

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО**

ГЛАДИШЕНКО ОЛЕКСАНДР ІГОРОВИЧ

УДК 616-037-084:616.381:100.64

**ПРОГНОЗУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ НА
ОСНОВІ ПРОГНОСТИЧНИХ КРИТЕРІЇВ ЇЇ ВИНИКНЕННЯ**

14.01.03 – хірургія

**АВТОРЕФЕРАТ
дисертації на здобуття наукового ступеня
кандидата медичних наук**

ТЕРНОПІЛЬ – 2007

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті імені М.І. Пирогова МОЗ України.

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:

доктор медичних наук, професор **ШАПРИНСЬКИЙ Володимир Олександрович**, Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри хірургії медичного факультету № 2

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, заслужений діяч науки і техніки України, професор **ВАСИЛЮК Михайло Дмитрович**, Івано-Франківський державний медичний університет МОЗ України, професор кафедри факультетської хірургії

доктор медичних наук, професор **АНДРЮЩЕНКО Віктор Петрович**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького МОЗ України, завідувач кафедри загальної хірургії

ПРОВІДНА УСТАНОВА:

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедра хірургії та проктології

Захист відбудеться 22 лютого 2007 р. о 14 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01 у Тернопільському державному медичному університеті імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1)

З дисертацією можна ознайомитись в бібліотеці Тернопільського державного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України (46001, м. Тернопіль, вул. Січових Стрільців, 8)

Автореферат розісланий 16 січня 2007 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради Д 58.601.01

доктор медичних наук, професор

Я.Я. Боднар

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Проблема спайкової хвороби очеревини та хірургічне лікування пов'язаної з нею гострої спайкової непрохідності кишечника залишається однією з найбільш актуальних та складних у сучасній абдомінальній хірургії.

Серед всіх видів непрохідності спайкова непрохідність кишечника зустрічається найчастіше і складає від 40,4% до 86% випадків (Саєнко В.Ф., 2001; Люлько І.В., 2004). Післяопераційна летальність при цьому становить від 5,7% до 15-25% і не має стійкої тенденції до зниження (Зайцев В.Т., 1999; Бойко В.В., 2004; Короткий В.М., 2004; Wilson M.S., 1998).

У хірургічному лікуванні спайкової хвороби очеревини досягнуто значних успіхів. В тому числі велика увага приділялась різним засобам консервативного лікування та профілактиці процесу спайкоутворення (Покидько М.І., 2002). Розроблено та вивчено різні методи оперативних втручань, досліджено різні методики інтубації тонкої та товстої кишки (Андрющенко В.П., 1995; Василюк М.Д., 2004; Криштальська Л.Р., 2000; Феджага О.П., 2003; Шапринський В.О., 2004; Sagar P.M., 1992).

Разом з тим, це не призвело до зниження частоти спайкової хвороби очеревини. Висока частота даної патології, неефективність заходів по ранній діагностиці та прогнозуванню цього захворювання, що зумовлює високу частоту оперативних втручань, доводить необхідність пошуку нових методів прогнозування та профілактики утворення спайок очеревини.

Одним з головних синдромів при гострій спайковій непрохідності кишечника є синдром ентеральної недостатності, який обумовлює важкість перебігу та прогноз розвитку захворювання (Саєнко В.Ф., 2001; Дзюбановський І.Я., 2004; Лупальцов В.И., 2005]. Одним з проявів ентеральної недостатності є порушення бар'єрної функції кишечника, що проявляється транслокацією мікрофлори у внутрішні середовища організму, від вираженості якої залежить кількість гнійно-запальних ускладнень (Гаин Ю.М., 2001; Пеев Б.И., 2004; Саєнко В.Ф., 2004).

Питанням прогнозування розвитку спайкової хвороби очеревини присвячені поодинокі публікації у вітчизняній та закордонній літературі (Поканевич В.В., 1985; Магалишвили Р.Д., 1991; Лачинский В.И., 1995; Покидько М.І., 2002; Thompson J.N., 1997). В літературі представлені дані про спадковий характер захворювання, але не висвітлено питання про тип успадкування спайкової хвороби очеревини. Паралельно з загальноклінічними не проводяться методи генетичного аналізу для виявлення ступеня ризику розвитку спайкового процесу.

Основою клінічної антропології, яка створює таку необхідну єдність сучасної медицини, роз'єднаної на десятки окремих спеціальностей, в яких мимоволі "втрачається" цілісність людини, служить вчення про конституцію – сукупність біохронологічних та реактивностних особливостей організму, які включають фактори ризику та благополуччя. Новим в обговоренні проблеми є сприйняття конституції як сукупності генетичних маркерів. Структура конституції така, що

окрема її ознака здатна відбивати загальні для даного типу конституції стани реактивності та ростових процесів.

Погляди на конституцію як на систему маркерів пов'язані, в значній мірі, з виявленням генетичних факторів схильності до розвитку мультифакторіальних захворювань (Антонець Т.І., 2004; Tarca A., 2000; Xing Z., 2001). Отримання максимально повної інформації про зв'язок різних конституційних ознак як прогностичних (100% генетично детермінованих - антигени крові, ознаки дерматогліфіки, тощо), так і констатуючих (на які, крім спадковості, впливає середовищний фактор - антропометричні показники, соматотип, компонентний склад маси тіла, тощо) з виникненням мультифакторіальних захворювань є одним із підходів для реалізації феногенетичного аналізу (Никитюк Б.А., 1998).

Виходячи з цього, практичний інтерес може представляти розгляд етіології та патогенезу спайкової хвороби очеревини у рамках теорії “хвороб схильності”, в основі яких лежить сумарний ефект як спадкової схильності, так і факторів зовнішнього середовища. Саме тому в даній роботі проведено зіставлення ступеня спадкової обтяженості з типами шкірного малюнка та соматотипом, що дозволяє показати значимість спадкового фактора в розвитку спайкової хвороби очеревини.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова “Особливості клініки, діагностики та розробка нових і удосконалення існуючих методів лікування хворих з гострою кишковою непрохідністю”, номер держреєстрації 0103U007992. Здобувач є співвиконавцем цього наукового дослідження. Тема дисертації і основні напрямки її виконання затверджені Проблемною комісією МОЗ України “Хірургія” (протокол № 20 від 18.12.2003).

Мета дослідження. Покращити результати комплексного лікування та профілактики спайкової хвороби очеревини за допомогою впровадження прогностичних та констатуючих критеріїв її виникнення.

Задачі дослідження:

1. Вивчити антропологічні і дерматогліфічні показники у здорових, прооперованих на органах черевної порожнини без подальшого розвитку спайкової хвороби очеревини та хворих на спайкову хворобу очеревини чоловіків та жінок другого зрілого віку.
2. Встановити зв'язок антропометричних та дерматогліфічних показників з виникненням спайкової хвороби очеревини.
3. На основі антропометричних та дерматогліфічних показників розробити прогностичні критерії виникнення спайкової хвороби очеревини.
4. Вдосконалити комплексну схему лікування гострої спайкової непрохідності кишечника.

5. Розробити схему профілактики спайкової хвороби очеревини у хворих, схильних до спайкоутворення

Об'єкт дослідження - спайкова хвороба очеревини, гостра спайкова непрохідність кишечника.

Предмет дослідження - особливості показників соматотипу та дерматогліфіки у хворих на спайкову хворобу очеревини, їх прогностичне значення у визначенні індивідуальної схильності до спайкової хвороби очеревини; клінічні результати застосування способу лікування ентеральної недостатності, інтубації тонкої кишки при гострій спайковій непрохідності кишечника; ефективність способу профілактики спайкоутворення у хворих, схильних до розвитку спайкової хвороби очеревини.

