

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

ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ

УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

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

HOSPITAL SURGERY

UKRAINIAN SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL

1/2007



ТЕРНОПІЛЬ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР
Л.Я.Ковальчук

ЗАСТУПНИК ГОЛОВНОГО
РЕДАКТОРА

Ю.Т.Коморовський

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

В.В.Бігуняк (відповідальний редактор)
В.В. Бойко
Ю.І.Бондаренко
І.К. Венгер
О.Ф.Возіанов
В.Б. Гощинський
М.С.Гнатюк
І.Я.Дзюбановський (відповідальний секретар)
В.І. Дрижак
Ю.О.Зозуля
В.Й.Кімакович
О.М.Кіт
Г.В.Книшов
Ф.Г.Назіров
М.Ю.Ничитайло
В.Л.Новак
В.Ф.Саєнко
Ю.С. Семенюк
В.О.Шідловський

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х.А. Акілов (Ташкент)
Д.Є.Бабляк (Львів)
М.М.Бондаренко (Дніпропетровськ)
М.М.Велигоцький (Харків)
М.М.Волобуєв (Сімферополь)
І.І. Гук (Відень)
В.В.Грубник (Одеса)
М.П.Захараш (Київ)
В.М.Короткий (Київ)
В.І.Мамчич (Київ)
І.І.Мітюк (Вінниця)
О.С.Ніконенко (Запоріжжя)
О.О.Ольшанецький (Луганськ)
М.П. Павловський (Львів)
А.П.Радзіховський (Київ)
М.І. Тутченко (Київ)
П.Д.Фомін (Київ)
В.І.Цимбалюк (Київ)
М.Г.Шевчук (Івано-Франківськ)
І.В.Ярема (Москва)

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

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ №3024 від 27.01.1998 р.

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

медичний університет, наукова частина,

журнал “Шпитальна хірургія”.

Тел. (0352) 52-45-54, 26-81-80, 26-81-48, 26-10-20.

Зміст

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, П.Я. Боднар, А.Р. Вайда
Хірургічні підходи до оперативного лікування поєднаної атеросклеротичної оклюзії екстракраніальних артерій та магістральних артерій нижніх кінцівок

7

В.В. Грубник, О.Л. Ковальчук, О.М. Загороднюк, А.В. Малиновський
Ендovasкулярні операції в комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки

10

Л.Я. Ковальчук, І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун, К.Г. Поляцько
Міні-інвазивні технології в хірургічному лікуванні ускладнень некротичного панкреатиту

13

М.Ю. Ничитайло, П.В. Огородник, О.О. Підмурняк
Причини та частота гострого післяопераційного панкреатиту в міні-інвазивній хірургії біліарної системи

17

В.Г. Мішалов, С.М. Гойда, І.І. Теслюк, О.В. Балабан
Безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою

22

В.В. Ганжій, В.В. Вакулєнко, К.А. Бойко, Т.С. Гавриленко, А.М. Каулько, Ю.В. Завада
Міні-інвазивні втручання в хірургії жовчнокам'яної хвороби, що ускладнена холедохолітіазом

27

О.В. Косинський
Обґрунтування вибору міні-інвазивного оперативного втручання в лікуванні хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки

30

С.О. Гешелін, М.А. Каштальян, В.Ю. Шаповалов
Порівняння лапароскопічної та відкритої апендектомії: технічні та раціональні аспекти.

34

В.І. Горовий¹, О.О. Проценко², В.П. Головенко¹, А.О. Саспай¹
Застосування малоінвазивних методів при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок

38

Ю.Б. Борис, О.О. Строй, Ю.О. Мицьк, І.С. Шатинська, А.В. Коновалиук
Роль α_1 -адреноблокатора в лікуванні розладів сечовипускання після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози

43

Л.М. Яковенко, В.А. Яцьк, М.Ю. Орлов
Тактика диференційованого хірургічного лікування розривів артеріовенозних мальформацій півкуль головного мозку

48

В.С. Вансович, М.Ю. Ничитайло
Транслокації хромосом у хворих на спайкову хворобу очеревини

54

З ДОСВІДУ РОБОТИ

С.О. Гешелін, М.А. Каштальян
Чи є оптимальними загальноприйнятими термінами хірургічного лікування гострого холециститу в еру розвитку лапароскопії?

57

П.Д. Фомін, С.Й. Запорожан, І.В. Кузьміна
Патоморфологічні аспекти кровоточивих гастродуоденальних виразок

60

В.П. Андриушенко, Л.М. Козут, О.Ю. Андрушевська
Міні-інвазивні методики в діагностиці та хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту

63

Contents

ORIGINAL INVESTIGATIONS

L. Ya. Kovalchuk, I. K. Venher, P. Ya. Bodnar, A. R. Vayda
Surgical approaches to operative treatment of combined atherosclerotic occlusion of extracranial arteries and magistral arteries of lower extremities

V. V. Grubnyk, O. L. Kovalchuk, O. M. Zagorodnyuk, A. V. Malynovsky
Endovascular techniques in complex treatment of gallstone disease with concomitant liver cirrhosis

L. Ya. Kovalchuk, I. Ya. Dzubanovsky, R. V. Svystun, K. H. Polyatsko
Miniinvasive technologies in surgical medical treatment of complications of necrotic pancreatitis

M. Yu. Nychytaylo, P. V. Ohorodnyk, O. O. Pidmurnyak
Reasons and frequency of acute postoperation pancreatitis in miniinvasive surgery of biliary system

V. H. Mishalov, S. M. Hoyda, I. I. Teslyuk, O. V. Balaban
Direct and remote results of surgical treatment of patients with cholelithic disease

V. V. Hanzhy, V. V. Vakulenko, K. A. Boyko, T. S. Havrylenko, A. M. Kaulko, Yu. V. Zavada
Miniinvasive interventions in surgery of calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis

O. V. Kosynsky
Substantiation of choice of miniinvasive operative intervention in treatment of patients with duodenal ulcer

S. O. Heshelin, M. A. Kashtalian, V. Yu. Shapovalov
Laparoscopic and conventional appendectomy: technical and rationale aspects

V. I. Horovy¹, O. O. Protsepkov², V. P. Holovenko¹, A. A. Sapsay¹
Using of miniinvasive methods of surgical treatment of stress urinary incontinence in women

Yu. B. Borys, O. O. Stroy, Yu. O. Mytsyk, I. S. Shatynska, A. V. Konovaliuk
Role of α_1 -adrenoblocker in treatment of urinary disorders after transurethral resection in patients with benign prostatic hyperplasia

L. M. Yakovenko, V. A. Yatsyk, M. Yu. Orlov
Tactics of differentiated surgical treatment of ruptures of arteriovenous malformations in brain hemispheres

V. Ye. Vansovych, M. Yu. Nychytaylo
Chromosome translocations in patients with peritoneal commissures

EXPERIENCE OF WORK

S. A. Heshelin, M. A. Kashtalian
Are standard terms of surgical treatment of acute cholecystitis optimal in the era of laparoscopy development?

P. D. Fomin, S. Y. Zaporozhan, I. V. Kuzmina
Pathomorphological aspects of bleeding gastroduodenal ulcers

V. P. Andriushchenko, L. M. Kohut, O. Yu. Andrushevskaya
Miniinvasive techniques in diagnostics and surgical treatment of the acute necrotic pancreatitis

Ю.В. Грубник, І.В. Московченко, В.А. Фоменко, В.Ю. Грубник Ендоскопічні та лапароскопічні втручання в лікуванні хворих похилого та старечого віку з кривоточною виразкою дванадцятипалої кишки.

67

Yu.V. Hrubnyk, I.V. Moskovchenko, V.A. Fomenko, V.Yu. Hrubnyk Endoscopic and laparoscopic operations in treatment of old patients with bleeding complicated by duodenum ulcers

Ю.В. Грубник, А.О. Тельчко, В.Ю. Грубник Лапароскопічні операції в лікуванні хворих із важкою поєднаною травмою з ушкодженням печінки

70

Yu.V. Hrubnyk, A.O. Telychko, V.Yu. Hrubnyk Laparoscopic operation in treatment of patients with the severe combined trauma and liver injury

О.Г. Нецюк Корекція порушень мінерального обміну у хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, у віддалені післяопераційні терміни

73

O.H. Netsyuk Correction of mineral metabolism violations at patients being operated by reason of stomach and duodenum ulcer during remote post-operative periods

О.В. Щур Досвід хірургічного лікування реноваскулярної гіпертензії природженої етіології

79

O.V. Shchur Experience of the surgical treatment of renovascular hypertension of congenital etiology

В.І. Русин, О.О. Болдіжар, В.В. Корсак, П.О. Болдіжар Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія при псевдокістах підшлункової залози

84

V.I. Rusyn, O.O. Boldizhar, V.V. Korsak, P.O. Boldizhar Endoscopic retrograde pancreatocholangiography in patients with pancreatic pseudocysts

В.С. Коноплицький, В.В. Погорілий, О.Г. Якименко, О.О. Фомін, Л.В. Фоміна Тазова ректопластика при хворобі гіршпрунга у дітей

88

V.S. Konoplytsky, V.V. Pohorily, O.H. Yakymenko, O.O. Fomin, L.V. Fomina Pelvic rectal plastic surgery at hirschsprung's disease at children

О.О. Строй, Ю.Б. Борис, Ю.О. Мицик, О.М. Лесняк, А.С. Оброцький Інтра- та післяопераційні ускладнення трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози

91

O.O. Stroy, Yu.B. Borys, Yu.O. Mytsyk, O.M. Lesniak, A.S. Obrotsky Intra- and postoperative complications after transurethral resection of the benign prostatic hyperplasia

В.А. Черняк, О.М. Борківець, Б.М. Коваль Діагностика та лікування спінальної ішемії у хворих з оклюзійно-стенозичними і аневризматичними захворюваннями аорти та її гілок

95

V.A. Cherniak, O.M. Borkivets, B.M. Koval Diagnostics and treatment of ischemia of spinal cord at patients with the aneurysms and occlusive diseases of aorta and its branches.

В.В. Мальований, І.С. Герасимюк Діагностична та лікувальна торакоскопія в лікуванні травматичних пошкоджень грудної клітки

99

V.V. Malyovany Diagnostical and therapeutical thoracoscopy in treatment of traumatic thoracic injuries

В.В. Рішко Органозберігаючі операції при хірургічному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією та рефлюкс-езофагітом

101

V.V. Rishko Organ-saving operation in surgical treatment of duodenal ulcer disease complicated by perforation and reflux oesophagitis

ОГЛЯД

REVIEW

О.М. Литвиненко, І.І. Лукеча Мікрохоледохолітіаз. Основні аспекти патогенезу, клініки, діагностики та лікування

105

O.M. Lytvynenko, I.I. Lukecha Microcholedocholithiasis. The main aspects of pathogenesis, clinics, diagnostics and treatment

ПОВІДОМЛЕННЯ

REPORTS

В.А. Федорук, Ю.С. Семенюк, І.В. Сидорук, О.В. Потійко Додаткові способи гемостазу при лапароскопічній холецистектомії

110

V.A. Fedoruk, Yu.S. Semeniuk, I.V. Sydoruk, O.V. Potiyko Additional ways of haemostasis at laparoscopic cholecystectomy

Ю.С. Семенюк, В.А. Федорук, О.В. Потійко, В.В. Журавель, І.В. Сидорук Лапароскопічні операції при позаматковій вагітності

111

Yu.S. Semeniuk, V.A. Fedoruk, O.V. Potiyko, V.V. Zhuravel, I.V. Sydoruk Laparoscopic operations at extrauterine gestation

О. Більчук, А. Осійчук, Ю. Муравинець, С. Ільчук, М. Бухалюк, О. Бухалюк Лапароскопічні втручання в умовах центральної районної лікарні

112

O. Bilchuk, A. Osiychuk, Yu. Muravynets, S. Ilchuk, M. Bukhalyuk, O. Bukhalyuk Laparoscopic interventions in conditions of central district hospital

АЛФАВІТНИЙ ІМЕННИЙ ПОКАЖЧИК ЖУРНАЛУ "ШПИТАЛЬНА ХІРУРГІЯ" ЗА 2006 РІК

114

ALPHABETICAL NOMINAL INDEX OF "HOSPITAL SURGERY" JORNAL, 2006

Леонід Якимович КОВАЛЬЧУК

**Ректор Тернопільського державного
медичного університету
імені І.Я. Горбачевського**

**Доктор медичних наук, професор,
член-кореспондент Академії медичних
наук України, заслужений діяч науки
і техніки України**



Л.Я. Ковальчук, 1947 р.н., закінчив лікувальний факультет Тернопільського державного медичного інституту в 1973 р. Працюючи лікарем-хірургом, у 1977 р. захистив кандидатську дисертацію на тему "Активність ряду окислювальних ферментів нейтрофілів і лімфоцитів у хворих тиреотоксикозом". З 1981 р. його творчий шлях проходить у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського: асистент, професор, завідувач кафедри шпитальної хірургії, проректор з лікувальної роботи, з 1997 р. - ректор академії (з 2004 - університету).

Л.Я. Ковальчук, очолюючи опорну кафедру шпитальної хірургії, з метою більш якісного вивчення варіантів перебігу хірургічних захворювань, запровадив циклову форму навчання, виділивши основні напрямки: хірургічну гастроентерологію і ендокринологію, торакальну та судинну хірургію. Враховуючи інтенсивний розвиток технологічної хірургії, він запровадив новий навчальний розділ із шпитальної хірургії "Нові технології в хірургії".

Леонід Якимович - ініціатор видання, співавтор і редактор перших українських підручників "Шпитальна хірургія" (1999 р., 2002 р.), "Клінічна хірургія" у 2-х томах (2000 р.), навчального посібника "Невідкладна хірургія"

(2000 р.), які користуються великим попитом серед студентів і викладачів медичних університетів та академій.

Роботу на посаді головного хірурга Тернопільського обласного відділу охорони здоров'я (1983-1987 рр.) Л.Я. Ковальчук поєднував із науковою діяльністю, основний напрям якої пов'язаний з вивченням фундаментальних проблем виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки. На основі багатого досвіду, великої кількості зібраного матеріалу, власного творчого пошуку в 1988 р. захистив докторську дисертацію на тему "Регіонарний кровоток шлунка і дванадцятипалої кишки в хірургії виразкової хвороби". Розробив оригінальні, патофізіологічно обґрунтовані методи хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Власні наукові здобутки виклав у монографіях "Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок" (1997 р.), "Органний кровобіг при передракових станах стравоходу та шлунка" (2001 р.), "Хірургія демпінг-синдрому" (2002 р.).

Леонід Якимович приділяє велику увагу новітнім технологіям в хірургічній практиці. Йому належить ряд розробок малоінвазивних методів хірургічного лікування патології жов-

чних шляхів. Цьому питанню присвячена монографія "Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів" (1997 р.).

Серед напрямків наукової діяльності Л.Я. Ковальчука виділяється пошук методів підвищення безпеки та ефективності хірургічного лікування патології магістральних артерій та екстракраніальних судин. Особливо слід виділити розробку методів попередження тромбозу сегмента реконструкції артеріальної системи: "Спосіб профілактики тромбозу судинних протезів" (1993 р.), "Спосіб зниження тромбогенної ендартеректомії" (2002 р.), "Спосіб реконструкції сонної артерії" (2002 р.).

Проф. Л.Я. Ковальчук - автор понад 200 наукових праць, в тому числі 27 винаходів і патентів, 4 підручників і 5 монографій, 4 навчальних компакт-дисків. Під його керівництвом захищено 6 докторських і 28 кандидатських дисертацій. Леонід Якимович створив оригінальну наукову школу хірургів-гастроентерологів, здобутки якої добре відомі як в Україні, так і за її межами. На базі Тернопільської медичної академії ім. І.Я. Горбачевського відбувся ряд наукових форумів з міжнародною участю, в тому числі XX з'їзд хірургів України (2002 р.), що стало помітною подією в науковому житті.

Л.Я. Ковальчук суттєво поліпшив навчально-виховну, наукову та лікувальну діяльність очолюваної ним медичної академії, значно зміцнив її матеріальну базу. На даний час, за підсумками рейтингової оцінки всіх видів діяльності, університет посідає 3-тє місце серед вищих медичних навчальних закладів України.

За редакцією проф. Л.Я. Ковальчука видано монографії: "Проблеми остеопорозу" (2002 р.), "Атлас оперативних втручань на органах шлунково-кишкового тракту і передній черевній стінці" (2004 р.), "Хірургія поєднаних і множинних атеросклеротичних оклюзій екстракраніальних артерій та аорто-стегнового сегмента" (2005 р.).

За сприяння ректора відкрито нові факультети: фармацевтичний, стоматологічний, фа-

культет іноземних студентів. Створено 5 навчальних наукових інститутів: морфології, медико-біологічних проблем, фармакології, гігієни та медичної біохімії імені М.П. Скакуна, моделювання та аналізу патологічних процесів, медсестринства. В університеті запроваджено нову форму організації навчального процесу за кредитно-модульною системою із застосуванням методик "єдиного дня", ліній практичних навичок, Z-системи навчання, семестрового контролю, мережевої навчальної системи на основі Інтернет-технологій. Викладачі університету створили близько 250 навчальних мультимедійних компакт-дисків, які містять електронні підручники, навчальні відеофільми, контролюючі програми. Було відкрито оснащений сучасним обладнанням консультативно-лікувальний центр (університетська клініка), бібліотеку з 4 читальними залами, обладнаними комп'ютерами; 22 комп'ютерних класи з виходом до мережі Інтернет, видавництво "Укрмедкнига" з власним поліграфічним комплексом, яке є базовим для ЦМК вищої медичної освіти МОЗ України, навчально-оздоровчий комплекс "Червона калина" з конгрес-центром і навчально-виробничим підрозділом, ботанічним садом лікарських рослин, спортивно-фізкультурною базою, профілакторієм.

В університеті навчаються понад 3000 студентів, з них близько 500 іноземних громадян із 28 країн світу. Запроваджено навчання англійською мовою.

На базі університету щорічно в конгрес-центрі НОК "Червона калина" проводиться 25-30 всеукраїнських і міжнародних форумів. Вуз співпрацює з 9 вищими навчальними закладами США, Європи, Азії. Університет отримав ліцензію на навчання з вересня 2007 року в Інституті медсестринства громадян США.

Проф. Л.Я. Ковальчук нагороджений орденom "За заслуги" III ступеня, Почесною грамотою Верховної Ради України. Визнаний "Людиною року" міста Тернополя, занесений у Золоту книгу еліти України.

Редакція журналу "Шпитальна хірургія" та Асоціація хірургів Тернопілля широм вітають ювіляра і бажають йому доброго здоров'я і творчого довголіття

УДК: 616.132 - 007.272-089+616.136-007.272-3289

Хірургічні підходи до оперативного лікування поєднаної атеросклеротичної оклюзії екстракраніальних артерій та магістральних артерій нижніх кінцівок

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, І.К. ВЕНГЕР, П.Я. БОДНАР, А.Р. ВАЙДА

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

SURGICAL APPROACHES TO OPERATIVE TREATMENT OF COMBINED ATHEROSCLEROTIC OCCLUSION OF EXTRACRANIAL ARTERIES AND MAGISTRAL ARTERIES OF LOWER EXTREMITIES

L.YA. KOVALCHUK, I.K. VENHER, P.YA. BODNAR, A.R. VAYDA

Temopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

Розглянуто особливості поєднаного атеросклеротичного ураження артерій екстракраніального басейну та магістральних артерій аорто-клубово-стегнового сегмента. Вивчено стан центральної гемодинаміки у даної групи пацієнтів та її трансформацію після проведення реконструктивних втручань. На основі отриманих результатів дослідження розроблено показання до проведення етапності реконструктивних операцій.

The features of combined atherosclerotic damage of extracranial arteries and madistral arteries of lower extremities have been considered. The condition of central hemodynamics in the mentioned group of patients and its transformation after reconstructive interventions has been studied. Basing on the data obtained the indications for carrying out the stages of reconstructive operations have been elaborated.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Поєднане атеросклеротичне ураження брахіоцефального басейну та басейну артерій нижніх кінцівок зустрічається у 17,4-30,9 % спостережень [1]. Виконання реконструктивних операцій на термінальному відділі черевної аорти у хворих із ураженнями екстракраніальних артерій пов'язано із ризиком розвитку неврологічних ускладнень, частота яких сягає 15,8 % [2]. У зв'язку з цим в останні роки набули поширеності одномоментні операції на брахіоцефальних артеріях та магістральних артеріях термінального відділу черевної аорти. Ряд хірургів схильється до думки, що одномоментні операції необхідно виконувати у випадках критичної ішемії в окремих артеріальних басейнах за відсутності можливості проведення поетапних

операцій. Ішемію нижніх кінцівок III-IV ст. визначають як показання до першочерговості реконструктивного втручання при достатніх компенсаторних можливостях колатерального кровотоку у головному мозку [3]. Критичний стеноз екстракраніальних артерій у поєднанні з ішемією нижніх кінцівок є показанням до одночасної реконструкції обох судинних басейнів [4]. Разом з тим реваскуляризація аорто-стегнового сегмента у 52-56 % [5] спостережень сприяє трансформації центральної гемодинаміки, що повинно бути основою вибору черговості відновних операцій на брахіоцефальних артеріях та магістральних судинах нижніх кінцівок.

Мета роботи: обґрунтувати етапність виконання артеріальної реконструкції у

пацієнтів із поєднаним атеросклеротичним ураженням екстракраніальних артерій та магістральних артерій аорто-клубово-стегнового сегмента.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено обстеження і хірургічне лікування 98 пацієнтів із атеросклеротичним стенотично-оклюзійним ураженням екстракраніальних артерій (ЕКА) та аорто-клубово-стегнового сегмента (АКСС). Ангіографічне обстеження АКСС проведено у 98 пацієнтів. УЗД обох артеріальних басейнів проводили у всіх спостереженнях із встановленням локалізації, протяжності процесу та особливостей будови атеросклеротичних бляшок. Еходоплерографічно із використанням апарата ESAOTE AU5 HARMONIC і формули L. Teichot визначали ударний об'єм шлуночка (УО, мл), хвилинний об'єм кровотоку (ХОК, л), загальний і питомий периферичний опір (ЗПСО, ППСО, дин с×см⁵), ударний індекс (мл/хв×м²), мозкову фракцію (МФ, %), використовували метод інтегральної тетраполярної грудної реографії за Cubihek.

Обстеження дало можливість виділити 4 найбільш часті гемодинамічно значимі локалізації атеросклеротичного процесу в брахіоцефальних артеріях: внутрішня сонна артерія (ВСА) - 88 випадків; біфуркація загальної сонної артерії (БЗСА) - 26; загальна сонна артерія (ЗСА) - 14 і тільки по два випадки ураження брахіоцефального стовбура та S-подібної звивистості ВСА. В 11 випадках відмічено атеросклеротичне ураження хребетних артерій (ХА). Ізольоване ураження екстракраніальних артерій виявлено у 53 пацієнтів (55,10 %), у 45 (44,90 %) пацієнтів - двобічне. Слід відмітити, що при двобічному атеросклеротичному ураженні ВСА стеноз тільки однієї з них був на рівні 60 % або вище.

Ступінь судинно-мозкової недостатності у 56,25 % пацієнтів був на рівні компенсації, у 41,67 % - відносної компенсації і у 2,08 % - декомпенсації за рахунок інсульту, перенесеного за 2,5 і 3 роки до хірургічного лікування.

Серед 98 пацієнтів із поєднаним стенотично-оклюзійним процесом ЕКА та АСС у 41 діагностовано II ст., у 47 - IIIA і у 10 IIIB ст. хронічної артеріальної ішемії. Оклюзія термінального відділу черевної аорти виявлена у 21 пацієнта, оклюзія на рівні обох загальних клу-

бових артерій - у 23, на рівні зовнішніх клубових артерій - в 11, на різних рівнях клубових артерій - у 28, в 15 спостереженнях оклюзія загальної або зовнішньої клубової артерії поєднувалась із оклюзією загальної стегнової артерії контралатеральної кінцівки. У всіх випадках локалізація атеросклеротичної оклюзії вимагала проведення аортобіфеморального алошунтування (протезування). Поряд з цим у 34 (34,69 %) пацієнтів з метою попередження синдрому обкрадання однієї з нижніх кінцівок була необхідність проводити реконструкцію стегно-підколінного сегмента контралатеральної кінцівки.

Результати досліджень та їх обговорення. В основу роботи (проведення етапної реконструкції одного з артеріальних басейнів екстракраніальних артерій або аорто-стегнового сегмента) покладено трансформацію центральної гемодинаміки, яка має місце після відновлення кровотоку по аорто-стегновому сегменті у 52-54 % спостережень.

Серед пацієнтів у 43 (43,88 %) встановлено гіперкінетичний тип ЦГ, у 29 (29,60 %) еукінетичний і у 26 (26,52 %) - гіпокінетичний. За допомогою проби із β-адреноблокатором встановлено, що в групі пацієнтів із гіперкінетичним типом ЦГ можлива її трансформація у 20 (46,53 %) хворих, із еукінетичним типом - у 10 (34,48 %), а з гіпокінетичним - у 7 (26,92 %). Тобто, у 37 (38,60 %) спостереженнях було передбачено зміну типу ЦГ. Проте подальші спостереження вказували на недосконалість проби із β-адреноблокатором. Після проведення реконструкції БКА і ДСС, дотримуючись етапності хірургічних втручань, трансформація ЦГ була виявлена у більшій частині пацієнтів - 41 (41,83 %). Більшість з них мала доопераційний гіперкінетичний тип ЦГ.

Важливість дотримання етапності хірургічного втручання при поєднаній оклюзії ЕКА і АСС очевидна, особливо при трансформації гіперкінетичного типу ЦГ в еу- або в гіпокінетичний, еукінетичного типу ЦГ - в гіпокінетичний. Адже кожному типу ЦГ відповідає певний рівень мозкової фракції. Так, при гіперкінетичному типу вона знаходиться на рівні 16,19 %, а при гіпокінетичному - 13,63 % від об'єму серцевого викиду. Вона формує лінійні

та об'ємні показники кровотоку в магістральних артеріях шиї. А стенозувальний процес вносить свої корективи кровотоку по ЕКА. Так, у пацієнтів із атеросклеротичною оклюзією АКСС із гіперкінетичним типом лінійні показники кровотоку вищі на 9,7-18,1 %, ніж у хворих з гіпокінетичним типом. Така ж тенденція зберігається і при різних ступенях стенозу ВСА.

У зв'язку з цим можливу зміну типу ЦГ у післяопераційному періоді вважаємо небезпечною з точки зору розвитку судинно-мозкової недостатності в умовах стенозу-оклюзії ЕКА та трансформації ЦГ із гіперкінетичного в еу- або в гіпокінетичний, із еукінетичного в гіпокінетичний. Така ж небезпека залишається і в пацієнтів із гіпокінетичним типом ЦГ. В умовах незмінного її типу у післяопераційному періоді показники, що характеризують ЦГ в цей період, нижчі за доопераційні на 5,12 %.

Зважаючи на вказані обставини, першим етапом хірургічного лікування при поєднаному ураженні екстракраніальних артерій і аорто-стегнового сегмента була реконструкція брахіоцефальних судин. Вона здійснена у 18 пацієнтів із доопераційним гіперкінетичним типом, у 9 із доопераційним еукінетичним і 14 із доопераційним гіпокінетичним типом ЦГ. Другий етап, реконструкцію аорто-стегнового сегмента, проводили через 1-3 тижні після першого хірургічного втручання.

Незважаючи на можливу трансформацію ЦГ в післяопераційному періоді, 9 пацієнтам на першому етапі провели реконструкцію ЕКА. Основна мотивація: великий об'єм реконструкції і особливо в тих випадках, де в процес були втягнуті хребтові артерії. Сюди

були включені 2 пацієнти із перенесеним в анамнезі інсультом.

Одночасно проведена реконструкція ЕКА та АСС 22 хворим, 16 хворим на першому етапі здійснено реконструкцію тільки АСС.

Інсульти як ранні ускладнення операції спостерігали у 2 пацієнтів. В одному випадку він розвинувся в результаті тромбозу ЕКА, і лише в одному випадку невідкладне оперативне втручання дало позитивний результат.

Із 98 реконструкцій АКСС ускладнення у вигляді тромбозу алошунта або периферичного судинного русла виявлено у 5 випадках. У двох із них було ліквідовано тромбоз бранші алошунта, в інших спостереженнях ліквідувати тромбоз не вдалося, що було причиною ампутації нижньої кінцівки.

Підсумовуючи результати етапного оперативного лікування атеросклеротичного стенозу-оклюзії ЕКА та оклюзії АСС із врахуванням можливої трансформації ЦГ, можна відмітити, що післяопераційне ускладнення у вигляді неврологічних порушень діагностовано в 3,75 %, з яких одне (1,25%) - інсульти.

Висновок. При поєднаній атеросклеротичній оклюзії ЕКА та АКСС реконструкцію брахіоцефальних артерій слід проводити першим етапом у пацієнтів із можливою трансформацією типу ЦГ із гіперкінетичного в еу- або гіпокінетичний, а також у хворих із доопераційним гіпокінетичним типом ЦГ. В інших випадках реконструкцію аорто-стегнового сегмента необхідно проводити через 2-3 тижні після відновлення прохідності по екстракраніальних артеріях.

ЛІТЕРАТУРА

1. Ковальчук Л.Я., Венгер І.К., Костів С.Я. Хірургія поєднаних і множинних атеросклеротичних оклюзій екстракраніальних артерій та аорто-стегнового сегмента. - Тернопіль: ТДМУ, 2005. - 150 с.
2. Белов Ю.В., Степаненко А.Б. Хирургическая тактика лечения послеоперационных тромбозов реконструированных артерий // Хирургия. - 1998. - №11. - С. 4-8.
3. Кобза І.І., Сорока Т.Г., Жук Р.А. та ін. Тактика хірургічного лікування хворих з інфікуванням протезів аорто-стегнової зони // Серце і судини. - 2006. - № 4 (додаток). - С. 216-220.
4. Нікульников П.І., Бицай А.М., Влайков Г.Г. Особливості виконання реконструктивних операцій у хворих з периферичними оклюзійно-стенотичними ураженнями артерій нижніх кінцівок в залежності від ступеня прогресування атеросклеротичного процесу // Серце і судини. - 2006. - № 4 (додаток). - С. 343-345.
5. Венгер І.К. Попередження тромбозу алошунта (протеза) після реконструкції атеросклеротичної оклюзії аорто-стегнового сегмента. - Рівне, 1996. - 190 с.

Ендоваскулярні операції в комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки

В.В. ГРУБНИК, О.Л. КОВАЛЬЧУК, О.М. ЗАГОРОДНЮК, А.В. МАЛИНОВСЬКИЙ

Одеський державний медичний університет, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

ENDOVASCULAR TECHNIQUES IN COMPLEX TREATMENT OF GALLSTONE DISEASE WITH CONCOMITANT LIVER CIRRHOSIS

V.V. GRUBNYK, O.L. KOVALCHUK, O.M. ZAGORODNYUK, A.V. MALYNOSKY

Odessa State Medical University, Ternopil State Medical University I.Ya. Horbachevsky

Авторами в комплексному лікуванні 21 хворого на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки були використані ендоваскулярні операції. Виявлено, що після використання цих операцій значно зменшується кількість інтра- та післяопераційних ускладнень, а запровадження таких операцій в комплексному лікуванні жовчнокам'яної хвороби має значну кількість позитивних моментів та дозволяє покращити результати лікування в цілому.

The complex treatment of 21 patients with gallstone disease with concomitant liver cirrhosis has been performed by the authors. Using endovascular techniques prior to laparoscopic operations, we have obtained the low rate of intra- and postoperative complications. Generally, the surgery outcomes have been improved.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Захворюваність на жовчнокам'яну хворобу не має в даний час тенденції до зниження. Разом з тим спостерігається неухильне зростання захворюваності на цироз печінки у зв'язку з несприятливою епідемічною ситуацією щодо вірусних гепатитів, особливо типу "С". Прогресування циротичного процесу в печінці сприяє розвитку порушень у функціональній активності жовчного міхура, що часто приводить до розвитку жовчнокам'яної хвороби [3, 4]. Унаслідок цирозу патологічні зміни розвиваються також і в органах басейну черевного стовбура, зокрема розвивається гіперспленізм із сплено-мегалією і варикозне розширення вен стравоходу. Гіперспленізм у хворих на цироз печінки виявляється в основному анемією, тромбоцитопенією, коагулопатією [1, 2]. У разі потреби оперативного лікування жовчнокам'яної хвороби наявність вказаних змін у крові серйозно ускладнює як саме проведення оперативного втручання, так і перебіг післяопе-

раційного періоду. Разом з тим наявність анемії і коагулопатії є чинником, який обмежує застосування у даної групи пацієнтів відкритої спленектомії, що купірує симптоми гіперспленізму. У нашій клініці з 2003 року широко застосовується в лікуванні хворих на цироз печінки, ускладнений гіперспленізмом, ендоваскулярна емболізація селезінкової артерії. Ми поставили за мету дослідження ефективності застосування емболізації селезінкової артерії в комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутнім цирозом печінки.

Матеріали і методи. З 2003 до 2006 року ми на базі Одеської обласної клінічної лікарні в комплексному лікуванні 21 хворого на жовчнокам'яну хворобу із супутнім цирозом печінки застосовували ендоваскулярну емболізацію селезінкової артерії. Вік хворих коливався від 41 до 63 років. Тривалість анамнезу ЖКХ складала від 2 до 8 років. У всіх хворих був діагностований цироз печінки

різної етіології, стадія В за Чайлд-П'ю, ускладнений портальною гіпертензією з варикозним розширенням вен стравоходу II-III ступеня і вираженою сплено-мегалією. У всіх хворих були виражені ознаки гіперспленізму - рівень гемоглобіну складав від 54 до 94 г/л, еритроцитів 0,9-1,8 Т/л, лейкоцитів 2,4-3,6 г/л. У всіх пацієнтів тромбоцитопенія супроводжувалася гіпокоагуляцією - протромбіновий індекс складав від 56 до 72 %.

9 пацієнтів госпіталізували в клініку ургентно, з клінічною картиною гострого холециститу. Діагноз цирозу печінки, ускладненого гіперспленізмом, був встановлений при дообстеженні в умовах нашого стаціонару. У 5 випадках явища гострого холециститу вдалося купірувати консервативною терапією. 4 пацієнтів, у яких консервативна терапія була неефективна, прооперували. Через 1,5-2 місяці після холецистектомії хворим виконали емболізацію селезінкової артерії.

12-ти плановим хворим і 5-ти пацієнтам, у яких напад гострого холециститу був купірований консервативно, в плановому порядку виконана ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії. Згодом, через 2-2,5 місяця, всім хворим була виконана планова лапароскопічна холецистектомія.

Всі ендovasкулярні втручання виконували у відділенні інтервенційної радіології ОКЛ, з використанням ангиографа "Simens Powermobil" 2002 року випуску. Для артеріального доступу виконувалася пункція правої загальної стегнової артерії за Сельдінгером під місцевою анестезією 0,5 % розчином новокаїну. Для виконання селективної катетеризації гілок черевного стовбура використовували катетери типу "Cobra" і "Judkins right" розміром 5 або 6F фірми "Balton" (Польща). На нашу думку, інструмент цієї фірми є якнайкращим співвідношенням ціни та якості. Емболізацію селезінкової артерії у всіх хворих ми виконували за методикою "хронічної емболізації" [1, 2], тобто послідовним введенням 30-50 емболів із поролону діаметром 2 мм із подальшим введенням конусоподібної спіралі типу Гіантурко з діаметром витків від 12 до 4 мм. У всіх випадках емболізація виконувалася в початковому відділі, на рівні відходження лівої шлункової артерії з перекриттям її просвіту. У 5 хворих через немож-

ливість виконання оклюзії в початковому відділі в зв'язку з анатомічними особливостями, емболізація селезінкової артерії в середній третині супроводжувалася селективною емболізацією лівої шлункової артерії 25-30 поролонними емболами. Після виконання втручання катетер видалявся з артеріального русла, на місце пункції накладалася стискальна пов'язка, протягом доби пацієнти дотримувалися строгого ліжкового режиму і одержували консервативну та інфузійну терапію в умовах ВРІТ. Всім пацієнтам призначали антибіотики широкого спектра дії з профілактичною метою протягом не менше 7 діб після втручання.

Результати досліджень та їх обговорення.

Всі пацієнти досить добре перенесли емболізацію. З місцевих ускладнень ми спостерігали лише невеликі підшкірні гематоми у ділянці пункції стегнової артерії у 9 хворих. У всіх пацієнтів післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень.

При використанні "хронічної" емболізації больовий синдром у всіх досліджуваних був виражений помірно, лише в 4 випадках мало місце одноразове застосування наркотичних анальгетиків. Протягом тижня після втручання у всіх пацієнтів була лихоманка від 38,4 до 37,2 °С, потім температура тіла стабілізувалася на нормальних значеннях. Показники периферичної крові в ранньому післяопераційному періоді змінилися незначно, поліцитемії не спостерігали. Проте, вже протягом місяця з часу емболізації показники крові значно поліпшилися, досягаючи субнормальних величин. Через 2 місяці у всіх пацієнтів, які перенесли емболізацію селезінкової артерії, показники крові були в межах норми або на субнормальному рівні. У всіх хворих при ФЕГС і рентгеноконтрастному дослідженні стравоходу відзначали зниження ступеня варикозного розширення вен на один рівень. При контрольному УЗ дослідженні відмічено зменшення розмірів селезінки у 18 хворих на третину, а у 3 на половину від вихідних даних. У 15 випадках відмічена стабілізація циротичного процесу з відсутністю асцити, наявного до емболізації. У 6 пацієнтів динаміка розвитку цирозу сповільнилася, проте спостерігали незначний асцит.

У всіх 4 пацієнтів, яких оперували через наростання клініки гострого холециститу, опе-

рацію розпочали лапароскопічно, проте через значну кровотечу з ложа жовчного міхура в 2 випадках ми були вимушені виконати конверсію. У 2 інших випадках гемостаз вдалося здійснити лапароскопічно. Післяопераційний період у цих пацієнтів перебігав досить важко. Всі хворі перебували у відділенні інтенсивної терапії від 3 до 4 діб. Всім пацієнтам, окрім інфузійної терапії, проводили вливання свіжо-замороженої плазми й альбуміну, у всіх тривалий час спостерігали припинення серозних і асцитичних виділень по дренажах з черевної порожнини. Час перебування в стаціонарі у цих пацієнтів складав не менше 10 діб.

Всім 17 пацієнтам, яким провели емболізацію селезінкової артерії до операції, була виконана лапароскопічна холецистектомія. Операції здійснені стандартно, інтраопераційних ускладнень не спостерігали. Дренажі з черевної порожнини у всіх хворих видаляли на другу добу внаслідок відсутності виділень. Виписували із стаціонару хворих на 3-4 добу після операції.

Висновки. Перший досвід застосування ендovasкулярних втручань у комплексному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу в поєднанні з цирозом дав вельми обнадійливі результати. Ендovasкулярна емболізація селезінкової артерії не супроводжується великою кількістю ускладнень, а корекція явищ гіперспленізму і нормалізація картини крові також приводить до поліпшення стану пацієнтів, підвищення чутливості печінки до медикаментозної терапії. Після проведення емболізації значно зменшується кількість інтра- і післяопераційних ускладнень, гладко перебігає післяопераційний період. Таким чином, ендovasкулярні втручання в комплексному лікуванні жовчнокам'яної хвороби в поєднанні з цирозом печінки мають значну кількість позитивних моментів і дозволяють поліпшити результати лікування в цілому. Ми вважаємо за необхідне подальше накопичення досвіду подібних операцій з метою підвищення ефективності лікування хворих з поєднанням цих двох складних і небезпечних захворювань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Никишин Л.Ф., Попик М.П. Клинические лекции по рентгеноэндovasкулярной хирургии.- Львов: Кобзар, 1996.-186с.
2. Рабкин И.Х., Матевосов А.Л., Готман Л.Н. Рентгеноэндovasкулярная хирургия. - М.: Медицина, 1987. - 416 с.
3. Schiff J., Mirsa M., Rendon G., Royhschild J. et al.

- Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients // Surg. Endosc. - 2005. - Vol. 19, № 9. - P. 1278-1281.
4. Lau H., Lo C. Y., Patil N. G., Yuen W. K. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. A metaanalysis // Surg. Endosc. - 2006. - Vol. 20, № 1. - P. 82-87.

УДК 616.37-002.2-07:616.37-008

Міні-інвазивні технології в хірургічному лікуванні ускладнень некротичного панкреатиту

Л.Я. КОВАЛЬЧУК, І.Я. ДЗЮБАНОВСЬКИЙ, Р.В. СВИСТУН, К.Г. ПОЛЯЦКО

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

MINIINVASIVE TECHNOLOGIES IN SURGICAL MEDICAL TREATMENT OF COMPLICATIONS OF NECROTIC PANCREATITIS

L.YA. KOVALCHUK, I.YA. DZUBANOVSKY, R.V. SVYSTUN, K.H. POLYATSKO

Ternopil State Medical University I.Ya. Horbachevsky

Проаналізовано результати лікування 135 хворих на гострий некротичний панкреатит. У 42 хворих використано міні-інвазивні, багатоступінчасті оперативні втручання при наявності рідинних утворів і гнійного парапанкреатиту з врахуванням топографо-анатомічних особливостей заочеревинного простору в комплексі хірургічного лікування. Використання міні-інвазивних багатоступінчастих операційних втручань у спектрі хірургічного лікування ускладнень некротичного панкреатиту дозволило знизити рівень післяопераційної летальності з 31,3 до 19,1 %.

The results of medical treatment of 135 patients with acute necrotic pancreatitis were analyzed. In 42 patients were used miniinvasive, multistage operative interferences at presence of liquid formations and purulent parapancreatitis taking into account the anatomic features of extra-peritoneal space in the complex of surgical treatment. The use of miniinvasive multistage operative interferences in the spectrum of operative medical treatment of complications of necrotic pancreatitis allowed to lower the level of postoperation mortality from 31,3 % to 19,1 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини гострий панкреатит займає особливе місце за своєю природою і тяжкістю страждань хворих. За останні 25-30 років захворюваність на гострий панкреатит зростає у 10-15 разів і посідає третє місце в структурі гострої хірургічної патології [1, 6, 7]. Попри певні успіхи у лікуванні, високою залишається летальність, яка складає 4-19 %, а при деструктивних, особливо тяжких формах - 20-80 % [3, 4]. Суттєво збільшилися можливості діагностики гострого панкреатиту з появою ультразвукових і комп'ютерних діагностичних технологій. Протягом останніх 25 років стався технологічний прорив у лікуванні ускладнень некротичного панкреатиту, пов'язаний з розвитком сучасних міні-інвазивних операційних технологій [4, 6]. Якщо "ранню" смертність від ендотоксичного шоку і ферментемії завдяки сучасній реанімаційній допомозі вдалося помітно знизити, то

це автоматично призвело до зростання числа хворих з абдомінальним сепсисом на ґрунті некротичного панкреатиту та парапанкреатиту, основними причинами смерті яких є пізній ендотоксичний шок і поліорганна недостатність. У хворих із стерильним панкреонекрозом методом вибору є консервативна тактика лікування. У випадку гнійно-септичних ускладнень виникає необхідність операційного лікування, що на сучасному етапі у більшості авторів не викликає дискусій [1, 5, 6]. Однак невирішеним залишається ряд питань: як визначити доцільність та ефективність евакуації рідинних обмежених та необмежених утворів на першій і другій стадіях захворювання, а також виявити у хворого ознаки інфікування некрозу; як визначити оптимальний термін, що дозволить видалити максимальний об'єм некротичних тканин з найменшою травматичністю; яке оперативне втручання буде найбільш адекватним у даній конкретній клінічній ситуації - одночасна масивна відкри-

та некрсеквестректомія чи багатоетапна міні-інвазивна ліквідація вогнищ деструкції [4, 6].

Мета роботи: оцінка ефективності застосування міні-інвазивних операційних технологій на етапах лікування хворих із некротичним панкреатитом.

Матеріали і методи. Діагностика захворювання та його ускладнень базувалася на клінічних проявах, біохімічних даних, результатах УЗД і лапароскопії, комп'ютерної томографії, інтраопераційних знахідках під час діагностичної лапаротомії і автопсії.

З метою оптимізації міні-інвазивних доступів для дренивання гнійних парапанкреатитів нами враховувалися топографічні особливості за Г.Г. Стромбергом. Для оцінки ураження заочеревинної клітковини нами була розроблена схема, що відображає топографічні особливості поширення гнійного парапанкреатиту.

УЗД-критеріями ураження парапанкреатичного клітковинного простору з поширенням у правий чи лівий позадуободові відділи є наявність гіпоехогенних неоднорідних утворів без чітких контурів, що розміщені попереду нирки. УЗД-критеріями ураження парапанкреатичного клітковинного простору з поширенням у власне заочеревинний клітковинний простір є розміщення аналогічних патологічних утворів позаду нирки. Візуальними орієнтирами для доступу в парапанкреатичний простір є очеревина і передня поверхня нирки, а власне заочеревинного простору - фасціальне ложе м'язів.

Міні-інвазивні втручання включали:

- ехоконтрольовану пункцію рідинних утворів сальникової сумки з подальшим одномоментним видаленням рідини або бужуванням і подальшим дрениванням порожнини поліхлорвініловим дренажем;

- ехоконтрольований вхід у заочеревинний простір;

- ретроперитонеоскопію;

- міні-люмботомію з проникненням у ретроренальний або ретроперитонеальний простір з елементами відеоасистенції та контрольованої некрсеквестректомії;

- при формуванні масивних секвестрів виконували їх видалення з елементами відео-

асистенції і міні-доступів у проекції зони максимального ураження з врахуванням топографо-анатомічних особливостей і УЗД-критеріїв кожного хворого індивідуально;

- лапароскопічні діагностично-санаційні втручання.

Результати досліджень та їх обговорення.

Протягом 10 років із 1997 до 2006 р. на лікуванні з приводу некротичного панкреатиту в клініці хірургії перебували 135 хворих. Залежно від тактичних підходів до хірургічного лікування хворих розподілено на 2 групи. Перша група - хворі, що знаходилися на лікуванні з 1997 до 2000 р., і друга група, відповідно, з 2001 до 2006 р. В другій групі в спектрі хірургічних втручань переважав міні-інвазивний підхід. Серед ускладнень некротичного панкреатиту ферментативний перитоніт мав місце у 62 (45,9 %) хворих, ізольовані парапанкреатичні рідинні утвори - у 32 (23,7 %) хворих, інфільтрація парапанкреатичної жирової клітковини, в тому числі з утворенням секвестрів (парапанкреатит), - у 129 (95,6 %) хворих.

Стерильний панкреонекроз відзначено у 31 (57,4 %) хворого I групи і 43 (53,1 %) хворих II групи. Інфікований панкреонекроз мав місце, відповідно, у 23 (42,6 %) хворих I і 38 (46,9 %) хворих II групи.

Консервативна терапія проводилася до виникнення явних ознак гнійних ускладнень деструктивного панкреатиту. За даними літератури [3,4] і власними спостереженнями, серед основних ознак інфікування панкреонекрозу виділяємо:

1. Прогресування клініко-лабораторних показників гострого запалення на третьому тижні захворювання на гострий деструктивний панкреатит в комплексі з підвищенням концентрації фібриногену в 2 і більше разів і підвищені показники С-реактивного білка.

2. Наявні КТ, УЗД-ознаки прогресування секвестрації із збільшенням рідинних утворів із неоднорідним вмістом, наявність пухирців газу.

3. Позитивні результати бакпосіву з пунктів за допомогою тонкоголкової пункції.

У 4 (12,5 %) хворих I групи і 19 (45,2 %) хворих II групи виконані міні-інвазивні операційні втручання. У 17 (40,5 %) хворих II групи було проведено етапне хірургічне ліку-

вання, що включало використання міні-інвазивних операцій і відкритих операційних втручань. Виключно відкриті операції мали місце у 28 (87,5 %) хворих I групи і лише у 6 (14,3 %) хворих II групи (табл. 1).

При сумнівах у діагностиці і з метою ліквідації асцит-перитоніту проводили лапароскопічні діагностично-санаційні втручання. У 10 (23,8 %) хворих проведено евакуацію

вмісту черевної порожнини з дренуванням (впродовж 1-2 діб), у 6 (14,3 %) хворих - без дренування. У 4 (9,5 %) хворих було проведено розкриття очеревини по лівому флангу і в ділянці кореня брижі з метою дренування заочеревинної клітковини на фоні вираженого набряку, що у 3 випадках, на нашу думку, посприяло абортивному перебігу панкреатиту.

Таблиця 1. Результати лікування хворих на некротичний панкреатит

Період спостереження, роки	Дестр. форма	Конс. терапія	Опер. лікув.	Міні-інвазивні	Міні-інвазивні + відкриті	Відкриті	П/о летальність
I 1997-2000	54	22	32	4 (0)	-	28 (10)	31,3%
II 2001-2006	81	39	42	19 (1)	17 (4)	6 (3)	19,1%

Примітка. В дужках позначено кількість померлих хворих.

При сумнівах в інфікуванні панкреонекрозу оперативному втручання передувала тонкогolgкова пункція. Ехоконтрольована пункція рідинних утворів сальникової сумки з подальшим одномоментним видаленням рідини проведена у 8 (19,0 %) хворих; з бужуванням і подальшим дренуванням порожнини сальникової сумки поліхлорвініловим дренажем - у 4 (9,5 %) хворих. Помер 1 хворий за наростання ознак панкреатичного шоку.

Ехоконтрольований вхід у заочеревинний простір виконано у 6 хворих. Місцем проникнення, як правило, є ліва здухвинна ділянка. Після попереднього розрізу шкіри на 0,5-1 см троакар під контролем УЗД проводиться з низу до верху, спереду назад і досередини. Троакар повинен пройти крізь м'язи передньої черевної стінки під поперечною фасцією в передочеревинну клітковину без пошкодження очеревини.

Міні-люмботомія з проникненням в ретро-ренальний або ретроперитонеальний простори з елементами відеоасистенції та контрольованої некрсеквестрэктомії з налагодженням постійного проточного дренування виконана у 10 (23,8 %) хворих. У 2 хворих при наявності множинних рідинних утворів пункції виконано тричі з інтервалом в 2-3 доби. З них 1 хворий одужав, 1 помер від наростання поліорганної недостатності.

Ретроперитонеоскопію з верифікацією масивних секвестрів і виконанням міні-доступів для їх видалення в проекції зони макси-

мального ураження проведено у 8 хворих. В своїй практиці здійснюємо цю маніпуляцію за допомогою нефроскопа, оптичним середовищем якого є рідина, на відміну від лапароскопа. Технічний результат досягається шляхом пункції під контролем ультразвукового дослідження порожнини парапанкреатичного гнійника (рис.1) з проведенням евакуації вмісту гнійника і подальшим введенням провідника для бужів, що створюють передумови для вста-

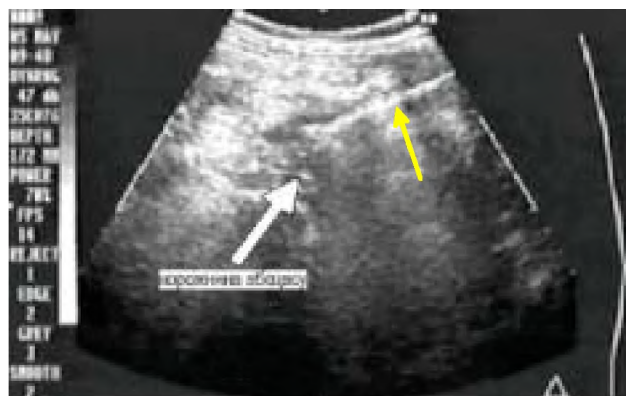


Рис.1. Ехотомограма. Дренування порожнини гнійника під контролем УЗД. Стilet в порожнині гнійника (чорна стрілка).

новлення нефроскопа в порожнину гнійника. Далі проводиться ретроперитонеоскопія на фоні промивної системи, некрсеквестрэктомія під відеоспостереженням, що дає можливість видалення некротичних тканин із джерела під

візуальним контролем, з мінімальною операційною травмою для хворого (рис. 2).

У 3 хворих виконано по 3 операції, у 6 хворих - по 2 операції. В другій групі померло 8 хворих, з них один внаслідок ерозивної кровотечі, три хворих - від наростання поліорганної недостатності, чотири - від септичного шоку.



Рис.2. Відеосистему введено в заочеревинну гнійно-некротичну порожнину.

