

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Ковальчук О.Л. Реактивний неспецифічний гепатит і його місце в класифікації хронічних гепатитів та лапароскопічному лікуванні жовчнокам'яної хвороби

Ничитайло М.Ю., Скумс А.В., Литвин О.І., Шкарбан В.П., Захараш Ю.М., Загрійчук М.С. Міні-інвазивні методи біліарної декомпресії та радикальні операції при пухлинах панкреатодуоденальної зони, ускладнених механічною жовтяницею

Грубник А.В., Голляк В.П., Грубник В.В. Вдосконалення технологій бандажування шлунка для лікування ожиріння

Ничитайло М.Ю., Кондратиук О.П., Огородник П.В., Щербина С.І., Булик І.І., Дейнченко А.Г. Пункційні, лапароскопічні та традиційні методи лікування псевдокіст підшлункової залози як ускладнення гострого панкреатиту

Грубник В.В., Ковальчук О.Л., Дюжєв О.С. Особливості техніки лапароскопічних втручань у хворих з калькульозним холециститом на тлі цирозу печінки і хронічного гепатиту

Никоненко О.С., Завгородній С.М., Головка М.Г., Грушка В.А., Клименко А.В., Децик Д.А., Русанов І.В., Гайдаржі С.І. Профілактика пошкоджень позапечінкових жовчних шляхів при лапароскопічній холецистектомії

Кондратенко П.Г., Білозерцев О.О. Диференційований підхід до вибору способу й обсягу хірургічних втручань у хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею

Хворостов С.Д., Бичков С.О., Гриньов Р.М., Захарченко Ю.Б. Кріодеструкція задньої стінки жовчного міхура при лапароскопічній холецистектомії

Грубник В.В., Соломко О.О., Ілляшенко В.В., Медведєв О.В. Порівняння віддалених результатів лапароскопічної фундоплекції у хворих з ефективною й неефективною консервативною терапією GERD. Фактори, що впливають на віддалені результати оперативного лікування

Міміношвілі О.І., Ярошак С.В., Сопельняк В.П., Міміношвілі А.О., Сімоненко К.П. Оперативна тактика при лапароскопічній апендектомії у хворих на перитоніт

Ярешко В.Г., Живиця С.Г., Бамбизов Л.М. Вибір методу біопсії при раку підшлункової залози

Кондратенко П.Г., Васильєв А.А. Роль і місце міні-інвазивних хірургічних втручань у лікуванні гострого панкреатиту

Гладчук І.З., Рожковська Н.М., Назаренко О.Я., Шитова А.В. Консервативна міомектомія: лікувальні підходи

Кондратенко П.Г., Герасименко Є.О. Тактика застосування паліативних хірургічних втручань у лікуванні гострого холециститу

Ярешко В.Г., Живиця С.Г., Бамбизов Л.М., Міхєєв Ю.О. Роль ультразвукових та прямих рентгеноконтрастних методів дослідження жовчних проток в діагностиці резидуального та рецидивного холангіолітіазу

Годлевський А.І., Саволук С.І., Жмур А.А., Мазур В.П. Вплив методів біліарної декомпресії на печінкову гемодинаміку та системну запальну відповідь у хворих з обтураційною жовтяницею

Борисов С.О., Костєв Ф.І., Борисов О.В. Застосування сучасних малоінвазивних методик дренирування верхніх сечових шляхів при обструктивній нефропатії

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

5 *Kovalchuk O.L.* Reactive non-specific hepatitis and its place in classification of chronic hepatites and laparoscopic treatment of cholelithiasis

10 *Nychytaylo M.Y., Skums A.V., Lytvyn O.I., Shkarban V.P., Zakharash Y.M., Zahriyuchuk M.S.* Miniinvasive methods of biliary decompression and radical operations at pancreatoduodenal tumors, complicated with obstructive jaundice

13 *Hrubnyk A.V., Holliak V.P., Hrubnyk V.V.* Perfection of technologies of gastric banding for treatment of obesity

17 *Nychytaylo M.Y., Kondratiuk O.P., Ogorodnic P.V., Shcherbyna S.I., Bulik I.I., Deinuchenko A.H.* Puncture, laparoscopic and traditional methods of treatment of pseudocyst of the pancreas, as complications of acute pancreatitis

21 *Grubnik V.V., Kovalchuk O.L.* Peculiarities of laparoscopic surgery technique in patients with calculus cholecystitis associated with liver cirrhosis and chronic hepatitis

27 *Nykonenko O.S., Zavgorodniy S.M., Golovko M.G., Grushka V.A., Klimenko A.V., Dezik D.A., Rusanov I.V., Gaidarzhly E.I.* Prevention of extrahepatic bile ducts injuries at laparoscopic cholecystectomy

30 *Kondratenko P.H., Bilozertsev O.O.* Differentiated approach to a choice of a way and volume of surgical intervention at the patients with acute cholecystitis and obturative jaundice

34 *Khvorostov Y.D., Bychkov S.O., Hrynyov R.M., Zakharchenko Y.B.* Cryodestruction of back wall of gallbladder at laparoscopic cholecystectomy

37 *Grubnik V.V., Solomko O.O., Ilyashenko V.V., Medvedev O.V.* Comparison of results of laparoscopic in patients with effective and noneffective conservative therapy of gastroesophageal reflux disease

41 *Miminoshvili O.I., Yaroshchak S.V., Sopol'niak V.P., Mimoshvili A.O., Simonenko K.P.* Operative tactics at laparoscopic appendectomy at the patients with peritonitis

44 *Yareshko V.G., Zhivitsa S.G., Bambyzov L.M.* Choice of biopsy method at cancer of pancreas

47 *Kondratenko P.H., Vasylyev A.A.* Role and place of mini-invasive surgical interventions in treatment of acute pancreatitis

50 *Gladchuk I.Z., Rozhkovska N.M., Nazarenko O.YA., Shytova A.V.* Conservative myomectomy: treatment modalities

53 *Kondratiuk P.H., Herasymenko Y.O.* Tactics of application of palliative surgical interventions in treatment of acute cholecystitis

57 *Yareshko V.G., Zhyvytsia S.G., Bambyzov L.M., Mikheyev Y.O.* Role of ultrasound and direct x-ray methods of research of biliary ducts in diagnostics of residual and recurrent cholangiolithiasis

60 *Hodlevsky A.I., Savoluyk S.I., Zhmur A.A., Mazur V.P.* Influence of biliary decompression methods on hepatic hemodynamics and system inflammatory response in patients with obstructive jaundice

64 *Borysov S.O., Kostiev F.I., Borysov O.V.* Using of modern miniinvasive methods of upper urinary tract drainage at obstructive nephropathy

Алтин І.В., Ороховський В.Й., Василенко Л.І. Нові мало-інвазивні способи апендектомії

Кімакович В.Й., Нянковський С.Л., Іванців В.А., Івахненко О.С., Лукасевич І.М., Борис Я.А. Особливості пілоричного гелікобактеріозу у дітей

Свстахевич І.Й., Інденко Ф.П., Свстахевич Ю.Л., Інденко В.Ф., Лециук Т.В., Семерак М.М., Лебедь Г.Б., Трошков О.О., Логінський В.С. Органозберігальні операції у хворих з паразитарними кістами селезінки

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Никоненко О.С., Завгородній С.М., Губка О.В., Клименко А.В., Головка М.Г., Русанов І.В., Децик Д.А., Гайдаржі Є.І. Лапароскопічна адrenaлектomia в хірургічному лікуванні патології надниркових залоз

Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Ковальчук О.Л., Гоциньський В.Д., Беденюк А.Д., Костів С.Я., Дуць С.І. Профілактика тромбоемболічних ускладнень при лапароскопічних операціях на жовчних шляхах

Гавриш Я.І., Переяслов А.А. Роль інтерлейкіну 17 у розвитку гематологічних змін після лапароскопічної адrenaлектomia

Кондратенко П.Г., Смирнов М.Л. Міні-інвазивні ендоскопічні технології в лікуванні хворих на гострі кровотечі з пухлин травного каналу

Берегова Ю.П. Лапароскопія в лікуванні неплідності у робітниць з початковими формами ендометріозу

Кондратенко П.Г., Раденко Є.С. Роль і місце міні-інвазивних ендоскопічних втручань у комплексному лікуванні хворих на гостру виразкову гастродуоденальну кровотечу

Семенюк Ю.С., Герасимчук С.В., Гушеватий В.Г., Генеральчук Ф.О., Штримайтіс В.Й., Віссяник О.М. Екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія великих каменів жовчного каналу

Польова С.П. Сучасні підходи до ранньої діагностики туберкульозного ураження жіночих статевих органів

Четвериков С.Г., Вододюк В.Ю. Профілактика ускладнень при лапароскопічному лікуванні ехінококозу печінки

Демидов В.М., Торбинський А.М., Демидов С.М., Гнатенко В.М. Застосування рентгендоваскулярної методики в лікуванні гострого панкреатиту

ПОВІДОМЛЕННЯ

Семенюк Ю.С., Федорук В.А. Спосіб obturaції ятрогенного перфоративного отвору жовчного міхура під час лапароскопічної холецистектомії

Твердохліб В.В., Мисак А.І., Хорощ В.Я. Оцінка ефективності трансуретральної мікрохвильової термотерапії у хворих з доброякісною гіперплазією простати

Бабкіна О.П., Дунаєв О.В. Врахування змін гістологічних показників травмованих тканин органів черевної порожнини як одного з критеріїв при встановленні давності виникнення ушкоджень

Федорук В.А., Семенюк Ю.С., Сидорук І.В., Потійко О.В. Спосіб формування білідигестивного анастомозу Гіпп І.Г., Кімакович В.Й. Хімічний плевродез тальком методом тораоскопії у хворих із раковими рецидивуючими плеврогитами

Семенюк Ю.С., Федорук В.А., Потійко О.В., Сидорук І.В. Лікувальні пункції порожнистих утворів підшлункової залози під контролем сонографії

67 Altyn I.V., Orokhovskiy V.Y., Vasilenko L.I. New miniinvasive ways of appendectomy

70 Kimakovych V.Y., Nyankovskiy S.L., Ivantsiv V.A., O.S. Ivakhnenko V.A., Lukasevych I.M., Borys Y.A. The peculiarities of helicobacter pylori infection in children

74 Yevstakhevych I.Y., Indenko F.P., Yevstakhevych Y.L., Indenko V.F., Leshchuk T.V., Semerak M.M., Lebed H.B., O.O. Troshkov H.B., Lohinsky V.Y. Organ-preserving operations at patients with nonparasitic spleen cysts

EXPERIENCE OF WORK

78 Nykonenko O.S., Zavgorodniy S.M., Hubka O.V., Klymenko A.V., Golovko M.H., Rusanov I.V., Detsyk D.A., Gaidarzhi Y.I. Laparoscopic adrenalectomy in surgical treatment of pathology of adrenal glands

81 Kovalchuk L.YA., Venger I.K., Kovalchuk O.L., Hoshchynsky V.D., Bedenyuk A.D., Kostiv S.YA., Duts S.I. The prophylaxis of thromboembolic complications at laparoscopic operations on biliary paths

84 Havrysh Y.I., Pereyaslov A.A. Role of interleukin 17 in the hematological changes development after endoscopic adrenalectomy

88 Kondratenko P.H., Smirnov M.L. Miniinvasive endosurgical methods in treatment of patients with acute bleeding from digestive tract tumors

92 Berehova Y.P. Laparoscopy in treatment of infertility in female workers with initial forms of endometriosis

95 Kondratenko P.H., Radenko Y.Y. Role and place of miniinvasive endosurgical interventions in complex treatment of patients with acute ulcerous gastroduodenal bleeding

98 Semeniuk Y.S., Herasymchuk S.V., Hushevaty V.H., Heneralchuk F.O., Shtrymaytis V.Y., Vivsianyk O.M. Extracorporeal percussive-wave lithotripsy of choledoch big concretions

101 Poliova S.P. Modern approaches to early diagnostics of tuberculous affection of the female genital organs

103 Chetverikov S.H., Vododiyuk V.Y. Prevention of complications at laparoscopic treatment of hepatic echinococcosis

106 Denyudov V.M., Torbysky A.M., Denyudov S.M., Hnatenko V.M. Using method of roentgenendovaskular surgery in treatment of acute pancreatitis

REPORTS

109 Semeniuk Y.S., Fedoruk V.A. The way of obturation of iatrogenic perforative aperture of bile cyst during laparoscopic cholecystectomy

111 Tverdokhlib V.V., Mysak A.I., Khorosh V.Y. Estimation of transurethral microwave thermotherapy efficacy in patients with benign hyperplasy of prostate

113 Babkina O.P., Dunayev O.V. Account of changes of histological indexes of the injured tissues as one of criteria at revealing the remoteness of damages of abdominal organs

116 Fedoruk V.A., Semeniuk Y.S., Sydoruk I.V., Potiyko O.V. The way of formation of biliodigestive anastomosis

117 Hipp I.H., Kimakovych V.Y. The chemical pleurodesis by means of toracosopic technique in patients with malignant pleural effusion

119 Semeniuk Y.S., Fedoruk V.A., Potiyko O.V., I.V. Sydoruk O.V. Therapeutic punctures of hollow apertures of pancreas at sonographic supervision

УДК:617.54-089-06+616-006.7-03

РЕАКТИВНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ГЕПАТИТ І ЙОГО МІСЦЕ В КЛАСИФІКАЦІЇ ХРОНІЧНИХ ГЕПАТИТІВ ТА ЛАПАРОСКОПІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ХВОРОБИ

О.Л. КОВАЛЬЧУК

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Reactive non-specific hepatitis and its place in classification of chronic hepatitises and laparoscopic treatment of cholelithiasis

O.L. KOVALCHUK

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

В результаті обстеження 1008 оперованих лапароскопічним методом хворих з жовчнокам'яною хворобою автором виділена група з 297 хворих, у яких був діагностований супровідний реактивний гепатит. В дослідженні показано, що реактивний неспецифічний гепатит – це вторинний запально-дистрофічний процес, який має синдромне значення при багатьох хворобах. Враховуючи його велику частоту в клінічній практиці, класифікація WCOG (1994 р.) потребує певних змін і доповнень. Ймовірно, що в наступній міжнародній класифікації буде виділено неспецифічний реактивний гепатит. Результати досліджень свідчать, що використовуючи спеціальні технічні прийоми під час лапароскопічної холецистектомії на фоні хронічного реактивного гепатиту можна мінімізувати частоту геморагічних ускладнень, знизивши тим самим ризик операцій. Прояви реактивного неспецифічного гепатиту, що розвинувся на фоні хронічного калькульозного холециститу, після усунення першопричини хвороби (виконання холецистектомії) зникають самостійно.

As a result of examination of 1008 patients with cholelithiasis, who had been operated by laparoscopic method, the author selected the group consisting of 297 patients with diagnosed contaminant reactive hepatitis. During the investigation it was shown that reactive non-specific hepatitis is a secondary inflammatory-dystrophic process which is of syndrome importance at many diseases. Taking into account its high frequency in clinical practice, classification of WCOG (1994) needs some changes and additions. Non-specific reactive hepatitis, will be, probably, marked in the next international classification. The results of investigations prove that usage of special technical means during laparoscopic cholecystectomy against a background of chronic reactive hepatitis allows to minimize the frequency of hemorrhagic complications, simultaneously lowering the risk of operations. The signs of reactive non-specific hepatitis, which developed against a background of chronic calculous cholecystitis, disappear independently after elimination of the primary cause of disease (cholecystectomy).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Виконання лапароскопічної холецистектомії з приводу калькульозного холециститу на тлі хронічних гепатитів різного генезу супроводжується певними технічними труднощами, обумовленими як паренхіматозними кровотечами з ложа жовчного міхура, так і профузними із троакарних ран, а відтак високим операційним ризиком [1,2,3].

Хронічний гепатит – дифузне запально-дистрофічне ураження печінки, що триває більше як 6 міс. і характеризується гіперплазією зірчастих ретикулоендотеліоцитів, лімфоплазмочитарною інфільтрацією портальних полів, початковим фіброзом у поєднанні з дистрофією печінкових клітин, при збереженні структури часточок печінки. Доцільно виділяти первинні і вторинні, або неспецифічні реактивні гепатити. При цьому Міжнародною асоціацією гепатологів (Гавана, 1956), був прийнятий критерій, що ґрунтується на врахуванні давності хвороби (6 міс.). Пізніше

такий критерій був підтверджений в рекомендаціях Всесвітнього конгресу гастроентерологів (Лос-Анджелес, 1994).

Хронічний гепатит є одним з найпоширеніших у клінічній практиці захворювань. Його частка в більшості регіонів світу складає до 5% і більше.

Проводячи дослідження в молекулярній і клінічній гепатології, на підставі отриманих результатів, світове товариство гепатологів дійшло висновку про необхідність перегляду старої і нової термінології та номенклатури з метою їх стандартизації і класифікації. Нова класифікація побудована на двох основних принципах – етіологічному і клініко-морфологічному. Основним при цьому є визнання факту, що хронічний гепатит – це клінічні й морфологічні синдроми різної етіології, які проявляються активним некрозапальним процесом у печінці. Гепатит, як комплекс синдромів, у своєму розвитку проходить декілька морфологічних стадій, залежно від поширеності

фіброзної тканини аж до формування цирозу печінки як фінальної, незворотної стадії єдиного патологічного процесу.

Створена за цими рекомендаціями класифікація виділяє такі хронічні гепатити.

1. Автоімунний гепатит (до 1-2% усієї захворюваності на хронічні гепатити).
2. Хронічний гепатит В (30-40% від усього числа хронічних гепатитів).
3. Хронічний гепатит D (5-8% від усіх випадків хронічного гепатиту В).
4. Хронічний гепатит С (40-50% від усього числа хронічних гепатитів).
5. Хронічний вірусний гепатит (до 2-5% від усіх випадків хронічного гепатиту).
6. Хронічний криптогенний гепатит, котрий не класифікується як вірусний або автоімунний (до 1,0-3,0% від усіх випадків хронічного гепатиту).
7. Хронічний медикаментозний гепатит (5-10% від усіх випадків хронічного гепатиту).
8. Первинний біліарний цироз.
9. Первинний склерозуючий цироз.
10. Хвороба печінки Вільсона-Коновалова.
11. Хвороба недостатності α -антитрипсину печінки.

В цю класифікацію не включені уроджені захворювання печінки (гемаврома, гепатоцеребральна дистрофія), а також хронічний реактивний гепатит, хронічний холестатичний гепатит і хронічний алкогільний гепатит, які можуть перебігати в різних клініко-морфологічних формах.

Класифікація виділяє різні за своєю природою хронічні гепатити. Однак дискусії стосовно включення чи виключення окремих їх форм тривають і досі. Рядом авторів обговорюється доцільність виділення групи вторинних гепатитів, тобто таких, які перебігають з переважною реакцією не паренхіми, а мезенхіми печінки. Такі гепатити частіше виступають як гепатити-супутники. Їх можна об'єднати в групу реактивних неспецифічних гепатитів, частота яких, за даними різних авторів, доходять до 40% [4-8].

Матеріали і методи. Дослідження проведені у 1008 хворих прооперованих нами з приводу жовчнокам'яної хвороби. Пацієнти до і після операції обстежувались лабораторними та інструментальними методами. З обстежених хворих 376 пацієнтів прооперовано на фоні супровідного хронічного гепатиту різного генезу. Серед оперованих на фоні гепатиту хворих було більше жінок – 328, чоловіків було 48. Вік хворих коливався від 25 до 82 років. Середній вік склав $55,4 \pm 7,1$ років. При цьому 179 (57,2%) хворих поступили з клінікою гострого холецистити. Інші 187 хворих були госпіталізовані в зв'язку із загостренням

хронічного калькульозного холецистити. У 33 із обстежених хворих з жовчнокам'яною хворобою і супровідним гепатитом мала місце клініка механічної жовтяниці.

За сукупністю клінічного, епідеміологічного, біохімічного, вірусологічного і морфологічного досліджень реактивний неспецифічний гепатит діагностували у 297 оперованих хворих. Жінок було 258, чоловіків – 39. Середній вік хворих був $58 \pm 6,5$ років. При встановленні діагнозу реактивного гепатиту виключали хронічні гепатити іншого генезу.

Результати досліджень та їх обговорення. При гострому холециститі хірургічні втручання виконували в перші 2-5 діб від початку захворювання. У 11 хворих, які поступили з обтураційною жовтяницею, спочатку виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію з наступною папілотомією та видаленням конкрементів з жовчних проток. Після ендоскопічного видалення конкрементів лапароскопічну холецистектомію виконували через 1-3 доби, залежно від клінічного перебігу холецистити. У 12 пацієнтів при діагностованих конкрементах в холедоку, застосували методику видалення конкрементів з допомогою лапароскопічних методик, використовуючи інтраопераційний холедохоскоп і корзинку Дорміа. При підозрі на гепатит виконували біопсію печінки.

Реактивний неспецифічний гепатит може спричинятись рядом ендегенних і екзогенних чинників. Виникнення гепатиту можуть зумовити ряд патологічних станів. Серед них: захворювання травного каналу і жовчних шляхів – виразкова хвороба шлунка й дванадцятипалої кишки, демпінг-синдром та інші пострезекційні синдроми, неспецифічний виразковий коліт, панкреатит, захворювання жовчного міхура і інші захворювання шлунково-кишкового тракту і підшлункової залози. Але найчастіше його причиною буває жовчнокам'яна хвороба. При цьому реактивні зміни печінки можуть супроводжувати інші вогнищеві ураження органа.

Під час лапароскопії реактивний неспецифічний гепатит макроскопічно характеризувався однотипними помірними морфологічними змінами. Зазвичай печінка була збільшена в розмірах, у ній помітні ділянки сірого кольору, які відповідали вогнищам проліферації клітин. При мікроскопічному дослідженні в порталних і перипортальних зонах знаходилися інфільтрацію лімфоїдними клітинами.

Методом, що дозволяв достовірно встановити остаточний діагноз при захворюваннях печінки, є морфологічне дослідження біоптату. Тож біопсію печінки з подальшим морфологічним дослідженням слід вважати основним методом діагностики пато-

логії печінки, контролю перебігу захворювань, ефективності лікування.

Нам в хірургічній практиці частіше доводиться зустрічатися з ураженням печінки при хронічних захворюваннях жовчних шляхів і міхура, шлунка, кишечника, підшлункової залози, що, мабуть, зумовлено анатомічною близькістю й особливостями кровопостачання печінки та інших частин травної системи (в печінку надходить кров з усіх непарних органів черевної порожнини), тісним зв'язком судин лімфатичної системи печінки, жовчовивідних шляхів, підшлункової залози, кишечника і шлунка; крім того, іннервація всіх цих органів спільна.

Патогенез реактивного гепатиту при захворюваннях органів травлення пов'язаний з порушенням знешкодливальної функції печінки стосовно різноманітних антигенів і токсинів, що надходять з течією крові через ворітну вену або печінкову артерію.

Особливості змін у печінці при захворюваннях жовчних шляхів і підшлункової залози визначаються низкою причин. Порушення гідролізу і всмоктування білків, що виникає у зв'язку з ферментативною недостатністю підшлункової залози, призводить до жирової інфільтрації печінки. Ураженню печінки сприяють токсичні фактори, особливо у випадках, коли з тканини підшлункової залози звільняються продукти розпаду, які потрапляють у кров ворітної вени і, отже, в печінку.

При інфекційних захворюваннях жовчовивідних шляхів певну роль відіграє проникнення в печінку інфекції висхідним шляхом. При септичному холангіті, та деструктивному холециститі, зокрема, коли відбувається масивне попадання в печінку гноєтворних бактерій як гематогенним шляхом, так і "жовчогенним", при хронічному холестази (спричиненому, наприклад, індуративним панкреатитом, стенозуючим папілітом тощо).

Таке припущення підтверджує мікроскопічна картина поляризаційної флуоресценції жовчі, отриманої нами з жовчного міхура чи кукси міхурової протоки під час лапароскопічної холецистектомії з приводу ЖКХ. У полі зору відмічали численні лейкоцити, об'єднані в окремі агломерації. За кількістю агломерацій та їх розмірами можна зробити висновок про інтенсивність патологічного процесу, його фазність. Цілком очевидно, що комплекс вивільнених із агломерованих клітин протеолітичних ферментів індукує і посилює патологічні зміни в печінковій тканині. Лейкоцитарні агломерації за умов порушення фізико-хімічної рівноваги і біохімічного гомеостазу жовчі стають центрами її кристалізації, приводячи до переходу рідкокристалічних структур у тверді конгломерати і закам'янілі конкременти. З наведених позицій поляризаційна флуоресценція на-

буває ознак високоточного та інформативного методу діагностики літогенного процесу, придатного для динамічного контролю ефективності лікування хворих.

Сутність методики полягає у наступному. На чисте знежирене предметне скло наносили краплину нативної жовчі, підсушували її при 37^oC і розглядали у полі зору люмінесцентного мікроскопа за методикою поляризованої флуоресценції. Для цього через мікропрепарат пропускали потік поляризованого світла, а шляхом обертання аналізатора у горизонтальній площині максимально затемнювали поле зору, реєструючи поляризаційну флуоресценцію мікрооб'єкта у темному полі (мал.1, 2, 3).

В випадках коли захворювання жовчних шляхів і підшлункової залози спричиняють порушення відтоку жовчі через позапечінкові жовчні шляхи, то розвивається підпечінкова жовтяниця з відповідними змінами в печінці [4]5.

Більш ніж у половини пацієнтів був порушений функціональний стан печінки. Про це свідчило зниження вмісту альбумінів у крові та зменшення альбуміно-глобулінового коефіцієнта. В той же час показники осадкових проб зазвичай залишалися нормальними або були змінені незначно. Характерним було незначне підвищення активності аланінамінотрансферази (АлАТ) у сироватці крові. Іноді відмічалось збільшення вмісту білірубіну. У разі розвитку холангіту і перихолангіту збільшувалась активність лужної фосфатази (ЛФ).

При наявності жовчнокам'яної хвороби морфологічні зміни в печінці частіше зводились до хроніч-

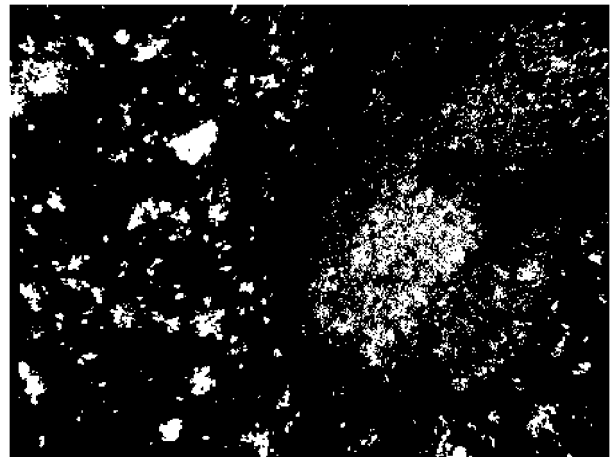


Рис. 1. Поляризаційна флуоресценція жовчі, отриманої під час хірургічної операції з жовчного міхура хворої Д., 58 років. Діагноз: Гострий флегмонозний калькульозний холецистит, реактивний гепатит. Численні лейкоцити, об'єднані в окремі агломерації на всьому протязі. За кількістю агломерацій, їх розмірами зроблено висновок про високу інтенсивність патологічного процесу.

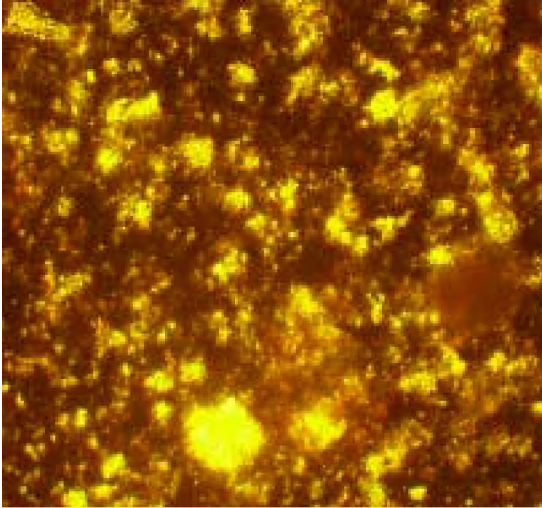


Рис. 2. Хвора М., 48 років. Діагноз: Жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, фаза загострення. Хронічний реактивний гепатит. Комплекс вивільнених із агломерованих клітин протеолітичних ферментів індукує і посилює патологічні зміни в жовчному міхурі. Лейкоцитарні агломерації за умов порушення фізико-хімічної рівноваги і біохімічного гомеостазу жовчі стають центрами її кристалізації.

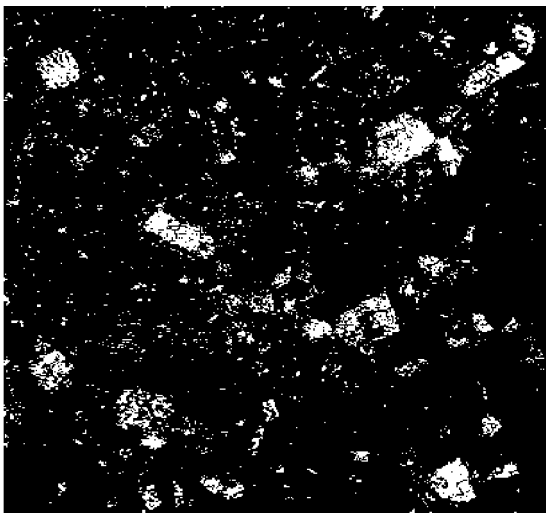


Рис. 3. Хвора С., 45 років. Діагноз: Жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, фаза ремісії. Хронічний реактивний гепатит. Вивільнення із агломерованих клітин протеолітичних ферментів призводить до лейкоцитолізу, що посилює патологічні зміни в жовчному міхурі. Продукти лейкоцитолізу індукують перехід рідкокристалічних структур у тверді конгломерати і скам'янілі конкременти.

ного інфільтративного гепатиту. У разі виникнення механічної жовтяниці в тканині печінки виявлялись гістологічні ознаки холестазу. Тривалий холестаз в поєднанні з інфекцією жовчних шляхів сприяв розвитку вторинного біліарного цирозу печінки.

Як при гострому, так і при хронічному холециститі морфологічні зміни печінки зазвичай були пред-

ставлені інфільтративним гепатитом, який виявлявся у більшості хворих. Зміни показників функціональних проб печінки у період ремісії, як правило, незначні й відзначаються менше ніж у половини хворих. Значніші зміни виникають в період загострення хронічного холециститу. Тоді виявляється гіпербілірубінемія (звичайно нерізка), підвищується активність АЛАТ і АсАТ, помірно знижується вміст альбумінів, збільшується показник тимолової проби [8, 9].

Характерно, що прояви реактивного неспецифічного гепатиту, який розвинувся на фоні хронічного калькульозного холециститу, після усунення першопричини хвороби (виконання холецистектомії) зникають самостійно. Позитивна динаміка печінкових проб і результати цитологічного дослідження біоптату печінки дають змогу остаточно виключити вірусний та аутоімунний гепатити.

Лапароскопічні втручання з приводу калькульозного холециститу у хворих на фоні хронічного реактивного гепатиту суттєво відрізнялись від стандартної лапароскопічної холецистектомії. При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з супутніми гепатитами необхідно враховувати наступні особливості патології. Наявність у хворих супутнього гепатиту з переходом у цироз печінки зумовлює формування портокавальних анастомозів. При цьому різко розширюється венозна система в ділянці пупка, що створює загрозу кровотеч при виведенні першого троакара, оскільки при його введенні під час операції, як правило, кровотечі не спостерігалось за рахунок обтурації самим троакаром розширених вен в параумбілікальній зоні. Такі кровотечі небезпечні тим, що виникають в кінці операції після видалення троакарів. При цьому діагностувати таку кровотечу вдається не одразу. Для попередження таких ускладнень нами розроблена методика ушивання параумбілікальної троакарної рани перед видаленням троакара за допомогою спеціальної голки.

Наступною особливістю виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з супутнім гепатитом є загроза кровотечі з ложа видаленого жовчного міхура, що відмічали в 73 (24,6%) випадках. При цьому достатньо інтенсивна кровотеча з паренхіми печінки після видалення жовчного міхура спостерігалась в 3,7 рази частіше, порівняно з холецистектомією з приводу хронічного холециститу без супровідного гепатиту. В тих випадках, коли задня стінка запального жовчного міхура була інтимно спаяна з паренхімою печінки використовували технічний прийом із залишенням задньої стінки, інтимно зрощеної з паренхімою печінки. Перед цим ретельно коагулювали слизову залишеної задньої стінки жовчного міхура, використовуючи глибоку монополярну та біполярну коагуляції. При необхід-

ності додаткового гемостазу використовували гемостатичну губку типу "Тахокомб".

При виділенні міхурової протоки і міхурової артерії технічні труднощі спостерігались у 58 (19,5%) хворих. Вони були обумовлені наявністю рубцево-запальних тканин в зоні трикутника Калліо та наявністю варикозно розширених вен в зоні гепатодуоденальної зв'язки. При пошкодженні цих вен виникала досить виражена кровотеча, яка затрудняла візуалізацію елементів гепатодуоденальної зв'язки і виділення міхурової протоки і артерії. Труднощі диференціювання елементів гепатодуоденальної зв'язки були обумовлені також звивистістю, а в зв'язку з цим і атипичним розміщенням нерідко розширених загальнопечінкової та міхурової артерій і вен. Архітектоніка судин воріт печінки нами описана в попередніх публікаціях [10, 11].

Важливою проблемою також є лапароскопічна холецистектомія у хворих з холедохолітіазом на фоні гепатиту. Враховуючи загрозу неконтрольованої кровотечі у таких хворих при ендоскопічній папілосфінктеротомії з метою видалення конкрементів, ми надавали перевагу видаленню конкрементів з жовчних проток лапароскопічними методами.

Причинами виникнення масивних кровотеч після ендоскопічної папілотомії були порушення згортання крові у хворих з пізніми стадіями гепатитів, переважно при переході в цироз печінки, а також портальна гіпертензія, яка зумовила розширення венозних судин в зоні великого дуоденального сосочка. Лапароскопічна холедохолітотомія у таких хворих також являє собою значні труднощі. При дисекції і виділенні

холедоха із жирової тканини значну перешкоду складають крупні венозні стовпи в стінці жовчних проток, при розсіченні яких спостерігається досить виражена кровотеча. Її, як правило, вдається зупинити тільки після літоекстракції та ушивання холедохотомної рани на Т-подібному дренажі за Кером.

Висновки. Реактивний неспецифічний гепатит – це вторинний запально-дистрофічний процес, який має синдромне значення при багатьох хворобах. Враховуючи його велику частоту в клінічній практиці, класифікація WCOG (1994 р.) потребує певних змін і доповнень. Ймовірно, що в наступній міжнародній класифікації буде виділено неспецифічний реактивний гепатит.

При доопераційній діагностиці цього виду гепатиту можна оптимізувати комплексну терапію перед лапароскопічним оперативним втручанням, значно знизивши тим самим операційний ризик. Медикаментозна корекція реактивного неспецифічного гепатиту повинна бути індивідуальною, оскільки залежить від терапії основної хвороби, яка спричинила розвиток гепатиту.

Результати наших досліджень свідчать про те що, використовувати спеціальні технічні прийоми під час лапароскопічної холецистектомії на фоні хронічного реактивного гепатиту можна мінімізувати частоту геморагічних ускладнень, знизивши тим самим ризик операцій.

Прояви реактивного неспецифічного гепатиту, що розвинувся на фоні хронічного калькульозного холециститу, після усунення першопричини хвороби (виконання холецистектомії) зникають самостійно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ерампшанцев А.К., Гордеев П.С., Ахметжанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. – 1992. – № 1. – С. 15-17.
2. Yeh C.N., Chen M.F., Jan Y. Y. Laparoscopic cholecystectomy in 226 cirrhotic patients. Experience of a single center in Taiwan // Surg. Endosc. – 2002 – Vol. 16. – P. 1583-1587.
3. Ji W., Li L.-T., Wang Z.-M., Quan Z.-F., Chen X.-R., Li J.-S. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension // World. J. Gastroenterol. – 2005. – № 4. – Vol.16. – P. 2513-2517.
4. Чесноков Е.В., Кашуба С.А. Хронические гепатиты и циррозы печени вирусной этиологии. – Тюмень: ИПП Тюмень, 2000. – 288 с.
5. Руководство по гастроэнтерологии. Т. 2. Болезни печени и билиарной системы / Под ред. Ф.И. Комарова, А.Л. Гребенева, А.И. Хазанова. – М.: Медицина, 1995. – 528 с.
6. Подымова С.Д. Болезни печени. Руководство для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1998. – 704 с.
7. Основы гепатологии / Под ред. А.Ф. Блогера. – Рига: Звайгзне, 1975. – 470 с.
8. Радченко В.Г., Шабров А.В., Зиновьева Е.Н. Основы клинической гепатологии. Заболевания печени и билиарной системы. – СПб.: Диалект; М.: БИНОМ, 2005. – 864 с.
9. Дегтярева И.И. Хронический бескаменный холецистит // Заболевания органов пищеварения. – Киев, 2000. – С. 193-202.
10. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков: Монография/М.Е. Нечитайло, В.В. Грубник, Л.А. Ковальчук и др. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.
11. Ковальчук О.Л. Практичні аспекти лапароскопічної анатомії міхурової артерії // Шпитальна хірургія. – 2001 – № 2. – С. 61-64.

УДК: 616.366-002-8-616.826

МІНІ-ІНВАЗИВНІ МЕТОДИ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ ТА РАДИКАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ПУХЛИНАХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, А.В. СКУМС, О.І. ЛИТВИН, В.П. ШКАРБАН, Ю.М. ЗАХАРАШ, М.С. ЗАГРІЙЧУК

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

Miniinvasive methods of biliary decompression and radical operations at pancreatoduodenal tumors, complicated with obstructive laundice

M.YU. NYCHYTAYLO, A.V. SKUMS, O.I. LITVYN, V.P. SHKARBAN, YU.M. ZAKHARASH, M.S. ZAHRIYCHUK

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

В статті висвітлені і обговорені результати хірургічного лікування 88 хворих з пухлинами гепатопанкреатодуоденальної зони, яким на основному етапі лікування виконана операція - панкреатодуоденальна резекція. Визначені показання до проведення одно- та двоетапних операцій з виконанням біліарної декомпресії за допомогою міні-інвазивних методів на першому етапі у хворих з високими рівнями гіпербілірубінемії.

The article adduces the results of surgical treatment of 88 patients with hepatopancreatoduodenal tumors. They were undergone the operation of pancreatoduodenal resection on the main stage of treatment. The indications to single- and double-stage operations were defined by means of miniinvasive methods on the first stage at the patients with high levels of hyperbilirubinemia.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Панкреато-дуоденальна резекція (ПДР) є основним радикальним оперативним втручанням при лікуванні хворих із злоякісними новоутвореннями панкреато-біліарної зони. До останнього часу ПДР відносили до операцій з високим ризиком виникнення тяжких післяопераційних ускладнень і високою летальністю. На теперішній час за рахунок вдосконалення техніки операції та медикаментозного забезпечення вдалося досягти суттєвого покращення результатів, проте частота виникнення післяопераційних ускладнень після ПДР сягає 21-50% та залишається досить високою смертність – 7-17% [6]. Тільки в деяких клініках Європи та США летальність в останні роки вдалось зменшити до 2-5% [3-5]. При визначенні показань до ПДР суттєвим є рівень та тривалість періоду механічної жовтяниці, а також вибір тактики одно- та двоетапного лікування цієї важкої категорії хворих. Важливим при цьому є виконання міні-інвазивних декомпресивних втручань як першого етапу лікування. Не дивлячись на значний накопичений досвід, багато питань відносно оптимальної техніки видалення панкреато-дуоденального комплексу та виконання реконструктивного етапу операції залишаються суперечливими. Аналіз 88 ПДР з різними варіантами її завершення

без летальних випадків дозволяє представити свої погляди на деякі аспекти проблеми.

Матеріали і методи. В відділі лапароскопічної хірургії та холелітіазу Інституту хірургії та трансплантології АМН України ПДР за період з 1986 по 2006 рік виконано у 88 пацієнтів. Серед них було 47 чоловіків та 39 жінок. Вік хворих був в інтервалі від 31 до 73 років. В основі діагностичних заходів були загальноклінічні та біохімічні лабораторні дослідження, УЗД, ФГДС, ЕРПХГ, ЧЧХГ та спіральна КТ, яка при необхідності виконувалась з болосним посиленням. ПДР виконували з приводу злоякісних пухлин головки підшлункової залози (46 хворих), великого сосочка дванадцятипалої кишки (21), дистального відділу загальної жовчної протоки (12) та дванадцятипалої кишки (9). У 31 хворого при відсутності жовтяниці чи рівні гіпербілірубінемії не вище 250 ммоль/л і тривалістю не більше місяця за умови компенсованого стану хворого застосовували одноетапне лікування. У 57 пацієнтів виконували двоетапне оперативне лікування. При цьому до виконання ПДР на першому етапі лікування застосовували біліарну декомпресію шляхом формування холецистоентеро- чи гепатикоентероанастомозу (22) або застосуванням міні-інвазивних методів: ендоскопічної папілосфін-

ктеротомії – 18, в т.ч. з ендобіліарним стентуванням (6), ендоскопічною супрапапілярною холедоходуоденостомією (9), та черезшкірної черезпечінкової холангіостомії – 17. В останні 5 років методи міні-інвазивної декомпресії є пріоритетними.

Виконання ПДР включало видалення єдиним блоком головки підшлункової залози з перешийком та всієї дванадцятипалої кишки з пересіченням тонкої кишки нижче зв'язки Трейца на 5-10 см з резекцією 1/3-2/3 шлунка або його збереженням, холецистектомією. При пухлинній патології виконували видалення паракавальної клітковини та лімфаденектомію печінково-дванадцятипалої зв'язки, за ходом загальної печінкової артерії, супра- та інфрапілоричних, верхніх та нижніх супрадуоденальних лімфатичних вузлів. Останнім часом прагнемо до повного видалення гачкоподібного відростка залози, що забезпечує можливість більш повної лімфаденектомії вздовж верхньої брижової артерії та дозволяє запобігти гнійним ускладненням в післяопераційному періоді.

Цілісність травного каналу відновлювали шляхом послідовного формування панкреатосіано-, гепатосіано- та гастроентероанастомозу на одній кишковій петлі. При обробці кукси підшлункової залози на першому етапі роботи у 7 хворих виконали зовнішнє дренажування головної панкреатичної протоки з наступною, через 2-3 тижні, її оклюзією медичним клеєм КЛ-3 (3) та формуванням панкреатосіаноанастомозу через 2-3 місяці (4). У 65 хворих сформовано панкреатосіаноанастомоз за типом кінець-в-бік (32) та кінець-в-кінець (33) в поєднанні з зовнішнім дренажуванням головної панкреатичної протоки (29) і без нього (36). З метою профілактики гострого панкреатиту та неспроможності панкреатосіаноанастомозу застосовуємо препарати соматостатину (сандостатин, октрестатин, соматулін) або його аналоги в дозі 100 мг 3 рази на добу протягом 3 днів післяопераційного періоду, починаючи з інтраопераційного введення.

При виконанні гепатикоентеростомії для збільшення діаметра співустя незалежно від ступеня розширення жовчної протоки її передню стінку повздовжньо розсікали на 1-1,5 см.

Результати та їх обговорення. Основним досягненням виконаних нами ПДР ми вважаємо відсутність післяопераційної (госпітальної) летальності. В основі досягнутого результату, на нашу думку, лежить чітке визначення показань до виконання операцій та етапності лікування, широке застосування методів міні-інвазивної біліарної декомпресії на першому етапі та ретельний відбір хворих і вдосконалення техніки виконання ПДР як при видаленні комплексу, так і на реконструктивному етапі, та стали

медикаментозної профілактики післяопераційного панкреатиту та гнійних ускладнень.

До сьогодні ключовим питанням ПДР залишається методика обробки кукси підшлункової залози, тому що саме тяжкий гострий панкреатит та неспроможність панкреатодигестивного анастомозу є основними причинами летальних наслідків. Неспроможність панкреатосіаноанастомозу виникла у 11 хворих, але тільки в 2 випадках була виконана релапаротомія. В інших їй вдалося ліквідувати консервативними методами. Так само як В.А. Кубишкін та співавтори (2001) [6], при виборі способу обробки кукси підшлункової залози ми тривалий час керувались ступенем фіброзних змін в її паренхімі та діаметром головної панкреатичної протоки. Після певної еволюції поглядів з огляду на результати, останнім часом, незалежно від стану паренхіми залози та діаметру протоки віддаємо перевагу формуванню панкреатикосіаноанастомозу з ізольованим анастомозуванням головної панкреатичної протоки з тонкою кишкою із використанням прецизійної техніки та бінокулярного збільшення. При відповідності діаметрів пересічених кишки та підшлункової залози віддаємо перевагу формуванню інвагінаційного панкреатикосіаноанастомозу за типом кінець-в-кінець, в інших випадках – за типом кінець-в-бік. На нашу думку, з точки зору хірургічної техніки основою профілактики гострого панкреатиту та неспроможності панкреатосіаноанастомозу є максимально бережливе ставлення до тканини підшлункової залози як при видаленні панкреатодуоденального комплексу, так і при формуванні панкреатикосіаноанастомозу. Останній виконували з використанням мікрохірургічної техніки.

Методика виконання гепатикоентеростомії з попереднім розсіченням передньої стінки протоки полегшує формування співустя та є надійною заходом попередження його стенозування. Ми не зустрічались з післяопераційними ускладненнями, пов'язаними з таким методом білодигестивного шунтування.

Маючи невеликий досвід виконання ПДР зі збереженням воротаря (5 хворих), проте ми зустрілись з проблемою тривалого гастростазу, що потребувало проведення консервативного лікування та ентгального харчування протягом 1-1,5 міс до моменту відновлення моторики шлунка. В даний час ми використовуємо економні (не більше 1/3) резекції шлунка, що більше відповідає онкологічним принципам, дає змогу зберегти більшу частину органа та запобігти такому грізному ускладненню, як гастростаз.

Післяопераційні кровотечі з крупних судинних магістралей та їх притоків спостерігали у 3 хворих. Завдяки своєчасно виконаній релапаротомії вони були зупинені. За даними деяких авторів [1,2] кровотечі в

післяопераційному періоді спричиняють 52% загальної кількості летальних випадків.

Висновки. 1. ПДР при дотриманні вірно вибраних показань та етапності лікування хворих, з використанням міні-інвазивних методів біліарної декомпресії на I етапі і прецизійної хірургічної техніки при її виконанні супроводжується мінімальною кількістю ускладнень та летальності.

2. Основою профілактики гострого панкреатиту та неспроможності панкреатоеюноанастомозу є максимально бережне ставлення до підшлункової залози як при видаленні панкреатодуоденального комплексу, так і при формуванні панкреатикоеюноанастомозу.

3. Медикаментозна профілактика післяопераційного панкреатиту та гнійних ускладнень є запорукою позитивних результатів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Оноприев В.И., Мануйлов А.М., Роголь М.Л., Восканян С.Э. Непосредственные результаты панкреатодуоденальной резекции с использованием концептлевого панкреатоэнтероанастомоза // Хирургия. – 2003.-№ 5. – С. 24-30.
2. Патютко Ю.И., Бадалян Х.В. Хирургическое лечение эндокринно-клеточных опухолей гепатопанкреато-дуоденальной зоны // Хирургия. – 2002.-№ 4. – С. 17-21.
3. Кубышкин В.А., Ахмад Р., Шевченко Т.В. Осложнения и результаты панкреато-дуоденальных резекций // Хирургия. – 1998.- № 2. – С. 57-60.
4. Жерлов Г.К., Корнев А.Н., Кошель А.П., Аутлев К.М., Фурсо-

- ва О.Н. К методике формирования панкреатоеюноанастомоза при панкреатодуоденальной резекции // Вестник хирургии. – 2003. – Т 162, №3 – С. 31-35.
5. Касумьян С.А., Алибегов Р.А., Бельков А.В., Шитов А.Н., Бескосный А.А., Покусаев Б.А., Некрасов А.Ю. Панкреатодуоденальная резекция при раке поджелудочной железы // Вестник хирургии. – 1998. – Т 157, № 6. – С. 26-28.
6. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Данилов М.В., Бурнев И.М., Вуколов А.В. Оценка методов завершения панкреатодуоденальной резекции. Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы // Хирургия. – 2001. – №1 – С. 46-50.

УДК 616.33-089:613.24

ВДОСКОНАЛЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ БАНДАЖУВАННЯ ШЛУНКА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

А.В. ГРУБНИК, В.П. ГОЛЛЯК, В.В. ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет

Perfection of technologies of gastric banding for treatment of obesity

A.V. HRUBNYK, V.P. HOLLIAC, V.V. HRUBNYK

Odessa State Medical University

Ожиріння є серйозним аспектом суспільного здоров'я в більшості розвинених країн. Методика бандажування шлунка для лікування ожиріння полягає в зменшенні його об'єму шляхом формування спеціальним шлунковим бандажем "малого" і "великого" шлункових резервуарів. Лапароскопічне бандажування шлунка силіконовими кільцями з формуванням "малого" шлунка об'ємом 25-30 мл і діаметром стоми 10 мм, дає добрі результати, і є оборотним, тобто дозволяє зняти силіконовий бандаж у разі потреби без порушення цілісності шлунка.

Gastric banding for treatment of obesity, consist in decrease of volume stomach, by formation of "small" and "large" stomachal reservoirs. The efficacy with respect to weight loss was equivalent with bath types of band. With the Minimizer band no band slippage was observed. Band slippage is not a rate complication after gastric banding. Combined revisional operations with band reposition and Roux-en-Y gastric bypass are affective enough for achieving adequate weight loss without syndromes of malabsorption.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) ожиріння набуває характеру епідемії, близько одного мільярда семисот тисяч чоловік на планеті мають зайву вагу. Ця проблема торкнулася всіх верств населення незалежно від соціальної і професійної належності, віку, місця мешкання і статі. За прогнозами епідеміологів, до 2025 року від ожиріння страждатимуть до 40% чоловіків і до 50% жінок [9,14].

Для оцінки ступеня ожиріння використовують Індекс маси тіла – ІМТ (Індекс Кетле або ВМІ – Body Mass Index), який визначається шляхом ділення маси тіла в кілограмах (кг), на зріст, виражений в метрах в квадраті (м²). Якщо ІМТ перевищує 25-30 кг/м², вага тіла вважається надмірною.

Консервативні методи лікування ожиріння мало-ефективні, і приносять лише короточасний ефект. Вони практично неефективні при ІМТ понад 35-40 кг/м². [1,3]

Більшість дослідників визнають, що лише хірургічні методи лікування домогтися добитися стійкого зниження маси тіла, навіть при крайніх формах ожиріння. [2,4]

В даний час для лікування ожиріння найчастіше застосовують дві методики: гастрошунтувальну операцію з накладанням у-подібного гастро-ентероана-

стомозу і бандажування шлунка спеціальним силіконовим кільцем.

Методика бандажування шлунка для лікування ожиріння полягає в зменшенні його об'єму шляхом формування "малого" і "великого" шлункових резервуарів, спеціальним шлунковим бандажем. Лапароскопічне накладання силіконового шлункового кільця вперше виконав бельгійський хірург Belashew у вересні 1993 року. На сьогодні до 40% всіх бариатричних операцій виконується за методикою [4,13].

Основні проблеми в післяопераційному періоді після бандажування шлунка пов'язані із зісковзуванням кільця в дистальні відділи з подальшим розвитком високої шлункової часткової або повної непрохідності. Іншим ускладненням даної операції є міграція кільця в просвіт шлунка, що нерідко вимагає повторної операції [5,7,8,12]. За даними деяких авторів, 20-30% ускладнень після бандажування вимагають повторних операцій [6,10].

Мета: Удосконалити методики накладання силіконових шлункових кілець для мінімізації кількості ускладнень.

Матеріали і методи. Лапароскопічне бандажування шлунка на кафедрі хірургічних хвороб з післядипломною підготовкою виконується з 1996 року, після проходження стажування у професора Кардль-

ері в Бельгії в клініці Сан Пьер Мішель. За період з 1996 по 2005 рік, лапароскопічне бандажування шлунка виконане у 68 пацієнтів, з них у 51 жінки і 17 чоловіків, середній вік яких склав $39,5 \pm 6$ років (від 18 до 58 років), середня вага – 136 ± 12 кг (від 90 до 185 кг), а середній ІМТ – $47,2 \pm 4,8$ кг/м² (від 32 до 55 кг/м²).

Для бандажування шлунка ми використовували:

- Регульовані силіконові шлункові кільця фірми "Bioenterics" (США) у 19-ти пацієнтів.
- Регульовані силіконові шлункові кільця фірми "Minimizer" (Німеччина) і пристосовувані силіконові кільця оригінальної конструкції у 14 пацієнтів.
- Регульовані силіконові шлункові кільця "Swedish Band" (Швейцарія) у 5 хворих.
- Силіконові шлункові кільця фірми "Ендомед" (Україна) у 18-ти пацієнтів.
- Спеціальні сітчасті протези з комбінованої поліпропіленової і тефлонової сітки (Dual mesh) фірми Gortex у 12-ти хворих.

Лапароскопічне бандажування шлунка виконували за двома методиками:

З 1996 року по 1998 рік ми формували "малий" шлунок об'ємом 50-100 мл і проводили шлунковий бандаж через сальникову сумку (за цей період прооперовано 18 пацієнтів, які були об'єднані в І групу)

Оперативне втручання виконувалося під ендотрахеальним наркозом. Нижні кінцівки бинтували еластичними бинтами, щоб уникнути тромбоемболічних ускладнень. Голкою Вереща накладали пневмоперитонеум до 15 мм рт.ст.

Вводили 4 троакари в наступні точки:

1. Троакар 10 мм – для введення лапароскопа, на 5-6 см вище за пупок, на 3 см лівіше середньої лінії.
2. Троакар 10 мм. – для введення інструменту і шлункового бандажа в лівому підребер'ї по середньоключичній лінії.
3. Троакар 5 мм – нижче і лівіше мечоподібного відростка на 1см.
4. Троакар 10 мм. – для введення інструменту в правому підребер'ї по середньоключичній лінії.

Для визначення потрібного об'єму малого шлунка, в нього встановлювали зонд завтовшки 10 мм з балоном на дистальному кінці. Балон роздували, шляхом введення в нього 50-100 мл фізіологічного розчину і максимально підтягали проксимально. Намічали зону, в якій планували проводити протез для бандажування шлунка. Формували отвір в малому сальнику поблизу малої кривизни шлунка. Потім створювали тунель позаду кардії шлунка, через сальникову сумку. Через нього проводили спеціальний інструмент, дистальний кінець якого згинався на 90°, і над ним розкривалася шлунково – селезінкова зв'язка на 4-5 см нижче за стравохідно-шлунковий перехід.

Через сформований тунель протягувався бандаж (силіконове шлункове кільце або сітчастий протез з комбінованої поліпропіленової сітки (Dual mesh) фірми Gortex). Бандаж фіксувався безпосередньо під роздутим балоном на зонді. При цьому діаметр стоми між "малим" і "великим" шлунками складав 10 мм, а об'єм "малого" шлунка був не більше 50-100 мл. Зонд з балоном витягували. Для попередження зісковзування кільця в дистальні відділи шлунка проводили перитонізацію протеза 3-4 серозно-м'язовими швами. У шлунок вводили тонкий назогастральний зонд. У тих випадках коли використовувалися регульовані силіконові шлункові кільця, через троакарний отвір на передній черевній стінці, встановлювався порт сполучений трубкою з резервуаром кільця.

З 1998 року ми змінили методіку, згідно з якою "малий" шлунок формувався об'ємом не більше 20-25 мл (прооперовано 50 хворих – II група). За новою методикою кільце накладалося не поблизу стінки шлунка, а супрабурсально. Для цього мобілізували ніжки діафрагми, потім позаду шлунка під контролем лапароскопа спеціальним інструментом створювали тунель, через який проводили шлунковий бандаж. Фіксацію імплантата виконували за стандартною методикою (3-ма серозно-м'язовими швами). При використанні кілець спеціальної конструкції кільце підшивалося безпосередньо до шлунка за допомогою спеціальних шлункових петель.

У післяопераційному періоді хворі одержували інфузійну, антибактеріальну, противиразкову і протизапальну терапію. Нами відмічено, що призначення блокаторів протонної помпи протягом 10-14 днів після операції дозволяє значно знизити відсоток дисфагічних явищ, ми застосовували 40 мл. омепразолу (Омес) в/в 2 рази на день перші 3-5 днів і по 1 капсулі омепразолу (Омега) 2 рази на день в подальші 7-10 днів. Так само в перші дні після бандажування шлунка для запобігання рефлексорному блювотному рефлексу, що виникає у деяких хворих, ми використовували антагоністи 5HT₃ серотонінових рецепторів (Осетрон) 8мг 2 рази на добу в перші 5-7 днів.

Лапароскопічне проведення даного оперативного втручання дозволяло виписувати хворих із стаціонару на 3-5 день після операції.

Результати досліджень та їх обговорення: У 86% пацієнтів І групи в ранньому післяопераційному періоді при рентгенологічному дослідженні шлунка з барієм в перші 2-3 дні прохідності через стоми між "малим" і "великим" шлунками не виявляли, прохідність стоми спостерігалися лише на 3-4 день.

Для об'єктивної оцінки ефективності лапароскопічного бандажування шлунка враховували як ранні післяопераційні так і віддалені результати. У перший рік після операції кожен три місяці, а надалі раз на

півроку хворих обстежували в клініці – вимірювали вагу, обчислювали ІМТ, проводили біохімічні дослідження крові, УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження шлунка з барієм, визначали рівень глюкози крові. Результати також оцінювали шляхом анкетування пацієнтів.

Під спостереженням в період від 2 до 8 років постійно знаходилися 62 пацієнти (90,4%), 14 пацієнтів з I групи і 48 хворих – II групи. Летальних результатів після лапароскопічного формування "малого" шлунка не спостерігалось.

У I групі добрі віддалені результати були досягнуті у 9-ти пацієнтів (64%), незадовільні – у 5-ти пацієнтів (35%), що було обумовлено частими диспептичними розладами, блюванням, а також неадекватною втратою у вазі. У двох випадках був відмічений зсув кільця в дистальному напрямку, з явищами високої шлункової непрохідності в ранньому післяопераційному періоді. У цих випадках нами була виконана реоперація по перевстановленню кільця у фундальному відділі шлунка з формуванням "малого" шлунка об'ємом до 50 мл, і надалі у хворих відмічали адекватну втрату ваги без диспептичних розладів і блювання. Велика частина незадовільних результатів спостерігалася у пацієнтів, у яких при формуванні малого шлунка використовували сітчасті протези з комбінованої поліпропіленової сітки (Dual mesh) фірми Gortex.

У II групі добрі віддалені результати були досягнуті у 39-ти пацієнтів (81,2%). Незадовільні – відмічались у 9-ти пацієнтів (18,8%). У трьох випадках виник зсув кільця в дистальні відділи шлунка (розвивався так званий сліпедж-синдром). У одному з цих випадків нам вдалося усунути явища часткової шлункової непрохідності шляхом ендоскопічної балонної дилатації у ділянці стоми. У інших двох випадках ми перевстановили бандаж з формуванням "малого" шлунка об'ємом до 30 мл. Надалі у хворих спостерігали адекватну втрату ваги без диспептичних розладів і блювання. Як і в першій групі, велика частина незадовільних результатів була у пацієнтів, у яких при формуванні малого шлунка використовували сітчасті протези з комбінованої поліпропіленової сітки (Dual mesh) фірми Gortex. Надалі ми відмовилися від застосування цього матеріалу. Після вивчення ускладнень як в першій, так і в другій групі, ми зробили висновок що на розвиток ускладнень впливають не тільки методика виконання операції, матеріал, з якого виконано кільце, але і конструкція кільця. Щоб підтвердити, що наші припущення вірні, ми провели експеримент *in-vitro*. У восьми трупів були витягнуті шлунки з нижнім відділом стравоходу і дванадцятипалою кишкою. У експерименті ми користувалися пристосовуваними силіконовими шлунковими

кільцями фірми "Bioenterics", "Swedish Band", "Ендомед" (група А), які фіксувалися до шлунка за допомогою трьох серозно-м'язових швів, а також самопристосовувані силіконові шлункові кільця нашої конструкції, які фіксувалися до шлунка за допомогою спеціальних силіконових петель (група Б). Кільце фіксувалося за розробленою методикою, об'єм "малого" шлунка складав або 25 мл, або 30 мл для кожного кільця в кожній групі.

Дванадцятипалу кишку ушивали, в шлунок вливали до 1,5 л рідини, стравохід ушивали. Штучно створювали компресію в "малому" шлунку, унаслідок чого спостерігався зсув кільця на 3-4 см дистальніше (при об'ємі "малого" шлунка 25 мл) і на 5-6 см (при об'ємі "малого" шлунку 50 мл) відбувся в групі А і зсуву не було в групі Б. При створенні компресії в "великому" шлунку зсув кільця на 1-2 см проксимальніше (при об'ємі "малого" шлунка 25 мл) і на 3-4 см (при об'ємі "малого" шлунку 50 мл.) відбувся в групі А, і зсуву не було в групі Б.

Таким чином, на експериментальних моделях нами було доведено, що стандартні кільця (група А), при створенні компресії зміщуються дистально або проксимально з розворотом кільця уздовж горизонтальної осі, унаслідок чого діаметр стоми зменшується, що перешкоджає нормальному проходженню їжі в нижні відділи шлунка.

Враховуючи виявлені особливості, для запобігання зсуву кільця ми використовували вдосконалені кільця з силіконовими петлями. Подібну конструкцію, проте дещо відмінну від нашої, мають кільця фірми "MINImizer" (Німеччина). У експерименті *in-vitro* нами доведено, що при фіксації кільця до шлунка за допомогою силіконових петель, зсуву кільця не відбувається. Подібні кільця встановлені нами у 12 хворих. При спостереженні за цією групою пацієнтів за період від 6 до 20 місяців не виявлено жодного випадку зсуву кільця.