Методи дослідження – антропометричні та соматотипологічні – для встановлення констатуючих ознак виникнення спайкової хвороби очеревини; дерматогліфічні – для встановлення прогностичних ознак виникнення спайкової хвороби очеревини; загально-клінічні – для вивчення ефективності запропонованих способів лікування ентеральної інтоксикації, назоінтестинальної інтубації та профілактики спайкоутворення; математичні – для статистичної обробки отриманих результатів та побудови моделей.

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше проведена комплексна оцінка соматотипу, показників пальцевої та долонної дерматогліфіки у здорових та хворих на спайкову хворобу очеревини чоловіків та жінок.

Вперше встановлено взаємозв'язок між показниками соматотипу, пальцевої і долонної дерматогліфіки та схильністю до розвитку спайкової хвороби очеревини, що дозволило розробити об'єктивні критерії індивідуальної схильності до спайкоутворення.

Обґрунтовано доцільність використання генетичних методів дослідження (вивчення дерматогліфіки та соматотипу) для формування груп ризику у хворих зі схильністю до спайкоутворення з метою проведення цілеспрямованої його профілактики.

Практичне значення одержаних результатів. Розроблено новий метод лікування ентеральної інтоксикації при гострій непрохідності кишечника за допомогою інтестинального введення препаратів через кишковий зонд, що дозволяє значно зменшити явища ендотоксемії та їх наслідки, покращити результати лікування завдяки більш ефективному впливу на основне джерело інтоксикації, яким у цих хворих стає паретичний кишечник (Деклараційний патент на винахід 63417 А)

Удосконалено спосіб антеградного проведення назоінтестинального зонда через дванадцятипалу кишку, що дозволяє значно полегшити цю маніпуляцію, зменшити її травматичність та тривалість (Деклараційний патент на винахід 36076 А)

Розроблено новий комплексний метод профілактики спайкової хвороби очеревини, який дозволяє зменшити вірогідність розвитку або рецидиву захворювання у людей, схильних до спайкоутворення (Деклараційний патент на винахід 71368 А)

Результати досліджень дисертаційної роботи впроваджені в формі актів в практичну діяльність хірургічних відділень міських, районних лікарень Івано-Франківської, Вінницької, Тернопільської та Житомирської областей, Вінницької обласної клінічної лікарні.

Особистий внесок здобувача. Здобувачем проведено аналіз літературних та наукових джерел і виявлено невирішені проблеми в даній галузі хірургії. Проведено дослідження соматотипу та дерматогліфіки всіх груп обстежених. Приймав безпосередню участь у передопераційній підготовці, оперативних втручаннях та веденні хворих в післяопераційному періоді. Самостійно опрацьовано матеріал дослідження, проведено його статистичну обробку і аналіз отриманих даних, написано всі розділи дисертації. Інтерпретація результатів основних положень і висновки також належать автору. У працях, опублікованих у співавторстві, реалізовано наукові ідеї здобувача. У тій частині актів впровадження, що стосується науково-практичної новизни, викладено матеріали автора.

Апробація результатів дисертації. Результати досліджень та основні положення роботи оприлюднено на XIV науково-практичній конференції вищих медичних закладів освіти Вінницького регіону (Вінниця, 1998); XX з'їзді хірургів України (Тернопіль, 2002); науково-практичній конференції “Актуальні питання невідкладної хірургії”(Харків, 2004), науково-практичній конференції “Хірургічне лікування ран та дефектів м'яких тканин” (Київ, 2004).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 12 друкованих праць, із них 7 робіт в рекомендованих ВАК України фахових журналах (2 статті по огляду літератури), 2 роботи – в матеріалах конференції та з'їзду, 3 Деклараційних патенти України на винахід.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається із вступу, 7 розділів, висновків, рекомендацій щодо наукового і практичного використання здобутих результатів, списку використаних джерел літератури, додатків. Викладена на 201 сторінці комп'ютерного тексту (основний текст 162 сторінки), містить 26 таблиць та 22 рисунки. Список літератури включає 199 джерел.

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ

Матеріали і методи дослідження. Дослідження проведені із дотриманням питань біоетики, що підтверджено Комісією з питань біоетики Вінницького національного медичного університету ім. М.І.Пирогова (протокол №2 від 20.10.2005 р.). У відповідності до цільових завдань роботи нами було проведено дві групи досліджень. Перша група досліджень полягала в вивченні соматотипу та дерматогліфіки здорових людей, у яких відсутні будь-які хронічні захворювання; людей, які були

прооперовані на органах черевної порожнини, і у яких не розвинулась в подальшому клініка спайкової хвороби очеревини, та хворих на спайкову хворобу очеревини.

Друга група досліджень полягала в вивченні ефективності запропонованої методики інтубації кишечника, лікування ентеральної інтоксикації та профілактики спайкоутворення у хворих на спайкову хворобу очеревини, яка ускладнилась гострою спайковою непрохідністю кишечника.

В першій групі проведених досліджень виконано обстеження 286 людей 2-го зрілого віку: жінок – віком від 35 до 55 років, чоловіків – в віці від 35 до 60 років. Досліджувані розподілені на 3 групи: 1 група-здорові чоловіки та жінки; 2 група-досліджувані, яким виконувались оперативні втручання на органах черевної порожнини, і у яких до періоду обстеження не розвинулась клініка спайкової хвороби очеревини (в тексті автореферату ця група обстежених буде називатись „оперовані чоловіки та жінки”); 3 група-досліджувані, у яких розвинулась клініка спайкової хвороби очеревини після оперативних втручань на органах черевної порожнини. 1 групу склали 146 досліджуваних – 57 чоловіків та 89 жінок; 2 групу - по 35 чоловіків та жінок; 3 групу - також по 35 чоловіків та жінок.

Для вивчення соматотипу хворих спайковою хворобою очеревини використали методику, запропоновану J.Carter і V.Heath [1990].

Антропометричне обстеження згідно схеми В.В.Бунака [1941] містило в собі визначення тотальних (довжини і маси тіла), парціальних розмірів (охватних розмірів грудної клітки, плеча, гомілки), товщини шкірно-жирових складок на задній поверхні плеча, медіальній поверхні гомілки, під лопаткою, на боковій поверхні живота і діаметрів епіфізів плеча та стегна (всього 10 розмірів). Всі виміри проводили на правій половині тіла.

Дерматогліфічне дослідження виконане за методикою Т.Д. Гладкової [1966] у відповідності з меморандумом по дерматогліфічній номенклатурі (L.S.Pengos, 1967).

В другій групі досліджень проведено аналіз лікування 208 хворих спайковою хворобою очеревини, яка ускладнювалась гострою спайковою непрохідністю кишечника. Чоловіків було 115 (55,3%), жінок - 93 (44,7%).

Ця група хворих нами була розподілена на 2 підгрупи: *перша підгрупа (контрольна)* - хворі, яким лікування гострої спайкової непрохідності кишечника проводилось “традиційно”, без застосування запропонованих методик інтубації тонкої кишки та череззондової програми лікування – 106 хворих віком $55,3 \pm 4,2$ років; *друга підгрупа (основна)* – хворі, яким при лікуванні гострої спайкової непрохідності кишечника проводились запропоновані методики інтубації тонкої кишки та череззондової програми лікування, профілактична програма рецидиву спайкоутворення – 102 хворих віком $57,1 \pm 3,4$ років.

За типами гострої непрохідності кишечника, видами перитоніту, термінами захворювання, характером оперативних втручань і морфологічних змін очеревини обидві досліджувані групи були репрезентативними.

Результати лікування хворих основної групи порівнювали з результатами лікування хворих контрольної групи.

