

**Міністерство охорони здоров'я України**

**Академія медичних наук України**

**Наукова асоціація хірургів України**

**Інститут хірургії та трансплантології АМН України**

**Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського**

**Тернопільська обласна державна адміністрація**

# **МАТЕРІАЛИ**

## **XXIII з'їзду хірургів України**

### **Том 2**

Тернопіль  
“Укрмедкнига”  
2002



# **МАЛОІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ**



**М.П. Павловський, І.Й. Євстахевич<sup>2</sup>, В.Ф. Інденко<sup>2</sup>,  
В.І. Коломійцев, Ф.П. Інденко, Я.П. Гавриш, М.П. Попик<sup>1</sup>,  
Ю.Л. Євстахевич<sup>2</sup>, М.В. Чекан<sup>1</sup>, С.С. Кирилюк<sup>1</sup>, Г.Б. Лебідь<sup>2</sup>**

## **ХІРУРГІЯ“ОДНІЄДОБИ”ВЛІКУВАННІХВОРИХ НАКАЛЬКУЛЬОЗНИЙХОЛЕЦИСТИТ,УСКЛАДНЕНИЙ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗОМ**

*Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького,*

*<sup>1</sup>Львівська обласна клінічна лікарня,*

*<sup>2</sup>Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України*

Вступ. Лапароскопічна холицистектомія є загально визнаним методом лікування хворих з каменями жовчного міхура. Проте, діагностика і лікування пацієнтів з калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітазом та гострим біліарним панкреатитом залишається актуальною проблемою.

В своїх дослідженнях ми поставили за мету – покращити лікування хворих на калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітазом.

Матеріал і методи. В клініці виконано понад 2500 лапароскопічних холицистектомій. Серед них виліковано 500 пацієнтів з калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітазом із застосуванням малоінвазійних технологій.

Результати дослідження. У всіх (500) пацієнтів з жовчно – кам’яною хворобою, ускладненою холедохолітазом, малоінвазійні лікувальні процедури були виконані протягом однієї доби, що ми умовно назвали хірургією “однієї доби”.

У двох пацієнтів камені в магістральних жовчних протоках виявили під час інтраопераційної ревізії. У них ми провели втручання типу “одного кроку” (за Alberto Montory, 1998), а саме транспапілярну холедолітоекстракцію, яку виконували під час лапароскопічної холицистектомії.

У 14 пацієнтів виконано ендоскопічну ретроградну холангіографію, папілотомію, транспапілярну літоекстракцію і в цей же день – лапароскопічну холицистектомію. Таку лікувальну тактику названо хірургією “одного дня”.

У третій групі хворих, яких віднесено власне до хірургії “одної доби”, протягом доби виконано ретроградну холангіографію, папілотомію, транспапілярну літоекстракцію та лапароскопічну холицистектомію. Таким методом ліковано 484 пацієнти. Серед них у 52 (10,4%) хворих був гострий біліарний панкреатит, зокрема у 10 – на ґрунті защемленого каменя фатеро-вого сосочка.

Така тактика у пацієнтів з холедохолітазом дозволяє скоротити передопераційний період та час перебування їх у стаціонарі, є патогенетично виправдана при холангіті та біліарному панкреатиті, оскільки таким чином

ми проводимо декомпресію панкреато-біліарного тракту, попереджуємо міграцію каменів із жовчного міхура в протоки і ліквідуємо умови розвитку холангіту та гострого панкреатиту.

Усі пацієнти одужали, не було післяопераційних ускладнень і летальності.

Висновки. Дотримання тактики хірургії “однієї доби” забезпечує збереження переваг малоінвазивних технологій у пацієнтів з калькульозним холециститом, ускладненим холедохолітіазом і гострим біліарним панкреатитом.

УДК-616-007.43:616-08

**М.П. Захараш, М.Ю. Ничитайло, Ю.О. Фурманов,  
О.М. Литвиненко, Ю.М. Захараш**

## **ДОСВІДКЛІНІЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАЛЬНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ХІРУРГІЇ ТА ГІНЕКОЛОГІЇ**

*Національний медичний університет,  
Інститут хірургії і трансплантології АМН України,  
Центральний госпіталь СБ України, м. Київ*

З'єднання тканин і органів – важливий етап будь-якого хірургічного втручання, який визначає не тільки тривалість виконання, а й, в значній мірі, особливості перебігу раннього і віддаленого післяопераційного періодів, терміни і повноту відновлення фізіологічних функцій прооперованого органу. І не випадково зусилля декількох поколінь дослідників, клініцистів були спрямовані на створення ефективних шовних матеріалів, клейових композицій, зшиваючих апаратів і інше.

Важливим аргументом необхідності пошуку шляхів вирішення вказаної проблеми є суттєві недоліки, які притаманні відомим сьогодні методам з'єднання тканин (наявність в оперованому органі постійного чи тимчасового шовного матеріалу, ішемія тканин в зоні з'єднання, загроза поширення інфекції по шовному матеріалу за межі порожнинних органів і розвитку серйозних післяопераційних ускладнень, стенозу анастомозів внаслідок їх рубцювання, каменеутворення на шовному матеріалі після оперативних втручань на сечовивідній та біліарній системах).

Майже сто років у клінічній практиці успішно застосовується високо-частотний електричний струм з метою розтину тканин, забезпечення гемостазу, видалення окремих видів пухлин і інше. Загальновизнаним навіть став термін електрохірургія. Однак, її застосування, як правило, супроводжується тепловою денатурацією білка – коагуляцією, з наступною втратою життєздатності тканин внаслідок їх некрозу в зоні дії електричного струму. З

метою з'єднання органів і тканин електричний струм в світовій і клінічній практиці не застосовувався.

Ідея можливості вирішення цієї проблеми належить Президентові НАН України, директору інституту електрозварювання академіку Б.Є.Патону.

З інженерних позицій гіпотеза можливості її реалізації була такою. Як відомо, коагуляція білка починається при температурі 55 °С. При температурі 65 °С процес денатурації білка, перш за все альбуміну, відбувається повільно і повністю не завершується (максимально коагулюється 70 % альбуміну). Лише при температурі близько 100 °С відбувається повна денатурація білка.

Процес зварювання живих органів і тканин може відбуватися саме за рахунок білка, перш за все альбуміну, який міститься в міжклітинному просторі. Однак, для зварювання тканин лише цього білка, недостатньо. Було встановлено, що на початковому етапі процесу зварювання тканин їх слід "підготувати" за рахунок впливу електричного струму, який викликає часткове пошкодження клітинних мембран з додатковим виходом білка в міжклітинний простір. Саме часткове, а не повне пошкодження клітин, є важливою передумовою відновлення і збереження життєздатності зварюваних тканин.

Професором А.В. Лебедевим було встановлено, що таке часткове пошкодження клітин і наступне їх відновлення може відбуватися лише при застосуванні височастотного електричного струму, модульованого прямокутним сигналом з частотою 5000 Гц.

Спеціалістами інституту електрозварювання ім. Є.О.Патона НАН України був розроблений зварювальний комплекс, основним елементом якого є джерело живлення, що перетворює електричну енергію в енергію радіочастотного діапазону, створена Програма зміни напруги струму під час зварки тканин. Другим елементом комплексу є персональний комп'ютер, який виконує функції управління джерелом живлення.

Якщо перший період розробки методики режиму роботи комплексу, експозиція зварювання вибирались хірургом емпірично і досить не точно, що нерідко обумовлювало необхідність повторення процесу зварки, то сьогодні створено новий комплекс з програмним забезпеченням, який дозволяє визначати параметри процесу зварювання з допомогою комп'ютера в автоматичному режимі з врахуванням виду тканин, або органів, товщини зварюваних шарів і інших параметрів.

Для реалізації процесу зварювання створено 3 види біполярних електродів – інструментів, які забезпечують ефект зварювання при збереженні морфології та фізіологічних функцій зварюваних тканин і органів – біполярні пінцети, затискачі та інструменти для лапароскопічного проведення електрозварки.

Освоєння методики електрозварювання живих тканин і органів в експерименті розпочалось в 1996 році міжнародним колективом, учасниками яко-

го стали спеціалісти НДІ електрозварювання ім Є.О. Патона НАН України, інституту хірургії і трансплантології АМН України, Центру "Охмадит", Центрального клінічного госпіталю Служби безпеки України, хірургічна група з США на чолі з професором Дж. Куцом.

Експериментальні дослідження виконувались в Інституті хірургії і трансплантології під керівництвом професора Фурманова Ю.А. В результаті їх проведення були відпрацьовані методики зварювання стінки жовчного міхура, кишечника, апендектомії, формування кишечних анастомозів, крайової резекції печінки і інше. Експериментальні розробки проводились на білих щурах, кролях, а на кінцевих етапах – на 40 свинях.

Аналогічні експерименти проводились з використанням шовних матеріалів. Після евтаназії тварин вивчалась ефективність, якість, надійність зварювання на підставі гістологічного дослідження тканин, взятих в зоні зварювання на 14, 30, 60 і 90 добу після операції.

На 14 добу після операції на товстій кишці запальна реакція (лейкоцитарна інфільтрація, набряк) в зоні анастомозу при електрозварюванні була навіть дещо більш вираженою, ніж при застосуванні шовного матеріалу. Епітелізація слизової оболонки кишки була частковою. Однак, на 30 добу після електрозварювання товщина стінки кишки і вираженість запального процесу були незначними, в той час як при використанні шовного матеріалу ознаки запального процесу зберігались досить стійко. На 60 добу у тварин обох груп відзначалась повна епітелізація слизової, практично відновлювалась морфологічна структура стінки кишки, були відсутні ознаки рубцювання і стенозу, що виявлялось при формуванні анастомозу з допомогою шовних матеріалів.

Через 180 днів гістоархітектоніка стінки товстої кишки була співставлена з інтактними ділянками.

Після крайової резекції печінки через 90 діб в зоні резекції з застосуванням електрозварювання формувався нижній рубець і виявлялись новостворені печінкові дольки, що свідчило про наявність виражених репаративних процесів в зоні оперативного втручання.

На підставі отриманих експериментальних даних вперше в світовій хірургічній практиці в Центральному клінічному госпіталі Служби безпеки України під керівництвом проф. Захараша М.П., при інженерному супроводі спеціалістів інституту електрозварювання, почалось відпрацювання методик зварювання стінок жовчного міхура, міхурової протоки, шлунка, кишечника, а в подальшому і інших органів. Перша в світовій клінічній практиці операція на людині зварювання гостротомного розрізу була виконана в госпіталі в червні 2000 року.

Оперативні втручання з застосуванням електрозварювання паралельно почали виконуватись в НДІ хірургії і трансплантології, ТХ АМН України і в клініці професора М.Ю. Ничитайла.

Спеціалістами інституту електрозварювання удосконалювались і створювались нові інструменти для зварювання при виконанні як відкритих, так



і лапароскопічних оперативних втручань; клініцистами розроблялись і удосконалювались технологічні режими зварювання різних тканин і органів. В подальшому удосконалювалась технологія електрозварювання, розроблялись методики таких втручань на маточних трубах, матці, кишечнику, очеревині, апоневрозі, підшкірній клітковині, шкірі і інших органах.

На сьогодні в Центральному клінічному госпіталі – клініці кафедри факультетської хірургії №1 Національного медичного університету, виконано 247 операцій з використанням зварювальних технологій більш як на 1500 етапах їх виконання. При виконанні операції екстирпації матки (63), яка виконується практично на "сухому полі", зварювальні технології при мобілізації матки використовуються на 15-20 етапах, починаючи з електрозварювання судин, зв'язкового апарату матки при її мобілізації, закінчуючи зварюванням тазової очеревини, апоневрозу і інше.

Зварювання жовчного міхура виконувалось при ятрогенному випадковому їх пошкодженні в ході виконання як лапароскопічних, так і відкритих холецистектомій. Крім того, була удосконалена лапароскопічна голка для пункції жовчного міхура, яка дозволяла безпосередньо після закінчення пункції без видалення інструменту з черевної порожнини герметизувати пункційний отвір зварним швом, що особливо актуально при гострому холециститі для попередження жовчовиділення в черевну порожнину під час виконання операції холецистектомії (82).

Досить перспективним напрямком стало електрозварювання маткових труб (25) при лапароскопічному їх видаленні, а також при відновленні їх прохідності при відкритих оперативних втручаннях.

9 хворим виконана апендектомія з герметизацією культі апендиксу. Успішно виконувалось електрозварювання тазової і парієтальної очеревини.

В інституті хірургії і трансплантології АМН України електрозварювання органів і тканин також виконувалось як при лапароскопічних, так і при відкритих оперативних втручаннях. Всього за той же період виконано 315 операцій. Успішно була виконана лапароскопічна енуклеація гемангіом печінки (5), крайова резекція печінки (6), ехінококектомія при паразитарних кістах печінки та інше, зварювальні технології застосовані при виконанні 107 лапароскопічних холецистектомій.

Види оперативних втручань, виконаних з використанням зварювальних технологій в Центральному госпіталі СБ України і в НДІ трансплантології і хірургії АМН України, представлені в таблицях 1 і 2.

Застосування зварювальних технологій дозволяло значно скоротити (на 30-60 хвилин) тривалість оперативного втручання, наркозу, на 200-250 мл зменшити крововтрати, терміни відновлення морфологічної структури і фізіологічних функцій оперованого органа. Важливим фактором є і економічний ефект за рахунок зменшення показів до застосування високої вартості зшиваючих апаратів, степлерів, кліпс, економії шовного матеріалу.

Таблиця 1

**Види оперативних втручань, виконаних застосуванням зварювальних технологій в центральному клінічному госпіталі СБУ країни**

Вид оперативного втручання	Кількість операцій
Операції на тонкій і товстій кишці, в т.ч. з формуванням тонко- і товстокишкових анастомозів	12
Апендектомія	9
Зварювання стінки жовчного міхура	44
Зварювання видалюємої частини міхурової протоки	38
Резекція шлунка	4
Венектомія	13
Екстирпація матки з придатками, ампутація матки	63
Лапароскопічна тубектомія	25
Лапароскопічна цистектомія і резекція яєчників	23
Відновлення прохідності маткових труб	4
Інші	12

Таблиця 2

**Види оперативних втручань, виконаних з використанням зварювальних технологій в НДІ трансплантології і хірургії АМН України**

Ми не спостерігали інфікування післяопераційних ран, викликаних електрозварюванням, утворення гранульом, сером, лігатурних норниць, які нерідко вимагають тривалого лікування.

Електрозварювання органів і тканин, як метод їх з'єднання, безумовно є пріоритетним в порівнянні з використанням традиційних через притаманні їм серйозні недоліки, про що мова йшла вище.

Перш за все, найбільш доцільним є його застосування в абдомінальній хірургії, де переваги цього методу перед традиційними методами відновлення цілості органів і тканин є очевидними. Особливо перспективною є електрозварювання при виконанні відновлювальних операцій на органах шлунково-кишкового тракту, з формуванням анастомозів, в т.ч. "кінець в кінець", "бік в бік", для остаточної герметизації відрізків вказаних органів після видалення їх сегменту. Суттєвими є переваги електрозварювання при формуванні анастомозів трубчастих чи порожнинних органів в зв'язку з незрівнянно меншою загрозою розвитку анастомозитів, гнійних ускладнень в зоні анастомозів, їх стенозування і інше.

Застосування електрозварювання при операціях на печінці дозволяє досягти надійного гемо- і холестатичного ефекту. Особливо вагомими ці переваги є при його поєднанні з ендоскопічними і лапароскопічними технологіями (надійність, мала травматичність, мініінвазивність).

В ургентній хірургії електрозварювальні технології можуть успішно застосовуватись при гострому апендициті, травмах паренхіматозних органів з метою їх гемостазу, частковій резекції печінки, в ранніх термінах після перфорації виразки шлунка і дванадцятипалої кишки, травматичних ушкодженнях легень і інше.

Особливо широке застосування зварювальні технології можуть отримати в гінекологічній практиці, перш за все при відновленні прохідності маткових труб при безплідді різної етіології, позаматковій вагітності (ніжний рубець, менше загрози стенозування в результаті рубцювання), а також при виконанні таких важких, травматичних і небезпечних своїми ускладненнями операцій, якими є екстирпація, надпівхова ампутація матки.

Одержані експериментальні дані дають підстави стверджувати про реальну можливість застосування методики електрозварювання в судинній хірургії, нейрохірургії. Адже утворення ніжного рубця в зоні оперативного втручання є важливим фактором попередження стенозів судин, судорожних синдромів.

Перспективними електрозварювальні технології будуть в трансплантології при формуванні анастомозів, судин і порожнистих органів, а також в оториноларингології.

В урологічній практиці електрозварювання повинно зайняти провідне місце при зашиванні ран сечового міхура, уретри, з'єднанні "кінець в кінець" пошкоджених сечоводів.

Сьогодні завданням творчого колективу є удосконалення методик електрозварювання тканин і органів, перш за все, порожнинних (кишечник, шлунок, маткові труби, сечоводи) з відновленням їх безперервності, що дозволить збільшити питому вагу реконструктивно-відновлювальних операцій, розширення діапазону оперативних втручань з застосуванням зварювальних технологій.

**І.Л. Насташенко, В.П. Слободяник**

## **КРИТЕРІЇ ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДІВ ЛІТОТРИПСІЇ КОНКРЕМЕНТІВ ХОЛЕДОХА ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ**

*Головний військовий клінічний госпіталь Міністерства Оборони України, м.Київ*

Вступ. На даний час, у лікуванні хворих з холедохолітіазом домінуюче положення займають малоінвазивні ендоскопічні методи санації жовчних шляхів. Однак можливості ендоскопічної транспапільярної холедохолітоекстракції обмежуються невідповідністю діаметрів конкрементів і дистальних відділів жовчних проток, супутніми захворюваннями і перенесеними операціями.

Впроваджені в клінічну практику різні методи літотрипсії значно підвищують можливості ендоскопічного видалення конкрементів із позапечінкових жовчних проток і дозволяють не виконувати тотальну папілосфінктеротомію, що є одним із засобів профілактики розвитку явищ рефлюкс-холангіту.

Предметом обговорення є критерії вибору методів лікування і послідовності їхнього застосування у хворих з холедохолітіазом.

Матеріали і методи. У клініці абдомінальної хірургії і гастроентерології Головного військового клінічного госпіталю МО України з 1996 по 2001 р. виконано 17 дистанційних (ДЛТ) і 42 контактних механічних літотрипсії (МЛТ) з приводу холедохолітіазу з дотриманням розроблених критеріїв показань їхнього застосування і комбінування. Первинний алгоритм лікування даної категорії хворих можна сформулювати наступним чином:

- залишення конкрементів для самостійного відходження припустиме тільки при неможливості захопити кошиком Kogtia конкремент через його малі розміри і, водночас, сприятливих умовах наступного їхнього самовідходження (відсутність стриктур, звужень, навколососочкових дивертикулів)

- в усіх інших випадках доцільно дотримуватися активної тактики обов'язкового видалення конкрементів відразу чи в декілька етапів.

- при “важких” конкрементах (невідповідність розмірів дистальних відділів холедоха і конкремента, протяжних стриктурах і звуженнях холедоха дистальніше розташування каменю) – показане застосування одного з видів літотрипсії:

- 1 – першим етапом виконується спроба МЛТ. Потім, при наявності технічного обладнання, інші види контактного впливу на конкремент: п'езоелектрична, електрогідролітична, лазерна, інші види літотрипсії.

- 2 – другим етапом, при невдачах МЛТ, виконується назобілярне дренивання і ДЛТ під флюороскопічним і ультразвуковим наведенням з наступною ендоскопічною екстракцією фрагментів, що утворилися.

- в певних випадках (невдачі, ускладнення, протипоказання до тих чи інших видів втручань) виконується лапароскопічна холедохолітотомія. Мож-

ливості її значно розширюються при використанні методів черезміхурової холедохоскопії, холедохолітоекстракції, інтраопераційної контактної механічної літотрипсії.

Застосування тих чи інших видів літотрипсії виконується суворо за показаннями, згідно з приведеним вище алгоритмом і з урахуванням протипоказань – це дозволяє знизити відсоток невдач і ускладнень.

Результати й обговорення. З 145 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні з жовчнокам'яною хворобою ускладненою холедохолітазом, у 55 пацієнтів було виконано різні види дроблення конкрементів холедоха (17 – ДЛТ, і 42 – МЛТ) з метою підвищення ефективності застосування малоінвазивних методів санації жовчних шляхів. Ефективність МЛТ склала 90 %, ДЛТ – 86 %. При комбінації методів (ЕУВЛ з наступною МЛТ – це дозволяє не виконувати повторні сеанси дистанційної літотрипсії) ефективність зросла до 97 %. У цілому результативність ендоскопічних методів санації жовчних шляхів при використанні літотрипсії підвищилась до 92 %.

Крім того, застосування методів фрагментації конкрементів дозволило виконати дозовану ЕПСТ і частково зберегти функцію сфінктерного апарату ВДС, запобігти тим самим розвитку явищ рефлюкс-холангіту, знизити ризик виникнення кровотечі, перфорації і гострого панкреатиту до 0,7-1,2 %.

Але треба відзначити наявність специфічних ускладнень, які характерні самим методам літотрипсії. Так при використанні ДЛТ, крім описаних відомих ускладнень дистанційної літотрипсії (петехіальні крововиливи на шкірі в проекції поширення ударної хвилі, гематурія, тимчасова амілаземія і діастазурія), ми спостерігали рідке ускладнення – самовідходження великого конкремента в кишку з виникненням синдрому Bouvere (у нашому випадку – тонкокишкової жовчокам'яної непрохідності), що призвело до виконання порожнинної операції. При спробі виконання МЛТ звичайним кошиком Kogtia відбулося вклинення його бранш в конкремент, з неможливістю їхнього звільнення – після сеансу ЕУВЛ кошик з каменем витягнуті з протоки (два випадки); в одному спостереженні кошик механічного літотриптора фіксувався на зовнішньому дренажі холедоха і був звільнений тільки після втягування кошика літотриптора в його металеву оболонку, зрізання дистальної частки дренажу і витягування назовні.

Висновки. У цілому, літотрипсія є високоефективним методом лікування великих каменів загальної жовчної протоки.

Раціональна послідовність і комбінація методів літотрипсії дозволяє покращити результати лікування хворих з холедохолітазом.

Дотримання критеріїв застосування методів літотрипсії є мірою профілактики ускладнень.

**О.Л. Ковальчук**

## **ЛАПАРОСКОПІЧНІ ІНТРАОПЕРАЦІЙНІ ОБСТЕЖЕННЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Вступ. Широке розповсюдження лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ), виконання їх як у плановому, так і в екстреному порядку, накопичення сумного досвіду різноманітних ускладнень загострили питання необхідності об'єктивної інтраопераційної діагностики стану гепатобіліарної зони (ГПЗ) і, зокрема, позапечінокових жовчних шляхів. Часто через організаційні та технічні причини буває неможливо провести повноцінне доопераційне обстеження жовчовивідної системи або ж попередні дані під час операції викликають сумнів, особливо при виконанні ургентних операцій. Особливо це актуально для діагностики холедохолітіазу, який складає близько 10-15 % при жовчнокам'яній хворобі (ЖКХ).

Матеріали і методи. В період з 1998 по 2002 рік у Тернопільській державній медичній академії ім. І.Я. Горбачевського на базі лікувально-консультативного центру, клінік шпитальної хірургії, медсестринської справи, діагностики і медичної інформатики у 475 хворих на ЖКХ (з них 346 – жінки, 129 – чоловіки, віком від 18 до 79 років) були апробовані наступні методики інтраопераційної діагностики гепатобіліарної зони: ультразвукова доплеросонографія, фіброхоледохоскопія, трансдуоденальне УЗД, трансдуоденальна ретроградна фіброхолангіоскопія (ТДРХС), інтраопераційна холангіографія (ІОХГ), лапароскопічна динамічна рентгенохолангіоскопія (ІОДРХС), ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРХПГ), внутрішньовенна холангіографія (ВВХГ), черезшкірна черезпечінокова холангіографія (ЧЧХГ). При виконанні інтраопераційних обстежень використовували апарат для ультразвукової доплеросонографії "Aloka" SSK-2000, двоканалний ендоскоп GIT-2T20, сонографічний мікродатчик MP-PN10, датчик для інтраопераційної доплеросонографії, мобільна рентгенологічна установка для інтраопераційної лапароскопічної холецистохолангіографії ("Siemens"), відеолапароскопічна техніка та інструменти фірм "Karl Storz" та "klampus".

Результати дослідження та їх обговорення. Метою наших обстежень було узагальнення та оптимізація результатів попереднього та набутого досвіду у виконанні різних методик інтраопераційної діагностики гепатобіліарної зони.

Як результат, нами були виділені основні показання до інтраопераційних додаткових обстежень гепатобіліарної зони:

1 – уточнення ознак, ступеня вираженості і причини жовчної гіпертензії:

а) широкий холедох (зовнішній діаметр більше 10 мм, не діагностований до операції);

б) наявність при поступленні або в анамнезі жовтяниці і холангіту, нападів біліарного панкреатиту (при сумнівних або негативних результатах доопераційного обстеження);

в) широка міхурова протока (більше 5 мм при дрібних конкрементах в жовчному міхурі за даними передопераційного УЗД);

2 – дослідження топографо-анатомічного взаємовідношення міхурової протоки і гепатикохоледоха:

а) наявність виражених рубцево-склеротичних змін печінково-дванадцятипалої зв'язки;

б) виявлення аномалій розвитку й ідентифікація виду протоки при неясній анатомії;

3 – виявлення конкрементів у жовчних ходах;

4 – визначення місця і характеру ятрогенних пошкоджень протокових систем.

Нами було проаналізовано ряд методів та методик інтраопераційної інструментальної діагностики та відмічено переваги і недоліки кожного з них:

*Інтраопераційна доплеросонографія* На початку 90 років для інтраопераційної діагностики холедохолітіазу стали застосовувати інтраопераційне УЗД за допомогою спеціального датчика, який вводиться через 10 мм порт.

Показання: виконується при підозрі на холедохолітіаз і поганій візуалізації дистальної частини холедоха після трансабдомінального УЗД та сумнівного просвіту його проксимальної ділянки, для в'яснення характеру механічної жовтяниці.

Переваги: цей метод дозволяє виконати УЗД-сканування анатомічних структур гепатодуоденальної зв'язки і печінки без інвазії у просвіт, що суттєво знижує ризик ятрогенних пошкоджень; практично не відрізняється від ІОХГ; відсутність шкідливої дії рентгенівських променів на пацієнта і операційну бригаду.

Недоліки: дороге операційне обладнання і необхідність присутності в операційній лікарня УЗД.

#### *Фіброхоледохоскопія*

*Техніка виконання:* вводиться в холедох через надсічену міхурову протоку, при потребі попередньо виконують її дилатацію шляхом бужування; інший шлях введення – холедохотомний з наступним його зашиванням. Проводиться візуальний огляд стінок і вмісту протокової системи.

Переваги: при діагностуванні холедохолітіазу можливість відразу ж видалити конкремент.

Недоліки: часто неможливо оглянути проксимальні відділи печінкового дерева без повного пересічення міхурової протоки, у зв'язку з гострим кутом її впадання у гепатикохоледох.

#### *Трансдуоденальна ретроградна фіброхолангіоскопія. (ТДРХС)*

Показання: можна використати для діагностики холангіолітіазу під час ЛХЕ.

Техніка виконання: бєбіскоп вводиться у холедох через Фатєрів сосочок пїсля попередньої його канюляції зондом, проведеним по робочому каналу фїбродуоденоскопа.

Переваги: одномоментне проведення лїтоекстракції.

Недолїки: обстеження краще проводити в до- або пїсляопераційному перїодї, оскїльки положення хворого на спинї незручне для лїкаря-ендоскопїста; технїчна складнїсть канюлювання Фатєрового сосочка.

*Трансдуоденальна сонографїя.*

Показання: виконується при пїдозрї на холедохолїтаз, для вїяснення характеру механїчної жовтяниці (при поганїй вїзуалїзації дистальної частини холедоха, при трансабдомїнальному УЗД).

Техніка обстеження: проводиться через робочий канал дуоденоскопом, попередньо заведеним в дванадцятипалу кишку до рївня великого дуоденального сосочка, ротаційний датчик, який працює на частотї 7,5 або 12 МГц.

Переваги: дає можливїсть детальнїше, нїж при звичайному УЗД, обстежити дистальний вїддїл холедоха (на глибину до 6 см); за точнїстю рївноцїнний прямим методам контрастування загальної жовчної протоки; вїдсутнїсть шкїдливого впливу радїації на пацїєнта і персонал.

Недолїки: це обстеження, як і ендоскопїчну РХПГ, лїкарю-ендоскопїсту зручнїше виконувати у положеннї хворого на лївому боцї в до- або пїсляопераційному перїодї; глибина обстеження до 5 см; потреба у спеціальному дорогому обладнаннї, висока собївартїсть обстеження, необхїднїсть присутностї в операційнїй лїкаря УЗД.

Окремо було видїлено методи прямого контрастування жовчних проток – інтраопераційна холангіографїя (ІОХГ), лапароскопїчна динамїчна рентгенохолангіоскопїя (ДРХС), ендоскопїчна ретроградна панкреатохолангіографїя (ЕРХПГ), внутрїшньовенна холангіографїя (ВВХГ), черезшкїрна черезпечїнкова холангіографїя (ЧЧХГ).

***Інтраопераційна холангіографїя (ІОХГ)***

Показання: виявлення ознак, ступеня вираженостї та причини жовчної гїпертензїї при невдалїй або ж невиконанїй передопераційнїй холангіографїї; уточнення топографо-анатомїчного взаємовїдношення мїхурової протоки та гепатикохоледоха; визначення дефекту та мїсця ятрогенного пошкодження загальної жовчної протоки.

Техніка виконання: Найзручнїшою в практичному вїдношеннї є катетеризація мїхурової протоки. Катетер вводили через невеликий розрїз її стїнки. Герметизацію останньої проводили за допомогою спецїального затискача або шляхом клїпування чи лїгування (інтракорпоральним вузлом, ендопетлею).

Переваги: доступнїсть методу; вїдносно висока інформативнїсть (при досконалому оволодїннї методикою).

Недолїки: опромїнення пацїєнта і персоналу операційної; окремі знїмки поступають на інформативнїстю динамїчнїй рентгеноскопїї (10-20 % оманливопозитивних результатїв при попаданнї пухирцїв газу в протокову систе-



му); можливі ятрогенні пошкодження магістральних проток (провідником або самим катетером); при наявності дрібних конкрементів у міхуровій протоці можлива їх міграція у загальну жовчну протоку; можливість проєкційного накладання троакара або ж фіксаційних інструментів на жовчну протоку.

Переваги запропонованої нами лігатурної методики: відсутність ефекту накладання фіксуючого інструменту на зображення позапечінкових жовчних проток, obturaції кліпсою просвіту трубки; можливість подальшого переходу в зовнішнє дренування холедоха за Піковським; на відміну від лігування ендопетлею, немає необхідності попереднього пересікання протоки.

### ***Інтраопераційна динамічна рентгенохолангіоскопія (ІОДРХС).***

Показання і техніка виконання подібні до ІОХГ.

Переваги: можливість динамічного спостереження від початку заповнення контрастом жовчних проток до виведення його в кишечник; інформативність діагностики патології протокової системи наближена до 100 %; усунення елементів незручності, пов'язаних з рентген-касетою, немає втрати часу в порівнянні з ІОХГ.

Недоліки: спеціально обладнана операційна відповідним столом та рентгеноскопичним апаратом, що обумовлює відносно високу собівартість обстеження; значно більша доза опромінення персоналу та пацієнта порівняно з ІОХГ.

### ***Ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРХПГ)***

Один із методів, який можна використати для діагностики холангіолітіазу під час ЛХЕ.

Переваги: висока точність діагностики холедохолітіазу (близько 100 %).

Недоліки: його краще виконувати в до- або післяопераційному періоді, оскільки положення хворого на спині незручне для лікаря-ендоскопіста; частота ускладнень 3 % (панкреонекроз, перфорація дванадцятипалої кишки, кровотеча в ШКТ), та летальність 0,1-0,2 %; технічна складність канюлювання Фатерового сосочка.

### ***Внутрішньовенна холангіографія (ВВХГ)***

Малоінформативний в діагностиці холангіолітіазу.

### ***Черезшкірна черезпечінкова холангіографія (ЧЧХГ)***

Виконується за аналогічними показаннями, що і РХПГ, з метою діагностики холангіолітіазу у хворих з obturaційною жовтяницею у випадках, коли технічне виконання інших методик прямого контрастування неможливе.

Недоліки: процедура ефективна лише при жовчній гіпертензії і розширенні протокової системи; висока частота ускладнень 1-5%.

Проведений нами аналіз діагностичної результативності широкого спектра інтраопераційних обстежень дає підставу вважати, що:

1. Інтраопераційне виконання трансдуоденальних методик за допомогою фіброендоскопа (ЕРХПГ, ЕРХС, трансдуоденальна сонографія) тривале та утруднене, оскільки положення хворого на спині незручне для лікаря-ендоскопіста. Тому його краще виконувати в до- або післяопераційному періоді.

2 Інвазивні методи, такі як: ЕРХПГ, ІОХГ, ТДРХС, ІОДРХС – високоінформативні, але часто супроводжуються рядом значних ускладнень.

3 Неінвазивне інтраопераційне обстеження (інтраопераційна доплеросонографія) найчастіше складне в організаційному плані.

4 Найоптимальнішими методиками, на нашу думку, слід вважати – інтраопераційну доплеросонографію, фіброхоледохоскопію, ІОДРХС.

**Висновок.** Комплексне використання у лапароскопічній хірургії, рекомендованих вище методик інтраопераційних обстежень, покращує якість діагностики патологій гепатобілярної зони, і відповідно зводить до мінімуму кількість до- і післяопераційних помилок та ускладнень.

#### **Література**

1. Гери Винд. Прикладная лапароскопическая анатомия: Пер. с англ. – М.: Медицинская литература, 1999. – 365 с.
2. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Ничитайло М.Ю., Ковальчук О.Л. Лапароскопічна анатомія жовчних шляхів. – Т.: Вертекс, 1997. – 155 с.
3. Русаков В.И. Основы частной хирургии. – Т.3. – И-во Ростовского университета, 1997. – 475 с.
4. Запорожан В.И., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции. – К.: Здоров'я, 2000. – 297 с.
5. Федоров И.В., Сигал Е.И., Одинцов В.В. Эндоскопическая хирургия. – М.: Медицина, 1998. – 350 с.
6. Максименков А.Н. Хирургическая анатомия живота. – Л.: Медицина, 1972. – 688 с.

УДК 616.711:617.547

**А.Н. Брехов**

## **СИСТЕМА МАЛОИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПОЯСНИЧНОГО ОСТЕОХОНДРОЗА**

*Крымский медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

**Вступление.** Сегодня малоинвазивные и эндоскопические технологии занимают ведущее место в системе оперативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний (ДДЗ) позвоночника.

В настоящее время современная вертебрология имеет значительный арсенал малоинвазивных хирургических вмешательств, базирующихся на эндоскопических, компьютерных и навигационных системах, а также на современном микрохирургическом инструментарии. Весь этот арсенал чрезкожных, чрезкожно-лазерных, би- и монопортальных эндоскопических и микрохирургических технологий направлен на снижение травматичности оперативных вмешательств и улучшение результатов хирургического лече-

ния ДДЗ позвоночника. Обилие малоинвазивных технологий предусматривает наличие системы взглядов на их дифференцированное применение (стадия развития ДДЗ, тяжесть ортопедо-неврологической симптоматики, особенности анатомического строения позвоночного сегмента и его стабильность).

Материалы и методы. Клиника ортопедии Крымского медуниверситета располагает опытом хирургического лечения 250 пациентов тяжелыми формами поясничного остеохондроза с применением современных малоинвазивных и эндоскопических технологий. Весь массив малоинвазивных хирургических вмешательств мы разделили на три группы.

1 – чрезкожные, чрезкожно-эндоскопические и чрезкожно-лазерные технологии, в основе которых лежит пункционный способ хирургического лечения. Показаниями к их применению являются – эластические субанулярные протрузии на широком или узком основаниях без явлений грубого спондилёза и латерального артрогенного стеноза позвоночного канала.

2 – малоинвазивные технологии, в основе которых лежат эндоскопические эпидуроскопия и фараминоскопия. Показаниями к их применению (включая показания первой группы) являются – протрузии, небольшие, подвижные, подсвязочные, латеральные, фораминальные и эксрафораминальные экструзии дисков. Ограничены показания для этих методик при массивных центральных грыжах, задних остеофитах тел позвонков, латеральном стенозе и свободных секвестрах, реактивном рубцовом эпидурите и варикозе эпидуральных вен.

3 – в основе этой группы лежит применение специальных технологий и микрохирургического инструментария, различных оптических, а также эндоскопических систем. Показаниями для этой группы вмешательств являются – фиксированные массивные, центральные, парамедиальные, латеральные и фораминальные экструзии дисков с наличием свободных секвестров и остеофитов, латеральный стеноз, рубцовый эпидурит и варикоз эпидуральных вен, а также нестабильность позвоночного сегмента.

Анализ областного (республиканского АР Крым) вертебрологического приема показывает, что именно пациенты, относящиеся к третьей группе, составляют основной контингент больных с тяжелыми формами поясничного остеохондроза, нуждающихся в оказании специализированной ортопедической помощи. Именно эта группа определяет длительные сроки нетрудоспособности, инвалидности и составляет основной вертебрологический контингент ортопедического стационара.

Анализ результатов исследования. Критический анализ первой и второй групп указанных хирургических технологий показал, что данные методики имеют узкую полосу показаний и применяются при простых вариантах дискрадикулярного конфликта. Намного большие, потенциальные возможности имеют оперативные технологии третьей группы. Разрабатывая в нашей клинике именно это направление и сохраняя принцип малоинвазивности, нами

разработана система хирургического устранения переднего и заднего компрессирующих факторов с использованием минимально инвазивной и эндоскопической технологий. На этапе предоперационного планирования диагностическому разделу этой системы (анализ данных КТ и МРТ) мы уделяли особое внимание.

Разработанная в 1977-78 годах (W.Caspar, R.Williams) микродискэктомия претерпела к настоящему времени значительные изменения. Наряду с операционным микроскопом используются мобильные полипроекционные эндоскопические видеосистемы, совершенствуется микрохирургический инструментарий. Все это расширяет возможности микродискэктомии в хирургическом лечении ДДЗ позвоночника. Неоспоримым преимуществом микродискэктомии является возможность выполнения необходимых этапов операции под прямым углом зрения, а также в сочетании с полипроекционным видеоэндоскопическим мониторингом. Различные модификации микродискэктомии, включая видеоэндоскопическую технику, не взаимоисключающие, а взаимодополняющие методики, разработку которых следует рассматривать как закономерную эволюцию в системе минимально инвазивных технологий хирургии позвоночника. Основные варианты микродискэктомии следующие:

- классическая микродискэктомия (доступ - флавэктомия);
- микродискэктомия + парциальная резекция вышележащей дуги (до 3-5 мм);
- микродискэктомия + варианты медиальной парциальной фасетэктомии;
- микродискэктомия + парциальная фасетэктомия + парциальная резекция вышележащей дуги;
- микродискэктомия + парциальная фасетэктомия + парциальная резекция смежных дуг.

В зависимости от структурно-функционального состояния позвоночного сегмента применяется одна из технологий с различными вариантами последовательности выполнения указанных этапов.

Вывод. Таким образом, создание системы взглядов на патогенетически обоснованный выбор оптимального малоинвазивного оперативного вмешательства, сохраняя принцип малоинвазивности, позволяет решать сложные вопросы хирургического лечения тяжелых форм ДДЗ позвоночника.

**Б.С. Корняк, В.А. Кубышкин, Р.Х. Азимов****ТЕХНИКА ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ФУНДОПЛИКАЦИИ  
ПО NISSEN***Институт хирургии им. А.В. Вишневского, РАМН, Москва, Россия*

Целью презентации является унифицирование некоторых технических приемов выполнения лапароскопической фундопликации по Nissen и избежать наиболее частых интраоперационных осложнений.

Методы. С 1996 по 2001 в Институте оперированы 127 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, мужчин – 56, женщин – 71, в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст – составил 41,2 года). Длительность заболевания от 3 до 25 лет. Лапароскопические операции Nissen выполнены у 127 больных.

Техника операции. Мы используем 4 или 5 троакарный доступ к области пищеводно-желудочного перехода. Первым этапом операции выполняем мобилизацию проксимального отдела желудка по малой кривизне с рассечением печеночно-желудочной связки. Вторым этапом операции является рассечение диафрагмально-пищеводной связки, а также брюшины по передней и левой полуокружности пищевода. Эту манипуляцию выполняем острым путем (ножницами) или электрокрючком под визуальным контролем. Затем по правой полуокружности пищевода острым путем рассекаем брюшину и визуализируем правую диафрагмальную ножку. Используя зажим Бэбкокка или тупфер, достаточно легко и без усилий пищевод отделяется от правой диафрагмальной ножки. При мобилизации задней стенки пищевода визуализируем задний п. Vagus, во избежание его травмы. Следующим этапом при выполнении классической операции Nissen клипируем и пересекаем короткие сосуды желудка на протяжении 10-15 см. ниже угла Гиса. Далее создаем тоннель позади пищевода с целью подготовки к выполнению фундопликации. После полного разделения тканей позади пищевода убеждаемся в отсутствии диастаза между диафрагмальными ножками. Излишний их дефект устраняем наложением 2-3 отдельных узловых (ручной шов) или одного П-образного (с использованием Endostitch) шва. Практически у всех пациентов при формировании желудочной манжетки нами использовался аппарат Endostitch. Используя этот аппарат, мы значительно сокращали время операции. Обычно накладывали 2 аппаратных шва нитью Bralon.

Выводы. Таким образом, интраоперационные осложнения диагностированы у 4 (3,2 %) человек, кровотечение – у 2 (1,6 %) пациентов, а перфорация пищевода также – у 2 (1,6 %) больных.

**П.В. Гарелик, О.И. Дубровщик, И.С. Довнар, Р.Р. Жемойтяк**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Государственный медицинский университет, г. Гродно, РБ*

Количество больных, страдающих желчнокаменной болезнью (ЖКБ), увеличивается из года в год и достигает в настоящее время более 40 % среди заболеваний желудочно-кишечного тракта. Основным методом лечения ЖКБ, по признанию практически всех специалистов является хирургический. Ежегодно в мире выполняется до 2,5 млн. оперативных вмешательств на желчном пузыре и желчевыводящих путях. Удельный вес малоинвазивных вмешательств при этом составляет подавляющее большинство.

В данной работе представлен 7-летний опыт лапароскопических операций у больных ЖКБ, лечившихся в клинике общей хирургии с 1995 г. по декабрь 2001 г. Всего оперировано 1868 больных с ЖКБ в возрасте от 12 до 86 лет. Женщин 89,8 %, мужчин 10,2 %.

Лапароскопические холецистэктомии (ЛХЭ) выполнены у 1405 (75,2 %) больных, из них по поводу хронического калькулезного холецистита у 1124 (80 %), в том числе полиповидные образования в пузыре и холестероз у 14 (1,2 %), острого калькулезного холецистита у 281 (20 %), при этом у 63 больных, во время операции диагностирован острый флегмонозный холецистит или эмпиема желчного пузыря. Открытые холецистэктомии выполнены у 463 (24,8 %) больных. Причем с каждым годом число открытых операций уменьшается.

При операциях использовали стандартное лапароскопическое оборудование российской фирмы «Аксиома» и немецкой фирмы «МГБ».

Лечение осложненных форм ЖКБ у пациентов преклонного возраста с высоким операционным риском остается одной из актуальных проблем практической хирургии в связи с тем, что среди больных ЖКБ отмечается отчетливая тенденция к повышению доли пациентов пожилого и старческого возраста, общесоматическое состояние которых утяжеляется сопутствующими заболеваниями и в значительной степени повышает анестезиологический и операционный риск. Считаем, что улучшение результатов лечения больных с осложненными формами ЖКБ при высоком операционном риске, одна из главных задач в этой проблеме.

Известные многочисленные преимущества малоинвазивных технологий в лечении ЖКБ определили быструю и конкретную востребованность методов лапароскопической оперативной техники и внесли существенные коррективы в программу оперативного лечения деструктивных форм калькулезного холецистита у больных пожилого и старческого возраста.

У 47 больных с деструктивным калькулезным холециститом, в возрасте от 69 до 92 лет, на первом этапе лечения выполнены малоинвазивные декомпрессионные вмешательства. Предпочтение отдавали чрезкожной чрезпеченочной микрохолецистостомии или лапароскопической холецистостомии. В последнее время начали применять в подобных ситуациях, чрезкожную чрезпеченочную микрохолецистостомию под УЗИ контролем.

Выполнение лапароскопической холецистостомии обеспечивает ликвидацию внутрипузырной гипертензии, улучшает регионарную микроциркуляцию и снижает вероятность прогрессирования деструктивного процесса в стенке желчного пузыря. Вторым этапом у 38 больных выполнено радикальное оперативное пособие – холецистэктомия. У 10 больных микрохолецистостомия явилась окончательным видом хирургического лечения. Больные продолжали лечение тяжелой сопутствующей патологии в профильных стационарах и амбулаторно под наблюдением хирурга с функционирующей микрохолецистостомой. Летальных исходов в анализируемой группе больных не было.

Совершенствование и развитие лапароскопических технологий позволило в последние 2 года по-новому решить комплекс лечебно-диагностических задач в современной ургентной и плановой хирургии. Так, совершенствование технических приемов лапароскопических методик, укомплектованность расходным инструментарием позволило нам выполнить у 18 больных ЖКБ с симптомами механической желтухи в анамнезе, интраоперационную холангиографию во время ЛХЭ.

При анализе результатов ЛХЭ установлено, что в 39 % случаев отмечены сложности и технические трудности выполнения ЛХЭ, обусловленные выраженной инфильтрацией тканей, спайками и сращениями в зоне оперативного вмешательства, анатомическими вариантами расположения протоковых и сосудистых структур, что создавало повышенный риск возникновения осложнений.

В связи с техническими сложностями, когда практически было невозможным безопасное выполнение ЛХЭ у 49 (3,5 %) больных пришлось перейти на лапаротомию. При этом у 22 (1,5 %) больных переход был связан с возникшими интраоперационными осложнениями: кровотечение из ложа желчного пузыря или пузырной артерии и ее ветвей (11), повреждение стенки желчного пузыря (6) с множеством мелких конкрементов выпавших в свободную брюшную полость, собрать которые не представлялось возможным, повреждения холедоха (5). В 4 случаях травма холедоха распознана во время операции, в 1 случае на третьи сутки послеоперационного периода. У всех пациентов выполнена лапаротомия и один из видов восстановительных желчеотводящих операций. Осложнения, развившиеся в послеоперационном периоде составили 4,1 %, из них в 2,1 % – желчеистечение по “страховочному дренажу”, у 20 больных прекратилось самостоятельно на 2-3 сутки, у 12 (0,9 %) развился местный неограниченный желчный перитонит.

нит, что потребовало релапароскопии, у 8 больных коагуляция ложа, у 3 – повторное клипирование пузырного протока. В 1 % случаев отмечены инфильтраты в области послеоперационных ран. После ЛХЭ умерла 1 больная в связи с тромбэмболией легочной артерии, летальность 0,07 %

УДК 616.367-009.614

**О.Л. Ковальчук, Д.Б. Кривокульський, А.В. Бойчук**

## **КОМБІНОВАНА ЛАПАРОСКОПІЧНО-ПРОМЕЖИННА КОРЕКЦІЯ РЕКТОЦЕЛЕ У ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ**

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

Вступ. Опущення шийки матки і стінок піхви у жінок в постменопаузі, зайнятих на важкому виробництві, пов'язаному з великими фізичними навантаженнями є характерним для України. Постменопаузальна атрофія тазової діафрагми різко знижує якість життя пацієнтів, призводить до інвалідності пацієнок, що проявляється порушенням функції сечового міхура, кишечника. Нетримання м'язів тазового дна часто включає опущення внутрішніх статевих органів та сусідніх органів, але опущення одного із органів (матки – цистоцеле чи ректоцеле) може переважати.

Ентероцеле, грижі, що виходять через дефект сечоматкового або прямо кишкового заглиблення супроводжується порушенням функції суміжних органів. Це проявляється витягуванням стінки прямої кишки, що веде до затримки стільця, підвищення внутрішньочеревного тиску, провокації подальшого розвитку ректоцеле. При пошкодженні сфінктера виникає нетримання стільця та газів. Лікування даної патології виключно оперативне. Консервативні заходи, такі як пессарії, неефективні. Хірургічне лікування проводять вагінальним чи абдомінальним доступом або поєднуючи ці доступи. За даними ряду авторів (Nickols and Bandall, 1989; Lahondy, 1991), у хворих з вираженим цето-ректоцеле найкращі результати досягаються при поєднанні абдомінального та вагінального доступів, хоча велика травматичність комбінованого доступу обмежує використання даного методу у жінок похилого віку з вираженою супутньою патологією.

Застосування лапароскопічної техніки у цієї групи пацієнок дає можливість проводити корекцію анатомії тазового дна, поєднуючи абдомінальний і промежинний варіант пластики при значно меншій травматичності (без видалення матки). Це значно розширює показання до даного типу операції, у порівнянні з черезпіхвовою ампутацією матки, що проводилась у подібних випадках раніше. Успішне лікування ентероцеле (за даними Nickols



and Vandall, Lahondy) вклучає: 1) облітерацію вип'ячувань очеревини та дугласового простору; 2) зашивання простору між куприково-матковими зв'язками; 3) зміцнення слабкої зони між куприково-матковими зв'язками за допомогою плікації периректальної фасції і леваторів.

Матеріали та методи. В період з 2000 по 2002 рік у відділенні малоінвазивної хірургії Тернопільської обласної комунальної клінічної лікарні прооперовано методом одномоментної комбінованої лапароскопічно-промежинної пластики тазового дна 9 пацієнтів. Із них ректоцеле II ступеня мали 44,4 % пацієнтів; III ступеня – 55,6 % пацієнтів. Середній вік хворих становив 67 років. При обстеженні патології шийки і тіла матки не виявлено. Другу групу становило 19 пацієнток, які оперувалися в гінекологічному відділенні онкодиспансеру методом промежинної передньої або задньої пластики. Із них: ректоцеле II ступеня мали 31,6 % пацієнтів; III ступеня – 68,4 % пацієнтів. Середній вік хворих становив 66 років. У всіх хворих обох груп була комбінація основної та супутньої патології – ішемічної хвороби серця, атеросклеротичного кардіосклерозу, гіпертонічної хвороби різного ступеня важкості, варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок, цукрового діабету, ожиріння.

Щодо першої групи пацієнток нами використовувалась одномоментна комбінована лапароскопічно-промежинна пластика тазового дна при вираженому ректоцеле, що включає поєднання лапароскопічної облітерації дугласового простору за McColl для ліквідації ректоцеле та зашивання куприково-маткових зв'язок з накладанням ендоабдомінальних швів та подальшою передньою і задньою кольпорафією за методикою Московського центру ендохірургії і літотрипсії. Після накладання пневмоперитонеуму і введення троакарів та лапароскопа проводили зашивання куприково-маткових зв'язок у результаті чого досягали облітерації вип'ячувань очеревини та дугласового простору. Наступним виконували промежинний етап операції – передню і задню кольпорафію, що зміцнювало слабку зону між куприково-матковими зв'язками за рахунок плікації периректальної фасції і леваторів. При виконанні оперативних втручань використовувалась відеолапароскопічна техніка та інструменти фірм “Karl Storz”, “Wolf”. У другій групі пацієнтів проводилась загальноприйнята передня та задня пластика стінок піхви.

Оцінювали загальний стан після оперативного втручання, тривалість післяопераційного ліжка-дня, розвиток ускладнень в ранньому та пізньому післяопераційному періоді, ступінь якості життя пацієнток. Статистична обробка даних проводилась на персональному комп'ютері.

Результати. Ранні та віддалені результати простежені строком до 12 місяців. Усі пацієнтки, яким було проведено одномоментну комбіновану лапароскопічно-промежинну пластику тазового дна з ректоцеле достатньо легко перенесли дане оперативне втручання. Хворі вставали та починали ходити на другу добу проти 5–6 у другій групі; парез кишечника був відсутній, а в другій групі – перистальтика з'являлася на 2–3 добу. У першій групі більшість

пацієнтів почали їсти на 2-у добу; відповідно у другій групі – на 4-5 добу. Нормалізація функції кишечника (відсутність нетримання газів та затримка стільця) – у першій групі наступала відразу ж після операції, у другій групі у семи хворих функція кишечника не нормалізувалася і в подальшому відмічалася періодична затримка стільця. У другій групі у чотирьох хворих відмічали рецидив у місці пластики – випадання задньої стінки піхви та прямої кишки, одна хвора на 14 добу після операції померла від тромбемболії гілок легеневої артерії на фоні гнійного перикаультиту, параметриту.

Одна хвора через 7 місяців після промежнинної передньої та задньої пластики піхви була прооперована з виконанням лапароскопічної екстирпації матки з одномоментною комбінованою лапароскопічно-промежнинною пластикою тазового дна шляхом лапароскопічної облітерації дугласового простору за McColl та зашивання куприково-маткових зв'язок з подальшою передньою та задньою кольпорафією.

Висновки. Аналіз нашого матеріалу дозволяє зробити висновок про достатню ефективність одномоментної комбінованої лапароскопічно-промежнинної пластики тазового дна шляхом лапароскопічної облітерації дугласового простору за McColl та зашиванням куприково-маткових зв'язок з подальшою передньою та задньою кольпорафією. Це обумовлено мінімальною травматичністю власне запропонованого лапароскопічного етапу пластики, накладання дуплікаторів швів у місці послаблення діафрагми тазового дна як з боку черевної порожнини так і промежини, що на нашу думку, зумовило відсутність рецидивів захворювання у даної групи хворих. Крім того запропонований метод дозволив активізувати післяопераційний період ведення хворих шляхом раннього вставання, що сприяє відновленню функції тазових органів та попереджує розвиток запальних ускладнень в ділянці оперативного втручання, тромбемболічні ускладнення, що особливо актуально у пацієнтів похилого віку з супровідною патологією.

Отже, даний тип оперативного втручання може бути рекомендований для широкого впровадження, оскільки поєднує у собі мінімальну травматичність та надійність при високій ефективності та відсутності рецидивів.

#### **Література**

1. Lahodny J. Vaginale Incontienz-und Keszensuschirurgie. Stuttgart: Enke; 1991.
2. Nichols KH, Randall CL, Vaginal Surgery. 3<sup>rd</sup> ed. Baltimore: Williams&Wilkins; 1989.
3. Малоинвазивная медицина // Под ред. Чл.-кор. МАИ А.С.Бронштейна и проф. В.Л.Ривкина, М. МНПИ, 1998 р.
4. Х.Хирш, О.Кезер, Ф.Икле. Оперативная гинекология: Атлас (перевод с английского) под ред. В.И.Кулакова, И.В.Федорова.– М.: ГЭОТАР.–Медицина, 1999.

**С.И. Шевченко, Р.С. Шевченко****ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ  
ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ  
ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА***Харьковский государственный медицинский университет*

Введение. Лапароскопические операции в лечении различных форм желчнокаменной болезни получили широкое признание. С ростом квалификации оперирующей бригады и улучшением технического оснащения появляется возможность оперировать осложненные формы острого холецистита, при этом, одновременно, возрастает процент послеоперационных осложнений.

Особенностями операции при остром воспалении желчного пузыря являются инфильтрация и повышенная кровоточивость тканей, образующих массивные, различные по плотности сращения вокруг источника воспаления, выраженную отечность и снижение механической прочности желчного пузыря, что значительно затрудняет ориентацию и выполнение тонких манипуляций в этой зоне.

За прошедший год в клинике выполнено 163 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ), из них 36 в случае деструктивного холецистита. Основными критериями отбора для данной категории больных считались:

- время от начала заболевания не более 48 часов;
- отсутствие механической желтухи;
- отсутствие перитонита;
- отсутствие декомпесированной сердечно-легочной патологии.

В предоперационном периоде и интраоперационно назначали внутривенное введение антибиотиков широкого спектра действия групп фторхинолонов, цефалоспоринов последнего поколения.

В процессе выполнения самой операции необходимо придерживаться следующих принципов:

- при напряженном желчном пузыре – его пункция и аспирация содержимого;
- избегать чрезмерной тракции за стенку желчного пузыря;
- прецизионное выделение элементов шейки желчного пузыря;
- тщательный контроль гемостаза и холестаза;
- дренирование подпеченочного пространства двухпросветной дренажной трубкой для введения антибиотиков или антисептиков;
- защита тканей передней брюшной стенки от инфицирования при извлечении желчного пузыря.

Выводы. В раннем послеоперационном периоде продолжали начатую антибиотикотерапию, применяя наиболее выгодные комбинации, дополняя ее сбалансированной инфузионной и иммуномодулирующей терапией, введением ингибиторов протеаз, профилактикой легочных осложнений.

Следуя вышеуказанным принципам нами достигнуто снижение процента гнойных послеоперационных осложнений.

УДК 616.36-008.5-089:616.381-072.1

**А.С. Никоненко, Н.Г. Головки, В.А. Грушка, И.Е. Прокопенко,  
А.А. Ковалев, С.Н. Завгородний, Ю.И. Макаренко**

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ЖЕЛТУХОЙ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

Вступление. Синдром желтухи – частая патология в экстренной и плановой хирургии, при которой необходимы срочная верификация желтухи и дифференцированный подход к выбору оперативного вмешательства.

Материалы и методы. Представлен анализ хирургического лечения 788 больных с желтухами различной этиологии. Возраст больных варьировал от 18 до 87 лет. Женщин было 625 (79,3 %), мужчин 163 (20,7 %). Лиц старше 60 лет было 316 (40,1 %) больных. Диагностический алгоритм причин желтухи, помимо общеклинических и биохимических исследований, включал ФЭГДС, УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны, ЭРХПГ, ЧЧХГ, компьютерную томографию, лапароскопию, радионуклидные исследования (сканирование печени). Наиболее показательными методами обследования явились ЭРХПГ и ЧЧХГ, информативность их составила 95,4 %. Причинами желтухи были: внутрипеченочный холестаз – 156 (19,8 %), холедохолитиаз – 460 (58,4 %), стриктуры и ятрогенные повреждения холедоха – 29 (3,7 %), опухоли головки поджелудочной железы – 128 (16,2 %), опухоли общего печеночного протока – 15 (1,9 %) больных.

Выбор объема оперативного вмешательства при холестазах осуществлялся исходя из патогенеза и возможности адекватного разрешения.

При остром вирусном холестатическом гепатите у 156 больных операция заключалась в резекции переднего печеночного сплетения и дренировании лимфатических путей печени. Умерло 4 (2,6 %) пациента. При изучении отдаленных результатов хороший исход отмечен у 91 %.

У 460 больных с холедохолитиазом объем оперативного вмешательства зависел от характера патологического процесса, степени изменения внепеченочных желчных путей.

чеченных желчных путей. Операциями выбора являлись: холедохолитотомия с наружным дренированием, холедоходуоденостомия, трансдуоденальная сфинктеропластика или ЭПСТ. При кратковременной желтухе, диаметре холедоха свыше 10 мм, холангите у 94 (20,4 %) больных произведена холедохолитотомия в сочетании с наружным дренированием. Умерли 2 пациента (2,1 %). У 165 (35,9 %) больных холецистэктомия сочеталась с трансдуоденальной сфинктеропластикой, показаниями к которой служили выраженный стеноз БСДК, вклиненные камни. Умерли 4 (2,4 %) человека. Последние три года преимущественно выполняется двухэтапное лечение холедохолитиаза с использованием малоинвазивных методов, которое было применено у 87 (18,9 %) больных. В этой группе стеноз БСДК диагностирован у 71 (81,6 %), явления гнойного холангита – у 19 (21,8 %) больных. Первым этапом лечения холедохолитиаза выполняли ЭПСТ, которую считали возможной при отсутствии парафатеральных дивертикулов и протяженных стенозов, а также конкрементов более 10-12 мм в диаметре. Одномоментное достаточное ЭПСТ выполнено у 52 (59,8 %) больных, порционное ЭПСТ (2-4-х кратное) – у 35 (40,2 %) и было обусловлено выраженным папиллостенозом и пограничными размерами конкрементов. Вторым этапом – произведена ЛХЭ, которая выполнялась на 2-7 сутки после ЭПСТ и верификации разрешения холедохолитиаза. Летальных исходов не было.

Показаниями для наложения холедоходуоденоанастомоза (ХДА) в дополнение к холецистэктомии считаем продолженный стеноз интрапанкреатической и ретродуоденальной части холедоха, выраженный индуративный панкреатит. Предпочтение отдаем ХДА по Юрашу. Выполнено 114 (24,8 %) операций, умерло 4 (3,5 %) больных.

При опухолях поджелудочной железы, осложненных холестазом, операции выполнены 128 больным, из них 18 (14,1 %) – радикальные. В связи с распространенностью патологического процесса 110 (85,9 %) пациентам применены паллиативные операции. После радикальных вмешательств умерли 2 больных (11,1 %); после паллиативных – 3 (2,7 %).

У 15 пациентов при опухоли общего печеночного протока произведена резекция с формированием гепатикоеюноанастомоза (ГЕА) на транспеченочном дренаже.

При высоких стриктурах и ятрогенных повреждениях холедоха оперированы 29 человек, 22 (75,9 %) больным сформирован ГЕА на транспеченочном дренаже, 7 (24,1 %) – выполнена пластика холедоха на бранше дренажа Кера.

Выводы. Анализ результатов хирургического лечения желтух свидетельствует о необходимости верификации причин желтухи и на основании этого применения патогенетически обоснованного метода хирургической коррекции с приоритетным использованием малоинвазивных технологий.

**П.Д. Фомін, І.П. Хоменко, Б.В. Доманський,  
О.В. Заплавський, Б.В. Борисов**

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ**

*Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги*

Ми провели аналіз 1860 спостережень лікування гнійного холангіту. В 1795 випадках було застосоване хірургічне лікування. Доведено, що найчастіше причиною холангітів є механічна непрохідність жовчних проток, а хірургічне лікування повинне обов'язково розпочинатися з малоінвазивних методів і тільки при неефективності останніх необхідно переходити до відкритих хірургічних втручань.

Вступ. Проблема гнійного холангіту завжди була дуже серйозною проблемою в хірургії печінки і жовчних проток. Найчастіше причиною виникнення гнійного холангіту є часткова чи повна непрохідність жовчних проток, починаючи від внутрішньопечінкових і закінчуючи великим дуоденальним сосочком.

Матеріали і методи. З 1985 по 2000 рік в хірургічних відділеннях лікарні швидкої допомоги лікувалось 1860 хворих з гнійним холангітом. Причинами його були: холелітіаз у 1216 хворих (65,5 %), рубцеві стриктури після травматичних ушкоджень жовчних проток на різному рівні у 81 хворого (4,4 %), гострий панкреатит у 171 хворого (9,2 %), хронічний, переважно індуративний панкреатит у 87 хворих (4,7 %), пухлини жовчних проток у 305 хворих (16,4 %).

Ми не будемо висвітлювати питання консервативного лікування холангітів, тому що вони зводяться до проблем детоксикації й антибіотикотерапії в різних комбінаціях залежно від чутливості мікрофлори хворого.

У хірургічному плані першим і терміновим втручанням як з діагностичною, так і лікувальною метою є малоінвазивні методи.

1. Ретроградна панкреатохолангіографія, що повинна мати місце в 100 % випадків гострого холангіту, вона дозволяє установити в 50-60 % основну причину холангіту, видалити конкремент, роздрібнити його і тим сприяти самостійному його відходженню, при необхідності можна бужувати звужену частину жовчних проток і навіть встановити дренаж.

2. Черезшкірна черезпечінкова холангіографія з інтубацією магістральних жовчних проток і зовнішнє, чи навіть внутрішнє дренивання. Використовується ця методика в основному при пухлинних ураженнях і стриктурах жовчних проток, як маніпуляція в процесі підготовки хворого до оперативного втручання.

3. Відкриті хірургічні втручання. Усі вони спрямовані на ліквідацію непрохідності жовчних проток, а у тяжких хворих, у яких ризик повного

радикального втручання вкрай високий, це в основному пухлинні ураження, вони спрямовані на різні варіанти зовнішнього чи внутрішнього дренивання.

З 1985 по 2000 рік у лікарні швидкої медичної допомоги виконано 1795 операцій у хворих з гострим гнійним холангітом. Не оперовано 65 хворих у яких був гострий чи хронічний панкреатит.

Виконано наступні операції:

1. Ендоскопічна папілотомія у 47 хворих (2,6 %).
2. Холецистектомія, холедохолітотомія з дрениванням чи без нього в 765 хворих (42,6 %).
3. Холецистектомія, холедоходуодено – холедохоєюностомія в 526 хворих (29,3 %).
4. Холецистектомія, трансдуоденальна папілосфінктеротомія з екстракцією конкрементів у 106 хворих (5,9 %).
5. Відновлюючі і реконструктивні операції при стриктурах жовчних проток у 48 хворих (2,7 %).
6. Зовнішнє дренивання холедоха чи холецистостомія в 179 хворих (10 %).
7. Панкреатодуоденальна резекція у 22 хворих (1,2 %).
8. Резекція гепатикохоледоха при пухлинах у 14 хворих (0,8 %).
9. Черезпухлинні інтубації жовчних проток із зовнішнім чи внутрішнім дрениванням у 88 хворих (4,9 %).

Після операцій померло 163 хворих (9,1 %). Основними причинами смерті були внутрішньопечінкові холангіогенні абсцеси, сепсис, печінково-ниркова недостатність, гнійний панкреатит, недостатність біліо-дигестивних анастомозів, кровотечі з розширених вен стравоходу, інфаркт міокарда, тромбоз легеневої артерії.

Висновки. Таким чином можна вважати, що основною причиною гострого гнійного холангіту є механічна непрохідність жовчних проток, серед якої основне місце займає холедохолітіаз. Хірургічна допомога повинна починатися з малоінвазивних методів лікування, які необхідно відносити до термінових діагностичних і лікувальних втручань. При неефективності останніх переходять до відкритих хірургічних втручань. Оперативне лікування повинне бути невідкладним і виконуватися в найближчі 1-3 дні після появи гострого приступу. Хворий з гострим гнійним холангітом повинен розглядатися як вкрай тяжкий, незалежно від ступеня клінічного прояву.

**А.М. Торбінський, Р.В. Салютін, В.Є Вансович**

## **ЛАПАРОСКОПІЧНАХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯ–ВАРІАНТ ВИБОРУПРИЛІКУВАННІ ГОСТРОГОХОЛЕЦИСТИТУ**

*Одеський державний медичний університет*

Вступ. Терапія гострого холецистити (ГХ) – одна із актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії. Це обумовлено зростанням числа хворих з даною патологією та високим рівнем ускладнень і летальністю, все це змушує клініцистів удосконалювати методи лікування.

Гострий холецистит часто супроводжується інтоксикаційним синдромом, що значно обтяжує перебіг захворювання і впливає на прогноз, особливо у хворих похилого та старечого віку з супутньою тяжкою соматичною патологією.

Впровадження в клінічну практику малоінвазивних методів оперативних втручань нагально поставило питання про вибір методів оперативного лікування. Застосування лапароскопічної холецистектомії (ХЕ) дозволяє зменшити операційну травму та знизити кількість післяопераційних ускладнень.

Метою даного дослідження було порівняльне вивчення ефективності класичної “відкритої” та лапароскопічної холецистектомії в різні терміни післяопераційного періоду. Критерієм оцінки ефективності були зміни метаболізму, які реєстрували при лазерній кореляційній спектроскопії (ЛКС) та вивченні процесів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) плазми крові.

Матеріали і методи. Нами обстежено 105 хворих на ГХ, що лікувались в хірургічних відділеннях МКЛ № 2 м. Одеси. Вік хворих коливався від 19 до 60 років. Жінок було 87, чоловіків – 18. За даними гістологічного дослідження серозну форму запалення знайдено у 23 хворих, у 18 – гангренозну, у решти – флегмонозну форму ГХ. Всі хворі були прооперовані в період до 72 годин після надходження в клініку. З цього числа 35 хворим було проведено класичну (відкрити) холецистектомію, середня тривалість якої склала  $90 \pm 5$  хв. 70 хворим проведено лапароскопічну холецистектомію (ЛХЕ). У 35 хворих тривалість ЛХЕ склала  $70 \pm 8$  хв.

У 35 хворих через технічні ускладнення тривалість операції склала  $105 \pm 8$  хв. В післяопераційному періоді всім пацієнтам проводилась інфузійна, дезінтоксикаційна терапія, симптоматичне лікування, антибіотикотерапія (цефалоспорины III-IV покоління).

Дослідження процесів ПОЛ та ЛКС проводились в динаміці: до операції, в кінці операції, на 4 і 10 добу післяопераційного періоду.

Результати дослідження. ГХ супроводжується розвитком ендогенної інтоксикації, що проявлялась змінами процесів ПОЛ. У всіх хворих в перші дні захворювання та при надходженні в стаціонар зареєстровано значне посилення вільнорадикального окислення, що проявлялось накопиченням в крові



малонового діальдегіду (МДА) та дієнових кон'югат (ДК) порівняно з нормою в 2,5 рази. Поряд з цим відмічено значне зниження активності ключового фермента антиоксидантного захисту – супероксиддисмутази (в 2,2 рази) та пригнічення загальної антиоксидантної активності (ЗАО) в 2,5 рази порівняно з нормою.

У більшості хворих (особливо з деструктивними формами) при поступленні в стаціонар згідно з даними ЛКС на гістограмах переважають частки другої та третьої дискретної зони, що характеризує накопичення в плазмі крові глобулярних білків, низькомолекулярних та високомолекулярних ліпопротеїнових комплексів, низькомолекулярних імунних комплексів. Це свідчить про значну інтоксикацію та катаболізм.

При проведенні класичної ХЕ в кінці операції спостерігалось ще більше порушення ПОЛ (накопичення МДА і ДК в 2,7 разів порівняно з вихідними даними). Поряд з цим продовжувала падати активність СОД і спостерігалось пригнічення ЗАО (відповідно на 108 % і 145 %). На 4 та 10 добу після операції відмічена тенденція до нормалізації цих показників. На момент виписки хворих із стаціонару при відкритій ХЕ нормалізація процесів ПОЛ не спостерігалась.

Явище помірного ендотоксикозу та катаболізму зареєстровано у цих хворих на гістограмах і при виписці. Це свідчило як про значний рівень ендогенної інтоксикації, так і про ушкоджувальну дію відкритого оперативного втручання.

Проведення ЛХЕ також супроводжується активацією вільнорадикального окислення та пригніченням ЗАО. Однак вираженість цих змін вірогідно менша ніж при відкритій ХЕ. Відповідно до цього спостерігалось значно менше зниження активності СОД (58 %) та пригнічення ЗАО (65 %).

Ми порівняли ушкоджувальну дію операції на процеси метаболізму в двох групах хворих з ЛХЕ залежно від тривалості операції. В групі, де тривалість ЛХЕ складала близько 90 хв., нормалізація процесів ПОЛ в післяопераційному періоді наставала вже на 10 добу. На гістограмах ЛКС на 10 добу тільки у деяких хворих зберігались помірні явища інтоксикації (низькомолекулярні ліпопротеїнові комплекси та глобулярні білки).

У випадках технічних труднощів, де тривалість операції більше 105 хв., повної нормалізації ПОЛ на 10 добу не наставало, тобто при нормалізації показників ДК та СОД зберігалось зниження ЗАО та рівень МДА перевищував норму.

Однак порівняно з класичною ХЕ ці дані вірогідно ближче до норми.

Висновок. Таким чином, операційна травма сприяє значному посиленню інтоксикації та катаболізму в організмі хворого на ГХ, особливо це спостерігається при відкритій класичній ХЕ.

Лапароскопічна холецистектомія є методом вибору в хірургічному лікуванні гострого холецистити. При цьому досягається скоріша нормалізація порушень метаболізму (дані дослідження ПОЛ та ЛКС), відновлення працездатності пацієнта, його рання медична та соціальна реабілітація.

**М.Г. Шевчук, О.Л. Ткачук, С.А. Кахно, О.О. Побуцький**

## **ДОСВІДШЕРСПЕКТИВИРОЗВИТКУЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬПРИЖОВЧНОКАМ'ЯНИЙХВОРОБИ**

*Івано-Франківська державна медична академія,  
Івано-Франківська обласна клінічна лікарня*

Вступ. Лапароскопічна хірургія як один з напрямків малоінвазивної хірургії завойовує все більше місця серед методів хірургічного лікування захворювань черевної порожнини. Розширюється діапазон хірургічних операцій, зростає їх якість та ефективність. При жовчнокам'яній хворобі (ЖКХ) лапароскопічна холецистектомія вже давно стала золотим стандартом. Залишається проблематичним застосування лапароскопічної технології при ускладнених формах ЖКХ, зокрема при холедохолітіазі.

Ми узагальнили шестирічний досвід клініки у лапароскопічних хірургічних втручаннях при різних формах ЖКХ, у тому числі і при холедохолітіазі з метою визначення тенденцій розвитку цієї галузі хірургії.

Протягом п'яти років проведено 3519 операцій ЛХЕ. З них 15,1 % при гострому холециститі. У динаміці відмічається постійне зростання кількості ЛХЕ, як у абсолютних цифрах, так і частки у загальній кількості всіх холецистектомій. Це свідчить про зростання довіри до малоінвазивних технологій як серед хірургів, так і серед населення.

Якщо на етапі освоєння методики ЛХЕ гострі деструктивні форми холециститу переважно оперували традиційним способом – шляхом лапаротомії, то після накопичення достатнього досвіду лапароскопічна технологія стала стандартом як для хронічного, так і для гострого холециститу.

При калькульозному холециститі ускладненому холедохолітіазом застосовуємо 3 варіанти хірургічної тактики: а) при поодиноких дрібних конкрементах – консервативна спазмолітична терапія за розробленою схемою з наступною ЛХЕ (28 хворих); б) при поодиноких конкрементах середнього діаметру – ендоскопічна папілотомія, літоекстракція з наступною ЛХЕ (32 хворих); в) традиційна лапаротомія з холедохолітотомією. У клініці запроваджено інтраопераційну лапароскопічну холангіографію, що дозволяє уникнути ряду ускладнень та обрати оптимальне оперативне втручання. З 2000 року почато освоєння холедохоскопічної ревізії жовчних шляхів за допомогою холедохоскопа фірми Volf, що з часом дозволить виробити окремий варіант хірургічної тактики, що має певні переваги перед існуючими варіантами.