Окремо розглядалися результати лапароскопічного бандажування шлунка з використанням спеціальних сітчастих протезів з комбінованої поліпропіленової і тефлонової сітки (Dual mesh) фірми Gortex у 12-ти хворих. На жаль у 8 з 12 хворих отримані погані результати при використанні даної методики. У 3 пацієнтів спостерігалось розширення "малого" шлункового резервуару до об'єму 150-200 мл, що викликало явища дисфагії, у 5 пацієнтів не було досягнуте адекватне зниження ваги, що було обумовлено тим, що діаметр між "малим" і "великим" шлунками перевищував 1,5 см. Враховуючи високий відсоток ускладнень при використанні сітчастого трансплантата, надалі ми відмовилися від використання цього матеріалу для лапароскопічного бандажування шлунка.

Так само хотілося б відзначити, що в тих випадках, коли після бандажування шлунка у віддалені терміни виникають стійкі дисфагічні розлади, або навпаки, не спостерігається рестриктивного ефекту, що приводить до неадекватної втрати ваги, виконуються повторні втручання. Виходячи з власного досвіду і за даними літератури під час реоперацій найчастіше шлунковий бандаж або встановлюється заново, або видаляється, а потім виконується інша баріатрична операція. Для поліпшення результатів повторних оперативних втручань нами була розроблена нова методика, яка полягає в комбінації рестриктивної і шунтуючої методик (Декларативний патент України на винахід № 64161А, заявка № 2003021613 від 24.02.2003 року). Згідно з оригінальною методикою формується "малий шлунок" об'ємом 25 мл, потім перетинається порожня кишка на відстані 30-40 см від зв'язки Трейца. Формується аліментарна петля шляхом створення позадуободового гастроентероанастомозу у ділянці "малого" шлунка, по типом кінець в бік, з діаметром стоми 8-10 мм. Тонка кишка фіксується у вікні брижі поперечноободової кишки. Далі виконується вклучення гастробліопанкреатичної кишки в травлення, за допомогою накладання тонкокишково-тонкокишкового анастомозу кінець в бік за методикою Ру на відстані 80-90 см від гастроентероанастомозу. Управління стомою між "малим" і "великим" шлунками дозволяє регулювати надходження їжі природним чином.

Як показали рентгенологічні дослідження шлунка у хворих, прооперованих за нашою методикою, велика частина їжі проходить по шунтуючій "малий"

шлунок петлі, чим забезпечується зменшення всмоктування їжі в тонкому кишечнику. Так само потрібно відзначити, що навіть при споживанні великих об'ємів їжі у хворих відсутні дисфагія і блювання.

Що проте шунтувальний компонент в нашій методиці не привів до розвитку мальабсорбції, за рахунок природного надходження харчових продуктів через стоми між "малим" і "великим" шлунками. Внаслідок цього вітаміни і мінеральні речовини поступають в організм в достатній кількості. У всіх хворих зниження маси тіла відбувалося протягом 1,5 років до показників ВМІ = 26-30 кг/м².

Висновок. Лапароскопічне бандажування шлунка силіконовими кільцями з формуванням "малого" шлунка об'ємом 25-30 мл і діаметром стоми 10 мм дає добрі результати, і є оборотним, тобто дозволяє у разі потреби зняти силіконовий бандаж без порушення цілісності шлунка.

Нами доведено, що результати бандажування шлунка залежать не тільки від методики накладання кільця, але і від його конструкції. Використання шлункових кілець спеціальної конструкції, які фіксуються безпосередньо до стінки шлунка за допомогою силіконових петель дозволило уникнути зсуву кільця в дистальні відділи шлунка і отримати добрі найближчі і віддалені результати.

При повторних операціях після бандажування шлунка, використання оригінальної методики, згідно з якою рестриктивний ефект доповнюється шунтувальною операцією, дозволило без великої травматичності отримати добрі віддалені результати.

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. Ожирение: этиология, патогенез, клинические аспекты / Под ред. И.И. Дедова, Г.А. Мельниченко. – М.: Медицинское информационное агенство, 2004. – С.16-43.
4. Brey G.A. Obesity: a time bomb to be defused // Lancet. – 1998. – Vol. 352(18). – P.160-161.
5. Buchwald H., Williams E.S., Bariatric Surgery Worldwide 2003. // Obes. Surg. – Vol.14. – P. 1157-1164.
6. Granstrom L., Backman L. Technical complications and related reoperations after gastric banding // Acta Chir. Scand. – 1987. – Vol.153(3). – P. 215-220.
7. Flynn M.A.T., McNeil D.A., Maloff B., Mutasingwa D., Wu M., Ford C., Tough S.C. Reducing obesity and related chronic disease risk in children and youth: a synthesis of evidence with "best practice"

- recommendations // Obes. Rev. – 2006. – Vol.6 (Suppl.1). – P. 7-66.
8. Kalle K., Gastric banding // OMSI 5th Congress. Stockholm. – 1982. – Abstracts. – № 145. – P. 37.
9. Kuzmak L. A Review of Seven Years' Experience with Silicone Gastric Banding // Obes. Surg. – 1991. – Vol.1(4). – P. 403-408.
10. Lobstein T., Baur L., Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. // Obes. Rev. – 2004. – Vol.5 (Suppl.1). – P. 4-85.
11. Lovig T., Haffner J.F., Nygaard K., Stadaas J.O. Gastric banding for morbid obesity: early results. // Int. J. Obes. – 1987. – Vol.11(4). – P. 377-384.
12. Wilkinson L.N. Reduction of gastric reservoir capacity // The American Journal of Clinical Nutrition. – 1980. – Vol. 33. – P. 515-517.
13. Wilkinson L.N., Peloso O.A. Gastric reservoir reduction for morbid obesity // Arch. Surg. – 1981. – Vol. 5. – P. 63-65.
14. Wolf A. Trimming the fat: the economic burden of obesity. Abstracts of obesity. Abstracts of symposium on Weight Management and Type 2 diabetes. // Sevilla, Spain, – 2002. – P.12-14.

УДК 616.37-006.03-089

ПУНКЦІЙНІ, ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТА ТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

НИЧИТАЙЛО М.Ю., КОНДРАТЮК О.П., ОГОРОДНИК П.В., ЩЕРБИНА С.І.,
БУЛИК І.І., ДЕЙНИЧЕНКО А.Г.

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, Київ

Puncture, laparoscopic and traditional methods of treatment of pseudocystis of the pancreas, as complications of acute pancreatitis

NYCHYTAILO M., KONDRATIUK A., OGORODNIC P., BULIK I., DEINUCHENCO A.

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, Київ

В статті проаналізовано перебіг та результати лікування псевдокіст підшлункової залози як ускладнень гострого панкреатиту з використанням пункційних, лапароскопічних та традиційних методик. Отримані результати свідчать про можливість успішного використання міні-інвазивних та ендоскопічних оперативних втручань у лікуванні псевдокіст підшлункової залози. Лапароскопічна санація та дренивання порожнини кісти дає змогу мінімізації інтраопераційної травматизації зони підшлункової залози, попереджує можливість інфікування та призводить до зниження летальності даного контингенту пацієнтів.

In article current and results of treatment of pseudocysts of a pancreas as complications of an acute pancreatitis with use puncture, laparoscopic and traditional techniques is analysed. The received results testify to an opportunity of successful use miniinvasion and endoscopic operative measures in treatment of pseudocysts of a pancreas. Laparoscopic sanitation and a drainage of a cavity of a cyst allows to minimize intraoperation traumatization in zones of a pancreas, prevents an opportunity of infection and results in downstroke of a lethality of the given contingent of patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Гострий панкреатит є актуальною та до кінця не вирішеною проблемою сучасної хірургії через з високий рівень летальності, яка корелює з різноманітними його ускладненнями [1, 2].

Псевдокісти підшлункової залози, є ускладненням гострого панкреатиту у 0,8-2,1% пацієнтів, а після перебігу деструктивних його форм виникають у 11-18% пацієнтів. Невпинне зростання частоти псевдокіст підшлункової залози безпосередньо пов'язане зі зростанням частоти самого гострого панкреатиту [3, 4].

Псевдокісти підшлункової залози виникають протягом 6 тижнів після виникнення приступу гострого панкреатиту. При цьому рідина з дуже високим вмістом амілази скупчується в навколопанкреатичній клітковині. Вважають, що джерелом є протока підшлункової залози, що розірвалася, або запалена тканина самої підшлункової залози. Гострі скупчення панкреатичної рідини не мають сформованої капсули, яка в 25-40% випадків може підлягати резорбції; можливе формування псевдокіст, а при нагноєнні – парапанкреатичних абсцесів [5, 6].

До критеріїв прогресуючого перебігу псевдокіст підшлункової залози відносять: термін існування більше 6 тижнів, діаметр більше 6 см та товста стінка, відсутність сполучення з протоковою системою підшлункової залози, наявність клінічних проявів хронічного панкреатиту [7].

Діапазон оперативних втручань, що виконуються з приводу псевдокіст достатньо великий: від енуклеації кісти, радикальних операцій (різних за об'ємом резекцій підшлункової залози) до паліативних втручань [8, 9].

Оптимальним варіантом хірургічного лікування псевдокіст підшлункової залози є їх радикальне видалення або внутрішнє дренивання. Однак такі втручання можливі лише при наявності сформованої стінки кісти та відсутності ознак гнійного запалення. Для цього необхідним є вичікувальний термін від 3 до 6 місяців. Зазвичай саме в цей період існує небезпека виникнення ускладнень, які є небезпечними для життя хворого [10, 11].

У 8-20% можуть виникати больовий синдром, розрив кісти, кровотеча, формування нориди, інфікування та гнійне запалення. З моменту виникнення

псевдокісти кількість ускладнень щомісяця зростає на 20%, що потребує екстрених оперативних втручань, які супроводжуються високою летальністю пацієнтів [12, 13].

Складність та дискусійність питань щодо лікування псевдокіст підшлункової залози як ускладнень гострого панкреатиту, обумовлена невирішеністю стратегії та тактики найбільш оптимального та раціонального підходу до діагностики зазначених станів, вибору оптимального терміну, методу та об'єму оперативного втручання.

Мета нашої роботи – покращення методів діагностики, вибору правильної тактики хірургічного лікування, оптимізація часу оперативного втручання, а також є техніки хірургічного втручання та впровадження в практику нових підходів до ведення пацієнтів з даною патологією.

Матеріали та методи. Проведено аналіз перебігу та результатів лікування псевдокіст підшлункової залози як ускладнень гострого панкреатиту, у 53 пацієнтів, що перебували на лікуванні в Інституті хірургії та трансплантології АМН України. Середній вік хворих склав 52 ± 8 років. Серед обстежених було 38 (72%) чоловіків та 15 (28%) жінок (таблиця 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за статтю та віком

| Вік (роки) | 20-29 | 30-39 | 40-49 | 50-59 | Всього |
|-------------------|----------|------------|------------|------------|----------|
| Кількість (п, %): | | | | | |
| - Чоловіки | 1(2,6 %) | 10(26,3 %) | 18(47,4 %) | 9(23,7 %) | 38(72%) |
| - Жінки | - | 5(33,3 %) | 7(46,7 %) | 3(20,0%) | 15(28%) |
| Всього | 1(1,9 %) | 15(28,3 %) | 24(45,3 %) | 13(24,5 %) | 53(100%) |

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз часового параметру виникнення псевдокіст показав, що у 19 (36%) пацієнтів відбувалось їх формування ще в ході активного перебігу деструктивних форм гострого панкреатиту, а в решті пацієнтів вони виникали у віддаленому періоді (від 3 до 6 тижнів).

Екстрапанкреатичні кісти мали місце у 21 (40%) обстеженого, інтрапанкреатичні кісти у 32 (60%) хворих. Головка підшлункової залози була уражена в 11 (21%) випадках, тіло – в 36 (68%), а ураження хвоста підшлункової залози мало місце у 6 (11%) пацієнтів.

Для лікування псевдокіст підшлункової залози як ускладнення гострого панкреатиту був використаний ряд малоінвазивних методів. Пункції під ультразвуковим контролем, за необхідністю з подальшим зовнішнім дрениванням, у 17 (30,4%) пацієнтів. Умовою такого втручання була відсутність інфікування та нагноєння вмістимої кісти.

Найчастіше етіологічними формами гострого панкреатиту були: алкогольний, біліарний та аліментарний. Діагноз гострого панкреатиту та його ускладнень був встановлений на основі клінічних та лабораторних досліджень, ультрасонографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПГ), рентгенографії, комп'ютерної томографії, мікробіологічного та морфологічного досліджень тканин позаочеревинного простору, перитонеального ексудату.

В комплексі діагностичних заходів перевага надавалась ультразвуковому дослідженню, яке давало змогу визначити стан паренхіми підшлункової залози, протокової системи, охарактеризувати саму кісту за наявністю стінки, однорідністю вмісту. Неоднорідність вмісту кісти, наявність осаду та секвестрів були ознаками нагноєння кісти.

Анатомічна характеристика протокової системи підшлункової залози з метою уточнення її зв'язку з кістою визначалась за даними ендоскопічної ретроградної ЕРПХГ. Дослідження проводили за добу або безпосередньо перед оперативним втручанням.

Пункцію кіст виконували під ультразвуковим контролем (апарат Toshiba) за допомогою голок СНІВА з використанням стилет троакара та за необхідністю, наступним введенням дренажів в порожнину кісти.

У 7 (12,5%) випадках успішно виконано ендоскопічну цистодуоденостомію з формуванням співустя (від 1 до 3 см) між кістою головки підшлункової залози та дванадцятипалою кишкою.

Лапароскопічне дренивання псевдокісти було виконано у 18 (34%) хворих. Умовами для такого типу операцій була наявність тонкостінних та відносно великих кіст підшлункової залози, що виникли в перші 2-3 тижні від початку захворювання, показаннями – виражений больовий синдром, здавлення важливих анатомічних структур, нагноєння кісти, високий ризик відкритих оперативних втручань.

При наявності псевдокіст підшлункової залози, що нагноїлись, незалежно від їх зрілості та зв'язку з головною панкреатичною протокою проводилось її розкриття, аспірація гною та детриту та наступне дренивання.

Наявність співустя панкреатичних проток та порожнини кісти в подальшому призводила до виник-

нення зовнішніх панкреатичних нориць, які згодом потребували хірургічної корекції.

При відсутності зв'язку кісти з протоковою системою спостерігалось її швидке заживлення після лапароскопічної санації. Цей метод давав можливість повноцінного видалення з порожнини кісти секвестрів, гною та тканинного детриту, тим самим попереджуючи виникнення наступних тяжких ускладнень.

Ускладнення у вигляді вторинного інфікування псевдокісти, панкреатичних нориць, кровотечі мали місце у 7 (13%) випадках.

Достатньо зріла кіста із сформованою капсулою, співустья між кістою та магістральними панкреатичними протоками, кістозне ураження головної панкреатичної протоки стали показаннями до внутрішнього дренивання (цистодигестивних анастомозів) у 11 (21%) пацієнтів. Проводилась цистоентеростомія як найбільш універсальний, доступний та безпечний метод внутрішнього дренивання. В ході втручання накладався максимально можливий за діаметром анастомоз (цистоєюностомія на виключеній петлі кишечника за Ру, цистоентеростомія з міжкишковим співустьям та заглушкою за Шалімовим) з метою профілактики можливої його облітерації та рецидиву кісти. Перевага надавалась використанню сучасного шовного матеріалу, що розсмоктується. За необхідності в деяких випадках, внутрішнє дренивання доповнювалось зовнішнім з метою проведення активної аспірації вмісту кісти та санації її порожнини. Летальних випадків не було.

Отримані результати свідчать про можливість успішного використання міні-інвазивних оперативних втручань у лікуванні псевдокіст підшлункової залози. Лапароскопічна санація та дренивання порожнини кісти дає змогу мінімізації втручання та травматизації зони підшлункової залози, попереджує можливість інфікування та призводить до зниження летальності даного контингенту пацієнтів.

Планове відкрите хірургічне лікування псевдокісти підшлункової залози необхідно виконувати не

раніше 4-6 тижнів після її виникнення. Така затримка необхідна для формування та стабілізації стінки кісти для повноцінного їх зведення та ушивання порожнини кісти.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що пункційні, ендоскопічні та лапароскопічні методи лікування псевдокіст підшлункової залози мають ряд переваг перед відкритими оперативними втручаннями. В той же час, як їх наслідок можуть виникати ряд серйозних ускладнень (вторинне інфікування псевдокісти, панкреатичні нориці, кровотечі), що вказує на необхідність ретельного спостереження за станом цих пацієнтів в післяопераційному періоді. При ускладненому перебігу псевдокіст підшлункової залози, незалежно від наявності зв'язку з панкреатичними протоками, проводяться відкриті оперативні втручання з наступним зовнішнім дрениванням як засобом профілактики розвитку зовнішніх панкреатичних нориць, рецидивів кровотеч.

Висновки. 1. Розроблена тактика хірургічного лікування пацієнтів з використанням малоінвазивних методів лікування (пункція та дренивання під ультразвуковим контролем; ендоскопічне та лапароскопічне дренивання) як альтернативи в лікуванні псевдокіст підшлункової залози дозволила досягти позитивного результату у 87% пацієнтів.

2. Показаннями до використання малоінвазивних методів лікування даного контингенту пацієнтів була наявність тонкостінних та відносно великих кіст підшлункової залози, виражений больовий синдром, здавлення важливих анатомічних структур, високий ризик відкритих оперативних втручань; при нагноєнні кісти тільки лапароскопічне дренивання з наступною санацією її порожнини.

3. Показаннями до відкритих оперативних втручань (цистодигестивних анастомозів) були: наявність зв'язку між псевдокістою та протоками підшлункової залози, підозра на цистоаденокарциному, малигнізацію кісти.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ваккасов М.Х., Исхаков Б.Р., Мамадумаров Т.С., Исманов А.А., Солиев Б.Э. Опыт применения лапароскопических методик при деструктивном панкреатите // Эндоскоп. хирургия. – 2004. – № 1. – С. 38-39.
2. Оклей Д.В. Хирургическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы как осложнениях хронического панкреатита // Проблемы медицинской науки и образования. – 2003. – № 3. – С. 87-88.
3. Andersson B, Nilsson E, Willner J, Andersson R. Treatment and outcome in pancreatic pseudo-cysts. // Scand J Gastroenterol. 2006 Jun;41(6):751-6.
4. Chen W.X., Li Y.M., Gao D.J., Xiang Z., Yu C.H., Xu G.Q., Ji F. Application of endoscopic sphincterotomy in acute pancreatitis with fluid collection: a prospective study. // World J. Gastroenterol. – 2005. – V. 11(23). – PP. 3636-3639.
5. Chiu HH, Chen CM, Wang KC, Lu YY, Mo LR. Pancreatic pseudocyst bleeding associated with massive intraperitoneal hemorrhage. // Am J Surg. – 2006. – V. 192(1). – PP. 87-8.
6. Diculescu M., Ciocarlan M., Ciocarlan M., Stanescu D., Ciprut T., Marinescu T. Rom. Predictive factors for pseudocysts and peripancreatic collections in acute pancreatitis. // J. Gastroenterol.. – 2005. – V. 14(2). – PP. 129-213.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

7. Dinesh Singhal¹, Rahul Kakodkar¹, Randhir Sud², Adarsh Chaudhary¹ Issues in Management of Pancreatic Pseudocysts. // JOP. J Pancreas. – 2006. – V. 7(5). – PP. 502-507.
8. Krupski Witold, Paslawski Marek, Zlomaniec Janusz. The value of ultrasound diagnostics in the monitoring of patients after operation of the pancreas. // Ann. UMCS. D. – 2003. – V. 58 – N 1. – PP. 67-71.
9. Male Velazquez R. Endoscopic management of pseudocystic pancreas. // Rev Gastroen-terol. Mex. – 2004 Nov. – V. 69. – PP. 117-118.
10. Morana G, Guarise A. Cystic tumors of the pancreas. // Cancer Imaging. - 2006. – V. 6. – PP. 60-71.
11. Nealon WH, Walser E.. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas. // Ann. Surg. - 2005. - V. 241(6). - PP. 948-995.
12. Varadarajulu S. Non-operative management of pancreatic pseudocysts: there is still a role. // Ann Surg. - 2006. – V. 244(1). – PP. 161-162.
13. Will U, Wegener C, Graf KI, Wanzar I, Manger T, Meyer F. Differential treatment and early outcome in the interventional endoscopic management of pancreatic pseudocysts in 27 patients. // World J Gastroenterol. – 2006. – V. 12. – PP. 4175-8.

УДК 616.29-089:613.48

ОСОБЛИВОСТІ ТЕХНІКИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ НА ТЛІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ І ХРОНІЧНОГО ГЕПАТИТУ

В.В. ГРУБНИК, О.Л. КОВАЛЬЧУК, О.С. ДЮЖЕВ

Одеський державний медичний університет
Тернопільський державний медичний університет

Peculiarities of of laparoscopic surgery technique in patients with calculus cholecystitis associated with liver cirrhosis and chronic hepatitis

V.V. GRUBNIK, O.L. KOVALCHUK

Odessa State Medical University
Ternopol State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Оперативні втручання у хворих з калькульозним холециститом на тлі цирозу печінки супроводжуються великим числом ускладнень. За 10 років в клініках виконано 156 лапароскопічних холецистектомій у хворих з цирозом печінки, а також 248 хворих з хронічним гепатитом. У 21 хворого, що поступили з механічною жовтяницею, спочатку виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію і ендоскопічну папілотомію. Після успішного видалення конкрементів з проток через 3-7 днів виконували лапароскопічну холецистектомію. Ускладнення були у 39 (28,3 %) з 138 хворих, найчастіше – внутрішньочеревна кровотеча під час операції, а також виникнення шлунково-кишкових кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу в ранньому післяопераційному періоді, які спостерігалися у 15 (10,8 %) хворих. Двоє хворих загинули унаслідок розвитку в післяопераційному періоді кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу на тлі гепатоцелюлярної недостатності.

Laparoscopic operations in patients suffering from calculus cholecystitis associated with liver cirrhosis have got a lot of complications. During 10 years we conducted in hospitals 156 laparoscopic cholecystectomies in patients with liver cirrhosis and 248 patients with chronic hepatitis. In 21 patients admitted to the hospital with obstructive jaundice as the first step we performed endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and endoscopic papilotomy. After successful extraction of the stone from cystic duct, we performed laparoscopic cholecystectomy after 3-7 days. Complication occurred in 39 (28,3 %) among 138 patients, mostly they were intraperitoneal bleeding during the operation and gastrointestinal bleedings form esophageal varices in early postoperative period in 15 (10,8 %) patients. 2 patients died due to bleeding from the esophageal varices associated with hepatocellular insufficiency which occurred in early postoperative period.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Оперативні втручання у хворих з калькульозним холециститом на тлі цирозу печінки супроводжуються великими технічними труднощами, нерідко тяжкими, смертельними ускладненнями [1,2,3]. До недавнього часу виконання лапароскопічної холецистектомії вважалося не показаним у хворих з цирозом печінки через можливість розвитку тяжких профузних кровотеч з ложа жовчного міхура [4,5,6]. З розвитком лапароскопічної техніки з'явилися повідомлення про успішне виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з цирозом печінки. Є певні технічні труднощі при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з хронічним гепатитом. Метою даного дослідження аналіз можливості застосування різних лапароскопічних втручання при ускладнених холециститах на тлі цирозу печінки і хронічного гепатиту.

Матеріали і методи. За останні 10 років в обох клініках виконано 156 лапароскопічних холецистектомій у хворих зі сформованим цирозом печінки. Серед оперованих хворих переважали чоловіки – 108, жінок було 48. Вік хворих коливався від 32 до 71 року, середній вік склав $57 \pm 5,2$ років. 79 (57,2 %) пацієнтів поступили з клінікою гострого холецистити. Інші 77 хворих госпіталізувалися у зв'язку із загостренням хронічного калькульозного холецистити. 39 з них госпіталізовані з клінікою механічної жовтяниці. У всіх хворих був сформований цироз печінки, причини якого: вірусний гепатит В, С і D (122 хворих), зловживання алкоголем (11 пацієнтів), гепатит нез'ясованої етіології (23 пацієнти). Діагноз гепатиту встановлювали на підставі даних імунологічних і вірусологічних досліджень, визначення рівня трансаміназ, лужної фосфатази, гістологічного дослідження біоптатів печінки. Всім хворим проводили ретельне ла-

бораторне та інструментальне обстеження. При УЗД визначали діаметр жовчних проток, ворітної вени, селезінкової вени, розміри печінки і селезінки. У 28 хворих додатково проводили комп'ютерну томографію, у 16 – магнітно-ядерне дослідження з контрастуванням. Для визначення ступеня портальної гіпертензії у 96 хворих проводили доопераційну фіброезофагогастроуденоскопію, під час якої виявлялися ерозивні зміни слизової, наявність і ступінь варикозно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка. Явища портальної гіпертензії були у всіх хворих. Причому компенсована стадія цирозу (Child A) виявлена у 108 хворих (69,2%), субкомпенсована (Child B) – у 44 хворих (28,2%), декомпенсована (Child C) – у 4 хворих (2,6%). З супутніх захворювань слід зазначити гіпертонічну і ішемічну хвороби серця – у 69 хворих, цукровий діабет 2 типу – у 12 хворих, виразкову хворобу дванадцятипалої кишки – у 7, виразкову хворобу шлунка – у 1 хворого, хронічний бронхіт і емфізему легенів – у 19 пацієнтів.

Враховуючи тяжкість стану хворих, пацієнти з гострим холециститом, а також з механічною жовтяницею відразу госпіталізувалися у відділення інтенсивної терапії, де проводилася передопераційна корекція і моніторинг показників вітальних функцій. З метою корекції порушених функцій печінки проводилася гепатотропна терапія. Особлива увага приділялася діагностиці і корекції порушень згортальної системи крові. За наявності цукрового діабету збільшували дозування інсуліну, що вводиться, до нормалізації рівня глюкози в крові. З метою попередження розвитку кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу і ерозій шлунка хворим призначали блокатори протонної помпи, блокатори H₂-гістамінових рецепторів, антациди. Для зниження портальної гіпертензії призначали нітрати і, при можливості, сандостатин або соматутлін.

Хірургічне втручання при гострому холециститі виконували в перші 3-5 днів від початку захворювання. У 12 хворих, що поступили з механічною жовтяницею, спочатку виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ) і ендоскопічну папілотомію (ЕП). Після успішного видалення конкрементів з проток через 3-7 днів виконували лапароскопічну холецистектомію. Проте, у зв'язку з тим що у 3 з 12 хворих після ендоскопічної папілотомії спостерігалася масивна кровотеча з шлунково-кишкового тракту, ми змінили хірургічну тактику і за наявності конкрементів в холедоку прагнули видалити їх за допомогою лапароскопічних методик.

У хворих з субкомпенсованим і декомпенсованим цирозом печінки, за наявності асцити, окрім видалення жовчного міхура прагнули виконати операцію типу Кальба-Оппеля-Шалімова з оментогепатофренопек-

сією. Для адекватного анестезіологічного забезпечення всім хворим проводилася катетеризація підключичної вени з моніторингом артеріального і венозного тиску. У післяопераційному періоді всі хворі перебували у відділенні інтенсивної терапії до відновлення показників гемодинаміки, показників згортальної системи, показників функції печінки. Із стаціонару хворі виписувалися тільки після повної стабілізації і відновлення показників функції печінки на рівні доопераційних. З метою реабілітації 72 пацієнти були направлені на ранне санаторно-курортне лікування.

За цей же період часу оперовано 248 хворих з калькульозним холециститом на тлі хронічного гепатиту. Вірусна етіологія хронічного гепатиту верифікована у 172 (69,4%) хворих. Причиною хронічного гепатиту з початковими ознаками цирозу печінки у 29 (11,7%) хворих було зловживання алкоголем. У інших 47 (18,9%) хворих був неалкогольний жировий гепатоз печінки. Серед 243 хворих переважали жінки – 179, чоловіків було 69. Вік хворих коливався від 30 до 78 років. Всім хворим на догоспітальному етапі проводилося комплексне обстеження. Біопсія печінки для верифікації причини гепатиту була виконана у 69 (27,8%) пацієнтів.

З 404 хворих віддалені результати вивчені у 378 (93,6%) пацієнтів, в терміни від 1 до 5 років. Всім хворим розсилали спеціальні анкети з опитуванням про якість їх життя. При можливості хворих запрошували для обстеження в клініку, де їм проводилося повне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження.

Результати. Лапароскопічні втручання у хворих на тлі цирозу печінки істотно відрізнялися від стандартної лапароскопічної холецистектомії.

З технічних особливостей виконаних лапароскопічних холецистектомій у хворих з цирозом печінки слід зазначити наступні.

За рахунок формування портокавальних анастомозів різко розширюється венозна система у ділянці пупка, що створює загрозу досить масивних кровотеч при введенні першого троакара. Якщо введення другого, третього і наступних троакарів проводиться під контролем зору, що дозволяє уникнути пошкодження крупних судин, а при їх пошкодженні відразу встановити факт кровотечі і спробувати відразу лігувати або коагулювати судину, що кровоточить, то введення першого троакара проводиться фактично всліпу, кровотеча, яка виникає при цьому не відразу можна помітити. Серед оперованих хворих достатньо масивна кровотеча при введенні першого троакара в припупковій ділянці спостерігалася у 24 (17,4%) хворих.

Характерною особливістю таких кровотеч є те, що при введенні троакара під час операції, як прави-

ло, масивної кровотечі не спостерігається за рахунок того, що сама гілза троакара і підвищений внутрішньочеревний тиск створюють компресію розширених вен в припупковій зоні. В кінці операції, коли витягується троакар, а він витягується останнім, після зниження внутрішньочеревного тиску може виникнути масивна кровотеча в черевну порожнину. У такому випадку діагностувати цю кровотечу вдається не відразу.

У наших спостереженнях у трьох хворих виникла масивна внутрішньочеревна кровотеча, яка була діагностована тільки при виході хворих з наркозу. Підпечінковим дренажем почала рясно поступати кров. Слід зазначити, що за рахунок артеріалізації венозної крові у хворих з цирозом печінки, не відразу вдається встановити характер кровотечі. Так у всіх трьох хворих ми вважали, що джерелом кровотечі є погано лігована міхурова артерія.

Всім хворим була проведена термінова повторна релапаротомія, під час якої вдалося з певними труднощами встановити джерело кровотечі. Річ у тому, що після введення троакара в припупковій зоні за рахунок обтурації кровотеча з вен зупинялася. Хворим проведене відсмоктування крові з черевної порожнини, промивання підпечінкового простору фізіологічним розчином. Тільки після того, як ми переконалися, що кровотеча не з ложа видаленого жовчного міхура і міхурова артерія надійно кліпована, ми почали шукати джерело кровотечі у іншому місці. До цього часу в черевну порожнину кров майже не поступала. І лише, коли ми ввели лапароскоп через верхній троакар, введений під мечоподібним відростком, нам вдалося оглянути місце введення першого троакара в припупковій зоні і встановити джерело кровотечі. При витяганні першого троакара починалася масивна кровотеча. Вени в припупковій зоні були ліговані за допомогою лапароскопічної техніки, введенням спеціальної голки з ниткою з подальшим витяганням цієї нитки через інший прокол передньої черевної стінки.

Після такого досвіду ми у всіх хворих напочатку операції оглядали припупкову зону, де вводили перший троакар, і за наявності хоч би невеликого кривання у обов'язковому порядку ретельно ушиваємо місце введення першого троакара. Така тактика дозволила нам уникнути повторних масивних кровотеч з розширених вен припупкової зони.

Другою технічною особливістю виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з цирозом печінки є загроза кровотечі з ложа видаленого жовчного міхура. Достатньо інтенсивна кровотеча з тканини печінки після видалення жовчного міхура спостерігалася у 69 (50%) хворих, причому при гострому холециститі масивна кровотеча з ложа міхура спостері-

галася в 3 рази частіше, ніж при холецистектомії з приводу хронічного холециститу. У тих випадках, коли задня стінка запаленого жовчного міхура була інтимно спаяна з паренхімою печінки, ми використовували технічний прийом, описаний ще Прібрамом. Видалявся запально змінений жовчний міхур із залишенням задньої стінки, інтимно зрощеної з паренхімою печінки. Після витягання всіх конкрементів і видалених стінок жовчного міхура проводили ретельну санацію підпечінкової зони, а потім ретельно коагулювали слизову залишеної задньої стінки жовчного міхура. З цією метою можна використовувати як монополярну, так і біополярну коагуляцію, але кращий ефект отримували при використанні аргоноплазмового коагулятора, за допомогою якого вдавалося досить швидко одержати стерильну коагуляційну поверхню ложа видаленого жовчного міхура. Така тактика застосована нами у 39 (49,4%) хворих з гострим холециститом і у 12 (20,7%) хворих, оперованих з приводу хронічного холециститу. У жодному випадку після подібних операцій не спостерігалася скупчення крові і жовчі в підпечінковому просторі з формуванням підпечінкових абсцесів. Тому ми вважаємо що така тактика цілком виправдана і може використовуватися при технічних труднощах відділення жовчного міхура від ложа печінки.

Достатньо складною проблемою при виконанні лапароскопічної холецистектомії на тлі цирозу печінки є зупинка кровотечі з ложа жовчного міхура. Використання монополярної коагуляції не завжди приводить до швидкого і надійного гемостазу, а у ряді випадків підсилює кровотечу. Труднощі при зупинці кровотечі з ложа жовчного міхура спостерігалися нами у 69 (50%) хворих. Для швидкої зупинки кровотечі ми використовували наступні технічні прийоми. Відразу після видалення і витягання з черевної порожнини жовчного міхура в підпечінковий простір вводили марлевий тампон, за допомогою якого здійснювали компресію в зоні судин, що кровоточать з ложа жовчного міхура. Через 5-10 хвилин кровотеча значно зменшувалася. Після цього обережно відсовували на невеликій ділянці тампон і цю зону коагулювали спочатку за допомогою біополярної коагуляції, а потім за допомогою аргоноплазмового коагулятора домагалися утворення міцної коагуляційної плівки в цій зоні. Після надійної зупинки кровотечі з судин однієї зони тампон відсовували знов і проводили коагуляцію судин наступної зони ложа жовчного міхура. Така тактика позонової коагуляції судин печінки у ділянці ложа жовчного міхура дозволила достатньо надійно зупинити кровотечу у всіх 69 хворих. Середня кровотрата з ложа жовчного міхура склала $105,8 \pm 20$ мл.

При виділенні міхурової протоки і міхурової артерії технічні труднощі спостерігалися у 36 (26,1%)

хворих. Вони були обумовлені як наявністю рубцево-запальних тканин в зоні трикутника Калло, так і наявністю варикозно розширених вен в зоні гепатодуоденальної зв'язки. При пошкодженні цих вен виникає досить рясна кровотеча, що утруднює візуалізацію елементів гепатодуоденальної зв'язки і виділення міхурової протоки і артерії. Обережна дисекція дозволяє уникнути цих ускладнень. У цей час, при виникненні венозної кровотечі, для її зупинки ми використовували тільки біполярну коагуляцію. Використання монополярної коагуляції в цій зоні небезпечно термічним пошкодженням жовчних проток.

Серйозну проблему представляє також лапароскопічна холецистектомія у хворих з холедохолітазом на тлі цирозу печінки. У перший період роботи хворим з цирозом печінки, що поступили з клінікою механічної жовтяниці, ми виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію з витяганням конкрементів з проток. Лапароскопічна холецистектомія проводилася через 5-7 днів після успішного видалення конкрементів з холедоха. Проте у 3 з 12 хворих після ендоскопічної папілосфінктеротомії спостерігалася масивна кровотеча із зони розігнутої папіли, а також з гострих ерозій шлунка. Проведення інтенсивної консервативної терапії, що включає переливання крові, плазми, альбуміну, введення сандостатину, інгібіторів протонної помпи і інших лікарських препаратів дозволило стабілізувати стан хворих. У них лапароскопічна холецистектомія була виконана через 1-1,5 місяця після ендоскопічної папілотомії. Причини виникнення масивної кровотечі після ендоскопічної папілотомії були порушення згортальної здатності крові на тлі цирозу печінки, а також портальна гіпертензія, обумовлена розширенням венозних судин в зоні великого дуоденального сосочка. Враховуючи подібні ускладнення, ми надалі прагнули видалити конкременти з холедоха під час виконання лапароскопічного втручання. У 24 хворих з холедохолітазом під час виконання лапароскопічної холецистектомії була проведена спроба витягання конкрементів через розширену до 5-6 мм міхурову протоку. Видалення конкрементів здійснювалося під контролем фіброхоледохоскопа. Конкременти захоплювали кошиками Dormia і витягували через розширену міхурову протоку. У 7 пацієнтів вдалося під контролем фіброхоледохоскопа провести балонну дилатацію великого дуоденального сосочка до діаметра 5-7 мм, після чого конкременти вимивалися або виштовхувалися в просвіт дванадцятипалої кишки. Така тактика особливо зручна за наявності множинних дрібних конкрементів в дистальному відділі холедоха. Оскільки при балонній дилатації великого дуоденального сосочка можливий розвиток гострого панкреатиту, дилатацію виконували на тлі внутрішньо-

венної інфузії нітратів, що дозволяло домогтися медикаментозного розслаблення м'яза сфінктера, після чого вдавалося провести під контролем зору балоні додатково дилатувати просвіт папіли. Успішним видаленням конкрементів через міхурову протоку виявилася у 15 з 24 пацієнтів. У 5 хворих витягнути камені з холедоха через міхурову протоку не вдалося через великі розміри конкременти. Їм була виконана лапароскопічна холедохолітотомія. У 4 хворих після витягання дрібних конкрементів з дистальних відділів холедоха через міхурову протоку проведена контрольна холангіографія, яка виявила наявність додаткових конкрементів у внутрішньопечінкових протоках. У цих хворих антеградно був встановлений транспапільярно спеціальний стент, діаметром 7 Fr і додатково проведене зовнішнє дренивання холедоха за допомогою тонкої дренажної трубки, введеної через міхурову протоку. У післяопераційному періоді у цих хворих спостерігалася втрата жовчі в межах 400-600 мл за добу. Після стабілізації стану пацієнтів, через 5-7 днів після лапароскопічної холецистектомії, хворим виконана ендоскопічна папілотомія. Технічно виконати папілотомію у цих хворих було досить легко у зв'язку з наявністю транспапільярно встановленого стента. За допомогою голчастого папілостома проводили дозовану папілотомію. При цьому в жодному випадку не спостерігалася серйозної кровотечі. За допомогою спеціальних кошиків витягували стент і конкременти, які до цього часу з внутрішньопечінкових проток спустилися в холедох. Контрольна фістулохолангіографія підтвердила повне видалення конкрементів.

Лапароскопічна холедохолітотомія на тлі цирозу печінки також представляє певні труднощі. При дисекції і виділенні холедоха з жирової тканини виразно видно крупні венозні стовбури в стінці жовчних проток, при розтині яких спостерігається досить рясна кровотеча. Тому перед розтином стінки холедоха спочатку проводили прищільну коагуляцію видимих судин за допомогою біполярної коагуляції. Проте, у двох із п'яти хворих після розтину стінки холедоха спостерігалася значна кровотеча з розширених вен холедоха. Цю кровотечу вдалося зупинити тільки після витягання конкремента і установки в просвіт холедоха Т-подібного Керовського дренажу, на якому був ушитий холедохотомічний отвір. Лапароскопічна холедохолітотомія – досить складне оперативне втручання, для виконання якого у хворих з цирозом печінки потрібні від 1,5 до 2 годин. Тривалий наркоз може посилити нирково-целюлярну недостатність, тому небажаний у хворих з цирозом печінки, у них до лапароскопічної холедохолітотомії потрібно вдаватися тільки у виняткових випадках.

Під час виконання лапароскопічного втручання у 48 (34,8%) пацієнтів були зрощення сальника з діаф-

рагмальною поверхнею печінки і черевною стінкою, тобто були сформовані портокавальні анастомози. Важливе значення має збереження цих анастомозів. Тому при можливості ми не від'єднували сальник від поверхні печінки і передньої черевної стінки, а в кінці операції у цих пацієнтів виконували додатково оментогепатопексію. Для цього за допомогою аргонно-плазмового коагулятора проводили поверхневу коагуляцію діафрагмальної поверхні печінки, очеревини, прилеглої до печінки і діафрагми. Після чого знаходили вільне пасмо сальника з добре розвиненими судинами і фіксували сальник до поверхні печінки і діафрагми. Для фіксації сальника використовували або інтракорпоральні шви, або вводили нитку за допомогою спеціальної голки в черевну порожнину, наколювали сальник, а потім витягували нитку назовні, таким чином фіксуючи сальник до бічної стінки черевної порожнини в зоні правої частки печінки. При ретельному виконанні лапароскопічної оментогепатофренікопексії ця операція дає непогані віддалені результати. Так, із 30 хворих з цирозом печінки у стадії Child B, у яких був початковий асцит, після проведення лапароскопічної холецистектомії і оментогепатофренікопексії, у віддалені терміни після операції (через 6-24 місяці) асцит не прогресував, і стан хворих стабілізувався в 26 випадках.

Найбільшою проблемою є оперативні втручання при за давненому цирозі печінки, з декомпенсованою портальною гіпертензією. З трьох хворих, що поступили в клініку з цирозом у стадії Child C, у двох була клініка гострого холециститу. Один хворий оперований з приводу хронічного калькульозного холециститу. При лапароскопії у цих хворих виявлені різко зменшені в об'ємі права і ліва частки печінки. На тлі атрофічного цирозу у всіх трьох хворих був асцит з кількістю вільної рідини до 2-3 літрів і вираженою портальною гіпертензією, із збільшенням селезінки і розширенням вен шлунка і сальника. У хворих з гострим холециститом, в одному випадку, у зв'язку з тяжкістю стану проведена пункційна холецистостомія із зовнішнім дренажуванням жовчного міхура. У просвіті жовчного міхура була каламутна жовч з домішкою гною. На фоні проведення інтенсивної антибіотикотерапії і інфузійної терапії, переливання великих доз альбуміну і плазми, сандостатину вдалося стабілізувати стан хворого і на 24 добу він був виписаний із стаціонару на амбулаторне лікування. У інших двох хворих виконувалася лапароскопічна холецистектомія, яка ускладнилася досить рясною кровотечею з ложа жовчного міхура. Не дивлячись на те, що за допомогою описаних вище прийомів вдалося зупинити кровотечу, в післяопераційному періоді у обох хворих прогресувала гепатоцелюлярна недостатність, на 5-7 добу виникла кровотеча з вари-

козно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка. Хворим проводилася ендоскопічна зупинка кровотечі із застосуванням спеціальних ендоскопічних лігатур і кліпс, а також введенням склерозанта. Проте, у зв'язку з прогресуванням печінкової, а потім печінково-ниркової недостатності, обидва хворих загинули. Враховуючи ці спостереження нам здається, що до виконання лапароскопічної холецистектомії у хворих з декомпенсованим цирозом печінки треба підходити дуже обережно. При виникненні гострого обтураційного холециститу доцільно обмежитися холецистостомією і не вдаватися до виконання розширених лапароскопічних втручань.

Таким чином, летальність у хворих з калькульозним холециститом, оперованих на тлі цирозу печінки, склала 1,4%. Ускладнення спостерігалися у 39 (28,3%) із 138 хворих. Найбільш частим ускладненням була внутрішньочеревна кровотеча під час операції, а також виникнення шлунково-кишкових кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу і кардіального відділу шлунка в ранньому післяопераційному періоді, які спостерігалися у 15 (10,8%) хворих. Проведення повного комплексу лікувальних заходів в ранньому післяопераційному періоді у хворих з цирозом печінки дозволяє попередити, а при виникненні – зупинити кровотечу з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту. Для зупинки кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу ми використовували як консервативну терапію (переливання альбуміну, кріопреципітату, ведення сандостатину, інгібіторів протонної помпи, нітратів, інших гемостатичних препаратів), так і ендоскопічний гемостаз. У прогностичному плані велике значення має стадія цирозу. У всіх хворих з цирозом стадії Child B вдалося зупинити виниклу кровотечу з розширених вен стравоходу. У хворих із стадією цирозу печінки Child C настав летальний результат. Другими за частотою ускладненнями були гнійно-септичні. Запалення легень в післяопераційному періоді спостерігалося у 8 (5,8%) пацієнтів, утворення піддіафрагмальних і підпечінкових абсцесів мало місце у 6 (4,3%) пацієнтів, асцит-перитоніт розвинувся у двох хворих (1,4%). При виникненні абсцесів останні були пунктовані під контролем УЗД, на фоні інтенсивної гепатотропної і антибактеріальної терапії одужання спостерігалося у всіх 6 хворих. При виникненні асцитуперитоніту черевна порожнина додатково дрениувалася двома дренажами, проводився лаваж, що дозволило домогтися лікування пацієнтів.

При виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з хронічним гепатитом виникли ті ж труднощі, що і у хворих з цирозом печінки. Важливою особливістю таких операцій є труднощі огляду гепатодуоденальної зв'язки через різко збільшену ліву

частку печінки. Щоб не вводити додаткові троакари, ми використовували наступний технічний прийом. Спеціальною лапароскопічною голкою з ниткою проколвали передню черевну стінку так, щоб захопити круглу зв'язку печінки. Після цього підтягали нитку, яка разом з круглою зв'язкою печінки підтягала догори і фіксувала збільшену верхню частку печінки. Такий прийом дозволяв домогтися хорошої експозиції і візуалізації зв'язки, що значно полегшувало виділення холедоха, міхурової протоки і артерії.

За наявності холедохолітіазу, який був виявлений у 42 (16,9%) хворих з хронічним гепатитом, ми прагнули видалити конкременти з жовчних проток під час виконання лапароскопічної холецистектомії. Ендоскопічна папілотомія проведена тільки у 9 з 42 хворих.

Обговорення. Як відомо, відкриті операції при цирозах печінки супроводжуються високою частотою ускладнень і летальністю. За даними А.К. Єрамішанцева і співавт., 1992 р. [1], з 12 хворих з цирозом печінки, яким була виконана лапаротомія і холецистектомія, летальність настала у 4. Зарубіжні автори [4,5,6,7] вказують, що лапароскопічні втручання при цирозі печінки мають цілий ряд переваг, порівняно з відкритими операціями. За даними тайваньських хірургів [2], що проаналізували результати лапароскопічних холецистектомій у 226 хворих з цирозами печінки, лапароскопічні втручання практично нічим не відрізняються від втручань у хворих, що не мають цирозу печінки. Частота ускладнень, за даними цих авторів, була практично однаковою: у групі хворих з цирозом печінки – 6,6%, у групі хворих без цирозу печінки – 5,3%. Тривалість перебування в стаціонарі також практично не відрізнялася – 4,7±6,1 днів при цирозі печінки і 3,7±3,5 днів у хворих без цирозу печінки. Наші дані свідчать, що при цирозі печінки спо-

стерігається значно більше число ускладнень і технічно виконання лапароскопічної холецистектомії значно складніше. Таку різницю в отриманих результатах можна пояснити тим, що серед хворих, яких оперували тайваньські хірурги переважали хворі з цирозом печінки у стадії Child A. Серед наших хворих 25,4% пацієнтів мали цироз печінки стадії Child B і C. Не дивлячись на можливість серйозних ускладнень при виконанні лапароскопічної холецистектомії у хворих з цирозом печінки, лапароскопічні втручання можна з успіхом виконувати при дотриманні певних технічних прийомів. Навіть така складна патологія, як холедохолітіаз, може бути успішно вилікувана із застосуванням лапароскопічних методик. Цироз печінки не є протипоказанням для виконання лапароскопічної холецистектомії. Для успішного лікування хворих з холелітіазом і цирозом печінки необхідно, щоб хірурги достатньо добре знали цю патологію і були знайомі з певними технічними прийомами. А в післяопераційному періоді у відділенні інтенсивної терапії проводилася адекватна корекція гепатоцелюлярної недостатності, порушень системи гемостазу, профілактика гнійно-септичних ускладнень.

Висновок. Як показує наш досвід, при виконанні спеціальних технічних прийомів під час проведення лапароскопічної операції можна домогтися досить добрих результатів оперативного лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою на тлі цирозу печінки. У хворих з калькульозним холециститом на тлі хронічного гепатиту виконання лапароскопічної холецистектомії може бути утруднено за рахунок різкого збільшення лівої частки печінки. Використання сучасних лапароскопічних технологій дозволяє успішно виконувати холецистектомію і у таких хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Єрамішанцев А.К., Гордеев П.С., Ахметжанов К.К. Диагностика и лечение острого холецистита при циррозе печени // Хирургия. – 1992. – № 1. – С. 15-17.
2. Yeh C.N., Chen M.F., Jan Y.Y. Laparoscopic cholecystectomy in 226 cirrhotic patients. Experience of a single center in Taiwan // Surg. Endosc. – 2002 – Vol. 16. – P. 1583-1587.
3. Ji W., Li L.-T., Wang Z.-M., Quan Z.-F., Chen X.-R., Li J.-S. A randomized controlled trial of laparoscopic versus open cholecystectomy in patients with cirrhotic portal hypertension // World J. Gastroenterol. – 2005. – Vol. 16, – № 4. – P. 2513-2517.
4. Tuech J.-J., Pessaux P., Regenet N., Rouge C., Bergamaschi R., Arnaud J.-P. Laparoscopic Cholecystectomy in Cirrhotic Patients //

- Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques. – 2002. – Vol. 4, № 8. – P. 227-231.
5. Puggioni A., Wong L.L. A metaanalysis of laparoscopic cholecystectomy in patients with cirrhosis // J. Am. Coll. Surg. – 2003. – Vol. 197. – P. 921-926.
6. Morino M., Cavuoti G., Miglietta C., Giraudo G., Simone P. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhosis: contraindication or privileged indication? // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2000. – Vol. 10. – P. 360-363.
7. Urban L., Eason G.A., ReMine S., Bogard B., Magisano J., Raj P., Pratt D., Brown T. Laparoscopic cholecystectomy in patients with early cirrhosis // Curr. Surg. – 2001. – Vol. 58. – P. 312-315.

УДК 616.366-089.87:[616.367-001-084

ПРОФІЛАКТИКА ПОШКОДЖЕНЬ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

НИКОНЕНКО О.С., ЗАВГОРОДНІЙ С.М., ГОЛОВКО М.Г., ГРУШКА В.А.,
КЛИМЕНКО А.В., ДЕЦИК Д.А., РУСАНОВ І.В., ГАЙДАРЖІ Є.І.

Запорізький державний медичний університет

Prevention of extrahepatic bile ducts injuries at laparoscopic cholecystectomy

O.S. NYKONENKO, S.M. ZAVGORODNIY, M.G. GOLOVKO, V.A. GRUSHKA,
A.V. KLIMENKO, D.A. DEZIK, I.V. RUSANOV, E.I. GAIDARZHY

Zaporizhzhian State Medical University

В роботі описано новий спосіб виконання лапароскопічної холецистектомії. Головним моментом способу є субсерозна коагуляція гілок міхурової артерії. Показано нові хірургічні переваги даного способу. Цей спосіб повинен стати операцією вибору в лікуванні жовчокам'яної хвороби та її ускладнених форм.

The new method of laparoscopic cholecystectomy has been described in the work. The main moment of it is the subserous coagulation of cystic artery. The advantages of new surgical method have been shown. This method should be the operation of choice in treatment of cholelithiasis and its complicated forms.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. "Золотим стандартом" оперативного лікування жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) та її ускладнень визнана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) [2]. Більше 90% всіх оперативних втручань при ЖКХ виконується за допомогою відеолапароскопічної техніки [5]. Незважаючи на достатній досвід застосування відеолапароскопічних технологій в абдомінальній хірургії, результати лікування хворих із ЖКХ не задовольняють хірургів. Як і раніше не вирішено проблему ятрогенних інтраопераційних ускладнень, серед яких ушкодження позапечінкових жовчних проток (ПЖП) найзначніші. Їх частота сягає 6-7 випадків на 1000 операцій, тоді як при відкритій холецистектомії (ХЕ) в 2-5 разів менше [5]. Так, за даними Донцова І.В. [1], ушкодження ПЖП при відкритій ХЕ зустрічається в 0,05-0,2%, а при ЛХЕ – в 0,3-3,0% випадків. Дані закордонних досліджень мало відрізняються від наведених цифр вітчизняних авторів і становлять у середньому 0,3-1,3% [2, 7]. Таким чином, частота ушкодження ПЖП залишається високою і ризик цього ускладнення перевищує ризик традиційної холецистектомії. Саме тому проблема профілактики цих ушкоджень при ЛХЕ має першорядне значення.

Способи профілактики ушкоджень ПЖП зустрічаються практично у всіх посібниках із застосу-

вання ЛХЕ в лікуванні ЖКХ. Однак дотепер немає єдиної думки щодо їхньої ефективності та доцільності. Подібна ситуація не може залишатися без уваги та вимагає пошуку нових способів профілактики цих ускладнень.

Метою цієї роботи була розробка нового ефективного способу профілактики ушкоджень ПЖП при ЛХЕ.

Матеріали і методи. У клініці госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету проведено аналіз лікування 1326 пацієнтів із ЖКХ та її ускладненнями, яким виконана ЛХЕ. Жінок було – 1154 (87%), чоловіків – 172 (13%). Вік хворих варіював від 18 до 84 років. Середній вік склав 53,4±2,15 років. Показанням до ЛХЕ був хронічний калькульозний холецистит – у 1135 (85,6%) хворих, гострий калькульозний холецистит – у 191 (14,4%). Діагноз ЖКХ встановлювали на підставі клінічних, інструментальних даних, а також інтраопераційного дослідження та патоморфологічного висновку. Ускладнений перебіг ЖКХ мав місце у 273 (20,6%) хворих. Найчастішими ускладненнями були: навколومیхуровий інфільтрат – у 107 (8,07%) пацієнтів, холедохолітиаз, ускладнений механічною жовтяницею – у 49 (3,7%), вторинний панкреатит – у 18 (1,36%), навколومیхуровий абсцес – у 4 (0,3%). Місцевий пе-

ритоніт під час операції виявлено у 7 (0,53%) хворих, дифузний – у 3 (0,23%), розлитий – у 2 (0,15%). Водянка жовчного міхура відзначена у 22 (1,7%) пацієнтів, емпієма – у 65 (4,9%). Поєднання двох ускладнень і більше відзначено у 12 (0,9%) хворих.

У 834 (62,9%) хворих виявлено супутні захворювання. Найчастіше зустрічалися: ожиріння I-II ст. – у 370 (27,9%) пацієнтів, гіпертонічна хвороба – у 345 (26%), ішемічна хвороба серця – у 313 (23,6%), ожиріння III-IV ст. – у 307 (23,15%), варикозна хвороба вен нижніх кінцівок – у 92 (6,94%) хворих і цукровий діабет II-го типу у 59 (4,45%). Поєднання 2 і більше захворювань відзначено у 543 (40,95%) пацієнтів.

Раніше на органах черевної порожнини були оперовані 305 (23%) пацієнтів. При цьому апендектомію виконано у 234 (17,6%) хворих, операції на органах малого таза в жінок – у 71 (5,4%).

У 49 (3,7%) пацієнтів ЖКХ ускладнилася холедохолітазом і механічною жовтяницею. Цим хворим першим етапом виконувалася ендоскопічна папілосфінктеротомія з наступною ЛХЕ на 2-3 добу.

Для профілактики тромбоемболічних ускладнень всім пацієнтам вводили низькомолекулярні гепарини підшкірно за 2 години до операції та 1 раз на день протягом 3-5 дб після операції. У 5 (0,4%) пацієнтів з варикозною хворобою вен нижніх кінцівок виконано операцію Троянова.

Для виконання ЛХЕ використовували стандартне лапароскопічне встаткування фірми "Linvatec", (USA).

Результати досліджень та їх обговорення. Незважаючи на стрімке впровадження ЛХЕ у всіх провідних клініках світу, ця операція ще далека від досконалості, що, в першу чергу, пов'язано з високою частотою ятрогенних ускладнень ПЖП [1, 2, 6, 7]. Профілактика цих ускладнень безпосередньо пов'язана з удосконаленням операційної техніки. Виконання типової методики ЛХЕ, зокрема, етапу деваскуляризації жовчного міхура, може призводити до пошкодження ПЖП внаслідок того, що виділення міхурової протоки виконується в трикутнику Callot у безпосередній близькості від воріт печінки. При наявності

запально-інфільтративних змін у цій зоні, особливо в умовах гострого запалення, при напруженій та інфільтрованої стінці жовчного міхура, порушенні топографоанатомічних співвідношень життєво важливих структур (магістральних жовчних проток, кровоносних судин) складно чітко ідентифікувати холедох, міхурову протоку та артерію. Всі перераховані вище фактори можуть призводити до ятрогенного ушкодження ПЖП і, як наслідок, до конверсії або ранньої релапаротомії [3].

Нами розроблено спосіб субсерозної діатермокоагуляції дрібних гілок міхурової артерії (СДДГМА) без виділення та кліпування її магістрального стовбура. На даний спосіб отримано деклараційний патент України № 3874 А від 15.12.2004р. ЛХЕ з СДДГМА виконана у 408 (30,8%) пацієнтів, які склали основну групу. У 918 (69,2%) пацієнтів, що склали контрольну групу, міхурова артерія кліпована. Групи хворих порівняні за віком, статтю, ускладненнями та супутніми захворюваннями. Кліпування міхурової артерії виконували у випадку:

1) магістрального типу розгалуження міхурової артерії;

2) розташування а. cystica попереду від d. cysticus.

Ключовим моментом даного способу є те, що деваскуляризація жовчного міхура виконується шляхом субсерозної діатермокоагуляції дрібних гілок міхурової артерії по стінці жовчного міхура без виділення та кліпування її магістрального стовбура [4].

Оцінка ефективності хірургічного лікування ЖКХ проведена на підставі вивчення безпосередніх результатів лікування в основній і контрольній групах. В основній групі у 337 (82,6%) із хронічним та у 71 (17,4%) хворого з гострим холециститом застосовано спосіб СДДГМА. В контрольній групі використовувалася традиційна методика ЛХЕ з кліпуванням міхурової артерії у 798 (86,9%) пацієнтів із хронічним і у 120 (13,1%) хворих з гострим холециститом. Виконання ЛХЕ в умовах гострого запалення, при виражених інфільтративних та рубцево-склеротичних змінах у зоні трикутника Callot пов'язано з ризиком пошкодження основних структур гепатодуоденальної зв'язки (магістральних жовчних проток, кровоносних судин). В подібній ситуації особливо вигідна

Таблиця 1. Ускладнення при ЛХЕ

| Ускладнення ЛХЕ | Групи хворих | |
|-----------------|------------------------|---------------------------|
| | Основна група n=408 | Контрольна група n=918 |
| Конверсія | 4 (1%)* | 20 (2,2%)* |
| Релапаротомія | 0 | 6 (0,65%)* |
| Пошкодження ПЖП | 0 | 4 (0,43%)* |

* – статистична достовірність відмінностей при $p < 0,05$.

методика ЛХЕ з СДДГМА. Використання такого способу коагуляції значно полегшує проведення маніпуляцій у зоні трикутника Callot і дозволяє уникнути пошкоджень ПЖП.

При виконанні ЛХЕ у пацієнтів з ожирінням мас місце надлишкове відкладання жирової клітковини в воротах печінки, що затруднює ідентифікацію холедоха, міхурової протоки та артерії. Перевага в основній групі пацієнтів (57,1%) з ожирінням I-IV ст. свідчить про можливість успішного застосування способу СДДГМА у хворих з надлишковою масою тіла.

Всупереч даним літератури [7], в нашій роботі не спостерігалося збільшення інтра- та післяопераційних ускладнень у пацієнтів, прооперованих із застосуванням способу СДДГМА. У цій групі хворих ЛХЕ завершена конверсією лише у 4 (1%) пацієнтів (табл. 1). У контрольній групі ЛХЕ завершена конверсією у 20 (2,2%) хворих. Виконання релапаротомії в ранньому післяопераційному періоді у контрольній групі було потрібне 6 (0,65%) пацієнтам: у 5 – через внутрішньочеревну кровотечу, у 1 – внаслідок дифузного жовчного перитоніту. В основній групі хворих релапаротомій не було.

Пошкодження ПЖП відзначено у 4 (0,43%) пацієнтів контрольної групи. Двом із цих хворих виконано пластику гепатикохоледоха на Керівському дренажі, двом – гепатикосноностомію на транспечінковому дренажі. При виконанні ЛХЕ з застосуванням способу СДДГМА пошкоджень ПЖП не спостерігалося.

Таким чином, ЛХЕ з використанням способу СДДГМА забезпечує ретельний та стійкий гемостаз, значно полегшує маніпуляції в зоні трикутника Callot при рубцево-склеротичному та інфільтративному процесі у хворих з гострим холециститом та є ефективним методом профілактики пошкоджень ПЖП.

Висновки: 1. Спосіб СДДГМА є ефективним методом профілактики пошкоджень ПЖП у випадку запальних та інфільтративних змін в зоні шийки жовчного міхура.

2. ЛХЕ із застосуванням способу СДДГМА є безпечною операцією та повинна стати методом вибору в лікуванні хворих з гострим холециститом, надлишковим відкладенням жирової клітковини в зоні гепатодуоденальної зв'язки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Донцов И.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков // Клиническая хирургия. – 2000. – № 10. – С. 31-33.
2. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в биллиарную хирургию. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
3. Ничитайло М.Е., Скумс А.В., Галочка И.П. Повреждения желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии // Клиническая хирургия. – 2001. – № 10. – С. 13-18.
4. Патент 3874 А Україна. МПК А61В17/00. Спосіб деваскуляризації жовчного міхура при відеолапароскопічній холецистектомії / О.С. Никоненко, С.М. Завгородній, М.Г. Головка, В.А. Грушка, Ю.І. Макаренко, А.В. Клименко, Д.А. Децик, І.В. Русанов (Україна). – Заявлено 15.04.2004; Опубл. 15.12.2004 // Бюл. № 12.
5. Фёдоров И.В., Славин Л.Е., Чугунов А.Н. Повреждение желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. – М., Триада-Х, 2003. – 80 с.
6. Шуркалин Б.К., Кригер А.Г., Горский В.А., Ованесян Э.Р., Андрейцев И.Л., Ржебаев К.Э. Осложнения лапароскопической холецистэктомии // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2001. – Т. 160, № 4. – С. 78 – 83.
7. Adamsen S., Hansen O.H., Funch-Jensen P., Schuize S. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: a prospective nationwide series // J. Am. Coll. Surg. – 1997. – Vol. 184. – P. 571-578.