Міні-інвазивні операційні втручання дозволяють швидко зменшити ознаки інтоксикації, що сприятиме в подальшому виконанню більш радикальних в плані видалення некротичних тканин операційних втручань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Саенко В.Ф., Десятирик В.И., Перцева Т.А., Кривицкий Ю.М., Шаповалюк В.В. Сепсис и нозокомиальная инфекция. - Кривий Ріг: Мінерал, 2002. - 226 с.
2. Бобров О.Є., Ткаченко О.О., Семенюк Ю.С., Мендель М.А. Панкреатологія на роздоріжжі // Шпитальна хірургія. - 2002. - №1. - С.123-132.
3. Толстой А.Д., Панов В.П., Захарова С.П., Бекбауов С.А. Шок при остром панкреатите. - СПб.: Изд-во "Скиф", 2004. - 64 с.
4. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В.

При їх використанні, на нашу думку, травматизація тканин менша порівняно з традиційними, висока асептичність, мінімальний вплив на функціональний стан кишки, що в цілому знижує ймовірність ініціювання ендотоксичного шоку. Запропонований підхід, в якому етапні міні-інвазивні втручання поєднують з традиційними відкритими операціями, дозволяє мінімізувати втрати хворих за рахунок перевищення операційного ризику і сприяння абортівному перебігу хвороби та знизити післяопераційну летальність у досліджуваній групі хворих на 12,2% порівняно з контрольною групою.

Висновки. 1. Використання пункційного черезшкірного дренивання рідинних утворів при некротичному панкреатиті дозволяє зменшити рівень ендотоксикозу і сприяє абортівному перебігу захворювання.

2. В стадії секвестрації панкреонекрозу міні-інвазивні оперативні втручання дозволяють знизити ймовірність виникнення пізнього ендотоксичного шоку, а у випадку стерильного некрозу дозволяють мінімізувати ймовірність інфікування некротизованих тканин.

3. Використання міні-інвазивних багатетапних оперативних втручань в комплексі операційного лікування ускладнень некротичного панкреатиту дозволило знизити рівень післяопераційної летальності з 31,3 до 19,1%.

- Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. - М.: ООО "БИНОМ-Пресс", 2004. - 304 с.
5. Кригер А.Г. Лечение панкреонекроза с поражением брюшинной клетчатки // Хирургия. - 2004. - №2. - С.18-22.
 6. Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. - М.: Медпресс-информ, 2003. - 224 с.
 7. Bone R.C., Balk R.A. American College of Chest Physicians / Society of Critical Care Medicine Consensus Conference. - 1992. - Vol. 20(6). - P. 847-867.

Причини та частота гострого післяопераційного панкреатиту в міні-інвазивній хірургії біліарної системи

М.Ю. НИЧИТАЙЛО, П.В. ОГОРОДНИК, О.О. ПІДМУРНЯК

Інститут хірургії і трансплантології АМН України, м. Київ

REASONS AND FREQUENCY OF ACUTE POSTOPERATION PANCREATITIS IN MINIINVASIVE SURGERY OF BILIARY SYSTEM

M.YU. NYCHYTAYLO, P.V. OHORODNYK, O.O. PIDMURNYAK

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine, Kyiv

Досліджені у 2423 хворих результати виконання міні-інвазивних лапароскопічних і транспапільярних ендоскопічних втручань (ЕТПВ), з ендобіліарними маніпуляціями. Гострий панкреатит в ранньому післяопераційному періоді виник у 165 хворих, що становить 6,8 % від загального числа оперованих.

The results of miniinvasive laparoscopic and endoscopic papillosphincterotomy with subsequent endobiliary interventions in 2423 patients were studied up. Acute postoperative pancreatitis had occurred in 165 (6,8 %) patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Впровадження в хірургію сучасних міні-інвазивних методик привело до суттєвої зміни об'єму та методів оперативного лікування захворювань органів гепатобіліарної системи та до зміни характеру післяопераційних ускладнень [1, 2, 5]. За даними різних авторів [3, 4, 8], частота виявлення гострого післяопераційного панкреатиту (ГПП) після ендоскопічних транспапільярних втручань (ЕТПВ) на жовчних протоках коливається від 0,5 до 12,2 %, а після лапароскопічних від 0,07 до 1,2 % [6, 7].

Мета нашої роботи - вивчення факторів ризику та причин розвитку ГПП після міні-інвазивних лапароскопічних та ендоскопічних транспапільярних операцій на жовчних протоках.

Матеріали і методи. Обстежено 2423 хворих, що перенесли лапароскопічні та ЕТПВ з приводу непухлинної патології жовчовивідної системи. За допомогою розробленого в клініці

діагностичного алгоритму діагноз холедохолітіазу вперше був встановлений у 1280 обстежених пацієнтів. Хірургічне лікування із застосуванням відеоендоскопічних оперативних технологій було виконано 1143 хворим, які раніше перенесли операції на позапечінкових жовчних протоках (ПЖП).

При умовах низької ефективності УЗД та наявності непрямих ознак захворювання ПЖП і великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК) проводили фібродуоденоскопію (ФДС) і селективну ендоскопічну ретроградну холангіографію (ЕРХГ), яку вважаємо обов'язковою в діагностиці та передопераційній корекції захворювань ВСДК і жовчних проток.

Залежно від тактики хірургічного лікування хворі з ускладненими формами жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) були поділені на три групи.

У 1023 (42,2 %) хворих (1-ша група) першим етапом (після ЕРХГ) виконували ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ) з необхідними транспапільярними ендобіліарними маніпуляціями, а через 1-2 доби - лапароскоп-

ічну холецистектомію (ЛХЕ), яку проводили на відеолапароскопічній стійці фірми "Олімпус" (Японія).

У 302 (12,5 %) хворих (2-га група) виконувались лапароскопічна експлорація загальної жовчної протоки (ЗЖП) та холецистектомія. Експлорацію виконали у 223 хворих, через куксу міхурової протоки з її розсіченням - у 86, та шляхом виконання супрадуоденальної холедохотомії (СДХТ) - у 79. Використовували фіброоптичний холедоскоп (Olympus P20) діаметром 4,9 мм з робочим каналом діаметром 2,2 мм.

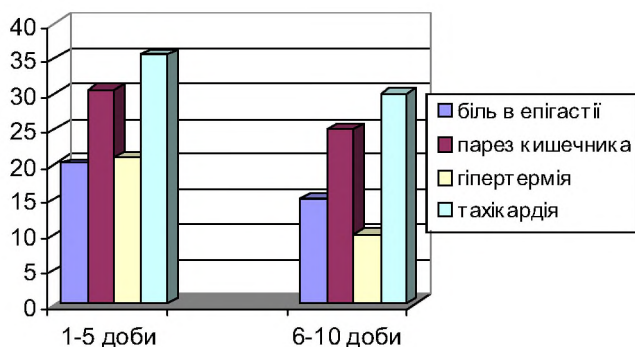
У 1098 (45,3 %) хворих (3-тя група) виконувались тільки ендоскопічні транспапілярні втручання. Основну частину даної групи склали хворі з постхолецистектомічним синдромом (ПХЕС), в розвитку якого одне з перших місць займає не діагностований і не ліквідований під час холецистектомії холедохолітіаз.

Гострий панкреатит в ранньому післяопераційному періоді у трьох групах хворих розвинувся у 165 пацієнтів, що дорівнює 6,8 % від загальної кількості лапароскопічних та ендоскопічних транспапілярних операцій.

Результати досліджень та їх обговорення.

У хворих з ГПП класичної клінічної картини гострого панкреатиту ми практично не спостерігали. Клінічні прояви ГПП у всіх групах хворих характеризувались бідністю та неспокійністю симптоматики. Симптоми, що найбільш часто зустрічались, наведені на діаграмі 1.

Важливим підтвердженням розвитку ГПП вважаємо достовірне і стійке підвищення активності амілази в крові, сечі або в рідині з черевної порожнини та прокальцитоніну сироватки



Діаграма 1. Симптоми, які найчастіше зустрічались

крові протягом перших 3-х діб після операції - у 98 (69,4 %). Якщо ці показники співпадають з клінічними симптомами ГПП та відповідними сонографічними змінами підшлункової залози, то діагноз цього ускладнення стає незаперечним.

Гострий післяопераційний панкреатит в 1-й групі хворих розвинувся у 59 пацієнтів, що склало 5,7 % оперованих двоетапним міні-інвазивним методом. Дану методику вважаємо основним стандартом в хірургічному лікуванні жовтяничної форми холедохолітіазу з клінічними ознаками гнійного холангіту і біліарної гіпертензії, яка, окрім високої ефективності, є найбільш оптимальним та логічним продовженням інструментального діагностичного алгоритму. Під час виконання ендоскопічного етапу у 10 % випадків після ЕПСТ спостерігалось самовільне відходження конкрементів, в інших 90 % випадків застосували транспапілярні втручання: літоекстракцію у 70,7 % хворих, механічну літотрипсію - у 21,9 %, назобілярне дренивання у 3,4 % випадків, ендобілярне дренивання у 4 %. Типова ЕПСТ була виконана у 808 (78,9 %). В умовах значного вісцероптозу, вклинених в ампулу ВСДК конкрементів, великого білясосочкового дивертикула маніпуляцію виконували атипово у 215 (21,1 %) хворих. У тому числі, із застосуванням попередньої діагностичної папілотомії та балонної дилатації ампули ВСДК у 188 (18,4 %) хворих і антеградно, під час лапароскопічної холецистектомії у 27 (2,7 %) хворих. Папілотом проводили в просвіт ЗЖП під контролем дуоденоскопа JF - IT40. Адекватність папілотомії оцінювали за внутрішнім розміром папілотомного отвору (табл. 1).

Найбільш часто ГПП розвинувся після транспапілярної літоекстракції конкрементів із ЗЖП та із використанням механічної літотрипсії, а також при балонній дилатації ампули ВСДК, після попередньої діагностичної папілотомії.

Хворі 2-ї групи (302 пацієнти), яким проводилась одноетапна лапароскопічна методика оперативного лікування холедохолітіазу, залежно від виду застосованого лікувально-діагностичного алгоритму були поділені на дві підгрупи.

В 1-шу підгрупу увійшли 169 хворих в яких, безсимптомний на догоспітальному етапі холе-

Таблиця 1. Частота ГПП у хворих 1-ї групи

Вид оперативного втручання	Число хворих на ГПП	Частота гіперамілаземії	Середня важкість та тяжка форми
Ендоскопічна папілосфінктеротомія із самовільним відходженням +ЛХЕ	3	2	-
Ендоскопічна папілосфінктеротомія з літоекстракцією + ЛХЕ	17	12	3
Ендоскопічна папілосфінктеротомія з механічною літотрипсією + ЛХЕ	12	9	1
Ендоскопічна папілотомія з балонною дилатацією ампули ВСДК + ЛХЕ	15	11	2
Ендоскопічна папілосфінктеротомія під час виконання ЛХЕ	6	3	-
Ендоскопічна папілосфінктеротомія із назобілярним дренажем + ЛХЕ	4	2	-
Ендоскопічна папілосфінктеротомія із ендобілярним дренажем + ЛХЕ	2	2	1
Всього	59 (5,7 %)	41 (4 %)	7 (0,7 %)

дохолітіаз діагностували під час виконання ЛХЕ після проведення інтраопераційної холангіографії (у 122 хворих), або холангіофіброскопії (у 47). У 134 хворих виконували черезміхурову експлорацію ЗЖП, у 35 - СДХТ.

В другу підгрупу увійшли 133 пацієнти, яким не вдалось ліквідувати холедохолітіаз за допомогою ендоскопічних ретроградних транспапілярних оперативних втручань. Сюди увійшли 88 пацієнтів з вперше виявленою ускладненою ЖКХ і 45 пацієнтів з резидуальним холедохолітіазом, яким раніше була виконана холецистектомія із лапаротомного доступу - у 32 і лапароскопічного - у 13. Всім 133 хворим перед операцією виконували ЕРХГ і при наявності конкрементів у ЗЖК проводили ЕПСТ, але транспапілярна літоекстракція, механічна та екстракорпоральна літотрипсія виявились невдалими. Багаточисленні спроби канюлювати ВСДК або бажання за будь-яку ціну виконати транспапілярну екстракцію конкрементів, безумовно, є найбільш небезпечними факторами ризику розвитку в післяопераційному періоді гострого панкреатиту.

Всім хворим цієї підгрупи виконували ЛХЕ, а також есплорацію ЗЖП з використанням череміхурового доступу - у 65 або СДХТ - у 68. Конверсія з лапароскопічного доступу в 2-й групі проведена у 10 (3,3 %) пацієнтів: у 5 - із синдромом Міріцці, у 2 - з хворобою Каролі, у 3 - в зв'язку з технічними труднощами, обумовленими спайковим процесом в черевній порожнині і утворенням білідигестивних норичь.

Інтраопераційні ускладнення виникли у 12 (3,9 %) хворих (у 7 - кровотеча, у 4 - пошкодження печінки, у 1 - електротравма дванадцятипалої кишки). Післяопераційні ускладнення відмітили у 25 (8,2 %) пацієнтів, в тому числі: гострий післяопераційний панкреатит у 11 хворих (3,6 %), підтікання жовчі по страховальному дренажу у 12 пацієнтів, запалення біляпупкової рани - у 6 хворих (табл. 2).

Найбільш часто ГПП розвинувся у хворих після ЛХЕ з приводу резидуального або рецидивного холедохолітіазу, особливо при літоексплорації через супрадуоденальний холедохотомний отвір із застосуванням зовнішнього

Таблиця 2. Частота ГПП у хворих 2-ї групи

Вид оперативного втручання	Частота ГПП	В тому числі після СДХТ	В тому числі з зовнішнім дренажем
Невдалі спроби транспапільярної екстракції конкрементів	1	-	-
ЛХЕ + лапароскопічна експлорація ЗЖП при вперше виявленій ускладненій ЖКХ	2	1	1
ЛХЕ + лапароскопічна експлорація ЗЖП після ЕРХГ	3	2	1
ЛХЕ + лапароскопічна експлорація ЗЖП при резидуальному холелітіазі	5	3	2
Всього	11 (3,6 %)	6 (1,9 %)	4 (1,3 %)

жовчного дренажу. Особливу увагу знову хочемо звернути на небезпеку багаточисленних спроб канюляції сосочка і впершого бажання досягти позитивного результату при транспапільярній експлорації ЗЖП, яке часто призводить до розвитку ГПП.

В третю групу увійшли 1098 хворих, у яких ендоскопічні транспапільярні втручання були єдиними і завершальними в хірургічному лікуванні холедохолітіазу. Післяопераційний панкреатит розвинувся у 95 хворих цієї групи, що склало 8,6 %.

У 2 хворих 3-ї групи ЕРХГ не вдалось виконати у зв'язку з перенесеними резекціями шлунка за Більрот-2. Основна частина пацієнтів 3-ї групи раніше була оперована на жовчних шляхах і поступила в клініку з приводу резидуального та рецидивного холедохолітіазу, ускладненого стенозуючим папілітом та гнійним холангітом, а також із тубулярним стенозом холедоха, як ускладнення хронічного індуративного панкреатиту.

В 88 % хворих цієї групи застосовували транспапільярні втручання: літоекстракція у 56,1 % хворих, механічна літотрипсія - у 44,9 %. Операцію закінчували назобіліарним дренажним у 13 % випадків, ендобіліарним - 14 %. Типово ЕПСТ була виконана у 78 % хворих, атипово у 22 % випадків. В тому числі, з використанням попередньої діагностичної папілотомії та балонної дилатації ампули у 17,5 % хворих, супрапапілярної холедохотомії у 2,3 % і антеградно, через зовнішній дренаж ЗЖП, що залишився з минулої операції у 1,2 % хворих. Папілотом в просвіт ЗЖП проводили під контролем дуоденоскопа JF - IT40. Загальний стан хворих в цій групі, порівняно з двома попередніми, був важчий, а запальні захворювання жовчних шляхів (гострий гнійний холангіт, стенозуючий папіліт, біліарна гіпертензія) вимагали тривалої декомпресії жовчовивідної системи за допомогою біліарних ендопротезів або назобіліарних зондів, що, в свою чергу, є важливим фактором ризику розвитку ГПП (табл. 3).

Таблиця 3. Частота ГПП у хворих 3-ї групи

Вид оперативного втручання	Частота ГПП	В тому числі при ТП експлорації ЗЖП	В тому числі при ендо- та назобіліарному дренажні
Безуспішна ЕРХГ	5	-	-
Діагностична ЕРХГ	9	-	2
ЕРХГ + діагностична ЕПСТ	31	23	12
ЕРХГ та лікувальна ЕПСТ	47	32	13
Антеградна черездренажна ЕПСТ	3	-	-
Всього	95 (8,6 %)	55 (5 %)	27 (2,45 %)

Як видно, найбільш часто ГПП в 3-й групі розвинувся у хворих, що перенесли ендоскопічну папілосфінктеротомію разом із транспапілярною літоекстракцією та санацією ЗЖП.

Висновки. 1. Гострий післяопераційний панкреатит є частим та непередбачуваним ускладненням ендоскопічних транспапілярних хірургічних операцій.

2. У зв'язку із важкістю своєчасної діагностики ГПП необхідно створити спеціальний

прогностичний алгоритм для ефективної профілактики цього ускладнення.

3. Міні-інвазивні лапароскопічні та ендоскопічні транспапілярні втручання на позапечінкових жовчних протоках необхідно виконувати в умовах спеціалізованих відділень досвідченими спеціалістами, що володіють методикою селективної канюляції та контрастування протокових систем гепатопанкреатодуоденальної зони.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А., Вишне夫斯基 В.А., Буриев И.М., Гаврилин А.В. Острый послеоперационный панкреатит (состояние проблемы в многопрофильном институте) // Экспериментальная и клиническая медицина. - 2004. - № 3. - С. 59-63.
2. Лупальцов В.И. Патогенетическое обоснование профилактических мероприятий при остром послеоперационном панкреатите // Клінічна хірургія. - 2004. - № 11-12. - С. 59.
3. Ничитайло М.Ю., Підмурняк О.О. Виникнення гострого панкреатиту після операцій на органах гастродуоденальної та панкреатобіліарної зон // Клінічна хірургія. - 2004. - № 11-12. - С. 76-77.
4. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Беляев В.В., Дейниченко А.Г. Современная тактика лечения холедохолитиаза // Клінічна хірургія. - 2006. - № 7. - С. 13-16.
5. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Беляев В.В., Дейниченко А.Г., Підмурняк А.А. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств // Клінічна хірургія. - 2006. - № 8. - С. 19-21.
6. Decker G., Borie F., Millat B. et al. One hundred laparoscopic choledochotomies with primary closure of the common bile duct // Surg. Endosc. - 2002. - Vol. 24. - P. 1291-1296.
7. Moreaux J. Traditional surgical management of common bile duct stones: A prospective study during a 20-year experience // Am. J. Surg. - 1995. - Vol. 169, № 2. - P. 220-226.
8. Tzovaras G., Shukla P., Kow L. et al. What are the risks of diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography? // Aust. N. I. J. Surg. - 2000. - Vol. 70. № 11. - P. 778-782.

Безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою

В.Г. МІШАЛОВ, С.М. ГОЙДА, І.І. ТЕСЛЮК, О.В. БАЛАБАН

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

DIRECT AND REMOTE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLELITHIC DISEASE

V.H. MISHALOV, S.M. HOYDA, I.I. TESLYUK, O.V. BALABAN

National Medical University by O.O. Bohomolets, Central City Clinical Hospital, Kyiv

В статті викладено результати виконання "традиційних", лапароскопічних і ендоскопічних транспапільярних оперативних втручань у пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ). Серед 846 пацієнтів, прооперованих з приводу даного захворювання, лапароскопічну холецистектомію виконали у 696 (82,3%), відкриту холецистектомію - в 150 (17,7%) випадках. У 114 (13,5%) пацієнтів з підозрою на патологію позапечінкових жовчних проток до операції проведена панкреатикохолангіографія з транспапільярними втручаннями. У 82 (9,7%) хворих відкрита холецистектомія супроводжувалась втручаннями на позапечінкових жовчних протоках. Незадовільні безпосередні результати лікування після лапароскопічних операцій спостерігали в 11 хворих, що склало 1,7%, після відкритих - в 9 пацієнтів, що становило 7,6%. Серед віддалених результатів незадовільні відзначені, відповідно, в 3 (3,1%) та 5 (15%) випадках. Середній термін перебування хворого в стаціонарі після лапароскопічних втручань становив $(5,6 \pm 1,7)$ діб, після операцій з використанням традиційного доступу - $(9,0 \pm 1,6)$ доби. Післяопераційна летальність склала 0,7% (6 пацієнтів). Переваги міні-інвазивних втручань у пацієнтів з ЖКХ полягають в скороченні строків перебування пацієнтів у стаціонарі, зменшенні кількості ускладнень, покращанні безпосередніх та віддалених результатів лікування.

The results of carrying out traditional, laparoscopic and endoscopic transpapillary operations in patients with cholelithic disease are described in the article. Among 846 patients operated due to this disease laparoscopic cholecystectomy was performed in 696 (82,3 %), open cholecystectomy in 150 (17,7 %) cases. In 114 (13,5 %) patients with suspicion on pathology of extrahepatic bileducts pancreaticocholangiography with transpapillary operations was carried out before the operation. In 82 (9,7 %) patients opened cholecystectomy was accompanied by operation on extrahepatic bileducts. Unsatisfactory spontaneous results of treatment after laparoscopic operations were observed in 11 patients (1,7 %), after open ones - in 9 patients (7,6 %). Among remote results unsatisfactory ones were marked in 3 (3,1 %) and 5 (15 %) cases accordingly. An average term of patients' staying in hospital after laparoscopic operations was $(5,6 \pm 1,7)$ days, after operations using traditional access $(9,0 \pm 1,6)$ days. Postoperative mortality was 0,7 % (6 patients). The advantages of miniinvasive operations in patients with cholelithic disease are shortening the terms of patients' staying in hospital, decrease the quantity of complications, improvement of spontaneous and remote results of treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Поширеність жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та велика кількість ускладнень і незадовільних результатів хірургічного лікування привертають увагу хірургів до цієї проблеми. Незважаючи на широке впровадження сучасних неінвазивних та міні-інвазивних методів діагностики біліарної патології: ультразвукове дослідження (УЗД), комп'ютерна томографія (КТ), ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія (ЕРХПГ), - частота ускладнених форм ЖКХ

не знижується. Це пов'язано з несвоєчасним лікуванням жовчнокам'яної хвороби, що зумовлено, насамперед, соціально-економічними факторами [1, 7].

Впровадження лапароскопічних та ендоскопічних транспапільярних оперативних втручань розширює можливості лікування пацієнтів з калькульозним холециститом, у тому числі ускладненого холедохолітіазом, холангітом і механічною жовтяницею [1,2]. Однак, до цього часу немає єдиної думки щодо доцільності застосування міні-інвазивних

втручань при лікуванні хворих з гострим деструктивним і ускладненим холециститом [4,5]. Перевагами лапароскопічного лікування є скорочення строків перебування у стаціонарі, терміну соціальної та медичної реабілітації пацієнтів з гострим холециститом [3,8]. Основними аргументами прибічників відкритих втручань є неможливість проведення інтраопераційної ревізії жовчних проток, високий ризик ятрогенних пошкоджень, неможливість адекватної санації підпечінкового простору [5,6].

Завдання. 1. Провести аналіз безпосередніх та віддалених результатів лікування пацієнтів з ЖКХ. Встановити причини незадовільних результатів лікування.

2. Розробити комплекс практичних рекомендацій для профілактики ускладнень та покращання результатів лікування пацієнтів з ЖКХ.

Матеріали і методи. Проведено аналіз безпосередніх результатів оперативних втручань у 846 пацієнтів з ЖКХ, які перебували на лікуванні в хірургічному відділенні Центральної міської клінічної лікарні - клінічній базі кафедри госпітальної хірургії №2 з курсом грудної та судинної хірургії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця, за період від 2001 по жовтень 2006 року. Крім того, вивчені віддалені результати хірургічного лікування в 144 пацієнтів у термін від 1 до 4 років після виконання операції. Вік хворих знаходився в межах від 17 до 91 року і в середньому склав ($53 \pm 4,6$) року. Жінок було 724, що складало переважну більшість (85,6%); чоловіків - 122 (14,4%). Гострий холецистит діагностовано в 274 (32,4%) пацієнтів, наявність хронічного холециститу встановлена в 572 (67,6%) хворих. Супровідна патологія виявлена у 621 (73,4%) хворого. В пацієнтів похилого та старечого віку, зазвичай, виявлялись хронічні захворювання декількох систем.

Операції проводили після попереднього обстеження пацієнтів, яке включало: лабораторне обстеження, УЗД органів черевної порожнини, фіброгастроуденоскопію, електрокардіографію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки та органів черевної порожнини. При розширенні (за даними УЗД) жовчних проток, клінічних ознаках біліарної

гіпертензії чи холангіту, наявності в анамнезі або на момент госпіталізації жовтяниць, - пацієнтам виконувалась ЕРХПГ, а при неможливості її проведення - комп'ютерна томографія ОЧП.

Пацієнти були поділені на чотири групи. Першу групу склали 582 (68,8%) хворих, яким проводилась лапароскопічна холецистектомія. У другій групі 114 (13,5%) пацієнтам лапароскопічну холецистектомію проведено після попередньої ЕРХПГ та ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ). У третій групі 68 (8%) хворим здійснено відкриту холецистектомію. 82 (9,7%) пацієнтам з ЖКХ проведено відкриту холецистектомію з втручаннями на позапечінкових протоках.

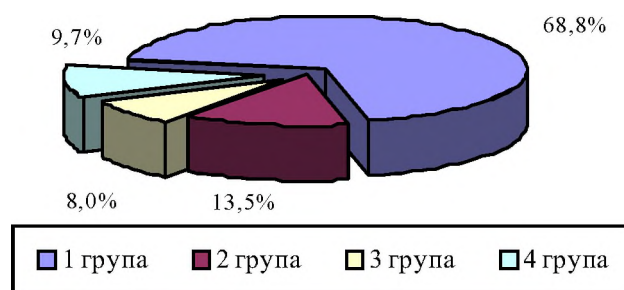


Рис. 1. Розподіл хворих з ЖКХ залежно від методу лікування (n = 846).

Лапароскопічна холецистектомія проводилась пацієнтам без протипоказань, в яких під час дообстеження не було виявлено патології жовчних проток та фатерового сосочка. ЕРХПГ та при необхідності ЕПСТ перед проведенням лапароскопічного оперативного втручання здійснювалась хворим з підозрою на холедохолітиаз та стенозуючий папіліт. Відкриті операції проводились пацієнтам при деструктивних холециститах з ознаками перитоніту, при необхідності проведення симультанних операцій, за умови наявності протипоказань та при відмові пацієнта від лапароскопічного втручання. Втручання на позапечінкових протоках здійснювали у випадках верифікованого холедохолітиазу при неможливості його транспапілярного усунення та при підозрі на патологію жовчних проток та фатерового сосочка.

Результати досліджень та їх обговорення. Пацієнтам 1 групи оперативне втручання роз-

починали з діагностичної лапароскопії. Інтраопераційно проводили ретельну ревізію органів черевної порожнини, приділяли особливу увагу виявленню супровідної патології, ідентифікації структур печінково-дванадцятипалої зв'язки. Визначали наявність і характер інфільтрату в ділянці жовчного міхура, випоту в черевній порожнині.

В 34 випадках (4%) здійснено перехід до лапаротомії відразу ж після діагностичної лапароскопії. Причинами вибору відкритого способу операції були: дифузний і розлитий гнійно-фібринозний перитоніт, виявлений щільний інфільтрат в ділянці жовчного міхура, підозра на пухлину ободової кишки. Ці випадки нами віднесені до 3 і 4 групи. В двох випадках у пацієнтів з штучним водієм ритму ЛХ виконували без застосування коагулятора. Гемостазу досягали шляхом ретельного виділення і кліпування судин, тимчасового тампонування ложа жовчного міхура. В п'яти пацієнтів (0,6%) з холедохолітазом, яким не проводилась ЕРХПГ, провели лапароскопічну холедохолітотомію з наступним дренажуванням загальної жовчної протоки за Кером. Більшість втручань (818 - 96,7%) закінчували постановкою дренажу в підпечінковий простір. Правильне встановлення дренажу забезпечувало евакуацію залишків промивних вод та ексудату. Для забезпечення адекватного відтоку дренаж двічі на добу промивали 20-50 мл розчину метрогілу.

В 17 (2%) випадках у пацієнтів першої групи був здійснений перехід від лапароскопічної до відкритої холецистектомії. Конверсія була обумовлена кровотечею (11 пацієнтів) і підозрою на пухлину жовчного міхура (6 хворих). В 5 випадках (0,9%) в післяопераційному періоді було діагностовано ятрогенне пошкодження позапечінкових жовчних проток. В двох пацієнтів з частково кліпованою загальною жовчною протокою кліпса була видалена під час повторного лапароскопічного втручання. В двох хворих при електропошкодженні стінки холедоха та в однієї хворої після кліпування загальної печінкової протоки були проведені повторні оперативні втручання: лапаротомія, накладання гепатикоєюноанастомозу на петлі тонкої кишки, виключеній за Roux. Середній термін перебування хворого в стаціонарі після

лапароскопічних втручань становив $5,4 \pm 1,8$ діб.

У 114 (13,5%) хворих 2 групи виконання лапароскопічної холецистектомії було другим етапом після ендоскопічної папілосфінктеротомії і видалення конкрементів загальної жовчної протоки. Холедохолітаз діагностовано в 71 пацієнта, що склало 8,4%. У всіх випадках після ЕПСТ проведено транспапілярне видалення конкрементів. Перебування хворих 2 групи в стаціонарі склало $(6,4 \pm 1,4)$ доби

Пацієнтам 3 групи (68 - 8%) відкрите оперативне втручання проводили, здебільшого, з приводу гострого холециститу. Інтраопераційна ревізія не дала інформації про наявність ускладнень чи супровідної патології з боку позапечінкових жовчних проток. Операцію закінчували дренажуванням підпечінкового простору. Середній термін перебування хворих 3 групи в стаціонарі становив $(8,8 \pm 1,9)$ діб. У 82 (9,7%) випадках пацієнтам під час відкритої операції після проведення інструментальної ревізії було виявлено супровідні захворювання та ускладнення з боку жовчних проток та фатерового сосочка: холедохолітаз, стенозуючий папіліт, синдром Міріззі, гнійний холангіт. Інтраопераційно, після холецистектомії, проводилось видалення конкрементів холедоха, санація протокової системи, балонна дилатація фатерового сосочка. В 9 (1,1%) випадках у пацієнтів похилого віку провели холедоходуоденостомію. У 19 (2,2%) пацієнтів з холедохолітазом без ознак холангіту втручання закінчували ушиванням холедохотомного розтину. 54 (6,4%) хворим було проведено зовнішнє дренажування позапечінкових жовчних проток. Перебування хворих 4 групи в стаціонарі склало $(9,2 \pm 1,4)$ доби.

Попередження гнійних післяопераційних ускладнень всім пацієнтам проводили шляхом ретельного інтраопераційного гемостазу з наступним контролем, призначенням антибіотиків. Використовували цефалоспорины II - III покоління: кетоцеф, цефтріаксон, фортум, цефобід.

Безпосередні результати лікування оцінювали, враховуючи ефективність того або іншого способу, кількість і характер інтраопераційних та ранніх післяопераційних ускладнень. Добрими результатами лікування вважалися ті випадки, коли досягали усунення основної

та корекцію супровідної патології, коли під час операції не спостерігалися ускладнення, які впливали на обсяг або тривалість втручання, а перебіг післяопераційного періоду не супроводжувався ускладненнями, які збільшували термін стаціонарного лікування хворих.

Випадки, коли у пацієнтів під час операції або у ранньому післяопераційному періоді виникали ускладнення, відносили до задовільних результатів лікування. Корекцію цих усклад-

нень та їх наслідків вдавалося провести консервативними заходами; не збільшувалися або незначно подовжувалися терміни стаціонарного лікування.

Незадовільними результатами лікування вважали ті випадки, коли під час операції або в ранньому післяопераційному періоді виникали серйозні ускладнення, які потребували повторних операцій або значно подовжували терміни стаціонарного лікування хворих.

Таблиця 1. Безпосередні результати лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою

Групи пацієнтів	Добрі результати	Задовільні результати	Незадовільні результати
1 група пацієнтів (n= 582)	541	32	9
2 група пацієнтів (n= 114)	101	11	2
3 група пацієнтів (n= 68)	54	10	4
4 група пацієнтів (n= 82)	65	12	5
Всього (n= 846)	761	65	20

Отримані безпосередні результати лікування наведені в таблиці 1. Виходячи з отриманих даних, слід відзначити, що хороші результати лікування частіше відслідковуються в першій та другій групах пацієнтів, в яких для лікування ЖКХ використовували міні-інвазивні втручання. Результати дослідження, тим не менше, статистично недостовірні через неоднорідність груп хворих. Ілюстраційне відображення викладеного наведено на рисунку 2.

Оцінку віддалених результатів проводили за підсумками анкетування та клінічного обстеження у термін від 1 до 4 років після перенесеної операції. На анкетне опитування відповіли 144 пацієнти: 89 (61,8%) з першої групи,

22 (15,3%) з другої групи, 10 (6,9%) з третьої і 23 (16%) з 4-ї. В анкетному опитуванні звертали увагу на ознаки, найхарактерніші для хворих після перенесених оперативних втручань, які в основному формують суб'єктивну оцінку якості життя: астеничний та больовий синдром, ознаки біліарної гіпертензії, наявність диспепсії, зовнішніх нориць, гризових дефектів черевної стінки. Повністю не мали скарг і почували себе задовільно 112 (77,8%) опитаних. Результати лікування цих хворих на післяопераційний холедохолітиаз вважали добрими.

Хворих, які в пізні терміни після усунення холедохолітазу мали скарги, обстежили в умовах стаціонару. У випадках, коли консервативна терапія мала позитивний ефект, або виявлена патологія не була пов'язана з операцією, результати лікування вважали задовільними. Таких пацієнтів було 24. При виявленні патології, яка була наслідком попередніх втручань та потребувала проведення повторної операції, результат вважали незадовільним. Його відмічено у 8 випадках. Отримані віддалені результати лікування наведені в таблиці 2.

Незадовільні результати в 1 групі обумовлені наявністю в одному випадку резидуального холедохолітазу, в іншому випадку – післяопераційною грижею в ділянці параумбілікального порту. В одного пацієнта 2 групи відзначено рестеноз великого сосочка дванадцятипалої кишки. У чотирьох хворих 3 та 4 групи діагностовані після-

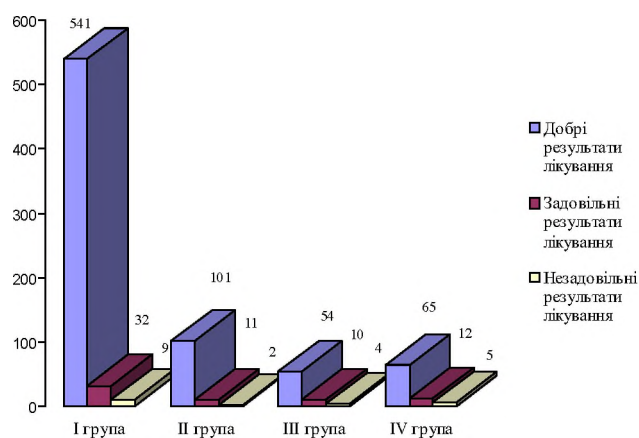


Рис. 2. Безпосередні результати лікування пацієнтів з ЖКХ

Таблиця 2. Віддалені результати лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою

Групи пацієнтів	Добрі результати	Задовільні результати	Незадовільні результати
1 група пацієнтів (n= 89)	78	9	2
2 група пацієнтів (n= 22)	18	3	1
3 група пацієнтів (n= 10)	5	3	2
4 група пацієнтів (n= 23)	11	9	3
Всього (n= 144)	112	24	8

пераційні вентральні грижі. В однієї пацієнтки 4 групи виявлена гнійна норича.

Ілюстраційне відображення викладеного наведено на рисунку 3.

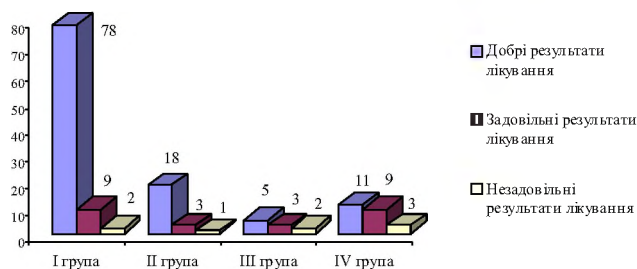


Рис.3. Віддалені результати лікування пацієнтів з ЖКХ

Післяопераційна летальність склала 0,7% (6 пацієнтів). Серед прооперованих одна пацієнтка померла внаслідок розвитку гострого біліарного панкреатиту і панкреонекрозу; в одного хворого був повторний інфаркт міокарда. Одна пацієнтка померла внаслідок наростаючих явищ поліорганної недостатності, які виникли на фоні деструктивного холецис-

титу і розлитого гнійного перитоніту. Ще в двох випадках причиною смерті була гостра серцево-судинна недостатність.

Висновки. 1. Незадовільні безпосередні результати лікування пацієнтів з ЖКХ міні-інвазивними способами (1 і 2 групи) відзначені в 11 хворих, що склало 1,7%. При відкритих втручаннях (3 та 4 групи) незадовільні результати в ранньому післяопераційному періоді спостерігались в 9 випадках, що становило 7,6%. Термін перебування в стаціонарі в пацієнтів 1 і 2 групи складав ($5,6 \pm 1,7$) діб, в хворих 3 і 4 групи становив ($9,0 \pm 1,6$) діб.

2. Віддалені результати лікування в хворих 1 та 2 групи визнані незадовільними в 3 випадках (3,1%). В пацієнтів 3 та 4 групи незадовільні результати відзначені в 5 випадках (15%).

3. Переваги міні-інвазивних втручань в пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою полягають в скороченні строків перебування пацієнтів у стаціонарі, зменшенні кількості ускладнень, покращанні безпосередніх та віддалених результатів лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гепатобилиарная хирургия. Специальная литература / А.П. Еременко, Н.А. Майстренко, А.И. Нечай и др. - С.-Пб.-1999. - 268 с.
2. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеозондоскопические операции в хирургии и гинекологии. -К.; Здоров'я, 2000.-304 с.
3. Захараш М.П., Кучер Н.Д., Захараш Ю.М. Рациональная техника лапароскопической холецистэктомии как способ профилактики интра- и послеоперационных осложнений // Эндоскопическая хирургия. - 1999. - Т.5, №2. - С. 22-23.
4. Захараш М.П., Сімендяй М.І., Захараш Ю.М. Чи є пріоритетною активна вичікувальна тактика при гострому холециститі // Шпитальна хірургія. - 2001. - №2, -С. 47-49.

5. Клименко Г.А. Холедохолитиаз (диагностика и оперативное лечение). - М.: Медицина, 2000. - 224 с.
6. Лапароскопична хірургія жовчних шляхів / Л.Я. Ковальчук, В.М. Поліщук, М.Ю. Ничитайло та ін. - Тернопіль-Рівне: Вертекс, 1997. - 155 с.
7. Ничитайло М.Е., Дяченко В.В., Литвиненко А.В. Уроки лапароскопической холецистэктомии (обобщение опыта) // Клиническая хирургия. - 2001. - №10. - С. 6-9.
8. Особливості проведення лапароскопічних втручань при гострому деструктивному холециститі у пацієнтів з супровідною патологією /В.Г.Мішалов, С.М. Гойда, І.І. Теслюк та ін. // Шпитальна хірургія. - 2003. - №2. - С. 37-39.

УДК 616/366-089:616.361

Міні-інвазивні втручання в хірургії жовчнокам'яної хвороби, що ускладнена холедохолітіазом

В.В. ГАНЖИЙ, В.В. ВАКУЛЕНКО, К.А. БОЙКО, Т.С. ГАВРИЛЕНКО, А.М. КАУЛЬКО, Ю.В. ЗАВАДА

Запорізький державний медичний університет

MINIINVASIVE INTERVENTIONS IN SURGERY OF CALCULOUS CHOLECYSTITIS COMPLICATED BY CHOLEDOCHOLITHIASIS

V.V. HANZHY, V.V. VAKULENKO, K.A. BOYKO, T.S. HAVRYLENKO, A.M. KAULKO, YU.V. ZAVADA

Zaporizhzhian State Medical University

Проаналізовано результати хірургічного лікування 47 пацієнтів з калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітіазом та обтураційною жовтяницею. У передопераційному періоді хворим проводилось ультразвукове дослідження, фіброгастроуденоскопія, ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. Пацієнтам виконувалась лапароскопічна холецистектомія з дрениванням холедоха, ендоскопічна папілосфінктеротомія і холедохолітоекстракція, літотрипсія. Причина порушення прохідності термінального відділу холедоха усунута у всіх хворих. У віддаленому періоді обстежено 74,5 % оперованих пацієнтів. Рецидиву холедохолітіазу не виявлено.

The treatment of 47 patients with calculous cholecystitis complicated by choledocholithiasis and mechanical obstruction was analyzed. Patients had been investigated in the period before operation by means of USI, fibrogastroduodenoscopy, endoscopic cholangiopancreatography. Laparoscopic cholecystectomy with draining of ductus choledochus, lithotripsy, endoscopic choledocholithoextraction and papillosfincterotomy was successful in all patients. There were no remote complications in 74,5 % patients.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ), що ускладнена холедохолітіазом, залишається однією з актуальних проблем сучасної хірургії. Незважаючи на значні успіхи, що досягнули в хірургічному лікуванні холедохолітіазу, проблема ще далека від остаточного рішення.

ЖКХ має місце в кожного десятого жителя планети, а холедохолітіаз, як її ускладнення, зустрічається в 5-20 % випадків. Відповідно до збільшення частоти ЖКХ і холедохолітіазу зростає кількість оперативних втручань, в тому числі з використанням нових технологій [2, 3].

При різних класичних методах хірургічного лікування холедохолітіазу залишається високим відсоток ранніх післяопераційних ускладнень, знижується якість життя хворих. Впро-

вадження в широку практику лапароскопічних технологій дозволило хірургам вести пошук у бік міні-інвазивних втручань на позапечінокових жовчних шляхах.

Як провідний спосіб діагностики холедохолітіазу, в сучасній хірургії використовується ультразвукове дослідження і метод прямого контрастування панкреатобіліарної системи – ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія. Широке впровадження в клінічну практику ендоскопічної папілосфінктеротомії, як найменш травматичного втручання, відкрило нові можливості корекції порушення прохідності дистального відділу холедоха [1, 4].

Застосування екстракорпоральної та інтракорпоральної літотрипсії в хірургії жовчних шляхів відкриває нові можливості для оптимізування лікування і вимагає більш широкого розгляду [3, 5].

Таким чином, застосування міні-інвазивних ендобіліарних втручань для декомпресії жовчних шляхів у хворих із ЖКХ, ускладненою холедохолітіазом, має значення самостійної проблеми [1].

Мета роботи. Підвищення ефективності хірургічного лікування хворих з жовчнокам'яною хворобою, що ускладнена холедохолітіазом, за рахунок застосування міні-інвазивних технологій.

Матеріали та методи. З 2002 по 2006 рік в клініці оперовано 47 пацієнтів з калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітіазом та обтураційною жовтяницею. Чоловіків було 5, жінок - 42. Вік хворих від 28 до 74 років. Діагностична програма при надходженні пацієнтів у стаціонар включала забір клініко-біохімічних аналізів, ультразвукове дослідження (УЗД) гепатопанкреатодуоденальної зони, фіброезофагогастроудоденоскопію (ФЕГДС) верхніх відділів травного каналу та зони великого дуоденального сосочка, ретроградну холангіопан-

креатографію (РХПГ). Остання виконувалася за наступними показаннями: жовтяниця і гострий панкреатит в анамнезі, підвищення рівня білірубину в крові при надходженні, виявлення при УЗД дрібних конкрементів у жовчному міхурі, розширення холедоха більше 1,0 см.

Результати досліджень та їх обговорення. За даними УЗД хронічний холецистит було виявлено у 45 (95,7 %) хворих, гострий - у 2 (4,3 %). У 44 (93,6 %) пацієнтів, за даними обстеження, відзначені ознаки холестази: білірубінемія (рівень білірубину від 41 до 356 мкмоль/л). У Всіх цих хворих, за даними УЗД і РХПГ, в загальній жовчній протоці виявлено від 1 до 6 конкрементів та діагностовано розширення холедоха від 1,2 до 3,0 см.

Хірургічна тактика в клініці у даної категорії хворих спрямована на проведення міні-інвазивних операцій: лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ) і втручання на загальній жовчній протоці та великому сосочку дванадцятипалої кишки (ДПК). Кількість операцій і обсяг втручання наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Види операцій у хворих із ЖКХ, ускладненою холедохолітіазом

Вид операції	Кількість хворих	
	абс.	%
ЕПСТ з холедохолітоекстракцією та ЛХЕ	37	78,7
ЛХЕ з балонною холедохолітоекстракцією, дренажуванням холедоха	2	4,2
ЛХЕ з дренажуванням холедоха та літотрипсією	8	17,0

У 37 (78,7 %) хворих причина непрохідності термінального відділу холедоха була усунута шляхом виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) з холедохолітоекстракцією. Після усунення жовтяниці хворим виконували відеолапароскопічну холецистектомію за стандартним способом. Тривалість лікування хворих після операції склала 3-4 доби. Летальних випадків не було.

У 10 (21,3 %) пацієнтів за допомогою ЕПСТ не вдалося усунути причину порушення прохідності термінального відділу холедоха. Великі конкременти (більш 1,0 см) у загальній жовчній протоці виявлені у 8 (17,0 %) хворих, перипаплярний дивертикул - у 2 (4,2 %). Усім цим хворим була виконана ЛХЕ з дренажуванням холедо-

ха за Холстедом-Піковським. Операцію доповнювали черездренажною холангіографією. У 2 (4,2 %) хворих інтраопераційно вдалося виконати холедохолітоекстракцію балонним методом.

У післяопераційному періоді 8 (17,0 %) пацієнтам після усунення жовтяниці була зроблена екстракорпоральна ударно-хвильова літотрипсія жовчних каменів в холедогу. Дроблення виконували з допомогою літотриптора "ESVL-NE IV", виробництва КНР з іскрометним розрядом. Перед початком літотрипсії хворим робили премедикацію розчином 1 % промедолу. Маніпуляція виконувалася в положенні хворого на животі. Літотрипсію починали з низьких частот з поступовим збільшенням. Максимальне число імпульсів за один сеанс доводили до

трьох тисяч. Після закінчення сеансу хворим було рекомендовано ліжковий режим, спазмолітики та протизапальні препарати. Усім пацієнтам проводилося УЗД два рази на добу з контролем відходження фрагментів жовчних каменів. У 6 (12,6 %) пацієнтів камені дефрагментувались після одного сеансу літотрипсії, у 2 (4,2 %) - після двох і трьох сеансів. Тривалість лікування цих пацієнтів після операції склала 11-15 діб. Летальних випадків не було.

У віддаленому періоді (від 1 до 3 років) було обстежено 35 (74,5 %) пацієнтів. Всім їм проводився контроль клініко-біохімічних показників, УЗД гепатопанкреатодуоденальної зони та ФЕГДС. Рецидиву холедохолітазу не було виявлено в жодного з пацієнтів.

Висновки. 1. При лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби потрібно дотримуватися етапності у проведенні обстеження і маніпуляцій.

2. Застосування ендоскопічної папілосфінктеротомії з холедохолітоекстракцією та літотрипсією на додаток до лапароскопічної холецистектомії дозволяє цілком усунути холедохолітаз та його наслідки.

3. Використання міні-інвазивних методів хірургічного лікування ускладненої жовчнокам'яної хвороби дозволяє скоротити кількість ускладнень і терміни перебування хворих в стаціонарі, прискорити їх медичну і соціальну реабілітацію.

ЛІТЕРАТУРА

1. Видеозендоскопические транспапиллярные вмешательства у больных с патологией гепатопанкреатобилиарной зоны / В.В. Бойко, И.В. Сариян, И.Ю. Грищенко и др. // Вісник морської медицини. - 2003. - № 2. - С. 47-50.
2. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В. Малоштан, В.В. Бойко, А.М. Тищенко, И.А. Криворучко. - Х., 2005. - 367 с.
3. Майстренко Н.А., Стукалов В.В. Холедохолитиаз. - СПб., 2000. - 288 с.
4. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. - 2003. - № 1. - С. 81-91.
5. Сучасна діагностично-лікувальна тактика при ускладнених формах жовчнокам'яної хвороби / М.П. Павловський, Т.І. Шахова, В.І. Коломійцев та ін. // Матеріали XXI з'їзду хірургів України. - Запоріжжя, 2005. - Т. 1. - С. 246-248.

Обґрунтування вибору міні-інвазивного оперативного втручання в лікуванні хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки

О.В. КОСИНСЬКИЙ

Відділ хірургії Інституту гастроентерології АМН України, м. Дніпропетровськ

SUBSTANTIATION OF CHOICE OF MINIINVASIVE OPERATIVE INTERVENTION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH DUODENAL ULCER

O.V. KOSYNSKY

Department of Surgery of Institute of Gastroenterology of AMS of Ukraine, Dnipropetrovsk

В статті наведені безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування 89 пацієнтів із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК). Контрольна група - 43 (48,3 %) пацієнти - оперовані традиційними методиками, а 46 (51,7 %) - із застосуванням органопротективних міні-інвазивних операцій (ОПМО). Об'єм денервуючого прийому визначали за даними спектрального аналізу варіації серцевого ритму, а дренажного - за рівнем соматостатину-14 (D-14) та гастрину-17 (G-17) в сироватці крові. Застосування ОПМО в даних об'ємах дозволило покращити безпосередні результати хірургічного лікування шляхом зменшення частоти післяопераційних ускладнень в 3 рази і скорочення післяопераційного перебування в стаціонарі на $(5,1 \pm 1,3)$ діб, порівняно з контрольною групою хворих, оперованих за традиційною методикою, а також на 2,3 % скоротити кількість "незадовільних" результатів у віддаленому періоді після операції.

The article presents early and remote results of surgical treatment of 89 patients with duodenal ulcer (DU). Control group - 43 (48,3 %) patients were operated by traditional methods and 46 (51,7 %) patients were undergone organ-protective miniinvasive operations (OPMO). The volume of denervation was evaluated using spectral analysis of heart rate variation as well as the volume of drainage using level of somatostatin-14 (D-14) and gastrin-17 (G-17) in blood serum. Using of OPMO with these volumes led to improve early results of surgical treatment by decrease the frequency of postoperative complications in 3 times and decrease the terms of postoperative in-hospital staying by $(5,1 \pm 1,3)$ days comparing with control group operated by traditional method as well as to decrease by 2,3 % the number of unsatisfactory results in remote period after operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Органозберігаючі та органощадні операції займають провідне місце в сучасній хірургії ВХДПК [2,5]. До основних переваг цих операцій над резекційними науковці відносять їх малу травматичність, збереження шлункового резервуару та пасажу поживних речовин через дванадцятипалу кишку [5,7]. Однак, на даний час у переважній більшості пацієнтів ці операції виконуються традиційним способом, тоді як застосування міні-інвазивної техніки при їх виконанні дозволило б досягти кращих результатів хірургічного лікування ВХДПК.

Крім того, за умов абсолютних показань до хірургічного лікування ВХДПК у 95 % хво-

рих виконуються паліативні операції, стосовно патогенетичних чинників виразкової хвороби, що призводить до незадовільних результатів хірургічного лікування і розвитку рецидивів виразки майже у 11-15% хворих в перший рік після операції [4]. При визначенні нейрогормонального дисбалансу в діяльності органів гастродуоденальної зони (ГДЗ) як провідного в патогенезі виразкової хвороби, оперативні прийоми умовно розподіляють на денервуючі та дренажні операції. Так, перші спрямовані на усунення дисбалансу в функціонуванні вегетативної нервової системи (ВНС), другі дозволяють корегувати як гормональний дисбаланс, так і порушення евакуаторної функції в діяльності органів ГДЗ [3].

