологій, оскільки дозволяє одразу провести необхідну хірург-

ПОВІДОМЛЕННЯ

ічну корекцію виявленої внутрішньоматкової патології.

При визначенні діагностично-лікувальних можливостей гістероскопії в подальшому планується

вивчення її можливостей в плані діагностики та формулюванні підходів до лікування мікробних уражень ендометрія у пацієнток перед штучним заплідненням.

ЛІТЕРАТУРА

1. Медведев М.В., Хохлин В.Л., Зыкин Б.И. Возможности эхогистероскопии в диагностике внутриматочной патологии // Ультразвуковая диагностика. – 1998. – №2. – С. 6-12.
2. Экстракорпоральное оплодотворение и его новые направления в лечении женского и мужского бесплодия / Под ред. В.И. Кулакова, Б.В. Леонова. – М.: МИА, 2000. – 781с.
3. Ayida G., Chamberlain P., Barlow D. et al. Uterine cavity assessment prior to in vitro fertilisation: comparison of transvaginal scanning, saline contrast hysterosonography and hysteroscopy // Ultrasound Obstet. Gynecol. – 1997. – Vol.10, №1. – P. 59-62.
4. Golan A., Ron-El R., Herman A. et al. Diagnostic hysteroscopy: its value in in vitro fertilization / embryo transfer unit // Hum. Reprod. – 1992. – Vol 7. – P. 1433-1434.
5. Kim A.H., McKay H., Keltz M.D., Nelson H.P., Adamson G.D. Sonohysterographic screening before in vitro fertilization // Fertil. Steril. – 1998. – Vol.69. – P.841-844.
6. Shamma F.N., Lee G., Gutmann J.N., Lavy G. The role of office hysteroscopy in in vitro fertilization // Fertil. Steril. – 1992. – Vol. 58. – P. 1237-1239.

Особливості проведення інтраопераційної фіброгастродуоденоскопії при виконанні лапароскопічного холедоходуоденального стентування

І.С. ВАРДИНЕЦЬ, Ю.М. ГЕРАСИМЧУК, В.В. МЕЛЬНИЧУК, С.І. ДУЦЬ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

PECULIARITIES OF INTRAOPERATIVE FIBROGASTRODUODENOSCOPY AT PERFORMANCE OF LAPAROSCOPIC CHOLEDOCHODUODENAL STENTING

I.S. VARDYNETS, Y.M. HERASYMCHUK, V.V. MELNYCHUK, S.I. DUTS

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Описано технічні особливості інтраопераційної фіброгастродуоденоскопії під час виконання лапароскопічного холедоходуоденального стентування.

The article describes technical features of intraoperative fibrogastroduodenoscopy during performance of laparoscopic choledochoduodenal biliary stenting.

Вступ. Патологія жовчовивідної системи займає одне з домінуючих місць в сучасній хірургії. Щороку збільшується кількість ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби, лікування яких потребує використання адекватних методик декомпресії жовчних проток в післяопераційному періоді. Використання традиційних методів (дренування за Кером, Піковським, Холстедом, Вишневським) нівелює всі переваги малоінвазивної хірургії перед відкритими оперативними втручаннями. Застосування методів внутрішнього антеградного транспапілярного дренирування за допомогою стентів є досить перспективним, проте, певні технічні особливості методики потребують її подальшого вивчення і вдосконалення.

Рядом авторів (Грубнік В.В., Дюжев А.С., 2003р.) проведені дослідження, що доводять абсолютну адекватність завершення лапароскопічних оперативних втручань на протоковій системі антеградним біліарним стентуванням і, навіть, наявність його певних переваг порівняно з методами зовнішнього дренирування холедоха. Дослідники наводять детальний опис методики з використанням оригінальних стентів власної конструкції. При встановленні останнього, оцінка позиції стента проводиться суб'єктивно, орієнтуючись на глибину проведення в загальній жовчній протоці. Дати об'єктивну

оцінку позиції стента відносно фатерового сосочка і адекватності відтоку може інтраопераційна фіброгастродуоденоскопія. Однак при виконанні вищевказаної маніпуляції наявний ряд технічних нюансів. В літературних джерелах технології ендоскопічних обстежень висвітлені досить обмежено, хоча ці методи є досить інформативними і малотравматичними.

Метою даної публікації є аналіз особливостей виконання інтраопераційної фіброхоледохоскопії під час лапароскопічної холецистектомії, при встановленні біліарного стента.

За період з 2002 по 2004 рік на базі відділення малоінвазивної хірургії ТОККЛ проведено 19 інтраопераційних фіброгастродуоденоскопій під час лапароскопічного оперативного втручання. Показанням до проведення обстежень був контроль за позицією стента при виконанні антеградного холедоходуоденального стентування. Усі пацієнти були жіночої статі, віком від 21 до 64 років. Обстеження проводились за допомогою фіброгастродуоденоскопа "PENTAX FD34V", зображення отримували за допомогою ендовідеокамери "STORZ telecam SL 202120", використовуючи спеціальний адаптер для ендоскопів "KARL STORZ 29020 GP". Хід маніпуляції реєстрували за допомогою відеоманітофона і персонального комп'ютера, з подальшим

аналізом отриманого матеріалу. В передопераційному періоді в обов'язковому порядку виконувалась гастродуоденоскопія з прицільним обстеженням зони фатерового сосочка.

Перебіг маніпуляції ми умовно поділили на три етапи – проведення ендоскопа, локалізація і утримання зображення зони фатерового сосочка та виведення ендоскопа. На першому етапі труднощі виникали з проходженням ендоскопа по ротоглотці. По-перше – інтубаційна трубка перешкоджає проведенню маніпуляцій в ротоглотці і займає значний об'єм робочого простору. По-друге – використання загубника теж утруднене через наявність інтубаційної трубки, а тому ризик пошкодження зовнішньої оболонки ендоскопа значно зростає. По-третє – специфіка обстеження вимагає використання ендоскопів з боковим кутом огляду, що не дає можливості проводити апарат під контролем оптики. Загалом, обмеження поля діяльності за рахунок операційної зони, положення хворого і проведення анестезіологічного забезпечення та ШВЛ створює незручності в процесі проведення обстеження. Проведення ендоскопа ми рекомендуємо виконувати в наступній послідовності: 1) попередньо на робочу частину ендоскопа одягається загубник; 2) лікар-ендоскопіст займає позицію біля голови пацієнта ззаду (аналогічну позиції лікаря-анестезіолога при виконанні інтубації трахеї), асистент з ендоскопом знаходиться зліва; 3) лівою рукою лікар розводить щелепи, а правою проводить ендоскоп в ротоглотку. Проведення останнього максимально наближене до техніки встановлення зонда для промивання шлунка, причому тяги ендоскопа повністю ослаблені і вільні, лише можливе незначне зусилля вертикальною тягою донизу для максимального ходу апарата по задній стінці глотки і стравоходу; 4) по ходу проведення здійснюється постійний моніторинг позиції кінця ендоскопа, певним орієнтиром може служити ендотрахеальна трубка. Подальше введення апарата не є складним, адже ризик попадання ендоскопа в трахею відсутній; 5) після проходження стравоходу (орієнтир – Z-подібна лінія) загубник вставляється між щелепами, що попереджає пошкодження зовнішніх оболонок апарата при подальших тракціях. При проходженні шлунку бажане мінімальне наповнення повітрям останнього, надмірна інсуфляція створює перекривання зони огляду для оперуючих хірургів. Проходження ендоскопа по шлунку можна додатково відслідковувати за зображенням з черевної порожнини. Проходження пілоруса і цибулини ДПК нічим