УДК: 616.361-002-036.11+616.36-008.51]-089

ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ СПОСОБУ Й ОБСЯГУ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ І ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

П.Г. КОНДРАТЕНКО, О.О. БІЛОЗЕРЦЕВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Differentiated approach to a choice of a way and volume of surgical intervention at the patients with acute cholecystitis and obturative jaundice

P.H. KONDRATENKO, O.O. BILOZERTSEV

Donetsk State Medical University by M. Horky

У роботі дано порівняльний аналіз результатів лікування 478 хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею. У нашій клініці застосовується диференційований підхід до вибору термінів, способу й обсягу хірургічного втручання залежно від ступеня вираженості запальних змін у стінці жовчного міхура і ступеня вираженості обтураційної жовтяниці. Хворим з катаральною формою гострого холецистити і білірубінемією до 100 ммоль/л застосовується двоетапна оперативна тактика, а хворим з деструктивними формами гострого холецистити й обтураційною жовтяницею будь-якого ступеня вираженості і хворим з катаральною формою гострого холецистити і білірубінемією більше 100 ммоль/л застосовується триетапна оперативна тактика, що дозволило знизити частоту післяопераційних ускладнень з 7,2% до 1,2%, а післяопераційну летальність з 9,4% до 2,1%.

The comparative analysis of results of treatment of 478 patients with acute cholecystitis and obturative jaundice is given in work. In our clinics is applied differentiated approach to a choice of terms, way and volume of surgical intervention depending on a degree of inflammatory changes in a wall of gall-bladder and degree of obturative jaundice. At catarrhal form of acute cholecystitis and bilirubin level up to 100 mmol/l double-step operative tactics is applied, and at destructive form of acute cholecystitis and bilirubin level in blood of any degree and catarrhal form of acute cholecystitis with bilirubin level in blood more than 100 mmol/l three-step tactics of treatment is applied, that has allowed to lower frequency of postoperative complications from 7,2 % to 1,2 % and postoperative lethality from 9,4 % up to 2,1%.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Гострий холецистит, особливо його деструктивні форми, й обтураційна жовтяниця – два патологічних процеси, які взаємоускладнюють один одного, особливо в осіб літнього і старечого віку з наявністю ряду супутніх захворювань.

Дискутабельними і не до кінця вирішеними залишаються питання, що стосуються вироблення об'єктивних критеріїв визначення ступеня операційного ризику, єдиних тактичних установок хірургічного лікування хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею, вибору способу й обсягу оперативного втручання залежно від ступеня вираженості запальних змін у стінці жовчного міхура, ступеня вираженості обтураційної жовтяниці, віку хворих, ступеня тяжкості супутньої патології, тривалості захворювання [1,2,4].

Протягом багатьох десятиліть основним способом хірургічного лікування хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею була відкрита холецистектомія з ревізією холедоха і, при необхід-

ності, створенням холедоходуоденоанастомозу. Однак, незважаючи на значний прогрес у діагностиці і лікуванні даної патології, що досягнутий завдяки розробці і впровадженню в хірургічну практику нових діагностичних методик і лікувальних технологій, удосконалювання техніки операції і тактики лікування хворих, частота ранніх післяопераційних ускладнень складає 7-18%, а летальність 15-30%. Причому ці показники значно вище в хворих літнього і старечого віку, з тяжкою супутньою патологією, з деструктивними формами хвороби, а також у пацієнтів, що надходять у пізній термін від початку захворювання. Вважається, що висока післяопераційна летальність хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею значною мірою обумовлена неадекватним визначенням лікувальної тактики, вибором обсягу і характеру хірургічного втручання [3,4,5].

Незадоволеність результатами лікування, насамперед, перерахованих вище контингентів хворих стимулювала розробку і впровадження в клінічну практику цілого ряду малотравматичних втручання: лапа-

роскопічну холецистектомію (ЛХЕ), лапароскопічну холецистостомію (ЛХС), черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію під УЗ-контролем (ЧЧМХС), ендоскопічну папілосфінктеротомію з механічною літоекстракцією (ЕПСТ+МЛЕ). Ці операції супроводжуються значно меншим числом післяопераційних ускладнень і летальності [3,4].

Метою нашого дослідження стало обґрунтування диференційованого підходу до вибору показань, термінів, способу й обсягу хірургічного втручання у хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею залежно від ступеня вираженості запальних змін у стінці жовчного міхура, рівня білірубінемії.

Матеріали і методи дослідження. Нами проаналізовані результати лікування 478 хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею, що знаходилися в клініці госпітальної хірургії і ендоскопії Донецького державного медичного університету з 1996 по 2005 роки.

Вік хворих від 18 до 94 років. Особи літнього і старечого віку складала 68% пацієнтів. Усі вони мали ряд супутніх захворювань. Серед хворих переважали жінки- 302 (63,2%).

Визначальним фактором у вирішенні питань лікувально-тактичного характеру при гострому холециститі й обтураційній жовтяниці є установлення точного діагнозу. Для цього застосовувався комплекс інструментальних методів дослідження: ультразвукове дослідження (УЗД), фіброгастроуденоскопія (ФГДС) і ендоскопічна ретроградна холангіографія (ЕРХГ).

При надходженні в клініку сонографічне дослідження проводилося усім хворим. З загального числа хворих катаральна форма гострого холецистити виявлена в 153 (32%) хворих, а деструктивні форми виявлені в 325 (68%) хворих.

На підставі клінічних даних, результатів сонографічного дослідження, даних загальноклінічного і біохімічного досліджень вирішувалося питання про терміни оперативного лікування, його обсяги.

Усі хворі були поділені на дві групи. У першу (контрольну) групу ввійшли 235 (49,2%) хворих. У цій групі хворих в основному виконувалися одноетапні оперативні втручання, такі як: відкрита холецистектомія з холедохолітотомією (ВХЕ+ХЛТ) або з холедохолітотомією і створенням холедоходуоденоанастомозу (ВХЕ+ХЛТ+ХДА). Також у цю групу ввійшли хворі, яким застосоване як двоетапне лікування: ендоскопічна папілосфінктеротомія з механічною літоекстракцією (ЕПСТ+МЛЕ) з наступною лапароскопічною (ЕПСТ+МЛЕ+ЛХЕ) або відкритою холецистектомією (ЕПСТ+МЛЕ+ВХЕ), так і триетапне лікування при деструктивних формах гострого холецистити- декомпресія жовчного міхура: черезшкірна черезпечінкова

мікрохолецистостомія (ЧЧМХС) або відкрита холецистостомія (ВХС) з наступними ендоскопічною папілосфінктеротомією з механічною літоекстракцією (ЕПСТ+МЛЕ) і лапароскопічною (ЧЧМХС+ЕПСТ+ЛХЕ; ВХС+ЕПСТ+ЛХЕ) або відкритою холецистектомією (ЧЧМХС+ЕПСТ+ВХЕ; ЧЧМХС+ЕПСТ), але без обліку як ступеня жовтяниці і запальних змін у жовчному міхурі, так і термінів оперативних втручань.

Вдругу (основну) групу ввійшли 243 (50,9%) хворих, яким була застосована: одноетапна оперативна тактика при невдалих транспапільярних втручаннях – ВХЕ+ХЛТ; двоетапна оперативна тактика: рентгено-ендохірургічні транспапільярні втручання в поєднанні з лапароскопічною або відкритою холецистектомією (ЕПСТ+ЛХЕ; ЕПСТ+ВХЕ) при катаральній формі гострого холецистити і рівнем білірубінемії до 100 ммоль/л, і триетапна оперативна тактика – декомпресія жовчного міхура + рентгено-ендохірургічні транспапільярні втручання + лапароскопічна або відкрита холецистектомія (ЧЧМХС+ЕПСТ+ЛХЕ; ЧЧМХС+ЕПСТ+ВХЕ; ЛХС+ЕПСТ+ЛХЕ; ВХС+ЕПСТ+ЛХЕ) у хворих з деструктивними формами гострого холецистити, або у хворих з катаральною формою гострого холецистити і білірубінемією більше 100 ммоль/л з урахуванням термінів кожного етапу оперативних втручань, тобто в даній групі хворих вибір термінів, способу і обсягу хірургічного втручання залежав від ступеня вираженості запальних змін у стінці жовчного міхура і рівня білірубінемії.

Обидві групи були приблизно порівняні за статтю і віком, за термінами надходження в клініку, за клінічними проявами захворювання, за рівнем білірубіну сироватки крові. Співвідношення жінок і чоловіків в обох групах складало 1,7:1.

Результати дослідження та їх обговорення. У контрольній групі з 235 хворих оперовано в один етап традиційним способом 157 (66,8%) хворих, з яких 122 (51,9%) хворим виконана відкрита холецистектомія з холедохолітотомією і дренажуванням холедоха; 32 (13,6%) хворим виконана відкрита холецистектомія з холедохолітотомією і створенням холедоходуоденоанастомозу. У цю підгрупу ввійшло 3 (1,3%) хворих, яким не вдалося виконати першим етапом ендохірургічні транспапільярні втручання. Померло 11 (7,0%) хворих.

Черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія з наступною ліквідацією біліарного блоку (ЧЧМХС+ ЕПСТ) виконана 4 (1,7%) хворим, з яких 3 (1,3%) хворим цієї підгрупи після усунення запалення жовчного міхура та ліквідації біліарного блоку в подальшому відрадикального оперативного втручання вирішено відмовитися через наявність тяжкої супутньої патології і високого оперативного ризику; помер 1 (25,0%) хворий.

Дво- і триетапне лікування було застосовано в 77 (32,8%) хворих: ЕПСТ+ВХЕ- виконана 42 (17,9%) хворим. Померли 8 (19,1%) хворих. ЕПСТ+ЛХЕ – виконано 10 (4,2%) хворим. ЧЧМХС+ЕПСТ+ЛХЕ – виконано 1 (0,4%) хворому. ЧЧМХС+ЕПСТ+ВХЕ – виконано 16 (6,8%) хворим. У цій підгрупі не вдалося виконати другим етапом ЕПСТ – 2 (0,8%) хворим. Померли 2 (12,5%) хворих. ВХС+ЕПСТ+ЛХЕ виконано 3 (1,3%) хворим. У цю групу увійшли хворі, яким виконувалися дво- і триетапні оперативні втручання без обліку термінів і їхньої послідовності (таблиця 1).

Терміни виконання оперативних втручань хворим у контрольній групі складали від 5 до 17 діб з моменту надходження в клініку.

Ускладнення після оперативних втручань (ВХЕ) виникли у 17 (11,0%) хворих. З них: перитоніт – у 3 (1,9%) хворих; паравезикальний абсцес – у 8 (5,2%) хворих; сепсис – у 3 (1,9%) хворих; пневмонія – у 1 (0,6%) хворого; нагноєння в рані (евентерація) – у 1 (0,6%) хворого; зовнішня післяопераційна жовчна норича – у 1 (0,6%) хворого.

Причинами післяопераційної летальності у контрольній групі хворих були: панкреонекроз – у 3 (13,6%) хворих; гнійний холангіт – у 4 (18,2%) хворих; сепсис – у 3 (13,6%) хворих; гостре порушення мозкового кровообігу – у 1 (4,5%) хворого; неспроможність швів холецистоденоанастомозу – у 1 (4,5%) хворого; гостра печінково-ниркова недостатність – у 3 (13,6%) хворих; гострий інфаркт міокарда – у 1 (4,5%) хворого; перитоніт – у 1 (4,5%) хворого; перфорація гострої виразки дванадцятипалої кишки, пневмонія – у 1 (4,5%) хворого; гостра серцево-судинна недостатність – у 3 (13,6%) хворих.

Післяопераційна летальність склала 9,4%

В основну групу увійшло 243 (50,8%) хворих, у яких тактика лікування визначалася з урахуванням ступеня деструкції стінки жовчного міхура і вираженості обтураційної жовтяниці.

У 5 (2,1%) хворих, яким першим етапом не удалося з яких небудь причин виконати ендохірургічні транспапілярні втручання, виконана в один етап відкрита холецистектомія з холедохолітотомією.

Хворим з катаральною формою гострого холециститу і рівнем білірубіну до 100 ммоль/л була застосована двоетапна тактика оперативних втручань: ЕПСТ+ЛХЕ – виконане у 49 (20,2%) хворих; ЕПСТ+ВХЕ – виконане у 16 (6,6%) хворих. Померло 2 (12,5%) хворих. У цю підгрупу також увійшли хворі з деструктивними формами гострого холециститу, яким після ЧЧМХС не вдалося другим етапом ліквідувати біліарний блок – 7 (2,9%) хворих. Цим хворим виконана ВХЕ+ХЛТ. Помер 1 (14,3%) хворий.

Хворим основної групи з катаральною формою гострого холециститу і рівнем білірубіну більше 100 ммоль/л, а також хворим з деструктивними формами гострого холециститу застосовували триетапні оперативні втручання: першим етапом у перші 1-2 доби виконувалася декомпресія жовчного міхура шляхом черезшкірної чрезпечінкової мікрохолецистостомії, відкритої або лапароскопічної холецистостомії; другим етапом на 7-9 добу після першого етапу виконувалися рентгеноендохірургічні транспапілярні втручання і третім етапом на 7-10 добу після другого етапу виконувалася лапароскопічна або відкрита холецистектомія: ЧЧМХС+ЕПСТ+ЛХЕ – 133 (54,7%) хворих; ЧЧМХС+ЕПСТ+ВХЕ – 16 (6,6%) хворих; з яких помер 1 (6,3%) хворий; ЛХС+ЕПСТ+ЛХЕ – 3 (1,2%) хворих; ВХС+ЕПСТ+ЛХЕ – 8 (3,3%) хворих; ЧЧМХС+ЕПСТ – 6 (2,5%) хворих. У цій підгрупі 5 (2,1%) хворим після усунення запалення жовчного міхура та ліквідації біліарного блоку в подальшому відрадикального оперативного втручання вирішено відмовитись через наявність тяжкої супутньої патології та високого операційного ризику; помер 1 (16,7%) хворий (табл.2).

Таблиця 1. Оперативні втручання контрольної групи, ускладнення, летальність

| п/н | Назва операцій | Оперовано усього | Ускладнення | Померло |
|---------------------|--------------------------|------------------|-------------|-----------|
| Одноетапні операції | | 157 (66,8%) | 17 (10,8%) | 11 (7,0%) |
| у т.ч. | ВХЕ+ХЛТ | 122 (51,9%) | 14 (11,5%) | 7 (5,7%) |
| | ВХЕ+ХДА | 32 (13,6%) | 3 (9,4%) | 4 (12,5%) |
| | ВХЕ+ХЛТ при нееф. ЕПСТ | 3 (1,3%) | | |
| Двоетапні операції | | 54 (23,0%) | | 8 (19,1%) |
| у т.ч. | ЕПСТ+ВХЕ | 42 (17,9%) | | 8 (19,1%) |
| | ЕПСТ+ЛХЕ | 10 (4,2%) | | |
| | ЧЧМХС+ВХЕ при нееф. ЕПСТ | 2 (0,8%) | | |
| Триетапні операції | | 24 (10,2%) | | 3 (12,5%) |
| у т.ч. | ЧЧМХС+ЕПСТ+ВХЕ | 16 (6,8%) | | 2 (12,5%) |
| | ЧЧМХС+ЕПСТ+ЛХЕ | 1 (0,4%) | | |
| | ВХС+ЕПСТ+ЛХЕ | 3 (1,3%) | | |
| | ЧЧМХС+ЕПСТ | 4 (1,7%) | | 1 (25,0%) |
| | Усього | 235 (100%) | 17 (7,2%) | 22 (9,4%) |

Таблиця 2. Оперативні втручання основної групи, ускладнення, летальність

| п/н | Назва операцій | Оперовано усього | Ускладнення | Померло |
|---------------------|---------------------------|------------------|-------------|-----------|
| Одноетапні операції | | 5 (2,1%) | 1 (20,0%) | |
| | ВХЕ+ХЛГ при несеф. ЕПСТ | 5 (2,1%) | 1 (20,0%) | |
| Двоетапні операції | | 72 (29,6%) | 1 (1,4%) | 3 (4,2%) |
| у т.ч. | ЕПСТ+ЛХЕ | 49 (20,2%) | 1 (2,0%) | |
| | ЕПСТ+ВХЕ | 16 (6,6%) | | 2 (12,5%) |
| | ЧЧМХС+ВХЕ при несеф. ЕПСТ | 7 (2,9%) | | 1 (14,3%) |
| Триетапні операції | | 166 (68,3%) | 1 (0,6%) | 2 (1,5%) |
| у т.ч. | ЧЧМХС+ЕПСТ+ЛХЕ | 133 (54,7%) | | |
| | ЧЧМХС+ЕПСТ+ВХЕ | 16 (6,6%) | 1 (6,2%) | 1 (6,3%) |
| | ВХС+ЕПСТ+ЛХЕ | 8 (3,3%) | | |
| | ЛХС+ЕПСТ+ЛХЕ | 3 (1,2%) | | |
| | ЧЧМХС+ЕПСТ | 6 (2,5%) | | 1 (16,7%) |
| | Усього | 243 (100%) | 3 (1,2%) | 5 (2,1%) |

Після декомпресії жовчного міхура хворим виконувалася санація просвіту жовчного міхура і холедоха розчинами новокаїну, хлоргексидину, діоксидину. Застосовували антибактеріальні препарати, проводилося лікування супутніх захворювань.

Ускладнення після оперативних втручань в основній групі виникли у 3 (1,2%) хворих. З них: пневмонія у 1 (0,4%) хворого; панкреатит у 1 (0,4%) хворого; ТЕЛА у 1 (0,4%) хворого.

Після операції померли 5 хворих. Післяопераційна летальність склала 2,1%.

Причинами післяопераційної летальності хворих основної групи стали: панкреонекроз – у 1 (20,0%) хворого; гнійний холангіт, сепсис – у 2 (40,0%) хворих; гострий інфаркт міокарда – у 1 (20,0%) хворого; ТЕЛА – у 1 (20,0%) хворого.

Поліпшенню результатів хірургічного лікування хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею в основній групі сприяло застосування диференційованого підходу до вибору, способу, обсягу і термінів оперативного втручання залежно від вираженості запальних змін у стінці жовчного міхура і ступеня вираженості обтураційної жовтяниці, а також заходу, спрямованого на профілактику ряду післяопераційних ускладнень.

У такий спосіб у хворих з катаральною формою гострого холецистити і білірубінемією до 100 ммоль/л

на першому етапі лікування необхідно виконувати ліквідацію біліарного блоку шляхом папілосфінктеротомії, механічної літоекстракції; на другому етапі – лапароскопічну або відкриту холецистектомію;

Хворим з катаральною формою гострого холецистити і білірубінемією більше 100 ммоль/л і хворим з деструктивними формами гострого холецистити й обтураційною жовтяницею будь-якого ступеня вираженості – на першому етапі доцільно виконувати декомпресію жовчного міхура. Перевагу варто віддавати черезшкірній черезпечінковій мікрохолецистостомії під УЗ-контролем. Другим етапом доцільно ліквідувати біліарний блок; а третім етапом – лапароскопічну або відкриту холецистектомію;

Найбільш сприятливими термінами виконання першого етапу хірургічних втручань є 1-2 доба з моменту госпіталізації хворого, другого етапу – 7-9 доба після першого етапу, а третього етапу – 7-10 доба після ліквідації біліарного блоку;

Диференційований підхід до вибору способу, оптимального обсягу і термінів хірургічного втручання з урахуванням ступеня вираженості запального процесу в стінці жовчного міхура і рівня білірубінемії дозволив домогтися кращих результатів у лікуванні хворих з гострим холециститом і обтураційною жовтяницею, і знизити частоту післяопераційних ускладнень з 7,2% до 1,2%, а післяопераційну летальність – з 9,4% до 2,1%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.И., Григорьев С.Г., Калужский В.В., Наумова А.В. Этапное лечение больных острым холециститом в пожилом и старческом возрасте // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – № 1. – С. 7-8.
2. Ермолов А.С., Гуляев А.А. и др. Двухэтапное лечение острого холецистита с использованием методик малоинвазивной хирургии и видеолапароскопической техники // Сб. науч. трудов. Малоинвазив. вмешательства в хирургии. – Москва, 1996. – С. 23-29.
3. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В.

Двухэтапный способ хирургического лечения больных острым холециститом с высокой степенью операционного риска // Эндоскоп. хирургия. – 2000. – Т. 6, № 2. – С. 33-41.

4. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Элин А.Ф., Конькова М.В., Стукало А.А. Экстренная хирургия желчных путей / Руководство для врачей / Под ред. профессора П.Г. Кондратенко. – Донецк: Лебедь, 2005. – 434 с.

5. Мачулин Е.Г. Механическая желтуха неопухолевого генеза.: Минск: Харвест, 2000. – 157 с.

УДК: 616.381-089.191.1

КРІОДЕСТРУКЦІЯ ЗАДНЬОЇ СТІНКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Є.Д. ХВОРОСТОВ, С.О. БИЧКОВ, Р.М. ГРИНЬОВ, Ю.Б. ЗАХАРЧЕНКО

Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна

Cryodestruction of back wall of gallbladder at laparoscopic cholecystectomy

YE.D. KHVOROSTOV, S.O. BYCHKOV, R.M. HRYNYOV, YU.B. ZAKHARCHENKO

Kharkiv National University by V.N. Karazin

Розроблено новий спосіб лапароскопічної субтотальної холецистектомії, ефективність якого підтверджена експериментально на 30 кроликах породи Шиншилла. Автором наведено досвід виконання лапароскопічної субтотальної холецистектомії у 42 хворих на калькульозний холецистит. Аналіз результатів експериментальних досліджень і оперативних втручань показав безпечність і ефективність використання лапароскопічної субтотальної холецистектомії з кріодеструкцією слизової оболонки частини задньої стінки жовчного міхура, що залишилася.

It has been developed a new method of laparoscopic subtotal cholecystectomy, efficiency of which is confirmed on 30 experimental rabbits of the sort Chinchillas. The authors adduce the experience of performance of laparoscopic subtotal cholecystectomy at 42 patients with calculous cholecystitis. The analysis of results of experimental researches showed safety and efficiency of the laparoscopic subtotal cholecystectomy use with cryodestruction of mucous membrane of remaining part of back wall of gallbladder.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема радикальної холецистектомії під відеолапароскопічним контролем не є повністю вирішеною у тих випадках, коли жовчний міхур важко або неможливо видалити з печінки без значного ушкодження її паренхіми. Особливістю лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) у хворих на гострий холецистит і зі зморщеним жовчним міхуром є утруднене, внаслідок запального процесу і виражених рубцево-інфільтративних змін, відділення жовчного міхура від ложа, що обумовлює необхідність більш інтенсивного використання електрокоагуляції, яка нерідко призводить до значних пошкоджень печінки. В публікаціях останніх років висвітлюються питання безпечного застосування електрокоагуляції з метою гемо- і жовчостазу в ложі видаленого жовчного міхура. Моно- та біполярні електроди, що використовуються в лапароскопічній хірургії, викликають грубі пошкодження паренхіми печінки, що призводить до утворення коагуляційних некрозів та можливості відторгнення некротизованої тканини і розвитку вторинної кровотечі і жовчовитікання [1, 2, 6].

Ряд авторів [3, 7] в експериментальних дослідженнях довели несприятливу дію електрокоагуляції на паренхіму печінки в зоні ложа жовчного міхура при ЛХЕ. Вони стверджують, що в зоні дії спостерігаються виражені деструктивні зміни паренхіми печінки, що призводять до порушення нормальної

клітинної будови печінки, уповільнення процесів регенерації пошкодженої печінкової тканини і формування грубого сполучнотканинного рубця.

Надмірна агресивність електрокоагуляції і відсутність в даний час інших доступних і надійних методів зупинки кровотечі і жовчовитікання з ложа жовчного міхура при ЛХЕ вимагає пошуку нових рішень цієї проблеми. Останніми роками широке застосування в медицині знаходять низькі температури. На відміну від електрокоагуляції, яка викликає під час операції локальний нагрів тканин зі значними вогнищами коагуляційного некрозу, кровоплив не призводить до загибелі печінкової паренхіми, а навпаки, стимулює місцеві імунологічні реакції, які сприяють прискоренню регенерації. Дія низьких температур на тканині призводить до спазму судин і утворення в них тромбів, тим самим забезпечуючи надійний гемостаз [4, 5, 7].

Нами не знайдено робіт, присвячених дослідженню можливостей використання низьких температур для деструкції слизової оболонки задньої стінки жовчного міхура при ЛХЕ.

Метою дослідження є вивчення в експерименті гістоморфологічних і ультраструктурних змін печінки при дії монополярної електрокоагуляції і низьких температур на задню стінку жовчного міхура і розробка методики кріодеструкції слизової оболонки задньої стінки жовчного міхура при ЛХЕ.

Матеріали і методи. Експериментальне дослідження виконано на 30 кроликах-самцях породи Шиншила масою 3-3,5 кг. Завданням експерименту було вивчення в порівняльному аспекті пошкоджувальної дії на печінку монополярної електрокоагуляції і кріовпливу на задню стінку жовчного міхура після холецистектомії. Тваринам виконувалась холецистектомія за допомогою монополярного електрогачка. Залежно від методу обробки задньої стінки жовчного міхура тварини були поділені на 2 групи по 15 кроликів в кожній. В I групі тварин холецистектомія проводилась із залишенням задньої стінки жовчного міхура з подальшою мукоклазією частини жовчного міхура, що залишилася, монополярним електродом. В II групі тварин холецистектомія проводилась із залишенням задньої стінки жовчного міхура з подальшою мукоклазією частини жовчного міхура, що залишилася, за допомогою кріоаплікатора.

Температура активної частини кріоаплікатора складала -89°C , джерелом хладагенту був закис азоту. Кріовплив на слизову оболонку задньої стінки жовчного міхура проводили з експозицією 5 хвилин, що відповідало зниженню температури тканин до $-56 \pm 1^{\circ}\text{C}$ та призводило до деструкції слизової оболонки жовчного міхура. Контроль температури здійснювали за допомогою автоматичного потенціометра АКС-4-003 з використанням мідно-константової терморпари.

Гістологічне і електронно-мікроскопічне дослідження тканини печінки з ложа жовчного міхура проводилися безпосередньо після операції, на 1, 3, 7 і 14 добу після операції.

Субтотальна холецистектомія за розробленою нами технологією лапароскопічного видалення жовчного міхура із збереженням підслизово-м'язового шару у фіксованій до печінки стінці жовчного міхура (патент України №5893 від 15.03.2005) виконана у 28 хворих на гострий гангренозний холецистит і у 14 хворих із зморщеним жовчним міхуром. Жінок було 36, чоловіків – 6. Вік хворих коливався від 25 до 69 років.

Методика виконувалась в тих випадках, коли задня стінка жовчного міхура без значного пошкодження паренхіми печінки через рубцеві зміни не могла бути відокремленою від ложа.

Зміст методу полягає в наступному. Якщо після виділення, кліпування і перетинання міхурової протоки і артерії ми переконувалися в неможливості відділення жовчного міхура від ложа без значного пошкодження паренхіми печінки, то передню і частину задньої стінок жовчного міхура висікали за допомогою електрохірургічного гачка або ножиць в режимі різання і коагуляції якомога ближче до інтимно зрощеної з тканиною печінки частини задньої

стілки жовчного міхура. Висічена частина жовчного міхура разом із його вмістом поміщалася до контейнера. Далі проводили мукоклазію частини жовчного міхура, що залишилася. Мукоклазія проводилась кулеподібним електродом в режимі коагуляції (12 хворих) і кріоаплікатором (30 хворих).

Після закінчення операції підпечінковий простір ретельно санували фізіологічним розчином з антибіотиками. Потім в правому підребер'ї в місці розташування троакара дещо розширювали рану, через яку видаляли контейнер і встановлювали дренаж в підпечінковий простір.

Результати досліджень та їх обговорення. Експериментальні дослідження показали, що при холецистектомії із залишенням задньої стінки жовчного міхура використання електродеструкції слизової оболонки у тварин I групи призводило до некротичних змін паренхіми печінки в межах 2-3 печінкових часток із руйнуванням капсули печінки. Балочна будова печінки порушувалось за рахунок дистрофії, що мала характер гідропічної та балонної. На 14-ту добу експерименту виникали дистрофічні зміни клітин печінки у вигляді бовваніння мітохондрій і вакуолізації цистерн зернистої ендоплазматичної сітки, утворення грубого сполучнотканинного рубця на частині жовчного міхура, що залишилася.

Таким чином, результати проведеного експериментального дослідження показали, що при холецистектомії із залишенням задньої стінки жовчного міхура використання електродеструкції слизової оболонки викликає некротичні і дистрофічні зміни паренхіми печінки з руйнуванням капсули печінки і утворенням грубого сполучнотканинного рубця на частині жовчного міхура, що залишилася, тоді як кріогенна деструкція слизової оболонки викликає мінімальні дистрофічні зміни паренхіми печінки з більш коротким терміном їх відновлення і приводить до формування ніжного сполучнотканинного рубця.

Після експериментального обґрунтування кріодеструкції слизової оболонки задньої стінки жовчного міхура при холецистектомії даний метод був використаний при ЛХЕ.

Після деструкції за допомогою електрокоагуляції слизова оболонка частини задньої стінки жовчного міхура, що залишилася, була суцільною ділянкою коагуляційного некрозу. Особливістю перебігу післяопераційного періоду у хворих, яким мукоклазія проводилась методом електрокоагуляції, було підвищення температури увечері до $37,8-38,3^{\circ}\text{C}$ і значна кількість виділення ранового вмісту по дренажу впродовж 4-х днів після операції.

В подальшому після експериментального обґрунтування для виключення несприятливих наслідків

високотемпературної дії нами у 30 хворих була застосована кріодеструкція слизової оболонки частини жовчного міхура, що залишилася. До частини задньої стінки жовчного міхура, що залишилася, підводився кріоаплікатор власної конструкції. Як хладагент використовували закис азоту. Температура на робочій поверхні аплікатора складала -89°C , час досягнення робочої температури не більше ніж 10 сек., конструкцією апарату передбачений електрообігрів накопичувача кріоаплікатора впродовж 10-20 сек.

Кріовплив проводили впродовж 5 хвилин, що відповідало зниженню температури тканин до $-56\pm 1^{\circ}\text{C}$ та призводило до деструкції слизової оболонки. При великих розмірах частини задньої стінки жовчного міхура, що залишилася, кріовплив повторювали.

У хворих після кріодеструкції слизової оболонки ділянки жовчного міхура, що залишилася, перебіг післяопераційного періоду значно відрізнявся, порівняно з хворими, яким була проведена деструкція за допомогою електрокоагуляції. Больовий синдром і гіпертермія були менш виражені, практично було відсутнє виділення ранового вмісту по дренажу.

Середня тривалість ЛХЕ з кріодеструкцією слизової оболонки задньої стінки жовчного міхура складала $58,4\pm 6,6$ хвилин.

Висновки. 1. При експериментальному дослідженні встановлено, що дія монополярної електрокоагуляції на задню стінку жовчного міхура призводить до некротичних змін печінкової паренхіми в ділянці ложа жовчного міхура і утворення грубого сполучнотканинного рубця. Кріодеструкція слизової оболонки задньої стінки жовчного міхура викликає мінімальні зміни гепатоцитів в ложі жовчного міхура в межах фізіологічної компенсації.

2. Лапароскопічна субтотальна холецистектомія з кріодеструкцією слизової оболонки частини задньої стінки жовчного міхура, що залишається, розширює можливості ЛХЕ та виконується у тих випадках, коли, внаслідок рубцевих змін, виникають технічні труднощі відокремлення задньої стінки жовчного міхура від ложа печінки.

Перспективи розвитку досліджень в даній області хірургії полягають в розширенні використання кріометодів в лапароскопічній хірургії, що дозволить поліпшити результати хірургічного лікування хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брехов Е.И., Башилов В.П., Бобровский М.Ю., Лизин С.П. Трудности, ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии // Хирургия. – 1995. – №5. – С. 11-13.
2. Егоров В.И., Цвиллих С.М. Анализ послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – Т. 3, №2. – С. 20-22.
3. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. – Харьков: СИМ, 2005. – 367 с.
4. Литвиненко А.А. Характер и динамика структурных изменений

в печени под воздействием низких температур // Клиническая хирургия. – 1994. – №10. – С. 51-54.

5. Парамонова Л.М. Криохирurgia печени в эксперименте // Достижения криомедицины. – Санкт-Петербург, 2001. – С. 47-50.
6. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. – М.: Медицина, 1998. – 351 с.
7. Saliken J.C., McKinnor G., Gray R.R. et al. Liver cryosurgery with curative intent: can we realize the promise? // Can. Assoc. Radiol. J. – 1999. – Vol. 50, №5. – P. 295-297.

УДК 616.366-089.87:[616.369-083]

ПОРІВНЯННЯ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ФУНДОПЛІКАЦІЇ У ХВОРИХ З ЕФЕКТИВНОЮ Й НЕЕФЕКТИВНОЮ КОНСЕРВАТИВНОЮ ТЕРАПІЄЮ ГЕРХ. ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

В.В. ГРУБНИК, О.О. СОЛОМКО, В.В. ИЛЬЯШЕНКО, О.В. МЕДВЕДЕВ

Одеська обласна клінічна лікарня

Comparison of results of laparoscopic in patients with effective and noneffective conservative therapy of gastroesophageal reflux disease

V.V. GRUBNIK, O.O. SOLOMKO, V.V. ILYASHENKO, O.V. MEDVEDEV

Одеська обласна клінічна лікарня

Із 1993 по 2006 р в клініці лапароскопічно прооперовано 420 хворих із ГЕРХ. У всіх 420 хворих операції виконані з використанням лапароскопічної техніки: фундоплікація за Ніссеном виконана у 322 пацієнтів, фундоплікація за Ніссеном-Розетті у 42, фундоплікація за Тупе – у 24 хворих, фундоплікація за Ніссеном лапароскопічна ваготомія – у 30 хворих. Із 322 пацієнтів, яким була виконана лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном, доопераційну консервативну терапію отримували 80 % (258) хворих, із них у 178 пацієнтів отримано досить добрий результат. Однак після закінчення прийому медикаментів у хворих виникали рецидиви рефлюксної хвороби, що і стало показанням доопераційного лікування. У 80 хворих тривала доопераційна консервативна терапія була практично неефективна. На підставі результатів доопераційного консервативного лікування пацієнтів поділили на дві групи, у яких проводився аналіз віддалених результатів оперативного лікування. Ми не виявили закономірностей впливу результатів доопераційної консервативної терапії на віддалені результати хірургічного лікування.

From 1993 to 2006, 420 patients with gastroesophageal reflux disease have been operated in the clinics by means of laparoscopic technique: fundoplication by Nissen was carried out in 322 patients, fundoplication by Nissen-Rozetti – in 42 patients, fundoplication by – Toupet – in 24 patients, fundoplication by Nissen combined with laparoscopic vagotomy – in 30 patients. Among 322 patients who were undergone laparoscopic fundoplication by Nissen preoperative conservative therapy was carried out in 80 % (258) patients. In 178 patients wererecorded good results. However, after finishing the medicamentous treatment occurred the recurrence of reflux disease. It was the indication for operative treatment. In 80 patients prolonged preoperative conservative therapy was ineffective. Basing on the results of preoperative conservative treatment patients were divided into two groups in which the analysis of remote results of operative treatment was carried out. The conformities of influence of preoperative conservative therapy on remote results of surgical treatment were not revealed.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) спостерігається в 12-20% дорослого населення [1, 6]. Найчастішими клінічними проявами ГЕРХ є печія, болі за грудниною, дисфагія, кашель [2,4,5]. Було показано, що ГЕРХ впливає на якість життя хворих, а також є потенційним чинником ризику розвитку аденокарциноми стравоходу [3,5,6]. Консервативне лікування ГЕРХ, що полягає в призначенні дієти, антацидів, блокаторів H₂-гістамінових рецепторів, інгібіторів протонної помпи виявляється ефективним в 50-70% хворих [1, 3, 5]. Хірургічне лікування показано пацієнтам, у яких симптоми ГЕРХ рецидивують, незважаючи на тривалу медикаментозну терапію, а також пацієнтам з ускладненнями, такими як виразка або стриктура стравоходу, стравохід Баррета, аспіраційна пневмо-

нія. Протягом останнього десятиліття лапароскопічна фундоплікація за Ніссеном практично повністю витіснила лапаротомні й торакотомні втручання в більшості клінік світу, ставши "золотим стандартом" у лікуванні ГЕРХ [2, 3, 5, 7, 9]. Однак віддалені результати лапароскопічних втручань вивчені недостатньо. Останнім часом з'явився ряд публікацій, у яких вказується, що із часом симптоми ГЕРХ рецидивують в оперованих хворих. Для вироблення правильних показань до лапароскопічної фундоплікації, деякі автори пропонують урахувати клінічну ефективність призначення антисекреторної терапії, зокрема блокаторів протонної помпи [7,9,10].

Так, Juul-Hansen [6], аналізуючи результати лікування хворих з ГЕРХ у Норвегії, указує, що гарні результати отримані від застосування ланзопрозолу вказують на можливість одержання гарних результатів

після хірургічного лікування. Campos зі співавторами [7] проаналізували фактори що впливають на результати лапароскопічних фундоплікцій, вони вказали, що в групі хворих у яких спостерігався досить виражений ефект від застосування омепразолу, гарний результат спостерігався в 92% випадків. У тих хворих, у яких консервативна терапія була мало ефективною, гарний результат лапароскопічної фундоплікції отриманий тільки в 68% випадків. У той же час, англійські хірурги Р.М. Wilkerson зі співавторами [10] не виявили подібної закономірності.

Метою нашої роботи було вивчення факторів що впливають на віддалені результати лапароскопічної фундоплікції при лікуванні ГЕРХ і, зокрема, як впливають результати передопераційного консервативного лікування ГЕРХ на віддалені результати хірургічного лікування.

Матеріали й методи. З 1993 по 2006 рік у клініці лапароскопічно прооперовано 420 хворих з ГЕРХ; чоловіків-213, жінок-207; віком від 22 до 76 років, середній вік – $44,6 \pm 8,1$ років. У всіх 420 хворих операції виконані з використанням лапароскопічної техніки: фундоплікція за Ніссеном зроблена в 322 пацієнтів, фундоплікція за Ніссеном-Розетті – у 42 пацієнтів, фундоплікція за Тупе – в 24 хворих, фундоплікція за Ніссеном + лапароскопічна ваготомія – у 30 хворих. З 322 пацієнтів, яким була виконана лапароскопічна фундоплікція за Ніссеном, передопераційна консервативна терапія проводилася в 80% (258) хворих, з них у 178 хворих отримані досить гарні результати на тлі застосування інгібіторів протонної помпи (омез, ланзап). Однак, після закінчення прийому медикаментів у хворих виникали рецидиви рефлюксної хвороби, що й послужило показанням до оперативного лікування. В 80 хворих тривала доопераційна консервативна терапія з використанням інгібіторів протонної помпи була практично неефективна, хворі продовжували скаржитися на печію, болі в епігастрії й за грудниною, відрижку й дисфагію.

До операції всім хворим проводилось комплексне лабораторно-інструментальне обстеження. В обов'язковому порядку всім пацієнтам проводили ФЕГДС із біопсією зміненої слизоватої, рентгенологічне дослідження шлунка й стравоходу з контрастною речовиною в положенні Тренделенбурга, робили внутрішньостравохідну рН-метрію й манометрію. Про виразність кислотного рефлюксу судили за частотою й тривалістю епізодів зниження рН у дистальній третині стравоходу.

Про ефективність консервативного й хірургічного лікування судили за наявністю й вираженістю симптомів рефлюксної хвороби, а також на підставі рН-мониторінгу й манометрії в нижній третині страво-

ходу. Хірургічні втручання виконувалися за загальноприйнятими методиками: фундоплікція за Ніссеном – з формуванням повної 360° манжетки навколо стравоходу за рахунок фундального відділу шлунка з повною мобілізацією кардального відділу шлунка; фундоплікція за Ніссеном-Розетті – формування повної манжетки без перетинання коротких судин, що йдуть від селезінки до великої кривизни шлунка; фундоплікція за Тупе – формування позастравохідної манжетки 240° з фіксацією манжетки до стравоходу. При наявності гриж стравохідного отвору діафрагми останні ушивали шляхом зближення ніжок діафрагми при діастазі між ними до п'яти сантиметрів. При наявності більших гриж і діастазі між ніжками діафрагми більше п'яти сантиметрів ми використовували сітчасті алотрансплантанти (сітка Surgipro фірми Ethicon).

Віддалені результати вивчалися за допомогою розсилання анкет, кожні 6-12 місяців після операції, крім того хворих запрошували в клініку для повного клініко-лабораторного обстеження.

Результати досліджень і їх обговорення. При вивченні результатів хірургічного лікування у хворих з різним ефектом консервативної терапії з'ясувалося, що групи хворих за основними параметрами вірогідно не відрізнялися.

Після лапароскопічної фундоплікції померла одна хвора 76-ти років (летальність 0,24%), причина смерті – гострий інфаркт міокарда. Частота ускладнень після лапароскопічних операцій – 4,5%. Конверсія зроблена у 2-х (0,5%) хворих. Причини конверсії: в однієї пацієнтки ушкодження селезінки, у другого хворого – грижа стравохідного отвору діафрагми IV ступеня з переміщенням більше ніж 2/3 шлунка в плевральну порожнину.

Середнє перебування хворих у стаціонарі після лапароскопічних операцій склало $4,2 \pm 1,5$ ліжок-дні. Через 12-60 місяців після операції вивчені результати у 378 (90%) пацієнтів після лапароскопічних фундоплікцій. Після лапароскопічних фундоплікцій гарні результати спостерігалися в 92% хворих, рецидив ГЕРХ виявлений в 6% пацієнтів. Вивчення внутрішньостравохідного тиску в зоні стравохідно-шлункового переходу показало достовірне збільшення цього показника з $9,4 \pm 2,0$ мм рт. ст., до $16,2 \pm 3,0$ мм рт. ст. ($p < 0,05$). При об'єктивній оцінці результатів лікування відмінні й гарні результати (Visick I-II) отримані в 90,5% хворих після фундоплікції за Ніссеном, в 71% після фундоплікції за Ніссеном-Розетті й тільки в 65,4% після фундоплікції за Тупе. Рецидив ГЕРХ і погані результати після лапароскопічної фундоплікції в 70% хворих були обумовлені розбіжністю швів крурорафії, що призводило до міграції фундопліка-

Таблиця 1. Основні показники доопераційного обстеження в групах хворих з доброю ефективністю (група А) і недостатньою ефективністю консервативної терапії (група Б)

| Показники | Група А | Група Б | Статистичний показник, р |
|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. Кількість хворих: | (69%) | 80(31%) | |
| чоловіків | 96 | 52 | |
| жінок | 82 | 28 | |
| 2. Середній вік, роки | 44,8 ^{+7,5} | 47,5 ^{+6,2} | p>0,05 |
| 3. Середня вага, кг | 82 ^{+6,5} кг | 75 ^{+7,2} кг | p>0,05 |
| 4. Симптоми ГЕРХ | | | |
| печія | 167(94%) | 72(91%) | p>0,05 |
| відрижка | 158(89%) | 74(93%) | p>0,05 |
| дисфагія | 80(45%) | 37(46%) | p>0,05 |
| біль в епігастрії | 126(71%) | 60(75%) | p>0,05 |
| біль за грудиною | 37(21%) | 27(34%) | p>0,05 |
| наявність ерозивного езофагіту | 62(35%) | 32(40%) | p<0,05 |
| стравохід Баррета | 27(15%) | 3(4%) | p>0,05 |
| 5. Моторика стравоходу: | | | |
| нормальна | 96(54%) | 42(53%) | p>0,05 |
| уповільнена | 81(46%) | 38(42%) | p>0,05 |

ційної манжетки в грудну порожнину. Тільки в 30% хворих погані віддалені результати були обумовлені технічними проблемами при формуванні фундоплікаційної манжетки.

При порівнянні віддалених результатів у групі А і в групі Б виявилось, що гарні результати отримані в 94% хворих групи А і в 90% пацієнтів групи В- різниця виявилася статистично недостовірною. Поганих результатів Visick IV у групі А не було, а в групі Б були відзначені в 3% випадків. У цих хворих спостерігалось повернення симптомів ГЕРХ, відновлялись печія, відрижки, дисфагії. Ерозивний езофагіт у віддалений термін після оперативного лікування зник в 95% хворих групи А і в 89% групи В (різниця виявилася статистично недостовірною). При вивченні результатів хірургічного лікування у хворих з нормальною й порушеною моторикою стравоходу виявилось, що ефективність хірургічного втручання була однаковою при нормальній і при порушеній моториці. Гарні й відмінні результати отримані в 94% хворих з нормальною моторикою стравоходу і в 88% хворих з порушеною моторикою стравоходу (різниця статистично недостовірною).

У таблиці 2 наведена динаміка зміни симптомів після оперативного лікування.

При вивченні внутрішньостравохідного рН виявилось, що у хворих з добрими результатами після оперативного лікування позитивний тест DeMeester (тривалість зниження рН нижче 4 у просвіті нижньої третини стравоходу більше 4% від загального часу виміру рН) виявився тільки в 5% хворих, у той же час у групі хворих, у яких були отримані погані результати після хірургічного втручання, позитивний тест DeMeester був виявлений в 35% хворих (p<0,02).

Таким чином, нами не виявлено закономірності впливу результатів консервативної терапії на віддалені результати хірургічного лікування. Як у хворих з високою ефективністю консервативної терапії, так і з її недостатньою ефективністю у віддалений термін отримані досить добрі результати хірургічного лікування.

При вивченні інших факторів, що впливають на віддалені результати хірургічного лікування, нами виявлено, що певне значення має техніка формування фундоплікаційної манжетки. Найкращі результати отримані після фундоплікації за Ніссеном, гірші

Таблиця 2. Клінічні прояви ГЕРХ до й після операції

| Симптоми ГЕРХ | Частота симптомів ГЕРХ | | Статистичний показник, р |
|--------------------------|------------------------|----------------------------|--------------------------|
| | До операції | 3-6 місяців після операції | |
| Печія | 95% | 6% | <0,001 |
| Болі за грудиною | 54% | 4% | <0,01 |
| Регургітація | 59% | 3% | <0,01 |
| Дисфагія | 42% | 5% | <0,05 |
| Підвищене слиновиділення | 39% | 6% | <0,05 |
| Осиплість голосу | 14% | 8% | >0,05 |
| Кардіальний синдром | 10% | 5% | <0,05 |
| Напади астми | 9% | 4% | >0,05 |

результати були отримані після фундоплікації за Ніссеном-Розетті, що було обумовлено певним натягом шлунково-селезінкової зв'язки й фіксацією фундальної частини шлунка, що призводило до частих дисфагічних явищ. Після фундоплікації за Тупе погані результати були зумовлені рецидивом ГЕРХ за рахунок неспроможності клапанної функції манжетки. Найбільше значення у виникненні поганих результатів має рецидив грижі стравохідного отвору діафрагми, що призводить до зсуву сформованої манжетки в середостіння й рецидивів дисфагічних явищ.

Ретельний аналіз віддалених результатів лапароскопічних фундоплікацій при хірургічному лікуванні ГЕРХ показує важливе значення правильного технічного виконання оперативного втручання. Ретельне ушивання грижового дефекту й правильне технічне формування фундоплікаційної манжетки дозволяють одержати гарні віддалені результати з повною ліквідацією симптомів ГЕРХ. Ефективність передопераційної консервативної терапії не має істотного прогностичного значення для визначення результатів хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода.- М.: Медицина, 2000. – 350с.
2. Dahlberg P.S., Deschamps C., Miller D.L., Allen M.S., Nichols F.C., Pairolero P.C. Laparoscopic repair of large paraesophageal hiatal hernia // *Ann. Thorac. Surg.* – 2001. – 72. – P.1125-1129.
3. Farrell T.M., Archer S.B., et al. Heartburn is more likely to recur after Toupet fundoplication than Nissen fundoplication // *Am. Surg.* – 2000. – 66. – P. 236-237.
4. Fernanado H.C., Schauer P.R., Rosenblat M., Wald A., Buenaventura P., Ikramundin S., Luketich J.D. Quality of life after antireflux surgery compared with nonoperative management for severe gastroesophageal reflux disease // *J. Am. Coll. Surg.* – 2002. – 194. – P. 23-27.
5. Fibbe C., Luyer P. et al. Esophageal motility in fundoplication: a prospective, randomized clinical and manometric study // *Gastroenterology.* – 2001. – P. 121.
6. Juul-Hansen P., Rydning A., Jakobsen C.D., Hansen T. Highdose proton-pump inhibitors as a diagnostic test of gastroesophageal reflux disease in endoscopic-negative patients // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2001. – 36. – P. 806-810.
7. Campos G.M.R., Peters J.H., DeMeester T.R., Oberg S., Crookes P.F., Tan S., DeMeester S.R., Hagen J.A., Bremner C.G. Multivariate analysis of factors predicting outcome after laparoscopic Nissen fundoplication // *J. Gastrointest. – Surg.* – 1999. – 3. – P. 292-300.
8. Jobe B.A., Aye R.W., Deveney C.W., Domreis J.S., Hill L.D. Laparoscopic management of giant type III hiatal hernia and short esophagus: objective follow up at three years // *J. Gastrointest. Surg.* – 2002 – 6. – P. 181-188.
9. Ferguson M.K., Naunheim K.S., McKesey P., Hazelrigg S.J., Sanntucci T.S., Macherey R.S., et al. Laparoscopic management of giant paraesophageal herniation // *Ann. Thorac. Surg.* – 2001. – 71. – P. 1080-1087.
10. Wilkerson P.M., Stradford J., Jones L., Sohanpal J., Booth M.I., Dehn T.C.B. A poor response to proton pump inhibition is not a contraindication for laparoscopic antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease // *Surgical Endoscopy.* – 2005. – Vol. 19, № 9. – P. 1272-1277.

УДК 616.346.2-002.1:616.381-072.1

ОПЕРАТИВНА ТАКТИКА ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ АПЕНДЕКТОМІЇ У ХВОРИХ НА ПЕРИТОНІТ

МІМІНОШВІЛІ О.І., ЯРОЩАК С.В., СОПЕЛЬНЯК В.П., МІМІНОШВІЛІ А.О., СІМОНЕНКО К.П.

Інститут невідкладної і відновної хірургії ім. В.К.Гусака АМН України, м.Донецьк.

Operative tactics at laparoscopic appendectomy at the patients with peritonitis

O.I. MIMINOSHVILI, S.V. YAROSHCHAK, V.P. SOPEL'NIK, A.O. MIMINOSHVILI, K.P. SIMONENKO

Institute of Emergent and Renewal Surgery by V.K. Husak of AMS of Ukraine, Donetsk

Вивчено досвід 576 лапароскопічних апендектомій. У 37 хворих при ревізії черевної порожнини діагностовано розлитий серозний і серозно-фібринозний перитоніт, а в 6 хворих розлитий гнійно-фібринозний перитоніт. Неодмінною умовою проведення лапароскопічної апендектомії (ЛАЕ) і лапароскопічної санації при розлитому перитоніті є повноцінна візуалізація усіх відділів черевної порожнини. При вираженому метеоризмі показаний перехід до лапаротомії.

Experience of 576 laparoscopic appendectomies has been investigated. Diffuse serous and sero-fibrinous has been diagnosed at examination of a abdominal cavity in 37 patients peritonitis, and in 6 patients – diffuse purulently peritonitis. An indispensable condition for realization of laparoscopic appendectomy and laparoscopic sanitations at diffuse peritonitis is high-grade visualization of all parts of abdominal cavity. At expressed swelling transition to laparotomy is shown.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема оперативного лікування гострого апендициту і його ускладнень незважаючи на свою вікову історію продовжує залишатися актуальною й у наші дні, про що свідчать численні публікації, проведені за цієї тематики різні конференції, з'їзди і форуми [1, 5]. Одним з дискусійних на сьогоднішній день залишається питання про способи хірургічного лікування гострого деструктивного апендициту, ускладненого розлитим перитонітом. Новий виток інтересу до цієї проблеми зв'язаний з активним впровадженням у клінічну практику малоінвазивних методів оперативних втручань [2, 4].

На сьогоднішній день більшість хірургів при підозрі на деструктивні форми апендициту, ускладненого перитонітом використовують лапаротомний доступ або в правій здухвинній ділянці, за Волковичем, або виконуючи нижньосерединну лапаротомію. Альтернативою лапаротомії є лапароскопічні методи апендектомії і санації черевної порожнини при перитоніті [2].

Незважаючи на здавалося б очевидні переваги лапароскопічних операцій, – мінімізація травми, рання активація пацієнтів у післяопераційному періоді, зниження кількості гнійно-септичних ускладнень, значний економічний ефект порівняно з традиційними операціями [2], – більшість хірургів з побоюванням ставлять до впровадження цього методу при деструктивних формах апендициту і розлитому перитоніті.

Мета роботи полягає в оптимізації лапароскопічного лікування хворих з гострим деструктивним апендицитом, ускладненим розлитим перитонітом.

Матеріали і методи. З 2001 по 2004 рік у відділі абдомінальної хірургії і політравми Інституту невідкладної і відновної хірургії АМН України на лікуванні знаходилося 565 хворих, прооперованих із приводу гострого апендициту з використанням лапароскопічної техніки. З них у 392 хворих діагностовано флегмонозний апендицит, у 114 – гангренозний і в 16 хворих – гангренозно-перфоративний апендицит. У 451 хворого запальна реакція очеревини виражалася розвитком місцевого серозного, серозно-фібринозного перитоніту, у 28 – місцевого гнійного перитоніту. У 37 хворих при ревізії черевної порожнини діагностовано розлитий серозний і серозно-фібринозний перитоніт, а в 6 – розлитий гнійно-фібринозний перитоніт. Усі хворі з розлитим перитонітом надійшли в стаціонар пізніше 24 годин від початку захворювання.

Усі хворі були оперовані лапароскопічним методом. Показання до проведення лапароскопічної апендектомії (ЛАЕ) були такими ж, що і до проведення відритої операції. Однак, варто враховувати, що ЛАЕ найчастіше передувало проведення діагностичної лапароскопії, що особливо актуально у випадках з нечіткою апендикулярною симптоматикою.

ЛАЕ виконувалася зі стандартних позицій з використанням лапароскопа і двох маніпуляторів. Після накладання пневмоперитонеуму з використанням

голки Вереща, перший 10 мм троакар вводили під пупком. У подальшому під контролем лапароскопа 5 мм троакар вводили у лівій здухвинній ділянці, третій – 10 мм троакар – у правій здухвинній ділянці. На столі хворий знаходився в положенні Тренделенбурга на лівому боці (позиція за Дюрангом), монітор розташовувався праворуч біля ніжного кінця хворого, хірург – ліворуч від пацієнта, асистент – навпроти. У стандартних ситуаціях для виконання ЛАЕ досить наявності хірурга й одного асистента. При необхідності можливе залучення до операції другого асистента з формуванням додаткових портів для введення допоміжного інструментарію.

Результати й обговорення. Лапароскопічне лікування розлитого перитоніту на ґрунті деструктивних форм апендициту складається із декількох етапів: 1 етап – видалення джерела перитоніту (змінений апендикулярний відросток); 2 етап – санація черевної порожнини розчинами антисептиків, видалення ексудату і фібринозних напашувань, розкриття затікань, установка дренажів; 3 етап – програмовані лапароскопічні санації черевної порожнини через 24, 48 годин (за показаннями).

Під час виконання лапароскопічної операції, незалежно від упевненості хірурга в діагнозі гострого апендициту, слід детально і послідовно оглянути всю черевну порожнину, тому що в деяких випадках можливе посідання гострого апендициту з іншими хірургічними і гінекологічними захворюваннями черевної порожнини. Після цього приступають до прицільного огляду правої здухвинної ділянки і порожнини малого таза.

Після візуалізації червоподібного відростка і виділення останнього зі спайок поетапно коагулюють брижі відростка. На основу останнього накладають дві кліпси, між якими відросток перетинають. Слизову кукси коагулюють. Відсічений апендикс видаляють через троакар у правій здухвинній ділянці.

У випадку, коли при ревізії черевної порожнини діагностували розлитий перитоніт у правому і лівому підребер'ях установлюють два додаткових 5 мм порти й операцію виконують з п'яти портів. Зазначене розміщення лапароскопічних портів є найбільш раціональним і дозволяє в повному обсязі оглянути всю черевну порожнину, провести її ретельну санацію і дренажування.

Після узяття перитонеального ексудату на дослідження проводили лаваж і санацію усіх відділів черевної порожнини, для чого використовували озонований розчин фурациліну. Обов'язковим є ретельна евакуація промивної рідини, згустків фібрину і гною. Операція закінчувалася підведенням дренажу до місця операції, а у випадку розлитого перитоніту дре-

нажі встановлювалися також по правому і лівому фланку, у правій і лівій підфрагмальній простір і в малий таз. У хворих з вираженими запальними змінами з боку очеревини, з наявністю більше 200 мл ексудату в передню черевну стінку імплантували запропоновані нами гільзи [3] для проведення програмованих санацій черевної порожнини.

Усім 37 хворим з розлитим серозним і серозно-фібринозним перитонітом виконана ЛАЕ, провести повноцінний лаваж і санацію черевної порожнини вдалося у 35 (94,6%) хворих. Труднощі виникли в 2-х хворих і були зв'язані з утрудненою візуалізацією усіх відділів черевної порожнини через виражене здуття кишечника. У зв'язку з цим вирішено перейти до лапаротомії і провести оперативне втручання традиційним способом.

З аналогічними труднощами ми зіштовхнулися і при проведенні лапароскопічної санації в хворих на розлитий гнійний перитоніт. У 4-х хворих (66,6%) ми були змушені зробити конверсію і виконувати апендектомію і лаваж черевної порожнини з лапаротомного доступу, – середньо-нижньо-серединної лапаротомії, з яких в одного хворого перехід до лапаротомії був пов'язаний не тільки з вираженим здуттям кишечника, але і з гангренозними змінами у основі відростка, що утруднювало накладання кліпси. У 2-х хворих (33,3%) вдалося виконати ЛАЕ і провести лапароскопічну санацію черевної порожнини. Однак у 1-го хворого (16,6%) через добу, у зв'язку з прогресуванням перитоніту, зроблена лапаротомія. Причиною тривалого перитоніту стала неадекватна санація черевної порожнини через виражений метеоризм.

8 хворим (21,6%) з розлитим серозно-фібринозним перитонітом і 2-м хворим (33,3%) з розлитим гнійно-фібринозним перитонітом у зазначених вище точках передньої черевної стінки були встановлені запропоновані нами гільзи для проведення програмованих санацій черевної порожнини. В одного хворого з фібринозно-гнійним перитонітом у зв'язку з прогресуванням перитоніту була виконана лапаротомія, лаваж і дренажування черевної порожнини, інтубація кишечника з наступним проведенням 2-х програмованих лапароскопічних санацій. У 5 хворих виконана одна післяопераційна санація, у 2-х пацієнтів – проведено 2 санації й у 2-х – 3 післяопераційні санації черевної порожнини.

Використання запропонованого способу лікування деструктивних форм апендициту, ускладненого розлитим перитонітом, у 32 хворих дозволило скоротити тривалість і травматичність оперативного втручання, звести практично до нуля кількість післяопераційних ускладнень, скоротити в 2 рази тривалість стаціонарного лікування.

Запропонований спосіб лікування деструктивних форм апендициту, ускладненого розлитим перитонітом, дозволяє раціонально підходити до вибору тактики оперативного лікування в хворих на розлитий серозний чи серозно-фібринозний перитоніт, знизити травматичність і тривалість операції, значно зменшити кількість післяопераційних ускладнень і в 2 рази скоротити тривалість стаціонарного лікування.

Висновки. 1. При розлитому перитоніті на ґрунті гострого деструктивного апендициту найдоцільні-

шим є виконання ЛАЕ і санації черевної порожнини з проведенням адекватної антибактеріальної терапії.

2. У випадку виявлення при лапароскопії розлитого перитоніту, який супроводжується метеоризмом чи наявності деструктивних змін основи червоподібного відростка показане проведення апендектомії і санації черевної порожнини лапаротомним доступом.

3. Проведення програмованих лапароскопічних санацій черевної порожнини в хворих на розлитий гнійний перитоніт можливе у випадку ліквідації здуття кишечника.

ЛІТЕРАТУРА

1. Антонюк С.М., Андриенко І.Б., Ахрамеєв В.Б., Головня П.Ф., Свиридов Н.В. Применение лазера в лечении острого аппендицита // Клінічна хірургія. – 2003. – №7. – С.61.
2. Бронштейн А.С., Луцевич О.Э., Ривкин В.Л., Мухин В.Б., Запорожцев Д.А. Эндоскопия, эндохирургия, литотрипсия (краткий справочник) // М. – Медпрактика. – 2000. – 96с.
3. Декларацийний патент на винахід 38079А. – Україна. – 7А61В17/34. Гільза для проведення лапароскопа та маніпуляторів в черевну порожнину при лікуванні перитоніту / Міміношвілі О.І., Яроцак С.В., Чурілов А.В., Український В.В., Сухінін М.В. – Заявлено 26.05.2000. – №2000052999. – Опубл. 15.05.2001. Бюл.№4.
4. Стрижелецкий В.В., Рутенбург Г.М., Михайлов А.П. Осложнения в абдоминальной эндовидеохирургии // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – №5. – С.3-11.
5. Шальгин В.А., Ерошенко Л.Б., Солнышко А.Л., Бочаров Р.В., Шальгин А.В. Диагностическое и прогностическое значение исследования белков острой фазы при аппендикулярном перитоните у детей // Клиническая лабораторная диагностика. – 2002. – №7. – С.7-9.