Визначення спрямованості дисбалансу цих регулюючих ланцюгів на підставі комплексного обстеження пацієнтів дозволяє оптимізувати та індивідуалізувати об'єми хірургічних втручань. Але і зараз у поглядах науковців на об'єми операцій при ВХДПК одностайності немає. Одні науковці наполегливо рекомендують майже усім пацієнтам застосовувати парасимпатичну денервацію - ваготомію, у той час, як інші пропонують повністю відмовитись від цих операцій та виконувати ізольовані дренажні хірургічні втручання [1,2,7]. Деякі науковці вказують на необхідність поєднання парасимпатичної денервації з дренажними операціями [2]. При цьому зміни активності гастроінтестинальних гормонів при виборі об'єму операції не враховуються.

Усе це призводить до того, що лишаються дискусійними та остаточно не визначеними як питання вибору об'ємів оперативних втручань, так і можливості застосування міні-інвазивної техніки. Тому і об'єми хірургічних втручань при майже однакових умовах перебігу ВХДПК в різних клініках значно різняться. Крім того, за останній час в наукових колах значно поширилась точка зору, що значний відсоток післяопераційних рецидивів ВХДПК пов'язаний саме з неадекватністю тактики і недостатньо індивідуалізованим підходом до вибору об'єму органозберігаючої операції [3,4].

Шляхом вирішення цих важливих проблем може бути застосування міні-інвазивних операцій у хворих на ВХДПК, що будуть сприяти протекції, тобто захисту, органів гастродуоденальної зони від хибного впливу нейрогормонального дисбалансу. Це дозволить ефективно проводити не тільки хірургічне лікування ускладнень, що вже виникли, а і попереджати подальші рецидиви ВХДПК та розвиток повторних ускладнень хвороби.

Мета роботи: покращити результати хірургічного лікування хворих на ВХДПК шляхом застосування органопротективних міні-інвазивних операцій.

Матеріали і методи. У відділенні хірургії Інституту гастроентерології оперовані 89 пацієнтів з ВХДПК, 64 (71,9 %) чоловіки і в 2,5 рази менше жінок - 25 (28,1 %) осіб. Середній вік пацієнтів складав $49,6 \pm 8,1$ і коливався у

межах від 31 до 75 років. Виразковий анамнез становив від 3 місяців до 48 років, і в середньому склав $16,3 \pm 5,2$ років. Анамнез ВХДПК більше 10 років визначався у 68,5 % пацієнтів. У всіх обстежених при госпіталізації визначався тяжкий перебіг ВХ. Декомпенсований стеноз визначався у переважній більшості хворих - 72 (80,9 %), субкомпенсований у 12 (18,3 %) пацієнтів. Пенетрацію виразки у сусідні органи діагностовано у 5 (8,5 %) хворих. В ранньому післяопераційному періоді призначали зондове харчування сумішшю "Pertamen", антисекреторну, ерадикаційну терапію призначали лише при наявності Нр-інфекції.

В основну (I) групу обстежених увійшло 46 (51,7 %) хворих, яким проводили хірургічне лікування із застосуванням ОПМО. Об'єми ОПМО визначали за результатами визначення нейрогормонального дисбалансу в діяльності органів ГДЗ. Дисбаланс у відділах ВНС визначався за даними спектрального аналізу варіабельності серцевого ритму, за допомогою апарата "CARDIOLAB+" [6]. У 46 хворих основної групи при госпіталізації визначали рівень гастрину-17 (G-17) та соматостатину-14 (D-14) в сироватці крові за допомогою автоматичного хемілюмінесцентного аналізатора "IMMULITE 2000" виробництва компанії Diagnostics Products Corporation (DPC), методом ферментативно-посиленої хемілюмінесценції.

Операції 43 (48,3 %) пацієнтам контрольної (II) групи проводили на підставі визначених показників секреції та розладів моторно-евакуаторної функції [4]. Частота післяопераційних ускладнень і термін післяопераційного лікування обстежених хворих використовувалися як критерії оцінки ефективності безпосередніх результатів лікування. У термін 10-12 місяців оцінювали віддалені результати операції за критеріями Visik [5].

За основними показниками до проведення хірургічного лікування обстежені групи хворих були репрезентативні. Статистичну обробку отриманих даних проводили методами варіаційної статистики та кореляційного аналізу.

Результати досліджень та їх обговорення. Дисбаланс вегетативної нервової системи виключно за рахунок гіпертонусу парасимпатичного відділу, визначався у 26 (56,5 %) осіб

пацієнтів. Середнє значення ВЧ компонента спектра складало $(1428,6 \pm 391,5) \text{ мс}^2$, що відповідало $(59,2 \pm 23,6) \%$ у нормалізованих одиницях. В даній групі хворих середнє співвідношення НЧ/ВЧ коливань спектрів було $(0,8 \pm 0,6)$ умовних одиниць (у.о.), і не перевищувало 1,5 у.о. в кожному випадку. Це обумовлювало необхідність виконання денервуючої парасимпатичний відділ ВНС операції. Стан рівноваги за показниками НЧ і ВЧ компонентів спектра ВСР і їх співвідношення визначався у 12 $(26,1 \%)$, що вказувало на недоцільність виконання денервуючих операцій. Співвідношення коливалося у межах від 1,3 до 2,0 у.о. (в середньому - $(1,6 \pm 1,1)$ у.о.) і не перевищувало 2,0 у.о.

Гіпертонус симпатичного відділу був визначений у 8 $(17,4 \%)$ хворих. Середнє значення НЧ було $(1081,0 \pm 461,3) \text{ мс}^2$, що відповідало $(52,4 \pm 23,5) \%$ нормалізованим одиницям від загального компоненту спектра, даний показник визначався менш суттєвим рівнем коливань (від 982 до 1089 мс^2 та від 59 до 63% нормалізованих одиниць). Середнє співвідношення НЧ/ВЧ компонентів у хворих з підвищеним тонусом симпатичного відділу ВНС було $(3,17 \pm 1,2)$ у.о., а коливання показника на 75 % перевищувало 3,0 у.о., що було показанням до денервації симпатичного відділу ВНС.

Рівень G-17 коливався у межах від 6,2 пг/мл до 384 пг/мл. На відміну від цього показник D-14 був або у межах норми, з максимальним значенням 0,85 нг/мл, або значно меншим від неї - 0,07 нг/мл. Співставлення цих даних дозволило визначити три варіанти гормонального стану у хворих на ВХДПК. При першому варіанті рівні G-17 як і D-14 в сироватці крові не відрізнялись, порівняно з показниками 10 умовно здорових осіб ($p > 0,05$). Для хворих з даним типом середній рівень G-17 складав $(65,8 \pm 4,3) \text{ пг/мл}$ і D-14 - $(0,73 \pm 0,2) \text{ нг/мл}$. При даному стані виконували лише денервуючі операції. При іншому - який характеризувався зменшенням рівня обох гормонів, G-17 - $(41,5 \pm 3,1) \text{ пг/мл}$ і D-14 - $(0,19 \pm 0,1) \text{ нг/мл}$ ($p < 0,05$), виконували лише дренажні операції при ваготонії та порушенні моторно-евакуаторної функції ГДЗ. Третій варіант характеризувався збільшенням рівня G-17, середнє значення $(92,3 \pm 5,1) \text{ пг/мл}$, на фоні суттєвого зменшення D-14 - $(0,11 \pm 0,1) \text{ нг/мл}$ ($p < 0,01$), дренажні операції у даному випадку виконували

незалежно від стану ВНС. До того ж, даний стан у 45,7 % визначався при декомпенсованому пілородуоденальному стенозі.

На підставі отриманих обстежень залежно від групи хворих, виконані різні види та об'єми оперативних втручань (табл. 1).

В післяопераційному періоді клінічний перебіг був більш тяжкий у хворих II групи. Так, больовий синдром визначався у 48,8 % пацієнтів II групи на $(3,4 \pm 1,5)$ доби довше, ніж в I. Диспепсичні явища на п'яту добу після операції визначалися у 2 $(4,3 \%)$ пацієнтів I і в 11 $(25,6 \%)$ II групи. Це пояснювалось більш вираженими функціональними розладами евакуаторної функції шлунка на п'яту добу після операції в II групі хворих. Так, гастроплегія визначалася у 7 $(16,3 \%)$ а дуоденостаз у 4 $(9,3 \%)$ із зазначеної кількості пацієнтів II групи.

В I групі післяопераційні ускладнення склали 1,1 % у вигляді інфільтрату лапароскопічної рани у одного хворого. Тоді як у пацієнтів II групи в 2,2 % дігнувся анастомозит, в 1,1 % - стеноз ділянки дуоденопластики. Останнє призвело до виконання репластики. Внаслідок більш тяжкого перебігу післяопераційного періоду, розвитку ускладнень в II групі, середній термін лікування був на $(5,1 \pm 1,1)$ діб більшим, ніж в I групі хворих ($p < 0,05$).

Рецидиву виразки у терміни 10-12 місяців після операції в основній групі пацієнтів не визначалося, тоді як в II з приводу рецидиву ВХДПК було проліковано 2 $(4,6 \%)$ хворих. При контрольній гастродуоденоскопії у 2 $(4,5 \%)$ хворих I групи визначався хронічний гастрит і у 3 $(6,5 \%)$ - дуоденогастральний рефлюкс. За Visick, у 95,7 % пацієнтів I групи результати операції визначені як "відмінні" і 4,3 % як "добрі", "незадовільних" результатів не визначалося. В II групі "відмінні" результати склали 83,7 % і у 2,3 % результати були "незадовільні". Таким чином, ОПМО дозволили досягти кращих результатів лікування ВХДПК.

Висновки. 1. Патогенетичний підхід до визначення об'ємів ОПМО надав змогу визначити у 56,5 % доцільність ваготомії, у 26,1 % - симпатикотомії і у 17,4 % пацієнтів взагалі відмовитись від денервуючих оперативних втручань та обґрунтувати необхідність та вид дренажної операції у 67,4 % хворих.

Таблиця 1. Об'єми оперативних втручань в обстежених групах хворих

Вид операції	І група (n = 46)		ІІ група (n = 43)	
	n	%	n	%
ЛД	2	4,5	–	–
Пмд	3	6,5	–	–
Дмд	7	15,2	–	–
ЛСтВ	4	8,7	–	–
ЛССЕ	3	6,5	–	–
ЛССЕ + ЛД	3	6,5	–	–
ЛССЕ + Дмд	2	4,5	–	–
ЛЗСтВ і передня СПВ	8	17,4	–	–
ЛЗСтВ і ПСМТ + Дмд	14	30,4	–	–
Лапаротомія. Дуоденопластика	–	–	19	44,2
Лапаротомія. СтВ, антрумектомія	–	–	3	6,9
Лапаротомія. СтВ, пілоропластика	–	–	8	18,6
Лапаротомія. СПВ, дуоденопластика	–	–	11	25,6
Лапаротомія. СПВ	–	–	2	4,7

Примітка: СтВ – стовбурова ваготомія; СПВ – селективна проксимальна ваготомія; ЛД – лапароскопічна дуоденопластика; Пмд – пілоропластика з міні-доступу; Дмд – дуоденопластика з міні-доступу; ЛССЕ – лапароскопічна селективна симпатектомія; ЛЗСтВ – лапароскопічна задня стовбурова ваготомія; ПСМТ – передня сероміотомія.

2. Застосування ОПМО в лікуванні хворих на ВХДПК дозволило покращити безпосередні результати хірургічного лікування завдяки зменшенню частоти післяопераційних ускладнень в 3 рази та скороченню післяопераційного ліжко-дня на $(5,1 \pm 1,3)$ діб.

3. Впровадження ОПМО в хірургії ВХДПК до розвитку ускладнень покращить не тільки результати хірургічного лікування даної патології, а і дозволить отримати дешевший економічний ефект при лікуванні хворих з даною патологією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Відеоендоскопічні операції у хірургії та гінекології / В.М. Запорожан, В.В. Грубник, В.Ф. Сасенко, М.Ю. Ничитайло - К.: Здоров'я, 2000. - 304с.
2. Волобуев Н.Н., Самир Рабах Закут, Воронов Н.В. О возможностях расширения селективной проксимальной ваготомии при язвенном пилородуоденальном стенозе в стадии суб- и декомпенсации // Кліні. хірургія. - 2006. - №4-5. - С.8.
3. Дифференцированный подход к выбору метода лечения язвенной болезни / А.С. Никоненко, В.А. Грушка, И.Е. Прокопенко и др. // Мат. XIX з'їзду хірургів України. - Харків, 2000. - С. 84-85.
4. Клименко А.В. Выбор метода операции и результаты хирургического лечения больных с неблагоприятным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики: - 36. наук. ст. Вип. ІХ. - Запоріжжя, 2003. - С. 283-287.
5. Короткий В.Н., Колосович И.В. Органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложненной стенозом // Мат. XX з'їзду хірургів України. - Тернопіль, 2002. - Том.1. - С. 21-22.
6. Косинський О.В. Застосування спектрального аналізу варіабельності ритму серця для оцінки стану вегетативної нервової системи у пацієнтів з виразковою хворобою // Кліні. хірургія. - 2006. - №2. - С.8-10.
7. Johnson A.G. Proximal gastric vagotomy: does it have a place in the future management of peptic ulcer? // J. World J. Surg. - 2000. - Vol. 24, № 3. - P. 259-263.

УДК 616-089:616.381

Порівняння лапароскопічної та відкритої апендектомії: технічні та раціональні аспекти

С.О. ГЕШЕЛІН, М.А. КАШТАЛЬЯН, В.Ю. ШАПОВАЛОВ

Одеський державний медичний університет, 411 Центральний військовий клінічний госпіталь ДООЗ України, м. Одеса

LAPAROSCOPIC AND CONVENTIONAL APPENDECTOMY: TECHNICAL AND RATIONALE ASPECTS

S.O. HESHELIN, M.A. KASHTALIAN, V.YU. SHAPOVALO

Odessa State Medical University, 411 Central Military Clinical Hospital, Odessa

Метою дослідження була оцінка техніки лапароскопії в лікуванні апендициту. Лапароскопічну апендектомію виконано у 274 пацієнтів, відкриту апендектомію - у 240. Розглянуто різні аспекти техніки апендектомії з застосуванням лапароскопії. Лапароскопічна апендектомія - ефективний та безпечний підхід до лікування пацієнтів з різними формами апендициту.

The aim of this study was to evaluate laparoscopy in treatment of appendicitis. Laparoscopic appendectomy was performed in 274 patients. 240 patients underwent an open procedure. The various aspects of performing appendectomy with application of laparoscopy are considered. Laparoscopic appendectomy is an effective and safe approach in treatment of the patients with various forms of appendicitis.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Захворюваність на гострий апендицит в Україні складає близько 20 випадків на 10 000 населення за рік. Летальність від гострого апендициту досягає 0,2-0,4%, збільшуючись до 15 % при пізній госпіталізації пацієнтів з деструктивними формами [1,2].

Якщо цінність діагностичної лапароскопії не викликає сумнівів, то відомості, які є в літературі, про застосування лапароскопії в лікуванні гострого апендициту суперечливі. Так, деякі автори відзначають збільшення числа інфекційних ускладнень при деструктивних формах апендициту і обговорюють ризик бактеріального забруднення черевної порожнини, пов'язаний з пневмоперитонеумом [6,7]. Частота ускладнень після традиційної апендектомії, на думку інших авторів, складає від 13 до 21%, що значно вище, ніж після лапароскопічної апендектомії (ЛА) - до 5,6 % [1,4]. Різноманітні підходи до технічних особливостей обробки кукси і брижі червоподібного відростка (ЧВ) при лапароскопічній апендектомії

(ЛА) не обґрунтовані, не існує єдиної точки зору щодо використання того чи іншого способу залежно від запальних змін у ЧВ [1,2,4,5].

В даний час немає загальноприйнятої точки зору щодо показань, протипоказань і технічних особливостей виконання ЛА [1,6,7].

Метою дослідження була ретроспективна оцінка лапароскопічної апендектомії порівняно з традиційною апендектомією.

Матеріали і методи. З 1998 по 2006 р. лапароскопія в діагностиці і лікуванні гострого і хронічного апендициту застосована в 316 пацієнтів. У 42 (13,3%) випадках гострий апендицит не був підтверджений. Лапароскопічна (інтракорпоральна техніка) або лапароскопічно асистована (екстракорпоральна техніка) апендектомія виконана в 274 хворих. З приводу гострого апендициту прооперовано 242 пацієнти: у 214 (88,4%) пацієнтів виявлені деструктивні форми гострого апендициту, 28 (11,6%) пацієнтів оперовані з приводу гострого простого (катарального) апендициту. Апен-

дектомія з приводу хронічного апендициту виконана в 32 (11,7%) хворих.

Група порівняння включила 240 пацієнтів, що перенесли відкриту апендектомію. Критеріями порівняльної оцінки вибрані клінічні показники: тривалість операції, тривалість госпіталізації і післяопераційні ускладнення.

Всі операції виконували під ендотрахеальним наркозом. Для проведення лапароскопії використовували набори ендоскопічного устаткування "MARTIN", "KARL STORZ", "AESCULAR" (Німеччина), "CIRCON ACMI" (США), "ЭНДОМЕДИУМ" (Росія). Лапароскопія проводилася за традиційною методикою в газовому середовищі, при тиску CO₂ до 14 мм рт.ст.

Застосовувалися електрохірургічна техніка, кліпування, лігування з екстра- і інтракорпоральним формуванням вузла, УЗ-техніка (апарат "Ultracision harmonic scalpel" Ethicon), а також лінійні ендоскопічні степлери [1,2,6].

Результати досліджень та їх обговорення.

Серед пацієнтів було 153 (56,1%) жінок і 121 (43,9%) чоловіків у віці від 15 до 73 років. "Відкриті" хірургічні втручання на органах черевної порожнини раніше перенесли 26 (9,5%) хворих.

Для виконання апендектомії, як правило, достатньо трьох проколів. 10-мм троакар для лапароскопа вводився в параумбілікальній ділянці, 5-мм - в лівій здухвинній ділянці і, нарешті, 10-мм троакар - в правій здухвинній ділянці в проекції основи ЧВ після його виявлення.

Використовували різноманітні способи обробки брижі ЧВ. Брижа пересікалася після електрокоагуляції, УЗ-коагуляції, лігування або після кліпування. Частіше використовувалась біполярна коагуляція, при якій коагуляція тканин менш поширюється на сусідні ділянки і таким чином можна запобігти пораненню стінки кишки струмом. Монополярна коагуляція використовувалась у випадках, коли брижа ЧВ була без ознак запалення, повільно диференціювалась і можна було спрогнозувати поширення енергії при коагуляції. Лігування брижі ЧВ здійснювали за допомогою вузла Редера. Кліпування брижі виконувалось у разі доброї візуалізації судин. При значному запаленні брижі її пересікали за до-

помогою лінійних ендоскопічних степлерів. Найкращі результати показав розтин брижі за допомогою ультразвуку при використанні апарата "Ultracision". Ділянка УЗ-коагуляції тканин не поширюється більше 1 мм, що дозволяє з безпекою працювати на малій відстані від стінки кишки.

При інтракорпоральній техніці апендектомії на основу ЧВ накладалися 2-3 кліпси назустріч одна одній. При цьому облітерація просвіту ЧВ надійніша ніж просте лігування [3,6]. Рідше використовувалося лігування і занурений спосіб. При лігуванні на основу ЧВ накладали 3 лігатури з екстракорпоральним формуванням вузла: 2 - на проксимальну частину і 1 - на дистальну, між якими відросток пересікався. Значно спрощує та прискорює обробку основи ЧВ використання лінійних ендоскопічних степлерів, які відразу скріплюють дистальну і проксимальну частини двома рядками скріпок з розсіченням між ними. Переважно використовували цей спосіб при наявності значних явищ запалення в ділянці купола сліпої кишки (18 хворих). Макропрепарати видаляли через прокол в правій здухвинній ділянці в контейнері, щоб не допустити контакту інфікованого макропрепарата з тканинами черевної стінки.

Екстракорпоральна техніка (лапароскопічно асистована апендектомія) припускала ревізію черевної порожнини, виділення ЧВ, лапароскопічну обробку брижі відростка одним із способів. Далі ЧВ виводився в проєкційний міні-доступ до 2 см шляхом розширення проколу в правій здухвинній ділянці після ліквідації карбоксиперитонеуму. Основа відростка лігувалась кетгуттом і занурювалась в кisetний шов.

Вибір інтракорпоральної або екстракорпоральної техніки апендектомії залежить від вибору хірурга або від вираженості запальних змін купола сліпої кишки. Останні обмежують застосування інтракорпоральної техніки, коли існує небезпека прорізання кліпс або лігатури, накладених на основу апендикса. Вважаємо обов'язковим дренивання черевної порожнини.

Відкрита апендектомія виконувалася доступом McBurney. Брижа червоподібного відростка пересікалася після лігування. Кукса відростка перев'язувалася кетгуттом, потім

занурювалася в кисетний і Z-подібний шви. При гангренозних і перфоративних апендицитах рана ушивалася тільки до підшкірної клітковини.

ЛА (інтракорпоральна техніка) виконана в 176 (64,2%) пацієнтів. Лапароскопічно асистована апендектомія (екстракорпоральна техніка) здійснена у 98 (35,8%) пацієнтів. Набутий досвід дозволив за останні роки виконати ЛА із застосуванням інтракорпоральної техніки більш ніж в 95% випадків.

Питома вага простих (поверхневих) апендицитів серед оперованих з приводу гострого апендициту із застосуванням лапароскопії знизилася, порівняно з оперованими відкритим способом, з 38 до 11,6%. Це дозволяє стверджувати, що у багатьох випадках нам вдалося уникнути "марних" апендектомій.

У 13 (4,7%) випадках довелося виконати конверсійну лапаротомію:

- серединну - при гангренозно-перфоративних апендицитах, ускладнених розповсюдженим гнійним перитонітом - у 3 хворих,

- доступом за Мак-Бурнеєм - при атиповому (ретроцекальному, ретроперитонеальному) розташуванні червоподібного відростка в 6 пацієнтів; при поєднанні гангренозного апендициту і дермоїдної кісти правого яєчника - в 1 пацієнтки,

- в 3 пацієнтів з гангренозною і перфоративною формами апендициту, ускладненими розповсюдженим гнійним перитонітом, використання лапароскопічної техніки дозволило запобігти серединній лапаротомії. Доступом за Мак-Бурнеєм була виконана конверсійна лапаротомія, апендектомія, а санація і дренажування черевної порожнини виконані лапароскопічним методом (табл. 1).

З 240 хворих, що оперовані за традиційним способом, чоловіків було 139 (57,9%), жінок - 101 (42,1%). Морфологічні форми апендициту, вік пацієнтів приблизно відповідали групі лапароскопічних апендектомій (табл. 2).

Середня тривалість лапароскопічної апендектомії склала (51 ± 9) хв, лапароскопічно асистованої - (59 ± 11) хв. Для відкритої апендек-

Таблиця 1. Форми апендициту і види виконаних оперативних втручань в групі лапароскопічних апендектомій

П.-А. форма	Хронічний	Простий	Флегмонозний	Гангренозний	Перфоративний	Всього
Лапароскопічні	19	22	101 (1)	24 (2)	10 (3)	176 (6)
Лапароскопічно асистовані	13	6	51 (1)	21 (3)	7 (3)	98 (7)
РАЗОМ	32	28	152 (2)	45 (5)	17 (6)	274 (13)

томії час операції склав (44 ± 6) хв. При конверсійній апендектомії тривалість операції - (84 ± 13) хв. Середня тривалість перебування в стаціонарі хворих, що перенесли апендектомію із застосуванням лапароскопії, склала $(2,6 \pm 1,1)$ діб, для пацієнтів, що перенесли традиційну апендектомію - $(5,4 \pm 1,2)$ діб.

Інтраопераційних ускладнень не було у обох групах. У післяопераційному періоді у групі лапароскопічних апендектомій у 11 (4,0%) пацієнтів відмічені інфекційні ускладнення у ділянці проколів передньої черевної стінки: у 6 хворих розвинулося нагноєння рани, в 3 випад-

ках - серома у ділянці рани, через яку евакуювалися макропрепарати, що склало 3,4 %. У групі традиційних апендектомій ускладнення відмічені в 21 (8,8%) пацієнта. Нагноєння післяопераційної рани спостерігалися в 19 (7,9%) хворих, що перенесли апендектомію відкритим способом. У групі відкритих апендектомій в одному випадку спостерігалася кровотеча через дренаж, що потребувало повторної операції. Проте джерело кровотечі достовірно знайдене не було. Один пацієнт був оперований в ранньому післяопераційному періоді з приводу злуквої тонкокишкової непрохідності.

Таблиця 2. Форми апендициту в групі відкритих апендектомій

П.-А. форма	Простий	Флегмонозний	Гангренозний	Перфоративний	Всього
Кількість втручань	91 (37,9%)	96 (40,0%)	37 (15,4%)	16 (6,7%)	240

Висновки 1. ЛА достовірно не збільшує тривалість операції, не призводить до збільшення числа післяопераційних ускладнень, скорочує тривалість перебування в стаціонарі.

2. При пересіченні брижі ЧВ використання біполярної коагуляції є простим і надійним способом, який не потребує додаткового лігування.

3. Використання кліпування і лігування кукси ЧВ переважно при відсутності виражених запальних змін основи відростка.

4. У разі значного запалення в ділянці основи ЧВ і тифліту безпечним є використання ендоскопічних степлерів чи екстракорпоруальної техніки апендектомії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисов А.Е. Лапароскопическая аппендэктомия// Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и забрюшинного пространства. - С.Пб., 2002.-С.63-75,273-287,332.
2. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците.- М.: Медицина, 1988.- 207с.
3. Рутенбург Г.М. Эндоскопическая аппендэктомия в эксперименте: Автореф. дис. ...канд.мед. наук.- Томск, 1989.- 14с.
4. Ignacio R.C., Burke R., Spenser D., Bissel C., Dorsainvil C., Lucha P.A. Laparoscopic vs open appendectomy. What is difference? Results of a prospective randomized double-blinded trial // Surg. Endoscopy. - 2004. - Vol.18. - P. 334-337.
5. Pier A. Laparoscopic appendectomy in 625 cases: from innovation to routine // Laparoscop. Endosc. - 1991. - Vol. 1. - P. 8-13.
6. Strickland A.K., Martindale R.G. The increased incidence of intraabdominal infections in laparoscopic procedures // Surg. Endosc. - 2005. - Vol. 19, № 7. - P. 874-881.
7. Suttie S. A., Seth S., Driver C. P., Mahomed A. A. Outcome after intra- and extra-corporeal laparoscopic appendectomy techniques // Surg. Endosc.- 2004.- Vol.18. - P. 1123-1125.

Застосування малоінвазивних методів при хірургічному лікуванні стресового нетримання сечі у жінок

В.І. ГОРОВИЙ¹, О.О. ПРОЦЕПКО², В.П. ГОЛОВЕНКО¹, А.О. САПСАЙ¹

¹Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова, ²Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

USING OF MINIINVASIVE METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF STRESS URINARY INCONTINENCE IN WOMEN

V.I. HOROVY¹, O.O. PROTSEPKO², V.P. HOLOVENKO¹, A.A. SAPSAY¹

¹Vinnytsia Regional Clinical Hospital by M.I. Pyrohov, ²Vinnytsia National Medical University by M.I. Pyrohov

В роботі представлені результати малоінвазивних методів хірургічного лікування стресового нетримання сечі у 58 жінок з використанням наборів GYNECARE TVT (26 хворих) та GYNECARE TVT-о (24 хворих) компанії Johnson and Johnson, а також розроблених авторами методів під ендоскопічним контролем з використанням голки власної конструкції: 7 пубо-вагінальних фасціальних слінгів та 1 кольпосуспензія. Пошкодження голкою та пристроями TVT, TVT-о сечового міхура, уретри, кишечника, судин, нервів, утворення тазових та залобкових гематом не було відмічено. Після операції затримка сечі виникла у 8 (13,8%) хворих. Для виключення в післяопераційному періоді затримки сечі або ж неповного утримання сечі запропоновано спеціальний пристрій для регулювання та вибору оптимального натягу лігатур. У пізньому післяопераційному періоді (в строки від 1 до 6 років) обстежено 46 хворих: у двох (4,3%) пацієнток відмітили рецидив нетримання сечі; у трьох (6,5%) виникла гіперактивність детрузора de novo, яка була купірована прийомом детрузитолу; в одній (2,2%) хворій виникла ерозія передньої стінки піхви в місці проленової стрічки; ще в одній (2,2%) пацієнтки виникла лігатурна пориця в надлобковій ділянці.

The results of miniinvasive methods of surgical treatment of stress urinary incontinence in 58 women with using devices GYNECARE TVT (26 patients), GYNECARE TVT-о (24 patients) of Johnson and Johnson company and developed by authors methods under endoscopic control with using needle of own construction (7 pubo-vaginal fascial slings and 1 colposuspension) were presented. Injuries of bladder, urethra, bowel vessels, nerves, pelvic and retropubic hematoma were not noted. Retention of urine after operations was in 8 (13,8 %) patients. For excluding retention of urine or incomplete urine continence in postoperative period special device for regulation and choice of optimal tension of ligatures was proposed. In late postoperative period (from 1 to 6 years) 46 women were examined: two (4,3 %) of them were incontinent; in three (6,6 %) patients overactive bladder de novo was noted, this condition was eliminated with detruzitol; in one (2,2 %) patient erosion of vagina was noted and in one (2,2 %) patient ligature fistula in suprapubic region appeared.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Стресове нетримання сечі (СНС), за даними літератури, зустрічається у 3 - 50% жінок різних вікових груп [1-3; 6, 15], при цьому хірургічне втручання виконують лише у 2 - 8% пацієнток із СНС із щорічним збільшенням малоінвазивних методик [3, 17]. У жінок із СНС на ґрунті гіпермобільності уретри застосовують малоінвазивні голкові кольпосуспензії (операції за Pereyga, Stamey, Raz) та лапароскопічну кольпосуспензію за Burch, тоді як у жінок із СНС на ґрунті недостатності функції сфінктерного апарату уретри виконують парауретральні ін'єкції об'ємо-

формуючих препаратів, пубо-вагінальні голкові слінги (методики TVT, SPARC та ін.) та трансобтураторний слінг (TOT) [2, 5, 6, 8-12, 14, 16, 19-21]. Відсутність об'ємоформуючих препаратів, лапароскопічної апаратури, спеціальних голок, висока вартість наборів TVT, TOT, SPARC змусила нас виготовити спеціальну голку для виконання малоінвазивних хірургічних втручань у жінок із СНС - голкової кольпосуспензії та пубо-вагінального слінгу.

Мета дослідження - оцінити результати малоінвазивних хірургічних втручань у жінок із СНС із використанням наборів GYNECARE

TVT та GYNECARE TVT-о компанії Johnson and Johnson, а також голки власної конструкції.

Матеріали і методи. При виконанні малоінвазивних втручань використовували набори GYNECARE TVT (26 хворих), GYNECARE TVT-о (obturator system) (24 хворих) компанії Johnson and Johnson [16], а також спеціальну голку (8 хворих), яку виготовили із металевого стилета троакара-катетера "Argyle" (Бельгія) діаметром 4 мм (12Ch) та довжиною 23 см (рис. 1, 2). Для цього в ділянці загостреного кінця стилета просвердлили

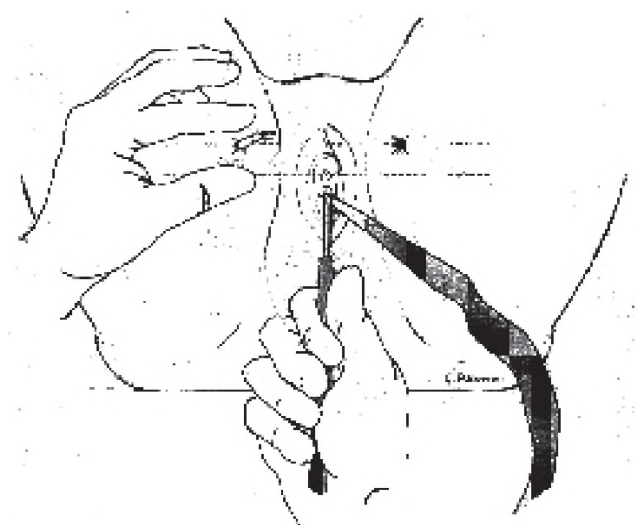


Рис. 1. Проведення проленової стрічки через затульний отвір (inside-out) при виконанні трансобтураторного слінгу набором GYNECARE TVT-о.

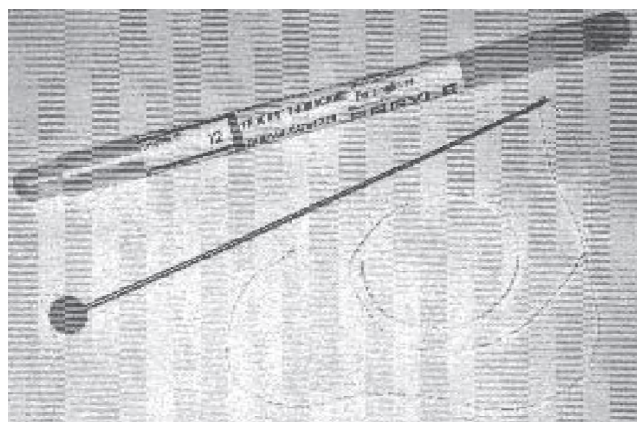


Рис. 2. Голка-перфоратор для виконання трансвагінальної голкової кольпосуспензії та пубо-вагінального слінгу.

отвір діаметром 0,7 мм для проведення хірургічної голки з лігатурою. При виконанні пубо-вагінального голкового слінгу використовували короткий фасціальний клапоть розмірами 3x1,5см із апоневрозу прямих м'язів живота, який трансвагінально фіксували позаду проксимального відділу уретри до парауретральних тканин двома лігатурами (surgilon - №1 USP), а кінці їх виводили в надлобкову рану за допомогою виготовленої голки під ендоскопічним контролем, де зв'язували між собою над апоневрозом прямих м'язів живота після наповнення сечового міхура 300 мл розчину фурациліну та виконання проби на утримання сечі (деклараційний патент на винахід України №59986А, бюл. 9 від 15.09.2003) (рис. 3). При виконанні операції голка чотири рази проводиться через тазове дно, відповідно чотири рази виконується цистоскопія. При виконанні ендоскопічної голкової кольпосуспензії використовували модифіковану методику Pereyra (1959) [18] з накладанням двох 8-подібних швів на парауретральні тканини в ділянці проксимального відділу уретри з проведенням лігатур в надлобкову ділянку.

За останні 6 років в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні та на клінічних гінекологічних базах Вінницького національного медичного університету малоінвазивні хірургічні втручання виконано у 58 жінок із СНС: пубо-вагінальних голчастих слінгів за методикою TVT під ендоскопічним контролем - 26, за допомогою голки власної конструкції - 7, трансобтураторних слінгів - 24 та 1 кольпосуспензію. В зв'язку з великим ризиком рецидиву СНС (до 60-80%) у віддаленому післяопераційному періоді після голчастої кольпосуспензії, за даними літератури [5, 9, 11, 20], ми перестали у подальшому застосовувати кольпосуспензію при хірургічному лікуванні СНС. За віком хворі були поділені наступним чином: до 40 років - 11 жінок; 41-50 - 23; 51 - 60 - 19; більше 60 років - 5. У 46 жінок виявлено I ст. стресового нетримання сечі за класифікацією Тетрадова [4] (жінки втрачали сечу лише у вертикальному положенні), у 12 - II ст. (жінки втрачали сечу як у вертикальному, так і в горизонтальному положеннях). Згідно з сучасною міжнародною класифікацією СНС [7, 13] у 10 жінок був тип I СНС (гіпермобільність уретри без пролапсу

тазових органів), в 22 - тип ІА (гіпермобільність уретри з пролапсом тазових органів у межах піхви), 22 - тип ІВ (гіпермобільність уретри з пролапсом тазових органів за межі піхви), 4 - тип ІІІ (недостатність функції сфінктерного апарату уретри). У зв'язку з генітальним пролапсом І- ІІ ст. у 22 жінок, ІІІ-ІV ст. у 22 жінок їм виконували наступні супутні гінекологічні операції: передня кольпорафія - у 33 пацієнток, трансвагінальна гістеректомія - 6, трансабдомінальна гістеректомія - 1, задня кольпорафія - 9, інфракоксигельна кольпо-цервікопексія - 11.

Результати досліджень та їх обговорення.

При виконанні малоінвазивних голчастих втручань тривалість операцій (урологічного етапу) коливалась від 100 до 150 хвилин (пубо-вагінальний голчастий слінг), від 20 до 40 хвилин (TVT), від 20 до 30 хвилин (TVT-о), крововтрата не перевищувала 100г. Пошкоджень голкою сечового міхура, уретри, кишечника, судин, нервів, утворення тазової та залобкової гематоми не спостерігали. Одна хвора (їй виконали пубо-вагінальний голчастий слінг одночасно з абдомінальною гістеректомією) померла через 3 години після операції через розвиток анафілактичного шоку на антибактеріальні препарати, які їй були введені під час операції з метою профілактики інфекційних ускладнень. Всі інші хворі виписані з відділень із здатністю повністю утримувати сечу. У 8-ми (13,8%) пацієнток після пубо-вагінального голчастого слінгу та TVT відмічалась короткочасна (до 7 діб) затримка сечі, яка була усунена періодичною катетеризацією сечового міхура та призначенням убретиду у 6 хворих. У 2 хворих затримка сечі була пов'язана з перетягуванням лігатур, яка була усунена розв'язуванням лігатур в надлобковій ділянці під місцевим знеболюванням та опущенням уретри металевим жіночим катетером з наступним зав'язуванням лігатур. Після цих випадків ми почали застосовувати спеціальний пристрій для регулювання та вибору оптимального натягу лігатур у післяопераційному періоді (рис. 4). Пристрій представляє собою поліуретанову трубку діаметром 1-1,5 см та довжиною 5-8 см залежно від товщини підшкірно-жирової клітковини хворої з розрізами по діаметру її зверху та знизу до 0,5 см (по-

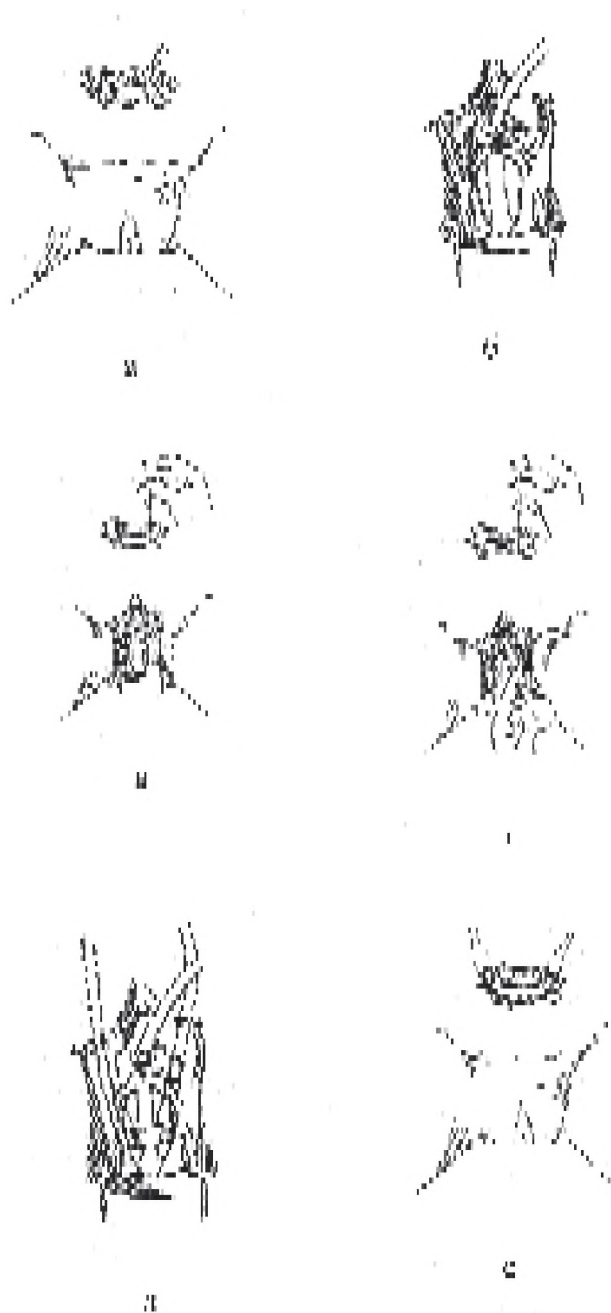


Рис. 3. Етапи (а-е) пубо-вагінального слінгу коротким фасціальним клаптом із апоневрозу прямих м'язів живота: а) висічення клаптя; б) розріз передньої стінки; в) проведення голки через передню стінку живота, тазове дно в рану піхви; г) цистоскопія для виключення пошкодження сечового міхура; д) фіксація фасціального клаптя до парауретральних тканин; е) виведення кінців лігатур в надлобкову ділянку.

свідчення на раціоналізаторську пропозицію №837/1, видане Управлінням охорони здоров'я та курортів Вінницької облдержадміністрації 1.02.2006). Після визначення оптимального натягу лігатур (на 3-5 добу після операції)

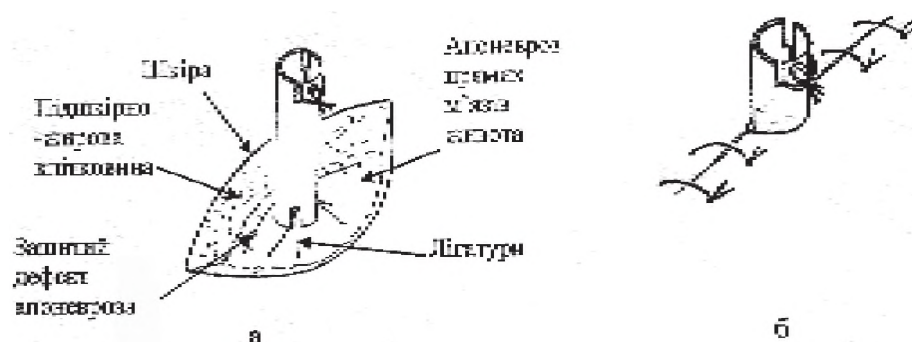


Рис. 4. Пристрій для регулювання та вибору оптимального натягу лігатур: а) встановлення пристрою в надлобкову рану, проведення та тимчасове зв'язування на норму лігатур; б) кінцевий вигляд надлобкової рани з пристроєм.

пристрій видаляємо, а лігатури зв'язуємо над апоневрозом прямих м'язів живота остаточно. Даний пристрій допомагає уникнути повторного хірургічного втручання в надлобковій ділянці для розпускання (зменшення натягу) лігатур при затримці сечі чи, навпаки, підтягування (збільшення натягу) їх при неповному утриманні сечі. У віддаленому післяопераційному періоді було обстежено 46 жінок: у двох (4,3%) пацієнток виник рецидив нетримання сечі; у трьох (6,5%) жінок після пубо-вагінального слінгу виникла гіперактивність детрузора, яка була усунена прийомом детрузитолу протягом місяця; в одній (2,2%) жінки виникла ерозія передньої стінки піхви в місці проленової стрічки; ще в одній (2,2%) жінки через 6 місяців після операції виникла лігатур-

на нориця в надлобковій ділянці, їй планується видалити лігатуру через рік.

Висновок. Представлені малоінвазивні хірургічні втручання у жінок із СНС із застосуванням наборів GYNECARE TVT, GYNECARE TVT-о та голки власного виробництва зменшують травматизацію тканин надлобкової ділянки і тазового дна, інтраопераційну крововтрату, порівняно з абдомінальними антистресовими операціями, безпечні у використанні, а також дозволяють ефективно відновити утримання сечі у жінок. Рекомендуємо ширше застосування в практиці урологів та гінекологів малоінвазивних методів при хірургічному лікуванні жінок із СНС без наявності чи з наявністю пролапсу тазових органів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Нікітіна О.А. Профілактика стресового нетримання сечі у жінок у пізньому післяпологовому періоді: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Київ, 2003. - 18 с.
2. Переверзев А.С. Клиническая урологинекология. - Харьков: Факт, 2000. - 360 с.
3. Переверзев А.С. Стрессовое недержание мочи у женщин - современные приоритеты и перспективные стратегии // Репродуктивное здоровье женщины. - 2005.- №1 (21).- С.266-268.
4. Терадов А.Н. Недержание мочи при напряжении у женщин. - Кишинёв: Картя Молдовеняскэ, 1968. - 208с.
5. Херт Г. Оперативная урогинекология: Пер. с англ. / Под ред. Н. А. Лопаткина, О. И. Аполихина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - 276с.
6. Abrams P., Artibani W. Understanding stress urinary incontinence. - Belgium: Ismar Healthcare, 2004. - 96 p.
7. Blaiwas J.G., Olsson C.A. Stress incontinence: classification and surgical approach // J. Urol. - 1988. - Vol. 139. - P. 727-731.
8. Cartier-Kastler E. SUI: current management and unmet needs // European Urology Supplements. - 2005. - Vol. 4, issue 1. - P. 11-17.
9. Chaliha C., Stanton S.L. Urethral sphincter incompetence // Clinical urogynaecology / Stanton S.L., Monga A.K. - 2nd ed. - London - Toronto: Churchill Livingstone, 2000. - P.201-217.
10. Delorme E., Droupy S., Renaud de Teyrac, Delmas V. Transobturator tape (uratape): a new minimally-invasive procedure to treat female urinary incontinence // Eur. Urol. - 2004. - Vol. 45, № 2. - P. 203-207.
11. Dolan L., Hilton P. Surgical management of stress incontinence: which technique when? // EAU Update Series 1. - 2003. - P. 154-165.
12. Dwyer N., Kreder K. An update on slings // Curr. Opin. Urol. - 2005. - Vol. 15. - P. 244-249.
13. Ganabathi K., Zimmern P., Leach G.E. Evaluation of voiding dysfunction // Geriatric Urology / P.D. O'Donnell. - Boston: Little, Brown and Company, 1994. - P. 203-219.
14. Gilleran J.P., Zimmern P. An evidence-based approach to the evaluation and management of stress incontinence in women // Curr. Opin. Urol. - 2005. - Vol. 15. - P. 236-243.
15. Hunskaar S., Burgio K., Diokno A.C. et al. Epidemiology and natural history of urinary incontinence (UI) // Incontinence / Abrams P. et al. - 2nd ed. - Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd, 2002. - P. 165-201.
16. Jean de Leval. Novel surgical technique for treatment of female stress urinary incontinence: transobturator vaginal tape inside-out // Eur. Urol. - 2003. - Vol. 44, № 6. - P. 724-730.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

17. Lose G. The burden of stress urinary incontinence // European Urology Supplements. - 2005. - Vol. 4, issue 1. - P. 5-10.
18. Pereyra A.J. A simplified surgical procedure for the correction of stress incontinence in women // West J. Surg. Obstet. Gynec. - 1959. - Vol. 67 - P. 224-226.
19. Raz S., Slothers L., Chopra A. Vaginal reconstructive surgery for incontinence and prolaps. - Campbell's Urology / Edited by Walsh P.C. et al. - 7th ed. - Vol.1. - Philadelphia: W.B. Saunders, 1998. - P. 1059-1094.
20. Smith A.R.B., Daneshgari F., Dmochowski et al. Surgical treatment of incontinence in women // Incontinence / Abrams P., Cardozo L., Khoury S., Wein A. - 2nd ed. Plymouth: Plymbridge Distributors Ltd. - 2002. - P. 823-863.
21. Wilson T.S., Lemack G.E., Zimmern P.E. Management of intrinsic sphincteric deficiency in women // J. Urol. - 2003. - Vol. 169. - P. 1662-1669.

Роль α_1 -адреноблокатора в лікуванні розладів сечовипускання після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози

Ю.Б. БОРИС, О.О. СТРОЙ, Ю.О. МИЦІК, І.С. ШАТИНСЬКА, А.В. КОНОВАЛЮК

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

ROLE OF α_1 -ADRENOBLOCKER IN TREATMENT OF URINARY DISORDERS AFTER TRANSURETHRAL RESECTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

YU.B. BORYS, O.O. STROY, YU.O. MYTSYK, I.S. SHATYNSKA, A.V. KONOVALIUK

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

Метою дослідження було дослідити ефективність застосування високоселективного α_1 -адреноблокатора "ЗОКСОН" (ZOXON®) у лікуванні розладів сечовипускання у хворих після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Було досліджено 45 хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози I-II ст., яким було виконане операційне лікування - трансуретральна резекція ДГПЗ за стандартною методикою. Середній вік пацієнтів складав (59,4±3,2) років. Середній об'єм простати у хворих до операції складав (62,8±2,1) см³. Дослідження розпочиналось на 30 добу після операції і тривало 30 діб. До основної групи увійшло 23 хворих, яким крім стандартного післяопераційного лікування призначали α_1 -адреноблокатор "ЗОКСОН" у дозі від 1 до 6 мг/добу. Дослідження проводилось до лікування, на 15-ту та на 30-ту доби прийому препарату. Решта 22 хворих увійшли до контрольної групи і отримували лише стандартне післяопераційне лікування. У ході проведеного нами дослідження було отримано значний позитивний лікувальний ефект у групі хворих, які приймали препарат "Зоксон" після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози. В даній групі хворих частота і ступінь прояву СНСШ в кінці лікування була нижчою, ніж в контрольній. Препарат "Зоксон" (ZOXON®) не спричинив жодних побічних дій протягом усього курсу лікування. Виходячи з отриманих даних, застосування α_1 -адреноблокаторів в післяопераційному, після ТУР ДГПЗ дає змогу ефективніше лікувати розлади сечовипускання.

This study assessed safety and efficacy of α_1 -adrenoblocker ZOXON® in the treatment of urinary disorders after the transurethral resection (TR) in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). Study was performed in 45 patients with BPH of stage I-II. The average age of the patients was (59,4±3,2) years, average volume of the prostate before TR was (62,8±2,1) cm³. In our study we used such diagnostic methods as urodynamic, ultrasound, biochemical studies and also I-PSS and QOL questionnaire. The study started on the 30 day after the TR of BPH and lasted for 30 days. All studies were performed before treatment, on the 15 and 30 day of the treatment. In main group (23 patients) besides usual postoperational therapy α_1 -adrenoblocker ZOXON was assigned in dose from 1 to 6 mg/day. In control group (22 patients) only common postoperational therapy was assigned. We obtained such results of the treatment in main group of patients as α_1 -adrenoblocker ZOXON proved to be safe and effective, influencing both subjective symptoms and results of objective studies. The product is well tolerated by the patient and this makes it an attractive option for the treatment of disorders after the transurethral resection in patients with benign prostatic hyperplasia.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) належить до найчастіших захворювань сечостатевої системи у літніх чоловіків. У чоловіків старше 50 років ДГПЗ зустрічається в 50%, у 60-літніх - в 75%, у 90-літніх практично в 100%. Це захворювання значно впливає на якість життя хворих внаслідок порушення функції нижніх

сечовивідних шляхів та виникнення симптомів, пов'язаних із цим (СНСШ) [1].

Трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУР ПЗ) за ефективністю не поступається відкритій операції і має цілий ряд переваг: скорочується післяопераційний період стаціонарного лікування, відсутня післяопераційна рана на передній черевній стінці і, відповідно, відсутні ускладнення, пов'язані з її

загоєнням. Але відомо також, що не всі ці пацієнти відмічають позитивний ефект як в найближчому, так і у віддаленому періоді післяопераційного спостереження. Серед 40-50 тис. хворих, оперованих в США, незадовільні результати зафіксовані приблизно у 20% хворих [10]. Високою є також частота повторних операцій при ТУР ПЗ - від 2 до 15% [11]. За даними деяких авторів, задовільні результати були отримані тільки в 79% (з 253 пацієнтів), причому протягом першого року констатовано покращення самопочуття у 84% хворих, а наступних три роки - тільки у 73% [8].

Поява розладів сечовипускання після ТУР ПЗ у найближчий післяопераційний період є вкрай частим явищем: за різними даними, розвиток СНСШ та запальних ускладнень в найближчому післяопераційному періоді становить 5-40% [5]. Насамперед це пояснюється виникненням запалення та набряку в травмованих тканинах внаслідок травмуючої дії струму та механічного пошкодження під час операції.

За останні роки все більшу увагу дослідників привертає питання медикаментозної корекції СНСШ у пацієнтів після ТУР ДГПЗ. Із цією метою застосовують не тільки симптоматичну (протизапальну, дезінтоксикаційну, анальгезуючу) терапію, але й патогенетичну. Дані дослідників свідчать про успішне застосування різних груп препаратів, таких як α_1 -адреноблокатори, інгібітори 5- α -редуктази, фітопрепарати [6].