не відрізняється від техніки проведення типового обстеження.

На етапі виведення зони фатерового сосочка особливих труднощів не зустрічалось. Наявність виведеного провідника в просвіт ДПК допомагає в орієнтації і зменшує час на пошуки останнього. Особливістю етапу є доцільність певної десуфляції після локалізації і фіксації зони зображення фатерового сосочка для забезпечення максимально можливого огляду операційного поля. Після проведення декількох обстежень лікар-ендоскопіст сам вибере оптимальний режим мінімального рівня розширення ДПК. Слід зауважити, що доцільно використовувати лише ендоскопи з боковим кутом огляду, оскільки апарати з торцевою оптикою при проведенні обстеження потребують додаткового згину робочого кінця, що, відповідно, вимагає збільшення простору. Як зазначалось вище, атипове положення хворого (стосовно виконання ендоскопічних маніпуляцій), особливості анестезіологічного забезпечення (проведення ШВЛ), обмеження простору за рахунок операційного поля вимагають певних положень ендоскопа під час обстеження. Проведення маніпуляцій під контролем зору практично неможливе, тому слід використовувати відеоендоскоп, або ендовідеокамеру з спеціальним адаптером, що дозволяє виконувати маніпуляції в більших об'ємах.

Методика встановлення стента вимагає певної позиції останнього в просвіті холедоха, зокрема вихід вусика, що попереджує зворотний хід стента поза фатерів сосочок. Чітка його візуалізація є критерієм правильності стентування.

На третьому етапі вихід ендоскопа слід проводити лише після остаточного встановлення стента і виведення провідника. Причому, необхідно провести повну десуфляцію ДПК і шлунка з використанням активної аспірації.

З використанням вищенаведених рекомендацій нами успішно проведені усі 19 обстежень.

Висновки. 1) інтраопераційна фіброгастродуоденоскопія є об'єктивним методом, який дозволяє чітко верифікувати позицію і функціональність біліарного стента в просвіті дванадцятипалої кишки; 2) при виконанні інтраопераційного ендоскопічного обстеження, зважаючи на нетипову позицію хворого, доцільно використовувати відеоендоскопи, або ендовідеокамеру з адаптером для звичайного фіброскопа; 3) для найкращої візуалізації зони фатерового сосочка найбільш прийнятним є ендос-

ПОВІДОМЛЕННЯ

коп з боковою оптикою, хоча проведення апарата більш легке при наявності торцевої оптики. 4) при

введенні ендоскопа обов'язкова аспірація повітря з шлунка і дванадцятипалої кишки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дюжев О.С. Біліарне стентування при лікуванні холедохолітазу. Автореферат дисертації 2003р.
2. Ковальчук О.Л. Лапароскопічні інтраопераційні обстеження жовчних шляхів. – Матеріали XX з'їзду хірургів України, 2002. – С. 14.

3. Долецкий и соавт С.Я. Эндоскопия органов пищеварительного тракта. – Москва, 1984г.
4. Савельев В.С., Буянов В.М., Балалыкин А.С. Эндоскопия органов брюшной полости. – Москва. – 1977.

Досвід малоінвазивних методів лікування травми грудної клітки в Рівненській обласній клінічній лікарні

В.М. КУЗЬМИЧ, Ю.С. СЕМЕНЮК, І.К. МАРЧУК, І.В. БАРЧУК, І.С. СВЕНТОЗЕЛЬСЬКИЙ

Відділення пульмонології та торакальної хірургії обласної клінічної лікарні м. Рівне

EXPERIENCE OF MINI-INVASIVE METHODS OF TREATMENT OF THORARIC TREUMAS IN RIVNE REGIONAL CLINICAL HOSPITAL

V.M. KUZMYCH, Y.S. SEMENIUK, I.K. MARCHUK, I.V. BARCHUK, I.S. SVIENTOZELSKY

Department of Pulmonology and Thoracic Surgery of Rivne Regional Clinical Hospital

У Рівненській обласній лікарні з березня 2000 р. виконано 37 відеоторакоскопічних операцій у хворих з травмою грудної клітки. У всіх хворих відмічено скорочення термінів перебування на ліжку в середньому до 6 ліжко-днів, зменшилися терміни тимчасової втрати працездатності на 12 днів і вартість лікування.

37 videothoracoscopic operation in patients with thoracic traumas have been performed in Rivne regional clinical hospital from March, 2000. The shortening of the terms of in-hospital staying to 6 days was marked in all the patients. The treatment expenses reduced.

Особливістю торакальної травми є часте ураження життєво важливих органів, що призводить до швидкого порушення функції дихання та серцево-судинної системи, виникнення різного роду ускладнень. Це зобов'язує хірурга до прийняття швидких та рішучих, тактично обдуманих дій. Незважаючи на цілий комплекс фізикальних, рентгенологічних, інструментальних та лабораторних методів обстеження, частота діагностичних помилок сягає 60-70 % (О.М. Авілова, 1986, В.Г. Гетьман, 1995). Суттєву допомогу в діагностиці та лікуванні торакальної травми надають відеоторакоскопічні комплекси.

На базі відділення пульмонології та торакальної хірургії Рівненської обласної клінічної лікарні за період з березня 2000 р. виконано 37 відеоторакоскопічних операцій (ВТО) у хворих з травмою грудної клітки. У 32 хворих мала місце закрыта травма грудної клітки, у 5 хворих – проникаючі колото-різані рани грудної клітки. Чоловіків було 34, жінок – 3. У 30 пацієнтів травма супроводжувалась ушкодженням кісток грудної клітки. Правобічні внутрішньоплевральні ускладнення спостерігались у 24 пацієнтів, лівобічні – у 10 чоловік, білатеральні – у 3. Оперативні втручання виконувались

під місцевою анестезією та під наркозом з роздільною інтубацією головних бронхів.