В клінічній частині роботи нами були використані наступні методи дослідження: лабораторні методи дослідження (загальний аналіз крові та сечі, визначення лейкоцитарного індексу інтоксикації за формулою Я.Я. Каль-Каліфа в модифікації Фіщенко О.Я., Хіміча С.Д., визначення молекул середньої маси, загальний білок крові, рівень сечовини, креатиніну, білірубіну, досліджували зсідуючу та фібринолітичну системи крові: вміст фібриногену, час зсідання крові за Лі-Уайтом, протромбінова активність, толерантність плазми до гепарину, час рекальцифікації плазми, час фібринолізу, вміст фібриногену "В", етаноловий тест та аутокоагуляційний тест на 10 хвилині), інструментальні методи дослідження (оглядова рентгеноскопія або рентгенографія органів черевної порожнини, ультразвукове дослідження черевної порожнини, рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту з застосуванням сульфату барія, фіброгастроуденоскопія, іригоскопія, ректороманоскопія, фіброколоноскопія, лапароскопія).

Статистична обробка отриманих результатів проведена в стандартному пакеті "STATISTICA 5.5" (належить ЦНІТ ВНМУ ім. М.І.Пирогова, ліцензійний № AXXR910A374605FA, директор центру Гунас І.В.) з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати дослідження та їх аналіз. Аналіз наукової літератури показав, що про спайкову хворобу очеревини сформовано уявлення як про мультифакторіальне захворювання, на розвиток якого впливають спадкові та середовищні фактори (Поканевич В.В., 1985, Женчевський Р.А., 1989, Магалашвілі Р.Д., 1991, Покидько М.І., 2002, Haneу A.F, 1997).

Питання зв'язку особливостей будови тіла і показників дерматогліфіки з розвитком спайкової хвороби очеревини залишається невивченим.

Соматотип (синоніми: конституційно-морфологічний тип, соматичний тип, тип будови тіла) являє собою зовнішній, найбільш доступний дослідженням та вимірам компонент конституції, генетично детермінований, який в цілому відображає основні особливості загальної реактивності організму. Тому визначення ознак соматотипу має виключну роль в обґрунтуванні спадкової природи схильності або резистентності до мультифакторіального захворювання (Никитюк Б.А.,1998).

Нами встановлено наступні відмінності антропометричних показників між здоровими, хворими на спайкову хворобу очеревини та прооперованими без подальшого розвитку спайкової хвороби очеревини. Результати обстеження відображено в таблиці 1.

Між здоровими та хворими на спайкову хворобу очеревини достовірні відмінності антропометричних показників полягають в наступному: збільшення довжини тіла у хворих чоловіків та жінок, зменшення ваги у хворих жінок, збільшення зросто-вагового коефіцієнту у хворих обох статей, зменшення обхватного розміру грудної клітки у хворих жінок, зменшення обхвату гомілки у хворих обох статей, зменшення товщини шкірно-жирових складок під лопаткою, на боковій поверхні живота та на плечі у хворих обох статей, зменшення товщини шкірно-жирової складки на гомілці у хворих чоловіків, зменшення діаметра епіфізів стегна та плеча у хворих чоловіків та жінок.

Серед компонентів соматотипу встановлено достовірне зменшення ендоморфного і мезоморфного компонентів у хворих чоловіків та жінок на тлі збільшення екторморфного компоненту у хворих обох статей.

У загальній полігенній системі схильності до мультифакторіальних захворювань приймають участь генетичні системи дерматогліфічних ознак, тому проведене нами дерматогліфічне дослідження було націлене на вияв особливої комбінації цілком нормальних ознак у хворих на спайкову хворобу очеревини.

Ознаки пальцевої та долонної дерматогліфіки відносяться до прогностичних критеріїв, в основі застосування яких лежить висока спадкова обумовленість, незмінність з віком, значна індивідуальна та територіальна мінливість (Никитюк Б.А.,1998).

При порівнянні досліджуваних груп між собою виявлені певні особливості дерматогліфічних ознак, які заслуговують детального розгляду. Так, встановлені наступні достовірні відмінності пальцевої та долонної дерматогліфіки *між здоровими та хворими на спайкову хворобу чоловіками*. Із показників пальцевої дерматогліфіки звертає увагу більш часте зустрічання завитка (W) на 34,3% на III пальці правої кисті у хворих чоловіків порівняно зі здоровими. Аналіз пальцевого гребеневого рахунку (FRC) показав, що найбільша різниця FRC досягається на I та IV пальцях обох кистей, де цей показник менший у хворих чоловіків порівняно зі здоровими. Найбільш вагомими відмінностями встановлено між показниками долонної дерматогліфіки, де у хворих чоловіків меншими є величини долонних кутів atd, atb, atc на правій та лівій кистях. Крім того, у хворих чоловіків на правій кисті на 4,6 гребеня більший міжпальцевий гребеневий рахунок bc, на лівій кисті – на 1,5 гребеня менший міжпальцевий гребеневий рахунок ab. У хворих чоловіків на правій кисті головна долонна лінія A на 38,15% частіше закінчується в полі 5 і не відмічено її закінчення в полі 5', в якому частіше на 54,8% частіше закінчується лінія B в порівнянні зі здоровими чоловіками.

Антропометричні показники та компоненти соматотипу здорових, прооперованих без подальшого розвитку спайкової хвороби очеревини та хворих на спайкову хворобу очеревини (M±σ).

Показник	Стать	Здорові (n-146)	Оперовані без ознак СХО (n-70)	Хворі на СХО (n-70)	p ₁₋₂	p ₁₋₃	p ₂₋₃
Маса тіла (кг)	Ч	78,69 ± 12,17	84,34 ± 14,61	80,03 ± 7,14	>0,05	0,069	>0,05
	Ж	70,70 ± 14,32	76,9 ± 17,27	64,31 ± 7,03	<0,05	>0,05	<0,01
Довжина тіла (см)	Ч	176,98 ± 7,83	175,11 ± 7,77	182,86±7,64	<0,001	>0,05	<0,001
	Ж	164,14 ± 6,27	163,94 ± 6,23	167,09±8,22	<0,05	>0,05	<0,05
Зросто-ваговий коефіцієнт	Ч	41,48 ± 2,24	40,10 ± 2,66	42,46 ± 0,67	<0,05	<0,05	<0,001
	Ж	40,03 ± 2,70	38,92 ± 2,60	41,74 ± 0,61	<0,001	<0,05	<0,001
Обхват грудної клітки (см)	Ч	96,75 ± 11,41	99,48 ± 7,97	99,73 ± 4,92	>0,05	>0,05	>0,05
	Ж	94,27 ± 11,47	96,69 ± 15,69	78,14 ± 9,49	<0,001	>0,05	<0,001
Площа поверх. тіла (м ²)	Ч	1,95 ± 0,16	1,99 ± 0,17	2,02 ± 0,14	0,052	>0,05	>0,05
	Ж	1,76 ± 0,17	1,82 ± 0,20	1,72 ± 0,14	>0,05	>0,05	0,069
Обхват плеча (см)	Ч	32,25 ± 3,23	33,14 ± 4,37	31,63 ± 1,62	>0,05	>0,05	>0,05
	Ж	31,95 ± 4,35	33,25 ± 5,30	30,82 ± 3,21	>0,05	>0,05	0,062
Обхват гомілки (см)	Ч	37,67 ± 3,11	37,08 ± 3,96	34,70 ± 1,23	<0,001	>0,05	<0,05
	Ж	36,53 ± 3,43	36,70 ± 4,02	34,55 ± 2,97	<0,05	>0,05	<0,05
Ш/ж склад. під лопаткою (см)	Ч	1,58 ± 0,59	1,99 ± 1,30	0,74 ± 0,17	<0,001	>0,05	<0,001
	Ж	1,60 ± 0,76	1,86 ± 0,82	1,12 ± 0,49	<0,001	>0,05	<0,001
Ш/ж склад. на боковій повер. живота (см)	Ч	1,57 ± 0,85	2,09 ± 1,07	0,72 ± 0,16	<0,001	<0,01	<0,001
	Ж	1,63 ± 0,69	1,79 ± 0,74	0,92 ± 0,38	<0,001	>0,05	<0,001
Ш/ж складка на плечі (см)	Ч	1,38 ± 0,72	1,62 ± 1,22	0,61 ± 0,11	<0,001	>0,05	<0,001
	Ж	1,43 ± 0,66	1,56 ± 0,79	1,15 ± 0,59	<0,05	>0,05	<0,05
Ш/ж складка на гомілці (см)	Ч	1,27 ± 0,89	1,28 ± 1,04	0,55 ± 0,13	<0,001	>0,05	<0,001
	Ж	1,12 ± 0,64	1,39 ± 0,83	1,10 ± 0,55	>0,05	>0,05	>0,05
Епіфіз плеча (см)	Ч	7,31 ± 1,19	7,52 ± 1,94	6,84 ± 0,40	<0,01	>0,05	<0,01
	Ж	6,95 ± 1,17	6,82 ± 0,94	6,27 ± 0,44	<0,001	>0,05	<0,01
Епіфіз стегна (см)	Ч	9,24 ± 1,63	9,39 ± 1,86	8,55 ± 0,66	<0,001	>0,05	<0,01
	Ж	8,91 ± 1,31	8,59 ± 1,64	8,27 ± 0,45	<0,001	>0,05	>0,05