Важко переоцінити економічну ефективність запровадження лапароскопічної технології лікування жовчнокам'яної хвороби. Підрахунки показують, що лише за рахунок зменшення в 2 рази тривалості непрацездатності для працюючого населення, за час впровадження ЛХЕ в області економія

робочих днів склала майже 100 років. Як показує аналіз, спостерігається ріст кількості звертань пацієнтів для планової ЛХЕ навіть у випадках безсимптомного камененосійства. Важливим наслідком цього є стабілізація і навіть відносно зменшення кількості ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби, зокрема гострого холециститу, холедохолітіазу та біліарного панкреатиту.

Висновки. Лапароскопічна холецистектомія є ефективним хірургічним методом лікування гострого та хронічного калькульозного холециститу, що забезпечує високий стандарт якості і має безперечні переваги над іншими методами. Низька травматичність лапароскопічного методу холецистектомії дозволяє рекомендувати її пацієнтам з безсимптомним камененосійством у якості профілактичного хірургічного втручання. Розвиток лапароскопічної технології веде до розширення показань до малоінвазивних методів лікування і при жовчнокам'яній хворобі ускладненій холедохолітіазом.

УДК 616.366-002-089.85-06

**А.Г. Гринцов, А.Д. Шаталов, В.В. Хацко,  
А.М. Дудин, В.Ю. Макаров, Д.М. Губанов**

## **ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. Горького, ДОКТМО*

Введение. Повреждения внепеченочных желчных протоков (ВЖП) во время лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) отмечаются в 0,1-1,5% случаев [2, 3]. Выполнение этой операции в 0,9-8,3% случаев сопряжено с большими техническими трудностями, что может стать причиной серьезных ошибок, осложнений и перехода на открытую традиционную холецистэктомию [4, 1].

С 1994 г. по настоящее время в клинике факультетской хирургии ЛХЭ выполнена у 1209 больных. Женщин было 960, мужчин – 249. Возраст пациентов – от 19 до 89 лет, в среднем 43,6 года. Госпитализированы в плановом порядке 82,3 % больных. Хронический калькулезный холецистит диагностирован у 974 чел., острый – у 217, холестероз желчного пузыря (ЖП) – у 14, рак ЖП – у 3, малигнизированный полип пузыря – у 1. Водянка ЖП выявлена у 82 чел., эмпиема пузыря – у 46. Из сопутствующих заболеваний, влияющих на выполнение ЛХЭ, цирроз печени обнаружен у 23, пупочная грыжа – у 10. Ранее оперированы на органах брюшной полости 172 пациента.

Операцию выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Использовали стандартные наборы для ЛХЭ фирмы "Wolf". Троякары в брюшную стенку вводили через 4 обычные точки. ЖП отделяли от печени с помощью монополярной электрокоагуляции. Элементы треугольника Кало выделяли, используя круглый крюковидный электрод. В 76 случаях напряженный ЖП пунктировали и с помощью аспирационно-промывочной трубки диаметром 5 мм осуществляли его декомпрессию.

Интраоперационные осложнения (перфорация ЖП, паренхиматозное кровотечение из ложа пузыря и др.) отмечены у 47 (3,9 %) пациентов. В основном эти осложнения возникали в результате технических погрешностей, наблюдаемых в период освоения ЛХЭ. У 15 чел. эти осложнения устранены лапароскопически.

Нами проведены анатомические исследования на 60 трупах, результаты которых позволили избежать некоторых технических ошибок и осложнений. Так, поиск пузырной артерии во время выполнения ЛХЭ нередко труден, её дополнительные ветви могут стать причиной развития кровотечения. В 46 случаях отмечены аномальные варианты кровоснабжения ЖП, что могло бы стать причиной случайного повреждения гепатикохоледоха.

Грубых ошибок во время выполнения ЛХЭ помогает избежать следующее: тщательный учет всех факторов риска (спаечный процесс, парапузырный инфильтрат и др.); своевременное выполнение операции по поводу желчнокаменной болезни; оптимальное до- и интраоперационное исследование ЖП и желчных протоков; проведение операции в плановом порядке; учет аномалий ЖП, протоков и сосудов; повышение квалификации хирурга; четкое видение элементов ЖП и протоков во время операции; не останавливать кровотечение в воротах печени слепым способом. Профилактика травм ЖП и ВЖП во время операции более перспективна, чем лечение их последствий.

Переход на «открытую» ХЭ осуществлён в 32 (2,6 %) случаев. Причинами его явились: выраженный воспалительно-инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве – 17, гангренозный ЖП – 9, кровотечение из пузырной артерии – 2, рак ЖП – 2, пересечение холедоха – 1, пузырно-дуоденальный свищ – 1. Чаще всего (у 17 чел.) значительные трудности при выполнении ЛХЭ представлял воспалительный инфильтрат в области ворот печени, ЖП и гепатодуоденальной связки, в который были вовлечены большой сальник, желудок, двенадцатиперстная и поперечная ободочная кишка.

Повреждение холедоха в результате выраженного спаечного процесса сразу было замечено во время операции. Произведена лапаротомия по Кохеру в правом подреберье и реконструктивная операция по предложенному в клинике способу формирования билиодигестивного анастомоза (патент Украины № 18169А от 1.07.97 г.). Отдаленный результат хороший.

Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» ХЭ можно на основании алгоритма дооперационных признаков: наличие местного или

разлитого перитонита, пальпируемый болезненный ЖП, высокие лейкоцитоз и СОЭ, ультразвуковые изменения ЖП и гепатопанкреатодуоденальной зоны, эффективность консервативного лечения, наличие послеоперационных рубцов на передней брюшной стенке. ЛХЭ противопоказана при индуративном и псевдотуморозном панкреатите, холангите, флегмонозно-гангренозном холецистите с перитонитом, перивезикальном инфильтрате, выраженном спаечном процессе в верхней половине живота.

У 73 пациентов предоперационная лапароскопия позволила принять более правильный выбор способа операции и избежать в технически сложных ситуациях грозных осложнений. После ЛХЭ и «открытой» ХЭ летальных исходов не было.

Выводы. При проведении ЛХЭ не исключены случаи ятрогенных интраоперационных осложнений, требующих своевременной диагностики и адекватной коррекции. Конверсия при ЛХЭ является вынужденной мерой, чтобы избежать тяжелых интра- и послеоперационных осложнений. Прогнозировать возможность перехода ЛХЭ на «открытую» ХЭ можно на основании ряда клинических признаков, данных дооперационных УЗИ, лапароскопии при строгом учёте противопоказаний к выполнению ЛХЭ.

#### **Литература**

1. Верхулецкий И.Е., Пилюгин Г.Г., Медведенко А.Ф. и др. Характер интраоперационных осложнений и причины конверсии при видеолaparоскопических холецистэктомиях // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім. ПЛ Шупика. – Київ, 2000. – Вип. 9, кн. 4. – С. 694-696.
2. Грубник В.В., Ильяшенко В.В., Мельниченко Ю.А. и др. Возможности выполнения лапароскопической холецистэктомии при остром холецистите // Клін. хірургія. – 1995. – № 4 – С. 7-9.
3. Дмитриев Б.И., Демидов В.Н., Вансович В.Е. и др. Применение лапароскопической холецистэктомии в лечении желчнокаменной болезни // Клін. хірургія. – 1997. – № 9-10, – С. 103-104.
4. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и др. Лапароскопическая холецистэктомия : 5-летний опыт // Анналы хир. гепатологии. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 16-19.

УДК 616-089.85

**О.К. Бабалич, О.В. Ищенко, О.Б. Гоманченко, В.К. Войтенко,  
О.А. Могілястий, Кумар Чандан**

### **ЛАПАРОСКОПІЧНАХОЛЕЦИСТЕКТОМІЯЗПРИВОДУ ГОСТРОГОІХРОНІЧНОГОХОЛЕЦИСТИТУ**

*Кримський державний медичний університет ім.С.І. Георгієвського*

Вступ. У практику медицини втілена лапароскопічна холецистектомія, яка супроводжується більш легким післяопераційним перебігом, зменшен-

ням терміну знаходження в лікарні і тимчасової непрацездатності, кращим косметичним результатом.

Матеріали і методи. У клініці загальної хірургії спостерігалися 726 хворих з холециститом у віці від 15 до 84 років. Жінок було 649 (89,4 %), чоловіків – 77 (10,6 %). Хронічний перебіг захворювання відмічено 619 (85,3 %) осіб, 107 (14,7 %) – гострий. Калькульозний холецистит мав місце у 717 (98,7 %), в тому числі хронічний – 612 і гострий – 105. У 5 (0,7 %) хворих виявили некалькульозний (3-хронічний, 2 – гострий) і у 4 (0,6 %) – холестероз жовчного міхура з папілярними виростами. Хворі з гострим процесом поступали в клініку в терміни від декількох годин до 10 днів і пізніше від початку захворювання. При хронічному холециститі хвороба продовжувалась від 3-4 місяців до 43 років.

Усі хворі обстежені клінічно, лабораторно та інструментально. Супутні захворювання виявлені у 225 (30,9 %). Операція виконувалась з допомогою апаратури фірми “Kufner”.

Результати дослідження. Під час ЛХЕ гострий катаральний холецистит знайдено у 49 (45,8 %) хворих з 107, флегмонозний – у 56 (52,3 %), флегмонозно-гангренозний – у 2 (1,9 %). Серед них водянка міхура була у 5, емпієма – у 17 и параміхурний абсцес – у 2.

Операція виконувалась типово з кліпуванням міхурової протоки і артерії. У двох спостереженнях виявлено синдром Мірізі (ширина співустя 1,5 см і 0,8 см), причому в одного пацієнта співустя було з лівою печінковою протокою. З успіхом ступінчато накладено в першому випадку 5 кліпс, в другому – 3. Нетипово розташовувався жовчний міхур у 2 осіб. Міхурова артерія у 11 випадках мала розсипний тип будови і її обробка проводилась за допомогою коагуляції. Міхур видалявся від шийки, але при рубцевих змінах видалявся спалюванням, що приводило до пошкодження ложа і міхура з випаданням каменів (33 випадки). Витягання у цих випадках міхура і каменів виконувалося, як правило, у целофановому мішечку. При водянці і емпіємі міхура виконувалась його пункція. У 7 хворих на хронічний і у 4 – на гострий холецистит через інфільтрат міхур був видалений від дна. Підпечінковий простір обов'язково дренивали трубкою 1-2 дні чи більше.

Довелося перейти на відкриту холецистектомію при хронічному холециститі у 26 (4,2 %) обстежених пацієнтів і з гострим – у 23 (21,5 %). Найбільш частою причиною переходу був інфільтрат біля шийки міхура (відповідно: 12 – 1,9 % і 12 – 11,2 %). У двох осіб (1,9 %) знайдено параміхурний абсцес. Не вдалося закінчити операцію лапароскопічно у хворих з глибоким внутрішньопечінковим розміщенням міхура (4), зі значним спайковим процесом у черевній порожнині (3), при пошкодженні в інфільтраті кишечки Гартмана і випаданні великого числа маленьких каменів (2), при холедохолітазі (2), нориці між жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою (1).

Причиною переходу на відкриту холецистектомію були і деякі інтраопераційні ускладнення (10 хворих – 1,4 %), що спостерігалися, в основно-

му, на початку застосування ендоскопічних операцій: кровотеча з ложа міхура і міхурової артерії (5 хворих), із судин позаочеревинного простору, під час входження в черевну порожнину (1), бокове пошкодження загальної печінкової протоки коагулятором (1), мікроперфорація товстої кишки в інфільтраті (1).

Під час лапароскопічної холецистектомії виконані симультантні операції у 47 (6,5 %) хворих: розсічення значних спайок черевної порожнини, видалення кіст печінки, додаткової ектопічної селезінки, фіброми внутрішньої поверхні черевної стінки, апендектомія, герніопластика з приводу пупкової і пахової грижі та інші.

Усі 726 оперовані хворі видужали. Термін перебування в лікарні після лапароскопічної операції з приводу хронічного холециститу був в середньому 5,1 днів, гострого – 5,9 днів; якщо зроблено перехід на відкрите втручання відповідно 11,7 і 14,4 днів. У випадках виникнення післяопераційних ускладнень термін збільшувався при хронічному процесі до 10,1 днів, при гострому – 8,8 днів, а після інтраопераційних ускладнень – 35,5 днів. В останій час збільшилася кількість хворих похилого і старечого віку з різними супутніми захворюваннями, що призвело до деякого збільшення терміну перебування їх в стаціонарі у передопераційному періоді.

Післяопераційні ускладнення були виявлені у 41 пацієнта (5,6 %) із 726 оперованих, у 2 осіб ускладнення виникли під час операції, але проявилися у післяопераційному періоді (через аномалії розташування жовчного міхура загальну печінкову протоку пересічено і кліповано, в другому випадку в інфільтраті пересічено праву печінкову протоку). В усіх цих випадках виконувалися лапаротомії. Накладення прецизійного гепатикосюноанастомозу в одному випадку і гепатоєюнального на довгій петлі з ентероентероанастомозом у другому привело до видужання. Вимагали лапаротомії в післяопераційному періоді кровотеча в черевну порожнину (2), виділення жовчі у черевну порожнину з розвитком перитоніту від прорізання кліпосою інфільтрованої міхурової протоки (1). Усі другі ускладнення лікувалися консервативними засобами.

**Висновок.** Таким чином, лапароскопічна холецистектомія дозволяє зменшити операційну травму і тим самим скоротити термін знаходження у стаціонарі і поновлення працездатності. Для попередження ускладнень необхідно проводити суворий відбір хворих, а у випадках технічних труднощів при її виконанні – своєчасний перехід на відкрите втручання.

**О.М. Кіт, І.С. Вардинець, О.Б. Мороз, Ю.М. Гарасимчук**

## **ТАКТИКА ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Вступ. Одною з актуальних проблем абдомінальної хірургії в останнє десятиріччя залишається діагностика, вибір строків та методу лікування гострого холециститу [4, 5]. Гострий холецистит є широко розповсюдженим захворюванням жовчних шляхів, частота його складає 1,4 на 1000 чоловік і він займає друге місце після гострого апендициту серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини [4, 5]. По суті, проблема гострого холециститу – це в значній мірі проблема жовчнокам'яної хвороби, оскільки у 85-90 % хворих на гострий холецистит наявні камені в жовчному міхурі [1, 5]. Незважаючи на значну поширеність захворювання і те, що гострий холецистит належить до невідкладних хірургічних захворювань органів черевної порожнини, хірургічну активність при ньому становить від 15 до 80 % і в середньому складає 30 % [4, 5]. Такі коливання вибору методу хірургічного лікування і низька хірургічна активність у хворих на гострий холецистит пов'язані в першу чергу з відсутністю єдиної хірургічної тактики і обґрунтованих показань до операції [2, 3]. Разом з тим за останні роки збільшується число хворих на гострий холецистит, ускладнений холангітом, панкреатитом, механічною жовтяницею, навколومیхуровим інфільтратом, абсцесом, що також пов'язано з відсутністю єдиної хірургічної тактики, ліками в профілактиці ЖКХ, диспансеризації й збільшенням числа осіб похилого та старечого віку [3, 5]. Вибором методу лікування гострого холециститу є холецистектомія, яка за показаннями доповнюється зовнішнім або внутрішнім дрениванням жовчних шляхів [2, 5]. За даними різних авторів [2, 4] післяопераційна летальність при гострому холециститі коливається від 1,3 до 29,4 %, а частота післяопераційних гнійно-септичних ускладнень – від 1,9 до 4,2 % [5]. Враховуючи велику різницю в летальності при операціях, виконаних з приводу гострого холециститу за екстремними або терміновими показаннями, більшість хірургів до недавнього часу старались за допомогою консервативних методів лікування перевести гострий холецистит в хронічний і оперувати таких хворих в плановому порядку.

Вищенаведене дозволяє вважати проблему лікування гострого холециститу до кінця не вирішеною і змушує проводити подальші наукові розробки.

Матеріали і методи. Робота базується на результатах обстеження та лікування 292 хворих на гострий холецистит, 226 (77,3 %) з яких були прооперовані. Виходячи із прийнятої в клініці єдиної лікувальної тактики, при якій всі організаційні, діагностичні та тактичні питання у хворих з гос-



трими захворюваннями органів черевної порожнини повинні бути вирішені протягом перших 2-4 год. після поступлення їх в стаціонар нами за екстреними показаннями були оперовані 56 (24,7 %) пацієнтів, за терміновими показаннями в перші 48 год. 137 (60,6 %) і 33 (14, 6 %) оперовані у відстроченому (плановому) порядку після 48 год. поступлення хворих в стаціонар.

Екстрені операції проводили у хворих з ознаками гангрені, перфорації жовчного міхура і наявності перитоніту. Операціям у цих хворих передувала короткочасна інтенсивна передопераційна підготовка, направлена на корекцію порушених функцій органів і систем організму. Термінові операції ми виконували у хворих через 4-48 год. після поступлення їх в стаціонар при умові, якщо консервативна терапія (паранефральна новокаїнова блокада, введення спазмолітиків, аналгетиків, антибіотиків, дезінтоксикаційна терапія, холод на живіт) була неефективною, стан хворого не покращувався, зберігався м'язовий захист в правому підребер'ї, продовжував пальпуватись збільшений жовчний міхур, в крові утримувався високий лейкоцитоз ( $12-18 \cdot 10^{12}$ ) й зсув лейкоцитарної формули вліво. Відстрочені операції виконували у хворих з затухаючим нападом гострого холециститу, при покращенні їх загального стану. Основною операцією при хірургічному лікуванні хворих на неускладнений гострий холецистит (катаральний, флегмонозний) вважаємо лапароскопічну холецистектомію. При ускладнених формах – лапаротомну холецистектомію, яку доповнюємо за показаннями дренажуванням холедоха через куксу міхурової протоки або холедохотомію; папілосфінктеротомію; холедоходуоденоанастомозом. У тяжких хворих похилого і старечого віку з деструктивними формами гострого холециститу, а також при наявності клініки біліарного панкреатиту, механічної жовтяниці, проводимо декомпресію жовчних шляхів за допомогою мікрохолецистостоми, яку накладаємо в ділянці дна жовчного міхура за допомогою катетера діаметром 2 мм, герметичності якого досягаємо за допомогою нанесення клею МК-8. При сприятливому перебігу захворювання або відмови хворого від операції після стихання гострих явищ, катетер із жовчного міхура видаляємо на 12-14 добу. Останнім часом поряд з дренажуванням жовчного міхура нами проводиться лапароскопічний контроль за перебігом запального процесу стінки міхура у цих хворих за допомогою фіброхоледохоскопа "Pentax FSP 9 P" зовнішній діаметр якого 3,2 мм, який вводимо через дренажну трубку, підведену до мікрохолецистостоми. За допомогою такого контролю, ми мали можливість більш точно і об'єктивно оцінювати динаміку перебігу запального процесу і своєчасно підходити до вибору термінів, виду і об'єму оперативного втручання. Поряд із цим всім хворим проводили дезінтоксикаційну терапію, введення серцевих глікозидів, знеболювальних препаратів, антибіотиків широкого спектра дії. У хворих з дренажуванням жовчного міхура проводимо раціональну антибіотикотерапію після визначення в жовчі збудника і визначення його чутливості до антибіотиків.

Результати дослідження. Аналіз наших досліджень свідчить про те, що у більшості хворих спостерігались виражені морфологічні зміни в стінці жовчного міхура, які характеризувались гіпертрофічними запальними процесами. Це підтверджувалось морфометричними показниками і характеризувалось збільшенням товщини слизової оболонки органа, висоти покривного епітелію та змінами мікроциркуляторного русла (артеріол, прекапілярів, посткапілярів, венул). Досліджуючи різні ділянки жовчного міхура ми виявили, що у деяких хворих деструкція стінки органа наступала внаслідок циркуляторних розладів при мінімальних ознаках запалення. А тому первинно-деструктивні форми гострого холециститу у цих хворих можна розглядати як наслідок інфаркту стінки жовчного міхура. Несвоєчасно проведене оперативне втручання у цих хворих завжди може викликати різні ускладнення. Ось чому ми вважаємо, що 4-48 год. – оптимальний термін для вирішення термінової операції. У більшості хворих, оперованих за терміновими показаннями в перші 2 доби від початку захворювання мав місце флегмонозний холецистит.

Висновок. Диференційний підхід до вибору методу лікування гострого холециститу з врахуванням індивідуальних особливостей перебігу захворювання та розробленої тактики в клініці, дозволив значно покращити результати хірургічного лікування захворювання, зменшити число ускладнень та терміни перебування хворих в стаціонарі.

#### **Література**

1. Дедерер Ю.М., Крылова Н.П., Шойхет Я.Н. Патогенез, диагностика и лечение механической желтухи: Монография. Изд-во Краснояр. ун-та, 1990. – 112 с.
2. Іващенко В.В., Журавльова Ю.І., Скворцов К.К. Тактичні прийоми лікування гострого холецистопанкреатиту з використанням відеолапароскопічної техніки. – Тернопіль: Шпитальна хірургія №2, 2001. – С. 53-54.
3. Мішалов В.Г., Гойда С.М. Шляхи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії // Шпитальна хірургія №2, 2001. – С. 74-77.
4. Семенов Ю.С., Потійко О.В., Федорук В.А., Сидорук І.В., Шумлянський І.В. Лапароскопічна холецистектомія при гострому калькульозному холециститі. // Шпитальна хірургія №2, 2001. – С. 137-140.
5. Шалімов О.О., Шалімов С.О., Ничитайло М.Ю., Доманський Б.В. Хірургія печінки та жовчочовідних шляхів. – К.: Здоров'я, 1993. – 512 с.

**А.А. Стукало**

## **ХОЛАНГИТИКРУПНЫЕКОНКРЕМЕНТЫ ГЕПАТИКОХОЛЕДОХА:МАЛОИНВАЗИВНЫЕСПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ**

*Донецкий государственный медицинский университет*

**Введение.** Общеизвестно, что эндоскопические транспапиллярные вмешательства (ЭТВ) обладают высокой диагностической и лечебной эффективностью. Так, по нашим данным, диагностическая ценность эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ) составляет 91,9 %, а эффективность эндоскопического разрешения обтурационной желтухи при холедохолитиазе – 92,6 %. Однако, малоинвазивное лечение пациентов с крупными, более 10-12 мм конкрементами гепатикохоледоха при сопутствующем холангите вызывает определенные трудности. Подобные конкременты после папиллотомии самостоятельно не отходят, механическая литэкстракция не всегда выполнима, наличие холангита, как правило, осложняет проведение ЭТВ.

**Материалы и методы.** Располагаем опытом проведения ЭТВ у 1129 пациентов. По поводу холедохолитиаза и его осложнений вмешательства произведены 625 больным (55,4 %). У 179 (28,6 %) пациентов в гепатикохоледохе диагностированы конкременты размером более 10 мм. Всем больным выполнена ЭРПХГ, по результатам которой определялась дальнейшая тактика лечения.

**Результаты и обсуждение.** Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) тотчас после ЭРПХГ произведена 151 больному. Для ликвидации желчного блока и предупреждения кровотечения во время папиллотомии 28 пациентам с длительной, более 8 суток обтурационной желтухой и гипербилирубинемией выше 150 ммоль/л установлен назобилиарный дренаж. Проводили его проксимальнее конкремента. После снижения желчной гипертензии, коррекции биохимических показателей, улучшения общего состояния этим больным также выполнена ЭПСТ.

Механическая литэкстракция корзиной Dormia или механическая литотрипсия с последующей экстракцией фрагментов конкремента в один этап после ЭРПХГ и ЭПСТ произведена 64 пациентам.

У 115 больных с конкрементами от 13 до 22 мм, после ЭПСТ и неэффективных попыток литотрипсии, либо без них, произведено назобилиарное дренирование (НБД). У большинства пациентов имелись клинические, сонографические и эндоскопические признаки холангита. По назобилиарному дренажу интрадуктально вводили растворы антисептиков, антибиотиков, сорбента; осуществлялся капельный лаваж протоковой системы. Одновре-

менно пациенты получали гепатопротекторы, дезинтоксикационную и противовоспалительную терапию. При эффективном дренировании, купировании явлений холангита этапное транспапиллярное вмешательство проводили через 3-5 суток. У 101 пациентов (87,8 %) удалось выполнить литэкстракцию или механическую литотрипсию с последующей санацией гепатикохоледоха. НБД и противовоспалительную терапию осуществляли еще 3-4 суток и после контрольной холангиографии дренаж извлекали.

Механическая экстракция фрагментов конкрементов и эндоскопическая санация желчной протоковой системы у 3 больных с функционирующим назобиллярным дренажом и конкрементами более 20 мм выполнены после успешного проведения экстракорпоральной ультразвуковой литотрипсии.

Интраоперационная холедохолитотомия произведена 10 пациентам (5,6 %) с крупными конкрементами общего желчного протока, в том числе 2 больным после неэффективных попыток экстракорпоральной ультразвуковой литотрипсии. Санировать эндоскопическими мероприятиями холедох им не удалось. У 4 пациентов во время операции подтвержден диагностированный при ЭРПХГ синдром Мирizzi.

Один больной с множественным холелитиазом, гнойным холангитом, холангиогенными абсцессами печени, холангитическим сепсисом, несмотря на частичную литэкстракцию, назобиллярное дренирование и проводимую терапию, погиб при нарастании интоксикации и печеночной недостаточности.

Выводы. Назобиллярное дренирование способствует ликвидации желчного блока, препятствует вклинению неудаленного конкремента в ампулу большого дуоденального сосочка, является методом профилактики кровотечений при последующей ЭПСТ у больных с продолжительной высокой гипербилирубинемией обтурационного генеза.

Проведение интрадуктальной противовоспалительной терапии и лаваж гепатикохоледоха значительно улучшают результаты лечения гнойного холангита, создают условия для малоинвазивного лечения неудаляемых ранее конкрементов.

Санация желчевыводящей системы, снижение протоковой гипертензии, уменьшение воспалительных изменений стенки гепатикохоледоха с помощью НБД позволяют существенно повысить эффективность механической литотрипсии и литэкстракции при крупных конкрементах.

### **Литература**

1. Балалыкин А.С. (1996) Эндоскопическая абдоминальная хирургия. ИМА-пресс, Москва, 152с.
2. Балалыкин А.С. (1999) ЭРПХГ, ЭПТ и чреспапиллярные операции – успехи и проблемы // Материалы 3-го международного конгресса по эндоскопической хирургии. Москва. – С. 22-24.
3. Зубарева Л.А., Кузовлев Н.Ф., Гальперин Э.И. (1996) Осложнения и их профилактика при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном соске. // Материалы Российского симпозиума «Осложнения эндоскопической хирургии». Москва. – С.192-194.

4. Ничитайло М.Е., Гойда М.С., Пидмурняк А.А. и др.(2000) Коррекция неопухоловой патологии дистального отдела общего желчного протока после холецистэктомии. // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика. Вип.9, кн.4, Київ. – С.379-383.

5. Стукало А.А. (2001) Кровотечения после эндоскопических хирургических вмешательств на органах пищеварительного канала. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – № 1, том 5. – С. 33-34.

УДК 616. 361-002-089

**В.В. Ганжий, Е.В. Кирьяков, В.М. Черкасов, С.А. Новак**

## **ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ УДАРНО- ВОЛНОВАЯ ЛИТОТРИПСИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

Введение. Видеоэндоскопические хирургические вмешательства заняли ведущее место в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений, что обусловлено их неоспоримыми преимуществами по сравнению с операциями с использованием лапаротомного доступа.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 47 пациентов с калькулезным холециститом, осложненным холедохолитиазом и обтурационной желтухой. Мужчин было 5, женщин – 42. Возраст больных от 28 до 74 лет. Хронический холецистит выявлен у 45 (95,7 %) больных, острый у 2 (4,3 %). У 44 (93,6 %) пациентов при госпитализации отмечены клинико-биохимические признаки холестаза с билирубинемией (уровень билирубина от 41 до 356 мкмоль/л. В общем желчном протоке (ОЖП) обнаружено от 1 до 6 конкрементов, ширина его в пределах от 1,2 до 3,0 см.

При планировании лапароскопического оперативного вмешательства особенно тщательно проводили дооперационное обследование пациентов, поскольку возможности субоперационной ревизии в некоторой степени ограничены. Диагностическая программа включала клинико-лабораторные исследования, ультразвуковое исследование (УЗИ), эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта, дуоденофиброскопию зоны большого сосочка двенадцатиперстной кишки и эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРПХГ). Последнюю выполняем по следующим показаниям: желтуха и острый панкреатит в анамнезе, повышение билирубина. Выявление при УЗИ мелких конкрементов в желчном пузыре, расширение ОЖП более 1,0 см.

Результаты исследования. У 37 (78,7 %) больных удалось устранить причину нарушения проходимости терминального отдела холедоха путем

выполнения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) с холедохолитотракцией. Затем после купирования желтухи больным выполняли видеолапароскопическую холецистэктомию стандартным способом. Продолжительность лечения больных после операции составила 3-4 сут. Летальных исходов не было.

У 10 (21,3 %) пациентов с помощью ЭПСТ не удалось устранить причину нарушения проходимости терминального отдела холедоха. Крупные конкременты в ОЖП выявлены у 8 (17,0 %) больных, перипапиллярный дивертикул – у 2 (4,2 %). Этим больным была выполнена ЛХЭ с дренированием холедоха и выполнением интраоперационной чрездренажной холангиографии. У 2 (4,2 %) больных интраоперационно удалось выполнить холедохолитотракцию балонным методом. После купирования желтухи 8 (17,0 %) пациентам произведена экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия желчных камней. Дробление производилось на литотрипторе «ESVL-NE IV» производства КНР с искрометным разрядом. Перед началом литотрипсии больным делали премедикацию раствором 1 % промедола. Лечение проводилось в положении больного на животе.

Литотрипсию начинали с низких частот с постепенным и увеличением. Максимальное число ударов за один сеанс доводили до трех тысяч. После окончания сеанса больным рекомендовали постельный режим, спазмолитики и противовоспалительные препараты. У 6 (12,6 %) пациентов камни дефрагментировались после одного сеанса литотрипсии, у 2 (4,2 %) после двух и трех сеансов. Длительность лечения этих пациентов после операции составила 11-15 сут. Все пациенты живы.

Выводы. Таким образом, лечение осложнённых форм желчнокаменной болезни должно быть этапным, направленным на полное устранение холестаза и его последствий.

УДК 616.12-008.331.1:576.8.06:616.361-002-003.

**А.В. Багрій, О.О. Ольхомяк, І.В. Поліщук, С.І. Саволюк**

## **РОЛЬ СТУПЕНЯ ХОЛЕСТАЗУ В ВИДОВОГО СКЛАДУ МІКРОФЛОРИ В РОЗВИТКУ ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ**

*Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Вступ. Гнійний холангіт – це важке захворювання, яке супроводжується високим ступенем летальності. З патофізіологічної точки зору холангіт – це запалення жовчовивідних шляхів, що виникає на фоні холестазу і ахілії, які сприяють підвищенню всмоктування кишкового ендотоксину, порушенню функції клітин Купфера, прориву ендотоксину в системний кровообіг.

Матеріали і методи. Нами в експериментальному дослідженні на 52 собаках створено модель холедохолітазу з холестазом і гнійним холангітом (свідоцтво про раціоналізаторську пропозицію № 9 від 15.02.01 р., видане ВДМУ) шляхом введення в дистальний відділ холедоха автозавісі вмісту дванадцятипалої кишки та розчину полімеру “Поліакрил-М”. Всі прооперовані тварини спостерігалися у термін від 1 до 12 діб. При цьому спостерігали явища неповної обтурації загальної жовчної протоки і розвиток гнійного холангіту вже через 3 доби. Для верифікації діагнозу використані морфологічний, бактеріологічний, біохімічний та манометричний методи дослідження.

Результати дослідження та обговорення. Внаслідок розвитку гнійного холангіту спостерігали розширення жовчних проток, утворення мікроабсцесів за ходом внутрішньопечінкових проток і в гілках ворітної вени, появу в жовчних протоках коркоподібних утворень з “замазки”, нейтрофілну інфільтрацію паренхіми печінки, тромбоз центральної вени, централобулярний некроз. В різні строки розвитку експериментального холангіту відбувалося підвищення показників ендогенної інтоксикації – рівня молекул середньої маси, лейкоцитарного індексу інтоксикації та підвищення вмісту білірубіну в крові. Манометричні дослідження показали збільшення внутрішньопотокового тиску.

Висновки. Проведені експериментальні дослідження свідчать про те, що для розвитку гнійного холангіту має значення ступінь холестазу, його тривалість, а також видовий склад мікрофлори, яка потрапляє в жовчні протоки. Так при неповній обтурації холедоха і введення в жовчні протоки культури кишкової палички через 7 діб відмічені лише катаральні явища в жовчних шляхах і тільки у однієї тварини були наявні флегмонозні зміни. При введенні в жовчні протоки змиву дванадцятипалої кишки в подібних умовах явища гнійного холангіту спостерігались вже через 3 доби.

При повній обтурації загальної жовчної протоки шляхом накладання лігатури на її дистальний відділ і введенні аутозмиву вмісту дванадцятипалої кишки на 3-4-у добу в 100 % випадків наступала загибель тварин. При цьому нами відмічений вкрай високий ступінь ендогенної інтоксикації, яка швидко розвивалася на фоні поліорганної недостатності у всіх оперованих тварин.

**Н.Т. Чемодуров, Н.А. Цатурян,  
В.И. Летюк, П.С. Михальчевский**

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Введение. С момента развития желчной хирургии возникла и проблема камней, забытых в печеночных и общем желчном протоках, ампуле Фатерова соска. Частота холедохолитиаза при желчекаменной болезни в среднем составляет 10 %. Частота резидуального холедохолитиаза по данным публикуемых статистических сообщений различна, колеблется в среднем от 5 до 20 % случаев. Следует различать резидуальные камни желчных протоков (остаточные, забытые) и рецидивные, встречающиеся по различным данным от 2 до 7 % случаев при постхолецистэктомическом синдроме (ПХЭС).

Кроме общеклинического и ультразвукового исследования (УЗИ) во всех случаях, при подозрении на холедохолитиаз или другую патологию, вызывающую гипертензию и нарушение оттока желчи по внепеченочным желчным путям проводили эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию (ЭРХПГ). Последняя выполнена 344 больным. При этом у 124 больных с хроническим калькулезным холециститом выявлен холедохолитиаз, у 38 больных диагностирован резидуальный холедохолитиаз и у 31 – доброкачественные сужения терминального отдела холедоха, препятствующие оттоку желчи с наличием механической желтухи и болевого синдрома.

ЭРХПГ позволяет получить ценную, а у некоторых больных – единственно возможную информацию о характере патологического процесса. Ценность метода заключается еще и в том, что при холедохолитиазе, доброкачественных стенозах терминального отдела холедоха, опухолевом поражении общего желчного протока и ряде других заболеваний внепеченочных желчных протоков и Фатерова соска ЭРХПГ позволяет от исследования перейти непосредственно к выполнению хирургического вмешательства – эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), в том числе с удалением конкрементов, механической, лазерной или ударно-волновой эндобилиарной литотрипсией, наружным или внутренним дренированием желчных протоков, биопсией опухоли Фатерова соска и др.

ЭПСТ выполнены всем 124 больным с хроническим калькулезным холециститом в сочетании с холедохолитиазом. Мелкие конкременты активно не извлекались, и, как правило, отходили спонтанно в первые двое-трое суток. Конкременты диаметром от 0,8 мм и более извлекались корзинкой Дормиа, в некоторых случаях крупные конкременты были разрушены механически эндобилиарно и удалены фрагментами, причем в 4-х случаях для этого потребовалось повторное эндоскопическое вмешательство.



98 больным, перенесшим ЭПСТ, при явлениях положительной УЗИ динамики состояния общего желчного протока, отсутствии гипертензии и эхопозитивных включений через 2-3 суток произведена лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ). 23 больным, которым не удалось удалить конкременты при ЭПСТ произведены лапароскопическая холецистэктомия, холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха. Одному из этой группы больных с протяженной рубцовой стриктурой дистального отдела холедоха, кроме того, лапароскопически наложен холедоходуоденоанастомоз.

У 2-х больных после ЭПСТ возник острый панкреатит, после купирования которого консервативными мероприятиями, произведены ЛХЭ. У одной больной развился острый гнойный холангит – оперирована по традиционной методике. Осложнений и летальных исходов не было.

Из 38 больных с резидуальным холедохолитиазом 20 были с наружным дренажем холедоха, 18 без наружного дренирования.

Из 20 больных с наружным дренажем холедоха 2 после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ), 18 после традиционной холецистэктомии.

Из 18 больных без наружного дренирования 4 – после ЛХЭ, 14 после традиционной холецистэктомии.

Всем больным выполнена ЭПСТ. Перед установкой папиллотома после дуоденоскопии и осмотра БДС контрастировались желчевыводящие пути (фистулохолангиография или больным без наружного дренирования – ЭРХПГ) с целью уточнения размеров и количества конкрементов, а также для контроля правильной установки папиллотома. После чего выполнялась ЭПСТ. Мелкие конкременты (диаметром 5-6 мм) как правило активно не извлекались и отходили спонтанно в среднем через 1-4 суток. При этом миграция камней в двенадцатиперстную кишку нередко сопровождалась приступом желчной колики. Камни от 7-8 мм извлекались корзинкой Dormia, удлиненным катетером Фогарти сразу по завершении ПСТ. В некоторых случаях для того, чтобы удалить достаточно крупные конкременты потребовались повторные эндоскопические вмешательства.

У одной больной после традиционной холецистэктомии без дренирования общего желчного протока после ПСТ в первые сутки развился острый гнойный холангит на фоне вклинения конкремента в папиллотомный разрез. Больная оперирована в экстренном порядке, выписана с выздоровлением.

Вывод. Опыт успешного применения ЭРХПГ, ЭПСТ и лапароскопических оперативных вмешательств значительно расширяет возможности малоинвазивных операций при желчекаменной болезни и ее осложнениях, не уступая по эффективности традиционным методикам. В комплексе с другими эндобилиарными вмешательствами ЭПСТ является операцией выбора при остаточном холедохолитиазе, особенно при наличии наружного дренажа холедоха.

**С.А. Бычков, Е.Д. Хворостов, Р.Н. Гринёв, Ю.Б. Захарченко**

## **КОМБИНИРОВАННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина*

Введение. Хирургическое лечение различных форм желчнокаменной болезни (ЖКБ) является одной из наиболее актуальных проблем хирургической гастроэнтерологии. В последнее десятилетие в лечении больных с данной патологией появился новый важный аспект – применение малоинвазивных хирургических, прежде всего эндоскопических технологий (1,2).

В хирургической клинике Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина с 1994 года выполнено 2270 лапароскопических холецистэктомий (ЛХЭ) у больных с холецистолитиазом, из них по поводу хронического калькулёзного холецистита – 1524, острого холецистита – 746. Острый катаральный холецистит диагностирован при операции у 368 больных, флегмонозный – у 302 и гангренозный – у 76 больных. Возраст пациентов колебался от 15 до 86 лет, из них 480 были старше 60 лет. Холедохолитиаз имел место у 152 больных: у 122 с хроническими формами холецистита и у 30 – с острым холециститом. Больным с холедохолитиазом предварительно выполнялась эндоскопическая санация холедоха с экстракцией конкрементов и применением комбинированного интрахолангеального медикаментозного и лазерного воздействия. Папиллосфинктеротомия, промывание желчного дерева и назобилиарное дренирование выполнялось с использованием дуоденофиброскопа JF 20 (Klumpus, Japan). Для интрахолангеального введения использовали многокомпонентный препарат “Левосин”, растворенный в дистиллированной воде для инъекций в соотношении 1:1 при температуре 38 °С. Введение препарата проводилось три раза в день капельно в объеме 60 мл. Для проведения лазерного интрахоледохеального воздействия использовался лазерный физиотерапевтический аппарат АФЛ-1 (длина волны излучения 632,8 нм, выходная мощность 25 мВт). Мощность на выходе из световода составляет 1,5-2,0 мВт. Световод вводили в холедох по инструментальному каналу дуоденофиброскопа. Сеанс облучения продолжался 30 минут 4 раза в сутки на протяжении трех суток. Оптимальными сроками для выполнения ЛХЭ после эндоскопической папиллотомии считали 3-4 сутки при хроническом холецистите и 1-2 сутки при остром холецистите.

ЛХЭ выполняли по стандартной методике и в обязательном порядке операцию завершали дренированием брюшной полости. В нашей клинике выполнено 117 ЛХЭ в комплексе с низкотемпературной обработкой ложа желчного пузыря (патент № 97105196). У всех больных, которым применяли данный метод, отмечалось значительное снижение болевого синдрома в

раннем послеоперационном периоде, не было случаев кровоточивости и желчеистечения из паренхимы печени.

При завершении ЛХЭ в 103 случаях использовали минилапаротомный доступ в правом подреберье, через который удаляли деструктивно измененный желчный пузырь, а также производили ревизию и санацию подпеченочного пространства под двойным визуальным контролем. Операцию завершали дренированием подпеченочного пространства перчаточнo-трубочным дренажем. Нам не удалось избежать наиболее тяжелого осложнения ЛХЭ – травмы общего желчного протока. Она случилась у 6 (0,26 %) больных, которых оперировали в начальный период работы. Конверсия имела место у 28 (1,23 %) больных. Послеоперационные осложнения, связанные с желчеистечением, возникли у 18 (0,79 %) больных. Нагноение окологупочной раны было самым частым послеоперационным осложнением, оно возникло у 19 (0,84 %) пациентов. Продолжительность нахождения больных в стационаре (исключая случаи конверсии) составляла 4-6 дней. Трудоспособность восстанавливалась на 10-14 сутки после вмешательства.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют, что ЛХЭ является операцией выбора при остром и хроническом холецистите. Применение комплексного эндоскопического лечения больных с различными, в том числе и осложненными, формами ЖКБ, позволяет улучшить результаты хирургического лечения, снизить число послеоперационных осложнений и сократить сроки реабилитации пациентов.

#### **Литература**

1. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф. Ничитайло М.Е. Видеоэндоскопические операции в хирургии и гинекологии. – Киев: Здоровье, 2000. – 304 с.
2. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. и соавт. Лапароскопическая холецистэктомия: 5 летний опыт//Анналы хирург. гепатол. – 1998. – № 3. – С.16-17.

УДК 616.366-003.7-08

**В.Г Рухало, В.А. Зинченко**

## **ЛЕЧЕНИЕ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ МЕТОДОМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Прилуцкая центральная городская больница*

В связи с развитием новых технологий, возрастающим внедрением в практику хирургических стационаров видеоэндоскопической техники, повышении внимания к социально-экономическим аспектам лечения желчекаменной болезни (ЖКБ) в последние десятилетия на лидирующие позиции вышла лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ).

Накопленный опыт лапароскопических операций демонстрирует преимущество этого метода перед традиционным оперативным вмешательством.

Материалы и методы. За период с 27.10.98 г. по 30.06.01 г. нами выполнено 353 лапароскопических вмешательства при заболеваниях желчного пузыря.

У 332 пациентов был хронический холецистит, у 17 пациентов острый холецистит, в 4 случаях была выполнена диагностическая лапароскопия.

Среди оперированных женщин было 316 (89,5 %) мужчин – 37 (10,49 %). Возраст пациентов от 16 до 78 лет. По возрастным категориям: 16-30 лет – 32 чел. (9,1 %); 31-59 лет – 251 чел. (71,1 %); 60-78 лет – 70 чел. (19,8 %) Возраст оперированных больных составил  $47,5 \pm 2,02$  года.

Лапароскопическую холецистэктомию выполняли с применением видеоэндоскопической аппаратуры фирмы “Richard Wolf”, Германия, по стандартной методике 4 троакарами под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантом.

Противопоказанием к ЛХЭ считали холедохолитиаз, операции верхних отделов брюшной полости, легочно-сердечная патология в стадии декомпенсации, подозрение на рак желчного пузыря, острый холецистит с приступом свыше 2 суток.

Имела место конверсия в 11 случаях, что составило 3,1 %.

Повторно оперировано 2 больных в связи с желчеистечением. У 1 пациента выполнена микролапаротомия в правом подреберье, дренирование брюшной полости. Исход благоприятный. Во втором случае открытая лапаротомия, ушивание ложа пузыря и пузырного протока, дренирование брюшной полости. Исход благоприятный.

В 5 случаях возникло нагноение раны в области первого доступа.

После выполнения 252 операции начали применять антибиотики в течении 2 дней, с первой инъекцией до операции. Осложнений со стороны раны после этого не было.

Дренирование подпеченочного пространства произведено в 31 случае, что составило 8,9 %. Дренаж удален на вторые и третьи сутки. Летальных случаев не было.

Средняя продолжительность операций составила  $45,4 \pm 3,21$  мин.

Средний день до операции 1,3 дня, после операции – 3,8. За данный период в отделении выполнено 452 операции по поводу ЖКБ, в том числе ЛХЭ 353. Отбор для лапароскопической холецистэктомии составил 78 %. Нами подсчитано, что чисто финансовые затраты для пациентов при ЛХЭ составили 340 грн. Финансовые затраты при открытой холецистэктомии составили 430 грн.

Выводы. Преимущество ЛХЭ в лечении ЖКБ обусловлено малой травматизацией, незначительным количеством послеоперационных осложнений, сокращением срока пребывания больных в стационаре и его реабилитации. Опыт работы позволяет признать ЛХЭ операцией выбора в лечении ЖКБ.

**Р.О. Дудка**

## **АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ (ЛСХЕ)**

Вступ. Широке впровадження в хірургічній практиці лапароскопічних методів оперативного втручання висвітлює цілий ряд проблем, пов'язаних з анестезіологічним забезпеченням. Особливості анестезії пов'язані, насамперед, з накладанням пневмоперитонеуму (карбоксиперитонеуму), це гіперкапнія, внутрішньоочеревинна гіпертензія, в результаті якої є порушення місцевої і центральної гемодинаміки, обмежена екскурсія легень, збільшення шунтування крові, зменшення функціонального об'єму легень.

Матеріал та методи. Нами виконано 353 лапароскопічні операції за період з 27.10.1998 по 30.06.2001 рр. З них хворих з хронічним калькульозним холециститом – 332, гострим холециститом – 17, діагностична лапароскопія – 4. Серед оперованих було: жінок – 316 (89, 51 %); чоловіків – 37 (10,49 %). По вікових категоріях: від 16 до 30 років – 32 чол. (9,1 %), жінок – 28, чоловіків – 4; від 31 до 59 років – 251 чол. (71,1 %), жінок – 232, чоловіків – 19; від 60 до 78 років – 70 (19,8 %), жінок – 56, чоловіків – 14.

При обстеженні на догоспітальному етапі у хворих було виявлено супутню патологію, яка впливала на проведення анестезіологічного забезпечення при ЛСХЕ.

Найчастіше зустрічались: гіпертонічна хвороба II ст. – 68; ішемічна хвороба серця – 68; цукровий діабет – 6; варикозне розширення п/ш вен н/кінцівок – 32; бронхіальна астма – 3; ожиріння III-IV ст. – 4.

Результати. Хворі з супутньою патологією вимагали детального обстеження, та відповідної передопераційної підготовки з метою корекції стану серцево-судинної системи у хворих з ГХ та ІХС використовували атенол, каптопрес, етап. З порушенням ритму – лекопгін, кордарон, лідокаїн (у загальноприйнятих дозах). Під час анестезії артеріальний тиск жодного разу не перевищував 190 мм рт.ст. Хворим, старше 60 років, та хворим з ІХС, тромбофлебитами, миготливою аритмією, ожирінням, варикозною хворобою для профілактики тромбоемболічних ускладнень використовували фраксипарин в дозі 0,3 мл протягом 3 днів. Після виконання 251 ЛСХЕ у 6 випадках спостерігалось нагноєння та сероми біляпупкової рани та одна анаеробна флегмона передньої черевної стінки. Це змусило нас з профілактичною метою призначати препарати цефалоспоринового ряду за 2 години до операції, через 2 години після операції і на наступний день по 2 гр. на ін'єкцію.

Після призначення цефалоспоринів ускладнень не відмічали.

Хворим було проведено внутрішньовенний багатоконпонентний наркоз з міоплегією, інтубацією трахеї та ШВЛ апаратом РО-6 Н-05 в режимі помірної гіпервентиляції з інгаляцією O<sub>2</sub> 70-90 %. Індукція в наркоз здійснюва-

лась атарактиком (сибазон, діазепам) – 2 мл, анальгетиком (фінталін 1-2 мл) і тіопентамом Na до 500 мг. В деяких випадках використовували кетамін. Наркоз підтримувався в/в введенням тіопенталу Na. Аналгезія здійснювалась фракційним введенням фентанілу по 2 мл.

Для адекватної міоплегії використовували ардуан в дозі 0,05 мг/кг. Як правило, 4 мг. ардуану вистачало для проведення ЛСХЕ (45±5 хв.).

Враховуючи малотравматичність оперативного втручання і наркотичну дію CO<sub>2</sub> тіопентал і фентаніл вводили рідше, що давало можливість уникнути депресивної дії анестетиків на серцево-судинну систему, сприяло ранньому пробудженню хворого і відновленню самостійного адекватного дихання.

Нейролептаналгезія не знайшла широкого використання через побічну дію пневмоперитонеуму (внутрішньоочеревинна гіпертензія з розладами центральної гемодинаміки, вимушене положення хворого на операційному столі).

Пневмоперитонеум в усіх випадках здійснювали з подачею CO<sub>2</sub> 1 л/хв., потім 2 л/хв. до тиску в черевній порожнині 14 мм рт. ст.

У хворих з вираженою супутньою патологією (ІХС, дихальна недостатність, ожиріння) тиск в черевній порожнині створювали до 10-11 мм рт.ст. що давало можливість зменшити побічну дію пневмоперитонеуму.

При всіх оперативних втручаннях використовували назогастральний зонд. Постійно здійснювався контроль АТ, ЧСС, в деяких випадках проводилась пульсоксиметрія (O<sub>2</sub> знаходилось в межах 92-95 %). Рекураризацію здійснювали в/в введенням р-ну прозерину 2- 3 мл і ноотропіну (пірацетаму) 10-20 мл і 5 мл 2,4 % р-ну еуфіліну. Адекватне зовнішнє дихання відновлювалось через 5-10 хвилин після закінчення оперативного втручання.

Характерного для ЛСХЕ повільного відновлення самостійного дихання не спостерігалось.

Анестезія і оперативне втручання не виключає виникнення ускладнень. У 16 хворих виникло порушення ритму за типом шлуночкової екстрасистолії, яке купірували в/в введенням β-адреноблокаторів і серцевих глікозидів.

У хворих з ожирінням проводили подовжену ШВЛ до 30-40 хвилин. Ознак дихальної недостатності не спостерігалось.

Висновки. 1. Методом вибору при ЛСХЕ є багатокомпонентний в/в наркоз з міоплегією та ШВЛ в режимі помірної гіпервентиляції.

2. Режим помірної гіпервентиляції при ШВЛ та менша кількість анестетиків пом'якшують наслідки пневмоперитонеуму та прискорюють вихід хворого з наркозу.

3. Негативний вплив пневмоперитонеуму зобов'язує анестезіолога диференційовано підходити до проведення передопераційної підготовки, наркозу та раннього післяопераційного періоду.

**Б.О. Назаров, К.М. Курбанов**

## **ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*ТГМУ им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе*

**Введение.** Число неудовлетворительных результатов (8-30 %) хирургического лечения ЖКБ, особенно хронического калькулезного холецистита (ХКХ) заставляет исследователей искать новые пути профилактики и лечения “постхолецистэктомического синдрома”.

Целью исследования является улучшение отдаленных результатов хирургического лечения хронического калькулезного холецистита (ХКХ).

**Материалы и методы.** Под нашим наблюдением находилось 48 больных с ХКХ. Мужчин было 6, женщин – 42. Возраст больных составил от 20 до 69 лет. Для диагностики ХКХ и сопутствующих заболеваний всем больным дооперационно проводили УЗИ, эзофагогастродуоденоскопию, рентгеноскопию ЖКТ, поэтажную манометрию, исследование кислотообразовательной функции желудка, количественное и качественное определение желчных кислот в желудочном соке, а также с целью обнаружения хеликобактериоза желудка (*H. pylori*) брали биопсию из различных участков слизистой оболочки желудка, проводя уреазный и гистологический тесты.

**Результаты исследования.** При эзофагогастродуоденоскопии у 34 (71 %) больных в зависимости от степени выраженности ДГР и Р-Г наблюдалась следующая картина: от легкой окраски желудочного сока желчью до большого количества желчи в просвете желудка, зияние привратника до 2,5-3,0 см в диаметре, гиперемия, отек и эрозии слизистой оболочки желудка вплоть до атрофического гастрита и дуоденогастральный рефлюкс. У 3 из них имелась язва луковицы ДПК.

Рентгенологическая картина характеризовалась наличием жидкости натощак в полости желудка, сглаженность складок желудка, вялая перистальтика и дилатация желудка, задержка эвакуации из ДПК более 45 сек. расширение ДПК до 6 см в диаметре, выраженный и постоянный ДГР, а также высокая фиксация дуоденоюнального перехода у 17 (35 %) больных.

При поэтажной манометрии выявлено повышение внутридуоденального давления в базальный и стимулированный периоды с 90-120 до 160-250 мм. вод. ст. у 17 больных.

Исследование кислотности и секреции желудочного сока показали, что у 5 больных имелась гиперхлоргидрия, гипохлоргидрия отмечена у 12, ахлоргидрия у 8, и у 8 больных кислотность желудка была в пределах нормы.

Исследовав желчные кислоты в желудочном соке отмечали различные степени ДГР в зависимости от концентрации желчных кислот в желудочном

соке. При 0 степени рефлюкса (принятая за норму) концентрация холевой кислоты не превышала 0,05 мг/мл, которая встречалась у 9 больных; при I степени ДГР, которая определялась у 9 больных концентрация холевой кислоты достигала от 0,06 до 0,1 мг/мл; при II степени ДГР холевая кислота была в пределах 0,11 до 0,5 мг/мл (у 13 больных) и III степень ДГР с концентрацией кислоты более 0,5 мг/мл (17 больных). В результате ДГР у больных с ХКХ отмечалось в 81,25 % случаев, а в 18,75 % наличие ДГР не было обнаружено.

Результаты исследования хеликобактериоза показали, что легкая (I) степень хеликобактериоза (НР+) отмечена у 8 больных с ХКХ средняя (II) степень (НР++) у 14 больных и тяжелая (III) степень (НР+++), обнаружена у 20 больных. Таким образом, хеликобактерное обсеменение слизистой оболочки желудка обнаружено у 42 (87,5 %) больных.

Всем больным в предоперационном периоде было проведено комплексное консервативное лечение, включающее диету с ограничением желчегонных продуктов, препараты улучшающие эвакуаторную функцию желудка и ДПК, электростимуляцию желудка и ДПК, а также эрадикационную терапию.

Больным с ХКХ при оперативном лечении наряду с холецистэктомией проводили корригирующие ДГР оперативные вмешательства. У 7 больных, у которых имелась высокая фиксация дуоденоюнального перехода, вследствие дистального перидуоденита, была произведена операция Стронга. 14 больным, у которых имелась изолированная недостаточность привратника, производили закрытую пилоропластику по Витебскому, а 10 больным – закрытую пилоропластику в сочетании с операцией Стронга.

Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 38 больных с ДГР и Р-Г, неудовлетворительный результат наблюдалось у одного больного.

Вывод. Полученные предварительные данные свидетельствуют о том, что улучшению отдаленных результатов хирургического лечения ХКХ способствует своевременная коррекция нарушений функций двенадцатиперстной кишки, пилорического сфинктера, а также проведение эрадикационной антихеликобактерной терапии.



**А.А. Бурка, С.Н. Терехов, И.Л. Заря, И.И. Теслюк,  
А.Т. Волык, И.Г. Криворчук**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОГО ГЕНЕЗА**

*Национальный медицинский университет им. А.А.Богомольца, г. Киев*

Введение. Лечение механической желтухи продолжает оставаться одной из актуальных проблем современной хирургии. Сложность патогенетических механизмов и вовлечение в патологический процесс практически всех органов и систем организма требуют комплексного подхода, подразумевающего не только этапность хирургического лечения, но и коррекцию всех нарушенных звеньев гомеостаза.

Основными осложнениями механической желтухи, затрудняющими выполнение радикальной операции и приводящими к неблагоприятным исходам в послеоперационном периоде, является печеночная и печеночно-почечная недостаточность.

Материалы и методы. Нами проанализированы результаты лечения 134 больных с механической желтухой. Мужчин было 49 (36,6 %), женщин – 85 (63,4 %). Возраст пациентов – от 34 до 73 лет, большинство из них (63 %) – пожилого возраста. Давность заболевания составляла от 3 суток до 2-3 недель.

Использование диагностической программы, включающей в себя последовательное применение клиничко-лабораторных исследований, ультразвукового сканирования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ), дуоденофиброскопии (ФГДС), эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), бактериологического исследования желчи, позволило в первые 24-48 часов диагностировать у всех больных характер желтухи и установить причину нарушения пассажа желчи с определением уровня препятствия и его протяженности, а также выраженность воспалительных изменений в желчных протоках. Выявлены следующие причины желтухи: холедохолитиаз – 103 (76,7 %), стенозирующий папиллит в сочетании с холедохолитиазом – 14 (10,6 %), изолированный стенозирующий папиллит – 11 (8,3 %), рубцовые стриктуры холедоха 6 (4,4 %). Механическая желтуха осложнилась гнойным холангитом у 114 (85,1 %) больных.

Результаты исследований и их обсуждение. На первом этапе лечения выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию, холедохолитэкстракцию и назобилиарное дренирование, в результате чего у 17 (12,7 %) больных удалось окончательно устранить причину нарушения пассажа желчи. У

28 (20,9 %) пацієнтів досягнув тимчасовий ефект і їм після купірування явлень холангіта в якості другого етапу було виконано радикальне хірургічне втручання.

В цілому у 134 хворих було виконано 176 операцій: холецистектомія – у 125 (71 %) (с зовнішнім дренируванням жовчного протока – у 111 (63,1 %)), холедохогепатикоєностомія на відключеній по Ру петлі – у 6 (3,4 %) , ЕПСТ – у 45 (25,6 %).

В комплексному лікуванні хворих механічною жовтухою, крім інфузійної, антибактеріальної, імуностимулюючої терапії, в клініці широко використовується метод гравітаційного плазмаферезу. Останній застосований нами в перед- і післяопераційному періоді у 26 (19,4 %) хворих з жовтухою різного генезу, ускладненою печеночно-нирковою недостатністю.

Висновок. Таким чином, розроблений нами комплекс лікувально-діагностичних заходів дозволив скоротити терміни обстеження хворих до 24-48 годин, в процесі яких проводилася передопераційна підготовка і надав можливість виконати оперативне втручання в більш сприятливих умовах, що зменшило кількість післяопераційних ускладнень і знизило післяопераційну летальність до 5,9 %.

УДК 616.36-002.12/14+616.37-006.6+616.361+616-089.168.1

**А.Г. Шевчук, В.М. Федорченко, К.Л. Чурпій,  
Я.Б. Голояд, В.С. Осадець**

## **ДІАГНОСТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ХВОРИХ З ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ДО БРОЯ КІСНОГО ГЕНЕЗУ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Вступ. На сьогодні близько 10-15 % мешканців промислових країн хворіють на холедохолітіаз. Так, в Швеції холедохолітіаз розповсюджений в 11 % жінок до 40 років, і у 25 % – до 60, у чоловіків – відповідно, у 4 та 15 % [1]. Від ускладнень жовчнокам'яної хвороби щороку в світі помирає близько 160 тисяч хворих [2]. У кожного четвертого хворого з калькульозним холециститом діагностується холедохолітіаз [3].

Впровадження в клінічну практику сучасних інструментальних і діагностичних методів дослідження, зокрема ультразвукового, значно покращило результати лікування, особливо хворих з високим ризиком оперативного втручання, обумовленим старечим віком, важкими супутніми захворюваннями.

ми і розвитком гострої печінкової недостатності [4]. Саме тому постає питання клінічної оцінки діагностичної ефективності ультразвукового дослідження (УЗД) печінки і жовчних шляхів у хворих з обтураційною жовтяницею.

Матеріали і методи. Нами обстежено і піддано комплексному хірургічному лікуванню 236 хворих з обтураційною жовтяницею доброякісного генезу. Поряд із проведенням загальноклінічних обстежень, для уточнення діагнозу обтураційної жовтяниці, у всіх пацієнтів широко використовували метод УЗД. У багатьох хворих його застосовували повторно. При побудові діагнозу вирішували наступні завдання: встановлення характеру жовтяниці, причини та рівня блоку жовчних шляхів. У всіх хворих результати УЗД були зіставлені з даними ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії, інтраопераційної холангіографії, комп'ютерної томографії, лапароскопії, операційними знахідками.

Результати дослідження. УЗД є методом експрес-інформації, тому обстеження хворих проводили в день поступлення або на наступну добу після їхньої певної підготовки.

Основною ехографічною ознакою обтураційної жовтяниці було розширення внутрішньо- і позапечінкових жовчних шляхів. У більшості хворих діаметр гепатикохоледоха перевищував 10 мм. Розширення внутрішньопечінкових жовчних шляхів спостерігалось в 63,7 % хворих. У 26 % хворих внутрішньопечінкові протоки не були розширеними, однак в цих пацієнтів спостерігалось розширення позапечінкових жовчних шляхів, що вказувало на обтурацію в термінальному відділі холедоха.

Важливим підтвердженням підпечінкової природи жовтяниці була наявність конкрементів в жовчних протоках і жовчному міхурі з характерною ультразвуковою доріжкою. У 52 хворих (22 %) конкременти чи жовчна «замазка», які обтурували жовчні шляхи при УЗД не візуалізувалися. Певні труднощі у встановленні правильного діагнозу за допомогою УЗД зустрічалися при локалізації конкрементів в панкреатичній та інфрадуоденальній частині загальної жовчної протоки. Так, у 40 % хворих ультразвукова інформація була неповною для встановлення точного топічного діагнозу, через розміщення конкрементів, які викликали оклюзію холедоха позаду дванадцятипалої кишки. Цим пацієнтам виконували ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію, яка дозволила встановити наявність конкрементів в даній ділянці загальної жовчної протоки.

Важливою і достовірною ознакою обтураційного характеру жовтяниці були неправильні контури поширених печінкових і загальної жовчної проток, поява акустичного підсилення над розширеними жовчними протоками та наявність поширених позапечінкових жовчних шляхів.

Метод УЗД є високоінформативним при встановленні рівня прохідності жовчних шляхів. Так, при локалізації оклюзії в проксимальному відділі загальної жовчної і печінкових проток сонографія дозволяє визначити не тільки рівень обтурації просвіту, а й її причину.

Таким чином, на основі сонографічного дослідження у 236 хворих з обтураційною жовтяницею доброякісного генезу було діагностовано обтурацію жовчних ходів у 205 (86,9 %).

Висновки. 1. Ультразвукове дослідження є важливим інструментальним методом діагностики обтураційної жовтяниці, який дозволяє встановити її характер у 86,9 % пацієнтів, а при локалізації оклюзії в проксимальному відділі загальної жовчної і печінкових проток УЗД дозволяє визначити не тільки рівень обтурації просвіту, а й її причину.

2. Певні труднощі у встановленні рівня обтурації за допомогою УЗД зустрічаються при локалізації конкрементів в інтрадуоденальній частині загальної жовчної протоки. В цьому випадку для встановлення точного топічного діагнозу необхідно використовувати ендоскопічну ретрограду холангіопанкреатографію.

### **Література**

1. Muhrbeck O., Ahlberg J. Prevalence of gallstone disease in a Swedish population // Scand. J. of Gastroenterology. – 1995. – 30(11). – P. 1125-1128.
2. Мамчич В.І., Паламарчук В.І., Парацій З.З., Кебкало А.Б., Тарахонич к.І. Лапароскопічна декомпресія жовчевивідних шляхів як один з методів в комплексному лікуванні поліорганної недостатності при жовтяницях // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України, 2000. – 44 с.
3. Leung J., Ling T. Chan R. Antibiotics, biliary sepsis and bile duct stones // Gastrointestinal Endoscopy. – 1994. – 40(6). – P. 716-721.
4. Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н., Дяченко В.В. Лапароскопическая холецистэктомия: 5-летний опыт // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т.3, № 3. – С. 16-19.

УДК 616.36-008.5 + 616.361-002.3-089

**В.В. Дяченко**

## **РОЛЬ МЕСТОЭНДОБИЛИАРНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА**

*Киевский институт хирургии и трансплантологии АМН Украины*

Введение. Наиболее часто холангит возникает у больных при механической желтухе доброкачественного генеза и значительно реже при обтурациях опухолевой природы (Гальперин Э.И. и др. 1983, Кадоцук Т.А. 1990). Даже при своевременно выполненных оперативных вмешательствах сочетание желтухи и гнойного холангита приводит к летальным исходам в 60 % случаях, вследствие крайней тяжести оперированных больных (Б.В. Петровский и соавт., 1984, Цацаниди К.Н. и соавт. 1984, Шалимов С.А. и др., 1991). При остром обтурационном холангите, когда функция гепатоцита нарушена, антибиотики не попадают в желчь, что говорит о неэффективно-

сти и нецелесообразности применения последних до момента декомпрессии желчевыводящих путей.

Материалы и методы. Нами обследовано 156 больных с механической желтухой, осложненной холангитом, которым в качестве декомпрессии билиарной системы выполнялась чрескожная чрезпеченочная холангиостомия. При опухолевой этиологии желтухи частота встречаемости холангита составила 39,4 %, а при доброкачественной обструкции – 80 % пациентов. Кроме того, у 41 больного (26,2 %) мы наблюдали развитие рецидивного холангита после выполненного накануне наружного дренирования желчных протоков по поводу механической желтухи разной этиологии, пролеченных от холангита. В основе его развития явилось то, что при традиционном пассивном дренировании желчных путей происходит неконтролируемое снижение внутрипротокового давления с резким уменьшением их диаметра, что приводит к местной обтурации дренирующего септального протока. Это вызывает эффект замыкания микро- и макроабсцессов с дальнейшим автономным их развитием. С учетом этого был разработан способ лечения гнойного холангита и холангиогенных абсцессов печени, основу которого составляет дозированная декомпрессия билиарного тракта с последующей лекарственной перфузией желчных путей. Таким способом нами пролечено 37 больных с гнойным холангитом, причиной желтухи у которых были опухоли разной локализации. Рецидивов холангита мы не наблюдали ни в одном случае. При лечении больных с признаками гнойного холангита считали обязательным соблюдение ряда принципиальных моментов.

Во-первых, это ранняя декомпрессия билиарного тракта, которая выполнялась в первые 2-3 суток после поступления больных. Всем наблюдаемым больным произведено чрескожное чрезпеченочное дренирование желчных путей.

Во-вторых, принципиальным моментом являлось дозированное снижение внутрипротокового давления. Снижение давления осуществляли до 200 мм водного столба, которое считали рабочим. Управляемого снижения давления добивались простым поднятием наружного конца дренажной трубки выше среднеаксилярной линии на нужную высоту, при этом высота поднятия трубки и есть внутрипротоковое давление в данный момент времени. Рабочее давление при гнойном холангите без холангиогенных абсцессов составило 200 мм водного столба, а при холангиогенных абсцессах 250.

Третьим принципиальным моментом являлось проведение активного дренирования и санации билиарного тракта при помощи перфузии последних растворами антисептиков, что предпринято нами у 16 больных (10,2 %).

При наличии гнойных полостей параллельно пунктировали их под контролем УЗИ с последующей санацией. Для создания высоких концентраций антибактериальных препаратов непосредственно в очаге воспаления использовали эндолимфатический и эндоваскулярный способы их введения. Для снятия эндотоксемии у 41 больного (26,2 %) использовали методы экстра-

корпоральной детоксикации, включающие гемосорбцию, экстракорпоральное введение срезов ксеноселезенки, эндобилиарное введение сорбентов, лимфосорбцию.

Результаты исследования. В результате комплексного лечения больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, летальность снизилась до 12,6 %. Среди 14 больных с абсцедирующим холангитом летальность составила 28,5 % (4 человека). В группе больных с гнойным холангитом без абсцедирования после манипуляционная летальность составила 6 %. Оперативные вмешательства выполнены 72 больным (46,2 %) после санации желчных путей и стабилизации общего состояния.

Выводы. Таким образом, комплексный подход в лечении больных с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом, позволил снизить летальность и подготовить некоторых больных к выполнению основного оперативного вмешательства.

### **Литература**

1. Гальперин Э. И., Кузовлев Н.Ф., Еремишвили М. Г. – Хирургическое лечение гнойного холангита. – Хирургия, 1983, № 8, с. 14-18.
2. Кадошук Т. А., – Реконструктивные и восстановительные операции при ятрогенных повреждениях внепечёночных желчных путей. – Хирургия. – 1990, № 10. – С. 78-82.
3. Петровский Б. В., Милонов О. Б., Смирнов В. А. и др. – Реконструктивная хирургия при поражениях внепечёночных желчных протоков. – М.: Медицина, 1980. – 304 с.
4. Цацаниди К. Н., Пугаев А. В., Крендаль А. П. и др. – Тактика лечения больных с механической желтухой, осложнённой острым холангитом. – Хирургия. – 1984, № 2. – С. 8-13.
5. Шалимов С. А., Ничитайло М. Е., Скумс А. В. – Диагностика и принципы лечения обструктивного гнойного холангита. – Клини. хир. – 1991, № 9. – С. 1-14.

УДК 616.37-006-089.85

**В.Т. Поліщук, О.Г. Дикий, В.М. Борщівський, А.О. Волков**

## **ВІДЕОАСИСТУЮЧАХОЛЕЦИСТОЕНТЕРОСТОМІЯУХВОРИХ НАРАКГОЛІВКИПІДШЛУНКОВОЇЗАЛОЗИ**

*Житомирська обласна лікарня*

Вступ. Традиційні методи паліативного оперативного лікування раку підшлункової залози є травматичними, летальність після таких втручань становить від 6,5 % до 16,2 %, післяопераційні ускладнення – 16,1 %. Ми пропонуємо результати розробленого нами варіанту відеоасистуючої холецистоентеростомії. Даний метод застосовується нами з 1997 р.

Матеріали та методи. Відмінністю нашого методу від інших є те, що під час лапароскопії ми додатково оглядаємо mesocolon, ідентифікуємо дуоде-

носкональний перехід, на відстані 40 см від нього захоплюємо петлю тонкої кишки, яку підтягуємо до жовчного міхура. Тобто враховується фізіологічність майбутнього анастомозу, а не береться будь-яка петля, що прилягає до зони накладання анастомозу, як в методах, що описані в літературі.

Результати. За вказаним методом прооперовано 12 пацієнтів. Всі хворі мали супутню соматичну патологію, переважно з боку серцево-судинної системи. Якщо діагноз обтураційної жовтяниці пухлинного генезу сумнівів не викликав, радикальне втручання в перспективі виконати видавалось неможливим (вік, супутня патологія, тощо), явища гепатаргії були відсутні, а рівень загального білірубіну не перевищував 150 мМоль/л, а також при стабільній гемодинаміці під час пневмоперитонеуму, холецистоентеростомію проводили в один етап. В усіх інших випадках втручання завершували формуванням холецистостоми з наступною фістулографією. В один етап втручання виконане в 6 хворих, в два етапи – в 6. При двоетапному лікуванні спочатку виконували лапароскопічну холецистостомію. Після компенсування явищ жовтяниці та печінкової недостатності і стабілізації стану хворого виконували відеоасистуючу холецистоентеростомію. Середній термін перебування на ліжку після останньої операції склав 5,5 дня. В день операції хворі починали вставати. Перистальтика відновлювалась на 1-у добу після операції, що дозволяло починати ентеральне харчування хворих, наркотичні анальгетики не застосовувались, добовий об'єм інфузії складав в середньому 1200-1600 мл, виключно за рахунок кристалоїдів, тривалість інфузійної терапії в середньому складала 1-2 дні. Ускладнень та летальних випадків після проведення втручання не було. Тривалість життя після операції склала від 9 до 17 місяців. В період після операції до появи клінічних симптомів неопластичного метастазування та ракової кахексії якість життя хворих була задовільною.

Висновки. 1. Відеоасистуюча холецистоентеростомія може бути операцією вибору у хворих з обтураційною жовтяницею пухлинного генезу, в яких виконання радикального втручання є неможливим.

2. У хворих з високим рівнем білірубіну та явищами печінкової недостатності втручання необхідно виконувати в 2 етапи: на 1-му – застосовують один із способів зовнішньої декомпресії жовчних шляхів. Даний спосіб втручання вигідно поєднує переваги традиційних та малоінвазивних методів оперативного лікування.

3. Запропонований спосіб оперативного втручання можна вважати альтернативним традиційному методу формування холецистоентеростомії у хворих, в яких на етапі доопераційної підготовки встановлено, що радикальне втручання виконати неможливо. Протипоказанням до застосування даного методу є обтурація жовчовивідних шляхів на рівні загальної печінкової протоки або воріт печінки, явища компресії дванадцятипалої кишки пухлиною.

**Ф.Г. Кулачек, П.М. Волянюк, О.А. Карлійчук**

## **ОПТИМАЛЬНІ ШЛЯХИ ДЕКОМПРЕСІЇ ЖОВЧНИХ ПРОТОК**

*Буковинська державна медична академія*

Вступ. Останніми роками зростає кількість біліодигестивних операцій, які виконують при ракових захворюваннях органів гепатопанкреатодуоденальної зони та рубцевих стриктурах зовнішніх жовчовивідних шляхів. Тому ліквідація холестазу залишається досить актуальною проблемою. При неможливості застосування для відведення жовчі дванадцятипалої кишки дренажним органом визнається початкова ділянка тонкої кишки.

Проте біліосюнальне дренивання, забезпечуючи якісне відведення жовчі, зберігає можливості для розвитку запального процесу в жовчовивідних шляхах. Цьому сприяє ентеробіліарний рефлюкс, що спостерігається у 60-80% випадках і в 6-13% оперованих викликає холангіт.

Попередження ентеробіліарного рефлюксу зазвичай вирішується довжиною сегмента тонкої кишки, що використовується для анастомозування з жовчною системою. Негативний вплив на процес травлення виключення чималої ділянки порожньої кишки для досягнення гарантованих арефлюксних властивостей при цьому не враховується.