У 16 хворих, госпіталізованих у першу добу після травми грудної клітки, ускладненої гемочи гемопневмотораксом, виконувались відеоторакоскопічні операції в ургентному порядку. При цьому проводилась ендоскопічна ревізія плевральної порожнини, легенів та органів середостіння на стороні ураження; аспірація крові та згортків; санація плевральної порожнини розчином антисептиків. У 14 пацієнтів стійкого гемата аеростазу вдалося досягти коагуляцією та кліпуванням кровоточивих судин, у 2 хворих, в яких мали місце забійно-рвані рани легень довжиною 1,5-2 см, було проведено прошивання ран атравматичною “лижоподібною” голкою. При двобічних внутрішньоплевральних ускладненнях у хворих із закрытою травмою грудної клітки ВТО проводилась на стороні середнього та великого гемотораксу, протилежна плевральна порожнина була санована пункційним методом. У пацієнтів, госпіталізованих у відділення у віддалені терміни з гемотораксом, що згорнувся (8 хворих), та посттравматичною емпіємою плевральної порожнини (2 хворих), оперативне лікування було до-

ПОВІДОМЛЕННЯ

повнене ендоскопічною частковою декортикацією легені та плевректомією.

У 5 хворих, що госпіталізованих у відділення з колото-різаними ранами грудної клітки, мало місце поранення легеневої тканини довжиною від 0,4-2,6 см, в 3 випадках була проведена трансендоскопічна коагуляція ран, у 2 – прошивання легені атравматичною “лижоподібною” голкою.

У всіх хворих, що лікувалися з причини травми грудної клітки методом ВТО, відмічено скорочення термінів перебування на ліжку в середньому до 6 ліжко-днів, зменшились терміни тимчасової втрати працездатності на 12 днів в порівнянні з хворими, яким була виконана торакотомія. У хворих, прооперованих малоінвазивним методом, післяопераційні ускладнення не спостерігались. Зменшилась вартість лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авілова О.М. Торакоскопія в невідкладній грудній хірургії. – Здоров'я, 1986.
2. Гетьман В.Г. Клінічна торакоскопія. – Здоров'я, 1995.

Діагностично-хірургічна торакоскопія в лікуванні спонтанного пневмотораксу

В.В. МАЛЬОВАНІЙ, О.В. БЕРЕГОВИЙ, Л.В. ШКРОБОТ, А.М. ГРИГОРЕНКО, П.Й. ВІВЧАР

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

DIAGNOSTIC-SURGICAL THORACOSCOPY IN TREATMENT OF THE SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX

V.V. MALYOVANY, O.V. BERHOVY, L.V. SHKROBOT, A.M. HRYHORENKO, P.Y. VIVCHAR

Ternopil State Medical Academy by I.Ya. Horbachevsky

Методику діагностичної та лікувальної торакоскопії використано у 64 хворих на бульозну емфізему легень, ускладнену спонтанним пневмотораксом. У 31 хворого проведена діагностична відеоторакоскопія, що дало можливість діагностувати розповсюдженість процесу для застосування відкритого доступу. У 33 хворих виконані торакоскопічні операції: ушивання субплевральних бул – 12 хворих, діатермокоагуляція бул – 21 хворий.

Methods of diagnostic and treatment thoracoscopy has been used in 64 patients with bullous emphysema of lungs, complicated by spontaneous pneumothorax. The diagnostic videothoracoscopy was carried out in 31 patients, that revealed process spreadness with using open access. The thoracoscopy operations were implemented in 33 patients: suturation of subpleural bulls – in 12 patients, diatermocoagulation of bulls – in 21 patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Бульозна емфізема легень є одним з найпоширеніших захворювань, яке в 32-35,5 % випадків ускладнюється виникненням спонтанного пневмотораксу [1]. Дана патологія відноситься до категорії ургентних, в зв'язку з чим потребує надання термінової хірургічної допомоги. В переважній більшості випадків об'єм допомоги зводиться до дренивання плевральної порожнини та активної аспірації повітря.

Впровадження торакоскопії, а згодом відеоторакоскопії, відкрило нові можливості в торакальній хірургії [2, 3, 4]. Насамперед це невелика операційна рана, мінімальний післяопераційний больовий синдром, нетривалий термін госпіталізації.

Матеріали і методи. За період 2002-2003 рр. на лікуванні знаходилося 64 хворих на спонтанний пневмоторакс: 31 з них проведена відеоторакоскопія, яка давала можливість виявити бульозну емфізему частки легені та необхідність лобектомії за відкритою методикою, 12 – ушивання субплевральних бул, 21 – діатермокоагуляція бул.

Крім цього, одному хворому проведена ендоскопічна симпатектомія та двом – ліквідація згорненого гемотораксу.

Оперативні втручання проводили за загальноприйнятною методикою. Під загальним знеболюванням (ендотрахеальний наркоз з роздільною інтубацією бронхів) виконувалась додаткова місцева анестезія місць торакоцентезів. У 43 хворих оперативні втручання проводили під місцевою анестезією із зрошенням плеври 10 % розчином лідокаїну.

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведення торакоскопічних оперативних втручань у всіх хворих настало одужання. Летальних випадків не було. У одного хворого була діагностована залишкова плевральна порожнина, яка була ліквідована шляхом дренивання її.

В зв'язку з тим, що даним хворим не проводилась торакотомія, больовий синдром ліквідовували застосуванням ненаркотичних аналгетиків. Середній ліжко-день у хворих з застосуванням торакоскопічних операцій зменшився до 6,5+0,5 (у хворих після торакотомії 14,5+1,3).

ПОВІДОМЛЕННЯ

Висновок. Отримані результати свідчать про те, що відеоторакоскопічні операції (при можливості їх виконання) менш травматичні і не поступаються за своєю ефективністю перед оперативними

втручаннями за відкритою методикою. Больовий синдром нетривалий і не вимагає застосування наркотичних знеболюючих. Значно зменшуються післяопераційний ліжко-день і період реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гетьман В.Г. Клиническая торакокопия. – Киев: Здоровье, 1995.
2. Галлингер Ю.И., Русаков Н.А., Гудовский Л.М. и др. Первый опыт торакокопических операций на легких // Хирургия. – 1995. – №3. – С.62-66.
3. Мартынюк В.А. Малоинвазивная хирургия в лечении больных с заболеваниями органов грудной клетки // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – №3. – С.73.
4. Десятерик В.І., Єжименський М.О., Вігуро С.В. та ін. Показання та протипоказання до діагностичної та лікувальної відеоторакоскопії // Шпитальна хірургія. – 2001. -№2. – С.114-116.