Максимальна кількість α -адренергічних рецепторів розміщена в шийці сечового міхура, капсулі простати та м'язових елементах ДГПЗ. При цьому строма гіперплазованої тканини (45 % всієї маси пухлини) складається на 60 % із м'язових структур. Таким чином, ріст відсотка м'язових структур є одним з головних моментів в патогенезі обструктивної симптоматики, α -адренергічні рецептори поділяються на 2 типи: α_1 та α_2 [9].

Відповідно до наведених відомостей про наявність α_1 -адренергічних рецепторів в тканинах ДГПЗ, стає зрозумілим підвищений інтерес вітчизняних і закордонних дослідників до групи препаратів α_1 -адреноблокаторів у лікуванні аденоми простати та СНСШ, що виникають після ТУР ДГПЗ. Але дивлячись на значну кількість публікацій, присвячених

лікуванню доброякісної гіперплазії простати α_1 -адреноблокаторами, питання застосування даної групи препаратів при лікуванні розладів сечовипускання після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози не є достатньо висвітлене і залишається відкритим для наукового обґрунтування і практичного втілення результатів.

Мета дослідження. Метою дослідження було дослідити ефективність застосування високоселективного α_1 -адреноблокатора "ЗОКСОН" (ZOXON®) у лікуванні розладів сечовипускання у хворих після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Матеріали та методи дослідження. Було досліджено 45 хворих із доброякісною гіперплазією передміхурової залози I-II ст., яким було виконано операційне лікування - трансуретральна резекція ДГПЗ за стандартною методикою. Вік пацієнтів обох груп коливався в межах 49-69 років, середній вік пацієнтів складав $(59,4 \pm 3,2)$ років. Середній об'єм простати у хворих до операції складав $(62,8 \pm 2,1)$ см³, середній об'єм залишкової сечі у пацієнтів обох груп до операції складав $(210 \pm 7,2)$ см³. Хворим обох груп уретральний катетер був видалений на 2-6 добу, середня тривалість перебування хворого з встановленим уретральним катетером - 3,4 доби. Дослідження розпочиналось на 30 добу після операції і тривало 30 діб. Показами до включення в дослідження вважали наступне:

1. Відсутність інших важких післяопераційних ускладнень (кровотеча, ТУР-синдром);
2. Наявність скарг на СНСШ в післяопераційному періоді (IPSS > 11, QOL > 3);
3. При урофлоуметричному дослідженні, Qmax не менше 10 мл/с;
4. Об'єм залишкової сечі не більше, ніж 70 мл;
5. Відсутність інших урологічних захворювань чи тяжкої супутньої патології;
6. Відсутність прийому лікарських засобів з приводу ДГПЗ до операції.

До основної групи увійшли 23 хворих, яким крім стандартного післяопераційного лікування призначали α_1 -адреноблокатор "ЗОКСОН" за наступною схемою:

- 1 мг 1 раз на добу протягом 1-го тижня;
- 2 мг 1 раз на добу протягом 2-го тижня;
- 4 мг 1 раз на добу протягом 3-го тижня;
- 6 мг 1 раз на добу протягом 4-го тижня.

Препарат вживався перед сном.

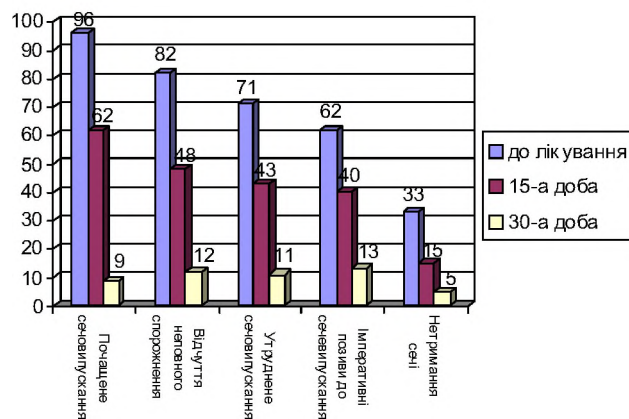
Решта 22 хворих увійшли до контрольної групи і отримували лише стандартне післяопераційне лікування (дезінтоксикаційна, протизапальна, протибільова терапія).

Дослідження проводилось на базі клініки КМК ЛШМД та 5-ї Міської лікарні м. Львова (з грудня 2005 по серпень 2006 рр.). Оцінка ефективності отриманих результатів у хворих обох груп проводилась за уродинамічними показниками, враховувались дані інструментальних досліджень, суб'єктивних відчуттів хворого, а також за допомогою визначення міжнародного клінічного індексу I-PSS та якості життя пацієнтів - QOL за допомогою загальноприйнятих анкет з урахуванням загальноклінічної і локальної симптоматики, клінічного та біохімічного аналізів крові і сечі, визначення кількості залишкової сечі, а також контролю артеріального тиску. Дослідження проводилось до лікування, на 15-ту та на 30-ту доби прийому препарату. Контроль проводили при амбулаторному візиті хворого. Для проведення статистичної обробки отриманих результатів використовували програму Microsoft Exel 11.

Результати та їх обговорення. Під впливом проведеного лікування отримані наступні зміни в СНСШ в основній групі. Так почашене сечовипускання спостерігалось до початку лікування у 96% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 62%, а на 30-ту добу - у 9% хворих; відчуття неповного спорожнення сечового міхура до початку лікування спостерігалось у 82% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 48%, а на 30-ту добу - у 12% хворих; утруднене сечовипускання до початку лікування спостерігалось у 71% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 43%, а на 30-ту добу - у 11% хворих; імперативні позиви до сечовипускання спостерігались у 62% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 40%, а на 30-ту добу - у 13% хворих; нетримання сечі спостерігалось у 33% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 15%, а на 30-ту добу - у 5% хворих. Ди-

наміка СНСШ в основній групі наведена на діаграмі 1.

В контрольній групі були отримані значно гірші результати: почашене сечовипускання спостерігалось до початку лікування у 92% хворих, на 15-ту добу після початку лікуван-



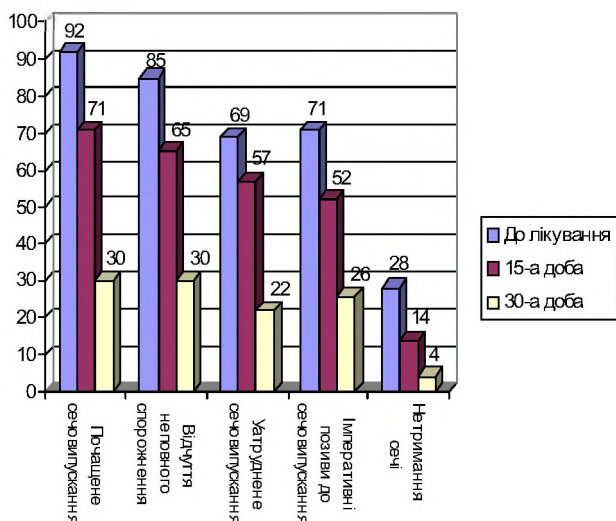
Діаграма 1. Динаміка СНСШ в основній групі (%).

ня - у 71%, а на 30-ту добу - у 30% хворих; відчуття неповного спорожнення сечового міхура до початку лікування спостерігалось у 85% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 65%, а на 30-ту добу - у 22% хворих; утруднене сечовипускання до початку лікування спостерігалось у 69% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 57%, а на 30-ту добу - у 26% хворих; імперативні позиви до сечовипускання спостерігались у 71% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 52%, а на 30-ту добу - у 31% хворих; нетримання сечі спостерігалось у 28% хворих, на 15-ту добу після початку лікування - у 14%, а на 30-ту добу - у 4% хворих.

Результати змін у СНСШ в контрольній групі наведені на діаграмі 2.

Проведення стандартизованого анкетування хворих за міжнародною шкалою простатичних симптомів (I-PSS) та якості життя хворого (QOL), дозволило виявити суттєву різницю в даних показниках у обох групах (табл. 1).

Різниця у динаміці уродинамічних показників та кількості залишкової сечі (КЗС) в основній та контрольній групах свідчить про значний лікувальний ефект α_1 -адреноблокатора. Нами було отримано статистично достовірне ($p < 0,05$) зменшення КЗС в основній групі: із $(62,4 \pm 15,8)$ мл перед лікуванням до



Діаграма 2. Зміни у СНСШ в контрольній групі (%).

(30,7±6,3) мл на 15-ту добу і до (5,6±3,8) мл на 30-ту добу. В контрольній групі КЗС перед лікуванням складала (61,2±14,3) мл, на 15-ту добу лікування - (45,2±8,7) мл і (12,7±4,3) мл на 30-ту добу.

Таблиця 1. Зміни показників I-PSS та QOL у досліджуваних пацієнтів основної та контрольної груп (бали)

Критерії оцінки	Основна група (n=23)			Контрольна група (n=22)		
	до лікув.	15-а доба	30-а доба	до лікув.	15-а доба	30-а доба
I-PSS, бали	15,9 ± 0,2	13,6 ± 0,3*	11,5 ± 0,5 *	15,5 ± 0,3	14,9 ± 0,2*	13,4 ± 0,2*
QOL, бали	4,4 ± 0,3	3,5 ± 0,3*	2,9 ± 0,5*	4,7 ± 0,2	4,0 ± 0,2*	3,5 ± 0,3*

Примітка. * - при $p < 0,05$.

Лікувальний ефект α_1 -адреноблокатора ми пояснюємо здатністю лікувального засобу впливати на гладку мускулатуру сечового міхура, простати, що сприяє швидшому відновленню функції детрузора, а, отже, й зменшенню кількості залишкової сечі у хворих після ТУР ДГПЗ.

Зміни середньої та максимальної швидкості сечовипускання в основній та контрольній групах відображені в таблиці 2.

Протягом дослідження проводилась оцінка появи побічних дій препаратів та їх переносимість пацієнтами. В основній та контрольній групах не було відмічено жодних побічних дій, які могли б бути пов'язаними з прийомом препаратів. Регулярний контроль артеріального тиску (4 рази на добу) вказав на відсутність значних його змін у обох групах хворих.

Висновки. У ході проведеного нами дослідження було отримано значний позитивний лікувальний ефект у групі хворих, які приймали препарат "Зоксон" після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози. В даній групі хворих частота і ступінь прояву СНСШ в кінці лікування були нижчими, ніж в контрольній. Препарат "Зоксон" (ZOXON®) не спричинив жодних побічних дій протягом усього курсу лікування. Отже, застосування α_1 -адреноблокаторів після ТУР ДГПЗ дає змогу ефективніше лікувати розлади сечовипускання.

Можна стверджувати, що високоселективний α_1 -адреноблокатор "Зоксон" (ZOXON®) є ефективним у симптоматичному лікуванні розладів сечовипускання у хворих після трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози I-II стадій.

Таблиця 2. Зміни середньої та максимальної швидкості сечовипускання в основній та контрольній групах

Критерії оцінки	Основна група (n=23)			Контрольна група (n=22)		
	до лікув.	15-а доба	30-а доба	до лікув.	15-а доба	30-а доба
Qmax, мл/с	11,2 ± 0,3	13,1 ± 0,3*	13,9 ± 0,2*	10,9 ± 0,3	12,1 ± 0,4*	12,9 ± 0,2*
Qave, мл/с	7,6 ± 0,2	9,4 ± 0,3*	9,9 ± 0,4*	7,4 ± 0,3	8,8 ± 0,3*	9,0 ± 0,2*

Примітка. * - при $p < 0,05$.

ЛІТЕРАТУРА

1. Возианов А.Ф., Пасечников С.П. Современные подходы к лечению аденомы предстательной железы // Лікування та діагностика - 1998. - № 1(9). - С. 10-17.
2. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы / Под ред. Н.А. Лопаткина - М, 1997.
3. Пивоваров П.И., Кубильос Х, Пушкарь А.М. Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний простаты.- Винница: Тезис, 1999.-187 с.
4. Баякин П.Н. Роль консервативної терапії у лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози // Terra medica. - 1998. - Т. 13, № 4. - С. 7-10.
5. Лопаткин Н.А., Лоран О.Б., Вишнеvский Е.Л. и др. Использование α_1 -адреноблокаторов в лечении доброкачественной гиперплазии простаты // Урол. и нефрол. - 1997. - № 6. - С. 3-7.
6. Пытель Ю.А. Наш опыт применения α_1 -адреноблокаторов в лечении доброкачественной гиперплазии простаты // Пленум Всероссийского о-ва урологов: Тезисы докладов. - Саратов, 1994. - С. 5-19.
7. Lowe F.C. Changing Perspectives on Prostate Disease: Symposium: Abstracts. - Rome, 2001. - P. 12-13.
8. Kirby R.S. et al. Textbook on Benign Prostatic Hyperplasia. - Oxford, 1996. - 310 p.
9. Speakman M. α_1 -adrenoblockers in the treatment of benign prostatic hyperplasia // Changing Perspectives on Prostate Disease: Symposium: Abstracts. - Rome, 2001. - P. 16-17.
10. Chow R.D. Benign prostatic hyperplasia. Patient evaluation and relief of obstructive symptoms // Geriatrics. - 2001. - Vol. 56. - P. 33-38.
11. Lowe F.C., Fagelman E. Using complementary medications to treat BPH // Patient Care. - 2000. - P. 34191-34203.
12. Lee C., Kozłowski J.M., Grayhack J.T. Etiology of benign prostatic hyperplasia // Urol. Clin. North Am. - 1995. - Vol. 22. - P. 237-246.

УДК 616.133.33+616.145.11/.13]-007.1-007.251-089.15

Тактика диференційованого хірургічного лікування розривів артеріовенозних мальформацій півкуль головного мозку

Л.М. ЯКОВЕНКО, В.А. ЯЦИК, М.Ю. ОРЛОВ

Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України, м. Київ

TACTICS OF DIFFERENTIATED SURGICAL TREATMENT OF RUPTURES OF ARTERIOVENOUS MALFORMATIONS IN BRAIN HEMISPHERES

L.M. YAKOVENKO, V.A. YATSYK, M.YU. ORLOV

Institute of Neurosurgery by A.P. Romodanov of AMS of Ukraine, Kyiv

У 132 хворих з АВМ головного мозку, які проявились розривом з утворенням переважно внутрішньомозкових гематом (70 % спостережень) проведено транскраніальне мікrohrіргічне видалення АВМ та внутрішньочерепних крововиливів (60 хворих) або кероване ендovasкулярне тромбування їх ядра (49 спостережень). Диференційованим або комбінованим використанням означених технологій лікування забезпечується позитивний результат лікування в 70 % випадків.

At 132 patients with arteriovenous brain malformations to be manifested in rupture with formation of mainly intracerebral hematomas (70 % researches) was carried out transcranial microsurgical removal of arteriovenous malformations and intracranial hemorrhages (60 patients) or managed endovascular thrombing of their nucleus (49 researches). Differentiated or combined application of defined treatment technologies provides positive result of treatment in 70 % case.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Розриви АВМ півкуль великого мозку є найбільшим несприятливим варіантом клінічних проявів церебральних судинних мальформацій, лікування яких потребує подальшого технічного вдосконалення та покращання кінцевих результатів. При доведеній безальтернативності хірургічного методу лікування АВМ [4] строки, технології та обсяг останнього до сьогодні не визначені; не розроблені перспективи послідовного та комбінованого застосування ендovasкулярної та транскраніальної методик, не вивчено умови оптимального використання як міні-інвазивних, так і традиційних оперативних втручань, що, при наявності досконалого діагностичного алгоритму обґрунтовує актуальність поглибленої розробки проблеми [1, 2, 3, 5].

Метою дослідження є вивчення результатів ендovasкулярних та транскраніальних операцій у різні строки розриву АВМ півкуль великого мозку з метою вибору оптимальних термінів, послідовності та обсягу оперативних втручань.

Матеріали і методи. Ґрунтуються на вивченні результатів лікування 145 хворих з АВМ півкуль великого мозку (72 чоловіки та 73 особи жіночої статі), діагностованими в строки розриву від 24 год до кількох років. До 67 % пацієнтів перебували у задовільному або середньої тяжкості стані, який не обмежував можливостей хірургічного діагностичного обстеження. Наявність, характер та локалізація внутрішньочерепного крововиливу визначалися за допомогою КТ (70 % спостережень), МРТ головного мозку (до 38 % обстежених). Характеристика АВМ була забезпечена виконанням послідовної тотальної церебральної ангиографії (АГ), яка виявилась інформативною в понад 92 % випадків. У 8 % спостережень при негативних даних АГ функціонуючі АВМ діагностовано під час видалення інтрацеребральних гематом. Строк та методику втручання визначали після оцінки співвідношень між АВМ та крововиливом, з урахуванням локалізаційних ознак за градацією Spetzler-Martin [4] та клінічних проявів внутрішньомозкового крововиливу. При виборі технології

оперативних втручань у хворих із розривами АВМ, які не потребували ургентної хірургічної допомоги, передусім реалізувалась можливість міні-інвазивних, ендovasкулярних методик. В ургентному порядку виконували операції з приводу внутрішньомозкових гематом з "агресивним" перебігом.

Результати лікування оцінено після контрольного АГ обстеження при обов'язковому урахуванні динаміки неврологічних та соціальних показників (якість життя). Зіставлення радикальності виключення або видалення АВМ лягло в основу кінцевої оцінки результатів лікування.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ендovasкулярні операції були застосовані у 49 хворих та виконували в один або кілька послідовних етапів як основну хірургічну технологію.

У 35 випадках оперативні втручання були виконані одномоментно. При цьому в 11 спостереженнях АВМ I-II груп при ініціальному АГ-обстеженні характеризувались одною або поодинокими гіпертрофованими аферентними артеріями і численними гіпертрофованими висхідними поверхневими дренуючими венами. 3-х хворих оперовано протягом 1-2 місяців після субарахноїдального та інтравентрикулярного крововиливу, а 8 пацієнтів - протягом 10 місяців - 18 років після ГПМК. У всіх 11 хворих досягнуто повного (8) або субтотального (3) "виключення" мальформації, яке в 3 випадках доповнено в подальшому радіохірургічним втручанням, що великою мірою носило профілактичний характер. Контрольні АГ-обстеження протягом 6-24 місяців після оперативних втручань не виявили ознак функціонування АВМ.

3 хворих оперовано з приводу АВМ III групи в "холодному" періоді ГПМК; інтраопераційний АГ-контроль засвідчив тотальне виключення АВМ, проте вогнищевий неврологічний дефіцит, який мав місце внаслідок розриву мальформації, після операції утримувався (2) або поглибився (1) внаслідок ятрогенного тромбозу ВСА, в басейні якої виконувалась операція.

У 9 спостереженнях АВМ півкуль великого мозку, які проявились субарахноїдально-паренхіматозним крововиливом, були діагно-

стовані в межах 4-7 днів після розриву (у 2 хворих), 7-14 днів (у 3 хворих) та в межах 1-3 місяців (4 спостереження). При наявності АВМ III (4) та IV (5) груп у хворих у відносно задовільному стані реалізовано показання до ендovasкулярних втручань, а протягом останніх виконано часткове або субтотальне "закриття" мальформацій із суттєвим зменшенням наявних факторів ризику повторних розривів. Слід зазначити, що цим хворих створено умови для подальшого радіохірургічного втручання, яке їм і було рекомендовано після фахової консультації.

У групі з 12 хворих, які зазнали одноразового ендovasкулярного оперативного втручання в підгострому або "холодному" періоді розриву АВМ, особливостями ангіоархітектоніки мальформацій були наявність множинних, незначно розширених аферентних артерій при наявності стенотичних змін магістральних сегментів живильних судин АВМ, а також некомпактність та значний розмір ядра АВМ із розташуванням його у функціонально важливих зонах півкуль, тобто приналежність їх до IV-V груп. Описані особливості обумовили протипоказання до проведення транскраніальних оперативних втручань, разом з тим обмежили виконані ендovasкулярні втручання частковим виключенням АВМ.

У 5 випадках хворих з АВМ V-IV груп оперовано в підгострому (1) та віддаленому (4) періоді розривів з утворенням виключно субарахноїдальної геморагії, але при наявності стійких вогнищевих неврологічних розладів. В ході операцій виконано часткове суперселективне тромбування великих півкульних мальформацій. Ангіографічне контрольне обстеження, проведене протягом 6-12 місяців спостереження, констатувало відновлення розмірів АВМ або навіть їх збільшення за рахунок відкриття додаткових живильних артерій, що зробило проведення повторних оперативних втручань невиправданим внаслідок можливості поглиблення ішемічних порушень мозкового кровообігу.

У 5 випадках одноразових ендovasкулярних втручань мали місце інтраопераційні ускладнення: розрив АВМ - в одному випадку (I-к А.Н., спост. №59), тромбоз магістральних відділів аферентних артерій - в 3-х спостереженнях та розвиток стійкого розповсюджено-

го ангіоспазму - в 1 хворого, внаслідок чого втручання були припинені. У цих випадках вдалось досягти часткового знекровлення мальформації.

Із групи одноразово оперованих хворих двоє з АВМ V-IV ст. за Сп-Мартін оперовані в ситуації, ускладненій повторним розривом мальформації. Втручання, особливістю якого було часткове виключення АВМ, виконувалось при наявності вираженої неврологічної та супутньої соматичної патології.

Таким чином, в результаті одноразових ендovasкулярних оперативних втручань виникли такі клінічні ситуації:

- коли мета хірургічного лікування досягається в результаті виконаної емболізації: АВМ виключається тотально або субтотально, після операційний період перебігає без ускладнень та поглиблення неврологічної симптоматики;

- коли тотальне або субтотальне виключення АВМ супроводжується поглибленням наявної неврологічної симптоматики внаслідок ішемічних порушень мозкового кровообігу;

- коли внаслідок гемодинамічних особливостей АВМ стає неможливим більш-менш вагоме ендovasкулярне тромбування ядра мальформації через загрозу поглиблення вогнищевої симптоматики, коли ендovasкулярне втручання припиняється внаслідок розвитку інтраопераційних ускладнень.

У хворих, оперованих одноразово з використанням ендovasкулярних методик за сукупністю клініко-неврологічних та ангіографічних показників, отримані такі результати:

1. Добрі (видужання) - 11 спостережень.
2. Задовільні - 5 спостережень.
3. Незадовільні - 19 спостережень.

У 14 спостереженнях ендovasкулярне хірургічне лікування не було обмежене однією операцією: 11 хворих оперовано двічі та 3 - в 3 етапи. 5 операцій проведено в межах гострого періоду розриву АВМ та 9 - у віддалені терміни крововиливу.

В 1 випадку, в якому АВМ I-II груп локалізована в коліні мозолистого тіла після повторних розривів (субаракноїдальний та внутрішньошлуночковий крововилив), через 2 місяці після розриву була виключена тотально в 2 етапи з проміжком 5 днів, з досягненням за сукупністю клінічних та гемодинамічних показників доброго результату лікування.

У 3-х випадках (АВМ II, III та IV груп) оперативні втручання виконано у віддалені терміни розриву. Операції полягали в послідовному дворазовому тромбуванні ядра АВМ із проміжком між операціями від 6 до 12 місяців, ендovasкулярному тромбуванні АВМ в об'ємі від 30 до 70 % від ініціального, зменшенні, таким чином, вірогідності повторних розривів за рахунок зменшення розміру, ступеня артеріо-венозного шунтування та швидкості кровотоку в АВМ.

У 5 хворих з АВМ II (2) та III (3) ступенів у "холодному" періоді ГПМК за типом САК діагностовані мальформації були тотально та субтотально "виключені", але при контрольній АГ протягом 6-12 місяців були виявлені рецидиви мальформації, що обумовило показання до повторних оперативних втручань.

Результатом повторних оперативних втручань у хворих цієї групи стало часткове тромбування (виключення) АВМ, яке не привело до поглиблення неврологічної симптоматики, що спостерігалась до повторного втручання. Наявність функціонуючої АВМ обумовила необхідність подальшого покращання хірургічного лікування.

У 1 хворого АВМ, яка ініціально належала до III ст., під час першого оперативного втручання була радикально виключена після введення тромбувальної композиції в єдину живильну кальозно-маргінальну артерію. Під час контрольного АГ-обстеження через 6 місяців констатовано рецидив мальформації, яка збільшилась у розмірах, а через 2 роки діагностовано її повторний розрив з утворенням внутрішньомозкового і внутрішньошлуночкового крововиливу та вираженої стійкої вогнищевої неврологічної симптоматики. Повторне оперативне втручання було обмежене частковим тромбуванням АВМ, а лікування - симптоматичною терапією.

У 1 випадку АВМ скроневої частки, яка належала до IV ступеня, проявилась внутрішньошлуночковим крововиливом та була оперована на 20-й день після розриву (часткова керована балонізація множинних живильних артерій), що привело до субтотального виключення мальформації. Через 4 місяці при контрольному АГ-дослідженні було діагностоване значне збільшення розмірів мальформації до V ступеня. Після повторного оперативного

втручання досягнуто часткового (на 50 %) виключення АВМ, а при наявності великих розмірів ішемії в зоні локалізації АВМ утримувався глибокий геміпарез.

У 2-х спостереженнях оперативні втручання виконані при наявності великих півкульних АВМ IV ст. Втручання, з урахуванням локалізації мальформації у функціонально важливих зонах півкуль великого мозку, обмежені частковим селективним тромбуванням аферентних судин, що ускладнилось тромбозом магістральних відділів середніх мозкових артерій, який підтверджено під час контрольних АГ та повторних операцій часткового тромбування АВМ при наявності інвалідизуючої вогнищевої неврологічної симптоматики. Погіршення стану хворих обумовило незадовільну оцінку результатів лікування.

В 1 випадку не вдалось досягти позитивного результату лікування велетенської АВМ (V-VI ст.) скронево-лобно підкіркової ділянки, яка протягом 13 років проявилась чотирма розривами з утворенням внутрішньомозкових та внутрішньошлуночкових крововиливів та глибоким руховим дефіцитом.

Загальний підсумок результатів повторних оперативних втручань: добрий результат - 1, задовільний (покращення) стану - 8, незадовільний - 5.

Таким чином, ми встановили, що ендovasкулярні оперативні втручання у хворих з АВМ півкуль великого мозку, які проявились ГПМК за типом геморагії, є важливим засобом хірургічного лікування, результати якого абсолютноною мірою залежать від гемодинамічних характеристик мальформацій, та меншою мірою від їх клінічних проявів після розриву. Найбільш оптимальною є реалізація можливості повного "виключення" АВМ в один або кілька етапів. Ендovasкулярними оперативними втручаннями вдалось досягти таких результатів: добрий - 12, задовільний - 13, незадовільний результат - 24.

Індивідуальний аналіз результатів дозволяє вважати, що оперативні втручання, з використанням наявних в інституті методик, є умовно перспективними при можливості прогнозування радикального або близького до такого ефекту виключення АВМ. Обов'язковою умовою успіху лікування є зменшення факторів ризику повторних розривів. Означена умова

може вважатись, на основі аналізованого матеріалу, дотриманою у більшій частині хворих, про що свідчить відсутність відомостей про повторні розриви.

У 60 хворих хірургічне лікування полягало в транскраніальному видаленні АВМ безпосередньо після ангиографічної верифікації наявності мальформації та отримання її діагностичних характеристик.

Серед оперованих хворих мальформації належали до I групи - у 15, до II групи - у 25, III групи - у 16 та до IV групи - у 4-х спостереженнях.

Слід відмітити, що в 7 випадках у ранні терміни ГПМК показання до хірургічного лікування мали терміновий характер, тобто виконувались при наявності тяжкого стану та на фоні неефективності консервативної терапії. Незалежно від розмірів АВМ, які, втім, у жодному разі не перевищували IV ступінь, необхідність хірургічного втручання диктувалась прогресуванням дислокаційних ознак при наявності лобарних внутрішньомозкових або оклюзивних внутрішньошлуночкових крововиливів. Оперативні втручання полягали в евакуації внутрішньомозкових гематом та мікрохірургічному видаленні АВМ.

У процесі "традиційних" оперативних втручань досягнуто радикального видалення АВМ за даними операцій (підтверджено ангиографічно та при виконанні МРТ, КТ головного мозку) у 57 пацієнтів, а в 3-х спостереженнях контрольна АГ виявила функціонування залишкової частини мальформації. Нейровізуалізаційні дослідження в післяопераційному періоді встановили відсутність залишків внутрішньомозкових крововиливів.

Хірургічне лікування в 3-х випадках полягало у виконанні паліативних оперативних втручань: дренажу порожнини бокових шлуночків при їх тампонаді кров'ю. В двох спостереженнях ці втручання були попередніми перед ендovasкулярним виключенням (1), або транскраніальним (1) АВМ.

У 15 хворих виконано превентивне ендovasкулярне тромбування ядра або балонізацію аферентних артерій АВМ і в подальшому їх інтракраніальну мікрохірургічну екстирпацію з видаленням внутрішньочерепних гематом або їх наслідків у вигляді гліомедулярних рубців.

Слід відзначити, що, за отриманими нами результатами, превентивна емболізація з метою "знекровлення" АВМ, відносно якої є показаним транскраніальне видалення при оцінюванні умов та часу проведення міні-інвазивного етапу, не впливає позитивно на умови "прямого" виключення, що не узгоджуються з наявними літературними даними [4]. Загальний результат лікування хворих цієї групи:

- добрий - 11;
- задовільний - 2;
- незадовільний - 2.

Загалом, в абсолютної більшості хворих, оперованих із використанням транскраніальної технології як основного етапу хірургічного лікування, вдалось досягти радикального видалення АВМ, що при урахуванні перебігу післяопераційного періоду та аналізу неврологічних проявів захворювання виявило такі кінцеві результати лікування:

- добрий - 42 хворих (57 %),
- задовільний - 25 хворих (35 %),
- незадовільний - 10 хворих (12 %).

Окремо розглянута група з 14 хворих, у яких операція полягала у видаленні великих за об'ємом внутрішньомозкових гематом та АВМ, які мінімально (3) або взагалі не проявились ангіографічно, а клінічне припущення наявності мальформації ґрунтувалось на вторинних ознаках.

Показання до проведення оперативного втручання базувались на констатації тяжкого стану хворих, розвитку дислокаційного синдрому при великих розмірах півкульних крововиливів, які видаляли в гострому періоді крововиливу в 4 хворих, в межах 20 діб після утворення гематоми - в 4 випадках, та в "холодному" періоді геморагічного інсульту - у 5 спостереженнях. Особливістю хірургічних втручань було виявлення функціонуючої мальформації, яка суттєво відрізнялась від судинних новоутворень інших характеристик і продовжувала функціонувати за результатами хірургічних знахідок. У 12 спостереженнях результат лікування був добрим (видужання), в 2 випадках вдалось досягти стабілізації стану (за рахунок стійкої неврологічної вогнищевої симптоматики, з мінімальними ознаками відновлення на фоні реабілітаційного лікування) - незадовільний результат.

Таким чином, до використаних нами технологій хірургічного лікування відносять транскраніальні видалення внутрішньомозкових крововиливів внаслідок розривів АВМ, з мікрохірургічним видаленням СМ, а також міні-інвазивне ендovasкулярне тромбування ядра, яке може використовуватись для превентивного зменшення розмірів АВМ перед їх подальшим видаленням, а також послідовне застосування ендovasкулярної та транскраніальної технологій, які виконуються практично за індивідуальними показаннями.

Як показав аналіз отриманого матеріалу, найбільш стабільні позитивні результати мали місце при умові неускладненого перебігу післяопераційного періоду після транскраніального мікрохірургічного видалення АВМ та внутрішньомозкових гематом, а також в результаті одноетапного або повторного ендovasкулярного тромбування, в ході якого досягали тотального "виключення" мальформації, а також після послідовного повного "знекровлення" АВМ. За безпосередніми клінічними результатами можна провести аналогію між екстирпацією АВМ та її тотальним ендovasкулярним знекровленням, оскільки "виключення" АВМ, хоч і залишається в порожнині черепа, не містить ризику повторних розривів, будучи таким чином різновидом радикального лікування в межах розглянутого варіанта клінічних проявів.

Висновки. 1. Технологія хірургічного лікування АВМ після їх розривів обирається на основі використання діагностичних досліджень, які забезпечують характеристики АВМ та крововиливів внаслідок їх розривів.

2. Досягти задовільного результату лікування АВМ у різні періоди розривів можна шляхом використання транскраніальної та ендovasкулярної технологій або їх послідовним використанням.

3. Позитивний кінцевий результат лікування АВМ із геморагічним варіантом клінічних проявів забезпечується видаленням обох компонентів церебрального судинного ураження: внутрішньомозкового крововиливу та судин АВМ.

4. Оптимальною методикою оперативного втручання при АВМ головного мозку є та, яка забезпечує повну ізоляцію мальформації від

кровообігу мозку за умов неускладненого перебігу післяопераційного періоду.

5. Використанням транскраніальної, ендovasкулярної методик при АВМ головного моз-

ку або при їх послідовному використанні вдається досягти позитивного результату лікування, забезпечити вторинну профілактику ГПМК у 76 % оперованих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Зорін М.О. Артеріовенозні мальформації головного мозку. - Дніпропетровськ: Пороги, 1998. - 104 с.
2. Никитин П.И., Панунцев В.С., Семенютин В.Б. Принципы хирургического лечения больных с церебральными артериовенозными мальформациями // Нейрохирургия. - 2000, № 4. - С. 28-34.
3. Haw Ch.S., Terbrugge K., Willinsky R. et al. Complication of embolisation of arteriovenous malformations of the brain // J. Neurosurg. - 2006. - V.104, N 3. - P. 226-232.
4. Spetzler R.F., Martin N.A. A proposed gradins system for arteriovenous malformations // Neurosurg. - 1986. - V. 65, N 9. - P. 476-483.
5. Yu-Quam Shi, Xian-Cheng Chen. A proposed scheme for grading intracranial arteriovenous malformations // J. Neurosurg. - 1986. - V. 65, N 9. - P. 484-489.

Транслокації хромосом у хворих на спайкову хворобу очеревини

В.Є. ВАНСОВИЧ, М.Ю. НИЧИТАЙЛО

Одеський державний медичний університет, Інститут хірургії і трансплантології АМН України

CHROMOSOME TRANSLOCATIONS IN PATIENTS WITH PERITONEAL COMMISSURES

V.YE. VANSOVYCH, M.YU. NYCHYTAYLO

Odessa State Medical University, Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

Досліджено особливості будови хромосом у хірургічних хворих зі спайковою хворобою та без її клінічних ознак; а також у здорових батьків пацієнтів зі спайковою хворобою. У всіх пацієнтів проводили цитогенетичне дослідження лімфоцитів периферійної крові перед оперативним втручанням. Встановлено, що у одинадцяти з шістнадцяти обстежених хворих зі спайковою хворобою очеревини виявлена транслокація $t(15; 1)(p1 - 1p3.6)$. Принаймні у одного з батьків кожного пацієнта зі спайковою хворобою і наявністю транслокації цитогенетичні дослідження лімфоцитів периферійної крові теж виявили порушення у будові 15-ї та 1-ї хромосом. У хворих без ознак спайкової хвороби, після раніш проведеної лапаротомії, транслокації відсутні. Порушення будови 1 та 15 хромосом у хворих на спайкову хворобу є успадкованими і можуть сприяти виникненню надмірного спайкоутворення при травматизації очеревини.

The features of chromosome structure in surgical patients with peritoneal commissures and without their clinical signs as well as at the healthy parents of patients with peritoneal commissures have been researched. It was carried out cytogenetic analysis of peripheral blood lymphocytes before operation in all patients. It was established that in eleven from sixteen inspected patients with peritoneal commissures the translocations t were exposed (15; 1) (p1 - 1p3.6). At least, in one of the parents of every patient with peritoneal commissures and presence of translocations, cytogenetic analysis of peripheral blood lymphocytes exposed violation in the structure of the 15th and the 1st chromosomes. In patients without the signs of peritoneal commissures, after before conducted laparotomy, translocations were absent. Violations of structure of the 1st and the 15th chromosomes in patients with peritoneal commissures are inherited and can be conductive to surplus adhesion after injury of peritoneum.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Спадковість людини є важливим чинником розвитку захворювань. Вважають, що мультифакторіальні хвороби, частота виникнення і перебіг яких залежать від комбінації спадкових і зовнішніх чинників, формують здоров'я населення України [1, 6]. Що стосується спайкової хвороби очеревини, то генетичний фактор є одним з найважливіших і, разом з тим, найменш вивчених факторів схильності до надмірного спайкоутворення. На сьогодні спадкову схильність до утворення зрощень у черевній порожнині пов'язують з декількома факторами. Існують припущення, що спайкова хвороба генетично обумовлена антропометричними особливостями пацієнта [4], соматотипом людини [8]. Спадкову схильність до надмірного утворення зрощень у черевній порожнині пов'язують з фенотипом швидкого

ацетилювання [5]. Не виключена і роль HLA у механізмах схильності до надмірного спайкоутворення [9].

Однак у наведених роботах або не встановлюється чітких критеріїв визначення індивідуальної схильності до надмірного спайкоутворення, або не визначена питома вага тих чи інших індивідуальних особливостей у сприянні надмірному спайкоутворенню при травматизації очеревини. Але всі вищенаведені факти свідчать про те, що схильність до спайкової хвороби очеревини може бути генетично детермінованою, а сама спайкова хвороба очеревини віднесена до мультифакторіальних хвороб, у яких генетичні фактори зумовлюють особливості перебігу захворювання.

Тому метою нашої роботи було дослідження особливостей будови хромосом у хворих на спайкову хворобу очеревини.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 33 хірургічних хворих, поділених на дві групи. До першої групи увійшли 16 пацієнтів, госпіталізованих до клініки з ознаками гострої кишкової непрохідності і наявністю лапаротомії в анамнезі. В результаті проведеного обстеження, консервативного і оперативного лікування встановлена спайкова етіологія непрохідності.

У групу порівняння увійшли 17 хворих, які мали в анамнезі оперативні втручання з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Всі пацієнти даної групи прооперовані планово з приводу жовчнокам'яної хвороби. В ході оперативного втручання не виявлено ознак спайкової хвороби.

Цитогенетичні дослідження проводили також у здорових батьків пацієнтів зі спайковою хворобою.

У всіх пацієнтів проводили цитогенетичне дослідження лімфоцитів периферійної крові перед оперативним втручанням. Забір венозної крові та культивування проводили згідно зі стандартною методикою каріотипування [3]. Лімфоцити культивували 72 години при температурі 37 °С на живильному середовищі 199 (5 мл) у флаконах з додаванням сироватки телячої ембріональної (0,1 мл) та фетогемаглютиніну (70-100 мкл на 1 флакон). Культивування лімфоцитів дублювали. На 71-й годині культивування додавали колхіцин у концентрації 0,2 мкг/мл суміші, що культивується. Після інкубації з колхіцином пробірки центрифугували 10 хвилин при 1000 обертах на хвилину, надосадову рідину видаляли і додавали 8 мл гіпотонічного розчину КС1 (0,55%) на 15-20 хвилин при 37 °С. Після цього проби центрифугували, видаляли надосадову рідину, після ретельного струшування пробірки з клітинним осадом заливали першою порцією фіксатора (7-8 мл оцтової кислоти та метилового спирту у співвідношенні 3:1). Фіксацію проводили у три етапи: 20, 90 та 20 хвилин при температурі -18 °С.

Препарати метафазних хромосом готували шляхом розкапування суспензії клітин після останньої фіксації з висоти 20-25 см на вологе охолоджене предметне скло, висушування на повітрі та забарвлення. Для хромосомного аналізу були відібрані клітини в стадії метафазу з повним хромосомним набором, без хро-

мосомних нашарувань. У кожного пацієнта переглянуто по 40 метафазних пластинок.

Статистичну обробку отриманих даних проводили з використанням точного методу Фішера [2].

Результати досліджень та їх обговорення. В результаті проведених досліджень у 17 хворих, у яких після оперативного втручання впродовж трьох місяців не виявлено ознак спайкової хвороби, жодного разу не виявлено транслокації ділянки 1 короткого плеча п'ятнадцятої хромосоми на ділянку 3.6 короткого плеча першої хромосоми. У той час, як у одинадцяти з шістнадцяти хворих зі спайковою хворобою очередини виявлена транслокація t (15; 1) (p1 - 1p3.6). Значимість відмінностей груп хворих за ознакою розвитку спайкової хвороби після оперативного втручання оцінювали, використовуючи точний метод Фішера. Аналіз показав, що різниця між групами достовірна (p<0,05).

Встановлено також, що у одного з батьків кожного пацієнта зі спайковою хворобою і наявністю транслокації цитогенетичні дослідження лімфоцитів периферійної крові теж виявили порушення у будові 15 та 1 хромосом. Причому у чотирьох випадках виявлена транслокація t (15; 1) (p1 - 1p 3.6). У семи випадках збільшення розмірів ділянки 1 короткого плеча 15-ї хромосоми, що є фактором, який сприяє виникненню транслокацій за несприятливих умов.

Таким чином, виявлені порушення будови хромосом у хворих на спайкову хворобу є успадкованими. Збереження при транслокаціях центромерних ділянок хромосом, як у першій так і п'ятнадцятій хромосомах свідчать про те, що подальші мітотичні поділи можуть перебігати без порушень. Наявність транслокацій у лімфоцитах, які є соматичними клітинами, не виключає їх наявності і в клітинах сполучної тканини, мезотелії. При цьому не виключено порушення функцій цих клітин, що, у свою чергу, може впливати на перебіг репаративних процесів при травматизації очередини і створювати умови для розвитку спайкового процесу.

Той факт, що у батьків деяких пацієнтів за відсутності транслокації виявлено збільшення розмірів ділянки 1 короткого плеча 15-ї хро-

мосоми вказує на можливість виникнення транслокації. Останнє має значення при травматизації очеревини, адже відбувається більш інтенсивний поділ клітин з метою її відновлення, тобто збільшується можливість виникнення транслокацій у соматичних клітинах.

Яким чином наявність транслокації у соматичних клітинах пов'язана зі схильністю до спайкової хвороби, наразі невідомо. Але відомо, що при порушенні будови 15 хромосоми можливе виникнення, окрім іншого, гіпотонії м'язів [7], що в післяопераційному періоді може мати значення в плані уповільнення відновлен-

ня перистальтики кишечника і, таким чином, створення умов для формування міжорганих сполучнотканинних зрощень.

Висновок. Порушення будови 1 та 15 хромосом у хворих на спайкову хворобу є успадкованими і можуть сприяти виникненню надмірного спайкоутворення при травматизації очеревини.

Перспективи подальших досліджень. Необхідно з'ясувати, які механізми пов'язують наявність транслокацій з розвитком спайкової хвороби очеревини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Генофонд і здоров'я населення: методологія оцінки ризику від мутагенів довкілля, напрямки профілактики генетично обумовленої патології / Сердюк А.М., Тимченко О.І., Гойда Н.Г. та ін. - К.: ІГМЕ АМН України, 2003.- 191 с.
2. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов.- Л: Медицина, 1978.- 296 с.
3. Захаров А.Ф. Хромосомы человека: атлас.- М.: Медицина, 1982.- 263 с.
4. Ковалев М.М., Рой В.П., Поканевич А.А. Факторы риска возникновения послеоперационной спаечной болезни // Вестник хирургии.-1984.- № 9.- С. 44-47.
5. Лачинский В.И. Патогенетические механизмы развития спаечного процесса у гинекологических больных и его послеоперационная профилактика на основе анализа фенотипа ацетилирования: Автореф. дис. ... канд. мед. наук - М., 1995.- 28 с.
6. Тимченко О.І., Горіна О.В., Гвоздяк М.М. та ін. Мультифакторіальні хвороби: спадкова схильність та вплив чинників оточуючого середовища як основа підвищення рівня ендокринних захворювань та сфера профілактичних заходів // Хірургія України.- 2004.- № 3.- С. 119-122.
7. Фролов А.И. Иммуноцитогенетика.- М.: Медицина, 1993.- 267 с.
8. Шапринський В.О., Гладішенко О.І. Визначення соматотипу у пацієнтів з ранньою післяопераційною спайковою хворобою очеревини // Клінічна хірургія.- 2004.- №11-12.- С. 107-108.
9. Erdogan E., Celayir S., Eroglu E., Yilmaz E. The relation between human leukocyte antigen (HLA) distribution and intestinal obstruction and adhesions in childhood: preliminary report// *Pediatr. Surg. Int.* - 2000. - V. 16, № 5-6. - P. 374-376.

Чи є оптимальними загальноприйняті терміни хірургічного лікування гострого холецистититу в еру розвитку лапароскопії?

С.О. ГЕШЕЛІН, М.А. КАШТАЛЬЯН

Одеський державний медичний університет, Центральний військовий клінічний госпіталь ДООЗ України, м. Одеса

ARE STANDARD TERMS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS OPTIMAL IN THE ERA OF LAPAROSCOPY DEVELOPMENT?

S.A. HESHELIN, M.A. KASHTALIAN

Odessa State Medical University, Central Military Clinical Hospital, Odessa

Досвід виконання лапароскопічних операцій у 957 хворих з гострим холециститом (ГХ) дозволив відмовитись від існуючих установок, що обмежують строки здійснення втручання 1-3 добами.

The experience of performance of laparoscopic operations at 957 patients with acute cholecystitis has allowed to refuse existing rules. Terms of performance of operation are not limited by 3 days from the disease beginning.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Терміни виконання операцій з приводу ГХ визначені VI Пленумом правління товариства хірургів СРСР (1956). Згодом проблема обговорювалась на Всеросійській конференції хірургів СРСР (1968), XIII Пленумі правління товариства хірургів УРСР (1972), Об'єднаному пленумі правління Всесоюзного і Молдавського товариств хірургів (1976) [3]. За підсумками багаторічної дискусії, присвяченої тактиці лікування ГХ [7], визначені 4 варіанти хірургічних операцій, що відрізняються за строками та терміновістю виконання:

1. Невідкладні операції, які виконуються за життєвими показаннями при перфорації та перитоніті відразу після діагностики внутрішньочеревної катастрофи. Показання до невідкладних операцій не викликають суперечок.

2. Ранні операції в строки 1-3 доби від початку гострого захворювання. Цей період найбільш сприятливий для виконання оперативного втручання [1, 11, 12], оскільки в перші 3 доби запальний паравезикальний інфільтрат, що зумовлює технічні труднощі та небезпеки, ще не сформований. Однак і в ці строки деякі хірурги вибирають консервативно-очікуваль-

ну тактику та надають перевагу операціям в "холодному періоді" [8, 12].

3. Пізні операції вимушено виконують в строки, пізніше ніж через 3 доби від початку нападу в зв'язку з неефективністю консервативного лікування, наявністю ознак холангіту, перитоніту, жовтяниці. Ці операції вважають найбільш ризикованими. Однак деякі автори, відмовляючись від очікувальної тактики, вважають за можливе виконання термінової операції в будь-які строки від початку нападу [6].

4. Відстрочені операції в "холодному періоді" виконуються в строки від 2-3 тижнів до 2-3 місяців після ліквідації клінічних та лабораторних ознак гострого запалення. Операції в ці строки більшість хірургів вважають найменш ризикованими, однак і через 2-3 місяці після нападу ГХ нерідко виявляють емпієму, деструктивні зміни стінки жовчного міхура і оточуючих тканин, паравезикальний абсцес. Ускладнення та необхідність конверсії при відстрочених операціях реєструються не рідше, ніж при виконанні втручань в період 1-3 доби від початку нападу [9]. Це зумовлює критичне ставлення до думки про невисокий ризик операцій в "холодному періоді" [2].

Незважаючи на відсутність єдиних поглядів в оцінці строків виконання оперативного втручання, оптимальним терміном для операції з приводу ГХ і надалі вважають 1-3 добу від початку нападу [4]. В більш пізній період віддають перевагу консервативно-очікувальній тактиці з наступним відстроченим виконанням операції в "холодному періоді".

Ці установки, сформульовані до появи лапароскопічних технологій, не втратили свого значення дотепер і визначають тактику багатьох хірургів.

Мета дослідження - обґрунтувати необхідність перегляду загальноприйнятої тактики лікування ГХ з врахуванням можливостей лапароскопії.

Матеріали та методи. З використанням відеолапароскопічної техніки прооперовано 957 хворих з приводу ГХ. У 936 пацієнтів виконана холецистектомія, у 21 - холецистостомія. Невідкладні операції, виконані за життєвими показаннями з приводу перитоніту з використанням лапаротомії, в обговорення не включені.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз морфологічних змін в жовчному міхурі залежно від строку виконання операції не дозволяє розділити оптимізму хірургів, які вважають, що в термін 1-3 доби ознак деструкції ще немає, а в "холодному періоді" - вже немає. Деструктивні зміни в жовчному міхурі виявлені у 95% хворих, прооперованих в перші 3 доби, у 97% - на 4-у добу і пізніше, 90% - в "холодному періоді".

Аргументом на користь загальноприйнятого обмеження оптимального строку виконання операції 1-3 добами вважають утворення в більш пізні строки запального перивезикального інфільтрату. З 936 хворих, у яких холецистектомія виконана з використанням відеоендоскопічної техніки, у 58 здійснена конверсія, причому, лише у 30 з них

необхідність конверсії була зумовлена наявністю запального інфільтрату, у 28 - діагностовані злуква хвороба, атипові анатомічні варіанти, синдром Міріцці, холедохолітіаз, міхурово-кишкова норія. В 1-3 добу конверсія здійснена у 20 (5%) з 386 хворих, пізніше ніж через 4 доби - у 24 (7%) з 328 хворих, в "холодному періоді" - у 14 (6%) з 244.

Таким чином, в строки, які згідно з загальноприйнятими поглядами вважають сприятливими для виконання операції (1-3 доби і "холодний період"), частота конверсії була співвідносною з частотою вимушеного переходу до лапаротомії в несприятливий період (4 доби і більше).

У 21 хворого операція завершена лапароскопічною холецистостомією, що при високому ризику виконання холецистектомії є не свідченням капітуляції хірурга, а ознакою його професійної зрілості [5]. Одним з мотивів обмеження оптимального строку виконання операції в перші 3 доби було прагнення зменшити частоту широкої лапаротомії з дренажною операцією. Лапароскопія, що характеризується меншою частотою ускладнень [10, 12], дозволяє санувати та дрениувати жовчний міхур і черевну порожнину без застосування лапаротомії.

З 957 хворих, прооперованих з приводу ГХ, померли 7 (0,7%), в тому числі після виконання лапароскопічної холецистектомії - 5 (3 - від емболії легеневої артерії, 2 - від інфаркту міокарда), холецистостомії - 2 (обидва - від прорізуючого жовчного перитоніту).

Висновки. 1. Широке використання в сучасних умовах відеолапароскопічних технологій дозволило переглянути канонізований в "відкритій" хірургії постулат, що обмежує оптимальний строк виконання операції з приводу ГХ першими 3-ма добами від початку нападу.

2. Лапароскопічну холецистектомію можна виконувати в пізні строки (більше 3 діб від початку нападу).

ЛІТЕРАТУРА

1. Бобров О.С., Семенюк Ю.С., Федорук В.А. Еволюція поглядів на вибір лікувальної тактики при гострому холециститі // Шпитал. хірургія. -2004. - № 1. - С.87-96.

2. Георгадзе А.К., Карпов В.И. Выбор сроков оперативного лечения при остром холецистите // Хирургия. - 1984. -№ 2. - С.97-101.

ЗДОСВІДУ РОБОТИ

3. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Устинов Г.Г. Желчно-каменная болезнь. - М.: Медицина, 1983. -176 с.
4. Захараш М.П., Семендяй М.І., Захараш Ю.М. Чи є пріоритетною вичікувальна тактика при гострому холециститі? // Шпитал. хірургія. - 2001. - № 2. -С. 47-49.
5. Итоги дискуссии по проблеме "Острый холецистит" // Хирургия. - 1987. - №2. - С. 81-92.
6. Кондратенко П.Г, Элин А.Ф., Васильев А.А., Конькова М.В. Лапароскопическая холецистэктомия при остром холецистите: первые итоги и перспективы // II конгрес хірургів України: Тез. докл.- 1998. - С.289-291.
7. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. - М.: Медицина, 1990. -240 с.
8. Flowers J.L., Balley R.W., Scovill W.A. The Baltimore experience with laparoscopic management of acute cholecystitis // Am. J. Surg. -1991. - Vol. 151. - P. 388-392.
9. Jarvinen H.J., Hastback J. Early cholecystectomy for acute cholecystitis // Ann. Surg. - 1980. - Vol. 191. - P. 501-505.
10. Коо К.Р. Thiby R.C. Laparoscopic cholecystectomy in cholecystitis // Ann. Surg. - 1996. - Vol. 131, N 4. - P. 540.
11. Suter M. Meyer A.A. 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis // Surg. Endosc. - 2001. - Vol. 15, N 10. - P. 1187-1192.
12. Zucher K.A., Flowers J.L., Bailey R.W., Graham S.M. Laparoscopic management of acute cholecystitis // Am. J. Surg. - 1993. - Vol. 165, N 4. - P. 508.