Ендоморфний компонент	Ч	4,27 ± 1,78	4,92 ± 1,97	2,01 ± 0,40	<0,001	<0,05	<0,001
	Ж	4,50 ± 1,53	5,03 ± 1,59	3,16 ± 1,41	<0,001	>0,05	<0,001
Мезоморфний компонент	Ч	4,43 ± 2,37	5,31 ± 4,15	2,83 ± 0,80	<0,001	>0,05	<0,05
	Ж	5,87 ± 2,60	5,70 ± 3,47	4,20 ± 1,97	<0,01	>0,05	0,051
Ектоморфний компонент	Ч	1,98 ± 1,33	1,36 ± 1,20	2,53 ± 0,51	<0,05	<0,05	<0,001
	Ж	1,31 ± 1,27	0,85 ± 1,02	1,98 ± 0,44	<0,001	<0,05	<0,001

Примітка: Ч – чоловіки; Ж – жінки; p_{1-2} – достовірність відмінностей між здоровими та хворими на спайкову хворобу очеревини; p_{1-3} – між здоровими та оперованими без подальшого розвитку спайкової хвороби; p_{2-3} – між оперованими без подальшого розвитку спайкової хвороби і хворими на спайкову хворобу очеревини; ш/ж – шкірно-жирова складка; компоненти соматотипу вимірюються в балах.

Між здоровими та хворими на спайкову хворобу жінками встановлено групу достовірних відмінностей дерматогліфічних показників, серед яких на увагу заслуговують наступні.

У хворих жінок на I та III пальцях правої кисті на 63,43% і 39,78% відповідно частіше зустрічається завиток (W), ніж у здорових. На лівій кисті у хворих на III пальці на 45,7% рідше, на I пальці на 19,9% частіше зустрічається ульнарна петля (U), ніж у здорових. Тотальний гребеневий рахунок (TRC) на 14,11 гребенів менший у хворих жінок за рахунок меншого FRC на I та IV пальцях обох кистей. Показники долонної дерматогліфіки також суттєво відрізняються у здорових та хворих жінок. Так, на правій кисті у хворих жінок величина кутів atd на $1,5^0$ та atb на $1,7^0$, на лівій кисті – кута atd на $1,9^0$, більша в порівнянні зі здоровими жінками. У хворих жінок відмічено зменшення величини міжпальцевого гребеневого рахунку bc на 1,6 на правій та на 3,7 гребені на лівій кисті.

Між групами хворих та оперованих на органах черевної порожнини без розвитку спайкової хвороби очеревини чоловіків виявлена тенденція, подібна до відмінностей між здоровими та хворими чоловіками.

Відмінні достовірні ознаки пальцевої та долонної дерматогліфіки між хворими та оперованими на органах черевної порожнини без розвитку спайкової хвороби жінками.

Відмінність показників пальцевої дерматогліфіки між даними групами обстежених аналогічні відмінностям пальцевої дерматогліфіки між здоровими та хворими жінками. Відміна полягає лише в збільшенні частоти зустрічання ульнарної петлі (U) на пальцях оперованих жінок за рахунок її більш частого виявлення на V пальці лівої кисті. Відмінності показників долонної дерматогліфіки аналогічні відмінностям між здоровими та хворими жінками.

Найменше відмінностей показників дерматогліфіки встановлено між групами *здорових та оперованих без розвитку спайкової хвороби очеревини*, де достовірні відмінності наявні лише у чоловіків серед показників долонної дерматогліфіки. Вони полягають в збільшенні величини кутів atb і atc на правій кисті та кутів atb, atc і atd на лівій кисті у оперованих чоловіків порівняно зі здоровими чоловіками.

Підводячи підсумок дерматогліфічних досліджень слід відмітити, що описаний дерматотип хворих чоловіків і жінок не містить патологічних ознак і, по суті, є варіантом нормальної дерматогліфіки. Отримані результати підтверджують цінність виділення “дерматогліфічних типів” для вивчення індивідуальних і типологічних особливостей виникнення спайкової хвороби очеревини.

Для побудови математичних моделей, які дозволяють передбачити, до якої сукупності (хворі на спайкову хворобу або здорові чоловіки і жінки) буде належати той чи інший індивід, був застосований метод покрокового дискримінантного аналізу.

Встановлено, що модель, яка враховує показники дерматогліфіки, будови і розмірів тіла у чоловіків другого зрілого віку коректна в 74,8% випадків.

Визначені коефіцієнти класифікаційних дискримінантних функцій дають можливість обчислити показники класифікації (Df), що наведені у вигляді наступних рівнянь, в яких віднесення до здорових чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 90,8; віднесення до хворих на СХО чоловіків можливе при значенні Df, близькому до 79,6.

Df (для здорових чоловіків) = ендоморфний (F) компонент соматотипу $\times 0,54$ + міжпальцевий гребеневий рахунок bc на правій кисті $\times 16,94$ + величина кута atd на правій кисті $\times 1,83$ + поле закінчення лінії В на правій кисті $\times 10,51$ + гребеневий рахунок на 2-му пальці лівої кисті $\times 0,06$ – 90,83.

Df (для хворих на СХО чоловіків) = міжпальцевий гребеневий рахунок bc на правій кисті $\times 22,48$ - ендоморфний (F) компонент соматотипу $\times 0,61$ + величина кута atd на правій кисті $\times 1,51$ + поле закінчення лінії В на правій кисті $\times 9,18$ + гребеневий рахунок на 2-му пальці лівої кисті $\times 0,23$ – 79,57.

Де, ендоморфний компонент – в абсолютних одиницях; величина кута atd на правій кисті – в градусах; міжпальцевий гребеневий рахунок bc – в абсолютних одиницях; гребеневий рахунок – в абсолютних одиницях; поле закінчення лінії В – в абсолютних одиницях.

Модель, яка враховує антропометричні та дерматогліфічні показники у жінок другого зрілого віку, коректна в 75,47% випадків.

Показники класифікації (Df) для різних груп жінок в залежності від особливостей будови тіла і показників дерматогліфіки мають вигляд наступних рівнянь:

Df (для здорових жінок) = міжпальцевий гребеневий рахунок b_c на лівій кисті $\times 12,53$ + величина кута atd на лівій кисті $\times 1,69$ + величина кута atb на правій кисті $\times 1,98$ - величина кута atb на лівій кисті $\times 1,33$ + гребеневий рахунок на 2-му пальці лівої кисті $\times 0,18$ + гребеневий рахунок на 4-му пальці правої кисті $\times 0,09$ + обхватний розмір грудної клітки $\times 0,57$ - товщина шкірно-жирової складки на правій поверхні живота $\times 3,97 - 76,55$.