Доопераційне обґрунтування вибору довжини мінімального підреберного міжм'язового доступу при холецистектомії у хворих з гострим холециститом

Ю.С. СЕМЕНЮК, В.А. ФЕДУРУК, М.А. МЕНДЕЛЬ, О.В. ПОТІЙКО, І.В. СИДОРУК

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Рівненська обласна клінічна лікарня

PREOPERATIVE SUBSTANTIATION OF CHOICE OF MINIMUM SUBCOSTAL INTERMUSCULAR ACCESS LENGTH AT CHOLECYSTECTOMY IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS

YU.S. SEMENJUK, V.A. FEDORUK, N.A. MENDEL, O.V.POTIYKO, I.V. SYDORUK

Kyiv Medical Academy of Post-Diploma Training by P.L.Shupyk, Rivne Regional Clinical Hospital

Описано спосіб визначення довжини мінімального підреберного доступу в хворих з гострим холециститом за допомогою доопераційного розрахунку – на основі даних ультрасонографії. Вибір операційного доступу повинен ґрунтуватися на індивідуальному підході до особливостей статури та живлення пацієнта. Ультрасонографічне прогнозування розміру мінімального підреберного доступу за запропонованим способом дозволяє в 96,1 % хворих вибрати оптимальну величину розрізу.

The way of definition of minimum subcostal access length in patients with acute cholecystitis with preoperative calculation based on sonography data is described. The choice of operational access should be based on the individual approach to features of a constitution and feed of the patient. Sonographic prognosis of the minimum subcostal access size by means of the offered method allows to choose the optimum size of incision at 96,1 % patients.

Досягнення оптимальних умов для проведення оперативного втручання, максимальна доступність, найменша травматичність тканин – мета, якої намагаються досягти хірурги при виборі операційного доступу.

Доступність об'єкту операції залежить від довжини рани, її глибини, а також кута операційної дії, що утворюється умовними стінками конуса операційної рани.

Для хірурга, що оперує з мінімального підреберного доступу, найбільше значення має величина кута операційної дії, який визначає можливість маніпуляцій у рані. Згідно з даними А.Ю.Созон-Ярошевича (“Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам”, Медгиз, 1954 г.), “при величині кута, рівному 90°, операція проходить так легко, неначе орган лежав би на поверхні, а при величині кута менше 25° маніпуляції виконуються невпевнено”.

З урахуванням кута операційної дії нами розроблений спосіб доопераційного визначення довжи-

ни мінімального доступу при холецистектомії.

Завданням даного способу є доопераційне прогнозування довжини мінімального доступу при холецистектомії шляхом сонографічного визначення глибини операційної рани з подальшим розрахунком довжини мінімального доступу за формулою.

На рисунку 1 зображена схема операційної рани, де l – довжина мінімального доступу, h – глибина операційної рани, α – кут операційної дії.

Довжина мінімального доступу l дорівнює подвоєному добутку глибини рани h і тангенса половини кута операційної дії α та визначається за фор-

мулою: $l = 2h \cdot \operatorname{tg} \frac{\alpha}{2}$.

Відомо, що при величині кута операційної дії α у 25° маніпуляції здійснюються невпевнено. Отже, кут операційної дії α при мінімальному доступі повинен бути мінімально-оптимальним, проте більшим від 25°. Величина кута визначається хірургом індивідуально.

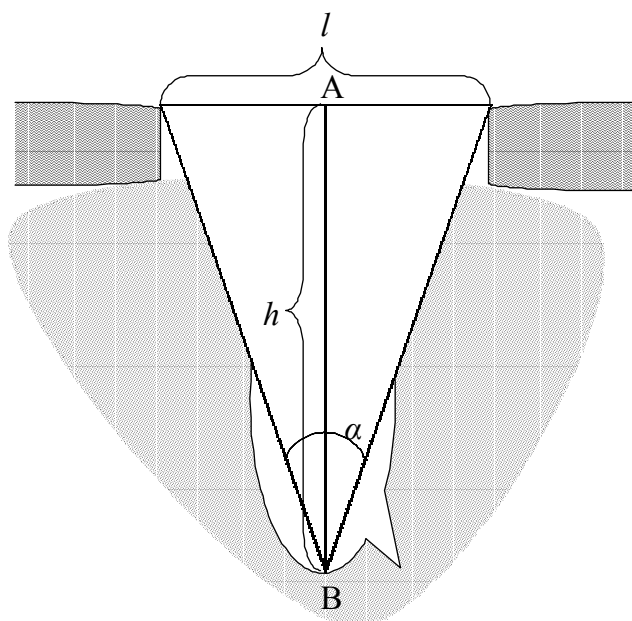


Рис. 1.

Спосіб здійснюють таким чином. Сонографічно визначають глибину операційної рани, яка дорівнює відстані від середини передбачуваного розрізу на поверхні шкіри – точки А до нижньої крайньої точки В кишені Гартмана жовчного міхура. У подальшому за формулою $l = 2h \cdot \operatorname{tg} \frac{\alpha}{2}$ визначають довжину мінімального доступу.

Приклад 1. Пацієнтка А., історія хвороби № 12157. Сонографічно встановлено, що глибина операційної рани дорівнює 10 см. Для зручності

розрахунків та їх стандартизації взято кут операційної дії α величиною 28° , оскільки $\operatorname{tg} \frac{28^\circ}{2} \approx 0,25$.

Звідси, $l = 2h \cdot \operatorname{tg} \frac{28^\circ}{2} \approx 2h \cdot 0,25 = 0,5h$. Отже, довжина мінімального доступу становить: $l = 0,5 \cdot 10 = 5$ (см).

З застосуванням даного способу оперовано 76 пацієнтів з гострим холециститом. Ми використовували міжм'язовий мінімальний доступ з довжиною, визначеною доопераційно, при якому розріз шкіри виконується паралельно правій реберній дузі, на відстані приблизно 3 см від її краю. Середина розрізу співпадає з сонографічно визначеною проекцією шийки жовчного міхура. Зовнішній та внутрішній косі м'язи, поперечний м'яз розшаровуються вздовж волокон.

Перевагами такого доступу є збереження цілісності м'язових волокон, міжреберних нервів та судин.

Необхідність інтраопераційного розширення попередньо вибраного доступу виникла у 3 (3,9 %) пацієнтів. З метою збільшення кута операційної дії частково розсікали зовнішній край піхви прямого м'яза зі зміщенням останнього медіально.