Патоморфологічні аспекти кровоточивих гастродуоденальних виразок

П.Д. ФОМІН, С.Й. ЗАПОРОЖАН, І.В. КУЗЬМІНА

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

PATHOMORPHOLOGICAL ASPECTS OF BLEEDING GASTRODUODENAL ULCERS

P.D. FOMIN, S.Y. ZAPOROZHAN, I.V. KUZMINA

National Medical University by O.O. Bohomolets, Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

В основу досліджень покладено результати вивчення матеріалів секційного розтину 28 пацієнтів, які померли від гастродуоденальних кровотеч. Патогістологічному дослідженню піддано кровоточиві виразки. Вивчено мікроскопічні зміни в стінці кровоточивої виразки.

In the basis of researches are the results of study of sectional dissection materials of 28 patients which died from the gastroduodenal bleedings. Bleeding ulcers were subjected to pathogistological research. The microscopic changes in the wall of bleeding ulcer were studied.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Аналіз літературних даних показує, що за останні десятиріччя відмічається ріст захворювань, які супроводжуються ерозивно-виразковими ураженнями слизових оболонок [1,2].

Незважаючи на зменшення захворювань на виразкову хворобу, яке пов'язане з відкриттям патогенетичної ролі Н. рілоти, досягнень ендоскопічних технологій в діагностиці виразкової хвороби, досягнень консервативної терапії, число госпіталізацій пацієнтів із приводу гастродуоденальних кровотеч принципово не змінилось, а навіть збільшилось. Так, щороку в Україні більш ніж 25 тис. пацієнтів госпіталізують з приводу кровотеч на тлі виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) [1].

Більше 4,5 тис. хворих щорічно переносять оперативні втручання з приводу гастродуоденальних кровотеч виразкової етіології [1].

У країнах СНД кожен рік виконується понад 110 тис. операцій з приводу виразкової хвороби шлунка і ДПК [5].

Разом з тим залишаються невивченими причини "хронізації" виразкових уражень шлунка і ДПК, а також механізм ураження слизової оболонки в цілому. Роль епітеліально-стро-

мальних співвідношень при цьому або зовсім не аналізується, або розглядається в контексті запалення. Так, відмічено, що при взаємодії агентів не фізіологічної дії (медикаментозні засоби, мікроорганізми, хімічні середники) із слизовою шлунка або ДПК відбуваються поверхневі або глибокі пошкодження слизової оболонки [5,6]. В першому випадку швидкою реакцією відповіді на загибель і ексфоціацію клітин епітелію є міграція непостраждалих клітин на базальній мембрані із сусідніх ділянок [3,5].

В другому випадку у відповідь на проникнення токсичних речовин у слизову оболонку в останній залишається некроз із наступним утворенням виразкового дефекту [1].

Основною причиною кровотеч із виразки шлунка і ДПК є зниження еластичності стінки крупних судин в зв'язку з їх атеросклеротичними змінами і фіброзом прилеглих тканин [7].

Матеріали і методи. Ми провели гістологічні обстеження 28 хворих із кровоточивими виразками шлунка і ДПК на секційному матеріалі (табл. 1).

Локалізацію виразкового дефекту у шлунку відзначали частіше, у 10 хворих (35,7 %)

Таблиця 1. Локалізація виразок у хворих різних вікових категорій

Вік	Локалізація в шлунку					Локалізація в ДПК			
	кардіальний відділ	тіло шлунка				антральний відділ	передня стінка	задня стінка	медіальна стінка
		велика кривизна	мала кривизна	передня стінка	задня стінка				
21-30	-	-	-	1	-	-	-	-	-
31-40	-	-	-	-	-	-	-	-	-
41-50	-	-	-	-	1	1	-	-	-
51-60	1	1	-	-	-	1	-	-	-
61-70	-	-	2	1	1	2	1	1	-
71-80	1	1	-	1	1	5	-	1	-
81-90	1	-	1	-	1	-	-	-	-
91-95	-	-	-	-	-	1	-	-	-
Загальна кількість	3	2	3	3	4	10	1	2	-

спостерігали в антральному відділі, а в ДПК на задній її стінці - пенетрацію в підшлункову залозу. За кількістю виразок, що ускладнились кровотечею у шлунку, спостерігали від 1 до 5 виразкових дефектів, а в ДПК - від 1 до 2. Частіше на виразкову хворобу хворіли пацієнти у віці 61-80 років - 18 (64 %). Під час патологоанатомічних досліджень визначали кількість крові і кров'яних згустків у просвіті шлунка, наявність зміненої крові в просвіті тонкої киш-

ки (проксимальному та дистальному відділах), наявність зміненої крові в товстій кишці. Незмінену кров у просвіті шлунка, змінену кров за типом "кавової гущі" виявили у 9 хворих (32,15 %); згустки в просвіті шлунка і в товстій кишці - у 9 хворих (32,15 %). Змінену кров у тонкій і товстій кишках спостерігали у 8 хворих (27,9 %), а у 2 пацієнтів (7,1 %) - змінену кров у просвіті тонкої і товстої кишок (табл. 2).

Таблиця 2. Локалізація крові, зміненої крові (за матеріалами секційних розтинів)

Причина смерті	Незмінена кров в просвіті шлунка+тонка кишка	Незмінена кров в просвіті шлунка+змінена в просвіті товстої кишки	Змінена кров в просвіті тонкої і товстої кишок	Змінена кров в товстій кишці
Профузні кровотечі	9 (32,15%)	-	-	-
Рецидивні кровотечі	-	9 (32,15%)	-	-
Тромбоемболічні ускладнення та інфаркт міокарда	-	-	2 (7,1%)	-
Тяжка анемія (протипоказання до операції)	-	-	-	8 (27,9%)

У 9 померлих пацієнтів (32,15 %) від профузних кровотеч під час патологоанатомічного розтину виявили незмінену кров у просвіті шлунка і змінену кров у просвіті кишок. У 9 померлих пацієнтів (32,15 %) з рецидивною кровотечею незмінену кров виявили в просвіті шлунка та змінену кров у просвіті товстої кишки. У двох померлих від тромбоемболії та інфаркту міокарда (7,1 %) змінену кров вия-

вили у проксимальному відділі тонкої кишки, а у 8 померлих (27,9 %) від тяжкої анемії (пацієнти з абсолютними протипоказаннями до операції) змінену кров виявили в просвіті товстої кишки.

Результати досліджень та їх обговорення. Особливості патоморфологічної структури кровоточивих виразок вивчали у 28 померлих

пацієнтів із гастродуоденальними кровотечами. Для дослідження брали виразку з прилеглими стінками шлунка чи ДПК. Отримували гістологічні зрізи по осі арозованої судини. При мікроскопічних дослідженнях слизової шлунка і ДПК виявлено явище мукоїдного набухання і фібриноїдного некрозу в стінках судин, розташованих поблизу виразки, у 19 пацієнтів (67,8 %), а у 9 пацієнтів (32,2 %) зона запальної інфільтрації поширювалась на підслизовий

та м'язовий шари. В зоні некротичного шару виразки відмічали обмежений некроз стінки судини, виражену лейкоцитарну інфільтрацію.

Висновки. 1. Причиною смерті серед пацієнтів із гастродуоденальною кровотечею частіше є профузні та рецидивні кровотечі.

2. Джерелом кровотечі у виразці слід вважати арозовану судину з ознаками запальної інфільтрації стінки шлунка і ДПК, які поширюються на підслизовий та м'язовий шари.

ЛІТЕРАТУРА

1. Шалимов А.А., Картиш А.П., Братусь В.Д., Фомин П.Д. и др. Хирургическое лечение язвенной болезни (1996-2001 гг.) // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - С. 67.
2. Горбашко А.И. Пути улучшения результатов лечения острых желудочно-кишечных кровотечений // Вестник хирургии им. Грекова. - 1986. - № 6. - С. 16-21.
3. Серов В.В. Клиническая морфология гастроэнтерологии // Материалы 2-й Российской гастроэнтерологической недели. - 1997. - № 2. - С. 98-100.
4. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений. - К.: Здоров'я, 1991. - С. 5-18.

5. Копейкин В.Н., Гришина М.В. и др. Достижения отечественной гастроэнтерологии в диагностике и терапии заболеваний органов пищеварения. - Новокузнецк, 1994. - С. 233-239.
6. Успенский В.М. Особенности морфологических изменений слизистой оболочки желудка при язвенной болезни // Вестник хирургии им. Грекова.-1989. - №11. - С. 28-30.
7. Аруин Л.И., Шехтер А.Б. и др. // Арх. Пат. - 1989. - Вып. 12. - С. 16-23.
8. Котович Л.Е. О причине смерти больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатипёрстной кишки // Регуляторно-приспособительные механизмы в норме и патологии. - 1986. - С. 68-80.

Міні-інвазивні методики в діагностиці та хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту

В.П. АНДРЮЩЕНКО, Л.М. КОГУТ, О.Ю. АНДРУШЕВСЬКА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

MINIINVASIVE TECHNIQUES IN DIAGNOSTICS AND SURGICAL TREATMENT OF THE ACUTE NECROTIC PANCREATITIS

V.P. ANDRIUSHCENKO, L.M. KOHUT, O.YU. ANDRUSHEVSKA

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

В статті проаналізовано результати цитологічного та рН- метричного дослідження патологічних рідин, отриманих за допомогою міні-інвазивних методик у 21-го хворого з гострим некротичним панкреатитом та його ускладненнями. Встановлено високу діагностичну цінність даних методик та доцільність їх застосування з метою отримання додаткових критеріїв оцінки важкості перебігу та прогнозування характеру захворювання.

The results of cytologic and pH-metric investigations of the pathologic fluids, obtained by means of miniinvasive techniques at 21 patients with acute necrotic pancreatitis and its complications were analyzed in the article. High diagnostic value of the mentioned techniques and expediency of their usage with purpose to get additional criteria for evaluation of the disease severity and for prognosis the disease features were established.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема діагностики та лікування гострого некротичного панкреатиту залишається однією з найскладніших та найактуальніших в абдомінальній хірургії. Важка прогнозованість перебігу гострого некротичного панкреатиту, відсутність чіткої кореляції між клінічною картиною, лабораторними показниками, даними інструментальних методів дослідження (ультрасонографія, комп'ютерна томографія) та ступенем ураження підшлункової залози, труднощі у визначенні показань до оперативного втручання, незадовільні результати лікування гострого некротичного панкреатиту створюють передумови для пошуку нових діагностичних критеріїв оцінки важкості його перебігу [1, 3, 4, 6, 11].

Останнім часом особливої ваги, як в діагностичному, так і в лікувальному відношенні набувають міні-інвазивні методики, такі як відеолапароскопія та інтервенційна сонографія. Впровадження в практику цих сучасних технологій дозволяє скласти більш повне уявлення про ступінь ураження підшлункової залози у

хворих на гострий панкреатит та повніше оцінити заванзованість перебігу захворювання [7, 8, 9, 10]. Заслужують на увагу описані в літературі лабораторні дослідження біоматеріалу, отриманого з допомогою міні-інвазивних методів, що стосуються вивчення цитологічної картини препаратів патологічних рідин у хворих на гострий панкреатит та його ускладнення. Проте, згадані методики застосовують тільки для проведення диференційної діагностики між запальним та онкопроцесом, і не використовують для оцінки ступеня вираженості запальної реакції [2, 3, 6, 7]. Існують лише поодинокі повідомлення про діагностичну цінність інтраопераційної рН-метрії тканин підшлункової залози та оточуючої парапанкреатичної жирової клітковини у хворих на гострий некротичний панкреатит [5].

Метою дослідження було вивчення діагностичної цінності цитологічного та рН-метричного дослідження отриманих за допомогою міні-інвазивних методів патологічних рідин у хворих з гострим некротичним панкреатитом

для оцінки ступеня вираженості запального процесу та прогнозування індивідуального перебігу захворювання.

Матеріали і методи. Нами проаналізовано результати лікування 21-го пацієнта, що знаходились протягом 2005-2006 року в клініці загальної хірургії на базі міського панкреатичного центру лікарні швидкої медичної допомоги міста Львова. 17 пацієнтів поступали з клінічним діагнозом гострого некротичного панкреатиту. При встановленні діагнозу використовувались дефініції Ульмської класифікації (Beger H.G., Атланта 1992р.). Ступінь важкості 2 (згідно з прийнятими в клініці критеріями Майнцерської класифікації) був у 12 хворих (57,1%), ступінь важкості 3 - у 5-ти хворих (23,8%) (останні в зв'язку з важкістю стану були госпіталізовані в реанімаційне відділення), у 4-х пацієнтів (19,1%) клінічно та за даними УЗД-обстеження було встановлено діагноз загострення хронічного панкреатиту, постнекротична псевдокіста підшлункової залози.

Чоловіків було п'ятнадцять (71,4%), жінок шестеро (28,6%). Вік хворих був в межах від 28 до 78 років.

Час від початку захворювання до поступлення в стаціонар коливався від 5 годин до 2-х тижнів. У 10-ти чоловіків та 3-х жінок (61,9%) причиною виникнення захворювання було вживання напередодні алкоголю, у 5-ти хворих (23,8%) причини з'ясувати не вдалося; три жінки (14,3%) страждали супровідною біліарною патологією.

УЗД-пункція вільної черевної порожнини проводилась у 7-ми пацієнтів (33,3%),

УЗД-пункція ретроколярного простору - у 1-го хворого (4,1%),

УЗД-пункція сальникової сумки - у 2-х хворих (9,6%),

УЗД-пункція кісти підшлункової залози - у 4-х пацієнтів (19%), лапароцентез - у 4-х (19%), відеолапароскопія з евакуацією та подальшим дослідженням випоту черевної порожнини - у 3-х хворих (14,3%).

До біологічного матеріалу, отриманого за допомогою УЗД-пункції, під час лапароскопії чи лапароцентезу, додавали 5% розчин цитрату натрію для запобігання зсіданню рідини та руйнуванню клітинних елементів. З осаду

готували 4-6 мазків, які фарбували за методом Папенгейма. Проводили мікроскопію нативного та пофарбованого препаратів.

При мікроскопії особливу увагу звертали на клітинні елементи - еритроцити, нейтрофіли, лімфоцити, моноцити, гістіоцити, макрофаги, мезотеліоцити, наявність елементів розпаду клітин, кристалів холестерину, гематоїдину, жирних кислот, зерен гемосидерину, меланіну, появу елементів клітинної атипії та юних, незрілих форм клітин.

Важливого значення надавали також кількості, взаємному розташуванню і розмірам клітин, їх формі та ступеню зафарбування цитоплазми і ядер, цілісності ядер (каріорексис, каріолізис, багатоядерність, енуклеація), структурі хроматину, наявності та кількості нуклеол, ядерно-цитоплазматичному співвідношенню, наявності цитоплазматичних включень, а також наявності бактерій, кристалів, елементів клітинного розпаду в препараті. Враховуючи метод отримання та характер рідини (вміст постнекротичної псевдокісти підшлункової залози, рідина гострого панкреатичного чи парапанкреатичного рідинного скупчення оментобурситу чи вільної черевної порожнини), а також топіку скупчення за даними ультрасонографії, оцінювали цитологічну картину, характерну для даної локалізації. За характером виявлених кількісних та якісних змін судили про ступінь ураження підшлункової залози та характер перебігу гострого панкреатиту.

Характерними цитологічними ознаками важкості перебігу гострого некротичного панкреатиту вважали:

1. Наявність фрагментованих еритроцитів та їх уламків;
2. Лейкоцити у значній кількості та переважання дегенеративно-змінених нейтрофілів;
3. Значну кількість моноцитів, гістіоцитів та макрофагів, що свідчить про тривалий перебіг захворювання;
4. Мезотелій проліферуючий у значній кількості, скупченнями, пластами, у вигляді синцитіальних утворів, тяжів;
5. Переважання мезотелію із дистрофічними змінами цитоплазми, особливо, у поєднанні з дистрофічними змінами ядра (пінистість, вакуолізація, перснеподібні клітини, розрідження чи ущільнення хроматину, гіпертрофія та численна кількість нуклеол, багатоядерність);

6. Анізоцитоз та анізонуклеоз мезотелію чи клітин, що морфологічно відмінні від нього;

7. Появу інших епітеліальних клітин із анізоцитозом та анізонуклеозом, ядрами, що відтиснуті до периферії клітини (у вигляді паличок, "пісочного годинника", молодих незрілих клітин гранулоцитарного ряду, серпоподібних, пікнотичних та ін.);

8. Наявність кристалів та грудочок гематоїдину (у випадку хронічної кровотечі, може бути й метастазування), кристалів холестерину (характерно для кіст та пухлин);

9. Наявність флори, має значення кількість, розміщення (внутрішньо- чи позаклітинно) та різновиди її.

Проводили оцінку результатів цитологічного дослідження зазначених рідин і за ступенем вираженості виявлених дегенеративно-дистрофічних змін з боку клітинних елементів крові та мікрооточення (еритроцити, нейтрофіли, лімфоцити, моноцити, гістіоцити, макрофаги, мезотеліоцити) судили про важкість перебігу гострого панкреатиту та прогноз захворювання.

У 4-х пацієнтів з важкими формами гострого некротичного панкреатиту, ускладненого ферментативним перитонітом, в мазках осаду рідини з вільної черевної порожнини, отриманої під час УЗД-пункції чи лапароцентезу, виявлено атипові клітини, а саме епітеліальні з анізоцитозом та анізонуклеозом, ядрами, що відтиснуті до периферії (у вигляді паличок, "пісочного годинника") та молоді, незрілі клітини гранулоцитарного ряду, серпоподібні та пікнотичні клітини. Така реакція, правдоподібно, виникає як наслідок надмірної стимуляції клітин мезотелію очеревини та білого і червоного відростків кісткового мозку при вираженому запальному процесі, оскільки рідина вільної черевної порожнини при ферментативному перитоніті являє собою агресивне середовище з вираженим цитотоксичним ефектом, високим рівнем цитокінів та активованих ферментів підшлункової залози. В подальшому, незважаючи на комплекс проведених лікувальних заходів, включаючи оперативні втручання, патологічний процес з боку підшлункової залози не вдалось опанувати, і хворі померли при наростанні явищ поліорганної недостатності, що дозволило трактувати це як специфічну ознаку, що свідчить про важ-

кий, прогностично несприятливий перебіг захворювання.

Виявлення в мазках препаратів бактерій, поряд з появою ознак системної запальної відповіді, слугувало у 2-х пацієнтів показанням до проведення конверсійного оперативного втручання.

Лапароцентез проводився під місцевою анестезією в зв'язку з вкрай важким станом пацієнтів. У 2-х пацієнтів під час цитологічного дослідження випоту з черевної порожнини виявлено атипові клітини, характерні для залозистого раку шлунка з метастазуванням в серозні оболонки. Діагноз підтверджено під час патологоанатомічного розтину. У 1-го хворого з кістозним утвором гігантських розмірів в ділянці епі- та мезогастрію під час цитологічного дослідження отриманого з допомогою УЗД-пункції матеріалу діагностовано дермоїдну кисту. Діагноз підтверджено інтраопераційно. Це підтверджує високу діагностичну цінність цитологічного методу дослідження в плані диференційної діагностики гострого панкреатиту та онкопатології гепатопанкреатобіліарної зони, особливо при наявності у хворих супутніх хронічних змін з боку підшлункової залози.

Окрім цитологічного дослідження осаду патологічних рідин, проводився загальний аналіз матеріалу (колір рідини, її кількість, наявність осаду, вміст білка), визначався рівень амілази та рН-рідини. рН-метрію отриманих за допомогою малоінвазивних методів рідин проводили за стандартних умов з допомогою приладу "Иономер универсальный ЭВ-74".

При кількарязових пункціях, або у випадку дренивання рідинних утворів або порожнин проводилась оцінка зазначених показників в динаміці. Показники рН коливались в широких межах від 2,8 до 8,6. Причому, високі рівні рН, як правило, корелювали з високими показниками амілази рідини (ексудату з вільної черевної порожнини при ферментативному перитоніті, вмісту кісти підшлункової залози чи гострих панкреатичних та парапанкреатичних рідинних скупчень). Це, імовірно, пов'язано з олузнюючою дією гідрокарбонатів панкреатичного соку при розгерметизації протокової системи підшлункової залози. І навпаки, завансований запальний процес з боку підшлункової залози та парапанкреатичної жирової

клітковини зумовлює зміщення рН в кислий бік, причому зменшення рН в динаміці корелює з прогресуванням запального процесу і є прогностично несприятливою ознакою та може свідчити про неефективність проведеного лікування і слугувати додатковим показанням до зміни лікувальної тактики.

Висновки: 1. Сучасні міні-інвазивні методики, такі як відеолапароскопія та інтервенційна сонографія, дозволяють скласти більш повне уявлення про ступінь ураження підшлункової залози у хворих на гострий некротичний панкреатит та його ускладнення та повніше оцінити заавансованість перебігу захворювання, тому вони повинні ширше впроваджуватись в комплекс лікувально-діагностичних заходів у даній категорії пацієнтів.

2. Застосування цитологічного дослідження патологічних рідин, отриманих за допомогою міні-інвазивних методів є не тільки важливим в проведенні диференційної діагностики між запальним процесом та онкозахворюваннями гепатопанкреатобіліарної зони, а й дозволяє повніше віддзеркалити характер та ступінь ураження підшлункової залози при гострому некротичному панкреатиті, своєчасно провести корекцію проведеної консервативної терапії, виявити додаткові показання до зміни лікувальної тактики.

3. Динамічне рН-метричне дослідження отриманих з допомогою міні-інвазивних методів патологічних рідин дає додаткову інформацію про напрямок розвитку запального процесу у хворих на гострий панкреатит та його ускладнення, а також може свідчити про рівень домішки панкреатичного соку в досліджуваному ексудаті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гіленко І.О., Дем'янюк Д.Г., Ляховський В.І. і співавт. Діагностика та лікування гострого панкреатиту // Хірургія України. - 2005. - № 3 (15). - С.149-150.
2. Живица С.Г. Интервенционная сонография и эндоскопия в диагностике и лечении рака поджелудочной железы // Вісник української медичної стоматологічної академії. - 2006. - Т. 6, - Вип. 1-2. - С.55-57.
3. Копчак В.М., Мошковский Г.Ю., Хомяк И.В. Эхоконтролируемые вмешательства при постнекротических кистах и абсцессах в хирургическом лечении острого некротического панкреатита // Таврический медико-биологический вестник. - 2005. - Т. 8, № 1. - С.53-57.
4. Милиця М.М., Мартиновський О.І., Постоленко М.Д. Деструктивний панкреатит - шляхи вирішення проблеми // Шпитальна хірургія. - 2002. - №2. - С.125-127.
5. Мирингоф А.Л., Новиков В.В., Миляев Е.М. Операции хирургической и "медикаментозной абдоминализации" поджелудочной железы при остром панкреатите // Эндоскопическая хирургия. - 2002. - № 4. - С.40-41.
6. Поташов Л.В., Васильев В.В., Емельянов Н.П. и соавт. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист

- поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования // Вестник хирургии. - 2002. - Т. 161, № 6. - С. 35-38.
7. Тутченко Н.И., Светличный Э.В., Трофименко С.П. Лечение гнойно-деструктивных осложнений острых хирургических заболеваний и поврежденных органов брюшной полости // Хірургія України. - 2005. - № 4. - С.90-94.
8. Шаталов О.Д., Мацько В.В., Шаталов С.О. Рациональні способи лікування хворих на псевдокісти підшлункової залози // Шпитальна хірургія. - 2004. - № 2. - С.94-97.
9. Шевчук М.Г., Шевчук І.М., Побуцький О.О. Сучасні методичні підходи до лікування гострого некротичного панкреатиту // Шпитальна хірургія. - 2000. - № 2. - С.121-126.
10. Rau B., Pralle U., Mayer J.M., Beger H.G. Role of ultrasonographically guided fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of infected pancreatic necrosis // Br. J. Surg. - 1998. - № 85(2). - P. 179-184.
11. Runzi M. Loyer P. Buchler M.W. et al. The therapy of acute pancreatitis. General guidelines. Working group of the Society for Scientific - Medical Specialties // J. Gastroenterol. - 2000. - № 38. - P. 571-581.

Ендоскопічні та лапароскопічні втручання в лікуванні хворих похилого та старечого віку з кровоточивою виразкою дванадцятипалої кишки

Ю.В.ГРУБНИК, І.В.МОСКОВЧЕНКО, В.А.ФОМЕНКО, В.Ю.ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет, Одеський міський центр шлунково-кишкових кровотеч на базі МКЛ № 11

ENDOSCOPIC AND LAPAROSCOPIC OPERATIONS IN TREATMENT OF OLD PATIENTS WITH BLEEDING COMPLICATED BY DUODENUM ULCERS

YU.V. HRUBNYK, I.V. MOSKOVCHENKO, V.A. FOMENKO, V.YU. HRUBNYK

Odessa State Medical University, Odessa City Centre of Gastrointestinal Bleedings on the basis of CCH № 11

Пропонується аналіз лікування 8033 хворих з гострими гастроудоденальними кровотечами протягом 10 років функціонування Одеського центру лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами. Надається аналіз ефективності лапароскопічного гемостазу у 980 хворих похилого та старечого віку. Досліджуються принципово нові методи ендоскопічного гемостазу у 38 хворих з гострими виразковими гастроудоденальними кровотечами.

We analyzed treatment of 8033 patients with acute gastroduodenal bleedings during 10 years. We cured 980 old patients with gastroduodenal bleedings. We performed 647 endoscopic local hemostasis which was effective in 85 %. The most effective method of local endoscopic hemostasis was laser photocoagulation with injection of fibrin glue. We introduced into clinical practice a new method of endoscopic and laparoscopic operation for hemostasis in 38 patients with acute gastroduodenal bleedings.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Незважаючи на широке використання блокаторів протонної помпи та антигелікобактерної терапії захворюваність на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (ДПК) не зменшується, а кількість хворих з ускладненнями виразкової хвороби навіть зростає [1, 4]. Найтяжчим та грізним ускладненням виразкової хвороби ДПК є кровотеча. Летальність при даній патології залишається високою і коливається в останні роки в межах 7-9 % [2,3,5]. З кожним роком виявляють збільшення частоти виникнення даної патології не тільки в Україні, але і в решті країн, до 50-174 випадків на 10 тисяч населення в рік [3,5,6]. Кількість пацієнтів з явищами виразкової кровотечі зросла в Україні з 196,2 до 246,7 на 10 тисяч населення та продовжує зростати [2]. Щорічно проходять лікування в стаціонарах з приводу шлунково-кишкової кровотечі більш ніж 50 тисяч хворих [2,3].

Метою дослідження є вивчення ефективності комплексного підходу до лікування гастроудоденальної виразки, ускладненої кровотечею, з використанням сучасних методів ендоскопічного локального гемостазу та нових малоінвазивних оперативних втручань.

Матеріали і методи. За десять років в Одеському центрі шлунково-кишкових кровотеч лікувалося 8033 хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами. Із кровотечами виразкової етіології було 4539 хворих (56,5%). Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки верифікована у 3722 хворих (82%), з них жінок було 1277 (34,3%), чоловіків - 2445 (65,7%). Кровотечі легкого ступеня з втратою до 700 мл об'єму циркулюючої крові спостерігалися у 30% хворих, кровотеча середнього ступеня з втратою від 700 до 1500 мл об'єму циркулюючої крові - у 38% хворих, кровотеча

важкого ступеня з втратою понад 1500 мл об'єму циркулюючої крові була в 32% випадків.

Джерелом кровотечі в ділянці дванадцятипалої кишки найчастіше були виразки по медіальній поверхні і задній стінці цибулини. Часто виразки задньої стінки були з пенетрацією в підшлункову залозу. Нерідко при гастродуоденофіброскопії (ГДФС) виявлялися виразки дванадцятипалої кишки з вираженою рубцевою деформацією і стенозом різного ступеня важкості, що значно ускладнювало ендоскопічне дослідження та маніпуляції.

Для застосування нових методів ендоскопічної зупинки кровотечі нами було відібрано 980 хворих похилого та старечого віку з виразковими шлунково-кишковими кровотечами та тяжкими супутніми захворюваннями, що робило використання хірургічного втручання дуже ризикованим. Ми використовували наступні методи гемостазу: лазерна фотокоагуляція з використанням АІГ-лазера з довжиною хвилі 1,06 мкм була проведена у 637 хворих (65%). Ми використовували лазерну установку "Радуга-1". Для зупинки кровотечі використовували робочий режим в межах 40-60 Ват з відстані 1,5-2 см до джерела кровотечі. Для фотокоагуляції виразки використовували енергію 350-400 Дж. Останнім часом ми поєднували лазерну фотокоагуляцію з введенням фібринового клею "Tissucol" (Австрія) способом обколювання дефекту виразки за допомогою ендоскопічної голки. Дана методика застосована нами у 221 хворого. Ендоскопічну гідроелектрокоагуляцію активної кровотечі ми використовували у 215 хворих (22%). Цю маніпуляцію проводили за допомогою спеціального ендоскопічного зонда СД з одночасною подачею води. Даний метод дозволяє досягти коагуляції зони кровотечі і уникнути прилипання коагульованої тканини до електрода. У 59 хворих (6%) застосовували склерозування зони кровотечі ендоскопічним введенням 1% етоксистеролу. У 44 хворих (4,5%) зону кровотечі обколювали фібриновим клеєм. У 18 хворих (1,8%) для зупинки кровотечі використовували ендоскопічні кліпси фірми "Olympus" за запропонованою фірмою методикою. У 7 хворих (0,7%) в ділянці зони кровотечі наносили плівкоутворюючий засіб "Статізол".

Всім хворим цієї групи на 2-3-5-7 доби проводилося контрольне ендоскопічне досліджен-

ня із застосуванням різних методів локального гемостазу з метою профілактики рецидиву кровотечі.

За останні 5 років нами розроблені і впроваджені методи поєднаного ендоскопічного і лапароскопічного гемостазу при великих кальозних виразках шлунка і ДПК, що кровоточать. Ці методи використані у 38 хворих, які поступили в клініку з виразками шлунка (22 хворих) і дванадцятипалої кишки (16 хворих), що активно кровоточать. За даними ургентної фіброгастродуоденоскопії була діагностована активна кровотеча за класифікаціями Forrest IA та IB. Чоловіків було 28, жінок - 10. Вік пацієнтів коливався від 53 до 87 років.

У 24 з 38 хворих нами проведено лапароскопічне прошивання виразки дванадцятипалої кишки, що кровоточить. Методика цього втручання полягала в наступному. Пацієнту одночасно виконували лапароскопію і ендоскопічне обстеження шлунка і дванадцятипалої кишки. Після виявлення виразки при виконанні ендоскопії кінець ендоскопа розташовували безпосередньо над виразкою і освітлювали її дно. Завдяки просвічуванню через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки через лапароскоп точно визначали проекцію дефекту виразки з боку черевної порожнини. При цьому можна візуалізувати ерозовану судину, що приходить до виразки. Після цього в черевну порожнину вводили голку з атравматичним шовним матеріалом достатньо великого розміру (PDS, Vicryl 1, 0, 1-0). За допомогою голкотримача під контролем лапароскопа і ендоскопа прошивали виразку з судинами, що кровоточать. Вузли зав'язували екстракорпорально. До лінії швів для її зміцнення підв'язували ділянку сальника. При локалізації виразки по великій кривизні шлунка, або по його задній стінці додатково здійснювали лапароскопічну мобілізацію шлунково-ободової зв'язки.

У 14 хворих використана оригінальна методика - нами була розроблена спеціальна ендоскопічна голка, в яку втягалася монофіламентна нитка PDS 2-0, Vicryl 2-0, або капрон 3-0. Ця голка вводилася через біопсійний канал ендоскопа та під контролем зору проводилася через стінку шлунка або дванадцятипалої кишки назовні. Під контролем лапароскопа проводилося захоплення кінців

нитки, вставленої в спеціальні вушка ендоскопічної голки. Кінці ниток виводилися назовні. Вузли зав'язувалися інтракорпорально. Подібна маніпуляція повторювалася для більш надійного прошивання виразки і лігування судин, що кровоточать. Після цього ендоскоп і лапароскопічні інструменти видалялися. Хворому призначалася консервативна противиразкова та гемостатична терапія з ерадикацією гелікобактерної інфекції.

Тривалість ендоскопічної операції склала від 10 до 25 хв. Рецидивної кровотечі ми не спостерігали в жодному випадку. Ускладнень, пов'язаних з прошиванням шлункової або дуоденальної стінки, таких як неспроможність швів з перитонітом або кровотеч, ми не спостерігали. Летальних випадків не було.

Результати досліджень та їх обговорення.

Аналізуючи отримані результати, слід зазначити, що найефективнішим методом локального гемостазу виявилася лазерна фотокоагуляція в поєднанні з обколюванням зони кровотечі фібриновим клеєм "Tissucol". Рецидив кровотечі спостерігали лише в 7 випадках, в яких був проведений повторний ендоскопічний локальний гемостаз. Використання однієї лише лазерної фотокоагуляції дає рецидив кровотечі у 15-16 % випадків, залежно від розмірів дефекту виразки і калібру судини, що кровоточить. Ізольоване введення фібринового клею

також не є таким же ефективним методом як в поєднанні з лазерною фотокоагуляцією. Метод гідроелектрокоагуляції часто дає рецидиви, пов'язані з глибоким пошкодженням гастроуденальної стінки з подальшим її некрозом і можливою перфорацією. Ендоскопічне введення склерозуючих препаратів шляхом обколювання виразки приводить до глибокого некрозу тканин і подальшого рецидиву кровотечі. Використання кліпсів - досить складна ендоскопічна маніпуляція і не завжди ефективна, зважаючи на часті фіброзні зміни тканин в зоні дефекту виразки, що не дозволяє надійно встановити кліпси на судину, що кровоточить. Повторний динамічний ендоскопічний гемостаз на другу-п'яту добу дозволяє уникнути рецидиву кровотечі. Лапароскопічні оперативні втручання переносяться хворими достатньо легко, порівняно з традиційним лапаротомним доступом.

Висновок. Таким чином, застосовуючи сучасні методи локального гемостазу на фоні ерадикації *Helicobacter pylori* і вживання блокаторів протонної помпи з подальшим використанням ендоскопічних та лапароскопічних малоінвазивних методик, можна надати допомогу хворим з кровоточивою виразковою хворобою дванадцятипалої кишки на більш якісному рівні, що значно знижує ризик рецидиву кровотечі та знижує відсоток летальних випадків.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беляев А.В. Прогнозирование тяжести течения раннего послеоперационного периода у больных, оперированных по поводу желудочно-кишечного кровотечения // Клиническая хирургия. - 1997. - №5-6 - С.52-54.
2. Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного тракта / В.Ф.Саенко, П.Г.Кондратенко, Ю.С.Семенюк и др. -Ровно, 1997. - 384 с.
3. Диагностическая и лечебная фиброгастроуденоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях / Фомин П.Д., Шепетько Е.Н., Заплавский А.В. и др. //Актуальні проблеми невідкладної хірургії органів черевної порожнини та уrogenітального тракту. Респ. наук.-практ.конф. - Київ, 1996. - С.32-33.
4. Cllshieri A., Buess G., Perissat S. Operative Manual of Endoscopic Surgery // Springer-Verlag. - 1994, Vol. 1. - 347 p.
5. Mfrtin S.G. et aut. Helicobacter pylori and recurrent ulceration after highly selective vagotomy // Gastroenterol. Hepatol. - 1995. - Vol. 7, № 3. - P. 207-209.

УДК 616.33/34-005.1-089-072.1

Лапароскопічні операції в лікуванні хворих із важкою поєднаною травмою з ушкодженням печінки

Ю.В. ГРУБНИК, А.О. ТЕЛИЧКО, В.Ю. ГРУБНИК

Одеський державний медичний університет, Міський центр поєднаної травми на базі міської клінічної лікарні № 11

LAPAROSCOPIC OPERATION IN TREATMENT OF PATIENTS WITH THE SEVERE COMBINED TRAUMA AND LIVER INJURY

YU.V. HRUBNYK, A.O. TELYCHKO, V.YU. HRUBNYK

Odessa State Medical University, City Centre of Combined Trauma on Basis of City Clinical Hospital № 11

У клініці для лікування 1358 хворих із поєднаною травмою широко застосовувався лікувально-діагностичний алгоритм, що включає: ультразвукове дослідження, комп'ютерну томографію і відеолапароскопію. 524 хворим проведена відеолапароскопія. У 253 хворих виявлено розрив печінки і внутрішньочеревну кровотечу. У 93 хворих при відеолапароскопії було виявлено значне пошкодження внутрішньочеревних органів, що зумовило перехід на лапаротомію. У 160 хворих проведені лапароскопічні операції при пораненнях печінки. Лапароскопічні операції є високоефективними, малотравматичними і дозволяють знизити летальність у хворих із важкою поєднаною травмою.

Ultrasound examination, computer tomography and videolaparoscopy were widely used as therapeutic and diagnostic protocol in the treatment of 1358 patients with polytrauma. Videolaparoscopy was used in 524 cases. We diagnosed 253 patients with trauma of the liver and intraabdominal bleeding. In 93 cases of videolaparoscopy was made conversion to laparotomy because of serious trauma of liver and massive bleeding. In 160 cases with liver trauma were carried out laparoscopic operations. Laparoscopic operations are very effective and atraumatic and allow to decrease mortality in patients with severe polytrauma.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. В останній час різко збільшилась кількість хворих із важкою поєднаною травмою.

Летальність при важкій поєднаній травмі коливається від 12 до 50 %. Такі високі цифри обумовлені пізньою госпіталізацією хворих, сукупністю важких поєднаних ушкоджень, високою крововтратою, що їх супроводжує, значним відсотком осіб літнього і старечого віку з важкою супутньою патологією [1, 2, 3].

Метою роботи є зниження летальності на основі впровадження діагностико-лікувального алгоритму з використанням ультразвукової, комп'ютерної і відеолапароскопічної діагностики в поєднанні з малоінвазивними операціями.

Матеріали і методи. За останні 7 років у міський центр поєднаної травми госпіталізо-

вано 1358 хворих із важкою політравмою. Всім хворим виконували загальноприйняті методи діагностики: рентгенографію грудної і черевної порожнин, голови і кінцівок, лабораторні методи дослідження.

Ультразвукова діагностика була проведена 871 пацієнту. З них 561 виконували динамічне ультразвукове обстеження за станом внутрішніх органів впродовж 3-5 днів. Ультразвукове дослідження є найменш інвазивним і високоінформативним методом діагностики, особливо за наявності центральних розривів і підкапсульних гематом печінки, які важко діагностувати іншими методами. В більшості випадків вдається візуалізувати зону і характер пошкодження печінки. Безпосередньою ознакою пошкодження паренхіми печінки при ехолокації є наявність нерівномірних ехонегативних утворів у паренхімі із зміною контурів і розмірів печінки. Також визначаються ознаки порушення цілісності капсу-

ли печінки і субкапсулярні гематоми. Чітко визначається наявність вільної рідини в підпечінковому і піддіафрагмальному просторах. Можлива достатньо достовірною оцінка глибини і поширеності розривів печінки. Плюсом даного методу дослідження є також його достатньо низька собівартість. Крім того, у 521 хворого на додаток до ультразвукового дослідження нами виконана комп'ютерна томографія. В останні 2 роки виконувалася комп'ютерна томографія спіралеподібному томографі з внутрішньовенним введенням контрастної речовини, що дозволяє одержувати об'ємне зображення органів черевної порожнини і чітко диференціювати ділянку ушкодження. Даний метод дослідження має високу діагностичну цінність, проте не завжди застосований через високу вартість обстеження. У 410 хворих після ультразвукового дослідження виконувалася пункція черевної порожнини методом лапароцентезу, з подальшим дренажуванням черевної порожнини через троакар поліхлорвініловою трубкою і введенням до 400 мл асептичної рідини. Проте даний метод дослідження має великий відсоток помилок і ризику за наявності спайкового процесу в черевній порожнині та з інших причин.

Найбільш інформативним методом діагностики травм органів черевної порожнини є лапароскопія. Якісно новим етапом є відеолапароскопія з використанням додаткових 2-3 портів, через які в черевну порожнину вводять лапароскопічні інструменти, що дозволяють детально оглянути всі органи, встановити й оцінити характер пошкоджень, а також провести у ряді випадків малоінвазивні лапароскопічні втручання.

Нами проведено 524 лапароскопічних досліджень з використанням відеолапароскопа фірми "Olimpus". Всі лапароскопічні дослідження проводили з використанням загального знеболювання. При важкій поєднаній травмі ми обов'язково перед відеолапароскопічним обстеженням хворого проводили рентгенологічне обстеження грудної клітки. За наявності гемопневмотораксу ми проводили превентивну пункцію плевральної порожнини з подальшим дренажуванням пошкодженої половини грудної клітки за Бюллау. При щоді і коматозних станах ми проводили протишкочові заходи, інфузійну терапію, спрямовану на

відновлення об'єму циркулюючої плазми, штучну вентиляцію легенів.

Протипоказаннями до відеолапароскопічних операцій вважаємо наявність у черевній порожнині понад 700 мл крові, профузну кровотечу, неможливість повноцінної ревізії черевної порожнини через спайковий процес, наявність важкої кардіальної патології, що не дозволяє здійснювати необхідну інсуфляцію повітря в черевну порожнину на рівні 12-15 мм рт. ст., розрив діафрагми, значне пошкодження порожнистих органів, що вимагає резекції ділянки кишечника з подальшим накладанням анастомозу, а також локалізацію пошкоджень печінки у ділянці воріт і позапечінкових жовчних проток.

Результати досліджень та їх обговорення. З 524 проведених відеолапароскопій у 253 випадках вдалося чітко виявити травматичний розрив печінки з кровотечею, що триває. З 253 випадків травматичного розриву печінки в 93 випадках виявлено поєднання масивного розриву печінки з розривом селезінки, брижі тонкого кишечника, розривами тонкого і товстого кишечника і профузною внутрішньочеревною кровотечею. З причин значних ушкоджень органів черевної порожнини, масивної кровотечі, наявності у хворих важкого геморагічного шоку нами в цих випадках відеолапароскопія завершена переходом на лапаротомію з ушиванням внутрішньочеревних ушкоджень внутрішніх органів з автогемотрансфузією.

У 160 хворих вдалося лапароскопічно провести оперативні втручання. У 60 випадках проведена лапароскопічна електрокоагуляція ран печінки, санація і дренажування черевної порожнини. У 57 випадках проводили ушивання ран печінки з використанням інтракорпорального лапароскопічного шва. У 43 випадках проводили електрокоагуляцію ран печінки з фіксацією сальника до її поверхні. Після ретельної санації черевної порожнини проводили ревізію рани печінки з подальшою оцінкою глибини розриву за допомогою інструментальної "пальпації", видаляючи згустки крові з ранового каналу струменем рідини.

Нами було виявлено 18 підкапсулярних гематом, що потребувало подальшого їх розтинку і проведення ревізії ушкоджень. У двох ви-

З ДОСВІДУ РОБОТИ

падках при огляді невеликих гематом виявилися значні ушкодження печінки, що потребували лапароскопічного ушивання. У 16 випадках ми проводили лапароскопічне ушивання ран печінки з подальшим накладенням на лінію шва фібринового клею. Для контролю за якістю гемостазу через контрапертуру черевна порожнина дренивалась в правому і лівому підребер'ях.

Летальність після лапароскопічних операцій спостерігалася в 8 випадках і була обумовлена важкою черепно-мозковою травмою. У 12 випадках спостерігалася жовчотеча.

У 9 випадках мали місце нагноєння троакарних проколів.

Висновки. Відеолапароскопічне обстеження органів черевної порожнини дозволяє уникнути необґрунтованих лапоротомій, що значно знижує летальність у хворих із важкою поєднаною травмою і супутньою соматичною патологією.

Лапароскопічні операції у хворих із політравмою з пошкодженням печінки є високоефективною малотравматичною хірургічною допомогою і значно знижують летальність у даної важкої категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Видеоэндоскопические вмешательства на органах живота, груди и брюшинного пространства / Под ред. А.Е. Борисова. - С.Пб.: Предприятие ЭФА, "Янус", 2002. - 416 с.
2. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Нечитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. - К.: Здоров'я, 1993. - 512 с.

3. Sancher H., Gagner M., Jenkins P.L., Lewis W.D., Munson J.L., Bruusch J.W. Surgical management of non-parasitic cystic liver disease // Am. Surg. - 1991. - 161. - P. 113-118.

УДК 617-089.168.1:612.015.31+615.739+616.33-089+616.342-089

Корекція порушень мінерального обміну у хворих, оперованих з приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, у віддалені післяопераційні терміни

О.Г. НЕЦЮК

Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського

CORRECTION OF MINERAL METABOLISM VIOLATIONS AT PATIENTS BEING OPERATED BY REASON OF STOMACH AND DUODENUM ULCER DURING REMOTE POST-OPERATIVE PERIODS

O.H. NETSYUK

Ternopil State Medical University by I.Ya. Horbachevsky

У статті проведено аналіз змін мінеральної щільності кісткової тканини та вмісту в сироватці крові кальцію, фосфору і лужної фосфатази у 132 хворих, які були поділені на вікові групи - до 50-ти та після 50-ти років і перенесли різні типи оперативного втручання з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки й отримували корективну терапію. Встановлено покращання стану кісткової тканини у хворих обох груп. Кращих результатів досягнуто у пацієнтів, яким проведено органозберігаючі операції з наступним включенням у лікувальну програму "Кальцій-Д₃ Нікомеду" та фоссамаксу.

The article analyses mineral density bone tissue changes as well as calcium, phosphorus and alkaline phosphatase content in blood of 132 patients being divided into pre-50 and post-50 age groups. Patients were undergone to different kinds of operative interferences due to stomach and duodenum ulcerous disease and then they were given corrective therapy. It has been stated the improvement in bone tissue condition for both groups of patients. The best results were achieved at patients which were undergone organ-saving operations with later including "Calcium D3-Nycomed" and "Phosamax" into treatment program.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Незважаючи на те, що останнім часом досягнуто значних успіхів у консервативному лікуванні виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, оперативне втручання залишається в арсеналі лікарів з цілого ряду причин. Ковальчук Л.Я. та співавт. (1999) вважають доцільним хірургічне лікування хворих на виразкову хворобу у таких випадках [1, 6, 8]: при ускладненому перебігу виразкової хвороби; при рецидивуванні виразкової хвороби відразу після проведення консервативного лікування; при виникненні рецидивування виразкової хвороби під час проведення противиразкової терапії; при рецидивуванні виразкової хвороби у пацієнтів, які перенесли такі ускладнення виразки, як перфорація, пенетрація чи кровотеча; в тих

випадках, коли виразка не загоюється протягом двох місяців противиразкової консервативної терапії, особливо у родинах, де є обтяжений спадковий "виразковий" анамнез; при підозрі на малігнізацію виразки.

Щоб прийняти рішення про оперативне лікування, хірург вирішує завдання вибору оптимального способу хірургічної корекції для кожного конкретного пацієнта [4, 5, 9]. Найкращою буде така операція, яка при низькій післяопераційній летальності попередить утворення виразки і не викличе ускладнень та функціональних розладів у віддалені терміни [3]. А віддалений результат є вагомим критерієм в оцінці ефективності лікування хірургічних хворих [7]. Адже повноцінна медична, професійна, соціальна реабілітація повинна посідати чільне місце під час обґрунтування

вибору способу виконання операції з приводу ускладненої виразки шлунка чи дванадцятипалої кишки [10].

В більшості випадків після обширних резекцій шлунка і меншою мірою після виконання органозберігаючих операцій та ваготомії [2] розвиваються різноманітні метаболічні порушення, зокрема зменшення продукції соляної кислоти приводить до порушення всмоктування кальцію, що в підсумку веде до розвитку остеопорозу (ОП) [3]. Це, в свою чергу, потребує медикаментозної корекції, оскільки часто внаслідок ОП виникає перелом проксимального відділу стегна - найгірніше ускладнення, яке має найбільші показники смертності, інвалідності та потребує значних коштів [11]. На жаль, фармакотерапія хворих на остеопороз не приводить до наростання піку кісткової маси, а лише обмежує резорбцію кісткової маси, зменшуючи її втрати. Оскільки одним із пускових чинників розвитку остеопорозу є зменшення абсорбції кальцію в кишечнику, яка контролюється вітаміном D₃, у лікуванні ОП використовуються препарати кальцію та вітаміну D₃. Тому своєчасне і правильне призначення медикаментозних засобів у більшості випадків дає змогу попередити розвиток післяопераційних ускладнень і покращити якість життя пацієнтів.

Мета роботи: виявити вплив "Кальцій-Д₃ Нікомед" і фосамаксу на стан кісткової системи і рівень в сироватці крові кальцію, фосфору та лужної фосфатази у хворих, які перенесли оперативне лікування з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, у віддалені післяопераційні терміни.

Матеріали і методи. Об'єктом дослідження були 132 хворих, яким проведено хірургічне лікування виразкової хвороби шлунка чи дванадцятипалої кишки у хірургічному відділенні ТОКЛ протягом 1985-1997 років. Вік хворих коливався від 20 до 90 років. Термін післяопераційного періоду складав 5-20 років.

Дослідження показників, що характеризують стан кісткової тканини, проводили за допомогою двофотонного рентгенівського денситометра (Dual Energy X-Ray Absorptiometry - DXA) фірми Lunar corp. (Madison, WI) - Lunar

DPX-A №2589 у денситометричному кабінеті університетського консультативно-лікувального центру. Вміст кальцію і фосфору, а також лужної фосфатази в сироватці крові визначали за допомогою наборів "BIO-LA-TEST" in vitro diagnosticum фірми "Pliva-Lachema"(Чехія) на базі міжкафедральної наукової клінічної лабораторії.

Результати досліджень та їх обговорення. З метою корекції мінеральної щільності кісткової системи застосовували профілактичні та лікувальні схеми корегувальної терапії, спрямованої на покращання морфофункціонального стану слизової оболонки шлунка і відділів кишки, та лікарські засоби, що безпосередньо впливають на збільшення кісткової маси. При цьому у кожній віковій групі хворим за показаннями призначали спеціальну протигастритну терапію та в одних випадках у лікувальній програмі застосовували фосамакс, а в інших - "Кальцій-Д₃ Нікомед". Через три місяці після проведеного лікування проводили повторне ендоскопічне та денситометричне дослідження, визначення вмісту в сироватці крові кальцію, фосфору та лужної фосфатази.

У результаті аналізу отриманих даних визначається, що як фосамакс, так і "Кальцій-Д₃ Нікомед" мають позитивний вплив на покращання мінеральної щільності кісткової тканини. При цьому встановлено, що кількісні дані BMD у чоловіків віком до 50 років, які приймали фосамакс, зросли від (1,148±0,016) до (1,182±0,012) г/см² (табл. 1), а в осіб, які приймали "Кальцій-Д₃ Нікомед", до (1,179±0,013) г/см² (табл. 2). Показник відхилення від середнього популяційного значення не перевищує одиниці, що характерно для осіб з МЦКТ в межах вікової норми. Аналогічна картина спостерігається і у жінок, хоча у даній групі спостереження має місце незначне зменшення кількості мінералів порівняно з контрольними величинами та зміна морфометричних розмірів хребців. Мінеральна щільність збільшилася з (1,101±0,035) до (1,134±0,036) г/см² при лікуванні "Кальцій-Д₃ Нікомедом" та до (1,131±0,025) г/см² при лікуванні фосамаксом. Серед обстежених констатували лише вікову норму та остеопенію.

Якщо до лікування виявляли 4 особи після резекції шлунка за способом Більрот-II з осте-

ЗДОСВІДУ РОБОТИ

Таблиця 1. Мінеральна щільність кісткової тканини хребців L₁-L₄ хворих різних вікових груп та статі, яким у лікувальну програму включений фосамакс

Показники		Групи			
		Обстежувані віком до 50 років		Обстежувані віком 50 років і більше	
		Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
BMD, g/cm ²		1,182±0,012	1,131±0,025	1,12±0,081	1,102±0,027
Young Adult	%	99,31±2,7	96,1±2,1	93,7±0,98	91,3±2,38
	T	-0,05±0,007	-0,36±0,02	-0,64±0,03*	-0,88±0,04
Age Matched	%	99,8±4,36	97,5±2,8	94,3±2,5	92,7±2,3
	Z	-0,02±0,001	-0,32±0,03	-0,63±0,05*	-0,79±0,06*
BMC (grams)		19,54±0,62	15,17±0,28	16,62±0,74	14,27±0,83
Area (cm ²)		19,29±1,72	15,73±0,94	17,33±0,79	14,63±0,79
Width (cm)		4,83±0,16	4,01±0,19	4,76±0,23	3,98±0,11
Height (cm)		4,02±0,15	3,77±0,17	3,96±0,12	3,72±0,15
BMC/W (g/cm)		3,46±0,18	3,58±0,09	3,05±0,14	3,06±0,12

Примітка. P<0,05 при порівнянні другої і першої груп.