УДК 616.37-006.6-07

ВИБІР МЕТОДУ БІОПСІЇ ПРИ РАКУ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

В.Г. ЯРЕШКО, С.Г. ЖИВИЦЯ, Л.М. БАМБИЗОВ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Choice of biopsy method at cancer of pancreas

V.G. YARESHKO, S.G. ZHIVITSA, L.M. BAMBYZOV

Zaporizhzhian Medical Academy of Postgraduate Education

Проаналізовано результати морфологічних досліджень 231 біоптату раку підшлункової залози, отриманого різними методами. Доопераційна верифікація діагнозу проводилася шляхом забору матеріалу при фіброгастроуденоскопії (78) та трепан-біопсії підшлункової залози (66) під контролем сонографа. Достатньою для пункції сонографічна візуалізація пухлини була тільки у 30% хворих. Дані методики не вимагали проведення загального наркозу, ускладнень не зареєстровано. Інтраопераційно біопсія пухлини проведена 71 хворому методом інцизії, що потребувало у кожного четвертого проведення додаткових маніпуляцій для профілактики ускладнень, а також 16 трепан-біопсій через передню стінку дванадцятипалої кишки під візуальним контролем. Проведені дослідження показали низьку чутливість ендоскопічної методики – 27,2%, інтраопераційної інцизійної – 48% та інтраопераційної трепан-біопсії 56%. Найбільший відсоток позитивних результатів отриманий при проведенні доопераційної трепан-біопсії підшлункової залози під контролем сонографа – 89%.

The results of morphological researches are analysed 231 biopsies of pancreas cancer, got by different methods. Preoperative verification of diagnosis was conducted by drawing the material by an fibrogastroduodenoscopy method (78) or trepan-biopsy of pancreas (66) under the control of sonography. These methods did not require the general anesthetization, complications were not registered. However, possible sonography visualization of tumour was sufficient for puncture is only at 30% patients. An incision in 71 cases biopsy was conducted during operation. Thus, in 25% cases additional manipulations were required for warning of complications. 16 trepan-biopsies were conducted during operation under the visual control. The conducted researches showed the low sensitiveness of endoscopy method – 27,2 %, of intraoperative incision – 48 %. The most percentage of positive results is got during preoperative trepan-biopsy (56%) and at preoperative trepan-biopsy under the control of sonography (89 %).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Не зважаючи на значне розповсюдження сучасних візуалізаційних методів діагностики, до теперішнього часу відсутні специфічні ультразвукові (УЗ), комп'ютерно-томографічні (КТ) ознаки різних вогнищевих уражень підшлункової залози (ПЗ) [1,2,3,5]. В зв'язку з цим, за даними як вітчизняних, так і зарубіжних авторів, зберігається дуже висока частота експлоративних лапаротомій, що досягає при раку підшлункової залози (РПЗ) 80% [1,2]. Основний акцент при використанні інструментальної діагностики повинен робитися не тільки на виявленні пухлини як такої з вірогідним встановленням її природи, але і на визначенням стадії захворювання, особливо в тих випадках, коли мова йде про рак. Такий підхід збільшить частоту радикальних операцій, а також обмежить кількість необґрунтованих діагностичних лапаротомій [3]. Абсолютним свідченням нерезектабельності раку підшлункової залози можуть бути морфологічно верифіковані метастази печінки, регіонарні лімфатичні вузли або інші віддалені метастази, а також проростання пухлини в

магістральні судини або сусідні органи [1]. Гістологічний діагноз дозволяє призначити неoad'ювантну хіміотерапію, а при пухлинах з низьким потенціалом злоякісності навіть видалити основне пухлинне вогнище за наявності метастазів. Наприклад, при карциноїдній пухлині наявність декількох метастазів не є причиною відмови від операції, а лише розширює її об'єм за рахунок резекції печінки [4].

За даними деяких авторів [1,2,3,4] чутливість цитологічного дослідження при діагностичних пункціях у хворих з РПЗ складає 88%, гістологічного – 91%. В середньому чутливість тонкоігловидної аспіраційної біопсії в діагностиці злоякісного процесу наближається до 72% [1,5]. Слід пам'ятати, що черезшкірна пункція може бути вельми ризикованим заходом і не забезпечує від ускладнень, частота яких складає 0,006-0,02% і може бути обумовлена розвитком кровотечі, панкреатиту і навіть панкреатичної нориці, інфекції тощо [1,3].

Мета роботи. Вивчити інформативність різних методів доопераційної та інтраопераційної біопсії в діагностиці раку підшлункової залози.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів морфологічних досліджень, виконаних у хворих на рак підшлункової залози, що перебували на лікуванні в Запорізькому центрі хірургії печінки, жовчовивідних шляхів і підшлункової залози з 1999 по 2006 роки. Всього було виконано 231 біопсію підшлункової залози. За даними морфологічного дослідження були виявлені, в основному, різні за структурою і диференціюванням аденокарциноми.

Доопераційну верифікацію проводили шляхом взяття біопсійного матеріалу ендоскопічним методом – 78 (33,7%) або трепан-голкою під контролем сонографа – 66 (28,6%). Інтраопераційно проводилася інцизійна – 71 (30,8%) або трепан-біопсія під візуальним контролем – 16 (6,9%).

Показанням до пункції під контролем сонографа вважали наявність вогнища, що візуалізується в тканині залози, підозрілого на злоякісне, а також саме дифузне збільшення і зміна ультразвукової архітекτονіки всієї залози чи будь якого анатомічного її відділу. Необхідно зазначити, що достатня для пункції за розмірами візуалізація пухлини ПЖ відмічена тільки в 30% хворих.

Мінімальний розмір пунктованої пухлини був 1,5 см в діаметрі, максимальний – 12 см. Патологічний процес локалізувався в головці залози у 205 (88,8%) хворих, в тілі – у 9 (3,9%), в хвості – у 15 (6,5%) і у 2 (0,8%) відмічено дифузне збільшення залози.

Візуальний контроль здійснювали, використовуючи ультразвукові апарати "Combizon-320-5" і "Ultima Pro 30" методом "free hand" під місцевою анестезією розчинами новокаїну або лідокаїну, з потенціюванням фентанілом та димедролом. Необхідності в загальному наркозі не виникало. Траєкторія доступу обиралася виходячи із знаходження безпечного акустичного вікна. Пункції виконували через передню черевну стінку, використовуючи голки Unicut, Bioscut 16-22G фірми Bard. При локалізації патологічного вогнища в головці і тілі ПЗ пункційна біопсія виконувалася через шлунок або дванадцятипалу кишку. Обов'язковою умовою вважали виключення ентерального живлення протягом доби після пункції. Ускладнень через пірних пункційних біопсій ПЗ ми не спостерігали.

На етапі освоєння методу в 4 випадках була проведена тонкоголкова аспіраційна біопсія тканинних утворень для цитологічного дослідження, яка у всіх випадках дала псевдонегативний результат. Тому ми відмовилися від даної методики зважаючи на її малоефективність. Надалі проводилася тільки товстоголкова трепан-біопсія, що дозволяла одержувати достатній матеріал для гістологічного дослідження.

При пухлинах ПЗ з наявним в центрі рідинним компонентом попередньо для цитологічного дослідження голкою Чіба відсмоктували їх вміст, а потім трепан-голкою проводився забір самої пухлини, тобто одномоментно виконували 2 маніпуляції.

Всього з приводу утворень ПЗ проведено 66 трепан-біопсій і 5 цитологічних досліджень. У 8 (12,1%) випадках виникла потреба в повторних біопсіях внаслідок відсутності достатньої кількості матеріалу для гістологічного заключення та при наявності в біоптатах тканин в стадії розпаду, які непридатні для дослідження.

Ендоскопічний забір біопсійного матеріалу проводився при проростанні пухлини підшлункової залози в ДПК (27) або за наявності візуально змінених тканин в глибині рани після попередньо проведеної ендоскопічної папілотомії (51).

Інтраопераційна біопсія пухлини ПЗ у всіх випадках була обов'язковою при лапаротомії в діагностиці раку. Показанням до її виконання була наявність новоутворення в ПЗ різних розмірів (від 1-2 см і більш) без видимих метастазів.

Всього вона була виконана 71 хворому. У 18 випадках (25,3%) після ексцизії мала місце кровотеча, що вимагало додаткових маніпуляцій, включаючи шви на підшлункову залозу. При цьому у 37 хворих (52,1%) отримана псевдонегативна відповідь. Це обумовлено особливостями самого методу – одержувати біопсійний матеріал з поверхневих ділянок залози за наявності змін хронічного характеру тканини і без чіткої візуалізації пухлини. З приводу чого для інтраопераційної біопсії стали частіше використовувати трепан-голки, що дозволяють одержати матеріал з глибини ПЗ (16 випадків) під візуальним контролем через передню та задню стінку дванадцятипалої кишки (при пухлині головки). Ускладнень при цьому не спостерігалось. Помірна кровотеча з місця пункції завжди зупинялася при тисненні тупфером протягом 3-5 хв. Навіть попадання голки у вірсунгову протоку з незначним підтіканням панкреатичного соку з місця пункції не створювало після себе яких-небудь наслідків.

Для аналізу ефективності використаних методів біопсії ПЗ був проведений розрахунок чутливості кожного з них. Найменші показники чутливості отримані при ендоскопічній біопсії – 27,2%, інтраопераційній інцизійній біопсії – 48%, інтраопераційній трепан-біопсії – 56%. Найбільший відсоток чутливості отриманий при трепан-біопсії під контролем сонографа – 89,4%.

Висновки: 1. На доопераційному етапі трепан-біопсія під сонографічним контролем з гістологічною

верифікацію діагнозу є найбільш безпечним і чутливим методом діагностики раку ПЗ.

2. Найбільш інформативним інтраопераційним методом морфологічної верифікації діагнозу РПЗ є біопсія за допомогою трепан-голок.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А., Вишневикий В.А. Рак поджелудочной железы. – М. ИД Медпрактика-М, 2003. – 386с.
2. Мишин В.Ю., Панкратьев А.В., Бабаев Д.Р. Чрескожная пункционная биопсия в диагностике очаговых поражений поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. – Т. 3. – № 3. – 1998. – С.235-236.
3. Пропп А.Р., Стефановский В.Г., Демин Д.И. и др. Чувствительность различных методов интраоперационной биопсии головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. – Т. 8. – № 2. – 2003. – С.247.
4. Choi B.I., Chung M.J., Han J.K. et al. Detection of pancreatic adenocarcinoma: relative value of arterial and late phase of spiral CT // *Abdom. Imaging*. – 1997. – Vol. 52. – P.24-30.
5. Spitz F.R., Abbruzzese J.L., Lee J.E., et al. Preoperative and postoperative chemoradiation strategies in patients treated with pancreaticoduodenectomy for adenocarcinoma of the pancreas // *J. Clin. Oncol.* – 1997. – Vol. 15. – P. 928 -937.

УДК 616.37-002.4-089

РОЛЬ І МІСЦЕ МІНІ-ІНВАЗИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

П.Г. КОНДРАТЕНКО, А.А. ВАСИЛЬЄВ

Клініка госпітальної хірургії і ендоскопії
Донецького державного медичного університету ім. М. Горького

Role and place of miniinvasive surgical interventions in treatment of acute pancreatitis

P.H. KONDRATENKO, A.A. VASYLYEV

Clinics of Hospital Surgery and Endoscopy of Donetsk State Medical University by M. Horky

Приведено аналіз лікування 2808 хворих на гострий панкреатит у віці від 19 до 76 років. Хворі поділені на дві групи. У першій групі (1398 хворих) застосовувалася традиційна тактика лікування хворих на гострий панкреатит (ГП). Післяопераційна летальність у цій групі склала 22,5%. Лікувальна тактика була удосконалена. В її основу була покладена сонографічна діагностика форми, поширеності і ускладнення гострого панкреатиту, диференційовані показання, вибір способу і об'єму хірургічного втручання при ускладненнях гострого панкреатиту. В досліджуваній групі (1410 хворих) застосовувалася рання сонографічна діагностика проявів ГП, сонографічний моніторинг і, переважно, міні-інвазивні хірургічні втручання: дренування порожнинних збирань рідини під ультразвуковим контролем, ЧЧМХС, люмботомії малим доступом, ЕПСТ. Питому вагу лапаротомії вдалося зменшити із 65,1% до 9%. Застосування удосконаленої тактики дозволило знизити загальну летальність при ГП з 3,7% до 1,6%, а післяопераційну летальність з 22,5% до 3,5%.

The analysis of treatment of 2808 patients with acute pancreatitis in the age from 19 to 76 years is given. The patients are divided into two groups. In the first group (1398 patients) traditional tactics of treatment of the patients with acute pancreatitis (AP) was applied. Postoperative mortality in this group was 22,5 %. Treatment tactics was advanced. In its basis was put ultrasound diagnostics of the form, prevalence and complications of acute pancreatitis, differentiat indications, choice of a way and type of surgical intervention at complications of acute pancreatitis. In researched group (1410 patients) early diagnostics of AP signs, ultrasound monitoring and mainly miniinvasive surgical interventions were applied. The laparotomies rate is reduced from 65,1% to 9 %. The application of advanced tactics has allowed to lower total mortality at AP from 3,7 % to 1,6 %, and postoperative mortality from 22,5 % up to 3,5 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність теми хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит (ГП) визначається рядом обставин. В останнє десятиріччя відзначається неухильне зростання числа хворих на гострий панкреатит, особливо з деструктивними формами. Загальна летальність коливається від 4,5% до 15%, при деструктивному панкреатиті (ДП) вона складає 24-60%, а післяопераційна летальність сягає 70% і не має тенденції до зниження. Загальні результати лікування хворих незадовільні і диктують необхідність в удосконаленні тактичних підходів і рішень.

Мета роботи. Вивчити ефективність удосконаленої в клініці лікувальної тактики, заснованої на своєчасній ультразвуковій діагностиці форми, поширеності і ускладнень ГП, ультразвуковому моніторингу динаміки патологічного процесу, ранньому застосуванні різних міні-інвазивних технологій, спрямова-

них на усунення субстрату для наступного розвитку гнійних ускладнень.

Матеріал і методи. Приведено аналіз лікування 2808 хворих на ГП у віці від 19 до 76 років. Померли 74 пацієнти. Загальна летальність склала 2,6%. Консервативно проліковані 2464 (87,8%) хворих, з них померло 30 (1,2%) пацієнтів, оперовані 344 (12,3%) хворих, з них померло 44 (12,8%). Основним методом діагностики вважаємо ультразвукове дослідження, яке виконуємо відразу ж після госпіталізації хворого до стаціонару. Важкість стану хворого визначаємо системою мультифакторної оцінки за Ranson-I (1974). В своїй практичній діяльності застосовуємо класифікацію гострого панкреатиту, запропоновану В.С. Савельєвим і співавт. у 2001 році (з доповненнями). Набряковий панкреатит був виявлений у 2511 (89,4%) хворих, деструктивний – у 297 (10,6%). За клінічним перебігом вкрай важкий (блискавичний)

гострий панкреатит спостерігався у 64 (2,3%) хворих. Усі ці пацієнти померли; тривалість їхнього перебування в клініці склала від декількох годин до 2-3 днів. Причиною смерті у всіх випадках був тотальний панкреонекроз і ферментативний шок. Важкий гострий панкреатит спостерігався у 267 (9,5%) хворих, а неважкий – у 2477 (88,2%).

Результати й обговорення. Усі хворі поділені на дві рівні групи. У першу увійшли 1398 хворих. Для них застосовувалася загальноприйнята хірургічна тактика. Консервативно проліковані 1229 хворих, оперовані – 169. Хірургічні втручання виконувалися переважно з приводу перитоніту та ускладнень гострого панкреатиту: абсцесу підшлункової залози (ПЗ) чи сальникової сумки (СС), параколичної чи заочеревинної флегмони тощо. У 110 (65,1%) хворих операцією вибору була лапаротомія, дренажування гнійного вогнища і черевної порожнини, за показниками – некрсеквестректомія, ентєростомія, холецистостомія. Загальна летальність в першій групі хворих склала 3,7% (52 хворих), серед консервативно пролікованих – 1,1% (14 хворих), а післяопераційна – 22,5% (38 хворих). Основними причинами післяопераційної летальності був ферментативний шок і прогресуючий сепсис, особливо після ранніх лапаротомій.

Вдругу групу увійшли 1410 хворих, у яких була застосована удосконалена в клініці лікувальна тактика. В її основу були покладені: своєчасна діагностика форми, поширеності і ускладнень ГП при надходженні хворого до стаціонару; сонографічний моніторинг за динамікою запального процесу в ПЗ і в парапанкреатичній клітковині; визначення ступеня тяжкості перебігу і прогнозу ГП; по можливості – повноцінна консервативна терапія. Особлива увага приділялася проведенню антибактеріальної терапії; активній хірургічній тактиці, спрямованій на попередження розвитку гнійних ускладнень; диференційованому підходу до вибору способу і об'єму оперативного втручання з переважним використанням мініінвазивних втручань; відмові від ранніх порожнинних операцій, за винятком випадків гнійного перитоніту і арозивної кровотечі; активній профілактиці гнійних ускладнень (усунення субстрату нагноєння і раціональна антибіотикотерапія).

Хворих із вкрай тяжким і з тяжким гострим панкреатитом відразу госпіталізували у відділення інтенсивної терапії, а з не тяжким – у загальнохірургічне відділення.

У стаціонарі насамперед вирішувалось питання, чи є показання до виконання екстреної операції. На нашу думку, остання показана в хворих з ознаками розлитого перитоніту. У даній категорії хворих екстрене оперативне втручання виконуємо після корот-

кочасної передопераційної підготовки протягом 2-4 годин.

При розлитому гнійному перитоніті операцією вибору є лапаротомія, санація і адекватне дренажування сальникової сумки і черевної порожнини. Як правило, ніяких втручань на підшлунковій залозі не виконуємо. При явній жовчній гіпертензії накладаємо зовнішню холецистостому. При ферментативному перитоніті перевагу віддаємо лапароскопічному дренажуванню черевної порожнини, або лапароцентезу з обов'язковим визначенням активності α -амілази, бактеріоскопічному і бактеріологічному дослідженням рідини черевної порожнини. При відсутності ознак перитоніту лікування починаємо з консервативних заходів. Основні задачі консервативної терапії: створення ПЗ функціонального спокою, ліквідація болу, спазму гладкої мускулатури шлунково-кишкового тракту і жовчовивідних проток, боротьба із шоком і відновлення гомеостазу; пригнічення секреторної функції ПЗ, антибактеріальна терапія, пригнічення шлункової секреції, імуномодуляція, зменшення явищ ендогенної інтоксикації, антиоксидантна й антигіпоксантична терапія, гістопротекція.

Подальша тактика лікування хворих залежить від форми та ускладнень гострого панкреатиту. При набряковому панкреатиті, при стерильному панкреонекрозі (без ускладнень), при парапанкреатичному інфільтраті проводиться комплексна консервативна терапія. При оментобурситі – проводиться комплексна консервативна терапія. При неефективності проведеного лікування протягом 3-4 днів і при збільшенні рідинного скупчення в СС за даними сонографії показане дренажування сальникової сумки під контролем ультразвуку. При гострій постнекротичній кісті ПЗ, при діаметрі її 3 см і більше – виконуємо пункцію і дренажування її під ультразвуковим контролем. При меншому діаметрі кісти – тактика консервативна в поєднанні із сонографічним моніторингом. При скупченні запальної рідини в заочеревинній клітковині проводиться комплексна консервативна терапія.

При неефективності консервативного лікування протягом 3-4 днів виконуємо дренажування заочеревинної клітковини під контролем ультразвуку або поперековим доступом. При абсцесі ПЗ чи СС виконуємо пункцію і дренажування утворень під ультразвуковим контролем. При флегмоні заочеревинної клітковини виконуємо пункцію і багатополосне дренажування флегмони під контролем ультразвуку або розкриваємо флегмону лумботомією. При біліарній гіпертензії, при неефективній консервативній терапії протягом 2 днів виконуємо черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію. При обтураційній жовтяниці (уклинений конкремент в ампулу великого дуоденального сосочка) при холангіті, при відсутності жовчі в два-

Таблиця 1. Структура операцій у досліджуваних групах хворих

| № за/п | Види операцій | Перша група (1398 хворих) | | Друга група (1410 хворих) | |
|---------|--|---------------------------|-------------|---------------------------|-------------|
| | | число хворих | померли (%) | число хворих | померли (%) |
| 1. | Лапаротомія, дренування черевної порожнини, СС, ХС, ЕС ... | 110 (65,1%) | 34 (30,9%) | 16 (9,1%) | 2 (12,5%) |
| 2. | Дренуючі операції під УЗ-контролем | 25 | - | 85 | - |
| 3. | ЕПСТ | 4 | - | 23 | - |
| 4. | Люмботомії | - | - | 8 | 1 (12,5%) |
| 5. | Лапароскопічна санація черевної порожнини або лапароцентез | 30 | - | 43 | 3 (6,8%) |
| ВСЬОГО: | | 169 | 38 (22,5%) | 175 | 6 (3,5%) |

надцятипалій кишці під час дуоденоскопії – виконуємо ЕПСТ. Операцію виконуємо без панкреатохолангіографії. При арозивній кровотечі показана екстрена лапаротомія. Перевагу віддаємо радикальним втручанням (резекція підшлункової залози, прошивання судин, що кровоточать).

В другій групі консервативно проліковано 1235 хворих, померло 16. Оперовано 175 хворих, померло 6. Загальна летальність у другій групі склала 1,6%. Серед консервативно пролікованих хворих летальність склала 1,3%, а післяопераційна летальність – 3,5%.

Екстрені або ранні лапаротомії виконуємо тільки у випадках розлитого гнійного перитоніту або при вклинненні конкремента в ампулі великого дуоденального сосочка, коли виконати ендоскопічне втручання

неможливо. При ферментативному перитоніті дренування черевної порожнини здійснюємо не більше 5 днів, затягування термінів дренування може призвести до інфікування асептичного перитоніту.

Структура операцій у досліджуваних групах хворих представлена в таблиці 1.

Висновок. Застосування лікувальної тактики, в основі якої лежать рання сонографічна діагностика форми, поширеності і ускладнень ГП, ультразвуковий моніторинг за динамікою патологічного процесу, зниження питомої ваги екстрених і ранніх лапаротомій, розширення показань до використання дренувальних міні-інвазивних втручань дозволило знизити загальну летальність з 3,7 до 1,6%, а післяопераційну – з 22,2 до 3,5%.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурневич С.З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б., Цьденжапов Е.Ц. Деструктивний панкреатит: современное состояние проблемы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова – 2000. – № 2. – С.116-122.
2. Десятерик В.І., Котов О.В., Шаповалюк В.В., Міхно С.П. Нові можливості ранньої діагностики прогнозування перебігу деструктивних форм гострого панкреатиту // Харк. хірург. школа. – 2002. – № 2. – С.39-40.
3. Зубарев А.В., Агафонов Н.П., Каленова І.В. Ультразвуковой мониторинг лечения острого панкреатита // Мед. визуализация. – 2000. – № 4. – С. 21-24.
4. Прудков М.И., Шулушко А.М., Галимзянов Ф.В., Левит А.Л., Ковалевский А.Д. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: Пособие для врачей. – Екатеринбург, 2001. – 48 с.
5. Rau B., Pralle U., Mojer J.M., Beger H.C. Role of ultrasonographically guided fine needle aspiration cytology in diagnosis of infected pancreatic necrosis // Br. J. Surg. – 1998. Vol. 85. – P. 179-184.

УДК 618.14-002-08:615.849

КОНСЕРВАТИВНА МІОМЕКТОМІЯ: ЛІКУВАЛЬНІ ПІДХОДИ

ГЛАДЧУК І.З., РОЖКОВСЬКА Н.М., НАЗАРЕНКО О.Я., ШИТОВА А.В.

Одеський державний медичний університет

Conservative myomectomy: treatment modalitie

I.Z. GLADCHUK, N.M. ROZHKOVSKA, O.YA. NAZARENKO, A.V. SHYTOVA

Odessa State Medical University

Проаналізовано результати 395 випадків міомектомій, виконаних за 14-річний період в клініках Одеського державного медичного університету. Використовували абдомінальну, лапароскопічну, гістероскопічну, вагінальну техніку, а також власну методику лапароскопічної асистенції вагінальної міомектомії. Відпрацьовані показання і протипоказання до кожної методики консервативної міомектомії (одиничні і множинні пухлини, субсерозна, інтрамуральна і субмукозна локалізація пухлин). Методом вибору можна вважати лапароскопічну міомектомію з лігатурною або безлігатурною технікою. Для видалення одиничних вузлів діаметром 4-7 см, локалізованих в задній стінці або дні матки, доцільно використовувати лапароскопічну асистенцію вагінальної міомектомії. Абдомінальна консервативна міомектомія є виправданою звичайно при великих (понад 7 см і численних міоматозних вузлах). Використання диференційованих підходів до консервативних міомектомій дозволило скоротити тривалість операції, частоту післяопераційних ускладнень, час перебування хворих у стаціонарі та покращити найближчі і віддалені морфологічні наслідки цієї операції.

395 cases of myomectomy executed for 14-year period in the clinics of Odessa State Medical University have been analysed. Abdominal, laparoscopic, hysteroscopic, vaginal technique as well as own method of laparoscopic assistance of vaginal myomectomy have been used. Indications and contra-indications to each method of conservative myomectomy worked out (single and multiple tumours, subserous, intramural and submucous localization of tumours). The method of choice can be considered as laparoscopic myomectomy with ligature or without ligature technique. For deleting of single myomas with a diameter 4-7 cm, localized in a posterior wall or fundal part of uterus, it is expedient to use laparoscopic assistance of vaginal myomectomy. Abdominal conservative myomectomy is usually justified at large (over 7 cm and numerous myomas). The use of differentiated approaches to conservative myomectomies allowed to shorten duration of operation, frequency of postoperative complications, time of patients' stay in hospital and to improve the nearest and remote morphofunctional consequences of this operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Серед підходів жінок з міомою матки консервативна міомектомія займає особливе місце. Як і півтора сторіччя тому, вона і досі залишається основним методом лікування пацієнок з міомою матки, які бажають позбавитися пухлини і, одночасно, зберегти орган і дітородну функцію [1, 5]. Так історично склалося, що консервативна міомектомія була і залишається одним з найважливіших наукових напрямів в діяльності Одеської акушерсько-гінекологічної школи. Міомектомія вважалася технічно складнішою і, тому виконувалась рідше, ніж гістеректомія.

На сучасному етапі ми проаналізували різні хірургічні, комбіновані підходи при міомектомії і деякі альтернативні методи ведення жінок з міомою матки, направлені на збереження органу. Центральне місце в переліку хірургічних методів міомектомії займають різні варіанти лапароскопічної міомектомії. Аналізуючи 14-річний досвід лапароскопічних міомектомій в нашій клініці, ми сьогодні можемо

обговорювати не тільки досягнення, пов'язані з технікою операції, але і критично оцінюємо деякі її результати [2, 4, 6]. І хоча лапароскопічна методика операції дійсно стала застосовуватися для виконання міомектомії найчастіше, вона зовсім не розглядається нами як універсальний підхід до рішення проблеми. Ми не виключаємо застосування класичної лапаротомної міомектомії, іноді використовуємо трансвагінальний доступ, а також шукаємо нові шляхи вдосконалення лікувальної тактики у жінок з міомою матки, які бажають зберегти дітородний орган. Серед альтернативних підходів слід зазначити такі методи як кріоміолізис, інтракатинна лазерна термотерапія тощо.

На особливу увагу заслуговує перегляд показань до операції консервативної міомектомії. Ми дотримуємося тієї точки зору, що наявність міоми матки – це ще не показання до операції. До неї ми вдаємося при мено- метроррагії, дисменорей, безплідності, звичному невиношуванні вагітності, як правило, у випадках, коли інші причини цих проблем відсутні,

не визначаються, або їх усунення планується одночасно з майбутньою міомектомією. Швидке зростання міоми у жінки з нереалізованою дітородною функцією є прямим свідченням до міомектомії. Слід також відзначити, що консервативна міомектомія повинна виконуватися з інформованої згоди пацієнтки. Це обставина є надзвичайно важливою саме при цьому типі операції з кількох причин. По-перше, не завжди в результаті операції проблеми, що турбують пацієнтку і що з'явилися показаннями до міомектомії, усуваються повністю. По-друге, як і будь-яка хірургічна операція, міомектомія, у тому числі і лапароскопічна, може спричинити за собою появу цілого ряду нових проблем, пов'язаних з ризиком виникнення хірургічних та анестезіологічних ускладнень. Наприклад, це утворення тазових або внутрішньоматкових спайок, формування в подальшому неспроможного рубця на матці, що зрештою може мати негативний ефект на репродуктивну функцію жінки аж до її повної втрати.

Мета роботи – проаналізувати традиційні і новітні методики операції консервативної міомектомії, оцінити їх переваги і недоліки, уточнити показання до органозберігаючих операцій.

Матеріали і методи дослідження. Нами проаналізовано 395 випадків міомектомій, в ході виконання яких застосовувалася лапароскопічна техніка. Слід зазначити, що це складас близько 65% від загальної кількості міомектомій, виконаних в клініках ОГМУ за період з 1999 по 2005 рр. Умовно аналізовані операції можна розділити на декілька груп:

- 1) міомектомії, виконувані безпосередньо лапароскопічним доступом;
- 2) лапароскопічна асистенція трансвагінальної міомектомії;
- 3) комбіновані міомектомії із застосуванням лапароскопічного і будь-якого іншого доступу (наприклад, гістероскопічна і лапароскопічна міомектомія).

Результати дослідження та їх обговорення. Максимальна кількість міом, що видалалися за один раз, склала 14, а максимальний розмір міоми – 15 см. В 43 випадках перед виконанням міомектомії здійснювали терапію агоністами гонадотропін-релізінг гормону, головним чином з метою зменшення розмірів міом. Гістологічна будова видалених міом в переважній більшості випадків була типовою. Проте зустрічалися і рідкісні гістологічні варіанти міом, а також саркоми. Про це не слід забувати, і при будь-якій підозрі необхідно вдаватися до експрес-біопсії. Випадків з різними видами дегенеративних змін в міомах було 23.

Поодинокі або численні міоми з субсерозною локалізацією, а також міоми з інтрамуральним розташуванням, що мають центрифугальний ріст і ді-

метр не більше 10-11 см, звичайно підлягають лапароскопічному видаленню. Технічні труднощі при субсерозних міомах можуть виникати при розмірах вузла більше 11-13 см, або кількості міом більше 7-9.

Лише у разі вузької ніжки міоми, яку можна захопити браншами біполярного затискача, ми одночасно виконуємо її коагуляцію і перетин. В більшості випадків здійснюється послідовний розтин серозного покриву матки, міометрія до тканини вузла. Після виконання адекватного розрізу вузол захоплюється гострим інструментом. Найбільш зручно це здійснити інструментом у вигляді штопора на кінці. Подальші дії направлені на послідовне виділення вузла з ложа. Традиційно для цих операцій застосовується електрохірургічна оперативна техніка. Останнім часом ми також використовуємо і ультразвуковий скальпель.

Лапароскопічне видалення міоми матки, локалізованої інтрамурально, в певних ситуаціях може представляти значні технічні труднощі. Звичайно це спостерігається при розмірах міоми більше 7-8 см, при вираженій васкуляризації вузла, за відсутності чітких меж псевдокапсули міоми. Окрім цього, нерідко в таких випадках існує необхідність ушивання стінки матки. Його можна проводити з прямими і напівзигнутими голками синтетичним розсмоктуючим матеріалом (2-0, 3-0), використовуючи інтра – або екстракорпоральну техніку зав'язування вузла. Ми не застосовуємо в таких випадках безперервний шов а накладаємо окремі вузлуваті шви в кількості від 1 до 5.

Витягання макропрепарату з черевної порожнини проводиться декількома способами. Якщо розмір вузла більше 2-3 см, то частіше їх евакуація здійснюється через задній кольпотомний отвір. Практично всі міомектомії, виконані лапароскопічно, завершуються евакуацією міом через апертуру в задньому склепінні. Цей спосіб зручний для витягання як поодиноких великих міом, розмірами до 11-12 см, так і численних міом менших розмірів, зібраних в контейнер. Вузли до 5-6 см в діаметрі витягуються без попереднього шматування. В тих випадках, коли діаметр міоми більшого розміру, шматування здійснюється безпосередньо в кольпотомній рані. Для цього використовується традиційний ріжучий інструментарій (скальпель, ножиці).

Міоми розмірами більше 11-12 см також можуть бути евакуйовані через задній кольпотомний отвір. Проте для їх низведення в дугласову кишеню і фіксації кульовими щипцями необхідна інтракорпоральна фрагментація маси міоми на дві або три частини, що здійснити ендоскопічними ножицями не так просто. Але існує декілька альтернативних шляхів евакуації таких великих міом з черевної порожнини. По-перше, це вживання техніки їх подрібнення (мор-

целяції) в черевній порожнині за допомогою механічного або електромеханічного пристрою. Звичайно це продовжує тривалість операції, потрібне відповідне розширення одного з проколів. В тих випадках, коли у пацієнтки є рубець після апендектомії, великі міоми матки, видалені лапароскопічно, зручно евакуювати через лапаротомний отвір в ділянці рубця. Це не погіршує косметичний ефект операції і є менш травматичним, ніж інші абдомінальні доступи.

У тих випадках, коли чітка межа псевдокапсули міоми відсутня, або має місце надмірна васкуляризація тканин в ділянці розрізу інтрамуральної міоми, локалізований в задній стінці і дні матки, пухлини віддаляються за власною методикою – лапароскопічною асистенцією вагінальної міомектомії [3]. В основі методу лежить удосконалення способу лапароскопічної міомектомії шляхом виконання завершальних етапів, – повного відділення вузла і ушивання міометрія трансвагінальним доступом. Це дозволяє відділити вузол, застосовуючи пальцевий тактильний контроль, пошарово, зручно і швидко зашити ложе міоматозного вузла.

У ході втручання через кольпотомний отвір в черевну порожнину вводяться кульові щипці і ними

фіксується верхівка частково енуклеюваного міоматозного вузла. Вузол разом з тілом матки виштовхується в піхву і остаточно відділяється від матки. Дефект міометрія ушивається синтетичною абсорбованою лігатурою. Тіло матки вправляється назад в черевну порожнину. Здійснюється кольпорафія, лапароскопічна ревізія рани на матці, дренивання через один з лапароскопічних портів. В 11 з 15 таких операцій міома була одиночною, в інших – множинною (не більше 3 вузлів). Розмір видалених міом коливався в межах від 4,5 до 7,0 см. Тривалість операцій складала від 45 до 120 мін. Післяопераційний період у всіх хворих цієї групи протікав без ускладнень.

Висновки. Таким чином, міомектомія – нестандартна операція. Для її проведення разом з лапаротомією існує безліч лапароскопічних методів операції і ряд інших альтернативних методик. Маючи їх в своєму арсеналі, хірург в змозі підібрати для кожної конкретної пацієнтки найкращу методику операції. Це, поза сумнівом, сприяє поліпшенню не тільки найближчих результатів, але і, що надзвичайно важливе, очікуваних віддалених функціональних наслідків таких операцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бесєдін В.М., Ісаєва К.Ю. Реконструктивно-пластичні операції при міомах матки у жінок репродуктивного віку // Acta Medica Leopoliensia. – 2002. – Т.8, №1. – С.53-55.
2. Гладчук І.З., Назаренко О.Я., Кашгальян М.М. Вагінальний доступ при консервативній міомектомії // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – №1 (21). – С.217-219.
3. Запорожан В.М., Гладчук І.З., Назаренко О.Я. Спосіб лапароскопічної асистенції вагінальної міомектомії. Деклараційний патент на винахід № 51382А, UA, МПК6: А61В 17/00. – Бюл. №11.

4. Перспективи ендокхірургії в гінекології / Запорожан В.Н., Гладчук І.З., Рожковська Н.М. та ін. // Вісник наукових досліджень. – 2002. – №2 (додаток). – С.10-11.
5. Киселев С.И. Современные подходы к хирургическому лечению больных миомой матки. – Автореф. дис. доктора мед. наук. – М., 2003. – 46 с.
6. Zaporozhan V., Gladchuk I., Rozhkovska N., Shtyova A.V. Conservative Myomectomy // Zaawansowane techniki laparoskopowe w ginekologii / Pod red. A. Malinowskiego. – Lodz, 2005. – P.127-130. – Ogólnopolskie Sympozjum 9-10 grudnia 2005 roku, Lodz, Poland.

УДК: 616.366-002-074.4-8-616.837

ТАКТИКА ЗАСТОСУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

П.Г. КОНДРАТЕНКО, Є.О. ГЕРАСИМЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Tactics of application of palliative surgical interventions in treatment of acute cholecystitis

P.H. KONDRATIUK, YE.O. HERASYMENKO

Donetsk State Medical University by M. Horky

Найбільш прийнятним видом операції у пацієнтів з високим ступенем операційного ризику є паліативне хірургічне втручання – холецистостомія. В теперішній час можна виконати відкриту холецистостомію, лапароскопічну або чрезшкірну чрезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем. Різні види паліативних втручання в нашій клініці були виконані 335 пацієнтам. Основним видом паліативного хірургічного втручання для лікування пацієнтів на гострий деструктивний холецистит ми вважаємо чрезшкірну чрезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем. У разі наявності у хворого протипоказань до цього хірургічного втручання, на наш погляд, доцільно виконати іншу паліативну декомпресійну операцію – лапароскопічну або відкриту холецистостомію. Після відкритої холецистостомії можна досягти остаточного видужання пацієнта шляхом виконання холецистоскопічної мукоклазії. Нами ця операція була виконана 11-ти хворим, у 7-ми пацієнтів необхідно було виконати 2 сеанси мукоклазії, у 4-х пацієнтів – 3 сеанси. Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень нами відзначено не було.

The most acceptable type of operation at patients with the high degree of operating risk is palliative surgical interference – cholecystostomy. Presently to the patient it is possible to execute opened cholecystostomy, laparoscopic or transskin transhepatic microcholecystostomy. Different types of palliative interferences in our clinic were executed to the 335 patients. By the basic type of palliative surgical interference in the medical treatment of patients with acute destructive cholecystitis we count transskin transhepatic microcholecystostomy. In the case of presence at the patient of contra-indications to this surgical interference, in our view, expediently to execute other palliative decompression operation – laparoscopic or opened cholecystostomy. After opened cholecystostomy it is possible to attain the final convalescence of patient by implementation of cholecystoscopic mucoclasia. By us this operation was executed to the 11 patients, at 7 patients it was necessary to execute 2 session of mucoclasia, at the 4 patients – 3 session. There was no intraoperation and postoperation complications.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Протягом останніх років, багато в чому завдяки впровадженню малотравматичних технологій, досягнуте значне поліпшення результатів лікування хворих на гострий холецистит. Навіть у пацієнтів з деструктивною формою запалення в жовчному міхурі, активно лапароскопічні операції виконуються з позитивним ефектом. Однак залишається група пацієнтів, що мають високий операційний ризик, яким неможливо виконати радикальну операцію, навіть таку малотравматичну як лапароскопічна холецистектомія [1, 2]. На жаль, ця група пацієнтів останнім часом стає все більшою, також у цих пацієнтів все частіше доводиться зіштовхуватися з деструктивним запаленням у жовчному міхурі. Єдино можливим видом операції, що прийнятний для даної категорії пацієнтів, є виконання паліативного хірургічного втручання – холецистостомії [3]. Цей вид операції дозволяє купірувати запалення в жовчному міхурі, що не лише рятує життя пацієнта, але й дозволяє все-

бічно його обстежити, виявити й полікувати супутні захворювання. Внаслідок цього з'являється можливість в частини хворих виконати другий етап хірургічного лікування – радикальну операцію. Зараз існує декілька способів накладання холецистостоми, вони різняться за ступенем травматичності, а також мають свої показання й протипоказання. Саме тому, визначаючи лікувальну тактику, варто враховувати доцільність застосування того або іншого виду паліативного хірургічного втручання [4] в тій або іншій клінічній ситуації та можливий вплив різновиду даної операції на тактику подальшого лікування пацієнта.

Мета дослідження – визначити показання й тактику застосування різних паліативних хірургічних втручання у лікуванні хворих на деструктивні форми гострого холециститу.

Матеріал і методи. Протягом 1994-2005 років у нашій клініці для хірургічного лікування 1774 хво-

рих на гострий холецистит застосовувалися різні малотравматичні хірургічні втручання. В 1361 пацієнтів виявлена деструктивна форма запалення жовчного міхура, із них 1026 хворим виконана радикальна операція – лапароскопічна холецистектомія. Різні види паліативних втручань виконані 335 пацієнтам, в тому числі черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія під ультразвуковим контролем була виконана 237 пацієнтам, у всіх цих хворих було діагностовано деструктивну форму запалення жовчного міхура, в 191 (81%) хворого мав місце флегмонозний холецистит, а в 46 (19%) пацієнтів – гангренозний. Визначення форми запалення в жовчному міхурі ґрунтувалося на клінічних проявах захворювання, даних лабораторного дослідження, але основна роль належить екстреній сонографії. Лапароскопічна холецистостомія нами виконана 12 пацієнтам, а відкрита холецистостомія – 86 хворим з гострим запаленням у жовчному міхурі.

Результати досліджень та їх обговорення. На наш погляд паліативне хірургічне втручання показане різним групам пацієнтів. По-перше, це хворі літнього й старечого віку, що мають тяжку супутню патологію. Ці хворі мають значний операційний ризик і виконання радикальної операції є небезпечним не тільки для здоров'я але й для життя пацієнта. По-друге, це хворі з виразними деструктивними змінами у жовчному міхурі. Виконання радикальної операції в даній групі пацієнтів пов'язане зі значним ризиком виникнення інтра- та післяопераційних ускладнень, безпосередньо зумовлених технічними труднощами, що виникають при хірургічному втручанні в пацієнта з гострим деструктивним холециститом. Зокрема значно зростає ризик виникнення інтра- і післяопераційних кровотеч і жовчовитікання, а також травми позапечінкових жовчних проток. От чому протягом останніх років у нашій клініці при виявленні деструктивних форм гострого холециститу ми все частіше застосовуємо двоетапну тактику хірургічного лікування пацієнтів, де на першому етапі виконується паліативна декомпресійна операція – холецистостомія, а потім, після стихання запалення в жовчному міхурі, радикальна операція – холецистектомія.

Основним видом паліативного хірургічного втручання для лікування хворих на гострий деструктивний холецистит ми вважаємо черезшкірну черезпечінкову мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем. Цей вид хірургічного втручання не вимагає загального знеболювання, достатнього є місцева анестезія й тому може бути виконаний будь-якому пацієнтові, не залежно від тяжкості супутньої пато-

логії. Виконання черезшкірної черезпечінкової мікрохолецистостомії дозволяє купірувати запалення в жовчному міхурі, що рятує життя пацієнта. Однак черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія має свої протипоказання:

- "висячий" жовчний міхур;
- заповнення порожнини жовчного міхура конкрементами більш ніж на 2/3;
- недостатня візуалізація органа-мішені через наявність за ходом передбачуваної траєкторії голки органів, заповнених газом, або ребер;
- наявність кіст, гемангіом, великих кровоносних судин або жовчних проток за ходом передбачуваної траєкторії голки.

У разі наявності у хворого протипоказань до черезшкірної черезпечінкової мікрохолецистостомії, на наш погляд, доцільно виконати іншу паліативну декомпресійну операцію – лапароскопічну холецистостомію. Це хірургічне втручання дещо травматичніше за попереднє, однак також є міні-інвазивним. Його перевага – можливість детально оглянути стінку жовчного міхура й інші органи черевної порожнини, а також за необхідності виконати дренування черевної порожнини. За іншими показниками лапароскопічна холецистостомія черезшкірно-черезпечінковою. Ще один вид паліативного втручання – відкрита холецистостомія. Це найбільш старий вид операції, який і сьогодні не втратив своєї актуальності. У разі відсутності можливості виконати перераховані вище втручання, в нашій клініці хворому на гострий деструктивний холецистит ми виконуємо відкриту холецистостомію з літоекстракцією.

Після будь-якого паліативного хірургічного втручання ми продовжуємо консервативну терапію, спрямовану не лише на зменшення запалення в жовчному міхурі, але й на лікування супутньої патології, виявленої в пацієнта. Після купірування запалення в жовчному міхурі й адекватної терапії супутньої патології вирішується питання про можливість виконання радикального хірургічного втручання. Якщо операційний ризик зменшився, то хворому виконується радикальна операція. Перевагу варто віддавати лапароскопічній холецистектомії. Ряд пацієнтів після передопераційної підготовки все ще мають вкрай високий операційний ризик. У такому випадку виконання радикальної операції небезпечно й постає питання про закриття норичі жовчного міхура. Для цього необхідно з'ясувати, чи можна видаляти холецистостомічний дренаж із жовчного міхура. Перед його видаленням необхідно виконати ряд досліджень. УЗД дозволяє визначити чи ліквідоване запалення в жовчному міхурі, а також дає можливість виявити патологію позапечінкових жовчних проток, зокрема запі-

дозрити наявність холедохолітіазу або блоку іншого генезу, який не дозволить закритися нориці жовчного міхура. Рентгеноконтрастна фістулографія також з достатньою вірогідністю дозволяє перевірити прохідність позапечінкових жовчних проток і діагностувати наявність блоку. Після виконання зазначених досліджень, за відсутності протипоказань, можна приступати до закриття нориці.

Для пацієнтів, яким виконувалася черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія або лапароскопічна холецистостомія, немає іншої альтернативи як просто видалити холецистостомічну трубку. На жаль у майбутньому, після видалення холецистостоми, хворий не гарантований від рецидиву захворювання, повторних нападів гострого холециститу. У хворих, яким виконувалася відкрита холецистостомія з літоекстракцією, є можливість домогтися облітерації порожнини жовчного міхура, що забезпечує пацієнта від виникнення нападів гострого холециститу в майбутньому.

Для облітерації порожнини й склерозування жовчного міхура необхідно виконати мукоклазію (деструкцію слизової оболонки). Чинники впливу на слизову оболонку діляться на хімічні й фізичні. Хімічні передбачають вплив агресивної речовини (формалін, кислоти, спирт). Їхнім загальним недоліком є неконтрольованість глибини впливу, небезпека травматизації позапечінкових жовчних проток. Фізичних чинників більше і їх можна точніше дозувати. До них належать електрокоагуляція, термічна та лазерна мукоклазія тощо. Ми застосовуємо холецистоскопічну (черезфістульну) електрокоагуляційну мукоклазію.

Ця операція виконується за наступною методикою. Для холецистоскопії ми користуємося твердим холецистоскопом. З огляду на той факт, що діаметр апарата 5 мм і те, що для виконання холецистоскопії необхідний надійний норицевий канал, цю операцію можна виконати лише обмеженому числу пацієнтів – тим, у кого норицевий хід має достатній діаметр. От чому останнім часом у нашій клініці при накладанні відкритої холецистостоми більшості пацієнтів встановлюються дренажна трубка діаметром 10 мм і обов'язково підшивається місце холецистостоми до парістальної очеревини передньої черевної стінки, або створюється "муфта" з пасма великого сальника для формування надійного каналу. На першому етапі холецистоскопії оглядаємо порожнину жовчного міхура, визначаємо наявність конкрементів, що могли залишитися після холецистолітомії. У разі їх вияв-

лення великі конкременти видаляємо за допомогою ендоскопічного кошика Dormia, дрібні вимиваємо шляхом багаторазового промивання порожнини жовчного міхура через холецистостомічну трубку. Наступним етапом операції є відключення жовчного міхура. Для цього прицільно виконується електрокоагуляція устя міхурової протоки. І тільки після цього приступаємо до електрокоагуляційної мукоклазії. Після сеансу мукоклазії в порожнину жовчного міхура встановлюємо дренаж. Через 1-2 тижні після відторгнення некротизованих тканин робимо контрольну холецистоскопію. У випадку повної деструкції слизової оболонки дренажна трубка видаляється, а інакше проводиться повторний сеанс мукоклазії. Описаний метод оперативного втручання не вимагає загального знеболювання й виконується на фоні легкої седації хворого (сибазон і промедол).

Холецистоскопічна мукоклазія нами виконана 11-ти хворим, у 7-ми пацієнтів необхідно було виконати 2 сеанси мукоклазії, після чого відбулося повне відторгнення слизової оболонки жовчного міхура й облітерація його порожнини через 3 тижні за даними контрольного ультразвукового дослідження. У 4-х пацієнтів лише 3 сеанси мукоклазії дали позитивний результат. Інтраопераційних та післяопераційних ускладнень нами відзначено не було.

Висновки. У пацієнтів з гострим деструктивним холециститом доцільно застосовувати двоетапну тактику хірургічного лікування, коли на першому етапі виконується паліативна декомпресійна операція, а потім, після купірування запалення в жовчному міхурі й адекватного лікування супутньої патології, виконується радикальна операція. При виборі виду паліативного хірургічного втручання перевагу варто віддавати черезшкірній черезпечінковій мікрохолецистостомії, як є найменш травматичним видом операції. При неможливості її виконання хворому показане накладання лапароскопічної або відкритої холецистостоми. Після купірування запалення в жовчному міхурі у ряду хворих зберігається вкрай високий операційний ризик. У цих пацієнтів другий етап хірургічного лікування спрямований на остаточне закриття нориці жовчного міхура. Для цього доцільно виконувати холецистоскопічну мукоклазію. Застосування даного хірургічного втручання дозволяє домогтися облітерації порожнини жовчного міхура й гарантує від повторних нападів гострого холециститу в майбутньому.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Земцов Р.В., Овчаров А.Н., Нестеров С.С., Лозовой А.В. Малоинвазивные операции при остром холецистите у больных с повышенным операционным риском // Малоинвазивные вмешательства в хирургии. Сб. научных трудов / Под ред проф. Ермолова А.С. и проф. Галлинге-ра Ю.И. – Москва, 1996.- С.103-107.
2. 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
3. Романченко И.М., Евсеев М.А. Активная хирургическая тактика при остром холецистите // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. Материалы конгр / Под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – Москва, 2001. – С. 119.
4. Руководство по клинической хирургии / Под ред. Кондратенко П.Г. – Донецк.: Новый мир, 2005. – 752 с.

УДК 616.361-002-089.85-07

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВИХ ТА ПРЯМИХ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНИХ МЕТОДІВ ДОСЛІДЖЕННЯ ЖОВЧНИХ ПРОТОК В ДІАГНОСТИЦІ РЕЗИДУАЛЬНОГО ТА РЕЦИДИВНОГО ХОЛАНГІОЛІТІАЗУ

В.Г. ЯРЕШКО, С.Г. ЖИВИЦЯ, Л.М. БАМБИЗОВ, Ю.О. МІХЕЄВ

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Role of ultrasound and direct x-ray methods of research of biliary ducts in diagnostics of residual and recurrent cholangiolithiasis

V.G. YARESHKO, S.G. ZHYVYTSIA, L.M. BAMBYZOV, Y.O. MIKHEYEV

Zaporozhzhion Medical Academy of Postgraduate Education

У Запорізькому центрі хірургії печінки, жовчних проток і підшлункової залози обстежено 140 хворих з резидуальним і рецидивним холангіолітiazом. Ультразвукове дослідження проводилося всім хворим, прямі ознаки холангіолітiazу виявлені у 43,6% хворих, непрямі у 49,3%. Чутливість ультразвукового дослідження склала 92,9%. Методи прямого рентгеноконтрастного дослідження жовчних проток застосовувалися у 131 (93,6%) пацієнта. Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія проведена у 96 (68,6%) хворих, черездренажна ретроградна холангіографія – у 9 (6,4%), черезшкірна черезпечінкова холангіографія – у 1 (0,7%), черездренажна фістулохолангіографія – у 15 (10,7%). Загальна чутливість склала – 96,9%. Ультразвукові і прямі рентгеноконтрастні методи є взаємодоповнюючими, вони підвищують точність діагностики резидуального і рецидивного холангіолітiazу на доопераційному етапі.

In Zaporozhzhian center of surgery of liver, biliary ducts and pancreas 140 patients with residual and recurrent cholangiolithiasis have been examined. Ultrasound research was conducted to all patients. The direct signs of cholangiolithiasis have been revealed at 43,6 % patients, indirect ones – at 49,3 %. The sensitiveness of ultrasound research was 92,9 %. The methods of direct X-ray research of biliary ducts were used at a 131 (93,6 %) patients. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography has been conducted at 96 (68,6 %) patients, transdrainage retrograde cholangiography – at 9 (6,4 %), percutaneous transhepatic cholangiography – at 1 (0,7 %), transdrainage cholangiography – at 15 (10,7 %) patients. General sensitiveness was 96,9 %. Ultrasound and direct X-ray methods are mutually complementary, they increase the exactness of diagnostics of residual and recurrent cholangiolithiasis on the preoperative stage.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Резидуальний та рецидивний холангіолітiaz в даний час є актуальною проблемою в хірургії жовчних проток [2, 4, 7]. За даними різних авторів, частота резидуальних та рецидивних конкрементів після хірургічних операцій на жовчних протоках складає 30% і 3-6% відповідно [2]. Основними причинами резидуального холангіолітiazу є: недостатнє передопераційне обстеження, неповна ревiзiя жовчних проток, відмова від виконання або неправильне трактування інтраопераційних холангіограм [1, 2, 5]. Рецидивне утворення конкрементів звичайно пов'язане з перенесеним оперативним втручанням. Причинами є патологічні стани, в результаті яких порушується вільний відтік жовчі в кишечник (запальні, рубцеві і пухлинні стриктури жовчних проток і великого сосочка дванадцятипалої кишки, функціональні і органічні порушення дуоденальної прохідності тощо); а також надмірно велика кукуса міхурової протоки і наявність чужорідних тіл в жовчних

протоках (шовного матеріалу, що нерозсмоктується, дренажів, резидуальних конкрементів, шматочків їжі, паразитів тощо) [1, 2, 3, 8].

Не дивлячись на можливість тривалого безсимптомного перебігу резидуального і рецидивного холангіолітiazу, часто останні виявляються серйозними ускладненнями: гнійний холангіт, механічна жовтяниця, гострий панкреатит [4, 6]. Тому своєчасна доопераційна діагностика резидуального та рецидивного холангіолітiazу важлива для визначення показань і вибору методу та об'єму хірургічного втручання, будь то малоінвазивна або лапаротомна операція або їх поєднання.

Метою роботи є вивчення ролі ультразвукових і прямих рентгеноконтрастних методів дослідження жовчних проток і їх чутливості в діагностиці резидуального та рецидивного холангіолітiazу.

Матеріали і методи дослідження. У Запорізькому центрі хірургії печінки, жовчних проток і

підшлункової залози з 1997 по 2005 знаходилося на лікуванні 140 хворих з резидуальним та рецидивним холангіолітіазом. З них 102 хворих (72,86%) поступили з інших лікувальних установ. Чоловіків було 42 (30,4%), жінок – 96 (69,5%). Вік хворих коливався від 15 до 86 років (середній 62,8 роки).

Всі пацієнти у минулому перенесли холецистектомію, 20 (14,3%) з них – лапароскопічну. Холедохолітомія при першій операції проведена у 17 (12,1%) пацієнтів. Повторні хірургічні операції з приводу холангіолітіазу виконані у 24 (17,1%) хворих.

Клінічна картина резидуального та рецидивного холангіолітіазу характеризувалася вираженим поліморфізмом – від латентного перебігу у 18 (12,8%) хворих, до таких серйозних проявів, як гнійний холангіт – у 79 (56,4%), механічна жовтяниця – у 115 (82,1%), гострий біліарний панкреатит – у 12 (8,6%).

Враховуючи, що клінічна картина рецидивного та резидуального холангіолітіазу практично однакова, для об'єктивної оцінки типу холангіолітіазу враховувалися терміни виникнення клінічних проявів після холецистектомії, наявність порушення відтоку жовчі та структура каменів. Так, резидуальні конкременти виявлені у 102 (72,9%) хворих, рецидивні – у 38 (27,1%).

Ультразвукове дослідження (УЗД) виконувалося всім хворим висококваліфікованим фахівцем, співробітником клініки на апаратах Ultima Pro 30 та Combison 320-5. Прямі ознаки холангіолітіазу – наявність тіні конкремента з акустичною доріжкою – виявлені у 61 (43,6%) хворого. Непрямі ознаки холангіолітіазу виявлені у 69 (49,3%) пацієнтів: наявність тіні конкремента без акустичної доріжки – у 19 (13,6%), розширення поза- та (або) внутрішньопечінкових жовчних проток – у 48 (34,3%), розширення позапечінкових жовчних проток і головної панкреатичної протоки – у 2 (1,4%). Серед хворих з прямими і непрямими ознаками холангіолітіазу були виявлені наступні рівні обструкції: блокада дистального відділу гепатикохоледоха – 88 (67,7%), середня третина – 31 (23,8%), проксимальний відділ – 8 (6,2%), внутрішньопечінкові протоки – 3 (2,3%).

У 5 (3,6%) пацієнтів при УЗД патології не було виявлено (позапечінкові жовчні протоки до 5-6 мм в діаметрі). Ще у 5 (3,6%) пацієнтів візуалізація елементів гепатодуоденальної зв'язки була утруднена через виражену пневматизацію кишечника у хворих з надмірною вагою. Таким чином, у 92,9% пацієнтів з резидуальним і рецидивним холангіолітіазом виявлені сонографічні ознаки хвороби.

Окрім цього, при УЗД була виявлена інша патологія гепатобіліарної зони: абсцеси печінки у 2 (1,4%) хворих, підпечінкові абсцеси – у 4 (2,8%), надмірна кукса міхурової протоки – у 2 (1,4%).

Методи прямого рентгеноконтрастного дослідження жовчних проток застосовувалися у 131 (93,6%) пацієнта з резидуальним і рецидивним холангіолітіазом.

Ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) дозволяє здійснити детальний огляд дванадцятипалої кишки, великого дуоденального сосочка (ВДС) – визначити його форму, величину, виявити стеноз ВДС, уклінений камінь ВДС, парапапілярні дивертикули, судити про наявність конкрементів, їх кількість, форму, розміри.

ЕРХПГ виконувалася у 96 (68,6%) хворих з резидуальним і рецидивним холангіолітіазом. При цьому конкременти виявлені у 92 (95,8%) пацієнтів, в 2 (2,1%) випадках камені не визначались через туге контрастування жовчних проток і ще в 2 (2,1%) – контраст відразу скидався в дванадцятипалу кишку.

У ряді випадків при ЕРХПГ виявлялася складчастість слизової загальної жовчної протоки, що в 100% випадків підтверджувала наявність у хворого гнійного холангіту (Патент UA 10800 A61B17/00 Спосіб діагностики холангіту / Ярепко В.Г., Міхеев Ю.О. (Україна). – Заявл. 29.06.2005; Опубл. 15.11.2005. – Бюл. №11.). У групі хворих з резидуальним і рецидивним холангіолітіазом дана ознака виявлена у 4 пацієнтів.

Після ендоскопічного назобіліарного дренивання, у випадках якщо до цього ЕРПХГ не виконувалася і для післяопераційного контролю жовчних шляхів, проводилася через дренажну ретроградна холангіографія (ЧРХГ). Це дослідження проводилося у 9 (6,4%) пацієнтів, як правило неодноразово. При цьому конкременти виявлені у всіх 9 пацієнтів.

Черезшкірна черезпечінкова холангіографія (ЧЧХГ) під контролем УЗД застосовується при стриктурах жовчних шляхів, неможливості проведення ЕРХПГ і при планованому переході діагностичного дослідження в лікувальну маніпуляцію – черезшкірне черезпечінкове дренивання для декомпресії і усунення каменів жовчних проток. Дане дослідження виконане у 1 (0,7%) пацієнтки з резидуальним холангіолітіазом після гепатикоентеростомії – виявлені множинні конкременти в проксимальній частині загальної печінкової протоки.

У пацієнтів з резидуальним холангіолітіазом тих, що поступили із зовнішніми жовчними норицями, інформативним і неінвазивним методом діагностики є через дренажну фістулохолангіографія (ЧФХГ). Дослідження виконане у 15 (10,7%) хворих, у всіх випадках були виявлені конкременти.

Таким чином, при прямих рентгеноконтрастних методах дослідження жовчних проток конкременти були виявлені в 96,9% випадків (127 хворих). За локалізацією: уклінений камінь ВДС виявлений у 10

(7,9%) пацієнтів, в дистальному відділі гепатикохоледоха – у 79 (62,2%), в середній третині – у 29 (22,8%), в проксимальному відділі – у 6 (4,7%), у внутрішньопечінкових жовчних протоках – у 3 (2,4%). Одиначні конкременти (1-3) виявлені у 103 (81,1%) пацієнтів, множинні – у 24 (18,9%). При прямих рентгеноконтрастних методах дослідження жовчних проток були також виявлені такі стани: стеноз ВДС – 88 (67,2%), надмірна кукса міхурної протоки – у 5 (3,8%), стриктура гепатикохоледоха – 2 (1,5%).

У групі прямих рентгеноконтрастних методів дослідження ускладнення відмічені тільки після ЕРХПГ у вигляді гострого панкреатиту легкого ступеня тяжкості у 2 (2,08%) хворих. Це ускладнення ліквідовано консервативними заходами.

Висновки. 1. Ультразвукове дослідження, що проводиться в умовах спеціалізованого центру, є недорогим і неінвазивним методом дослідження жовчних проток, має високу чутливість (92,9%), проте прямі ознаки холангіолітіазу виявлені у 43,6% хворих.

2. Методи прямого рентгеноконтрастного дослідження жовчних проток мають більшу чутливість (96,9%) в діагностиці резидуального і рецидивного холангіолітіазу, дозволяють визначити кількість, форму і розміри конкрементів, виявити деякі причини повторного каменеутворення, але зв'язані з певним ризиком ускладнень.

3. Ультразвукові і прямі рентгеноконтрастні методи є взаємодоповнюючими, такими, що підвищують точність діагностики резидуального і рецидивного холангіолітіазу на доопераційному етапі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гальперин Э.И., Волкова Н.В. Заболевания желчных путей после холецистэктомии – М.: Медицина, 1988. – 272с.
2. Ермолов А.С., Дасаев Н.А., Юрченко С.В., Дургарян Т.В., Рябых В.И. Диагностика и лечение холангиолитиаза после холецистэктомии // Хирургия. – 2002. – № 4. – С.4-10.
3. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз: Руководство для врачей. – СПб.: ЭЛБИ – 2000. – 285 с.
4. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / Нечитайло М.Е., Грубник В.В., Ковальчук А. Л. и др. – К.: Здоров'я, 2005. – 424 с.
5. Нечитайло М.Ю., Гойда С.М. Резидуальний і рецидивний холедохолітіаз. Класифікація, симптоматика та методи діагностики. // Український медичний часопис. – 2001 – №5. – С.33-38.
6. Несторенко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Михайлюсов С.В., Дроздов Г.Э., Ультразвуковая диагностика холедохолитиаза // Хирургия. – 1993. – №1. – С.37-43.
7. Романов Г. А., Лобаков Л. И., Долгова М. Б., Сачечелашвили Г. Л., Денисов В. А., Филижанко В. Н., Агуреев А. И., Емельянова Л. Н. Комплексная диагностика и эндоскопическое лечение рецидивного и резидуального холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т.5. – №1. – С.97-101.
8. Natale C, Musto V., Perfetto D. Recurrent or residual calculosis of the common bile duct: problems of diagnosis and treatment // J. Chir. – 1997. – № 18(10). – P. 678-680.