Таким чином, даний спосіб дозволяє до операції прогнозувати довжину мінімального доступу при холецистектомії. У кінцевому результаті застосування способу забезпечує найменшу травматичність операційного доступу.

УДК

Досвід малоінвазивних методів лікування травми грудної клітки в рівненській обласній клінічній лікарні

В.М. КУЗЬМИЧ, Ю.С. СЕМЕНЮК, І.К. МАРЧУК, І.В. БАРЧУК, І.С. СВЕНТОЗЕЛЬСЬКИЙ

Відділення пульмонології та торакальної хірургії обласної клінічної лікарні м.Рівне

Досвід малоінвазивних методів лікування травми грудної клітки в рівненській обласній клінічній лікарні

В.М. КУЗЬМИЧ, Ю.С. СЕМЕНЮК, І.К. МАРЧУК, І.В. БАРЧУК, І.С. СВЕНТОЗЕЛЬСЬКИЙ

Відділення пульмонології та торакальної хірургії обласної клінічної лікарні м.Рівне

під контролем
лапароскопічної
холецистектомія
лапароскопії +
лапаротомія на 13-15-у добу

порожнини
лапароскопічна
чи УЗ
холецистектомія

У Рівненській обласній лікарні з березня 2000р. виконано 37 відеоторакоскопічних операцій у хворих з травмою грудної клітки. У всіх хворих відмічено скорочення термінів перебування на ліжку в середньому до 6 ліжко-днів, зменшилися терміни тимчасової втрати працездатності на 12 днів і вартість лікування.

У Рівненській обласній лікарні з березня 2000р. виконано 37 відеоторакоскопічних операцій у хворих з травмою грудної клітки. У всіх хворих відмічено скорочення термінів перебування на ліжку в середньому до 6 ліжко-днів, зменшилися терміни тимчасової втрати працездатності на 12 днів і вартість лікування.

Секвестрація
ПЗ
клітковини
Резекція
ПЗ

Особливістю торакальної травми є часте ураження життєво важливих органів, що призводить до швидкого порушення функції дихання та серцево-судинної системи, виникнення різного роду ускладнень. Це зобов'язує хірурга до прийняття швидких та рішучих, тактично обдуманих дій. Незважаючи на цілий комплекс фізикальних, рентгенологічних, інструментальних та лабораторних методів обстеження, частота діагностичних помилок сягає 60-70 % (О.М. Авілова, 1986 р., В.Г. Гетьман, 1995 р.). Суттєву допомогу в діагностиці та лікуванні торакальної травми надають відеоторакоскопічні комплекси.

На базі відділення пульмонології та торакальної хірургії Рівненської обласної клінічної лікарні за період з березня 2000р. виконано 37 відеоторакоскопічних операцій (ВТО) у хворих з травмою грудної клітки. У 32 хворих мала місце закрита травма грудної клітки, у 5 хворих – проникаючі колото-різані рани грудної клітки. Чоловіків було 34, жінок – 3. У 30 пацієнтів травма супроводжувалась ушкодженням кісток грудної клітки. Правобічні внутрішньоплевральні ускладнення спостері-

гались у 24 пацієнтів, лівобічні – у 10 чоловік, білатеральні – у 3. Оперативні втручання виконувались під місцевою анестезією та під наркозом з роздільною інтубацією головних бронхів.

У 16 хворих, що поступили у першу добу після травми грудної клітки, ускладненої гемочи гемопневмотораксом, виконувались відеоторакоскопічні операції в ургентному порядку. При цьому проводилась ендоскопічна ревізія плевральної порожнини, легенів та органів середостіння на стороні ураження; аспірація крові та згортків; санація плевральної порожнини розчином антисептиків. У 14 пацієнтів стійкого гемо- та аеростазу вдалося досягти коагуляцією та кліпуванням кровоточивих судин, у 2 хворих, в яких мали місце забійно-рвані рани легень довжиною 1,5-2 см, було проведено прошивання ран атравматичною “лижеподібною” голкою. При двобічних внутрішньоплевральних ускладненнях у хворих із закритою травмою грудної клітки ВТО проводилась на стороні, середнього та великого гемотораксу, протилежна плевральна порожнина була санована пункційним методом. У

З ДОСВІДУ РОБОТИ

пацієнтів, які поступили в відділення у віддалені терміни з гемотораксом, що згорнувся (8 хворих) та посттравматичною емпіємою плевральної порожнини (2 хворих) оперативне лікування було доповнене ендоскопічною частковою декортикацією легені та плевректомією.

З 5 хворих, що поступили у відділення з колото-різаними ранами грудної клітки мало місце поранення легеневої тканини довжиною від 0,4-2,6 см, в 3 випадках була проведена трансендоскопічна коагуляція ран, у 2 – про-

шивання легені атравматичною “лижеподібною” голкою.

У всіх хворих, що лікувалися з причини травми грудної клітки методом ВТО, відмічено скорочення термінів перебування на ліжку в середньому до 6 ліжко-днів, зменшились терміни тимчасової втрати працездатності на 12 днів в порівнянні з хворими, яким була виконана торакотомія. У хворих, прооперованих малоінвазивним методом, післяопераційні ускладнення не спостерігались. Зменшилась вартість лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авілова О.М та співавт. Торакоскопія в невідкладній грудній хірургії. – Здоров'я, 1986р.
2. Гетьман В.Г. Клінічна торакоскопія. – Здоров'я, 1995р.

УДК 616. 62-003.7

Наш досвід виконання трансуретральної резекції передміхурової залози у хворих на ДГПЗ

П.С. СЕРНЯК, Ю.П. СЕРНЯК, В.А. РЕВА, О.С. ФУКСЗОН, М.В. КРИШТОПА

Донецький державний медичний університет

НАШ ДОСВІД ВИКОНАННЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ДГПЗ

P.S. SERNIAC, Y.P. SERNIAC, V.A. REVA, O.S. FUKZON, M.V. KRYSHTOPA

Donetsts State Medical University

У клініці урології факультету післядипломної освіти Донецького державного медичного університету в 2000 – 2003 р. виконано 587 операцій трансуретральної резекції в хворих з доброякісною гіперплазією передміхурової залози. Вік хворих склав від 59 до 83 років ($64,21 \pm 8,92$). Аналіз результатів операції трансуретральної резекції продемонстрував низьку частоту ускладнень, прекрасні функціональні результати, значне зниження перебування на ліжку поза залежністю від анатомічних особливостей залози й наявності супровідної патології.