Таблиця 2. Мінеральна щільність кісткової тканини хребців L₁-L₄ хворих різних вікових груп та статі, яким у лікувальну програму включений "Кальцій-Д₃ Нікомед"

Показники		Групи			
		Обстежувані віком до 50 років		Обстежувані віком 50 років і більше	
		Чоловіки	Жінки	Чоловіки	Жінки
BMD, g/cm ²		1,179±0,013	1,134±0,036	1,131±0,079	1,092±0,033
Young Adult	%	98,25±2,20	95,4±3,5	94,70±0,69	90,70±1,92
	T	-0,12±0,01	-0,42±0,03	-0,51±0,05*	-0,95±0,07*
Age Matched	%	99,3±4,22	96,1±3,2	94,9±2,3	91,5±4,8
	Z	-0,060±0,001	-0,38±0,02	-0,55±0,03*	-0,86±0,04*
BMC (grams)		18,33±0,53	14,78±0,32	16,09±0,87	14,65±0,98
Area (cm ²)		18,79±1,72	15,27±0,94	16,92±0,38	14,09±0,53
Width (cm)		4,83±0,16	4,01±0,19	4,76±0,23	3,98±0,11
Height (cm)		4,02±0,15	3,77±0,17	3,96±0,12	3,72±0,15
BMC/W (g/cm)		3,46±0,18	3,58±0,09	3,05±0,14	3,06±0,12

Примітка. P<0,05 при порівнянні другої і першої груп.

опорозом, то після лікування у даних осіб визначалася мінеральна щільність в межах остеопенії II ступеня.

У повторно обстежених хворих віком 50 років і старших виявляли значно гіршу динаміку мінеральної щільності порівняно з попередньою віковою групою спостереження.

BMD у чоловіків при застосуванні у лікувальних схемах "Кальцій-Д₃ Нікомеду" зросли до (1,131±0,079) г/см², при лікуванні фосамаксом - до (1,120±0,081) г/см². Мінеральна щільність у жінок даної групи спостереження знаходилася в межах (1,092±0,033)-(1,102±0,033) г/см². При цьому T показник був нижчим від рефе-

ративних даних бази "Lunar corporation" у чоловіків на 6,5 %, а у жінок на 9,8 %. Абсолютні значення стандартизованих відхилень у багатьох випадках підтверджували наявність остеопенії, а у 4 із 9 обстежених, в яких був констатований остеопороз, денситометричні дані підтверджували його наявність. Тобто, можна зробити висновок, що при глибоких морфологічних змінах кісткової тканини в осіб старшої вікової групи замісна та мінераловтримувальна терапія не завжди дає позитивний ефект. Разом з тим спостерігалось і незначне підвищення вмісту самих мінералів у кістковій тканині хребців, що також простежується у жінок, старших 50 років.

При розгляді результатів денситометрії хворих залежно від перенесеного оперативного втручання (табл. 3) простежується пряма залежність покращання стану кісткової системи від способу оперативного лікування.

При розгляді результатів денситометрії хворих залежно від перенесеного оперативного втручання (табл. 3) простежується пряма залежність покращання стану кісткової системи від способу оперативного лікування.

Таблиця 3. Мінеральна щільність кісткової тканини хребців L₁ - L₄ в обстежених хворих, яким у лікувальну програму включені фосамакс та "Кальцій- D₃ Нікомед" залежно від перенесеного оперативного втручання

Показники	Групи				
	Група А: резекція шлунка за способом Більрот-I	Група В: резекція шлунка за способом Більрот-II в модифікаціях	Група С: СПВ з дренажними операціями	Група D: пілорозберігаючі і сегментарні резекції шлунка	
BMD, g/cm ²	1,120±0,041	1,093±0,095	1,191±0,074	1,132±0,033	
Young Adult	%	92,1±1,94	89,3±2,7	98,6±2,4	96,2±3,1
	T	-0,76±0,05	-1,03±0,09	-0,12±0,01	-0,32±0,07
Age Matched	%	93,2±1,7	90,8±3,1	98,9±3,4	97,8±4,9
	Z	-0,67±0,05	-0,94±0,06	-0,11±0,01	-0,25±0,01
BMC (grams)	68,47±1,24	59,07±0,95	69,20±1,33	66,29±1,28	

Як у чоловіків, так і у жінок найкраща позитивна динаміка спостерігається у тих хворих, яким виконані органозберігаючі оперативні втручання, що не роз'єднують травний тракт і не виключають з процесів травлення дванадцятипалу кишку.

Також необхідно відмітити, що простежується прямий кореляційний зв'язок між динамікою змін мінеральної щільності кісткової тканини та ступенем ураження слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки. Найкращі значення МЩКТ зберігаються в осіб, яким виконана селективна проксимальна ваготомія з наступною пілоропластиком або дренажною операцією. BMD L₁ - L₄ у даних осіб знаходиться в межах (1,191±0,074) г/см².

Серед прооперованих даним способом хворих після застосування корегувальної терапії МЩКТ у 87,1 % знаходиться в межах вікової норми і лише у 12,6 % - з остеопенією I ступеня.

У хворих, яким була виконана резекція шлунка за способом Більрот-I, МЩКТ у даних

групі спостереження становила (1,120±0,041) г/см². Показник відхилення від середньопопуляційних значень становить 7,9 %, що вказує на неповну корекцію демінералізаційних явищ у віддаленому післяопераційному періоді.

При корекції МЩКТ у хворих, яким виконана резекція шлунка за способом Більрот-II в модифікаціях, цифрові значення BMD знаходилися в середньому на рівні (1,093±0,095) г/см². В загальному у цій групі хворих абсолютне значення показника Young Adult становило -1,03±0,09 і зберігалось в межах остеопенії I ступеня. Серед досліджених, які приймали корегувальну терапію, у 30 % з остеопорозом показники покращувалися незначно і відповідали рівню Young Adult -2,5. Такі характеристики були виявлені у хворих в основному віком 50 років і старших, в яких морфологічний стан слизової оболонки шлунка відповідав гастриту з ураженням залоз без атрофії та атрофічному гастриту. Помітно низьким був і вміст мінералів у L₁ - L₄, який становив (59,07±0,95) г.

При застосуванні "Кальцій-Д₃ Нікомеду" і фосамаксу після виконання пілорозберігаючих і сегментарних резекцій шлунка середнє значення BMD L₁ - L₄ зросло від (1,031±0,041) до (1,132±0,033) г/см². За показником T Young Adult відхилення становили – (0,32±0,07) і достовірно не відрізнялися від середньопопуляційного значення.

Отже, за результатами денситометричного дослідження поперекового відділу хребта можна зробити висновок, що застосування лікувальних схем корегувальної терапії, спрямованої на покращання морфофункціонального стану слизової оболонки шлунка і відділів кишки, та лікарських засобів, що безпосередньо впливають на збільшення кісткової маси - фосамаксу і "Кальцій-Д₃ Нікомеду", значно покращує накопичення мінералів у кістковій тканині. При цьому спостерігається залежність динаміки покращання МЩКТ від способу оперативного втручання. Найбільш позитивні результати отримані у хворих, яким були виконані органозберігаючі оперативні втручання. При резекції шлунка, спрямованій на виключення з травлення дванадцятипалої кишки, у частини хворих віком 50 років і старших навіть після застосування фосамаксу та "Кальцій-Д₃ Нікомеду" у залишаються денситометрично констатовані ознаки остеопорозу.

Для оцінки впливу корегувальної терапії фосамаксом та "Кальцій-Д₃ Нікомедом" проводили визначення кальцію та фосфору в сироватці крові. У результаті дослідження концентрації кальцію встановлено, що у сироватці крові підтримується його гомеостаз і кількісний вміст перебуває в межах від 2,42 до 3,46 ммоль/л. Це свідчить про те, що у плазмі зберігається фізіологічна концентрація кальцію і його відкладання у кістковій тканині.

Вміст кальцію у сироватці крові хворих, яким виконана резекція шлунка за способом Більтрот-I, становив у середньому (2,78±0,09) ммоль/л, за способом Більтрот-II в модифікаціях - (2,42±0,07) ммоль/л. При виконанні пілорозбері-

гаючих і сегментарних резекцій шлунка кількісні значення кальцію склали (3,46±0,05) ммоль/л, а при СПВ з дренуючими операціями спостерігали значення (3,12±0,09) ммоль/л.

Рівень неорганічного фосфору коливався від 0,61 до 1,27 ммоль/л.

Активність екскреційного ферменту - лужної фосфатази - у хворих після оперативного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки достовірно не відрізнялася від контрольних величин.

Висновки. Встановлено, що кількісні дані BMD у віковій групі до 50-ти років більше зросли від приймання фосамаксу, а МЩКТ - при лікуванні "Кальцій-Д₃ Нікомедом". Причому виявлялися лише показники вікової норми та остеопенія. Після 50-ти років динаміка змін кісткової тканини була значно гіршою. Як МЩКТ, так і BMD зросли менше, а у значної частини обстежуваних відмічався остеопороз. Це дало нам можливість зробити висновок, що при глибоких морфологічних змінах у людей старшого віку замісна та мінераловтримувальна терапія не завжди дає бажаний ефект. Найкраща динаміка МЩКТ спостерігалась у пацієнтів, котрим була виконана селективна проксимальна ваготомія з наступною пілоропластиком або дренуючою операцією, які отримували корегувальну терапію - у 87,1 % фіксувалась норма. На підставі проведених денситометричних досліджень було зроблено висновок, що використання фосамаксу і "Кальцій-Д₃ Нікомеду" значно покращує стан кісткової системи і значною мірою залежить від способу оперативного втручання.

При аналізі змін біохімічних показників крові на фоні корегувальної терапії також встановлені певні закономірності. Рівень кальцію в сироватці крові набував мінімальних значень у пацієнтів, яким виконана резекція за способом Більтрот-II, і найбільших - після пілорозберігаючих і сегментарних резекцій шлунка.

ЛІТЕРАТУРА

1. Басистюк І.І., Беденюк А.Д., Дзюбановський І.Я., Ковальчук Л.Я., Свистун Р.В. Досвід хірургічного лікування ускладнених форм виразкової хвороби // Матеріали XX з'їзду хірургів України. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. - Т.1. - С. 14-17.

2. Бондаренко В.А., Дуденко Г.И., Цивенко А.И., Диденко В.Г. Применение селективной проксимальной ваготомии в хирургическом лечении язвенной болезни желудка // Гастроэнтерология. - К.: Здоров'я, 1992. - Вып. 24. - С. 107-109.

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

3. Глушко Л.В., Маковецька Т.І. Виразкова хвороба: гендерні та вікові особливості кислототворення // Сучасна гастроентерологія і гематологія. - 2000. - № 2. - С. 27-30.
4. Горбашко А.И. Патогенетическое обоснование активной тактики хирурга при острых желудочно-кишечных кровотечениях язвенной этиологии // Вестник хирургии. - 1980. - № 12. - С. 28-34.
5. Гринберг А.А., Гришко С.Г. Хирургическое лечение язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста // Вестник хирургии. - 1992. - № 3. - С. 31-34.
6. Дзюбановський І.Я., Луговий О.Б., Свистун Р.В., Пилипчук Р.Б., Батавіль А.М. Досвід хірургічного лікування виразкової хвороби // Вісник морської медицини. - 2001. - № 2 (14). - С. 126-128.
7. Дуденко Г.И., Зыбин В.М. Последствия ваготомии. - К.: Здоров'я, 1987.-144 с.
8. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Велігоцький М.М., Береговий О.В., Ковальчук О.Л. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок. - Тернопіль - Рівне: Вертекс, 1997. - 144 с.
9. Никульшин С.С. Результаты применения пилоросохраняющей резекции желудка в хирургическом лечении сочетанных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1998. - № 2. - С. 14-16.
10. Помелов В.С., Кубышкин В.А., Будаев К.Д., Гордеев В.Ф., Аруин Л.И. Результаты органосохраняющих операций при язвенной болезни желудка // Хирургия. - 1995. - № 1. - С. 37-40.
11. Ревелл П.А. Патология кости. - М.: Медицина, 1993. - 386 с.

Досвід хірургічного лікування реноваскулярної гіпертензії природженої етіології

ЩУР О.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

EXPERIENCE OF THE SURGICAL TREATMENT OF RENOVASCULAR HYPERTENSION OF CONGENITAL ETIOLOGY

O.V. SHCHUR

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

У 62 хворих із реноваскулярною гіпертензією проведено хірургічну корекцію патологічних змін ниркових артерій. З них 32 пацієнтам із природженими ураженнями ниркових артерій (I група) виконано різноманітні хірургічні втручання з метою нормалізації кровопостачання нирок та артеріального тиску; 30 хворим із набутими ураженнями ниркових артерій (II група) виконано хірургічні втручання на ниркових артеріях з метою ліквідації їх патологічних змін і нормалізації кровопостачання нирок та артеріального тиску.

Surgical correction of the pathological changes of renal arteries was realized in 62 patients with renovascular hypertension. Congenital etiology of renovascular hypertension was observed in 32 of them (group I) and acquired etiology of renovascular hypertension was observed in 30 of them (group II). Different open surgical intervention was realized in these patients for normalization of kidney blood circulation and blood pressure.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Реноваскулярна (вазо-ренальна) гіпертензія (РВГ) є однією з найбільш поширених причин вторинного підвищення артеріального тиску (АТ), етіологічним чинником формування якої є ураження ниркових артерій [1]. Описано більше ніж 20 видів уражень ниркових артерій, які поділяють на дві основні групи - природжені та набуті. До природжених уражень ниркових артерій відносяться гіпоплазія ниркових артерій, додаткові (множинні) ниркові артерії, компресія ниркових артерій ніжками діафрагми, аневризми ниркових артерій, природжені артеріовенозні фістули, патологічні вигини ниркових артерій, ангіоми, перекути ниркової ніжки, атрезії ниркових артерій [2, 3, 4].

РВГ спостерігається приблизно у 5 % хворих на артеріальну гіпертензію (АГ) [1]. Частота злоякісного синдрому при нелікованій РВГ сягає 30 % (прогноз злоякісної АГ вкрай несприятливий - 5-річне виживання складає 68 %; без адекватної терапії 90 % хворих вмирають або стають інвалідами протягом року).

Також відомо, що протягом 2,5 років стеноз НА прогресує у 60 % хворих, з розвитком оклюзії судини у 16 % з них, наслідком чого є зменшення розмірів нирки на 37 %, зростання рівня креатиніну на 5 %, зниження клубочкової фільтрації на 3 % [5]. Наведені дані спонукають до більш активної тактики відносно пацієнтів із РВГ, тим більше, що патологія є потенційно курабельною. Слід зауважити, що більшість публікацій присвячена питанням лікування РВГ набутої етіології, що, очевидно, пов'язано з тим, що РВГ природженої етіології зустрічається дуже рідко (приблизно у 2 % випадків) [6, 7, 8]. У зв'язку з цим особливо актуальними є питання, які стосуються лікувальної тактики при РВГ природженої етіології.

Мета роботи: оприлюднення нашого клінічного досвіду хірургічного лікування даної патології.

Матеріали і методи. У роботі проаналізовано досвід хірургічного лікування 62 хворих

на РВГ, які були прооперовані у Львівській обласній клінічній лікарні. Пацієнтів було поділено на дві групи: I групу - РВГ природженої етіології (32 хворих) та II групу - РВГ набутої етіології (30 хворих). Вік пацієнтів із РВГ природженої етіології коливався від 17 до 55 років, у середньому - 40,5 років, що свідчить про важливу економічну складову проблеми, оскільки більшість пацієнтів - молоді особи працездатного віку. Чоловіків було 20 (62,5 %), жінок - 12 (37,5 %). Загальне співвідношення кількості чоловіків та жінок складало 1,7:1 (чоловіки становили більшість ($p < 0,05$)). Вік пацієнтів із РВГ набутої етіології коливався від 31 до 68 років, у середньому - 52,9 року. Чоловіків було 23 (76,7 %), жінок - 7 (23,3 %). Загальне співвідношення кількості чоловіків та жінок складало 3,3:1 ($p < 0,001$).

Причинами ураження ниркових артерій у пацієнтів I групи були:

- гіпоплазія ниркових артерій в 11 хворих (34,38 %) (у тому числі в одного з пацієнтів - гіпоплазія ниркових артерій обох нирок, в іншого - наявність двох рівноцінних гіпоплазованих стовбурів ниркових артерій однієї з нирок);
- наявність додаткових ниркових артерій у 9 пацієнтів (28,13 %);
- екстравазальна компресія ниркових артерій ніжками діафрагми у 9 хворих (28,13 %); в одного хворого екстравазальна компресія правої ниркової артерії поєднувалася з високим відходженням її від аорти та утворенням гострого кута між аортою і нирковою артерією;
- наявність двох рівноцінних гіпоплазованих стовбурів ниркових артерій справа та додаткової ниркової артерії зліва в 1 хворого (3,13 %);
- гіпоплазія правої ниркової артерії у поєднанні з високим відходженням від аорти та патологічним вигином внаслідок цього лівої ниркової артерії в 1 хворої (3,13 %);
- аневризма лівої ниркової артерії в 1 пацієнтки (3,13 %).

Причинами ураження ниркових артерій пацієнтів II групи були:

- атеросклероз у 21 хворого (70 %);
- неспецифічний аортоартеріт у 9 пацієнтів (30 %).

Ступінь та стадію АГ, а також функціональний стан нирок визначали відповідно до

рекомендацій Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії від 2004 року [9].

Відповідно до вказаних рекомендацій серед хворих на РВГ природженої етіології в доопераційному періоді тяжка АГ спостерігалася в 14 (43,8 %) пацієнтів, помірна АГ - у 16 (50 %) хворих, м'яка - в 2 (6,2 %) пацієнтів. Серед хворих на РВГ набутої етіології в доопераційному періоді АГ була тяжкою в 24 (80 %) хворих, помірною - у 4 (13,3 %) пацієнтів та м'якою - в 2 (6,7 %) хворих. Таким чином, серед пацієнтів I групи переважали хворі на помірну АГ, а серед пацієнтів II групи - на тяжку АГ ($p < 0,05$).

Згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії від 2004 року серед хворих з РВГ природженої етіології I стадія АГ спостерігалась у 6 (18,8 %) пацієнтів, II стадія - в 23 (71,9 %) хворих, III стадія - у 3 (9,4 %) пацієнтів. Серед хворих на РВГ набутої етіології I стадія АГ спостерігалась у 3 (10 %) хворих, II стадія - в 10 (33,3 %) пацієнтів, III стадія - у 17 (56,7 %) хворих. Серед пацієнтів I групи переважно спостерігалась II стадія АГ, у пацієнтів II групи - III стадія АГ ($p < 0,05$).

ХНН у хворих обох груп в доопераційному періоді не спостерігалась.

Показаннями до втручання на ниркових артеріях були ураження ниркових артерій з порушенням кровопостачання нирок, які супроводжувалися АГ. Вибір методу оперативного втручання ми визначали в кожному конкретному клінічному випадку відповідно до даних додаткових методів дослідження, зокрема ангиографічного дослідження.

Хворим на РВГ природженої етіології були виконані такі первинні оперативні втручання:

- автовенозні аорто-ренальні шунтування у випадках гіпоплазії ниркових артерій в 11 (34,38 %) пацієнтів (в однієї хворої - з обох сторін з інтервалом у 13 місяців);
- резекція додаткових ниркових артерій та відповідних полюсів нирок, які кровопостачали ці додаткові ниркові артерії у 9 (28,13 %) хворих (у 4 пацієнтів нижнього полюса правої нирки та у 5 пацієнтів нижнього полюса лівої нирки);
- декомпресія ниркових артерій при їх екстравазальній компресії у 9 (28,13 %) пацієнтів;

- ортотопічна автотрансплантація правої нирки з реконструкцією ниркових артерій в 1 (3,13 %) пацієнта;

- ортотопічна автотрансплантація лівої нирки з резекцією аневризми лівої ниркової артерії в 1 (3,13 %) хворої;

- однобічна нефректомія в зв'язку із вторинним зморщенням нирки в 1 (3,13 %) пацієнта.

Повторні втручання у хворих цієї групи були такими:

- аорто-ренальне алошунтування та алопротезування ниркової вени справа в 1 (3,13 %) пацієнта, у якого до проведення першої операції (декомпресії правої ниркової артерії три роки тому) екстравазальна компресія правої ниркової артерії поєднувалася з високим відходженням її від аорти та утворенням гострого кута між аортою і нирковою артерією;

- реімплантація лівої ниркової артерії у зв'язку із високим її відходженням від аорти та патологічним її вигином внаслідок цього в 1 (3,13 %) пацієнтки (вісім місяців перед цим хворій було виконане автовенозне аорто-ренальне шунтування справа з причини гіпоплазії правої ниркової артерії);

- однобічна нефректомія у зв'язку із вторинним зморщенням нирки в 1 (3,13 %) хворого (два роки перед цим у даного пацієнта була виконана декомпресія відповідної ниркової артерії).

Пацієнтам із РВГ набутої етіології виконували такі втручання:

- черезаортальна ендартеректомія з ниркових артерій у 14 (46,7 %) хворих:
 - у 8 (26,7 %) пацієнтів у поєднанні з біфуркаційними аорто-стегновими реконструкціями;
 - в 1 (3,3 %) хворого у поєднанні з ендартеректомією з правої внутрішньої сонної артерії;
 - в 1 (3,3 %) пацієнта у поєднанні з декомпресією черевного стовбура і верхньої брижової артерії від стиснення лімфатичними вузлами;
 - у 4 (13,3 %) хворих як самостійне хірургічне втручання;

- резекція з алопротезуванням правої ниркової артерії в 1 (3,3 %) хворого;

- аорто-ренальне шунтування у 9 (30 %) пацієнтів:

- автовеною у 6 (20 %) хворих (в одного хворого також були виконані декомпресія черевного стовбура та резекція тонкої кишки);

- синтетичним протезом у 3 (10 %) хворих (в одного хворого також було виконане аорто-верхньобрижове алошунтування, в іншого - біфуркаційне аорто-стегнове алошунтування);

- реімплантація правої ниркової артерії в аорту в 1 (3,3 %) хворого;

- алопластика лівої ниркової артерії в поєднанні з біфуркаційним аорто-стегновим алопротезуванням в 1 (3,3 %) хворого;

- однобічна нефректомія у 4 (13,3 %) хворих.

Всі втручання у пацієнтів вказаної групи були первинними.

Статистичну обробку отриманого матеріалу проводили методом варіаційної статистики з визначенням $M \pm m$; ступінь достовірності (p) встановлювали за t -критерієм Стьюдента та критерієм χ^2 . Результати оцінювали як достовірні, починаючи з $p < 0,05$.

Результати досліджень та їх обговорення.

Ранні (до 30 доби після проведення оперативних втручань) та віддалені (у термін від 31 доби до 3 років після проведення хірургічних втручань) результати операцій оцінювали за показниками рівнів АТ (у випадку нормальних рівнів АТ без використання антигіпертензивних середників результат вважали добрим; у випадку нормальних рівнів або значного зниження АТ при умові застосування антигіпертензивних середників результат вважали задовільним; у випадку незмінних, незважаючи на використання антигіпертензивних середників, рівнів АТ результат вважали незадовільним) та станом функції нирок.

Ранні результати хірургічного лікування хворих на РВГ природженої етіології виявились достовірно кращими порівняно з такими у пацієнтів із РВГ набутої етіології. Так, нормалізації АТ в ранньому післяопераційному періоді без використання гіпотензивних засобів вдалося досягти у 16 (50 %) хворих I групи та у 6 (20 %) пацієнтів II групи ($p < 0,05$). Нормалізації або значного зниження рівня АТ при умові вживання антигіпертензивних середників було досягнуто в 11 (34,4 %) хворих I групи та у 12 (40 %) пацієнтів II групи. Втручання на ниркових артеріях виявилось мало- або не-ефективним у 3 (9,4 %) хворих I групи та у 8 (26,7 %) пацієнтів II групи ($p < 0,05$).

Подібними виявились віддалені результати хірургічного лікування вказаних груп хворих (визначались за методиками Culter (1958) та Stokes (1963)). Через три роки спостереження віддалені результати простежено у 22 (68,8 %) пацієнтів із РВГ природженої етіології та у 17 (56,7 %) хворих на РВГ набутої етіології. Кумуляційний аналіз стабільності результатів хірургічного лікування хворих на РВГ природженої та набутої етіології протягом 3 років спостереження показав, що позитивні (добрі та задовільні) результати хірургічного лікування спостерігалися у 92,16 % хворих I групи та у 76,97 % хворих II групи ($p < 0,05$). За перший рік спостереження позитивні результати встановлено у 96 % пацієнтів із РВГ природженої етіології, з такими значеннями показника по роках: 96; 92,16 %. Натомість при кумуляційному аналізі результатів хірургічного лікування хворих на РВГ набутої етіології виявлено, що за перший рік спостереження стабільність позитивних результатів становила 89 %, на кінець другого року спостереження знижувалася до 83,66 % і через 3 роки становила 76,97 %.

Серед хворих на РВГ природженої етіології гостра ниркова недостатність у ранньому післяопераційному періоді спостерігалася у 2 (6,3 %) пацієнтів, котрі померли, відповідно, на 4-ту та 53-тю доби після проведених оперативних втручань. У 4 (13,3 %) пацієнтів із РВГ набутої етіології спостерігалось порушення функції нирок у віддаленому післяопераційному періоді.

У ранньому післяопераційному періоді померло 2 (6,2%) хворих на РВГ природженої етіології та 4 (13,3 %) пацієнти із РВГ набутої етіології. Причинами смерті одного (3,13 %) із хворих на РВГ природженої етіології на 4-ту добу післяопераційного періоду стала гостра ниркова недостатність, іншого - ішемічний інсульт із розвитком набряку-набухання головного мозку на 8-му добу після оператив-

ного втручання. Гострий інфаркт міокарда став причиною смерті 2 (6,7 %) пацієнтів із РВГ набутої етіології на 2-гу та 4-ту доби після оперативних втручань. В інших двох (6,7 %) хворих вказаної групи причиною смерті став ішемічний інсульт, відповідно, на 21-шу та 24-ту доби після операцій. У віддаленому післяопераційному періоді (на 53-тю добу після проведеного оперативного втручання) помер один (3,13 %) хворий I групи. Причиною смерті стала ниркова недостатність.

Отримані та проаналізовані дані вказують на дещо гірші результати хірургічного лікування реноваскулярної гіпертензії набутої етіології, що, очевидно, обумовлено характером основної патології, яка уражає в тому числі і ниркові артерії - як при атеросклерозі, так і при неспецифічному аортоартеріїті спостерігається системне ураження артеріального русла; крім того, для атеросклерозу характерний атероемболічний синдром в різні артеріальні басейни, зокрема атероемболії фрагментами виразкових атеросклеротичних бляшок артеріального русла нирок.

Висновки. 1. У випадках ураження ниркових артерій природженої етіології, у зв'язку з анатомічними особливостями, ефективними методами корекції патологічних змін ниркових артерій є відкриті оперативні втручання - автовенозні аорто-ренальні шунтування при гіпоплазії ниркових артерій, резекції додаткових ниркових артерій та відповідних полюсів нирок, декомпресії ниркових артерій при їх екстравазальній компресії, екстракорпоральні реконструкції ниркових артерій з ортотопічними автотрансплантаціями нирок.

2. Ранні та віддалені результати оперативних втручань на ниркових артеріях у випадках РВГ природженої етіології виявились кращими порівняно з втручаннями на ниркових артеріях у випадках набутого генезу їх ураження.

ЛІТЕРАТУРА

1. Rebecca J. Schmidt, Sandeep S. Soman Renovascular Hypertension // Medicine Journal. - 2002. - Vol. 3, № 5. - 32 p.
2. Свіщенко Є.П., Коваленко В.М. Артеріальна гіпертензія: Практичний посібник. - К.: МОПІОН, 2001. - 528 с.
3. Lacombe M. Congenital malformations of the abdominal aorta // Bull Acad. Natl. Med. - 2005. - № 189(2). - P. 359-374.

4. Satyapal KS, Haffejee A.A., Singh B. et al. Additional renal arteries: incidence and morphometry // Surg. Radiol. Anat. - 2001. - № 23(1). - P. 33-38.
5. Mitchell H. Rosner Renovascular Hypertension: Can We Identify a Population at High Risk? // Southern Medical Journal. - 2004. - Vol. 94, № 11. - 7 p.

ЗДОСВІДУ РОБОТИ

6. Арабидзе Г.Г., Арабидзе Гр.Г. Диагностика артериальных гипертоний. Почечные артериальные гипертонии (часть II) // Ангиология и сосудистая хирургия. - 2001. - Т. 6, № 1. - С. 123.
7. Hirsch A.T., Haskal Z.J., Hertzner N.R. et al. ACC/AHA 2005 Guidelines for Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic): A Collaborative Report from the American Association for Vascular Surgery/ Society for Vascular Surgery, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, Society for Vascular Medicine and Biology, Society of Interventional Radiology, and ACC/AHA Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial disease) // J. Am. Coll. Cardiol. - 2006. - № 20. - P. 1-75.
8. Wagdi P., Horber F. Differential diagnosis and therapy of secondary hypertension (with special reference to renal artery stenosis) in generale practic // Schweiz. Rundsch. Med. Prac. - 2001. - № 89 (4). - P. 133-142.
9. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії / Свіщенко Є.П., Багрій А.Є., Єна Л.М. та ін. - К.: Інститут кардіології АМН України, 2004. - 86 с.

Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія при псевдокістах підшлункової залози

В.І. РУСИН, О.О. БОЛДІЖАР, В.В. КОРСАК, П.О. БОЛДІЖАР

Ужгородський національний університет

ENDOSCOPIC RETROGRADE PANCREATOCHOLANGIOGRAPHY IN PATIENTS WITH PANCREATIC PSEUDOCYSTS

V.I. RUSYN, O.O. BOLDIZHAR, V.V. KORSAK, P.O. BOLDIZHAR

Uzhhorod National University

Проаналізовано результати ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії 156 пацієнтів із псевдокістами підшлункової залози. Основні рентгенологічні симптоми при псевдокістах підшлункової залози, отримані при ендоскопічній ретроградній панкреатохолангіографії, такі: стенози і дилатації протоки підшлункової залози, при цьому на панкреатограмах можуть виявлятися внутрішньопрокові кальцифікати та згустки; повна обструкція протоки залози на тому чи іншому протязі, викликана конкрементом; стриктури дистального відділу спільної жовчної протоки та протоки підшлункової залози; наявність сегментних дефектів наповнення основної панкреатичної протоки; розширення бокових гілок протоки підшлункової залози або їх укорочення та обструкція; заповнення кістозної порожнини. Згідно з даними ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії нами доповнена Кембриджська класифікація і виділено вісім варіантів структури протокової системи підшлункової залози при псевдокістах, що дозволяє обрати оптимальний варіант того чи іншого методу хірургічного лікування.

The results of endoscopic retrograde pancreatocholangiography in 156 patients with pancreatic pseudocysts are analyzed. The main roentgenological symptoms of pancreatic pseudocysts according to the results of endoscopic retrograde pancreatocholangiography are stenosis and dilatation of pancreatic ducts, in this case we can visualize ductal calcifications, total obstruction of the pancreatic duct, caused by stone, stricture of distal common bile and pancreatic ducts; communication of the pancreatic pseudocyst with duct system of the pancreas; segmental defects of pancreatic duct; dilatation or obstruction of its branches; filling of cystic cavity. By the results of endoscopic retrograde pancreatocholangiography we added the Cambridge classification and pointed out eight variants of pancreatic duct system structure in case of pseudocysts, which enabled to select the optimal technique of surgical treatment.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Питання доцільності проведення ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ) хворим при псевдокістах продовжує залишатися дискусійним. З одного боку, це дослідження дає важливу інформацію про наявність або відсутність зв'язку псевдокісти (ПК) з протоковою системою підшлункової залози (ПЗ), що є принциповим для вибору методу лікування; з іншого, при проведенні цього дослідження існує небезпека інфікування кісти. З огляду на це, окремі клініцисти рекомендують проведення даного дослідження тільки тим хворим із псевдокістами ПЗ, у яких питання операційного лікування вирішено позитивно [1, 3, 5].

При оцінці панкреатикограм беруть до уваги діаметр протоки, її форму, наявність звужень та розширень, включаючи кістоподібні розширення, симптом "ланцюга озер", стиснення, обструкцію протоки, дефект наповнення, обрив контрастної речовини.

За результатами ЕРПХГ розроблена Кембриджська класифікація змін протокової системи ПЗ, згідно з якою виділяють 5 типів змін, характерних для хронічного панкреатиту [2, 4].

Панкреатит I типу включає клінічні варіанти легкої і середньої тяжкості хронічного панкреатиту без порушень прохідності головної та додаткової проток.

Панкреатит II типу характеризується вираженими локальними та сегментними зміна-

ми прохідності проток внаслідок рубцевих стриктур або конкрементів, наявністю ПК у різних відділах ПЗ. Контур та діаметр вірсунгієвої протоки майже на всьому протязі не змінені. Якщо при цьому варіанті хронічного панкреатиту кіста вибухає у просвіт шлунка або дванадцятипалої кишки, найбільш доцільно виконувати ендоскопічне внутрішнє дренивання.

При панкреатиті III типу виявляється "ланцюг озер". Цей панкреатит, як правило, має тяжкий перебіг і є відносним показанням до ендоскопічних та відкритих хірургічних втручань.

Панкреатит IV типу характеризується сегментною обструкцією у головці ПЗ за рахунок стриктури й/або калькульозу і супроводжується рівномірною дилатацією проток проксимальніше блока.

Панкреатит V типу характеризується повною обструкцією протокової системи ПЗ, у цих випадках показана комп'ютерна томографія для виявлення дилатації протоки. Дана класифікація допомагає у виборі методу лікування (консервативне, ендоскопічне або хірургічне) у конкретного хворого.

Матеріали і методи. ЕРПХГ було виконано 156 пацієнтам із псевдокістами підшлункової залози. Дослідження виконується в рентгеноопераційній за допомогою ендоскопів зі скошеною оптикою фірм "Olympus" та "Pentax", котрі мають операційні канали різного діаметра (1,2-4,2 мм), у тому числі двоканальні, що забезпечують проведення діагностичних та лікувальних втручань.

Методика ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії включає ревізію верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ревізію дванадцятипалої кишки (ДПК) та виведення великого дуоденального сосочка (ВДС) у зручну позицію; канюляцію та пробне введення розчину контрастної речовини; контрастування протокової системи (у тому числі селективне), проведення рентгеноскопії, рентгенографії, контроль за характером евакуації контрастної речовини.

Канюляцію ампули НДС виконували тільки при розташуванні її у фронтальній площині, коли гирло простежується знизу догори. У такій позиції напрямок спільної жовчної протоки і введення катетера були знизу догори і

лівіше під кутом 90°, а протоки ПЗ - знизу догори і прямо під кутом 45°. Введений в ампулу катетер попередньо заповнювали контрастною речовиною. Для проведення холангіографії достатньо 30-40 мл, а для панкреатографії - 5-10 мл контрастної речовини.

Результати досліджень та їх обговорення. Показаннями до фіброгастроскопії та ЕРПХГ у хворих із захворюваннями ПЗ є необхідність диференційної діагностики між хронічним панкреатитом та раком ПЗ, виявлення ускладнених форм панкреатиту, оцінка результатів операцій на залозі, отримання матеріалу для визначення екзокринної функції залози та цитологічного дослідження, зрештою, у ряді випадків вказані процедури можуть стати першим етапом різноманітних хірургічних втручань на НДС, підшлунковій залозі та її протоках.

У нормі на рентгенограмі протока ПЗ має вигляд трубки діаметром 3-4 мм в ділянці головки, що поступово звужується на всьому протязі до 2 мм у хвостовій частині. При оцінці панкреатограм враховують діаметр протоки, її форму, наявність звужень та розширень, у тому числі кістоподібних розширень, стиснення та блокаду протоки, дефекти наповнення та багато інших ознак.

До "малих" рентгенологічних ознак кістозного панкреатиту ми включали мінімальні зміни, пов'язані з невеликим збільшенням діаметра протоки ПЗ, її деформацією, збільшенням часу евакуації контрастної речовини у ДПК, відносно звуження проксимальної частини протоки. При цьому збільшення діаметра протоки ПЗ не є обов'язковою ознакою та абсолютним показанням тяжкості перебігу захворювання. Так, у 1,3 % обстежених нами хворих зміни протоки ПЗ не виявлені, а у 17,3 % випадків спостерігалися тільки "малі" рентгенологічні ознаки захворювання. "Великі" ознаки на панкреатограмах зустрічалися у середньому у 82,7 % обстежених хворих із ПК підшлункової залози. До них належать різка дилатація та кістозне розширення протоки, ділянки різного стенозування з вираженою деформацією, симптом "ланцюга озер" (рис. 1).

Як правило, у цих же хворих на ретроградних холангіограмах виявляється стеноз термінальної частини загальної жовчної протоки

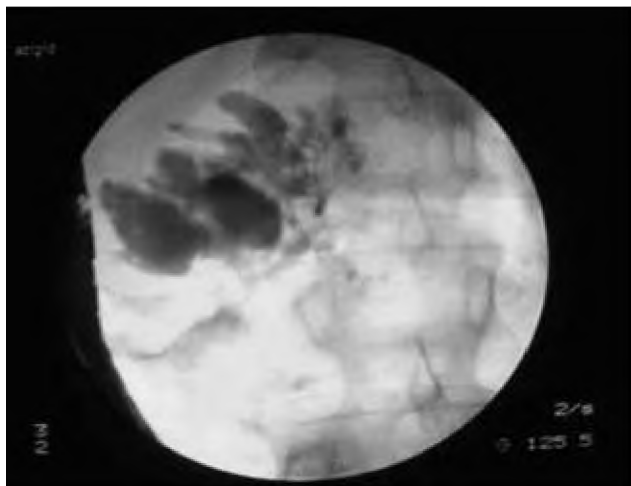


Рис. 1. ЕРПХГ хворої Г. Кістоподібне розширення, симптом "ланцюга озер" головної панкреатичної протоки.

з порушенням евакуації контрастної речовини з жовчних шляхів.

Приблизно в 11 % обстежених пацієнтів із ПК підшлункової залози спостерігається сегментна обструкція на рівні головка-тіло ПЗ (рис. 2).

В окремих випадках (7,1 % обстежених хворих із ПК) виявляється обструкція протоки ПЗ із подальшим контрастуванням розширеної її частини протягом 5-8 см і повною дистальною обструкцією (рис. 3).

У 47 (30,1 %) обстежених хворих при ПК підшлункової залози заповнення порожнини кісти відбувалося після контрастування панкреатичної протоки або її частини. У цих випадках панкреатограма дає уявлення не тільки про локалізацію кісти та її розміри, але і про стан головної панкреатичної протоки, що є надзвичайно важливим при виборі методу операційного лікування (рис. 4).

Основні рентгенологічні симптоми при ПК підшлункової залози, отримані при ЕРПХГ, такі:

1. Стенози і дилатації протоки ПЗ, при цьому на панкреатограмах можуть виявлятися внутрішньопротокові кальцифікати та згустки, повна обструкція протоки залози на тому чи іншому протязі, викликана конкрементом.

2. Стриктури дистального відділу головної жовчної протоки та загальної панкреатичної.

3. Рентгенологічний зв'язок ПК із протоковою системою залози.

4. Наявність сегментних дефектів наповнення основної панкреатичної протоки.



Рис. 2. ЕРПХГ хворого В. Сегментна обструкція протоки ПЗ на рівні головка-тіло ПЗ.



Рис. 3. ЕРПХГ хворого М. Дистально-проксимальна обструкція головної панкреатичної протоки.

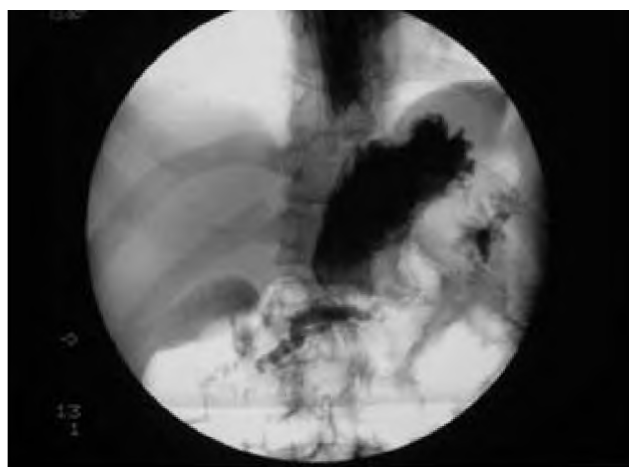


Рис. 4. ЕРПХГ хворого Р. Сегментна обструкція головної панкреатичної протоки з кальцифікатами у термінальному відділі. Псевдокіста тіла ПЗ.

5. Розширення бокових гілок протоки ПЗ або їх укорочення та обструкція.

6. Заповнення кістозної порожнини.

За результатами радіологічних методик діагностики з урахуванням даних РПХГ (Кембриджська класифікація), комп'ютерної томографії та ультрасонографії розроблена Марсельсько-Кембриджська класифікація хронічного панкреатиту, яка є сьогодні найбільш вживаною за кордоном. На наш погляд, вищевказана класифікація є достатньо складною і не дає можливості чітко вирішувати об'єм операційного лікування. Правильний вибір методу лікування псевдокіст підшлункової залози необхідно виконувати з урахуванням анатомічної будови вивідних проток та рівня обструкції, що спричиняє протокову гіпертензію.

Згідно з даними ЕРПХГ нами доповнена Кембриджська класифікація і виділено вісім варіантів структури протокової системи підшлункової залози при псевдокістах (рис. 5).

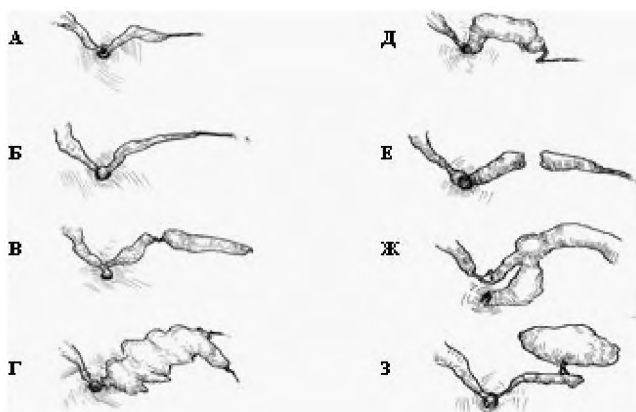


Рис. 5. Особливості протокової системи підшлункової залози при псевдокістах.

Варіант А - вклинений конкремент великого дуоденального сосочка, гіпертензія жовчовивідних шляхів та протоки ПЗ. У даному випадку патогенетично обґрунтованим є виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії,

літоекстракції та формування цистоентероанастомозу.

Варіант Б - помірне розширення холедоха та протоки ПЗ, у такій ситуації ми вважаємо доцільним формування цистоентероанастомозу.

Варіант В - стриктура дистального відділу протоки ПЗ, сегментне розширення останньої. Виправданим є стентування протоки та накладання цистоентероанастомозу.

Варіант Г - протока ПЗ у вигляді "ланцюга озер". Дана ситуація вимагає виконання повздовжньої панкреатосностомії.

Варіант Д - стриктура протоки ПЗ в дистальному та проксимальному відділі. Такий варіант вимагає виконання повздовжньої панкреатосностомії.

Варіант Е - стриктура головної панкреатичної протоки. Даний варіант припускає виконання стентування протоки по можливості або ж операцій Фрея, Бегера, дистальної резекції ПЗ.

Варіант Ж - стриктура дистального відділу холедоха, розширення головної панкреатичної протоки та санторінієвої протоки, що відкривається окремим сосочком у дванадцятипалі кишку. У такому випадку оптимальним є виконання папілосфінктеротомії або папілосфінктеропластики та формування цистоентероанастомозу.

Варіант З - наявність псевдокісти ПЗ, що має зв'язок із розширеною головною панкреатичною протокою у її проксимальному відділі. Дана ситуація вимагає виконання дистальної резекції ПЗ разом із псевдокістою.

Висновки. 1. За даними РПХГ, зв'язок псевдокіст із протоковою системою підшлункової залози встановлено у 30,1 % обстежених хворих при діагностичній цінності процедури 98,7 %.

2. Доповнена Кембриджська класифікація варіантів структури протокової системи ПЗ при псевдокістах дозволяє обрати оптимальний варіант того чи іншого методу хірургічного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Балалыкин А.С. Эндоскопическая абдоминальная хирургия. - М.: Изд-во ИМА-пресс, 1996. - 144 с.
2. Губергриц Н.Б., Христин Т.Н. Клиническая панкреатология. - Донецк: ООО "Лебедь", 2000. - 413 с.
3. Русин В.І., Болдіжар О.О., Болдіжар П.О. Особливості протокової системи підшлункової залози у патогенезі утворення псевдокіст // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: Медицина. - 2007. - Вип. 30. - С. 153-156.
4. Kruger M., Schneider A.S., Manns M.P., Meier P.N. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts or abscesses after an EUS-guided 1-step procedure for initial access // Gastrointest. Endosc. - 2006. - № 63(3). - P. 409-416.
5. Sharma S.S., Bhargawa N., Govil A. Endoscopic management of pancreatic pseudocyst: a long-term follow-up // Endoscopy. - 2002. - № 34(3). - P. 203-207.

УДК 616.348 - 007.

Тазова ректопластика при хворобі Гіршпрунга у дітей

В.С. КОНОПЛИЦЬКИЙ, В.В. ПОГОРІЛИЙ, О.Г. ЯКИМЕНКО, О.О. ФОМІН, Л.В. ФОМІНА

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

PELVIC RECTAL PLASTIC SURGERY AT HIRSCHSPRUNG'S DISEASE AT CHILDREN

V.S. KONOPLYTSKY, V.V. POHORILY, O.H. YAKYMENKO, O.O. FOMIN, L.V. FOMINA

Vinnitsia National Medical University by M.I. Pyrohov

Метою дослідження було зменшення післяопераційних ускладнень шляхом реконструктивного відновлення анатомо-функціональних властивостей прямої кишки. Поставлена мета досягається способом, згідно з яким виконують оперативне втручання за методом Соаве, за яким після виконання основного етапу відновлюють анатомічний рельєф внутрішньої поверхні прямої кишки шляхом створення дуплікатур поперекових складок.

The purpose of research was to reduce postoperative complications by reconstruction of anatomic and functional features of rectum. The purpose was achieved by operative intervention in accordance with method Soave in which after implementation of basic stage the anatomic relief of rectum internal surface was reconstructed by creation of duplication of transversal folds.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Сучасне лікування хвороби Гіршпрунга у дітей є суто хірургічним і полягає в резекції агангліонарної зони кишечника та накладанні колоректального анастомозу. На сьогоднішній день багатьма авторами запропонована велика кількість методів та їх модифікацій виконання тазової ректопластики у дітей під час оперативного втручання [1,5]. Широко відомий спосіб оперативного лікування хвороби Гіршпрунга за методом Соаве та його модифікаціями як вітчизняних так і зарубіжних науковців, котрий містить в собі видалення зони агангліозу після проведення відділення серозно-м'язового шару кишки від слизової оболонки останньої з подальшим формуванням товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець"[2]. Недоліком відомого способу є те, що в післяопераційному періоді у хворих спостерігаються часті випорожнення, часткове нетримання калу, відсутність позивів до акту дефекації. Наведені ускладнення виникають внаслідок інтраопераційного руйнування анатомічного рельєфу внутрішньої поверхні прямої кишки з порушенням її евакуаторної функції [3, 4].

Метою роботи було зменшення післяопераційних ускладнень за рахунок реконструктивного відновлення анатомо-функціональних властивостей прямої кишки.

Матеріали і методи Поставлене завдання досягається способом, який передбачає виконання оперативного втручання за методом Соаве, в якому реконструктивно відновлюють анатомічний рельєф внутрішньої поверхні прямої кишки шляхом створення трьох пар дуплікатур поперекових складок прямої кишки.

Згідно із способом лікування хвороби Гіршпрунга виконують серединну лапаротомію. В рану виводять сигмоподібну кишку. Визначають зону агангліозу та ділянку супрастенотичного розширення товстої кишки. Після мобілізації зміненого відділу кишки на відстані 5-6 см від перехідної складки очередини в безсудинній зоні в поперековому напрямку обережно циркулярно розсікають серозно-м'язово-підслизовий шар кишки з подальшим виконанням демукозації на відстань до 2-3 см від анального отвору.

При уявному низведенні здорової ділянки низхідного відділу товстої кишки, на відстані

4-5 см від внутрішнього анального сфінктера по латеральній і медіальній поверхні, на рівні вплетення м'яза, який підіймає відхідник, в по-
вздожній м'язовий шар прямої кишки, на 1/3 діаметра кишки накладають, по три з кожного боку, серозно-м'язові шви (крок між швами $(1,0 \pm 0,5)$ см), таким чином, щоб при їхньому затуванні формувались дві зустрічні дуплікатури поперекових складок прямої кишки глибиною в 1,5 см (рис. 1).

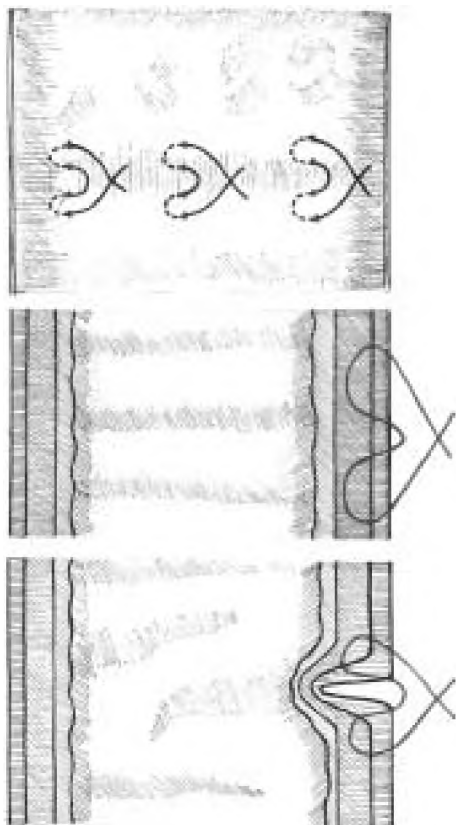


Рис. 1. Схема формування дуплікатур попередкових складок прямої кишки.

Визначають відстань від верхнього краю внутрішнього сфінктера до парієтальної очеревини, для того, щоб саме на цьому рівні, після низведення ділянки здорової кишки аналогічним чином сформувати другу пару дуплікатур поперекових складок прямої кишки на 1/3 діаметра кишки.

На рівні проекції симфізу, в зоні крижового згину формують третю пару дуплікатур поперекових складок прямої кишки таким чином, що одна губа розташовувалась по передньолатеральній поверхні, а друга губа фор-

мувалась на 1 см вище першої по задньолатеральній поверхні.

Всі три пари дуплікатур поперекових складок прямої кишки формуються гвинтоподібно відносно осі кишки (рис. 2).

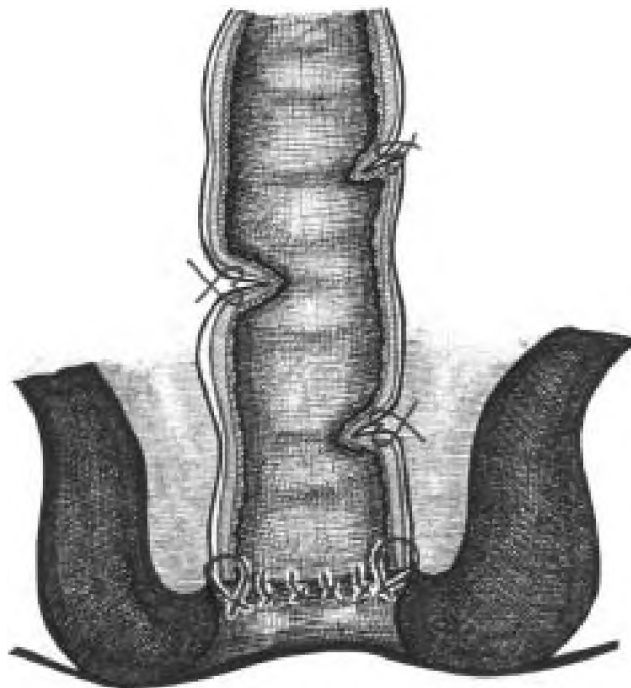


Рис. 2. Схематичний вигляд сформованої неоректум після операції.