Тому в хірургічній гастроентерології кращим способом профілактики подібного роду недоліків визнано накладання арефлюксних сполучень. Створенням різного роду клапанів можна більш-менш надійно запобігти рефлюксу, але, разом з тим, одночасно погіршити відток жовчі. Це, в свою чергу, обумовлює збереження холангіту.

Матеріали та методи. Нами запропоновано методику, яка забезпечує можливість ефективного дренивання жовчного міхура на максимально короткій петлі кишки. Завдяки формуванню інвагінаційного клапана Millard-Вітебського надійно попереджується рефлюкс кишкового вмісту в жовчні шляхи, а ізоперистальтичність анастомозу не перешкоджає пасажу хімусу. Для цього з порожньої кишки вилучали сегмент довжиною лише 8-9 см і формували анастомоз "бік-в-бік" за Лук'яненко-Матяшиним без "сліпих кишень". Перед завершенням його створення аборальний кінець виключеного сегмента на 3-4 см занурювали в анастомотичну камеру в місці з'єднання орального кінця розрізу привідної петлі з оральним кінцем відвідної петлі. Цей хоботок за рахунок вигортання стінки кишки під дією поздовжніх м'язів з наступною епітелізацією на протязі 2-3 тижнів трансформується у клапан з абсолютними антирефлюксними властивостями. Вільний кінець сегмента з'єднували з дном жовчного міхура.



Результати дослідження та обговорення. Під нашим спостереженням знаходилося 55 хворих з відповідною патологією жовчовивідних шляхів. 6 пацієнтам було застосовано власну методику "Г"-подібної клапанної холецистоеюностомії. Всі вони прооперовані з приводу механічної жовтяниці, причиною якої в 3-х випадках був хронічний псевдотуморозний індуративний панкреатит, у 2-х – рак голівки підшлункової залози і в одному – стриктура спільної жовчної протоки з гнійним холангітом.

При накладанні білодигестивних анастомозів і потребі виконання співустя з порожньою кишкою перевага надавалася способу Braun-Шалімова, який був використаний в 41,8 %. При виконанні білоентерального співустя на виключеній способом Roux ділянці порожньої кишки (4 випадки – 7,3 %) остання пересікалася нижче зв'язки Трейца на 15-20 см з вилученням з травлення сегмента довжиною 50-60 см.

Динаміка змін кількості білка в крові в післяопераційному періоді у переважній більшості пацієнтів була від'ємною, важко піддавалася корекції і відмічалася значна або помірна гіпопротеїнемія. Це пояснюється саме виключенням з травлення чималої ділянки порожньої кишки.

Також звернули увагу на наявність рефлюксу хімусу у виключену ділянку кишки в 28,6 % випадків (14 пацієнтів). Клінічно прояви холангіту спостерігали у 5 обстежених (10,2 %), що потребувало додаткового медикаментозного лікування.

Застосування холецистоеюностомії власної модифікації в клінічній практиці підтвердило експериментально отримані дані про відсутність перешкоди холеентеропасажу, оскільки у жодного з пацієнтів швидкість зменшення гіпербілірубінемії не перевищувала результати з контрольної групи хворих. Наразі зауважимо, що ми також не спостерігали і неспроможності швів анастомозу, що свідчило про його високу герметичність. Загальна реакція організму суттєво не відрізнялася від випадків застосування традиційних білодигестивних анастомозів.

Це дало нам можливість вважати доцільним пропонувати використання "Г"-подібної клапанної холецистоеюностомії у випадках потреби накладання білодигестивного анастомозу при явищах дуоденостазу.

Рентгенологічно в жодному випадку застосування власної методики операції ми не спостерігали явищ ентеробіліярного рефлюксу.

Застосування "Г"-подібної клапанної холецистоеюностомії в клінічній практиці показало його високу ефективність, надійність, кращий перебіг компенсаторно-приспосувальних процесів, що підтверджують і наші експериментальні дані.

**М.М. Милиця, О.І. Мартиновський**

## **ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ**

*Запорізький інститут удосконалення лікарів*

Ріст захворюваності та збільшення ваги деструктивних форм гострого панкреатиту, стабільно висока загальна летальність, збільшення числа гнійно-некротичних ускладнень і поліорганної недостатності – це короткий перелік невіршених питань проблеми панкреонекрозу. В міру удосконалювання діагностики і керування критичними станами летальність зростає від вторинних ускладнень, які супроводжуються важкими метаболічними, імунними, гемодинамічними, респіраторними порушеннями. Тільки комплексне інтенсивне лікування разом з хірургічною корекцією дозволяє досягти задовільного результату.

Метою дослідження є – розробка лікувально-діагностичного алгоритму при панкреонекрозі.

Нами проаналізовано історії хвороби 296 пацієнтів, яким було встановлено діагноз панкреонекроз, серед них хірургічне лікування проведене у 95,6 % пацієнтам. Післяопераційна летальність склала – 13,5 %. Кожен третій пацієнт був доставлений у клініку пізніше 24 годин від початку захворювання. Основну масу хворих, що страждають панкреонекрозом, складають люди працездатного віку – 66,8 % пацієнтів. Діагноз панкреонекрозу ставився на підставі клінічних і лабораторних даних. Верифікація його виконувалася за допомогою ультрасонографії, томографії, лапароскопії, інтраопераційно, фіброгастродуоденоскопічного дослідження з обов'язковим оглядом великого дуоденального сосочка.

Причинами розвитку панкреонекрозу є: у 51 % – захворювання біліарної системи, у 34 % – зловживання алкоголем, у 15 % випадків аліментарний фактор. Впроваджено у повсякденну практику комплексну патогенетичну програму консервативного лікування панкреонекрозу і технологію малих хірургічних втручань під контролем томографії та ультрасонографії, у процесі яких сануються рідинні утворення чепцевої сумки, підшлункової залози і заочеревинного простору. Ультрасонографія дозволяє нам правильно встановити діагноз «Панкреонекроз», але для того щоб визначити більш ретельно розташування та розповсюдження деструктивного процесу та площу пошкодження підшлункової залози та заочеревинної клітковини потрібно проводити томографію. У лікувальний алгоритм 18 пацієнтів була включена тканинна терапія кріоконсервованою плацентою, отриманою з Українського банку біологічних об'єктів (м. Харків), яка стимулює індукцію гуморальних факторів неспецифічної резистентності та репаративні процеси організму. З

появою парапанкреатичних фокусів «розплавлювання» вогнищ деструкції підшлункової залози, використовуємо транскутанне багатополюсне дренивання дренажами до 1 см у діаметрі з наступним лаважем антисептичними розчинами і черездренажною секвестректомією. Однак, не завжди за допомогою малоінвазивних методик можлива стабілізація процесу. У такій ситуації переходимо до лікування панкреонекрозу з використанням мікродоступів розміром 40-50 мм при необхідності використовуваних для етапних черездренажних некрсеквестректомій, в окремих випадках застосовували лапаростомію. Такий вибір обумовлений тим, що особливостями подібних втручань є нерідко необхідність застосування об'ємних інструментів та видалення великих секвестрів, що важко здійснити при ендоскопічних втручаннях. Неоднорідний рідинний вміст у чепцевій сумці без ознак генералізації є показанням до великокаліберного дренивання чепцевої сумки двопрорітним дренажем. В разі визначення інфікованості вогнищ деструкції проводилися хірургічну санацію з використанням мінідоступів. При наявності жовчнокам'яної хвороби лапароскопічну холецистектомію виконували, як в разі гострого процесу з дрениванням жовчної протоки так і при затуханні запального процесу в підшлунковій залозі.

Ефективність лікування хворих з панкреатитом, ускладненим панкреонекрозом при комплексному застосуванні малоінвазивних, ендоскопічних технологій і тканинної терапії істотно підвищується. Летальність не перевищила 9-10 %. Подібна тактика комплексного лікування деструктивного панкреатиту, з розвитком ферментативного перитоніту дозволила досягти позитивних результатів у 94,5 % випадків, зменшити терміни післяопераційного лікування (26 %), кількість ускладнень, покращити якість життя пацієнтів.

УДК 616.37-002.2-089

**В.М. Копчак, И.М. Тодуров, А.И. Дронов,  
И.В. Хомяк, А.В. Дувалко**

## **ОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев*

Введение. Одна из проблем современной панкреатологии – проблема хирургического лечения осложненных форм хронического панкреатита.

Ведущим этиологическим фактором в развитии заболевания в 85 % случаев является злоупотребление алкоголем.

Материалы и методы. В комплексе диагностических мероприятий, позволяющих достоверно определить характер и локализацию морфологических изменений в поджелудочной железе, основным методом считаем метод ультразвукового эхосканирования. Этот метод в 100 % случаев выявляет кисты поджелудочной железы, в 90 % случаев достоверно определяет поражение паренхимы железы кальцинозным процессом. Другим важным методом диагностики осложненных форм хронического панкреатита является метод эндоскопической ретроградной холангиографии.

Довольно часто мы прибегаем к традиционным рентгеновским исследованиям органов желудочно-кишечного тракта, а также рентгенкомпьютерной томографии. Проведен анализ оперативного лечения 663 больных хроническим индуративным панкреатитом за период с 1992 по 2001 г. Из них 493 мужчин и 170 женщин в возрасте от 21 до 76 лет. Основными клиническими симптомами у больных были: стойкий болевой синдром, резкая потеря в весе (на 10-20 кг за 4-6 месяцев), нарушение усвояемости пищи, проявляющееся диареей.

Злоупотребление алкоголем в анамнезе отмечено у 501 больного. Объем и характер оперативных вмешательств у больных с хроническим индуративным панкреатитом зависит от степени и характера патологических изменений в поджелудочной железе.

У 53 больных с фиброзным панкреатитом без протоковой гипертензии и дилатации главного панкреатического протока выполнены операции без прямого вмешательства на поджелудочной железе. Холецистоэнтеро- и холедоходуоденостомии по поводу тубулярного стеноза холедоха у 34 больных, дуоденопластика и гастроэнтеростомия в связи с дуоденальной непроходимостью у 13 больных и лишь у 6 больных с болями при отсутствии другой патологии выполнена маргинальная невротомия. Последний вид операций считаем малоэффективным с проблематичным результатом.

У 281 больных с фиброзным панкреатитом с дилатацией протока выполнена продольная панкреатоеюностомия на выключенной петле тонкой кишки в различных модификациях.

У больных с кистозной формой фиброзно-дегенеративного панкреатита хирургическая тактика выбиралась в зависимости от связи главного панкреатического протока с полостью кисты. При наличии связи полости кисты с главным панкреатическим протоком операцией выбора считаем – цистоеюностомию на выключенной из пищеварения петле тонкой кишки. Данные операции выполнены у 226 больных. В том случае, когда имеет место дилатация главного панкреатического протока, коррекция последнего является первоочередной задачей. При отсутствии связи главного панкреатического протока с полостью кисты считаем целесообразным выполнение наружного дренирования кисты. При этом кисты диаметром до 5 см. дренируются пункционно под контролем УЗИ. Всего выполнено 83 операции по наружному дренированию кист поджелудочной железы из них 18 под контролем УЗИ.

Для ускорения облитерации полости псевдокисты, последнюю обрабатываем растворами, способствующими склерозированию стенок кисты.

Резецирующие операции выполняли только у больных с очаговым поражением кальцинозной, а иногда и кистозной формой фиброзно-дегенеративного панкреатита. Всего их число составило 92 больных.

При изолированном поражении головки поджелудочной железы фиброзно-дегенеративным процессом в 5 случаях выполнена операция Багера.

Резекция головки поджелудочной железы по Бегеру достаточно сложная операция. Иногда технически хирургу легче выполнить панкреатодуоденальную резекцию. Однако желание сохранить двенадцатиперстную кишку всегда заставляет искать новые методы оперативных пособий. Такой альтернативной операцией при кальцинозном изолированном поражении головки поджелудочной железы является операция Фрея. Нами выполнено 6 таких операций. При окклюзии кальцинатами мелких протоков на всем протяжении поджелудочной железы мы дополнили операцию Фрея плоскостной резекцией ткани поджелудочной железы на уровне тело-хвост до задней стенки главного панкреатического протока. Это позволяет восстановить проходимость панкреатического секрета на уровне сегментарных протоков железы, что в свою очередь ведет к восстановлению её экскреторной функции. По данной методике выполнено 13 операций.

В 25 наблюдениях, когда фиброзно-дегенеративный процесс в головке поджелудочной железы сопровождался протоковой гипертензией и болевым синдромом и вовлекал в процесс соседние органы – двенадцатиперстную кишку, общий желчный проток, нарушая их функции, выполнена панкреатодуоденальная резекция .

В 43 случаях, когда фиброзно-дегенеративный процесс носил сегментарный характер и располагался в хвосте поджелудочной железы, выполняли дистальную резекцию поджелудочной железы. При этом у 5 больных она выполнена с сохранением селезенки .

В раннем послеоперационном периоде умерло 9 больных. Общая послеоперационная летальность составила 1,3 %. Причинами летальных исходов у 2 пациентов явились гнойно-септические осложнения, с развитием арозивного кровотечения у одного больного. У остальных больных причиной смерти послужили тяжелые сопутствующие соматические заболевания.

Анализ отдаленных результатов хирургического лечения прослежен в сроки от 1 до 5 лет. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 85 % оперированных больных. Неудовлетворительные результаты прослеживались у больных на фоне продолжения злоупотребления алкоголем.

**В.С. Земсков**, **Я.М. Сусак**, **Є.А. Крючина**

## **ХІРУРГІЧНА ТА КТРИКА У ХВОРИХ НА НЕЗАПАЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНІ ЖОВТЯНИЦЕЮ**

*Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця*

Вступ. До незапальних захворювань підшлункової залози (ПЗ) належать неопластичні ураження ПЗ, зокрема рак підшлункової залози (РПЗ), фіброз та цироз ПЗ (які раніше об'єднували під терміном псевдотуморозний панкреатит). Більшість з них мають прогресуючий обструктивний характер та супроводжуються механічною жовтяницею та панкреатичною гіпертензією [1]. Виконання розширених оперативних втручань на фоні жовтяниці у цих хворих (класична панкреатодуоденальна резекція (ПДР) чи пілорус-зберігаюча ПДР за Traverso-Longrime) супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень та летальністю [2]. Крім того, маловивченою залишається проблема порівняння віддалених результатів ПДР та паліативних обхідних анастомозів залежно від тієї чи іншої стадії РПЗ [3]. Малочисельні роботи, присвячені цьому питанню, не свідчать про перевагу ПДР у цього контингенту хворих. У той же час якість життя після і ПДР залишається низькою [4]. Метою роботи було покращити результати лікування хворих на незапальні обструктивні захворювання ПЗ.

Матеріали і методи. В 2001 р. в клініці було прооперовано 34 хворих на незапальні захворювання ПЗ, ускладнені жовтяницею. РПЗ (морфологічно верифікований) спостерігався у 22 хворих, морфологічно не верифікований – у 5 хворих (діагностований за зростанням у післяопераційному періоді (після зникнення жовтяниці) СА 19-9, появою метастазів в печінці, верифікований морфологічно при повторній операції з приводу дуоденальної обструкції чи при дослідженні всього панкреатодуоденального комплексу на аутопсії), фіброз та цироз ПЗ – у 5 хворих. У 1 хворого спостерігалася змішана ендоекзокринна пухлина, у 1 – проростання пухлини великого дуоденального сосочка в голівку ПЗ. Всі хворі на РПЗ мали III-IV стадію захворювання. З хворих були оперовані повторно з рецидивом жовтяниці після раніше сформованих в інших клініках холецистоентероанастомозів. Всім хворим була виконана гепатикоєюностомія на петлі за Roux (з прецизійною методикою формування анастомозу з попередньою адаптацією слизової тонкої кишки та використанням шовного матеріалу “Вікріл” 4/0), у 22 хворих (при високій ймовірній до- та інтраопераційній верифікації пухлини) – з алкоголізацією пухлини за методикою клініки. Холецистоентероанастомози вважаємо недоцільними внаслідок розвитку висхідного холангіту, недостатньої функції анастомозу внаслідок дуоденальної обструкції при стисненні пухлиною дванадцятипалої кишки (ДПК), стенозу анастомозу при

прогресуванні пухлинного процесу, ризику кровотеч в післяопераційному періоді при наявності виразок в ДПК. При наявності дуоденальної обструкції (суб- чи декомпенсованої) 4 хворим була виконана гастроентеростомія (позадубодова, на короткій петлі), при наявності панкреатичної гіпертензії хворим виконувалася панкреатоеюностомія (анастомоз формувався на одній петлі з гепатикоеюноанастомозом, на відстані 8 см від нього – 5 хворих). У 4 хворих з наявністю метастазів в печінку виконувалася деартеріалізація печінки. З метою диференційної діагностики РПЗ та фіброзу і цирозу ПЗ застосовувалася інтраопераційна пункційна біопсія ПЗ з 5-7 ділянок. Дані гістологічного дослідження не визначають характер оперативного втручання (як при РПЗ, так при фіброзі і цирозі ПЗ виконується гепатикоеюностомія), а визначають тактику подальшого лікування, тому пункційну експрес-біопсію вважаємо недоцільною.

Результати та їх обговорення. В ранньому післяопераційному періоді померло 6 хворих (летальність 17,6 %). Всі хворі були на РПЗ. Основними причинами смерті стали печінкова недостатність, розповсюджений гнійний холангіт (1), кровотеча з множинних (“стресових” та “старих”) виразок ШКТ (1), паранекрозний гнійний панкреатит (2), гостра серцево-судинна недостатність (2). Релапаротомії були виконані 4 хворим – паранекрозний панкреатит (3, серед них 2 померли), піддіафрагмальний абсцес – 1 (хвора померла). Якість життя хворих, які вижили, за шкалою Карновського складала 70-90. Протягом першого року спостереження не помер жоден з хворих, що вижили. Жовтяниця була ліквідована у всіх хворих, у більшості хворих вдалося ліквідувати чи суттєво зменшити больовий синдром (зокрема, за рахунок ліквідації панкреатичної гіпертензії). У хворих на морфологічно підтверджений РПЗ проводили імунохіміотерапію, при фіброзі та цирозі ПЗ – протифіброзну терапію з динамічним контролем СА 19-9. При відсутності його зниження після зникнення жовтяниці чи зростанні його рівня, вважали результат біопсії помилковим та призначали курс імунохіміотерапії.

Висновки. 1. Обсяг оперативного втручання при обструктивних захворюваннях ПЗ залежить не від морфологічної форми захворювання, а від наявності синдрому біліарної, панкреатичної чи дуоденальної обструкції. При верифікованому РПЗ операція може доповнюватися алкоголізацією первинної пухлини, при наявності метастазів в печінку – її деартеріалізацією.

2. Лікування в післяопераційному періоді визначається клініко морфологічною формою ураження ПЗ.

### **Література**

1. Радзиковський А.П., Бобров О.Є., Мендель А.П. Рак підшлункової залози та периампулярної зони. – Київ: Наукова думка, 2001 р. – 176 с.
2. Cancer of the pancreas : molecular biology, recent progress in diagnostic and therapy / Beger H.G... (ed.). – Ulm: Univ. – Verl.Ulm, 1996. – 493 p.
3. Кубышкин В.А., Козлов И.А., Алиханов Р.Б. Панкреатодуоденальная резекция с сохранением желудка при раке периампулярной зоны и головки поджелудочной железы // Хирургия. – 2001. – № 6. – С. 55-58.
4. Земсков В.С., Билецкий В.И., Панченко С.Н., Люлькин В.Д. Постпанкреаторезекционный синдром. – К.: Здоров'я, 1986. – 176 с.

**О.Г. Грінцов, О.Д. Зубов, В.В. Хацко, С.О. Шаталов, Г.О. Грінцов**

## **СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ МАЛОІНВАЗИВНОГО ЛІКУВАННЯ НЕСПРАВЖНІХ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*ДонДМУ ім. М. Горького, ДОКТМО, м. Донецьк*

За даними літератури, кісти підшлункової залози (ПЗ) запальної природи складають 60-80 %, кісти травматичного походження – 24-30 %, пухлинного характеру, злоякісні кісти іншої етіології – 5-6 % (1, 2).

У клініці лікувались 48 пацієнтів з несправжніми кістами підшлункової залози (НКПЗ): 9 – головки, 24 – тіла, 15 – хвоста діаметром 5-17 см.

Причиною утворення кіст у 27 хворих було побутове пияцтво, у 15 – жовчнокам'яна хвороба, у 6 – травма.

У хворих на гострий панкреатит терміни від моменту нападу до виявлення кісти становили від 23 днів до 1,5 років. Екстрапанкреатичні кісти спостерігали у 31 людини, інтрапанкреатичні – у 14, у 3 діагностували поєднання екстра- та інтрапанкреатичних кіст. Вторинний цукровий діабет різного ступеня тяжкості спостерігали у 22 пацієнтів.

Первинний огляд проводився на ультразвуковому сканері "Алока-630" з використанням електронних конвексних лінійних датчиків 3,5 МГц.

У всіх пацієнтів був використаний метод пункційного лікування кіст під ультразвуковим контролем. Лікування проводилося за етапами. У першу чергу виконувалася сонографія ПЗ з кістою з метою вибору безпечного акустичного вікна.

Потім під місцевою анестезією виконувалась черезшкірна аспіраційна пункція кісти під сонографічним контролем. Останнім етапом є динамічне спостереження за органом впродовж визначеного часу для своєчасної діагностики можливих ускладнень після пункції.

Лікувальні пункційні втручання проводилися з використанням ультразвукового сканера AJ-5200 фірми Kornier, укомплектованими електронними конвексними і лінійними датчиками 3,5 МГц, 5 МГц та 7,5 МГц. Особливістю є диференційний підхід до склерозування залишкових порожнин та дренування кіст.

Усім 48 хворим виконали пункцію та дренування кісти під ультразвуковим контролем. Кісти тіла і хвоста ПЗ дренували з абдомінального доступу, кісти головки – із черезпечінкового та черезшлункового доступів. Динамічний контроль результатів лікування проводили з допомогою УЗД протягом 2 років.

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



Після черезшкірного дренивання НКПЗ у 39 пацієнтів з 48 зафіксовано повне видужання. У 3 випадках, у зв'язку з ретроперитонеальним доступом до кісти тіла чи хвоста ПЗ виконано дренивання під контролем комп'ютерної томографії. У 6 осіб виявлено рецидиви кісти. У 14 випадках відзначені ускладнення у вигляді короткочасного підвищення температури тіла, застуди, больових відчуттів по ходу дренажного каналу, котрі ліквідовані консервативно.

Висновки. 1. Черезшкірне дренивання (з використанням катетера 20-28 F) НКПЗ під ультразвуковим контролем є вискоєфективним малотравматичним способом лікування при відпрацьованій техніці виконання.

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

3. Малоінвазивне втручання може бути виконано на фоні гострого процесу, коли стінки псевдокісти ще не сформовані при відсутності всередині секвестрів), а радикальна хірургічна операція неможлива.

#### **Література**

1. Кузин Н.М., Шкроб О.С., Логов А.Н. и др. Малоинвазивная хирургия осложненных деструктивного панкреатита // *Анналы хир. гепатологии*. – Тула, 1996. – Т. 1. – С. 149.
2. Grace P.A., Williamson R.C. Modern management of pancreatic pseudocysts // *Br.J. Surg.* – 1993. – Vol. 80, № 5. – P. 573-581.

УДК 616.33:616.342]-008.17-07:616.366-003.7-07

**Р.О. Сабадишин, Є.Ф. Кучерук, В.І. Черниш, Л.Є. Королюк,  
П.П. Жилінський, Є.М. Єфімчук, С.М. Скорейко,  
Н.О. Дмитрук, І.В. Гашинський, В.О. Рижковський**

## **ЗНАЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ХОЛТЕРІВСЬКОГО МОНІТОРИНГУ ЕКГ І ЕХОКАРДІОГРАМІ У ХВОРИХ КАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ ТА МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ ІЗ СУПРОВІДНОЮ СЕРЦЕВО-СУДИННОЮ ПАТОЛОГІЄЮ**

*Рівненський базовий медичний коледж,  
Рівненська міська центральна клінічна лікарня*

Вступ. Як відомо, захворюваність на калькульозний холецистит з його ускладненнями постійно зростає, а смертність від серцево-судинних хвороб займає перше місце. В хірургічних стаціонарах, особливо у хворих старших

вікових груп, холелітіаз часто супроводжується серцево-судинною патологією, нерідко з ознаками серцевої недостатності.

Матеріали і методи. Згідно з цим було проведено дослідження добового моніторингу ЕКГ за Холтером (ХМ ЕКГ) у 42 хворих на холелітіаз з супровідною серцево-судинною патологією на базі Рівненської міської центральної клінічної лікарні. Вік хворих становив 52-82 роки.

Калькульозний холецистит та механічну жовтяницю підтверджували клінічними, лабораторно-діагностичними, інструментальними методами дослідження та інтраопераційно.

Перед проведенням ХМ ЕКГ вияснили скарги, збирали анамнез, виконували ЕКГ в стані спокою у 12 стандартних підведеннях.

Холтерівський моніторинг здійснювали за допомогою пристрою, що записував електричну активність серця (апарат Кардіореєстратор ЛН-3) та дешифратора (апарат Кардіоаналізатор ЛС М1) виробництва СРСР. При наявності депресії сегмента ST здійснювали аналіз його сумарного зміщення ( $\Sigma ST$ ), де вираховували глибину (ступінь) та частоту зміщення сегмента ST за час реєстрації, що є найбільш достовірним критерієм проявів ішемічних змін міокарда.

ЕхоКГ проводили за допомогою апарату Siemens (Німеччина). Використовували трансторакальний доступ. Особливу увагу надавали показникам скоротливої здатності міокарда: ударному об'єму лівого шлуночка (УО), його фракції викиду (ФВ), ступеню вкорочення передньо-заднього розміру під час систоли (систолічно-діастолічний коефіцієнт  $\Delta S$ ), що дозволяло дослідити стан серця перед операцією.

Обстеження проводили до оперативного лікування хворих.

Хворі були поділені на 2 групи. Першу групу склали пацієнти з депресією сегмента ST від ізолінії ( $\geq 1$  мм) на стандартній ЕКГ – 11 хворих (26 %). Другу групу склали хворі без депресії сегмента ST на стандартній ЕКГ, але з виявленим відхиленням останнього під час ХМ ЕКГ – 22 хворих (52 %). У решти хворих депресії сегмента ST не було виявлено.

Результати дослідження. Порівняльний аналіз клініко-анамнестичних даних дав можливість встановити за допомогою холтерівського моніторингу характер ЕКГ-змін. Ці групи достовірно різнились за частотою коронароподібного болю, частотою відхилення сегмента ST від ізолінії та сумарною тривалістю зміщення останнього від ізолінії. Всі ці показники були більші в групі хворих, де зміщення сегмента ST спостерігались на стандартній ЕКГ.

У випадку, коли в анамнезі вказувалась ішемічна хвороба серця (ІХС) – 30 хворих (71% від загальної кількості), ХМ ЕКГ дав можливість запідозрити вінцеву недостатність у 18 пацієнтів серед хворих ІХС (60%).

При проведенні ЕхоКГ було встановлено, що показники скоротливої здатності міокарда в групах різнились між собою. Показники  $\Delta S$  і ВФ були достовірно менші в групі хворих, де зміщення сегмента  $\Sigma T$  спостерігались на стандартній ЕКГ.

Висновок. Враховуючи результати дослідження, можна припустити, що впровадження ХМ ЕКГ і ЕхоЕКГ в передопераційному періоді хворого на холелітіаз (часто зустрічається в старших вікових групах) з супровідною серцевою патологією є доцільним та актуальним. Консиліум хірурга, кардіолога, а в тяжких випадках анестезіолога-реаніматолога дозволить оптимізувати тактику обстеження та лікування цих хворих, підвищити хірургічну активність і попередити інтра- та післяопераційні ускладнення з боку серцево-судинної системи.

УДК 616.37-002-08

**І.М. Шевчук**

## **МІНІІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Однією з актуальних проблем сучасної панкреатології залишається хірургічне лікування ускладнень гострого некротичного панкреатиту (ГНП). Постійне вдосконалення методичних підходів до лікування ускладнень захворювання не зменшує актуальності проблеми.

Тактика хірургічного лікування хворих з ГНП зазнала полярних коливань від випереджувального здійснення резекційних втручань до строго консервативного лікування. Техніка проведення лапаротомного втручання добре розроблена, на сьогодні обговорюються показання та шляхи завершення лапаротомії (лапаростомія, програмована релапаротомія, замкнена сальникова сумка з тривалим постійним промиванням її порожнини розчинами антисептиків після операції). Розвиток ГНП від шоку і ферментної ендотоксемії до постнекротичних і гнійно-септичних ускладнень зумовлюють необхідність індивідуального підходу та етапної хірургічної тактики лікування хворих.

Хірургічна тактика, якої ми дотримуємося, передбачає широке застосування мініінвазивних втручань на фоні базової інтенсивної терапії, в ранній період захворювання і при виникненні постнекротичних ускладнень та здійснення відкритих оперативних втручань, переважно за розвитку гнійно-септичних ускладнень, арозивній кровотечі, кишковій нориді та біліарному ГНП, ускладненим деструктивним холециститом, холангітом, обтураційною жовтяницею.

Нами проаналізовані результати застосування мініінвазивних втручань в лікуванні 61 хворих з ГНП. Чоловіків було 35, жінок – 26, вік хворих від 22

до 70 років. Патологія позапечінкових жовчних проток стала причиною виникнення ГНП у 18 (29,5 %) хворих, аліментарний фактор, частіше вживання алкоголю – у 40 (65,6 %). Травма підшлункової залози (ПЗ), як наслідок закритої травми органів черевної порожнини – у 30 (4,9 %) пацієнтів. Хворі госпіталізовані в строки від 6 год до 30 діб з часу виникнення захворювання. Тяжкість хворих з ГНП оцінювали за шкалою Apache II, концентрацією метану в крові (патент України № 20638 А від 05.08.1997), ЛП, рівнем ПСММ, концентрацією ДК, МДА, інтегративними індексами інтоксикації і регресії ендотоксикозу, які підтверджують ефективність проведеного лікування, а також УЗД з доплерографічним картуванням і КТ з контрастним підсиленням.

Показаннями до здійснення лапароскопічних втручань в 1-2 добу в 34 (55,7 %) хворих були розлитий ферментний перитоніт, неефективність консервативної терапії, наростання ознак інтоксикації, гострої ниркової недостатності, білярний ГНП при відсутності лабораторно-інструментальних даних за холангіт, обтураційну жовтяницю. Бактеріологічне дослідження перитонеального ексудату проведене у 25 (89,2 %) із 28 хворих з розлитим ферментним перитонітом. Ексудат виявився стерильним у 75 %. В 11 хворих здійснена лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Для підвищення ефективності лікування у 26 (92,8 %) хворих з розлитим ферментним перитонітом, ускладненим гострою нирковою недостатністю, застосували інтермітуючий перитонеальний діаліз (ПД). Для цього використовували стандартні (2,5 і 4,25 %) за декстрозою стерильні апірогенні, збалансовані щодо складу плазми людини полііонні розчини (патент України № 29195А від 16.10.2000). У 22 хворих продовж 2-3 діб лікування ПД була відновлена стабільна перистальтика кишечника, усунуті ознаки поліорганної недостатності, що дозволяло призначати раннє ентеральне харчування. Дренажі з черевної порожнини видаляли після повного припинення виділення ексудату.

У 4 хворих з білярним ГНП, госпіталізованих на стадії утворення парапанкреатичного інфільтрату, проводили консервативну терапію до ліквідації гострих запальних явищ. ЛХЕ цим хворим провели після ліквідації парапанкреатичного інфільтрату, в середньому через 15-18 днів, не виписуючи з стаціонару.

В 22 (64,7 %) пацієнтів застосування мініінвазивних лапароскопічних втручань дозволило досягнути сприятливого перебігу, уникнути інфікування і потреби у здійсненні лапаротомії. Померли (8,8 %) хворих. Повторні оперативні втручання проведені у 12 (35,3 %) хворих, як правило, при гнійних ускладненнях: флегмона заочеревинного простору діагностована у 5, абсцеси ПЗ – у 6, перфорація гострої виразки дванадцятипалої кишки – в 1.

Черезшкірна пункція гострої постнекротичної кісти і абсцесу сальникової сумки проведено у 34 (55,7 %) хворих з ГНП. Пункцію використовували як основний метод лікування рідинного утворення за сприятливого перебігу панкреонекрозу незалежно від його поширеності та відсутності ознак панкреатичного сепсису за даними клінічних досліджень УЗД і КТ. Позитивні резуль-

тати бактеріологічного дослідження за сприятливого перебігу ГНП не вважали абсолютним показанням до лапаротомії. Натомість проводили сануючі пункції з цілеспрямованою антибактеріальною терапією, в тому числі ендолімфатичною. Одиночні рідинні утворення мали 30 (88,2 %), множинні – 4 (11,8 %). Для зручності проведення маніпуляції використовували механічний пристрій, який забезпечував евакуацію ексудату з постійним від’ємним тиском. В 21 хворих пункція була одноразова, у 18 – багаторазова (максимально 8), у 5 – здійснене черезшкірне дренивання постнекротичної кісти і абсцесу сальникової сумки. В 3 хворих пункція здійснена після проведення лапароскопічного втручання. Всі хворі живі.

Таким чином, широке застосування мініінвазивних втручань на етапах розвитку ГНП дозволило у 49 (80,3 %) хворих забезпечити сприятливий перебіг захворювання, уникнути розвитку ускладнень, які вимагають проведення лапаротомії, покращити результати лікування.

УДК: 616.37-002.-071:512.8

**А.В. Фуніков, М.Д. Желіба, М.І. Бурковський, Н.Я. Ярмук**

## **ГОСТРИЙ-ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ, ЇХ ДІАГНОСТИЧНИЙ АЛГОРИТМ**

*Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

В основу роботи покладено аналіз спостережень за 86 хворими з гострим деструктивним панкреатитом. У 83 % випадків патоморфологічних досліджень підшлункової залози, – крововиливи, жирові та тканинні некрози, що характеризували деструктивний панкреатит, поєднувались з міжчасточковим фіброзом та атрофічними змінами ацинарних комплексів в паренхімі залози. Таким чином, гострий деструктивний панкреатит часто є проявом рецидивної форми і створює умови для розвитку “первинного” хронічного процесу. Тому ні один з існуючих діагностичних методів не може повністю виявити складні морфофункціональні зміни в підшлунковій залозі при різних формах гострого та первинно-хронічного панкреатиту. Це ускладнює можливість розробки патогенетично обґрунтованої лікувальної тактики.

У значної частини наших пацієнтів (54 %) спостерігався клінічний поліморфізм первинно-хронічного панкреатиту з невираженим болем, а також маскування під гепатодуоденальну, пухлинну, кишкову і навіть кардіальну патологію. Індивідуальна лікувальна тактика в таких випадках повинна враховувати форму панкреатиту, ступінь деструкції залози, стан гепатодуоденальної системи.

Нами запропонований алгоритм досліджень, що візуалізує найбільш повну картину змін в паренхімі залози, її протокової та біліарної систем. Такий порядок обстеження простий в виконанні, доступний для загальнохірургічного стаціонару, не несе ризику для хворих і є дешевим. Лабораторна діагностика включала дослідження серо- та уроамілази, ферментного складу підшлункової залози на фоні секретин-панкреозиміново стимуляції в чистому панкреатичному соці і в 12-палій кишці. Вивчали глікемічний, глюкозуричний та імунологічний профіль. Біохімічна діагностика була поєднана з інструментальними інвазійними та неінвазійними дослідженнями. УЗД дозволяло виявити калькульозний панкреатит, розширення вірсунгової протоки, кісти, товщину їх стінок. Правильний доопераційний діагноз поставлено у 75 % випадків.

Сканування залози виявляло набряк підшлункової залози та інтрапаренхіматозні кісти до 3 см в діаметрі. Цей метод дав змогу визначити ступінь порушення функції ацинарних клітин і був достовірним в 72 % випадків.

Рентгенологічне дослідження шлунка з релаксацийною дуоденографією візуалізувало в окремих випадках деформацію шлунка, розвернуту дванадцятипалу кишку, збільшення відстані між шлунком і хребтом. Достовірність методу складала 69 %.

При підозрі на об'ємне утворення черевної порожнини виконували іригоскопію.

ФГДС крім гастродуоденіту, папіліту, виразок шлунка і дванадцятипалої кишки у 29 хворих виявило непрямі ознаки гострого панкреатиту.

Непереконливі дані про зміни в протоковій системі виправдовують виконання ретроградної панкреатохолангіографії. Метод цей технічно непростий, тому ми пропонуємо його за 1-2 доби перед плановою операцією, для виключення можливих ускладнень і визначення об'єму операції.

В особливо важких для діагностики випадках показана лапароскопія. Наявність стеатонекрозу, ферментативного випоту, набряк круглої зв'язки печінки та гепатодуоденальної зв'язки, застійний жовчний міхур та парез кишечника підтверджують патологію підшлункової залози.

Висновки. Узагальнення результатів запропонованого алгоритму досліджень дає змогу не тільки поставити діагноз, але й визначити абсолютні та відносні показання до хірургічного лікування.

**О.М. Литвиненко**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЗАВЕРШЕННЯ ВТРУЧАННЯ НА ЗАГАЛЬНИЙ ЖОВЧНИЙ ПРОТОЦІ ПРИ ХРОНІЧНОМУ БІЛІАРНОМУ ПАНКРЕАТИТІ**

*Інститут хірургії та трансплантології АМН України*

Одним із основних напрямків у лікуванні хронічного біліарного панкреатиту (ХБП) є санація загальної жовчної протоки (ЗЖП). За даними літератури холедохолітіаз (ХЛ) спостерігається приблизно у 7-20 % хворих холелітіазом, причому у 45-70 % з них призводить до розвитку ХБП. У зв'язку з появою та розвитком нових малоінвазивних лапароскопічних технологій стає актуальним питання перегляду існуючої тактики лікування цього ускладнення.

Матеріал та методи. В основу роботи покладено аналіз обстеження та лікування у клініці Інституту хірургії та трансплантології АМН України 460 хворих із ХБП, котрий виник на тлі ХЛ. Середній вік хворих склав 55,5 року. Підвищення рівня білірубіну крові визначено у 49 % із них.

Всіх пацієнтів було прооперовано. За способом санації їх умовно розділили на три групи. До першої групи віднесли хворих, яким була виконана ендоскопічна папілотомія (ЕП), до другої – у котрих вона поєднувалася з холедохолітотомією (ХЛТ), до третьої – які перенесли ХЛТ. Першу групу склали 242 пацієнти. У всіх них була виконана ЕП. При цьому у 177 об'єм втручання був обмежений лише ендоскопічним. У решти пацієнтів ця операція поєднувалася з відкритою чи лапароскопічною холецистектомією, доповненою у 40 із них зовнішнім дрениванням загальної жовчної протоки (ЗД ЗЖП), її стентуванням – у 7.

Другу групу склали 105 хворих. У них були виконані ЕП та ХЛТ в поєднанні з лапароскопічною чи відкритою холецистектомією, зовнішнім дрениванням та стентуванням ЗЖП, білідигестивними анастомозами. Хворим з холедохолітіазом і ХБП як самостійний метод лікування ЕПСТ із видаленням конкрементів із ЗЖП (при короткій, до 10 мм, ділянці стенозу його інтрапанкреатичної частини) була виконана у 48 пацієнтів. В 16 випадках виконано тимчасове стентування ЗЖП, по 8 – з ендоскопічного (ретроградного) та з лапароскопічного (антеградного) доступу.

В третю групу увійшли 113 пацієнтів, яким була виконана ХЛТ, в тому числі у 43 – лапароскопічна. Ці операції також поєднувалися з відкритою чи лапароскопічною холецистектомією (81 випадок), зовнішнім дрениванням чи стентуванням ЗЖП, білідигестивними анастомозами (32).

Результати та їх обговорення. Нами проаналізовано специфічні для даної патології післяопераційні ускладнення. До них відносили рецидивуючу

чи стійку обтураційну жовтяницю, прогресування холангіту, формування жовчної нориці. Такі ускладнення виявлено в 18 % випадків серед хворих першої групи. Практично всі вони виникли внаслідок неадекватної оцінки стану інтрапанкреатичної частини (ППЧ) ЗЖП. Закінчення операції ЗД ЗЖП при звуженні ППЧ ЗЖП до 2 мм на протязі більше 10 мм у 19 випадках призвело до формування стійкої зовнішньої жовчної нориці. В таких же випадках використання тимчасового стентування ППЧ ЗЖП виконане чи то ендоскопічно, чи лапароскопічно, не викликало ускладнень. У 17 хворих при аналогічній патології ЗЖП обмеження втручання лише ЕП викликало прогресування холангіту, а 7 – рецидивуючу чи стійку жовтяницю.

Поєднання ЕП та ХЛТ у хворих другої групи було викликано трьома основними причинами. Перша з них – неможливість видалення каменів ЗЖП навіть після ЕП – мала місце у 65 пацієнтів. Таке велике число обумовлене наявністю у багатьох хворих ХБП подовженого стенозу ППЧ ЗЖП. Друга причина – залишковий ХЛ (15 випадків), третя – поєднання крупних каменів ЗЖП, які неможливо видалити ендоскопічно, з папілостенозом (25 випадків).

Причини, які призвели до утворення третьої групи – явна неможливість ендоскопічного видалення каменів ЗЖП, виявлення ХЛ лише під час операції. Більшість ускладнень серед хворих другої та третьої груп було пов'язано з виконанням білідигестивних анастомозів. Основне із них – рецидивуючий холангіт, що мав місце в віддаленому післяопераційному періоді у 56 % хворих, яким було виконано холедоходуоденостомію. На відміну від цього, холедохоентеростомія на петлі, вимкненій по Ру, не супроводжувалась таким ускладненням.

Особливо важливим також є визначення оптимального способу завершення операції на жовчних шляхах при тривалому ХБП, обумовленому холедохолітіазом, залежно від діаметру ЗЖП. Установлено, що при розширенні у цих хворих ЗЖП більше 20 мм в 76 % випадків через 1-3 роки привело до рецидиву холедохолітіазу. При незначному протязі стенозу ЗЖП чи папілостенозі ЕП є достатньою для його санації.

Висновки. При ХБП, що супроводжується папілостенозом чи незначною, до 10 мм, подовженістю стенозу ЗЖП операцією вибору вважаємо ЕП. В випадках розширення ЗЖП до 20 мм і наявності тубулярного стенозу його ППЧ з розвитком холангіту чи обтураційної жовтяниці вважаємо доцільним виконання ЛХЛТ та тимчасового стентування ЗЖП. У хворих з тривалим перебігом ХБП з рецидивним холедохолітіазом і розширенням ЗЖП більше ніж на 20 мм, необхідне виконання внутрішнього дренивання жовчних шляхів. При цьому перевагу слід віддавати формуванню холедохоентеростомії на петлі, вимкненій по Ру.



**Н.П. Лиховид, А.Д. Зубов, Ю.Э. Чирков**

## **МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ И АБСЦЕССОВ ГЕПАТО-ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ ЗОНЫ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ И КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Введение. Малоинвазивное лечение кист и абсцессов брюшной полости занимает все более прочные позиции в клинической практике в связи с высокой эффективностью, низким уровнем осложнений, доступностью и возможностью проведения у большинства категорий больных. В настоящее время, несмотря на замещение лапароскопическими методами традиционных хирургических вмешательств, возрастает частота возникновения поддиафрагмальных абсцессов и желчных затеков после лапароскопической холецистэктомии, что придает особую значимость внедрению малоинвазивных методов их лечения.

Десятилетний опыт чрескожного лечения кист и абсцессов брюшной полости под УЗИ- и КТ-контролем позволяет нам определять оптимальную тактику при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Проведено лечение 989 пациентов с патологией гепатопанкреатической зоны, из них:

- поддиафрагмальные абсцессы и желчные затеки после лапароскопической холецистэктомии – 131;
- внутрипеченочные абсцессы: посттравматические, пилефлебические, холангиогенные, амёбные – 519;
- нагноившиеся простые кисты печени – 33;
- эхинококковые кисты – 37;
- подпеченочные абсцессы – 89;
- билиарная гипертензия калькулезного и неопластического характера – 102;
- постнекротические псевдокисты поджелудочной железы – 85.

Существует ряд методических подходов к выбору способа чрескожного лечения кист и абсцессов в зависимости от типа, размеров и локализации патологического процесса.

Простая одномоментная аспирация иглой показана при простых кистах печени любой локализации диаметром до 7 см, подпеченочных и поддиафрагмальных затеках и осумкованных выпотах объемом до 50 мл, абсцессах печени (чаще всего холангиогенные) малого диаметра (3-5 см), кисты головки поджелудочной железы, вызывающие механическое сдавливание холедоха. Также простая пункция применяется при введении антибиотиков в билиарное дерево при холангитах и промывании патологических полостей антисептиками (диоксидин). Промывание антибиотиками нецелесообразно, за исключением случаев гнойного холангита или холангитических абсцессов.

Дренирование по Сельдингеру самофиксирующимися катетерами диаметром 5-10 мм типа “свиной хвостик” показана при поддиафрагмальных, внутрипеченочных, подпеченочных абсцессах диаметром 7-15 см, кистах салниковой сумки, кистах тела и хвоста поджелудочной железы диаметром больше 5 см. Дренирование по Сельдингеру используется также при наложении чрескожной транспеченочной холецистостомы, при холедохостомии.

Прямое дренирование троакаром диаметром 5-10 мм – при наличии кистозных и гнойных полостей диаметром более 15 см.

Встречное дренирование двумя катетерами – при абсцессах больших размеров для обеспечения адекватного лаважа; эхинококковые кисты – как подготовительный этап перед чрескожным лечением.

При малоинвазивных вмешательствах наблюдались следующие осложнения: кровотечение в брюшную полость (4 пациента), бактериальный шок при нарушении целостности демаркационного вала при быстрой аспирации абсцесса, что ведет к резорбции гноя в паренхиму органа и в кровь (9), кровотечение в полость кисты вследствие травматизации стенки (5), субкапсулярная гематома (14), при дренировании кисты поджелудочной железы подтекание содержимого в свободную брюшную полость (17). При соблюдении мер профилактики и своевременного выявления указанные осложнения не несут угрозы для жизни пациента и не требуют сопряженного с лапаротомией вмешательства.

Выводы. Таким образом, применение малоинвазивных методов позволяет повысить эффективность и безопасность лечения кист и абсцессов брюшной полости и значительно снизить летальность по сравнению с традиционным оперативным лечением.

УДК 616.37+616.42]-006-089

**В.М. Чернев, В.П. Слободяник, М.М. Андриенко**

## **МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСОНОГРАФІЇ ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ**

*Клініка абдомінальної хірургії та гастроентерології  
Головного військового клінічного госпіталю МО України*

**Вступ.** Застосування трансабдомінального ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, ендоскопічної ретроградної панкреатохолангіографії, клінічного обстеження та лабораторних аналізів в діагностиці захо-

рювань підшлункової залози не завжди дозволяє виявити та провести диференційну діагностику захворювань гепатопанкреатодуоденальної зони.

Матеріали та методи. Нами проведена ендосонографія апаратом фірми KLYMPUS-EU-M 30 (ендосонограф, Японія) у 37 пацієнтів у віці від 30 до 65 років, які поступили в клініку з патологією жовчовивідних шляхів та підшлункової залози.

Під час дослідження працювали високочастотними датчиками 7,5 мГц та 12 мГц, що забезпечує огляд підшлункової залози на всьому протязі, візуалізацію її протокової системи, жовчного міхура, позапечінкових жовчних протоків, паренхіми печінки, парааортальних лімфатичних вузлів.

Радіальне сканування на 360° дозволяє отримати детальне зображення структур, що вивчаються, та їх зв'язок з навколишніми тканинами, що дуже важливо для диференційної діагностики доброякісної та злоякісної патології.

З метою верифікації достовірності отриманих даних всім хворим обов'язково виконували трансабдомінальне ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, комп'ютерну томографію, фіброгастродуоденоскопію.

Результати. У 24 (64,9 %) пацієнтів діагностовано холедохолітаз, у 3 (8,1 %) – стенозуючий папіліт, у 8 (21,6 %) – пухлини головки або тіла підшлункової залози із стисненням панкреатичної частини холедоха та явищами механічної жовтяниці, у 2 (5,4 %) – хронічний індуративний панкреатит з розширенням головної панкреатичної протоки (в одному випадку з них з вірсунголітазом).

Висновки. Ендосонографія забезпечує можливість проведення скринінгу – одночасного ультразвукового дослідження та фіброгастродуоденоскопії в діагностиці захворювань органів гепатопанкреатодуоденальної зони, прицільних пункційних діагностичних та лікувальних маніпуляцій, перевагою яких є мінімальна інвазивність та висока точність. Використання високочастотних датчиків в поєднанні з максимальним неінвазивним наближенням трансд'юсера до об'єктів, які підлягають обстеженню, відкриває нові можливості в візуалізації невеликих за розміром (до 1-2 см в діаметрі) пухлин гепатопанкреатодуоденальної зони, які не з'єднані з протоковою системою печінки та підшлункової залози, диференційної діагностики доброякісної та злоякісної патології.

**Ю.В. Грубник, Ю.Т. Тимохин, В.А. Карлюга**

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ  
ДИАФРАГМАЛЬНЫХ ГРЫЖ И РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТА,  
ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

*Одесский медицинский университет  
Центр желудочно-кишечных кровотечений 11 ГКБ*

Введение. В городской центр желудочно-кишечных кровотечений за три года поступило 210 больных, у которых кровотечения были обусловлены диафрагмальными грыжами 3-4 степени с резко выраженным рефлюкс-эзофагитом. В 112 случаях кровотечение было обусловлено язвенной болезнью ДПК в сочетании с диафрагмальными грыжами и рефлюкс-эзофагитом. Кровотечения легкой степени наблюдались в 40 % случаев, средней степени 33 % случаев, тяжелой степени 27 % случаев. Возраст больных колебался от 32 до 68 лет и составлял в среднем  $50 \pm 18$  лет. Всем больным была выполнена фиброгастроскопия с применением локального эндоскопического гемостаза путем лазерной фотокоагуляции с эндоскопическим введением фибринового клея. В случаях когда диафрагмальная грыжа сочеталась с кровоточащей язвой ДПК проводился эндоскопический локальный гемостаз язвенного дефекта и эрозий слизистой желудка и пищевода.

После достижения эффективного гемостаза на 3-4 сутки 38 больным произведена лапароскопическая фундопликация. В 16 случаях у больных с язвенной болезнью ДПК в сочетании с диафрагмальной грыжей и рефлюкс-эзофагитом лапароскопическая фундопликация по Ниссену сочеталась с одним из видов ваготомии. В 10 случаях нами произведена лапароскопическая фундопликация по Ниссену в сочетании с лапароскопической операцией по Тейлору (задняя стволовая ваготомия в сочетании с передней серомиотомией). В 2 случаях лапароскопическая фундопликация по Ниссену сочеталась с ваготомией по Gomez-Ferrer (задняя стволовая ваготомия с иссечением малой кривизны желудка эндоскопическими сшивающими аппаратами типа GIA 30,60). В 4 случаях лапароскопическая фундопликация по Ниссену сочеталась с ваготомией по Hill-Backer (задняя стволовая в сочетании с передней селективной проксимальной ваготомией). В 6 случаях лапароскопическая фундопликация по Ниссену дополнялась аллопластикой полипропиленовой сеткой грыжевого отверстия диафрагмы ввиду большого грыжевого отверстия. Полипропиленовую сетку накладывали на выделенное грыжевое отверстие. Расправляли ее и фиксировали в диафрагме отдельными лапароскопическими швами и клипсами. Швы завязывали интракорпорально.

При лечении диафрагмальных грыж 3-4 степени в сочетании с рефлюкс-эзофагитом, осложненным кровотечением, нами произведена лапароскопи-

ческая фундопликация по Ниссену в 26 случаях, лапароскопическая фундопликация по Тупе в 4 случаях, лапароскопическая фундопликация по Розатти в 8 случаях. Лапароскопическая фундопликация по Тупе и Розатти мы выполняли в случаях ожирения больного, спаечного процесса либо анатомических особенностей, когда возникают значительные трудности в лигировании коротких артерий по большой кривизне желудка. Время проведения лапароскопических операций колебалось от 60–80 минут при лапароскопической фундопликации до 120–150 минут в случаях сочетания лапароскопической фундопликации с аллопластикой грыжевого отверстия полипропиленовой сеткой либо сочетанием лапароскопической фундопликации с одним из видов ваготомий.

Переход на лапаротомию нами произведен в 2 случаях. В одном случае в следствие перфорации пищевода при выделении левой ножки диафрагмы и в одном случае в следствие кровотечения из коротких артерий желудка при выделении большой кривизны желудка. Летальности не было. Пневмония наблюдалась в двух случаях. Рецидива кровотечения не наблюдалось.

Выводы. Таким образом применение лапароскопических операций при лечении диафрагмальных грыж с рефлюкс-эзофагитом, осложненных кровотечением, являются эффективными операциями и могут применяться на ряду с традиционными операциями.

УДК 616.36-002.12/14+616.37-006.6+616.361+616-089.168.1

**Б.С. Корняк, В.А. Кубышкин, Т.Г. Чернова, Р.Х. Азимов**

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ**

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского, РАМН, Москва, Россия*

Введение. Целью исследования явилось изучение непосредственных и отдаленных результатов лапароскопических антирефлюксных операций.

Материалы и методы. С 1996 по 2001 в Институте оперированы 127 больных с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и грыжами пищеводного отверстия диафрагмы, мужчин – 56, женщин – 71, в возрасте от 18 до 76 лет (средний возраст составил 41,2 года). Длительность анамнеза заболевания от 3 до 25 лет. Всем больным проведен курс антирефлюксной терапии (омез, ранитидин, координакс). До операции больные подверглись обследованию – эндоскопическое исследование (n=127), рентгенологическое исследование (n=127), манометрия (n=112), рН-мониторинг (n=95). Лапароскопические операции Nissen выполнены у 127 больных.

Результаты исследования. В раннем послеоперационном периоде всем больным выполнено рентгенологическое исследование. Наиболее частым послеоперационным осложнением явилась дисфагия, отмеченная у 15 (11,8 %) в течение 2 недель после операции и у 8 (6,3 %) более месяца после операции. У этих больных произведена эндоскопическая дилатация с хорошим эффектом (2-4 сеанса). Миграция фундопликационной манжетки диагностирована у 1 (0,7 %) больной – повторно оперирована. Возврат симптомов заболевания диагностирован у 3 (2,3 %) больных. У 4 (3,1 %) больных – в раннем послеоперационном периоде отмечена диарея. У 1 (0,7 %) больной через 2 недели после операции – поддиафрагмальный абсцесс – выполнено вскрытие абсцесса. Характерные антирефлюксным операциям поздние послеоперационные осложнения (дисфагия, миграция, возврат симптомов заболевания) диагностированы у 12 (9,4 %) больных.

Выводы. Таким образом, лапароскопическая операция Nissen является эффективной процедурой для контроля симптомов гастроэзофагеального рефлюкса. Частота послеоперационных осложнений не превышает таковые после открытых антирефлюксных операций.

УДК: 616.411-003.4-07-089

**В.В. Грубник, В.А. Киселев, С.Г. Четвериков**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕЛЕЗЁНКИ**

*Одесский государственный медицинский университет,  
Областная клиническая больница,  
Объединенная дорожная больница.*

Введение. Традиционно применяемая при лечении хирургических заболеваний селезенки лапаротомная спленэктомия является травматичным оперативным вмешательством и сопровождается большой частотой осложнений. Это особенно актуально у пациентов с гематологической патологией, которые составляют основную массу больных, которым показана спленэктомия. Новые перспективы в лечении хирургических заболеваний селезенки открывает использование малоинвазивных лапароскопических и пункционных технологий (1, 2, 3, 4, 5).

Цель работы – улучшить результаты лечения больных с хирургическими заболеваниями селезенки путем использования современных малоинвазивных оперативных вмешательств.

Материалы и методы. В хирургической клинике за период 1995–2000 гг. произведено 32 плановые лапаротомные спленектомии по поводу различ-

ных заболеваний. Больных идиопатической тромбоцитопенической пурпурой было 9 (28,13 %), эхинококкозом селезёнки – 2 (6,25 %), пенетрацией язвы желудка в селезёнку – 2 (6,25 %), гемолитической болезнью – 3 (9,4 %), циррозом печени со спленомегалией – (9,37 %), посттромбоэмболическим гиперспленизмом – 2 (6,25 %), волосатоклеточным лейкозом – 2 (6,25 %), злокачественными опухолями селезёнки – 2 (6,25 %), прорастанием злокачественной опухоли смежных органов в селезёнку – 2 (6,25 %), кистозными образованиями – 7 (18,75 %). В одном случае диагностирована болезнь Банти.

С сентября 1997 года по настоящее время выполнено 16 лапароскопических спленэктомий. Показаниями к операции были: тромбоцитопеническая пурпура – у 6 больных, спленомегалия – у 4, гемолитическая микросфероцитарная анемия – у 2, эхинококковые кисты селезенки – у 2, непаразитарные кисты селезенки – у 2 больных. Операции выполнялись по двум методикам: лапароскопическая спленэктомия в чистом виде (6 больных) и мануально ассистированная лапароскопическая спленэктомия с использованием системы Pneumo Sleeve фирмы Kexterity, а также оригинального пневморукава собственной конструкции (10 больных).

У 7-ми больных с посттравматическими кистами селезёнки лечение проводилось пункционным методом. При этом производилась пункция кисты, установка трубчатого дренажа. Полость кист промывалась антисептиками, применялись гемостатики, склерозирующие препараты.

Результаты исследований. Лапаротомная спленэктомия выполнялась преимущественно срединным лапаротомным доступом и у 6-ти больных выполнен косой разрез с учётом больших размеров селезёнки. Длительность операции варьировала от 50 до 180 минут (в среднем  $117 \pm 15$  минут). Средний койко-день при выполнении спленэктомии составил  $19,3 \pm 5,4$  дня.

Длительность лапароскопической спленэктомии варьировала от 110 до 220 минут (в среднем  $158 \pm 23$  минуты). Во время операции и в раннем послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: у 3 больных – кровотечение, которое возникло в двух случаях при выделении ножки селезенки и в одном – при пересечении коротких желудочных сосудов; в одном случае наблюдался послеоперационный панкреатит вследствие избыточного использования диатермокоагуляции в области хвоста поджелудочной железы. Длительность нахождения в стационаре после операции варьировала от 2 до 4 суток (в среднем  $2,7 \pm 1,2$  сут). Важным фактором, влияющим на результативность операции, является адекватная предоперационная подготовка, особенно у больных с тромбоцитопенией. Это позволяет уменьшить кровоточивость из мелких сосудов при выделении селезенки из сращений и при пересечении селезеночных связок. Существенным также является выбор метода лапароскопической спленэктомии. Так, чисто лапароскопическое вмешательство показано при максимальном размере селезенки 15-18 см и при незначительном спаечном процессе в зоне операции. В остальных

случаях показано выполнение мануально ассистированной операции с системой пневмоукава. Дорогостоящее пересечение сосудистой ножки селезенки эндостеплером можно заменить тщательным выделением магистральных сосудов, их клиппированием или лигированием с экстра- или интракорпоральным завязыванием узлов.

Из 7 пациентов, пролеченных пункционным методом, у 6 получены хорошие результаты, у одного пациента обнаружен через 2 месяца рецидив кисты, ему была выполнена плановая лапаротомная спленэктомия.

**Выводы.** Таким образом, основным методом лечения хирургических заболеваний селезенки является спленэктомия, выполнение которой по строгим показаниям приводит к хорошим результатам. Наш опыт лапароскопических спленэктомий свидетельствует о возможности успешного применения этого метода при различных хирургических заболеваниях селезенки. Комбинированные операции с мануальной ассистенцией показаны при больших размерах селезенки и технических сложностях, возникающих во время выполнения операции.

#### **Литература**

1. Hand-assisted laparoscopic splenectomy for idiopathic thrombocytopenic purpura during pregnancy / Iwase K., Higaki J., Yoon H.E. et al //Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. – 2001. – № 1, Vol.11. – P.53-56.
2. Chu U.B., Park A., Mastrangelo M.J. Laparoscopic splenectomy //Curr Surg. – 2001. – №1, Vol.58. – P.63-67.
3. Gharaibeh K.I. Laparoscopic excision of splenic hydatid cyst // Postgrad Med J. – 2001. – №77, Vol.905. – P.195-196.
4. Velanovich V., Shurafa M.S. Clinical and quality of life outcomes of laparoscopic and open splenectomy for haematological diseases // Eur J Surg. – 2001. – №1, Vol.167. – P.23-28.

УДК 616.15-089.819:616.411-089.87

**Е.Д. Хворостов, И.А. Семененко,  
В.И. Залюбовский, А.И. Цивенко**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ИЛИ ОТКРЫТАЯ СПЛЕНЭКТОМИЯ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВИ**

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина*

**Введение.** В хирургическом лечении заболеваний системы крови важное место отводится спленэктомии. В связи с развитием и появлением новых технологий в хирургии, в частности с применением видеосистем и сшивающих аппаратов, альтернативой “открытому” способу спленэктомии стала возможность выполнения спленэктомии лапароскопическим путем.



Материалы и методы. Проведен анализ лечения 33 гематологических больных, которым на кафедре хирургических болезней ХНУ выполнена открытая спленэктомия (ОСЭ) (19 пациентов) и лапароскопическая спленэктомия (ЛСЭ) (14 пациентов). Возраст больных колебался от 12 до 62 лет. Мужчин было 15, женщин – 18. Показания к спленэктомии были выставлены при тесном контакте с гематологом строго индивидуально в связи с неэффективностью консервативных мероприятий и развитием явлений первичного либо вторичного гиперспленизма. Консервативная терапия в качестве предоперационной подготовки в зависимости от нозологической формы проводилась в условиях гематологического стационара.

ОСЭ выполнялась по общепринятой методике, с поэтапным лигированием связочного аппарата селезенки и прошиванием сосудистой ножки из косого либо поперечного разреза в левом подреберье или при наличии больших размеров селезенки (более 18 см по длиннику) путем верхнесреднесрединной лапаротомии.

ЛСЭ мы начали выполнять с июля 2000 года. Для выполнения оперативного вмешательства применяли видеосистему и инструменты фирмы “Karl Storz” (Германия). Технически ЛСЭ выполнялась следующим образом. Положение пациента на спине с приподнятым головным концом на 10 градусов и косой ротацией стола вправо под углом 30 градусов. Использовали 5 троакаров. После введения инструментов захватывали желудок в области большой кривизны ближе к его дну и селезеночно-ободочную связку, делая тракцию, выводили селезенку из левого поддиафрагмального пространства и производили мобилизацию её нижнего полюса, клипшируя и пересекая левую желудочно-сальниковую артерию и короткие желудочные сосуды. Далее после предварительной коагуляции либо в сомнительных случаях клипширования пересекали селезеночно-ободочную и диафрагмально-селезеночную связки, в результате чего селезенка становилась подвижной, что давало возможность манипулировать на ее ножке и клипшировать основные источники кровоснабжения. Извлекали удаленную селезенку по частям через микролапаротомный поперечный разрез в левом подреберье длиной 4 см, из которого дренировали трубочным дренажем левое поддиафрагмальное пространство в течение 2-3 суток после операции.

После лапароскопических операций больных на 2-е сутки активизировали и переводили на пероральное питание.

Ведение послеоперационного периода в обеих группах соответствовало принципам рациональной трансфузионной тактики (Воробьев А.И. и соавт.).

Средняя длительность ЛСЭ составила 90 минут, ТСЭ – 100 минут. Величина интраоперационной кровопотери при ТСЭ колебалась от 500 до 700 мл, при ЛСЭ составляла лишь 100-200 мл. Среди осложнений, возникших в ближайшем послеоперационном периоде у больных, перенесших ТСЭ, отмечено: реактивный посттравматический панкреатит у 2 (10,5 %) больных, легочные осложнения – левосторонняя нижнедолевая пневмония – у

2 (10,5 %) больных; в группе больных после лапароскопического вмешательства течение послеоперационного периода было гладким, без осложнений.

Послеоперационный койко-день в группе больных после ОСЭ составил 11,5 дней, в группе после ЛСЭ – 6,5 дней.

Выводы. 1 Методом выбора в хирургическом лечении больных с заболеваниями системы крови перед открытой операцией является лапароскопическая спленэктомия, которая лишена недостатков, присущих открытому методу, однако требует соответствующего опыта хирурга и технического оснащения.

2 Лапароскопическая спленэктомия у больных с заболеваниями системы крови позволяет значительно снизить число интра- и послеоперационных осложнений, уменьшить послеоперационный койко-день и улучшить качество жизни больных.

УДК 616.345-072.1

**А.В. Бочаров**

## **ЕНДСКОПІЧНА ДІАГНОСТИКА ТА МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПАТОЛОГІЄЮ ТОВСТОЇ КИШКИ**

*Буковинська державна медична академія*

Вступ. За період 2000-2001 рр. проведено 229 колоноскопій та 31 оперативне втручання у пацієнтів з різними захворюваннями товстої кишки. Вік хворих становив 16-77 років.

При колоноскопічних обстеженнях встановлено: рак (гістологічно підтверджений після біопсії) різних відділів товстої кишки – 31 хворий; поліпи (аденоматозні, ворсинчасті та ін.) – 30 хворих; неспецифічний виразковий коліт – 5 хворих; різні форми гострого і хронічного запалення товстої кишки – 137 хворих та 26 хворих без видимого органічного та функціонального ураження товстої кишки. У 1-го хворого діагностовано мультицентричний рак з ураженням ректосигмоїдного згину та печінкового кута.

У 30 хворих виконано колоноскопічні оперативні втручання при поліпах різних відділів ободової кишки, у 1 хворого – при ракові *in situ*. Кількість поліпів у одного пацієнта становила від 1-го до 17-ти. Всім хворим проводилась петльова (26) та крапкова (4) електроексцизія поліпів на апараті фірми “Klumpus” (Японія) з електрохірургічним блоком “Electrotom” (Германія).

Розподіл поліпів на відділах товстої кишки був наступний: у висхідному відділі – 2, печінковому куті – 1, у поперечному відділі – 3, у селезінковому куті – 1, у низхідному відділі – 2, у сигмовидній – 14, ректосигмоїдному згині – 2, у прямій кишці – 5 хворих.

Колоноскопична електроексцизія 1-3 поліпів виконувалась, як правило, під час одного оперативного втручання. Хворому, в якого діагностовано 17 поліпів розмірами приблизно від 0,7 до 2,0 см в діаметрі, – ендоскопічне оперативне втручання виконувалось впродовж 5-ти тижнів з інтервалом в 4-5 днів. Хворому на adenocarcinoma in situ з ураженням ректосигмоїдного згину виконана петлева електроексцизія пухлини за життєвими показаннями у зв'язку із вираженою супутньою серцево-судинною, легеневою патологією та високим ризиком проведення оперативного втручання лапаротомним доступом. Ректороманоскопії та ряд біопсій слизової кишки у місці електроексцизії впродовж останніх 1,5 року свідчать про відсутність рецидиву пухлини. Післяопераційний ліжко-день хворих становив 2-3 доби.

Висновок. Таким чином, досвід виконання діагностичних та ендоскопічних оперативних втручань при захворюваннях товстої кишки свідчить про високу його інформативність та безпечність, що значно покращує лікування хворих та сприяє скороченню післяопераційних ліжко-днів.

УДК 615.777.5

**М.Н. Изимбергенов**

## **ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА**

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия,  
г. Актобе, Казахстан*

Вступление. Основным противопоказанием к лапароскопическим операциям в экстренной абдоминальной хирургии является наличие выраженного пареза кишечника (Кригер А.Г., 1995, Котлобовский В.И. и соавт., 1999, Гринберг А.А., 2000, Kruart M.L., 1997). Для устранения этого препятствия в клинике госпитальной хирургии нами разработан способ лапароскопической интубации, захватывающий большую часть отделов ЖКТ и выполняемый во время видеоэндоскопических операций по поводу разлитого гнойного перитонита и острой кишечной непроходимости.

Материалы и методы. Осуществление способа: троакар для лапароскопа вводится в брюшную полость открытым способом по Hasson. Вся операция, в том числе лапароскопическая интубация кишечника, выполняется через 5 основных и манипуляционных троакаров. Производится ревизия, частичная аспирация выпота брюшной полости из-за раздутых петель кишечника. При выполнении интубации используется тот фактор, что наконечник зонда, да и вся трубка, хорошо контурируются через растянутые стенки желудка и кишечника. Зонд проводится с использованием специаль-

ных приемов для прохождения изгибов ЖКТ до слепой кишки. Эти приемы были отработаны на опыте более 600 зондовых декомпрессий кишечника, выполненных назонтестинальным путем во время открытых операций.

В случаях кишечной непроходимости интубация выполняется до места механического препятствия. После опорожнения кишечника становится возможным полноценная санация брюшной полости и выполнение основного этапа операции.

Лапароскопическая интубация кишечника выполнена 8 больным. Среди них у троих был деструктивный аппендицит, осложненный разлитым гнойным перитонитом, двое было с острой спаечной кишечной непроходимостью и перитонитом, одна пациентка с ущемленной грыжей, кишечной непроходимостью и перитонитом. Еще две лапароскопические операции выполнены больным с ранней послеоперационной спаечной кишечной непроходимостью и перитонитом вместо релапаротомий. Следует отметить, что в начале внедрения способа у нас было несколько неудачных попыток видеоэндоскопических операций при этой патологии.

В послеоперационном периоде больным с гнойными перитонитами, после предварительного УЗИ брюшной полости, производились видеоэндоскопические лапаросанации.

Результаты исследования. Анализ результатов лечения пациентов, подвергшихся лапароскопическим операциям, показывает, что применение малоинвазивной хирургии позволяет быстрее реабилитировать больных после операции, избежать таких осложнений как нагноения ран, эвентрации кишечника, спаечной болезни и других недостатков, свойственных открытым операциям. По каждой нозологии отмечено значительное уменьшение койко-дней, в среднем в 2,3 раза.

Кроме того, лапароскопические операции при разлитом гнойном перитоните не исключают положительных свойств открытого метода лечения – лапаростомии с возможностью выполнения программируемых динамических лапаросанаций в послеоперационном периоде. Наоборот, закрытые – видеоэндоскопические санации брюшной полости, осуществляемые при релапароскопиях, значительно уменьшают травматичность метода.

Выводы. Лапароскопическая хирургия разлитого гнойного перитонита уменьшает травматичность как самой основной операции, так и последующих лапаросанаций. Все пациенты выписаны домой в удовлетворительном состоянии.

**В.А. Фоменко, Ю.Т. Тимохин, В.А. Карлюга**

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ВАГОТОМИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ  
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННЫХ  
КРОВОТЕЧЕНИЕМ И ПЕРФОРАЦИЕЙ**

*Одесский медицинский университет*

Вступление. Нами применяются с 1992 года лапароскопические ваготомии в лечении кровоточащей и перфоративной язвы ДПК. Целью нашей работы явилась оценка эффективности лапароскопических ваготомий в комплексном лечении больных с дуоденальными язвами, осложненными кровотечением и перфорацией.

Материалы и методы. Нами пролечено 540 больных с язвенной болезнью ДПК. Из них подавляющего числа больных (92,5 %), поступивших в стационар были выявлены желудочно-кишечные кровотечения. Мужчин было 340 (63 %), женщин 218 (37 %). Средний возраст оперированных больных от 18 до 55 лет и составляет  $28 \pm 5$  лет. Всем больным проводилась ургентная фиброгастроскопия для верификации источника кровотечения, а также проведения локального эндоскопического гемостаза. В основном нами применялась лазерная фотокоагуляция кровоточащей язвы с последующим введением в язвенный дефект фибринового клея. После достижения у больного стабильного гемостаза и стабилизации общего состояния, больным проводилось оперативное лечение. Размер язв ДПК не превышал 1-1,2 см. У больных отсутствовали явления язвенного стеноза. Оперировано 540 больных с язвенной болезнью ДПК. Все больные разделялись на две группы. В первой группе произведены лапароскопические операции у 218 больных. Во второй группе, служившей контролем, у 322 больных были произведены традиционные органосохраняющие операции. У 218 больных, оперированных лапароскопически, произведено 134 операции в модификации Тейлора, 64 операции в модификации по Hill-Becker, 14 операций в модификации Gomez-Ferrer, 6 больным произведена операция в модификации Baily-Zucher. У 16 больных наряду с лапароскопической ваготомией производилось ушивание перфоративной язвы двухрядным швом с подведением и фиксацией к линии швов участка большого сальника. Во второй группе больных, оперированных традиционно, нами выполнено 68 операций Тейлора, 42 операции Hill-Becker, 200 операций проксимальной селективной ваготомии, 12 больным проведена операция в модификации Gomez-Ferrer. Лапароскопические операции производились под общим обезболиванием. После препарирования печеночно-желудочной связки, под контролем зрения, при помощи диссектора выделялся задний ствол вагуса, который клипировался и пересекался. Участок нерва направляли на гистологическое исследование для верифика-

ции нервной ткани. Серомиотомию желудка в 72 случаях производили при помощи лазерного скальпеля, используя ИАГ лазер с длиной волны 1,06 мкм, с передачей необходимого излучения по кварцевому волокну с сапрофитовым наконечником. Строго дозируя лазерное излучение, мы добивались программированного рассечения серозного и мышечного слоя желудка, избегая перфорации. В 42 случаях для серомиотомии нами использовалась электрокоагуляция. Всем прооперированным больным в послеоперационном периоде проводилось эрадикация *Helicobacter pylori* по общепризнанной методике.

Результаты исследования. Анализируя результаты оперативного лечения больных лапароскопическим доступом в сравнении с традиционным лапаротомным, следует отметить, что лапароскопические операции больные достаточно легко переносили. Пищу начинали принимать на 2-3 сутки после операции, выписывались из стационара на 3-4 сутки. К работе приступали через 2-3 недели. В то время как после традиционных операций перистальтика восстанавливалась к 4-5 суткам, еду начинали принимать на 4-6 сутки. Требовалось больше медикаментов. Больные позже вставали и начинали ходить. Выписывались из стационара на 8-10 сутки к работе приступали через 1,5-2 месяца. Через 1 месяц после операции изучена желудочная секреция у 482 больных. Выявлено, что у больных после лапароскопических операций, так же как и после традиционных, отмечено снижение БПК на 65-72 %, МПК на 56-70 %. Контрольное эндоскопическое исследование, проведенное через один месяц после операции, подтвердило полное заживление язв у всех больных.