In the Urology Clinics of post-graduate education of Donetsk State Medical University in 2000-2003 were performed 587 transurethral resection operations in patients with benign hyperplasy of prostate. Age of the patients was from 59 to 83 years ($64, 21 \pm 8,92$). The analysis of the results of transurethral resection operation showed the low frequency of complications, excellent functional results, significant lowerig of hospitalization terms independently on anatomic peculiarities of the gland and presence of accompanied pathology.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Протягом багатьох сторіч доброякісна гіперплазія передміхурової залози безперечно є однією з найголовніших причин утрудненого сечовипускання в чоловіків літнього віку. При аутопсії гіперплазія простати виявляється у 88 % чоловіків, старших за 50 років, які померли від інших захворювань. В останні десятиліття запропоновано ряд нових методів лікування гіперплазії простати, як медикаментозних (рослинні екстракти, α -блокатори, інгібітори α -редуктази), так і малоінвазивних (термотерапія, лазерна й ультразвукова деструкція залози та ін.). У той же час усі ці методи мають обмежені показання й ефективність, що до того ж не співмірні з вартістю такого лікування [2,4].

Донині хірургічне втручання є найбільш універсальним і ефективним способом ліквідації інфравезикальної обструкції при гіперплазії простати [5]. У нашій країні дотепер найбільш розповсюдженим хірургічним втручанням є

відкрита операція (позадудонна чи черезміхурова аденомектомія). У Донецькій області щорічно виконується до 700 аденомектомій черезміхуровим і позадудонним доступом.

Запропонована в 40-і роки минулого століття операція – транс уретральна резекція при доброякісній гіперплазії простати зараз визнана “золотим стандартом” хірургічного лікування захворювання. Це зв’язано з високою ефективністю втручання, його малоінвазивністю, відносно невеликою частотою ускладнень, зниженням післяопераційного перебування на ліжку до 3 – 7 діб, дешевиною процедури [3].

На жаль, головним обмеженням для широкого поширення ТУР є час виконання втручання. Відомо, що за тривалості операції, що перевищує 1 годину, частота таких ускладнень, як ТУР-синдром і сепсис або токсико-септичний шок зростає на 12 – 14,5 %. Частота локальних гнійних ускладнень, таких як орхіт, післяопераційний цистит, уретрит, незважаючи навіть на масивну антибіотикопрофілактику

ку зростає на 22,1 – 26,3 % %. На 12 – 19 % підвищується частота уретральних стриктур [1,5].

Причини й патогенез цих ускладнень досить добре вивчені. Вони пов'язані з масивним рефлюксом у широко відкриті кровоносні судини простати промивної рідини й бактеріальних продуктів, що містяться в ній. Крім того, важливим фактором є підвищення травмизації й інфікування ложа залози й нижчерозташованих відділів уретри [1].

У сучасній літературі дотепер тривають суперечки щодо критеріїв добору хворих для різних видів хірургічного лікування з приводу ДГПЗ. Частково дана проблема пов'язана з відсутністю згоди в питанні, які фактори визначають обструктивний синдром при ДГПЗ. Вираженість інфравезикальної обструкції дуже рідко корелює з одиничними параметрами, що виявляються при вивченні симптомів захворювання, дослідженні простати.

Одним із головних протипоказань до трансуретральної резекції є розміри залози. У ряді робіт відзначено, що чим більші розміри залози, тим імовірніша загроза кровотечі, абсорбції рідини (а, отже, і ТУР-синдрому)[6]. У той же час, багато клініцистів вказують, що розмір залози, який дозволяє виконати її резекцію, великою мірою залежить від досвіду хірурга й хірургічної техніки. У більшості робіт визнається, що маса залози при ТУР не повинна перевищувати 75 г, в інших випадках перевага надається відкритій простатектомії [1,5]. Незавершені резекції часто призводять до таких післяопераційних ускладнень, як інфекції сечових шляхів, кровотечі, збереження обструкції. Іншим протипоказанням до виконання ТУР вважають наявність супровідної патології сечового міхура (камені, пухлини, уретероцеле й ін.) [5].

Мета роботи. Метою цієї роботи було вивчення можливостей операції ТУР при ДГПЗ у хворих з різними анатомічними особливостями передміхурової залози.

Матеріали і методи. У клініці урології ФПО Донецького державного медичного університету у 2000 – 2003 р. виконано 587 операцій ТУР у хворих із ДГПЗ. Вік хворих склав від 59 до 83 років (64,21±8,92). В даній роботі обговорюються групи хворих без супровідної

патології, а такі випадки в нашій практиці були – 122 хворих. Досліджені операції з приводу ДГПЗ, ми умовно розділили на 2 групи:

1. Хворі з неускладненими формами ДГПЗ й розмірами залози до 70 см³ – 311 чоловік.

2. Хворі з неускладненими формами ДГПЗ й розмірами залози більше 70 см³– 154 чоловіки.

Передопераційне обстеження хворих включало об'єктивне й лабораторне обстеження, вивчення величини індексу IPSS, урофлоуметрію. Для оцінки анатомічних особливостей передміхурової залози, виявлення супровідної урологічної патології здійснювалося ультразвукове дослідження з використанням як трансабдомінального, так і трансректального датчиків. В усіх хворих, що надходили в плановому порядку, проводилося обов'язкове дослідження концентрації простатспецифічного антигену (ПСА) для скрінінгу можливого раку простати.

Оперативне втручання в усіх хворих здійснювали за допомогою резектоскопа з безперервним потоком промивної рідини (модель Iglesias) виробництва фірми Karl Storz (Німеччина). Використання таких резектоскопів дозволяло підтримувати тиск іригаційної рідини в порожнині сечового міхура на рівні до 10 – 15 см вод.ст., що відповідає звичайному рівню внутрішньочеревного тиску й перешкоджає масивному попаданню промивної рідини в кров через розкриті венозні синуси простати. Час операції намагалися скорочувати до 60 хвилин.

Техніка оперативного втручання в кожній із груп мала свої особливості.

У хворих з невеликими розмірами простати (до 70 см³), операція включала наступні етапи: створення борозни на 6 годинах умовного циферблату; розширення борозни в бокові сторони; заглиблення борозни до капсули простати; видалення основи бокових часток, видалення вентральної тканини, резекцію в ділянці верхівки простатичної порожнини (вентральної частини ДГПЗ); резекцію апікальної (параколікулярної) тканини [1].

При ДГПЗ, розміри якої перевищували 70 см³, ми використовували техніку Nesbit [3]. Операцію здійснювали в три етапи. Спочатку проводили резекцію, починаючи з 12 годин до позиції на 5 годинах умовного циферблату. Потім маніпуляцію переносили на протилеж-

ну сторону. На кінцевому етапі резектували тканину між 5 і 7 годинами. Другим етапом проводили резекцію за квадрантами, починаючи з позиції на 12 годинах, щоб тканина бокової частки, що видаляється, падала в центр утвореної заглибини. На третьому етапі операції видаляли аденоматозну тканину, що оточує сім'яний горбик.