Df (для хворих на СХО жінок) = міжпальцевий гребеневий рахунок b_c на лівій кисті $\times 7,82$ + величина кута atd на лівій кисті $\times 2,14$ + величина кута atb на правій кисті $\times 2,56$ - величина кута atb на лівій кисті $\times 1,91$ + гребеневий рахунок на 2-му пальці лівої кисті $\times 0,39$ - гребеневий рахунок на 4-му пальці правої кисті $\times 0,199$ + обхватний розмір грудної клітки $\times 0,46$ - товщина шкірно-жирової складки на правій поверхні живота $\times 5,87 - 84,91$.

Віднесення до здорових жінок можливе при значенні Df , близькому до 76,6; віднесення до хворих на СХО жінок можливе при значенні Df , близькому до 84,9.

Де, величина долонних кутів – в градусах; міжпальцевий гребеневий рахунок b_c – в абсолютних одиницях; окружність грудної клітки – в см; величина гребеневого рахунку – в абс. одиницях; товщина шкірно-жирової складки – в мм.

Друга частина нашого дослідження присвячена лікуванню ентеральної інтоксикації при гострій спайковій непрохідності кишечника та профілактиці спайкоутворення.

В післяопераційному періоді у хворих *основної групи* в комплекс лікувальних заходів було включено проведення череззондової лікувальної програми, яку виконували наступним чином (деклараційний патент України на винахід 63417 А). Через інтубаційний зонд шприцом Жане вводили 2% розчин натрію хлориду 1-1,5 л, фракційно по 200-300 мл з експозицією по 10-15 хвилин. Після введення кожної фракції до зовнішнього кінця зонда підключали електровідсмоктувач. Далі вводили 1% розчин полісорбу 200 мл, його експозиція також 10-15 хвилин, кишковий вміст з сорбентом також видалявся електровідсмоктувачем. Після закінчення аспірації через зонд послідовно вводили 200 мл розчину реополіглюкіну, 0,5 г цефокситину та 100 мл метроджилу. Процедуру повторювали 3-4 рази на добу. Інтестинальне лікування проводили до відновлення перистальтики, відходження газів і покращення стану хворого.

Ефективність запропонованої череззондової програми лікування оцінювали на 2-гу добу післяопераційного періоду на фоні післяопераційного пареза кишечника до його розв'язання, яке, як правило, настає на 3-4 добу після операції.

У хворих *основної групи* після операції спостерігається достовірне зниження ряду показників інтоксикації. А саме, зниження лейкоцитозу ($p < 0,01$), лейкоцитарного індексу інтоксикації ($p < 0,05$), концентрації в крові сечовини ($p < 0,01$), креатиніну ($p < 0,05$), концентрації молекул

середньої маси ($p < 0,5$), частоти серцевих скорочень ($p < 0,001$), підвищення протромбінового індексу ($p < 0,05$).

Відновлення перистальтики у цій групі відбулось через $40,65 \pm 1,32$ годин після операції, тривалість перебування в стаціонарі склала $8,4 \pm 1,1$ ліжко-днів.

У цих хворих спостерігались наступні ускладнення: нагноєння післяопераційної рани у 1 хворого, що склало $9,09 \pm 2,99\%$. Помер 1 хворий, прооперований з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника, у якого розвинулись множинні тонкокишкові нориці. Летальність склала $2,2 \pm 0,2\%$.

Показники цієї групи хворих було порівняно з показниками хворих *контрольної групи*.

У хворих цієї групи після операції відбулось достовірне зниження лише показників тахікардії ($p < 0,05$), артеріального тиску ($p < 0,05$), зниження рівня загального білка ($p < 0,01$).

Відновлення перистальтики у цій групі хворих відбулось через $44,4 \pm 4,2$ годин після операції, тривалість перебування в стаціонарі склала $15,5 \pm 1,3$ ліжко-днів.

У цих хворих спостерігалась наступна група ускладнень. Внутрішньочеревні ускладнення відмічено у 7 пацієнтів. Серед них - неспроможність швів анастомозів розвинулась у 1 хворого, рання післяопераційна спайкова непрохідність кишечника - у 2 хворих. У 3 хворих старше 70 років ранній післяопераційний період був ускладнений евентрацією. У 1 хворого розвинувся післяопераційний перитоніт, обумовлений абсцесом черевної порожнини.

Крім того, нагноєння післяопераційної рани було наявне в 3 випадках. Пневмонія в післяопераційному періоді розвивалась у 5-ти хворих. Делірій змішаного генезу ускладнював післяопераційний період у 4-х хворих. Таким чином, ускладнення склали $16,95 \pm 4,22\%$.

Померло 3-є хворих: 1 - внаслідок прогресування перитоніту та розвитку поліорганної недостатності, 2 хворих - внаслідок тромбоемболії легеневої артерії. Летальність склала $5,1 \pm 3,4\%$.

При порівнянні значень перелічених показників *до операції* істотних їх відмінностей між двома групами хворих не встановлено.

При порівнянні значень показників на 2-гу добу *після операції* виявлено, що у хворих основної групи достовірно нижчими є показники лейкоцитарного індексу інтоксикації ($p < 0,05$), рівня лейкоцитозу ($p < 0,05$), концентрації молекул середньої маси ($p < 0,01$), вищий протромбіновий індекс ($p < 0,01$), нижчий показник післяопераційних ускладнень ($p < 0,05$) та коротша тривалість перебування в стаціонарі ($p < 0,05$), порівняно з хворими контрольної групи. Відмінності між рештою післяопераційних показників, а також між значеннями часу від початку захворювання до проведення операції, часу відновлення перистальтики та летальності у цих двох групах недостовірні.

Із загального числа 208 хворих, прооперованих з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника, НІІ тонкої кишки була застосована у 116. Із них у 64 (основна група хворих) вона проводилась з використанням запропонованої методики проведення інтубаційного зонда через дванадцятипалу кишку при антеградних методах інтубації (Патент України № 36076 А), а у 52 - з використанням раніше розроблених технічних прийомів (контрольна група хворих).

На рис. 1 зображений кишковий зонд на розрізі. Зонд містить еластичну трубку 1 з боковими отворами 6, провідник 2, співосно вставлений на трубці 1 з можливістю вільного переміщення вздовж неї. Біля робочого кінця на провіднику 2 закріплено еластичну манжету 3, до якої веде повітропровідний канал 4 з канюлею 8, ще один повітропровідний канал 5 з канюлею 9 закінчується отвором 7, розміщеним дистальніше манжетки 3.

Зонд використовують наступним чином. Провідник 2 одягають на трубку 1 із спущеною манжетою 3. Зонд вводять через рот в шлунок і далі в дванадцятипалу кишку. При наявності затруднень до проведення зонда через останню, через повітропровідний канал 4 з канюлею 8 вводять повітря для роздування манжетки 3, за допомогою чого перекивають просвіт дванадцятипалої кишки, що запобігає проникненню повітря в ретроградному напрямку та сприяє кращому розширенню та розправленню дванадцятипалої кишки, яке досягається введенням повітря через повітропровідний канал 5 з канюлею 9 після роздування манжетки. Після розправлення та розширення кишки зонд 1 просувають за місце перешкоди, по можливості якнайдалі. Після цього відсмоктують повітря із манжетки 3, що веде до її спадання.

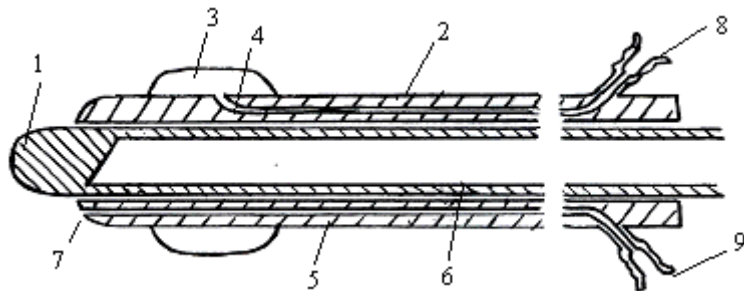


Рис. 1 Інтубаційний зонд на розрізі.