Выводы. Отдаленные результаты, прослеженные в сроки от 3 до 5 лет у 460 больных, свидетельствуют о том, что из 128 больных после лапароскопических органосохраняющих операций, у 85,6 % (109) больных, оперированных лапароскопически, отмечались хорошие и отличные результаты по шкале Visick I-II. Удовлетворительные результаты наблюдались у 12 % (2) больных. Рецидив язвенной болезни наблюдался у 5 больных.

**В.Я. Білий, М.Л. Рубцов, В.Г. Конєв,  
А.А. Шудрак, О.І. Уманець**

## **ЕТАПНАЛАПАРОСКОПІЧНАОПЕРАЦІЯ ВКОМБІНОВАНОМУЛІКУВАННІХВОРИХ НАКОЛОРЕКТАЛЬНИЙРАК,УСКЛАДНЕНИЙ ГОСТРОЮНЕПРОХІДНІСТЮТОВСТОЇКИШКИ**

*Головний військовий клінічний госпіталь ЗС України, м.Київ.*

Вступ. Кількість хворих з ускладненими формами колоректального раку не зменшується. Серед ускладнень найчастіше (20-40 %), зустрічається гостра непрохідність товстої кишки (ГНТК). Традиційні радикальні операції при ГНТК пухлинної етіології (операція типу Гартмана і правобічна геміколектомія) супроводжуються високою післяопераційною летальністю (25-30 %) і ускладненнями (40-60 %) (1, 2). У найближчі 2-3 роки від рецидивів і метастазів гине 30-80 % хворих (1, 3, 4). Комбіноване лікування цієї категорії пацієнтів обмежується лише проведенням ад'ювантної поліхіміотерапії.

Матеріал і методи. Для поліпшення результатів лікування раку товстої кишки, ускладненого ГНТК, нами запропонована лікувально-діагностична програма з застосуванням на першому етапі лікування екстреної малотравматичної лапароскопічної операції з метою формування розвантажувальної колостоми (1). У випадку відсутності місцеворозповсюдженого пухлинного процесу і метастатичного ураження очеревини і печінки, через 5-7 днів після лапароскопічної операції виконуємо радикальну операцію у відповідному обсязі з формуванням міжкишкового анастомозу. При виявленні місцеворозповсюдженого пухлинного процесу через 2-3 дні після лапароскопічної операції і розриву ендотоксикозу, проводимо курс селективної неоад'ювантної внутрішньоартеріальної поліхіміотерапії (ВАПХТ).

У випадку виявлення метастазів у печінці проводимо хіміоемболізацію гілок печінкової артерії (ХЕПА). На 7-10 добу після проведення одного з видів хіміотерапії і його завершення виконується радикальна операція. Через 3-4 тижні після радикальної операції усувається стома. За зазначеною методикою одержали лікування 39 хворих. З них 29 проведено комбіноване лікування з застосуванням неоад'ювантної ВАПХТ, 3 хворим виконана перед радикальною операцією ХЕПА. 7 хворих оперовані без застосування хіміотерапії в передопераційному періоді.

Результати і їх обговорення. Запропонована нами методика з використанням малоінвазивної лапароскопічної операції і формуванням розвантажувальної колостоми у хворих з колоректальним раком, ускладненим ГНТК, дозволила в найкоротші терміни купірувати явища ендотоксикозу, що розвинулися як наслідок кишкової непрохідності. Швидко стабілізований стан

хворих дозволив через 2-3 дні після операції пацієнтам із місцеворозповсюдженим пухлинним процесом провести курс селективної неoad'ювантної внутрішньо-артеріальної поліхіміотерапії (ВАПХТ), а при наявності метастазів у печінці хіміоемболізацію гілок печінкової артерії (ХЕПА). Обидва види хіміотерапії переносилися хворими задовільно, без будь-яких ускладнень як із боку загального соматичного стану так і з боку імунної системи організму. Проведення перед операцією цитостатичних методик дозволило виконати радикальні операції з дотриманням основних принципів сучасної онкопроктології.

Післяопераційні ускладнення мали місце в 21 % випадків (8 хворих). В основному переважали ускладнення, що не несуть загрози життю пацієнтів – у 3 хворих мало місце часткове нагноєння рани, у 2 – післяопераційна пневмонія, у 1 – атонія сечового міхура, у 1 – шлунково-кишкова кровотеча з гострих ерозій і виразок шлунка, у 1 пацієнтки післяопераційний період ускладнився тотальним нагноєнням рани, евентерацією кишечника і післяопераційним розлитим перитонітом. У післяопераційному періоді померла 1 хвора від прогресуючого перитоніту. Інші 38 хворих після усунення стом виписані зі стаціонару в задовільному стані і знаходяться під динамічним спостереженням. 3 хворих із метастазами прожили відповідно 7, 12 і 14 місяців (у післяопераційному періоді їм проводилися етапні ХЕПА). З 35 хворих з II й III стадіями захворювання 4 пацієнти померли в терміни від 1 до 4 років після операції від рецидивів і метастазів раку. У інших пацієнтів даних про наявність метастазів і рецидиву пухлини немає. Мале число хворих і невеликі терміни застосування зазначеної лікувальної програми не дозволяють статистично вірогідно оцінити віддалені результати лікування. У зв'язку з цим необхідно проведення подальших досліджень для накопичення клінічного матеріалу і його статистичного опрацювання.

Висновки. Запропонована лікувально-діагностична програма з застосуванням екстреної симптоматичної лапароскопічної операції дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень і летальність, а також покращує прогноз віддалених результатів за рахунок можливості застосування неoad'ювантних циторедуктивних методик.

### Література

1. Белый В.Я., Конев В.Г., Шудрак А.А. и др. Результаты лечения колоректального рака, осложненного острой непроходимостью толстой кишки и пути их улучшения с применением лапароскопических технологий и неoad'ювантной полихимиотерапии. // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії – 1999. – Т. 3, № 2. – С. 6-10.
2. Султанов Г.А., Книш В.И., Алиев С.А. Диагностика и хирургическая тактика при опухолевой непроходимости левой половины ободочной кишки // Вестн. хирургии. – 1996. – № 6. – С. 47-49.
3. Чернобай А.В. Віддалені результати лікування хворих на рак ободової кишки, оперованих з приводу гострої непрохідності кишечника // Клін. хірургія. – 1998. – № 5. – С. 16-18.
4. Wigmore S.J., Kuthie G.S., Young J.E. et al. Restoration of intestinal continuity following Hartman's procedure: the experince 1987-1992 // Brit. J. Surg. – 1995. – Vol 82, №1. – P. 27-30.



**І.М. Сорочинський, С.А. Кахно, І.І. Боднарук**

## **ЛАПАРОСКОПІЧНІОПЕРАЦІЇПРИЛІКУВАННІ СПАЙКОВОГОПРОЦЕСУЧЕРЕВНОЇПОРОЖНИНИ**

*Івано-Франківська медична академія*

Вступ. Розвиток абдомінальної хірургії за останні десятиріччя приводить до розширення об'єму оперативних втручань на органах черевної порожнини. Актуальність спайкоутворення, як післяопераційного ускладнення, стає все більш гострою проблемою і нагадує про себе кожен раз, коли постає питання про необхідність повторного оперативного втручання в черевній порожнині.

Патологічні фактори, що беруть участь у формуванні спайкового процесу в черевній порожнині у оперованих хворих – численні. Пусковим механізмом є механічне пошкодження очеревини. При цьому кожне хірургічне втручання веде до потенціювання адгезивного процесу черевної порожнини. Висока частота захворюваності на спайкову хворобу, труднощі при виборі оптимального методу лікування, високий рівень післяопераційних ускладнень зумовлюють пошук нових методичних підходів у лікуванні даної патології. Найбільш конструктивним на сучасному етапі є впровадження малоінвазивних лапароскопічних втручань.

Матеріали і методи. Проведено аналіз малоінвазивних втручань у 119 хворих із спайковим процесом черевної порожнини з 1996 по 2000 роки. Пацієнтів жіночої статі було 73,8 %, чоловічої – 26,2 %. Вік хворих коливався від 17 до 85 років. Для лапароскопічних операцій використовувалися ендоскопічні комплекси фірми “Storz”. Для доступу в черевну порожнину використовувалися як стандартні, так і атипові лапароскопічні місця, залежно від конкретної клінічної ситуації.

У переважної більшості хворих (88,3 %) лапароскопічні роз'єднання спайок черевної порожнини використовувалися як симультантні операції після основного оперативного втручання – лапароскопічної холецистектомії. Спайковий процес у таких хворих перебігав безсимптомно. В основному, 97 (81,52 %) хворих попередньо перенесли різні оперативні втручання: 42 (43,29 %) – апендектомії, 11 (11,34 %) – грижовисікання, 31 (31,95 %) – гінекологічні втручання з приводу позаматкової вагітності і кіст придатків матки, 13 (13,4 %) – оперовані з нагоди виразкової хвороби шлунка чи дванадцятипалої кишки. У 22 (18,48 %) хворих в анамнезі не було оперативних втручань, але вони перенесли запалення органів малого таза.

Результати дослідження. Рихлі і шнуроподібні спайки розташовувалися між передньою черевною стінкою та сальником, кишечником та місцем агресії. Рихлі зрощення без особливих труднощів розділяли тупим закругленим

зондом, більш щільні пересікали ножицями, сальник і спайки з вираженими судинами попередньо коагулювали. Протяжні плівкоподібні зрощення ліквідували одночасно двома інструментами, один з яких використовували для натягування спайок. Позитивні результати отримані після ліквідації синдрому Кноха у 18 хворих, безсимптомних спайок, що могли ускладнюватися защемленнями, через наявність “вікон” – у 74 хворих. Ліквідацію зрощень при клінічних проявах спайкової хвороби і калькульозного холециститу проведено у 27 хворих. Значні труднощі відмічено при лапароскопічному втручанні у хворих з клінічними проявами спайкової хвороби – кишкової непрохідності. Нами прооперовано 14 таких хворих. З них ліквідовано зрощення сальника при синдромі Кноха у 4 хворих, гострій спайковій кишковій непрохідності у 8 хворих, кишковій непрохідності з больовим синдромом у 2 хворих. У 4 (28,57 %) хворих із кишковою непрохідністю під час діагностичної лапароскопії через виражений спайковий процес і здуття петель кишечника проведено подальшу конверсію в лапаротомію. У 1 хворого при лапароскопічному роз’єднанні спайок не уникнули термічного пошкодження стінки порожнистого органа.

Висновки. Таким чином, лапароскопічні хірургічні втручання, як найменш травматичні, при спайковому процесі в черевній порожнині обгрунтовані при строго індивідуальному підході до кожного окремого випадку.

УДК 617.55-007.274-085

**О.Г. Дикий, В.Т. Поліщук, В.М. Борцівський**

## **МЕТОДКОМБІНОВАНОГО АДГЕЗІОЛІЗИСУ ВЛІКУВАННІ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ**

*Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф.Гербачевського*

Вступ. Найбільш гострою проблемою спайкової хвороби є проблема кишкової обструкції та пов’язаної з нею кишкової непрохідності.

Існуючі методи лікування спайкової хвороби (консервативна терапія, адгезіолізис при гострій кишковій непрохідності, адгезіолізис в плановому порядку традиційним або лапароскопічним способом, шинування кишечника на інтубаційному зонді, застосування різноманітних мембран для профілактики утворення спайк) є або паліативними, або не дозволяють контролювати динаміку спайкового процесу, або не можуть широко застосовуватись при спайковій хворобі з ураженням кишечника (1, 2). В результаті проблема кишкової обструкції при спайковій хворобі залишається на сьогодні не вирішеною.

Матеріали і методи. Запропонований метод комбінованого динамічного адгезіолізісу. Суть методу: після встановлення діагнозу спайкової хвороби з ураженням кишечника проводився адгезіолізіс традиційним способом. Операцію закінчували створенням гідроперитонеуму розчином неогемодезу, в який додавали 5 тис. ОД гепарину, 20 мг трипсину та 2 мл лідази. В післяопераційному періоді виконували від 1 до 3 сеансів динамічної лапароскопії, під час якої роз'єднувались свіжі спайки, до повної ліквідації спайкового процесу. Запропонованим методом проліковано 14 хворих. 6 хворих прооперовано в ургентному порядку та 8 – в плановому. Жінок було 8, чоловіків – 6. Середній вік хворого склав 47,3 року. За класифікацією Бліннікова (3) спайковий процес 1 ступеня був у 4 хворих, 2 ступеня – у 5 хворих, 3 ступеня – у 2 хворих, 4 ступеня – у 3 хворих. В середньому було проведено 2,6 сеансів динамічної лапароскопії. Ускладнення виникли у 2 хворих: перфорація кишечника при лапароскопічному адгезіолізісі – 1, внутрішньочеревна кровотеча – 1. Спайковий процес повністю вдалось ліквідувати у 7 хворих, оперованих в плановому порядку та в 4, оперованих в ургентному порядку. Всі випадки невдалих результатів були пов'язані з розвитком післяопераційного адгезивного перитоніту. Летальних випадків не було.

Висновки. 1. Метод комбінованого динамічного адгезіолізісу виявився ефективним в 87,5 % хворих при планових втручаннях та в 66,7 % хворих з гострою спайковою кишковою непрохідністю, що вказує на високу ефективність методу, особливо при планових втручаннях.

2. Метод комбінованого динамічного адгезіолізісу дозволяє не тільки ліквідувати спайковий процес, але й проводити динамічний контроль за його перебігом з активною корекцією процесу адгезіогенезу.

3. Для уточнення показань до застосування методу, визначення його ефективності необхідна більша кількість спостережень та вивчення віддалених результатів лікування.

#### **Література**

1. Al-Mulhim AA. Laparoscopic management of acute small bowel obstruction. Experience from a Saudi teaching hospital. – Surg Endosc., 2000, Feb;14(2):157-60.
2. Mais J, Eigler FW. Can "internal intestinal splinting" prevent ileus recurrence? Results of a retrospective comparative study. – Chirurg, 1998, Feb;69(2):168-73.
3. Дронов А.Ф. Лапароскопия в лечении острой спаечной кишечной непроходимости у детей // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – № 2. – С.4-12.

**В.К. Гусак, О.И. Мимоношвили, О.А. Никонова,  
Г.Д. Попандопуло, И.Н. Шаповалов**

## **НАШОПЫТВИДЕОТОРАКОСКОПИЧЕСКИХОПЕРАЦИЙ НАОРГАНАХГРУДНОЙПОЛОСТИ**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины,  
г. Донецк*

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины располагает опытом 69 операций на органах грудной полости выполненных с использованием видеоскопической техники. Операции проводились в связи с ишемическими и окклюзионными поражениями сосудов верхних конечностей, при экссудативных перикардитах, а также заболеваниях, связанных с нарушениями сердечного ритма. В числе этих операций 49 торакоскопических грудных симпатэктомий, 16 перикардэктомий и 4 операции перевязки ушка левого передсердия.

Грудная симпатэктомия выполнена в связи с синдромом и болезнью Рейно у 34 пациентов, с тромбозами и посттромботическими окклюзиями плечевой артерии 11 больным, трем больным с нейрососудистым компрессионным синдромом и одному пациенту с вибрационной болезнью. Во всех случаях выполнялась односторонняя симпатэктомия; в 23 случаях правосторонняя, в 11 – левосторонняя. У 9 больных потребовалась операция с другой стороны спустя 1-2 месяца после первой операции.

Операцию проводили под эндотрахеальным наркозом в положении больного на здоровом боку. После наложения пневмоторакса и введения торакоскопов производили иссечение участка симпатического ствола и II-III симпатических ганглиев. Плевральную полость дренировали на одни сутки с активной аспирацией. В послеоперационном периоде осложнений не было. Течение послеоперационного периода не потребовало назначения наркотических анальгетиков и антибиотиков.

Малая травматичность позволила проводить раннюю активизацию больных, на 3-4 день больные выписываются домой.

Мы имеем опыт 16 успешно выполненных перикардэктомий. В 6 случаях был ревматизм, в 2 случаях туберкулезный процесс и в 7 –идиопатический экссудативный перикардит. Все операции выполнялись по ургентным показаниям в связи с угрозой тампонады сердца. Оперативное пособие включало иссечение участка перикарда в нижнеапекальной части размерами от 4 на 4 до 5 на 15 см. Объем эвакуируемой жидкости из полости перикарда составил от 1,5 до 4,8 литров. Возможность введения эндоскопа в полость перикарда позволяло рассмотреть всю полость перикарда и миокард, так в двух случаях мы наблюдали так называемое “волосатое сердце”. Все операции

заканчивали дренированием плевральной полости по Бюлау. В послеоперационном периоде осложнений не было.

Нами было выполнено 4 операции торакоскопической перевязки ушка левого передсердия. Показанием к операции было наличие у больных мерцательной аритмии с фибрилляцией передсердий и большой вероятностью тромбоэмболических осложнений. Один больной был оперирован после предварительно проведенной трансвенозной деструкции АВ-соединения и установки кардиостимулятора. Операция проводилась под эндотрахеальным наркозом с односторонней интубацией и постоянным интраоперационным кардиомониторингом. В послеоперационном периоде осложнений не было.

Обобщая опыт проведения закрытых операций на органах грудной полости с использованием видеоскопической техники можно отметить, что полного отсутствия эффекта симпатэктомии в ближайшем послеоперационном периоде не было ни в одном наблюдении. Отдаленные результаты прослежены в течение 2 лет у 14 больных, в течение одного года у 19 больных. Во всех случаях наблюдался эффект симпатэктомии. Однако, эффект менее выражен у больных с органическими поражениями сосудов верхней конечности (атеросклероз, эндартериит). В последнем случае предпочтение следует отдавать прямой реваскуляризирующей операции на сосудах, однако эндоскопическая грудная симпатэктомия может являться ценным дополнением к таким операциям. При угрозе тампонады сердца у тяжелых больных, у которых торакотомия трудно переносима, операцией выбора следует считать видеоторакоскопическую перикардэктомию.

УДК 616.24-007.-68:616.25-072.1

**А.Г. Высоцкий, С.И. Гюльмамедов, Г.А. Гринцов**

## **ТОРАКОСКОПИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА-ПУТЬ К МАЛОИНВАЗИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ПО ПОВОДУ ДВУХСТОРОННЕЙ БУЛЛЕЗНОЙ ЭМФИЗЕМЫ ЛЕГКИХ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького,  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение.*

Вступление. Буллезная эмфизема легких, как правило, имеет двухстороннюю локализацию и является самой частой причиной развития пневмоторакса. Радикальным способом предотвращения возникновения пневмоторакса, а также его рецидива служит оперативное лечение с одним из видов обработки булл и создание надежного плевродеза.

В последнее время многие хирурги при оперативном лечении буллезной эмфиземы и ее осложнениях, учитывая ее билатеральный характер, стре-

мятся выполнять вмешательство на обоих легких и плевральных полостях. Основными доступами, которые при этом используются, являются видеоторакоскопический и стернотомия. Однако, в первом случае необходима дорогостоящая аппаратура и расходные материалы, а во втором – недостатками являются травматичность и отсутствие должного косметического эффекта.

В этой связи нами разработан трансторакальный трансмедиастинальный доступ при двухсторонней буллезной эмфиземе легких, который заключается в следующем. Больному выполняют компьютерную томографию органов грудной полости, при которой доказывают двухсторонний характер буллезной эмфиземы и уточняют степень ее распространенности. После чего производят переднебоковую торакотомию в четвертом межреберье со стороны наибольшего буллезного поражения легкого или со стороны пневмоторакса. Осуществляют обработку булл одним из известных способов и плевродез. Затем рассекают оба листка медиастинальной плевры в проекции переднего средостения от уровня верхней апертуры груди до диафрагмы, и вскрывают контралатеральную плевральную полость. При этом жировую клетчатку тупо расслаивают между задней поверхностью грудины и органами переднего средостения. Через медиастинальный доступ вводят торакоскоп с целью создания дополнительного освещения и ревизии легкого и плевральной полости. Верхнюю долю легкого противоположной стороны выводят через созданное отверстие, и оперируют его буллезно измененные участки, производят плевродез. После этого контралатеральную плевральную полость дренируют во втором межреберье, медиастинальную плевру ушивают отдельными узловыми швами, дренируют плевральную полость со стороны торакотомии и зашивают торакотомную рану.

По предложенной методике оперировано 23 больных. Все пациенты поступали с диагнозом спонтанный пневмоторакс (в 16 наблюдениях – рецидивный, из них у 11 с двух сторон). Перед дренированием плевральной полости выполняли торакоскопию, при которой выявляли буллезные изменения в легком. Во время компьютерной томографии органов грудной полости в верхней доле контралатерального легкого обнаруживали буллы, что являлось показанием для выполнения разработанной операции. Во всех случаях удалось произвести обработку буллезно измененных участков противоположного легкого (атипичная резекция легкого, эксцизия, ушивание, перевязка у основания булл). Однако у 7 пациентов в контралатеральной плевральной полости в области верхней доли имелся спаечный процесс (чаще в области верхушки легкого или места ранее находившегося дренажа). В этих случаях нами использовалась торакоскопическая поддержка основного этапа операции, которая заключалась в следующем. Во втором межреберье по среднеключичной и в четвертом по среднеподмышечной линиям вводили торакопорты. Через торакопорт второго межреберья вводили тубус торакоскопа, а в четвертом – монополярный коагулятор, которым осуществляли разъединение спаек. При необходимости эту манипуляцию допол-

няли розсіченням спаек з попередньої коагуляцією і з боку медіастинальної рани. Після проведення основного етапу операції на легкому і плеврі, торакокопічно здійснювали контроль за гемостазом. Контралатеральна плевральна порожнина дренировалась через створені торакоцентезні отвори. Осложнень в післяопераційному періоді і летальних ісходів не було.

Висновок. Розроблений спосіб операції дозволяє проводити одномоментне втручання при двохсторонніх бульозних ураженнях легких, а торакокопічна підтримка – важливий етап в виділенні легкого і контролі за можливими ускладненнями.

УДК: 616.37-002.-071:512.8

**В.І. Десятерик, М.О. Єжеменський, С.П. Міхно,  
В.М. Мірошніченко, С.П. Войчак, А.Н. Рочняк**

## **МАЛОІНВАЗИВНА ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА**

*Дніпропетровська державна медична академія,  
Торакопультмонологічний центр 2-ї міської клінічної лікарні, м. Кривий Ріг*

Вступ. Проведено аналіз лікування 240 хворих на спонтанний пневмоторакс (СП). Вік хворих від 16 до 78 років. Чоловіків було 214 (89 %), жінок – 26 (11 %).

Лікування хворих проводили згідно із розробленим алгоритмом. Після пункції та дренивання плевральної порожнини проводилось консервативне лікування і обстеження хворого: оглядова рентгенографія ОГП, КТ ОГП, діагностично-лікувальна відеоторакокопія.

Всього виконано 179 (76 %) відеоторакокопічних втручань, серед яких 19 ендоскопічних резекцій легень, 132 коагуляції були з утворенням хімічного плевродезу, 8 коагуляції плевро-пульмональних зрощень та дефектів легень з утворенням плевродезу, 34 хворим проведені торакотомії з резекцією легень, 21 хворий лікувався з допомогою пункції та дренивання плевральної порожнини. У 20 хворих під час ендоскопічного втручання причин виникнення СП виявлено не було.

В результаті проведення відеоторакокопічних операцій у всіх хворих вдалося досягти повного видужання. Летальних наслідків та рецидивів пневмотораксу не було. В 4-х випадках (2,2 %) виникло ускладнення у вигляді залишкової порожнини, що потребувало додаткового дренивання. У одному випадку (0,7 %) післяопераційний період ускладнився паренхіматозною фістулою, що призвело до торакотомії з зашиванням дефекта легень і декортрика-

цією. Інших ускладнень не було. В групі хворих, які з різних причин лікувалися методом пункції та дренування плевральної порожнини рецидив пневмоторакса склав 20 %. Загальна летальність – 4 (1,7 %). Середня тривалість лікування – 5,5 ліжко-дня, а у хворих оперованих за класичною відкритою методикою – 9,5 ліжко-дня.

Відсутність рецидивів пневмотораксу після відеоторакоскопічних втручань дає можливість зробити висновок, що інсуфляція хімічно активних речовин в плевральну порожнину з метою утворення плевродезу є абсолютно необхідним етапом відеоторакоскопічних операцій при СП, навіть у тих випадках, коли морфологічний субстрат виникнення пневмотораксу не був виявлений (так званий ідіопатичний пневмоторакс).

Висновок. Здобуті нами результати свідчать про те, що відеоторакоскопічні операції при СП є “золотим стандартом”, тому що не поступаючись своєю ефективністю відкритим методикам, вони значно виграють за рахунок своєї малої травматичності, відсутності грізних ускладнень, що дозволяє домогтися позитивного результату лікування з мінімальними економічними затратами.

#### **Література**

1. Гетьман В.Г. Клиническая торакокопия. – Киев: Здоров'я, 1995.
2. Мартынюк В.А. Малоинвазивная хирургия в лечении больных с заболеваниями органов грудной клетки // Украинський журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1999. – № 3 – С. 73.
3. Десятерик В.І., Єжеменський М.О., Міхно С.П., Мірошниченко В.М. Використання відеоторакоскопії в діагностиці та лікуванні спонтанного пневмотораксу. – 2001. – № 3. – С. 39.
4. Галлингер Ю.И., Русаков М.А., Гудовский Л.М., Станкевич Т.М. Первый опыт видеоторакоскопических операций на легких // Хирургия. – 1995. – № 3. – С. 62-66.

УДК 616.366-003.7-08: 616.366-089.87-072.1

**І.Ю. Полянський, М.М. Гресько, І.Р. Широков**

## **МАЛОІНВАЗИВНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В УРГЕНТНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙ ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ**

*Буковинська державна медична академія*

Вступ. Одним із найвизначніших досягнень хірургії останнього десятиріччя справедливо вважається розробка і застосування в клінічній практиці малоінвазивних методів оперативних втручань. Однак, узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів в плановій та ургентній хірургії, в літературі явно недостатньо.

Матеріали і методи. Нами узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у 905 хворих з патологією гепатобіліарної зони, у 59 хво-



рих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією і проведено аналіз можливості використання таких методик при деякій торакальній патології.

Серед оперованих осіб жіночої статі було 841, чоловічої – 64. Вік хворих коливався від 16 до 80 років. У 754 хворих показаннями до оперативного втручання був хронічний калькульозний холецистит, у 151 – гострий калькульозний холецистит.

У 26 хворих виконані лапароскопічні оперативні втручання при гінекологічній патології. Серед них у 12 – при кістах яєчника, у 14 – при неплідності різного генезу. У 13 хворих виконані лапароскопічні втручання повторно після лапароскопічних холецистектомій з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді.

У 17 хворих лапароскопія застосовувалась як метод діагностики, в т.ч. у 8 хворих з цирозом печінки, окрім біопсії печінки, виконана оментогепатопексія.

У 3 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки та серповидної зв'язки.

Результати дослідження. В період освоєння методики лапароскопічних втручань в основному оперували хворих з хронічним калькульозним холециститом. По мірі накопичення досвіду та навичок розширювались показання до використання лапароскопічних втручань в ургентній абдомінальній та торакальній хірургії. На сьогоднішній день операції виконують пацієнтам, хворим на ожиріння I-III ст., які раніше перенесли оперативні втручання на передній черевній стінці чи на органах нижнього поверху очеревинної порожнини, а також хворим з гострим холециститом.

Зважаючи на те, що малоінвазивні оперативні втручання дають змогу забезпечити радикальність при меншій травматичності, вважаємо за необхідне ширше ставити показання до використання таких втручань у хворих в ургентному порядку.

Це дозволило діагностувати гостру хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 32 хворих, із них у однеї хворої виявлена така рідкісна патологія, як некроз підвіски сигмоподібної кишки внаслідок перекруту; провести коагуляцію отворів Льюшка і санувати ложе жовчного міхура після лапароскопічної холецистектомії у 7 хворих; видалити та дренувати кістозні утворення печінки та серповидної зв'язки у 3-х хворих; ліквідувати причину пневмотораксу у 10 хворих шляхом коагуляції бул під час торакокопії.

У 27 хворих проведена конверсія – перехід на лапаро- або торакотомію. Причини, що зумовлювали перехід на конверсію – виражений спайковий процес в очеревинній порожнині, в ділянці гепатодуоденальної зв'язки чи жовчного міхура, який не вдалось ліквідувати лапароскопічним методом; пошкодження міхурової протоки або холедоху після лапароскопічної холецистектомії; перфоративна виразка ДПК; пошкодження товстої кишки внаслідок травми; кісти легень великих розмірів.

Висновки. Лапароскопія є достатньо інформативним методом діагностики при патології черевної та грудної порожнин. Вона має чітку ендоскопічну картину і при наявності труднощів в уточненні діагнозу потрібно ширше ставити показання для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики.

УДК 618.19-073.48-089

**Г.А. Білоненко, Д.А. Успенський,  
М.П. Лиховид, О.Г. Білоненко**

## **МАЛОІНВАЗИВНІВТРУЧАННЯМОЛОЧНІЙЗАЛОЗИ ПІДКОНТРОЛЕМДІАГНОСТИЧНОГОУЛЬТРАЗВУКУ**

*Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання*

Поверхнєве розташування молочної залози (МЗ) та її естетичне навантаження сприяли застосуванню саме ультразвукового дослідження (УЗД) для візуального контролю за діагностичними або лікувальними процедурами на цьому органі [1].

Мета даної публікації – аналіз власного досвіду малоінвазивних втручань (МІВ) на МЗ під контролем УЗД.

Матеріал і методи. Протягом 1995-2000 років спостерігали 25098 пацієнтів з хворобами МЗ. Жінок було 25081 (99,9 %), чоловіків – 17 (0,1 %), середній вік – 41,7 років (min – 12, max – 87). 5442 хворим (21,7 %) проведено 5499 МІВ (далі 100 %). УЗД проводили електронним датчиком на 7,5 МГц ехосканером “Kornier-3200”. Застосовували переважно пункційно-аспіраційну біопсію голками 22-24 G. Для уточнюючої цитогістологічної діагностики вживали розроблені нами інструменти – розширник устя молочної протоки та ложечку-шкребок (раціоналізаторська пропозиція № 3363 від 08.08.95), а також власний “Спосіб візуалізації протокової системи МЗ” (раціоналізаторська пропозиція № 3290 від 21.09.94). Лазерні операції виконували пристроєм “Medilas Fibertom-4100” на основі Nd-YAG випромінювання. Патологічні утворення обробляли з використанням 2 кДж енергії для руйнування 1 куб. см тканини при потужності випромінювання 20-30 Вт із сумарною кількістю енергії 2-2,5 кДж. МІВ здійснювали амбулаторно в асептичних умовах під місцевим знеболюванням.

Результати і обговорення. Згідно із запропонованою нами класифікацією захворювань МЗ [2] приводом до МІВ стали наступні патологічні зміни: ектопічні локалізації: додаткова МЗ – 6 (0,1 %); пошкодження: гематома, жировий некроз, стороннє тіло – 53 (1,0 %); запальні процеси: інфільтрат,

абсцес, лактаційний мастит, гнійний галактофорит, перидуктальний мастит – 102 (1,9 %); доброякісні дисплазії: кіста, аденоз, правильна типова проліферація епітелію проток або часток, ектазія проток, фібросклероз, гінекомастія – 3159 (57,4 %); доброякісні пухлини: аденома соска, внутрішньопротокова папілома, фіброаденома, пухлини м'яких тканин – 1191 (21,7 %); злоякісні новоутворення: – 584 (10,6 %); патологія лімфатичних вузлів: лімфаденіт, гіперплазія, метастази – 392 (7,1 %); післяопераційні ускладнення: інфільтрат, серома, гематома, лігатурна норичя – 12 (0,2 %). Відповідно до мети того чи іншого МІВ маніпуляції мали діагностичний, лікувальний або допоміжний характер. Діагностичні втручання – тонкоголково пункційно-аспіраційну біопсію; ретроградну сонодуктоскопію та черезшкірне введення контрастної речовини у протоки для галактодуктографії застосовували у 4655 випадках (84,7 %). Переважну частину (40,9 %) цих втручань склали аспірації кіст і тому їх вважали діагностично-лікувальними. Лікувальні заходи застосовано у 241 жінки (4,4 %). Це були аспірації або дренивання абсцесів, в т. ч. і післяпологових, гематом та сером, що виникли після травм або хірургічних втручань, а також склеротерапія рецидивних кіст. Допоміжні маніпуляції – дротове або кольорове маркування новоутворень, що не прощупуються; інтраопераційний контроль місцезнаходження малих пухлин або сторонніх тіл; спостереження за черезпротоковою лазерною вапоризацією внутрішньопротокових папілом та інтерстиціальною термотерапією фіброаденом – знадобились у 603 спостереженнях (10,9 %). Хибні результати діагностичних МІВ отримано в 57 випадках, що складає 1,2 % у відношенні до всієї групи або 2,4% відносно тільки солідних новоутворень (n=2380-43,3 %). Їх причинами були недостатня кількість пунктату або його неінформативний клітинний склад, що потребувало повторних пункцій або відкритих біопсій. Отже результативність діагностичних МІВ склала 97,6 %. Перевага лікувальних МІВ перед традиційними операціями, наприклад, при післяпологових маститах полягала у зменшенні рецидивів та ускладнень на 47,8 %, повторних операцій на 25,8 %, перебігу хвороби з 56,9 до 12,7 дня. Допоміжне застосування УЗД для лазерної вапоризації внутрішньопротокових папілом та інтерстиціальної термотерапії фіброаденом сприяло скороченню тривалості операцій, запобіганню косметичних дефектів та усувало необхідність госпіталізації.

Висновки. УЗД – високоефективний метод візуального контролю за МІВ на МЗ, що підтримує точність діагностичних заходів у межах 97,6 %, а при лікувальних та допоміжних маніпуляціях забезпечує впровадження високих сучасних технологій.

#### **Література**

1. Fornage В.К. Percutaneous Biopsies of the Breast: state of the art // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 1991. – Vol. 14, № 1. – P. 29-39.
2. Белоненко Г.А., Верхулецкий И.Е., Осипов А.Г., Василенко И.В., Шкарбун Л.И. Классификация заболеваний молочной железы // Клини. хирургия. – 1995. – № 5. – С. 8-9.

**Т.Д. Бахтеева, И.А. Литвинова, А.Д. Зубов, Ю.Э. Чирков**

## **ОПЫТ РАБОТЫ ОТДЕЛА МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ЦЕНТРА**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Вступление. Диагностические и лечебные малоинвазивные вмешательства под контролем лучевых методов визуализации заняли устойчивые позиции в современной клинической практике. Возможность провести морфологическую верификацию диагноза, избежать в ряде случаев обширного хирургического вмешательства способствуют все более широкому распространению этих методов.

Разработаны и внедрены в практику минимально инвазивные лечебные вмешательства под контролем лучевых методов при тех видах патологии, когда классическая хирургия и онкология сталкиваются с техническими трудностями, или оперативное вмешательство связано с риском для жизни больного и большими затратами на лечение.

В настоящее время лидирующие позиции занимают два способа визуализации и контроля при чрезкожных интервенциях – компьютерная томография (КТ) и УЗИ. Преимуществом КТ является возможность визуализации практически всех органов и неорганных образований, не ограничиваемая наличием газовых полостей, также четкая визуализация инструмента (иглы, троакара, дренажа) в скане под любым углом. Бесспорно преимущество КТ в контроле вмешательств на заднем средостении и при периферических образованиях легких и плевры; при пункции образований (кист) верхних полюсов почек и надпочечников, паранефрия; при гнойных псоитах различного генеза; кистах и опухолях тела или хвоста поджелудочной железы; в поддиафрагмальном пространстве – при аспирации и дренировании поддиафрагмальных абсцессов и затеков – особенно в случаях выраженного пареза кишечной стенки и сочувственной патологии плевральной полости, при наличии послеоперационных рубцов и инфильтратов. Во всех иных случаях целесообразно УЗ-наведение в связи с возможностью контроля в реальном масштабе времени, меньшей длительностью процедуры, отсутствием облучения врача и пациента.

На сегодняшний день основными направлениями невазкулярной интервенционной радиологии являются диагностические биопсии и малоинвазивное лечение.

В отделе хирургии Диагностической службы ДОКТМО ежегодно выполняется более 2 тыс. диагностических и лечебных малоинвазивных вмешательств. Так, в 2000 г. из 2452 вмешательств на щитовидной железе было выполнено 907, на печени – 405, на молочной железе – 697.

1. Диагностические вмешательства – тонкоигольные аспирационные биопсии, пункционные биопсии, трепанбиопсии – избираемые с учетом цели биопсии и особенностей доступа.

1.1. Морфологическая диагностика опухолей и метастазов рака различной локализации.

Диагностические пункции выполняются с целью морфологической верификации очаговых поражений диаметром от 1 см. и более.

Результативность пункции составляет, в зависимости от локализации, характера и распространенности поражения, 75–90 %. При неудовлетворительных результатах пункции возможно повторение вмешательства сразу же или спустя некоторое время (2–3 недели).

1.2. Морфологическая верификация диффузных поражений паренхиматозных органов: трепанбиопсии печени и поджелудочной железы, щитовидной, молочной желез, лимфоузлов и т.д. – 90–95 % информативности.

2 Чрезкожные лечебные вмешательства под УЗ- и КТ-контролем.

2.1. Чрезкожная аспирация и чрезкожное дренирование кист и абсцессов:

2.2. Этаноловая и лазерная деструкция патологических (опухолевых) новообразований.

2.3. Введение лекарственных препаратов (противовоспалительных, антибиотиков, химиопрепаратов и др.) непосредственно в патологический очаг.

Все малоинвазивные вмешательства проводились под местной анестезией. Из осложнений отмечены гематомы различной локализации, кратковременные болевые и температурные реакции.

Выводы. Чрезкожные вмешательства под УЗ- и КТ-контролем являются клинически выгодными и могут быть широко использованы в диагностике и лечении широкого спектра заболеваний.

УДК 616.36-008.5-089:616.381-072.1

**В.М. Тимербулатов, А.Г. Хасанов,  
Р.Р. Фаязов, М.В. Тимербулатов**

## **ВОЗМОЖНОСТИ ПЕРСПЕКТИВЫМИНИИНВАЗИВНОЙ И ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ**

*Институт последипломного образования Башкирского  
государственного медицинского университета, г. Уфа, Россия*

Введение. Диагностика, лечение и профилактика осложнений травматических абдоминальных повреждений (ТАП) в современности продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем ургентной хирургии.

Несмотря на широкое внедрение миниинвазивных хирургических технологий (МХТ) в диагностику и лечение неотложных заболеваний органов брюшной полости, хирургическая тактика с их позиции при ТАП не претерпела существенного прогресса (В.Г. Сахаутдинов с соавт., 1999; В.В. Бояринцев с соавт., 1999). Поэтому разработка лечебно-диагностического подхода при ТАП с позиции МХТ позволили бы решить нуждающиеся в конкретизации вопросы, касающиеся срочности, последовательности хирургического доступа, адекватного объема операции в кратчайшие сроки (К.Г. Кубачев, 1997; М.И. Прудков с соавт., 2000).

Целью настоящего исследования явилось улучшение результатов лечения пострадавших с ТАП путем совершенствования методов ранней диагностики, хирургической тактики и профилактики осложнений с использованием МХТ, разработки эффективных методов органосберегающих и заместительных оперативных вмешательств.

Материал и методы. Клинический материал составил 968 пострадавших с ТАП, из них 446 (46,1 %) – закрытые повреждения, 522 (53,9 %) – открытые ранения. Изолированные повреждения были у 740 (76,4 %) пострадавших, а сочетанные – у 228 (23,6 %), у 64 (28,1 %) ранения имели торакоабдоминальный характер. У 263 (27,2 %) пострадавших повреждения органов брюшной полости не выявлены. Более 80 % пострадавших составили мужчины трудоспособного возраста.

В хирургической тактике широко применяли разработанный нами алгоритм ведения пострадавших с ТАП с использованием МХТ. Данный алгоритм включает в себя: а) широкое использование в ранней топической диагностике ультразвукового исследования (УЗИ) органов брюшной полости, грудной клетки и забрюшинного пространства, как в дооперационном периоде, так и интраоперационно; компьютерную томографию, лапароскопию, в т.ч. при проникающих абдоминальных ранениях, мини-торакотомию и торакоскопию при торакоабдоминальных ранениях; б) в лечении – манипуляции из лапароскопического доступа, при необходимости с ассистенцией из минилапаротомного и миниторакотомного доступов; использование аутокрови и ее плазмы, в т.ч. контаминированной, в) в профилактике осложнений – органосохраняющие и заместительные операции при травмах селезенки; щадящие операции при травмах печени и поджелудочной железы; профилактику травматического панкреатита и эрозивно-язвенных поражений слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта путем радиочастотной вагодеструкции желудка и поджелудочной железы при травматических повреждениях органов панкреатодуоденальной зоны; профилактику несостоятельности швов панкреатоеюноанастомозов путем дополнения их разгрузочной еюностомией, межкишечных анастомозов с использованием биоэксплантата на основе модифицированной гиалуроновой кислоты.

Основные узловые моменты использования МХТ при ТАП заключались в следующем, а) использование УЗИ, особенно у пострадавших с сочетан-

ными абдоминальными травмами позволяло выявить доминирующее повреждение, выставить топический диагноз и выбрать адекватный объем операции; б) хирургическая коррекция повреждений в более чем трети случаев производилась посредством лапароскопии, при необходимости с дополнением манипуляции из мини-лапаротомного доступа в проекции поврежденного органа, т.н. эндоскопически ассистированные операции, в) при торакоабдоминальных ранениях предпочтение отдавалось миниторакотомной диагностике плевральной полости и диафрагмы, при их повреждении ушивание ран производилось из данного доступа с переходом на диагностическую лапароскопию; г) диагностика и хирургическая коррекция проникающих колото-резаных абдоминальных ранений в большинстве случаев производилась с использованием эндоскопических и при необходимости эндоскопически ассистированных операций.

Противопоказаниями к использованию МХТ при ТАП являлись: а) в диагностике – геморрагический шок тяжелой степени, множественные проникающие колото-резаные абдоминальные ранения, огнестрельные ранения; б) в хирургическом лечении – наличие в брюшной и плевральной полостях более 500 мл крови, множественные повреждения органов, разлитой и общий перитониты, отсутствие в бригаде квалифицированных эндохирургов.

Результаты. Клинический материал был разделен на 2 группы. Контрольную группу составили пострадавшие, пролеченные в нашей клинике с 1992 по 1995 годы и использование МХТ в хирургической тактике при ТАП у них составило в 25,4 % случаев. Основную группу составили пострадавшие, пролеченные с 1996 по 2000 годы, использование МХТ у них составило в 88,0 % случаев. Сравнительный анализ показал, что разработанный алгоритм позволил нам у 82,0 % пострадавших установить ранний топический диагноз и провести адекватные оперативные вмешательства на травмированных органах, в том числе у 34,0 % из них с использованием эндоскопических и эндоскопически ассистированных операций, а у 36,0 % исключить необоснованные хирургические вмешательства, снизить показатели осложнений с 29,7 % до 16,8 %, летальности с 12,3 % до 7,4 %.

**Вывод.** Современная концепция миниинвазивной и органосохраняющей хирургической тактики при ТАП продиктована новыми условиями и возможностями в хирургии, является весьма перспективным направлением и позволит улучшить на несколько порядков неудовлетворительные результаты лечения данной категории пострадавших.

**О.Г. Дикий, В.Т. Поліщук, В.М. Борщівський**

## **ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНА ЛАПАРОСКОПІЯ У ХВОРИХ З УСКЛАДНЕННЯМИ В РАНЬОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

*Житомирська обласна клінічна лікарня ім. О.Ф.Гербачевського*

Вступ. Діагностика та лікування ускладнень в ранньому післяопераційному періоді є важким завданням. Релапаротомія виконується тоді, коли наявність ускладнення вже не викликає сумніву, а компенсаторні ресурси організму щодо подолання патологічного процесу – виснажені. Тому летальність після проведення релапаротомії досягає 50 %. Відношення ж до діагностичної лапароскопії в післяопераційному періоді дуже стримане, що мотивується високим ризиком пошкодження внутрішніх органів при проведенні лапароцентезу через спайки та динамічну кишкову непрохідність.

Матеріали та методи. З 1997 року лапароскопічні втручання з приводу діагностики ускладнень в ранньому післяопераційному періоді проведено у 50 хворих. Основні діагнози до лапароскопії – перитоніт невизначеного генезу (32 пацієнти), внутрішньочеревна кровотеча (5 хворих), непрохідність кишечника (3 пацієнти), недостатність швів анастомозу, післяопераційний абсцес черевної порожнини (по 2 хворих), інше – 8 пацієнтів. Лапароскопію проводили під ендотрахеальним знеболюванням. Пневмоперитонеум формували через голку Вереш з наступним введенням 11-мм троакару для лапароскопа через цей же доступ. Точка проколу повинна була знаходитись якомога далі від післяопераційного рубця та від зони оперативного втручання; з точки проколу повинна забезпечуватись можливість якомога ближче підвести лапароскоп до зони патології. Для формування пневмоперитонеуму використовували ліву здухвинну ділянку в 42 випадках, праву здухвинну ділянку – в 5 випадках, параумбілікальну зону – в 3 випадках. В жодному випадку ми не спостерігали пошкодження органів черевної порожнини при формуванні пневмоперитонеуму та введенні троакару для лапароскопа. Для проведення лікувальних маніпуляцій використовували додаткові доступи. В 96 % випадків (48 хворих) діагностовано спайки, які утворювались між черевною стінкою та прилягаючими тканинами по ходу операційного рубця, які були рихлими, легко роз'єднувались тупим шляхом. В 2 пацієнтів (4%) діагностовано спайки, що локалізувались в зоні основних хірургічних маніпуляцій при первинному втручанні. Ці спайки більш щільні, їх роз'єднання пов'язане з ризиком травми органів і проводиться тільки в разі крайньої необхідності.

Результати дослідження. У 30 пацієнтів (І група) достатньо було малоінвазивного втручання, у 20 хворих (ІІ група) проводилась релапаротомія.



Групи однакові за віком та видом проведених первинних оперативних втручань. В I групі патології не виявили у 10 хворих, решті достатньо було санації та дренивання, коагуляції, видалення стороннього тіла (хірургічної голки). Летальність в цій групі склала 20 %. Причинами смерті були гепатorenальна, серцево-судинна недостатності. В II групі хворих релaparотомія проводилась або одразу після лапароскопії або через 2-3 дні при відсутності ефекту від лікування. Летальність в цій групі склала 40 % (8 чоловік). Всього померло 14 хворих. Загальна летальність – 28 %.

Висновки. Діагностично-лікувальна лапароскопія в 60 % випадків дозволяє уникнути повторних втручань та дозволяє значно скоротити діагностичний етап при підозрі на виникнення післяопераційних ускладнень. Ризик травми внутрішніх органів при проведенні лапароскопії значно перевищений, а спайковий процес легко ліквідується і практично не зменшує діагностичної цінності лапароскопії.

УДК 616.711-036.1-001-089.84

**А.А. Епифанцев, В.Г. Климовицкий, С.А. Стегний,  
В.Ю. Худобин, Г.В. Лобанов**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ  
И МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОГО ОСТЕОСИНТЕЗА  
В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМ И ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЯСНИЧНО-  
КРЕСТЦОВОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА**

*Донецкий НИИ травматологии и ортопедии*

Введение. Травмы и заболевания пояснично-крестцового отдела позвоночника занимают одно из ведущих мест в патологии опорно-двигательного аппарата. Несмотря на проводимое лечение и реабилитацию, инвалидизация этой категории больных остается высокой и занимает лидирующее положение. Тактика и объем хирургического лечения при этой патологии определяется степенью выраженности неврологического дефицита и нестабильностью позвоночного сегмента. Предпочтение в хирургии позвоночника отдается малоинвазивным подходам, которые позволяют снизить травматичность манипуляций.

Целью данного исследования была разработка и усовершенствование малоинвазивных методов при применении эндоскопической техники для иммобилизации позвоночника вследствие травм и заболеваний.

Материалы и методы. Проанализированы результаты лечения 54 пострадавших с осложненной и неосложненной травмой и 68 человек с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями пояснично-крестцового отдела

позвоночника, находившихся в клиниках ДНИИТО за период 1997-2001 гг. 28 больным был выполнен репозиционно-стабилизирующий и 36 больным – декомпрессионно-репозиционно-стабилизирующий корпородез с внеочаговой фиксацией, а 42-м – декомпрессионно-ревизионные операции, не требовавшие дополнительной фиксации. Кроме того, 14 пациентам при нестабильных спондилолистезах после декомпрессионной ламинэктомии поврежденный сегмент стабилизировался пластинами Roy-Camille или Woldemar Link. 8 больным при выполнении декомпрессии применялась эндоскопическая техника с целью ассистенции, а у 5-ти больных контролировалось введение стержней. Минимально инвазивный остеосинтез травмированного пояснично-крестцового отдела позвоночника проводился устройством для педикулярно-корпорального остеосинтеза (Патент Украины № 809). Аппарат создан на материальной основе набора “Остеомеханик”, который позволяет осуществлять дозированную репозицию оперированного отдела позвоночника во всех плоскостях и стабильно удерживать травмированный сегмент весь период формирования полноценного костного блока тел поврежденных позвонков.

Результаты и их обсуждение. Анализ проведенного лечения больных с травмами и заболеваниями пояснично-крестцового отдела позвоночника с помощью минимально инвазивного остеосинтеза в сочетании с эндоскопической техникой доказал преимущества разработанной методики.

Выбор хирургической тактики строится в зависимости от выраженности компрессии корешков спинного мозга с наличием различной степени неврологического дефицита и нестабильности в поврежденных опорных комплексах позвоночника.

Во всех случаях наблюдалось восстановление неврологических нарушений.

У всех пострадавших длительность фиксации позвоночника транспедикулярным аппаратом “позвоночник-таз” определялась с помощью рентгенологического контроля и составляла в зависимости от тяжести повреждения от 2 до 6 месяцев, до появления в послеоперационном периоде костного блока в зоне повреждения. Явлений нестабильности позвоночника не диагностировали (срок наблюдения до 5 лет).

Выводы. Использование минимально инвазивного остеосинтеза в сочетании с эндоскопической техникой в лечении травм и заболеваний пояснично-крестцового отдела позвоночника позволило добиться отличных анатомо-функциональных исходов в 76,9 % наблюдений, а хороших в 23,1 %, уменьшить на 16 % гипостатические и предупредить развитие кожных трофических осложнений, сократить среднюю длительность постельного режима до  $10,5 \pm 0,35$  дней и вдвое стационарного лечения до  $64 \pm 8$  дней, что позволяет рекомендовать этот метод для широкого клинического применения.

**В.Г. Мішалов, В.В. Храпач, О.В. Балабан, Д.О. Юрченко**

## **ДОСВІДВИКОРИСТАННЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ МЕТОДІВ В ПЛАСТИЧНІЙ ТА ЕСТЕТИЧНІЙ ХІРУРГІЇ**

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

Вступ. Особливістю естетичної хірургії є підвищена вимога до зовнішнього вигляду післяопераційного рубця. В останні 5 років спостерігається бурхливий розвиток методів операцій, які орієнтовані значною мірою на маніпуляції на глибоких шарах м'яких тканин (м'язово-апоневротичної структури). Це стосується, зокрема, фейсліфтингу (підтяжка SMAS), абдомінопластики (корекція м'язово-апоневротичного комплексу передньої стінки черевної порожнини), а також ендопротезування.

Головна мета – одержання малопомітного післяопераційного рубця – досягається застосуванням розрізів у природних складках, маскуванню у волосистій частині голови тощо. Одним із засобів, що дозволяє зробити операційний розтин на відстані від основної зони втручання з можливістю маніпуляції на глибоких структурах м'яких тканин є ендоскопічна методика.

Ендоскопічна техніка (фірми Storz) застосовується нами з 1998 року при виконанні операцій на обличчі, молочних залозах, передній черевній стінці, ендопротезуванні сідниць.

Матеріал і методи. У нашій клініці було виконано наступні ендоскопічні пластичні втручання на обличчі: 10 операцій в ділянці чола – фронтопластик; 30 операцій пластики верхньої третини обличчя. Використання ендоскопічних технологій дозволяє, на відміну від класичних методів операцій скоротити загальну довжину розрізу шкіри при фронтопластиці та фейсліфтингу з 35-40 см до 3-5 см.

Нами виконувалися два різновиди хірургічного втручання: ендопротезування молочних залоз – 22 операції, підшкірна мастектомія при гінекомастії – 6 операцій. І в першому, і в другому випадках був застосований периареолярний доступ. Препарування м'яких тканин здійснювалося під відеоендоскопічним контролем (формування ложа ендопротеза при ендопротезуванні і, відповідно, видалення молочної залози при підшкірній мастектомії), що, безсумнівно, підвищує старанність маніпуляцій і гемостазу, позитивно впливаючи на якість виконуваної операції. Довжина розтину шкіри не перевищувала 3 см.

Показанням до виконання ендоскопічних пластичних операцій на передній черевній стінці є необхідність масивного препарування і маніпуляції на м'яких тканинах через невеликий розріз шкіри, віддалений від зони основного втручання, при наявності слабкого м'язового каркаса. Виконано 5 операцій. Та-

кож нами було здійснено 4 операції ендоскопічного протезування сідниць силіконовими імплантатами анатомічної форми фірми “Політек Сілімед”.

У всіх випадках досягнуто позитивний очікуваний косметичний ефект. Довжина розрізу порівняно з традиційними методами операції скоротилася на 30-200%. Ускладнень не було.

Висновок. Застосування ендоскопічної техніки і методик дозволяє за рахунок виконання естетично-обґрунтованої локалізації операційного розрізу невеликої довжини, препарування м'яких тканин і маніпуляцій на них з мінімальним травмуванням прилеглих тканин, ретельного гемостазу під візуальним контролем досягти позитивних результатів, недосяжних традиційними способами, а також зменшити госпітальний етап післяопераційного періоду до 1-2 дб і скоротити частоту післяопераційних ускладнень.

УДК 616.831.957-003.215-089

**О.Г. Данчин**

## **ДОСВІД МАЛОІНВАЗИВНИХ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У НЕЙРОХІРУРГІЇ**

*Клініка нейрохірургії та неврології Головного військового  
клінічного госпіталю Міністерства оборони України, м. Київ*

Вступ. Підґрунтям до широкого застосування малоінвазивних втручань у нейрохірургії виступає розвиток діагностичних нейровізуалізуючих методів (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія), а також прогрес у створенні операційного обладнання – мікроскопів, ендоскопів, нейронавігаційної апаратури.

Матеріали і методи. У нейрохірургічному відділенні клініки нейрохірургії та неврології Головного військового клінічного госпіталю МО України протягом шести років розробляються та проводяться малоінвазивні втручання з використанням ендоскопічної техніки при різній патології головного та спинного мозку:

- внутрішньомозкових гіпертензивних гематомах при геморагічних інсультах;
- оболонкових травматичних гематомах, як епі-, так і субдуральних;
- супра- та субтенторіальних патологічних утвореннях мозку, що містять порожнину, а саме кістозних пухлинах, арахноідальних кістах;
- фронто-базальних пошкодженнях, вогнепальних пораненнях голови та краніо-вертебральної ділянки;
- оклюзійній гідроцефалії;
- пухлинах спинного мозку;
- хребтово-спинномозковій травмі;

– протрузії міжхребцевих дисків.

Видалення внутрішньомозкових гематом при геморагічних інсультах виконано у 161 пацієнта. Залежно від операційного доступу розроблено чотири методи оперативних втручань з використанням ендоскопічної асистуючої техніки, при цьому оптимальним методом видалення латеральних і змішаних гематом є мінімальна трепанація, а при лобарних гематомах – біпортальний метод. Застосування розроблених методів дозволило знизити летальність на 20 % порівняно з загальноприйнятими оперативними втручаннями, кількість результатів з повним відновленням або мінімальним неврологічним дефіцитом із збереженою працездатністю підвищилася на 11 %, а показники важкої інвалідизації зі стійкою втратою працездатності серед хворих, що вижили, зменшилися на 12 %.

Ендоскопічні операції при гострих, підгострих і хронічних епі- та субдуральних гематомах виконані у 54 пацієнтів. Біпортальний метод застосовується при розповсюдженні гематоми над одною, двома або трьома ділянками головного мозку, а мультипортальний метод – при розповсюдженні гематоми над усією півкулею головного мозку. При використанні ендоскопічної техніки зменшуються показники летальності, частіше і швидше в післяопераційному періоді відзначається перехід хворих із фаз декомпенсації в фази клінічної субкомпенсації і компенсації, зменшується кількість післяопераційних ускладнень порівняно з класичними (радикальними) методами.

При операціях з приводу супра- та субтенторіальних патологічних утворень мозку, що містять порожнину, ендоскопічна техніка надає можливість першим етапом провести ревізію порожнини, визначити характер патологічного утворення, взаємовідношення солідного компоненту пухлин до стінок кісти. Нами прооперовано 34 кістозних пухлини та 15 арахноїдальних кіст.

При фронтобазальних пошкодженнях, вогнепальних пораненнях голови та краніо-вертебральної ділянки виконано 25 ендоскопічних втручань.

З приводу оклюзійної гідроцефалії прооперовано 17 хворих, їм була виконана ендоскопічна вентрікулостомія дна третього шлуночка. Ця операція використовується майже при всіх формах оклюзійної гідроцефалії, обумовленої патологічними процесами шлуночкової системи, задньої черепної ямки. Значною перевагою ендоскопічної методики, крім малої інвазивності, є те, що хворі залишаються шунт-незалежними.

Пухлини спинного мозку різної гістологічної будови та розташовані у різних відділах спинного мозку оперовані у 27 хворих. Ендоскопічна асистуюча техніка в цих випадках вдало доповнює мікрохірургічну, дозволяє оглянути передні структури мозку без його додаткової мобілізації, а, значить, і травматизації, зберегти корінці, корінцеві та інші спінальні судини. Ці ж переваги ендоскопічної асистуючої техніки роблять її незамінною і при хірургічному лікуванні хребтово-спинномозкової травми.

Ще один розділ спінальної нейрохірургії, де застосовується ендоскопічна техніка – оперативне лікування протрузій міжхребцевих дисків. При цій поширеній патології нами виконана найбільша кількість оперативних втру-

чань – 573. Ендоскоп використовується починаючи з етапу видалення жовтої зв'язки, під ендоскопічним контролем можна чітко диференціювати дуральний мішок та спінальний корінець, а також виконати ревізію порожнини та проконтролювати повноту видалення диска

Висновки. Наш досвід 906 операцій свідчить про високу ефективність малоінвазивних нейрохірургічних втручань з використанням ендоскопічної техніки. Ендоскопічна техніка дозволяє зменшити параметри доступу, травматизацію мозкової тканини, забезпечує повноту ревізії патологічних утворень та аналіз їх взаємовідношень з нормальними анатомічними структурами, дозволяє виконувати мікрохірургічні маніпуляції під візуальним контролем у важкодоступних ділянках. Хотілося б наголосити на юридичних аспектах методу – фіксація майже усіх суттєвих моментів операцій на відеоплівку, а також важливість отриманого відеоматеріалу для навчального процесу. Перспективи ендоскопічної нейрохірургії полягають у подальшій розробці нових ендоскопічних пристроїв, особливо для гемостазу та роздроблення щільних патологічних структур, та нових методів оперативних втручань.

УДК:616-092:616-084:611.381

**Патріція Болдіжар**

## **КАРДІОСУМІСНА ДОПЛЕРОГРАФІЯ ПОРТАЛЬНОГО КРОВООБІГУ**

*Ужгородський національний університет, медичний факультет*

Зміст кардіосумісної доплерографії полягає в синхронізованому з ЕКГ зіставленні показників регіонарної гемодинаміки з показниками системної гемодинаміки.

Тип центральної гемодинаміки (ЦГД) визначається при співвідношенні питомого периферійного опору в обох колах кровообігу та ударних індексів лівого і правого шлуночків за даними постійної доплерографії. При цьому показники гемодинаміки великого кола кровообігу (лінійні, об'ємні швидкісні кількісні характеристики потоків та їх індекси) зіставляються з кількістю крові, котра викидається лівим шлуночком в аорту за одне скорочення, та з питомим периферійним судинним опором за 1 кардіоцикл.

Обстежено 30 здорових студентів медиків у віці 20-25 років. На основі отриманого кореляційного аналізу виділені такі типи гемодинаміки: нормокінетичний тип зі значеннями серцевого індексу (СІ) – 2,97-3,91 л/(хв·м<sup>2</sup>) (5 обстежених), гіперкінетичний тип зі значеннями СІ – 3,92-4,86 л/(хв·м<sup>2</sup>) (2 обстежених), гіпокінетичний тип зі значеннями СІ – 2,01-2,96 л/(хв·м<sup>2</sup>)

(23 обстежених). При цьому хвилиний об'єм кровотоку був найвищим (6,41 л/хв) у обстежених з гіперкінетичним типом ЦГД.

При цьому індекс об'ємного кровотоку у ворітній вені у хворих з нормокінетичним типом ЦГД становив  $370,8 \pm 0,25$  мл/м<sup>2</sup>, при гіперкінетичному типі ЦГД –  $390,4 \pm 0,15$  мл/м<sup>2</sup>, при гіпокінетичному типі ЦГД –  $333,6 \pm 0,20$  мл/м<sup>2</sup>.

Таким чином, тип ЦГД впливає на величину потоків об'ємного ворітного кровотоку, що дозволяє найбільш точно виявити і реєструвати зміни об'ємної перфузії печінки. Проведення порівняльних досліджень регіонарного кровотоку при окремих захворюваннях печінки без врахування типу ЦГД дають сумнівні висновки, чим і пояснюються суперечності в величинах портального кровообігу за даними різних авторів.

УДК 616.721.6-018.3:615.21/.26:612.76

**О.І. Продан, В.А. Колесніченко,  
В.А. Стауде, М.Ю. Карпинський**

## **БІОМЕХАНІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ СПОСОБІВ СКЛЕРОЗУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНІЙ НЕСТАБІЛЬНОСТІ ПОПЕРЕКОВИХ ХРЕБТОВИХ СЕГМЕНТІВ**

*Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України*

Дегенеративна нестабільність хребтових сегментів складає близько 20 % усіх варіантів поперекового остеохондрозу (A.Nachemson, 1996).

Біомеханічним субстратом цього патологічного стану є недостатність несучої спроможності, яка реалізується при впливі зовнішніх навантажень в надмірні деформації, патологічні переміщення і руйнування елементів хребтового сегмента (М.І. Хвисюк з співавт., 1985).

Важливим ланцюгом патогенезу дегенеративної нестабільності є дистрофічно-деструктивні зміни зв'язувальних елементів хребтового сегмента: зниження міцності міжхребцевих дисків, зв'язок і фіброзних капсул дуговідросткових суглобів призводить до порушення опорної функції рухового сегмента.

Отже, підвищення жорсткості (зменшення деформування) даних сполучнотканинних елементів, зокрема, шляхом артіфіціальної фібротизації, підсилить стабілізацію хребтового сегмента.

Існує багаторічний досвід відновлення несучої спроможності переднього опорного комплексу з використанням внутрішньодискового введення препаратів папаїну. Хемонуклеоліз дає змогу нехірургічним способом видаляти з

міжхребцевого диска всі дистрофічно змінені тканини драглистого ядра, забезпечити декомпресію нервових елементів в хребетному каналі та дальший фіброз диска (Є.Б. Волков, 1982).

Але дискпункційний метод лікування, з одного боку, має цілий ряд ускладнень та протипоказань. Так, папаїнізація міжхребцевих дисків є протипоказаною при спайкових процесах в хребетному каналі (Калінкін В.В., 1989), при крайових кісткових розростаннях тіл хребців (Осна О.І., 1975), при значному зниженні міжтілового проміжка та грижах диска, що довго існують (М.І. Хвисьок з співавт., 1988). Серед ускладнень спостерігаються алергічні реакції, дисцит, ушкодження нервових корінців.

З другого боку, для фібротизації диска при хемонуклеолізі є характерним колапс диска – швидке і значне зниження його висоти, що призводить до інклинації суглобових паростків з неминучим розвитком в подальшому гіперпластичного спондилоартрозу.

Відновлення несучої спроможності хребтового сегмента можливе і шляхом підвищення жорсткості заднього опорного комплексу.

В інтактному хребтовому сегменті фіброзні капсули і зв'язки дуговідросткових суглобів служать для обмеження і спрямування рухів сегмента і охороняють його від зсувів та торсійних навантажень.

Зв'язки – пасивний елемент хребтового сегмента – фіксують останній при статичних навантаженнях з мінімальними м'язовими затратами, а також, в сукупності з м'язами, є фактором, що стабілізує сегмент при фізіологічних рухах. Постійна тяга поздовжніх зв'язок, як і жовтої зв'язки, підтримує внутрішньодисковий тиск в драглистому ядрі міжхребцевого диска, що зумовлює підвищену первісну жорсткість хребтового сегмента.

Отже, зменшення деформованості даних з'єднувальних елементів заднього опорного комплексу сприятиме стабілізації хребтового сегмента. Збереження висоти міжтілового проміжку при цьому не порушує умов функціонування дуговідросткових суглобів.

Таким чином, застосування малоінвазивних способів фібротизації сполучнотканинних задніх опорних структур при дегенеративній нестабільності поперекових сегментів є патогенетично обгрунтованим і доцільним з точки зору біомеханіки хребтового сегмента.



**Р.М. Гарипов, Р.Г. Каланов****МАЛОИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЯ:  
СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ***Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия*

Введение. В настоящее время медицина переживает новый этап своего развития, связанного с разработкой и широким внедрением в практику современных технологий в области полостной хирургии, травматологии и ортопедии, нейрохирургии, детской хирургии, акушерства и гинекологии. На сегодня во многих клиниках и крупных городских больницах Башкортостана накоплен большой опыт использования новейших технологий мирового стандарта.

В хирургической клинике ИПО БГМУ одними из первых в Российской Федерации были внедрены в повседневную практику щадящие способы оперирования на органах брюшной полости путем использования существующих высокотехнологических способов — эндохирургические и оперативные вмешательства через минилапаротомный доступ.

Материалы и методы. С 1995 года в нашей клинике широко используется минилапаротомный доступ в абдоминальной хирургии (длина каждого разреза 3-4,5 см). Использование данной методики позволяет избавить значительную часть больных от травматичной широкой лапаротомии и производить оперативные вмешательства малоинвазивным путем при невозможности применять классическую лапароскопическую технологию. С помощью минилапаротомного доступа выполняется полный объем оперативных вмешательств на желчевыводящих путях, значительная часть хирургии желудка и 12-перстной кишки и почти весь спектр операций на придатках матки. Наглядным примером является то, что в 2000 году использование лапароскопической и минилапаротомной технологий позволило производить оперативные вмешательства у 98,3 % больных с патологией желчевыводящих путей.

Важным достоинством способа является возможность прямого визуального наблюдения, сохранение объемности и естественного цвета тканей. Большое значение имеет сохранение тактильных ощущений хирурга. Все это увеличивает свободу и надежность оперирования.

Сочетание двух малоинвазивных методик — лапароскопической и минилапаротомной позволяет оказывать адекватную оперативную помощь при перитонитах, необходимости наложения билиодигестивных анастомозов, ваготомии, удалении объемных образований из брюшной полости.

Дальнейшая разработка методик малоинвазивных технологий, на наш взгляд, в ближайшем будущем позволит производить более объемные опе-

ративные вмешательства; дренирование и динамическая санация всех основных забрюшинных клетчаточных пространств при панкреонекрозе, удаление опухолей различной локализации, вмешательства на надпочечниках, почках, мочеточниках, операция Иваниссеви́ча, поясничная симпатэктомия, удаление кист печени и другие.

В целом, открытые операции из минидоступов – простой и надежный способ оперативного вмешательства с минимальной операционной травмой, когда другие методики щадящего хирургического лечения, такие как телелапароскопия, пункционные вмешательства трудно или невозможно использовать.

Выводы. Накопленный нами опыт показывает, что оперативные вмешательства на органах брюшной полости из минидоступа легко осваиваются практическими хирургами, в 2-3 раза сокращают сроки лечения и реабилитации больных, сопровождаются меньшим числом неудач и осложнений по сравнению с более сложными и классическими методиками и дает ощутимую экономию финансовых средств, труда персонала и расходных материалов.

УДК 616-093+001.8+616 13+616.839+089.87

**В.Л Нестеренко**

## **АНГІОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ ВИКОНАННЯ МАЛОІНВАЗИВНОЇ ДЕСИМПАТИЗАЦІЇ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Вступ. Оклюзуючі захворювання артерій нижніх кінцівок є найбільш поширеною патологією артеріальної системи (Покровский А.В., 1979, Петровский Б.В., 1985), про що свідчить той факт, що 80 % всіх відновлюючих судинних операцій виконується з приводу оклюзії артерій аорто-стегнового та стегново-підколінного сегментів (Затевахин ИИ и соавт. 1993) Переважно хронічна ішемія розвивається на фоні багатоповерхових уражень судин нижніх кінцівок, як первинно, так і при оклюзіях раніше реконструйованих артеріальних сегментів (Aston N.O., Lee T.M., Burnand K.G., 1992). Можливості реконструктивної хірургії судин обмежені при поширеному ураженні периферичного русла, а оптимальна тактика в неоперабельних випадках залишається дискусійною (Myhre H.O., Lundbom J., 1995). Не дивлячись на значний досвід минулих років, в діагностиці та хірургічному лікуванні вказаної патології судин, на теперішній час з'являється необхідність в його перегляді з урахуванням найновітніших досягнень в галузі діагностики, патофізіології оклюзуючих захворювань артерій і хірургічної техніки з появою висококонтрастних і малотоксичних препаратів рентгенконтрастна ан-

гіографія стала обов'язковим методом дослідження у випадку підготовки хворого до операції на судинах, чи виконання малоінвазивних методів, що змінюють стан периферичного судинного русла кінцівки.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати обстеження 36 хворих з периферичними формами облітеруючих захворювань судин кінцівок, котрим, як головний метод лікування, виконано малоінвазивну хімічну десимпатизацію поперекового відділу під контролем комп'ютерного томографа (модель "Somatom-KR"). Чоловіків було 30, жінок 6. Середній вік хворих 55 років. У 18 хворих діагностовано облітеруючий атеросклероз, у 14 виявлено клінічні прояви гострого тромбозу чи емболії підколінної артерії, у 4 – облітеруючий атеросклероз на фоні цукрового діабету.

З метою оцінки стану периферичного русла нижніх кінцівок та об'єктивізації показань до проведення малоінвазивної хімічної десимпатизації, а також для динамічного спостереження після проведеного втручання, всім хворим, крім загальноприйнятих методів обстеження, проведено субтракційне рентгенконтрастне ангіографічне обстеження (Philips BV 300) з використанням 60-70 мл тріумбразу 76 % чи ультравісту-300. Артеріографію проводили по методиці S. Seldingera, що дозволяє найбільш інформативно оцінювати характер магістрального і колатерального кровообігу.

Перша серія ангіограм виконана в день поступлення, до виконання малоінвазивного хімічного симпатиколізу. Контрольну ангіографію виконували при згоді пацієнта через 5-7 днів або пізніше.

Результати. У 6 пацієнтів даної групи рентгенологічно підтверджено тромбоемболію підколінної артерії: контрастна речовина ніби обтікає ембол, що знаходиться в просвіті судини і формує картину центрального дефекту наповнення, причому чітко візуалізувались контури судин на цій ділянці.

У 8 хворих виявлено клінічні ознаки гострого тромбозу дистального сегмента поверхневої стегнової артерії: на рентгенангіограмах тінь від контрастного препарату ніби обірвана, і далі судина не прослідковується. Боківі гілки (колатеральне русло) на всіх ангіограмах заповнювались контрастом невиражено чи взагалі не заповнювались.

У хворих з облітеруючим атеросклерозом важливою рентгенологічною ознакою є множинна нерівність контурів головного артеріального стовбура у вигляді дефектів наповнення, яка відмічалась на клубових та стегнових артеріях і закінчувалась обривом контуру судини в ділянці проксимальної частини стегна чи підколінної артерії в результаті облітерації.

Проведення ангіографічного дослідження у 4 хворих з цукровим діабетом виявило свої особливості: "багатоповерховість" сегментарних оклюзій, поєднання оклюзій одного сегмента з стенотичним ураженням суміжних сегментів та значних колатеральних гілок, наявність довгих міжсистемних колатеральних шляхів кровообігу. Ми дотримуємось думки, що перераховані рентгенологічні критерії є показаннями до виконання малоінвазивної хімічної десимпатизації під контролем комп'ютерного томографа.

Повторне ангіографічне обстеження після виконання малоінвазивної хімічної десимпатизації, в зв'язку з відмовою хворих, проведене не у всіх випадках. Проте, на рентгенограмах, виконаних після проведення хімічної поперекової десимпатизації через 5-7 днів (при тугому наповненні артерій видно значну кількість судин у всіх тканинах), виявлено розширення попередньо слабоконтурованих бокових (колатеральних) гілок і значна кількість звивистих дрібних судин в ділянці колінного суглоба та верхньої частини гомілки, що свідчить про ліквідацію спазму з неушкоджених оклюзійним процесом судин і ріст новоутвореної колатеральної сітки.

Висновок. Малоінвазивна хімічна десимпатизація під контролем КТ є альтернативним методом до реконструктивних втручань при множинних оклюзійних процесах в периферичному судинному руслі кінцівки.

Субтракційне, рентгеноконтрастне ангіографічне обстеження є одним з головних методів для оцінки топографії оклюзії судин та характеру ураження судинного русла, і є об'єктивним критерієм до виконання малоінвазивної хімічної десимпатизації під контролем КТ. В післяопераційному періоді ангіографічне обстеження є ефективним методом динамічного спостереження за розвитком новоутворених колатералей.

УДК 616.367-009.614

**Ю.М. Захараш**

## **МИНИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

*Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, г. Киев*

Хирургическая тактика при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой (МЖ), должна быть максимально активной. Необходимо как можно раньше произвести неотложную эндоскопическую декомпрессию желчных и панкреатических протоков путем эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) или дилатации большого дуоденального сосочка, дополненной, в случае холедохолитиаза (ХЛ), литоэкстракцией, а при сопутствующем билиарном панкреатите временным стентированием большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

Среди оперированных нами 1264 больных с ЖКБ и хроническим калькулезным холециститом группу риска наличия ХЛ, морфологических изменений внепеченочных желчных протоков (ВПЖП) – больные с периодическим повышением уровня билирубина в крови, имеющаяся при госпитализа-

ции или эпизодическая МЖ в анамнезе, ширина общего желчного протока 8 мм и больше, повышение уровня АЛТ, АСТ, щелочной фосфатазы, признаки билиарного панкреатита или холангита – составили 109 (8,6 %) пациентов, 54 из которых была выполнена ЭРХПГ. При этом наличие конкрементов было подтверждено у 26 (2,1 %) больных, тубулярный стеноз терминального отдела общего желчного протока – у 2 (0,2 %).