Для створення в порожнині сечового міхура й у зоні резекції негативного градієнта тиску, що дозволяє прискорити евакуацію фрагментів простати під час її резекції з міхура й ложа залози, операцію ТУР при великих розмірах залози доповнювали накладанням троакарної цистостоми. Для цього в сечовий міхур вводили резектоскоп. Після візуальної оцінки розмірів простати і стану слизової сечового міхура з розрізу до 1 см на 7 – 8 см вище краю лобкових кісток під контролем резектоскопа в сечовий міхур вводили гільзу троакара Anplatz діаметром 29 Fr. Внутрішній кінець її розташовували в ділянці шийки міхура. Зовнішній кінець троакара з'єднували з пластиковою трубою відповідного діаметра, просвіт її перетискали. Кінець трубки поміщали в ємкість, розташовану на 80 см нижче рівня тіла хворого. Просвіт трубки відкривали по ходу операції по мірі нагромадження чіпсів у ложі передміхурової залози. Останні завдяки градієнту тиску легко видалялися за межі поля зору практично без перерв у проведенні оперативного втручання.

Результати досліджень та їх обговорення.

При аналізі отриманих результатів необхідно відзначити особливості оперативного втручання й післяопераційного періоду в кожній із груп хворих.

У першій групі хворих хірургічне втручання й ведення післяопераційного періоду являло найменшу проблему. Тривалість операції у хворих цієї групи складала від 15 до 57 хвилин (у середньому $39,21 \pm 7,02$ хвилини). У 311 хворих цієї групи інтраопераційно відзначено 23 (7,4 %) ускладнення. Це ТУР-синдром у 12 (3,9 %) хворих, перфорація капсули з попаданням зрошувального розчину в навколміхурову клітковину у 8 (2,6 %) хворих і перфорація сечового міхура в 3 (1,0 %) хворих. У післяопераційному періоді відзначено 25 (8,2 %) випадків ускладнень. У 16 (5,2 %) випадках

відзначені орхіти, у 4 (1,3 %) хворих мали місце стриктури уретри, у 5 (1,6 %) хворих мала місце пізня кровотеча (на 4 – 7 добу після видалення уретрального катетера) з ложа сечового міхура. Тривалість перебування в стаціонарі складала від 4 до 7 діб (у середньому $5,21 \pm 1,02$ доби), при розвитку ускладнень перебування в стаціонарі збільшувалося до 9 – 14 діб.

Хворі цієї групи обстежувалися в терміни 1, 3 і 6 місяців. В усіх відзначено значне поліпшення показника IPSS ($21,43 \pm 4,12$ вихідні, $9,01 \pm 1,98$ після операції, $p < 0,001$). У них була відсутня залишкова сеча. Максимальна швидкість сечовипускання з $8,67 \pm 2,51$ мл/сек до операції збільшилася до $14,43 \pm 2,03$ мл/сек ($p < 0,001$).

Необхідно відзначити, що в цій групі хворих нами не відзначено жодного випадку рецидиву захворювання, пов'язаного з недостатнім обсягом резекції аденоматозної тканини.

Операція у хворих другої групи з обсягом резекції більше 70 см^3 була незрівнянно складнішим завданням. Це пов'язано з тим, що хірург, насамперед, обмежений у часі оперативного втручання. Добре відомо, що за неможливості виконання операції менш ніж за 1 годину різко зростає частота як інтра-, так і післяопераційних ускладнень, насамперед тяжких форм ТУР-синдрому з можливим набряком головного мозку, гемолізом, нирковою недостатністю. Саме тому в клініці виконання таких операцій ми доручаємо найбільш досвідченим хірургам, що виконали не менше 100 “рутинних” трансуретральних резекцій.

Нами виконано 154 операції ТУР при обсязі резекції понад 70 см^3 (від 80 до 150 см^3) При цьому в 96 хворих операцію виконували за класичною методикою Nesbit, а в 58 (37,7%) втручання було доповнене накладанням троакарної епіцистостоми. Тривалість оперативного втручання у хворих даної групи перевищила 1 годину тільки в 6 хворих. Середня тривалість операції складала $53,01 \pm 4,71$ хвилини. Усього відзначено 24 (15,6 %) випадки інтраопераційних ускладнень. Найбільш частим був ТУР-синдром. Його спостерігали у 17 (11,04 %) пацієнтів. Необхідно відзначити, що завдяки використанню ізотонічних розчинів діелектриків, проведеній інтраопераційній

профілактиці ускладнення, ми в жодному з випадків не бачили тяжких проявів цього захворювання. В усіх хворих відзначалися тільки початкові прояви ТУР-синдрому: озноб, нудота, мармуровість шкіри, некритичне зниження артеріального тиску. Завдяки постійному вербальному контакту з хворим і моніторингу основних життєвих функцій, дані зміни самопочуття хворого завжди були вчасно розпізнані й купіровані.

Перфорація капсули простати й сечового міхура була допущена в 6 (3,9 %) пацієнтів.

Післяопераційні ускладнення відзначені в 21 (13,6 %) випадку. Частіше зустрічалися орхіти – у 9 (5,8 %) чоловік, стриктури різних відділів уретри відзначені в 6 (3,9 %) хворих. Пізні кровотечі з тампонадою сечового міхура відзначені в 3 (1,9 %) хворих. У 3 (1,9 %) хворих виник рецидив захворювання, що вимагало виконання повторної трансуретральної резекції в термін від 6 до 9 місяців. Термін перебування в стаціонарі хворих цієї групи

склав від 4 до 8 ($6,32 \pm 0,98$) днів. При розвитку післяопераційних ускладнень перебування в стаціонарі збільшувалося до 12 – 14 діб.

При наступному спостереженні всі пацієнти демонстрували гарні функціональні результати операції: була відсутня залишкова сеча, максимальна швидкість сечовипускання збільшилася з $6,23 \pm 3,21$ мл/сек до $15,01 \pm 2,86$ мл/сек ($p < 0,001$). Індекс IPSS знизився з $24,01 \pm 4,51$ до $7,23 \pm 2,10$ ($p < 0,001$).