УДК: 616.036-008.5-02:616.1:616.36:616-002

ВПЛИВ МЕТОДІВ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ НА ПЕЧІНКОВУ ГЕМОДИНАМІКУ ТА СИСТЕМНУ ЗАПАЛЬНУ ВІДПОВІДЬ У ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

А.І. ГОДЛЕВСЬКИЙ, С.І. САВОЛЮК, АА. ЖМУР, В.П. МАЗУР

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Influence of biliary decompression methods on hepatic hemodynamics and system inflammatory response in patients with obstructive jaundice

A.I. HODLEVSKY, S.I. SAVOLUYK, A.A. ZHMUR, V.P. MAZUR

Vynnytsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Проведено вивчення показників печінкової гемодинаміки та маркерів системної запальної відповіді (інтерлейкіну – 1 та – 6, фактора некрозу пухлин, С – реактивного протеїну) у 108 хворих з обтураційною жовтяницею протягом післяопераційного періоду залежно від обраного хірургічного способу біліарної декомпресії.

The study of hepatic hemodynamics and concentration of markers of system inflammatory response syndrome (interleukine-1, interleukine-6, tumor necrosis factor, C-reactive protein) was carried out at 108 patients with obstructive jaundice in postoperative periods depending on method of surgical way of biliary decompression.

Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень і публікацій. Основною причиною незадовільних результатів хірургічного лікування хворих з обтураційною жовтяницею (ОЖ) є виникнення та прогресування клініко-біохімічних проявів гострої печінкової недостатності, частота розвитку якої прямо залежить від етіології, тривалості та способу хірургічної корекції біліарного блоку [1, 3, 4]. Розвиток гемодинамічних та мікроциркуляторних порушень печінкового кровотоку в післяопераційному періоді на тлі існуючої ентеральної дисфункції та бактеріальної транслокації є основним фактором гепатаргії внаслідок ішемічного ушкодження гепатоцитів [2, 3, 4].

Мета дослідження: оцінка впливу хірургічних методів біліарної декомпресії на динаміку портопечінкового кровотоку, маркери синдрому системної запальної відповіді та показники функціонального резерву печінки протягом перебігу післяопераційного періоду у хворих з ОЖ.

Матеріали та методи. В факультетській клініці Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, на базі якої функціонує міський центр хірургії печінки, позапечінкових жовчних проток та підшлункової залози проведений аналіз клініко-лабораторних результатів лікування 108 хворих, що були оперовані з приводу верифікованої ОЖ. Середній вік хворих становив $62,1 \pm 1,34$ років. Пацієн-

ти жіночої статі становили 63% (68), чоловічої – 37% (40). Хворі працездатного віку (до 60 років) становили 35,2% (38), непрацездатного – 64,8% (70), що збільшувало кількість та важкість супутньої соматичної патології.

Верифікація етіології та рівня біліарного блоку здійснювалася шляхом етапного застосування комплексу клініко-лабораторних, біохімічних та інструментальних досліджень (УСГ, ФГДС, ЕРХПГ, КТ з контрастним підсиленням).

З метою об'єктивізації визначення обсягу, якості та тривалості передопераційної підготовки важкість стану хворих оцінювалася за шкалами: ASA, модифікованою Ranson та APACHE-2, адаптованою SAPS.

Комплексне лікування хворих з ОЖ в періопераційний період здійснювалося відповідно до створеного протоколу лікування: хірургічна санація; антибіотики; імуномодулятори; неспецифічна антицитокінова терапія; корекція синдрому ендотеліальної дисфункції; корекція та протезування гомеостазу – нутритивна (в тому числі раннє ентеральне харчування), еферентна підтримка; корекція волемії та електrolітного балансу; детоксикація; технологія регіонарного медикаментозного лікування; профілактика та лікування ентеральної недостатності; профілактика мікробної транслокації (ентерально-портальної та біліарно-дуоденальної), гепатопротектори; корекція гемокоагуляційних та метаболічних порушень;

відновлення функціональних резервів печінки; стабілізація та стимуляція портопечінкової гемодинаміки для зменшення негативних ефектів ішемічно-реперфузійних змін печінкової паренхіми після хірургічної декомпресії.

Обсяг хірургічної корекції визначався умовами до виконання радикального втручання і включав інтраопераційну ревізію та корекцію патології позапечінкових жовчних проток з застосуванням методів біліарної декомпресії: з збереженням автономності біліарної системи шляхом зовнішнього дренивання холедоха після відновлення його прохідності (72 хворих) (1 група); з порушенням автономності біліарної системи шляхом створення штучних білідигестивних анастомозів (26 хворих) (2 група) та шляхом парціальної дозованої ендоскопічної папілосфінктеротомії з назобіліарним дрениванням (10 хворих) (3 група).

Для оцінки впливу способу біліарної декомпресії на стан печінкової гемодинаміки у хворих 3 груп з ОЖ (залежно від способу декомпресії) здійснювали дуплексне сканування загальної печінкової артерії і ворітної вени на багатофункціональному ультразвуковому апараті "ELEGRA" Siemens із використанням мультисекторних комплексних датчиків 3,5-5 МГц. Основними характеристиками спектрограми (доплерограми), що оцінювалися протягом післяопераційного періоду у хворих з ОЖ, були пікова систолічна і кінцева діастолічна швидкість кровотоку, середня швидкість кровотоку (СШК), індекс периферичного опору (ПО) і пульсаційний індекс (ПІ), що відображає тонус капілярної артеріальної сітки, об'ємна швидкість кровотоку (ОШК), загальний печінковий кровотік (ЗПК), що визначався як сума кровотоку в загальній печінковій артерії (ЗПА) та ворітній вені (ВВ).

Для біохімічної оцінки синдрому системної запальної відповіді у хворих з ОЖ в періопераційний період залежно від способу декомпресії використовували імуноферментний метод визначення протягом післяопераційного періоду С-реактивного протеїну (СРП) (набір фірми ИМТЕК, Росія) та прозапальних цитокінів – фактор некрозу пухлин (ФНП), інтерлейкін 1, 6 (Іл-1, Іл-6) (набори фірми IMMUNOTECH, Франція).

Функціональні резерви печінки у хворих з ОЖ оцінювали шляхом біохімічної оцінки маркерів холестази, цитолізу, білоксинтезуючої функції, електролітного та ферментного спектра, метаболічного синдрому, системи гемостазу та антиоксидантної системи, показників поглинання та утилізації кисню гепатоцитами, поєднуючи з результатами морфологічних досліджень. Для оцінки морфофункціонального стану печінки під час операції шляхом крайової біопсії

брали її тканину, яку використовували для проведення морфологічних, гістобіохімічних досліджень.

Формування та редагування первинної бази даних проведено на "Pentium 4 PC" у середовищі "Windows XP Professional Second Edition" пакетом "Microsoft Excel". Обчислення основних статистичних показників та параметрів розподілу досліджуваних даних в цілому та в окремих групах виконано процедурою "Descriptive Statistics" за допомогою стандартного програмного пакета "Statistica for Windows-6.0".

Результати дослідження та їх обговорення. Оцінка доплерограм у хворих з ОЖ в післяопераційному періоді після виконання біліарної декомпресії констатувала істотні порушення печінкової гемодинаміки у всіх хворих. При цьому найбільш виражені зміни виявлялися в мікроциркуляторному руслі, поширюючись на артерії і вени дрібного і середнього калібру, що в кінцевому рахунку призводить до недостатнього транспорту кисню в печінкову паренхіму, розвитку гіпоксичного ураження гепатоцитів, що є однією з основних причин розвитку печінкової недостатності у хворих з ОЖ в післяопераційному періоді. Якщо спочатку зниження портального кровообігу має пристосувальний характер і певною мірою зменшує токсичне навантаження на печінку, то згодом це призводить до суттєвого погіршення нутрітивного портосистемного транспорту.

Максимальний ступінь порушення печінкової гемодинаміки спостерігався у хворих 1 групи із застосуванням методів зовнішньої декомпресії які зберігають автономність біліарної системи. Це виражалося у вигляді зростання пікових систолічних та діастолічних швидкостей в ЗПА, що констатувало зменшення периферичного опору в басейні ЗПА у вигляді зміни індексів ПО та ПІ. Збільшення лінійного та об'ємного кровотоку в ЗПА у хворих 1 групи було вірогідно більшим ($p < 0,001$) від відповідних показників хворих 2 групи ($p < 0,01$) та 3 групи ($p < 0,05$).

Зростання діастолічної хвилі, співвідношення часу підйому і спаду систолічної і діастолічної хвилі вказували на підвищення венозного тону і розвиток портальної гіпертензії. Це зумовлено порушенням печінкової мікроциркуляції, спазмом пресинусоїдальних сфінктерів і розвитком інтерстиційного набряку, що є значущим компонентом патогенезу печінкової дисфункції. Максимальне зменшення лінійного та об'ємного кровотоку у ВВ спостерігалося у хворих 1 та 2 груп ($p < 0,001$) порівняно з хворими 3 групи ($p < 0,05$). Проте, вже з 2-4 доби післяопераційного періоду у хворих 2 групи ці показники не відрізнялися від показників хворих 3 групи протягом всього післяопераційного періоду, що пов'язано

з виникненням набряку та запалення в ділянці сформованого білодигестивного анастомозу, який при своєму формуванні проходить через усі фази запалення і супроводжується порушенням пасажу через нього, крім цього, саме на цей термін післяопераційного періоду припадає момент порушення моторики травного каналу і підвищення внутрішньокішкового тиску, що також утруднює пасаж жовчі по сформованому анастомозу.

Тривалість виявлених гемодинамічних порушень була максимальною у хворих з зовнішньою декомпресією (1 група) ($p < 0,001$) (12-15 доба) порівняно з відповідними показниками хворих 2 ($p < 0,01$) та 3 груп ($p < 0,05$), що характеризувалося поступовим зменшенням обсягу артеріального кровотоку та збільшенням портального кровообігу.

Таким чином, у хворих з ОЖ в післяопераційному періоді після виконання декомпресійного втручання спостерігаються характерні гемодинамічні зміни в печінці у вигляді збільшення лінійного й об'ємного кровотоку в артеріальній системі і різке зменшення лінійного й об'ємного кровотоку в портальній системі, що прямо залежить від швидкості та темпів біліарної декомпресії. Зовнішня декомпресія призводить до швидкого зниження тиску в біліарній системі, що має суттєвий негативний вплив на печінкову гемодинаміку, порушення якої на тлі низьких функціональних резервів печінки може призвести до розвитку післяопераційної печінкової недостатності. Формування штучних білодигестивних анастомозів і виконання транспапілярних ендоскопічних декомпресійних втручань у хворих з ОЖ супроводжуються вірогідно меншими змінами портосистемного кровотоку, що створює передумови для забезпечення біліарної декомпресії при ОЖ у тяжких хворих на тлі низьких функціональних печінкових резервів.

Динамічне моніторування маркерів синдрому системної запальної відповіді протягом післяопераційного періоду у хворих з ОЖ залежно від способу хірургічної декомпресії (збереження автономності біліарної системи чи її порушення) встановило, що максимальна концентрація досліджуваних маркерів спостерігалася у хворих 2 групи (із штучно сформованими білодигестивними анастомозами) (ФНП ($p < 0,001$), Іл – 1 ($p < 0,001$), Іл – 6 ($p < 0,001$), СРП ($p < 0,001$)). Мінімальні зрушення маркерів системного запалення спостерігалися у хворих, яким виконані декомпресійні втручання, зберігають біліарну автономність (1 група) (ФНП ($p < 0,01$), Іл – 1 ($p < 0,05$), Іл – 6 ($p < 0,05$), СРП ($p < 0,011$)). Показники системного запалення хворих 3 групи, яким виконана ендоскопічна декомпресія, були вірогідно меншими за показники хворих 2 групи, проте більшими за показники хворих, у яких після вико-

нання декомпресійного втручання була збережена автономність біліарної системи.

Таким чином, встановлена пряма залежність ступеня активації синдрому системної запальної відповіді як складової частини синдрому ендогенної токсемії у хворих з ОЖ залежно вибору способу хірургічної декомпресії біліарної системи. Встановлено, що зовнішня декомпресія, що зберігає автономність функціонування позапечінкових жовчних проток і перешкоджає ентеральній мікробній транслокації, відбувається на фоні мінімального ступеня активації маркерів системного запалення, а відповідно на тлі менш вираженої ендотоксемії. Натомість, створення штучних білодигестивних анастомозів забезпечує можливість ентерального шляху мікробної транслокації через рефлюксні явища, що підтверджено високою концентрацією відповідних прозапальних маркерів, в першу чергу Іл – 1, що є індикатором бактеріального інфікування, збільшуючи питому вагу мікробного та імунологічного компонентів синдрому ендогенної токсемії у хворих з ОЖ в післяопераційному періоді.

Висновки. Проведене дослідження констатувало існування впливу методу хірургічної декомпресії біліарної системи у хворих з ОЖ на показники портосистемної гемодинаміки та ступінь активації маркерів синдрому системної запальної відповіді протягом перебігу післяопераційного лікування.

Виконання зовнішньої декомпресії біліарної системи, що забезпечує швидке зниження тиску в жовчних протоках, у хворих з ОЖ супроводжується негативною динамікою показників печінкової гемодинаміки, що на тлі низьких та некомпенсованих функціональних резервів печінки може стати фактором розвитку та прогресування гострої печінкової недостатності, проте, збереження автономності біліарного тракту призводить до вірогідно меншої активації системного запалення, а відповідно зменшує питому вагу імунологічного та мікробного компонентів ендогенної токсемії.

Формування білодигестивних анастомозів супроводжується меншими змінами портосистемного кровотоку через особливості морфометричних характеристик функціонування анастомозу в післяопераційному періоді, проте через порушення автономного характеру роботи біліарної системи та можливість мікробної транслокації призводить до суттєвої активації системного запалення та його частки в обсязі післяопераційного ендотоксикозу.

Нарешті, виконання ендоскопічних транспапілярних втручань у хворих з ОЖ не супроводжується суттєвими порушеннями портосистемного кровотоку та істотною активацією системного запалення через

менший об'єм операційної травми, що створює можливість до застосування цього виду декомпресійного втручання в якості першого етапу перед радикальним втручанням, що збільшить можливості передопераційної підготовки та створить умови для істотного покращення результатів лікування хворих з ОЖ.

Перспективи подальших досліджень. В ході виконання подальших досліджень на основі прогно-

зування змін портосистемної гемодинаміки та комплексу біохімічних маркерів оцінки функціональних резервів печінки планується розробити лікувально-діагностичний алгоритм етапного вибору раціонального способу біліарної декомпресії та превентивних консервативних заходів щодо розвитку печінкової недостатності в післяопераційному періоді у хворих з ОЖ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Декомпресія біліарного тракту при патології органів гепатопанкреатодуоденальної зони як етап передопераційної підготовки / В.І. Мамчич, В.А. Шуляренко, В.І. Паламарчук та ін. // Зб. наук. пр. співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. – К., 2001. – Вип. 10, Кн. 4. – С. 551-563.
2. Дудченко М.А. Влияние гипоксии на проницаемость мембран гепатоцитов // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2005. – Т. 5, Вип. 1 (9). – С. 151 – 153.
3. Елін А.Ф. Диференційований підхід до вибору термінів операційного втручання у хворих на обтураційну жовтяницю // Львівський медичний часопис. – 2005. – Т. 11, № 4/1. – С. 43-47.
4. Шевчук М.Г., Ткачук О.Л., Месоєдова В.А. Порівняльна оцінка паліативних жовчовідвідних втручань у хворих на механічні жовтяниці пухлинного генезу // Матеріали 21 з'їзду хірургів України. – Запоріжжя, 2005. – Т. 1. – С. 299 – 301.

УДК 616.61-003.7:616.633.1]-074.

ЗАСТОСУВАННЯ СУЧАСНИХ МАЛОІНВАЗИВНИХ МЕТОДИК ДРЕНУВАННЯ ВЕРХНІХ СЕЧОВИХ ШЛЯХІВ ПРИ ОБСТРУКТИВНІЙ НЕФРОПАТІЇ

С.О. БОРИСОВ, Ф.І. КОСТЄВ, О.В. БОРИСОВ

Одеський державний медичний університет

Using of modern miniinvasive methods of upper urinary tract drainage at obstructive nephropathy

S.O. BORYSOV, F.I. KOSTIEV, O.V. BORYSOV

Odessa State Medical University

Задачею представлено дослідження є вивчення клінічної ефективності запропонованих нами пристроїв для довготривалого дренивання верхніх сечових шляхів у хворих з обструктивною нефропатією (ОН). Серед досліджених пацієнтів, ОН була пов'язана із сечокам'яною хворобою, стриктурою уретри, стриктурою сечовода, інфравезикальною обструкцією внаслідок стенозу шийки сечового міхура та позачеревним фіброзом. Пієлонефрит супроводжував ОН у всіх пацієнтів, яких обстежували. При проведенні комплексного лікування застосовано запропонований авторами стент для довготривалого дренивання верхніх сечових шляхів, що дозволяє значно подовжити строк його функціонування, суттєво покращити результати комплексного лікування хворих з ОН та якість їх життя, а також катетер, що має підвищену дренируючу спроможність, подовжений термін функціонування у поєднанні з високою ефективністю його лікувальної дії в порожнинній системі нирки і верхніх сечових шляхах. Доведена висока ефективність застосованих комплексних лікувальних заходів у хворих з обструктивною нефропатією.

The task of investigation is the study of clinical efficacy of devices for upper urinary tract draining, which were suggested for the treatment of patients with obstructive nephropathy (ON). Examined group consists of patients with the obstructive nephropathy which is connected with renal calculus disease, strictures of urethra and urether, retroperitoneal fibrosis, infravesical obstruction. Pyelonephritis of various severity degree complicated the condition of all examined patient. The investigated stent for the durable upper urinary tract draining allow to prolongate the period of exploitation and to improve considerably the results of complex treatment of patients with obstructive nephropathy and the quality of their life. The investigated catheter has the high drainage ability, the prolonged period of exploitation, together with high efficacy of its treatment action in kidney cavity and upper urinary tract. We proof the high efficacy of complex medical measures which were used in a group of patients with obstructive nephropathy.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Обструктивна нефропатія (ОН) є неминуючим наслідком довготривалого порушення пасажу сечі супра- та інфравезикального походження. Цей патологічний стан окреслює розвиток гідронефротичних змін, проявів декомпенсації ниркової функції та широкого спектра дисметаболических процесів. Особливо вагомим рисою ОН є присутність інфекції верхніх сечових шляхів (ВСШ), що значно посилює негативний вплив обструктивного фактора на функціональні властивості ниркової паренхіми [1,2].

Приймаючи до уваги вищевикладене, безсумнівно є забезпечення вчасного та адекватного дренивання ВСШ у хворих з обструктивною нефропатією за допомогою сучасних малоінвазивних методик.

Завданням наведеного дослідження є вивчення клінічної ефективності запропонованих нами при-

строїв для довготривалого дренивання верхніх сечових шляхів у хворих з ОН.

В роботі представлено аналіз дослідження 52 пацієнтів з обструктивною нефропатією. Серед них 28 (53,8%) пацієнтів чоловічої статі та 24 (46,2%) жіночої. Вік хворих знаходився в межах від 27 до 77 років (в середньому 52 роки).

Серед досліджених пацієнтів ОН була пов'язана із сечокам'яною хворобою у 23 (44,2%) випадках, стриктурою уретри у 8 (15,4%) спостереженнях, стриктурою сечовода у 9 (17,3%) хворих, інфравезикальною обструкцією внаслідок стенозу шийки сечового міхура у 7 (13,5%) випадках та позачеревним фіброзом у 5 (9,6%) спостереженнях.

Пієлонефрит супроводжував ОН у всіх пацієнтів, що спостерігалися. В 20 (48,9%) випадках інфекційно-запальний процес знаходився в латентній фазі, у 8 (19,5%) - в фазі ремісії, а у 13 (31,7%) було діагно-

стовано загострення пієлонефриту. У всіх досліджених пацієнтів в плані обстеження було передбачено бактеріологічне дослідження сечі.

Досліджувана група хворих в комплексі з проти-запальними та антибактеріальними засобами після виконання у 8 (19,5%) випадках стентування верхніх сечових шляхів, у 5 (12,2%) спостереженнях перкутанної нефростомії, та у 8 (19,5%) хворих стентування ВСШ з подальшою дистанційною літотрипсією конкремента з першої доби спостереження одержували метаболізмкоригуючий препарат Антраль 0,4г 2 рази на добу під час прийому їжі протягом 10-14 днів у стаціонарних умовах з наступним продовженням прийому препарату протягом 2-3 тижнів амбулаторно. Повторні клініко-лабораторні дослідження проводилися після закінчення комплексного лікування [3,4].

В контрольній групі хворі з ОН також одержували традиційну комплексну протизапальну та антибактеріальну терапію з виконанням стентування ВСШ у 9 (21,9%) пацієнтів, пункційної чрезшкірної нефростомії у 4 (9,8%) спостереженнях та стентування ВСШ з подальшою дистанційною літотрипсією у 7 (17%) хворих. Стентування ВСШ виконувалося стентом для довготривалого дренивання.

В основу винаходу нами було поставлено задачу розробки пристрою для довготривалого стентування верхніх сечових шляхів виконаного у вигляді S-подібного еластичного стержня, що дозволяє підвищити його дренивальну спроможність в декілька разів, а також збільшити термін служби [5,6].

Поставлене завдання було вирішене запропонований стент, виконаний у вигляді еластичного стержня із закругленим внутрішнім кінцем і має зірчастий фігурний профіль, який створює в просвіті сечовода додаткові дренажні канали (Деклараційний па-

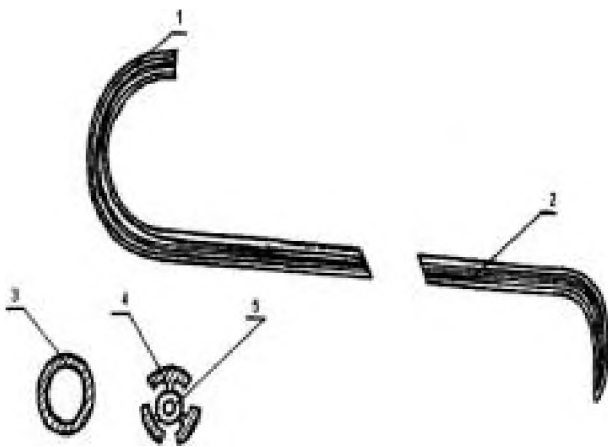


Рис. 1.

1 – стент S-подібний; 2 – дренажний канал (всього 3); 3 – розріз традиційного стента; 4 – розріз еластичного профільного стержня; 5 – осьовий канал.

тент України на винахід № 64636 А). До стента додається мандрен, довжиною 100 см, виготовлений з нержавіючого сталювого дроту діаметром 0,8мм та штовхач, довжиною 40 см, виготовлений з полівінілхлоридної трубки із жорсткістю за Шором 95 одиниць.

Запропонований стент було використано у 14 спостереженнях у хворих з обструктивною нефропатією. Зроблено висновок про відсутність побічних проявів перебування стента у верхніх сечових шляхах, високу ефективність в усуненні обструктивних змін в нирці і сечоводі, а також встановлено, що термін ефективності роботи стента у 2-2,5 рази перевищує аналогічний показник традиційного стента і досягає 3-3,5 місяців.

У випадках наявності при ОН супровідного інфекційно-запального процесу в нирках використовували катетер для довготривалого дренивання та введення лікарських речовин у верхні сечові шляхи, що являє собою еластичний дренаж з фармакосорбентним контейнером (Деклараційний патент України на винахід № 66244 А).

Метою винаходу була розробка пристрою для довготривалого дренивання і введення лікарських речовин у верхні сечові шляхи за рахунок виконання катетера у вигляді профільного стержня, який переходить в порожнину сечового міхура в трубчасту частину дренажа, що дозволяє підвищити дренивальну спроможність катетера, збільшити термін його функціонування, скоротити строки стаціонарного лікування хворих та покращити якість їх життя. Діаметр трубчастої частини дренажа №10-11 шкали Шар'єра. До дренажа додається мандрен, довжиною 80 см, виконаний з нержавіючої сталі діаметром 1 мм.

Катетер використовується наступним чином: в асептичних умовах під час виконання цистоскопії, через операційний канал уретроцистоскопа у порожнину сечового міхура вводиться закруглений кінець катетера та просувається через сечовідне вічко до просвіту сечовода і порожнини ниркової миски на висоту 28-30 см. Після досягнення означеного рівня положення дренажа з його просвіту виводиться мандрен. За допомогою перехідника осьовий канал сполучається з ін'єкційним вузлом, що слугує для введення до фармакосорбентного контейнера розчинних лікарських препаратів. Трубчаста частина катетера забезпечує відведення сечі з порожнини сечового міхура до сечоприймача.

Метою його застосування є усунення обструктивного компонента названого патологічного стану та активний вплив на перебіг інфекційного запалення в нирках.

Присутність катетера у просвіті верхніх сечових шляхів хворих із сечокам'яною хворобою, стенотич-

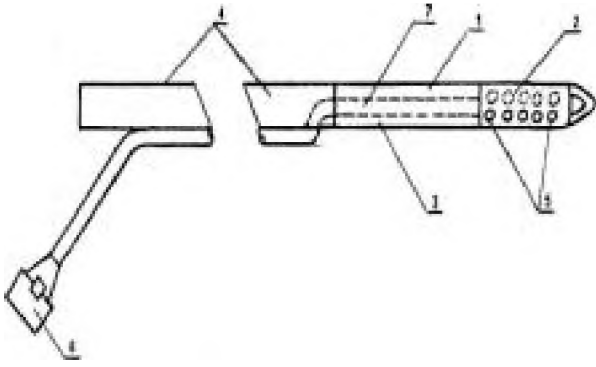


Рис. 2.

1 – катетер для довготривалого дренивання і введення лікарських речовин у верхні сечові шляхи; 2 – фармакосорбентний контейнер; 3 – профільна частина дренажа; 4 – трубчаста частина дренажа з перегородником (на рівні порожнини сечового міхура); 5 – дренажні отвори; 6 – ін'єкційний вузол для введення лікарських препаратів до фармакосорбентного контейнера; 7 – дренажний канал.

ними змінами мисково-сечовідного та сечовідно-міхурового сегментів, стриктурами сечоводу, хворобою Ормонда, новоутвореннями позачеревного простору і тазової порожнини забезпечує вільний відтік сечі з нирки до сечового міхура, нижніх сечових шляхів і назовні, дозволяє досягти високого антибактеріального та протизапального ефекту в порожнині ниркової миски. Все вищевикладене створює ефективний позитивний вплив на функціональну спроможність нирки, перебіг метаболічних процесів в ній, дозволяє забезпечити ліквідацію вторинного інфекційно-запального процесу в порожнинній системі нирки у

хворих з обструктивною нефропатією. Запропонований катетер застосовано в лікуванні у 11 хворих з ОН.

Нами встановлено, що строк ефективного функціонування катетера у 2,5-3 рази перевищує відповідний показник звичайного сечовідного катетера і досягає 9-10 діб. Результати фармако-ультразвукових досліджень свідчили про стабільно високу дрениуючу спроможність катетера протягом всього періоду його перебування у верхніх сечових шляхах. Порівняльний аналіз результатів комплексного лікування хворих свідчить про значно вищий антибактеріальний, протизапальний, детоксикаційний ефект при застосуванні катетера для довготривалого дренивання і введення лікарських речовин у верхні сечові шляхи, ніж при комплексному лікуванні аналогічного контингенту хворих при використанні традиційного зовнішнього сечовідного катетера.

Висновки. 1. Порівняно з відомими зразками, запропонований стент для довготривалого дренивання верхніх сечових шляхів дозволяє, завдяки підвищеній дренивальній спроможності, значно (у 2-2,5 рази) подовжити строк його функціонування та суттєво покращити результати комплексного лікування хворих з обструктивною нефропатією та якість їх життя.

2. Порівняно з відомими зразками, запропонований катетер для довготривалого дренивання сечових шляхів має підвищену дренивальну спроможність, подовжений термін функціонування у порівнянні з високою ефективністю його лікувальної дії в порожнинній системі нирки і верхніх сечових шляхах хворих з обструктивною нефропатією.

ЛІТЕРАТУРА

1. (Smith's General Urology) урологія по Дональду Сміту под ред. Э.Танаго, Дж. Маканинга. Практика. М. 2005 С. 206.
2. Karger W.E. Urinary tract obstruction. In: Brenner V.M., Rector F.C. The kidney, 4th ed. W.B. Saunders, Philadelphia, 1991. – P. 1768-1808.
3. Петруня О.М. Автореферат диссертации "Эффект Антраля и Эрибисола в комплексной терапии больных с простой диабетической регинопатией.", //2003г.
4. Фролов В.М., Григор'єва Г.С., Лоскутова І.В. Досвід і пере-

пективи застосування нового перепарату "Антраль" у клінічній практиці // Фармакологічний вісник. – 2000. – №2. – С. 2-5.

5. Яненко Э.К., Ступак Н.В., Мудрая И.С. та ін. Роль уровня обструкции в нарушении уродинамики верхних мочевых путей при осложнениях мочекаменной болезни. (Клинико-экспериментальное исследование) НИИ Урологии Минздрава РФ, Москва // Урология -2004. – № 3. – С. 3-5.

6. Возіанов О.Ф., Люлько О.В., Котляров В.С. Формування лімфатичних капілярів біля капсули ниркового тільця в умовах утрудненого відтоку сечі // Урологія. – 2003. – № 3. – С. 9-16

УДК 616.346.2-089.87-089.81

НОВІ МАЛОІНВАЗИВНІ СПОСОБИ АПЕНДЕКТОМІЇ

І.В. АЛТИН, В.Й. ОРОХОВСЬКИЙ, Л.І. ВАСИЛЕНКО

Донецький державний медичний університет

New miniinvasive ways of appendectomy

I.V. ALTYN, V.Y. OROKHOVSKY, L.I. VASYLENKO

Donetsk State Medical University

Робота присвячена розробці нових малоінвазивних способів апендектомії, захищених патентами на винахід з їх топографо-анатомічним, клінічним обґрунтуванням, на 57 трупах людей та у 242 хворих з гострим апендицитом. При виконанні нових доступів у більшості випадків до операційної рани прилягало місце з'єднання сліпої кишки та червоподібного відростка. Це забезпечувало найкоротший шлях, дозволяло зробити отвір більш широким, що скоротило пошук, діагностичний огляд органів, тривалість втручання, знизило травматичність операції. Нові доступи дозволили виконати симультанні операції на яєчнику у 16 жінок, були більш вигідні у косметичному відношенні. Післяопераційних ускладнень у хворих, що оперовані за новими способами, не було. Це підтверджує функціональну і клінічну надійність розроблених оперативних доступів та дозволяє рекомендувати їх до застосування у хірургічній практиці.

The work is devoted to development of new miniinvasive ways of appendectomy, covered by invention patents, with their anatomic, clinical substantiation on the basis of investigation of 57 human corpses and 242 patients with acute appendicitis. At performance of the new incisions in most cases to operational wound the junction of cecum and vermiform appendix a shoot adjoined. It has provided the shortest way, to make access wider that reduced search, the diagnostic examination of organs, duration of intervention, reduce traumatism of operation. The new incisions have allowed to perform simultaneous operations on the ovary at 16 women, they were more favourable in cosmetics. Postoperative complications of the patients, who were operated with the new techniques, were not observed. It proves functional and clinical reliability of the developed operative incisions and allows to recommend their application in surgical practice.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Сьогодні малоінвазивні способи операцій широко впроваджуються у хірургічну практику [9, 11, 12, 5, 3]. У той же час апендектомія, найчастіше втручання на органах черевної порожнини, виконується багатьма хірургами старими способами без тенденції зниження проценту різноманітних ускладнень [8, 1, 10, 2].

Усе це вказує на необхідність розробки нових операцій з їх топографо-анатомічним та клінічним обґрунтуванням [4, 8, 10].

Матеріал та методи. Цьому питанню присвячена наша робота з апробацією нових малоінвазивних способів апендектомії (патенти на винаходи України № 53521 А61В17/00 від 15.01.2003, Бюл. № 1 та № 11216 А61В17/00 від 15.12.2005, Бюл. № 12) у 142 хворих та проведенням дослідів на 57 трупах людей. У 100 пацієнтів для порівняння застосували класичний доступ для видалення червоподібного відростка за Волковичем – Дьяконовим – Мак-Бурнеєм [6, 7].

Анатомічні дослідження включали наливку судин передньої черевної стінки в здухвинно-паховій області, ілео-цекальної зони контрастними масами з наступною рентгенографією та препаруванням. Проклада-

ли вказані хірургічні доступи з виміром їх площі та взаємин з розташуванням нижніх надчеревних судин, склепіння сліпої кишки і червоподібного відростка з розробкою техніки його мобілізації при різних варіантах кровопостачання.

Клінічне обстеження хворих включало застосування функціональних, гістологічних і лабораторних методів дослідження. На 5-6 добу після апендектомії проводили також удосконалену нами пневмоіригоскопію з метою вивчення взаємин проєкцій використовуваних доступів з куполом сліпої кишки та основою червоподібного відростка.

При виконанні першого варіанту запропонованого доступу для видалення червоподібного відростка здійснювали в правій здухвинно-паховій ділянці лінійний навскісний розтин зверху-донизу, ззовні – до середини від точки пересікання перпендикуляра, що проведений до навскісної висхідної лінії, яка з'єднує передню верхню ость правої клубової кістки і пупок на межі зовнішньої і середньої третини, з горизонтальною лінією, що поєднує передні верхні ості обох клубових кісток, та закінчують розтин довжиною до 4 см у напрямку малого таза з розсіченням шкіри, підшкірно-жирової клітковини, апоневрозу зовнішнього навскісного м'яза живота, з тупим роз-

шаруванням за ходом волокон внутрішнього навскісного та поперечного м'язів живота, з лінійним розтином поперечної фасції живота і очеревини.

При виконанні другого варіанту нового доступу проводили пошаровий розтин довжиною до 4 см передньої черевної стінки в правій здухвинно-паховій ділянці зверху-донизу, ззовні-до середини, паралельно пахвинній складці від точки пересікання лінії, що поєднує мечоподібний відросток груднини з середньою пахвинною зв'язкою, з горизонтальною лінією, що поєднує передні верхні ості обох клубових кісток. Розтинали за ходом волокон апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота. Розводили за допомогою гачків краї розсіченого апоневрозу у поперечному напрямі. Надсікали перемізій внутрішнього косоного м'яза живота у нижньому куті рани і зімкнутими браншами ножиць тупо розшарували за ходом волокон м'язовий шар, який складався з внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота. М'язи розводили пінцетами в поперечному напрямі, розтинали поперечну фасцію до передчеревинної клітковини, в яку вводили браншу вишівального апарата, GIA 50 Premium фірми Tyco Healthcare Auto Suture на потрібну довжину паралельно шкірній рани. Накладали другу браншу апарата на перемізій внутрішнього косоного м'яза живота. Прошивали внутрішній косий та поперечний м'язи живота, поперечну фасцію на потрібну довжину паралельно шкірній рані двома рядами скобок з розсіченням тканин між лініями прошивання. Розтинали очеревину.

Результати дослідження та їх обговорення. При виконанні класичного розтину за Волковичем – Дьяконовим – Мак-Бурнесм виявилось, що недоліками цього способу були обмеженість доступу до органів черевної порожнини (площа отвору: 4-9 см²) та виникнення утруднень під час їхнього огляду. Надмірне розтягування рани гачками травмувало тканини і сприяло нагноєнню. Це ускладнення мало місце у 1 пацієнта (1%). У більшості випадків розтин не забезпечував найкоротшого доступу до місця з'єднання сліпої кишки та червоподібного відростка, виходив на висхідну ободову кишку, що не дозволяло у двох випадках без розширення рани провести операції на яєчнику за умови поєднання патологій (апендицит, кіста, розрив яєчника). Проекція основи червоподібного відростка у 90% випадків розташовувалась на 5-9 см нижче проекції виконаного класичного доступу. З цієї причини хірурги змушені у пошуках сліпої кишки та червоподібного відростка додатково травмувати тканини, що продовжувало термін виконання операції. Крім того, вищенаведений спосіб був недостатньо косметичним через високе розташування післяопераційного рубця.

Недоліком першого варіанту нового доступу до червоподібного відростка також була обмеженість шляху до органів черевної порожнини (площа отвору: 4-8 см²). Тупе розшарування волокон внутрішнього навскісного і поперечного м'язів живота, надмірне розтягування рани гачками травмувало тканини, приводило до загибелі та атрофії м'язових волокон з перетворенням їх у сполучну тканину, що сприяло нагноєнню (це ускладнення мало місце у 0,8% пацієнтів) та формуванню післяопераційних гриж. Практичне виконання розтину шкіри в більшості випадків супроводжувалось помилками його розрахунку й не досить чітким визначенням напрямку, що надавало багато варіантів розташування доступу по відношенню до сліпої кишки та червоподібного відростка, до яких у 32% випадків не забезпечувався найкоротший шлях. При цьому було можливе пошкодження нижньої надчеревної артерії, яка у 7% хворих виявлялася у нижньому куті рани.

При виконанні другого варіанту нового доступу у більшості випадків (79%) до операційної рани прилягало місце з'єднання сліпої кишки та червоподібного відростка, що забезпечило найкоротший шлях, дозволяло зробити оперативний доступ більш широким (площа отвору: 12-16 см²), скоротило пошук, діагностичний огляд органів, тривалість оперативного втручання, знизило травматичність операції.

Нові доступи дозволили виконати симультанні операції на яєчнику у 16 жінок, були більш вигідні у косметичному відношенні. Крім цього, прошивання внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота, поперечної фасції на потрібну довжину паралельно шкірній рані двома рядками скобок з розсіченням тканин між лініями прошивання забезпечило надійний гемостаз, фіксацію м'язових волокон з надійним зшиванням м'язів після операції стик-у-стик без розволокнення та прорізання лігатур, що сприяло формуванню більш ніжного післяопераційного рубця, та попереджувало утворення післяопераційних гриж.

Нижня надчеревна артерія у 8% випадків виявлялася у нижньому куті рани та у 3 хворих при необхідності була надійно прошита апаратом GIA. Це мало місце, за даними анатомічних досліджень, коли артерія від середини пахвинної зв'язки проходила приблизно під кутом 45° до зовнішнього краю прямого м'яза живота, потім направлялася нагору до пупка. При меншому куті розташування (92%) – нижня надчеревна артерія у зону доступу не попадала.

Післяопераційних ускладнень у хворих, що оперовані за новими способами, не було.

Це підтверджує функціональну і клінічну надійність розроблених оперативних доступів та дозволяє рекомендувати їх до застосування у хірургічній практиці.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гринберг А.А., Михайлусов С.В., Тренин Р.Ю., Дроздов Г.Э. Диагностика трудны случаев острого аппендицита. – Москва.- 1998. – 127 с.
2. Гринцов А.Г., Буценко В.Н., Куницкий Ю.Л. и др. Симптомы и синдромы в неотложной хирургии живота. – Киев, 2001. – 61 с.
3. Ефименко А.Ф. Гинекологическая хирургия сегодня, ее ближайшие перспективы // Вісник акушерів-гінекологів України.- 2002.- 3(18).- С.25-30.
4. Колесов В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. – Л.: Медицина. – 1972. – 342 с.
5. Ороховский В.И. Основные грыжесечения. Ганновер, Донецк, Коттбус, МУНЦЭХ, КИТИС, 2000.- 236 с.
6. Патент України на винахід № 53521. Спосіб оперативного доступу для видалення червоподібного відростка /В.М. Буценко, Л.І. Василенко, В.В. Целікова. – Опубл. 15.01.2003 // Бюл. № 1.
7. Патент України на винахід № 11216. Спосіб оперативного доступу для видалення червоподібного відростка /В.Й. Ороховський, Л.І. Василенко, І.В. Алтин. – Опубл.15.12.2005 // Бюл. № 12.
8. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. – М.: Медицина. – 1988. – 205 с.
9. Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Эндоскопическая хирургия – ее настоящее и перспективы развития // Украинск. журн. малоинвазивной и эндоскопической хирургии. – 1997. – 2. – С. 5-9.
10. Томашук И.П., Томашук И.И. Острый апендицит. – К.: Здоров'я. – 1998. – 94 с.
11. Федоров И.В. Лапароскопическая аппендэктомия: за и против // Мир медицины. -1999. – № 7-8. – С. 15-17.
12. Video-endoskopische Chirurgie: Grundlagen – Prinzipien – Perspektiven /hrsg. Von F. Kockerling und W. Hohenberger. Unter Mitarb. Von W. Feil, I. Gastinger... – Heidelberg; Leipzig: Barth, 1998. – 284 s.

УДК 616.33-02-022-053.2-072.1

ОСОБЛИВОСТІ ПІЛОРИЧНОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ У ДІТЕЙ

В.Й. КИМАКОВИЧ, С.Л. НЯНЬКОВСЬКИЙ, В.А. ІВАНЦІВ, О.С. ІВАХНЕНКО,
І.М. ЛУКАСЕВИЧ, Я.А. БОРИС

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

The peculiarities of helicobacter pylori infection in children

V.Y. KIMAKOVYCH, S.L. NYANKOVSKY, V.A. IVANTSIV, O.S. IVAKHNENKO, I.M. LUKASEVYCH, YA.A. BORYS

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

Вивчалися ендоскопічні, морфологічні та клінічні особливості захворювань верхніх відділів травного каналу, асоційованих з *Helicobacter pylori* у дітей. Проводилось скринінг-анкетування школярів для з'ясування поширеності основних скарг, характерних для гастродуоденальних захворювань, їх соціальних і побутових особливостей. Визначено порівняльну ефективність основних інвазивних і неінвазивних методів діагностики *H. pylori*. Найчутливішим методом діагностики *H. pylori* залишається морфологічний, незважаючи на його недоліки, насамперед інвазивність.

The endoscopic, morphologic and clinical peculiarities of the course of *Helicobacter pylori*-associated chronic diseases of upper digestive tract in children have been studied in the article. The screening-questioning of schoolchildren has been performed with the help of which gastroduodenal-specific complaints were determined, their social and everyday life features were investigated. Comparative efficacy of the main invasive and noninvasive *H. pylori* diagnostic techniques among children has been determined. A conclusion has been drawn that the most perceptible method of diagnostics of *H. pylori* infection is still morphologic method in spite of its imperfection due to invasive technique.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Останнім часом у загальній структурі захворювань у дітей перше місце посіли гастроентерологічні захворювання і кількість їх, незважаючи на покращення діагностики і лікування, неухильно зростає [2, 6, 8-10, 14].

Найчастіше серед цих хвороб трапляються захворювання верхніх відділів травного каналу (ВВТК), асоційовані з *Helicobacter pylori*. Порівняно із західними країнами, де ведуть ефективну боротьбу з гелікобактеріозом і відзначають суттєве зменшення його розповсюдженості в дитячій популяції, для України ця проблема залишається актуальною [5, 8, 18,20].

У дітей із запальними захворюваннями ВВТК, асоційованими з *H. pylori*, які супроводжуються клінічною симптоматикою, ендоскопічними і морфологічними змінами необхідна ерадикаційна терапія [11, 17]. При цьому треба враховувати так званий "ефект запізнення" [5, 13], особливо в дитячій гастроентерології, де не визначено шляхи своєчасної діагностики захворювань ВВТК, не впроваджено інформативні методи верифікації гелікобактеріозу, не розроблено оптимальні схеми ерадикаційної терапії та не доведено їх ефективність при первинній і вторинній ерадикації у дітей. Подальшого удосконалення і систематизації вимагають методи адекватної реабілітації дітей після ерадикаційної терапії [11]. Відсутність повномасштабних і чітких українських

рекомендацій щодо принципів діагностики і ерадикації збудника у дітей, зміна резистентності збудника до антибіотиків, настороженість педіатрів щодо застосування інгібіторів протонної помпи (ІПП) і антибіотиків, відсутність "сімейного підходу" до ерадикації збудника ще більше ускладнює проблему ефективної боротьби з цією патологією у дітей [12].

Наш досвід лікування захворювань ВВТК у дітей свідчить, що майже половина пацієнтів звертається за кваліфікованою допомогою до дитячого гастроентеролога лише через 1,5-2 роки від початку захворювання. При цьому тільки у 10-15% (!) проводять фіброезофагогастродуоденоскопію (ФЕГДС), дуже рідко беруть біопсійний матеріал для морфологічного дослідження, і тільки в поодиноких випадках проводять дослідження на наявність *H. pylori*. Наслідком є неефективне лікування і рецидиви захворювання протягом року після нього. Хибною треба вважати позицію тих дитячих гастроентерологів, які не визнають повноцінної ерадикаційної терапії (потрійної або квадротерапії) при вогнищевих гастродуоденітах, асоційованих з *H. pylori*, обмежуючись монотерапією або використовуючи два препарати, і вважаючи повноцінну ерадикацію необхідною тільки при поширених гастродуоденітах і виразковій хворобі.

Мета дослідження: підвищити ефективність діагностики у дітей з хронічними захворюваннями ВВТК, асоційованими з *H. pylori*, шляхом впровадження ме-

тодів раннього виявлення захворювань з урахуванням особливостей їх клінічного перебігу, порівняння ефективності методів неінвазивної діагностики.

Матеріали та методи дослідження. 1. Первинний скринінг школярів для виявлення дітей зі скаргами, які характерні для захворювань ВВТК.

2. Поглиблений огляд цих дітей в школі для визначення об'єктивних симптомів, які б підтверджували захворювання ВВТК.

3. Інструментальні та лабораторні методи обстеження відібраних дітей для підтвердження діагнозу хронічного захворювання ВВТК і його етіологічного чинника, з паралельним використанням різних методів діагностики гелікобактеріозу.

4. Визначення клінічних, ендоскопічних і морфологічних відмінностей хронічних захворювань ВВТК, залежно від етіологічного чинника захворювань.

Для вивчення ендоскопічних, морфологічних і клінічних особливостей перебігу хронічних захворювань ВВТК, асоційованих з *H. pylori*, у порівнянні з подібними захворюваннями іншої етіології, обстежені діти були поділені на 2 групи. У першу групу увійшли 120 дітей із запальними захворюваннями ВВТК, асоційованих з *H. pylori*. Середній вік дітей склав $12,52 \pm 1,83$ роки. Другу групу склали 20 дітей із захворюваннями ВВТК, не асоційованими з *H. pylori*. Середній вік дітей другої групи склав $12,4 \pm 2,06$ роки.

При статистичній обробці використано критерій χ^2 для оцінки якісних характеристик (таблиць частот) та лінійну кореляцію (Пірсона).

Результати досліджень та їх обговорення. У структурі захворювань першої групи були хронічний дифузний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією в стадії загострення (65%), хронічний вогнищевий гастродуоденіт (35%). У 10,8% дітей першої групи ендоскопічно діагностовано виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, у 13,3% – ерозивний гастродуоденіт. У структурі захворювань другої групи були хронічний дифузний гастродуоденіт з підвищеною секреторною функцією в стадії загострення (70%), хронічний вогнищевий гастродуоденіт (30%).

Провівши анкетування школярів і отримавши деякі їхні соціальні, побутові і організаційні характеристики, ми порівняли їх з аналогічними показниками у дітей першої і другої груп. Виявлено, що у дітей з гелікобактеріозом достовірно частіше були незадовільні умови мешкання (26,7%; $p < 0,001$), проживання в гуртожитку (10%; $p < 0,01$) або в умовах неповної сім'ї (22,5%; $p < 0,01$). Достовірно частіше в групах хворих дітей двох груп спостерігали нерегулярне харчування, вживання їжі перед сном, не мит-

тя рук перед їдою. Істотно частіше (81,7%) в першій групі зустрічались захворювання ВВТК у інших членів родини, порівняно з даними анкетування (30,5%; $p < 0,001$) і дітьми другої групи (30%; $p < 0,01$), що підтверджує сімейний характер гелікобактеріозу. Про це свідчить достовірний кореляційний зв'язок гелікобактеріозу дітей з наявністю захворювань ВВТК у членів родини ($r = \pm 0,42$), що відповідає даним літератури.

Наші дослідження підтверджують необхідність поліпшення організації спостереження дитячих гастроентерологів за дітьми з гастродуоденальною патологією. Не зважаючи на те, що більшість хворих мали типові скарги, характерні для хронічних захворювань ВВТК, і оглядалися дитячими гастроентерологами, ФЕГДС була проведена тільки 13 дітям (!) (10,8%) першої групи, при цьому в жодному випадку не було проведено прицільної біопсії слизової оболонки шлунка і не зроблено дослідження на наявність *H. pylori*.

З особливостей клінічного перебігу слід відмітити, що у дітей з гелікобактеріозом достовірно рідше зустрічався легкий перебіг захворювання (відповідно 7,5 і 40%; $p < 0,001$), частіше відмічались переймоподібний біль у животі (45,8 і 20%; $p < 0,05$) та симптоми порушення моторики ВВТК: відрижка кислим (87,5 і 65,0%; $p < 0,01$), печія (43,3 і 15,0%; $p < 0,05$), раннє насичення їжею (53,3 і 20,5%; $p < 0,05$), важкість в епігастрії (52,5 і 10,0%; $p < 0,001$). Істотно частіше зустрічались при об'єктивному огляді неприємний запах з рота (77,5 і 30,0%; $p < 0,05$), помірна сухість шкіри (28,5 і 5,0%; $p < 0,05$), м'язовий захист передньої стінки живота при пальпації (55,8 і 30,0%; $p < 0,05$).

Усім дітям першої і другої груп була проведена ФЕГДС з прицільною біопсією слизової оболонки з антрального і фундального відділів шлунка з одночасним проведенням інтраантральної рН-метрії. При ендоскопічному обстеженні ми отримали подібну візуальну картину в обох групах дітей, яка характеризувалася розладами моторики (зміна скоротливості, наявність рефлюксу, функціональна недостатність кардії, гастроєзофагальний пролапс, зміна зубчастої лінії, неповністю зімкнутий воротар), запальними змінами (зміна кольору слизової оболонки, гіперемія слизової оболонки, збільшення секреторного вмісту, слизу). Достовірно частіше у дітей другої групи відмічали збільшення секреторного вмісту в стравоході (відповідно 50,0 і 26,7%; $p < 0,05$), тоді як в першій групі істотно частіше відмічалася збільшення кількості слизу в шлунку (94,2 і 65,0%; $p < 0,001$). Деструктивні зміни слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки (ерозії, виразки) ми зустрічали тільки у дітей першої групи. З особливостей слід відмітити множинність дефектів (3 і більше), а та-

кож відсутність корелятивного зв'язку агресивності-деструктивності процесу від віку дитини. Проте наше дослідження було недостатньо чисельним для виявлення статистично достовірної різниці за цими характеристиками.

При морфологічному дослідженні біоптатів слизової оболонки шлунка в антральному відділі шлунка у всіх дітей першої групи були визначені запальні ознаки, тоді як в другій групі такі зміни були характерними лише для 65% дітей ($p < 0,001$). Ступінь запального процесу був істотно вищим у дітей з гелікобактеріозом. Достовірно частіше в першій групі спостерігалася значна інфільтрація лімфоцитами, нейтрофілами, поліморфноклітинна і круглоклітинна інфільтрація. У частини дітей відзначено змішаний вогнищевий характер інфільтрації слизової оболонки. У 4 дітей першої групи спостерігали формування лімфоїдних фолікулів з гермінативними центрами, що характерне для гелікобактеріозу [3]. Репрта змін слизової оболонки антрального відділу шлунка, такі як вогнищева атрофія залоз, поліпоподібні зміни слизової оболонки, вогнищева кишкова метаплазія покрівно-ямкового епітелію, повнокрів'я судин, не мали статистично достовірної різниці у дітей першої і другої груп.

У біоптатах слизової оболонки з фундального відділу шлунка у дітей першої групи значно частіше траплявся виражений ступінь активності запального процесу, достовірно частіше відзначали лімфоїдну та нейтрофілну інфільтрацію, вогнищеву кишкову метаплазію покрівно-ямкового епітелію.

Таким чином, значний ступінь запалення слизової оболонки шлунка, масивна інфільтрація слизової оболонки клітинними елементами, формування лімфоїдних вогнищ з гермінативними центрами, вогнищева кишкова метаплазія має напгтовхнути лікаря на думку про гелікобактерну етіологію захворювання.

Нині діагностику *H. pylori* у дітей можна здійснювати різними методами, які відрізняються за ступенем інвазивності, необхідним обладнанням, яке потрібне для визначення, затратами часу, специфічністю і чутливістю [2, 3, 6, 10, 19]. Досі важливим методом діагностики *H. pylori* вважається морфологічний, який вважають "золотим стандартом" ідентифікації цього збудника [3]. За нашими дослідженнями наявність *H. pylori* була визначена в біопсійному матеріалі антрального відділу слизової оболонки шлунка у 103 дітей (85,8%) і в біопсійному матеріалі фундального відділу слизової оболонки шлунка у 61 дитини (50,8%), що відповідає даним літератури. Від'ємні результати за сукупними даними біопсії фундального і антрального відділів слизової оболонки шлунка ми отримали у 5 дітей (4,17%) першої групи, що свідчить, за даними нашої вибірки, про високу чутливість цього методу (~ 96%). Слід підкреслити,

що у частини дітей першої групи *H. pylori* визначили тільки в біоптатах фундального відділу слизової оболонки шлунка, що підтверджує необхідність обов'язкового проведення біопсії не лише в антральному, а й у фундальному відділі шлунка.

Ще донедавна важливим методом діагностики хронічних захворювань ВВТК, асоційованих з *H. pylori*, була ФЕГДС [3, 11]. У наших дослідженнях у третини дітей першої групи ми не мали чітких ендоскопічних ознак гелікобактеріозу, незважаючи на те, що присутність інфекції була доведена гістологічним методом.

При цитологічному дослідженні *H. pylori* ми використовували мазки-відбитки біоптатів слизової оболонки шлунка, які брали з ділянок максимальної гіперемії та набряку. Позитивна діагностика збудника цим методом була відмічена лише у 67 дітей (55,8%) першої групи, що робить сумнівним його використання як основної методики діагностики гелікобактеріозу в дітей. Низькою виявилася в наших дослідженнях чутливість уреазного тесту – 70,8% та бактеріологічного методу – 60% (останній був проведений у 10 дітей), що значно обмежує їх використання.

Метод імуноферментного аналізу Ridascreen *Helicobacter* наявності антибіл (IgG) проти *H. pylori* у сироватці крові засвідчив позитивний результат у 112 дітей (93,3%) з гелікобактеріозом.

Порівнюючи чутливість і зручність використання різноманітних методів дослідження наявності *H. pylori* в організмі дитини, можна зробити висновок, що найчутливішим методом діагностики *H. pylori* залишається морфологічний метод, незважаючи на недоліки через його інвазивність.

Висновки. 1. Проведені дослідження підтвердили необхідність раннього виявлення у дітей хронічної гастроудоденальної патології, поширення якої серед школярів є значним. У школярів різних вікових груп визначаються типові скарги, які є характерними для функціональних порушень і захворювань ВВТК. Такі діти тривалий час не звертаються за кваліфікованою допомогою, а у разі звернення не отримують її в достатньому обсязі, що значно впливає на якість лікування.

2. Проведення скринінг-анкетувань дає змогу відібрати дітей з ймовірними ознаками патології ВВТК для подальшого спостереження і обстеження.

3. В обстеженні дітей з гастроудоденальною патологією обов'язковим є проведення ендоскопії (ФЕГДС) з прицільною біопсією слизової оболонки з фундального і антрального відділів шлунка.

4. Морфологічний метод та метод імуноферментного аналізу можна вважати найчутливішими методами діагностики *H. pylori* (~ 96% і 93% відповідно) є "золотим стандартом" ідентифікації *H. pylori*.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдулхаков Р.А., Гриневич В.Б., Иваников И.О. Схемы тройной терапии язвенной болезни луковицы двенадцатиперстной кишки на основе препарата Де-Нол (Результаты мультицентрового исследования) // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2000. – Т.10, № 2. – С. 26-30.
2. Алгоритм современной диагностики и лечения хеликобактерной инфекции у детей с заболеваниями верхних отделов пищеварительного тракта / Щербаков П.Л., Вартапетова Е.Е., Филин В.А., Салмов В.С. // Педиатрия. – 2003. – № 6. – С. 86-90.
3. Аруин Л.И., Капуллер Л.Л., Исаков В.А., Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – 496 с.
4. Бабак О.Я. Ингибиторы протонной помпы. Вопросы и ответы // Сучасна гастроентерол. – 2003. – №3. – С.4-8.
5. Бабак О.Я. Геликобактериоз: проблема инфекциониста или гастроэнтеролога? // Сучасні інфекції. – 2000. – № 1. – С. 65-69.
6. Бекетова Г.В. Диагностика Helicobacter pylori-асоційованих гастродуоденальних захворювань у дітей і підлітків // Ліки України. – 1999. – № 7-8. – С. 61-65.
7. Гриценко І.І., Щербиніна М.Б., Григоренко О.І. Ефективність застосування де-нолу в лікуванні ерозивно-виразкових ушкоджень слизової оболонки гастродуоденальної зони // Новості медицини і фармації. - 2003. - № 3 (131). - С. 9.
8. Корсунский А.А., Щербаков П.Л., Исаков В.А. Хеликобактериоз и болезни органов пищеварения у детей. - М.: ИД Медпрактика-Мб. - 2002. - 168 с.
9. Материалы VIII тематической сессии Российской группы по изучению Helicobacter pylori. - Уфа, 1999. - 80 с.
10. Няньковський С.Л., Івахненко О.С. Нові підходи до діагностики, лікування та профілактики хеликобактеріозу у дітей з урахуванням сімейного характеру інфекції // Сучасна гастроентерол. – 2002. – № 1 (7). – С. 19-23.
11. Няньковський С.Л., Івахненко О.С., Гудзан Н.Ф., Іванців В.А. Три складники захворювань шлунково-кишкового тракту у дітей: рефлюкс-Helicobacter pylori-либбактеріоз. – Харків: ПоліАРТ. – 2001. – 64 с.
12. Няньковський С.Л., Івахненко О.С. Регіональні стандарти ерадикації Helicobacter pylori у дітей з урахуванням сімейного характеру інфікування // Гастроентерологія, міжвідомчий зб. – Дніпропетровськ, 2001. – Вип. 32. – С. 267-275.
13. Передерій В.Г., Ткач С.М. Доказательная медицина и эффект запаздывания в украинской гастроэнтерологии // Сучасна гастроентерол. – 2004. – № 3. – С.4-7.
14. Статистичні дані по Україні за 2000-2001 рр. – Бюллетень МЗ України, Київ, 2001. – 36 с.
15. Цветкова Л.М. Эрадикационная терапия инфекции H. pylori у детей // Лечащий врач. – 2001. – № 10. – С. 33-34.
16. Andersson T., Hassall E., Lundborg P. The International Pediatric Omeprazole Pharmacokinetic Study Group, Pharmacokinetics of orally administered Omeprazole in children // Am. J. Gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P. 3101-3106.
17. Current European concepts in the management of Helicobacter pylori infection. The Maastricht 2-2000 Consensus Report / P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain et al. // Aliment. Pharmacol. Ther. – 2002. – Vol. 16, № 2. – P. 167-180.
18. Hp Infection in Children: A Consensus Statement // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2000. – Vol. 30. – P. 207-213.
19. HpSA European Study Group Diagnosis of Helicobacter pylori Infection with a new non-invasive antigen-based assay / D. Vaira, P. Malfertheiner, F. Megraud et al. // Lancet. – 1999. – Vol. 354. – P. 30-33.
20. NASPGHAN Medical Position Paper: "Hp Infection in Children: Recommendations for Diagnosis and Treatment" // J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. – 2000. – Vol. 31. – P. 490-497.

УДК 616.411-089.85

ОРГАНОЗБЕРІГАЛЬНІ ОПЕРАЦІЇ У ХВОРИХ З НЕПАРАЗИТАРНИМИ КІСТАМИ СЕЛЕЗІНКИ

І.Й. ЄВСТАХЕВИЧ¹, Ф.П. ІНДЕНКО², Ю.Л. ЄВСТАХЕВИЧ¹, В.Ф. ІНДЕНКО¹, Т.В. ЛЕЩУК¹,
М.М. СЕМЕРАК¹, Г.Б. ЛЕБЕДЬ², О.О. ТРОШКОВ², В.Є. ЛОГІНСЬКИЙ¹

¹Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, м. Львів

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького МОЗ України

Organ-preserving operations at patients with nonparasitic spleen cysts

I.Y. YEVSTAKHEVYCH¹, F.P. INDENKO², YU.L. YEVSTAKHEVYCH¹, V.F. INDENKO¹, T.V. LESHCHUK¹,
M.M. SEMERAK¹, H.B. LEBED², O.O. TROSHKOV², V.YE. LOHINSKY¹

¹Institute of Blood Pathology and Transfusional Medicine of AMS of Ukraine, Lviv

²Lviv National Medical University by Danylo Halytsky of MPH of Ukraine

Проведено аналіз методів лікування непаразитарних кіст селезінки у 21 пацієнта. Опрацьовано покази, тактику і хірургічну техніку чотирьох типів органозберігальних операцій на селезінці: енуклеація кісти, резекція (фенестрація) кісти селезінки відкритим або лапароскопічним способами, резекція селезінки, спленектомія з автотрансплантацією селезінкової тканини.