В связи с интраоперационным подозрением на ХЛ или на наличие патологических изменений во ВПЖП 29 (2,3 %) больным, которые не вошли в группу риска, была выполнена интраоперационная холангиография (ИХГ), показаниями для проведения которой, кроме приведенных выше, считали невозможность дифференциации анатомических структур печечно-двенадцатиперстной связи. Из 29 обследованных больных у 19 (65,5 %) при ИХГ было подтверждено наличие ХЛ, у 3 (10,3 %) был диагностирован ограниченный стеноз терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка (БДС).

Таким образом, осложнение ЖКБ и ХКХ холедохолитиазом, ограниченным стенозом терминального отдела желчевыводящих путей имело место у 50 (3,95 %) больных.

Хирургическая тактика у больных из этой группы была следующей. Из 26 больных, у которых был диагностирован ХЛ на дооперационном этапе, 18 (69,2 %) успешно была выполнена эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), 14 – дилатация большого сосочка двенадцатиперстной кишки с литоэкстракцией, а через 1-3 суток – ЛХЭ. При сочетании ХЛ с механической желтухой 11 (42,3 %) из них операцию ЛХЭ выполняли через 7-10 суток, что позволяло за счет консервативной терапии купировать явления холангита, достигнуть существенного улучшения биохимических показателей крови (билирубин, холестерин, белки и белковые фракции и др.), существенно снизить активность трансаминаз.

При наличии единичных, крупных конкрементов в холедохе и не измененном большом сосочке двенадцатиперстной кишки 6 (23,1 %) больным было выполнено одномоментно ЛХЭ, лапароскопическую холедохотомию, литоэкстракцию и наружное дренирование общего желчного протока по Холстеду-Пиковскому. Преимущественно это были пациенты в возрасте до 50 лет без значительной сопутствующей патологии, для которых увеличение длительности выполнения оперативного вмешательства не так существенно отражалось на функциональном состоянии жизненно важных органов и систем. При этом особенно важным считали сохранение функции БДС.

При наличии ограниченного стеноза дистального отдела ОЖП или БДС 2 пациентам (7,7 %) на I этапе выполнена ЛХЭ в сочетании с наружным дренированием ОЖП по Холстеду-Пиковскому, на II – ЭПСТ (на 2-3 сутки). Такой же была хирургическая тактика при наличии конкрементов в ОЖП малых размеров при отсутствии признаков желчной гипертензии, механической желтухи.

Выводы. 1. При дооперационной диагностике ХЛ приоритетными были двухэтапные операции, среди которых ведущее место занимают те вмеша-

тельства, которые дают возможность на I этапе ликвидировать желчную гипертензию и преграды для желчеоттока, а на II – выполнить ЛХЭ.

2. Основными критериями возможности одномоментного выполнения ЛХЭ, ХТ и ЛЭ были размеры, количество конкрементов и состояние сфинктерного аппарата большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

3. При невозможности удаления конкрементов из холедоха лапароскопическим путем следует выполнять традиционную открытую холецистэктомию, холедохотомию и наружное дренирование ОЖП по Холстеду-Пиковскому.

УДК 616.366-003.7-089-072.1+616.366-0023

**А.М. Тищенко, А.В. Малоштан, И.В. Гусак,  
С.В. Иванников, Р.М. Смачило**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРИВЕЗИКАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ**

*Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины*

Вступление. Перивезикальный абсцесс (ПА) является серьезным осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ) и развивается, как правило, при возникновении деструкции пузырной стенки с ее микроперфорацией в брюшную полость. Развитие разлитого желчного перитонита не происходит при сочетании трех условий: при отсутствии желчной гипертензии в желчном пузыре, достаточной реактивности организма и наличии выраженности спячного процесса в околопузырном пространстве.

На 600 ЛХЭ, из которых на острый холецистит пришлось треть пациентов, ПА встретился у 34 больных. У двух пациентов, оперированных в плановом порядке по поводу хронического холецистита, ПА явился операционной находкой. У них на момент операции отсутствовали местные признаки заболевания и какие-либо воспалительные изменения в крови. У остальных 32 пациентов ПА обнаруживался на фоне острой деструкции стенки желчного пузыря.

В большинстве случаев размеры абсцесса не превышали 50 мл, но встречались абсцессы больших размеров (120-150 мл). Как правило, они возникали в случаях гангренозно-перфоративного холецистита при тотальном расплавлении стенки желчного пузыря. Абсолютное большинство таких случаев составили пациенты мужского пола.

Образование ПА является серьезным осложнением, накладывающим большие технические трудности на выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ). Во-первых, полностью нарушаются анатомические

соотношения между тканями. Во-вторых, плотные сращения не позволяют четко дифференцировать и отделять желчный пузырь и элементы шейки (попасть в слой). И, наконец, вся операция выполняется в условиях инфицированной брюшной полости. Именно в этих условиях присутствует наибольшая вероятность повреждения как протоковой системы, так и близлежащих органов.

Вскрытие просвета желчного пузыря при его выделении в этой группе произошло у 25 больных, из них у 19 произошло выпадение конкрементов в брюшную полость. Выпадение мелких конкрементов всегда чревато опасностью неполного их удаления.

Самым сложным и ответственным моментом ЛХЭ в этой ситуации считаем выделение желчного пузыря из сращений с близлежащими органами: ободочной и двенадцатиперстной кишками. Отсутствие возможности “попасть в слой” обуславливает высокую вероятность повреждения кишечника. Именно эта опасность, по нашему мнению, должна быть принята во внимание при постановке вопроса о конверсии. Кроме этого, при отсутствии видимой перфорации желчного пузыря в первую очередь нужно подумать о пузырьно-кишечной фистуле.

Извлечение желчного пузыря из брюшной полости целесообразно выполнять через контрапертуру в правом подреберье, через которую в дальнейшем saniруется и дренируется подпеченочное пространство перчаточного-трубочным дренажем.

В нашей практике такое осложнение, как вскрытие просвета двенадцатиперстной кишки встретилось у одной пациентки. К сожалению, во время самой ЛХЭ оно не было замечено, а подозрение о его наличии возникло только на вторые послеоперационные сутки, когда по перчаточному дренажу появилось дуоденальное содержимое. Выполненная дуоденоскопия выявила перфоративное отверстие до 0,3 см в диаметре на верхнезадней стенке двенадцатиперстной кишки. Так как у больной, с одной стороны, имела место кардиальная патология, обуславливающая сердечную декомпенсацию, а с другой стороны, отсутствовали перитонеальные симптомы и адекватно функционировали дренажи брюшной полости, принято решение о консервативном лечении. Эндоскопически введен двухпросветный зонд за место перфорации с целью энтерального питания и удаления желудочно-дуоденального содержимого. Динамика лечения была явно положительной, свищ закрылся. Зонд удален на 10 сутки, дренажи – на 12 сутки.

У второй больной десерозация двенадцатиперстной кишки привела к перфорации ее хронической язвы на вторые послеоперационные сутки.

Описанные случаи заставили нас пересмотреть применяемую операционную тактику в случаях ПА и массивного спаечного процесса в подпеченочном пространстве. Решено применять способ удаления желчного пузыря по Прибраму, но только лапароскопически. Примером такой тактики является лечение семидесятилетнего пациента, страдающего бронхиальной

астмой и субкомпенсированной сердечной патологией, поступившего в связи с клиникой деструктивного холецистита. Немедленно оперирован лапароскопически. Выявлен ПА с гангренозно измененной стенкой желчного пузыря. Поскольку операционный риск лапаротомного доступа был чрезвычайно велик, операцию решено закончить лапароскопически. После санации полости абсцесса удален желчный пузырь кускованием по Прибраму до шейки. Пузырный проток и артерия не выделялись и не клипировались. В связи с отсутствием поступления желчи, а также большой вероятностью повреждения протоковой системы или кишечника операция закончена дренированием надпеченочного пространства трубочным дренажем, а подпеченочного пространства и правой подвздошной области двумя перчаточнотрубочными дренажами соответственно. Образовавшийся в послеоперационном периоде наружный желчный свищ с дебитом 200-250 мл в сутки самостоятельно закрылся на 15 день.

Наш очень небольшой опыт лечения больных ЖКБ, осложненной деструктивным холециститом и ПА позволяет выдвинуть следующие тактические моменты операции, которые еще нуждаются в изучении и отработке:

Выводы. 1. Перивезикальный абсцесс сам по себе не является показанием к конверсии, однако в силу анатомических изменений окружающих тканей значительно возрастает опасность повреждения близлежащих органов: магистральных протоков, ободочной и двенадцатиперстной кишок.

2. При выделении желчного пузыря предпочтение отдается его удалению кускованием по Прибраму. При затруднении выделения пузырьной стенки допускается оставление ее фрагментов с последующей коагуляцией. При значительных затруднениях дифференциации тканей показана конверсия.

Окончание ЛХЭ должно сопровождаться адекватным дренированием правого фланга брюшной полости.

УДК: 616.336-002-072.1

**В.В. Иващенко, К.К. Скворцов,  
К.К. Скворцов (мл.), Ю.И. Журавлева**

## **ОПЫТОРГАНИЗАЦИИ КРУГЛОСУТОЧНОЙ УРГЕНТНОЙ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

Вступление. Острый холецистит (ОХ) занимает второе место среди ургентной хирургической патологии после острого аппендицита. В настоящее время уже нет необходимости доказывать преимущества видеоэндоско-



пической (ВЭ) холецистэктомии перед открытой операцией. Но если при хроническом калькулезном холецистите в клиниках, имеющих ВЭ оборудование, до 90,0 % операций выполняются лапароскопически, то отношение к ВЭ холецистэктомии при ОХ более сдержанное. Нередко больные с ОХ поступают в стационар в поздние сроки от начала заболевания (свыше 3-х суток). Как правило, к этому времени формируется паравезикальный инфильтрат, особенно выраженный в области шейки пузыря и гепатодуоденальной связки. Консервативное лечение таких больных неэффективно, а попытки выполнения ВЭ холецистэктомии могут привести к опасным осложнениям. Это заставляет хирургов или отказываться от ее выполнения в пользу “открытой” холецистэктомии, или искать новые подходы к лечению осложненных форм ОХ.

Материалы и методы. Наш опыт выполнения ВЭ холецистэктомии у 649 больных с различными формами ОХ показал, что при определении показаний к операции следует ориентироваться на сроки заболевания. Сопоставление результатов оперативного лечения больных ОХ, получавших предоперационную консервативную терапию в течение от нескольких часов до суток показало, что предоперационная подготовка к лапароскопической холецистэктомии при уточненном диагнозе острого калькулезного холецистита не должна превышать 12 часов от момента поступления больного в стационар, что связано с появлением количества деструктивных форм и значительными техническими трудностями оперирования. Этого времени также достаточно для уточнения диагноза и установления показаний к оперативному лечению.

В 1998 года на базе клиники организовано круглосуточная ургентная ВЭ помощь больным с ОХ. Подготовлены 2 бригады хирургов, имеющих, кроме навыков ВЭ оперирования, опыт эндоскопических манипуляций (фиброгастродуоденоскопии) и ультразвукового исследования (УЗИ) желчевыводящих путей. Как минимум один из хирургов бригады должен в полном объеме владеть техникой выполнения лапаротомных операций на желчевыводящих путях. Определен минимум обязательного диагностического обследования в дооперационном периоде: УЗИ желчевыводящих путей, фиброгастродуоденоскопия, исследование уровня билирубина крови, диастазы мочи. Результаты УЗИ во многом преопределяли дальнейший алгоритм лечебно-диагностического процесса – мы имели возможность оценивать динамику воспалительного процесса, более объективно подходить к выбору сроков операции, не ориентируясь лишь на давность заболевания. Важным признаком, особенно при решении вопроса о возможности и сроках ВЭ операции, является появление признаков паравезикальных изменений, которые мы определили у 260 из 330 больных с деструктивными формами ОХ (повышение эхогенности и снижения визуализации области ворот и начальных отделов общего желчного протока гепатодуоденальной связки; снижение эхогенности ткани печени в виде полулуния по всему периметру прилегания желчно-

го пузыря и другие). Паравезикальные изменения практически всегда связаны с острым воспалением желчного пузыря и являются основными критериями необходимости ургентной ВЭ операции.

Широкое внедрение ургентной ВЭ холецистэктомии в лечении острого калькулезного холецистита ставит еще одну актуальную проблему – диагностики и лечения холедохолитиаза. Обобщив опыт дооперационного обследования 3815 больных, которым выполнена ВЭ холецистэктомия при различных формах желчнокаменной болезни, мы выделяем ряд признаков (за исключением явных), косвенно указывающих на возможность сопутствующего холедохолитиаза. До операции – наличие в анамнезе желтухи, холангита, билиарного панкреатита, расширение по данным УЗИ или компьютерной томографии гепатикохоледоха свыше 10,0 мм, повышение уровня билирубина крови в сравнении с нормой 10,0 %, использование для лечения желчнокаменной болезни в прошлом литотрипсии, множественные мелкие камни в желчном пузыре. Во время операции – широкий пузырный проток, дряблый растянутый желчный пузырь, сморщенный желчный пузырь, расширение общего желчного протока, выраженная билиарная гипертензия. Поэтому в лечении острого калькулезного холецистита в ургентной хирургии обязательным элементом адекватного оперирования является возможность выполнения интраоперационной холангиографии.

Необходимость конверсии возникла у 7 % больных ОХ. Летальность при ОХ составила 0,6 %.

Выводы. Наш опыт показал, что лечение ОХ с помощью ВЭ техники возможно более чем у 90 % больных, которым показано операционное лечение. Эта возможность становится реальной при создании круглосуточной хирургической ВЭ службы, наличии необходимого количества оборудования, подготовленных интегрированных бригад специалистов – хирургов, эндоскопистов, специалистов в области лучевой и ультразвуковой диагностики.

УДК: 618.13-002.3-085.37/-089:-072.1

**І.В. Ярема, А.І. Марченко, М.В. Вацк,  
О.О. Бикова, Г.Л. Єрмоленко**

## **ВІДЕОЕНДОХІРУРГІЧНА МІСЦЕВА ІМУНОТЕРАПІЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ДОДАТКІВ МАТКИ**

*Московський державний медико-стоматологічний університет*

Вступ. Запальні захворювання додатків матки складають 4-10 % в структурі гінекологічних захворювань, найчастіше зустрічаються у жінок репродуктивного віку і в 40 % випадків стають причиною перитонеального безпліддя [1, 2].

Мета. Розробити методику місцевої параметральної імунотерапії для лікування запальних процесів геніталій.

Матеріали і методи. Проведено клініко-лабораторне обстеження, лікування і динамічне спостереження 119 жінок з трубно-перитонеальним безпліддям на фоні запальних захворювань додатків матки. В основну групу ввійшли хворі, котрим застосовували ендовідеохірургічну місцеву імунотерапію (ЕВХМІТ) трикратно (в 1-й, 2-й, і 5-й день лікування), у групу порівняння – 71 жінка, яким проводилось традиційне консервативно-хірургічне лікування. ЕВХМІТ проводили за наступною методикою. Маніпуляція проводилась під внутрішньовенним чи ендотрахеальним наркозом, в умовах операційної з лапароскопічним обладнанням Karl Storz, MGB, Auto Suture Surgical Instruments, Ethicon Endo-Surgery. Після створення карбоксиперитонеуму до рівня тиску газу 12 мм рт. ст. і введення 5 мм троакара за стандартною методикою, проводили макроскопічну візуальну оцінку наявної патології органів малого таза і черевної порожнини, наявність і вираженість спайкового процесу, особливо в ділянці матки, маткових труб і яєчників. Під контролем лапароскопа в правій і лівій гіпогастральних ділянках в черевну порожнину вводили два 5 мм троакари. При ін'єкції в мезосальпінкс правої маткової труби, атравматичний ендодозатискач вводили через лівий троакар. Проводили захват маткової труби в ділянці ампулярного відділу і здійснювали тракцію її медіально у напрямку до пупка, при цьому досягалось розправлення і натяг правого мезосальпінкса. Ендоголка з приєднаним шприцем, ємністю 1 мл, з тактивіном (100 мкг) вводилась через правий 5 мм троакар, і під контролем лапароскопа здійснювали вкол ендоголки в безсудинну зону мезосальпінксу розтягнутої труби, в 0,5 см від її краю, під ампулярним відділом, по дотичній, на глибину 0,5 см і проводили ін'єкцію 50 мкг (0,5 мл) тактивіну. При цьому відмічали виникнення інфільтрації тканин у місці ін'єкції препарату. Після цього ендоголка видалялась з місця вколу з лапароскопічним контролем гемостазу. Аналогічна маніпуляція виконувалась зліва. Після ін'єкцій ендоголка виводилась назовні, газ з черевної порожнини евакуювали. Потім створювали повторний карбоксиперитонеум, до рівня тиску газу 6–7 мм рт. ст., і здійснювали лапароскопічний контроль гемостазу в місцях ін'єкцій. Для контролю репаративних процесів в області додатків матки вивчався клітинний склад перитонеальної рідини (ПР). ПР отримували під час лапароскопії, на 2 і 5 день при динамічній лапароскопії чи через залишений в черевній порожнині мікрокатетер. Під час ендовідеолапароскопії ми виконували, поряд з ЕВХМІТ, сальпінгооваріолізис, сальпінгостомію, фімбріолізис, сальпінгостоматопластику, коагуляцію вогнищ ендометріозу, якщо такі були, резекцію яєчників, при наявності кіст в них. Для проведення динамічної лапароскопії і отримання ПР в черевній порожнині залишали гільзу для троакара і через один із лапароскопічних отворів встановлювали мікроіригатор. Ми використали комплекс методів дослідження: клінічних, лабораторних, мікробіологічних, лапароскопічних, ендовідеохірургічних, ультразвукових, рентгенологічних, хромосальпінгографічних, імунотерапевтичних.

логічних та імунопатоморфологічних. Імунологічні дослідження включали вивчення клітинної ланки в периферичній крові з визначенням популяцій і субпопуляцій лімфоцитів цитофлюорометричним аналізом на приладі BRAYTE фірми BIO-RAK (США), з використанням високочутливих моноклональних антитіл, гуморальної ланки імунітету з використанням турбодиметричного визначення на приладі Cone (Фінляндія); активність нейтрофілів крові за допомогою латекс-тесту; популяцій лімфоцитів, плазматичних і тучних клітин, макрофагів, що знаходяться в ПР, імуноморфологічного статусу біоптатів очаревини і параметральної клітковини.

**Результати.** В основній групі хворих, на відміну від групи порівняння, підвищилась кількість зрілих Т-лімфоцитів до  $72,0 \pm 5,3$  %, Тм до  $43,1 \pm 3,4$  %, кількість Т-ЦТЛ/супресорів досягла нормальних значень, індекс регуляції склав  $1,81 \pm 0,14$ , а вміст лімфоцитів в периферичній крові проходив до норми ( $33,1 \pm 3,1$  %); в гуморальній ланці – нормалізувались значення М і А, підвищився вміст до  $7,6 \pm 1,4$  г/л; значно збільшувалось число фагоцитарних нейтрофілів – до  $46 \pm 5,7$  і їх фагоцитарна активність (фагоцитарне число склало  $7,2 \pm 2,1$ , КАФ –  $1,46 \pm 0,34$ ). Відновлення гернативної функції після ЕВХМІТ спостерігалось у 31 жінки основної групи. З них у 19 настала вагітність, яка закінчилась своєчасними пологами у 18, і 1-ї відбувся викидень в ранньому терміні. Застосування ЕВХМІТ в комплексній терапії гнійно-запальних захворювань додатків матки дозволило знизити частоту розвитку безпліддя в 2 рази.

**Висновок.** ЕВХМІТ, виконана в комплексі лікувальних заходів, є високоефективним методом лікування запальних захворювань додатків матки і профілактики перитонеального безпліддя.

### **Література**

1. Кулаков В.И., Адамян Л.В., Киселев С.И. Диагностическая и хирургическая лапароскопия в гинекологии. В сб. Международный конгресс эндоскопии диагностики и лечения патологии матки. – М. 1997. – С. 15-37.
2. Колобов С.В., Ярема И.В., Зайратьянц О.В. Основы регионарной иммунотерапии. М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. – 184 с.

Ю.В. Грубник, О.М. Загороднюк, В.В. Грубник, Ю.Д. Тимохін

## ПЕРСПЕКТИВИ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГРИЖ ДІАФРАГМИ

*Одеський державний медичний університет,  
Одеська обласна клінічна лікарня,  
Міська клінічна лікарня № 11*

Вступ. До гриж діафрагми відносяться зміщення внутрішніх органів черевної порожнини та позаочеревинного простору в грудну порожнину через фізіологічні отвори, вродженні або набуті під час життя вади діафрагми. Грижі діафрагми являють собою патологію далеко не однобічну бо їх різновиди іноді суттєво відрізняються один від одного за клінічними проявами, перебігом та прогнозом. Внаслідок малосимптомного перебігу вони важко діагностуються або проходять під іншими діагнозами, призводять до гіпердіагностики деяких захворювань, наприклад ІХС, погіршують перебіг бронхіальної астми, призводять до тяжких ускладнень (стриктури стравоходу, кровотечі з ерозій і виразок стравоходу та інш.). Найбільш поширеною є грижа стравохідного отвору діафрагми, частота якої коливається від 3,3 % у молодих до 50 % у людей похилого віку (О.О. Шалімов та співавт., 1975). Консервативне лікування спрямоване на усунення лише окремих симптомів діафрагмальних гриж та зменшення частоти можливих ускладнень. Радикальне лікування діафрагмальних гриж можливе лише шляхом оперативного втручання.

Всі хірургічні методи лікування гриж діафрагми можна поділити на п'ять груп:

1. Прості аутопластичні методи;
2. Аутопластика м'язовим або м'язово-апоневротичним клаптом на ніжці;
3. Тампонада сусіднім органом;
4. Вільна ауто- та гомопластика;
5. Пластика синтетичним матеріалом.

Досі грижі діафрагми оперували з лапаротомного або торакотомного доступів (за Ніссеном-Розеті, за Тупе, за Белсі, за Алісон та інш.), які є дуже травматичними та, природно, важкими та небезпечними для життя хворого методами лікування, які супроводжуються великою частотою ускладнень.

Прооперовано лапароскопічно 28 хворих, з яких 5 хворих з ізольованими діафрагмальними грижами (17,9 %) та 23 хворих з паразезофагеальними грижами, ускладненими рефлюксезофагітом (82,1 %). Ізольовані діафрагмальні грижі мали посттравматичну етіологію і у 4 хворих були лівобічними, а в одного хворого діафрагмальна грижа була правобічною. Під час операції в двох випадках дефект діафрагми був ушитий швами з інтракорпоральним зав'язуванням за Cusheiry-Bersy, а в трьох випадках дефект було

ліквідовано за рахунок алопластики грижового отвору поліпропіленовою сіткою фірми Bard. 23 хворим з параезофагеальними грижами було проведено зшивання ніжок діафрагми та фундоплікація за Ніссеном.

Летальних випадків не було. В одному випадку проведена конверсія в зв'язку з великим дефектом діафрагми. Нагноєння післяопераційних ран та відторгнення сітки не спостерігалось. В одного хворого утворилась піддіафрагмальна гематома внаслідок післяопераційної кровотечі з коротких вен шлунка. Через 7 діб гематома нагноїлася. В чотирьох випадках після фундоплікації спостерігалась тимчасова дисфагія, яка зникала після призначення блокаторів серотонінових (5-НТз) рецепторів. Прооперовані хворі починали ходити та приймати рідку їжу починаючи з другої доби. Середній термін лікування у стаціонарі склав  $4,5 \pm 1,2$  доби. Середня тривалість операції склала  $63 \pm 12$  хв. У віддаленому періоді від 1 до 5 років зареєстровано два випадки рецидиву гриж, пов'язаних з недостатньо якісним ушиванням грижових воріт на етапі засвоєння методики. В інших хворих рецидивів не було, віддалені наслідки оцінені як відмінні та добрі.

**Висновок.** Лапароскопічний метод лікування гриж діафрагми є сучасним, надійним, високоефективним, малоінвазивним засобом лікування та з успіхом може застосовуватися в широкій хірургічній практиці.

#### **Література**

1. Василенко В.Х., Гребенев А.Л. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – М.: Медицина, 1978. – 223 с.
2. Пемеховский С.В. Применение миниинвазивных вмешательств в сочетании с видеоторакоскопией по поводу заболеваний органов грудной полости // Клінічна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 61-62.
3. Франтзайдес К. Лапароскопическая и торакоскопическая хирургия. – Москва. – 2000. – 316 с.
4. Abstracts from the 5<sup>th</sup> World Congress of Endoscopic Surgery. Surgical Endoscopy. – 1996. – Vol. 10; № 2. – P. 177-271.

УДК 616.342-002.44-08: 616.381-072.1

**В.В. Грубник, А.И. Ткаченко, А.С. Дюжев,  
С.В. Калинин, В.В. Ильяшенко**

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗЕ**

*Одесская областная клиническая больница*

**Введение.** Выбор метода оперативного лечения больных с холедохолитиазом остается дискуссионным. Большинство хирургов предлагают произ-

водить эндоскопическую сфинктеропапиллотомию с извлечением конкрементов перед выполнением лапароскопической холецистэктомии (1, 3). Такая тактика двухэтапного лечения, по утверждению ряда хирургов (2, 6, 7), приводит к увеличению числа осложнений, характерных для каждой из операций. В последнее время все шире используются лапароскопические вмешательства на желчных протоках (2, 4, 6).

Материалы и методы. В настоящем сообщении изучены результаты лапароскопических и эндоскопических вмешательств у 366 больных с холедохолитиазом.

С 1994 по 2001 год ЛХ выполнена у 3179 больных желчнокаменной болезнью. 1898 пациентов оперированы по поводу хронического холецистита, 1281 – в связи с острым холециститом. Среди оперированных больных преобладали женщины – 71 %. Возраст больных был от 5 до 84 лет. Средний возраст составил  $53,6 \pm 6,5$  лет. 29 % больных имели одно или несколько сопутствующих заболеваний, что позволило их отнести к разряду пациентов высокого риска – ASA-III. Предоперационное обследование включало общеклинические, биохимические и ультразвуковое исследование у всех больных. Симптомы холедохолитиаза (желтуха различной степени выраженности, клиника холангита, повышение уровня АСТ, АЛТ, щелочной фосфатазы, расширение холедоха более 8 мм по данным УЗИ) были выявлены у 218 пациентов. Всем им выполнена ЭРХПГ, во время которой у 212 больных выявлены конкременты в холедохе. Больным произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия. У 209 (97,8 %) удалось извлечь конкременты из холедоха и через 2-3 суток после папиллосфинктеротомии больным выполнена ЛХ. У 4 больных, которым не удалось извлечь конкременты из холедоха из-за больших размеров выполнена открытая холецистэктомия.

Во время лапароскопической холецистэктомии у всех больных специальными инструментами измерялся диаметр холедоха. Если диаметр холедоха превышал 8 мм и диаметр пузырного протока был более 5 мм, при наличии мелких конкрементов в пузыре, производилась интраоперационная холангиография, которая выполнена у 346 (15,5 %) пациентов. Конкременты в протоках выявлены у 90 (4 %) больных.

В первый период внедрения лапароскопических вмешательств у 24 больных с холедохолитиазом произведена конверсия, конкременты извлечены во время открытой холедохолитотомии с дренированием протоков Т-образным дренажем по Керу.

У 88 больных предпринята попытка лапароскопического извлечения конкрементов из протоков. У 58 больных мы попытались извлечь конкременты через пузырный проток. В случаях, когда пузырный проток был недостаточно расширен, производили его дилатацию с помощью пластмассовых дилататоров либо баллонного ангиодилататора, который вводился в проток по проводнику. Извлечение конкрементов производилось под контролем фиброхоледохоскопа фирмы Cirkon диаметром 9,8F с помощью корзинок Dormia. У 6

больных операция закончилась установкой наружного дренажа для предотвращения гипертензии в желчных протоках. У 31 пациента по проводнику проводился специальный стент диаметром 2 мм, который устанавливался таким образом, что дистальный конец его находился в двенадцатиперстной кишке. У этих больных наружное дренирование не производилось, пузырьный проток клипировался. У 21 пациента, после выполнения фиброхоледохоскопии и удаления конкрементов из холедоха, мы клипировали пузырьный проток без установки наружного дренажа и билиарного эндопротеза.

У 16 больных размеры конкрементов не позволили их извлечь через пузырьный проток. У них произведена лапароскопическая холедохолитотомия. Рассечение протока производилось продольно специальным ножом при диаметре протока 11-14 мм, при диаметре протока более 14-15 мм производили поперечную холедохотомию. Через холедохотомическое отверстие вводился фиброхоледохоскоп, с помощью которого осматривали проксимальные и дистальные желчные протоки и извлекали конкременты. После извлечения конкрементов у 6 больных холедох дренировался Т-образным дренажем, который фиксировался с помощью интракорпоральных лапароскопических швов. У 10 больных вводили транспапиллярный билиарный стент и холедохотомическое отверстие ушивали наглухо. Лапароскопическое вмешательство заканчивалось контрольной холангиографией.

У 14 больных после удаления конкрементов был выявлен стеноз фатерова соска. У этих пациентов мы выполняли антеградную папиллотомию (под контролем дуоденоскопии). После выполнения антеградной папиллотомии в 4 случаях операцию заканчивали наружным дренированием через пузырьный проток, в 10 – пузырьный проток клипировался.

У 46 больных, оперированных по поводу острого калькулезного холецистита выявлены мелкие конкременты в холедохе, последние не извлекались во время лапароскопической холецистэктомии. У этих больных производилась эндоскопическая сфинктеропапиллотомия через 24-48 часов после выполнения ЛХ с извлечением конкрементов.

Результаты и их обсуждение. Наш опыт показал, что у больных с холедохолитиазом конкременты могут быть извлечены как эндоскопическим методом, так и во время лапароскопического вмешательства.

Несмотря на то, что лапароскопические вмешательства на желчных протоках технически достаточно сложны, требуют дополнительного оборудования, им присущи все преимущества миниинвазивных вмешательств. Наилучшие результаты наблюдаются у тех больных, которым удается извлечь все конкременты через пузырьный проток, а установка билиарного стента позволяет клипировать пузырьный проток без наружного дренирования. Несколько сложнее выполнение антеградной папиллотомии, поскольку она требует поднаркозного проведения фибродуоденоскопии, что не всегда легко выполнить при интубационном наркозе. Лапароскопическая холедохолитотомия может быть выполнена только достаточно опытным хирургом, вла-



деющим техникой лапароскопического шва и интракорпорального вязания узлов. В технически сложных случаях, когда лапароскопическое вмешательство затягивается, следует производить конверсию и выполнять операцию открытым способом. Особенно это касается больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Выводы. Совершенствование лапароскопической техники в будущем позволит шире использовать миниинвазивные вмешательства у больных с холедохолитиазом.

#### **Литература**

1. Андреев А.Л., Учваткин В.Г. Лапароскопические вмешательства на общем желчном протоке и способы их завершения. – Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 5. – С. 22-26.
2. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.Ш. и др. Эндоскопия желчных протоков. – Аналы хирургической гепатологии. – 1999. – № 2. – С. 46-50.
3. Стекаловский В.П., Старков Ю.Г. Лапароскопическая холецистэктомия и холедохолитиаз. – Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 6. – С. 3-5.
4. Феденко В.В., Александров К.Р. и др. Технические аспекты лапароскопической холедохотомии. – Эндоскопическая хирургия. – 1995. – № 3-2. – С. 11-15.
5. Шестаков А.Л., Юрасов А.В. и др. Малоинвазивные методы лечения желчекаменной болезни, осложненной заболеванием общего желчного протока. – Хирургия. – 1999. – № 3. – С. 29-32.
6. Berci G. Cholangiography and choledochoscopy during laparoscopic cholecystectomy its place and value. – Kig. Surg. – 1991. – Vol. 8. – P. 92-96.
7. Swanstrom L.L. Laparoscopic treatment of known choledocholithiasis. – Surg. Endosc. – 1996. – Vol. 10. – P. 526-528.

УДК 616.361-002-08-089

**М.Е. Ничитайло, И.М. Тодуров, А.В. Скумс,  
П.В. Огородник, В.В. Беляев**

## **РЕГИОНАРНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ХОЛАНГИТА**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины*

Введение. Острый холангит является потенциально угрожающей для жизни пациента патологией, которая возникает в результате бактериального инфицирования билиарного дерева при его обструкции и сопровождается высокой летальностью от 14 % до 50 % (В.В. Бойко и соавт., 1995; Б.М. Даченко и соавт., 1997). В то время как во многих случаях удается купировать острый холангит с помощью адекватной антибиотикотерапии, холангиогенный сепсис не удается разрешить с помощью энергичных вспомогательных лечебных мер и в 15-30 % случаях приходится производить билиарную

декомпрессию в urgentном порядке (С.М. Ло и соавт., 1996; J.E.Thompson и соавт., 1990).

Материалы и методы. За период с 1991-2000 гг. в отделении хирургии желчных путей Института экспериментальной хирургии и трансплантологии находилось на стационарном лечении 985 больных с неопухоловой непроходимостью желчных путей. Различные формы гнойного холангита выявлены у 735 больных (74,6 %). Причинами непроходимости явились: холедохолитиаз у 491 (66,8 %) больного, ятрогенные повреждения и рубцовые стриктуры желчных протоков – у 210 (28,6 %), кисты желчных протоков – у 21 (2,9 %), стенозирующий папиллит и тубулярный стеноз общего желчного протока у 13 (1,8 %) больных.

При бактериологическом исследовании желчи до или во время операции в 100 % наблюдений отмечалось наличие инфекции, при этом в 43 % случаев определялись преимущественно грамм-отрицательные палочки. Были выделены такие кишечные микроорганизмы как *Escherichia coli*, *Klebsiella* sp., *Streptococcus faecalis* и другие микроорганизмы.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что иммунный статус больных гнойным холангитом характеризовался выраженным иммунодефицитом затрагивавшим и систему естественной резистентности. При этом наблюдали признаки активации фагоцитирующих клеток в периферической крови (параметры спонтанного НСТ-теста моноцитов составляли  $6,4 \pm 0,95$  ед. при норме 2-4 ед.) с декомпенсацией резервов внутриклеточных ферментов системы нейтрофилов и моноцитов. Билиарная гипертензия снижает секрецию в желчь иммуноглобулинов (преимущественно Ig A), некоторых компонентов комплемента, что приводит к нарушению местного иммунитета.

С учетом основных звеньев патогенеза гнойного холангита нами проводилось комплексное лечение больных с заболеваниями печени и желчных путей, осложненных обтурационной желтухой и гнойным холангитом, состоящее из адекватного выполнения дренирующей операции, целенаправленной антибиотикотерапии, комплекса дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии.

Оперативное лечение занимает основное место в лечении данной категории больных. Характер выполненных оперативных вмешательств определялся характером патологии и приоритетностью малоинвазивных методик. Выполняли: холецистэктомии с холедохолитотомией и наружным дренированием холедоха, гепатикоюностомии с транспеченочным дренажем по Smith, гепатикоюностомии на транспеченочном дренаже по Saupol, гепатикоюностомии без каркасного дренирования, эндоскопическую папиллосфинктеротомию с чреспапиллярной холедохолитотомией и последующим назобиллиарным дренированием, чрескожную чреспеченочную холангиостомию с декомпрессией и санацией желчевыводящих путей.

Антибактериальная терапия проводилась с применением антибиотиков цефалоспоринового ряда (II и III поколения), выделяющихся преимущественно

с желчью, причем отдельные из них (цефобид) способны концентрироваться в желчи в случаях механической желтухи.

В проведенном исследовании 165 больных гнойным холангитом, которым выполнялась дренирующая операция, целенаправленная антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия составили контрольную группу (КГ)

Учитывая значительную площадь, достигающую 10 м<sup>2</sup>, пораженных желчных протоков при гнойном холангите, особое значение приобретает регионарная холесорбция, которая была проведена 60 больным в сочетании с базисным лечением. Данная категория больных составила первую основную группу (ОГ<sub>1</sub>). Указанным больным проводилась холесорбция с использованием сорбента Полисорб, последний вводили в просвет желчных протоков в виде 1 % взвеси сорбента через силиконовый дренаж с надувным баллоном на конце с экспозицией 2-3 мин.

Во вторую основную группу (ОГ<sub>2</sub>) вошли больные (60 человек), которым проводилась базисная терапия в сочетании с интрахоледохеальной иммунокорректирующей терапией препаратом Лаферон, вводившимся в желчные пути с экспозицией 35-40 мин.

Для оценки эффективности предложенных методов регионарной терапии больным гнойным холангитом мы провели анализ показателей частоты возникновения гнойно-септических осложнений и послеоперационной летальности.

В структуре послеоперационных осложнений в группе больных получивших общепринятую терапию (КГ), частота гнойно-септических осложнений составила 75,1 % (125 больных), тогда как в группе больных, которым проводилась регионарная холесорбция (ОГ<sub>1</sub>) и иммунокоррекция (ОГ<sub>2</sub>) эти показатели составили соответственно 53,4 % и 25 % . Вычисленный  $\chi^2$  - критерий с учетом поправки Йейтца для двух основных групп при сравнении с контрольной группой составляет  $\chi^2_1=9,85$  при  $p=0,0017$  и  $\chi^2_2=46,87$  при  $p<0,0001$ .

Анализируя влияние сорбционной санации желчных протоков на частоту гнойно-септических осложнений выявлено статистически достоверное их снижение с 46,7 % в КГ до 24 % в ОГ<sub>1</sub> ( $\chi^2_1=9,0$  при  $p=0,0027$ ). Во второй основной группе отмечено снижение частоты гнойно-септических осложнений до 8 % ( $\chi^2_2=26,28$  при  $p<0,0001$ ).

Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 13 %. Применение интрахоледохеальной интерферонотерапии способствовало снижению послеоперационной летальности до 1,8 % ( $\chi^2_2=4,91$  при  $p=0,0281$ ), а включение регионарной холесорбции в комплексное лечение гнойных холангитов уменьшило летальность до 6 % ( $\chi^2_1=1,08$  при  $p=0,2986$ ), что указывает на недостаточную достоверность различий в летальности между больными КГ и ОГ<sub>1</sub>.

Выводы. Применение в комплексном лечении больных гнойным холангитом неопухолевой этиологии, наряду с адекватным оперативным вмеша-

тельством, восстанавливающим магистральный желчеотток, регионарной холесорбции сорбентом Полисорб позволило снизить частоту гнойно-септических осложнений на 23,7 %, летальность – на 7 %, а применение интрахоледохеальной иммунокорегулирующей терапии препаратом Лаферон уменьшило число осложнений на 38,7 %, летальность – на 11,2 %.

УДК 616.333-009.12-072.1-089

**О.В. Малеев, Д.С. Губанов, В.Т. Михно, Л.А. Колесникова**

## **ЭНДСКОПИЧЕСКАЯ РЕКАНАЛИЗАЦИЯ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО ЛАЗЕРА**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение  
(ДОКТМО)*

Хирургические лазеры высокой энергии значительно расширили возможность врача-эндоскописта в способах оказания помощи пациентам с доброкачественными и злокачественными образованиями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и трахеобронхиального дерева (ТБД). В отделе эндоскопических исследований ДОКТМО применяется высокоэнергетический лазер (ВЭЛ) с 1996 года. (Nd YAG – 100 Вт). Следует признать, что наиболее оправдано применение ВЭЛ в “поле” ЖКТ. Высокий риск возникновения геморрагических и респираторных осложнений при бронхоскопическом варианте применения ВЭЛ, продиктовал целесообразность проведения операций в стационарных условиях.

После выявления объемных образований в различных отделах ЖКТ проводилась цитоморфологическая верификация. При невозможности или нецелесообразности проведения радикальной полостной операции решался вопрос эндоскопического использования ВЭЛ. После предоперационного обследования больных, с целью выявления аллергологического анамнеза, определения оптимального уровня премедикации, проводилась консультация врача-анестезиолога. В индивидуальном порядке назначались фармакопрепараты, необходимые для создания оптимальных условий для работы врача-эндоскописта и психоэмоционального комфорта для пациента.

Участие врача-анестезиолога (начиная от первичного осмотра и премедикации, мониторинга и заканчивая динамическим наблюдением за больным после исследования) получило название “анестезия сопровождения”. В ряде случаев, с целью дополнительной визуализации пораженных участков верхних отделов ЖКТ, проводилась предварительная рентгенконтрастная катете-

ризация органа (Pn № 3541 от 12.03.1998 г.) , которая в процессе лазерной деструкции давала возможность ориентироваться в направлении измененного просвета. Далее проводилась эндоскопическая лазерная деструкция. Режимы воздействия ВЭЛ подбирались в индивидуальном порядке (валоризация, фотокоагуляция, “fibertom”). Количество проводимых сеансов колебалось от 3 до 7 с интервалом 1-2 дня. В первые 2-3 сеанса, как следствие возникновения воспалительных ожоговых изменений, нередко отмечалась отрицательная динамика с уменьшением просвета органа. Для стабилизации просвета, а также с целью проведения энтерального питания в межоперационный период, проводилась повторная послеоперационная катетеризация пищевода с кардиоэзофагальным переходом. (РП № 3547 от 02.05.1998 г.). При возникновении геморрагических осложнений в ходе операции, тактика врача-эндоскописта заключалась в смене режима и способа воздействия ВЭЛ до достижения стабильного гемостаза. Наибольшую сложность в выполнении ВЭЛ-деструкции представляла полная обтурация органа или невозможность применения предварительной ориентировочной катетеризации. При этом резко возрастал риск перфорации органа. Для исключения подобных осложнений выбирались режимы “цадящего” воздействия ВЭЛ на ткань пораженного органа. Нередко, ВЭЛ-воздействия на кардиоэзофагальный переход сопровождались умеренными, или выраженными болевыми ощущениями, требующими дополнительных анестезиологических коррекций.

Особенностью применения лазера в колопроктологии является высокая васкуляризация оперируемых органов и, следовательно, увеличение вероятности геморрагических осложнений. Тактика врача-эндоскописта заключалась в индивидуальном подборе ВЭЛ, своевременной смене режимов воздействия на пораженные ткани, дополнительного применения в ходе операции препаратов, влияющих на показатели свертывающей системы крови как “местно”, так и парентерально.

После проведения эндоскопической операции все больные переводились в дневной стационар диагностической службы ДОКТМО. При отсутствии осложнений в ходе динамического отделения, больные переводились в профильные отделения ДОКТМО.

Выводы. 1. Использование высокоэнергетического лазера (ВЭЛ) в эндоскопической практике позволило значительно расширить показания к проведению паллиативных вмешательств в случаях невозможности радикальных хирургических операций.

2. Предварительное Ro-исследование, в случаях патологических изменений в верхних отделах ЖКТ, является обязательным, дающим врачу-эндоскописту возможность объективно оценить объем предполагаемой реканализации.

3. Предоперационное обследование и ведение больного в поле “анестезии сопровождения” позволяет уменьшить риск возникновения ятрогенных осложнений, как во время, так и после эндоскопической лазерной деструкции или реканализации.

**О.И. Дубровщик, И.Т. Цилиндзь, С.И. Кояло**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В УРГЕНТНОЙ И ПЛАНОВОЙ ХИРУРГИИ**

*Государственный медицинский университет, г. Гродно, Республика Беларусь*

На современном этапе развития абдоминальной хирургии одним из приоритетных направлений является разработка, широкое внедрение в клиническую практику малотравматичных миниинвазивных эндовидеохирургических технологий, завоевавших прочные позиции в хирургии и продолжающих обосновано успешно и интенсивно совершенствоваться и развиваться.

Малая их травматичность и инвазивность это только первый факт, который определил быструю востребованность методов малоинвазивной оперативной техники. Совершенствование и развитие лапароскопических технологий позволило, в последние годы, на качественном уровне по новому решать целый комплекс лечебно-диагностических задач в плановой хирургии и оказывать медицинскую помощь больным в стационарах ургентного профиля. Малоинвазивные технологии вносят значимые и существенные коррективы в сложившиеся традиции в абдоминальной хирургии.

Установление правильного диагноза в короткие сроки с помощью диагностической лапароскопии, своевременное проведение лечебных манипуляций и лапароскопических операций способствует и обеспечивает быструю реабилитацию, сокращает в 3-5 раз сроки пребывания больных в стационаре, что позволяет снизить экономические затраты на лечение и оплату нетрудоспособности больных.

В клинике общей хирургии за последние три года у 378 (18,4 %) больных поступавших по экстренным показаниям, при необходимости дифференциальной диагностики выполнена диагностическая лапароскопия. При этом, острой хирургической патологии не было установлено в 11,1 % случаев, что позволило воздержаться от оперативного вмешательства. Острая гинекологическая патология установлена у 19,1 % больных, острый аппендицит у 8,6 %, мезентериотромбоз у 5,7 %, острая кишечная непроходимость у 3,2 %, прободная язва у 1,9 %.

Основными преимуществами малоинвазивных методов исследования в ургентной хирургии с диагностической целью является максимальная, объективная и конкретная диагностическая ценность метода, сочетающаяся с высокой информативностью, что позволяет сократить длительность диагностического этапа.

Накопление опыта хирургами клиники в выполнении лапароскопических методик, укомплектованность расходным инструментарием позволили выполнить у 42 больных с закрытыми травмами живота диагностику и лечение повреждений внутренних органов. У 22 больных диагностированы разрывы и гематомы брыжейки тонкой кишки, разрывы глассоновой капсулы

печени (3) забрюшинные гематомы (2). Всем больным выполнена санация и дренирование брюшной полости при лапароскопии, перехода на лапаротомию не потребовалось. У 15 пациентов с закрытой тупой травмой живота патологии со стороны внутренних органов брюшной полости не выявлено.

В последние два года к диагностической лапароскопии прибегаем и при проникающих ранениях брюшной полости. Показаниями к диагностической лапароскопии при этом является отсутствие убедительных объективных и субъективных клинических данных о повреждении полых органов, при проникающих ранениях брюшной полости, печени и селезенки у больных с тяжелой степенью алкогольного опьянения. При этом у 14 больных поврежденных полых органов, печени и селезенки не было установлено. Диагностировано повреждение мезоколон с гематомой её у 10 больных, у 4 больных – повреждение сальника и кровотечение в свободную брюшную полость. Выполнены соответствующие манипуляции при лапароскопии, перехода на лапаротомию не потребовалось. Еще у 8 больных диагностированные повреждения потребовали перехода на лапаротомию в связи с повреждением поперечно-ободочной кишки и касательного повреждения желудка (2), повреждения тонкой кишки (4) и повреждения слепой кишки (2).

С января 2000 г. в клинике выполнено 95 (4,6 %) лапароскопических аппендэктомий. Лапароскопические аппендэктомии выполнялись при установленном диагнозе острого аппендицита либо после диагностической лапароскопии при оказании экстренной помощи. Диагностические малоинвазивные технологии все шире применяем в плановой хирургии с целью уточнения диагноза или дифференциальной диагностики. При плановых лапароскопических холецистэктомиях (ЛХЭ), у 18 больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) с симптомами механической желтухи в анамнезе, выполнена интраоперационная холангиография во время ЛХЭ.

При необходимости уточнения диагноза у больных злокачественными новообразованиями органов брюшной полости в 4,5 % случаев диагностирован канцероматоз брюшной полости, метастазы опухоли в печень в 1,9 % случаев, цирроз печени диагностирован в 9,2 % и менее чем в 1 % случаев злокачественные новообразования желчного пузыря, ворот печени и туберкулез тонкой кишки с туберкулезным перитонитом.

Таким образом, наш опыт применения малоинвазивных лапароскопических технологий с диагностической целью в экстренной и плановой хирургии позволяет отметить, что это направление высоко информативно, обеспечивает возможность тщательной ревизии брюшной полости, позволяет выбрать правильную лечебную тактику. Необходимость расширения использования малоинвазивных лапароскопических технологий бесспорна, и они должны быть востребованы при всех основных видах экстренной абдоминальной патологии, так как при необходимости проведения дифференциальной диагностики при этом выявляется высокая частота атипичных проявлений острых хирургических заболеваний и значительно сокращается диагностический этап.

**А.Н. Велигоцкий, С.П. Маслов, Д.В. Оклей, А.С. Трушин**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Заболевания панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) являются одними из самых сложных в плане дифференциальной и топической диагностики и сложности хирургического лечения. Особенно актуальны эти вопросы на фоне мировой тенденции роста частоты осложненной желчекаменной болезни (ЖКБ), вирусного гепатита, онкологических и обструктивных заболеваний ПДЗ. При этом все выше становится значение применения малоинвазивных эндоваскулярных технологий, обладающих высокой диагностической ценностью и лечебной эффективностью.

Современные диагностические возможности с использованием эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ), УЗИ, компьютерной и ядерномагнитно-резонансной томографии позволяют в 97-98 % определить локализацию обструкции билиарно-панкреатической системы (БПС).

В течение последних 3-х лет разработаны и внедрены иммунологические критерии оценки риска развития послеоперационной ПОН и деструктивного панкреатита на дооперационном этапе. Это позволило нам разработать трехэтапную хирургическую тактику лечения обструкций ПДЗ.

Наиболее информативными иммунологическими критериями высокого риска развития ПОН у данных больных выявился уровень интерлейкина-8 и лимфоцитотоксичность плазмы крови больного, а деструктивного панкреатита – высокий уровень воспалительных тканевых антигенов поджелудочной железы в сыворотке крови. Дополнительное применение данных критериев в сочетании с общепризнанными (Арасче II) позволило оценивать риск одномоментного вмешательства у каждого больного и при наличии высокого риска применять трехэтапную тактику.

Наиболее эффективной операцией первого этапа является декомпрессия с применением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). При холедохолитиазе, вколоченных камнях БДС, стенозирующем папиллите ЭПСТ является постоянным оперативным вмешательством I-го этапа, после которого при ЖКБ выполняется лапароскопическая холецистэктомия. В ряде случаев ЭПСТ носит временный характер и выполняется для временной желчной декомпрессии с целью подготовки к радикальным операциям на БДС и головке поджелудочной железы (ПЖ). Показаниями для них являются рак и аденоматозные дисплазии БДС, а также рак и кисты ПЖ, индуктивные псевдотуморозные панкреатиты.



Используемая ранее лапароскопическая, а позже видео-лапароскопическая методика, в том числе и в нашей клинике, не позволяет достаточно точно определить операбельность опухоли, однако значительно точнее в плане диагностики отдаленных метастазов, синдрома Курвуазье. Кроме того, видеолапароскопически можно произвести пункцию поджелудочной железы с целью биопсии. Модифицированная видеолапароскопическая холецистостомия без внутренних швов, но с достаточным герметизмом, одновременно с видеолапароскопической ревизией органов брюшной полости произведена авторами у 8 больных.

Одним из распространенных вмешательств II этапа, применяемых при опухолях БДС, является трансдуоденальная папиллэктомия (ТДПЭ). Нами разработана методика расширенной ТДПЭ, которая заключается в глубоком выделении интрапанкреатической части холедоха с пересечением и перевязкой его на глубине. Удаляются с применением электрокоагуляции участки поджелудочной железы, производится канюляция ниппельным дренажом Вирсунгова протока с выведением дренажа через стенку ДПК наружу. После этого накладывается холецистодуодено- или холецистоеюноанастомоз.

В качестве радикальной методики использовалась операция Уиппла-Шалимова с собственной модификацией панкреатоеюноанастомоза. В методике последней заложена идея минимальной травматизации культи ПЖ и использования опорных швов для инвагинации ее в просвет кишки. Операцию дополняем обязательной коагуляционной лимфодиссекцией и наложением брауновского соустья.

Для профилактики послеоперационных осложнений целесообразно применение препаратов, улучшающих функцию поджелудочной железы и уменьшающих явления панкреатита, в предоперационном периоде, после операций I-го этапа для подготовки к радикальной операции. С этой целью в зависимости от тяжести поражения ПЖ мы применяли подкожное введение сандостатина в дозе от 0,05 мг до 0,1 мг 2-3 раза в сутки, часто в сочетании с внутривенным введением 100 ед. миакальцика 1-2 раза в сутки за 5-7 дней до радикальной операции.

Для проведения комплексной терапии деструктивного панкреатита с гнойно-септическими осложнениями необходимо применение антибиотиков широкого спектра действия с достаточной биодоступностью в ткань поджелудочной железы (тиенам и левофлоксацин – таваник).

При исходно высокой билирубинемии в послеоперационном периоде у многих больных имелись признаки развития печеночной недостаточности. Для ее профилактики и лечения у 14 больных успешно применена биосорбция крови с использованием криоконсервированных ксеногепатоцитов и ксеноселезенки.

В настоящее время нами выполнено 96 ПДР, из них 92 по поводу рака ПЖ и БДС с 6 летальными исходами (6,2 %) и 4 ПДР по поводу хронического индуративного панкреатита без летальных исходов.

Таким образом, применение этапной хирургической тактики у больных с обструктивными заболеваниями панкреатодуоденальной зоны с использованием в послеоперационном периоде мощной антиферментной терапии (сандостатин п/к), антибактериальной терапии (таваник – внутривенно) и биосорбции значительно сокращает число тяжелых послеоперационных осложнений, таких как несостоятельность панкреатоюноанастомоза, послеоперационный панкреатит, абсцессы брюшной полости, несостоятельность билиодегистивного анастомоза, печеночная недостаточность.

УДК 616.345:616.381-072.1

**В.В. Грубник, В.В. Величко**

## **РАЗВИТИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ**

*Одесский государственный медицинский университет,  
Областная клиническая больница, Одесса*

**Введение.** Хирургическое лечение заболеваний толстой кишки до настоящего времени представляет актуальную проблему. С 1991 года в мире осваиваются лапароскопические методики операций на толстой кишке. Анализ отдаленных результатов их применения по данным ряда авторов позволяет сделать ряд выводов: уменьшаются кровопотеря, выраженность послеоперационного болевого синдрома, количество осложнений, сокращаются сроки госпитализации и периода реабилитации, отсутствует большой послеоперационный рубец.

С 1996 года появляются сообщения о выполнении лапароскопических вмешательств с применением ручной ассистенции и с использованием системы пневматического рукава. Последний позволяет пользоваться рукой хирурга в брюшной полости без потери пневмоперитонеума, нивелировать недостатки чистой лапароскопической колопроктологии, такие как, бедность обзора операционного поля, трудности определения границ резекции кишки (отсутствует обычная пальпация), невыполнимость мобилизации кишки в условиях спаечного процесса, большой опухоли, раздутых петель кишечника.

**Материалы и методы.** В хирургической клинике Одесского государственного медицинского университета с 1998 по 2001 год выполнено 38 лапароскопических операций на толстой кишке у больных в возрасте от 27 до 73 лет. Преобладали пациенты старше 60 лет (67 %). Мужчин было 26 человек

(68,4 %), женщин 12 (31,56 %). Все заболевания распределились: 15 наблюдений (39,5 %) – опухоли левой половины ободочной кишки, 6 (15,7 %) – опухоли правой половины ободочной кишки, 5 (13,1 %) – долихосигма, 4 (10,5 %) – хронический колостаз при синдроме Пайра, 5 (13,1 %) – опухоли прямой кишки, 3 (7,9 %) – дивертикулярная болезнь. Из всех опухолевых поражений толстой кишки злокачественные составили 91 % случаев.

Все больные разделены на 2 группы.

В 1 группе произведено 32 вмешательства по описанным ниже лапароскопическим методикам. Вводили 1-ый троакар, выполняли диагностическую лапароскопию. В случае правосторонней колэктомии вводили 2-ой троакар в правой подвздошной области, 2 троакара в левом и правом подреберьях. При левосторонней резекции кишки 2-ой троакар вводили в правой подвздошной области, 3-ий – в левом подреберье, 4-ый – в левой мезогастральной области. После лапароскопической мобилизации кишки и дотирования сосудов брыжейки кишки резекцию и наложение межкишечного анастомоза производили экстракорпорально через разрез передней брюшной стенки 5-6 см. Для этого разрез выполняли косой, по типу Мак-Бурнея в правой и, соответственно, левой подвздошных областях.

Во 2 группу выделено 6 больных, у которых при диагностической лапароскопии были выявлены большие размеры опухоли толстой кишки с мощным спаечным процессом, что вызвало бы значительные технические трудности при использовании чисто лапароскопической методики. Производились лапароскопические вмешательства на толстой кишке с ручной ассистенцией при помощи системы пневматического рукава (фирм “Kexterity” и “Smith & Nephew”). В окологупочной области вводили троакар, производили диагностическую лапароскопию. Затем вводили 2-3 троакара, сообразуясь с уровнем предстоящей резекции кишки. Выполняли разрез передней брюшной стенки 5 см по средней линии в мезогастрии. Через него устанавливали шлюз аппарата, фиксируя его раздувной манжеткой (в случае изделия “Kexterity”), или приклеивая к коже (“Smith & Nephew”). Проводили левую руку оператора в брюшную полость и герметизировали последнюю посредством пневморюкава, который охватывает руку до средней трети предплечья. Восстанавливали карбоксиперитонеум. Этап мобилизации кишки выполняли, осуществляя тракцию ее рукой. Применение пневматического рукава позволило лигировать сосуды брыжейки интракорпоральным вязанием узлов без эндостеплеров типа EndoGia-30 и EndoGia-60. После полной лапароскопической мобилизации толстой кишки для наложения межкишечного анастомоза кишку выводили наружу через шлюз системы пневморюкава.

В 1 группе произведено 32 лапароскопических вмешательства: 6 (18,7 %) правосторонних гемиколонэктомий, 7 (21,8 %) левосторонних гемиколонэктомий, 6 (18,7 %) резекций сигмовидной кишки, 4 (12,5 %) низведения селезеночного изгиба ободочной кишки при синдроме Пайра, 4 (12,5 %) обструктивные резекции сигмовидной кишки с выведением стомы (типа Гарт-

мана), 3 (9,4 %) превентивних сигмостомии (по поводу неоперабельного рака прямой кишки), 2 (6,25 %) передние резекции прямой кишки.

Во 2 группе выполнено 6 лапароскопических вмешательств на толстой кишке с ручной ассистенцией при помощи системы пневматического рукава: 4 (66,6 %) правосторонних гемиколонэктомий, 1 (16,6 %) левосторонняя гемиколонэктомия и 1 (16,6 %) резекция сигмовидной кишки.

Результаты. В послеоперационном периоде среди пациентов 1 группы отмечались такие осложнения: несостоятельность межкишечного анастомоза в 1 случае (2,6 %); нагноение раны в 2 случаях (5,3 %); левосторонний экссудативный плеврит в 1 случае (2,6 %). Во 2 группе осложнений не было. Сроки пребывания в стационаре:  $9,7 \pm 1,2$  суток для больных 1 группы и  $6,8 \pm 1,1$  суток для больных 2 группы.

Выводы. Малоинвазивные методики позволяют снизить количество послеоперационных осложнений, сроки госпитализации пациентов, избежать большого травматичного разреза, повысить комфортность послеоперационного периода, снизить кровопотерю. Ручная ассистенция с использованием пневматического рукава обеспечивает соблюдение онкоканонов резекции кишки за счет доступности пальпации кишки и лимфатических узлов, упрощает все этапы операции.

УДК 616.62.-003.7+616.366.-003.7+616.66.-002-089

**С.О. Трепет, С.Є. Подпряттов, О.В. Вітренко, І.І. Яворский**

## **ТАКТИКАМІНІІНВАЗИВНОГОХІРУРГІЧНОГОЛІКУВАННЯ ПОЄДНАННЯЖОВЧНОКАМ'ЯНОЇ ТАСЕЧОКАМ'ЯНОЇХВОРОБ**

*Київська міська клінічна лікарня № 1, м. Київ.*

Вступ. Завдяки впровадженню мініінвазивних технологій, лікування жовчокам'яної хвороби (ЖКХ) стало малотравматичним і набуває все більшого поширення (1, 2). Однак, тактика та способи лікування поєднання ЖКХ з сечокам'яною хворобою (СКХ) не розроблені.

Матеріал та методи. В клініці в 2001 році проліковано 54 хворих з поєднанням ЖКХ та СКХ.

Для виконання оперативних втручань використовували відеохірургічний комплекс "ЕФА", уретероренофіброскоп URF-P3 "κLYMPUS", операційний цистоуретроскоп "WκLF".

Результати. За тактикою лікування хворі були поділені на шість клінічних груп. Гострий калькульозний холецистит, СКХ без клінічних ознак встанов-

лені у 16 хворих. Лапароскопічна холецистектомія здійснена у 15 з них. В післяопераційному періоді застосовували медикаментозну профілактику виникнення ниркової коліки.

Гострий калькульозний холецистит, СКХ з вторинним калькульозним пієлонефритом встановлені у 6 хворих. Лапароскопічна холецистектомія проведена 4 пацієнтам одночасно з медикаментозною профілактикою появи ниркової коліки, раціональною антибіотикотерапією.

Хронічний калькульозний холецистит, СКХ без клінічних ознак були у 9 хворих. Лапароскопічна холецистектомія здійснена у 8 з них з проведенням медикаментозної профілактики появи ниркової коліки. В післяопераційному періоді в двох спостереженнях виникла ниркова коліка. Виконана ендоскопічна ретроградна катетеризація сечовода з метою усунення ниркової коліки.

Хронічний калькульозний холецистит, холедохолітіаз, обтураційна жовтяниця, СКХ без клінічних ознак мали місце у 2 хворих. Обом проведена лапароскопічна холецистектомія, холедохолітоекстракція, в післяопераційному періоді застосовували медикаментозну профілактику появи ниркової коліки.

Ниркова коліка з частковим порушенням відтоку сечі, ЖКХ без клінічних ознак виявлені у 17 хворих. Як перший етап лікування хворим проведено медикаментозне усунення ниркової коліки. В подальшому 11 хворим виконана лапароскопічна холецистектомія.

Ниркова коліка, уретеролітіаз з блоком відтоку сечі з нирки, ЖКХ без клінічних ознак встановлені у 6 пацієнтів. Спочатку 3 хворим здійснена ендоскопічна уретеролітоекстракція потім – лапароскопічна холецистектомія. В двох спостереженнях ендоскопічна уретеролітоекстракція і лапароскопічна холецистектомія виконані одночасно. В одному спостереженні не вдалося ендоскопічно видалити конкремент з сечоводу через його великий діаметр (9 мм) та розташування в нижній третині сечоводу. Виконані відкриття уретеролітомія та лапароскопічна холецистектомія.

У всіх спостереженнях отриманий хороший результат лікування. Ускладнень та летальності не було. Середня тривалість лікування хворого в стаціонарі склала  $8,4 \pm 0,9$  доби.

Висновок. Поєднання ЖКХ та СКХ може супроводжуватись одночасним або взаємопов'язаним їх загостренням, що обумовлює необхідність проведення одночасного лікування. Розподіл хворих на клінічні групи дозволяє визначити послідовність лікувальних дій залежно від інтенсивності клінічних ознак конкуруючих захворювань. Застосування мініінвазивних способів оперативного втручання дозволяє здійснити ефективне хірургічне лікування ЖКХ та СКХ в одному стаціонарі з мінімальною травматичністю.

#### **Література**

1. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Ничитайло М.Ю., Ковальчук О.Л. Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів – Тернопіль-Рівне: «Вертекс», 1997. – 155 с.
2. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саєнко В.Ф., Ничитайло М.Е. Відеолапароскопічні операції у хірургії та гінекології – К.: Здоров'я, 1999. – 304 с.

**І. Дужий, В. Мадяр, В. Шевченко, Г. П'ятикоп**

## **МОЖЛИВОСТІ ЗВІЛЬНЕННЯ ПЛЕВРИ ВІД НАШАРУВАНЬ ШЛЯХОМ ТОРАКОСКОПІЇ**

*Сумський державний університет*

Плевральний випіт – синдром, що супроводжує значну кількість патологічних процесів, що зустрічаються у грудній порожнині і далеко за її межами (3, 5, 6, 7).

До цих захворювань, окрім власне хвороб плеври, відносяться патологічні процеси межистіння, легень, серця, діафрагми, черевної порожнини, таза та лімфатичної системи. Загальна їх кількість перевищує 80. Відносно різноманітності цих хвороб треба лише вказати, що ними бувають загальні процеси (специфічного чи неспецифічного генезу), пухлинного характеру (первинного чи метастатичного), гінекологічні хвороби пухлинного чи кістозного характеру та дистонії фізіологічно активних тканин (ендометрія), захворювання сполучної з'єднувальної тканини (5).

Найчастіше плевральний випіт зустрічається як один із синдромів при хворобах саме плеври. А серед останніх – при специфічному її ураженні: туберкульоз чи запалення плеври специфічного або алергічного характеру, в тому числі і при захворюванні легень. Питома вага випоту специфічного (туберкульозного) походження сягає 52-53 % (5).

Оскільки статистичний підрахунок плеврального випоту в нашій державі та на теренах СНД не проводиться, зішлемось на англо-американську літературу (7), з якої відомо, в США у 1987 році плевральний випіт зареєстрований у 1 млн пацієнтів.

Залежно від генезу і характеру (асептичний, алергічний, гнійний) випіт може містити в собі білок від 5 до 40 г/л. За сприятливих умов випіт всмоктується пристінковою плеврою, головним чином лімфатичними люками. Білок при цьому осідає на парієтальній та нутрощевій плеврі, утворюючи нашарування, що в тій чи іншій мірі обмежують рухливість діафрагми і власне легень. Останнє неминуче призводить до порушення функції зовнішнього дихання, якщо навіть після розсмоктування випоту патологічний процес на цьому і завершується (1, 4, 7). Чим довше випіт знаходиться у плевральній порожнині, тим більш розповсюдженими та інтенсивними будуть і наведені вище зміни.

Чому в одних випадках білок випадає в осадок швидко, що заважає продивитись і вивчити стан пристінкової і нутрощевій плеври, а в інших нашарування мають лише слідів характер? Це все потребує окремого вивчення.

Незважаючи на те, що технологія етіологічної діагностики плеврального випоту у нашому регіоні відпрацьована і хворі за розробленими показан-

нями направляються у хірургічне відділення туберкульозного диспансеру для спеціалізованого обстеження, все ж у значній частині пацієнтів виявляємо такі нашарування. До 1999 року серед 1500 пацієнтів вони зустрілись у кожного третього. За три останні роки при 215 ендоскопій нашарування констатовані у 53 хворих, або у кожного четвертого з них. У 37 хворих зазначені нашарування не давали можливості оглянути нутрощеву і пристінкову плеври та супроводжувались перетинками струно-, вітрило подібного та скупченого характеру, що давало підставу виставити показання до мініінвазивного їх видалення з метою достовірної діагностики, попередження описаних вище функціональних розладів та переходу процесу у хронічний плеврит (5, 7).

Троакар для ендоскопії вводимо по середній пахвовій лінії у 5-му міжребровому проміжку. Після встановлення показань до видалення нашарувань уводимо додатковий троакар у найбільш сприятливому місці, яке обираємо таким чином, щоб кут “прищілу” уведених через гільзу троакара щипців був максимально розкритим. На першому етапі видаляємо усі перетинки, розріджуємо цілість нашарувань на пристінковій плеврі уздовж уявних міжребрових проміжків, тупо проводячи вздовж них закритими щипцями. Якщо це вдалось зробити, захвачуємо один із країв нашарувань і робимо тракцію вгору чи вниз. Максимально звільнивши пристінкову плевру, звільняємо від пухких напластувань нутрощеву. Більш щільні нашарування на вісцеральній плеврі чіпати недоцільно, оскільки маніпуляція може призвести до порушення її цілісності, а отже – до травматичного пневмотораксу.

В усіх випадках нам вдалось очистити парієтальну плевру до рівня можливого візуального діагнозу (5) чи упевненої щипцевої біопсії у найбільш відповідних місцях (32). Туберкульоз плеври при цьому верифікований у 19 пацієнтів, неспецифічний плеврит – у 10, алергічний плеврит – у 2, метастатичний процес – у 6.

Розширення можливостей торакоскопії при плевральних випотах, на нашу думку, додатковий аргумент на користь розгортання ліжок у кожному регіоні для верифікації чи ідентифікації причин плевального випоту (5).

### Література

1. Абуев Г.А. Экссудативный плеврит у лиц молодого возраста // Материалы II съезда фтизиатров Закавказских республик. – Тбилиси, 1974. – С. 163-164.
2. Авилова О.М., Гетьман В.Г., Макаров А.В. Торакоскопия в неотложной хирургии. – К.: Здоров'я, 1986. – 127 с.
3. Баскаков В.П. Клиника и лечение эндометриоза. – Ленинград: Ленотдмед, 1990. – 240 с.
4. Вычиков С.Д. Клиника и течение экссудативных плевритов у лиц молодого возраста // Тез. Докл. VIII науч. конф. Владивосток. Мед. Ин-та. – Владивосток, 1970. – С. 60.
5. Дужий І.Д. Клінічна плеврологія. – Здоров'я, 2000. – 380 с.
6. Клименко В.И., Апостолов В.И., Волошин Я.М. Катаменальный пневмоторакс // Тез. докл. I съезда фтизиатров и пульмонологов Украины (Винница, 1993). – С. 128.
7. Семенеев Ю.Л., Горбулин А.Е. Плевриты. – К.: Здоров'я, 1983. – 181 с.
8. Magnussen H., Perry S.F., Willimer H., Piiper J. Transpleural diffusion of inert gases in excised lung lobes of the dog // Respir. Physiol. – 1974. – V. 20. – P. 1-15.

**І.Д. Дужий****МІНІНВАЗИВНІВТРУЧАННЯПРИТУБЕРКУЛЬОЗЛЕГЕНЬ***Сумський державний університет*

З кінця 80-х років туберкульоз в усьому світі вийшов на новий етап свого розвитку. Захворюваність, хворобливість і смертність значно зросли в усіх країнах, не забувши “зачепити” при цьому навіть США. Останнє, на нашу думку, є ваговим аргументом того, що причиною наведеної ситуації є не матеріальні чи економічні негаразди, як полюбляють стверджувати апологети соціальної доктрини даної хвороби. Дійсно, соціальні фактори мають і відіграють відповідне значення частково в розповсюдженні, а частково і в лікуванні цієї недуги. Ці фактори мають особливо велике значення на теренах СНД. В цих країнах, особливо в межах Середньої Азії, Кавказу, Закавказзя і Західного Сибіру захворюваність збільшилась за останні 12-15 років майже удвічі. Та для нас достатньо того, що в Україні з 1995 року зареєстрована епідемія сухот. Доцільно наголосити, що за останні роки хвороба зазнала значного патоморфозу. Останній торкнувся усіх її ланок і перш за все збудника. Первинно стійкі штами мікробактерій туберкульозу виявляються у 15-17 % вперше виявлених хворих, а вторинна стійкість розвивається протягом 6 місяців лікування у 45-60 % пацієнтів. На тлі значно меншої реактивації організму, що і не може бути інакше при тотальній технізації, хімізації та електронізації суспільства на тлі значно підвищеного радіаційного фону, усе збільшується питома вага дисемінованих та розповсюджених форм сухот серед вперше виявлених пацієнтів. Відсоток хворих із деструкцією в легенях сягає 65-85, а це вже зовсім інша форма туберкульозу в епідеміологічному плані, оскільки деструктивна порожнина, навіть і не сформована, є головним джерелом мікробактерій в організмі людини, звідки вони поширюються лімфо-гематогенним і, що найважливіше, механічним шляхом, а саме гравітаційним, у межах хворої легені, та аспіраційним – у паренхіму протилежної легені. Якщо гематогенні відсіви завжди пов'язані із судинним компонентом і мають дрібний розмір (2-3 мм) та частіше інфільтративно-продуктивний характер, а отже значну схильність до їх фіброзної трансформації, то бронхогенні відсіви пов'язані з бронхами, мають значно більший розмір, казеозно-некротичний характер і переважно схильність до розпаду, що замикає патологічне зачароване коло. Відтак хворий збільшує свій потенціал як джерела інфекції і для навколишнього середовища.

Лікувати ж такого пацієнта з кожним днем стає важче з огляду на можливу первинну чи вторинну стійкість. До туберкульозної інфекції в зоні деструкції додається неспецифічна. Змішана ж подається лікуванню значно важче. Тривала специфічна інтоксикація ще більше знижує рівень імуніте-



ту. І це все на тлі попередньо зниженої реактивності. Якщо до цього додати, що пацієнти від тривалого стаціонарного, та й не тільки, лікування починають нудьгувати, стане зрозумілим, м'яко кажучи, неадекватне їх ставлення до своєї хвороби. Ось де соціальні фактори починають грати "ведуче" положення відносно свого "я", оточуючих та держави. Дійсно, хвороба, "спалюючи" людину, "спалює" і її жагу до життя. Відомо, що протягом першого року лікування помирає 12-17 % таких хворих (3-4), а за перші три – до 35 % (2,4). Що ж можна цьому ефективно протиставити? На нашу думку, перш за все, безпосередню дію на вогнище деструкції. Показання до такого втручання загалом можна сформулювати наступним чином (1):

- деструкція в легеневій тканині вперше виявленого хворого, що не має явної тенденції до закриття протягом 2-3 міс лікування;
- деструкція при рецидиві сухот;
- деструкція у хронічного хворого.

Чим раніше виявлена стійкість мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, тим настирливішими повинні бути показання до втручання. В усіх випадках розмір порожнини повинен бути у діаметрі не менше 5 см.

Не вдаючись до історії питання лише зазначимо, що в нашій країні операцію запропонував і втілював у життя на початку 70-х років М.С. Пилипчук. Втручання пропонувалось як мікродренування каверни. Передумовою його застосування повинно бути зрощення легені в ділянці порожнини з пристінковою плеврою, що є профілактикою пневмо- чи піопневмотораксу.

Операції передують обов'язкове томографічне дослідження з наступною рентгеноскопією на останньому етапі. Його мета – визначити місце максимально близького прилягання каверни до грудної стінки. При цьому в центрі порожнини ставлять крапку.

Виконується втручання під місцевою анестезією. Після знаходження порожнини, довгою голкою виконують каверноцентез за допомогою троакара. Через гільзу останнього вводять катетр відповідного розміру, який фіксується на шкірі лігатурою та лейкопластером, залишаючись відкритим. У порожнину вводять антибіотики разом із протеолітичними препаратами (трипсин, хімопсин, терилітин і ін.). Попеременно вводять антибіотики неспецифічної дії та протитуберкульозні. Рифампіцин вводити не бажано оскільки від нього псується іригатор і можливі ускладнення механічного характеру.