Висновки: Таким чином, операція трансуретральної резекції при доброякісній гіперплазії простати є сучасним, малоінвазивним оперативним втручанням. ТУР дозволяє ефективно звільнити від симптомів інфравезикальної обструкції у хворих з різними анатомічними особливостями передміхурової залози. Дана операція дозволяє домогтися прекрасних функціональних результатів при значному скороченні перебування хворого в стаціонарі й невеликій кількості ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А., Гушин Б.Л. и др. Руководство по трансуретральной резекции и эндоскопической электрохирургии доброкачественной гиперплазии простаты., М., 1998, С. 87-89.
2. Симонов В.Я. Эндоскопическая хирургия и дистанционная литотрипсия. – М., 1992.– 160 с.
3. Nesbit R. M. Transurethral prostatic resection. In: Campbell L., Harrison J. (eds) Urology. Philadelphia: Saunders, 1970.- P. 2479.
4. Meyhoff H. H., Nordling J. Long term results of transurethral and transvesical prostatectomy. A randomized study // Scand. J. Urol. Nephrol.- 1996.- Vol. 20.- P. 27-33.
5. Reuter H. J. Atlas of Urologic Endoscopic Surgery. Stuttgart: George Thieme, 1982.- P. 245-247.
6. Robinson M. R. G., Arudpragasam S. T., Sahgal S. A. et al. Bacteraemia resulting from prostatic surgery: the source of bacteria // Br. J. Urol.- 1982.- Vol. 37.- P. 551.

УДК 616.37-006.2-089.819

Раціональні способи лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози

О.Д. ШАТАЛОВ, В.В. ХАЦКО, С.О. ШАТАЛОВ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

RATIONAL METHODS OF TREATMENT OF THE PATIENTS WITH PSEUDOCYSTS OF PANCREAS

A.D. SHATALOV, V.V. KHATSKO, S.A. SHATALOV

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

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” (Германія). 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 норицею 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 from 22 to 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). 78 patients (81,4 %) showed complete recovery after mini-invasive treatment. The recurrent cysts were revealed in 18 patients (18,6 %). They were undergone radical operations. 14 cases developed different complications and they were eliminated by conservative treatment. 4 patients with pancreatic fistula were undergone cystoenterostomy with Brown anastomosis and the Shalimov’s stunner. Lethal outcomes were not revealed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. У наш час кісти підшлункової залози (ПЗ) не є рідкісними захворюваннями. Серед госпіталізованих хворих вони складають 0,006 – 0,1% [2, 4, 6, 8]. 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 ПКПЗ головним чином люди працездатного віку (30—45 років).

Гострий панкреатит ускладнюється утворенням кіст у 0,8 – 15 % випадків, а при деструктивних 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 ультрасонографічне 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 зовнішнього [14, 6, 7, 10] та внутрішньо-

го дренування [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 ефективні 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 дренування ПКПЗ – транспапілярне дренування, цисто-, гастро- і цистодуоденостомію [13, 11, 9, 2], пункцію та аспірацію кіст під сонографічним або комп'ютерно-томографічним контролем [12, 3, 5, 10], лапароскопічне дренування [11, 7, 10]. Кількість ускладнень при цьому досягає 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 теперішнього часу 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.

Мета дослідження: розробка оптимальної техніки пункції і дренування ПКПЗ під сонографічним, лапароскопічним (і з відеопідтримкою) контролем.

Матеріали і методи. Під доглядом знаходились 96 пацієнтів з хронічними ПКПЗ (18-голівки, 46-тіла, 32-хвоста) діаметром 5-32 см. Жінок було 37, чоловіків – 59 у віці 22-63 роки. 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 приступу до виявлення кісти становили від 6 тижнів до 1,5 року. Екстрапанкреатичні кісти спостерігали у 62 чоловік, 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 “Аloka –630” (Японія) з використанням електронних конвексних і лінійних датчиків 3,5 МГц.

Були використані методи пункційного дренування кіст: під сонографічним контролем – 64, лапароскопічний – 23, лапароскопічний 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 на пункція кісти з дренуванням 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 Dognier, укомплектованими електронними конвексними і лінійними датчиками 3,5 МГц, 5 МГц та 7,5 МГц. Особливістю є диференційний підхід до склерозування залишкових порожнин та дренування кіст.

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

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

Усім пацієнтам проводили 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: болі у верхній половині живота – у 87 осіб, нудота, блювання – у 42, відчуття тяжкості, роздування у верхній половині живота – у 29, схуднення більш ніж 5 кг – у 25, розлади 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 була 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 анемія, у 18 – лейкоцитоз, у 62 – прискорення 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 томографію, 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.

Всі ускладнення ПКПЗ необхідно розділити на дві групи: 1 – котрі потребують невідкладного оперативного лікування: нагноєння, перфорація кісти у вільну черевну порожнину і кровотеча; 2 – при яких треба робити планову операцію: прорив кісти у шлунково-кишковий тракт, стиснення сусідніх органів і малігнізація.

Ускладнені кісти ПЗ потребують хірургічного лікування. Оптимальним варіантом хірургічного втручання є радикальне усунення або внутрішнє дренивання кісти. Зовнішнє дренивання, як правило, здійснювали при нагноєнні і перфорації кісти у вільну черевну порожнину. Краще за марсупіалізацію активне, постійне або фракційне, зовнішнє проточно-аспіраційне дренивання за допомогою 2-просвітних дренажних трубок. При арозивній кровотечі доцільно видалити кісту. При стенозах різних відділів шлунково-кишкового тракту від стиснення кістою ПЗ необхідні операції внутрішнього дренивання або радикальне усунення кісти. Малігнізована кіста ПЗ підлягає радикальному видаленню за онкологічними принципами.

Основні напрямки консервативної терапії загострень ПКПЗ: пригнічення секреції фер-

ментів ПЗ, зменшення цитоксичного 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 з 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 зафіксовано повне одужання. У 18 (18,6 %) осіб виявлено рецидиви кісти, їм виконана радикальна операція. У 14 випадках відзначені ускладнення у вигляді короткочасного підвищення температури тіла, ознобу, больових відчуттів по ходу 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 співустьям та заглушкою за Шалімовим. Летальних наслідків не було.

Соціально-трудова реабілітація оперованих пацієнтів повинна бути спрямована, у першу чергу, на корекцію перебігу хронічного рецидивного панкреатиту, різних порушень функції ПЗ і повну заборону уживання алкогольних напоїв.

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

2. Показанням до малоінвазивного дренивання є ПКПЗ будь-яких розмірів і локалізації

при відсутності ознак секвестрації, особливо у хворих з високим операційним ризиком, коли радикальна операція неможлива.

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

4. Дані методи лікування не мають ефекту

при кістах, котрі пов'язані з панкреатичними протоками.

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

Перспективи подальших досліджень. У перспективі будуть досліджені питання етіології, патогенезу псевдокіст підшлункової залози, біохімічні та біофізичні зміни рідини з кісти.

ЛІТЕРАТУРА

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