Після проведення зонда 1 в початковий відділ тонкої кишки провідник 2 із спущеною манжетою 3 виймають. Після завершення інтубації тонкої кишки кінець зонда 1 виводять через нижній носовий хід.

У 64 хворих основної групи НІІ проводилась з використанням власної методики проведення зонда через дванадцятипалу кишку. Тривалість оперативного втручання в цій групі становила $90,5 \pm 4,7$ хвилин.

У 52 хворих контрольної групи середня тривалість оперативного втручання склала $120,2 \pm 7,5$ хвилин.

Таким чином, виявлено відмінність у тривалості оперативного втручання – у хворих, в яких застосовано власну методику проведення інтубаційного зонда ця тривалість була коротшою ($p < 0,01$).

Зі 102 хворих *основної* групи у 56, після завершення основного етапу операції, проводили запропоновану профілактичну програму. Ефективність цієї програми оцінювали в найближчому та віддаленому післяопераційному періоді протягом 3-х років кожних 6 місяців.

У 106 хворих *контрольної* групи оперативне втручання завершували без проведення запропонованої профілактичної програми. З метою порівняння результатів проведення профілактики спайкоутворення проводилась оцінка стану 60 хворих з контрольної групи в найближчому та віддаленому післяопераційному періоді протягом 3-х років також кожних 6 місяців.

Відповідно до сучасних уявлень одними з провідних ланок патогенезу утворення спайок є фактор тканинної ішемії (Duffy D.M., diZerega G.S, 1994), прискорення репаративних процесів в пошкодженому мезотелії (Diamond M.P., 1997), зниження фібринолітичної активності мезотеліоцитів та тривалий післяопераційний парез кишечника (Радзіховський А.П, 2005).

Відповідно до вказаних ланок патогенезу запропонована багатовекторна профілактична програма (декларційний патент України на винахід 71368 А), яка передбачає після виконання основного етапу операції, санації та дренування черевної порожнини, введення в черевну порожнину сандостатину 100 мкг, 40000 ОД фібринолізину, 250 мг гідрокортизону у 400 мл 0,9% р-ну NaCl та внутрішньовенно крапельно вазопростану по 40 мкг на 250 мл 0,9% р-ну NaCl 1 раз на добу протягом 3-5 днів.

Ефективність профілактичної програми оцінювали за такими критеріями: наявність чи відсутність больового синдрому, частота його виникнення, поява ознак непрохідності кишечника (нудота, блювота, здуття живота, затримка випорожнення та газів), виникнення рецидиву захворювання, який потребував лікування в умовах стаціонару та хірургічного втручання, лапароскопічний контроль.

У 28 хворих основної групи, яким проводились запропоновані профілактичні заходи, за період спостереження взагалі був відсутній больовий синдром в черевній порожнині, тоді як в контрольній групі хворих лише у 9 встановлено відсутність больового синдрому. Крім того, у 19 хворих контрольної групи виник рецидив гострої спайкової непрохідності, який потребував госпіталізації в хірургічний стаціонар. Серед них 11 хворих були прооперовані і у 8 явища непрохідності було ліквідовано консервативним шляхом. У хворих основної групи тільки у 3 виник рецидив гострої спайкової непрохідності, який у 1-го хворого потребував невідкладного оперативного втручання. В ранньому післяопераційному періоді у 2-х хворих контрольної групи

розвинулась рання післяопераційна гостра спайкова непрохідність кишечника (РПСНК). У хворих основної групи випадків розвитку РПСНК не було.

Контроль процесу спайкоутворення проводили не тільки за допомогою клінічного спостереження, а і шляхом лапароскопічного контролю у хворих, яким виконувались лапароскопічні оперативні втручання з інших причин.

Так, 5-м хворим основної групи серед тих, які не висували скарг на біль в животі, пов'язану зі спайковою хворобою очеревини, виконано лапароскопічну холецистектомію в період від 1 до 3-х років після операції. При оцінці стану органів черевної порожнини ознак рецидиву спайкоутворення не виявлено.

Серед хворих *контрольної групи* у 2-х після консервативної ліквідації явищ гострої спайкової непрохідності кишечника був виконаний лапароскопічний адгезіолізис, під час якого при оцінці органів черевної порожнини визначався виражений спайковий процес в області здухвинної кишки.

Крім того, *на основі розробленої математичної моделі визначення схильності до спайкової хвороби очеревини за даними антропометричного та дерматогліфічного обстеження*, була проведена профілактична програма ще у 32 хворих, прооперованих з приводу різних гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і які виявилися схильними до спайкоутворення.

Вік хворих склав $49,4 \pm 4,5$ років. Чоловіків було 18, жінок – 14. 20 хворих були прооперовані з приводу гострого деструктивного апендициту, місцевого перитоніту, 7 хворих - з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки, розлитого серозно-гнійного перитоніту. З приводу гострого калькульозного флегмонозного холециститу прооперовано 5 хворих. Шляхом клінічного та лапароскопічного контролю (у 6-ти хворих) на протязі 1 року ознак розвитку спайкоутворення не виявлено.

ВИСНОВКИ.

У дисертаційній роботі узагальнено антропометричні та дерматогліфічні показники здорових і хворих на спайкову хворобу очеревини чоловіків та жінок 2-го зрілого віку, розкрито констатуючі та прогностичні фактори виникнення спайкової хвороби очеревини, з урахуванням яких розроблено дискримінантні моделі ризику виникнення цього захворювання, що є необхідним для своєчасної діагностики та профілактики. Запропоновано профілактику спайкоутворення, яка застосовується у хворих, схильних до розвитку спайкової хвороби очеревини.

1. У чоловіків, хворих спайковою хворобою очеревини, порівняно зі здоровими чоловіками встановлено достовірне зменшення ендоморфного та мезоморфного компонентів при збільшенні ектоморфного компоненту соматотипу за рахунок збільшення довжини тіла та зросто-вагового

коефіцієнту, зменшення обхватних розмірів гомілки, товщини шкірно-жирових складок під лопаткою, на плечі, боку та гомілці, зменшення діаметрів епіфізів стегна та плеча.

У жінок, хворих спайковою хворобою очеревини, на відміну від здорових встановлено достовірне зменшення ендоморфного та мезоморфного компонентів на тлі збільшення ектоморфного компоненту соматотипу за рахунок збільшення довжини тіла, зменшення маси тіла, збільшення зросто-вагового коефіцієнту, зменшення окружності грудної клітки, зменшення обхватного розміру гомілки, зменшення товщини шкірно-жирових складок під лопаткою, на правій боковій поверхні живота та плечі, зменшення діаметру епіфізів плеча та стегна.

2. Дерматотип чоловіків та жінок, хворих спайковою хворобою очеревини, достовірно відрізняється кількісними та якісними показниками пальцевої та долонної дерматогліфіки від дерматотипу здорових чоловіків та жінок. Найбільш суттєві відмінності встановлені для наступних показників дерматогліфіки:

- у хворих чоловіків - зменшення величини кутів atb , atc та atd на обох кистях, на правій кисті більший міжпальцевий гребеневий рахунок bc і менша величина міжпальцевих гребневих рахунків ab і cd , на лівій кисті менший міжпальцевий гребеневий рахунок ab , зменшення пальцевого гребеневого рахунку на I та IV пальцях обох кистей, більш часте закінчення лінії A в полі 5, а лінії B – в полі 5' - порівняно зі здоровими чоловіками.