We analysed methods of operative treatment in 21 patients with nonparasitic splenic cysts. It was worked out indications, approaches and surgical techniques for four types of organ-saving operations on the spleen: enucleation of the cyst, resection (fenestration) of the splenic cyst by open or laparoscopic method, resection of the spleen, splenectomy with splenic tissue transplantation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Хірургія селезінки як частина загальної хірургії виникла відносно недавно. Тривалий час селезінку розглядали як загадковий орган ("organum plenum mysterii"), а її хірургію зводили до спленектомії при травматичних розривах. Розвитку хірургії селезінки сприяли, з однієї сторони, розробка сучасних методик оперативних втручань на селезінці, а з другої – нові знання про багатогранність функцій селезінки в організмі [6].

В останні роки тенденція до збереження селезінкової тканини в організмі хворого при її кістах набуває безальтернативного характеру порівняно із спленектомією [2, 6]. Очевидно, це відбувається з двох основних причин: з одного боку нагромаджуються клінічні спостереження інфекційно-гнійних ускладнень у хворих після спленектомії, в тому числі і неподоланної постспленектомічної інфекції (overwhelming postsplenectomy infection – OPSI-синдрому) [2, 5]. З іншого боку, це сучасні досягнення хірургії (бурхливий розвиток і великі можливості лапароскопічної хірургії, застосування нових методів інтраопераційної коагуляції тощо) [3, 4, 6].

Виходячи з таких передумов, у цій роботі пропонуємо переглянути тактику хірургічних втручань при несправжніх кістах селезінки на користь органозберігальних операцій.

Матеріал і методи. За період від 1986 р. до 2005 р. у відділенні хірургії та клінічної трансфузіології Інституту патології крові та трансфузійної медицини АМН України на базі хірургічного відділення 5 міської клінічної лікарні м. Львова ліковано 21 хворого з кістами селезінки, яким виконано операції на селезінці органозберігального характеру. Серед них 11 чоловіків та 10 жінок віком від 14 до 74 років. У цих хворих опрацьовано показання, тактику і оперативну техніку чотирьох типів органозберігальних операцій на селезінці: енуклеацію кісти, резекцію (фенестрацію) кісти селезінки відкритим або лапароскопічним способами, резекцію селезінки, спленектомію з автотрансплантацією селезінкової тканини.

Діагноз хворим встановлено за результатами загальноклінічного, ультрасонографічного обстежень, комп'ютерної томографії, а також дослідження крові, кісткового мозку, гістологічного дослідження фрагментів видаленої селезінкової тканини, імунофенотипових досліджень суспензії лімфоїдних клітин збереженої тканини селезінки.

Матеріал для гістологічних і імунофенотипових досліджень селезінки (шматочок тканини білої пульпи селезінки) отримували безпосередньо під час оперативних втручань.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед 21 пацієнта із непаразитарними кістами селезінки, у яких виконано органозберігальні операції, у 6 хворих діагностовано істинні (справжні) кісти (ІКС) та у 15 хворих – несправжні (НКС). Нагноєння кісти виявлено у 3 хворих з НКС та в 1 хворої з ІКС. В одному випадку НКС великих розмірів спричинила прояви регіональної портальної гіпертензії.

У хворих на ІКС процес розвивався непомітно, і хвороба (спленомегалія) виявлялася випадково, при огляді пацієнта. В анамнезі 12 хворих на НКС були епізоди тупої травми живота давністю від 1 до 40 років, а в 3 випадках – епізодів травми не з'ясовано. На основі даних ультразвукового обстеження у 7 хворих встановлено діагноз кісти та її розміри. Походження кісти викликало сумнів у 4 хворих, що зумовило необхідність проведення комп'ютерної томографії, яка у всіх цих випадках підтвердила діагноз НКС. Верифікація типу кісти проводилась інтраопераційно на основі макроскопічного вигляду та, остаточно, за результатами гістологічного дослідження препарату кісти селезінки. За результатами інструментального обстеження та інтраопераційного спостереження найчастіше кісти локалізувалися в полюсах селезінки – у 12 (57,1%), рідше спостерігалось центральне розташування, в товщі паренхіми – у 3 (14,3%) випадках. ІКС в 1 та НКС у 5 хворих не мали чіткого локального розташування.

Показники периферичної крові у хворих на ІКС та НКС без нагноєння не мали будь-яких характерних особливостей і істотно не відрізнялися від нормальних величин. Нейтрофільний лейкоцитоз із зрушенням вліво виявлено у 3 хворих із нагноєними НКС, у них швидкість осідання еритроцитів була прискорена (30-52 мм/год).

Хірургічні втручання у хворих на непаразитарні кісти селезінки відкритим способом виконано у 16 хворих на ІКС (5 осіб) та НКС (11 осіб). Енуклеацію кісти із спленорафією вдалося провести лише одній хворій. Фенестрацію кісти здійснено у 5 хворих. У 9 хворих проведено резекцію селезінки. В одному випадку ІКС після вимушеної тотальної спленектомії хворій трансплантовано кусочки збереженої селезінкової тканини в сальник.

Резекцію селезінки відкритим способом у 9 хворих розпочинали з детальної ревізії лівого підребер'я. Основними етапами операції, які стали основою для вибору техніки оперативного втручання, були: пункція і розкриття кісти з евакуацією вмісту; мобілізація селезінки за методом Войно-Ясенецького; оцінка наявності непошкодженої селезінкової тканини; перев'язування судинної гілки до передбачуваної для резекції частини селезінки; проведення резекції; фіксація кукси (кукс) селезінки.

Пункцію чи розкриття кісти проводили у всіх хворих і виконували після знаходження найтоншого місця у її стінці. ІКС, значно менші за об'ємом від НКС, містили від 15 до 200 мл рідини світло-жовтого або світло-коричневого кольору. Вміст НКС був темно-червоного або темно-коричневого кольору, об'ємом від 700 мл до 2200 мл у вигляді рідини або густої маси. У нагноєних НКС знаходилося від 250 до 600 мл гною, а у ІКС – до 150 мл густого желеподібного гною.

Мобілізацію селезінки виконували за методом Войно-Ясенецького, при якому основним етапом є перерізка діафрагмально- та нирково-селезінкової зв'язок, що дозволяє легко вивести селезінку в рану і, таким чином, технічно полегшити резекцію патологічно зміненої частини. Важливими моментами цього етапу є збереження капсули селезінки, оцінка та вибір життєздатної кукси або кукс селезінки при сегментарній резекції із збереженням кровотоку до них. Остаточний гемостаз в куксі селезінки спочатку проводився лігуванням у зрізі паренхіми "8"-подібним кетгутовим швом або степлером. При неефективності вищезгаданих гемостатичних заходів та тривалій капілярній кровотечі на куксу селезінки накладали "компресійну муфту", яку формували з тканин оточення (сальник, зв'язки, очеревина, стінка шлунка).

У 39 хворих, у тому числі 3 хворих з нагноєними кістами, у яких виконано резекцію селезінки, у 4 хворих вдалось провести геміспленектомію, тобто резекцію одного з полюсів селезінки (у 3 осіб резекцію верхнього полюса, а в 1 пацієнтки – нижнього полюса). У цих випадках звичайно залишалось від 40% до 50% здорової тканини селезінки. Операції резекції селезінки у цих 4 хворих були технічно нескладними. У однієї хворої кісту відділено від селезінки гострим шляхом, поступово лігуючи судини паренхіми прошиваючи їх кетгутом на атравматичній голці № 3-0 та, згодом, фіксуючи на її поверхні сальник. В іншому випадку після резекції половини селезінки гемостаз виконано одним "8"-подібним кетгутовим атравматичним швом № 2-0. У цієї хворої планувалось провести фенестрацію кісти, а резекцію виконано вимушено внаслідок наростання гематоми в селезінці, яка виникла при фіксації сальника до залишкової поверхні кісти. У хворого із супутнім лівобічним ексудативним плевритом виконано резекцію, а не фенестрацію кісти, оскільки під час операції залишалось неясним її походження.

У 3 хворих на НКС нагноєння кісти супроводжувалося значними запальними інфільтратами, які захоплювали увесь лівий піддіафрагмальний простір з втягуванням шлунка, діафрагми, хвоста підшлункової залози, причому селезінка знаходилась в епіцентрі інфільтрату. У цих хворих спочатку розкривалась

порожнина нагноєної кісти, як правило, тупим шляхом з боку діафрагми або через видиму стінку кісти. Після евакуації гною та санації порожнини гнійника проводилась мобілізація селезінки з висіченням стінок кісти та нагноєної, чи некротизованої паренхіми до здорової тканини селезінки. З останньої формувалась її кукса або кукси. В одного хворого з центральним розташуванням нагноєної кісти резековано загалом 2/3 загальної маси селезінки, а із здорової частини сформовано куксу на магістральних судинах, використовуючи сальник, як підкладку під шви і їх внутрішній протектор.

У двох інших хворих з обширними гнійно-некротичними змінами в селезінці виконано субтотальні резекції селезінки, а кукси сформовано на ніжці з дрібних судин селезінково-товстокишкової зв'язки. Гемостаз та перитонізацію виконували кетгуттом № 2-0, 3-0, підкладаючи під шви сальник або зв'язки селезінки.

Субтотальна резекція селезінки з формуванням двох кукс виконана ще двом хворим на НКС, в яких великі та об'ємні кісти зруйнували паренхіму центральної частини органа, включно з воротами селезінки. У хворих сформовано кукси селезінки з верхнього та нижнього полюсів, забезпечуючи кровотік із зв'язок дна шлунка та зв'язок товстої кишки, що дало можливість зберегти від 10 до 35% здорової паренхіми селезінки [1].

У двох хворих у післяопераційному періоді виникли ускладнення. У одній хворій на 4-й день виник гострий панкреатит. Консервативне лікування принесло позитивний клінічний ефект. У хворого, 74 років, на 4-й день наступило гостре порушення мозкового кровообігу. Хворого переведено в неврологічне відділення, з якого після стабілізації стану виписано додому.

Фенестрацію кісти відкритим способом проведено у 4 хворих на неускладнену НКС. Оперативне втручання включало наступну послідовність дій: визначення локалізації кісти; пункція кісти та евакуація вмісту; максимальна резекція стінок кісти; гемостаз зрізу селезінкової тканини; підведення та фіксація сальника до залишеної стінки кісти.

Усім хворим, незалежно від локалізації кісти, після пункції та евакуації вмісту кісти проводилось максимальне висічення її стінок без мобілізації селезінки. Резекція стінок кісти виконувалась електроножем, а гемостаз обвивним кетгуттом (№2-0; 3-0) на колючій атравматичній голці. Фенестрацію у цих хворих вдалось виконати тому, що злуковий процес був виражений незначно, стінки кісти незначно сформовані, а ознаки нагноєння відсутні. Залишкова здорова паренхіма селезінки в одного хворого становила близько 50%, а в інших трьох від 80 до 95%. Післяо-

пераційний період у цих хворих перебігав без ускладнень. Дренажні трубки видалялись на 4-10 день при відсутності із них виділень. Рани у всіх хворих гоїлись первинним натягом.

Енуклеацію кісти селезінки виконали лише в одній хворій. Несправжня кіста нижнього полюса селезінки діаметром до 15 см в цієї хворій відтискала ліву частку печінки, вросла в лівий згин ободової кишки, її брижу та у хвіст підшлункової залози. Кісту усунуто методом тупої обережної енуклеації з наступною сплено- та панкреаторافیєю. Післяопераційний період у хворій перебігав без ускладнень.

Лапароскопічні втручання у хворих на непаразитарні кісти селезінки виконано у 7 пацієнтів: 1 хвора на ІКС і 6 хворих на НКС. У 5 випадках операцію завершено лапароскопічно. У двох хворих на НКС інтраопераційно виявлено ускладнення, які унеможливили видалення кісти лапароскопічним методом. Причиною конверсії в одному випадку була регіональна портальна гіпертензія із посиленою кровоточивістю, а в іншому – нагноєння кісти з супутнім масивним запальним інфільтратом. Після конверсії першій хворій виконано фенестрацію кісти, а другій – резекцію селезінки із холецистектомією з приводу супутнього хронічного калькульозного холецистити.

Виконання лапароскопічної операції фенестрації кісти включало наступні етапи: оцінка величини і локалізації кісти; вибір місця проведення пункції кісти; виконання пункції кісти та евакуації її вмісту; висічення стінок кісти; дренивання місця операції.

У всіх хворих кісти локалізувались у верхньому полюсі селезінки і у шести з них були візуально доступними. Об'єм вмісту кіст становив від 200 до 2000 мл рідини. Стінку кісти відсікали біполярним електрокоагулятором з ножем (трисектором, фірма ETHICON). Фенестрація полягала у максимальному висіченні стінок, а частину капсули кісти, яка залишалась, коагулювали. До залишкової частини кісти підводили дренажні трубки та пасмо великого сальника. Крововтрата під час операції становила від 50 до 100 мл.

У післяопераційному періоді ускладнень не було. Дренажі видаляли на 2-4 добу. На 4-5 добу пацієнтів виписували додому. Контрольний огляд проведено у всіх пацієнтів через 2-3 місяці; всі вони практично здорові. Ультрасонографічне обстеження рідинних утворів в ділянці селезінки не виявляло.

Проведено визначення популяцій лімфоїдних клітин збереженої селезінки при НКС посттравматичного походження без нагноєння, у яких проведена резекція селезінки. Імунофенотипову характеристику поверхневих маркерів мононуклеарів селезінки цих хворих досліджено порівняно з популяційним складом клітин нормальної селезінки, оперованої з

приводу травматичного розриву. У хворих на НКС відсутні суттєві відмінності популяційного профілю лімфоїдних клітин селезінки, тим самим підтверджено, що кісту оточує селезінкова тканина із збереженим складом імункомпетентних клітин. Тому при органозберігальних операціях з приводу таких кіст можна очікувати повноцінного імунологічного функціонування залишеної тканини (кукси чи транспланта) органа, що має важливе значення для профілактики інфекційних ускладнень і OPSI-синдрому.

Висновки. 1. Хворі на непаразитарні кісти селезінки (істинні і несправжні) підлягають оператив-

ному втручанню, переважно органозберігального характеру з метою профілактики вторинної ("оперативної") аспленії і розвитку інфекційних ускладнень.

2. При неускладнених непаразитарних кістах селезінки методом вибору є лапароскопічна фенестрація кісти.

3. Нагноєння кісти або її нагноєння з кровотечею, що є частим ускладненням, не є протипоказанням до проведення органозберігальної операції на селезінці.

4. У випадку необхідності тотальної спленектомії при непаразитарних кістах селезінки рекомендовано здійснити трансплантацію кусочків неушкодженої селезінкової тканини у сальник або брижу для створення артіфіціального спленозу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Євстахевич І.Й., Федич Т.Г., Євстахевич Ю.Л., Інденко Ф.П., Інденко В.Ф., Логінський В.Є., Семерак М.М., Гриньків Т.М., Новак В.Л. "Спосіб субтотальної резекції селезінки" // Деклараційний Патент України 62136 А, А61В17/00, заявл. 24.12.2002; опубл. 15.12.2003, бюл. №12.
2. Павловський М.П., Чуклін С.М. Селезінка. Анатомія, фізіологія, імунологія, актуальні проблеми хірургії. – Львів: Стіп, Такса прінт, 1996. – 92 с.
3. Сотниченко Б.А., Маніров В.А., Москвичев В.Г. Диагности́ка и хирургическая тактика при кистах селезенки // Клин. хірургія. – 1988. – №11. – С.11-12.
4. Шавлохов В.С., Готман В.А., Климанский В.А. и др. Новые возможности диагностики и хирургического лечения непаразитарных кист селезенки // Проблемы гематологии. – 1998. – №4. – С.29-32.
5. Kunz E., Buhler J., Gmohling M. et al. Die subjektiven Folgen des Milzverlustes // Langenbecks Arch. Chir. – 1990. – 375, №4. – S. 214-219.
6. Uranis S. Current spleen surgery. – Munich: W. Zuckschwerdt Publishers, 1991. – 100 p.

УДК 616.45-089.87:616.381-072.1

ЛАПАРОСКОПІЧНА АДРЕНАЛЕКТОМІЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ

О.С.НИКОНЕНКО, С.М. ЗАВГОРОДНІЙ, О.В. ГУБКА, А.В. КЛИМЕНКО, М.Г. ГОЛОВКО,
І.В. РУСАНОВ, Д.А. ДЕЦИК, Є.І. ГАЙДАРЖИ

Запорізький державний медичний університет

Laparoscopic adrenalectomy in surgical treatment of pathology of adrenal glands

O.S. NYKONENKO, S.M. ZAVGORODNIY, O.V. HUBKA, A.V. KLYMENKO,
M.H. GOLOVKO, I.V. RUSANOV, D.A. DETSYK, Y.I. GAIDARZHI

Zaporizhzhian State Medical University

Стаття присвячена проблемі хірургічного лікування новоутворень надниркових залоз. В статті вказано, що широке застосування ультрасонографії, комп'ютерної томографії та дослідження гормонального профілю призвело до більш частого виявлення новоутворень надниркових залоз. Вивчено безпосередні та віддалені результати адrenaлектомії з френолюмботомічного доступу та відеолапароскопічної адrenaлектомії. Співставлення результатів лікування в обох групах вказує на значні переваги відеолапароскопічної адrenaлектомії. Зокрема, значно зменшуються больовий синдром, потреба в анальгетиках, післяопераційне перебування в стаціонарі та кількість післяопераційних ускладнень. Лапароскопічне видалення надниркової залози до 6 см в діаметрі загалом не викликає технічних проблем. Динаміка нормалізації артеріального тиску залежала від форми захворювання. Так, при феохромоцитомі, кортикостеромі та кістах з часом спостерігалась нормалізація артеріального тиску. При гіперплазії надниркової залози з утворенням вузлів артеріальний тиск зазвичай знижувався незначно, що, однак, у комплексі з сучасною гіпотензивною терапією дозволяло досягти його стійкої нормалізації.

The article is devoted to a problem of surgical treatment of adrenal glands' neoplasms. Wide application of ultrasonography, computer-aided tomography and analysis of hormonal profile has led to more often detection of adrenal glands' neoplasms, that is specified in this article. The short-term and long-term effects of videolaparoscopic adrenalectomy and adrenalectomy using phrenolubotomy approach have been investigated. Comparison of results of treatment in both groups specifies significant advantages of videolaparoscopic adrenalectomy. In particular, the painful syndrome, need of analgetic drugs, postoperative length of hospital stay and cases of postoperative complications considerably decrease. Laparoscopic removal of adrenal gland up to 6 cm in diameter does not cause technical problems at all. Dynamics of normalization of arterial pressure depended on the form of disease. So, normalization of arterial pressure was observed at pheochromocytoma, corticosteroma and cysts in the course of time. At hyperplasia of adrenal gland with formation of nodes arterial pressure was reduced insignificantly as usual, that, however, in a complex with contemporary hypotensive therapy allowed to achieve its persistent normalization.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність проблеми хірургічного лікування об'ємних утворень надниркових залоз зумовлена все частішим виявленням пухлин цього органа як основної причини артеріальної гіпертензії, а також неефективністю консервативної терапії при цій патології. Діагностика пухлин надниркові залози пов'язана з широким впровадженням сучасних діагностичних методик, а саме: ультрасонографії та комп'ютерної томографії. За даними різних авторів, пухлина надниркової залози виявляється в 6-10% хворих на артеріальну гіпертензію [1]. Значну роль в цьому відіграє розробка стандартів діагностики гіпертензії та застосування лабораторних методів дослідження функції надниркових залоз.

Застосування відеоендоскопічної адrenaлектомії створює сприятливі умови для лікування цієї складної групи хворих [3, 4, 5]. Однак, ще не до кінця вивчени-

ми залишаються питання вибору конкретного методу відеоендоскопічної операції, вибір хірургічного доступу до надниркової залози залежно від її розмірів та форми захворювання. Недостатньо вивчені безпосередні та віддалені результати відеоендоскопічних операцій порівняно з традиційними "відкритими" втручаннями.

Подальші успіхи відеоендоскопічних операцій на надниркових залозах призводять до бажання повністю замінити традиційні втручання відеоендоскопічними, що також потребує свого обґрунтування та встановлення необхідних обмежень [2, 3].

Метою дослідження було вивчення переваг відеолапароскопічної адrenaлектомії порівняно з традиційними "відкритими" втручаннями та можливістю її виконання у хворих з різним ступенем збільшення надниркової залози.

Матеріали і методи. Вивчено безпосередні та віддалені результати адреналектомії у 74 хворих, які перебували на лікуванні в клініці госпітальної хірургії Запорізького державного медичного університету в період з 1985 по 2006 рр. З них у 60 (81%) хворих адреналектомія була виконана з торакофренолпомботомічного доступу через X-XI міжребер'я (контрольна група), у 14 (19%) пацієнтів (з 2000 р.) – відеолапароскопічна адреналектомія (основна група). В контрольній групі чоловіків було 12 (20%), жінок – 48 (80%), в основній – чоловіків – 2 (14%), жінок – 12 (86%). В контрольній групі феохромоцитома виявлена у 20 (33,3%) хворих, кортикостерома – у 23 (38,3%), кіста надниркової залози – у 8 (13,4%), та вузлова гіперплазія кори надниркової залози – у 7 (11,7%), мієлоліпома – у 2 (3,3%). В основній групі феохромоцитома виявлена у 2 (14,3%) хворих, кортикостерома – у 9 (64,3%), та вузлова гіперплазія кори надниркової залози – у 3 (21,4%) (таблиця 1).

Показаннями до хірургічного лікування хворих з захворюваннями надниркових залоз були:

1. Усі пухлини надниркової залози;
2. Кісти надниркової залози великих розмірів;
3. Кісти надниркової залози до 5 см в діаметрі з підвищеними лабораторними показниками гормонального фону;
4. Гіперплазія надниркової залози за умови високої гормональної активності та клініки злоякісної артеріальної гіпертензії.

Основними методами дослідження були: клініко-біохімічні дослідження з визначенням гормонів кори та мозкового шару надниркових залоз; ультразвукове дослідження надниркових залоз, комп'ютерна томографія, патоморфологічне дослідження видаленого матеріалу, метод статистичної обробки з застосуванням критерію Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. Вивчено технічні аспекти операції, перебіг післяопераційного періоду, динаміка нормалізації артеріального тиску.

Клінічна картина була представлена симптомами ураження серцево-судинної системи, супутніми артеріальною гіпертензією та зовнішніми ознаками ендокринопатії. Високі цифри артеріального тиску відмічено у всіх пацієнтів, в середньому $-196,5 \pm 5,6 / 112,0 \pm 3,5$ мм рт. ст. при значеннях від 150/100 до 260/140 мм рт. ст.

Хірургічне втручання є основним методом лікування пухлин надниркових залоз. При встановленні діагнозу пухлини надниркових залоз операцію вважали необхідною незалежно від розмірів новоутворення. Єдиним протипоказанням до оперативного лікування є наявність розповсюджених метастазів.

Відсутність віддалених метастазів у обстежених хворих зумовило активну хірургічну тактику.

Ускладнення хвороби у вигляді гіпертрофії міокарда, зниження його скорочувальної здатності, наслідків перенесених порушень мозкового кровообігу, тяжких форм стероїдного цукрового діабету, наявності супутньої ішемічної хвороби серця не були протипоказанням до оперативного лікування. В цих випадках пацієнтам призначався курс передопераційної підготовки. Контрольні лабораторні та інструментальні дослідження визначали можливість проведення операції. При визначенні показань до оперативного лікування хворих з кістами надниркової залози враховувався гормональний фон та розміри новоутворення. Хірургічне втручання проводили хворим з кістами надниркової залози великих розмірів (більше 5 см в діаметрі) незалежно від стану гормонального фону. При виявленні кісти розміром менше 5 см тактика залежала від рівня продукції гормонів надниркових залоз. При нормальних або помірно підвищених показниках проводилося динамічне спостереження за хворим з контрольними дослідженнями гормонального фону та комп'ютерною томографією надниркових залоз 2 рази на рік. Призначалась симптоматична гіпотензивна терапія. Високий рівень гормонів був показанням до хірургічного втручання. Знайдені кісти розглядалися як потенційно можливі пухлини надниркових залоз з розпадом (так звані несправжні кісти). Тому навіть при невеликих розмірах "кісти" в поєднанні з високою гормональною активністю перевага надавалась оперативному лікуванню.

Хірургічне лікування хворих з гіперплазією надниркової залози проводилося у випадках різко підвищеної гормональної функції, з неконтрольованою злоякісною артеріальною гіпертензією.

В контрольній групі використовувався доступ за Gottesman – торакофренолпомботомія через X та XI міжребер'я. Вважаємо цей доступ найкращим для відкритого втручання на надниркових залоз. Він забезпечує необхідний кут операційної дії, достатню зону досяжності органа, при цьому глибина рани складала 9-16 см. В основній групі використовували передньобоковий трансабдомінальний доступ з введенням троакарів в зоні підребер'я (камера – по середньоключичній лінії на рівні пупка, маніпулятор – на тій же лінії нижче реберної дуги та два інших – в боковій ділянці під реберною дугою). Введення троакарів в максимальній близькості від патологічного вогнища викликано недостатньою довжиною інструменту та труднощами візуалізації надниркової залози у хворих з надлишковою масою тіла.

Після операції проводилась терапія, націлена на поповнення об'єму циркулюючої крові, корекцію гемодинамічних розладів, профілактику ускладнень з боку

серця та згортальної системи крові, нормалізацію вуглеводного та електролітного балансу. Гормональна замісна терапія (преднізолон, гідрокортизон) призначалась усім хворим, оперованим з приводу кортикоостером. Доза препарату підбиралась індивідуально, з урахуванням вираженості клініки гіперкортицизму до операції. У хворих після видалення феохромоцитомі гормони застосовували вибірково, залежно від характеру перебігу післяопераційного періоду.

Дренажі з плевральної порожнини та заочеревинного простору видалялись через добу після операції. Проводили ранню активізацію хворих, призначали дихальну гімнастику, інгаляції, масаж – з метою профілактики легневих та тромбоемболічних ускладнень.

У хворих, оперованих з торакофреноломботомічного доступу відмічена достовірно більша кількість післяопераційних ускладнень, пов'язаних з самим доступом. Так, нагноєння післяопераційної рани було у 13 (21,7%) хворих, нижньочасткова пневмонія – у 2 (3,3%), ексудативний плеврит – у 2 (3,3%). У хворих після лапароскопічної адреналектомії цих ускладнень не виникло.

Діаметр новоутворень в контрольній групі у переважній кількості хворих складав понад 6 см, в основній – в середньому $3,4 \pm 1,2$ см, що в свою чергу вказує на необхідність диференційованого підходу до призначення операції у конкретних хворих залежно від діаметра пухлини. На відмову від лапароскопічного доступу також впливали такі показники, як надлишкова маса тіла третього і більше ступенів та наявність наслідків оперативних втручань на верхньому відділі живота.

Злоякісні пухлини склали 22,9% від усіх досліджених препаратів. Не було виявлено достовірних відмінностей за розміром між добро- та злоякісними новоутвореннями (5,8 см проти 6,1 см відповідно, $p > 0,5$). Таким чином, розміри, виявлені при інструментальному дослідженні пухлини надниркової залози, не можуть бути критерієм її доброякісності. Це підтверджує необхідність активної хірургічної тактики при гормональних пухлинах надниркових залоз.

Кількість ліжко-днів, як загальна, так і перебування у відділенні інтенсивної терапії, в середньому

в контрольній групі була в два рази більша, ніж в основній. Це зумовлено, насамперед, більшою травматичністю торакофреноломботомічного доступу та більшою кількістю післяопераційних ускладнень.

Больовий синдром у хворих після торакофреноломботомії потребував призначення наркотичних анальгетиків протягом кількох днів. У хворих, оперованих лапароскопічно, больовий синдром достатньо зменшувався ненаркотичними анальгетиками, а через 4-5 днів потреба в них зовсім зникала.

Лапароскопічне видалення надниркової залози до 6 см в діаметрі загалом не викликало технічних проблем. При видаленні новоутворень від 6 см до 8 см в діаметрі технічні труднощі виникали значно частіше, як правило, при правосторонній адреналектомії. Конверсія виконана в одному випадку, коли після оглядової лапароскопії виявили значний спайковий процес в зоні операції (лівостороння лапароскопічна адреналектомія). Летальних випадків не було. Перебіг післяопераційного періоду у всіх хворих був нормальний. Відновлення нормальних цифр артеріального тиску залежало від форми захворювання. Так, при феохромоцитомі, кортикоостеромі та кістах з часом спостерігалась нормалізація артеріального тиску. При кістозній гіперплазії кори надниркової залози з утворенням вузлів або кіст артеріальний тиск, як правило, знижувався незначно, що, однак, у комплексі з сучасною гіпотензивною терапією дозволяло досягти його стійкої нормалізації.

Висновки: 1. Лапароскопічна адреналектомія – одне з найоптимальніших оперативних втручань в лікуванні патології надниркових залоз.

2. Застосування розробленого в клініці доступу дозволяє досягти кращої візуалізації надниркової залози, що видаляється.

3. Видалення надниркової залози до 6 см в діаметрі можливе видалити відеоендоскопічно та без значних технічних труднощів.

4. Потрібне подальше вивчення результатів лапароскопічної адреналектомії та розробка на їх основі диференційованого алгоритму виконання даного оперативного втручання.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ветшев П.С., Ипполитов Л.И., Коваленко Е.И. Оценка методов диагностики новообразований надпочечников // Хирургия. – 2002. – №1. – С.62-66.
2. Хирургическая эндокринология / Руководство под редакцией А.П.Калинина, Н.А.Майстренко, П.С.Ветшева. – СПб.: Питер, 2004. – 960 с.
3. Эндовидеохирургия надпочечников / Руководство для врачей

- под редакцией Н.А.Майстренко. – СПб.: Элби, 2003. – 144 с.
4. Prager G., Heinz-Peer G., Passler C. et al. Applicability of Laparoscopic Adrenalectomy in a Prospective Study in 150 Consecutive Patients // *Arch Surg.* – 2004. – Vol. 139. – P. 46-49.
5. Smith C.D., Weber C.J., Amerson J.R. Laparoscopic Adrenalectomy: New Gold Standard // *World J.Surg.* – 1999. – Vol. 23, № 4. – P. 389-396.

УДК:617.55-089-06+616-005.6-02+616-005.7-02

ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ НА ЖОВЧНИХ ШЛЯХАХ

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, І.К. ВЕНГЕР, О.Л. КОВАЛЬЧУК, В.Д. ГОЩИНСЬКИЙ,
А.Д. БЕДЕНЮК, С.Я. КОСТИВ, С.І. ДУЦЬ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

The prophylaxis of thromboembolic complications at laparoscopic operations on biliary paths

L.YA. KOVALCHUK, I.K. VENGER, O.L. KOVALCHUK, V.D. HOSHCHYNSKY,
A.D. BEDENYUK, S.YA. KOSTIV, S.I. DUTS

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Розглянуто шляхи периопераційної профілактики розвитку тромбозу глибоких вен (ТГВ) і тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) у 732 пацієнтів, яким проведено лапароскопічні операції на позапечінкових жовчних протоках. Профілактика ТГВ і ТЕУ на основі оцінки ступеня ризику їх можливого розвитку у післяопераційному періоді дала змогу знизити частоту ТГВ до 0,41 %, а ТЕУ до 0,14%.

The ways of preoperative prophylaxis of development of thrombosis of deep veins (TDV) and thromboembolic complications (TEC) are considered at 732 patients who were undergone laparoscopic operations on extrahepatic biliary ducts. The prophylaxis of TDV and TEC on the basis of estimation of risk degree of their possible development in postoperative period gave possibility to reduce the TDV complications frequency to 0,41 %, and TEC – to 0,14%.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Венозна тромбоемболія легеневої артерії є найбільш частою причиною летальності пацієнтів, внутрішньолікарняна смертність при цьому досягає 12 % [1]. Після проведення хірургічних втручань на органах черевної порожнини тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок діагностується у 29 % хворих [2]. В інших дослідженнях [3] гострий ТГВ після виконання загальнохірургічних операцій розвинувся у 35 % пацієнтів, при наявності варикозно розширених підшкірних вен – у 46 %, при ожирінні – у 48 %, лапароскопічних втручаннях на органах травної системи у 0,59-2,2 % [4].

Матеріали та методи дослідження. В період 2002-2005 рр. проведено проспективний аналіз 732 хворих, яким проведено операції на позапечінкових жовчних протоках. Вік хворих від 31 до 76 років. Маса тіла в середньому складала 84 кг. У 650 пацієнтів виконано лапароскопічну, у 82 – відкриту холецистектомію з приводу жовчнокам'яної хвороби. Із загальної кількості лапароскопічних операцій у 567 (87,23 %) хірургічне втручання виконано у плановому порядку, а у 83 (12,77 %) з приводу гострого холециститу. Із загального числа планових лапароскопічних операцій у 14 було здійснено конверсію. А при гострому холециститі конверсія складала 10 випадків.

В основу розробленої "шкали" ступеня операційного ризику розвитку венозних тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) покладені рекомендації Європейського (1991-1992) і Українського консенсусів асоціації флебологів. Виділяють малий, середній і високий ступінь операційного ризику розвитку венозних ТЕУ у післяопераційному періоді (табл. 1).

Мета дослідження – проспективна оцінка частоти розвитку тромбоемболічних ускладнень після лапароскопічних втручань, оцінка ефективності профілактичного периопераційного застосування низькомолекулярних гепаринів.

Спосіб профілактики ТГВ і, відповідно, ТЕЛА визначали на основі оцінки ступеня ризику їх можливого розвитку у післяопераційному періоді. При малому ступені ризику розвитку венозних ТЕУ після операції застосовували неспецифічні засоби профілактики: рання активація пацієнтів (руховий режим на початку першої доби після операції), еластичну компресію кінцівок (1,6-2,4 кПа або 12-18 мм рт. ст.), гімнастика, електростимуляція гомілкових м'язів.

При середньому та високому ступені ризику розвитку ТЕУ поряд із неспецифічними засобами застосовували специфічні методи профілактики: низькомолекулярний гепарин (НМГ), кальцію нодопарин ("фраксипарин" фірми GlaxoSmithKline). Дозу фраксипарину підбирали з урахуванням маси тіла хворо-

Таблиця 1. Класифікація ступеня ризику розвитку післяопераційних венозних ТЕУ в абдомінальній хірургії

| Ступінь ризику | | |
|--|--|--|
| Малий | Середній (помірний) | Високий |
| Неускладнені “малі” операції тривалістю до 60 хв – лапароскопічна холецистектомія | Великі або складні операції тривалістю більше 60 хв, холецистектомія, холедоходуоденостомія. | Великі і складні втручання тривалістю 120 хв і більше |
| Відсутність хронічної серцево-судинної недостатності, порушень мозкового кровообігу та інші супутні захворювання | Хронічна серцево-легенева недостатність | Ожиріння (маса тіла більше ніж на 15 % перевищує ідеальну), варикозне розширення підшкірних вен, після-тромбофлебітичний синдром, ТЕЛА більше ніж за 3 міс до операції, інфаркт міокарда в анамнезі, гнійно-септичні ускладнення |
| Вік молодший 40 років. Мінімальний період іммобілізації | Вік 40 років і більше. Тривалий період іммобілізації (ліжковий режим більше 72 год) | Вік 60 років і більше. Тривалий період іммобілізації (ліжковий режим більше 3 дб) |

го і часу після виконання операції [13]. Введення фраксипарину підбирали залежно від терміну початку операції та часу, що пройшов після її виконання, керуючись концепцією про те, що ризик розвитку кровотечі високий під час виконання і в перші години після операції. Враховуючи пік концентрації фраксипарину в плазмі і його антикоагулянтну активність при низькому та помірному ризику ТЕУ препарат призначали за 2 години, а при високому розвитку – за 3 години до початку операції. Після оперативного лікування препарат застосовувався до повного відновлення рухової активності пацієнта, нормалізації реологічних показників крові.

Із всього контингенту пацієнтів, яким було проведено лапароскопічне чи відкрите оперативне втручання на жовчних шляхах у 38 (5,19%) діагностовано варикозне розширення підшкірних вен, хронічна венозна недостатність (ХВН) II ст – 31 випадок і ХВН III ст – 7 випадків. В 7 спостереженнях, а саме при ХВН III ст сафенектомія передувала оперативному втручання на жовчних шляхах. У 31 випадку сафенектомія виконувалась одночасно із лапароскопічними втручаннями.

Результати досліджень та їх обговорення. Всі пацієнти розділені на групи відповідно до ступеня ризику розвитку тромбоемболії, який визначили як високий у 122 (16,67%) пацієнтів, помірний – у 441 (56,15%) і низький – у 139 (18,99%) хворих.

Під час виконання лапароскопічних втручань ряд факторів додатково створюють підвищений ризик розвитку тромбоемболічних ускладнень. Серед них слід відмітити створений для проведення маніпуляцій на органах черевної порожнини пневмоперитонеум.

Останній сприяє зниженню швидкості кровотоку по стегнових венах із одночасним збільшенням їх діаметра. Зниження венозного кровообігу по венах нижніх кінцівок погіршується при положенні хворого, зворотному положенню Транделенбурга, і збігається протягом декількох годин після операції. Саме зниження венозного кровотоку, що супроводжується венодилатацією, сприяє змінам ультраструктури ендотелію, що веде до адгезії тромбоцитів і активації коагуляційного каскаду. Останнє створює додаткові умови формування венозного тромбозу, що актуальніше при варикозній хворобі, і підтверджує необхідність проводити заходи для попередження розвитку ТЕУ.

Для медикаментозної профілактики препаратом вибору є НМГ. Ми використовували з даною метою фраксипарин, вважаючи його препаратом вибору, що за рахунок низькомолекулярних компонентів (маса 1800-5000 дальтон) забезпечує здатність інгібувати фактор Ха, за рахунок компонентів з молекулярною масою 5000-8000 дальтон – взаємодіючи з факторами IIa і антитромбіном III. При цьому середня молекулярна маса препарату складає 4300 дальтон, а співвідношення анти-Ха і анти-IIa активності – 3,5:1, що дозволяє виділити антикоагуляційну і антитромботичну активність фраксипарину. Фраксипарин має високу біодоступність, негайним і тривалим анти-тромботичний ефект без значної зміни складу крові. Пік концентрації препарату в плазмі крові відмічений через 3 год після його введення, антикоагуляційна активність підтримується протягом 18-24 год.

При низькому та помірному ступені ризику виникнення ТЕУ препарат слід призначати один раз на добу в дозі 0,3 мл протягом 5-7 дб, при високому

ступені ризику – в тій же дозі за 2-4 год до операції і через 12 год після операції, потім 1 раз на добу протягом 7-10 днів. Якщо загальний ризик появи ТЕУ низький, рекомендовано вводити НМГ з профілактичною метою. Пацієнтам молодого віку після виконання нетривалих лапароскопічних втручань, наприклад, діагностичного, вводити НМГ недоцільно.

Із 732 оперативних втручань ТГВ розвинувся у 4 (0,41 %) хворих, у одного (0,14 %) з яких відмічено ТЕЛА.

Тромбоз глибоких вен, а згодом ТЕЛА розвинулись у пацієнтів із супровідною посттромбофлебичною хворобою. Вважаємо, що ситуація, яка призвела до появи ускладнення, була викликана тими процесами, що відбуваються у венозній системі нижніх кінцівок в результаті пневмоперитонеуму на фоні скомпрометованої венозної системи. А заходи, що були проведені як до операції, так і в післяопераційному періоді були недостатні. Дозу "Фраксипарину" слід було збільшити із врахуванням особливостей супутньої патології.

ЛІТЕРАТУРА

1. Alexander J.J., Yuhus J.P., Piotrouski J.J. Is the increasing use of prophylactic percutaneous JVC filters justified ? // Ann. J. Surg. – 1996. – Vol. 168, № 2. – P. 102-206.
2. Саенко В.Ф., Сухарев И.И., Гомаляко И.В. и др. Венозные тромбоемболические осложнения в абдоминальной и сосудистой хирургии. Факторы риска и методы профилактики. //Клін. хірургія. – 2001. – №4. – С. 5-10.
3. Нечитайло М.Е., Беляев В.В. Профилактика тромбоемболических осложнений в лапароскопической хирургии //Клін. хірургія. – 2001. – № 7. – С. 21-26.
4. Матвійчук Б.О., Николайчук Б.Я., Лисович Б.І., Матвійчук О.Б. Особливості виникнення і попередження тромбоемболії легеневої артерії у невідкладній абдомінальній хірургії. //Клін. хірургія – 2004. – №7. – С. 28-31.

УДК: 616.45-089.819.7:616.155.3-097.36

РОЛЬ ІНТЕРЛЕЙКІНУ 17 У РОЗВИТКУ ГЕМАТОЛОГІЧНИХ ЗМІН ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ АДРЕНАЛЕКТОМІЇ

ГАВРИШ Я.І., ПЕРЕЯСЛОВ А.А.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Role of interleukin 17 in the hematological changes development after endoscopic adrenalectomy

Y.I. HAVRYSH, A.A. PEREYASLOV

Lviv National Medical University by Danylo Halatsky

Сироваткові рівні інтерлейкіну (ІЛ) 17 визначено у 19 пацієнтів після ендоскопічної та у 22 хворих після традиційної "відкритої" адреналектомії. У післяопераційному періоді у всіх хворих підтверджено зростання кількості лейкоцитів, нейтрофільних лейкоцитів і лімфоцитів у периферичній крові, що чітко корелювало зі змінами концентрації ІЛ-17. При цьому найбільше зростання вмісту ІЛ-17 відмічено у пацієнтів після "відкритої" адреналектомії ($p < 0,05$). Таким чином, ендоскопічна адреналектомія супроводжується меншими імунологічними зрушеннями, порівняно з традиційними методами хірургічного лікування.

Serum levels of interleukin (IL) 17 were studied in 19 patients after endoscopic and in 22 patients after conventional "open" adrenalectomy. Rise of the quantity of leukocytes, polymorphonuclear neutrophils, and lymphocytes was noted in the postoperative period in all patients. These changes clear correlated with the levels of IL-17. By that, the most obvious elevation was noted in patients after "open" adrenalectomy ($p < 0,05$). Thus, the endoscopic adrenalectomy accompanied by the less pronounced immunological changes in comparison with the conventional treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Малоінвазивні методики набувають все ширшого застосування в хірургії. З цієї точки зору надниркові залози (НЗ) – ідеальний об'єкт для ендоскопічних втручань, оскільки мають малі розміри, а злоякісні утворення їх уражають доволі рідко.

Переваги лапароскопічної над відкритою адреналектомією переважно оцінюються за наступними критеріями: потреба у наркотичних і ненаркотичних знеболювальних, рівень гіпертонії/гіпотонії під час хірургічного втручання, швидкість відновлення ентерального харчування тощо. Усі традиційні відкриті доступи до НЗ характеризуються високою травматичністю при видаленні пухлини вагою у кілька грамів [5]. Відкриті втручання характеризуються високим ризиком гнійно-септичних ускладнень, що зумовлені розвитком стану імуносупресії. Вони частіше виникають у хворих на гіперкортицизм і сягають 30% при трансабдомінальному доступі [1]. При хірургічних втручаннях зберігається ризик кардіопульмональних, інфекційних і тромбоемболічних ускладнень, які частіше спостерігаються при відкритій адреналектомії [2]. Патогенез цих неспецифічних післяопераційних ускладнень не зв'язаний з типом хірургічних втручань, а залежить від післяопераційних змін в ендок-

ринній та метаболічних функціях, що призводить до катаболізму і зростанні навантаження на органи і системи організму пацієнта [9].

Незважаючи на численні дослідження останніх років і покращання розуміння процесів, що викликаються хірургічною травмою, точні механізми, що лежать в основі імуносупресії, яка викликається операцією, остаточно не з'ясовані. Відповідь на хірургічний стрес опосередковується взаємодією між метаболічними, імунологічними і запальними медіаторами, серед яких провідну роль відіграють цитокіни. Інтерлейкін (ІЛ) 17 є одним із цитокінів, який має, переважно, прозапальні властивості і впливає на систему гемопоезу [4]. Зростання вмісту ІЛ-17 стверджено при різних патологічних станах, зокрема патології дихальних шляхів [11], реакція відторгнення трансплантата [12], розсіяному склерозі [10] тощо, а його зміни після адреналектомії не вивчалися. Це і зумовило проведення цього дослідження.

Матеріал і методи. В основу роботи покладено результати обстеження і ендоскопічного лікування 19 пацієнтів з новоутвореннями НЗ, що перебували на лікуванні в клініці протягом 2002-2005 рр. Контрольну групу склали 22 пацієнти, яким виконано "відкритою" адреналектомію.

З ДОСВІДУ РОБОТИ

Діагноз пухлини НЗ встановлювали на підставі анамнезу, результатів об'єктивного клінічного, лабораторного й ультрасонографічного обстежень, комп'ютерної томографії або магнітно-резонансної томографії.

Концентрацію ІЛ-17 визначали у 34 пацієнтів (15 – основної і 19 – контрольної групи) з допомогою стандартних комерційних наборів фірми BioSource Europe S.A. (Бельгія). Дослідження проводили методом твердофазового імуоферментного аналізу (ELISA). Усі визначення проводили у дублікатах згідно з інструкціями. Кров для дослідження брали до операції, відразу після втручання, на 1-шу і 3-тю доби після операції.

Статистичне опрацювання показників проводили за допомогою стандартних комп'ютерних програм (Statistica 6.0 for Windows) з проведенням кореляційного аналізу Pearson з визначенням коефіцієнта кореляції (r); варіаційної статистики Fisher-Student з визначенням середнього арифметичного (M), помилки середнього арифметичного (m), коефіцієнта достовірності (p).

Результати досліджень і їх обговорення. Середній вік хворих основної групи становив 47,0±3,6 (від 21 до 72 років), а в контрольній – 37,5±2,6 (від 10 до 65 років).

Серед пацієнтів, яким було виконано ендоскопічні втручання, діагностовано наступну патологію НЗ:

аденома – 6 (31,6%), феохромоцитома, синдром Іценка-Кушинга і кіста по 3 (15,8%), інциденталіома і рак по 2 (10,5%) випадки. У 6 пацієнтів виконана лівобічна ендоскопічна адреналектомія через боковий позаочеревинний доступ, у 13 – правобічна адреналектомія, з них у 5 з використанням позаочеревинного, а у 8 – трансабдомінального доступу. У всіх пацієнтів контрольної групи виконувалась адреналектомія з використанням лоботомічного доступу. Розміри пухлин, видалених ендоскопічно, коливались від 18 до 80 мм (в середньому 40,6±4,1), а при "відкритій" адреналектомії – 28-120 мм (в середньому 59,1±4,3 мм).

Вихідні рівні кількості лейкоцитів, формених елементів у периферичній крові не відрізнялись у пацієнтів, яких оперували відкрито чи ендоскопічно (табл. 1).

Відразу після завершення операції у пацієнтів зростав лейкоцитоз у периферичній крові (табл. 1), збільшення кількості лейкоцитів коливалося від 0,1 до 19,2x10⁹/л (в середньому 3,1±0,9 на 10⁹/л) при звичайній адреналектомії, а при використанні малоінвазивної техніки – від 0,1 до 1,2x10⁹/л (в середньому 0,5±0,1 на 10⁹/л) (p<0,05).

Зростання лейкоцитозу супроводжувалося змінами лейкоцитарної формули: збільшення абсолютної кількості поліморфнонуклеарних лейкоцитів (паличкоядерні і сегментоядерні нейтрофіли) і лімфоцитів. Протягом першої доби після втручання кількість

Таблиця 1. Динаміка гематологічних показників після адреналектомії (M±m)

| Показник | „Відкрита” адреналектомія | Ендоскопічна адреналектомія |
|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------|
| Лейкоцити (на 10 ⁹ /л) | | |
| До операції | 5,9±0,3 | 6,4±0,5 |
| Після | <u>9,0±1,0</u> | 6,9±0,5 |
| 1-ша доба | <u>8,8±0,5</u> | 7,2±0,5* |
| 3-тя доба | <u>7,0±0,3</u> | 6,3±0,5 |
| Паличкоядерні (абс.) | | |
| До операції | 0,14±0,02 | 0,26±0,05 |
| Після | <u>0,62±0,14</u> | 0,37±0,04 |
| 1-ша доба | <u>0,72±0,08</u> | <u>0,50±0,06</u> |
| 3-тя доба | <u>0,41±0,05</u> | 0,28±0,08 |
| Сегментоядерні (абс.) | | |
| До операції | 3,25±0,22 | 3,96±0,39 |
| Після | <u>5,43±0,65</u> | 4,51±0,36 |
| 1-ша доба | <u>5,71±0,36</u> | 4,89±0,34 |
| 3-тя доба | <u>4,37±0,27</u> | 3,92±0,34 |
| Лімфоцити (абс.) | | |
| До операції | 1,74±0,14 | 1,67±0,17 |
| Після | 1,91±0,17 | 1,63±0,11 |
| 1-ша доба | <u>1,41±0,09</u> | 1,49±0,09 |
| 3-тя доба | 1,45±0,09 | 1,72±0,12 |

Примітки: 1. * p<0,05 – по відношенню до "відкритої" адреналектомії;

2. Підкреслені показники статистично відрізняються від вихідного рівня.

Таблиця 2. Динаміка рівнів ІЛ-17 після адrenaлектомії

| ІЛ-17 (пг/мл) | Відкрита | Ендоскопічна |
|----------------|------------|--------------|
| До операції | 198,6±20,8 | 178,2±27,8 |
| Після операції | 469,0±72,1 | 212,0±42,4* |
| 1-ша доба | 687,8±42,9 | 321,0±71,1* |
| 3-тя доба | 491,7±46,5 | 282,4±87,2* |

Примітки: 1. * $p < 0,05$ – по відношенню до відкритої адrenaлектомії;

2. Підкреслені показники статистично відрізняються від вихідного рівня.

лімфоцитів знижувалась на 19% при традиційній адrenaлектомії і лише на 2,4% при ендоскопічній адrenaлектомії, на третю добу абсолютна кількість лімфоцитів у пацієнтів першої групи залишалась зниженою, а в другій – поверталась до вихідних рівнів, проте ця різниця статистично не була суттєвою.

Рівні ІЛ-17 до операції не відрізнялись в обох групах хворих (табл. 2). Після операції відмічено зростання рівнів медіаторів, проте якщо після традиційної адrenaлектомії це зростання було статистично достовірним, то у групі хворих, яких оперували із застосуванням малоінвазивної техніки, зростання концентрації ІЛ-17 статистично не відрізнялось від вихідного рівня.

Найвищі рівні ІЛ-17 в обох групах пацієнтів відмічено на першу добу після хірургічного втручання, а починаючи з третьої доби його рівні знижуються. Збільшення кількості лейкоцитів ($r=0,408516$, $p < 0,01$ і $r=0,700532$, $p < 0,01$), поліморфнонуклеарних нейтрофілів ($r=0,458733$, $p < 0,01$ і $r=0,657246$, $p < 0,01$), як паличкоядерних, так і сегментоядерних, і лімфоцитів чітко корелювало зі змінами концентрації ІЛ-17 у сироватці крові в обох групах хворих.

При хірургічному лікуванні захворювань НЗ велике значення має відповідний оперативний доступ, який повинен відповідати наступним вимогам: 1) мала травматичність; 2) можливість якомога раннього "відключення" пухлини від центрального кровотоку; 3) задовільні умови для роботи у зоні НЗ; 4) можливість широкої ревізії з метою забезпечення радикальності хірургічного втручання при злоякісних пухлинах [1]. Найпоширенішим доступом до НЗ при відкритих втручаннях є лямботомія, яка забезпечує малу травматизацію й достатній оперативний простір. Проте значна глибина вузької рани не завжди забезпечує широкий огляд заочеревинного простору і доволі часто виникають технічні труднощі навіть при видаленні невеликих пухлин [1]. Суттєвою проблемою відкритих втручань є післяопераційний біль, що визначається величиною розрізу, а також післяопераційний парез, особливо після трансабдомінальних втручань [1].

Традиційна адrenaлектомія поєднується з численними (47,5%) пізніми нейром'язовими ускладненнями

з боку післяопераційних розрізів, зокрема хронічний біль, слабкість косих м'язів тощо [6]. Пошкодження інших органів черевної порожнини частіше зустрічається при відкритих, ніж при лапароскопічних втручаннях – 2,4% і 0,7%, відповідно [2]. За результатами наших досліджень у 2 (9,1%) пацієнтів виникли серйозні ускладнення під час (ушкодження v. cava inferior) і після (деструктивний панкреатит) відкритої адrenaлектомії, а ускладнень при ендоскопічних втручаннях не спостерігали.

З економічної точки зору ендоскопічна адrenaлектомія має переваги над традиційними методами лікування патології НЗ. Так у США загальні витрати на пацієнта після "відкритої" адrenaлектомії становлять 13720 доларів, а при лапароскопічному видаленні – 10930 доларів [7], в Японії 8000 і 7000 доларів, відповідно [6].

Зростання кількості лейкоцитів після хірургічного втручання є одним із виявів розвитку синдрому системної запальної відповіді. ІЛ-17 є цитокіном, що поєднує в собі як прозапальні, так і гемопоетичні властивості [4]. В наших дослідженнях виявлено пряму кореляційну залежність між концентрацією ІЛ-17 і кількістю лейкоцитів у периферичній крові. Крім того, ІЛ-17 стимулює синтез інших прозапальних цитокінів, зокрема ІЛ-1 β і фактор некрозу пухлин α [8], які також сприяють виникненню лейкоцитозу. ІЛ-17 здатний індукувати синтез гранулоцитарного колоніестимулюючого фактора, що дозволяє підтримувати ріст і диференціацію CD34+ гематологічних попередників у зрілі нейтрофіли [4], що підтверджується експериментальними [3] і нашими дослідженнями. Зростання кількості нейтрофілів з одночасним збільшенням синтезу внутрішньоклітинної молекули адгезії 1, що також стимулюється ІЛ-17 [13], сприяє міграції нейтрофілів за межі судинного русла і вивільнення ними активних метаболітів кисню, які мають виражені цитотоксичні ефекти, і можуть посилювати прояви синдрому системної запальної відповіді. Результати наших досліджень свідчать, що імунологічні зміни, які виникають у післяопераційному періоді, залежать не від обсягу хірургічного втручання, а від розміру оперативного доступу.

Висновки. Ендоскопічна адреналектомія супроводжується меншими імунологічними зрушеннями, порівняно з традиційними "відкритими" втручаннями, про що свідчить незначне зростання

рівнів ІЛ-17. Зростання у післяопераційному періоді кількості лейкоцитів і нейтрофільних лейкоцитів чітко корелює зі збільшенням концентрації ІЛ-17.

ЛІТЕРАТУРА

1. Казарян А.М., Кузнецов Н.С., Шулушко А.М., Бельцевич Д.Г. Хирургические доступы к опухолям надпочечников // Хирургия. – 2003. – №9. – С. 61-67.
2. Brunt L.M. The positive impact of laparoscopic adrenalectomy on complications of adrenal surgery // Surg. Endosc. – 2002. – Vol. 16. – P. 252-257.
3. Forlow S.B., Schurr J.R., Kolls J.K., Bagby G.J., Schwarzenberger P.O., Ley K. Increased granulopoiesis through interleukin-17 and granulocyte colony-stimulating factor in leukocyte adhesion molecule-deficient mice // Blood. – 2001. – Vol. 98. P. 3309-3314.
4. Fossiez F., Banchereau J., Murray R., van Kooten C., Garrone P., Lebecque S. Interleukin-17 // Int. Rev. Immunol. – 1998. – Vol. 16. – P. 541-551.
5. Horgan S., Sinanan M., Helton W.S., Pellegrini C.A. Use of laparoscopic techniques improves outcomes from adrenalectomy // Am. J. Surg. – 1997. – Vol. 173. – P. 371-374.
6. Imai T., Kikumori T., Ohiwa M., Mase T., Funahashi H. A case-controlled study of laparoscopic compared with open lateral adrenalectomy // Am. J. Surg. – 1999. – Vol. 178. – P. 50-54.
7. Jacobs J.K., Goldstein R.E., Geer R.J. Laparoscopic adrenalectomy. A new standard of care // Am. Surg. – 1997. – Vol. 225. – P. 495-502.
8. Jovanovic D.V., Di Battista J.A., Martel-Pelletier J., Jolicoeur F.C., He Y., Zhang M., Mineau F., Pelletier J.P. IL-17 stimulates the production and expression of proinflammatory cytokines, IL-1 β and TNF- α , by human macrophages // J. Immunol. – 1998. – Vol. 160. – P. 3513-3521.
9. Kehlet H. Multi-modal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation // Br. J. Anaesth. – 1997. – Vol. 78. – P. 606-617.
10. Kurasawa K., Hirose K., Sano H., Endo H., Shinkai H., Nawata Y., Takabayashi K., Iwamoto I. Increased interleukin-17 production in patients with systemic sclerosis // Arthritis Rheum. – 2000. – Vol. 43. – P. 2455-2563.
11. Linden A., Hoshino H., Laan M. Airway neutrophils and interleukin-17 // Eur. Respir. J. – 2000. – Vol. 15. – P. 973-977.
12. Van Kooten C., Boonstra J.G., Paape M.E., Fossiez F., Banchereau J., Lebecque S., Bruijn J. A., De Fijter J.W., van Es L.A., Daha M.R. Interleukin-17 activates human renal epithelial cells in vitro and is expressed during renal allograft rejection // J. Am. Soc. Nephrol. – 1998. – Vol. 9. – P. 1526-1534.
13. Yao Z., Spriggs M.K., Derry J.M., Strockbine L., Park L.S., VandenBos T., Zappone J.D., Painter S.L., Armitage R.J. Molecular characterization of the human interleukin (IL)-17 receptor // Cytokine. – 1997. – Vol. 9. – P. 794-800.

УДК: 616.3-006-001.5-036.11-072.1

МІНІ-ІНВАЗІЙНІ ЕНДОХІРУРГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРІ КРОВОТЕЧІ З ПУХЛИН ТРАВНОГО КАНАЛУ

КОНДРАТЕНКО П.Г., СМІРНОВ М.Л.

Донецький державний медичний університет

Miniinvasive endosurgical methods in treatment of patients with acute bleeding from digestive tract tumors

P.H. KONDRATENKO, M.L. SMIRNOV

Donetsk State Medical University

В лікуванні гострих кровотеч з пухлин травного каналу вибір способу ендоскопічного гемостазу проводиться без врахування особливостей, що властиві кривавлячим пухлинам. Вивчено результати обстеження та лікування 527 хворих з гострокривавлячими пухлинами травного каналу різних локалізацій. Всі пацієнти біли розділені на дві групи в залежності від лікувальної тактики, що використовувалася. У першій групі основою всіх ендоскопічних маніпуляцій були ендоскопічні ін'єкції та аплікації, а вибір методу ендоскопічного гемостазу здійснювався без обліку стану місцевого гемостазу і макроскопічних характеристик пухлини. В другій групі хворих різні методи коагуляції використовувалися диференційовано залежно від стану місцевого гемостазу. У другій групі рецидивні геморагії розвилися в 6,4% хворих, що на 21,1% менше, ніж у першій групі.

The choice of endohemostasis method in treatment of acute hemorrhages from digestive tumors is carried out without taking into account features of bleeding tumors. The results of investigations and treatment of 527 patients with bleeding digestive tumors of different localizations were analyzed. All patients were divided into two groups depending on treatment tactics to be used. In the first group the injection and application methods were the base of endohemostasis, and the choice of endohemostasis method was proved without taking into account the local hemostasis state and tumors macroscopic descriptions. In the second group the different coagulation methods were used with accounting the local hemostasis state and macroscopic descriptions of neoplasms. In the second group recurrent bleedings developed in 6,4 % patients, it's less by 21,1 % than in the first group.

При лікуванні хворих на гострі кровотечі в просвіт травного каналу необхідно одночасне розв'язання наступних завдань:

- виявлення джерела кровотечі;
- забезпечення гемостазу;
- ліквідація наслідків гострої крововтрати;
- визначення необхідності та оптимальних строків оперативного лікування.

Єдиної, чітко сформульованої тактики ведення пацієнтів при гострокривавлячих новоутвореннях шлунково-кишкового тракту немає. Безперечним є той факт, що в онкологічних хворих для досягнення гемостазу необхідно застосовувати найменш травматичні та найбільш ефективні оперативні і неоперативні засоби. Першорядне значення мають малотравматичні ендоскопічні методики гемостазу. У цей час вибір способу ендоскопічного гемостазу проводиться без врахування особливостей, що властиві кривавлячим пухлинам.

Оперативне втручання при гострокривавлячих пухлинах – метод лікування, що дозволяє домогтися остаточного гемостазу, тому що видаляється субстрат кровотечі. Операція є невід'ємною частиною загаль-

ноприйнятого лікування онкологічних хворих, що спрямоване на рятування пацієнта від новоутворення. Ці завдання, поєднуючись, взаємоускладнюються, особливо при екстрених операціях. Складається ситуація, коли при триваючій масивній кровотечі радикальне оперативне втручання є загрозою для життя пацієнта, але при невидаленій пухлині не можна бути впевненим у надійному гемостазі.

Виникає необхідність більш ретельного аналізу питань ефективності різних способів ендоскопічного гемостазу залежно від локалізації, макроскопічної будови пухлини та стану місцевого гемостазу, що дозволить скоротити кількість екстрених операцій, і тим самим поліпшити результати лікування.

Матеріали та методи. Вивчено результати обстеження та лікування 527 хворих з гострокривавлячими пухлинами травного каналу різних локалізацій. Всі пацієнти, що перебували на лікуванні, залежно від лікувальної тактики, що застосовувалася, поділені на дві групи.

У першу групу включені 264 пацієнти зі злоякісними і доброякісними пухлинами. З них рак страво-

ходу був в 4 (1,5%) хворих, рак шлунка – в 195 (73,8%) хворих, рак дванадцятипалої кишки – в 1 (0,4%) хворого, рак підшлункової залози із проростанням у дванадцятипалу кишку – в 7 (2,7%) хворих, злоякісні пухлини тонкої кишки – в 2 (0,8%) пацієнтів, рак товстої кишки – в 34 (12,8%) пацієнтів, поліпи шлунка – в 7 (2,7%), поліпи дванадцятипалої кишки – в 2 (0,8%), поліпи товстої кишки – в 12 (4,5%) хворих. Ендоскопічні способи гемостазу застосовувалися у хворих з гострокривавлячими новоутвореннями верхніх відділів травного каналу (стравохід, шлунок, дванадцятипала кишка). Обумовлено це тим, що при кровотечах з пухлин тонкої кишки виконання діагностичної, а тим більше лікувальної ендоскопії неможливе, а при новоутвореннях товстої кишки у всіх спостережуваних випадках на момент дослідження був досягнутий стійкий гемостаз.