На запропонований метод тазової ректопластики отримано деклараційний патент України (реєстраційний номер 2005 03820 /МПК 7А 61В17/00, №10401. Дата прийняття рішення 22.04.2005. Дата видачі патенту 15.11.2005. Бюл. №11).

Приклад. Хворий С., в жовтні 2003р. був прооперований з приводу хвороби Гіршпрунга підгострої форми. Обсяг оперативного втручання - накладання окремої колостоми.

24.03.04 (історія хвороби №2322) дитині у віці 1 року було виконане оперативне втручання. Оперативне поле оброблене тричі розчином йодонату. З лівобічного трансректального доступу довжиною до 15 см розкрита черевна порожнина. Агангліонарна зона визначалась на протязі 15 см від анального отвору, субмукозно виділений футляр за Соаве. Додатково на низведеній кишці сформовані три пари дуплікатур поперекових складок на неоректум на сигмоподібній кишці згідно з

викладеним вище способом. Післяопераційна рана пошарово зашита окремими вузловими швами.

16.06.04. хворому проведено оперативне втручання-закриття колостоми, накладання товсто-товстокишкового анастомозу "кінець в кінець".

Дитина оглянута через 6 та 9 місяців після останньої операції. Розвивається задовільно. Післяопераційні ускладнення відсутні, кал утримує, випорожнення регулярні, 1-2 рази на добу, калові маси сформовані.

За даним методом прооперовано 5 дітей з хворобою Гіршпрунга. Післяопераційних ускладнень не було в жодному клінічному спостереженні. При огляді в віддалені терміни оз-

нак порушень кишкового пасажу у дітей не спостерігалось.

Методика запропонованої тазової ректопластики при хворобі Гіршпрунга дозволяє без допоміжного розтину стінки кишки формувати природні анатомічні утворення неоректум у вигляді поперекових складок. Відтворення анатомічного рельєфу слизової неоректум дозволяє зберігати притаманні прямій кишці функції, в тому числі резервуарну.

Висновок. Створення "штучних" поперекових складок є ефективним, технічно легким методом ректопластики, який може бути виконаним при багатьох способах оперативного втручання у дітей з хворобою Гіршпрунга.

ЛІТЕРАТУРА

1. Притула В.П. Дистальна колостографія при діагностиці ускладнених форм хвороби Гіршпрунга у дітей раннього віку // Галицький лікарський вісник. - 1999. - Т.6, Ч.1. - С.60 - 62.
2. Абдоминальная хирургия у детей: Руководство /Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов, Т.В. Красовская: АМН СССР. - М.: Медицина, 1988. - С.200.
3. Притула В.П. Первинний колоректальний анастомоз при лікуванні хвороби Гіршпрунга у дітей раннього віку: Дис. канд. мед. наук: 14.01.09. - Київ., 2000. - 195 с.

4. Сорока В.П. Оцінка ефективності віддалених результатів хірургічного лікування хвороби Гіршпрунга у дітей методом первинного анастомозу: Дис. канд. мед. наук: 14.01.09. - Київ., 2002. - 150 с.
5. Krivchenya D., Soroka V., Gregul V., Prytula V. The treatment of Hirschsprung's disease at children by endorectal pull-through of colon with primary anastomosis // Surg. Childh. Intern. - 1998. - Vol. 6, № 3. - P. 148-152.

Інтра- та післяопераційні ускладнення трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози

О.О. СТРОЙ, Ю.Б. БОРИС, Ю.О. МИЦИК, О.М. ЛЕСНЯК, А.С. ОБРОЦЬКИЙ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

INTRA- AND POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER TRANSURETHRAL RESECTION OF THE BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

O.O. STROY, YU.B. BORYS, YU.O. MYTSYK, O.M. LESNIAK, A.S. OBROTSKY

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

В даній роботі розглядаються проблеми, пов'язані з інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями, що виникали в процесі виконання ендоскопічних операцій з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози. Проведений ретроспективний аналіз 341 пацієнта. Показаннями до проведення ТУР були симптоми порушення сечовипускання - дизурія, ніктурія до 3-5 разів, хронічна і гостра затримка сечі. Операції проводились з застосуванням резектоскопа з постійною іригацією і діаметром тубуса 26 Fr ("K.Storz"). Ендоскопічні втручання проводились під перидуральною анестезією і внутрішньовенним наркозом. Дослідження проводилось в урологічному відділі ЛШМД м. Львова. В результаті дослідження була проаналізована частота виникнення та характер інтра- та післяопераційних ускладнень після ТУР ДГПЗ. Найбільш частим інтраопераційним ускладненням була інтраопераційна кровотеча (5,4%), найчастішим післяопераційним ускладненням була стриктура уретри (80%).

Authors performed an analysis of the occurring of the intra- and postoperational complications after the transurethral resection (TR) of the benign prostatic hyperplasia. The retrospective study was performed in 341 patients. Indications for the performing of the transurethral resection were disorders of urination - disury, chronic and acute urine continence etc. All operations were performed using the resectoscope with a constant irrigation and with a diameter of a tubus 26 Fr ("K. Storz"). Endoscopical interventions were performed under a spinal anaesthesia and intravenous narcosis. The study was performed in a clinic of the urgent medical help of Lviv. In a result of our study authors have analysed frequency and nature of the intra- and postoperational complications after the operations. The most frequent intraoperational complication was intraoperational bleedind (5,4 %) and the most frequent postoperational complication was stricture of urethra (80 %).

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Ускладнений супутніми захворюваннями соматичний статус хворих на доброякісну гіперплазію передміхурової залози (ДГПЗ) вимагає мінімізації інвазивності застосованого лікування. В цьому аспекті, безперечно, лідерами є ендоскопічні трансуретральні методи ліквідації інфравезикальної обструкції, які забезпечують радикальність, яка може відповідати відкритим операційним втручанням, але при меншому рівні життєво небезпечних ускладнень [3].

Проблема трансуретральної резекції доброякісної гіперплазії передміхурової залози вимагає подальшого дослідження та перегля-

ду, що підтверджує досвід вітчизняних та зарубіжних лікарів урологічних стаціонарів [2,5,7].

Трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУР ПЗ) за ефективністю не поступається відкритій операції і має цілий ряд переваг: скорочується післяопераційний період стаціонарного лікування, відсутня післяопераційна рана на передній черевній стінці і, відповідно, відсутні ускладнення, пов'язані з її загоєнням. Але відомо також, що не всі ці пацієнти відмічають позитивний ефект як в найближчому, так і у віддаленому періоді післяопераційного спостереження. Серед 40-50 тис. хворих, оперованих в США, незадовільні

результати зафіксовані приблизно у 20% хворих [4,8]. Високою є також частота повторних операцій при ТУР ПЗ - від 2 до 15% [7].

В даній роботі розглядаються проблеми, пов'язані з інтраопераційними та післяопераційними ускладненнями, що виникали в процесі виконання ендоскопічних операцій (ТУР) з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

Інтраопераційні ускладнення.

Матеріали і методи. Проведений аналіз 167 ТУР, що виконані хворим із ДГПЗ в урологічному відділі ЛШМД м. Львова за період з 2001 до 2005 р. Вік прооперованих хворих був від 49 до 84 років, в середньому 64,7 роки. Об'єм передміхурової залози становив від 38 до 74 см³ (в середньому 57,8 см³). Показаннями до проведення ТУР були симптоми порушення сечовипускання - дизурія, ніктурія до 3-5 разів, хронічна і гостра затримка сечі. ТУР передміхурової залози виконували у 141 (84,4%) хворого, а трансуретральну інцизію - 26 (15,6%). Операції проводились з застосуванням резектоскопа з постійною іригацією розчином 5% глюкози і діаметром тубуса 26 Fr ("K.Storz"). Ендоскопічні втручання проводились під перидуральною анестезією - 147 (88,03%) хворим, внутрішньовенним наркозом - 20 (19,97%).

Результати досліджень та їх обговорення.

В 3 (1,79%) випадках проведення резектоскопа в сечовий міхур супроводжувалось травмою сечовипускального каналу. При цьому у 1 хворого виникло формування нориці в ділянці мембранозного відділу уретри, був встановлений уретральний катетер, і операція була виконана через 14 діб після загоєння травми сечовипускального каналу. Недотримання постійного уважного візуального контролю за зоною сечоміхурового трикутника в 3 (1,79%) випадках призвело до травми вічок сечоводів. З метою ідентифікації вічок сечоводів подальшу резекцію в ділянці шийки сечового міхура не проводили, а старались найбільш повно завершити резекцію передміхурової залози і виконати остаточний коагуляційний гемостаз. Далі внутрішньовенно вводили 0,4% розчин індигокарміну, була досягнута візуалізація травмованих вічок і виконана їх катетеризація.

Порушення техніки резекції тканин простати може супроводжуватися перфорацією капсули простати. Дане ускладнення відмічено в 3 (1,79%) випадках. Перфорація капсули передміхурової залози небезпечна, насамперед, можливістю розкриття великих венозних синусів і проникненням іригаційної рідини в параростатичний або паравезикальний простір з розвитком синдрому водної інтоксикації організму ("ТУР-синдрому"). При пошкодженні венозного синуса подальше проведення ТУР простати зупиняли, встановлювали катетер Фолея з роздутим балоном і його натягом.

Адекватна терапія при розвитку ТУР-синдрому полягала в патогенетичному лікуванні, а саме корекції гіпонатріємії і ацидозу за допомогою переливання гіпертонічного (5%) розчину NaCl і гідрокарбонату натрію, видаленні із організму надлишку адсорбованої рідини шляхом введення діуретиків, а також в симптоматичній терапії, скерованій на ліквідацію порушень гемодинаміки і корекцію функції органів і систем. Від розвитку летальних ускладнень синдрому водної інтоксикації організму загинув 1 (0,6%) хворий.

Порушення техніки ТУР було причиною виникнення інтраопераційної крововтрати, яка в 9 (5,4%) випадків перевищила 500 мл і в 4 (2,4%) потребувала гемотрансфузії внаслідок зниження вмісту гемоглобіну нижче 80 г/л. Частота і характер виникнення інтраопераційних ускладнень відображені на рисунку 1.

Післяопераційні ускладнення.

Матеріали і методи. Основу роботи склали вивчення результатів лікування 174 хворих, яким в період із 2001 р. по 2006 р. була виконана ТУР з приводу ДГПЗ в урологічному відділенні ЛШМД м. Львова. Середній вік про-

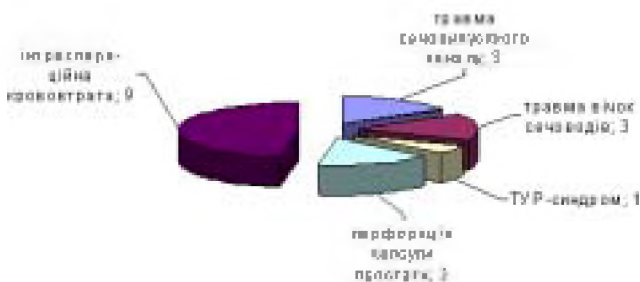


Рис. 1. Частота виникнення інтраопераційних ускладнень (кількість хворих, n=167).

оперованих хворих становив 65,8 року (від 48 до 86 років). Більшість пацієнтів (87,2%) мали одну чи більше супутніх патологій. Об'єм передміхурової залози був в межах від 38 до 78 см³ (в середньому 58,2 см³). ТУР передміхурової залози виконали у 158 (90,6%), а трансуретральну інцизію - у 16 (9,4%) хворих.

Результати та їх обговорення. Найбільш небезпечним ускладненням раннього післяопераційного періоду ТУР аденоми простати є кровотеча. Дане ускладнення виникло у 15 (8,8%) хворих. При цьому необхідність в гемотрансфузії виникла у 13 (7,4%) хворих, тампонада сечового міхура згустками крові стала причиною додаткових маніпуляцій у 5 (2,8%) хворих. Показання до невідкладного повторного оперативного лікування виникли у 4 (2,3%) пацієнтів.

Гострий уретрит і простатит, що проявляються гіпертермією, появою гнійних виділень із уретри, болями в промежині, найчастіше констатували впродовж декількох днів після оперативного лікування і адекватно лікували шляхом видалення уретрального катетера і посилення антибактеріальної терапії. Ускладнення подібного характеру після ТУР ДГПЗ відмічались у 9 (5,4%) випадках. Встановлення троакарної цистостоми було необхідним лише у 2 (1,1%) хворих.

Гострий епідидиміт ускладнив перебіг післяопераційного періоду у 5 (3%) хворих. При цьому відсоток цього ускладнення в декілька найближчих днів після операції становив лише 0,3, тоді коли в більш пізньому періоді 2,7% прооперованих пацієнтів звертались за медичною допомогою з приводу виникнення гострого епідидиміту.

Затримка сечі в ранньому післяопераційному періоді виникла у 11 (6,3%) хворих, яким було виконано ТУР ДГПЗ. При цьому 4,1% пацієнтів мали гіпотонічний сечовий міхур чи загострення запального процесу. В 2,2% випадків причиною затримки сечовипускання стала наявність резидуальної тканини, що викликала виникнення "клапана" в простатичному відділі уретри. Ці пацієнти були успішно реабілітовані шляхом більш тривалого дренивання сечового міхура (гіпотонія, запалення) і виконанням повторної ТУР (резидуальна тканина).

Ретроградна еякуляція після ТУР є наслідком недостатності функції внутрішнього сфінктера сечового міхура, що попадає в зону дії при видаленні тканини в ділянці його шийки. Виникнення ретроградної еякуляції було відмічено нами у 79% хворих після ТУР ДГПЗ.

Повторні оперативні втручання після ТУР виконувались з метою ліквідації інфравезикальної обструкції, що виникла знову, і зумовлена "несправжнім" або істинним рецидивом аденоми, а також через розвиток склерозу шийки сечового міхура чи простати і стриктури уретри. Така необхідність виникла у 5,9% випадків. Стриктура уретри, що розвинулась після виконання трансуретральних втручань, більш ніж в 80% випадків локалізувалась в її бульбарному відділі. Виникнення цього ускладнення було відмічено у 7,1% хворих в пізні строки після виконання ТУР аденоми простати.

Нетримання сечі після електрохірургічних втручань є наслідком термічного чи механічного ушкодження зовнішнього сфінктера сечового міхура. У 1,8% хворих після ТУР ДГПЗ було відмічено персистуюче нетримання сечі, причому у 0,85% таке ускладнення пізніше поєднувалось із виникненням затримки сечовипускання, зумовленої стриктурою мембранозного відділу уретри, що є достовірним свідченням грубої травматизації в ході операції зовнішнього сфінктера сечового міхура.

Характеристика виникнення післяопераційних ускладнень відображена на рисунку 2.

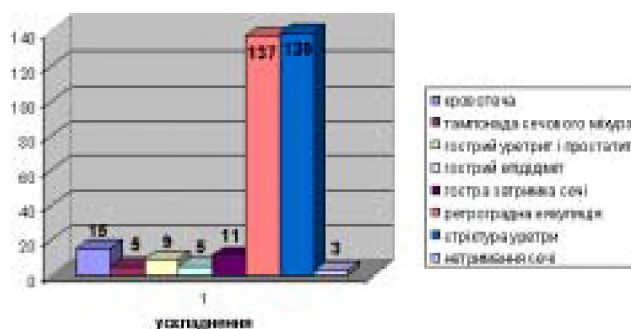


Рис. 2. Частота виникнення післяопераційних ускладнень (кількість хворих, n=174).

Висновки. На основі проведеного дослідження можна зробити висновок, що трансуретральна ендоскопічна хірургія ДГПЗ характеризується відносно високою безпечністю

клінічного застосування. Дотримання всіх необхідних технічних умов і методології виконання ТУР дозволяє значно знизити число інтраопераційних ускладнень методу, при цьому звести до абсолютного мінімуму кількість серйозних ускладнень.

Застосування ТУР ДГПЗ впродовж десятиріч в клінічній практиці довело її високу ефективність в лікуванні інфравезикальної обструкції і пов'язаної із нею симптоматики. Однак, незважаючи на значний прогрес, сумарний рівень ускладнень залишається достатньо високим і стабільним, досягаючи, за різними джерелами, в середньому 18%. При цьому найбільшу стурбованість викликає збереження

значної частки геморагічних ускладнень. Необхідно відмітити, що в цілому більшість пацієнтів трансуретральне ендоскопічне втручання переносить досить добре, а своєчасне виявлення ускладнень в поєднанні з застосуванням адекватних дій для їх корекції дозволяє уникнути серйозних наслідків в значній частині хворих.

Висока клінічна ефективність ТУР простати підтверджує позицію цього методу у як визнаного стандарту оперативного лікування хворих на ДГПЗ. На наш погляд, успішне вирішення проблеми ряду ускладнень ТУР втручань на простаті полягає в появі нового покоління генераторів і розрахунку параметрів струму, що подається на активний електрод.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гузенко В.Н. Осложнения трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы, их профилактика и лечение // Медицина сегодня. - 2001. - №19-20. - С.16.
2. Патогенетические механизмы инфекционно-воспалительных и тромбгеморрагических осложнений трансуретральной резекции простаты / А.В. Малышев, Ю.В. Васильев // Урология. - 2004. - №2. - С.54-58.
3. Технічні особливості трансуретральної резекції передміхурової залози у лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози / О.В. Шуляк, О.О. Строй, В.В. Дмитрієнко та ін. // Урология. - 2002. - №1. - С.26-27.
4. Barry M.J. Evaluation of symptoms and quality of life in men with benign prostatic hyperplasia // Urology. - 2001. - Vol. 58. - P. 25-32.
5. Liefeld H.H.J., Stoelvaar H.J., McDonnell J. Sexual function before and after various treatment for symptomatic benign prostatic hyperplasia // BJU.
6. Tubaro A., Polito M., Giamboni L., et al. Sexual function in patients with LUTS suggestive of BPH // Eur. Urol. - 2001. Vol. 40 Suppl. 1. - P. 19-22.
7. Isaacs J.T. Importance of the natural history of benign prostatic hyperplasia in the evaluation of pharmacologic intervention // Prostate. - 1990. - Vol. 3 (Suppl). - P. 1-7.
8. Klingler H.C., Bretland A.J., Reid S.V., et al. Regulation of connective tissue stroma in the prostate by transforming growth factor beta TGF[beta] // Prostate. - 1999. - Vol. 41. - P. 110-120.

Діагностика та лікування спінальної ішемії у хворих з оклюзійно-стенотичними і аневризматичними захворюваннями аорти та її гілок

В.А. ЧЕРНЯК, О.М. БОРКІВЕЦЬ, Б.М. КОВАЛЬ

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Головний військовий клінічний госпіталь МО України

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ISCHEMIA OF SPINAL CORD AT PATIENTS WITH THE ANEURYSMES AND OCCLUSIVE DISEASES OF AORTA AND ITS BRANCHES.

V.A. CHERNIAK, O.M. BORKIVETS, B.M. KOVAL

National Medical University by O.O. Bohomolets, Main Military Clinical Hospital of M.M. of Ukraine

Стаття присвячена проблемам діагностики і хірургічного лікування пацієнтів з поєднаними атеросклеротичними ураженнями аорти, нижніх кінцівок і артерій, що відповідають за кровопостачання спинного мозку. Висвітлені проблемні питання діагностики таких уражень і запропоновано метод одночасної хірургічної корекції спінальної ішемії і оклюзійно-аневризматичних захворювань аорти за допомогою ендоскопічної техніки і розробленого тромбекстрактора. Вивчені також варіанти інтраопераційного захисту спинного мозку під час виконання цієї операції.

The article is devoted to the problems of diagnostics and surgical treatment of patients with the united atherosclerotic defects of aorta, lower extremities and arteries which are responsible for nutrition of spinal cord. Lighted up problematic questions of diagnostics of such defeats, the method of simultaneous surgical correction of spinal ischemia and atherosclerotic diseases of aorta is offered by endoscopic technique and developed thrombextractor. Variants of intraoperative defence of spinal cord were studied also during implementation of this operation.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гостра ішемія спинного мозку зустрічається приблизно у 0,2 % всіх оперованих на черевній аорті хворих, однак при резекції аневризми черевної аорти її частота збільшується в 10 разів (1,9 %). Причинами ішемії спинного мозку є тромбоз поперекових або міжреберних артерій, високе відтискання черевної частини аорти, велика крововтрата та тривала гіпотонія під час операції, відхилення у варіантах кровообігу спинного мозку [5]. Низьке розташування великої радикулярної артерії (Адамкевича) на рівні (L1-LII) обумовлює можливість її перетискання при операціях на аорті. Порушення кровообігу спинного мозку під час цих подій найчастіше спостерігається на рівнях ТХ-ЛII. При цьому неврологічний дефіцит проявляється у вигляді часткової або повної втрати чутливості та рухів в нижній частині тіла. Залежно від глибини неврологічних порушень, кінцевий результат може бути різним. При повній па-

раплегії вона залишається у 76 % хворих, при частковій - близько 24 % [1]. Спінальні порушення можуть бути єдиним проявом аортогенного інсульту, який виникає внаслідок пристінкового тромбоутворення в аорті, що призводить до тромбування витоків поперекових та міжреберних артерій, які беруть участь в кровообігу спинного мозку [6]. Кровообіг в нижніх кінцівках та внутрішніх органах в багатьох випадках може залишатися достатньо компенсованим. В результаті часто виникають діагностичні помилки, що призводять до встановлення хибних діагнозів, на кшталт первинних захворювань спинного мозку, або гострого мієліту. Інколи після такого інсульту залишається резидуальна параплегія, яка в подальшому може ускладнитись пролежнями та уросепсисом [5]. Наскільки нам відомо, порушення спінального кровотоку такого роду ніколи не лікували хірургічним шляхом. Єдиним можливим методом хірургічного лікування таких хворих є тромбектомія із аорти та її

гілок [3]. В той же час, загальновідомі методи тромбектомії із торакоабдомінальної аорти не завжди забезпечують адекватне відновлення кровообігу у поперекових і міжреберних артеріях внаслідок особливостей анатомії цих судин.

Мета роботи - покращення результатів лікування спінальної ішемії та її попередження при реконструктивних операціях на аорті.

Матеріали та методи. В дослідженні взяли участь 112 хворих з наявними ознаками хронічної ішемії нижніх кінцівок аортогенної природи. Середній вік хворих склав (68 ± 8) року, співвідношення чоловіків до жінок - 7:1. Обстеження хворих проводили за стандартним алгоритмом, що включав ультразвукову доплерографію артерій нижніх кінцівок із спектральним аналізом доплерівського сигналу (УЗДГ) і сегментарним вимірюванням регіонарного систолічного тиску; ультразвукову доплерографію черевної частини аорти із спектральним аналізом доплерівського сигналу; дуплексне сканування (ДС) з кольоровим картуванням черевної аорти, артерій нижніх кінцівок і поперекових артерій. При вирішенні питань тактики хірургічного лікування хворим з критичною ХІНК і поєднаним ураженням аорти та поперекових артерій при необхідності використовували рентгеноконтрастне дослідження гілок дуги аорти, черевної аорти і артерій нижніх кінцівок, мультиспіральну комп'ютерну томографію (МСКТ), радіоізотопне дослідження тканин нижніх кінцівок, ехокардіографію, мієлографію. Ультразвукові дослідження виконували на ультразвуковому апараті моделі 5000 фірми "АЛОКА" (Японія). Реєстрували тип кровотоку на підставі аналізу спектральної кривої. Операції проводили під загальною анестезією. Згідно з нашою методикою, стандартною маніпуляцією при реконструктивних операціях на аорті була аортоскопія після виділення аорти (незалежно від доступу). Проксимальний кровотік перекидали оклюзійним балоном, аортотомічний отвір не перевищував 4 см, в просвіт заводили ангиоскоп з боковою оптикою, що дозволяло оглянути і оцінити ступінь ураження аортальної стінки та виявити тромбовані поперекові та міжреберні артерії. Тромбектомію виконували

ли за допомогою спеціально розробленого балонного тромбекстрактора з дистанційно рухомих кінцем, здатного згинатися до 90° . Одразу після виконання тромбектомії оклюзійний балон зміщували дистально, що дозволяло включити в кровотік якомога більший сегмент аорти ще до ушивання аортотомічного отвору з метою зменшення ішемії нирок та вісцеральних органів. У 5 (4,5 %) хворих дана методика використана як основний метод лікування спінальної ішемії. За характером медикаментозної підтримки всі пацієнти були умовно поділені на 3 групи. В групу А увійшли 37 (33,0 %) пацієнтів, яким під час тимчасового перетискання аорти внутрішньовенно вводили 5 тис. МО розчину гепарину. В групу Б увійшли 37 (33,0 %) пацієнтів, які отримали таку ж дозу гепарину внутрішньоаортально одночасно з внутрішньовенним введенням препарату "Реосорбілакт" в дозі 400 мл. Групу В склали 38 (34,0 %) хворих, котрим під час тимчасового перетискання аорти внутрішньовенно вводили 5 тис. МО розчину гепарину з одночасним внутрішньоаортальним краплинним введенням препарату "Реосорбілакт" в дозі 100 мл. Центральну гемодинаміку протягом останнього часу підтримували за допомогою внутрішньовенного введення Гекодезу - препарату гідроксипікнохромалю з плазмозамісною дією. Результати досліджень були оброблені на комп'ютері IBM PC/Pentium III 2800 з використанням стандартної програми "Math Cad 9-0" (США). Визначалися середні значення (М) змінних величин. Для оцінки достовірності результатів визначали помилку репрезентативності (т), довірчі межі середніх величин, достовірність різниці середніх величин. При нормальному типі розподілу достовірність різниці середніх величин оцінювали за критерієм Стьюдента.

Результати досліджень та їх обговорення. З усіх хворих зі спінальною ішемією, яким була виконана тромбектомія з поперекових та міжреберних артерій, відновлення чутливості та рухів в нижніх кінцівках мало місце у 34 (30,4 %) пацієнтів протягом 2 год після операції, у 32 (28,6 %) пацієнтів відновлення чутливості через 4 год, рухів - протягом доби. У 46 (41,1%) пацієнтів значного покращення неврологічного статусу не спостерігали. Ознак спінальної ішемії в післяопераційному періоді

в групі В не було, в групі А їх кількість складала 28, що відповідає 75,7 % всієї групи. В групі Б їх кількість складала 18, що відповідає 48,6 % від кількості пацієнтів групи. Вивчення дії Геккодезу під час одномоментних операцій у хворих на ХКІНК і поєднану ішемію спинного мозку показало, що цей препарат може використовуватись як протишоковий засіб, збільшує ОЦК, корегує гіповолемію, підвищує артеріальний тиск та сприяє адекватній гемодилуції.

Середній термін перебування у відділенні інтенсивної терапії склав $(1,9 \pm 1,3)$ дня. Перехід на пероральне харчування був здійснений через $(2,5 \pm 1,2)$ доби, тривалість прийому анальгетиків - $(2,6 \pm 2,1)$ доби. Пацієнти з позитивним результатом операції були здатні приймати їжу та рухатись в середньому через $(4,4 \pm 2,7)$ діб. Повторних госпіталізацій протягом наступних 6 місяців не було.

Одним з найбільш грізних і морально складних для пацієнта і хірурга ускладнень є післяопераційний нижній парапарез або параплегія. Це пояснюється особливостями кровопостачання спинного мозку [2, 7], коли часто практично неможливо визначити головний артеріальний стовбур, а також варіабельністю анатомічного положення т.з. артерії Адамкевича, яку більшість хірургів вважають основною артерією спинного мозку і прагнуть зберегти або реімплантувати в протез під час операції [2, 7, 8, 9, 13, 15, 16, 17, 20]. Поза сумнівом, можна прослідкувати тенденцію до зни-

ження частоти парапарезів і параплегії за рахунок застосування різних способів захисту життєво_важливих органів [10, 11, 12, 14]. Основними методами на сьогодні є "лівошлуночковий обхід" (лівопередсердно-стегнове шунтування) [11, 16, 18, 19], дренаж і моніторинг тиску спинномозкової рідини під час і після операції [8, 11, 12, 14, 15, 16], аналіз неврологічних соматосенсорних потенціалів з метою визначення точної локалізації функціонально значущих міжреберних або поперекових артерій.

Висновки: 1. Спінальна ішемія у хворих з мультифокальними ураженнями аорти і її гілок є тяжким ускладненням як основного захворювання, так і реконструктивних операцій на аорті.

2. Розроблений спосіб одночасного відновлення кровотоку по аорті і парієтальних її гілках є методом вибору лікування поєданого ураження аорти і судин, які кровопостачають спинний мозок.

3. Отримані нами результати свідчать про ефективність запропонованої нами тактики з використанням малоінвазивної методики та мінімізацію ризику спінальної ішемії в післяопераційному періоді.

4. Поєднання загальної гепаринізації хворого з внутрішньоаортальним введенням охолодженого Реосорбілакту забезпечує надійний захист спинного мозку під час перекриття кровотоку по аорті та її гілках.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алперович П.М., Лапшун М.И. Алимбек С.Х. Забара А.А. Нарушения спинального кровообращения, вызванные атеросклерозом сосудов спинного мозга, аорты и корешково-спинальных, подключично-позвоночных артерий // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: Материалы. - М., 1988.- Т.2. - С. 9-11.
2. Аракелян В.С., Тутов Е.Г. и др. Роль сосудистой анатомии спинного мозга в развитии спинальных осложнений при операциях на торакоабдоминальной аорте // Анналы хирургии. - 1998. - № 5. - 14-19.
3. Ботнаръ Ф.В. Расстройства спинального кровообращения при церебральных ишемических инсультах (клинико-морфологическое исследование): Автореферат дис. ... канд. мед. наук.-Кишинев, 1971.-21с.
4. Герман Д.Г., Скоромец А.А. Ишемические нарушения церебрального и спинального кровообращения (патогенез, клиника, лечение).-Кишинев: Штиинца, 1980.-242с.
5. Порхун Н.Ф. Диагностика и лечение ишемических спинальных расстройств (клиническое и экспериментальное исследование): Автореферат. Дис. ...канд. мед. наук.-Л., 1976.- 19с.
6. Скоромец А.А., Горохов Е.А. Дифференциальная диагностика острых и подострых миелоишемий // Дифференц. диагноз основных невролог. забол. - М., 1993.-С.66-69.
7. Скоромец А.А., Тиссен Т.П. и др. Сосудистые заболевания спинного мозга. - СПб.:Сотис, 1998.; С. 12-64, 199-222.
8. Acher C.W., Wynn M.M. et al. Combined use of cerebral spinal fluid drainage and naloxone reduces the risk of paraplegia in thoracoabdominal aneurysm repair. J. Vasc. Surg. 1994; 19: 236-248.
9. Alien B.T., Davis C.G. et al. Spinal cord ischemia and reperfusion metabolism: the effect of hypothermia. J. Vasc. Surg. 1994; 19: 332-340.
10. Connolly J.E. et al. Clinical experience with pulsatile left heart bypass without anticoagulation for thoracic aneurysms. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1971; 60: 4: 568-576.
11. Grossi E.A., K.H.Kreiger et al. Venous arterial bypass: A technique for spinal cord protection. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1985; 89: 228-234.
12. Kazama S., Masaki Y. et al. Effect of altering cerebrospinal

З ДОСВІДУ РОБОТИ

fluid pressure on spinal cord blood flow. *Ann Thorac Surg.* 1994; 58: 112-114.

13. Moore W.S., Hollier L.H. The influence of severity of spinal cord ischemia in the etiology of delayed_onset paraplegia. *Ann. Surg.* 1991; 213: 427-432.

14. Murray M.J., Bower T.C. et al. Effects of cerebrospinal fluid drainage in patients undergoing thoracic or thoracoabdominal aortic surgery. *J. Cardiothorac. Vasc. Anesth.* 1993; 7: 266-272.

15. Safi H.F., Campbell M.P. et al. Cerebral spinal fluid drainage and distal aortic perfusion decrease the incidence of neurological deficit: the results of 343 descending and thoracoabdominal aortic aneurysm repairs. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1997; 14: 118-124.

16. Safi H.J., Bartoli S. et al. Neurological deficit in patients at high risk with thoracoabdominal aortic aneurysms: the role of

cerebral spinal fluid drainage and distal aortic perfusion. *J. Vasc. Surg.* 1994; 20: 434-443.

17. Schepens Marc A.A. The surgical treatment of thoracoabdominal aortic aneurysms. BENDA drukkers Nijmegen. 1996; 150.

18. Schepens M.A. Defauw J.J. et al. The use of a left heart bypass in the surgical repair of thoracoabdominal aortic aneurysms. *Ann. Vasc. Surg.* 1995; 9: 327-338.

19. Svensson L.G. Crawford E.S. et al. Experience with 1509 patients undergoing thoracoabdominal aortic operations. *J. Vasc. Surg.* 1993; 17: 357-370.

20. Svensson L.J., Hess K.R., Coselli J.S. et al. Influence of segmental arteries, extent, and atriofemoral bypass on postoperative paraplegia after thoracoabdominal aortic operations. *J. Vasc. Surg.* 1994; 20: 2: 255-262.

Діагностична та лікувальна торакоскопія в лікуванні травматичних пошкоджень грудної клітки

В.В. МАЛЬОВАНІЙ, І.Є. ГЕРАСИМЮК

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

DIAGNOSTICAL AND THERAPEUTICAL THORACOSCOPY IN TREATMENT OF TRAUMATIC THORARIC INJURIES

V.V. MALYOVANYI, YE. HERASYMYK

Terнопil State Medicsl University by I.Ya. Horbachevsky

Проведено 53 оперативних втручання хворим з закритою травмою та проникаючими пораненнями грудної клітки. 37 хворим оперативні втручання проведені на першу добу, що дозволило досягти адекватного пневмо- та гемостазу. Хворі, що оперовані в віддалені терміни (16 пацієнтів) - оперативні втручання доповнювали частковою декортикацією легені та плевректомією.

53 operative interventions have been performed at the patients with closed trauma and penetrating thoracic injuries. 37 patients were undergone the operation on the first day. It allowed to achieve adequate pneumo- and haemostasis. At patients to be operated in the remote terms (16 patients), operative interventions were supplemented by partial decortication of lung and pleuroctomy.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікації. Травма грудної клітки - один з найбільш важких видів травматичних пошкоджень і складає 8-10 % всіх травм. Навіть при сучасних досягненнях торакальної хірургії, анестезіології та реаніматології летальність від ускладнень важкої травми грудної клітки залишається високою і складає 10-35 %, а при супутніх пошкодженнях інших органів вона збільшується до 50-60 %.

Причиною такої високої летальності перш за все є важкість травми, проте зберігається висока частота помилок, особливо на догоспітальному та, меншою мірою, на госпітальному етапах.

Збільшення кількості травм грудної клітки, кількості пошкоджень життєво важливих органів, великі втрати виробничих сил та матеріальних засобів, які використовуються на діагностику, лікування та реабілітацію хворих з травматичною хворобою, надають проблемі особливу соціальну та медичну вагу.

Матеріали і методи. На базі відділення малоінвазивної та торакальної хірургії Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні за період 2002-2005 рр. проведено 53 оперативних втручання (відеоторакокопії) хворим із травмою грудної клітки (43 чоловіки та 10 жінок). У 47 хворих спостерігали закриту травму та у 6 хворих - проникаючі поранення грудної клітки. У хворих з закритою травмою грудної клітки пошкодження супроводжувались переломами двох та більше ребер (без порушень каркасності грудної стінки). Внутрішньоплевральні ускладнення спостерігались у всіх хворих, з них пневмоторакс - у 42 хворих, гемоторакс у 11 хворих (у 7 хворих мав місце згорнений гемоторакс). Оперативні втручання проводили за загальноприйнятою методикою під загальним знеболюванням та із додатковою місцевою анестезією місць торакоцентезів.

З 37 хворих, що госпіталізовані в першу добу після отриманої травми, у 32 хворих діагностовано посттравматичний пневмоторакс,

у 5 хворих - гемоторакс. Оперативні втручання проводили в ургентному порядку. Метою оперативного втручання була ліквідація внутрішньоплевральних ускладнень, виявлення ушкоджень легенів, грудної стінки.

У 37 хворих після ревізії плевральної порожнини, ліквідації гемотораксу, санації плевральної порожнини, пневмо- та гемостаз досягнуто діатермокоагуляцією або кліпуванням легеневої тканини. В трьох випадках, в зв'язку з наявністю розчавлено-рваної рани легені, виникла необхідність виконання лобектомії традиційним методом. У 16 хворих, що були госпіталізовані у віддалені терміни після отриманої травми грудної клітки або переведені з районних лікарень після ліквідації внутрішньоплевральних ускладнень та герметизації легеневої тканини, оперативні втручання доповнювались декортикацією частки легені та плевректомією.

Результати досліджень та їх обговорення.

В результаті проведення торакоскопічних оперативних втручань у всіх хворих настало одужання.

В зв'язку з тим, що даним хворим не проводилась торакотомія, больовий синдром ліквідували застосуванням ненаркотичних анальгетиків. Середній ліжко-день у хворих з застосуванням торакоскопічних операцій зменшився до $(8,5 \pm 0,5)$ (у хворих після торакотомії $(15,5 \pm 1,3)$). У двох хворих після діатермокоагуляції легеневої тканини спостерігали протягом 7 днів порушення герметичності легеневої тканини, що супроводжувалося просочуванням повітря по дренажах. Активна аспірація повітря з плевральної порожнини дозволила розправити легеню та ліквідувати пневмоторакс. Летальних випадків не було.

Висновок. Отримані результати свідчать про те, що відеоторакоскопічні операції (при можливості їх виконання) менш травматичні, дають можливість провести ревізію плевральної порожнини та виявити причини виникнення внутрішньоплевральних ускладнень. Больовий синдром нетривалий і не вимагає застосування наркотичних знеболюючих. Значно зменшується післяопераційне перебування в стаціонарі та період реабілітації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Авілова О.М. Торакоскопія в невідкладній грудній хірургії.- К.: Здоров'я.-1986.
2. Гетьман В.Г. Клиническая торакоскопия.-К.: Здоров'я.-1995.
3. Галлингер Ю.И., Русаков Н.А., Гудовский Л.М. и др. Первый опыт торакоскопических операций на легких // Хирургия.- 1995.- №3.-С.62-66.
4. Мартынюк В.А. Малоинвазивная хирургия в лечении больных с заболеванием органов грудной клетки // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-1999. № 3. - С.73.

УДК 616-002.45:089

Органозберігаючі операції при хірургічному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої перфорацією та рефлюкс-езофагітом

В.В. РІШКО

Ужгородський національний університет, Іршавська центральна районна лікарня

ORGAN-SAVING OPERATION IN SURGICAL TREATMENT OF DUODENAL ULCER DISEASE COMPLICATED BY PERFORATION AND REFLUX OESOPHAGITIS

V.V. RISHKO

Uzhhorod National University, Irshava Central District Hospital

Проведено поєднане хірургічне лікування 310 хворих із виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, ускладненою перфорацією та рефлюкс-езофагітом. Виконувались висікання перфоративної виразки, пілородуоденопластика, селективна проксимальна ваготомія (СПВ), фундоплікація. Вивчені післяопераційні результати, як в ранні, так і в віддалені терміни (245 пацієнтів) - від 6 місяців до 20 років. Летальності не було. Добрі і задовільні результати були відмічені, відповідно, в 94,6 і 3,4 % випадків. Рецидив виразкової хвороби дванадцятипалої кишки виявлений у 6 пацієнтів (2 %). Рецидиву рефлюкс-езофагіту не відмічено.

Combined surgical treatment of 310 patients with ulcerous illness of duodenum complicated by the perforation and reflux oesophagitis has been carried out. All the patients were undergone resection of perforated ulcer piloroduodenoplasty, selective proximal vagotomy, fundoplication. Postoperative results, both in early and in the remote terms (245 patients) from 6 months to 20 years have been studied. Lethality was not observed. Good and satisfactory results were marked accordingly in 94,6 % and 3,4 % cases. The relapse of ulcerous duodenal disease was revealed in 6 patients (2 %). The relapse of reflux oesophagitis was not marked.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Перфоративна пілородуоденальна виразка, що належить до проблем екстреної хірургії, ставить перед хірургом не легке завдання відносно вибору виду оперативного втручання. В будь-якому з випадків необхідно враховувати зразу декілька обставин, що мають велике значення: вік хворого, його стан і наявність супутніх захворювань, ступінь розповсюдження перитоніту, морфологічні особливості і характер змін в ділянці перфорації, локалізацію і розміри перфоративного отвору, кваліфікацію оператора.

Мета термінового хірургічного втручання при даному ускладненні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки полягає, по-перше, - в ліквідації джерела перитоніту, а по-друге, по можливості, в радикальному вилікуванні хворого від виразкової хвороби.

Ушивання виразки дванадцятипалої кишки, здійснене більше 100 років тому, давно вважають простим у технічному відношенні оперативним втручанням, яке рятує життя хворого і виконується при будь-яких обставинах [7]. Проте ушивання перфорації не попереджує розвитку різних ускладнень в подальшому і дає велику кількість рецидивів виразкової хвороби в різних її проявах, що часто вимагає повторних операцій [9].

Резекція шлунка, так само як і антрумектомія з ваготомією, вимагають в умовах перфоративної дуоденальної виразки високої аргументації [4, 8]. Будучи радикальними з точки зору вилікування від виразкової хвороби, ці різновидності оперативних втручань на шлунку супроводжуються високою летальністю і дають великий відсоток таких післяопераційних розладів, як демпінг-синдром.

ром, діарея, анастомозити, панкреатити та ін. [5].

До останнього часу при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки операцією вибору вважали стовбурову ваготомію з висіченням виразки і пілоропластику [2]. Цей вид операції найбільше відповідає екстремній ситуації: відносна простота в технічному відношенні, швидка в часі і достатня радикальність - всі вказані аспекти дозволили даному оперативному втручанням зайняти гідне місце в арсеналі хірургічних методів лікування перфоративних пілородуоденальних виразок. Проте в міру накопичення досвіду таких операцій більшість хірургів стала відмічати значну кількість післяопераційних розладів зі сторони оперованого шлунка, причиною яких стала тотальна парасимпатична денервація органів черевної порожнини, з одного боку, і пілоропластика з її побічними явищами - з другого. Демпінг-синдром, дуоденогастральний рефлюкс, постваготомічна діарея, виражені евакуаторні порушення значною мірою затьмарили результати операції [3].

Мета роботи - покращити результати хірургічного лікування хворих з виразкою дванадцятипалої кишки, ускладненою перфорацією та рефлюкс-езофагітом. Для цього нами розроблена діагностика поєднаної патології, показання і протипоказання для поєднаних оперативних втручань, тактика операцій. Вивчали безпосередні та віддалені післяопераційні результати.

Матеріали і методи. З 1984 року до сьогодні при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки ми після її висічення стали застосовувати і СПВ.

Нами оперовано 310 хворих із приводу перфоративної пілородуоденальної виразки. Вік хворих складав від 18 до 57 років. Серед них було 11 жінок і 299 чоловіків. Контингент хворих представлений в основному чоловіками молодого віку (30-40 років).

Результати досліджень та їх обговорення. Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, яка передувала перфорації (за даними анамнезу), відмічена в 261 хворого (84,2 %). Всі вони в минулому мали скарги, характерні для ви-

разкової хвороби, неодноразово проходили стаціонарне й амбулаторне лікування в зв'язку з загостренням захворювання, яке мало сезонний характер.

У 160 з них була діагностована виразка дванадцятипалої кишки. У 18 хворих протягом тривалого часу існування характерних скарг для виразкової хвороби дванадцятипалої кишки остання не виявлялась, тобто більшість оперованих нами хворих мала виразковий анамнез різної тривалості.

Проте в 62 хворих відмічена перфорація дуоденальної виразки без будь-якої попередньої симптоматики (з їх слів). Це були хворі молодого віку (до 30 років), яких раніше ніколи не обстежували і не лікували з причини виразкової хвороби.

Супутні захворювання до операції відмічали 60 хворих: 36 - холецистит; 11 - хронічний панкреатит; 3 - серцево-судинну патологію.

При ретельному збиранні анамнезу були виявлені клінічні симптоми, що передували перфорації виразки дванадцятипалої кишки.

Біль в епігастральній ділянці, за грудниною, в спині відмічала більшість хворих. Бувають труднощі при оцінюванні болю в епігастральній ділянці, оскільки він може залежати і від виразкової хвороби, і від рефлюкс-езофагіту. Печію відмічали 212 хворих, відрижку 130 і зригування - 64, що прямо вказує на рефлюкс-езофагіт. Сюди ж можна віднести і дисфагію, яку відмічали 63 хворих. Дисфагія у них залежала від езофагіту і сегментарних спазмів у цій ділянці, спостерігалась періодично, підсилюючись при загостренні езофагіту.

Блювання, яке відмічали 63 хворих, було, як правило, симптомом стенозу ворота.

У 64 хворих в анамнезі були шлунково-кишкові кровотечі. Стверджувати про кровотечу з виразки можна тільки в тому випадку, якщо езофагіт у хворого легкого ступеня. Разом з тим при езофагіті середнього ступеня тяжкості і тяжкому неможливо встановити причину, оскільки кровотеча може бути як з ділянки стравоходу, так і з виразки дванадцятипалої кишки.

Необхідно відмітити, що у 7-ми хворих в анамнезі було ушивання перфоративної виразки дванадцятипалої кишки, у 15-ти - холецистектомія.

Час з моменту перфорації до оперативного втручання мав велике значення для можли-

вості виконання поєднаного хірургічного радикального втручання. У більшості з них (276 з 310) до моменту оперативного втручання після перфорації час складав не більше 2-6 год, тобто їм завчасно можна було планувати радикальний характер операції.

Бурхлива клініка перфорації порожнинного органа в вільну черевну порожнину забезпечує госпіталізацію більшості хворих у ранні терміни, коли перитоніт, як правило, не вступив у фазу інфекційно-токсичного шоку [6].

Проте вважаємо за необхідне підкреслити, що час, який пройшов після перфорації, був тільки допустимим орієнтиром відносно можливості виконання радикального поєднаного втручання. Основною передумовою для вирішення цього питання ми вважаємо саму інтраопераційну ситуацію. В передопераційному періоді всім хворим з метою діагностики перитоніту і його причини, крім прискіпливого збирання клінічних даних, проводили рентгенографічне дослідження, а частині хворих і лапароцентез із шарящим катетером.

При рентгенологічному дослідженні черевної порожнини (оглядові знімки) виявлено: наявність вільного газу під правим і лівим куполом діафрагми (симптом "серпа") у 233 хворих (75,2 %); роздутість петель кишечника у 53 (17,2 %). У тих випадках, коли клінічно і рентгенологічно тяжко викласти заключний діагноз, проводимо лапароцентез - 77 хворих (24,8 %).

Всім хворим із перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки в передопераційному періоді (до 2-х год з моменту госпіталізації в стаціонар) проводимо дезінтоксикацію (відсмоктування вмісту шлунка через назогастральний зонд, з черевної порожнини - через залишений при лапароцентезі катетер), внутрішньовенне введення розчинів, симптоматичну терапію.

Всі 310 хворих оперовані в терміновому порядку з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки.

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, ускладнена перфорацією, є абсолютним показанням до операції [1].

У більшості хворих після розкриття черевної порожнини верхньосереднім лапаротомним розрізом було виявлено серозний випіт, у деяких із незначними домішками фібрину.

Відмічались помірна гіперемія і набряк очеревини в верхніх відділах черевної порожнини, тобто у всіх випадках був відсутній розлитий фіброзно-гнійний перитоніт [6].

При ревізії органів черевної порожнини, крім перфорації пілородуоденальної виразки, у 24 хворих виявлений катарально-флегмонозно змінений червоподібний відросток, а в 11 - калькульозний холецистит.

У більшості спостережень перфоративний отвір був розташований у центрі перифокального, запального інфільтрату, діаметр його, як правило, не перевищував 1,5-2 см.

Виразка висікалась ромбоподібно з подальшим ушиванням країв стінки кишки. У висіканні виразки ми вбачаємо декілька позитивних сторін: по-перше, висікається виразка, тобто саме патологічне джерело; по-друге, в умовах інфільтрації наскрізні шви після висічення виразки ущільнюють прилягання країв зшитих стінок кишки один до одного, що попереджує можливість кровотечі з підслизового шару; і по-третє, попереджується можливість стенозування пілородуоденальної зони.

Висічення виразки й ушивання отвору виконували на товстому шлунковому зонді, проведеному через воротар в дуоденум для контролю за нормальною прохідністю воротаря.

Мета екстреного хірургічного втручання при перфоративній виразці дванадцятипалої кишки полягає: по-перше, в ліквідації джерела перитоніту, а по-друге, по можливості в радикальному вилікуванні хворого від виразкової хвороби і поєднаних із нею захворювань.

Ми вважаємо, що показаннями до радикального поєднаного хірургічного втручання при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненій перфорацією виразки і супутніми іншими захворюваннями органів черевної порожнини, є: 1) відсутність у хворого фібринозно-гнійного розлитого перитоніту (стадії інфекційно-токсичного шоку); 2) відсутність у хворого тяжкої серцево-легеневої патології; 3) стабільний стан хворого після ліквідації причини перитоніту (консультація з анестезіологом).

Радикальною операцією вибору в даний час при перфоративній дуоденальній виразці ми вважаємо СПВ.

Необхідно відмітити, що СПВ ми поєднували з фундоплікацією кардії, оскільки, з анам-

незу нам відомо, що у багатьох хворих функція кардії була порушена - такі скарги, як печія, відрижка, зригування, дисфагія, характерні для рефлюкс-езофагіту. З другого боку, сама методика виконання СПВ із циркулярним пересіканням повздожних м'язів стравоходу зразу над кардією може привести до порушення жомно-клапанної функції фізіологічної кардії, що при уже частковій недостатності кардії приводить до ще більшого порушення її функцій.

Тому для попередження в післяопераційному періоді проявів недостатності кардії, а також відновлення нормального анатомічного взаємозв'язку в ділянці стравохідно-шлункового переходу, порушеного під час операції, і для перитонізації місця циркулярного пересічення повздожнього м'язового шару стравоходу ми застосовували фундоплікацію за Ніссеном.

Після цих етапів поєднаного радикального хірургічного лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки у 24 хворих виконали ще і апендектомію, а в 11-холецистектомію. Гостре запалення червоподібного відростка і жовчного міхура, було абсолютним показанням до апендектомії і холецистектомії.

У хворих, які перенесли поєднане екстрене хірургічне втручання при перфоративній дуоденальній виразці в ранньому періоді, ускладнення відмічені в 28 випадках: злукова кишкова непрохідність - у 4; порушення евакуації зі шлунка - у 4; панкреатит - у 2; нагноєння рани - у 6. Чотирьом хворим, у яких розвину-

лась злукова кишкова непрохідність, проведені релапаротомії (розсічення злук). У решти хворих з ускладненнями консервативні заходи сприяли видужанню.

У віддалені післяопераційні терміни (від 6 місяців до 20 років) результати вивчені у 245 пацієнтів (76,5 %). У 237 (95,1 %) із них відмічені добрі результати. Вони не спостерігали ніяких диспептичних порушень, продовжували працювати за тією ж спеціальністю. Більшість не дотримувала дієти і не зверталася до якого-небудь медикаментозного лікування з приводу основного захворювання. Задовільні результати відмічені у 8 (3,4 %) пацієнтів. У них мав місце диспептичний синдром у вигляді симптомокомплексу загострення виразкової хвороби (відсутність власне виразки), і вони періодично проходили консервативне лікування. Рецидив виразкової хвороби відмічений у 6-ти (2 %) пацієнтів. Терміни виявлення рецидиву - від 3 до 6 років. Проведене консервативне противиразкове лікування мало успіх у 2-х хворих. Виразки зарубцювались. Решті, 4-м хворим із рецидивом виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, виконана повторна операція - резекція шлунка за Більрот-1.