- у хворих жінок - на правій кисті зменшення величини кутів atd та atb , на лівій кисті – збільшення величини кута atb ; на правій кисті зменшення величини міжпальцевих гребневих рахунків bc і cd , на лівій кисті - величини міжпальцевих гребневих рахунків ab і bc , зменшення пальцевого гребеневого рахунку на I та IV пальцях обох кистей порівняно зі здоровими жінками.

3. Прогностичні (дерматогліфіка) та констатуючі (антропометричні показники, соматотип) ознаки є специфічними гено- та фенотипічними маркерами схильності до розвитку спайкової хвороби очеревини.

4. Розроблені та науково-обгрунтовані дискримінантні моделі прогнозування виникнення спайкової хвороби очеревини у чоловіків та жінок 2-го зрілого віку в залежності від особливостей будови і розмірів тіла та дерматогліфічних показників є адекватними і дають можливість прогнозувати виникнення спайкової хвороби очеревини з вірогідністю 74,8% у чоловіків і 75,5% у жінок, і тому є доцільними для запобіжного застосування профілактичних заходів у групах підвищеного ризику розвитку захворювання.

5. Використання череззондової лікувальної програми в післяопераційному періоді у хворих з синдромом ентеральної недостатності, прооперованих з приводу гострої спайкової непрохідності кишечника, дозволило знизити рівень ендогенної інтоксикації та прискорити відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника, і як наслідок, зменшити летальність з 5,1% до 2,2%,

кількість післяопераційних ускладнень – з 16,95% до 9,09%, скоротити термін лікування з 15,5 до 8,4 ліжко-днів.

6. Назоінтестинальну інтубацію тонкої кишки слід вважати методом вибору. Використання з цією метою зонда власної конструкції дозволяє полегшити його проведення через дванадцятипалу кишку, що зменшує травматичність та тривалість операції (в середньому на 30 хв.) і сприяє адекватному відновленню моторно-евакуаторної функції кишечника.

7. Хворим, схильним до розвитку спайкової хвороби очеревини, необхідно проводити як інтраопераційну профілактику спайкоутворення з застосуванням гідрокортизону, фібринолізину, сандостатину, так і обов'язкове доповнення в післяопераційному періоді внутрішньовенного введення вазопростану. Застосування запропонованої схеми профілактики спайкоутворення дозволяє ефективно зменшити ризик виникнення або рецидиву спайкової хвороби очеревини в 75% випадків.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО НАУКОВОГО І ПРАКТИЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ ЗДОБУТИХ РЕЗУЛЬТАТІВ

1. Встановлені прогностичні (дерматогліфічні) та констатуючі (соматотип, антропометричні показники) критерії рекомендовано використовувати з метою виявлення людей, схильних до розвитку спайкової хвороби очеревини.

2. На основі прогностичних та констатуючих критеріїв можливе створення диспансерних груп чоловіків та жінок II зрілого віку, схильних до спайкоутворення, з метою проведення запобіжних заходів до розвитку спайкової хвороби очеревини.

3. Перед виконанням планового чи невідкладного оперативного втручання на органах черевної порожнини всіх хворих доцільно обстежувати на предмет схильності до розвитку спайкової хвороби очеревини. Схильним до розвитку спайкової хвороби рекомендовано проводити профілактику спайкоутворення загальноприйнятими та розробленим нами методом із застосуванням інтраперитонеального введення гідрокортизону, фібринолізину та сандостатину з внутрішньовенним введенням в післяопераційному періоді вазопростану.

4. При відсутності протипоказів до проведення антеградних видів декомпресії, способом вибору необхідно вважати назогастроінтестинальну інтубацію зондом запропонованої конструкції, що значно полегшує саму процедуру інтубації та зменшує її травматичність і тривалість.

5. Пацієнтам, яким виконується декомпресія шлунково-кишкового тракту одним зі способів інтубації тонкої кишки, починаючи з перших годин після операції показане проведення комплексу череззондових лікувальних методик, які включають ентеральний лаваж, ентеросорбцію, покращення регіональної мікроциркуляції та селективну кишкову деконтамінацію, що досягається при череззондовому введенні гіпертонічного розчину хлориду натрія, полісорбу, реополіглюкіну, метрогілу та цефокситину.

СПИСОК ПРАЦЬ, ОПУБЛІКОВАНИХ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Шапринський В.О., Гладисенко О.І., Куковиця І.Г. Патогенез, діагностика та лікування ранньої функціональної післяопераційної непрохідності кишечника // Клінічна хірургія.-1999.-№8.-С.45-48. (Здобувачеві належить огляд літератури, оформлення матеріалу до публікації).
2. Шапринський В.О., Гладисенко О.І., Феджага О.П. Актуальні аспекти антибіотикотерапії при лікуванні післяопераційного перитоніту // Вісник Вінницького державного медичного університету.-2000.-№ 4(1).-С.196-197. (Здобувачеві належить огляд літератури, клінічні спостереження, матеріал дослідження, його статистична обробка).
3. Шапринський В.О., Гладисенко О.І., Феджага О.П. Діагностика та особливості лікування гострої спайкової кишкової непрохідності // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія “Медицина”.-2001.-Вип.14.-С.51-53. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, його статистична обробка, оформлення публікації до друку).
4. Шапринський В.О., Гладисенко О.І. Визначення соматотипу у хворих на спайкову хворобу очеревини // Харківська хірургічна школа. - 2004.-№1-2.-С.186-187.(Здобувачеві належить матеріал дослідження, статистична обробка, підготовка до друку).
5. Шапринський В.О., Гладисенко О.І.Визначення соматотипу у пацієнтів з ранньою післяопераційною спайковою хворобою очеревини // Клінічна хірургія.-2004.-№11-12.- С.107-108. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, статистична обробка результатів, оформлення публікації до друку).
6. Шапринський В.О., Гунас І.В., Гладисенко О.І. Прогностичні та констатуючі критерії виникнення спайкової хвороби очеревини // Вісник Вінницького національного медичного університету.-2005.- № 9 (2).-С.227-231. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, статистична обробка результатів, підготовка публікації до друку).
7. Шапринський В.О., Покидько М.І., Гладисенко О.І. Патогенез, діагностика та лікування ранньої післяопераційної спайкової кишкової непрохідності (огляд) // Вісник Вінницького державного медичного університету.-2001.-№ 5(1).-С.296-299. (Здобувачеві належить огляд літератури, підготовка публікації до друку).
8. Деклараційний патент на винахід 36076 А Україна, МПК А61М25/00 Назоінтестинальний зонд /В.О.Шапринський, Г.Я. Костюк, О.П. Феджага, О.І. Гладисенко. – Заявл. 29.10.1999; Опубл. 16.04.2001.- Бюл. №3. (Здобувачеві належить участь у розробці методики).
9. Деклараційний патент на винахід 63417 А Україна, МПК А61М25/00. Спосіб лікування ентеральної недостатності та ендогенної інтоксикації /В.О.Шапринський, О.П.Феджага, О.І. Гладисенко, І.В. Пасічник. – Заявл. 15.04.2003; Опубл. 15.01.2004.- Бюл. №1. (Здобувачеві належить огляд літератури, участь у розробці методики, експериментальна частина роботи).

10. Деклараційний патент на винахід 71368 А Україна, МПК А61В17/00, А61К31/00. Спосіб лікування і профілактики спайкової хвороби очеревини / В.О. Шапринський, М.В. Мазур, О.І. Гладишенко.- Заявл. 25.12.2003; Опубл. 15.11.2004.- Бюл. №11. (Здобувачеві належить участь у розробці методики, забезпечення клінічним та експериментальним матеріалом).

11. Шапринський В.О., Шапринська І.В., Гладишенко О.І. Визначення та особливості патогенезу післяопераційного перитоніту // Матеріали доповідей XIV науково-практичної конференції вищих медичних закладів освіти Вінницького регіону.- Вінниця, 1998.- С.55-56. (Здобувачеві належить огляд літератури, підготовка до друку).