Дане втручання ми здійснили у 37 хворих. 19 з них мали полірезистентність, 9 – резистентність. Середній термін знаходження іригатора в каверні – 87 днів. Закрилась каверна у 5 хворих, значно зменшилась в розмірі – у 26, залишилась без змін – у 6. В усіх пацієнтів досягнуто значного зменшення кашлю та кількості мокротиння. 33 пацієнти, незалежно від чутливості мікобактерій до антибактеріальних препаратів, вдалось абацйлювати, 4 – залишилось бацилярними, але були виписані з відділення достроково за порушення режиму. 6 хворим після санації каверни виконано резекційне втручання: 1 – плевропневмонектомія, 3 – лобектомія, 2 – ком-

бінована резекція, яка доповнена інтраплевральною торакопластиком. 2 пацієнтам виконана 7-реброва інтраплевральна торакопластика, 11-розширена верхня 7-реброва екстраплевральна торакопластика. Отже, 24 хворих (64,8 %) вдалося вилікувати (ліквідувати каверну і абацилювати). 7 з 11 пацієнтів, що відмовилися від наступного хірургічного етапу, загинули від прогресування туберкульозного процесу протягом 12-18 місяців.

Виходячи з проблем, що вирішуються даним втручанням, вважаємо за доцільне іменувати операцію кавернотомією за закритим типом (1).

#### **Література**

1. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври. – К.: Здоров'я, 2002.
2. Рєпин Ю.М., Ельзин А.В., Оттен Т.Ф. Отдаленные результаты сложных полисегментарных резекций легких по поводу туберкулеза с множественной локализацией // Пробл. туб. – 1998. – № 6. – С. 26-29.
3. Убайдуллаев А.М., Арифханова С.И., Кадилова Р.А. Анализ качества клинической диагностики туберкулеза по секционным данным // Пробл. туб. – 1998. – № 6. – С. 7-10
4. Феценко Ю.І., Мельник В.М. туберкульоз легень в період епідемії: епідеміологічний, клініко-діагностичний, лікувально-профілактичний та організаційний аспекти. – К.: "Логос", 1998. – 282 с.

УДК-616-007.43:616-08

**Р.С. Парфентьев**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ И ОТКРЫТОЙ ПЛАСТИКИ ПОЛИХТЕНШТЕЙНУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ**

*Одесский государственный медицинский университет,  
Одесская областная клиническая больница*

Вступление. Одной из самых распространенных хирургических патологий является паховая грыжа. Применение пластики своими тканями, даже по усовершенствованным методикам, дает высокую частоту рецидивов: от 5 % до 30 % и более (1, 2). Отмечается и длительный срок реабилитации после операции, достигающий 4-6 месяцев. В конце 80-х годов был внедрен в хирургическую практику метод аллопластики по Лихтенштейну (3). Отмечается простота метода, малая травматичность оперативного вмешательства, короткий период послеоперационной нетрудоспособности, низкая частота рецидивов (3). В начале 90-х годов стали внедряться методы эндоскопической герниопластики при паховых грыжах (внутрибрюшинные, и внебрюшинные) (2, 3, 4, 5). Однако до сих пор отношение к этим методикам остаётся неоднозначным (4, 5). Эндоскопические операции имеют такие преиму-

щества, как малая травматичность, меньшая выраженность болевого синдрома, скорейшая реабилитация, хороший косметический эффект. Целью нашего исследования явилось проведение сравнительного анализа результатов пластики паховых грыж с использованием эндоскопических методов и аллопластики пахового канала по Лихтенштейну.

С 1994 по 2000 г. в клинике было прооперированно 287 пациентов с паховыми грыжами с использованием сетчатых трансплантатов. Герниопластика по методу Лихтенштейна выполнена у 163 больных, лапароскопическая герниопластика выполнена у 124 пациентов. Среди них трансабдоминальная герниопластика – у 96 пациентов, преперитонеальная герниопластика – у 28 пациентов. У 59 больных герниопластика была выполнена с обеих сторон. 78 пациентов были прооперированны по поводу рецидивных грыж. Возраст пациентов колебался от 16 до 86 лет. Средний возраст составил 39,5 лет. Мужчин было 246, женщин – 43. Специальной предоперационной подготовки не производили. Больные поступали в клинику накануне или в день операции. Среди больных, которым выполнялась операция по Лихтенштейну, местная анестезия была использована у 81 % пациентов. При эндоскопической герниопластике у всех пациентов был применён общий наркоз. Открытая пластика производилась по модифицированному методу Лихтенштейна, с использованием полипропиленовой сетки (Marlex, Bard). У 43 пациентов использовалась техника “Plug and mesh” (“вставка и сетка”). Трансабдоминальную герниопластику производили путем формирования в предбрюшинном пространстве, в проекции пахового промежутка, полости, в которую производили установку синтетического протеза размером 10x8 см. Последний фиксировали герниостаплером, а затем производили закрытие брюшины над сеткой специальным швом. При преперитонеальной герниопластике производили отслойку баллоном-диссектором брюшины от передней брюшной стенки с формированием предбрюшинного пространства, без вскрытия брюшной полости. В указанное пространство вводили сетку, которую расправляли. Фиксация сетки осуществлялась за счет внутрибрюшного давления, после извлечения эндоскопа.

Все пациенты перенесли операцию хорошо. Серьёзных осложнений со стороны органов дыхательной и сердечно-сосудистой систем не выявлено. Были отмечены следующие осложнения операций: отек мошонки и семенного канатика после пластики по Лихтенштейну – у 6 (3,7 %) пациентов, а после эндоскопической пластики – у 3 (2,4 %). Гематома и серома в области раны в первом случае наблюдалась у 2 (1,2 %) пациентов, а во втором — у 6 (4,8 %). У 6 (4,8 %) пациентов, которым выполнялась эндоскопическая пластика пришлось выполнить конверсию, что было обусловлено техническими трудностями, возникшими при выполнении операции. Необходимости в применении наркотических анальгетиков у нас не возникло. Все пациенты могли уже через несколько часов после операции вставать и ходить. Отмечалась несколько меньшая выраженность болевого синдрома у пациентов

после эндоскопической герниопластики. Средний койко-день при операции по методике Лихтенштейна составил 2,4, а при эндоскопической герниопластике – 1,9. После операции по Лихтенштейну пациенты возвращались к работе или к своей обычной физической активности в среднем через 11 дней, в то время как после эндоскопических вмешательств этот срок составил 7 дней. Отдалённые результаты прослежены в группе открытой пластики по Лихтенштейну у 148 пациентов (90,8 %) и в группе после эндоскопической пластики – у 118 пациентов (95,2 %). После пластики по Лихтенштейну рецидивов грыжи не отмечено. После эндоскопической пластики имелось два рецидива грыжи (1,6 %). Причиной их была недостаточная фиксация сетчатого протеза к мышцам передней брюшной стенки во время трансабдоминальной герниопластики.

Результаты лечения паховых грыж открытым и эндоскопическим способами в целом сопоставимы. Имеется различие в сроках пребывания пациентов в стационаре и времени реабилитации, которые меньше в группе эндоскопической пластики примерно в два раза. Недостатками эндоскопического метода является необходимость в общей анестезии, дороговизна оборудования и инструментария, риск возникновения осложнений со стороны органов брюшной полости. Так же необходимо указать на преимущества преперитонеальной техники перед трансабдоминальной, что выражается в более простой методике операции, отсутствия необходимости фиксации стаплером сетчатого протеза, сохранение целостности брюшины. Особо следует отметить эффективность эндоскопических методов пластики паховых грыж при двусторонних и рецидивных грыжах.

#### **Литература**

1. Черенько М.П. Брюшные грыжи. – Киев, 1995. – 260 с.
2. Barkun J.S., Wexler M.J., Hinchey E.J., Thibeault K., Meakins J.L. Laparoscopic versus open inguinal herniorrhaphy: Preliminary results of a randomized controlled trial // *Surgery*, 1995; 118: 703-710.
3. Amid PK, Shulman AG, Lichtenstein IL. A critical comparison of laparoscopic hernia repair with Lichtenstein tension-free hernioplasty. *Med J Australia* 1994; 161:239-40.
4. Aitola P., Airo I., Matikainen M. Laparoscopic versus open preperitoneal inguinal hernia repair: a prospective randomized trial // *Ann. Chir. Gyn.* – 1998. – Vol. 87, № 1. – P. 22-25.
5. Хатьков И.Е., Протасов А.В., Фалькова А.Э. Трудности лапароскопической герниопластики (обзор) // *Эндоскопическая хирургия.* – 1999. – № 3. – С. 31-34.

**Г.В. Соколенко, А.Н. Лищенко, Е.А. Ермаков**

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МИНИЛАПАРОТОМНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЕ**

*Кубанская медицинская академия, г. Краснодар, Россия*

При анестезиологическом обеспечении минилапаротомных вмешательств с применением ранорасширителя «Мини-Ассистент» в ургентной хирургии у больных пожилого и старческого возраста возникает ряд проблем. С одной стороны необходимость экстренной операции не дает возможности проведения полноценного обследования и предоперационной подготовки больного, с другой – при выборе анестезиологического пособия необходимо учитывать малую травматичность минилапаротомного доступа, требующего в тоже время хорошей релаксации брюшной стенки. Больные старших возрастных групп, как правило, имеют серьезную сопутствующую патологию со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой систем, у которых проведение общей анестезии с искусственной вентиляцией легких сопряжено с риском развития декомпенсации. Решить эти проблемы позволяет продленный эпидуральный блок, обеспечивающий не только адекватную интраоперационную анестезию и миорелаксацию, но и полноценное послеоперационное обезболивание без использования наркотических анальгетиков.

Мы располагаем опытом анестезиологического обеспечения 378 минилапаротомных операций на гепатобилиарной зоне, 78 из которых выполнены под эпидуральной анестезией со спонтанным дыханием у больных в возрасте от 60 до 86 лет. Катетеризация эпидурального пространства выполнялась на уровне Th<sub>6-7</sub>. Для адекватной анестезии достаточна блокада 8-9 сегментов, при этом расчетная доза 2 % лидокаина в зависимости от возраста составляла 10-13 мл. Одновременно с основной дозой местного анестетика вводилось 3-5 мг морфина. Для поддержания блока во время операции через каждые 30 минут в эпидуральное пространство вводилась 1/3 первоначальной дозы местного анестетика. Гипнотический эффект обеспечивался внутривенным введением смеси оксибутирата натрия (20-30 мг/кг/час) и тиопентала натрия (2-3 мг/кг/час). Обязательно осуществлялась инсуффляция кислорода через назальный катетер потоком 5-6 л/мин.

Проводился мониторинг ЭКГ, АД, ЧСС, ЦВД, дыхательного объема (ДО), минутного объема дыхания (МОД), по данным интегральной реографии тела рассчитывался сердечный (СИ) и ударный (УИ) индексы, общее периферическое сопротивление сосудов (ОПСС), контролировался газовый состав крови (PaO<sub>2</sub> и PaCO<sub>2</sub>).

Обследование в предоперационном периоде показало, что у больных старших возрастных групп имелась исходно низкая сократительная способность миокарда (низкие УИ и СИ) на фоне повышенного АД и ОПСС. Несмотря на своевременную инфузионную коррекцию, развитие эпидурального блока у 62 больных (79,5 %) сопровождалось прогрессирующей артериальной гипотонией, падением УИ, СИ и ОПСС, что требовало применения симпатомиметиков. В патогенезе гипотонии и брадикардии при высоком эпидуральном блоке играет роль не только увеличение емкости сосудистого русла, приводящее к уменьшению венозного возврата. Как известно, медикаментозная симпатическая блокада верхних грудных сегментов сопровождается несбалансированностью активности блуждающего нерва, что также приводит к брадикардии и уменьшению ударного и минутного объемов кровообращения.

Смешанный адреносимпатик эфедрин, по нашим данным, не способен обеспечить стабильность гемодинамики и его применение у пожилых больных, сопровождается неконтролируемыми колебаниями АД, а СИ поддерживается на уровне, близком к исходному, за счет тахикардии и высокого ОПСС ( $1821 \pm 48$  дин·с·см<sup>-5</sup>).

Наш опыт свидетельствует, что у пожилых больных управление центральной гемодинамикой при медикаментозном симпатическом блоке наиболее целесообразно осуществлять титруемой инфузией дофамина. В дозе, стимулирующей В<sub>1</sub>-адренорецепторы (2-5 мкг/кг/мин), дофамин не только позволял поддерживать артериальное давление во время операции на желаемом уровне, но и нормализовал сократительную способность миокарда и ОПСС -УИ статистически достоверно не отличался от предоперационной величины, а ОПСС поддерживалось на уровне  $1440 \pm 50$  дин·с·см<sup>-5</sup>.

Исследование газового состава крови во время операции не выявило нарушений газообмена при самостоятельном дыхании на фоне эпидурального блока: РаО<sub>2</sub> составляло  $106,8 \pm 1,9$  мм рт.ст., что на 25 % превышало исходный уровень ( $85,4 \pm 1,1$  мм рт.ст.;  $P < 0,001$ ), а РаСО<sub>2</sub> статистически достоверно не отличалось от предоперационной величины и составляло  $40,8 \pm 0,9$  мм рт.ст.

Сравнительный анализ показал, что у больных, оперированных под эпидуральной анестезией, послеоперационный период протекал более благоприятно, чем у пациентов, оперированных под общей анестезией с ИВЛ. У них в 1,5 раза реже возникали послеоперационные осложнения, был менее выражен болевой синдром, они вставали с постели и начинали ходить в первые сутки после операции.

Выводы. 1. Эпидуральная анестезия с сохраненным самостоятельным дыханием обеспечивает адекватное обезболивание и достаточную релаксацию для выполнения минилапаротомных операций.

2. Титруемая инфузия дофамина со скоростью 2-5 мкг/кг/мин у больных пожилого и старческого возраста позволяет адекватно управлять центральной и периферической гемодинамикой на фоне эпидурального блока.

3. Спонтанное дыхание при минилапаротомных операциях не сопровождается гиперкапнией, а инсуфляция кислорода потоком 5-6 л/мин обеспечивает повышенную оксигенацию.

4. При достаточной квалификации анестезиолога, продленная эпидуральная анестезия может являться методом выбора анестезиологического пособия под эпидуральной анестезией со спонтанным дыханием при минилапаротомных операциях у больных пожилого и старческого возраста.

УДК 616.366-003.7-06

**А.О. Бурка, Л.Ю. Маркулан, І.І. Теслюк,  
Т.С. Брюзгіна, О.Т. Волик**

## **СПОСІБ ДІАГНОСТИКИ ГНІЙНОГО ХОЛАНГІТУ**

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

Вступ. Незважаючи на досягнення сучасних діагностичних технологій, доопераційна верифікація гнійного холангіту (ГХ) при жовчокам'яній хворобі (ЖКХ) залишається проблемною. Це обумовлено тим, що найбільш інформативними методами діагностики є інвазивні: фіброхолангіоскопія та прицільна контактна ендоскопічна електротермометрія жовчних проток. Неінвазивні методи мають меншу діагностичну цінність і в своїй більшості (як і інвазивні методи) не дають можливості спостерігати за перебігом хвороби в післяопераційному періоді та контролювати процес одужання.

Ми поставили перед собою завдання забезпечити діагностику гнійного холангіту до оперативного втручання та здійснювати більш повний і якісний контроль за перебігом захворювання в післяопераційному періоді. Моніторинг ГХ на різних етапах лікування є важливою умовою своєчасної корекції лікувальних заходів та запобігання розвитку небезпечних для життя хворого ускладнень – перш за все поліорганної недостатності, яка є основною причиною летальних випадків при ГХ.

Матеріали і методи. В основу методу діагностики покладено газохроматографічний аналіз спектру жирних кислот (ЖК) ліпідів сироватки крові, співвідношення яких при ГХ значно змінюється внаслідок інтенсифікації реакцій вільнорадикального окислення ліпідів, пошкодження структури біологічних мембран епітелію жовчних проток та порушення функціонування ферментних систем печінки.

Підготовку біологічного матеріалу та аналіз жирно-кислотного складу ліпідного комплексу сироватки крові виконували за методикою Т.С. Брюз-

гіної, 1997. Газохроматографічний аналіз спектру ЖК ліпідів сироватки крові здійснювали на газовому хроматографі серії "Цвет-500" з полум'яно-іонізаційним детектором в ізотермічному режимі на хроматоні N-AW-НМКС (зернистість 0,125-0,160 мм), об'єм проби, яка вводиться – 5 мкл, тривалість аналізу – 20 хв. Кількісну оцінку вмісту ЖК ліпідів у сироватці крові проводили методом нормування площ з визначенням частки кислот у відсотках. Похибка визначення  $\pm 10$  %.

В спектрі ЖК було ідентифіковано 7 найбільш інформативних кислот:  $C_{16:0}$  – пальмітинова,  $C_{18:0}$  – стеаринова,  $C_{18:1}$  – олеїнова,  $C_{18:2}$  – лінолева,  $C_{20:3}$  – ейкозотрієнова,  $C_{20:4}$  – арахідонова та  $C_{22:6}$  – докозогексаєнова. Кількісну оцінку рівня вільного холестерину здійснювали методом абсолютного калібрування з використанням стандартного р-ну холестерину концентрацією 1 мг/мл, чутливість визначення 0,2 мкг/мкл.

Контрольну групу склали 8 хворих з калькульозним холециститом без ускладнень, прооперованих в плановому порядку. В якості норми використали дані, отримані у 10 практично здорових осіб; зокрема для лінолевої ЖК показник норми становив  $16,0 \pm 1,8$  %; ейкозотрієнової –  $0,3 \pm 0,01$  %; арахідонової –  $2,8 \pm 0,3$  %.

Результати дослідження. Газохроматографічний аналіз проб показав, що у групі хворих з гнійним холангітом зафіксовано значне зростання вмісту ейкозотрієнової ( $C_{20:3}$ ) та арахідонової ( $C_{20:4}$ ) ЖК до  $7,7 \pm 0,6$  % і  $37,9 \pm 2,7$  % відповідно, з коливанням рівня лінолевої ( $C_{18:2}$ ). Тому для оцінки глибини патологічного процесу, ми визначали індекс співвідношення вище наведених ЖК за формулою:

і при підвищенні показника до 1 і більше, діагностували гнійний холангіт.

В період 1999-2001рр. у хірургічному відділенні Центральної міської клінічної лікарні спостерігали 47 хворих з ГХ (35 жінок і 12 чоловіків в віці від 37 до 82 років). Причиною ГХ у 21 (44,7 %) пацієнтів був холедохолітіаз, у 6 (12,8 %) – поєднання холедохолітіазу з стенозом великого сосочка дванадцятипалої кишки (ВСДК), у 8 (17,0 %) – стенозуючий папіліт, у 4 (8,5 %) – перивезикальний абсцес, у 3 (6,4 %) – гангренозний КХ з перихоледохальним лімфаденітом, хронічні порушення дуоденальної прохідності у 5 (10,6 %) осіб.

Діагноз ГХ було верифіковано інтраопераційно – на підставі наявності гною, виявленого при ревізії загальної жовчної протоки, та мікробіологічного дослідження вмісту холедоха.

Запропонованим методом діагноз ГХ до операції констатовано у 42 (91,5 %) хворих. В той же час клінічна маніфестація ГХ (тріада Charcot) мала місце лише у 26 (55,3 %) пацієнтів.



Висновок. Запропонований спосіб забезпечує більш повну та якісну до-операційну діагностику гнійного холангіту, є неінвазивним, точним та швидким. Застосування методу газової хроматографії дозволяє оцінити глибину патологічного процесу у хворих з ускладненим калькульозним холециститом, підвищити рівень діагностики гнійного холангіту перед оперативним втручанням з 55,3 % до 91,5 % випадків.

УДК 616.329-089.819

**В. Ф. Саєнко, О. С. Тивончук, С. А. Андреєщев,  
П. М. Кондратенко, О. П. Стеценко, А. С. Лаврик, М. С. Уманець**

## **ЛАПАРОСКОПІЧНА ПОЗАСЛИЗОВА ЕЗОФАГОКАРДІОМІОТОМІЯ. ПЕРШИЙ ДОСВІД**

*Інститут хірургії та трансплантології АМН України, м. Київ*

Вступ. Лапароскопічну позаслизову езофагокардіоміотомію (ЛПЕКМТ) у хворих з ахалазією кардії (АК) в світовій практиці використовують протягом майже 10 років. Ефективність застосування цієї методики порівнянна з пневматичною кардіодилатацією, її впровадження дозволило частково витіснити “відкриту” езофагокардіоміотомію у пацієнтів з АК І типу (за Т.А. Суворовою, 1959).

Матеріали. За період з листопада 2001 р. по лютий 2002 р. оперовані 4 хворих з АК. Жінок було 3, чоловік – 1, вік пацієнтів від 47 до 62 років. Діагноз встановлювали на підставі даних анамнезу, клінічного обстеження, результатів рентгенологічного та ендоскопічного дослідження, а також езофагоманометрії. В усіх хворих виявлена АК І типу, діаметр стравоходу становив 5-6 см.

Всім хворим здійснена типова ЛПЕКМТ на протязі 8 см з переходом на шлунок, а також фундоплікація (за Ког – в 1, часткова передня – у 3). В одного пацієнта виконана симультанна холецистектомія.

Результати. Ускладнень безпосередньо після операції не спостерігали. Всі хворі починали харчування на 3-ю добу після операції. Під час рентгенологічного дослідження встановлене відновлення прохідності стравохідно-шлункового переходу, зменшення діаметра стравоходу, відсутність рівня рідини у стравоході, збереження газового пухиря шлунка, відсутність рефлюксу вмісту шлунка в стравохід в положенні Тренделенбурга.

Висновки. ЛПЕКМТ з частковою передньою фундоплікацією у хворих з АК І типу є альтернативою “відкритій” методиці операції.

У пацієнтів з АК ІІ типу вибір способу оперативного втручання визначається функціональним станом та вираженістю органічних змін у стравоході.

**В.Г. Гетьман, О.В. Сейковський**

## **ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ЗГОРНУТОГО ГЕМОТОРАКСУ МЕТОДОМ ТОРАКОСКОПІЇ**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика*

Травма грудної клітки відноситься до тяжких та частих пошкоджень, які призводять до високої летальності та інвалідизації. В 25-59,9 % випадків травма грудної клітки супроводжується внутрішньогрудними та легенево-плевральними ускладненнями. При цьому, у 9,5 % випадків виникає згорнутий гемоторакс (ЗГ), а його частка серед гемотораксів в цілому складає 73,9 %. Наслідком ЗГ є розвиток та формування товстих плевральних шварт, з обмеженням екскурсії легені і утворенням в ній вторинних склеротичних змін, розвитку синдрому компресії легені, а при його інфікуванні – емпієми плеври. За літературними даними, на теперішній час нема єдиної відпрацьованої тактики лікування ЗГ.

В клініці використовується торакоскопічне видалення ЗГ за допомогою торакоскопічного інструментарію та електровідсмоктувача. Посттравматичний ЗГ ліквідовано при торакоскопії у 31 хворого після проникаючих (15) і закритих (16) ушкоджень грудної клітки. Проникаючі ушкодження нанесено колючими та ріжучими предметами. Причинами закритих травм грудної клітки були: дорожньо-транспортні пригоди (3), падіння з висоти (7), побутові травми (7). Серед хворих цієї групи переважали ізольовані пошкодження (13). Переломи 1-3 ребер мали місце у 8 випадках, в інших – множинні, в тому числі фрагментовані. У хворих з пораненнями грудної клітки гемоторакс за величиною був великим (1), середнім (8) і малим (6), внаслідок закритих – великим (7), середнім (8) і малим (1). У випадках ЗГ, після відкритих пошкоджень грудної клітки, торакоскопію виконано через 1,5-6 год у 8 хворих, 24-72 год у 4, після 5 дб-1 міс. у 3 пацієнтів. Серед хворих у яких ЗГ був наслідком закритих пошкоджень грудної клітки, торакоскопічну ліквідацію виконано через 4-5 дб у 5 хворих, 7 дб – у 1, 2-3 тижні – у 7, після 1,5 міс. – у 2 і 4-5 міс. – у 1 пацієнта.

Торакоскопію виконано під місцевою анестезією. Для видалення ЗГ використано розроблений в клініці спосіб механічної ліквідації ЗГ із застосуванням інструменту для ендоторакальної санації і операційного троакара. Встановлено, що рентгенологічні ознаки величини згортків не відповідають ендоскопічним. Справжній їх об'єм завжди був менший, ніж затемнення гемотораксу, цьому сприяло тіньюутворення, обумовлене рідкою частиною крові, порушенням вентиляції легені, крововиливами під реберну плевру. У 13 хворих з відкритими пошкодженнями згортки крові знаходилися в нижній частині плевральної порожнини, над діафрагмою, між легенею і грудною стінкою, у 2 випадках вони

розташовувались по всій плевральній порожнині. При закритих пошкодженнях у 5 хворих згортки знаходились по всій плевральній порожнині, в інших випадках – згортки розташовувалися як над діафрагмою так і у місцях пошкодження грудної стінки. При торакоскопії виявлено зміни, які вказували на те, що причиною ЗГ була кровотеча із пошкоджених судин грудної стінки.

Видалення згортків крові було виконано у 7 випадках з допомогою тільки інструменту для ендоторакальної санації, у 11 – інструментом і вакуум аспіратором та у 13 – лише електровідсмоктувачем. Під час та після видалення згортків плевральну порожнину промивали розчинами антисептиків, що сприяло видаленню їх дрібних частин. Повної ліквідації ЗГ досягнуто у 20 (64,5 %), а значної його частини у 11 хворих. Після часткового видалення ЗГ 4 хворим було проведено розчинення залишкових згортків коротким курсом терлігіну. Розправлення легені досягнуто у 28 (90,3 %) хворих, в 3 випадках виконано торакотомію та декортікацію легені. При давніх ЗГ (1-4,5 міс), в 3 випадках виявлено інфікування згортка, що підтверджено бактеріологічним дослідженням. Після торакоскопічного часткового видалення інфікованого ЗГ хворим було продовжено лікування обмеженої емпієми плеври.

Rn-дослідження у хворих з відкритими пошкодженнями, після лікування ЗГ, не виявило зміни в 7 (46,7 %) випадках, обмежене затемнення гемітораксу, обумовлене адгезивним плевритом, виявлено у 7 (46,7 %) спостереженнях. У 1 (6,6 %) хворого, після лікування емпієми плеври, виявлено масивні плевральні нашарування. У хворих з закритими пошкодженнями Rn-дослідження встановило: незначне затемнення викликане адгезивним плевритом (9), більш виразне, за рахунок плевральних нашарувань (5), малий фіброторакс (2).

Досвід застосування торакоскопічних операцій показав, що ліквідація посттравматичного ЗГ найбільш ефективно на протязі перших 24-72 годин після пошкодження, в окремих випадках, до 5-7 доби. При більш тривалому перебуванні згортків в плевральній порожнині вона більш складна і виконується частково, що надалі потребує розчинення згортка ферментативними препаратами, антибіотико- та фізіотерапії. У цих хворих залишаються зміни у вигляді обмеженого адгезивного плевриту без порушення функції дихання. Лікування інфікованого ЗГ більш тривале, оскільки необхідно лікувати обмежене гнійне запалення плеври. Тривалість стаціонарного лікування у хворих після торакоскопічної ліквідації ЗГ при відкритих пошкодженнях грудної клітки склала 9,2 доби, закритих 18,1 дб. Більш тривалим воно було у випадках його інфікування (3) – від 56 до 70 днів.

Таким чином, наш досвід свідчить, що торакоскопічна ліквідація посттравматичного ЗГ ефективна та може бути альтернативою торакотомії, як втручання із значно меншою травматичністю. Незалежно від величини згортків крові їх видалення найбільш ефективно у перші 24-72 години після травми, що підтверджується рентгенологічними дослідженнями і показниками функції дихання після ендоскопічного втручання.

**Т.К. Гвенетадзе, Г.Т. Гиоргобиани, О.Г. Коиava**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ АМЕБНОГО АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ**

*Железнодорожный департамент Грузии.*

*Железнодорожная центральная клиническая больница, г. Тбилиси, Грузия.*

Цель. Целью работы являлось выявление показателей хирургического лечения, объема хирургического вмешательства и определение роли лапароскопического, ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) в диагностике и лечении амебных абсцессов печени (ААП).

Материал и методы. В 1998-2000 гг. в хирургическом отделении проведено 121 больного с диагнозом ААП. В 98 (80,9 %) случаев верифицирован острый абсцесс, в 23 (19 %) хронический абсцесс печени. Множественные ААП отмечались у 36 (29,7 %) пациентов. Размеры ААП превышали 5 см в 118 (97,5 %) случаев. Правостороннее поражение печени выявлено в 107 (88,4 %) случаев, а левостороннее поражение в 14 (11,5 %) случаях. Возраст колебался от 16 до 79 лет. Мужчин было – 105 (86,7 %), женщин – 16 (13,2 %).

Диагноз был подтвержден клиническим течением, копрологическими и серологическими исследованиями, УЗИ, КТ и лапароскопическими исследованиями с учетом эпидемиологической ситуации.

Результаты исследования. Паразитологическое исследование кала проведено в 96 случаев с положительным результатом в 92 (95,8 %) случаях. Серологическое исследование проведено в 115 с положительным результатом в 110 (95,6 %) случаев. УЗИ проведено 118 больным, с положительным результатом у 98 (83,6 %).

КТ проведено 101 больному, с положительным результатом у 89 (88,1 %) пациентов.

Лапароскопическое исследование проведено 11 больным, во всех случаях выявлен абсцесс печени.

В 22 случаях для уточнения диагноза понадобилось проведение диагностической пункционной биопсии под контролем УЗИ и КТ.

Лечебную тактику определяли строго индивидуально. С момента начала эпидемии, когда не знали с чем имели дело, больные, поступившие как в нашу так и в другие клиники г. Тбилиси, подвергались открытому хирургическому вмешательству трансабдоминальным доступом – 19 (15,7 %).

Консервативное лечение проведено в 47 (38,8 %) случаях, применялось специфическое лечение.

Лапароскопическая аспирация гноя с санацией и дренированием полости проведена в 30 (24,7 %) случаях. В 25 (20,6 %) случаях были проведе-

ны чрезкожные аспирационные вмешательства под контролем УЗИ и КТ с промыванием полости антисептическим раствором и с последующим введением специфических препаратов.

У 106 (87,6 %) пациентов явное улучшение по клинико-лабораторным, УЗИ и КТ показателям наступило на 4-5 сутки после начала комплексного лечения, такие же показатели только с применением консервативной терапии отмечались лишь на 7-8 сутки лечения, а при абдоминальных вмешательствах улучшение наступило на 8-10 сутки.

Умерло 2 (1,6 %) больных.

Выводы. Основным методом лечения ААП является консервативное лечение с применением специфических препаратов.

В случае неэффективности консервативного лечения применяют чрезкожные аспирационные вмешательства под контролем УЗИ и КТ, лапароскопические вмешательства. При перфорации абсцесса в свободную брюшную полость прибегают к трансабдоминальным методам.

Лапароскопия, УЗИ и КТ являются высокоэффективными методами диагностики и лечения ААП. Пункционные манипуляции, проводимые под контролем этих методов, в комплексе со специфической консервативной терапией значительно улучшают результаты лечения.

УДК: 616.366-002-073.4-8-615.837.3

**П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, А.Ф. Елін, О.О. Васильєв**

## **МАЛОІНВАЗИВНІ ВТРУЧАННЯ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ У ДІАГНОСТИЦІ І КУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ**

*Донецький державний медичний університет*

Вступ. В даний час ультразвук застосовується не тільки з діагностичною метою, але і як хірургічний посібник у виді малоінвазивних втручань (1, 2, 3). Пункційні методики під УЗС дозволяють застосовувати дане діагностичне втручання в різних категоріях хворих, у тому числі у хворих літнього і старечого віку з важкою супровідною патологією і високим ступенем операційно – анестезіологічного ризику, тому що є менш травматичним, не вимагає загального знеболювання (3). Інтервенційна сонографія дозволяє поряд з іншими малоінвазивними операціями підтримувати низькі показники летальності й ускладнень (3, 4).

Матеріали і методи. Протягом 3 останніх років у клініці проведено УЗД печінки 3 567 хворим. 47 хворим з порожнинними утвореннями печінки

були виконані черезшкірні аспірації або дренивання під контролем УЗС. Ультразвукове дослідження проводилося на апараті ULTRAMARK-4 PLUS (ATL, США) та SonoASE-6000 SMT (Medison, Пів.Корея) конвексними датчиками на 3,5 мГц. Пункційні втручання під ультразвуковим контролем проводили методом "free hand". Усі маніпуляції проводили під місцевою анестезією розчином новокаїну з премедикацією седативними і наркотичними препаратами.

Результати дослідження і їх обговорення. Проаналізовано результати УЗД печінки, проведеного з метою діагностики 3 567 хворим. У 304 хворих були діагностовані порожнинні й об'ємні утворення печінки: 127 хворих – гемангіоми (113 – змішані і 14 – кавернозні), 65 – кісти, 78 – абсцеси, 34 хворих – утворення пухлинного генезу. Гемангіоми на сонограмах були представлені гіперехогенними утвореннями з рівними контурами, неоднорідним вмістом, зв'язані із судинами. У 35 пацієнтів гемангіоми були одиночними і мали розміри від 1,5 до 5,0 см у діаметрі, у 92 пацієнтів гемангіоми носили множинний характер (2-3 і більш) і мали розміри від 1,0 до 3,5 см у діаметрі. Кісти визначалися як анехогенні утворення з рівними чіткими контурами, наявністю капсули, однорідним вмістом, що дають позаду акустичне посилення. У 49 хворих кісти були одиночні, у 16 – множинні. У 2 хворих діагностувалися ехінококові кісти. Абсцеси печінки звичайно носили холангіогенний характер і на сонограмах визначалися, як гіпоехогенні утворення з рівними, частіше нечіткими контурами, неоднорідним вмістом, розмірами від 3,0 до 5,0-6,0 см у діаметрі. У 14 хворих абсцеси мали неправильну трикутну форму з розмитими контурами, погано відмежованими від навколишньої паренхіми печінки і класифікувалися нами як початкові ознаки формування абсцесу. У 34 хворих були виявлені пухлинні утворення: 12 хворих – протоковий рак воріт печінки, 6 хворих – обтураційна жовтяниця при встановленому раку головки підшлункової залози, 17 хворих – утворення вторинного характеру – метастази печінки. На сонограмах пухлинні утворення визначалися у виді гіпо- чи гіперехогенних вузлів різного діаметра з нерівними контурами і неоднорідним вмістом.

47 хворим з порожнинними утвореннями печінки (36 абсцесів і 11 кіст) були виконані черезшкірні аспірації або дренивання під контролем УЗС. Однократна пункція з забором вмісту була виконана в 1 пацієнта з абсцесом із 3 – з кістою печінки. Всі інші утворення піддавалися наступному дрениванню.

При механічній жовтяниці пухлинного генезу з блоком на рівні воріт печінки чи загальної жовчної протоки під контролем УЗС було виконано 7 ЧЧХГС. У 5 пацієнтів був діагностован рак підшлункової залози, у 2 – пухлинне поражение воріт печінки.

З 54 виконаних маніпуляцій ускладнення були відзначені в 2 (3,7 %) хворих – спонтанна міграція дренажу при ЧЧХГС. Цим хворим була виконана ЛХЕ. Летальних випадків не було.

Висновки. Отримані дані свідчать про велике значення діагностичної й інтервенційної сонографії при захворюваннях печінки.

## Література

1. Брискин Б.С., Карпов И.Б., Платова И.Р. Чрезкожные вмешательства под контролем ультразвукового сканирования при хирургических заболеваниях органов брюшной полости. – 1-й Съезд ассоциации специалистов УЗД в медицине // Тезисы докладов. – 1991. – С. 67-68.
2. Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Элин А.Ф., Васильев А.А. Роль ультразвукового исследования в диагностике и тактике лечения больных с острым холециститом // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2000. – Т. 9, № 2. – С. 219-221.
3. Конькова М.В. Малоінвазивні втручання під сонографічним контролем у хворих на гострий холецистит // Променева діагностика, променева терапія: Збірка наукових робіт Асоціації радіологів України. – Київ, 2001. – Вип. 10. – С. 105-109.
4. Курзанцева О.М. Возможности пункционно-аспирационных биопсий под контролем ультразвука в диагностике злокачественных образований печени // Променева діагностика, променева терапія. Тези доповідей конгресу “Ультразвукові дослідження в онкології”. – 2001. – № 2. – С. 124-125.

УДК 616.366-002-089-072.1

**П.Г. Кондратенко, А.А. Васильєв, А.Ф. Елін, М.В. Конькова**

## **ВИБІР ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ХОЛЕЦИСТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ОПЕРАЦІЙНОГО РИЗИКУ**

*Донецький державний медичний університет.*

Лікування хворих на гострий холецистит (ГХ) залишається актуальною і не до кінця вирішеною проблемою невідкладної хірургії органів черевної порожнини. В останні роки відзначена тенденція збільшення числа хворих із даною патологією, більше половини з них – це особи літнього й старечого віку, нерідко з важкою супутньою патологією. Із збільшенням частки хворих літнього й старечого віку підвищується число несприятливих результатів лікування, що досягає 10-26 %, у той час, як у пацієнтів молодше 60 років летальність не перевищує 1 %. У 70-80 % оперованих діагностуються деструктивні й ускладнені форми ГХ. Клініка має досвід лапароскопічних холецистектомій (ЛХЕ) при ГХ в 1062 пацієнтів. Для виконання ЛХЕ застосовуємо відеоендоскопічний комплекс фірми “klympus”, аргано-плазмовий коагулятор фірми “ЭФА”, Росія; для діагностики і верифікації форм запалення жовчного міхура (ЖМ) і змін в навколومیхурових тканинах, для діагностики патології позапечінкових жовчних проток і для виконання черезшкірної черезпечінкової мікрохолецистостомії (УЗ-ЧЧМХС) використовували апарати “Ultramark-4 Plus” (США) і “SonoAce-6000 СМТ” фірми Medison (Корея) із ультразвуковими конвексними датчиками 3,5 МГц і стилет-катетери із пам’яттю форми типу “pig tail” типорозмірів 6 і 7 Fr фірм “Angiomed” і Cook”. Для виявлення факторів операційного ризику й прове-

дення багатофакторного дискримінантного аналізу й прогнозу застосували ліцензований статистичний пакет STATISTICA v 5.5 фірми StatSoft®, USA.

Вивчено матеріали комплексного обстеження і результати лікування 747 хворих на ГХ. Серед них: 201 чоловік і 546 жінок віком від 12 до 93 років. У першу групу (порівняння) увійшов 361 хворий. У даній групі вибір способу й об'єму хірургічного втручання не залежав від факторів операційного ризику. У контрольну групу ввійшло 386 хворих. Додаткову групу склали 24 померлих хворих. Дана група була необхідна для виявлення факторів операційного ризику і їхньої значимості. Для уточнення причин несприятливого результату операції (факторів операційного ризику) проаналізовані результати хірургічного лікування 32 хворих, що вмерли після ЛХЕ (1 хворий) і ВХЕ (31 хворий). Найбільш частими причинами смерті були: гостра серцево-судинна недостатність, гострий інфаркт міокарда й пневмонія, що склало 62,6 % від загального числа летальних випадків, що свідчило про більшу травматичність радикальних операцій.

Для визначення й класифікації факторів операційного ризику був використаний багатофакторний дискримінантний аналіз, об'єктом дослідження якого були 385 хворих. За найбільш значимими коефіцієнтами у дискримінантному прогнозі були визначені фактори, що істотно впливають на результат хірургічного лікування, їм дана бальна оцінка. Установлено, що граничне значення бальної оцінки ступеня високого операційного ризику складає 12 балів. Отримані дані дозволили пацієнтів із сумарною оцінкою до 12 балів включно віднести до групи низького операційного ризику, а пацієнтів із сумарною оцінкою 13 балів і більш – до високого ступеня операційного ризику. У хворих із низьким ступенем операційного ризику виконувалася радикальна операція (307). Операцією вибору була ЛХЕ (276). ВХЕ зроблено у 31 хворого. У пацієнтів із високим ступенем операційного ризику перевагу варто віддавати мінімальному хірургічному втручання, спрямованому на порятунок життя хворого. Операцією вибору в цих хворих була УЗ-ЧЧМХС (63). Також застосовували лапароскопічну (ЛХС-12) і відкриту холецистостомію (ВХС-4).

Показаннями до ЛХС є: місцевий перитоніт, “вісячий” жовчний міхур, недостатня візуалізація ЖМ за даними УЗД, інфільтрат кам'янистої щільності, відсутність можливості виконати УЗ-ЧЧМХС.

Показаннями до ВХС і холецистолітоекстракції є: розлитий чи тотальний перитоніт, ЖМ, заповнений на 2/3 і більше об'єму конкрементами, відсутність можливості виконати УЗ-ЧЧМХС чи ЛХС.

Протизапальна терапія, санація ЖМ, корекція супровідної патології зробили можливим (зменшився операційний ризик) другим етапом на 7-9 добу після мікрохолецистостомії у 38 хворих виконати ЛХЕ (32) і ВХЕ (6).

Кількість радикальних операцій зросла з 79,5 % до 89,4 %.

Застосування лікувальної тактики, в основу якої покладені клінічні і сонографічні показання до операції й терміни виконання операції, визначення



ступеня операційного ризику, диференційований підхід до вибору способу й об'єму хірургічного втручання, а також заходів, спрямованих на профілактику ряду операційних ускладнень, дозволило зменшити число ранніх післяопераційних ускладнень з 6,9 % до 2,1 %, а летальність з 2,2 % до 0,8 %.

#### **Література**

1. Дуденко Г.И., Передерий В.Г., Цыганенко А.Я., Хворостинка В.Н. Хирургическое лечение острого осложненного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. – Х.: Прапор. 1993. – 182 с.
2. Евсеев М.А. Новые возможности оценки степени тяжести состояния у больных старческого возраста с острым холециститом // Третий конгресс ассоциации хирургов им. Н.И.Пирогова. Материалы конгр. под ред. акад. РАМН Ю.Л.Шевченко. – Москва, 2001. – С.110-111.
3. Мамчич В.І., Шуляренко В.А., Паламарчук В.І., Андрієць В.С., Бондарчук Б.Г., Шуляренко О.В. Декомпресія біліарного тракту при патології органів гепатопанкреатодуоденальної зони як етап передопераційної підготовки // Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шулика. – Київ, 2001. – С. 551-564.

УДК: 616.366-002-073.4-8-615.837.3.

**П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, О.О. Васильєв, А.Ф. Елін**

## **ІНТЕРВЕНЦІЙНА СОНОГРАФІЯ ВЛІКУВАННІ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*Донецький державний медичний університет, Україна*

Вступ. Інтервенційна сонографія як підрозділ інтервенційної радіології з набуттям досвіду розширила свої можливості як у плані діагностики, так і обсягів оперативних втручань (1, 3, 4). В даний час ультразвук застосовується не тільки в діагностичних цілях, але і як операційний посібник у вигляді черезшкірних пункційних втручань при лікуванні таких патологічних станів, як кісти й абсцеси печінки і підшлункової залози, абсцеси підпечінкового і піддіафрагмального простору, а також при лікуванні гострого холецистити та іншої патології жовчовивідної системи (2, 5, 6)

Матеріали і методи. Вивчено результати лікування 322 хворих з патологією гепатопанкреатобіліарної зони у віці від 20 до 95 років. З діагностичною метою було виконано 6 трепан-біопсій печінки при хронічних її захворюваннях з метою постановки точного діагнозу. Було виконано 11 пункцій непаразитарних солітарних кіст печінки, 8 пункцій кіст тіла і хвоста підшлункової залози. При абсцесах печінки (12 випадків), піддіафрагмальних абсцесах (13), підпечінкових абсцесах (32), паравезикальних абсцесах (21) і міжпетлевих (9). При гострому холециститі з деструктивними формами захворювання було проведено 196 черезшкірних черезпечінкових мікрохолецистос-

томій (ЧЧМХС), при механічній жовтяниці пухлинного генезу – 7 черезкожних черезпечінкових холангіостомій (ЧЧХГС). Усі інвазивні втручання проводилися на ультразвуковому апараті “ULTRAMARK-4 PLUS” та “SonoAce-6000 СМТ” конвексними датчиками на 3,5 мГц методом “free hand” .

Результати. З діагностичною метою було виконано 6 пункційних трепан-біопсій печінки при хронічних її захворюваннях з метою встановлення точного діагнозу: хронічних гепатитів і цирозів печінки – 3, пухлинних ураженнях – 3 хворих. Втручання проводили спеціальними трепан-голками діаметром 2 мм. Проводили забір не менше 3 біоптатів, які надсилали на гістологічне дослідження. При морфологічному дослідженні було виявлено: при хронічних захворюваннях – жировий гепатоз у 1 хворого, цироз – у 2 хворих; при пухлинних ураженнях у 3 хворих було виявлено метастатичне ураження печінки.

Всім хворим з кістами печінки (11) та кістами тіла і хвоста підшлункової залози (8) було проведено черезшкірну аспірацію або дронування під контролем УЗ. При кістозних утвореннях печінки в 10 хворих були виявлені непаразитарні кісти, у 1 хворого – ехінококова кіста. Розміри кіст – від 1,5 до 6 см у діаметрі, ехінококова кіста мала розміри 12-14 см. Пункцію кіст виконували за стандартною методикою троакаром діаметром 4 мм. Проводили однократну склеротерапію 96 % етиловим спиртом, хворим з ехіноковою кістою у порожнину кісти вводили 86 % розчин гліцерину. При кістозних утвореннях підшлункової залози виконували однократну пункцію з аспірацією вмісту. Отриманий матеріал направляли на гістологічне дослідження. Дренажі залишали до 14-21 днів. При абсцесах різноманітної локалізації: абсцеси печінки (12), піддіафрагмальні (13), підпечінкові (32), паравезикальні (21) і міжпетлеві (9) виконували черезшкірну аспірацію або дронування під контролем ультразвуку. В усіх випадках пункцію проводили з 2-х точок, отриману рідину відправляли на бактеріологічне дослідження. В порожнину абсцесу вводили розчини антисептиків і антибіотиків. Термін дронування – 14-28 днів. Ускладнень не виявлено.

При гострому панкреатиті в 7 випадках проведено дронування черевної порожнини під контролем ультразвуку. Дренажі встановлювали в порожнину малого таза, лівий піддіафрагмальний простір, чепцеву торбу. В усіх випадках дронування було адекватним.

При гострому холециститі з деструктивними формами захворювання у хворих літнього і старечого віку виконували ЧЧМХС. Нами застосовується удосконалена лікувально-діагностична тактика, що інтегрує в собі 2-х етапний метод лікування хворих з гострим холециститом, застосовуваний у хворих літнього і старечого віку з високим ступенем операційно-анестезіологічного ризику. Перший етап полягає у виконанні ЧЧМХС на висоті нападу болу для біліарної декомпресії, а також виявлення й адекватного лікування супутньої патології. Надалі, при наявності показань, зважається питання про можливість застосування другого етапу – радикальної операції, як пра-

вило, лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). З 196 аналізованих хворих – 62 було проведено 2-х етапне лікування – ЧЧМХС+ЛХЕ і 134 хворим – тільки ЧЧМХС. При ЧЧМХС виявлено 5 ускладнень: передчасна міграція дренажу – у 2 хворих; підтікання вмісту жовчного міхура у вільну черевну порожнину – у 2 хворих; виражена вагусна реакція у вигляді гіпотонії і брадикардії – 1 хворий.

При механічній жовтяниці пухлинного генезу – 7 ЧЧХГС. У 5 хворих при протоковому раку воріт печінки ЧЧХГС була остаточним методом лікування, у 2 хворих при раку підшлункової залози із термінальною стадією жовтяниці ЧЧХГС виконувалась як перший етап оперативного лікування. Після поліпшення стану, зниження білірубінемії хворих було оперовано лапаротомним методом. Зареєстровано 2 ускладнення – передчасна міграція дренажу.

Із 322 зроблених мініінвазивних втручань, ускладнення зареєстровано у 6 (1,8 %) хворих. Летальних наслідків не зареєстровано.

Висновки. Пункційні методи діагностики і лікування під ультразвуковим контролем можуть широко використовуватися при захворюваннях гепатопанкреатобіліарної системи.

#### **Література**

1. Курзанцева О.М. Возможности пункционно-аспирационных биопсий под контролем ультразвука в диагностике злокачественных образований печени // Тези доповідей Міжн. Конгресу “Ультразвукові дослідження в онкології”. – Променева діагностика, прменева терапія. – 2001. – № 2. – С. 124-125.
2. Трофимова Е.Ю. Дигностические пункции под контролем ультразвука // Променева діагностика, прменева терапія. – 2001. – № 2. – С. 109-114.
3. Карпова Р.В., Лотов А.Н. Диагностика и лечение под контролем УЗИ внеорганных отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости // Хирургия. – 1999. – № 4. – С. 63-67.
4. Тацциев Р.К., Сычева Т.В., Клочко П.И. Диагностика опухолей печени и внепеченочных желчных протоков // Укр.мед.часопис. – 1998. – № 1(3). – С. 108-112.
5. Puskas T, Kiraly I. Percutaneous gallbladder puncture and drainage. Article in Hungarian // kriv Hetil. – 2000. – № 22. – P. 2343-2346.

**В.Т. Поліщук, П.В. Пріор, В.С. Побережний,  
О.Г. Дикий, В.М. Борщівський**

## **ДОСВІДЛІКУВАННЯ ГОСТРИХ ДЕСТРУКТИВНИХ ПАНКРЕАТИТІВ НА БАЗІ ОБЛАСНОГО ПАНКРЕАТИЧНОГО ЦЕНТРУ**

*Житомирська обласна клінічна лікарня ім.О.Ф.Гербачевського*

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) є однією із найбільш складних проблем в невідкладній абдомінальній хірургії (1). В структурі гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини ГП є основною причиною поряд з розлитим перитонітом в виникненні абдомінального сепсису (2).

Матеріали і методи. З 1991 по 2000 роки в обласному панкреатичному центрі було проліковано 1087 хворих на ГП, легкий панкреатит був у 702 хворих (65 %), важкий у 385 пацієнтів (35 %), загальна летальність – 8 % (86 хворих), оперативна активність – 28 % (304 пацієнта), післяопераційна летальність – 55 хворих, що склало 18 % (в 2000 році 13 %). Серед неоперованих хворих з ГП летальність склала 4 % (31 пацієнт), 28 пацієнтів з яких (90 %) померли протягом 24-48 годин з моменту госпіталізації з клінікою септичного шоку і поліорганної недостатності (СПОН). В 337 випадках спостерігались деструктивні форми ГП (ГДП), що становить 31 %. Діагноз ГДП в 59 % (199 пацієнтів) підтверджено комп'ютерною томографією, в 41 % випадків (138 хворих) для встановлення діагнозу достатньо було клінічної картини захворювання та сонографії черевної порожнини. У 293 пацієнтів із ГДП (87 %) з перших днів знаходження в стаціонарі були ознаки абдомінального сепсису. Оперативне лікування проведено 268 хворим з ГДП (80 %). СПОН виник у 27 пацієнтів з ГДП (8 %) з летальністю 78 % (21 хворий).

Антибіотикотерапію розпочинали, як правило, з препаратів групи цефалоспоринів (цефазолін, цефтріаксон, цефобід), при неефективності яких призначали антибіотики фторхінолонової групи (абактал, ципрофлоксацин). Метронідазол додавали до однієї з груп препаратів. У 34 % випадків (115 хворих) в процесі лікування відбулася зміна схеми антибіотикотерапії.

Об'єм оперативного втручання на підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині визначався залежно від патологічних змін в залозі. Перевагу надавали етапним некрсеквестректоміям закритим чи відкритим способом. Оперативні втручання в термін 24-48 годин з моменту госпіталізації виконували лише при панкреатогенному перитоніті та у випадках гострих біліарних панкреатитів. При біліарному панкреатиті проводили холецистектомію з зовнішнім дрениванням жовчовивідної системи або лапароскопічну холецистостому у важких хворих.

Результати досліджень та їх обговорення. Створення панкреатичного центру на базі обласної лікарні, де крім хірургічного стаціонару діє відділення реанімації з детоксикацією та є можливість різнобічного моніторингу за патологічним процесом – сприяє комплексному лікуванню ГДП на сучасному рівні. Наш досвід лікування хворих з ГДП підтверджує доцільність відмови від ранніх оперативних втручань, оскільки післяопераційна летальність в таких випадках майже в 2 рази перевищує показники летальності при активно-вичікувальній тактиці.

Висновки. 1. Надання хірургічної допомоги хворим на гострий панкреатит доцільно проводити централізовано на базі лікувального закладу, де існує необхідна діагностично-лікувальна техніка та необхідний рівень професійної підготовки спеціалістів.

2. Лікувальна тактика та об'єм оперативного втручання залежать від морфологічних змін в підшлунковій залозі та відповіді організму на деструктивний процес. Ефективними є етапна некрсеквестректомія, застосування малоінвазивних втручань.

#### **Література**

1. Banks P.A., M.K. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis // The American Journal of Gastroenterology. – 1997. – Vol. 92, № 3. – С. 377-386.

2. Савельев В.С. Абдоминальний сепсис: современная концепция и вопросы классификации // Анналы хирургии. – 1999. – № 6. – С. 14-18.

УДК 616.61/63-089-072.1

**М.М. Сербул, О.Ф. Близнюк**

## **ЛАПАРОСКОПІЧНА АДРЕНАЛЕКТОМІЯ В ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ НА ДИРНИКІВ**

*Херсонська обласна клінічна лікарня*

Проаналізовані результати лікування 41 хворого з захворюваннями надирників за матеріалами хірургічного відділення Херсонської обласної клінічної лікарні.

За 3 роки прооперовано 40 хворих, неоперована одна хвора у зв'язку з наявністю метастазів у XII ребро і позаочеревинний простір.

Серед оперованих чоловіків – 11, жінок – 29. Розподіл хворих за віком: 25-40 років – 6; 41-50 років – 11; 51-60 років – 13; старше 60 років – 10.

Тривалість захворювання до операції: до 0,5 року – 19 хворих; 0,5-1 рік – 5 хворих; 1-3 роки – 4 хворих; більш 3 років – 12.

Показаннями до операції були: наявність пухлини наднирників – у 32 хворих, кіста наднирника – у 2, феохромоцитома – у 3, пухлина наднирника в сполученні з ЖКХ – у 1, пухлина наднирника в сполученні з вентральною кишкою – у 1, пухлина наднирника в сполученні з ЖКХ і вентральною кишкою – у 1 хворого.

Останнім 3 хворим виконані симультанні операції (лапароскопічна адреналектомія, лапароскопічна холецистектомія, киლოსічення).

По висновку ендокринолога до операції гормональноактивними були пухлини у 14 хворих. Із супутньою патологією – у 35 хворих.

Артеріальний тиск до операції був нормальним у 16 хворих, понад 150/100 – у 24, у тому числі у 11 хворих – понад 200/100.

Доопераційний діагноз був поставлений тільки за допомогою УЗД у 16 хворих, у 21 хворого – за допомогою УЗД і комп'ютерної томографії, у 3 хворих – УЗД і магніто-резонансної томографії.

Локалізація пухлини в 32 хворих – справа, у 8 хворих – зліва.

Види проведених операцій: відкрита адреналектомія справа – у 4 хворих (в одного хворого – у сполученні з холецистектомією), лапароскопічна адреналектомія – у 32 хворих, лапароскопічна адреналектомія + киლოსічення – у 1, лапароскопічна адреналектомія + лапароскопічна холецистектомія + киლოსічення – у 1, лапароскопічна резекція правого наднирника – у 1 пацієнта; у 2-х хворих зроблена конверсія: у зв'язку з наявністю нерухокої пухлини розміром 7х5х4 см (гістологічно – злоякісної феохромоцитоми), в іншому випадку конверсія була з приводу поломки освітлювача.

Хірургічний доступ при лапароскопічних операціях: типовий трансперитонеальний з 4 портів в позиції хворого на боці.

Інтраопераційне ускладнення: гіпотонія 80/60 мм рт.ст., ліквідована медикаментозною терапією.

Післяопераційні ускладнення: а) «провалювання» дренажної трубки в черевну порожнину, що призвело до релaparоскопії на 9-у добу з успішним результатом (1 хвора); б) гематома черевної стінки в правому підребер'ї, кровотеча з порту (1 хворий); в) гостра затримка сечі через атонію сечового міхура в жінки (1); г) правобічний плеврит (1 хвора); д) лівостороння пневмонія (1 хвора); е) гостра серцево-судинна недостатність у 1 хворої, що закінчилася летальним результатом.

Тривалість операції від 1 години до 5 годин, у середньому 2 години 30 хв.

Гістологічний висновок при дослідженні вилучених препаратів наднирників: світлоклітинна аденома кори наднирника – 28, аденома змішаної будови – 4, фіброліптома – 2, темноклітинна аденома кори наднирника – 1, туберкульоз наднирника – 1, кавернозна гемангіома – 1, доброякісна феохромоцитома – 1, злоякісна феохромоцитома – 1, кортикальний рак з розпадом – 1.

Терміни перебування хворих у стаціонарі – від 6 до 20 діб, у середньому 10,2; у тому числі після лапароскопічної адреналектомії – 8 діб, відкритої операції – 17 діб.

Зниження і нормалізація АТ після операції досягнуто в 25 хворих. Померла 1 хвора від серцево-судинної недостатності в ранній післяопераційний період.

Таким чином, наш досвід показує можливість малоінвазивного лікування хірургічної патології наднирників в умовах загальнохірургічного стаціонару обласної клінічної лікарні й одержання при цьому гарних найближчих результатів.

УДК 616.45-089-072.1

**М.М. Сербул, С.М. Заболотний**

## **ЛАПАРОСКОПІЧНІ ВТРУЧАННЯ НА НИРКАХ**

*Херсонська обласна клінічна лікарня*

Застосування ендовідеохірургічних технологій в урології є дуже перспективним, що пов'язано з малоінвазивністю оперативного доступу.

Нами проаналізовані результати лікування 9 хворих, прооперованих трансочеревинним лапароскопічним доступом протягом 8 місяців в урологічному відділенні Херсонської обласної клінічної лікарні.

Трьом хворим з термінальним гідронефрозом зроблена спроба лапароскопічної нефректомії. У двох хворих операції були успішно завершені лапароскопічно. Вони виконувались в положенні хворого на боці з 4 стандартних портів. Після мобілізації ободочної кишки оголювалася ниркова ніжка. Проводилася роздільна перев'язка судин капроною ниткою № 4 з інтракорпоральним зав'язуванням вузлів. Потім перев'язували і перетинали сечовід. Відмобілізовану нирку видаляли в пластиковому контейнері через розширений параумбілікальний порт. Крововтрата в обох випадках була відсутня.

Тривалість операцій склала 3 і 4 години відповідно.

В одному випадку після невдалої спроби зупинити кровотечу із додаткової непоміченої артерії верхнього полюса правої нирки була виконана конверсія.

Середній термін перебування у лікарні після лапароскопічної нефректомії склав 6 днів. Ускладнень у післяопераційний період не відзначено. Працездатність відновлювалася у хворих через місяць.

У 4 хворих зроблене видалення ниркових кіст від 6 до 12 см у діаметрі. Вільна стінка кісти висікалася і видалялася для гістологічного дослідження. Залишки кісти в паренхімі нирки обробляли 96° етиловим спиртом, а потім дренивали поліхлорвініловою трубкою протягом двох днів. Виписано хворих на 3 добу. Ускладнень не встановлено.

Двом хворим накладені кліпси на v.spermatica при варикоцеле трансчеревним доступом. Ускладнень не було. Виписка на другу добу.

На підставі власного досвіду, ми прийшли до висновку, що з надбанням навиків значної кількості лапароскопічних втручань на різних органах черевної порожнини хірург-ендоскопіст у співпраці з урологом можуть успішно освоювати ендохірургічні операції на всіх органах сечовивідної системи.

УДК 616.366 1.1 – 003.7 -073.8

**И.Ф. Полулях, В.Н.Буценко, В.В. Хацко, Н.В. Момот,  
Н.В. Танасийчук-Гажиева, С.А. Панасенко**

## **МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ВДИАГНОСТИКЕАТИПИЧНЫХФОРМХОЛЕДОХОЛИТИАЗА**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

Вступ. Клиническая картина холедохолитиаза (ХДЛ) характеризуется триадой основных симптомов: приступообразные боли в правом подреберье, механическая желтуха, холангит, а также расширение диаметра общего жёлчного протока (ОЖП), сопровождающиеся нередко различными диспепсическими явлениями. Отсутствие одного или нескольких признаков ХДЛ рассматривается как атипичные формы холедохолитиаза (АФ ХДЛ).

Несвоевременная диагностика, в частности из-за атипичных проявлений заболевания, в 10,7 – 39 % приводит к различным осложнениям. Около 24 % больных АХДЛ повторно оперируются по поводу рецидивного и резидуального ХДЛ.

В настоящее время для диагностики данной патологии часто применяются методы прямого искусственного контрастирования панкреатобилиарной системы (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и чрескожная чреспечёночная холангиография (ЧЧХГ). Эти рентгеноэндоскопические методы исследования обладают высокой диагностической информативностью, однако они инвазивны и в 0,6-0,42 % случаев дают ряд серьёзных осложнений – холангит, острый панкреатит, кровотечение, сепсис и др. (Иванов В.И., 1992; Романов Г.А. и соавт., 1996 и др.). С помощью ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии (КТ) удается решить не все диагностические моменты при патологии жёлчевыводящей системы. Поэтому вполне понятен поиск новых более совершенных методов диагностики АФ ХДЛ, так как её точность определяет выбор тактики лечения.

С разработкой и внедрением магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) удалось получить целостное прямое изображение жёлче-



выводящей системы и протоков поджелудочной железы без введения контрастных веществ и интервенции в жёлчную систему. Этот метод стал активно использоваться в качестве альтернативы ЭРХПГ ( Paolo P. et al., 1990; Guibaud I. et al., 1995; Портной Л.М. и соавт., 2001 и др.).

Целью работы явилось изложение наших данных о месте и роли МРХПГ в диагностике АФ ХДЛ.

Материалы и методы. В отделе лучевой диагностики Донецкого диагностического центра МРХПГ проведена 17 пациентам, из которых 5 чел. составили контрольную группу и 12 – с желтушной формой АХДЛ. Возраст пациентов составил от 32 до 75 лет. Среди 12 пациентов было 7 женщин и 5 мужчин. Первичная сонография играла роль скрининга для проведения МРХПГ.

МРТ – исследование проводилось на магнитнорезонансном томографе “Сигма Контур” фирмы “Дженерал Электрик” (США) со сверхпроводящим магнитом напряжённостью магнитного поля 0,5 Тл с использованием катушки для всего тела (body coil). Больные обследовались натощак. Исследование включало применение традиционной МРТ с обязательным получением T2-ВИ с использованием ИП Fast Spin Echo ( FSE) с Respiratory Triggering и, по показаниям – T1-ВИ с использованием ИП Spin Echo (SE) с Respiratory Compensation. Эта вторая модификация специальной программы МРХПГ (с построением тонких срезов в коронарной и аксиальной проекциях) применялась нами для детализации содержимого просвета жёлчных протоков, особенно при стенозе большого дуоденального сосочка (БДС) и подозрении на мелкие камни гепатикохоледоха.

Результаты исследования. По диагнозу пациента распределились следующим образом: камни жёлчных протоков и жёлчного пузыря ЖП (с атипичной клиникой) – 4; АФХДЛ – 5 %, атипичный ХДЛ со стенозом БДС – 3; без патологии – 5.

В норме на МРХПГ чётко визуализировались внепечёночные жёлчные протоки, правый и левый долевые протоки, ЖП. Просвет холедоха составлял 0,7 см и не превышал 1,0 см у пациентов с холецистэктомией в анамнезе.

Камни жёлчных протоков на МР-изображениях визуализировались в виде одиночных или множественных дефектов наполнения с потерей МР-сигнала от них на фоне яркого сигнала от окружающей жёлчи. Размеры выявленных камней в гепатикохоледохе варьировали от 3 до 16 мм. У 8 чел. камни были одиночными, у 4 – множественными. Холедох был расширенным (максимально до 20 мм) – у 10 чел., и обычного диаметра – у 2 чел. с мелким (3 мм) конкрементом. В 4 наблюдениях отмечалось сочетание камней ЖП и холедоха.

Сочетание изображений МРХПГ с обычными МР-томограммами в аксиальной плоскости позволило нам уточнить локализацию камня в ампулярном отделе холедоха. При ЭРХПГ произведена папиллосфинктеротомия с удалением камня.

МРХПГ в отличии от ЭРХПГ позволяет визуализировать жёлчные протоки выше и ниже места препятствия, без искусственного расширения протоков во время введения контрастного вещества.

Стеноз БДС у 3 чел. при МРХПГ имел вид суженного просвета с чёткими ровными контурами с визуализацией престенотически расширенного отдела протока и протяжённости стеноза. Однако дифференциальная диагностика заболеваний папиллосфинктерной области при магнитно-резонансном исследовании затруднена.

Выводы. Таким образом, наши результаты показали большие перспективы МРХПГ в диагностике холедохолитиаза, в частности, его атипичных форм. Отсутствие инвазивности и необходимости введения контрастных веществ в жёлчные протоки, сочетание с традиционной МРТ, позволяет во многих случаях заменить инвазивные ЭРХПГ и ЧЧХГ и имеет высокую диагностическую ценность. МРХПГ особенно необходима у пациентов с противопоказаниями к проведению рентгеноэндоскопических исследований.

УДК 616.367-089

**В.В. Скиба, С.О. Трепет, І.І. Яворський**

## **МЕТОДИКА ВІДЕОЕНДОСКОПІЧНОЇ ХОЛЕДОХОЛІТОЕКСТРАКЦІЇ ПРИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗІ**

*Київська міська клінічна лікарня № 1*

Вступ. Виконання відеоендоскопічних операцій у хворих з жовчнокам'яною хворобою, ускладненою холедохолітіазом, пов'язане з труднощами ефективного видалення каменів з жовчної протоки (1, 2).

Мета дослідження – покращання результатів хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ), ускладненої холедохолітіазом (ХЛ), за допомогою відеоендоскопічних технологій.

Матеріали та методи. Проведений аналіз хірургічного лікування 182 хворих з ЖКХ, яким виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). У 18 спостереженнях ЖКХ була ускладнена порушенням відтоку жовчі та холедохолітіазом.

В 12 спостереженнях холедохолітіаз встановлений до операції за клінічними даними та УЗД обстеженням.

В 6 спостереженнях ХЛ встановлений інтраопераційно за даними огляду гепатикохоледоха (ГХ) та вимірювання його діаметра, інтраопераційної холангіографії (ІОХГ) та фіброхоледохоскопії (ФХС).

У всіх 18 спостереженнях виконана ФХС через куксу жовчноміхурової протоки (ЖМП), у 6 хворих доповнена ІОХГ. Холедохоскопію виконуємо уретероренофіброскопом (УРФС) URF-P3 (klympus) з зовнішнім діаметром 2,2 мм.

Результати досліджень та їх обговорення. В 8 спостереженнях виявлений одинокий конкремент, у 6 спостереженнях виявлено декілька конкрементів, у 3 – камені не знайдені, але були явища холангіту в 2 випадках, та в 1 – виявлений стенозуючий папіліт.

Для визначення лікувальної тактики у хворих з ХЛ важливим є розмір конкременту, його локалізація, рухомість.

В 6 спостереженнях розміри каменів були менші 5 мм, в 9 спостереженнях – від 6 до 18 мм.

При розмірі каменів до 5 мм в 6 спостереженнях виконано холедохоскопічне одночасне видалення каменів за допомогою спіралеподібного кошика через інструментальний канал УРФС діаметром 1,2 мм з розкриттям робочої частини до 5 мм.

При розмірі каменів понад 6 мм в 9 спостереженнях застосовували розроблену нами методику поетапного видалення каменів.

Після введення УРФС через куксу ЖМП здійснюємо огляд гепатохоледоха. При виявленні каменів величиною понад 6 мм, під контролем УРФС, в супрадуоденальній частині загальної жовчної протоки робимо мікрохоледохотомію довжиною 1-2 мм. Через цей отвір вводимо ендоскопічний екстрактор каменів(ЕЕК) (кошик Дорміа) діаметром 2-2,2 мм з розкриттям робочої частини до 20 мм. Після захоплення каменя під контролем УРФС здійснюємо тракцію пристрою до мікрохоледохотомного отвору. При контакті каменя з мікрохоледохотомним отвором, розсікаємо передню стінку жовчної протоки на довжину діаметра каменя. Після екстракції каменя холедохотомний отвір зашиваємо наглухо. Після виконання контрольної холедохоскопії на куксу ЖМП накладаємо кліпси або здійснюємо зовнішнє дренажування жовчної протоки.

В випадках, коли камені не знайдені, виконуємо зовнішнє дренажування жовчної протоки (2 спостереження), накладання білідигестивного анастомозу (1 спостереження).

Висновки. 1. Застосування розробленої методики дозволяє ефективно видалити камені з жовчних проток незалежно від їх розмірів та локалізації за допомогою відеоендоскопічних технологій.

2. Лапароскопічна холедохолітоекстрація в поєднанні з фіброхоледохоскопією, доповненою інтраопераційною холангіографією, дозволяє відмовитись від ендоскопічної ретроградної папілотомії як другого етапу лікування, уникнути порушення автономності біліарного тракту.

3. Розроблена методика відеоендоскопічної холедохолітотомії дозволяє точно визначити довжину розрізу жовчної протоки, відповідно до розміру каменя, що запобігає надлишковому розсіченню жовчної протоки.

## Литература

1. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Нічитайло М.Ю., Ковальчук О.Л. Лапароскопічна хірургія жовчних шляхів – Тернопіль-Рівне: «Вертекс», 1997. – 155 с.
2. Запорожан В.Н., Грубник В.В., Саенко В.Ф., Нічитайло М.Е. – К.: Здоров'я, 1999. – 304 с.

УДК 616.37+616.42]-006-089

## **В.М. Тимербулатов, Р.М. Гарипов, И.М. Уразбахтин**

### **ОСНОВНЫЕ АСПЕКТЫ НЕУДАЧ И ОСЛОЖНЕНИЙ В МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

*Институт последипломного образования Башкирского государственного  
медицинского университета, г. Уфа, Россия*

Накопленный опыт оперативного лечения патологии желчевыводящих путей с использованием технологий минимально инвазивной хирургии в клинике хирургии с курсом эндохирургии ИПО Башкирского государственного медицинского университета позволили сформулировать основные аспекты неудач и осложнений. Проведен анализ 2500 лапароскопических и более 3400 минилапаротомных оперативных вмешательств, выполненных при различных формах желчнокаменной болезни, и операций на желчевыводящих путях.

Основные аспекты неудач и осложнений:

#### I. Дооперационные

1. Недостаточная оценка данных обследования больных с патологией желчевыводящих путей:

а) не диагностированные изменения со стороны желчного пузыря и магистральных желчевыводящих путей (синдром Мирриси, склероатрофический желчный пузырь, внутрипеченочное расположение желчного пузыря);

б) не диагностированная билиарная гипертензия (холедохолитиаз, опухолевые поражения терминального отдела гепатикохоледоха, патология большого дуоденального соска);

в) не диагностированная патология со стороны органов гепатопанкреатодуоденальной системы (гепатиты, циррозы, панкреатиты, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, гастриты, дуодениты).

2. Несоблюдение оптимальных сроков оперативного лечения при остром течении холецистита.

3. Игнорирование обязательных методов исследования (ФГДС, ЭРХПГ при механической желтухе).

4. Недостаточная квалификация врача-хирурга.

## II. Интраоперационные

1. Неадекватная интерпретация анатомо-топографических отклонений и не выявление аномалий развития желчевыводящих путей и кровоснабжения.

2. Игнорирование интраоперационных методов исследования (холангиография, бужирование, холедохотомия, холедохоскопия);

3. Неподготовленность хирурга к критическим ситуациям (кровотечение, повреждение магистральных желчевыводящих путей), несвоевременная конверсия и не использование помощи опытных коллег.

## III. Послеоперационные

1. Неправильная интерпретация дебита желчи в раннем послеоперационном периоде, игнорирование данных лабораторных методов исследования;

2. Несвоевременное проведение УЗТ-контроля;

3. Неправильно установленный дренаж подпеченочного пространства и холедоха и отсутствие надлежащего ухода за ними.

УДК 616.366-003.7-089

**А.Н. Лищенко, Е.А. Ермаков, Г.В. Соколенко**

# **НОВЫЕ ПОДХОДЫ К МАЛОИНВАЗИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЁННОЙ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ**

*Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии,  
г. Краснодар, Россия*

Желчекаменная болезнь (ЖКБ) является весьма распространённой патологией. Рост заболеваемости ЖКБ, отмеченный в последние десятилетия, сопровождается ростом её осложнённых форм, среди которых одно из ведущих мест занимает холедохолитиаз, который по данным разных авторов встречается у 8,1-28,1 % больных ЖКБ (Г.А. Клименко, 2000; О.Б. Милонов и соавт, 1988; А.М. Paganmi et al, 1998). В настоящее время общепризнанной тактики лечения ЖКБ, осложнённой холедохолитиазом нет (В.А. Кубышкин и соавт, 1997; А. Hawasli et al, 2000; J.L. Ponsky et al, 2000; M. Rhodes et al, 1998). Наибольшее распространение завоевал так называемый двухэтапный метод, когда холедохолитиаз устраняют до операции путём проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ), а вторым этапом производят лапароскопическую холецистэктомию. Однако данный метод не лишён недостатков, из которых основным, на наш взгляд, является разрушение сфинктера Одди у всех пациентов с холедохолитиазом. Последующие дуоденобилиарный рефлюкс, бактериальная контамина-

ция и хроническое воспаление желчных путей приводят к осложнениям в отдалённом периоде после ЭПСТ, в основном, к рецидивному холедохолитиазу и восходящему холангиту, которые развиваются у 19,5-24 % больных (А.Е. Котовский и соавт, 1997; J.J.G.H.M. Bergman et al, 1996).