Лікувальна ендоскопія проводилася за методиками, що використовуються для зупинки і профілактики рецидиву гострих кровотеч при ерозивно-виразкових ураженнях слизової оболонки. Основою всіх ендоскопічних маніпуляцій були ендоскопічні ін'єкції та аплікації. Вибір методу ендоскопічного впливу на джерело кровотечі здійснювався без врахування стану місцевого гемостазу і макроскопічних характеристик пухлини. У всіх хворих проводився динамічний контроль за станом місцевого гемостазу не рідше, ніж 1 раз на 12 годин.

Показанням для екстреного оперативного лікування були триваюча кровотеча при поступленні, коли гемостазу не вдавалося досягти ендоскопічно, і рецидивна кровотеча.

Другу групу склали 263 хворих. За нозологічними одиницями склад групи був наступним: рак стравоходу – 4 (1,5%) пацієнти, рак шлунка – 189 (71,9%) хворих, рак дванадцятипалої кишки – 1 (0,4%) хворий, рак підшлункової залози із проростанням у дванадцятипалу кишку – 9 (3,4%) пацієнтів, злоякісні пухлини тонкої кишки – 2 (0,8%) хворих, рак товстої кишки – 35 (13,3%) хворих, поліпи шлунка – 10 (3,8%) пацієнтів, поліп дванадцятипалої кишки – 1 (0,4%) хворий, поліпи товстої кишки – 12 (4,5%) пацієнтів.

У хворих другої групи ендоскопічна тактика при злоякісних новоутвореннях верхніх відділів травного каналу, що кровоточать, була змінена. Аплікаційний гемостаз, як самостійний метод зупинки або профілактики рецидиву кровотечі не застосовувався. Аплікації використовувалися тільки що як доповнювальний засіб при інших ендоскопічних маніпуляціях. Як основний ендоскопічний вплив на джерело геморагії обрані різні методи коагуляції, які використовувалися диференційовано, залежно від стану місцевого гемостазу. За показаннями коагуляційні методи доповнювалися ін'єкційними.

При виборі методу або комбінації методів ендоскопічного гемостазу керувалися наступними положеннями:

- при геморагічному нашаруванні на поверхні новоутворення для профілактики рецидиву кровотечі або для гемостазу при триваючому підтіканні крові використовується гідродіатермокоагуляція або аргоноплазмова коагуляція;

- при триваючій дифузійній кровотечі з поверхні пухлини застосовується кріовплив сумішшю хлоридів або хлоретилем у поєднанні з наступною діатермокоагуляцією пухлини або використовується аргоноплазмова коагуляція;

- при наявності тромбованих судин на поверхні новоутворення виконується їхня діатермокоагуляція або аргоноплазмова коагуляція;

- якщо пухлина покрита некротичним нашаруванням, то проводиться гідродіатермокоагуляція її поверхні;

- при триваючій кровотечі з підзгустка виконується його коагуляція, перевага віддається аргоноплазмовій коагуляції;

- згустки на поверхні пухлини ущільнюються шляхом діатермокоагуляції, гідродіатермокоагуляції або аргоноплазмової коагуляції їх і навколишніх тканин;

- при струминній кровотечі з пухлини проводиться аргоноплазмова коагуляція, але можливе поєднання ін'єкційної коагуляційного методу.

При пухлинах, що ростуть ендofітно, перевага віддавалася різним коагуляційним методам гемостазу, при новоутвореннях невеликого розміру, що ростуть екзофітно, й при відсутності перифокальної інфільтрації слизової оболонки було можливе застосування ін'єкційної компресії в поєднанні з коагуляційними способами.

Після первинного ендоскопічного дослідження не рідше, ніж 1 раз на 12 год проводилися контрольні лікувальні ендоскопії з метою вивчення динаміки змін місцевого гемостазу та профілактики рецидивної кровотечі. Профілактика поновлення кровотечі проводилася до зникнення ознак ненадійного гемостазу.

При неефективності лікувальної ендоскопії при триваючій кровотечі, рецидивній кровотечі або при високому ризику рецидиву кровотечі, що зберігався протягом 1 доби, виконувалися екстрені операції.

Результати досліджень та їх обговорення. У першій групі після використання аплікаційних та аплікаційних у поєднанні з ін'єкційними методів гемостазу, рецидивні кровотечі розвинулися у 40 (33,6%) з 119 хворих. Поєднання ін'єкційної компресії та діатермокоагуляції, що застосовувалося, не дозволило домогтися остаточного гемостазу в 14 (28%) з 50 випадків. З 38 хворих з некротичним на-

шаруванням на пухлині, у яких ендоскопічна профілактика рецидивної кровотечі не проводилася, геморагія надалі відновилися в 3 (7,9%) випадках. При порівнянні групи хворих, у якій використовувалися зазначені методи, із групою пацієнтів, де ін'єкції доповнювалися діатермокоагуляцією, виявлений менший відсоток поновлення геморагії у випадках застосування коагуляційних методів гемостазу.

Усього в першій групі за невідкладними показаннями оперовано 92 (34,8%) пацієнти. З них гострокривавлячі злоякісні новоутворення були в 82 (31,1%) пацієнтів, поліпи – в 10 (3,7%) хворих. Структура групи пацієнтів зі злоякісними пухлинами була наступною: злоякісні пухлини шлунка – 77 (93,9%) хворих, злоякісні пухлини підшлункової залози – 3 (3,7%) хворих, злоякісні пухлини дванадцятипалої кишки – 1 (1,2%) пацієнт, злоякісний новоутвір тонкої кишки – 1 (1,2%) пацієнт. Із хворих, у яких виконана невідкладна поліпектомія в 2 (20%) були поліпи шлунка, в 1 (10%) – дванадцятипалої кишки, в 7 (70%) хворих – поліпи товстої кишки.

У результаті аналізу результатів оперативного лікування виявлено, що найкращі результати оперативного лікування в першій групі хворих отримані після операції із приводу поліпів травного каналу, що кровоточать. Операції, виконані як за екстремними показаннями, так і в плановому порядку, не супроводжувалися післяопераційними ускладненнями і летальністю. Крім того, в 100% спостережень ці операції радикальні.

При злоякісних новоутвореннях травного каналу, як показали наші дослідження, виконання радикальної за обсягом операції можливе в 66,9% хворих. Причому, пухлини товстої кишки, що кровоточать, операбельні в 85,7% випадків, у той час як при новоутвореннях шлунка виконання радикальної операції можливе в 66,7% хворих.

При екстремних операціях із приводу кровотеч із пухлин шлунка, повноцінні за радикальністю оперативні втручання можливі в 61% пацієнтів. Але при цьому відзначаються високі показники числа післяопераційних ускладнень (29,8%) і післяопераційної летальності (17%). Особливо висока частка розвитку ускладнень у хворих при триваючих кровотечах, що становить 35,7%. Летальність після радикальних операцій у цієї групи хворих досягає 21,4%.

Виконання планових оперативних втручань дозволило більш повноцінно підготувати і обстежити пацієнтів, що в подальшому відобразилося на числі радикальних оперативних втручань (75%), а також на зниженні кількості післяопераційних ускладнень до 23,1% і післяопераційної летальності до 7,7%.

У другій групі у хворих, в яких проводився ендоскопічний гемостаз або профілактика рецидивної

кровотечі, рецидивні геморагії розвинулися в 6,4% хворих, що на 21,1% менше, ніж у першій групі. Зниження кількості рецидивних кровотеч вдалося домогтися насамперед за рахунок пацієнтів з гострокривавлячими злоякісними пухлинами шлунка – з 26,9% до 4,3%. При новоутвореннях, що локалізувалися у дванадцятипалій кишці, зберігалися високі показники числа кровотеч, що відновилися, – 30% (у першій групі – 50%).

Настільки істотне зниження рецидивних кровотеч у другій групі обумовлене зміною тактики проведення ендоскопічного гемостазу та профілактики рецидиву кровотечі, а саме – переважне використання коагуляційних методів гемостазу та профілактики рецидиву геморагії.

Із всіх застосовуваних нами способів ендоскопічної коагуляції, найкращі результати дало використання аргоноплазмової коагуляції – рецидивні кровотечі розвинулися в 3,6% (1) хворих. Після проведення коагуляційного гемостазу й профілактики іншими способами кровотеча відновилася в 6,9% (12) пацієнтів.

Також, як і в першій групі, ін'єкційний гемостаз при поліпах шлунка в другій групі пацієнтів дав гарні результати – рецидивні кровотечі не спостерігалися. Крім того, підтверджено, що ендоскопічна електроексцизія поліпа можлива в багатьох випадках уже при первинній ендоскопії серед пацієнтів із кровотечами з поліпів як верхніх, так і нижніх відділів травного каналу.

У другій групі оперовано 177 (67,3%) хворих. Екстремні оперативні втручання проведені 22 (8,4%) пацієнтам, планові – 155 (58,9%) хворим. Від пропонованої планової операції відмовилися 14 (5,3%) хворих. Ще в 64 (24,3%) хворих планові оперативні втручання не виконувалися у зв'язку з тим, що в процесі обстеження виявлені ознаки розповсюдженого пухлинного процесу й було неможливо виконати радикальну операцію.

Загальна летальність у другій групі склала 6,1%. Летальність при планових операціях становила 4,1%; при екстремних операціях цей показник склав 4,5%. Всі випадки післяопераційної смерті після екстремних операцій належать до невідкладних втручань при пухлинах підшлункової залози. Загальна післяопераційна летальність склала 3,4%.

Висновок. Всі пацієнти, що надходять у стаціонари із приводу гострих кровотеч із новоутворень травного каналу потребують в ендоскопічного впливу на джерело кровотечі, що повинен виконуватися як при триваючій кровотечі, так і при кровотечі, що відбулася. Для проведення гемостазу й профілактики поновлення геморагії використовуються ті самі ендоскопічні маніпуляції.

Лікувальна ендоскопія дозволяє істотно скоротити кількість екстрених оперативних втручань, які супроводжуються високою післяопераційною летальністю.

Ендоскопічна профілактика рецидиву кровотечі повинна проводитися у всіх пацієнтів, причому тривалість її – до зникнення ознак ненадійного гемостазу. Відмовитися від застосування будь-якого ендоскопічного впливу можна тільки з появою нальоту фібрину на поверхні новоутворення.

При виборі способу ендоскопічного гемостазу перевагу доцільно віддавати коагуляційним методам. Безпосередньо вибір методу гемостазу залежить від наявної ендоскопічної картини – макроскопічної будови пухлини, наявності ознак ненадійного гемостазу, локалізації пухлини. Як показали наші дослідження, найкращі результати вдалося одержати при використанні аргоноплазмової коагуляції, при якій можливе коагулювання навіть більших за площею ділянок з мінімальною небезпекою перфорації стінки органа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д., Фомін П.Д., Біляков-Бельський О.Б., Сидоренко В.М., Заплавський, Переш С.Є. Лікування хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами пухлинного походження // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. – Т. 5, №1. – С. 57-58
2. Ершов В.В., Кукош М.В., Рыбинский А.Д. Гастрэктомия в лечении желудочных кровотечений // Вестник хирургии. – 1999. – № 5. – С. 57-59
3. Кузьмин-Крутецкий М.И., Стяжкин Е.Н. Современные методы эндоскопического гемостаза // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2001. - Vol 5, №1. – С. 39-41
4. Машкин А.М., Ефанов А.В., Хойрыш А.А. Применение эндоскопической аргоноплазменной коагуляции в лечении острых гастродуоденальных кровотечений // <http://www.fotek.ru>
5. Саенко В.Ф., Кондрагено П.Г., Семенюк Ю.С., Велигоцкий Н.Н., Калита Н.Я. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. – Ровно, 1997 г.

УДК: 618.14-002:665.6-051

ЛАПАРОСКОПІЯ В ЛІКУВАННІ НЕПЛІДНОСТІ У РОБІТНИЦЬ З ПОЧАТКОВИМИ ФОРМАМИ ЕНДОМЕТРІОЗУ

БЕРЕГОВА Ю.П.

Одеський державний медичний університет

Laparoscopy in treatment of infertility in female workers with initial forms of endometriosis

YU.P. BEREHOVA

Odessa State Medical University

Стаття присвячена актуальній проблемі – підвищенню ефективності ранньої діагностики та лікування неплідності при початкових формах зовнішнього ендометріозу у робітниць, які тривалий час контактують з малими дозами ароматичних вуглеводнів (АВ), шляхом застосування лазерно-кореляційної спектроскопії (ЛКС) та диференційованого призначення, залежно від репродуктивних намірів лапароскопічного лікування, кріокорду-С і біотритру-С. За матеріалами досліджень проведено вивчення ЛКС, основних показників ензимно-ендокринного стану у 65 жінок з неплідністю залежно від віку, тривалості дії малих доз АВ. Встановлено, що зміни ензимно-гормонального стану не залежать від стадії ендометріозу і найбільш виражені при довготривалій дії малих доз АВ та наявності екстрагенітальної патології. У роботі обґрунтована клінічна ефективність розробленого та впровадженого в практику комплексного лікування неплідності у робітниць з початковими формами зовнішнього ендометріозу. Ми вважаємо, що всі жінки репродуктивного віку тривалий час контактуючи з АВ входять до групи високого ризику по виникненню ендокринопатій. Нами доведено, що діагностувати ці стани в більшості випадків можна за допомогою ЛКС. Розроблений нами діагностично-лікувальний алгоритм включає проведення на першому етапі лапароскопічного виділення ендометріодних імплантів, адгезіо- чи сальпінголізе. На другому етапі призначається в післяопераційному періоді біотрит-С і кріокорд-С. Диференційне застосування розроблених діагностично-лікувальних заходів залежно від тривалості дії АВ сприяло покращенню найближчих та віддалених результатів, нормалізації показників ензимно-гормонального гомеостазу та привело до покращення репродуктивного здоров'я пацієнток на 39,9%, підвищило якість життя хворих робітниць.

The paper covers an important problem – the increase of efficacy of early diagnosis and treatment of infertility at initial forms of endometriosis in female patients being in long-term contact with aromatic hydrocarbons (AH) by using laser-correlation spectrometry (LCS) and differentiated administration of cryocord-C and biotrit-C depending on reproductive aims of laparoscopic treatment. The materials of examination helped to study the LCS, the main indices of enzyme-endocrine state in 65 women with infertility depending on the age, duration of influence of small doses of aromatic hydrocarbons. It is established that changes in enzyme-hormonal condition do not depend on endometriosis stage and are more marked in long-term effect of small doses of aromatic hydrocarbon and presence of extragenital pathology. The paper substantiates the clinical efficacy of the devised and introduced into practice complex treatment of infertility in female workers with initial forms of external endometriosis. We consider that all women of reproductive age being in long-term contact with aromatic hydrocarbons belong to high risk group of endocrinopathy development. We have proved that these conditions can in most cases be diagnosed with the help of LCS. The diagnostic-therapeutic algorithm developed by us includes laparoscopic removal of endometrioid implants, adhesio- or salpingolysis in the first stage. Biotrit-C and cryocord-C are used in the 2nd stage of the postoperative period. Differentiated application of diagnostic-therapeutic methods depending on duration of AH influence resulted in improvement of the immediate and remote results, normalization of enzyme-hormonal homeostasis indices. It resulted in improvement of reproductive health of the patients by 39,9 % and increased the life quality of the ill female workers.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Оцінюючи негативні наслідки хімічного забруднення атмосферного повітря ароматичними вуглеводнями (АВ), слід взяти до уваги, що їх вплив на жіночий організм призводить до зниження адаптаційних можливостей, підвищення рівня різноманітної патології, особливо захворювань репродуктивної системи.

Застосування нових хімічних технологій зумовило появу чинників, яким належить етіологічна роль в

розладі репродуктивного здоров'я жінки-робітниці, підвищення частоти неплідності та ендометріозу (Ліньова О.І і співавт., 2000; Ковшар К.Ф., 2001).

Актуальність проблеми лікування хворих з неплідністю при початкових формах ендометріозу зумовлена неясністю багатьох аспектів патогенезу цього захворювання, високою його частотою, порушеннями з боку репродуктивної, менструальної та статеві функцій, а також супутніми екстрагенітальними змінами (Адамьян Л.В., Кулаков В.И., 2003; Коханевич Е.В., 2001).

Мета дослідження. Підвищити ефективність ранньої діагностики та лікування неплідності на основі вивчення особливостей її перебігу у робітниць, хворих на початкові форми зовнішнього ендометріозу.

Матеріали і методи досліджень. Для рішення клінічних задач, які були поставлені, проведено комплексне дослідження 65 хворих з неплідністю при зовнішньому ендометріозі I-II ступенів, які склали основну групу. 33 робітницям з позитивними репродуктивними намірами було призначено комбіноване лікування (лапароскопічна ексцизія осередків ендометріозу та біотріг-С і кріокорд-С), 32 робітниці без репродуктивних намірів одержували консервативне лікування (біотріг-С та кріокорд-С). Контрольну групу склали 30 практично здорових жінок репродуктивного віку.

Результати власних досліджень та їх обговорення. При аналізі клініко-анамнестичних даних видно, що вік обстежених хворих робітниць знаходився у межах від 18 до 40 років. Серед клінічних проявів захворювання найчастіше зустрічались скарги на дисменорею (80%) та хронічні тазові болі (66,9%).

Серед екстрагенітальної патології часто зустрічались полівалентна алергія (70%), патологія шлунково-кишкового тракту (100%). Захворювання печінки і жовчовивідних шляхів зустрічались у кожній третій працюючій жінки. Така ж закономірність спостерігалась і при патології підшлункової залози. Нейроциркуляторна дистонія зустрічалась у 30% випадків у всіх пацієнток. Згідно з отриманими нами даними, кожна третя хвора перенесла чимало інфекційних захворювань, кожна п'ята – операції на органах імуногенезу (апендектомію чи тонзилектомію). Найпоширенішою поєднаною гінекологічною патологією у обстежених були кольпіти (50%), доброякісні пухлини матки і молочних залоз (33%), аднексити (29%). Первинна неплідність частіше зустрічалась у групі від 18 до 30 років (55,6%). Вторинна неплідність переважала в групі жінок у віці 31-40 років (44,4%).

Результати дослідження рівня гонадотропних та статевих гормонів у сироватці крові свідчать про наявність змін гормонального гомеостазу. Про це можна судити за достовірним підвищенням рівня пролактину ($23,8 \pm 1,2$) нг/мл, ($p < 0,05$) в перші роки роботи з АВ порівняно з показниками контрольної групи. Після 10 років контакту з АВ концентрація пролактину суттєво знижувалась у всіх пацієнток, що, на наш погляд, підтримує дисфункцію в системі гіпофіз-яєчники.

Проведені нами дослідження вмісту гонадотропних гормонів показали достовірне збільшення секреції ЛГ у II фазу менструального циклу на 17,7%

($p > 0,05$), а ФСГ, відповідно, на 18,3%. Спостерігалось зниження рівня прогестерону – у 2,1 раза. Низький рівень прогестерону ($6,5 \pm 1,9$) нг/мл, ($p < 0,05$) при нормальних показниках вмісту естрадіолу, виявлений у 25% робітниць основної групи, свідчить про відносну гіперестрогенемію і може пояснити часті випадки недостатності лютеїнової фази (60,1%), синдром неовульованого фолікула (34,5%).

При дослідженні деяких ланок ферментного гомеостазу нами виявлено, що активність еластази залежить від тривалості дії малих доз АВ, типів менструального циклу і його періодів. Найбільш суттєві зміни в активності фермента у хворих спостерігались в перші роки і після 10 років праці. В перші 3 роки контакту з малими дозами АВ спостерігався значно нижчий підйом активності еластази в овуляторний і лютеїновий періоди, ніж у осіб контрольної групи ($6,38 \pm 0,15$ і $6,82 \pm 0,24$ нкат/л). Ще нижчою була активність еластази в ті ж періоди менструального циклу у стажованих робітниць, тобто після 10 років праці з АВ ($6,19 \pm 0,23$ і $6,79 \pm 0,23$ нкат/л).

Зовсім по-іншому реагують інгібітори ензимів: замість зниження в овуляторний і лютеїновий періоди, що спостерігається у жінок контрольної групи ($0,67 \pm 0,05$ і $0,66 \pm 0,01$ нкат/л), відмічено зростання активності α_1 -інгібітора протеаз ($1,01 \pm 0,06$ і $0,97 \pm 0,03$ нкат/л). Такі ж зміни спостерігаються в інгібіторній активності α_2 -макроглобуліну і інгібітора трипсину. Найбільш високі показники цих інгібіторів були виявлені в овуляцію і лютеїновий період ($3,26 \pm 0,14$ нкат/л; $1,32 \pm 0,05$ і $3,16 \pm 0,13$; $1,10 \pm 0,03$ нкат/л), що, на наш погляд, також підтримує процес ановуляції і патологію жовтого тіла.

Проведена нами лазерно-кореляційна спектроскопія сироватки крові дозволила запідозрити наявність неплідності з початковими формами ендометріозу у всіх робітниць. При цьому аналіз ЛКС-гістограм здорових жінок контрольної групи виявив, що вони здебільшого (91,26%) складаються з великодисперсних часток (мода 104,67 нм). Найменший внесок (0,25%) складають дрібнодисперсні частки (2,54 нм). ЛКС-гістограми 30 здорових робітниць, які контактують з АВ, характеризуються бімодальним розподілом світлорозсіючих часток, процентні вклади яких розподіляються подібно таким же, одержаним для здорових жінок контрольної групи. Однак, ЛКС-гістограма має значні відмінності, що полягають в помірно-му контрастуванні фракції часток в діапазоні розмірів від 37 до 95 нм і зсуванні функції розподілу в бік підвищення вкладу часток великих розмірів, що характеризує процеси агрегації.

На наш погляд, цим проявляються зміни субфракційного стану, які характерні для впливу несприятливих професійних чинників (АВ).

Усереднена гістограма, сформована у робітниць з ендокриною неплідністю має характерні візуальні особливості. ЛК-гістограма набуває вигляду чітко розмежованої бімодальної функції зі зсувом розподілу в бік зменшення розмірів візуалізованих біологічних структур. Збільшення вкладу часток низькомолекулярної фракції (2-11 нм) може свідчити про активацію дегенеративно-дистрофічних процесів в організмі. В той же час залишається підвищеним до 39% вклад часток, відповідних за розмірами імуноглобулінам (11-37 нм), що свідчить про активізацію аутоімунних процесів. Таким чином, результати дослідження свідчать про інформативність методу, а його доступність дозволяє широко використовувати ЛКС для ранньої діагностики ендокрино- і ензимопатій у робітниць.

Одержані результати дослідження дають нам змогу запропонувати лікувально-діагностичні рекомендації для жінок-робітниць, що тривалий час контактують з АВ. Всі жінки репродуктивного віку належать до групи високого ризику щодо ендокрино- і ензимопатій у робітниць. Для ранньої діагностики захворювання треба один раз в півріччя проводити ЛКС сироватки крові жінок цієї групи. У разі наявності патології призначати лікування біотритом-С і кріокордом-С. При наявності у робітниць позитивних репродуктивних намірів – лікування починати з лапароскопічної ексцизії ендометрію і адгезій, а при необхідності проводити сальпінгостомію, сальпінголізис чи адгезіолізис.

Диференційне використання алгоритму призвело до покращення функціонування системи гіпофіз-яєчники, що проявляється в нормалізації продукції гонадотропних гормонів і статевих гормонів (77%). В 23% випадків спостерігається зменшення дисфункції в секретії ФСГ і ЛГ на тлі нормального вмісту пролактину, естрогенів і прогестерону. Це призвело до суттєвого зниження порушень менструальної функції у обстежених пацієнток, яке було найбільш виражене при комбінованому лікуванні.

Розроблені нами методи лікування ендокринопатій при початкових формах ендометріозу довели, що вплив комбінованої терапії на больовий синдром більш ефективний, ніж консервативне лікування. Це можна пояснити тим, що лапароскопічне лікування дозволяє видалити всі ендометріюїдні імплантанти та адгезії, а

кріокорд-С, що має в своєму складі опіюїдні гормони, дозволяє знизити больову чутливість і ліквідує дисфункцію в ензимній і гормональній системах.

Спостерігалась нормалізація активності основних показників ензимної системи з підвищенням еластази в овуляторний період з одночасним зниженням інгібіторів протеолізу, що свідчить про відновлення овуляторних циклів у робітниць основної групи.

Реабілітація репродуктивних намірів у хворих робітниць також залежала від методу лікування, який використовували. Комбінована терапія покращує результати запліднення в перші 2 місяця на 39,6%, а в наступуючі 6-9 місяців – майже вдвічі.

В той же час слід зауважити, що тільки поєднання ранньої діагностики і разом з тим своєчасної комбінованої терапії призводить до таких високих і швидких результатів.

Висновки. 1. Ароматичні вуглеводні (АВ) викликають у працюючих жінок підвищену частоту ендокринопатій на початку роботи (1,5-3 роки) і після 10 років праці. Порушення ендокринної функції у робітниць, які контактують тривалий час з АВ, характеризується в перші 3 роки гіперпролактинемією, дисфункцією виділення статевих гормонів з формуванням ановуляції, на тлі якої частіше виникає ендометріоз. У робітниць після 10 років праці спостерігається виснаження функції яєчників, що пов'язане з тривалою гіпопролактинемією.

2. Розлади ензимних порушень у хворих з неплідністю характеризуються достовірним підвищенням активності інгібіторів протеаз і відносним зменшенням активності протеолітичних ферментів в овуляторний і лютеїновий періоди менструального циклу.

3. Для ранньої діагностики ендокринопатій у робітниць доцільно використовувати лазерно-кореляційну спектрометрію сироватки крові.

4. Диференційна комплексна терапія залежно від репродуктивних намірів хворих з ендокринопатіями і зовнішнім ендометріозом І-ІІ ступенів з використанням ендоскопічного лікування, кріокорду-С і біотриту-С сприяє покращенню віддалених результатів лікування, що проявляється підвищенням репродуктивних результатів на 39,6% та зниженням частоти рецидивів захворювання на 28,5% упродовж 24 місяців спостереження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Адамян Л.В., Андреева Е.Н., Кулаков В.И. Современные принципы диагностики и лечения эндометриоза. // Рус. мед. журнал. – 1999. – Т.1, № 2. – С. 5-13
2. Биостимулятор "Криокорд" і спосіб його одержання: Пат. 38604 А Україна, МПК5 А61 К 35/48 / Субота Н.П., Грищенко В.І. – Опубл. 15.05.2001. Бюл. № 4-П. – С. 164.

3. Волянская А.Г. Эндохирургия в лечении наружного и внутреннего эндометриоза // Актуальные проблемы лазерной медицины, эндоскопической хирургии и гинекологии: Тез. докл. науч.-практ. конф. – Одесса, 1999. – С. 105-108.

4. Грищенко В.И., Прокопюк О.С. Перспективы и возможности использования плацентарной крови // Мед. вестник. – 1997. – № 4. – С. 26-28.

УДК 616.33/.342-002.44-005.1-036.11-08-059-089.819

РОЛЬ І МІСЦЕ МІНІ-ІНВАЗИВНИХ ЕНДОХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ВИРАЗКОВУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУ КРОВОТЕЧУ

П.Г. КОНДРАТЕНКО, Є.Є. РАДЕНКО

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького
Клініка госпітальної хірургії та ендоскопії

Role and place of miniinvasive endosurgical interventions in complex treatment of patients with acute ulcerous gastroduodenal bleeding

P.H. KONDRATENKO, YE.YE. RADENKO

Donetsk State Medical University by M.Horky
Clinics of Hospital Surgery and Edoscopy

Представлено аналіз лікування більш 4 тис. хворих з гострою виразковою гастродуоденальною кровотечею в умовах Донецького міського спеціалізованого центра з 1995 по 2004 роки на базі клініки госпітальної хірургії та ендоскопії Донецького державного медичного університету. У статті розглядаються питання організації надання невідкладної допомоги і лікувально-діагностичної програми у даній категорії хворих. Застосування розробленого алгоритму лікувально-діагностичної програми дозволило знизити летальність у хворих з гострою виразковою гастродуоденальною кровотечею до 4,61%.

The analysis of treatment more than 4 thousand patients with acute ulcered gastroduodenal bleeding on the base of the Donetsk municipal specialized centre Department of Hospital Surgery and Endoscopy Donetsk State Medical University from 1995 to 2004 is presented. The questions of organization of rendering the urgent help and medico-diagnostic program at the given category of the patients are examined in this report. The application of the developed algorithm of the medico-diagnostic program has allowed to reduce the lethality at patients with acute ulcered gastroduodenal bleeding to 4.61 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування хворих на гостру виразкову гастродуоденальну кровотечу (ГВГДК) є однією з актуальних проблем екстреної хірургії [1-6]. Першою узагальнюючою монографією з цієї проблеми стали "Академічні читання про хронічні хвороби" Федора Удена (1816), де автором були чітко описані прояви виразкової хвороби та її ускладнень: кровотечі і перфорації. У 1829 році Gruveilhier описав патологоанатомічну картину і симптоми виразки шлунка – біль, блювання і кровотечу як головні складові ознаки виразки шлунка (тріада Крювельє). Незважаючи на двохсотлітній досвід лікування хворих з даною патологією, як і раніше немає єдиної думки про тактику ведення хворих з кровотечею. Останнім часом більшість авторів єдині в думці про необхідність виконання екстреного оперативного втручання при тривалій кровотечі тільки у випадку неефективності ендоскопічних засобів гемостазу [1,3,5,6]. У той же час, значні проблеми тактичного плану виникають при лікуванні хворих з рецидивною кровотечею або з тривалим ненадійним гемостазом. Оперувати чи не оперувати хворого, а якщо

оперувати, то в який термін? Які критерії використовувати у визначенні тактики ведення хворого? Великі розбіжності виникають і в трактуванні ознак ненадійного гемостазу (НГ). Одні автори при визначенні критеріїв можливого рецидиву кровотечі, а, отже, показань і термінів виконання відстроченої операції, віддають перевагу ендоскопічним даним, інші – даним об'єктивного дослідження. На ґрунті на цих показників, виконуються відстрочені операції з метою попередження повторної геморагії [5,6]. Ці втручання, що виконуються у відносно спокійний період, супроводжуються значно меншим числом несприятливих результатів і післяопераційних ускладнень. Разом з тим, немає єдиного погляду і в оцінці прогностичної значимості цих критеріїв, у тому числі і в процесі динамічного спостереження за хворим.

Навіть на тлі значного прогресу фармакологічної науки і при безупинному удосконалюванні хірургічної техніки, все одно спрацьовує правило "двадцять відсотків" для хворих з ГВГДК. Частка хворих виразковою хворобою серед загальної популяції населення складає 20%. У 20% з них виникають кровотечі, у 20% з цього числа виникають рецидиви, 20%

з них оперуються в екстреному порядку, а летальність у післяопераційному періоді складає також 20%. На жаль, реально змінити це співвідношення поки що не вдасться. У цьому зв'язку перспективним варто вважати створення спеціалізованих центрів по лікуванню хворих з гострою кровотечею в просвіт травного каналу (ГКПТК). Концентрація профільних хворих і кваліфікованих кадрів повинна сприяти розробці і впровадженню в клінічну практику нових перспективних методів консервативного та оперативного лікування, що в остаточному підсумку дозволить досягти кардинального поліпшення результатів лікування хворих з даною патологією [1,4,5].

Матеріали і методи. В основу дослідження покладені результати лікування пацієнтів з гострою виразковою гастроуденальною кровотечею за період 1995-2004 роки. Проліковано 4430 хворих на кровотечу виразкової етіології. Серед них 69% (3057 хворих) склали чоловіки. Вік хворих коливався від 14 до 86 років. Особи працездатного віку склали 57,65% (2554 хворих). В першу добу з моменту появи перших ознак кровотечі в стаціонар надійшли 52% хворих, пізніше – 48%. Виразкова хвороба шлунка виявлена у 1217 хворих (27,47%), виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – у 3213 хворих (72,53%). Триваюча кровотеча при надходженні відзначалася у 6,34% (281 хворий), причому у хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки вона зустрічалася в 2,5 рази частіше, ніж при виразках шлунка.

Результати й обговорення. Весь час роботи нами був поділений на 2 періоди. З 1995 по 1999 рік проходив період накопичення матеріалу, відпрацьовування методів ендоскопічного гемостазу та профілактики ненадійного гемостазу і варіантів медикаментозної терапії. За цей період проліковано 2327 хворих. У період з 2000 по 2004 рік розроблені тактичні установки активно використовувалися. Проліковано 2103 пацієнти.

В умовах Донецького міського спеціалізованого центру з лікування хворих на ГКПТК на базі клініки госпітальної хірургії та ендоскопії Донецького державного медичного університету цілодобово надають спеціалізовану допомогу хірургічні відділення, відділення діагностичної та оперативної ендоскопії, відділення анестезіології та інтенсивної терапії (з лабораторною службою), відділення переливання крові, забезпечені всім необхідним для надання своєчасної і якісної екстреної діагностичної, хірургічної і реанімаційної допомоги. Питання лікувальної, у тому числі і хірургічної, тактики вирішуються хірургом при участі анестезіолога, реаніматолога і ендос-

копіста. При цьому враховуються характер патологічного процесу, надійність зупинки кровотечі, ефективність консервативних, у тому числі ендоскопічних, способів гемостазу, імовірність рецидиву кровотечі, ступінь порушень гомеостазу, викликаних крововтратаю й основним захворюванням, стан хворого і його компенсаторні можливості.

Основними принципами надання допомоги хворим на ГВГДК є швидке і якісне клінічне обстеження хворого, активне застосування ендоскопічних методів впливу на джерело кровотечі при первинному дослідженні і подальшому ендоскопічному моніторингу, проведення повноцінної медикаментозної терапії основної і супутніх патологій. На всіх етапах виконується постійний динамічний контроль стану гемостазу і, на підставі аналізу ендоскопічних, лабораторних і клінічних параметрів, реалізується індивідуальна гнучка хірургічна тактика.

Рецидиви кровотечі (РК) є значним чинником дестабілізації стану хворого. Саме тому прогнозу їхнього виникнення ми приділяємо особливе значення. На підставі проведених досліджень встановлено, що на імовірність виникнення РК впливають навіть ті фактори, які, на перший погляд здаються незначними: стать, характер скарг хворого, група крові і реус-фактор, характер вмісту в ампулі прямої кишки і т.д. Створена співробітниками кафедри комп'ютерна програма по прогнозуванню імовірності рецидиву кровотечі, що враховує весь комплекс необхідної інформації, дозволила розробити і впровадити бальну оцінку імовірності повторної кровотечі. При мінімальних тимчасових витратах, на будь-якому етапі лікування, вона дозволяє провести аналіз даних пацієнта з визначенням ступеня ризику рецидиву кровотечі (РПК), термінів виконання контрольних ендоскопічних досліджень чи оперативних втручань. Параметри, які використовуються для визначення ступеня РПК, можна розділити на статичні і динамічні. До перших можна належать стать, вік, тривалість кровотечі, наявність супутньої патології, первинні клінічні дані. До динамічних відносять лабораторні показники та ендоскопічну картину. Саме ці показники визначають динаміку лікувального процесу і тактичних установ. Ендоскопічний моніторинг дозволяє внести корективи в тактичні установки, а тактичні принципи визначають терміни і частоту виконання лікувальних ендоскопічних досліджень.

Особливе значення має ургентне ендоскопічне дослідження. Саме воно визначає первинні тактичні принципи. Тільки нестабільна гемодинаміка (АТ нижче 100 мм рт. ст.) змушує нас тимчасово відмовитися від виконання ендоскопічного дослідження до стабілізації стану пацієнта. При цьому на тлі проведення інтенсивної інфузійної терапії контролюємо

стан гемостазу за вмістом назогастрального зонда. Наявність малозміненої крові у зонді при низьких цифрах АТ є показанням до оперативного втручання. В усіх інших випадках, при тривалій кровотечі, застосовуються методи комбінованого ендоскопічного гемостазу, а при кровотечі що відбулася – первинна ендоскопічна профілактика РК. У процесі динамічного спостереження проводиться обов'язковий ендоскопічний моніторинг, при якому оцінюється стан дна виразкового дефекту і динаміка ознак НГ. Виходячи зі ступеня РРК, контрольні дослідження виконуються: кожні 10-12 годин – при незначному ступені РРК, кожні 6-8 годин – при помірному РРК і кожні 2-4 години – при високому ступені РРК. Контрольні дослідження виконуються до зникнення ознак НГ. Базовим методом ендоскопічної профілактики РК вважаємо інфільтраційний метод. Різні види коагуляційних методів застосовуємо тільки при наявності згустків крові в дні дефекту, ознаках НГ, що довгостроково зберігаються, особливо великих тромбованих судин, що виступають у просвіт чи рецидивах кровотечі. Тривалий НГ є клінічним симптомом, що насторожує. Тому, якщо ознаки НГ зберігаються протягом 72 годин у хворих з незначним ступенем РРК, 36 годин у хворих з помірним ступенем РРК і 8-10 годин у хворих з високим ступенем РРК виконується оперативне втручання після проведення передопераційної підготовки. У тих випадках, коли під час контрольно-лікувального ендоскопічного дослідження виявляється рецидив кровотечі, але відсутні явища геморагічного шоку, вважаємо показаним використання тієї ж тактики, що і у хворих з тривалою кровотечею. Якщо ж рецидив кровотечі супроводжується геморагічним шоком, починаємо екстрене оперативне втручання з проведенням інтенсивної коригуючої терапії на операційному столі. Ми вважаємо за необхідне оперувати тільки тих хворих, хто пе-

ренесе операцію з мінімальним ризиком післяопераційних ускладнень. Нераціонально і небезпечно оперувати хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком. Багаторічні спостереження переконливо свідчать, що поєднання міні-інвазивних ендохірургічних методів і раціональної медикаментозної терапії, спрямованої на відновлення адекватної макро- і мікроциркуляції, профілактику повторної кровотечі, противиражкових препаратів у даній категорії хворих і раціональніше і більш ефективніше.

Застосування описаного комплексу заходів дозволило значного знизити кількість РК із 19,90% у першій групі до 6,08% у другій, при цьому відзначається поліпшення і "якісних" показників РК. Клінічно значимі РК зустрічалися тільки в 1/3 хворих другої групи. Значно зменшилося число операцій, що виконувались за екстремними показаннями, з 19,85% до 6,08% з одночасним зниженням післяопераційної летальності з 24,38% до 6,15%. Відзначено істотне зниження показників загальної летальності з 6,88% до 4,61% і летальності без операції з 5,20% до 4,22%.

Висновки. Наведені дані переконливо свідчать про ефективність використання розробленої лікувальної тактики. Активне використання в клінічній практиці міні-інвазивних технологій щодо зупинки тривалої кровотечі ще до проведення інтенсивної медикаментозної терапії, дозволяє уникнути операцій відчаю у хворих з високим операційно-анестезіологічним ризиком. Використання ендохірургічних методів в процесі лікування (лікувальний ендоскопічний моніторинг) на тлі проведення медикаментозної терапії, дозволяє в значній мірі скоротити термін лікування хворих на ГВГДК, зменшити кількість та якість рецидивів кровотечі. Останнім часом оперативні втручання в клініці виконуються тільки в тих випадках, коли в цьому є безумовна необхідність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. – Киев: Здоровье, 2001. – 270 с.
2. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. – Л.: Медицина, 1974. – 240 с.
3. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Бахшалиев Б.Р., Попов Ю.П. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 1991. – № 9. – С. 55-60.
4. Петров В.П., Ерюхин И.А., Шемякин И.С. Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987. – 256 с.
5. Саенко В.Ф., Кондратенко П.Г., Семенюк Ю.С. и др. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. – Ровно, 1997. – 384 с.
6. Элин А.Ф. Хирургическое лечение больных с ненадежным гемостазом при острокровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. . . канд. мед. наук. -Харьков, 1997. – 23 с.

УДК 616.366-003.7-089.879

ЕКСТРАКОРПОРАЛЬНА УДАРНО-ХВИЛЬОВА ЛІТОТРИПСІЯ ВЕЛИКИХ КАМЕНІВ ХОЛЕДОХА

Ю.С. СЕМЕНЮК, С.В. ГЕРАСИМЧУК, В.Г. ГУШЕВАТИЙ, Ф.О. ГЕНЕРАЛЬЧУК,
В.Й. ШТРИМАЙТИС, О.М. ВІВСЯНИК

Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр ім. В. Поліщука,
Рівненська обласна клінічна лікарня

Extracorporeal percussive-wave lithotripsy of choledoch big concrements

YU.S. SEMENIUK, S.V. HERASYMCHUK, V.H. HUSHEVATY, F.O. HENERALCHUK,
V.Y. SHTRYMAYTIS, O.M. VIVSIANYK

Rivne Regional Clinical Medical Diagnostic Centre by V. Polishchuk
Rivne Regional Clinical Hospital

Вивчені результати лікування 26 пацієнтів з великими конкрементами жовчного протока (розмірами від 1,5 до 3-х см) віком від 42 до 90 років методом екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ) після проведення попередньої ендоскопічної папілосфінктеротомії і зовнішнього дренирування жовчного протока. Показано, що в комплексному лікуванні жовчнокам'яної хвороби ЕУХЛ є ефективним і малотравматичним методом, який не мав ускладнень навіть у пацієнтів з тяжкою супутньою патологією.

The results of treatment of 26 patients, aged from 42 to 90 years, with big concrements (size from 1,5 to 3 centimeters) of choledoch, examined by the method of extracorporeal percussive-wave lithotripsy after previous endoscopic papillosphincterotomy and external drainage of choledoch were studied. It was demonstrated, that in complex treatment of cholelithiasis the extracorporeal percussive-wave lithotripsy was effective and nontraumatic method, which had no complications even in patients with serious concomitant pathology.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Однією з найскладніших проблем хірургії жовчних шляхів є лікування холедохолітазу, частота якого при жовчнокам'яній хворобі складає, за даними різних авторів, від 10% до 35%. Методом вибору у лікуванні холедохолітазу є ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) з наступною тракцією конкрементів за допомогою спеціальних інструментів, або самостійним відходженням конкрементів у просвіт дванадцятипалої кишки. При неадекватності розміру папілотомного отвору розмірам виявленого конкремента (або конкрементів) іноді проводиться механічна літотрипсія м'яких конкрементів звичайним кошиком Дорміа. Для літотрипсії великих щільних конкрементів застосовують спеціальні механічні літотриптери (посилений кошик Дорміа), однак і цей метод має обмежені можливості. Великий конкремент не завжди вдається захопити кошиком і не завжди захоплений щільний конкремент руйнується на фрагменти, крім того, існує небезпека інструментального пошкодження жовчного протока. Все вищезгадане примушує шукати інші шляхи вирішення проблеми. Перспективним може

бути метод проведення екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії великих каменів жовчного протока після проведення попередньої ендоскопічної папілосфінктеротомії.

Матеріали і методи. В РОКЛДЦ ім. В. Поліщука з 1998 по 2004 рр. із застосуванням малоінвазивних оперативних методик проліковано 244 пацієнти з холедохолітазом. 218-ти з них проведена ЕПСТ з наступною екстракцією, або механічною літотрипсією і екстракцією фрагментів, досить часто спостерігалася самостійне відходження дрібних конкрементів та їх фрагментів у просвіт дванадцятипалої кишки після створення адекватного отвору термінального відділу жовчного протока.

У 26-ти пацієнтів віком від 42 до 90 років екстракція конкрементів через їх значні розміри (1,5-3 см в діаметрі) і, внаслідок цього велику вірогідність ускладнень, не проводилася. У 8 пацієнтів цієї групи були резидуальні камені після перенесеної холецистектомії, 3-є з них поступили невдовзі після лапаротомної холецистектомії із зовнішнім дренируванням жовчного протока. У 15 пацієнтів спостерігалася механічна

жовтяниця, з них у 3-х вона супроводжувалася гнійним холангітом.

Ішемічна хвороба серця спостерігалася у 8 пацієнтів, артеріальна гіпертензія – у 6, 4 пацієнти мали порушення серцевого ритму: з них 2 – екстрасистолію,

2 – нормосистолічну мерехтливу аритмію, тому традиційне хірургічне втручання шляхом лапаротомії мало високий операційний ризик.

Цю групу пацієнтів (26) ми лікували методом екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ).

ЕУХЛ проводили відразу, або на 2-3 добу (у хворих з тяжким загальним станом, обумовленим гнійним холангітом і вираженою механічною жовтяницею) після встановлення назобілярного зонда фірми Olympus в холедох вище конкремента. В більшості випадків конкремент визначався в ретродуоденальному і супрадуоденальному сегментах холедоха, у 2-х випадках в інтрапанкреатичному сегменті. Зонд забезпечував контрастування холедоха під час літотрипсії, а також пасаж жовчі назовні на етапі підготовки пацієнта до ЕУХЛ. При гнійних холангітах через зонд проводилося санування холедоха дезінфікуючими засобами, а при кровоточивості папілотомної рани – зрошення її 5% розчином амінокапронової кислоти.

В 3-х випадках ЕУХЛ проводилася з приводу резидуального холедохолітіазу після лапаротомної холецистектомії з зовнішнім дрениванням холедоха за Піковським.

Після звичайної передопераційної підготовки і премедикації в положенні пацієнта на животі під рентгенотелевізійним контролем при контрастуванні холедоха 30% розчином тріомбразу, проводилася літотрипсія на установці для літотрипсії Litostar Multiline фірми Siemens.

Одномоментне хвильове навантаження складало 4-5 тисяч імпульсів потужністю 4-6 ум. од.

Ефективність втручання визначали шляхом безпосереднього рентгеноконтролю.

В 17 випадках фрагментація конкрементів спостерігалася вже під час першого сеансу літотрипсії, в 6-х випадках потрібно 2 сеанси (в однієї пацієнтки

було 2 камені холедоха розмірами до 1,5 см кожний), в одному випадку 3 сеанси. У 4-х пацієнтів відходження зруйнованого конкремента у просвіт дванадцятипалої кишки спостерігалася безпосередньо під час проведення літотрипсії. У 14 пацієнтів фрагменти каменів відійшли самостійно на 2-4 добу, у 5-ти проводилася додаткова тракція залишкових фрагментів кошиком Дорміа.

У 3-х пацієнтів ЕУХЛ була неефективною навіть після 2-х сеансів. На нашу думку успішній літотрипсії завадили великі розміри і висока щільність конкрементів. Можливо ми поспішно відмовилися від подальших спроб, вони могли бути ефективними. Цим пацієнтам проведено лапаротомне втручання, при цьому у 2-х з них були виявлені нориці: в одного холедоходуоденальна, у другого холецистохоледохеальна.

Після сеансів ЕУХЛ проводився контроль аналізів крові (загальний аналіз, білірубін, трансамінази, амілаза). Погіршення контрольованих аналізів не відмічалася, навпаки, на фоні значного суб'єктивного покращення відмічалася поступова нормалізація аналізів. Ускладнень після ЕУХЛ ми не спостерігали, декілька пацієнтів відмічали помірні болі в ділянці печінки, які не завадили завершенню сеансів.

Результати досліджень та їх обговорення. Великі конкременти холедоха при жовчнокам'яній хворобі зустрічаються часто (за нашими даними, до 10% усіх випадків з холедохолітіазу).

Ефективність ЕУХЛ, за нашими спостереженнями, склала 89,5%, набутий досвід дозволяє вважати ЕУХЛ методом вибору у пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою, ускладненою холедохолітіазом з великими конкрементами і, часто, з тяжкою супутньою патологією. ЕУХЛ практично не має протипоказань і не супроводжується серйозними ускладненнями. Покращенню результатів ЕУХЛ сприяє проведення попередніх заходів з усунення явищ механічної жовтяниці і гнійного холангіту. Проведення три разових сеансів ЕУХЛ можливе і, як свідчить наш досвід, не супроводжується ускладненнями, а також жодним погіршенням контрольованих лабораторних показників.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балаликін А.С., Василенко Ю.В., Аваліані М.В., Онопрієв А.В. Современные принципы лечения холедохолитиаза // Оперативная эндоскопия пищеварительного тракта: Тезы Всесоюзной конференции (Москва). – М., 1989. – С. 59-60.
2. Брискин Б.С., Иванов А.Е., Ивлев В.П., Шимкевич В.В. Дис-

танционная литотрипсия в сочетании с эндоскопической папилотомией при холедохолитиазе // Вестник хирургии. – 1997. – № 1. – С. 40-45.

3. Бронштейн А.С., Ярыгин В.М., Арефьев А.Е. и др. Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия в комплексном ле-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

чении больных камнями желчного пузыря // Клиническая медицина. – 1991. – Т. 69, № 9. – С. 45-48.

4. Галлингер Ю. И., Хрусталева М. В. Эндоскопическое механическое разрушение конкрементов гепатикохоледоха // Анналы науч. центра хирургии. – 1993. – № 2. – С. 52-55

5. Гаркавенко В. А., Шипова Е. А., Капранов С. А. Эндоскопическая литотрипсия в комплексном лечении желчнокаменной болезни, осложненной механической желтухой // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Тезы VII Всерос. съезда хирургов, Ленинград. – 1989. – С. 174-175

6. Егиев В.Н., Валетов А.И., Рудакова М.Н., Семенов М.В. Но-

вые технологии в лечении холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т. 3; 1. – С. 64-87

7. Нечитайло М.Е., Литвиненко А.Е., Дьяченко В.В. Современные подходы к лечению холедохолитиаза // Клиническая хирургия. – 1997. – № 4. – С. 120-128

8. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М. Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: "Здоров'я", 1993. – 512 с.

9. 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.

УДК 618.1-002.5-07

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО УРАЖЕННЯ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

С.П. ПОЛЬОВА

Буковинський державний медичний університет

Modern approaches to early diagnostics of tuberculous affection of the female genital organs

S.P. POLIOVA

Bucovynian State Medical University

У статті проведено аналіз обстеження жінок репродуктивного віку із запальними захворюваннями статевих органів, серед яких вагома частка туберкульозного ураження геніталій. Показана діагностична цінність комплексного застосування лапароскопії, швидких тестів на туберкульоз, хламідії, ВІЛ-інфекцію та дослідження біопсійного матеріалу з метою ранньої диференційної діагностики туберкульозного ураження жіночих статевих органів.

The paper deals with the analysis of examining women of reproductive age with inflammatory diseases of genital organs among which, a considerable share belonging to tuberculous affection of the genital. The author has underlined the diagnostic value of a complex use of laparoscopy, quick test for tuberculosis, chlamydia, HIV-infection and a morphological investigation of the biopsy material for the purpose of early differential diagnosis of tuberculous affection of the female genital organs.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. У сучасних умовах вкрай несприятливої епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні зростає захворюваність населення на генералізовані форми специфічного ураження [1,5,8]. Це призвело до росту питомої ваги позалегенових локалізацій туберкульозу серед вперше виявлених пацієнток. Вагома частка позалегенового туберкульозу, зокрема генітального, невпинно зростає і призводить до порушення репродуктивної функції: первинне безпліддя при цьому виникає у 82,2% випадків, а вторинне – у 17,8% [2,3,6,10]. Своєчасно проведене комбіноване проти туберкульозне та хірургічне лікування дуже рідко дає позитивні результати відновлення репродуктивної функції, а вагітність не завжди завершується народженням живої і здорової дитини [12,13,14].

Абсолютною ознакою туберкульозу жіночих статевих органів є виявлення мікобактерії туберкульозу (МБТ) в уражених органах і тканинах. Проте виявити МБТ дуже складно. Для цього слід збільшувати кількість засівів, проводити їх після провокаційної проби, відсоток позитивних результатів залишається низьким, тому туберкульоз геніталій виявляється у віддаленому періоді гістологічними методами.

Впровадження лапароскопії в гінекологічну практику дало можливість проводити на якісно новому рівні ранню діагностику туберкульозу жіночих ста-

тевих органів з класичною чи атиповою його клінічною картиною з подальшим імунологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біопсійного матеріалу [4,7,9,11].

Мета дослідження. Обґрунтувати ендоскопічні критерії діагностики генітального туберкульозу для раннього його виявлення та вибору подальшої діагностично-лікувальної тактики.

Матеріал і методи. Проведено ретроспективний аналіз 87 історій хвороб пацієнток фертильного віку, які знаходилися на лікуванні з приводу безпліддя та хронічних запальних захворювань жіночих статевих органів. Використані анамнестичні дані, загальноклінічні методи обстеження, рентгенологічні, мікробіологічні, гістологічні, швидкі тести на виявлення туберкульозу, хламідій, ВІЛ-інфекції, метод полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), ультразвукове дослідження та обладнання з інструментарієм для лапароскопії.

Результати дослідження та їх обговорення. Проведено аналіз 87 діагностичних лапароскопій у пацієнток із безпліддям невстановленого походження. Серед них вагому частку зайняли жінки з безпліддям трубного генезу – 56 (64,4%), зовнішнім ендометріозом внутрішніх статевих органів – 23 (26,4%), аномалії розвитку матки виявлено у 6 (1,1%) жінок, кісти яєчників – у 2 (2,2%).

У 21 (37,5%) пацієнтки з безпліддям трубного гензу виявили двобічний сальпінгіт туберкульозної етіології, 2 випадки туберкульозного перитоніту з асцитом та 1 туберкульозний сальпінгоофорит із спайковим процесом II-IV ступенів в малому тазу. Під час лапароскопії проводили тест-діагностику серозного ексудату з черевної порожнини на туберкульоз, за наявності вираженого спайкового процесу – на хламідіоз та ВІЛ-інфекцію. Позитивні швидкі тести на туберкульоз виявлено у 17 (30,3%) пацієнток. У 3 (5,4%) жінок туберкульозне ураження маткових труб виявлено методом ПЛР за наявності негативного тесту на туберкульоз. У 6 (10,7%) хворих туберкульозне ураження маткових труб діагностовано на фоні хронічних неспецифічних захворювань геніталій зі стертою клінічною картиною та атиповим перебігом, туберкульозна етіологія захворювання виявлена морфологічним методом діагностики.

У двох жінок з туберкульозним перитонітом, асцитом та туберкульозом жіночих статевих органів тест на туберкульоз виявився позитивним до оперативного втручання шляхом дослідження цільної крові. У цих пацієнток мав місце специфічний анамнез, класичний перебіг туберкульозу геніталій, який виявлено лапароскопічно: туберкульозні горбикові висипання білуватого кольору на матці, трубах, яєчниках, очеревині, виражені гідросальпінкси з сероз-

ними і фібринозними нашаруваннями. В одному випадку спайковий процес I-II ступенів, в другому – III-IV ступенів, в черевній порожнині виявлено від 300 до 500 мл серозного вмісту, який взято біопсійною голкою для дослідження.

Туберкульоз геніталій у поєднанні з хламідійною інфекцією виявлено у 11 пацієнток, з іншими неспецифічними захворюваннями – у 16, ВІЛ-інфекція не діагностована в жодному випадку. У 3 із обстежених жінок проведена повторна лапароскопія через 6 і 8 місяців з метою контролю за ефективністю протитуберкульозного лікування.

Висновки. 1. Діагностика безпліддя, викликаного туберкульозним ураженням, є затрудненою за відсутності специфічного анамнезу, при атиповому перебігу захворювання та поєднанні його з неспецифічними гінекологічними захворюваннями.

2. Діагностична лапароскопія в комплексному дослідженні зі швидкими тестами та ПЛР є ефективним методом ранньої діагностики туберкульозного ураження маткових труб.

3. Швидкі тести на туберкульоз та інші інфекційні захворювання можна використовувати як для поодиноких досліджень, так і в широкому загалі під час лапароскопічних втручань з метою їх диференційної діагностики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Абдоминальний туберкульоз: можливості діагностики / Зінчук О.М., Адамович О.П., Грицько Р.Ю. та ін. // Практична медицина. – 2003. – Т. IX, №5. – С. 130-132.
2. Гаїдаш І.С., Флегонтова В.В., Вітришак С.В., Флегонтова А.В. Склад умовно-патогенних бактерій – збудників гнійно-запальних захворювань жіночих статевих органів та їхній вплив на апоптоз моноцитів і нейтрофілів // Вісник асоціації акушерів-гінекологів України. – 2000. – № 4(9). – С. 33-37.
3. Жученко О.Г., Радзинський В.Е. Репродуктивне здоров'я жінки з легочним і урогенітальним туберкульозом // Проблеми туберкульозу та захворювань легких. – 2004. – № 7. – С. 58-62.
4. Жученко О.Г., Степанова Т.В., Гулуга І.Р. Генітальний туберкульоз і його хірургічне лікування // Проблеми туберкульозу. – 2001. – №9. – С. 53-56.
5. Колачевская Е.Н. Клинические формы туберкулеза внутренних гениталий у женщин и принципы их диспансерного наблюдения // Проблеми туберкульозу. – 1991. – № 3. – С. 52-54.
6. Колачевская Е.Н. Принципы дифференциальной диагностики туберкулеза женских половых органов // Проблеми туберкульозу. – 1998. – №5. – С. 15-18.
7. Кочетков Е.А., Колачевская Е.Н. Значение лапароскопии в диагностике туберкулеза женских половых органов и туберкулеза мезаденита // Проблеми туберкульозу. – 1988. – №4. –

- С. 46-49.
8. Олейник А.Н., Баринов В.С. Активный туберкулез женских половых органов с вовлечением в процесс брюшины гениталий // Проблеми туберкульозу та захворювань легких. – 2003. – №10. – С. 42-43.
9. Особенности хирургии туберкулеза женских гениталий / Семеновский А.В., Туманов И.П., Кутлинская Л.П. и др. – Проблеми туберкульозу. – 2001. – №9. – С. 51-53.
10. Польова С.П. Репродуктивне здоров'я жінок, хворих на туберкульоз // Матеріали VIII Міжнародної науково-практичної конференції "Наука і освіта 2005". – С. 16-17.
11. Польова С.П. Роль лапароскопії у діагностиці та лікуванні хронічних запальних захворювань геніталій // Шпитальна хірургія. – 2003. – №2. – С. 98-99.
12. Сахелашвілі М.І., Луцишин Т.В. Поєднання клінічних форм легеневого та позалегового туберкульозу // На допомогу практичному лікарю. – 2004. – № 1. – С. 58-60.
13. Семеновский А.В., Ариэль Б.М., Попова С.С. Клинико-морфологические проявления туберкулеза гениталий у женщин // Арх. патології. – 1998. – № 2. – С. 39-42.
14. Федун З.В., Калашникова В.Г., Гнатко Е.П. Туберкулез половых органов женщин // Новости медицины и фармации в Украине. – 2005. – №3(163). – С. 15-18.

УДК 616.3+616:576.8+616-089+617.5.

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ

С.Г. ЧЕТВЕРІКОВ, В.Ю. ВОДОДЮК

Клініка Одеського державного медичного університету,
Одеська обласна клінічна лікарня

Prevention of complications at laparoscopic treatment of hepatic echinococcosis

S.H. CHETVERIKOV, V.YU. VODODIUK

Clinics of Odessa State Medical University
Odessa State Clinical Hospital

Проаналізовано результати лікування 217 пацієнтів, хворих на ехінококоз печінки. 43 хворим виконано лапароскопічну ехінококектомію. Інтраопераційні ускладнення спостерігалися нами у 9 пацієнтів (17,0%). Всі вони були усунені з лапароскопічного доступу. Післяопераційні ускладнення (нагноєння залишкової порожнини) діагностовано у 3 хворих (5,7%). Більшість випадків ускладнень можна попередити ретельним відбором пацієнтів до лапароскопічного оперативного втручання та чітким виконанням всіх його етапів. Випадки нагноєння залишкової порожнини після ехінококектомії можна успішно лікувати пункційним дренажуванням залишкової порожнини під контролем УЗД.

Results of examination and treatment of 217 patients with liver echinococcosis are analyzed. 43 patients were operated by laparoscopic technique. Intraoperative complications were observed in 9 patients (17,0 %). All of these complications were treated laparoscopically. Postoperative complications (pyeosis of residual cavity) were revealed in 3 (5,7 %) patients. Most of the cases of complications can be prevented if the proper operation is implemented. The cases of pyeosis of the residual cavity can be successfully treated by percutaneous puncture method under ultrasound control.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Лікування ехінококозу печінки є остаточно невирішеною проблемою сучасної хірургії. Це захворювання дуже поширене на території півдня України, особливо в Одеській області. Щорічно нами виявляється від 100 до 130 нових випадків захворювання на ехінококоз. Близько 70% хворих на ехінококоз мають печінкову локалізацію паразита. Єдиним ефективним методом лікування ехінококозу печінки до цього часу є оперативний.

Розроблено багато різноманітних методик лікування ехінококозу печінки: відкриті, напівзакриті та закриті ехінококектомії, які виконуються як із лапаротомного доступу, так і з лапароскопічного доступу. Але при всіх зазначених видах оперативних втручань досить часто спостерігаються різноманітні ускладнення у вигляді кровотеч, жовчовитікання із залишкової порожнини, її нагноєння із формуванням печінкових або навколопечінкових абсцесів, які трапляються, за даними різних авторів, в 10-30% [1, 2]. Ці ускладнення значно погіршують перебіг післяопераційного періоду, збільшують тривалість лікування та матеріальні витрати, часто призводять до інвалідизації

хворих та, у деяких випадках, можуть стати причиною смерті [3, 4].

Якщо при виконанні традиційних лапаротомних оперативних втручань при ехінококозі основні заходи щодо профілактики виникнення ускладнень розроблені і вони є досить ефективними, то при лапароскопічних операціях ця проблема залишається невирішеною.

Вирішенням цієї проблеми займаються фахівці у центрі абдомінальної ендоскопічної хірургії МОЗ Російської федерації (Москва), науковому центрі хірургії ім.академіка Вахідова МОЗ Республіки Узбекистан, Азербайжанському медичному університеті ім.Н.Нариманова, Московській медичній академії ім.І.М.Сеченова.

Ціль роботи: розробити принципи попередження розвитку інтраопераційних та післяопераційних ускладнень при лапароскопічному лікуванні ехінококозу печінки.

Матеріали та методи. Із 1998 року по теперішній час у регіональному центрі хірургічної паразитології прооперовано 217 хворих на ехінококоз печінки. По-

еднане ураження печінки і легень було у 22 хворих (10,1%), дисемінований ехінококоз печінки і черевної порожнини – у 11 хворих (5,1%).