12. Шапринський В.О., Гладишенко О.І. Лікування ентеральної недостатності та ендогенної інтоксикації при спайковій кишковій непрохідності // Матеріали XX з'їзду хірургів України.- 2002.- Т.2.-С.749-750. (Здобувачеві належить матеріал дослідження, його статистична обробка, підготовка до друку).

АНОТАЦІЯ

Гладишенко О.І. Прогнозування та профілактика спайкової хвороби очеревини на основі прогностичних критеріїв її виникнення. - Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. - Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, Тернопіль, 2007.

Дисертація присвячена вивченню зв'язку особливостей антропометричних, соматотипологічних і дерматогліфічних показників з розвитком спайкової хвороби очеревини у чоловіків та жінок II-го зрілого віку (чоловіки – 35-60 років; жінки – 35-55 років), а також лікуванню ентеральної інтоксикації при гострій спайковій непрохідності кишечника та профілактиці розвитку спайкоутворення.

Автором вперше встановлено, що антропометричні, соматотипологічні та дерматогліфічні показники є специфічними гено- та фенотипічними маркерами схильності до розвитку спайкової хвороби очеревини. На основі проведених антропогенетичних досліджень, вперше розроблені дискримінантні моделі індивідуальної схильності до спайкової хвороби очеревини у чоловіків та жінок II-го зрілого віку. Автором вдосконалено лікування ентеральної інтоксикації при гострій спайковій непрохідності за допомогою введення препаратів через кишковий зонд, запропонована нова конструкція назоінтестинального зонда, яка дозволяє полегшити його проведення через дванадцятипалу кишку, впроваджена нова схема профілактики спайкоутворення.

Ключові слова: спайкова хвороба очеревини, гостра спайкова непрохідність кишечника, соматотип, дерматогліфіка, прогнозування, профілактика.

АННОТАЦИЯ

Гладышенко А.И. Прогнозирование и профилактика спаечной болезни брюшины на основе прогностических критериев ее возникновения.- Рукопись.

Диссертация на соискание научной степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия-Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины, Тернополь, 2007.

Диссертация посвящена изучению связи особенностей антропометрических, соматотипологических и дерматоглифических показателей со склонностью к развитию спаечной болезни брюшины у мужчин и женщин II-го зрелого возраста (мужчины – 35-60 лет; женщины – 35-55 лет), а также лечению энтеральной интоксикации при острой спаечной непроходимости кишечника и профилактике развития спайкообразования.

Проанализировав результаты обследования 286 человек, автором впервые установлено, что антропометрические, соматотипологические и дерматоглифические показатели являются специфическими гено- и фенотипическими маркерами склонности к развитию спаечной болезни брюшины. Установлено, что мужчины, страдающие спаечной болезнью брюшины, отличаются от здоровых мужчин уменьшением эндоморфного и мезоморфного компонентов соматотипа при увеличении его екторморфного компонента за счет увеличения длины тела и росто-весового коэффициента, уменьшения охватного размера голени, толщины кожно-жировых складок под лопаткой, на плече, правой боковой поверхности живота и голени, уменьшения размеров эпифизов плеча и бедра.

У женщин, страдающих спаечной болезнью брюшины, в отличие от здоровых также отмечено достоверное уменьшение эндоморфного и мезоморфного компонентов соматотипа при увеличении екторморфного компонента за счет увеличения длины тела, уменьшения массы тела, увеличения росто-весового коэффициента, уменьшения окружности грудной клетки, охватного размера голени, толщины кожно-жировых складок под лопаткой, на правой боковой поверхности живота, плече, уменьшения диаметров эпифизов плеча и бедра.

В основе показателей дерматоглифики, являющихся прогностическими критериями, лежат высокая наследственная обусловленность и неизменяемость с возрастом. Установлено, что больных спаечной болезнью брюшины мужчин от здоровых отличают уменьшение величины углов atb , atc и atd на обеих кистях, больший межпальцевой гребешковый счет bc и меньшая величина межпальцевых гребешковых счетов ab и cd на правой кисти, на левой кисти меньшая величина межпальцевого гребешкового счета ab , уменьшение пальцевого гребешкового счета на I и IV пальцах обеих кистей, более частое окончание линии A в поле 5, линии B – в поле 5'.

У больных спаечной болезнью женщин, в отличие от здоровых, установлено уменьшение величины углов atd и atb на правой кисти, увеличение величины угла atd на левой кисти, на правой

кисти уменьшение величины межпальцевых гребешковых счетов bc и cd, на левой кисти уменьшение величины межпальцевых гребешковых счетов ab и bc, а также уменьшение пальцевого гребешкового счета на I и IV пальцах обеих кистей.

На основе проведенных антропогенетических исследований, впервые разработаны дискриминантные модели индивидуальной склонности к развитию спаечной болезни брюшины у мужчин и женщин II-го зрелого возраста. Разработанные дискриминантные модели дают возможность прогнозировать развитие спаечной болезни брюшины с вероятностью 74,8% у мужчин и 75,5% у женщин.

Автором усовершенствовано лечение энтеральной интоксикации при острой спаечной непроходимости при помощи введения препаратов через кишечный зонд. Череззондовое введение в раннем послеоперационном периоде гипертонического раствора хлорида натрия, полисорба, реополиглюкина, цефокситина и метронидазола позволило снизить уровень эндогенной интоксикации, ускорить восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника. В результате использования предложенной программы удалось уменьшить летальность с 5,1% до 2,2%, количество послеоперационных осложнений с 16,95% до 9,09%, сократить сроки лечения с 15,5 до 8,4 койко-дней.

Предложена новая конструкция зонда для проведения назоинтестинальной интубации тонкой кишки, которая позволяет облегчить его проведение через двенадцатипалую кишку, что в результате уменьшает травматичность и длительность операции (в среднем на 30 минут).

Возможность прогнозирования развития спаечной болезни брюшины позволяет проводить целенаправленную ее профилактику. Предложена комплексная схема профилактики спайкообразования, которую рекомендовано проводить больным, склонным к развитию спаечной болезни. Предложенная схема предусматривает проведение как интраоперационной профилактики с применением гидрокортизона, фибринолизина, сандостатина, так и обязательное дополнение в послеоперационном периоде внутривенного введения вазопростана. Использование данной схемы профилактики спайкообразования позволяет уменьшить риск возникновения спаечной болезни в 75% случаев.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, острая спаечная непроходимость кишечника, соматотип, дерматоглифика, прогнозирование, профилактика.

THE SUMMARY

Gladishenko A.I. Forecasting and preventive maintenance peritoneal commissures on a basis prognostic criteria it beginnings.- the Manuscript.

The dissertation on competition of a scientific degree of the candidate of medical sciences on a speciality 14.01.03 - surgery.- Ternopol State Medical University by I.Y. Horbachevsky MH of Ukraine, Ternopol, 2007.

The dissertation is devoted to study communication of anthropometrical features, somatotypical and dermatoglyphical parameters with development peritoneal commissures at the men and women second of mature age (man - 35-60 years; the woman - 35-55 years), and also treatment enteral intoxication at acute intestinal obstruction and preventive maintenance of development adhesions formation.

By the author for the first time is established, that anthropometrical, somatotypical and dermatoglyphical parameters are specific genotypic and phenotypic markers of propensity to development peritoneal commissures. On the basis of carried antropogenetical researches, for the first time elaborate discriminant models of individual propensity to peritoneal commissures at the men and women second of mature age. The author advances treatment enteral intoxication at acute intestinal obstruction using introduction of preparations through intestinal tube, the new design nasointestinal tube is offered which allows to facilitate its realization through duodenum, the new circuit of preventive adhesions formation is introduced.

Key words: peritoneal commissures, acute intestine adhesive ileus, somatotype, dermatoglyphics, forecasting, preventive maintenance.