Целью данного исследования являлась оценка органосохраняющей технологии лечения холедохолитиаза из минилапаротомного доступа, в основу которой положено сохранение сфинктерного аппарата холедоха и автономности билиарной системы. Мы считаем важным ещё до операции выявить симптомы, указывающие на патологию магистральных желчевыводящих протоков. Основными признаками, позволяющими заподозрить эту патологию, являются наличие у пациента в анамнезе или на период обследования желтухи, холангита, панкреатита, повышение в крови уровня билирубина, щелочной фосфатазы, аминотрансфераз, а также дилатация общего желчного протока по данным УЗИ. Предоперационный диагностический минимум обязательно должен включать гастродуоденоскопию с осмотром большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК). При подозрении на опухолевое поражение билиарной системы, а также в диагностически сложных случаях мы проводим ЭРХПГ. Распирение общего желчного протока является основным признаком нарушения оттока желчи. Мы в своей практике к нешироким внепечёночным желчным протокам относим те, диаметр которых при УЗИ не превышает 4-5 мм, при проведении интраоперационной холангиографии не более 6 мм, а наружная ширина общего желчного протока при измерении во время операции не превышает 8 мм. (А.И. Нечай и соавт, 1998).

Операции проводились трансректальным доступом, с использованием набора инструментов «Мини-Ассистент» фирмы «Лига-7» (г. Екатеринбург) по методу проф. М.И. Прудкова. При выборе метода обезболивания предпочтение отдавали эпидуральной анестезии без ИВЛ. Производился разрез длиной 5 см. Использование технологии мини-доступа позволяет произвести холецистэктомию, осуществить интраоперационную ревизию и санацию гепатикохоледоха с применением всех методов и приёмов, используемых при лапаротомном доступе, исключая пальпацию. После холедохотомии экстракцию камней проводили специальными, входящими в набор инструментами (изогнутый зажим с окончатými губками, ловушки для экстракции камней «Флажок» и «Окончатая»), а также катетером Фогарти и корзинкой Дормиа. Контроль эффективности санации гепатикохоледоха осуществляли посредством фиброхолангиоскопии (используется бронхоскоп Pentax). Функциональное стояние сфинктера Одди, проходимость терминального отдела холедоха и большого дуоденального сосочка оценивали на основании серии холангиограмм, зондирования набором калиброванных зондов и данных фиброхолангиоскопии. Холедохотомное отверстие закрывали однорядным непрерывным швом синтетической рассасывающейся нитью на атравматической игле 4,0-5,0 (максон, викрил). Операцию заканчивали дренированием общего желчного протока по Холстеду или по Керу. При выявлении сопут-

ствующего стеноза БСДК в послеоперационном периоде производили ЭПСТ. Наружный желчный дренаж удаляли на 10-е – 14-е сутки после операции при отсутствии патологии на контрольной холангиограмме. При наличии протяженного стеноза терминального отдела холедоха выполняли холедоходуоденостомию по Юрашу.

С сентября 2001 года в соответствии с вышеизложенной методикой и тактикой в клинике факультетской хирургии Кубанской медакадемии (г. Краснодар) прооперированно 27 больных с холецистохоледохолитиазом. У всех пациентов данный метод был успешен в разрешении холедохолитиаза, причём у троих с синдромом Мириizzi. Осложнений и летальных исходов не было. Имел место один случай конверсии на лапаротомный доступ в период освоения техники операции. У 24 больных удалось устранить холедохолитиаз с сохранением естественной анатомии билиарной системы без разрушения сфинктера Одди. Одному больному выполнена холедоходуоденостомия. Двум пациентам после операции произведена ЭПСТ с целью коррекции сопутствующего стеноза БСДК. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 15 суток.

Проведенное исследование показывает, что мини-доступ можно успешно использовать для лечения ЖКБ, осложнённой холедохолитиазом. Наш опыт позволяет говорить о хороших ближайших результатах метода, а сохранение сфинктера Одди у большинства больных, предотвращает развитие рефлюкс-холангита в послеоперационном периоде, что позволяет прогнозировать хорошие отдаленные результаты и высокий уровень качества жизни пациентов.

УДК.616.33/342-002.44-086-05

**Ф.Б. Алиджанов, А.Б. Вахидов, К.С. Ризаев**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Применение эндоскопических и чрескожных вмешательств (РПХГ, ЭПСТ и ЧЧХГиС) в диагностике и лечении больных механической желтухой на 15-25 % сокращает время оперативного вмешательства на билиарной системе, а при отдельных патологиях, вызвавших механическую желтуху, является малоинвазивным, малотравматичным методом лечения этой тяжелой категории больных.

Нами накоплен опыт 153 ретроградных панкреатохолангиографий, при которых у 121 (79,1 %) больного вмешательства завершены эндоскопической папиллосфинктеротомией.

При этом в 103 (85,2 %) случаях диагностирован холедохолитиаз, у 15 (14,5 %) – опухоли большого дуоденального сосочка (БДС) и печени, у 3 (0,3 %) – опухоль желчного пузыря с прорастанием в желчные протоки, в 32 (20,9 %) были выявлены стенозы БДС.

Из 103 больных с холедохолитиазом в 77 (74,7 %) случаях эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) сочеталась с литоэкстракцией. В 12 случаях литоэкстракция не удалась из-за больших размеров конкрементов, а в 2 случаях имел место отрыв корзинки Dormia. Данные больные были оперированы в срочном порядке, произведена холедохотомия с удалением конкрементов и корзинки Dormia. Неэффективность ЭПСТ в 19 (15,7 %) случаях была обусловлена наличием дивертикула папиллярной области, в 7 (5,7 %) случаях имел место протяженный стеноз терминального отдела холедоха.

Пациенты с дивертикулами папиллярной области и протяженным стенозом БДС оперированы в отсроченном порядке. Произведена минилапаротомная холецистэктомия с холедохолитотомией и наложением СД и РД ХДА в 54 случаях и лапароскопическая холецистэктомия у 43 пациентов.

У 8 больных из 15 (14,5 %) с опухолью БДС произведена папиллэктомия с папиллосфинктеропластикой аппаратом СПП-20.

В остальных случаях была наложена ЧЧХС, с которой пациенты были выписаны. Трое больных с опухолью желчного пузыря с прорастанием в желчные протоки и в печень после наложения ЧЧХС направлены для наблюдения и симптоматического лечения у онколога.

Из 32 больных со стенозом БДС различной степени в 18 случаях произведена ЭПСТ и после разгрузки механической желтухи больные выписаны домой. В 14 случаях больные выписаны домой ввиду отказа от оперативных вмешательств.

Таким образом, малоинвазивные методы вмешательств при механической желтухе являются основным методом предоперационной подготовки и лечения этой тяжелой категории больных. При механической желтухе опухолевого генеза чрескожные вмешательства являются лечебными.



**Ю.У. Пулатова, З.Д. Каримов, Ф.М. Азимова,  
Д.М. Касимова, А.Б. Вахидов**

## **МАЛОИНВАЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПЕЛЬВИОПЕРИТОНИТА У ЖЕНЩИН**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Нами проведена разработка малоинвазивного, эффективного и экономичного способа лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний придатков матки (ОГВЗПМ) и их осложнений, снижение частоты хронизации, рецидивов острого пельвиоперитонита и формирования tuboовариальных гнойных образований на почве воспаления придатков матки.

**Методы исследования.** Для лечения пациенток основной группы использовался разработанный нами способ длительной микрокатетерной антибактериальной терапии малого таза (ДМАТМТ) (Государственное патентное ведомство РУз, решение о положительной экспертизе № ИКР 2001 0762). По разработанной методике в полости малого таза через задний свод влагалища устанавливался пластиковый микрокатетер диаметром 2,0 мм, изготовленный из термопластичного полимера, дистальному концу которого предварительно придавалась форма “pig tail” для надёжной фиксации катетера в полости малого таза, а проксимальный закрывался специальной пробкой. Обследовано две группы женщин детородного возраста. В первую группу (36 женщин) вошли пациентки, получавшие всю антибактериальную терапию непосредственно в полость малого таза через установленный микрокатетер. Во вторую группу (36 женщин) вошли больные, получавшие традиционную парентеральную антибактериальную терапию. Обе группы формировались по типу копии-пары. При подборе копии-пары учитывались идентичный характер патологии, возраст, давность заболевания, характер лечения до госпитализации, результаты бактериологического исследования и данные полимеразной цепной реакции (ПЦР). В число обследованных не входили пациентки с объёмными образованиями придатков матки.

**Результаты и их обсуждение.** Длительность проводимой терапии до полного клинического выздоровления в 1-й группе колебалась от 4 до 5 дней, во 2-й – от 5 до 12 дней. Результаты диспансерного наблюдения в течение 6 месяцев после выписки показали возникновение рецидива заболевания у 6 пациенток из второй группы, включая 2-х со сформировавшимися гнойными tuboовариальными образованиями, и отсутствие рецидива заболевания в первой группе. Материальные затраты на весь курс лечения во 2-й группе были в 2,8 раз выше, чем в 1-й.

В изученной литературе мы не встречали методик непрерывного длительного введения антибактериальных препаратов в полость малого таза при ОГВЗПМ. Предлагаемый метод имеет преимущества перед многократным пунктированием заднего свода влагалища за счет меньшей травматичности и вероятности развития резистентности микрофлоры к антибиотикам.

Выводы. 1. Метод ДМАТМТ по своей эффективности имеет преимущества по сравнению с традиционной антибактериальной терапией ОГВЗПМ.

2. Способ позволяет избежать многократных пункций заднего свода влагалища и достигать максимальной концентрации препаратов в очаге воспаления.

3. Материальные средства, затраченные на лечение при использовании ДМАТМТ в 2,8 раза ниже, по сравнению с затратами на традиционную терапию.

УДК 618.13-002.95-08

**Ф.М. Азимова, З.Д. Каримов, Ю.У. Пулатова,  
Д.М. Касимова, А.Б. Вахидов**

## **МАЛОИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТУБООВАРИАЛЬНЫХ ГНОЙНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИДАТКОВ МАТКИ**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Республика Узбекистан, г. Ташкент*

Цель. Достижение стойкой длительной ремиссии у женщин с tuboовариальными гнойными образованиями придатков матки (ТОГОПМ) в репродуктивном периоде без хирургического вмешательства путем эвакуации гнойного содержимого.

Методы исследования. Обследовано 19 женщин с объемными полостными гнойными образованиями придатков матки в острой стадии заболевания, которым производили пункцию и установку пластикового микрокатетера в полость ТОГОПМ под контролем аппарата УЗИ с влагалищным датчиком, оснащенным пункционным адаптером. Катетеризировались однопустые образования “удобной” локализации для фракционного лаважа полости антисептиками и длительного введения антибактериальных препаратов с учетом антибиотикограммы и результатов полимеразной цепной реакции на хламидийную, гонококковую и герпетическую инфекции. Длительность данной терапии колебалась от 7 до 15 дней, последние 3-4 дня микрокатетерной терапии в полость абсцедирования вводили по 3,0-4,0 мл 96,0 % этилового спирта для ускорения процесса склерозирования и закрытия остаточных

полостей (Государственное патентное ведомство Республики Узбекистан, решение о положительной экспертизе № ИКР 2001 0762)

Результаты и их обсуждение. Стойкой длительной ремиссии удалось достичь у 14 (82,4 %) женщин из 19 обследованных. У 2 (10,5 %) женщин метод длительной микрокатетерной терапии тубоовариальных гнойных образований придатков матки (ДМТТОГОПМ) не использовался из-за “неудобной” (риск повреждения окружающих органов и тканей) локализации полости абсцесса. Неудовлетворительная динамика течения заболевания отмечалась у 2 (10,5 %) пациенток, которым произвели радикальное хирургическое вмешательство. У одной (5,9 %) пациентки, находившейся на ДМТТОГОПМ отмечен рецидив ТОГОПМ, она оперирована в экстренном порядке. В структуре возбудителей заболевания ведущее место занимает трансмиссивная уrogenитальная инфекция, играющая роль провайдера условно-патогенной гнойной инфекции.

Учитывая, что ТОГОПМ возникают у все более молодых женщин, особую актуальность приобретает органосохраняющее лечение этих больных ДМТТОГОПМ позволяет уменьшить частоту тяжелых радикальных операций, снизить число серьезных послеоперационных осложнений, которые возникают после вмешательства на фоне острого течения процесса. В современных условиях ДМТТОГОПМ необходимо рассматривать как метод выбора терапии у женщин репродуктивного периода.

Вывод. ДМТТОГОПМ в большинстве случаев позволяет избежать оперативного вмешательства и удаления органов репродуктивной системы женщины. Данная методика наиболее эффективно может использоваться для быстрого достижения “холодного” периода заболевания, что способствует снижению тяжелых послеоперационных осложнений.

УДК 616.37-002-036.11-08-06

**С.И. Третьяк, А.М. Федорук, Е.В. Баранов**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Белорусский государственный медицинский университет*

В настоящее время большинство хирургов отдаёт предпочтение консервативным методам лечения острого панкреатита (ОП) с применением малоинвазивных вмешательств, не прибегая к лапаротомиям на ранних стадиях развития заболевания. Остается нерешённым ряд вопросов: показания и противопоказания к применению пункционно-дренажных методов лечения ранних

осложнений ОП, способов вмешательства (пункция или дренирование), какие из лекарственных средств применять, какими должны быть сроки дренирования или кратность пункций.

Наиболее частым вариантом ранних локальных осложнений ОП является панкреатическое скопление жидкости (ПСЖ), которое представляет собой раннее проявление развития острых псевдокист или абсцессов поджелудочной железы. Его характеризует одиночное или множественное скопление жидкости вокруг или в паренхиме поджелудочной железы. Такое скопление состоит из разнообразных комбинаций: тканевой жидкости, панкреатического сока, некротических тканей, крови и воспалительных элементов и не имеет собственной капсулы, а ограничивается либо брюшиннофасциальными листками (экстрапанкреатическая локализация), либо непосредственно тканью поджелудочной железы (интрапанкреатическая локализация). ПСЖ встречается у 73 % пациентов с некротизирующим и у 5 % больных с интерстициальным панкреатитом в ранние сроки заболевания. У 32 % больных с ПСЖ происходит его спонтанное рассасывание. Кровотечение в полость ПСЖ встречается в 10-12 % и, как правило, требует незамедлительного оперативного вмешательства. Инфицирование ПСЖ, наблюдающееся более чем у 20 % больных, осложняет и так уже тяжелое состояние. И если общая летальность у больных с ПСЖ составляет 12 %, то при инфицировании она увеличивается до 41 %.

Среди 512 пациентов с ОП, проходивших лечение в Республиканском центре хирургической гепатологии с 1994 по июнь 2002 г., ПСЖ было выявлено у 5,3 % больных с интерстициальным и у 82,9 % с некротизирующим панкреатитом. Интервенционная ультрасонография выполнена 153 больным. Верификация диагноза ОП проводилась на основании комплексного обследования больных, включающего клинические, лабораторные и инструментальные методы, основным из которых был ультразвуковой мониторинг, который проводился на аппаратах "Аloka SSK-630, 500" с использованием устройств для дренирования полостных образований Ившина В. Г. (Россия) и иглами: "Monogect", "Hiba", "Rakochy", "G-20".

Проведение нами ультразвукового мониторинга у больных ОП позволило выявить несколько типов ПСЖ: прогрессирующий (23 %), пульсирующий (12 %), неизменяющийся (19 %) и регрессирующий (46 %). Скопление жидкости, как правило, выявлялось в сальниковой сумке, парааортально, в параренальном пространстве (чаще слева), параспленально, по ходу брыжейки поперечно-ободочной и нисходящей кишки, а так же в разных отделах брюшной полости. Объем аспирированного содержимого колебался от 80 до 2500 мл. Характер содержимого зависел от сроков возникновения деструкции в поджелудочной железе. Содержимое ПСЖ оценивалось визуально и направлялось на цитологическое, бактериологическое и биохимическое исследования. Ультразвуковая динамика осуществлялась в первые трое суток ежедневно, а в последующем один раз в три дня. Ежедневно учитывался объем и характер отделяемого при постановке дренажа.

Варианты малоинвазивных вмешательств, использованных нами у пациентов с ПСЖ, включали: этапные аспирационные санации (от 1 до 8 вмешательств) у 59 пациентов и дренирующие – у 94 больных. Исходя из патогенетических механизмов развития ОП, нами в полости ПСЖ после аспирации по дренажу или игле выполнялось введение комплекса препаратов, состоящих из водорастворимых антиоксиданта эмоксипина и антифосфолипазного лидокаина, а также антипротеазного препарата “Овомина” и одного из препаратов группы аминогликозидов по разработанной в клинике методике. Механизм действия лекарственной смеси и совместимость её ингредиентов были изучены нами ранее в эксперименте на животных.

Во всех случаях проводился поиск и попытка выполнения вмешательств из внеорганного доступа. Однако в 31 случае были использованы доступы через две стенки желудка (24) и через паренхиму печени (7). Осложнения наблюдались у 6 пациентов (транслокация дренажа и абсцедирование). В 2-х случаях отмечалось кровотечение в полость кисты после аспирации, связанное, вероятнее всего, с синдромом отрицательного давления. Этим пациентам проводилась повторная аспирация в течение 3-7 суток. Летальных исходов не было. Оперативные вмешательства выполнялись в тех случаях, когда размеры секвестров были более 3 см (11 пациентов).

Идентичность ультразвуковой картины при неинфицированном и инфицированном ПСЖ диктует необходимость выполнения своевременной интервенционной сонографии. Это позволяет осуществить не только забор материала для биохимического, морфологического и бактериологического исследований с диагностической целью, но и выполнить ряд лечебных манипуляций (аспирация содержимого, локальная доставка панкреопротекторных препаратов и антибиотиков в полости после аспирации, выполнение наружного дренирования).

Таким образом, наш опыт применения малоинвазивных методов лечения под ультрасонографическим контролем у больных с ранними осложнениями является достаточно эффективным и безопасным, позволяя в ряде случаев избежать тяжёлой полостной операции и поздних осложнений.

**В.Н. Эктов, В. В. Новомлинский, А.Н. Редькин,  
А.Н. Соколов, Ю.Ю. Мельников, А.В. Куркин,  
А.В. Филипцов, А.В. Иваненков**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПЕЧЕНИ**

*Воронежская областная клиническая больница № 1,  
Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Россия*

В Воронежской областной клинической больнице малоинвазивные технологии в лечении кист печени применяются с 1994 года, когда стали использоваться лапароскопические методики. С 1997 года в лечении жидкостных образований печени широко применяются чрескожные вмешательства (ЧКВ) под УЗК.

Непаразитарные кисты печени (НКП) диаметром до 3 см мы не оперировали, а наблюдали в динамике. У 113 больных с НКП диаметром 3-5 см применили пункционные чрескожные вмешательства под УЗК с одномоментной склеротерапией. После пункционного лечения рецидив возник у 5 пациентов (4,42 %), что потребовало повторного применения данной методики с положительным эффектом. Осложнений при использовании данной методики не отмечалось.

Чрескожное дренирование НКП под УЗК проводилось у 89 больных с кистами диаметром от 5 до 10 см. Рецидив кисты возник у 7 больных (7,86 %) с большими (от 6 см) кистами, что потребовало повторного применения ЧКВ с последующим положительным результатом. Осложнения отмечены у 2 больных (2,25 %) в виде желчеистечения по дренажам. Закрытие желчных свищей произошло самопроизвольно в течение 3-4 недель.

Лапароскопическая методика заключалась в иссечении свободных оболочек НКП после склеротерапии с оментоцистопексией или в обработке оставшихся оболочек электрокоагуляцией. Показаниями к данной методике считали наличие подкапсульных НКП размером от 5 см с локализацией по висцеральной и переднедиафрагмальной поверхностям печени. Наиболее часто данная методика применялась как симультанная операция во время лапароскопической холецистэктомии, в таких случаях фенестрировали оболочки и более мелких кист. С использованием данной методики в 1997-2001 годах оперировано 84 больных. Рецидивы отмечены у 2 больных (2,38 %) с большими (более 7 см) кистами, что в одном случае потребовало повторной лапароскопической операции, а в другом проведения ЧКВ под УЗ-контролем. Осложнение в виде желчеистечения в брюшную полость отмечено у 1 больной, что потребовало проведения лапаротомии. Летальных исходов не наблюдалось.

В последние 2 года произведено лечение эхинококковых кист печени диаметром от 6 до 15 см в 8 наблюдениях с использованием пункционно-видеоэндоскопической методики (ПВЭМ). Показаниями к использованию ПВЭМ в этих случаях считали наличие одиночной материнской эхинококковой кисты без кальциноза стенки. Использовалось двухэтапное лечение. На первом этапе производилось одномоментное дренирование кисты троакар-катетером диаметром 3,3 мм под УЗК с последующей повторной обработкой полости кисты гипертоническим 20 % раствором натрия хлорида по методике PAIR. После цитологического подтверждения гибели паразита проводился 2 этап лечения посредством установки лапарогепатопорта диаметром 10 мм по методике Сельдингера при помощи пункции кисты и последующей дилатации пункционного канала по проводнику. Удаление хитиновой оболочки производилось под сочетанным ультразвуковым и видеоэндоскопическим контролем. В 3 наблюдениях после проведения 2-го этапа лечения открывались желчные свищи, которые закрылись самостоятельно в сроки до 5 недель. Рецидивов в течение от года до 3 лет не отмечено.

Таким образом, использование малоинвазивных технологий в лечении кист печени позволяет значительно сократить длительность нетрудоспособности больных. Видеолапароскопические методики должны применяться в случае невозможности пункционного лечения кисты из-за ее локализации или при необходимости видеолапароскопического вмешательства по поводу другой патологии. В противном случае, предпочтение должно отдаваться чрескожным вмешательствам под УЗК как менее инвазивным. Применение пункционно-видеоэндоскопической методики в лечении паразитарных кист печени требует дальнейших исследований, изучения отдаленных результатов.

УДК 616.37-089+616.073

**С.В. Иванов, О.И. Охотников, Г.А. Бондарев, Г.В. Троянов,  
С.Р. Истомина, В.А. Прокопов, И.С. Иванов, Е.П. Розберг**

## **РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

*Курский государственный медицинский университет, Россия*

Актуальность проблемы диагностики и лечения панкреонекроза (ПН) обусловлена возрастающей частотой острого панкреатита, ростом удельного веса его деструктивных форм, сложностью диагностики и дифференциальной диагностики, разноречивостью подходов к тактике лечения и очень высокой послеоперационной летальностью. Это нашло свое отражение в

материалах IX Всероссийского съезда хирургов (Волгоград, 2000 г.), третьего конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова (Москва, 2001 г.) и IX конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Санкт-Петербург, 2002 г.).

Под нашим наблюдением в клинике хирургических болезней № 1 Курского государственного медицинского университета на базе областной клинической больницы с 1992 по 2001 г. находилось 317 больных с ПН. Контрольная группа состояла из 41 больных (1992-1994 гг.), основная – из 276 пациентов (1995-2001 гг.). В контрольной группе применялась традиционная, общепринятая в то время тактика, сутью которой были лапаротомии с различными вариантами дренирования брюшной полости, сальниковой сумки и забрюшинного пространства при клинико-лабораторной верификации ПН без учета фазности процесса, при неэффективности консервативной терапии, появлении признаков перитонита. Послеоперационная летальность у пациентов, оперированных в 1-2 фазах ПН (панкреатогенного шока и полиорганной недостаточности) в контрольной группе составила 48,4 %, среди оперированных в 3 фазе (дегенеративных и гнойных осложнений) – 25 %, суммарная послеоперационная летальность в контрольной группе составила 43,9 %.

Такие неудовлетворительные результаты лечения ПН побудили нас к поиску принципиально новых подходов к лечению этого заболевания. С 1995 г. в основной группе базовой методикой лечения ПН стали технологии ультразвуковой диапевтики, причем мы детально разработали технологию множественного (2-4-6 и более дренажей) крупнокалиберного (диаметр дренажа не менее 8 мм) дренирования под рентгеноультрасонографическим контролем. Во всех случаях появления признаков панкреатогенного перитонита (перитонизма) или обнаружении при ультрасонографии гидроперитонеума мы стали активно применять лапароскопию как диагностическую и лечебную процедуру. Мы резко сократили показания к лапаротомиям при ПН, считая таковыми: 1) верифицированные с помощью ультрасонографии или лапароскопии распространенные формы инфицированного перитонита; 2) ущемленный конкремент большого сосочка двенадцатиперстной кишки при невозможности его удаления с использованием эндоскопических методик; 3) недостаточная эффективность миниинвазивных технологий или невозможность их применения; 4) деструктивный холецистит; 5) опасные для жизни осложнения ПН (профузные кровотечения и пр.), которые не могут быть излечены другим способом.

21 % больных основной группы с документированным мелкоочаговым стерильным ПН были излечены консервативно. Мы считаем, что ультразвуковой мониторинг позволяет, с одной стороны, с достаточной уверенностью своевременно обнаруживать многочисленные признаки панкреонекроза, а с другой – проводить “вооруженное” наблюдение за динамикой процесса, проводя комплексную консервативную терапию. Это изменяет существовавшее длительное время традиционное представление о том, что успешно может



лечиться лишь отечная форма острого панкреатита, а больные с ПН должны в обязательном порядке оперироваться.

У 20 % пациентов единственным методом хирургического лечения была лапароскопия. Мы выполняли ее экстренно у больных с 1-2 фазами ПН, при наличии перитонита или обнаруживаемого при ультрасонографии гидроперитонеума. 25 % больных с различными формами ПН были излечены с применением только диаплевтических хирургических методик. У 5 % пациентов лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости сочетались в последующем с диаплевтическим дренированием экссудативных образований сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости.

Считаем необходимым подчеркнуть, что использование указанных миниинвазивных технологий требует систематического ультрасонографического контроля за состоянием поджелудочной железы, окружающей ее клетчатки, брюшной и плевральных полостей, а также должно позволять проведение адекватных повторных санаций и полноценного дренирования.

В настоящее время мы располагаем опытом успешного лечения с применением малоинвазивных хирургических технологий не только локализованных, но и диффузных экссудативных образований забрюшинного пространства большой протяженности (забрюшинных флегмон).

Современные миниинвазивные технологии позволяют при наличии ПН у 70 % больных избежать лапаротомии. В 19 % случаев миниинвазивные технологии предшествовали лапаротомии, значительно улучшая состояние тяжелых больных и снижая тем самым ее риск. Лишь у 10 % наших больных лапаротомия оказалась методом выбора хирургического лечения ПН без миниинвазивных методик. Применение новой хирургической тактики позволило нам снизить общую летальность до 9,4 % (в 4,7 раза), а послеоперационную – до 11,9 % (в 3,7 раза).

Таким образом, для адекватного хирургического лечения больных с ПН в арсенале клиники в настоящее время должны иметься все основные современные хирургические технологии (лапароскопия, диаплевтика, лапаротомные методы), которые могут с успехом применяться изолированно и сочетанно, не конкурируя, а взаимно дополняя друг друга, при этом предпочтение должно отдаваться миниинвазивным хирургическим методам. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения панкреонекроза способствует значительному улучшению результатов лечения и снижению общей и послеоперационной летальности.

**С.О. Гешелін, М.В. Міщенко, Р.М. Міщенко****ЛАПАРОСКОПІЧНИЙ КОНТРОЛЬ КЛІНІКО-  
ЛАБОРАТОРНОГО ДІАГНОЗУ “ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ”***Одеський державний медичний університет*

Вступ. Кількість хворих на гострий панкреатит зростає і за частотою виникнення наближається майже до такої, що й у хворих на гострий апендицит. Відомо, що гострий панкреатит – це двоетапний процес. Перша його фаза характеризується панкреатогенною інтоксикацією і проявляється у вигляді панкреатогенного шоку, поліорганної недостатності. Другій фазі властиві варіанти еволюції осередків панкреонекрозу (асептичне розсмоктування і рубцювання, формування псевдокісти, інфікування з утворенням панкреатогенних абсцесів, нориць, заочеревинних флегмон). Загальновідомі труднощі клініко-лабораторної диференційної діагностики гострого панкреатиту зумовлюють виникнення діагностичних і тактичних помилок. Важкість стану хворих і високий ризик ранніх операцій звужують показання до проведення діагностичної та лікувальної лапаротомії. Це призводить до марної трати часу, пізніх діагностики та хірургічного втручання. Лапароскопічний доступ набагато зменшує ризик виконання діагностичних і лікувальних маніпуляцій у черевній порожнині.

Матеріали і методи. Протягом останніх 20 років під час госпіталізації хворих з гострими хірургічними захворюваннями черевної порожнини ми застосовуємо діагностичну лапароскопію, яка за певних показань переходить у лікувальну. За цей період серед 35 829 хворих, яких госпіталізували до лікарні з гострими захворюваннями і травмами живота, було виконано діагностичну лапароскопію у 2112 (5,9 %) випадках. Із 2022 хворих на гострий панкреатит лапароскопію проведено у 192 (9,5 %) випадках.

Досліджування проводили за допомогою лапароскопа фірми “Karl Storz” або відеолапароскопічного комплексу “klympus”.

Результати досліджень та їх обговорення. Лапароскопічне підтвердження наявності гострого панкреатиту мало місце у 163 хворих. У 29 пацієнтів було виявлено захворювання, які потребували проведення невідкладної лапаротомії (проривна виразка, странгуляційна непрохідність кишок, тромбоз судин брижі). В цих випадках лапароскопії належала провідна роль щодо вибору оптимальної лікувальної тактики.

Серед тих хворих, у кого підтвердився діагноз гострого панкреатиту, 38 пацієнтів мали набряклу, недеструктивну форму захворювання, що проявлялося незначною набряклістю печінково-дванадцятипалої зв'язки, поодинокими стеатонекрозами. Ексудату в черевній порожнині або не було, або був вельми невеликий серозний випіт.

Семіотика деструктивного гострого панкреатиту вирізняється багатьма симптомами. Панкреатогенний перитоніт характеризується наявністю або серозного (52 пацієнти), або геморагічного (84 пацієнти) ексудату. Наявність геморагічного ексудату свідчить про ферментативну автолітичну деструкцію підшлункової залози й прилеглих тканин. Панкреатогенне походження ексудату підтверджується високим (понад 2048 в.о.) вмістом діастази в перитонеальній рідині. Домішка жовчі у перитонеальному ексудаті, яку ми виявили у 8 хворих, як і просякання жовцю печінково-дванадцятипалої та круглої зв'язок, пояснюється ферментативною агресією, що порушує бар'єрні властивості проток і зумовлює просочування жовчі шляхом діapedезу.

Для деструктивної форми гострого панкреатиту характерним є просякання печінково-дванадцятипалої, круглої та шлунково-ободової зв'язок, брижі поперечно-ободової кишки, що спостерігається під час візуальної ревізії та інструментальної пальпації. На відміну від поодиноких цятток, які мають місце при набряклій формі гострого панкреатиту, за наявності деструктивного процесу численні осередки стеатонекрозів виявляються на сальниках, зв'язках, брижах, вісцеральній та парієтальній очеревинах.

Гострий панкреатит за допомогою діагностичної лапароскопії було виявлено у 38 хворих, які надійшли з діагнозом інших гострих хірургічних захворювань живота.

Ми погоджуємося з Атановим Ю.П. у тому, що побічні ознаки є досить інформативними для лапароскопічної діагностики гострого панкреатиту, захворювання підшлункової залози, заочеревинне розташування якої часто утруднює проведення прямої візуальної ревізії органа.

Безперечною позитивною якістю зазначеного методу є можливість здійснювати перехід від діагностичної лапароскопії до лікувальної, що сприяє виконанню потрібних хірургічних втручань з меншим ризиком, ніж під час проведення лапаротомії. Усім хворим з підтвердженим діагнозом гострого панкреатиту лапароскопічне дренивання черевної порожнини виконували в 4 місцях (у підребер'ях і в пахвинних ділянках). Об'єм ексудату, вилученого під час дренивання, у деяких хворих був вищим за 1500 мл/добу. Тривалість дренивання становила  $(7 \pm 1)$  діб. Евакуація токсичного та агресивного ексудату сприяла зниженню клінічних і лабораторних проявів ендотоксикозу.

Значна роль у подоланні ферментативної агресії, як доводить наш досвід, належить декомпресії жовчовивідних шляхів. Останню було виконано 69 хворим шляхом лапароскопічної підвісної або кризьшкірної кризьпечінкової холецистостомії. Тривалість дренивання жовчних шляхів –  $(16 \pm 1)$  діб.

Лапароскопічну катетеризацію круглої зв'язки печінки з подальшим введенням інгібіторів протеолізу, новокаїну, антибіотиків було проведено 192 пацієнтам. Тривалість катетеризації –  $(6 \pm 1)$  діб.

Лікувальну лапароскопію було здійснено 201 хворому, з них 37 пацієнтам, у зв'язку з прогресуючими гнійно-септичними ускладненнями, довелося виконати відкриті операції (марсупіалізацію, секвестректомію, люмбо-

томію). Померло 11 хворих. Причини смерті: поліорганна недостатність (7), сепсис (2), арозивна кровотеча (2).

Висновок. Застосування комбінованої лапароскопії хворим на гострий панкреатит дозволяє виконати діагностичні завдання і потрібні хірургічні втручання.

УДК 616.37-002.1-089

**Е.Е. Ачкасов, Н.Л. Травникова, Е.В. Карамышева,  
Л.П. Довгая, В.С. Волков, Р. Элиа**

## **ПУНКЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОСЛОЖНЁННЫХ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Россия*

В последние годы отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом, деструктивные формы которого в 50 % наблюдений завершаются ложными кистами поджелудочной железы (ЛКПЖ). Более чем у половины пациентов возникают осложнения ЛКПЖ, а летальность при данной патологии достигает 40 %. Этот факт, несомненно, указывает на необходимость лечения ЛКПЖ до развития их осложнений. До настоящего времени нет единой, патогенетически обоснованной тактики лечения ЛКПЖ, что определяет внимание хирургов к данной проблеме.

Нами проанализированы результаты лечения 10 пациентов с неосложнёнными ЛКПЖ, в возрасте от 37 до 69 лет, мужчин было 7, женщин – 3. Сроки от момента заболевания до хирургического вмешательства были от 1 до 3 месяцев.

Диагноз устанавливали на основании УЗИ, КТ, рентгеноконтрастного исследования. Всем больным под контролем УЗИ выполняли диагностическую тонкоигольную пункцию ЛКПЖ иглой Chiba с обязательным бактериологическим исследованием содержимого кисты, определением концентрации амилазы и давления в полости кисты. Интерпозиция полых органов по ходу иглы Chiba не являлась противопоказанием для проведения пункции. Концентрация амилазы была в пределах от 41 до 500 мг/час/л. Во всех наблюдениях посевы были стерильными. У 7 больных после аспирации содержимого выполнили пункционную цистографию, которая позволила у 1 больной выявить сообщение кисты с вирсунговым протоком (ВП).

После тонкоигольной пункции проводили пункцию иглой диаметром 2 мм с аспирацией содержимого. Место для аспирационной пункции выбирали с учётом кратчайшего расстояния между кожей и ЛКПЖ, избегая

интерпозиции полых органов и крупных сосудов по ходу предполагаемого пункционного канала. Интерпозиция указанных структур являлась противопоказанием для проведения аспирационной пункции ввиду опасности инфицирования кисты с последующим её нагноением. Дренирование ЛКПЖ не выполняли для предотвращения инфицирования ЛКПЖ. Объем кист составлял от 60 до 4800мл. Давление жидкости в полости кисты в среднем было  $(211 \pm 12)$  мм водн. ст. Всем больным 2 раза в неделю проводили УЗ-контроль. При накоплении жидкости в полости кисты выполняли повторные аспирационные пункции. У 4 больных в ЛКПЖ вводили по 4мл 96 % спирта с целью склерозирования и облитерации полости кисты. У 9 больных с пункционным введением достигнута облитерация полости кисты и клиническое выздоровление, что требовало от 3 до 11 аспирационных пункций с интервалом между пункциями 3-5 дней.

Декомпрессия ЛКПЖ позволяла устранить интоксикацию и болевой синдром, способствовала восстановлению трофического статуса.

В одном наблюдении при неэффективности повторных пункций и сообщении ВП с кистой, ввиду невозможности проведения пункционного дренирования выполнили дренирование кисты через мини-доступ с формированием наружного панкреатического свища, который был закрыт консервативно. Умерших не было.

Пришли к выводу, что повторные аспирационные пункции ЛКПЖ являются эффективным способом лечения неосложнённых ЛКПЖ, позволяющим достичь облитерации полости кисты и клинического выздоровления без операции.

УДК 616.37-002.2-089

**О.Т.Федорчук, Л.Ю. Потягайло, І.В. Чоплак, В.П. Драченко**

## **ТРИПОРТАЛЬНИЙ ДОСТУП ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНІЙ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ**

*Луцька міська лікарня*

Лапароскопічна холецистектомія залишається “золотим стандартом” в лікуванні жовчнокам’яної хвороби, все більше і більше витісняючи традиційну методику [1; 2]. Причому техніка виконання втручань не є предметом обговорень, розглядаються лише окремі клінічні аспекти, підходи до лікування ускладнених форм жовчнокам’яної хвороби, аналізуються результати лікування, вдосконалюється техніка операцій [2, 3].

За період з 1997 по 2002 рр. у відділенні загальної хірургії Луцької міської клінічної лікарні було виконано 697 лапароскопічних холецистектомій. Чоловіки склали 14,6 %, жінки – 35,4 % всіх хворих. Вік хворих був від 16 до 84 років, в середньому 41,2 роки. Хронічний калькульозний холецистит був діагностований у 622 хворих, а гострий холецистит – у 67 хворих, хронічний безкам'яний холецистит – у 8 хворих. Оперативне втручання виконувалося під загальним ендотрахеальним наркозом, при допомозі відеолапароскопічної техніки та інструментарію фірми “KARL STORZ”

Всім хворим було проведено клініко-лабораторне обстеження, УЗД гепатобіліарної системи, а при необхідності ретроградна ендоскопічна холедохопанкреатографія (РЕПХГ) та комп'ютерне обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення. 68 % оперативних втручань проводилося за допомогою трипортального методу, інша кількість була проведена стандартним методом з використанням точок Радика-Ослера. Обидва методи застосовувались із врахуванням УЗД картини та комп'ютерної томографії, проекції жовчного міхура на передню черевну стінку. Варіанти розміщення жовчного міхура були такими: у 38 % випадків дно жовчного міхура проектувалося справа від серединної лінії на 3,0 см; у 44 % випадків – на серединноключичній лінії, а у 18 % – на 2 см вправо від правої серединноключичної лінії. Висота розміщення жовчного міхура відмічена була від XI грудного хребця (22 %) до рівня III поперекового хребця (2 %), але найчастіше жовчний міхур на рівні XII грудного хребця (39 %) і I поперекового хребця (37 %).

В більшості випадків послідовність введення троакарів була такою: в параумбіліальній ділянці; в епігастрії – на рівні переднього краю правої частки печінки в залежності від типу класифікації та паталогії гепатобіліарної системи; в правій здухвинній ділянці – нижче біспінальної лінії за ходом правого флангу. Остання троакарна пункція дозволяє краще маніпулювати та дренувати черевну порожнину при необхідності. Видалення жовчного міхура проводили через параумбілікальний розріз.

З метою попередження інфікування рани передньої черевної стінки в багатьох випадках, особливо при гострих процесах застосовували катетер, рану обробляли 1 % розчином бетадіну.

Наявність у хворих спайкового процесу в підпечінковому просторі з перивезикулярним інфільтратом, утруднюючим достовірну верифікацію елементів гепатодуоденальної зв'язки, була причиною переходу на відкритий метод холецистектомії. Таких випадків було 24 за даний період. Перехід від лапароскопічної холецистектомії до лапаротомії, на думку більшості авторів [4; 6; 7], не є погіршенням в техніці чи ускладненням. Ми дотримуємося такої думки і не вважаємо позитивним завершення операції якою ціною без достатньої терапії і безпеки хірургічного втручання. Всі причини, внаслідок яких неможливо було виконати лапароскопічну холецистектомію, ми розділили на 2 групи: 1-а – незалежні від дій операційної бригади; 2-а –

зумовлені хірургічними маніпуляціями. Першу групу представляли 8 хворих з вираженим запальним інфільтратом в зоні гепатодуоденальної зв'язки, 5 – з короткою широкою міхуревою протокою, 5 – з підозрою на злоякісне переродження жовчного міхура. Другу групу (6) склали 2 хворих, у яких виникла кровотеча, 2 – підтікання крові та жовчі, 2 – з травмою холедоха.

Для покращання результатів лапароскопічної холецистектомії необхідно дотримуватися ряду постулатів детального аналізу даних анамнезу захворювання, особливо при наявності жовтяниці в анамнезі; повноцінного інструментального обстеження органів черевної порожнини включаючи УЗД та КТ; високої кваліфікації операційної бригади, яка має величезний досвід в гепатобілярній хірургії; щадного виконання всіх етапів операції; ідентифікація елементів трикутника Калло повинна тривати не більше 30 хв; троакарні пункції проводити у звичайних точках, враховуючу проекцію жовчного міхура та елементів гепатодуоденальної зв'язки на передню черевну стінку в залежності від типу конституції; при гострих калькульозних холециститах ендоскопічну холецистектомію необхідно застосувати у ранні терміни після приступу.

### **Література**

1. Ничитайло М.Ю., Литвиненко О.М., Дяченко В.В., Огородник В.С., Кондратюк А.П., Скула А.В., Щербина О.І. Лапароскопічна холецистектомія – досягнення, небезпека // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 1998. – № 2. – С. 65-67.
2. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Ничитайло М.Ю., Ковальчук О.П. Лапароскопічна хірургія жовчевивідних шляхів. – Тернопіль-Рівне: Вертека, 1997. – С. 55.
3. Стрікаловський В.П., Старков Ю.Г., Гришин М.А. Результати лапароскопічної холецистектомії // Вісник РАМН, 1994. – № 6. – С. 43-45.
4. Борисов А.Є., Левін Д.А., Земляний В.П., Курб'ячов К.Г., Лисицин О.О. Технічні особливості лапароскопічної холецистектомії і її ускладнення – С.-Пб., 2001. – 186 с.
5. Ковешніков О.В., Глушенко Р.М., Бука Г.Ю. Лапароскопічна холецистектомія трипортальним доступом у хворих на гострий і хронічний холецистит // Шпитальна хірургія. – 2001. – № 2. – С. 65-67.
6. Ничитайло М.Ю., Литвиненко О.М., Дяченко В.В., та ін. Лапароскопічна холецистектомія: випробування часом // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 3. – С. 31-36.
7. Lo S. M., Fan S.T., Lin S.L., Lai E.S.C., Wond J. Early decision for conversion of Laparoscopic to open cholecystectomy for Treatment acut cholecystitis // Am. Journ. Surg. – 1997. – V. 6. – P. 513-517.
8. Cameron J.C. Gedaez T.R. Laparoscopic cholecystectomy (editorial) // Am. Journ. Surg. – 1996. – P. 214-251.

**Л.Я. Ковальчук, В.І. Максимлюк****ПРОГНОЗУВАННЯ ПОПЕРЕДЖЕННЯ РИЗИКУ  
ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМУ ПІД ЧАС ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ  
ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ***Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Однією з особливостей лапароскопічних оперативних втручань є необхідність створення пневмоперитонеуму (ПП). Найчастіше для цього використовується вуглекислий газ (CO<sub>2</sub>). Проте поєднання тривалого підвищення внутрішньочеревного тиску з наявністю в черевній порожнині вуглекислого газу призводить до розвитку типових патофізіологічних зсувів: гемореологічних порушень, змін кислотно-лужної рівноваги крові, зменшення серцевого викиду, централізації кровотоку і навіть зупинки серцевої діяльності. Ці зміни пов'язані з порушенням притоку венозної крові до системи ворітної і нижньої порожнистої вен.

Загальновідомо, що у людей похилого та старечого віку дихання відбувається за рахунок діафрагми. Підтиснення останньої в умовах ПП веде до зміни фізіологічної вісі серця і порушення функції зовнішнього дихання.

Метою роботи є розробка критеріїв для прогнозування ризику ПП і способу його попередження під час лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). Для реалізації мети проведено аналіз історій хвороби 195 пацієнтів віком від 18 до 73 років, яким виконана ЛХЕ. Серед них 174 (89,2 %) – особи жіночої статі, 21 (10,8 %) – чоловічої. Показаннями до операції в 168 (86,2 %) хворих були хронічний калькульозний холецистит, в 27 (13,8 %) – гострий калькульозний холецистит. У 42 (21,5 %) хворих виявлені супровідні захворювання. Серед них найчастіше зустрічались: серцево-судинна патологія – у 17 (40,5 %), ожиріння III ступеня – у 8 (19 %), хронічні захворювання органів дихання – у 9 (21,4 %), цукровий діабет – у 3 (7,1 %) пацієнтів. У 5 (11,9 %) хворих цієї групи відзначали поєднання декількох супровідних захворювань.

Для реалізації прогнозування ризику ПП у 33 пацієнтів літнього і старечого віку з супровідною патологією в доопераційний період вивчали зсув параметрів гемоциркуляції і дихання (шляхом проведення ЕКГ, контролю артеріального тиску, пневмотахіметрії) в умовах накладання псевдоперитонеуму (14 мм рт. ст.) за С.І. Ємельяновим і співавт. (1997) [1]. Проведені дослідження дозволили розподілити пацієнтів за ступенем операційного ризику (ОР) на три групи: I група – малого, II – середнього, III – високого ОР.

Для попередження ускладнень, пов'язаних з підвищенням внутрішньочеревного тиску під час ЛХЕ, ПП накладали з урахуванням ступеня ОР. Так, у пацієнтів до 40 років без супровідної патології операції проводили під



тиском 12, а іноді навіть 14 мм рт. ст. Хворих з I ступенем ОР оперували під тиском 10-12 мм рт. ст., з II ступенем ОР – під тиском 8-10, а при III ступені ОР – під тиском менше 8 мм рт.ст.

Під час ЛХЕ у хворих з I -III ступенем ОР, з метою забезпечення кращих умов дихання, попередження ускладнень, пов'язаних з накладанням ПП, останній накладали за допомогою запропонованого нами пристрою – пневмоперитонеоінсуфлятора [2], що забезпечує своєчасну компенсацію коливань тиску в черевній порожнині синхронно з диханням. Він складається з посудини, верхньої кришки з клапанним пристроєм. Вертикальною перегородкою посудина розділена на дві камери, які вільно сполучаються між собою в нижній частині. До камери через сифонну трубку підведене джерело стисненого газу та під'єднаний лапароскоп за допомогою магістральної трубки. На зовнішній стінці посудини нанесена градуйована шкала.

Перед початком роботи посудину через трубку заповнюють антисептиком (розчином фурациліну 1:5000) до рівня нулевої мітки на шкалі. До введеного в черевну порожнину троакара лапароскопа під'єднують магістральну трубку, сполучену з камерою посудини пристрою. Стиснений вуглекислий газ від джерела через сифонну трубку примусово подають в камеру. При цьому вертикальна перегородка запобігає вирівнюванню тиску в обох камерах, а різниця рівнів рідини в камерах відображає тиск в черевній порожнині, який визначають за манометричною шкалою, нанесеною на зовнішній поверхні посудини. Так, якщо на шкалі камери рівень рідини знаходиться на рівні 10 см вод. ст. нижче нулевої відмітки, то в камері він також буде на рівні 10 см вод. ст., але вище цієї відмітки. Ця різниця складає 20 см вод. ст., що відповідає тиску газу в черевній порожнині. Під час дихання, на вдиху, внутрішньочеревний тиск збільшується і рідина з камери вільно переміщується в камеру, а при видиху – навпаки, полегшуючи умови дихання. Регулюють тиск в системі (а отже в черевній порожнині) шляхом нагнітання газу в черевну порожнину від джерела, досягаючи його підвищення, або стравлювання газу з камери через клапанний пристрій, забезпечуючи зниження тиску в системі, підтримуючи його в режимі 20 см. вод. ст.

Диференційований вибір величини ПП за ступенем операційного ризику, використання запропонованого нами пневмоінсуфлятора дозволило попередити виникнення ускладнень, пов'язаних з накладанням ПП при виконанні ЛХЕ.

### **Література**

1. Емельянов С.И., Феденко В.В., Матвеев Н.Л. и др. Прогнозирование риска пневмоперитонеума и коррекция расстройств венозного кровотока в лапароскопической хирургии: поисковое исследование // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – № 1. – С. 62-63.
2. Пат. 29869 UA, А 61 В 17/00. Пневмоперитонеоінсуфлятор / Ковальчук Л.Я., Максимлюк В.І., Захаров В.П. – № 9794563; Заявл. 11.09.97; Опубл.15.11.2000, Бюл. № 6-П.

**Е.Д. Хворостов, Р.Н. Гринёв, Т.Е. Скалозуб**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАЛЬПЕЛЯ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

*Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина*

Вступление. Применение видеолапароскопической техники позволило существенно улучшить показатели хирургических вмешательств на различных органах брюшной полости. Однако специфические условия выполнения лапароскопических операций, используемые методы диссекции тканей и выполнения гемостаза с применением электрокоагуляции имеют определенные недостатки, что может привести к возникновению обширных зон некроза паренхимы печени, повреждению других органов (желудок, двенадцатиперстная кишка, толстый кишечник, холедох) под воздействием высокой температуры. Поэтому в настоящее время актуальным является внедрение в клиническую практику ультразвукового скальпеля для выполнения разрезов мягких тканей, когда требуется контроль кровотока и минимальное термическое повреждение. Это позволит значительно расширить диапазон выполняемых лапароскопических вмешательств и улучшить непосредственные и отдаленные результаты лечения больных с патологией органов брюшной полости (1, 2).

Материалы и методы. В клинике хирургических болезней Харьковского национального университета им. В.Н. Каразина с декабря 2001 по июнь 2002 года были оперированы 127 больных с использованием ультразвукового скальпеля Ultracision Harmonic Scalpel фирмы "Ethicon". Всем пациентам была произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу различных форм желчнокаменной болезни.

Женщин было 98, мужчин – 29. Средний возраст больных составил 51,2 года. Особенность методики выполнения оперативных вмешательств у данной группы пациентов заключалась в мобилизации и удалении желчного пузыря с использованием ультразвукового скальпеля. Принцип действия ультразвукового скальпеля заключается в механическом воздействии на ткани лезвия, вибрирующего в продольном направлении с частотой 55,5 кГц. Вибрирующая кромка лезвия обеспечивает коагуляцию кровеносных сосудов при разрезании тканей. Гемостаз возникает при соприкосновении ткани с движущимся лезвием. Механическое перемещение лезвия вызывает вибрацию молекул коллагена внутри ткани и изменение их естественных свойств, сопровождаемое образованием коагулянта. В процессе разрезания можно регулировать, увеличивая или уменьшая, процесс коагуляции и скорость резания.

Результаты и их обсуждение. Эффективность использования ультразвукового скальпеля для коагуляции оценивалась по состоянию тканей: при

побелении тканей гемостаз был эффективным. При оценке результатов использования ультразвукового гармоник скальпеля было отмечено, что во время его использования происходит коагуляция сосудов диаметром до 3 мм. Ультразвуковой гармоник-скальпель являлся эффективным для пересечения массивных воспаленных и склерозированных тканей, не вызывал задымления операционного пространства, что было особенно ценным при выполнении лапароскопических вмешательств. В послеоперационный период у больных исследуемой группы, в сравнении с пациентами, прооперированными с использованием электрокоагуляции, отмечалось снижение выраженности послеоперационного болевого синдрома, менее выраженный парез желудочно-кишечного тракта, уменьшение объема раневого отделяемого по дренажам брюшной полости.

**Вывод.** Использование ультразвукового скальпеля в лапароскопической хирургии позволяет эффективно и безопасно производить диссекцию тканей и осуществлять окончательный гемостаз. При этом отсутствует вероятность непреднамеренного повреждения органов брюшной полости, а также отмечается уменьшение интенсивности болевого синдрома в ранний послеоперационный период.

#### **Литература**

1. Воробьев Г.И., Кузьминов А.М., Жученко А.П. и др. Опыт применения ультразвукового скальпеля в колоректальной хирургии // *Анналы хирургии*. – 2001. – № 2. – С. 59-61.
2. Huttel T.P., Hrdina C.P., Kramling H.J. et al. Gallstone surgery in German university hospitals development, complications and changing strategies // *Langenbecks Arch. Surg.* – 2001. – Vol. 386, № 6. – P. 410-417.

УДК 616.348 – 007.42: 616.381 – 072.1

**Ф.М. Высоцкий, С.В. Александров**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ЖОЛОПЕКСИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ДОЛИХОКОЛОНА**

*Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск*

Актуальность изучения долихоколона у взрослых определяется частотой и тяжестью развития осложнений, а также выраженностью функциональных расстройств толстой кишки. Под этим термином подразумевают необычно большую длину ободочной кишки. Большинство авторов это состояние интерпретируется как аномалия развития и может клинически не проявляться в течение всей жизни человека. По данным П.А. Романова (1987 г., долихоколон составляет 11 % от всех аномалий развития толстой

кишки. Необычно большая длина ободочной кишки зависит от величины брыжейки: чем брыжейка выше и шире – тем длиннее и подвижнее тот или иной отдел кишки.

Частыми осложнениями на фоне долихоколона являются: стойкие запоры, повторяющиеся завороты долихосигмы, патологическая подвижность и птоз правого фланга ободочной кишки. На основе анализа в течение последних пяти лет собственных клинико-рентгенологических данных (493 ирригоскопии) установлено, что кроме удлинения сигмовидной и поперечно-ободочной кишок, в 19 % наблюдений имеется подвижная слепая и восходящая кишка и птоз правого фланга.

В нашей клинике с 1971 по 2002 годы выполнено 20 плановых операций по поводу болевого синдрома, обусловленного патологической подвижностью правого фланга ободочной кишки или долихосигмы при отсутствии явлений хронического колостазы. Из них: резекций долихосигмы – 8; цекопексий + мезосигмопликаций – 5. В последние полтора года нами сделаны 7 операций лапароскопическим методом (цекопексия – 4; мезосигмопликация – 3). Послеоперационный период у этих больных протекал намного легче, чем после классической лапаротомии: все были выписаны в удовлетворительном состоянии на пятые сутки после операции. При динамическом наблюдении в течение 1,5 лет в 86 % случаев у прооперированных больных получены хорошие отдаленные результаты, выражающиеся в нормализации процессов пищеварения, кишечного транзита и исчезновении болевого синдрома.

Мы считаем, что лапароскопическая фиксация избыточно подвижного сегмента ободочной кишки является клинически эффективной и экономически целесообразной.

УДК 616.381-072.1-083.98

**Ю.Н. Сухопара, Н.А. Майстренко**

## **ЭВОЛЮЦИЯ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ВНЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ И ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург, Россия*

Широкие диагностические и лечебные возможности лапароскопического метода показали не только целесообразность, но и необходимость его применения в неотложной хирургии. В то же время вопросы хирургической тактики с применением лапароскопических технологий при различных не-

тложных состояниях отражены в литературе неоднозначно. Наиболее дискуссионными в этом отношении являются такие формы “острого живота”, как холецистит, панкреатит, кишечная непроходимость, а также ранения и травмы живота.

В клинике абдоминальной хирургии ВМедА накоплен опыт выполнения 1326 неотложных лапароскопических вмешательств. По сути, все принципиальные позиции хирургической тактики не отличались от таковых при открытых операциях. Вместе с тем применение лапароскопической техники позволило уточнить ряд тактических подходов оказания неотложной хирургической помощи при вышеперечисленных неотложных состояниях.

Из числа всех неотложных лапароскопических вмешательств 324 (24,4 %) операции выполнены по поводу холецистита, 73 (5,5 %) – панкреатита, 53 (4,0 %) – кишечной непроходимости и 72 (5,4 %) – ранений и травм живота. Опыт показывает, что применение лапароскопической техники при этих неотложных состояниях определяет целесообразность активной хирургической тактики.

При остром холецистите и его осложнениях результаты экстренных и срочных эндовидеовмешательств при сроках от начала заболевания до 5 суток были вполне удовлетворительными, что характеризовалось низкой частотой перехода на лапаротомию (3,8 %), небольшим числом послеоперационных осложнений (7,5 %) и отсутствием летальных исходов.

Лапароскопические вмешательства при интерстициальном панкреатите и стерильном панкреонекрозе обладают мощным упреждающим эффектом на развитие патологического процесса и позволяют «оборвать» деструктивные изменения в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Безусловно, ранние эндовидеовмешательства вполне оправданы у больных с панкреатогенным перитонитом, при тяжелой степени интоксикации, сопутствующем деструктивном холецистите, механической желтухе и нарастании признаков панкреатита и интоксикации несмотря на комплексную терапию. Максимальные диагностические и высокие лечебные (87,1 %) возможности метода при низком уровне летальности (8,5 %) позволяют считать оптимальной активную хирургическую тактику с применением лапароскопических технологий.

Высокая эффективность (86 %) эндовидеовмешательств при острой кишечной непроходимости обусловлена обоснованно-рациональным отбором больных и выполнением операций в ранние сроки от начала заболевания. В этих случаях целесообразность активной хирургической тактики оправдана как с позиций прерывания патогенетических механизмов данной патологии, так и повышения диагностических и лечебных возможностей лапароскопического метода.

Дифференцированный подход и активное применение лапароскопической техники при ранениях и травмах живота позволило сократить время диагностического периода, исключить или подтвердить повреждение внут-

ренных органов, установить характер и определить тяжесть повреждения и, соответственно, на ранних этапах определить рациональную тактику лечения. Это позволило в период до развития массивного гемоперитонеума, разлитого перитонита выполнить лапароскопические вмешательства в адекватном объеме у 58,1 % от числа нуждавшихся в оперативном лечении.

В целом, активная хирургическая тактика с применением лапароскопических технологий позволила улучшить результаты лечения urgentных абдоминальных больных, уменьшить на 30 % сроки пребывания больных и пострадавших в стационаре, сократить на 1/3 число послеоперационных осложнений и в 1,5 раза снизить общую летальность.

УДК 616.27-002.3-089-072.1

**В.В. Агапов, С.С. Слесаренко**

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМИ МЕДИАСТИНИТАМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВИДЕОЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ**

*Саратовский медицинский университет, Россия*

Неудовлетворенность хирургов результатами хирургического лечения гнойных медиастинитов (ГМ) заставляет искать пути совершенствования методологии оперативных пособий. Использование видеоэндоскопических технологий представляется реальным способом оптимизации лечебной тактики при данной патологии. Анализ накопленного клинического материала и современных литературных данных позволил нам сформулировать принципы лечения наиболее распространенных форм ГМ.

Первичные (перфоративные) медиастиниты. При локализации повреждения пищевода в шейном и верхнегрудном отделах операция выполняется только коллотомическим доступом. Дренирование затеков осуществляется с использованием видеоассистированных приемов. Отключение пищевода осуществляется функционально (гастростомия, при отсутствии нарушений функций внешнего дыхания и поведенческих расстройств допустима назогастральная интубация).

При локализации повреждения пищевода в среднегрудном отделе и целесообразности одномоментного устранения дефекта выполняется правосторонняя боковая торакотомия, завершаемая соответствующей установкой дренажей. Пищевод отключается функционально.

При локализации повреждения в нижнегрудном отделе и целесообразности одномоментного устранения дефекта вмешательство выполняется чрездиафрагмальным доступом с видеоподдержкой. Функциональное отключение пищевода возможно только в сочетании с антирефлюксной операцией. В большинстве случаев более целесообразно дистальное анатомическое отключение пищевода в сочетании с назоэзофагеальным дренированием.

При локализации повреждения пищевода в средне- или нижнегрудном отделах при отграниченном гнойнике средостения осуществляется трансэзофагеальное эндоскопическое дренирование.

При локализации повреждения пищевода в средне- или нижнегрудном отделах и распространенном гнойном процессе в средостении при нецелесообразности первичного устранения дефекта или неэффективности ранее выполненной операции выполняется удаление пищевода шейно-абдоминальным доступом с видеоподдержкой. Использование данного подхода нецелесообразно только при наличии неудаленного инородного тела среднегрудного отдела пищевода из-за высокого риска интраоперационного повреждения непарной вены. В таких ситуациях операцию Торека следует выполнять трансторакально.

Вторичные (контактные) медиастиниты. При любой распространенности процесса выполняется видеоассистированное внеплевральное вмешательство двухсторонним трансколлярным доступом. При данном вмешательстве используются специальные инструменты и приспособления, позволяющие обеспечить достаточные параметры операционного действия, и специально разработанные шейные доступы для введения инструментов и последующего дренирования клетчаточных пространств шеи и средостения. В случае необходимости выполняется торакоскопия с контролируемым подведением дренажа к медиастинальной плевре.

Наиболее существенными положениями оперативного лечения гнойных медиастинитов являются:

1. Максимальный отказ от трансплевральных операций в пользу внеплевральных видеоассистированных вмешательств.

2. Раннее выполнение эзофагэктомии при массивной травме пищевода и неэффективности первичной органосохраняющей операции.

**Г. Красовскі, М. Крук, Л. Малмуровіч, М. Геремек,  
А. Плонскі, М. Трохімчук, М. Борковскі**

**G. Krasowski, M. Kruk, L. Malmurowicz, M. Geremek,  
A. Pioski, M. Trochimczuk, M. Borkowski**

## **УСКЛАДНЕННЯЛАПАРОСКОПІЧНОЇХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ СКМPLІCАТІКNSКFLAPАРКСКPІCCHКLECYSTECTКМУ**

*Вольська лікарня, м. Варшава, Польща  
Kеpartment of General Surgery, Wolski Hospital, Warsaw, Poland*

**Background.** Between April 1994 and February 2002 laparoscopic cholecystectomy was performed in 1344 patients aged 15-84 years (mean age 51,1 years) admitted to our department. This group consisted of 1162 women (aged 16-84 years) and 182 men (aged 15-75 years). Mean duration of the procedures was 76 minutes (ranging from 40 to 270 minutes). The indication for laparoscopic cholecystectomy was chronic symptomatic cholecystolithiasis confirmed with ultrasound in 1154 cases (85,86 %), acute cholecystitis in 190 cases (14,14 %) which was operated within the first two days after admission to hospital. The following were considered contraindications for laparoscopic cholecystectomy: mechanical jaundice, status after major operations in epigastrium, abdominal hernia, the history of acute pancreatitis (relative contraindication), poor general condition of the patient, selected neurological and cardiovascular disorders.

**Methods.** Before operation patients received 1 dose of antibiotic – cefazolin 1g iv as a preventive measure. Among 1344 patients, conversion to classic cholecystectomy took place in 129 cases, i.e. in 9,6 %. This was due to the presence of large inflammatory changes, adhesions as well as unclear anatomy within Calot's triangle, bleeding or the suspicion of tumour. In the remaining patients (1215), gallbladder hydrops was diagnosed in 102 cases (8,4 %), empyema of gallbladder – in 56 cases (4,6 %). Although not suspected during operation, neoplastic cells were found in histopathological investigation in 3 patients (0,22 %). All the patients had a drain left in subhepatic region which was removed on the first postoperative day, unless bile leakage persisted. After the procedure the patients stayed at hospital for the average of 2.5 days and overall hospitalisation time ranged from 1 to 18 days.

**Results.** Postoperative mortality – 0, Common Bile Ruct (CBK) damage – 3 (0,22 %) including: CBK section diagnosed intraoperatively – 2 (0,15 %) – in both cases a primary anastomosis was performed. Good long-term effect was obtained in one patient, while in the other a stenosis developed and as endoscopic



treatment proved ineffective, choledochojejunal anastomosis on Roux-Y loop was performed. CBK damaged not diagnosed during primary operation 1 (0,07 %) – laparotomy was performed on post-operative day 7 because of the symptoms of bile peritonitis. A defect in CBK wall was discovered (most likely the defect was the result of a burn), the fragment of an altered duct was excised and an end-to-end anastomosis was performed with good long-term effect. Bleeding from the gallbladder site – 7 (0,52 %): in 2 cases (0,15 %) prolonged bleeding necessitated laparotomy, postoperative wound infection – 2 (0,15 %), the symptoms of bleeding from upper gastrointestinal tract in one patient (0,07 %), treated conservatively. Additionally, other symptoms were also observed in postoperative period, but these were not considered a significant clinical problem: brachial pain – (12 %), postoperative nausea and vomiting (РкNV) (42,1 %). No complications were observed during trocar insertion.

**Kiscussion.** The number of complications recorded in our material does not exceed that reported from other international centres. In 3 cases (1 due to bile peritonitis and 2 due to the bleeding from gallbladder site) laparotomy was performed still during the hospitalisation of the patient. The decision to perform laparotomy was facilitated by the drainage after laparotomy. In some patients, the drainage also prevented laparotomy when bile leakage persisted or in the case of minor bleeding from the gallbladder site. Relatively large number of conversions to classic operations (9,6 %) results from the fact that some patients qualified for the operation suffer from acute cholecystitis as well as from the principle that the decision about possible conversion should be made within the first 30 minutes of the procedure which allowed to reduce the operation time.

**Conclusions.** Laparoscopic cholecystectomy is a safe and effective method employed for the treatment of cholecystolithiasis. The decision to convert to classic operation should be made promptly and cannot be viewed as a complication.

УДК 616.366-003.7-089-072.1+616.366-0023

**В.М. Запорожан, І.З. Гладчук, О.І. Темченко**

## **ОПЕРАТИВНА ЕНДОСКОПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РАКУ ЯЄЧНИКІВ І АСТАДІЇ**

*Одеський державний медичний університет*

Вступ. В Україні, як і в багатьох інших країнах, захворюваність на рак яєчників не має тенденції до зниження. Так, в 1996 р. захворюваність на рак яєчників склала 17,6 на 100 тис. жінок. Рак яєчників складає біля 24 % всіх

злюкисних новоутворів жіночих статевих органів. Смертність при карциномі яєчників наближається до 50 % [1]. Незадовільні результати традиційної діагностики заставляють шукати шляхи більш активного виявлення та вдосконалення хірургічного лікування захворювання на ранніх стадіях [2]. В той же час питання про можливості лапароскопічного лікування злюкисних пухлин яєчників залишається дискусійним [3, 4].

Матеріали і методи. Виконаний проспективний аналіз 10 випадків лапароскопічних втручань при раку яєчників 1А стадії, здійснених на протязі 1994-1999 років. Вік хворих коливався від 23-х до 35-ти років (середній вік  $(31,4 \pm 3,2)$  роки). Основними скаргами у 3-х жінок були болі внизу живота; у 3-х пацієнок були порушення менструального циклу за типом гіперполіменореї, у 2-х – диспареунія; 5 пацієнок скарг не мали.

Пухлина яєчника була виявлена під час гінекологічного огляду і підтверджена ультрасонографією. У всіх випадках були присутні односторонні новоутвори яєчників діаметром від 5 до 7 см. За даними ультразвукового дослідження, збільшення тазових у обстежених пацієнок не було виявлено.

Лапароскопію виконували з допомогою обладнання фірми “Klumpus” (Японія), “Martin”, “Karl Storz” (Німеччина), “Circon Acmi” (США) за стандартною методикою з накладанням закритого пневмоперитонеуму під інтраабдомінальним тиском 9-15 мм рт. ст. [4]. Операції виконували під ендотрахеальним наркозом. Прокол передньої черевної стінки для введення лапароскопа локалізували в місці введення голки Вереша (по нижньому краю пупкового кільця). Додаткові проколи для маніпуляторів (2-4) виконували в гіпогастральній області, частіше в правій та лівій здухвинних і надлобковій областях. Використовували 10 і 5,5 мм троакари.

Аспіраційну біопсію виконували з допомогою аспіраційної голки. При наявності 2-х, 3-х і багатокамерних кістозних утворів яєчника проводили аспіраційну біопсію кожного із них.

Цистектомія виконана в 7 випадках, монолатеральна офоректомія – в 3-х. Застосовували методики моно- і біполярної коагуляції, електрокаутера, накладання ендоскопічних швів, лазерну оперативну техніку. Під час аспіраційної біопсії та видалення пухлини не допускали розриву її капсули. Для запобігання контакту з органами черевної порожнини і передньою черевною стінкою через небезпеку імплантаційних метастазів пухлину видаляли із черевної порожнини в ендоскопічному мішку через 10-міліметровий троакар або кольпотомний отвір.

У всіх випадках виконували промивання черевної порожнини до чистих промивних вод і підвідний контроль гемостазу.

Результати досліджень та їх обговорення. Тривалість операції склала  $(46,4 \pm 11,8)$  хв, операційна крововтрата в середньому склала  $(25,4 \pm 5,6)$  мл.

За результатами інтраопераційної цитодіагностики видаленої кісти (пухлини), в 10 випадках була виявлена високодиференційована аденокарцинома, що вимагало проведення біопсії другого яєчника і дослідження перито-

неальної рідини. Другий яєчник у всіх випадках був інтактним, перитонеальні змиви не містили пухлинних клітин, що підтвердило діагностовану стадію захворювання.

У післяопераційний період режим був активний; з раннім вставанням (через 3-4 год), ходінням, прийманням рідини і їжі через 4-6 год. З метою знеболення в ранній післяопераційний період використовували ненаркотичні анальгетики. Антибактеріальну терапію призначали за показаннями (у 2-х хворих з раніше перенесеними оперативними втручаннями). Стимуляція кишечника не знадобилася в жодному випадку. Інфекційних ускладнень не було. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала  $(1,2 \pm 0,3)$  дні. Одиночні шви з місць проколів передньої черевної стінки знімали амбулаторно на 5-ту добу післяопераційного періоду.

Всім хворим проводилась післяопераційна хіміотерапія цисплатином в кількості від 6 до 9 курсів. У 3-х хворих через 9-12 міс проведена second-look лапароскопія з інтраопераційною біопсією яєчника, що залишився, дослідженням перитонеальної рідини. Прогресування процесу не виявлено в жодному випадку.

**Висновок.** Комплексне лапароскопічне лікування раку яєчників 1А стадії за умови застосування принципів хірургічного стадіювання в комбінації з хіміотерапією та second-look лапароскопією може бути методом вибору у жінок раннього репродуктивного віку до 35 років. До переваг лапароскопічного лікування початкових стадій раку яєчників слід віднести органозберігаючий ефект, малотравматичність в медичному і психологічному відношенні, зниження крововтрати, скорочення тривалості операції, сприятливі віддалені результати, можливість проведення контрольних second-look лапароскопій, економічна ефективність.

#### **Література**

1. Воробьева Л. И. Организация онкогинекологической помощи в Украине // Рак в Украине: епідеміологічні та організаційні аспекти проблеми. – Матеріали науково-практ. конф. – Київ, 1997. – С. 91-92.
2. Запорожан В. М. Ендоскопічна хірургія в гінекології // Журнал АМН України. – 1999. – Т. 5, № 1. – С. 44-52.
3. Запорожан В. М., Гладчук І. З., Рожковська Н. М. Ендоскопічна хірургія в гінекологічній клініці // Шпитальна хірургія. – 1998. – № 4. – С. 32-37.
4. Hulka J. F., Reich H. Textbook of laparoscopy. – 3<sup>rd</sup> Ed. – W. B. Saunders Company. – 1998. – P. 434-441.

**О.Я. Савчук**

## **МАЛОІНВАЗИВНІ ЕНДОБІЛІАРНІ ХІРУРГІЧНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗІ**

*Волинська обласна клінічна лікарня, м. Луцьк*

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба ускладнюється холедохолітазом в 15-33 % випадків (1, 2), викликаючи непрохідність жовчних проток в 30,6-67,4 % випадків (3, 4). Це веде до розвитку різноманітних ускладнень, таких як холангіт, механічна жовтяниця, панкреатит, печінково-ниркова недостатність, розлади згортання крові, септичні стани. Відмічається пряма залежність між віком хворих та наявністю конкрементів в жовчних протоках – чим старший хворий, тим більша ймовірність холедохолітазу (5, 6).

Матеріали та методи. Ендоскопічна папілосфінктеротомія з наступною екстракцією конкрементів з жовчних шляхів на даний момент є основним методом ліквідації холедохолітазу. Нами успішно проліковано 204 таких хворих. Але не завжди можливе видалення конкрементів з жовчних проток шляхом ендоскопічної папілосфінктеротомії з екстракцією конкрементів. В нас проліковано 26 таких хворих.

Результати дослідження та їх обговорення. Основними причинами невдалої ліквідації холедохолітазу ендоскопічним шляхом є великі конкременти (більші 2 см), які неможливо подрібнити шляхом інтракорпоральної (перш за все механічної) літотрипсії, невідповідність розмірів конкременту та термінального відділу холедоха, неможливість проведення адекватної папілосфінктеротомії, що є необхідною умовою для екстракції конкрементів з гепатикохоледоха. До останнього часу при невдалих спробах ліквідації холедохолітазу ендоскопічними методами виконували класичне хірургічне лікування – лапаротомію з холедохолітотомією, що є особливо небезпечним для хворих з механічною жовтяницею. Питання подрібнення конкрементів великих розмірів ми вирішили шляхом застосування екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії (ЕУХЛ) в поєднанні з ендоскопічною папілосфінктеротомією та екстракцією фрагментів подрібнених конкрементів.

Після контрастування біліарного дерева шляхом ЕРХГ та проведення ЕПСТ через робочий канал дуоденоскопа в холедох вводили назобілярний дренаж з двома роздувними балонами на кінці, відстань між якими 1,5-2,5 см. Дренаж встановлювали в холедоку таким чином, щоб дистальний балон знаходився над конкрементом, а проксимальний під ним. Шляхом роздування балонів добивались фіксації конкременту між балонами. Підтягуванням за назобілярним дренажем встановлювали конкремент в ретро-супрадуоденальній частині холедоха (між проекцією печінки та підшлункової залози), дуоденоскоп видаляли та проводили сеанс екстракорпоральної літотрипсії

апаратом “Multiline Lithostar” (Siemens) з енергією ударної хвилі 4,5-5 силових рівні літотриптора, кількість ударних хвиль – 4000-5000. Сеанс тривав 40-60 хвилин. Конкремент подрібнювався на дрібні фрагменти, які видаляли шляхом тракції дренажу назовні або кошиком Дорміа. Нами успішно проліковано 12 таких хворих. У двох хворих конкременти не фрагментувались. Ускладнень в післяопераційний період не відмічалось.