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

Всім хворим виконували загальноклінічні обстеження, рентгенографію органів грудної клітки, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, 28 хворим – комп'ютерну томографію органів черевної порожнини. При виконанні оперативних втручань для гістологічного дослідження бралися ділянки стінки паразитарної кісти.

У 53 хворих (24,4%) виконані лапароскопічні ехінококектомії, у 94 (43,3%) – пункційне лікування паразитарних кіст та у 70 (32,3%) – традиційні лапаротомні ехінококектомії. Показаннями до лапароскопічної ехінококектомії служили поверхнево розташовані паразитарні кісти по вісцеральній або діафрагмальній поверхні печінки, кісти лівої частки печінки. Пункційне лікування паразитарних кіст виконувалось при їх внутрішньопаренхімному розташуванні переважно у I, VII, VIII сегментах, діаметрі до 5 см та при рецидивному ехінококозі печінки. В інших випадках ми використовували традиційні лапаротомні методики ехінококектомії печінки.

Результати та їх обговорення. Серед інтраопераційних ускладнень при виконанні лапароскопічної ехінококектомії нами діагностовано наступні: підтікання ехінококової рідини та хітинових оболонок в вільну черевну порожнину в 5 випадках (9,4%), кровотеча з печінкової паренхіми після розтину стінки кісти – в 3 випадках (5,7%), наявність широкої біліарної фістули після видалення вмісту кісти – в 1 випадку (1,9%).

Найбільш серйозним інтраопераційним ускладненням при виконанні лапароскопічної ехінококектомії, на нашу думку, є підтікання вмісту паразитарної кісти в вільну черевну порожнину. При наявності в ньому життєздатних ехінококових сколексів це може стати причиною післяопераційних рецидивів. Найбільші проблеми виникають при оперативному лікуванні старих, мультикестулярних кіст із густим вмістом та ускладнених нагноєнням паразитарних кіст. Для попередження цього ускладнення в усіх випадках ми використовуємо попередню пункцію кісти товстою голкою на електровідсмоктувачі із повною аспірацією рідкого вмісту кісти, та,

не змінюючи положенні голки, наступну обробку вмісту кісти 1% розчином бетадіну з експозицією 5 хвилин. Наступна аспірація рідкого вмісту кісти дозволяє зменшити тиск у її середині, розкрити стінку кісти електроножицями у найвищому місці, що попереджує підтікання вмісту кісти у черевну порожнину.

Наступним прийомом, який попереджає дисемінацію ехінококових елементів є видалення вмісту кісти, у тому числі – хітинових оболонок товстим (10 – 12 мм у діаметрі) електровідсмоктувачем. При створенні негативного тиску у системі до 1 атмосфери настає фрагментація хітинових оболонок та їх повне видалення без дисемінації. Торезь відсмоктувача ми зробили скошеним під кутом 30° . Це дозволяє збільшити площу отвору та підвищити ефективність роботи відсмоктувача.

Важливим фактором попередження підтікання вмісту паразитарної кісти в черевну порожнину є правильний вибір розташування троакара, через який вводиться електровідсмоктувач, та проводиться дренирування залишкової порожнини. Він повинен бути розташований в максимальній близькості від кісти. У деяких випадках (при розташуванні кісти по діафрагмальній поверхні печінки) ми виконували мобілізацію печінки з перетинанням серпоподібної та круглої зв'язки. Це дозволило зробити пункцію кісти та видалити її вміст електровідсмоктувачем під більш зручним кутом.

Кровотеча при розтині стінки паразитарної кісти спостерігається практично в усіх випадках, але її припинити досить легко з використанням біполярної електрокоагуляції або монополярної коагуляції із використанням змоченого фізіологічним розчином мерлевого тупфера. Через високий ризик виникнення масивної кровотечі ми утримуємось від розширеного висічення стінок паразитарної кісти із прилеглою до них печінковою паренхімою, особливо у проекції великих венозних судин.

Виникнення жовчних норичь, які відкриваються в залишкову порожнину після виконання ехінококектомії, є досить поширеним ускладненням, яке при невеликих розмірах фістули та відсутності біліарної гіпертензії не потребує ніякої додаткової корекції, окрім адекватного дренирування залишкової порожнини. В одному випадку при наявності великої фістули ми були вимушені виконати зовнішнє дренирування загальної жовчної протоки за Кером, після чого на стало видужання.

Серед післяопераційних ускладнень на першому місці за частотою знаходяться гнійно-септичні ускладнення, насамперед – нагноєння залишкової порожнини, яке спостерігалось після лапароскопічної ехінококектомії у 3 хворих (5,7%), після лапаротомних

оперативних втручань – у 9 (12,9%), пункційного дренивання ехінококових кіст – у 14 (14,9%).

На частоту виникнення нагноєння залишкової порожнини впливають ряд факторів: стадія життєдіяльності паразита, наявність нагноєння або інфікування кісти в доопераційному періоді, наявність цистобілярних норичь, спосіб обробки стінок залишкової порожнини та спосіб її закриття або дренивання. Найчастіше нагноєння залишкової порожнини спостерігається при старих, великих за розмірами мультивезикулярних паразитарних кістах з загиблим паразитом, товстою та ригідною фіброзною капсулою. Вірогідність нагноєння залишкової порожнини підвищується при наявності цистобілярних норичь, особливо при неадекватному дрениванні або спробах закриття залишкової порожнини методом капітонажу чи інвагінації. Так, із 12 хворих, у яких було діагностовано нагноєння залишкової порожнини після оперативного втручання, 10 (83%) можна віднести до цієї групи.

Важливим фактором попередження нагноєння залишкової порожнини після ехінококектомії є ефективна бактерицидна обробка стінок залишкової порожнини. З цією метою протягом останніх 2 років ми використовуємо 1% розчин повідон-йодиду (бетадину), яким виконуємо знезараження вмісту кісти та обробку стінок залишкової порожнини після видалення вмісту кісти двічі з експозицією 5 хвилин. Ця методика обробки більш ефективна та безпечна, ніж використання розчинів формаліну, хлоргексидину, йоду, перекису водню.

До нагноєння залишкової порожнини у значній частині пацієнтів призводить неповне видалення хітинових оболонок паразита, які порушують нормальну роботу дренажу. Тому обов'язковим є ретельний контроль за повнотою видалення усіх фрагментів хітинових оболонок та цілих дрібних міхурів.

Важливим фактором попередження нагноєння залишкових порожнин є ефективне та достатнє за тривалістю їх зовнішнє дренивання. Ми використовуємо дренивання поліхлорвініловими дренажами залежно від розмірів залишкової порожнини діамет-

ром 4-10 мм з 3-8 отворами на робочому кінці. Більш ефективно працюють дренажі із зігнутим робочим кінцем за типом "pig-tail". Тривалість дренивання залишкової порожнини вибирається індивідуально, залежно від її розмірів, стану життєдіяльності паразита, наявності ускладнень, ультрасонографічної динаміки зменшення розмірів залишкової порожнини. Тривалість дренивання складала у середньому $21,5 \pm 3,8$ доби (від 7 до 43 діб). Важливою є санація залишкової порожнини 1% розчином бетадину з 3-4 доби післяопераційного періоду і до видалення дренажу.

Лапароскопічне видалення ехінококових кіст печінки вдалося у всіх 53 пацієнтів. Середня тривалість операції була $41,1 \pm 7,4$ хвилини (від 25 до 120 хвилин). У жодному випадку ми не перейшли до лапаротомії. Середня тривалість перебування в стаціонарі складала $3,5 \pm 1,2$ доби (від 2 до 9 діб). Летальність була нульовою. Всім пацієнтам з 2 доби післяопераційного періоду для профілактики рецидивів ми призначали альбендазол по 10 мг/кг маси тіла на добу протягом 4 тижнів. Пацієнтів спостерігали протягом 4-36 місяців після операції (у середньому, 18 місяців). Рецидив ехінококозу печінки діагностовано у 14 хворих (6,5%): у одного хворого після лапароскопічної ехінококектомії (1,9%), у 4 – після лапаротомної (5,7%) та у 9 хворих (9,6%) після пункційного лікування.

Висновки. Виникнення ускладнень при виконанні лапароскопічної ехінококектомії можна попередити ретельним відбором пацієнтів для виконання цього оперативного втручання та чітким виконанням всіх етапів оперативного втручання. Ефективна бактерицидна та сколексоцидна обробка стінок залишкової порожнини із використанням 1% розчину бетадину за умов повноцінного зовнішнього дренивання дозволяє попередити виникнення нагноєння та інших гнійно-септичних ускладнень. При нагноєнні залишкової порожнини після ехінококектомії ефективним є пункційне дренивання порожнини абсцесу під контролем УЗД з наступною санацією порожнини 1% розчином бетадину.

ЛІТЕРАТУРА

1. Лапароскопическая эхинококкэктомия печени / Хамидов А.И., Меджидов Р.Т., Хамидов М.А. и др. // Эндоскопическая хирургия. – 1998. – №1. – С.16.
2. Магомедов А.З., Османов А. О., Тимошин А. Д. Хирургия осложненного эхинококкоза печени. – Махачкала, 1997. – 126 с.
3. Ордабеков С.О. Послеоперационные осложнения при хирургическом лечении эхинококкоза печени и их профилактика // Хирургия Казахстана. – 1995. – № 3-4. – С. 38-42.
4. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts / R. Seven, E. Berber, S. Mercan et al. // Surgery. – 2000. – №1, Vol. 128. – P. 36-40.

УДК 616.37-022-036.11

ЗАСТОСУВАННЯ РЕНТГЕНЕНДОВАСКУЛЯРНОЇ МЕТОДИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

ДЕМИДОВ В.М., ТОРБИНСЬКИЙ А.М., ДЕМИДОВ С.М., ГНАТЕНКО В.М.

Одеський державний медичний університет

Using method of roentgenendovascular surgery in treatment of acute pancreatitis

V.M. DEMYDOV, A.M. TORBYNSKY, S.M. DEMYDOV, V.M. HNATENKO

Odessa State Medical University

Наведені клінічні спостереження застосування рентгеноендоваскулярної хірургії в лікуванні гострого панкреатиту. При внутрішньоартеріальному введенні контрастних речовин було виявлено гостре ураження паренхіми підшлункової залози. При лікуванні гострого панкреатиту у 12 хворих із 32 застосовували внутрішньоартеріальне введення сандостатину, що дозволило корегувати виявлені порушення та зменшити термін перебування хворих в стаціонарі та запобігти розвитку рецидиву захворювання. Автори роблять висновок про клінічну доцільність внутрішньоартеріального введення сандостатину при лікуванні гострого панкреатиту.

The data of own clinical observation, dedicated to roentgenendovascular surgery method using in the treatment of acute pancreatitis are adduced. Acute pancreatic gland failure was diagnosed through intraarterial administration of contrast compounds. Sandostatin was administered intraarterially in 12 patients out of 32 that resulted in optimal treatment of the clinical disturbances, restriction the time of disease origination. Authors concluded about the clinical advantages of sandostatin intraarterial administration throughout the treatment the patients with acute pancreatitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Актуальність розробки та впровадження в повсякденну практику клінічних закладів нових методологічних заходів лікування хворих із гострими запальними захворюваннями паренхіми підшлункової залози (ПЗ) обумовлена неухильним зростанням кількості хворих із гострими панкреатитами (ГП) – приблизно від 200 до 800 пацієнтів у розрахунку на 1 млн населення [1-4]. На жаль, ГП у загальній структурі захворюваності стабільно утримує третє місце після гострого апендициту та гострого холециститу [2, 5], а темпи зростання захворюваності на ГП займають перше місце серед аналогічних показників у решті гострих захворювань органів черевної порожнини, тенденції щодо зменшення або стабілізації кількості хворих на ГП не спостерігається [1, 3, 4, 6]. Метою даного дослідження була розробка нових методик діагностики та лікування гострого панкреатиту.

Матеріали та методи. У відділеннях хірургії МКЛ №10 і №2 м. Одеси під нашим наглядом проходили обстеження та наступне лікування 32 пацієнти із ГП, серед яких було 20 чоловіків та 12 жінок віком від 26 до 58 років. Хворим проводили ретельне фізи-

кальне дослідження. Остаточний діагноз ГП встановлювали після комплексного клініко-лабораторного обстеження хворих, аналізу даних ультразвукового дослідження (УЗД) та комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини, оглядової рентгенограми панкреатичної ділянки, показників біохімічного та загальноклінічного дослідження крові. Загальноприйнятими засобами в сироватці крові хворих визначали активність ферментів ПЗ (амілази, ліпази, трипсину та інгібітора трипсину), а також показники загальнотоксичних тестів (лейкоцитарний індекс інтоксикації – ЛІІ, гематологічний показник інтоксикації – ГПІ, концентрація молекул середньої маси – МСМ) та концентрацію С-реактивного білка (СРБ).

З метою вдосконалення діагностики ГП, ми застосовували рентгеноендоваскулярний (РЕВ) метод. Для діагностики та внутрішньоартеріального введення препаратів застосовували прилади "Simens", "Tridoros" (доза опромінення становила 65-90 мкВт, MAS – 100 мА/с, термін загальної експозиції – 10-15 хв, термін експозиції на один знімок – 0,5 с).

Під місцевою анестезією шляхом пункції стегнової артерії за Сельдінгером суперселективно за допомогою катетера типу "кобра" або "гачок" контрастну речовину вводили в черевний стовбур. Оп-

інку діагностичних критеріїв при застосуванні методу РЕВХ ми навели детально в попередніх роботах [7, 8].

Сутність РЕВ лікування хворих на ГП полягала в тому, що крізь внутрішньоартеріально локалізований катетер безпосередньо до ураженої ділянки ПЗ за допомогою автоматичного шприца "інфузомат" вводили сандостатин. Таким чином, ми мали можливість підведення лікарських препаратів безпосередньо до паренхіми ПЗ по артеріальних судинах.

Хворі на ГП були поділені на дві групи. Пацієнтам першої групи (20 осіб) ми застосовували звичайну загальноприйнятну тактику консервативного лікування ГП шляхом внутрішньовенного введення цитостатичних (5-фторурацил, фторафур), антибактеріальних (антибіотики широкого спектра дії), дезагрегантних (фраксипарин) та антиферментних (контрикал, тзалол, трасилол, пантрипін) препаратів. Пацієнтам другої групи (12 осіб) додатково до загальноприйнятого лікування внутрішньоартеріально вводили сандостатин (0,1 мг).

Результати дослідження та їх обговорення. Перебіг ГП характеризувався вираженим больовим синдромом, явищами ендогенної інтоксикації з порушенням функції органів життєзабезпечення (лихоманка, гіпертермія, тахікардія, гіпотонія, в частини хворих спостерігався інтоксикаційний делірій). Спостерігалось значне порушення екзокринної функції ПЗ (гіперамілаземія, гіперліпаземія, гіпертрипсинемія з одночасним зниженням активності інгібітора трипсину). Лабораторно рівень інтоксикаційного синдрому реєстрували значним підвищенням ЛПІ, ГПІ, МСМ, зростанням рівня СРБ.

Під впливом традиційної базової терапії у пацієнтів першої групи інтенсивність больового синдрому зменшувалася вже впродовж перших двох діб. В більшості пацієнтів (18 із 20) до 10 доби больовий синдром був майже ліквідований. У 4 пацієнтів першої групи застосована базова терапія була не ефективною. При цьому їх загальне становище погіршилося: інтенсивність больового синдрому не змінилася, температура тіла досягла 39,0-39,5°C, наявною була ригідність м'язів передньої черевної стінки, поява інфільтрату в надчеревній ділянці, парез кишечника. Цим хворим було проведено оперативне лікування (секвестрэктомія, програмовані лапаротомії з проточним промиванням розчинами антибіотиків, цитостатиків, інгібіторів протеолізу та секреції).

У 10 з 12 пацієнтів другої групи із внутрішньоартеріальним введенням сандостатину больовий синдром затихав на 5-у, у решти пацієнтів – на 6-у добу. Рівень інтоксикації також зменшувався значно швид-

ше, і вже при виписуванні рівень токсичних тестів приходив до норми. На відміну від цього, у пацієнтів 1-ї групи навіть при виписуванні спостерігався високий рівень ЛПІ та СРБ.

УЗД всіх пацієнтів реєструвало гіперехогенність та неоднорідність структури ПЗ, ознаки набряку, у 10 пацієнтів першої групи спостерігали наявність помірної кількості рідини в сальниковій сумці. У всіх пацієнтів другої групи під впливом базової терапії в сукупності з внутрішньоартеріальними введеннями сандостатину до ПЗ відмічалася практично повна нормалізація УЗД-картини при виписуванні. На відміну від цього, в 7 пацієнтів першої і групи навіть при виписуванні спостерігали осередкову гіперехогенність та неоднорідність структури ПЗ.

Застосування базової терапії впродовж 7 діб сприяло суттєвому зменшенню активності амілази, ліпази та трипсину і зростанню активності інгібітора трипсину. Нормалізація екзокринної секреції ПЗ у пацієнтів першої групи йшла повільно, у деяких пацієнтів навіть при виписуванні спостерігалась ферментативна диспропорція (при нормалізації активності амілази зберігався високий рівень ліпази). В осіб другої групи активність панкреатичних ферментів нормалізувалася значно раніше, на 6-9 доби лікування.

Наведемо клінічний приклад. Хворий М, 48 років, звернувся до клініки зі скаргами на нудоту, загальну слабкість, що з'явилися після попереднього психоемоційного стресу, порушень у дієті. Об'єктивно: стан хворого задовільний, язик вологий, живіт м'який, напружений, болісний при пальпації. При лабораторному дослідженні крові: лейкоцити до 10,1 Г/л, амілаза крові – 45,5 г/ч.л. Було запідозрено наявність у хворого запалення ПЗ. Хворого госпіталізовано, призначено патогенетичну медикаментозну терапію. При ангиографії виявлено розширені а. lienalis та а. hepatica communis, відсутність візуалізації а. gastrica sinistra. На цій підставі було діагностовано гострий панкреатит з переважною локалізацією патологічного процесу в тілі ПЗ, що потім було підтверджено УЗД та КТ. З першої доби перебування хворого в стаціонарі йому внутрішньоартеріально було введено сандостатин. На контрастній рентгенограмі хворого Ч. на другу добу після внутрішньоартеріального введення сандостатину (катетер підведений до черевного стовбура) чітко візуалізується а. gastrica sinistra та розширена а. hepatica communis, що свідчить про відновлення кровопостачання до ураженої ділянки ПЗ та практично повне усунення ішемії паренхіми ПЗ, що й було причиною початку захворювання. Хворий виписаний на 6 добу у задовільному стані. При контрольному обстеженні через місяць рецидиву захворювання не виявлено.

Отже, дані наших клінічних спостережень свідчать про високу ефективність застосування внутрішньоартеріального введення фармакологічних препаратів при лікуванні хворих на ГП. Перевага РЕВ-методики полягає в тому, що надається принципова можливість суттєвого підвищення ефективності лікування, оскільки препарат при його внутрішньоартеріальному введенні надходить безпосередньо до ділянки ураження ПЗ.

Висновки. 1. Перевага РЕВ-методики лікування гострого панкреатиту перед іншими методами консервативної терапії полягає в більш ефективному та швидшому усуненні больового синдрому, нормалізації екзокринної функції показників загальнотоксичних тестів та даних УЗД тканини підшлункової залози.

2. Застосування цієї методики дозволяє досягти в більшості випадків стійкого терапевтичного ефекту, зменшує розвиток ускладнень гострого панкреатиту.

ЛІТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Рухляда Н.В., Толстой А.Д., Гольцов В.Р. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания. – СПб., 2002. – 22 с.
2. Верхулецкий И.Е., Григорян А.И., Верхулецкий Е.И. и др. Дискуссионные аспекты хирургической тактики при деструктивном панкреатите // Хирургия Украины. – 2005. – №3 (15). – С. 2-4.
3. Тамм Т.І. Гострий панкреатит. Діагностика і тактика хірургічного лікування // Хирургія України. – 2005. – №3 (15). – С.15-16.
4. Фильмонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Острый панкреатит. Пособие для врачей. – М., 2000. – 59 с.
5. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. – С.Пб, 1994. – 416 с.
6. Мамакеев М.М., Супуев А.А., Иманов Б.М. Хирургическое лечение обширного панкреонекроза // Хирургия. – 1988. – №7. – С.31-33.
7. Демидов В.М., Торбинський А.М., Демидов С.М., Гнатенко В.М. Нові комплексні діагностичні заходи у хворих на гострий панкреатит // Львівський медичний часопис. – 2005. – Т.11, №11. – С.46-48.
8. Демидов В.М., Нікішин Л.Ф., Торбинський А.М., Демидов С.М., Гнатенко В.М. Нова методика діагностики гострого панкреатиту із застосуванням рентгеноваскуляторної хірургії // Харківська хірургічна школа. – 2005. – №2.1 (17). – С.50-52.

УДК 616.089.81

СПОСІБ ОБТУРАЦІЇ ЯТРОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО ОТВОРУ ЖОВЧНОГО МІХУРА ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ

Ю.С. СЕМЕНЮК, В.А. ФЕДУРУК

Рівненська обласна клінічна лікарня

The way of obturation of iatrogenic perforative aperture of bile cyst during laparoscopic cholecystectomy

YU.S. SEMENIUK, V.A. FEDORUK

Rivne Regional Clinical Hospital

Одним із ускладнень лапароскопічної холецистектомії є випадання конкрементів з жовчного міхура крізь ятрогенний перфоративний отвір. Пропонуємо спосіб ліквідації цього ускладнення шляхом обтурації проривного отвору поролоновою пробкою.

Суть способу полягає у заведенні поролонової пробки в перфоративний отвір поступально-обертальним рухом за допомогою провідника.

Для здійснення способу використовується поролонова пробка 1 циліндричної форми з площею поперечного розрізу більшою від площі перфоративного отвору та одна з основ якої завершується півсферою 2, зодягнена по поздовжній осі основою, протилежною півсфері на робочу частину 3 провідника 4 (рис.1), виконану у вигляді коротшої та вужчої за пробку пластинки (рис.2). Таке виконання робочої частини провідника запобігає його повертанню в

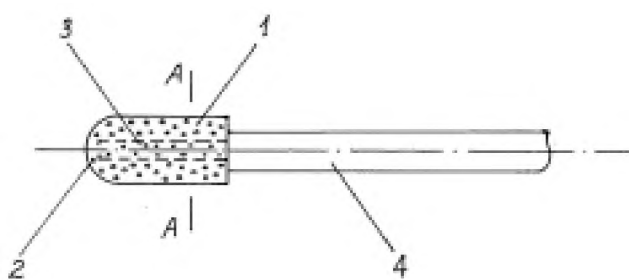


Рис.1. Загальний вигляд поролонової пробки та провідника.

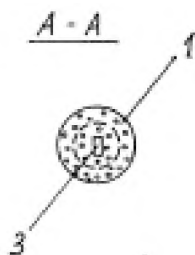


Рис.2. Розріз А-А на рис.1.

пробці, а також деформації пробки відносно та поздовж її осі, поряд з тим, не виключає можливості деформації пробки навколо своєї осі.

Спосіб здійснюють таким чином. Провідник з пробкою заводять в черевну порожнину через лапароскопічну канюлю. Пробку та перфоративний отвір співставляють так, щоб їх центри співпали (рис.3). Просуваючи провідник з пробкою в напрямку порожнини жовчного міхура, одночасно обертають його навколо своєї осі. Завдяки щільному контакту дистальної частини пробки з краями перфоративного отвору та внаслідок обертання робочої частини провідника навколо своєї осі – відбувається деформація пробки навколо власної осі, що приводить до зменшення її діаметру. Це сприяє легкому проходженню пробки через перфоративний отвір (рис. 4). Після проникнення в порожнину жовчного міхура дистального кінця пробки, останній під дією сил пружності розправляється – завдяки чому пробка самостійно фіксується в просвіті перфоративного отвору (рис.5).

Таким чином, даний спосіб може бути ефективно використаний для ліквідації жовчотечі з перфора-

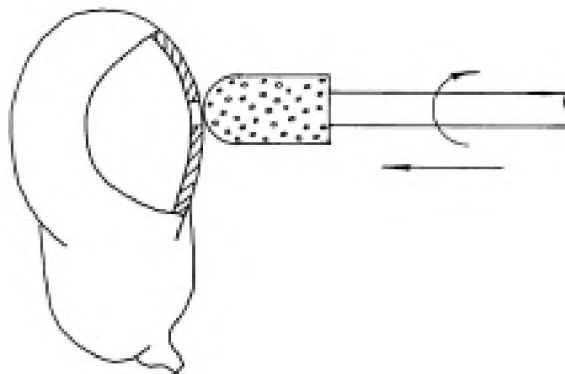


Рис.3. Підведення пробки до перфоративного отвору.

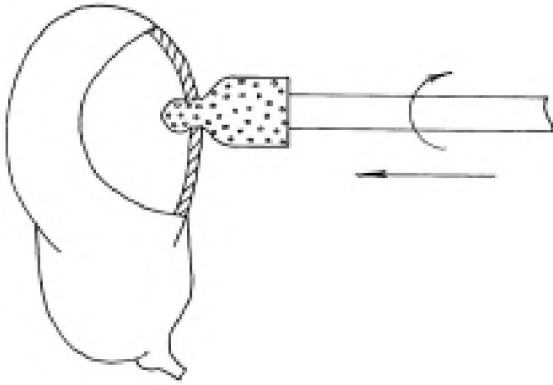


Рис.4. Етап заведення пробки у порожнину жовчного міхура через перфоративний отвір.

тивного отвору жовчного міхура, що виник внаслідок пошкодження останнього гачкоподібним моноелектродом при діатермокоагуляції чи внаслідок його розриву при тракції щипцями. Застосування способу

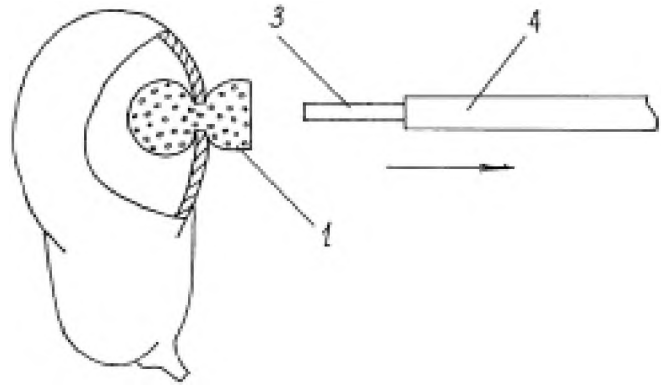


Рис.5. Загальний вигляд жовчного міхура з перфоративним отвором, який обтурований поролоновою пробкою.

дозволяє швидко обтурувати перфоративний отвір, що запобігає розповсюдженню жовчі в черевній порожнині та випаданню дрібних конкрементів з порожнини жовчного міхура.

УДК 616.65-007.61-08.832]-036.8

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ МІКРОХВИЛЬНОЇ ТЕРМОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРОСТАТИ

В.В.ТВЕРДОХЛІБ, А.І.МИСАК, В.Я.ХОРОШ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Estimation of transurethral microwave thermotherapy efficacy in patients with benign hyperplasy of prostate

V.V. TVERDOKHLIB, A.I. MYSAK, V. YA. KHOROSH

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. За останні десятиріччя проходить пошук нових підходів у лікуванні симптоматичної доброякісної гіперплазії простати (ДГП). Для того, щоб той чи інший метод був визнаний успішним, необхідно, щоб він був менш інвазивним і при цьому проявляв виражену ефективність, не потребував загальної анестезії, можливо, проводився амбулаторно і мав якнайменше ускладнень. Одним із таких уротехнологічних впроваджень, що відповідає вищезгаданім критеріям, можна вважати трансуретральну мікрохвильову термотерапію (ТУМТ).

Метою нашого дослідження була оцінка ефективності ТУМТ у чоловіків з ДГП і дослідження стану уродинаміки у віддалені терміни після ТУМТ.

Матеріали та методи. За період з 2002 по 2006 рік на базі урологічного відділення Тернопільської обласної клінічної лікарні виконано 326 ТУМТ хворим на ДГП з високим оперативним ризиком, із них у 29 (8,9%) – амбулаторно. У 54 (16,6%) пацієнтів була гостра затримка сечі, у 13 (3,9) – ishuria paradoxa. З метою оцінки віддалених результатів лікування (через 3 роки після ТУМТ) провели клінічне обстеження 90 пацієнтів.

ТУМТ виконували на вітчизняному апараті "АЛМГП-01" з частотою 1300Hz, ректальною температурою – 42,5°C і урегральною температурою – 44,5°C. Середня тривалість сеансу становила 46-55 хвилин. Оцінювали суб'єктивний стан хворого, включаючи рівень тяжкості симптоматики за шкалою IPSS та якості життя хворого (QOL), вивчали уродинамічні показники з визначенням середньої

швидкості сечовипускання (Qave) та кількості залишкової сечі (КЗС).

Результати та їх обговорення. Середній вік хворих становив 74,2 роки (від 58 до 86). Об'єм простати, за даними УЗД, коливався від 26 см³ до 92 см³ і в середньому склав 54,5 см³. Початкові доопераційні показники були наступними: IPSS – 20,68±1,12 мл/с; QOL – 4,48±0,32; Qave – 6,44±0,28 мл/с, КЗС – 72,6±15,2 мл. Провівши аналіз цих показників через 3 роки після ТУМТ, ми отримали наступні результати: IPSS – 18,51±2,45; QOL – 3,14±0,34; Qave – 9,56±2,04 мл/с, КЗС – 46,25±18,36 мл. Власна суб'єктивна оцінка пацієнтами ефективності проведеної ТУМТ виявилась наступною: не відчули ніякого ефекту процедури – 9 (10%) хворих; почують себе погано, але мали тимчасове (6-9 місяців) покращення – 17 (18,9%); почують себе на теперішній час задовільно, хоча періодично турбують дизуричні розлади, але все ж таки стан кращий, ніж до ТУМТ – 44 (48,9%) пацієнти. На добре і відмінно, значно краще ніж перед втручанням, свій стан оцінили 20 (22,2%) хворих.

До року після ТУМТ хірургічне лікування проведено 9 пацієнтам, котрі не відчули ефекту від процедури (4 – черезміхурова простатектомія, 5 – ТУР простати). У групі з тимчасовим покращенням прооперовано 12 хворих (7 – черезміхурова простатектомія, 5 – ТУР простати).

Слід відмітити, що при відкритих простатектоміях (після ТУМТ) відмічалися труднощі при енуклеації гіперплазованих вузлів в зв'язку з проліферативними змінами в них і навколишніх тканинах. Другою особливістю було те, що після

ПОВІДОМЛЕННЯ

ТУМТ як при відкритих простатектоміях так і при ТУР простати крововтрата була меншою і короткотривалішою.

Висновок. Враховуючи неінвазивність, легку переносимість, відсутність побічних ефектів ТУМТ є

методом вибору у хворих з ДГП, в яких є протипоказання до хірургічного лікування і загального знеболювання або при неефективності медикаментозної терапії. Віддалені результати ТУМТ можна вважати задовільними, зі стійким ефектом у 71,1% пацієнтів.

УДК 616.33/.34+616.36/.37+616.44-001.4-079.7"7129"

ВРАХУВАННЯ ЗМІН ГІСТОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ ТРАВМОВАНИХ ТКАНИН ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЯК ОДНОГО З КРИТЕРІЇВ ПРИ ВСТАНОВЛЕННІ ДАВНОСТІ ВИНИКНЕННЯ УШКОДЖЕНЬ

О.П. БАБКІНА, О.В. ДУНАЄВ

Бюро судово-медичної експертизи управління охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації

Account of changes of histological indexes of the injured tissues as one of criteria at revealing the remoteness of damages of abdominal organs

O.P. BABKINA, O.V. DUNAYEV

Bureau of Forensic and Medical Examination of Administration of Public Health of Luhansk Region

В статті розглянута проблема травми черевної порожнини та давності виникнення ушкоджень органів черевної порожнини, яка завжди актуальна через труднощі своєчасної діагностики та високу летальність. Метою роботи було вивчення можливостей використання змін гістологічних показників травмованих органів черевної порожнини при поєднаних травмах та травмах органів черевної порожнини як одного з критеріїв для встановлення давності виникнення ушкоджень. В ході виконаних досліджень встановлено, що спостерігаються загальні зміни гістологічних показників травмованих органів залежно від часу заподіяння ушкоджень. При сполучених травмах (травма органів черевної порожнини та грудної клітини, травма органів черевної порожнини та черепно-мозкова травма) та ізольованій травматичній травмі органів черевної порожнини гістологічні показники істотно не відрізнялися.

The article deals with the problem of trauma of abdominal region and remoteness of resing the damages of abdominal cavity organs which is always actual due to difficulties of timely diagnostics and high lethality. The study of possibilities of the use of changes of histological indexes of the injured organs of abdominal cavity was the purpose of work at the united traumas and traumas of abdominal cavity organs as one of the criteria for establishment of remoteness of occurrence the damages. It has been fixed during the executed researches, that there are the common changes of histological indexes of the injured organs depending on time of infliction of damages. At the united traumas (trauma of abdominal cavity organs and thorax, trauma of abdominal cavity organs and cranial-cerebral trauma) and trauma of abdominal cavity organs histological indexes did not differ substantially.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Летальність від механічної травми займає третє місце серед насильницької смерті, особливо у осіб молодого віку, тому проблема аналізу причин сучасного травматизму, надання кваліфікованої медичної допомоги травмованим та організації профілактично-організаційних засобів на сьогоднішній час є дуже актуальною [11, 12, 14, 15]. Важливе місце в успішному вирішенні вищезазначеної проблеми займає постійне вдосконалення методів своєчасної діагностики і, як наслідок, своєчасного лікування травматичних ушкоджень різних органів, а також їх ускладнень.

Тупа травма тулуба, яка супроводжується множинними ушкодженнями м'яких тканин, внутрішніх органів та кісток спостерігається досить часто серед інших видів насильницької смерті. Вирішення багатьох питань, які ставлять слідчі органи при даному виді травми (механізм та послідовність заподіяння, напрямок діючої сили, давність виникнення ушкод-

ження та інші), нерідко є досить складним. За останній час відзначається збільшення кількості закритих ушкоджень живота, які супроводжуються порушенням цілісності внутрішніх органів. В структурі механічних ушкоджень травма черевної порожнини складає 5-10%, з яких до 56% припадає на печінку, 24-42% – на тонку кишку, позачеревна гематома зустрічається в 5-50% спостережень. Слід зазначити, що абдомінальна травма досить часто супроводжується травматичним шоком та значною внутрішньою кровотечею, потребує своєчасної діагностики та практично завжди негайного оперативного втручання. Закрита черевна травма досить часто викликає ускладнення при діагностиці та лікуванні, особливо у випадках наявності синдрому взаємного обтяження (при поєднанні травм органів черевної порожнини з травмою голови, грудної порожнини та поєднаних травмах), коли превалюють симптоми ушкодження інших органів, а також симптоми алкогольної інтоксикації.

Безумовно, найважливішою характеристикою механічної травми є первинні ушкодження. Разом з тим, практично всі локальні ушкодження завжди є одночасно порушенням інтегральної цілісності організму.. Такий підхід містить в собі передумову до визначення травматичної хвороби як комплексу загальних патологічних процесів, що виникають в організмі при механічній травмі. Слід акцентувати, що закрита травма черевної порожнини, як правило, має незначні зовнішні ушкодження при наявності значних ушкоджень органів черевної порожнини.

Вивченню питань механізму, характеру, часу виникнення та особливостей перебігу ушкоджень органів черевної порожнини у живих осіб приділено багато уваги [1-18]. Можливості визначення давності ушкоджень у травмованих та померлих, тривалості життя постраждалого після травми, а також можливості здійснення ним активних дій, механізму і морфологічних особливостей ушкоджень внутрішніх органів та м'яких тканин черевної порожнини цілеспрямовано вивчені не були, систематизованому встановленню давності виникнення ушкоджень органів черевної порожнини у загиблих до теперішнього часу приділялось мало уваги, незважаючи на те, що в судово-медичній практиці такі випадки зустрічаються дуже часто. Крім того, не досліджувався вплив синдрому взаємного обтяження (при сполученні травм органів черевної порожнини з травмою голови, грудної клітки, тобто поєднаних травмах), а також вплив травматичної хвороби та алкогольної інтоксикації на гістологічні показники травмованих органів.

Метою роботи є вивчення можливості використання змін гістологічних показників травмованих органів черевної порожнини при поєднаних травмах та травмах органів черевної порожнини як одного з критеріїв для встановлення давності виникнення ушкоджень.

Матеріал та методи дослідження. Матеріалом дослідження на сьогоднішній час є тканини травмованих органів черевної порожнини та позачеревного простору, травмування яких спостерігалось найчастіше (печінка, нирка, надниркова залоза) 28 трупів осіб чоловічої та жіночої статі, віком від 20 до 60 років, загиблих при відомому часі травми і відомому часі настання смерті при наявності та відсутності алкоголю в крові, розтин яких проводили в танатологічному відділі бюро судово-медичної експертизи управління охорони здоров'я Луганської облдержадміністрації протягом 2005 року. Причини смерті розподілились наступним чином: тупа травма живота з пошкодженням внутрішніх органів складала 26%, проникаючі колото-різані поранення живота склали 8%, вогнепальні поранення живота склали 4%, поєднана

травма спостерігалась у 62%. Слід відзначити, що в 22 випадках безпосередньою причиною смерті був травматичний шок, в 6 випадках безпосередньою причиною смерті стала велика крововтрата.

Забір тканин травмованих органів здійснювався при температурі повітря в морзі від + 16 до 25 оС, відносній вологості – 40-60%. При проведенні досліджень використовувались: гістологічний метод – дослідження гістологічних показників травмованих тканин органів черевної порожнини та позачеревного простору з метою виявлення динаміки процесів регенерації – з подальшою статистичною обробкою отриманих результатів. Після забору тканин (печінка, нирка, надниркова залоза) надалі проводилась фіксація тканин протягом 2-3 днів в 10% забуференому формаліні, потім готувалися тонкі парафінові зрізи товщиною 4-5мкм та в деяких випадках гістологічні зрізи методом целлоїдиної проводки, які фарбувалися гематоксиліном та 3% еозином, 3% пікрофуксином за ван Гизоном, а потім досліджувались гістологічним методом. При цьому вивчались гістологічні показники тканин травмованих органів (печінка, нирка, надниркова залоза, брижа, стінка кишок) при відомому часі травми і часі настання смерті.

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведених досліджень нами було встановлено, що виявлені зміни гістологічних показників ушкоджених органів черевної порожнини мають закономірності залежно від часу, який минув після травми. Так, при гістологічному дослідженні при відомому часі травми та відомому часі смерті (випадки, коли травмовані померли в лікарнях або є слідчі дані про точний час настання смерті), було встановлено, що в період, коли час від травми до смерті складає до 3 годин спостерігаються, практично однакові при різних травмах, наступні гістологічні зміни: в печінці – тканини печінки нерівномірного кровонаповнення, структура тканини різко порушена через наявність множинних фокусних та дрібнофокусних крововиливів з нечіткими контурами еритроцитів в суміші з невеликою кількістю елементів білої крові, частина з яких в стані розпаду; гепатоцити світлі, в стані дрібнокрапельної вакуольної дистрофії; в судинах визначається плазма та лейкостази. В наднирковій залозі виявлені зміни: капсула залози без змін, в корі спостерігаються множинні зони спустошення, клітини коркового шару набряклі, місцями зі спустошеною цитоплазмою, дрібні судини мозкового шару заповнені кров'ю. В нирках: тканина нерівномірного кровонаповнення внаслідок ішемії кори, епітелій ниркових каналців набухлий, ядра нечіткі, місцями відсутні.

Коли час після заподіяння травми складає 10-12 годин, спостерігаються наступні гістологічні зміни:

в печінці – тканини печінки нерівномірного кровонаповнення, в деяких судинах визначається плазма, спостерігається дисконкомплексція балкової структури гепатоцитів, клітини печінки набухають, їхня цитоплазма гомогенірована, контури ядер нечіткі. В наднирковій залозі виявлені зміни: капсула залози дещо склерозована, в корі спостерігаються множинні зони спустошення, клітини коркового шару набряклі, місцями зі спустошеною цитоплазмою, дрібні судини мозкового шару заповнені кров'ю. В нирках: тканина нерівномірного кровонаповнення, в деяких капсулах клубочків можна бачити прояви порушення реології крові у вигляді випадання ниток фібрину, епітелій ниркових каналців набухлий, ядра нечіткі, місцями відсутні.

В ході виконаних досліджень встановлено, що серед механічної травми на першому місці знаходиться поєднана травма, друге займає тупа травма органів черевної порожнини. Спостерігаються загальні зміни гістологічних показників травмованих органів залежно від часу заподіяння ушкоджень. При поєднаних травмах (травма органів черевної порожнини та грудної клітки, травма органів черевної порожнини та

черепно-мозкова травма) та ізолюваній травмі органів черевної порожнини гістологічні показники істотно не відрізнялися.

Висновки. Отримані результати свідчать про можливість подальшого вивчення та узагальнення закономірностей змін гістологічних показників у загиблих внаслідок заподіяних абдомінальних травм, та розробки комплексу критеріїв для оцінки встановлення давності виникнення ушкоджень внутрішніх органів черевної порожнини та позачеревного простору у травмованих та померлих при різноманітних видах травм (тупа, гостра, вогнепальна, комбінована, з одного боку та проста травма органів черевної порожнини, травма живота та голови, травма живота та грудної клітки, тобто поєднана травма, з іншого боку) з урахуванням впливу наявності алкоголю, синдрому взаємного обтяження, травматичної хвороби, індивідуальних особливостей організму. Вирішення даного питання має дуже велике значення для судово-слідчих органів, тому що питання про час заподіяння ушкоджень та зв'язок між виявленими ушкодженнями та настанням смерті під час проведення слідчих дій виникають досить часто.

ЛІТЕРАТУРА

1. Белянин В.Л. Морфодинамика воспалительного процесса. Патоморфологические критерии давности механической травмы и некоторых патологических процессов. Методическое пособие. СПбГУ, 1996.
2. Гур'єв С.О., Танасієнко П.В., Кириляк С.В. Клініко-нозологічний аналіз контингенту постраждалих з полісistemними та поліорганними ураженнями в сільській місцевості // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шуліка. - 2004 – Випуск 14, книга 1. - С.29-32
3. Травматическая болезнь / Под ред. И.И. Дерябина, О.С. Насонкина. – Л.: Медицина, 1987. – 304 с.
4. Караванов В.Г., Данилов И.В. Ошибки в диагностике и лечении острых заболеваний и травм живота. – К.: "Здоров'я", 1970. – 358 с.
5. Нечаев Э.А., Бисенков Л.Н. Торакоабдоминальные ранения. – СПб, 1995.
6. Повзун С.А. Патологоанатомические изменения внутренних органов у раненых при травматической болезни. Печень. // Актуальные вопросы патологической анатомии и травматической болезни у раненых в Афганистане. – СПб, 1995.
7. Пушков А.А. Сочетанная травма. – Ростов н/Д: Феникс, 1998. – 320 с.
8. Закрывые повреждения живота / Романенко А.Е. – 2-е изд., пераб. и доп. – К.: Здоров'я, 1985. – 208 с
9. Самчук В.В. Судебно-медицинская диагностика в случаях травмы органов пищеварительного тракта тупыми предметами. Автореферат дисс... к.м.н. – М., 2001
10. Сапожникова М.А. Морфология закрытой травмы груди и живота. - М.: Медицина, 1988. – 160 с.
11. Сидорин В.С. Полиорганная недостаточность при шокогенных травмах и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. – СПб., 1993
12. Сидорин В.С. Актуальные вопросы патологической анатомии травматической болезни у раненых в Афганистане / Под ред. Н.Д. Клочкова. – СПб, 1995. - С.34-57
13. Соседко Ю.И., Самчук В.В. Судебно-медицинская диагностика бессимптомно протекающей патологии пищеварительного тракта // Судебно-медицинская экспертиза. 2000. - № 5. – С.7-10
14. Филлин В.И. Острое заболевание и повреждение поджелудочной железы: Руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1982. – 248 с.
15. Филлин Ф.И. и др. Травматический панкреатит / Под ред. Г.П. Гидирим, А.Д. Толстой, Р.В. Ващетко. - Кишинев: Штиинца, 1990. - 199 с.
16. Цыбуляк Г.Н. Лечение тяжелых и сочетанных повреждений: Руководство. – СПб.: Гиппократ, 1995. - 432 с.
17. Шах Б.Н., Багненко С.Ф., Лапшин В.Н. Перфузионные нарушения и их коррекция в остром периоде травматической болезни у пострадавших с сочетанными шокогенными повреждениями // Анестезиология и реанимация. – 2005. – № 4. – С.34-39

УДК: 616.3-036.112.1

СПОСІБ ФОРМУВАННЯ БІЛІОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗУ

В.А. ФЕДУРУК, Ю.С. СЕМЕНЮК, І.В. СИДУРУК, О.В. ПОТІЙКО

Рівненська обласна клінічна лікарня

The way of formation of biliodigestive anastomosis

V.A. FEDORUK, YU.S. SEMENIUK, I.V. SYDORUK, O.V. POTIYKO

Rivne Regional Clinical Hospital

Доступність формування біліодигестивного анастомозу залежить від інтраопераційної ситуації. З технічної точки зору більш простим є формування холедохо-, чи гепатикодуоденоанастомозу. Проте з огляду функціональності методом вибору є створення співустя між гепатикохоледохом та порожньою кишкою. Загальноприйнятими є гепатико-, чи холедохоеюностомія з міжкишковим анастомозом за Braun, а також біліодигестивний анастомоз з сегментом тонкої кишки, виключеної за способом Roux. В літературних джерелах є відомості про два варіанти гепатико-, чи холедохоеюностомії за способом Roux: з позадуободовим та попередуюободовим розташуванням анастомозованої з позапечінковими жовчними ходами порожньої кишки.

Проте нерідко наявні ситуації, пов'язані з патологічним субстратом, коли сформувати холедохоеюноанастомоз із міжкишковим сполученням за Braun "без натягу", а інколи й підвести петлю порожньої кишки до гепатикохоледоха не є можливим. Підготовка ж сегмента тонкої кишки за способом Roux в таких випадках вимагає пересікання радіальних судин – з метою отримання сегмента достатньої довжини.

Ми застосовували спосіб формування біліодигестивного анастомозу з сегментом тонкої кишки, виключеної за способом Roux з позадуободовим, позадушлунковим розташуванням анастомозованої з позапечінковими жовчними ходами тонкої кишки (рис. 1).

Спосіб здійснюють таким чином. Виключається сегмент порожньої кишки за способом Roux. Порожню кишку та брижу на відстані 20 см від зв'язки Treitz пересікають між радіальними судинами. Дистальний кінець закривають дворядним швом. Між привідною та відвідною частинами кишки, на відстані 40 см від сліпого кінця останньої формують Y-подібний міжкишковий анастомоз.

На рівні антрального відділу ближче до пілоруса розкривають малий сальник. На тому ж рівні розкривають шлунково-ободову зв'язку на протязі 4-5 см –

з метою доступу до брижі попереково-ободової кишки та шлунково-підшлункової зв'язки. Останню пересікають на всьому протязі. У позасудинній зоні брижі попереково-ободової кишки формують "вікно".

Крізь "вікно" брижі попереково-ободової кишки позаду ободової кишки та шлунка через "вікно" в малому сальнику підводять підготовлений сегмент тонкої кишки до гепатодуоденальної зв'язки та розміщують поперечно таким чином, щоб сліпий кінець кишки знаходився справа від передбачуваного біліодигестивного анастомозу. Анастомоз формують на відстані 3-4 см від закритого кінця кишки.

Зашивають шлунково-ободову зв'язку та фіксують тонку кишку по периметру "вікна" брижі попереково-ободової кишки.

Біліодигестивні анастомози за даним способом були сформовані у двох випадках, коли через виражені інфільтративні зміни та набряк в гепатопанкреатодуоденальній зоні підвести петлю тонкої кишки з метою формування співустя з міжкишковим анастомозом за Braun, було неможливо.

Перевагою даного способу є можливість застосування коротшої мобілізованої частини брижі відвідного сегмента тонкої кишки, порівняно з класичними. Також не виключено, що компресія шлунком на кишку може сприяти арефлексним умовам анастомозу.



Рис. 1. Схема формування біліодигестивного анастомозу.

УДК 616.25-002-006.66-089.843

ХІМІЧНИЙ ПЛЕВРОДЕЗ ТАЛЬКОМ МЕТОДОМ ТОРАКОСКОПІЇ У ХВОРИХ ІЗ РАКОВИМИ РЕЦИДИВУЮЧИМИ ПЛЕВРИТАМИ

І.Г. ГІПП, В.Й. КИМАКОВИЧ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

The chemical pleurodesis by means of toracoscopic technique in patients with malignant pleural effusion

I.H. HIPPI, V.Y. KIMAKOVYCH

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

Плеврит унаслідок злоякісних пухлин є суттєвою клінічною проблемою. Найчастішою його причиною є рак молочної залози і легень, а також лімфома. Плеврит спостерігають у 50% хворих на рак молочної залози, 25% – на рак легень і в 1/3 хворих з лімфомами. Нами виконано плевродез за допомогою торакоскопічної техніки у 8 хворих: 4 – на рак молочної залози, 2 – ендометрію, 1 – гортані, в одному випадку первинну локалізацію пухлини не з'ясовано. Позитивний ефект втручання отримано у 7 випадках, він був відсутній в 1 випадку рака гортані, цей пацієнт помер через 1,5 міс. після втручання.

The discovery of pleural effusion is a common clinical problem. The most frequent cause for it is an underlying malignancy. Lung cancer is the most common cause of malignant effusion, followed by breast cancer and lymphoma. Pleural effusions have been reported to occur in up to 50 % of patients with breast cancer, in about 25 % patients with lung cancer and in one third of patients with lymphomas. We have made the pleurodesis by means of toracoscopic technique in 8 patients with malignant pleural effusion: 4 – with breast cancer, 2 – with endometrial cancer, 1- with laryngeal cancer, 1 – with the tumor of unknown origin. The positive effect was in 7 patients. Negative result was in patient with laryngeal cancer. Patient died 1,5 months after procedure.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Найчастішою причиною виникнення ракових плевритів є пухлини легень (35%), рак грудної залози (23%), лімфоми (10%), пухлини невідомого генезу – 12% [4].

У нормі в плевральній порожнині знаходиться 10-40 мл гіпопротеїнової плазми, яка походить із капілярів парієтальної плеври, а всмоктується через лімфатичну систему парієтальної плеври, що має у 28 разів вищий кліренс ніж ексудація, вісцеральна плевра має мінімальну активність у продукції чи всмоктуванні рідини [5]. У нормальних умовах існує осмотична та гідростатична рівновага, яка контролює секрецію та абсорбцію плевральної рідини. Нагромадження рідини відбувається за умов підвищення гідростатичного тиску у мікроциркуляторному руслі, зменшення онкотичного тиску у мікроциркуляторному руслі, зменшення тиску у плевральній порожнині, збільшення проникності судинної стінки мікроциркуляторного русла, сповільнений лімфатичний дренаж з плевральної порожнини, трансудація рідини із черевної порожнини [8].

Найчастішою причиною виникнення ракових плевритів є порушення лімфатичного дренажу з плев-

ральної порожнини [7, 9]. Етіологічно це може бути обструкція плевральних стом, метастазування у медіастинальні лімфатичні вузли із сповільненням лімфатичного дренажу [11]. Плевральні імплантати можуть порушувати проникність мікроциркуляторного русла за рхунок продукції вазоактивних субстанцій.

Симптомами ракового плевриту є задишка, сухий кашель, болі у плевральній порожнині. Типово ці плеврити є геморагічними, хоча лише 30-60% геморагічних плевритів мають туморозне походження [2].

Методом діагностики є рентгенографія грудної клітки. Мінімальна кількість рідини, яку можна виявити рентгенологічно – 200 мл [10, 12].

Плеврит, який виявлено у хворого з недрібноклітинним раком легень є прогностично поганою ознакою [1]. Злоякісний плеврит у хворих з лімфомами, раком грудної залози, дрібноклітинним раком легень під впливом системної хіміотерапії може ліквідуватися [6]. Лікування ракового плевриту має фокусуватися на злагідненні симптомів і бути прив'язаним до стану пацієнта та прогнозу. 54% пацієнтів із діагностованим раковим плевритом гине до 1 місяця, 84% гине до 3-х місяців. Прогноз залежить від первинної пухлини. При раку грудної залози пацієнти можуть

жити рік і довше, при раку яєчників у середньому 9 місяців, тоді як при раку легень чи раку шлунка приблизно 3 місяці [3].

Метою була оцінка ефективності лікування ракових плевритів методом хімічного плевродезу тальком.

Матеріали і методи. Лікування проведено у 8-ми пацієнтів: 4 – рак грудної залози, 2 – рак тіла матки, 1 – рак гортані, 1 – пухлина невідомої локалізації. Інстиляція тальку проводилась методом торакоскопії під загальним занеболуванням. На процедуру використовували 5 г тальку. Після закінчення процедури плевральну порожнину дренивали. Дренаж приєднували до приладу активної аспірації з від'ємним тиском до 20-40 мм водяного стовпа. Дренаж утримували у плевральній порожнині 2-4 дні, до припинення виділень. У 1-го пацієнта (рак гортані) дренаж утримували 8 днів. 3 пацієнтки з раком грудної залози, та 2 пацієнтки з раком тіла матки продовжували отримувати хімотерапевтичне лікування.

Результати досліджень та їх обговорення. У 7 пацієнтів отримано позитивний результат від проце-

дури, ефекту не отримано лише у пацієнта з раком гортані. У нього плеврит не ліквідовано, і пацієнт помер через 1,5 місяці після процедури. У однієї пацієнтки з раком грудної залози через 2 місяці констатовано раковий асцит і пацієнтка померла через 4 місяці після процедури від прогресування хвороби на фоні проведення системної хімотерапії. Три пацієнтки із раком грудної залози знаходяться на контролі тривалістю 2, 5, 6 місяців. Одна пацієнтка із раком тіла матки знаходиться на спостереженні протягом 8 місяців. Інша пацієнтка із раком тіла матки випала з-під спостереження через 2 місяці після процедури. Усі ці пацієнтки засвідчували поліпшення якості життя.

Висновки. Наш поки що невеликий досвід свідчить про ефективність процедури. Процедура малотравматична, добре переноситься пацієнтами. Дане лікування доцільне у пацієнтів, що мають задовільний загальний стан, із сприятливим прогнозом, та можливістю продовжувати системне хімотерапевтичне лікування. Як свідчать пацієнти, процедура покращує якість їх життя.

ЛІТЕРАТУРА

1. Decker D.A., Dines D.E., Payne W.S. et al. The significance of a cytologically negative pleural effusion in bronchogenic carcinoma // *Chest.* – 1978. – Vol. 74. – P. 640.
2. Dhillon D.P., Spiro S.G. Pleural disease: malignant pleural effusion // *Br. J. Hosp. Med.* – 1983. – Vol. 23. – P. 506.
3. Fenton K.N., Richardson J.D. Diagnosis and management of malignant pleural effusion // *Am. J. Surg.* – 1995. – Vol. 170. – P. 69.
4. Hausheer F.H., Yarbrow J.W. Diagnosis and treatment of malignant pleural effusion: an overview // *Semin. Oncol.* – 1985. – P. 12-54.
5. Lee F.K., Olak J. Anatomy and physiology of the pleural space // *Chest Surg. Clin. North. Am.* – 1994. – Vol. 4. – P. 391.
6. Livingston R.B., McCracken J.D., Trauth C.J. et al. Isolated pleural effusion in small cell lung carcinoma: favorable prognosis. A review of the Southwest Oncology Group experience // *Chest.* – 1982. – Vol. 81. – P. 208.
7. Lynch T.E. Management of malignant pleural effusions. // *Chest.* – 1993. – Vol. 103. – P. 385S.
8. Moores D.W.O. Management of malignant pleural effusion // *Chest Surg. Clin. North Am.* – 1994. – Vol. 4. 481.
9. Sahn S.A. Malignant pleural effusions // *Clin. Chest Med* – 1985. – Vol. 6. – P.113.
10. Sahn S.A. Pleural effusion in lung cancer // *Clin. Chest Med.* – 1993. – Vol. 14. – P.189.
11. Sahn S.A. Malignant pleural effusions // *Clin. Chest Med.* – 1998. – Vol. 6. – P.113.
12. Woodring J.H. Recognition of pleural effusion on supine radiographs: how much fluid is required? // *AJR.* – 1984. – Vol.142. – P.59.

УДК 616.365-087.763

ЛІКУВАЛЬНІ ПУНКЦІЇ ПОРОЖНИСТИХ УТВОРІВ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ПІД КОНТРОЛЕМ СОНОГРАФІЇ

Ю.С. СЕМЕНЮК, В.А. ФЕДУРУК, О.В. ПОТІЙКО, І.В. СИДУРУК

Рівненська обласна клінічна лікарня

Therapeutic punctures of hollow apertures of pancreas at sonographic supervision

YU.S. SEMENIUK, V.A. FEDORUK, O.V. POTIYKO, I.V. SYDORUK

Rivne Regional Clinical Hospital

За період з 1997р. по вересень 2006р. 127 пацієнтам виконано 229 черезшкірних пункцій порожнистих утворів підшлункової залози під контролем сонографії з вивченням вмісту (цитологічне, бактеріологічне, біохімічне дослідження). У 61 пацієнтів з велетенськими кістами пункції виконувались від 2-х до 7-ми разів. Показаннями до проведення черезшкірних пункцій були: наявність постнекротичної кісти; клініко-сонографічні дані, що свідчать про розвиток інфікованого некротизуючого панкреатиту, чи парапанкреатиту; труднощі диференційної діагностики кістозних утворів верхнього поверху черевної порожнини, коли за даними ультрасонографії їх належність встановити не вдається.

У 40 пацієнтів мала місце сформована постнекротична кіста підшлункової залози. Пункції виконані також 81 хворому з несформованими постнекротичними кістами (які пунктовані протягом 1-го місяця після маніфестації панкреатиту), 5 – з абсцесами підшлункової залози, 1 – з арозивною кровотечею в порожнину кісти. Розміри кіст коливались від 3 до 14 см у діаметрі, відповідно об'єм вмісту, евакуйованого шляхом аспірації, становив 40-1450 мл.

Цитологічне дослідження мазків і осаду демонструвало наявність в окремих зразках клітин протокового епітелію. При бактеріологічному дослідженні в 9 зразках зареєстрований ріст патогенної флори, у 2 – мав місце ріст сапрофітного епідермального стафілокока. Для визначення зв'язку з протоковою системою підшлункової залози вивчали активність основних панкреатичних ферментів. На вірогідне сполучення кісти з протоками вказували високі показники амілази, діастази та швидке (протягом 12-24 год.) наповнення кісти до попереднього об'єму.

За період з 1997-2001рр. у 17 пацієнтів, у яких діаметр кісти не перевищував 50 мм, а також коли була підозра на сполучення з протоковою системою –

пункції завершувались лише евакуацією вмісту. У випадках сформованих кіст, які розташовувались у проекції тіла-хвоста підшлункової залози та коли ознак сполучення з дуктальною системою не було – у порожнину, після евакуації вмісту (який мав брудне забарвлення – за рахунок гемолізованої крові) 4 хворим вводили спирт об'ємом близько 3-5 мл.

З 2002 року з метою санації порожнини несформованої кісти використовували 2-4%-розчин бетадину (полівідон-йод), який має виражений бактерицидний та фунгіцидний ефект. Концентрований бетадин у об'ємі до 3 мл. у 11 випадках застосовували з метою склерозування сформованих кіст. У всіх пацієнтів з несформованими кістами та у 5-ти з абсцесами – у порожнину кісти вводився антибіотик (цефазолін, цефтріаксон, абактал, ципрінол, гентаміцин). Антибіотик також застосовувався двом пацієнтам з сформованою кістою при повторній пункції, коли при бакдослідженні було верифіковано наявність патогенної флори.

У 19 випадках, коли була підозра на сполучення з протоковою системою підшлункової залози у просвіт кісти вводився 1 мг даларгіну, розведеного у 3-4 мл фізрозчину.

У 4 пацієнтів з велетенськими кістами після попередньо проведеної пункції виконувалось дренирування кіст під контролем сонографії з подальшим застосуванням у якості склерозуючої речовини спирту в одному випадку та бетадину – в інших, які вводились через дренаж.

У 31 пацієнта при контрольній сонографії через 3-6 місяців кістозні утвори не визначались, у 47 – розміри утворів значно зменшились. 26 пацієнтів на контрольний огляд не з'явилися. 23 пацієнти у зв'язку з неефективністю пункційного методу лікування (через сполучення кісти з протоковою системою) були прооперовані: у 18 – сформовані цистодигестивні ана-

стомози, в 1 випадку проведено зовнішнє дренажування кісти. Одній пацієнтці з гострим некротизуючим панкреатитом, у зв'язку з прогресуванням останнього та появою ознак інфікування, була проведена панкреатнекретомія з дренажуванням черевної порожнини. В одного пацієнта розвинулась арозивна кровотеча з селезінкової артерії, з приводу чого виконані лігування цієї артерії, спленектомія, панкреатнекретомія з дренажуванням черевної порожнини. В іншого пацієнта з арозивною кровотечею у порожнину сформованої кісти та формуванням рідинного утвору заочеревинного простору – внаслідок перенесеного повторного гострого некротизуючого панкреатиту було проведено формування цистодигестивного анастомозу і дренажування рідинного утвору після пункційної

верифікації зупинки кровотечі. Літній пацієнтці, у якої була діагностована цистаденома головки підшлункової залози, у зв'язку з появою механічної жовтяниці був накладений білодигестивний анастомоз.

Таким чином, черезшкірні пункції кіст підшлункової залози є ефективним методом лікування даної патології. Метод дає можливість у частині випадків, коли кіста не сполучена з протоками підшлункової залози, домогтися одужання. У випадку гострого некротизуючого панкреатиту в більшості спостережень уникнути ранніх оперативних втручань. Також метод дозволяє верифікувати сполучення з дуктальною системою та провести декомпресію порожнистих утворів при підготовці до операцій формування цистодигестивних анастомозів.