Висновок. Досвід застосування поєднаного хірургічного втручання у хворих із виразкою дванадцятипалої кишки, ускладненою перфорацією, переконує нас у тому, що таке поєднання покращує результати оперативного лікування. Умовою виконання є суворе дотримання показань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Берёзов Е.Л. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. - Горький, 1950. - 232 с.
2. Гринберг А.А. Органосохраняющие операции с ваготомией в хирургии осложнённых пилородуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1976. - 29 с.
3. Курыгин А.А., Перегудов С.И., Шафалинов В.А., Демко А.Е. Отдалённые результаты хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв у людей молодого возраста // Вестник хирургии. - 1996. - № 6. - С. 32-33.
4. Мамчич В.І., Шуляренко В.А., Шевнюк М.М. та ін. Актуальні питання хірургії виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки // Матеріали ХХ з'їзду хірургів України. - Тернопіль, 2002. - Т. 1. - С. 19-20.
5. Маят В.С. Выбор метода операции при осложнённых язвах

- двенадцатиперстной кишки // Вестник хирургии. - 1982. - № 3. - С. 19-23.
6. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. - М.: Медицина, 1986. - 606 с.
7. Mikulicz J. Weitere Rfahrungen uber operative Behandlung der Perforations peritonitis // Arch. Klin. Chir. - 1989. - № 39. - S. 756-789.
8. Schwizer W., Thumshirn M., Dent J. et al. Surgical treatment of duodenal ulcer: A randomized controlled trial // Lancet. - 2001. - V. 357. - P. 1738-1742.
9. Christiansen J. Perforated duodenal ulcer managed by simple closure versus closure and proximal gastric vagotomy // Brit. J. Surg. - 1987. - V.74, № 4. - P. 286-287.

Мікрохоледохолітіаз. Основні аспекти патогенезу, клініки, діагностики та лікування

О.М. ЛИТВИНЕНКО, І.І. ЛУКЕЧА

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

MICROCHOLEDOCHOLITHIASIS. THE MAIN ASPECTS OF PATHOGENESIS, CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT

O.M. LYTVYNNENKO, I.I. LUKECHA

Institute of Surgery and Transplantology of AMS of Ukraine

В статті висвітлені сучасні уявлення про фактори ризику, клінічні прояви, діагностику мікрохоледохолітіазу. Особливу увагу приділено питанню лікування: проаналізовано механізм дії урсодезоксихолевої кислоти, мебеверину. Проведено патогенетичне обґрунтування ефективності цих препаратів при мікрохоледохолітіазі.

The article presents literature review on the problem of microcholedocholithiasis of common bile duct. It has been elucidated the modern concepts of risk factors, clinical manifestations, clinical course and diagnostics of microlithiasis of common biliary duct. Special attention has been paid to the problems of treatment: mechanism of action of ursodeoxycholic acid, mebeverin has been analyzed. Pathogenetic substantiation of the effectiveness of these medications in the treatment of microlithiasis of common bile duct was conducted.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідження останніх років показали, що мікрохолелітіаз є поширеним захворюванням, яке первинно зустрічається переважно у людей віком понад 40 років, може бути причиною атак гострого біліарного панкреатиту, доклінічною стадією жовчнокам'яної хвороби. Його формування пов'язане з метаболічними порушеннями та функціональними розладами жовчовивідних шляхів. За даними більшості дослідників, близько 10% чоловіків та до 25% жінок країн Європи хворіють на мікрохолелітіаз [1, 5, 7, 11, 14, 20, 25].

Одним із проявів мікрохолелітіазу є мікрохоледохолітіаз (МКХ). Під цим терміном розуміють наявність дрібних кристалічних структур розміром до 0,3 см в жовчі загальної жовчної протоки. Їх наявність може призводити до функціональних і органічних порушень сфінктерного апарату великого сосочка дванадцятипалої кишки, розвитку хронічного панкреатиту [1, 5, 7, 9, 25].

Найчастіше мікрохоледохолітіаз виявляють у пацієнтів з гострим біліарним панкреа-

титом, але в літературі продовжується дискусія - що виникло первинно [10, 17, 20, 23]?

На даний час патогенез мікрохоледохолітіазу вивчений не повністю. Більшість авторів вважає, що він має подібні патогенетичні механізми з жовчнокам'яною хворобою [1, 5, 13, 16, 25, 30]. З одного боку, жовчні кристали - це елементи жовчі, які випали в осад, з іншого боку - основний процес утворення локалізований в самій жовчі та пов'язаний з дестабілізацією її фізико-хімічних властивостей. При цьому в результаті зміни ступеня дисперсності макромолекулярних компонентів жовчі (порушення колоїдної стійкості) утворення жовчних каменів супроводжується преципітацією таких компонентів, як холестерин, білірубін, неорганічні та органічні солі кальцію, муцинові глікопротеїни [5, 16, 25, 30].

Також існує інше трактування патогенетичного механізму утворення мікрохоледохолітіазу. Вважають, що перенасичення жовчі холестерином підвищує її кон'югацію та знижує моторику жовчного міхура, що призводить до формування кристалів моногідратів холесте-

рину. Останні захоплюються муциновим гелем, який накопичується завдяки гіперсекреції слизової оболонки та зниженню евакуації жовчного міхура. Молекули глюкопротеїну муцину посилюють процеси аглютинації кристалів, сприяють утворенню конкрементів [7, 9, 12, 16, 17, 20, 23, 31].

Кожен вид конкрементів має свою специфічну патофізіологію та певний набір факторів ризику, які змінюють рівновагу та розчинність компонентів жовчі. Жовчні мікроліти містять близько двох десятків компонентів. Переважають органічні сполуки. Головним чином, це холестерин, білірубін і його кальцієві солі. Немінеральна органіка представлена переважно холевою кислотою, фосфоліпідами і білками. Деякі автори намагаються виділити додаткові хімічні типи жовчних каменів, наприклад, вапняні. Ця точка зору має дискусійний характер та не підтверджується при ретельному виконанні обстежень [5, 7, 9, 16, 27, 31].

Різноманітність преципітуючих компонентів жовчі відображається в хімічній композиції жовчних каменів за переважаючим хімічним складом.

За даними більшості авторів, до факторів ризику розвитку мікрохоледохолітіазу можна віднести:

1. Генетичні: сімейна схильність, аномалії розвитку біліарного тракту.
2. Демографічні: біла раса, географічне місце проживання, жіноча стать літній вік.
3. Дієтичні: їжа, бідна на рослинні волокна й білки, їжа з надлишком вуглеводів і тваринних білків, голодування й низькокалорійні дієти з редукцією маси тіла.
4. Медичні: ожиріння, вагітність, цироз печінки, гемолітична анемія, парентеральне харчування, цукровий діабет, стаз жовчі в жовчному міхурі, інфекція з ураженням слизової біліарних шляхів, контрацептивні препарати на основі прогестинів, естрогенів і їхні аналоги [1, 5, 7, 8, 13, 14, 18, 22, 28].

Кількість хворих на жовчнокам'яну хворобу в світі коливається в межах 6 - 20%. Найвища захворюваність відмічається в Швеції, де 50% людей мають жовчні конкременти. В США у 10-15 % дорослого населення виявляють жовчні конкременти. Щорічно вперше діагноз встановлюється від 800 тисяч до 1 мільйона пацієнтів [9, 16, 20, 24, 29, 36].

Клініка. Клінічна картина при МХЛ багато в чому залежить від основного захворювання, тому досить різноманітна - з явищами біліарної та панкреатичної колики. Численні дослідження в цьому напрямку констатують, що у більшості пацієнтів з мікрохоледохолітіазом симптоматика відсутня. Як правило, клінічні симптоми захворювання розвиваються протягом перших 5 років у 10% хворих, а в подальшому - приблизно у 25%. Якщо ж симптоми з'явилися, вони мають здатність рецидивувати та, з великою ймовірністю, призводити до виникнення ускладнень [1, 5, 7, 17, 20, 23, 31, 39].

Найчастішим клінічним симптомом МХЛ є біліарний біль. Він охарактеризовується як епізодичний, з локалізацією в епігастрії або в правому підребер'ї, тривалістю переважно не менше 30 хвилин. Біль, як правило, іррадіює в праву лопатку та може супроводжуватися нудотою та блюванням [1, 5, 7, 20, 23, 27, 33, 41].

Ускладнення. Спектр захворювань, які виникають на фоні МХЛ, є досить широким. Аналізуючи дані зарубіжної літератури та наших досліджень виділяємо, найбільш поширені ускладнення.

Особливо небезпечним ускладненням МХЛ є гострий біліарний панкреатит. Обстеження хворих з так званим ідіопатичним панкреатитом у 74 -80 % випадків дозволяє виявити мікрокристали холестерину (МКХ) [20, 21, 23, 25, 29, 35].

Одним з тяжких ускладнень МХЛ є розвиток рубцевого звуження термінального відділу загальної жовчної протоки в ділянці великого сосочка дванадцятипалої кишки - стенозуючого папіліту. У результаті виникає, насамперед, внутрішньопотокова панкреатична гіпертензія, що в подальшому може призвести до розвитку хронічного фіброзно-дегенеративного панкреатиту [17, 27].

Дисфункція сфінктера Одді є практично невід'ємним супутником МХЛ.

Діагностика. На даний час, незважаючи на великий арсенал діагностичних програм та методів обстеження, діагностика МХЛ пов'язана з певними труднощами. Адже стандартні методи обстеження - УЗД, рентгеноконтраст-

не дослідження біліарної системи не дають повної достовірної діагностичної картини. Пізня діагностика призводить до порушень функції та органічних змін жовчних проток, печінки та підшлункової залози [1,7, 10, 16].

Впровадження в клінічну практику ендоскопічного УЗД, тривимірної ехографії, магнітно-резонансної томографії, біохімічних досліджень, поляризаційної мікроскопії жовчі дало можливість покращити діагностику цієї патології [5, 11, 17, 19, 21, 25].

Поляризаційна мікроскопія дає змогу не лише визначити наявність мікролітіазу у протоковій жовчі, але й дати його якісну та кількісну характеристику. Кількісна оцінка кристалів проводиться за схемою, запропонованою K. Juniper, E.N. Burson, які виділили чотири стадії мікролітіазу.

Серед лабораторних показників, хоча непрямих, має певне значення транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз (більше ніж в 2 рази), лужної фосфатази та білірубину сироватки крові, яке за часом взаємопов'язане з епізодами нападів болю та зареєстроване не менше 2 разів [17, 19, 32].

Традиційне УЗД органів черевної порожнини - обов'язкова процедура. Воно дозволяє діагностувати часту причину біліарного болю - власне конкременти розміром більше 3 мм, але має низьку чутливість при мікрохоледохолітіазі. Більш чутливим методом для виявлення МХЛ є ендоскопічне УЗД. Цей метод дає можливість діагностувати наявність мікролітів розміром до 3,0 мм в діаметрі, може використовуватись для відбору хворих для діагностичної та лікувальної ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії (ЕРПХГ) [5, 7, 10, 18, 20, 27]. Остання допомагає виключити інші захворювання як підшлункової залози, так і жовчних шляхів. Також за допомогою цього методу визначають час евакуації з них жовчі [17, 24].

Лікування. На даний час запропоновано декілька підходів до лікування пацієнтів з МХЛ, але єдиної оптимальної тактики, яка б влаштувала більшість дослідників, не існує.

Залежно від способу лікування, хворих можна умовно поділити на 3 групи [5, 7, 20, 29].

Першу складають хворі, які не потребують лікування, у яких вирішення проблеми етіоло-

гічного фактора, найвірогідніше, призведе до зворотного розвитку мікролітів (застосування безхолестеринових дієт з метою зниження маси тіла; парентеральне харчування в післяопераційному періоді тощо).

Друга - це хворі, які потребують терапевтичного лікування, оскільки мікрохоледохолітіаз у них може трансформуватися в жовчнокам'яну хворобу до тих стадій, коли консервативне лікування буде неефективне, а в патологічний процес будуть втягнуті інші органи та системи з наступним розвитком ускладнених форм.

В третю групу входять хворі, які потребують планового чи невідкладного хірургічного втручання, без якого можливий розвиток ускладнень, в тому числі гнійних, що можуть привести до смерті пацієнта.

В теперішній час для консервативного лікування використовують:

а) літолітичну терапію (препарати урсо-, хенодесоксихолевої кислоти) протягом 1-3 - 6 місяців. У результаті у ряду хворих можна досягти розчинення МХЛ, зменшення частоти й інтенсивності больового синдрому. Недоліком цього методу є його вибіркова ефективність лише у пацієнтів з переважно холестериновим типом мікроконкрементів [4, 6, 15, 17, 35, 36, 37, 38];

б) нормалізацію скорочувальної функції жовчного міхура при відсутності холелітіазу (дуоденальне зондування, гепатопротектори). При гіпомоторній дисфункції жовчного міхура показане багаторазове харчування, прийом жовчогінних препаратів, дуоденальні зондування, фізіотерапевтичні процедури, спрямовані на стимуляцію скорочувальної функції жовчного міхура, голкорексфлексотерапія [1, 5, 7, 11, 16];

в) корекцію функції сфінктера Одді.

Для лікування хворих з гіпертонусом сфінктера Одді й з важкими нападами болю рекомендують гліцеронітрат й амлінітрит. Добре зарекомендували себе селективні блокатори кальцієвих каналів, що не впливають на серцево-судинну систему.

Рекомендується використання селективних блокаторів M_1 -холінорецепторів. Релаксуючий вплив на сфінктер Одді мають деякі психотропні препарати.

Препаратом вибору для корекції сфінктера Одді може бути мебеверин. Препарат має

високу ефективність, пролонговану дію, зручну форму прийому. Мебеверин знімає біль, пов'язаний з дисфункцією сфінктера Одді, у тому числі після холецистектомії. У лікуванні пацієнтів із МКЛ і біліарним панкреатитом важлива унікальна перевага мебеверину, і полягає не тільки у впливі на змінений тонус сфінктера Одді, але і в здатності усувати його спазм, не викликаючи гіпотонію, тобто фактично корегувати тонус сфінктера Одді. Це робить мебеверин спазмолітиком вибору в лікуванні пацієнтів із МКЛ та біліарним панкреатитом [2, 3, 6, 9, 12, 16].

Хірургічне лікування. При такому ускладненні МХЛ, як стенозуючий папіліт, більшість авторів рекомендує виконання ендоскопічної папілосфінктеротомії. Це, на їх думку, ефективно запобігає нападам гострого біліарного панкреатиту. Однак в останній час все більше дослідників звертають увагу на необхідність збереження сфінктерного апарату дванадцятипалої кишки, а, отже, і автономності біліарної системи. З'явилися поодинокі праці, присвячені використанню балонної папілодилатації як технології, що є менш травматичною [5, 7, 14, 18, 20]. Подальша розробка цього методу повинна по-

кращити віддалені результати лікування хворих на МХЛ.

Лікування супутньої патології (надлишкова вага, метаболічні порушення). У лікуванні необхідно використовувати заходи, спрямовані на лікування супутньої патології. Це боротьба з гіподинамією, ожирінням [26, 30, 38, 39, 40].

Профілактика. Профілактику МХЛ можна поділити на первинну та вторинну. Первинна профілактика містить значну соціальну частину й пов'язана з такими загальними проблемами як планування вагітності, поліпшення соціально-економічного статусу, раціональне редукування ваги, індивідуалізація медикаментозного лікування цілого ряду захворювань тощо.

Вторинна профілактика спрямована на попередження розвитку ускладнень захворювання. Ключовим моментом її є раціональна взаємодія терапевта й хірурга для формування груп пацієнтів з несприятливими прогностичними факторами. Така взаємодія повинна передбачати формування загальних погоджених показань для хірургічного або консервативного лікування. На їх узгодження повинні бути направлені подальші дослідження даної проблеми.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М. и др. Желчнокаменная болезнь.-2000.- 144 с.
2. Климов А.Е. Дюспаталин в терапии функциональных заболеваний кишечника и желчевыводящих путей // Рус.мед. журн.- 2003.- Т. 11, № 5.- С. 2-3.
3. Кубышкин В.А., Сергеева О.Н. Дюспаталин в практике абдоминальной хирургии // Рус. мед. журн.- 2003.- № 8.- С. 2-3.
4. Лазебник Л.В., Ильченко Л.Ю., Голованов Е.В. Урсодезоксихолевая кислота. К 100-летию обнаружения // Consilium medicum.- 2002.- № 2.- С. 10-14.
5. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей.- М.: ГЭОТАР МЕД, 2001.- 264 с.
6. Надинская М.Ю. Исследование применения урсодезоксихолевой кислоты в гепатологии с позиции медицины, основанной на научных доказательствах // Consilium medicum.- 2003.- Т. 5, № 6.- С. 318-322.
7. Нурмухамедов Р.М., Хаимов Ю.Ю., Хаджибаев М.Х. Тактика оперативного лечения при непроходимости общего желчного протока // Вестник хирургии. - 1989. - № 12. - С.19-21.
8. Чубенко С.С. Микрохолелитиаз // Doctor.- 2004.- № 3.- С. 23-24.
9. Angelico M., Della Guardia P. Review article: hepatobiliary complications associated with total parenteral nutrition // Aliment. Pharmacol. Ther. - 2000. - Vol. 14 (Suppl.). - P. 54-57.
10. Beger H.G. et al. The Pancreas // Ed. - Oxford.: Blackwell Science Ltd., 1998. - Vol. 1. - 885 p.
11. Broomfield P.H., Coproa R., Sheinbaum R.C et al. Effects of ursodeoxycholic acid and aspirin on the formation of lithogenic bile and gallstones during loss of weight // New Engl. J. Med. - 1988. - Vol. 319. - P. 1567-1572.
12. Chebli J.M., Ferrari Junior A.P., Silva M.R. et al. / Biliary microcrystals in idiopathic acute pancreatitis: clue for occult underlying biliary etiology // Arg. Gastroenterol. - 2000. - Vol. 37, N 2. - P. 93-101.
13. Dahan P., Andant C., Levy P. et al. Prospective evaluation of endoscopic ultrasonography and microscopic examination of duodenal bile in the diagnosis of cholecystolithiasis in 45 patients with normal conventional ultrasonography // Gut. -1996. - Vol. 38. - P. 277-281.
14. Espinel J., Munoz F., Vivas S., Dominguez A., Linares P., Jorquera F., Herrera A., Olcoz J.L. Dilatation of the papilla of Vater in the treatment of choledocholithiasis in selected patients // Gastroenterol. Hepatol. - 2004 Jan. - 27(1) - P. 6-10.
15. Fischer S., Muller I., Zundt B.Z., Jungst C., Meyer G., Jungst D. Ursodeoxycholic acid decreases viscosity and sedimentable fractions of gallbladder bile in patients with cholesterol gallstones // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. - 2004 Mar. - Vol. 16(3)- P. 305-311.

16. Gebhard R.L., Prigge W.F., Ansel H.J. et al. The role of gallbladder emptying in gallstone formation during diet inducing rapid weight loss // *Hepatology*. - 1996. - Vol. 24. - P. 544-548.
17. Janowitz P., Kratzer W., Zemmier T. et al. Gallbladder sludge: spontaneous course and incidence of complications in patients without stones // *Hepatology*. - 1994. - Vol. 20. - P. 291-294.
18. Johnston S.D., Lim P., Collins J.S., Watson R.G., Tham T.C. Does prophylactic endoscopic sphincterotomy prevent recurrent biliary problems in patients with gallstones and a normal cholangiogram? // *Ir. J. Med. Sci.* - 2002 Oct-Dec. - Vol. 171(4) - P. 197-198.
19. Juniper K., Burson E. *Gastroenterology*. - 1957. - Vol. 32. - P. 175-211.
20. Jungst D., del Pozo R., Christoph S. et al. Sedimentation of biliary "sludge". Effect on composition of gallbladder bile from patients with cholesterol, mixed or pigmentstones // *Scand. J. Gastroenterol.* - 1996. - Vol. 31. P. 273-278.
21. Khare S., Cerda S., Wali R.K. et al. Ursodeoxycholic acid inhibits Ras mutations, wild type Ras activation, and cyclooxygenase 2 expression in colon cancer // *Cancer Res.* - 2003. - Vol. 63, N 13. - P. 3517-3523.
22. Ko C.W., Murakami C., Sekijima J.H. et al. / Chemical composition of gallbladder sludge in patients after bone marrow transplantation // *Am. J. Gastroenterol.* - 1996. - Vol. 91. - P. 1207-1210.
23. Krznarik Z., Uravic M., Fuckar Z., Zupan Z. Influence on gallbladder volume of early postoperative gastric supply of nutrients // *Clin. Nutr.* - 2000. - Vol. 19. - P. 413-416.
24. Lee S.P., Nicholls J.F., Park H.Z. Biliary sludge as a cause of pancreatitis // *New Engl. J. Med.* - 1992. - Vol. 326. - P. 589-593.
25. Lee S.P., Maher K., Nicholls J.F. Origin and fate of biliary sludge // *Gastroenterology*. - 1988. - Vol. 94. - P. 170-176.
26. Macadam R.C., Goodall R.J. Long-term symptoms following endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones // *Surg. Endosc.* - 2004 Mar. 18(3) - P. 363-366.
27. Prajapati D.N., Hogan W.J. Sphincter of Oddi dysfunction and other functional biliary disorders: evaluation and treatment // *Gastroenterol. Clin. North Am.* - 2003 Jun;32(2). - P. 601-618.
28. Pardi D.S., Loftus Jr E.V., Kremers W.K. et al. Ursodeoxycholic acid as a chemopreventive agent in patients with ulcerative colitis and primary sclerosing cholangitis // *Gastroenterology* - 2003. - Vol. 124, N 4. - P. 889-893.
29. Pazzi E., Gamberini S., Buldrini P., Gullini S. Biliary sludge: the sluggish gallbladder // *Digestive and liver disease*. - 2003. - Vol. 35 (Suppl. 3). - P. 39-45.
30. Ramond M.J., Dumont M., Belghiti J., Erlinger S. Sensitivity and specificity of microscopic examination of gallbladder bile for gallstone recognition and identification // *Gastroenterology*. - 1988. - Vol. 95. - P. 1339-1343.
31. Rashdan A., Fogel E., McHenry L.Jr., Lehman G., Sherman S. Frequency of biliary crystals in patients with suspected sphincter of Oddi dysfunction *Gastrointest. Endosc.* - 2003 Dec. - Vol. 58(6). - P. 875-878.
32. Ros E., Navarro S., Bru C. et al. Occult microlithiasis in "idiopathic" acute pancreatitis: prevention of relapses by cholecystectomy or ursodeoxycholic acid therapy // *Gastroenterology*. - 1991. - Vol. 101. - P. 1701-1709.
33. Ros E., Navarro S., Fernandez I. et al. Utility of biliary microscopy for the prediction of the chemical composition of gallstones and the outcome of dissolution therapy with ursodeoxycholic acid // *Gastroenterology*. - 1986. - Vol. 91. - P. 703-712.
34. Sitzmann J.V., Pitt H.A., Steinborn P.A. et al. Cholecystokinin prevents parenteral nutrition induced biliary sludge in humans // *Surg. Gynecol. Obstet.* - 1990. - Vol. 170. - P. 25-31.
35. Sharma B.C., Agarwal D.K., Dhiman R.K. et al. Bile lithogenicity and gallbladder emptying in patients with microlithiasis: effect of bile acid therapy // *Gastroenterology*. - 1998. - Vol. 115. - P. 124-128.
36. Shiffman M.L., Kaplan G.D., Brinkman Kaplan V., Vickers F.F. Prophylaxis against gallstone formation with ursodeoxycholic acid in patients participating in a very low calorie diet program // *Ann. Intern. Med.* - 1995. - Vol. 123. - P. 899-905.
37. Shirohara H., Tabaru A., Otsuki M. Effects of intravenous infusion of amino acids on cholecystokinin release and gallbladder contraction in humans // *J. Gastroenterol.* - 1996. - Vol. 31. - P. 572-577.
38. Steck T.B., Constanzo Norber M.R., Keshavarzian A. Prevalence and management of cholelithiasis in heart transplant patients // *J. Heart Lung Transplant.* - 1991. - Vol. 10. - P. 1029-1032.
39. Testoni P.A., Caporuscio S., Bagnolo F. et al. Idiopathic recurrent pancreatitis: long term results after ERCP, endoscopic sphincterotomy, or ursodeoxycholic acid treatment // *Am. J. Gastroenterol.* - 2000. - Vol. 95, N 7. - P. 1702-1707.
40. Trouillot T.E., Pace D.G., McKinley C et al. / Orlistat maintains biliary lipid compositions and hepatobiliary function in obese subjects undergoing moderate weight loss // *Am. J. Gastroenterol.* - 2001. - Vol. 96. - P. 1888-1894.
41. Worobetz L.J., Inglis F.G., Shaffer E.A. / The effect of ursodeoxycholic acid therapy on gallstone formation in the morbidly obese during rapid weight loss // *Am. J. Gastroenterol.* - 1993. - Vol. 88. - P. 1705-1710.
42. Wu Z.S., Yu L., Lin Y.L. et al. Rapid intravenous administration of amino acids prevents biliary sludge induced by total parenteral nutrition in humans // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* - 2000. - Vol. 7. - P. 504-509.

Додаткові способи гемостазу при лапароскопічній холецистектомії

В.А. ФЕДУРУК, Ю.С. СЕМЕНЮК, І.В. СИДУРУК, О.В. ПОТІЙКО

Рівненська обласна клінічна лікарня

ADDITIONAL WAYS OF HAEMOSTASIS AT LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

V.A. FEDORUK, YU.S. SEMENIUK, I.V. SYDORUK, O.V. POTIYKO

Rivne Regional Clinical Hospital

Надійний гемостаз - одна з передумов перебігу післяопераційного періоду без ускладнень. Особливо важливе значення це має при лапароскопічній холецистектомії з приводу гострого холециститу, коли виділення міхура з ложа інколи супроводжується вираженою кровотечею з судин паренхіми. Передумовою кровотечі є недостатня диференціація стінки міхура, і як наслідок при гострій дисекції пошкоджується паренхіма печінки, що неминуче приводить до кровотечі, інколи масивної. Часто спинити таку кровотечу шляхом монополярної електрокоагуляції неможливо, через легке руйнування тканини печінки, а відтак і збільшення площі джерела кровотечі.

Пропонуємо спосіб хімічної зупинки паренхіматозної кровотечі з ложа жовчного міхура під час лапароскопічної холецистектомії, суть якого полягає у застосуванні розчину перекису водню.

Відомо, що розчин перекису водню має місцеву кровоспинну, а у великих концентраціях припалюючу дію.

Спосіб здійснюють таким чином. У випадку кровотечі з ложа жовчного міхура джерело кровотечі притискається марлевою кулькою, зрошеною 3-6 % розчином перекису водню. Остання утримується інструментом протягом 2-4 хвилин.

У більшості випадків зупинка кровотечі настає після одноразового застосування хімічної коагуляції. Інколи після експозиції протягом 2-4 хвилин кровотеча не спиняється,

проте її інтенсивність значно зменшується. Тоді виникає необхідність повторного застосування розчину перекису водню, що дозволяє отримати надійний гемостаз.

Спосіб застосовується у центрі малоінвазивної хірургії з 2003 р. У всіх спостереженнях (19 випадків) вдалось домогтись зупинки кровотечі.

Як додатковий гемостаз пропонуємо спосіб аплікації гемостатичної губки при паренхіматозній кровотечі з ложа жовчного міхура під час лапароскопічної холецистектомії. Суть способу полягає у тампонуванні шматочками гемостатичної губки ранової поверхні, які підводяться до останньої за допомогою провідника.

Як провідник використовується наконечник для аспірації-іригації діаметром 10 мм. Гемостатичною губкою щільно виповнюється робоча частина наконечника. Останній з губкою підводиться до рани ложа міхура. За допомогою лапароскопічного затискача з затисненою кулькою, діаметр якої відповідає внутрішньому діаметру наконечника, гемостатична губка видавлюється на висушену ранову поверхню. Наконечник вилучається. Губка притискається щільно до поверхні рани затискачем з марлевою кулькою на 2-3 хв.

Таким чином вдається домогтись надійного гемостазу.

Спосіб застосовується у центрі малоінвазивної хірургії з 2004 р. У жодному з 7 спостережень рецидиву кровотечі не було.

УДК618.31-089:-072/1

Лапароскопічні операції при позаматковій вагітності

Ю.С. СЕМЕНЮК., В.А. ФЕДУРУК, О.В. ПОТІЙКО, В.В. ЖУРАВЕЛЬ, І.В. СИДОРУК

Рівненська обласна клінічна лікарня

LAPAROSCOPIC OPERATIONS AT EXTRAUTERINE GESTATION

YU.S. SEMENIUK, V.A. FEDORUK, O.V. POTIYKO, V.V. ZHURAVEL, I.V. SYDORUK

Rivne Regional Clinical Hospital

За період з 1998 р. по 2006 р. у центрі лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань з приводу позаматкової вагітності оперовано 14 пацієнок. Вік хворих коливався від 20 до 33 років. При вивченні особливостей репродуктивної функції встановлено, що 7 пацієнок страждали вторинним непліддям, 1 - первинним. Тривалість непліддя від 2 до 10 років. Одна з пацієнок з приводу гідросальпінкса перенесла тебектомію шляхом лапаротомії. Троє з пацієнок раніше мали неускладнені вагітності та пологи.

Діагноз ектопічної вагітності в кожному з випадків підтверджувався клінічними даними (затримка менструації, болі в нижніх відділах живота - у всіх пацієнок; менометрорагія - у 3 хворих), сонографічно (ектопічно локалізоване плідне яйце з ембріоном - в усіх спостереженнях) та позитивними тестами на вагітність. Терміни гестації становили від 3 до 5-ти тижнів.

При лапароскопії в усіх пацієнок була верифікована трубна вагітність з локалізацією плідного яйця в істмічному відділі - в 1 випадку, в істмічно-ампулярному - у 9 спостереженнях та в ампулярному відділі - у 4 пацієнок. У 2-х випадках при ампулярній вагітності спостерігався неповний трубний аборт. В цілому порушена трубна вагітність мала місце в 11 спостереженнях, причому об'єм крововтрати був від 50 до 300 мл, а в одному випадку становив 500 мл.

У 9 пацієнок мала місце спайкова хвороба органів малого таза, в 1 випадку - кіста

яєчника та склерополікістоз яєчників - у 1 спостереженні.

В 11 спостереженнях проведена поздовжня сальпінготомія над плідним яйцем з видаленням останнього чи його фрагментів. В одному з цих випадків, у зв'язку з кровотечею, яка продовжується (незважаючи на коагуляцію судин та ретельний гемостаз), виконано видалення маткової труби. Тубектомію проведено також у випадку істмічної вагітності - в 1 пацієнтки, та при істмічно-ампулярній вагітності зі значними деструктивними змінами труб і перитубарною гематомою - в 1 випадку. При неповному трубному аборті в 1 пацієнтки фрагменти плідного яйця видалені зі сторони фімбріальної частини маткової труби.

В усіх спостереженнях зі спайковим процесом в малому тазі проведений сальпінгооваріоадгезіолізіс. У двох пацієнок, в яких мали місце кіста яєчника та склерополікістоз яєчників, виконані, відповідно, видалення кісти та електрокоагуляція яєчників у 5-7 точках на глибину 7-10 мм.

Післяопераційний період в усіх спостереженнях перебігав без ускладнень. Термін перебування у стаціонарі складав від 2-х до 5-ти діб, в середньому 4,1 ліжко-дня.

Протягом 1-2 років після операції маткова вагітність настала в 4 із 10 пацієнок, які перебували під спостереженням. Повторної ектопічної вагітності діагностовано не було.

Лапароскопічні втручання в умовах центральної районної лікарні

О. БІЛЬЧУК, А. ОСІЙЧУК, Ю. МУРАВИНЕЦЬ, С. ІЛЬЧУК, М. БУХАЛЮК, О. БУХАЛЮК

Березнівська центральна районна лікарня, Рівненська область

LAPAROSCOPIC INTERVENTIONS IN CONDITIONS OF CENTRAL DISTRICT HOSPITAL

O. BILCHUK, A. OSIYCHUK, YU. MURAVYNETS, S. ILCHUK, M. BUKHALYUK, O. BUKHALYUK

Berezne Central District Hospital, Rivne Region

У хірургічному відділенні Березнівської ЦРЛ використовують відеокомплекс та інструментарій для проведення лапароскопічної холецистектомії фірми KARL STORZ з серпня 2003 року. Населення району - 62,4 тисячі осіб.

За даний період проаналізовано результати лікування 259 пацієнтів, проведено 281 лапароскопічне втручання. Хронічний калькульозний холецистит мав місце у 154(58,8%) пацієнтів, гострий калькульозний холецистит - у 67(26%), хронічний безкам'яний холецистит - у 1(0,4%), поліпи жовчного міхура - у 2(0,8%), кісти яєчників - у 3(1,2%), позаматкова вагітність - у 2(0,8%), ізольована, поєднана та множинна травми органів черевної та грудної порожнини - у 30(11%). Вік пацієнтів коливався від 24 до 72 років, чоловіків було 51, жінок - 208. У 38% пацієнтів було виявлено супровідну патологію: серцево - судинної - у 51%, дихальної - у 23%, у 12% - в анамнезі перенесені операції на органах черевної порожнини, у 14% - інше.

Усім пацієнтам після збору анамнезу, огляду, фізикального обстеження проводився комплекс лабораторних (загальні аналізи крові та сечі, діастаза, білірубін, АлТ, АсТ, електроліти, коагулограма) та інструментальних обстежень (ЕКГ, спірометрія, ЕФГДС, ультрасонографія з обов'язковим визначенням розмірів жовчного міхура, стану його стінки, наявності, кількості, розмірів конкрементів, діаметра холедоха, різноманітні Rg- графічні обстеження - при травмах). При наявності супровідної патології проводились консультації профільних спеціалістів.

Пацієнти з хронічним калькульозним холециститом оперовані в плановому порядку, се-

редня тривалість перебування в стаціонарі 3 доби, з гострим калькульозним холециститом - залежно від часу захворювання, віку, загального стану, супровідної патології - після проведення передопераційної підготовки. Обов'язковими були антибіотикопрофілактика та терапія цефалоспоринами II-III покоління, середня тривалість перебування - 5 діб. У 16 хворих виконана лапаротомна холецистектомія: у 7 пацієнтів причиною були перенесені операції на верхньому поверсі черевної порожнини, у 2 - аліментарне ожиріння III - IV ступенів, у 2 - ознаки спайкової непрохідності в анамнезі. Інші пацієнти утримались від лапароскопічної холецистектомії в період впровадження методики та виконання 30 перших операцій. Серед оперованих зовнішнє дренивання черевної порожнини виконане у 80% пацієнтів, дренаж встановлювали у підпечінковий простір, що забезпечувало контроль гемостазу, жовчостазу, видалення інсульфованого газу. Конверсія виконана у 11 пацієнтів (4,2%), причиною були - щільна запальна інфільтрація гепатодуоденальної зв'язки з неможливістю достовірної верифікації її елементів у 6, флегмонозно - гангренозний холецистит з перивезикальним абсцесом у 4, бокове, часткове пошкодження стінки холедоха у 1 пацієнта. Йому виконана пластика холедоха тонкою кишкою та його дренивання. Причиною даного ускладнення вважаємо аномальне розміщення елементів гепатодуоденальної зв'язки та трикутника Кало, недостатній досвід лапароскопічних втручань (13 операція). У 2 пацієнтів з холедохолітазом, механічною жовтяницею та калькульозним холециститом I етапом було проведено ретроградну холангопанкреатографію, папілосфінктеротомію з

евакуацією конкрементів холедоха, та, в подальшому, лапароскопічну холецистектомію в плановому порядку. У 22 пацієнтів з хронічним калькульозним холециститом були виконані симультанні (поєднані) операції - у 2 випадках стерилізація, у 2 - цистоваріоектомія, у 5 - пластика пупкової грижі, та у 13 - адгезіотомія. Діагностична лапароскопія виконана 19 пацієнтам з травмою - у 5 випадках виявлено внутрішньочеревну кровотечу, причиною якої були розрив селезінки (у 4) та печінки (у 1), в 2 - пошкодження кишки, проведена лапаротомія з усуненням вказаних причин, та дренивання черевної порожнини. Трьом пацієнтам з різано-колотими, ножовими, проникаючими пораненнями грудної клітки проведено торакоскопію, ревізію плевральної порожнини, у 2 випадках шляхом діатермокоагуляції зупинено кровотечу з грудної стінки, проведено евакуацію крові та згортків, промивання антисептиками, встановлено дренажі за Бюлау. У 1 пацієнта виявлено пошкодження легені - зроблено торакотомію, ушивання рани легені.

Таким чином, при виконанні лапароскопічних втручань, а саме холецистектомії важливо пам'ятати про наявність різних анатомічних варіантів будови жовчного міхура,

позапечінкових проток та артерій, надлишку жирової клітковини в воротах печінки та гепато - дуоденальній зв'язці. При гострих холециститах проходить зміна топографічних співвідношень трубчастих елементів в ділянці трикутника Кало, що може сприяти невірній ідентифікації анатомічних структур. Патологічно змінені тканини втрачають свої звичні властивості, стають щільними, інфільтрованими, важко піддаються роз'єднанню, виділенню елементів, що може призвести до їх пошкодження, виникнення кровотеч. "Небезпечна" хірургія є причиною пошкодження жовчних проток і судин, та наслідком недостатнього досвіду хірурга, невірно вибраного доступу, обзору, неадекватної оцінки анатомії, техніки оперування.

Діагностичні лапароскопії та торакоскопії дають змогу верифікувати діагноз, здійснити необхідні хірургічні маніпуляції та уникнути необґрунтованих "відкритих" операцій, особливо при поєднаній та множинній травмі. Симультанні оперативні втручання дозволяють одномоментне хірургічне лікування кількох захворювань органів черевної порожнини, зменшують ризик повторних втручань та наркозів, травматизацію, значно скорочують терміни непрацездатності та перебування хворих в стаціонарі.

Алфавітний іменний покажчик журналу "Шпитальна хірургія" за 2006 рік

- Алтин І.В. № 4 с. 67
 АльШаріф А.А. № 2 с. 47
 Андрейчин В.А. № 2 с. 62
 Антонюк О.С. № 1 с. 9
 Арсенюк В.В. № 1 с. 86
 Арсенюк Т.Л. № 1 с. 86
 Бабін І.О. № 1 с. 111, № 1 с. 126
 Бабкіна О.П. № 4 с. 113
 Балабан Л.В. № 2 с. 5
 Бамбизов Л.М. № 4 с. 44, № 4 с. 57
 Басалик Ю.К. № 1 с. 126
 Беденюк А.Д. № 2 с. 5, № 4 с. 81
 Берегова Ю.П. № 4 с. 92
 Березовський В.А. № 1 с. 73
 Березовський С.В. № 1 с. 73
 Бичков С.О. № 4 с. 34
 Білозерцев О.О. № 4 с. 30
 Більчук О.В. № 2 с. 94
 Біцька І.В. № 2 с. 68
 Бліхар Є.Й. № 1 с. 107
 Боб А.О. № 3 с. 26
 Боднар П.Я. № 2 с. 32
 Бодяка В.Ю. № 2 с. 19, № 3 с. 11
 Бойчук О.Р. № 1 с. 122
 Бокова О.М. № 1 с. 6
 Борах В.Т. № 2 с. 5
 Борис Я.А. № 4 с. 70
 Борисов О.В. № 4 с. 64
 Борисов С.О. № 4 с. 60
 Боровікова В.О. № 1 с. 92, № 3 с. 95
 Бризицький В.В. № 1 с. 92
 Брикса Н.І. № 1 с. 83
 Букатевич О.В. № 1 с. 116
 Булик І.І. № 4 с. 17
 Бутирін С.О. № 3 с. 77
 Вардинець І.С. № 1 с. 19, № 3 с. 26
 Василенко Л.І. № 4 с. 67
 Василюк М.Д. № 2 с. 68
 Василюк С.М. № 1 с. 32
 Васильєв А.А. № 4 с. 47
 Васильянов Д.С. № 1 с. 86
 Васільєв Л.М. № 1 с. 122
 Вдовиченко О.А. № 1 с. 111
 Венгер І.К. № 1 с. 80, № 2 с. 32, № 2 с. 71, № 4 с. 81
 Вергун А.Р. № 2 с. 36
 Вівсяник О.М. № 4 с. 98
 Вододюк В.Ю. № 4 с. 103
 Волков А.О. № 1 с. 89, № 1 с. 118
 Волошин Ю.Л. № 2 с. 80
 Гавриш Я.І. № 4 с. 84
 Гайдаржі Є.І. № 3 с. 74, № 4 с. 27, № 4 с. 78
 Ганоль І.В. № 3 с. 77
 Гарасимчук Ю.М. № 3 с. 26
 Генеральчук Ф.О. № 2 с. 60, № 4 с. 98
 Герасименко Є.О. № 4 с. 53
 Герасимів І.М. № 2 с. 40
 Герасимчук П.О. № 3 с. 45
 Герасимчук С.В. № 4 с. 98
 Геряк С.М. № 1 с. 60
 Гішп І.Г. № 4 с. 117
 Гладчук І.З. № 4 с. 50
 Гнатенко В.М. № 4 с. 106
 Гнатко В.В. № 2 с. 5
 Годлевський А.І. № 4 с. 60
 Голляк В.П. № 4 с. 13
 Головка М.Г. № 4 с. 27, № 4 с. 78
 Гощинський В.Д. № 4 с. 81
 Гощинський П.В. № 2 с. 32
 Гривенко С.Г. № 1 с. 28
 Гриза П.В. № 1 с. 45
 Гриньов Р.М. № 4 с. 34
 Грона В.М. № 2 с. 74
 Грубар Ю.О. № 1 с. 112, № 2 с. 65
 Грубник А.В. № 4 с. 13
 Грубник В.В. № 2 с. 47, № 3 с. 17, № 4 с. 13, № 4 с. 21, № 4 с. 37
 Грушка В.А. № 4 с. 27
 Губка О.В. № 4 с. 78
 Гуцуляк А.І. № 2 с. 16
 Гушеватий В.А. № 4 с. 98
 Дегтяренко С.П. № 3 с. 17
 Дейкало І.М. № 3 с. 61
 Дейниченко А.Г. № 4 с. 17
 Демидов В.М. № 4 с. 106
 Демидов С.М. № 4 с. 106
 Денишук В.Ф. № 2 с. 94
 Децик В.А. № 4 с. 27
 Децик Д.А. № 3 с. 74, № 4 с. 78
 Дзюбановський І.Я. № 3 с. 33
 Дикий О.Г. № 3 с. 33
 Довбуш Ю.В. № 1 с. 107
 Дойко Д.І. № 1 с. 86
 Дронов О.І. № 3 с. 89
 Дунаєв О.В. № 4 с. 113
 Дуць С.І. № 2 с. 5, № 4 с. 81
 Дюжев О.С. № 4 с. 21
 Елін А.Ф. № 3 с. 56
 Євстахевич І.Й. № 4 с. 74
 Євстахевич Ю.Л. № 4 с. 74
 Жебровський В.В. № 1 с. 28
 Живиця С.Г. № 4 с. 44, № 4 с. 57
 Жмур А.А. № 4 с. 60
 Жулкевич І.В. № 1 с. 120, № 2 с. 83
 Завгородній С.М. № 3 с. 74, № 4 с. 27, № 4 с. 78

- Загребельна Н.І. № 1 с. 111
 Загрійчук М.С. № 4 с. 10
 Запорожан С.Й. № 2 с. 11. № 3 с. 38. № 3 с. 45
 Захараш Ю.М. № 4 с. 10
 Захарченко Ю.Б. № 4 с. 34
 Заяць О.Є. № 2 с. 60
 Іванців В.А. № 4 с. 70
 Івахненко О.С. № 4 с. 70
 Івашук О.І. № 3 с. 11
 Ільченко Ф.М. № 1 с. 28
 Ільчук С.О. № 2 с. 94
 Ільшанко В.В. № 4 с. 37
 Інденко В.Ф. № 4 с. 74
 Інденко Ф.П. № 4 с. 74
 Ісайчиков І.І. № 1 с. 6
 Камінський І.В. № 1 с. 28
 Квасніцький М.В. № 1 с. 112, № 3 с. 42
 Квасніцький О.М. № 1 с. 112
 Кисіль П.В. № 3 с. 45
 Кімакович В.Й. № 3 с. 50, № 4 с. 70, № 4 с. 117
 Кіт О.М. № 3 с. 26
 Клименко А.В. № 4 с. 78
 Клименко В.М. № 1 с. 6
 Кліменко А.В. № 4 с. 27
 Коваленко А.П. № 3 с. 89
 Ковальчук Л.Є. № 1 с. 16
 Ковальчук Л.Я. № 2 с. 5, № 2 с. 32, № 3 с. 5, № 4 с. 81
 Ковальчук О.Л. № 4 с. 5, № 4 с. 21, № 4 с. 81
 Колосович І.В. № 3 с. 77
 Кондратенко П.Г. № 3 с. 83, № 4 с. 47, № 4 с. 53,
 № 4 с. 30, № 4 с. 88, № 4 с. 95
 Кондратюк О.П. № 4 с. 17
 Конькова М.В. № 3 с. 83
 Коптюх В.В. № 2 с. 87
 Корнійчук М.П. № 1 с. 122
 Коробко Л.Р. № 2 с. 58, № 3 с. 48
 Короткий В.М. № 3 с. 77
 Корсак В.В. № 2 с. 51
 Костев Ф.І. № 4 с. 64
 Костів С.Я. № 1 с. 36, № 2 с. 71, № 4 с. 81
 Котик В.В. № 2 с. 36
 Кравченко Н.Б. № 1 с. 6
 Красовський В.О. № 3 с. 77
 Крицький І.О. № 1 с. 124
 Кульчиговська О.М. № 3 с. 70
 Кушнір Р.Я. № 3 с. 45
 Латишов К.В. № 2 с. 74
 Лебедь Г.Б. № 4 с. 74
 Лещук Т.В. № 4 с. 74
 Либак І.В. № 1 с. 116
 Литвин О.І. № 4 с. 10
 Лівшиц С.Г. № 3 с. 86
 Літовка В.К. № 2 с. 74
 Логінський В.Є. № 4 с. 74
 Лукасевич І.М. № 4 с. 70
 Лунь Я.М. № 1 с. 23
 Мазур В.П. № 4 с. 60
 Македонський І.О. № 1 с. 56, № 2 с. 54, № 3 с. 22
 Мартинович Л.Д. № 3 с. 77
 Марчук І.К. № 1 с. 116
 Медведєв О.В. № 4 с. 37
 Мельник І.П. № 3 с. 80
 Микуляк В.Р. № 1 с. 124
 Мироняк Л.А. № 3 с. 42
 Мисак А.І. № 4 с. 111
 Мізюк В.М. № 1 с. 16
 Міміношвілі А.О. № 4 с. 41
 Міміношвілі О.І. № 4 с. 41
 Міміношвілі О.С. № 3 с. 86
 Мітюк І.І. № 2 с. 76
 Міхєєв Ю.О. № 4 с. 57
 Мороз О.Б. № 3 с. 26
 Муравинець Ю.М. № 2 с. 94
 Муравйов В.П. № 2 с. 89
 Муравйов Т.В. № 2 с. 89
 Муравцов П.Т. № 2 с. 89
 Назаренко О.Я. № 4 с. 50
 Нецюк О.Г. № 1 с. 103
 Никоненко О.С. № 3 с. 74, № 4 с. 27, № 4 с. 78
 Ничитайло М.Ю. № 4 с. 10, № 4 с. 17
 Нянковський С.Л. № 4 с. 70
 Огородник П.В. № 4 с. 17
 Онищук Н.В. № 1 с. 83
 Ороховський В.Й. № 4 с. 67
 Осійчук Ф.М. № 2 с. 94
 Пасічник М.С. № 1 с. 83
 Пацкань Б.М. № 2 с. 27
 Перепелиця М.П. № 2 с. 87
 Переяслов А.А. № 4 с. 84
 Плахтін О.Д. № 3 с. 50
 Покришко О.В. № 2 с. 40
 Польова С.П. № 4 с. 101
 Потійко О.В. № 1 с. 122, № 2 с. 85, № 4 с. 116,
 № 4 с. 119
 Пристуга М.М. № 1 с. 116
 Прокопчук М.В. № 2 с. 83
 Пролом Н.В. № 1 с. 13
 Процайло М.Д. № 1 с. 124
 Раденко Є.Є. № 4 с. № 4 с. 95
 Ревчук В.С. № 1 с. 124
 Рішко В.В. № 2 с. 24, № 3 с. 66
 Рожковська Н.М. № 4 с. 50
 Рудик В.Д. № 1 с. 107
 Рудковська Н.Г. № 1 с. 89, № 1 с. 118
 Румянцев К.Є. № 2 с. 27
 Русак П.С. № 2 с. 80
 Русанов І.В. № 3 с. 74, № 4 с. 27, № 4 с. 78
 Русин В.І. № 2 с. 27, № 2 с. 51
 Сабадишин Р.О. № 3 с. 48
 Сабала П.Г. № 1 с. 120
 Савицький Я.М. № 3 с. 50
 Савка Т.М. № 3 с. 50

- Саволюк С.І. № 4 с. 60
 Свистун Р.В. № 3 с. 5
 Свідерський Ю.Ю. № 1 с. 80
 Селезінка Р.М. № 1 с. 76
 Семенюк Ю.С. № 1 с. 122, № 2 с. 60, № 2 с. 85,
 № 2 с.95, № 4 с. 98, № 4 с.109, № 4 с. 116, № 4 с.119
 Семерак М.М. № 4 с. 74
 Сидорук І.В. № 1 с. 122, № 2 с. 85, № 4 с. 116,
 № 4 с. 119
 Сімоненко К.П. № 4 с. 41
 Скорич С.В. № 2 с. 60
 Скумс А.В. № 4 с. 10
 Слугіна М.Є. № 1 с. 86
 Смирнов М.Л. № 4 с. 88
 Смірнов А.Б. № 2 с. 47
 Сова О.Л. № 1 с. 89
 Созонюк М.А. № 1 с. 83
 Соломко О.О. № 4 с. 37
 Сопельняк В.П. № 4 с. 41
 Супрунець О.Л. № 1 с. 111
 Твердохліб В.В. № 4 с. 111
 Тейшейра Ж. № 2 с. 74
 Ткач А.А. № 1 с. 110
 Торбинський А.М. № 4 с. 106
 Трошков О.О. № 4 с. 74
 Трутяк І.Р. № 1 с. 23
 Трутяк Р.І. № 1 с. 23
 Тугушев А.С. № 1 с. 6
 Тумак І.М. № 3 с. 50
 Угляр Р.М. № 2 с. 83
 Угляр Т.Ю. № 1 с. 120
 Угляр Ю.В. № 1 с. 120, № 2 с. 83
 Ушкевич О.А. № 1 с. 122
 Федорук В.А. № 1 с. 122, № 2 с. 85, № 4 с. 109,
 № 4 с. 116, № 4 с. 119
 Філіпович В.О. № 1 с. 110
 Фомін П.Д. № 2 с. 11
 Фугуйма Ю.М. № 1 с. 50, № 2 с. 5
 Харьков А.Л. № 3 с. 29
 Хворостов Є.Д. № 4 с. 34
 Хоромський Л.М. № 3 с. 5
 Хорош В.Я. № 4 с. 111
 Цимбалюк В.І. № 1 с. 95
 Черкасов С.В. № 2 с. 76
 Четверіков С.Г. № 4 с. 103
 Шаваров Ю.І. № 3 с. 50
 Шаповалов І.М. № 3 с. 86
 Шапринський В.О. № 3 с. 80
 Швидкий Я.Б. № 3 с. 50
 Шевченко Р.С. № 3 с. 8
 Шевчук А.Г. № 2 с. 68
 Шитова А.В. № 4 с. 50
 Шідловський В.О. № 3 с. 61
 Шідловський О.В. № 3 с. 61
 Шкарбан В.П. № 4 с. 10
 Шкрадюк О.В. № 1 с. 73
 Штримайтіс В.Й. № 2 с. 60, № 4 с. 98,
 Шульга Д.Ф. № 1 с. 111, № 1 с. 126
 Шульгай А.Г. № 1 с. 66
 Шумлянський І.В. № 1 с. 83
 Щербина С.І. № 4 с. 17
 Юрчик О.М. № 1 с. 41
 Якимчук О.А. № 2 с. 71,
 Якимчук Ю.Ю. № 1 с. 80
 Яковець О.П. № 2 с. 24
 Ярешко В.Г. № 4 с. 44, № 4 с.57
 Ярощак С.В. № 3 с. 86, № 4 с. 41
 Ясінський Ю.Я. № 1 с. 95