У випадках неможливості проведення адекватної папілосфінктеротомії – стріктурі термінального відділу холедоха на протязі 1,5 см і більше (5 хворих), неможливості точного встановлення папілотому внаслідок атипового розміщення великого дуоденального соска або його розміщення в дивертикулі (7), а також при безуспішних спробах літотрипсії (2 хворих) – ми використовуємо ендопротезування холедоха стентами діаметром 7-10 Fr. Методика полягає у введенні в гепатикохоледох стенту, один кінець якого знаходиться в гепатикохоледоку, а другий виведено в просвіт duodenum. Ми використовуємо стенти власної конструкції, на яких спеціальні “завусини” запобігають їх міграції в холедох чи duodenum. Ендопротезування холедоха забезпечує вільний відтік жовчі в duodenum та запобігає вклиненню конкрементів в ампулі ВДС. Умовою зберігання тривалої прохідності стенту є відсутність замазкоподібної жовчі в біліарному дереві. Тому при ендоскопічних ознаках холангіту, спочатку ми встановлювали назобіліарний дренаж, який залишався до моменту виділення по ньому прозорої жовчі, після чого проводили ендопротезування холедоха. При широкому холедоку можливе встановлення 2-3 стентів. Ми пролікували 13 таких хворих. Ускладнень не відмічалось. Один хворий поступив повторно з ознаками механічної жовтяниці та непрохідності стенту. Йому проведена заміна стенту. Втретє хворий з ознаками непрохідності стенту не звертався.

**Висновок.** Розроблений спосіб екстракорпоральної ударно-хвильової літотрипсії дозволяє проводити фрагментацію конкрементів холедоха, які неможливо подрібнити шляхом інтракорпоральної літотрипсії. Хороший лікувальний ефект, мала травматичність, відсутність ускладнень дозволяє використовувати метод в пацієнтів з високим операційним ризиком.

При неможливості ліквідації холедохолітіазу малоінвазивними ендобіліарними хірургічними втручаннями використання ендопротезування холедоха дає можливість уникнути лапаротомії, створити умови для вільного відтоку жовчі та запобігти вклиненню конкрементів в ампулі ВДС, що набуває особливої цінності у хворих з високим операційним ризиком.

### **Література**

1. Нурмухамедов Р.М., Хаимов Ю.Ю., Хаджибаев М.Х. Тактика оперативного лечения при непроходимости общего желчного протока // Вест. хир. – 1989. – № 12. – С. 19-21.
2. Родионов В.В., Могучев В.М., Плоскин Б.И., и др. О рецидивных и резидуальных камнях желчных протоков // Вестник хирургии – 1990. – № 11. – С. 37-40.
3. Рудин Э.П., Юрченко С.В., Казанцев С.В. Хирургическое лечение больных желчекаменной болезнью // Хирургия. – 1990. – № 10. – С. 33-38.

4. Земсков В.С., Шор-Чудновский М.Е. Некоторые вопросы хирургии внепеченочных желчных протоков // Вест. хир. – 1988. – № 8. – С. 36-41.
5. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. – М.: Медицина, 1990. – 240 с.
6. Siegel JH, Yatto RP. Biliary endoprosthesis for management of retained common bile duct stones. Am J Gastroenterol. – 1984. – 79. – P. 50-54.

УДК 616.36-008.5 + 616.361-002.3-089

**М.М. Галей**

## **МАЛОІНВАЗИВНІХІРУРГІЧНІВТРУЧАННЯ ВКОМПЛЕКСНОМУЛІКУВАННІХВОРИХНАОБТУРАЦІЙНУ ЖОВТЯНИЦЮДОБРОЯКІСНОГОГЕНЕЗУ**

*м. Луцьк*

Вступ. Обтураційна жовтяниця на даному етапі є актуальною проблемою сучасної хірургії. Методи створення декомпресії жовчного дерева при його обтурації зі здійсненням малоінвазивних хірургічних втручань лишаються дискутабельними.

Матеріали та методи. Дані дослідження є результатом обстеження і лікування 258 хворих. З них 196 жінок, 62 чоловіки. Хворі у віковому діапазоні від 19 до 85 років. Діагностували обтурацію загальної жовчної протоки за допомогою клінічних даних, біохімічних показників крові. Визначали темп наростання і тривалість жовтяниці. Проводили ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію (ЕРПХГ) для визначення рівня обтурації, визначали ступінь щільності жовчі та стінок зовнішніх та внутрішніх жовчних шляхів.

Результати досліджень та їх обговорення. Першим етапом в комплексній терапії є ЕРПХГ з наступними, в залежності від причини обтурації: ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) та ендоскопічна екстракція конкремента (ЕЕК), ЕПСТ та стентуванням холедоха. Якщо технічно можливе проведення вищезгаданих операцій, то перший етап є завершальним у вирішенні проблеми обтурації, а тим самим досягається ефект декомпресії жовчного дерева; при технічно неможливому виконанні цих операцій хворого готують до другого етапу комплексного лікування, а саме до лапаротомії.

Технічно можливі операції на першому етапі лікування розрізняємо так:

1 Радикальні – операції що приводять до ліквідації причин обтураційної жовтяниці та одужання. До них відноситься: ендоскопічна папілосфінктеротомія з ендоскопічною екстракцією конкрементів при холедохолетіазі (154); при вклиненому конкременті (22). Ендоскопічну папілосфінктеротомію як

радикальну операцію проведено при непухлинних захворюваннях великого дуоденального сосочка у 22 хворих, та при гострому біліарному панкреатиті у 8 хворих. Усі вони з одужанням виписані з стаціонару на 5-7 день.

2. Нерадикальні – операції що не ліквідують причину обтурації, а лише ускладнення і зменшують їх прояви. До них відносимо ендоскопічне стентування холедоха при: а) холедохолітіазі (у 13 хворих), б) непухлинних захворюваннях підшлункової залози (у 7); ендоскопічну папілосфінктеротомію при набрякових панкреатитах (у 4). Ця група хворих, яким проведено нерадикальні малоінвазивні хірургічні втручання, проходить передопераційну підготовку на фоні декомпресії жовчного дерева та оперується в плановому порядку.

Технічно неможливі малоінвазивні хірургічні втручання – операції, що не приводять до ліквідації обтурації і не ліквідують ускладнень останньої. Таких хворих було 28. Всі вони отримали загальноприйнятую передопераційну підготовку та були прооперовані в ургентному порядку.

Висновки. 1. Радикальні малоінвазивні хірургічні втручання дають змогу одномоментно вирішити проблему обтурації, зменшити перебування хворого в стаціонарі.

2. Нерадикальні малоінвазивні хірургічні втручання тимчасово вирішують проблему обтурації, дають змогу більш якісної передопераційної підготовки, знижують відсоток післяопераційних ускладнень.

#### **Література**

1. Ничитайло М.Е. Холедохолитиаз. Прошлые и настоящие проблемы // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – № 3. – С. 89.
2. Мумладзе Р.Б., Розиков Ю.М. Эндоскопия желчных протоков // анналы хирургической гепатологии. – 1999. – № 2. – С. 46-50.
3. Стекаловский В.П., Старков Ю.Г. Лапароскопическая холецистектомия и холедохолитиаз // Эндоскопическая хирургия. – 1999. – № 6. – С. 3-5.

# **ДИТЯЧАХІРУРГІЯ**





**Д.Ю. Кривченя, В.Ф. Мартинюк, І.А. Сафронова,  
Р.П. Вдовін, В.П. Притула**

## **ПІОГЕННІ АБСЦЕСИ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ**

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
Волинське обласне дитяче ТМО  
Українська дитяча спеціалізована лікарня “Осмаддит”*

Діагностика та лікування піогенних абсцесів печінки у дітей є складною проблемою. Летальність при цій патології досягає 6,5-60 % (М.З.Загидов, 1990; А.А.Шалимов и соавт., 1993).

Нами проліковано 26 дітей віком від 2 до 13 років з піогенними абсцесами печінки. У 9 пацієнтів були одиночні абсцеси, а в решті 17 – множинні абсцеси, які локалізувалися в обох частках печінки. Причинами абсцедування печінки були: гематогенне інфікування, ослаблення імунітету після спленектомії, переохолодження, травми печінки та інше.

При поступленні в стаціонар в усіх пацієнтів був тяжкий стан з проявами інтоксикації. Головними симптомами захворювання були: ниючий біль у ділянці печінки з іррадіацією в праве плече, в поперекову ділянку, що посилювався при рухах; диспептичні явища; гектична температура тіла з ознобами, зниження якої супроводжувалось сильним потінням. Шкіра бліда, аж до мармуровості, іноді із жовтуватим відтінком. При пальпації живота відмічали збільшення та болючість печінки, частіше більш виражена в тій частці, де локалізувалася патологія. В аналізах крові переважав гіперлейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшена ШОЕ, підвищувався рівень трансаміназ. Все це давало підстави запідозрити абсцес печінки. Остаточний діагноз встановлювали за допомогою ультразвукового дослідження та комп'ютерної томографії печінки. Розміри вогнищ складали від 5 до 55 мм.

Проте в деяких випадках виникала необхідність диференційної діагностики з пухлиноподібними процесами в печінці (ехінококозом, травматичними та вродженими кістами, гемангіоматозом, пухлинами). В такому випадку застосовували доплерографію, лапароскопію і навіть біопсію печінки. У нашій практиці зустрічався випадок вторинно-поверхневого абсцесу печінки внаслідок нагноєння пухлини – гемартроми. У двох пацієнтів абсцеси печінки перебігали на тлі правобічної пневмонії. Слід відмітити, що класичні симптоми у наших пацієнтів зустрічалися лише в 50 % випадків.

Пацієнтів з піогенними кістами печінки вважаємо як септичних. Тому лікування таких дітей розпочинали, як правило, у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, де вони перебували до явного клініко-лабораторного покращання. Регулярно здійснювали ультразвуковий контроль за динамікою змін у печінці.

Застосовували масивну антибактеріальну терапію, частіше всього цефалоспорины III-IV покоління в комбінації з аміноглікозидами та препаратами нітромадазолу. У лікуванні 13-річної дівчинки застосовували фторхінолон (абактал). Методом вибору вважаємо регіонарну перфузію лікарських засобів безпосередньо в тканину печінки трансумбілікально після бужування та катетеризації круглої зв'язки печінки. При неможливості розбуджувати круглу зв'язку печінки інтенсивна терапія проводилася через магістральні системні вени.

Якщо діаметр абсцесу був більшим за 50 мм, виконували хірургічні втручання. В одному випадку на тлі консервативної терапії була проведена черезшкірна катетеризація абсцесу під контролем УЗД, а в 5 випадках – лапаротомія з абсцесотомією.

Всі діти отримували детоксикаційну терапію, їм корегували водно-електролітний і білковий обміни. Широко застосовували антистафілококову плазму та гамаглобулін, інгібітори протеолітичних ферментів, екстракорпоральні методи детоксикації. В окремих випадках доцільним було введення гепарину по 200-400 ОД на 1 кг маси тіла. Призначали вітамінотерапію, гепатопротектори та жовчогінні препарати.

У комплексне лікування дітей із піогенними абсцесами печінки разом з антибактеріальною, детоксикаційною та імунотулюючою терапією включали гіпербаричну оксигенацію.

ГБО проводили в барокамері “Ока-МТ” один раз на добу під тиском 0,5-0,7 атмосфери, тривалістю до 60 хвилин. Загальна кількість сеансів коливалась від 10 до 15, що залежало від темпу зворотного розвитку процесу.

Вже після третього сеансу відмічали зниження температури тіла, зникнення ознобів. Діти ставали активнішими, з'являвся апетит. Після 5-6 сеансів пальпаторно відмічали зниження болючості та зменшення розмірів печінки. При комплексній терапії абсцесів печінки з використанням ГБО, вогнища до 10 мм мали тенденцію до зменшення і зникали протягом 1-2 тижнів, а більші зменшувалися та розсмоктувалися через 3-4 тижні. У післяопераційний період сеанси ГБО сприяли швидкому відновленню перистальтики кишечника, ліквідації запального процесу, нормалізації функції печінки.

Значні позитивні ефекти ГБО, що проявлялися при лікуванні ряду патологічних (в тому числі і гіпоксичних) станів, не є прямим наслідком ліквідації гіпоксії, а зумовлені впливом гіпербаричного кисню на різні рівні систем адаптації організму, починаючи від нейроендокринного рівня та закінчуючи субклітинним.

Комплексне лікування дало змогу досягнути видужання в усіх випадках.

Висновки: 1. Ультразвукова діагностика, комп'ютерна томографія та клініко-лабораторні симптоми забезпечують можливість своєчасної діагностики піогенних абсцесів печінки у дітей.

2. Своєчасно розпочата антибактеріальна терапія цефалоспоринами III-IV покоління в комбінації з аміноглікозидами і препаратами нітромадазолу в

центральні вени або круглу зв'язку та сеанси ГБО в комплексному лікуванні в багатьох випадках може бути альтернативою оперативному лікуванню. При поодиноких абсцесах, діаметром більше 50 мм, необхідна активна санація закритим дрениванням або абсцесотомія.

УДК 616.36-002.3-085.835.3]-053.2

**Д.Ю. Кривченя, А.Г. Дубровин, И.А. Сафронова**

## **ПРИМЕНЕНИЕГИПЕРБАРИЧЕСКОЙОКСИГЕНАЦИИПРИ ЛЕЧЕНИИАБСЦЕССОВПЕЧЕНИУДЕТЕЙ**

*УДСБ «ОХМАТДЕТ», г. Киев*

Гнойные абсцессы печени у детей – тяжелая, труднокурабельная патология. Одним из элементов патогенеза при абсцессах печени является гипоксия органа.

Диагностика данной патологии базируется на клинической симптоматике: гектической температурной кривой и характерной гемограмме, а также ультразвуковом исследовании. В некоторых случаях возникает необходимость дифференциальной диагностики с опухолевыми процессами в печени. Для этого применяется компьютерная томография, и даже биопсия.

В комплексное лечение детей с абсцессами печени была включена ГБО на фоне антибактериальной, детоксикационной, иммуномодулирующей терапии.

Было пролечено 12 детей в возрасте от 3 до 11 лет с пиогенными абсцессами печени. Два ребенка имели по одному абсцессу. В 14 случаях дети имели множественные абсцессы, которые локализовались в обеих долях печени. В одном случае на фоне консервативной терапии было проведена чрезкожная пункционная катетеризация абсцессов под контролем УЗИ. В 4 случаях было проведено оперативное лечение. По данным УЗИ размеры очагов составили от 5 до 35 мм.

ГБО проводилась в барокомплексе ОКА-МТ один раз в сутки под давлением 0,5-0,7 АТИ, продолжительностью 60 мин. Общее количество сеансов варьировало от 10 до 15, что зависело от темпа обратного развития процесса.

Уже после третьего сеанса отмечалось снижение температуры, исчезал озноб. Дети становились более активными, появлялся аппетит. После 5-6 сеансов отмечалось пальпаторно уменьшение болезненности и размеров печени. При комплексной терапии абсцессов печени с применением ГБО очаги до 10 мм имели тенденцию к уменьшению и исчезновению в течение месяца, а более крупные – к уменьшению. В послеоперационном периоде сеансы

ГБО способствовали быстрому восстановлению перистальтики, купированию воспалительного процесса, репарации тканей оперируемой печени.

Таким образом, включение ГБО в комплексное лечение пиогенных абсцессов печени является патогенетически обоснованным и дает возможность более эффективно проводить комплексную терапию.

УДК:616.14-007.64-005.1-089.812:616.329:616.149-08.341.1-053.2.

**Д.Ю. Кривченя, В.В. Яременко, О.Г. Дубровін, Є.А. Мельник**

## **ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА КРОВОТЕЧ ДІТЕЙ З СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ**

*ІПАГ АМН України, НМУ ім. академіка О.О.Богомольця*

В клініках хірургії дитячого віку НМУ з 1981 по 2001 рік накопичений досвід лікування 300 дітей хворих на портальну гіпертензію.

Допечінкова форма спостерігалась у 249 (83,2%) дітей, внутрішньопечінкова – у 31 (10,1%), комбінована – у 20 (6,7%). Діти віком до 3 років склали 18,3% (55), від 4 до 7 років – 38,2% (115), від 8 до 14 років – 40,5% (122), більше 14 років – 2,0% (6).

Варикозне розширення вен стравоходу різного ступеня спостерігалось у всіх обстежених дітей. У половині випадків був виявлений езофагіт різного ступеня. Кровотечі з варикозних вен стравоходу різної інтенсивності спостерігались у всіх хворих та були ведучим симптомом. Селезінка була збільшена також у всіх хворих, але ознаки гіперспленізму виявлено лише в 22,4% випадків.

Лікування дітей з синдромом портальної гіпертензії було спрямоване на попередження або зупинку кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу, зниження активності запальних реакцій та корекцію постгеморагічних наслідків.

Тактика лікування залежить від віку пацієнтів, форми портальної гіпертензії та геморагічного синдрому. В комплекс лікування входили консервативні методи: гемостатична терапія, обережна фракційна замісна гемотрансфузія з підтримкою гемоглобіну на субнормальних значеннях без дотримання принципу “крапля за краплею”, застосування зонда Блекмора; паракірургічні методи: ендоскопічне склерозування вен стравоходу, емболізація або оклюзія селезінкової артерії; хірургічні методи: роз’єднуючі, шунтуючі та комбіновані.

Екстреною хірургічною допомогою після 24-48-годинної безуспішної консервативної терапії повинна бути верхньосередина лапаротомія, прошивання лівої шлункової вени, гастротомія з прошиванням шлунково-страво-

хідного переходу “П”-швами за В.М.Коротким (10-12 швів). Така операція була виконана у 116 хворих (38,4%).

Спленектомія є помилкою в лікуванні цих хворих. Селезінка не повинна видалятися у зв'язку з додатковою травматичністю операції та втратою можливості проведення в майбутньому шунтуючих операцій.

Планова хірургічна допомога надається через 3-4 тижні після зупинки кровотечі. Для вибору варіанта хірургічного втручання виконувалась спленопортографія на ангиотроні фірми “Simens” або на апараті з оптичним пристроєм. Дослідження проводилось безпосередньо напередодні хірургічного втручання.

Були виконані операції: накладання дистального спленоренального анастомозу за Уоренном – 32 % (96); накладання дистального спленоренального анастомозу в поєднанні з перериваючою операцією – 9,3 % (29); накладання центрального спленоренального анастомозу – 8 % (25); накладання центрального спленоренального анастомозу в поєднанні з перериваючою операцією – 1 % (3). Не оперовано 18 хворих віком до 3 років (6 %). Вони знаходяться на диспансерному обліку. У майбутньому їм планується виконати шунтуючі операції.

Оптимальним варіантом, якщо дозволяє стан хворого та часова ситуація, є накладання дистального спленоренального анастомозу та прошивання шлунково-стравохідного переходу одночасно. У ряді випадків (у дітей дошкільного віку, при добре розвинутому колатеральному кровотоці на нижню порожнинну вену) можливий варіант операції, який включає перев'язку лівої вени шлунка, селезінкової артерії та прошивання шлунково-стравохідного переходу з гастрального доступу за В.М. Коротким. Такий варіант операції виконано у 45 хворих.

Через 3-6 місяців після оперативного втручання при необхідності виконувалось ендоскопічне склерозування залишкового варикозу вен стравоходу.

Серед 282 оперованих хворих у переважній більшості отримано позитивні результати у найближчий та віддалений періоди.

Розроблений алгоритм допомоги дітям зі синдромом портальної гіпертензії враховує вік дитини, ступень варикозу вен стравоходу, наявність геморагічного синдрому, гіперспленізму, функцію печінки і включає такі варіанти:

- у дітей дошкільного віку перевага надається ендоскопічному склерозуванню з метою попередження або зупинки кровотечі;

- у дітей шкільного віку в плановому порядку в один етап або послідовно застосовується хірургічне втручання, що включає шунтуючі/перериваючі операції;

- при наявності геморагічного синдрому застосовуються консервативна терапія і паракірургічні втручання, а при їх неефективності – операції роз'єднуючого типу;

- у хворих дітей з внутрішньопечінковою формою синдрому портальної гіпертензії накладання портосистемних декомпресійних анастомозів не бажане, оскільки ці хворі є кандидатами на трансплантацію печінки.

**В.В. Яременко**

## **КІСТОЗНА ТРАНСФОРМАЦІЯ ЖОВЧНИХ ШЛЯХІВ У ДИТЯЧОМУ ВІЦІ**

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України*

Вроджені кісти зустрічаються на різних ділянках біліарного тракту – від невеликих сегментарних внутрішньопечінкових проток до інтрадуоденальної порції холедоха. Кіста холедоха, полікістозна хвороба печінки, вроджений фіброз печінки та хвороба Каролі відносяться до так званої фіброполікістозної хвороби печінки (G.Evans-Jones, 1990). До кістозної трансформації жовчних шляхів можна віднести і вроджені кісти печінки, які виникають з аберантних жовчних шляхів. Під час ембріонального розвитку не трапляється підключення їх до системи жовчних шляхів (Абдулаєв А.Г., 1990; Litwin M., 1986). Аберантні протоки формуються під час ембріонального розвитку внаслідок запальної гіперплазії або обструкції з накопиченням рідини, що в подальшому призводить до виникнення вроджених кіст печінки (Hadad, 1977).

Найбільш частим проявом КТЖШ є кіста холедоха (Лимонов О.Б., 1982). За класифікацією Alonso-Lej в модифікації Todani існують 5 типів кіст холедоха. Найчастіше зустрічається І тип – веретеноподібне розширення холедоха (80-90 %).

Серед теорій виникнення КХ є аномалія панкреатобіліарного співустя (АПБС) (Kubota M., 1992), вроджена аномалія структури стінки ЗЖП (Flanigen P.P., 1975), обструктивна холангіопатія новонароджених (Landing, 1974) та теорія нейром'язового розладу внаслідок відсутності гангліїв у термінальній звуженій порції холедоха, як це спостерігається при вродженому мегаколоні і мегалоуретері (Kusunoki M., 1987).

Класична тріада симптомів (тріада Вілларда) у дітей зустрічається нечасто (Altman R.P., 1992).

Діагностика кіст печінки, жовчовивідних шляхів на сучасному рівні не викликає труднощів. За допомогою УЗД, КТ, МЯР, ЕРПХГ, ЧЧХПГ, сканування діагноз встановлюється навіть при відсутності клінічних проявів.

Лікування кістозної трансформації жовчовивідних шляхів тільки оперативне. Методика операції залежить від розташування, розмірів та клінічних проявів кістозного утворення. Так, вроджені кісти печінки можна лікувати черезшкірними черезпечінковими пункціями за допомогою УЗД замість відкритого видалення кіст. При КХ мета операції налагодити відтік жовчі в шлунково-кишковий тракт. Операцією вибору є тотальне видалення кісти холедоха з накладанням холедохоєюноанастомозу з У-подібним міжкишковим анастомозом за Ру.

За період з 1981 р. по 2001 р. в ШПАГ АМН України лікувалось 34 хворих з кістою холедоха, 6 – з тубулярним стенозом холедоха, 14 – з вродженими (непаразитарними, нетравматичними) кістами печінки, 1 – з фіброкістозом печінки, 2 – з хворобою Каролі.

У групі хворих із кістами холедоха зроблені операції тотального вилучення кісти з холецистектомією та накладанням холедохоєюноанастомозу в 22 хворих, зі цистодуоденостомією – 1, зі цистоеюностомією – 7, зі цистоеюностомією – Брауновським співустям та заглушкою за Шалімовим – 3, з крайовою резекцією печінки – 1.

Операції внутрішнього дренивання ми виконували до 1986 року і виявили, що перевагу треба надавати цистектомії, тому що за даними багатьох авторів, у таких хворих у дорослому віці із залишеної кісти розвивається холангіокарцинома (Robertson F.R., 1988). Холестази у невилученій кісті призводить до виникнення конкрементів (Малюта О.В.).

У групі хворих на тубулярний стеноз холедоха (ТСХ) виконана операція холедоходуоденоанастомозу за Юрашем-Виноградовим.

У групі хворих із вродженими кістами печінки із 7 хворих шістьом зроблені лапаротомії з вилученням кіст печінки, а один хворий лікувався шляхом пункції печінки під контролем УЗД із введенням після аспірації кіст в її порожнину етилового алкоголю. Одна хвора з вродженим фіброкістозом печінки також лікувалась цим методом, але впродовж 2 років. У двох хворих була виявлена хвороба Каролі, але при відсутності клінічних проявів оперативне лікування їм не проводилось. При локальній формі хвороби Каролі вірогідна радикальна операція. При дифузному ураженні оперативне втручання носить паліативний характер та направлене на поліпшення відтоку жовчі з внутрішньопечінкових проток та створення умов для каменевиділення (Логоinov А.С., 1987).

У групі хворих із кістами холедоха після операції померло 4 дитини (11,8%), троє з них у віці до 6 місяців (один – від неспроможності холедохоєюноанастомозу, жовчного перитоніту, високої кишкової нориці, евентерації; 2 – від висхідного холангіту; лікувались у місці мешкання та 1 – від наростаючої печінкової недостатності на 9 день після операції).

Одна хвора з фіброкістозом печінки після пункції печінки з введенням в кісту склерозанта спостерігається протягом 7 років, рецидивів немає.

У групі хворих на ТСХ та кістами печінки віддалені результати добрі.

Прогноз захворювання у дітей до 1 року з кістами холедоха гірший, ніж у дітей старшого віку (Lilly, 1979).

### **Література**

1. Evans-Jones G., Cudmore R. Choledochal Cyst and Congenital Hepatic Fibrosis // J.P.S.–1990. – V.25, N.12.– P.1259-1260.
2. Абдуллаев А.Е. Возможности современных методов диагностики и хирургического лечения кист печени // Хирургия.– 1990.– № 8.– С.157-163.



3. Litwin P.E.M., Taylor .R., Langer B. Nonparasitic Cysts of Liver // Ann. Surg.- 1986.- V.205, №1. - P.45-48.
4. Hadad R.A., Westbrook K.C., Graham G.G. et al. Symptomatic nonparasitic Liver Cysts // Am. J. Surg.- 1977. - V.134. - P.739-744.
5. Лимонов О.Б., Гуреева Х.Ф. Врожденные кисты билиарного тракта // Хирургия. - 1982. - № 1. - С. 108-114.
6. Kubota K.P. Kimura S, Takahashi H, Aono K. Anomalous junctions of the pancreato-biliary ductal system and surgical treatment of dilatation of the bile ducts // Problemy Chirurgii Kziecey. Warsawa. - 1992. - P.8-16.
7. Flanigen K.P. Biliary cysts // Ann. Surg. - 1975.- V.182, N.5.- P.635-643.
8. Landing B.H. Considerations of the pathogenesis of neonatal hepatitis, biliary atresia and choledochal cyst - the concept of infantile obstructive cholangiopathy // In: Progress in Pediatric Surgery, Munchen, Berlin, Wien. - 1974. - V.6. - P.113-139.
9. Kusunoki M., Yamamura T., Takahashi T. et al. Choledochal cyst. Its possible autonomic involvement in the bile duct // Arch. Surg - 1987.- V.122, №9. - P.997-1000.
10. Altman R.P. Choledochal cyst // Seminars in Ped. Surg. - 1992. - V.1, N.2.- P.130-133.
11. Robertson J.F.R., Raine P.A.M. Choledochal cyst: A 33 year review // Br.J.Surg.- 1988. - V.75. - P.799-801.
12. Логинов А.С., Сиваш Э.С., Ставинская А.А. и др. Врожденное кистовидное расширение внутрипеченочных желчных протоков // Вестн. хирургии. - 1987. - № 3.- С.37-39.
13. Малюта О.В., Мельник И.А. Киста общего желчного протока, содержащая конкременты // Клин. хирургия. - 1986. - № 9. - С.65.
14. Lilly J.R. The surgical treatment of choledochal cyst // Surgery, Gynecology @ kbstetrics. - 1979. - V.149. - P.36-42.

УДК: 616.33/34-005.1-059 ] 053.37/6

**В.І. Сушко, Є.І. Нагорний, О.М. Барсук, О.М. Коломієць,  
Б.Г. Ашкіназі, С.В. Інюшин, О.Г. Садовенко**

## **КРОВОТЕЧІЗШЛУНКОВО-КИШКОВОГОТРАКТУУДІТЕЙ**

*Дніпропетровська державна медична академія*

Кровотеча з шлунково-кишкового тракту у дітей відноситься до тяжких та небезпечних ускладнень різних соматичних, хірургічних та пограничних захворювань дитячого віку. Таких захворювань тільки в дитячій хірургії нараховується більше 70. Летальність серед дітей з гострою кровотечею у шлунково-кишковому тракті, навіть коли вони лікуються в дитячих хірургічних відділеннях, залишається високою і становить 4,5% (А.М.Запруднов та інш., 1998).

Проведено аналіз історій хвороб 129 дітей, які знаходились у клініці дитячої хірургії на базі обласної дитячої клінічної лікарні м. Дніпропетровська за останні 5 років, у зв'язку з кровотечею з шлунково-кишкового тракту. Хлопчиків було 80 (62%), дівчаток - 49 (38%). За віком діти розподілялися по групам таким чином: дітей першого року життя з крово-

течею не було; від 1 до 3 років спостерігалось 15 дітей; від 3 до 7 років – 49 дітей; найбільше дітей було від 7 до 15 років – 65. При обстеженні визначені такі причини кровотечі: поліпи слизової оболонки прямої кишки – у 46 (35,7%); тріщина прямої кишки – у 18 дітей (13,9%); синдром портальної гіпертензії визначений у 16 (12,4%); коліт – 12 дітей (9,3%); виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки – у 12 дітей (9,3%); гастрит у 6 (4,6%); 7 дітей (5,4%) – дивертикул Меккеля; геморої – у 1 дитини (0,8%); 11 дітей (8,5%) причина кровотечі не з'ясована.

Під нашим спостереженням знаходилося 34 дитини (26,4%) з кровотечею з верхніх відділі шлунково-кишкового тракту. Усі вони госпіталізовані в ургентному порядку. У 16 дітей (12,4%) причиною кровотечі був синдром портальної гіпертензії. З них у 11 (68,7%) встановлена позапечінкова форма портальної гіпертензії і у 5 (31,3%) – внутрішньопечінкова. Ендоскопічне склерозування розширених вен стравоходу проведено 6 дітям. У 3 дітей проводилась лапаротомія, прошивання стравохідно-шлункового переходу з редукцією селезінкового кровотоку. Радикальна операція: спленоренальне шунтування проведено 3 дітям, решті виконана гемостатична терапія. Ерозивний геморагічний гастрит спостерігався у 6 дітей (4,6%), усі діти старшої вікової групи (15 років). Основним методом лікування була консервативна патогенетична терапія. З виразковою хворобою дванадцятипалої кишки та шлунка, яка ускладнена кровотечею, під наглядом знаходилося 12 дітей (9,3%) старшої вікової групи. Больовий синдром спостерігався у 3 дітей (25%). Діагноз виразкової хвороби був виставлений після фіброгастродуоденоскопії, проведеної на висоті кровотечі. Для ліквідації кровотечі достатньо було проведення консервативної патогенетичної терапії. Кровотечі у нижніх відділах шлунково-кишкового тракту мали менш яскраву клінічну картину, і більшість дітей госпіталізовано в плановому порядку. Дивертикул Меккеля, як причина кровотечі у шлунково-кишковому тракті, був у 7 дітей (5,4%). Переважали діти перших 3 років життя. Єдиним методом діагностики залишається лапароскопія. При відсутності останньої діагноз визначається шляхом виключення іншої патології. Всі діти були оперовані: проведена резекція дивертикулу Меккеля.

Неспецифічний виразковий коліт був причиною кровотечі у 12 дітей (9,3%). Переважали діти вікової групи від 7 до 15 років. В усіх дітей основним симптомом була кровотеча з анального отвору. Вірний діагноз був встановлений шляхом ректороманоскопії. Лікування консервативне.

Причиною кровотечі з анального отвору у 46 дітей (35,7%) виявився поліп слизової оболонки прямої кишки. Всі діти госпіталізовані в плановому порядку. Поліпи видалені шляхом ректороманоскопії.

Тріщина заднього проходу, як причина кровотечі, була у 18 дітей (13,9%). Лікування консервативне: усунення основного захворювання.

Спостерігали 1 хлопчика (0,8%) 14 років з гемороєм, який кровоточив. Лікування консервативне.

У 11 дітей (8,5 %) причина кровотечі не з'ясована. В усіх випадках кровотеча зупинена.

Померла 1 дитина (0,8 %) з синдромом портальної гіпертензії (внутрішньопечінкова форма) від прогресуючого цирозу печінки.

Таким чином, основним методом зупинки шлунково-кишкової кровотечі у дітей залишається консервативний. Лапаротомії підлягають біля 10 % дітей, котрим проводиться резекція дивертикулу Меккеля та ті, у яких планові операції були спрямовані на створення нових шляхів для відтоку крові чи для зменшення припливу крові в портальну систему.

УДК 616.36-002.951.21-053.2

**А.А. Лосев, В.А. Мельниченко, В.Н. Бурыгин**

## **ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ**

*Одесский государственный медицинский университет*

Несмотря на достигнутые в последние годы значительные успехи в диагностике и лечении эхинококкоза печени у детей, эта проблема продолжает оставаться актуальной вследствие роста заболеваемости эхинококкозом в детском возрасте, наличия трудностей при обработке остаточных полостей, особенно при поддиафрагмальном расположении больших кист в печени. Все еще высокой остается частота рецидивов эхинококкоза печени – 10 %.

Из-за формирования многокомпонентной фиброзной капсулы, препятствующей проникновению элементов паразита в паренхиму органа, выполнение у детей радикальных операций – перицистэктомии и резекции печени нецелесообразно. Максимальное сохранение паренхимы печени, минимальная операционная травма при лечении эхинококкоза печени соответствуют берегающему принципу детской хирургии.

С 1981 по 2001 год в ОДКБ находились на лечении 110 детей с эхинококкозом печени в возрасте от 2,5 до 14 лет. При этом изолированное поражение печени выявлено у 85 детей, сочетанное поражение печени и легких – у 25 детей. Одиночные кисты в печени в 60 % случаев локализовались в правой доле печени, левая доля печени была поражена в 40 % случаев. Множественное поражение печени выявлено у 32 % пациентов.

Наиболее часто кисты больших размеров локализовались на диафрагмальной и задней поверхности печени, тогда как кисты малых и средних размеров чаще выявлялись на передней и нижней поверхности. Разрез по Федорову, который применялся при выполнении 80 % операций, обеспечивает хороший доступ к кистам, расположенным по передней и нижней поверхностям печени. Манипуляции на сегментах левой доли печени удобно

выполнять после верхнесрединной лапаротомии, которая применялась в 15% случаев. Лучший доступ к кистам, расположенным на диафрагмальной поверхности правой доли печени, – правосторонняя боковая торакотомия в VII или VIII межреберье с френотомией. Этот доступ позволяет одновременно выполнить эхинококкэктомия из правого легкого. Кисты диафрагмальной поверхности доступны обработке и при лапаротомии после мобилизации печени. При сочетанном поражении и при небольших размерах кист печени вначале выполнялась операция на легком, через 1-2 мес. – эхинококкэктомия из печени. Для обработки остаточной полости до 1995 года использовался 2% р-р формалина, затем 70-градусный спирт, гипертонический р-р NaCl, глицерин.

У 8 % больных с желчными свищами остаточная полость обрабатывалась электрокоагулятором с ушиванием устьев свищей. Полость обязательно дренировалась. При кистах малых и средних размеров для ликвидации остаточной полости использовался капитонаж. При больших кистах остаточная полость уменьшалась путем вворачивания краев фиброзной капсулы внутрь узловыми или П-образными швами. Если кисты располагались вблизи ворот печени или доступ к ним был затруднен, фиброзная оболочка иссекалась до паренхимы печени, швы на остаточную полость не накладывались. Остаточные полости больших размеров, расположенные по передней поверхности печени тампонировались сальником на ножке.

Кисты, расположенные в глубине паренхимы печени пунктировались интраоперационно под контролем УЗИ, их содержимое аспирировалось, кисты промывались 70-градусным спиртом.

18 % операций заканчивалась дренировалась остаточных полостей. Как правило, дренировались остаточные полости больших размеров, которые не ушивались. Дренажи при отсутствии отделяемого удалялись на 2-3 сутки после операции.

У 6 детей выполнена лапароскопическая эхинококкэктомия. Лапароскопические операции показаны при неосложненных кистах малых и средних размеров, расположенных по передней и передненижней поверхности печени. Для обработки остаточных полостей применялся АИГ-лазер мощностью 20-30 Вт.

Хорошие результаты достигнуты у 85 % прооперированных детей. У 2 детей развилось желчеистечение из остаточной полости, что потребовало у одного ребенка длительного дренирования (19 дней), а у второго – повторной операции.

Остаточные полости малых и средних размеров, как правило, не выявлялись при УЗИ через 3-6 мес. после операции. Большие полости и полости, в которых развились осложнения существовали 12-18 мес.

**Т.А. Абдуфатов, Т.А. Ашуров****ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО  
ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ***Таджикский институт последипломной подготовки медицинских кадров*

Несмотря на разработки многочисленных способов ликвидации остаточных полостей, формирование непаразитарных кист, на месте удаленного паразита наблюдается от 4 до 20 %. Осложнения в отдаленный период, связанные с методами ликвидации остаточной полости, наблюдаются от 8 до 14 %. Поэтому цель работы – дать оценку методам ликвидации остаточной полости в зависимости от локализации эхинококковых кистей. Оценка методов эхинококкэктомии печени у детей проведена по результатам 159 операций у 153 детей. В возрасте от 2 до 7 лет было 35 (22,8 %), 8-10 лет – 51 (33,3 %), 11-15 лет – 64 (43,9 %) больных. Одиночные эхинококковые кисты (ЭК) были у 94 (61,5), множественные ЭК у 59 (38,5 %), сочетанные поражения легкого и печени наблюдались у 18 (11,7 %) больных. У 153 пациентов наблюдались 292 ЭК печени (ЭКП). Чаще ЭК локализовались в правой (249 – 85,5 %) доли печени, при этом по сегментам печени больные распределялись следующим образом: I – 12 (4,1 %); II – 14 (4,8 %); III – 17 (5,6 %) ; IV – 72 (24,6 %); V – 53 (17,0 %) ; VI – 48 (16,4 %); VII – 41 (14,5 %); VIII – 35 (13,5 %).

Отдаленные результаты хирургического лечения изучены у 97 (63,6 %) из 153 оперированных детей: через 2 года обследованы 10 детей (10,3 %), 2-5 лет – 21 (21,6 %), 5-10 лет – 22 (22,6 %), свыше 10 лет – 44 (45,5 %) пациента. Всем детям с целью исключения эхинококкоза и характеристики состояния куполов диафрагмы сделана обзорная рентгенография грудной клетки, для выявления остаточной полости (ОП) и рецидива ЭК производили УЗИ печени, органов брюшной полости и забрюшины. Всем больным эхинококкэктомией IV-V сегментов печени для характеристики морфофункционального состояния желчного пузыря и рубцовых изменений на месте, удаленных ЭК по показаниям осуществлена компьютерная томография печени и холецистография.

С целью выявления мелких ЭК, ОП и характеристики архитектурных состояний сосудистой системы печени больным после эхинококкэктомии по поводу центрально расположенных малых, средних, больших и гигантских ЭКП произведена трансортальная (15) и чрезпупочная (25) ангиография печени.

153 больным с 292 ЭК печени после эхинококкэктомии ОП (223) фиброзные капсулы кисты (ФКК) ликвидированы следующими способами: капитонажем краев ФКК (23); инвагинационным (35); заворачиванием краев ФКК в

виде рулета по Н.Ф. Березкину (42); оментопексией по А.Т. Пулатову (46); атипичными резекциями печени (11); подшиванием диафрагмы или лоскута диафрагмы ко дну ОП (14) созданием опоры для желчного пузыря по Т.А. Абдуфатаеву (24) и выкроенными лоскутами из ФКК на сосудистой ножке (28).

Осложнения после эхинококкэктомии печени в отдаленные сроки наблюдались у 12 % больных. Осложнения после ликвидации ОП методом капитонажа наблюдались у 30 % больных. На ангиографии печени отмечались сближение и извилистость с расширением сосудов в проекции ликвидации ОП ЭКП. Нарушение кровообращения с образованием очагов инфильтрации печеночной ткани, деформируя внутривнутрипеченочные желчные ходы, в отдаленные сроки привели к развитию хронического гепатита и локального цирроза. Осложнения после ликвидации ОП по Н.Ф. Березкину наблюдались у 18,6 % больных. На ангиографии печени отмечались отрывов и обеднение сосудов в проекции удаленного ЭК со склеротическим изменением печеночной ткани в результате нарушения кровообращения завернутых краев ФКК в виде рулета. Осложнения после ликвидации ОП с подшиванием диафрагмы или его лоскута ко дну ОП наблюдались у каждого второго больного с нарушением участия диафрагмы в акте дыхания. У всех больных наблюдались вентиляционные дыхательные недостаточности. Осложнения после инвагинационного способа наблюдались у 3,7 %. У этих больных на холецистографии отмечались деформации и хронические воспалительные изменения желчного пузыря. После ликвидации ОП по А.Т. Пулатову, по Т.А. Абдуфатаеву, лоскутами ФКК на сосудистой ножке, атипичной резекции и инвагинационным способом осложнения не наблюдались.

После эхинококкэктомии центрально расположенных малых, средних, больших и гигантских ЭК остается глубокая ОП, дно которой оказывается ближе к магистральным сосудам печени. В таких случаях общепринятые методы ликвидации ОП (способ капитонажа, по Н.Ф. Березкину, инвагинационный способ и подшивание диафрагмы или ее лоскута) становятся малоэффективными.

Таким образом, при малых и средних, периферически расположенных ЭК приемлемым способом ликвидации ОП является инвагинация краев ФКК ко дну полости.

Оментопексия по А.Т. Пулатову показана при средних, больших периферически расположенных ЭК по передней и нижней поверхности печени. Ликвидация ОП с созданием опоры для желчного пузыря по Т.А. Абдуфатаеву показано при средних, больших и гигантских центрально расположенных ЭК с распластанием желчного пузыря на ФКК. Ликвидация ОП с лоскутами ФКК на сосудистой ножке приемлема при средних, больших и гигантских центрально расположенных ЭКП с поддиафрагмальной локализацией. Рецидивы ЭК наблюдались у 1,5 % больных.

**В.П. Слепцов, Д.В. Шаєвський, Л.Ф. Притуло,  
Д.С. Акмолаєв, В.О. Григор'єва**

## **ЛІКУВАННЯ ЕХІНОКОКОЗУ ПЕЧІНКИ У ДІТЕЙ**

*Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського*

Ехінококоз печінки у дітей є тяжким паразитарним захворюванням, при якому зустрічаються певні труднощі в його діагностиці і лікуванні.

У клініці дитячої хірургії Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського за період з 1994 р. по 2001 р. перебувало на лікуванні 16 дітей з ехінококовим ураженням печінки і 2 хворих з ехінококозом селезінки у віці від 4-х до 14-ти років. Із них з ураженням печінки було 9 хлопчиків і 7 дівчаток і по одному хлопчику і дівчинці – з ураженням селезінки.

У більшості хворих (13 дітей) поодинокі ехінококові кісти локалізувались у правій частці печінки. Множинні кісти (до 4-х) були виявлені в обох частках печінки у 3-х хворих. Всі хворі поступали зі скаргами на помірний біль у животі, переважно в області правого підребер'я. 5 хворих пов'язували початок захворювання з травмою живота.

При діагностиці ехінококозу вирішальним в нашій практиці було ультразвукове дослідження печінки та інших органів черевної порожнини. Всі хворі були прооперовані. Оперативне лікування виконувалось переважно у вигляді закритої одномоментної ехінококектомії. Фібозна порожнина оброблювалась 2% розчином формаліну протягом 5 хвилин. Після розкриття фібозної капсули паразит видалявся. Якщо фібозна капсула висікалась частково з тканиною печінки, то це виконувалось поетапно з накладенням П-подібних кетгутуових швів для попередження кровотечі з паренхіми печінки. Решта порожнини фібозної капсули ушивалась із підведенням марлевого тампона і дренажної трубки.

У 2-х хворих з множинним ураженням обох часток печінки була виконана поєднана закрита та відкрита ехінококектомія з попередньою мобілізацією правої частки печінки шляхом пересікання правої трикутної і вінцевої зв'язок, оскільки ехінококові кісти розташовувались як по передньому, так і по задньому схилі правої частки.

Об'єм вмісту ехінококових кіст у наших хворих складав від 20-40 мл до 1,5 л рідини.

При ураженні селезінки у 2-х хворих довелося провести спленектомію, оскільки ехінококові кісти в обох випадках були великих розмірів, розташовувались у верхньому полюсі селезінки, глибоко проникали в паренхіму органа, займаючи більше половини його об'єму.

Одна із цих 2-х хворих через 7 місяців була повторно прооперована з приводу ехінококової кісти, яка розташовувалась в м'язовій товщі правого купола діафрагми. Доступ здійснювався через плевральну порожнину.

Друга хвора через 9 місяців була прооперована повторно з приводу ехінококової кісти правої частки печінки. В одному випадку під час операції було виявлено нагноєння ехінококового міхура. У всіх випадках при гістологічному дослідженні було поставлено діагноз гідатидного ехінококу. Всі хворі були виписані додому в задовільному стані. Диспансерне спостереження за подібними хворими ми ведемо не менше 2-х років.

Раціональна діагностична і лікувальна тактика, наявність в 2-х спостереженнях рідкої локалізації процесу в селезінці, відносно невеликий відсоток рецидивів спонукали нас поділитися своїм скромним досвідом з колегами.

УДК 617.55-003.2-06:616.346.2-089.87-053.2

**В.Д. Письменний, О.О. Гршин, Н.П. Кисіль, Л.Є. Янович**

## **ІНФІЛЬТРАТИ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ ДІТЕЙ**

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця  
Українська дитяча спеціалізована лікарня "Охматдит"*

Після операцій з приводу гострого апендициту у дітей можуть виникати запальні ускладнення – інфільтрати та абсцеси черевної порожнини, при яких необхідна своєчасна діагностика і відповідне лікування.

За період з 1988 до 2000 рр. в клініці дитячої хірургії УДСЛ "Охматдит" оперовано 7242 дитини з приводу гострого апендициту. У 1195 (16,5 %) дітей виявлена катаральна форма, у 6047 (83,5 %) – деструктивні форми, із них у 641 (10,6 %) пацієнта – перфоративний апендицит.

Ранні післяопераційні ускладнення (інфільтрати) виникли у 48 (0,6 %) дітей в строки від 6 до 10 днів. У цих пацієнтів на тлі антибактеріальної терапії відмічалось погіршення загального стану, гіпертермія, інтоксикація, біль у животі. Об'єктивно визначався болючий інфільтрат у черевній порожнині, який підтверджувався даними УЗД.

Післяопераційні інфільтрати (найбільш часто оментіти) розвинулись у дітей, оперованих з приводу флегмонозного (7) і перфоративного апендициту (41). З місцевого доступу оперовано 47 дітей, а серединна лапаротомія виконана 1. Резекція частини сальника – у 23 пацієнтів.

Проаналізувавши причини виниклих ускладнень, ми встановили, що найчастіше інфільтрати утворювались після операцій із місцевого доступу без достатньої ревізії черевної порожнини та в дітей, яким проводилася резекція частини сальника з перев'язкою його тканин, що призводило до формування інфікованої кукси. У більшості пацієнтів проводилося дренивання черевної порожнини або постановка мікроіригатора.



З 1995 року, врахувавши причини ускладнень, ми використовуємо наступну схему лікування дітей з деструктивними формами апендициту: передопераційна підготовка, доповнена введенням антибіотиків, диференційований підхід до вибору оперативного доступу, резекція сальника виконується шляхом електрокоагуляції, зведення до мінімуму дренажу черевної порожнини. За цей час оперовано 2790 дітей з приводу гострого апендициту, із них – 2455 (88 %) з деструктивними формами. У 298 (11,9 %) із них виявлено перфоративний апендицит. Інфільтрати виникли у 6 (0,2 %) дітей.

Із 48 дітей з післяопераційними інфільтратами: 42 виліковані консервативно, 6 пацієнтів оперовано. Комплекс консервативного лікування включав: антибактеріальну терапію, фізіотерапевтичні методи лікування, оксигенотерапію та гірудотерапію.

За ці роки на лікуванні з приводу післяопераційних інфільтратів знаходилося 23 дітей, які поступили з інших лікувальних закладів. Всі діти виписані здоровими.

Висновки. 1. Ранні післяопераційні інфільтрати черевної порожнини виникають частіше у дітей з деструктивними формами апендициту.

2. Зниженню післяопераційних ускладнень після апендектомії сприяє: раціональний оперативний доступ, резекція зміненої частини сальника шляхом електрокоагуляції, повноцінна перед- і післяопераційна антибактеріальна терапія та зведення до мінімуму показань для дренажу черевної порожнини.

3. Використання гірудотерапії в комплексі лікування післяопераційних інфільтратів черевної порожнини в більшості випадків дозволяє уникнути оперативного втручання.

УДК 616.-053.31

**Д.Ю. Кривченя, Г.С. Ханес, В.В. Ромашко,  
С.П. Бідненко, Л.В. Назарчук**

## **ДІАГНОСТИКА ЕТИОТРОПНО ПРОТИ ЗАПАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ СЕПТИЧНИХ АРТРИТІВ ТА ОСТЕОМІЄЛІТУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ**

*УДСЛ “Охматдит”, НДІ ортопедії, НДІ гематології*

15 років досліджень при лікуванні перинатального сепсису у новонароджених показують, що серед них превають септичні ураження суглобів та кісток.

Поряд з хірургічним втручанням важливе місце в лікуванні цих захворювань займає протизапальна терапія, яка неможлива без імунологічної, серологічної та бактеріальної діагностики для раціонального призначення

етіотропного лікування. Серологічні дослідження проведені у 250 новонароджених показали, що у 78 % малюків з виявленими стафілококовими ураженнями превалюють антитіла до золотистого стафілокока, у 62 % до епідермального стафілокока, серед новонароджених, у яких з місць уражень були висіви стрептокової інфекції – у 43,5 % знайдено діагностичні титри ASLk.

Серед 16 пацієнтів з інфекцією, зумовленою синьогнійною паличкою, діагностичний титр до неї був у 66 % пацієнтів.

Імунотестування, проведені серед груп здорових та хворих новонароджених на остеомієліт, показали у хворих значне зниження фагоцитозу та активних форм Т-В лімфоцитів, а також зростання ЦПК.

Прямі дослідження *in vitro* різних препаратів на лімфоцитах хворих новонароджених показали, що у 25 % пацієнтів переважно з мікст-інфекцією (бактерійно-вірусно-кандидозною) необхідним було введення внутрішньовенних імуноглобулінів; у 40 % до 1992 року, та у 60 % після цього року – була показана ентеросорбція препаратом “Ентеросгель” (сорбогель), у 30 % – лікування препаратами б-інтерферону, а у 15 % – імуномодуляція індометацином.

Дослідження, проведені з внутрішньовенними імуноглобулінами показали, що для новонароджених найбільш безпечні препарати “Сандоглобулін” (фірма “Novartis”) та внутрішньовенний імуноглобулін людини вітчизняного виробництва (фірма “Біофарма”).

Ці препарати містять достатню лікувальну кількість антитіл інфекцій, які є причиною септичних уражень кісток та суглобів у новонароджених. (протистафілококові, протипротейні, протисиньогнійні та противірусні).

На цей час у нас накопичено досвід лікування 60 дітей препаратами внутрішньовенного імуноглобуліну закордонного виробництва та 10 дітей вітчизняними препаратами. Усі пацієнти видужали, хоча первинно спостерігався тяжкий сепсис, синдром системної запальної відповіді з ураженням 2-3-го суглобів та 1-3 кісток.

Щодо емпіричної антибактерійної терапії раніше призначали комплекс цефалоспоринів III генерації з аміноглікозидами, а в останні роки особливо у дітей, матері яких були носіями стафілокока — ванкоміцин (едіцин або ванміксан) у комплексі з цефалоспорином III генерації або пеніцилінами.

Важливе місце у лікуванні займав постійний бактеріоскопічний контроль. Комплексне лікування септичних уражень кісток та суглобів, проведене у 500 новонароджених, привело до одужання 97%хворих.

Висновки. 1. Серологічні та імунологічні дослідження дають можливість проведення етіотропної терапії септичних уражень у новонароджених.

2. Проведення адекватної імуномодуляції запобігало розвитку поліорганної недостатності.

3. Введення у лікування внутрішньовенних імуноглобулінів дало можливість знизити летальність у випадках хірургічного сепсису новонароджених.

**О.Г. Момотов, С.К. Придятько, Г.А. Літвінов,  
О.О. Ярова, А.О. Момотов**

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ РОЗПОВСЮДЖЕНИХ ПЕРИТОНІТАХ АПЕНДИКУЛЯРНОЇ ЕТІОЛОГІЇ ДІТЕЙ**

*Луганський державний медичний університет.*

Незважаючи на застосування сучасних методів діагностики та лікування кількість післяопераційних ускладнень при апендикулярному перитоніті у дітей залишається високою та зростає з поширеністю процесу.

Останнім часом велике значення в патогенезі перитоніту надається особливостям збудників даного захворювання, факторам розвитку синдрому ендогенної інтоксикації і таким змінам метаболізму в дитячому організмі, котрі приводять до поліорганної недостатності. Тому однією з головних задач є правильний вибір антибактеріальної терапії з урахуванням особливостей збудників інфекції та перебігу перитоніту в дитячому віці.

Мікробіологічна оцінка ексудату черевної порожнини у 226 пацієнтів, хворих на апендикулярний перитоніт, показала, що при місцевому апендикулярному перитоніті (174 хворих) найчастіше висівалася кишкова паличка – 28,9 %, епідермальний стафілокок – 9,3 %, золотистий стафілокок – 8,9 %, асоціації мікроорганізмів склали менше 2 %, а в 26 % випадків росту мікрофлори не було відзначено, при розповсюджених апендикулярних перитонітах (52 пацієнти) у посівах виявляли кишкову паличку – 53,9 %, золотистий стафілокок – 18 %. Ентерокок, молочнокисла паличка і клебсієла зустрічалися у 3 %. У 22 % випадків росту мікрофлори не було виявлено (це пов'язано з попереднім застосуванням антибактеріальних препаратів). У результатах посівів при місцевому і розповсюдженному перитонітах велике місце займали грамнегативні палички і коки, а також вони у сполученні з пептострептококом. При екстрених релапаротоміях висівалися бактероїди. Асоціації мікроорганізмів при розповсюджених перитонітах висівалися в 27 % випадків. Найчастішим сполученням (близько 90 % всіх асоціацій) була кишкова паличка в асоціації з бактероїдами фрагіліс.

Проведений у клініці ретроспективно аналіз кількості післяопераційних ускладнень у 1725 хворих на гострий апендицит показав, що при місцевому перитоніті апендикулярного генезу в дітей у 19,54 %, а при розповсюдженному у 59,61 % випадків мають місце ускладнення. Релапаротомії при розповсюджених перитонітах проводилися у 25 % випадків.

Серед великого комплексу засобів попередження та лікування післяопераційних ускладнень антибіотикотерапія сьогодні є одним із неодмінних компонентів терапії гнійно-запальних захворювань черевної порожнини, у тому числі апендикулярного перитоніту.

Нами проведено аналіз лікування 52 хворих з розповсюдженим перитонітом апендикулярної етіології, з них: у 18 хворих була накладена керована лапаростомія у сполученні з заочеревинною продовженою новокаїновою блокадою (ЗПНБ) кореня брижі тонкої кишки, у 34 хворих черевна порожнина ушивалася наглухо.

З огляду на особливості мікрофлори перитонеального ексудату та індивідуальний ризик післяопераційних ускладнень антибактеріальна терапія проводилася карбапенемами (тиенам) та цефалоспорином III–IV поколінь (цефуроксим, цефтріаксон, цефтазидим) у сполученні з препаратами групи метронідазолу за схемами згідно з віком. У хворих, яким була накладена керована лапаростомія у сполученні з ЗПНБ, проводилася також лімфотропна антибактеріальна терапія за схемою. Усі клінічні антибіотикограми показали виражену чутливість бактерій до вказаних препаратів.

Кількість післяопераційних ускладнень у обстежених хворих була в 1,3 раза нижча. Функція кишечника відновлювалась на  $(2 \pm 0,5)$  добу. Ліжкодень зменшився на  $(1,5 \pm 0,5)$  доби.

Таким чином, ми впевнені, що застосування антибіотиків нового покоління значно поліпшує післяопераційний стан хворого та зменщує кількість ускладнень.

УДК 615.281-612.62-053.2

**М.Г. Мельниченко**

## **ДОПИТАННЯ ПРО АНТИБАКТЕРІАЛЬНУ ТЕРАПІЮ АПЕНДИКУЛЯРНИХ ПЕРИТОНІТІВ ДІТЕЙ**

*Одеський державний медичний університет*

Вступ. Незважаючи на широку палітру досліджень щодо лікування перитоніту, не можна вважати всі питання даної проблеми цілком вирішеними, і перш за все, у дітей. На сучасному етапі істотного прогресу у вирішенні проблеми перитоніту в дитячому віці можна досягнути шляхом боротьби з ендогенною інтоксикацією, яка може призводити до SIRS та поліорганної недостатності, і використання адекватних методів санації черевної порожнини, раціональної антибактеріальної терапії з урахуванням особливостей збудників інфекції, перебігу перитоніту, а також чіткого алгоритму ведення післяопераційного періоду (Біляєва О.А., 1996; Кузін М.І., 1994; Мільков Б.О., 1996; Гаїн Ю.М., 1999; Зайцев В.Т., 1999; Aschraft K.W., 1997; Sivit C.G., 1992; Forloni B., 1994; Essr G., 1980).

Матеріал і методи. Об'єктом клінічного дослідження були 128 дітей з різноманітними формами перитоніту апендикулярної етіології віком від 6 до

14 років. З них розповсюджений перитоніт мав місце у 35 (27,3 %) хворих, місцевий — у 93 (72,2 %).

Клінічне дослідження хворих передбачало обстеження всіх органів і систем з використанням фізикальних методів, а також проведення ректо-абдомінального дослідження, ультразвукового сканування, термографії. Лабораторні дослідження передбачали вивчення гемограми і біохімічних показників крові, загального аналізу сечі. Показники периферійної крові вивчалися за формулами Кальфа-Каліфа (ЛП) та гематологічним показником інтоксикації (ГП).

У оперованих хворих проводились бактеріологічні дослідження перитонеального ексудату з використанням живильних середовищ (ідентифікувалась чиста культура та визначалась чутливість флори до стандартного набору антибіотиків методом дисків).

Результати досліджень та їх обговорення. Усі хворі звертались у хірургічний стаціонар через 36–48 год від початку захворювання. Провідними симптомами апендикулярного перитоніту у всіх обстежених хворих були: суб'єктивний та провокований біль і м'язовий дефанс. У всіх пацієнтів зустрічалось блювання та підвищення загальної температури тіла, подразнення очеревини. Треба визнати, що при відмежованому запаленні важливою ознакою була пальпована “пухлина” у правій половині черева. Зміни випороження та дизуричні явища певною мірою свідчили про топіку та поширеність запалення. При обстеженні хворих проводилось визначення ступеня ендогенної інтоксикації за клінічними ознаками важкості стану хворої дитини та показниками гомеостазу (39 дітей – 3-й ступінь; 72 хворих – 2-й ступінь; 17 пацієнтів – 1-й ступінь).

Хірургічне втручання складалося із видалення деструктивно зміненого апендикса, проведення ретельної санації (промивання) черевної порожнини розчинами антисептиків. Дренування при місцевому перитоніті проводили поліхлорвініловою трубкою, підведеною до ложа відростка, при розповсюдженому перитоніті додатково підводили дренаж через контрапертуру в малу миску. Крім того, проводилась декомпресія шлунково-кишкового тракту.

При проведенні бактеріологічних досліджень перитонеального ексудату тільки у 73 (57,1 %) спостереженнях ідентифікували збудника. Найбільш часто висівалася *E. coli* (48,4 %) і патогенний *St.aureus* (33,3 %), рідше *Enterococcus spp.* (15,2 %), *Candida* (2,9 %). При вивченні чутливості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів знайдено, що найбільша чутливість визначалась до групи цефалоспоринів 2 і 3 покоління та групи аміноглікозидів. Виявлені дані враховувались при проведенні антибактеріальної терапії.

У післяопераційний період хворі одержували комплексну терапію: дезінтоксикаційну, інфузійну, симптоматичну, імунокоригуючу, антибактеріальну, фізіолікування. Антибактеріальну терапію проводили за такими принципами: первинно антибіотик призначали емпірично (з урахуванням найбільш

статистично розповсюдженого збудника та його чутливості). Антибіотик вводили внутрішньовенно одночасно з оперативним втручанням і продовжували вводити протягом 7-10 днів. Хворим із SIRS або високим ризиком хірургічного сепсису антибактеріальна терапія проводилась двома препаратами максимальними терапевтичними дозами. “Стартовими” препаратами, як правило, були цефалоспорины 2 та 3 покоління. Один з препаратів був обов’язково з високою антианаеробною активністю (частіше метронідазол). У подальшому мікробіологічний моніторинг дозволяв здійснювати етіотропну антибактеріальну терапію.

Двом дітям з розповсюдженим перитонітом із прогресуванням абдомінального запалення проведено релaparотомію із санацією черевної порожнини і міжкишкових абсцесів. Одного хлопчика оперовано з приводу ранньої спайкової непрохідності на 10 добу від першого втручання. Програмова лапаротомія не проводилась.

Усі хворі видужали.

Висновок. Наш досвід показав, що комплексне лікування апендикулярного перитоніту в дітей за основними принципами, які включають ретельну інтраопераційну санацію черевної порожнини, раціональну антибактеріальну терапію, використання фізичних факторів, сприяє гарним результатам лікування, приводить до скорочення строків перебування хворих у стаціонарі, дозволяє уникнути ускладнень.

УДК 616.381-002:615-053.2/6

**В.П. Слепцов, Л.Ф. Притуло, А.І. Кірсанов, І.В. Бондаренко**

## **МЕРОНЕМУЛІКУВАННЯ ПЕРИТОНІТУ В ДІТЕЙ**

*Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського*

Стара і завжди нова проблема перитоніту залишається однією з найскладніших в гнійній хірургії.

Протягом багатьох десятиліть антибактеріальна терапія перитоніту зазнавала самих різних змін і цілеспрямовано проводилась залежно від етіологічних агентів у різний час.

Із світових літературних джерел нам відомі етіологічні причини перитоніту, і нозокоміального в тому числі. В основному, це майже всі ентеробактерії (кишечна паличка, клебсієли, сальмонели, протеї та ін.), стафілококи, в тому числі метицилінрезистентні, ентерококи, ацинетобактер, синьогнійна паличка, неклостридіальні анаероби, особливо *B. fragilis*. Лікування такого широкого спектра тяжкої абдомінальної інфекції в практичній медицині представляється дуже складним розділом.

На стику двох грізних інфекцій – високопатогенних грамнегативних мікроорганізмів та резистентної і полірезистентної флори, що поширюється, з'явилась нова група антибіотиків карбапенемів, які відкрили нову сторінку в історії антибактеріальної терапії, взагалі, і перитоніту, зокрема. Представниками карбопенемів є препарати, які вже пройшли широке клінічне застосування – іміпенем (тіснам, США), що є сьогодні препаратом вибору – меропенем (меронем, Великобританія), які перебувають у клінічних випробуваннях – паніпенем і байпенем, підготовлені до клінічних випробувань – дітикарбамат карбопенему, L-740 і 345, Во-2727 і 3482.

Ми дотримуємося думки Л.С. Страчунського (1999), який вважав, що лікаря біля ліжка тяжкого хворого повинна хвилювати проблема надання швидкої і дійової допомоги в даний конкретний момент, а не питання чим лікувати його в майбутньому. Затримка з призначенням найбільш ефективних препаратів є не виправданим експериментом на виживання.

За останні три роки для лікування дуже тяжких септичних ускладнень ми застосовували новий карбопенемовий антибактеріальний препарат (в Україні він застосовується з 1995 р.) “Меропенем” (меронем фірми “Astra Zeneca”, Великобританія) у 24 дітей, в тому числі у 5 дітей з тяжким перебігом перитоніту. Вік дітей з перитонітом був від 10 місяців до 10 років. У 2 хворих давність перитоніту складала 36 годин, у 3 – 3,4 і 5 дб. У 3 дітей мав місце загальний (розлитий) перитоніт, токсична фаза, на тлі перфоративного гострого апендициту. У 1 дитини – загальний (розлитий) каловий перитоніт на тлі перфорації термінального відділу клубової кишки. У 1 дитини мав місце розлитий жовчний перитоніт, як наслідок тупої травми живота з розривом печінки.

При бактеріоскопії у хворих виявлені грамнегативні бактерії, в бактеріальних посівах у 3 дітей – кишечна паличка та у 2 дітей росту флори не відмічено. Всі хворі перебували в дуже тяжкому стані. Як стартову антибактеріальну терапію їм призначали цефалоспорины (цефотаксим або клафоран) в комбінації з аміноглікозидами (гентаміцин або амікацин) і метронідазолом. У всіх дітей стартова антибактеріальна терапія виявилась неефективною. Клінічно і лабораторно стан хворих погіршувався. Через 36 годин вона була замінена карбапенемовим антибіотиком меронемом. Доза препарату залежно від віку – від 10 до 20 мг/кг на три внутрішньовенних введення на добу. Покращання стану констатовано на 6-14-ту добу антибактеріальної терапії меронемом. Критеріями відміни препарату стали: нормалізація температури, об'єктивне покращення загального стану, позитивна динаміка лабораторних даних. На 6-ту добу меронем відменено у 4-х хворих, на 14-ту (з каловим перитонітом) – у 1 дитини. Всі діти залишились живими.

Завершуючи, необхідно відмітити слідуюче. Із карбапенемів (тіснаму і меронему), які застосовуються сьогодні в клініці, ми цілком свідомо віддали перевагу меронему, оскільки цей препарат залишається активним і на ті резистентні штами мікроорганізмів, на які тіснам вже не діє. Меронем в 5-10

разів більш активний у відношенні ентеробактерій, що дуже важливо при перитоніті. На відміну від тієнаму, меронем не має нейро- і нефротоксичності. Меронем широко доступний в педіатрії, недозозалежний, не має побічних ефектів та економічно більш вигідний.

Одужання всіх 24 дітей з дуже тяжкими септичними станами, пролікованих меронемом, – свідчення могутнього клінічного ефекту цього препарату.

УДК 616.36-002.3-053.2+616.61-002.3-053.2

**В.Ф. Шиш, В.М. Мельник, І.П. Мельник, О.М. Волошин,  
М.І. Гриценко, А.В. Шаткун, Г.Г. Шиш**

## **ЗАПАЛЬНІ“МЕТАСТАТИЧНІ”ІНФІЛЬТРАТИПЕЧІНКИ ТАНИРОКУДІТЕЙЗЛОКАЛЬНОЮГНІЙНОЮ ХІРУРГІЧНОЮІНФЕКЦІЄЮ**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

Вторинні запальні ураження печінки та нирок у дітей з локальною гострою гнійною інфекцією вважаються досить рідкісним захворюванням. У спеціальній літературі описані лише поодинокі спостереження виключно при хірургічному сепсисі. За нашими даними, подібні ускладнення не такі вже і рідкісні та діагностика їх дуже складна і недосконала. Пов'язано це з невизначеністю їх клінічної картини, атиповим перебігом. Застосування сучасних високотехнологічних методів значно збільшує наші діагностичні можливості. У цьому плані ми вважаємо цікавими наші спостереження .

Хвора М., 11 років, переведена в клініку дитячої хірургії 5.10.01 з інфекційної лікарні, куди вона була госпіталізована з діагнозом ГРЗ. Хвора скаржилась на біль у правому боці та правій половині живота, головний біль, лихоманку. Із анамнезу з'ясовано, що два тижні тому у дівчини виник фурункул в області лівої лопатки, який абсцедував, а потім повільно, за 2 тижні загоївся майже зовсім. Весь цей час дівчина ходила до школи. Останні чотири дні в класі була низька температура повітря, віконні протяги, і дівчина двічі відмічала значне переохолодження правого боку. Добу назад у неї виникли головний біль, нездужання, підвищення температури тіла до 38,2 °С, остуда, що, вірогідно, і дало підставу поставити діагноз ГРЗ і госпіталізувати її в інфекційну лікарню. Наступного дня у хворої з'явився біль у правому боці. Було проведено ультразвукове дослідження. Знайдено патологічне утворення верхнього полюса правої нирки, що і було підставою для переведення хворої в нашу клініку.

При переведенні до клініки мала місце незначна болочість при глибокій пальпації правого боку та правої половини живота, більше в підребер'ї.



Захисного напруження м'язів живота не було. Симптоми подразнення очеревини та симптом Пастернацького були негативними. Лейкоформула від 5.10.01: Л -  $12,2 \times 10^9$  /л; еоз. - 1 %; нейтр. - 81 %, в т.ч. пал. - 4 %; сегм. - 77 %; лімф. - 14 %; моноц. - 4 %; ШОЕ - 5 мм/год. Ан. сечі від 5.10.01: мутна, реакція кисла; питома вага 1017; реакції на білок та цукор негативні; лейкоцитів 1-2 в п/з, еритроцитів 0-1 в п/з. Проведено обстеження, в т.ч. внутрішньовенна урографія, ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини та позачеревного простору. Діагноз: "Гнійна рана лопаточної області в стадії загоєння (епітелізації). Запальний інфільтрат верхнього полюсу правої нирки (2,2x2,4x3,8 см). Запальний (контактний?) інфільтрат задньо-нижньої поверхні С<sub>5</sub>-С<sub>6</sub> печінки (4,5x5,0x3,8 см)". При бактеріологічному дослідженні крові росту мікробної флори не відмічено. Призначено і проведено консервативне, в т.ч. антибактеріальне лікування. Запальні інфільтрати нирки і печінки поступово зменшилися у розмірах і потім майже зовсім розсмокталися. На їх місці залишилися утворення (рубці?) розмірами 1,0x1,5x1,5 см та 1,2x1,6x2,0 см. Лейкоформула нормалізувалася. Аналізи сечі весь час були нормальними. Температура тіла з п'ятого дня стала субфебрильною, а з сьомого - нормальною.

Хворий М., 11 років, прийнятий у клініку 14.10.01 в 19.00 через 23 години від початку захворювання зі скаргами на біль у правій половині живота. Біль в останні години посилювався. Було одноразове блювання. Лейкоформула від 14.10.01: Л -  $15,3 \times 10^9$  /л; еоз. - 2 %; нейтр. - 84 %, в т.ч. пал. - 9 %, сегм. - 75 %; лімф. - 10 %; моноц. - 4 %; ШОЕ - 2 мм/год. Аналіз сечі від 14.10.01: реакція нейтральна; питома вага 1006; реакції на білок та цукор негативні; лейкоцитів 6-8 в п/з, еритроцитів 0-1 в п/з. Встановлений діагноз гострий апендицит. 14.10.01 в 19.40 - операція апендектомія. Післяопераційний діагноз - гострий флегмонозний апендицит. Флегмонозний характер запалення підтверджений подальшим гістологічним дослідженням видаленого червоподібного відростка. Хворому призначений гентаміцин внутрішньом'язово у віковій дозі. Післяопераційний період протягом 3-4 днів був звичайним, з 18.10.01 виник субфебрилітет, а з 22.10.01 температура збільшилась до 38-39 °С і набула гектичного характеру; посилювався біль у правому боці. При фізикальному дослідженні виявлений слабкопозитивний симптом Пастернацького справа. Лейкоформула від 23.10.01: Л -  $22 \times 10^9$  /л; еоз. - 1 %; нейт. - 87 %, в т.ч. пал. - 22 %; сегм. - 65 %; лімф. - 5 %; моноц. - 4 %; плкл. - 1 %; ШОЕ - 2 мм/год. Аналіз сечі весь цей період був нормальним. При бактеріологічному дослідженні крові росту аеробної мікрофлори не виявлено. Проведено ультразвукове дослідження органів черевної порожнини. У верхньому сегменті правої нирки виявлено інфільтрат 2,2x2,0x1,4 см, капсула над ним розпушена, а на протязі 1,5 см зовсім не простежується. Має місце реактивний передній і задній паранефрит у вигляді гіпоехогенної "стрічки" товщиною 1,7 см над верх-

ньою половиною нирки. При комп'ютерній томографії виявлена зона ущільнення нирки до +36 одиниць, розмірами 36x28x33 мм. Діагноз запальний інфільтрат верхнього полюсу правої нирки, реактивний паранефрит. Посилена консервативна, в т.ч. антибактеріальна терапія. Загальний стан хворого тривалий час (понад 7 діб) був тяжким, температурна реакція мала гектичний характер, потім, поволі зменшилася і переросла в субфебрильну. Сеча весь цей час була стерильною. Аналіз сечі залишався нормальним. При повторному бактеріологічному дослідженні крові росту аеробної бактеріальної флори не виявлено. Ультразвукове дослідження в динаміці захворювання дало можливість простежити, як поступово зник паранефрит, майже розсмоктався інфільтрат у нирці. При останньому ультразвуковому дослідженні (14.10.01) він був розміром 0,4x0,8x0,5 см, у вигляді ущільнення ниркової тканини. Лейкоформула крові нормалізувалася. Рана після апендектомії загоїлася первинним натягом.

УДК 616.381-002-153.2-089

**А.А. Данилов, В.В. Горелик, В.В. Гончар, Зияд Катба**

## **АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ У ДЕТЕЙ, ПОЛУЧАВШИХ ЛЕЧЕНИЕ НА БАЗЕ ХКА ФЕДРЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ КМАПО**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика*

Нами проведен анализ 123 историй болезни детей с аппендицитом, осложнившимся гнойным перитонитом. Возраст больных варьировал от 6 до 15 лет. Мальчиков было 71, девочек – 52.

Все больные были разделены на две группы. Критерием деления больных на группы являлся срок, прошедший от начала заболевания.

В первую группу входило 53 ребенка, что составило 43 %. Срок от начала заболевания у больных этой группы колебался от 10 до 36 часов. Вторую группу составляли 70 детей (57 %) со сроком от начала заболевания более 36 часов.

При сборе анамнеза жизни у больных первой группы обращали на себя внимание: частые простудные заболевания, устойчивый ацетонемический синдром. 47 из 53 больных, что составило 89 %, состояли на диспансерном учете у гастроэнтеролога, пульмонолога, нефролога.

Клиническая симптоматика не соответствовала тяжести патологического процесса развивавшегося в брюшной полости: рвота отмечалась у 25 детей, но была однократной. У всех остальных детей рвоты не было. Темпе-

ратурная реакция была не выраженной и держалась на субфебрильных цифрах. Симптомы раздражения брюшины либо не отмечались вовсе, либо были слабopоложительными, что не позволяло достоверно до оперативного вмешательства оценить характер процесса в брюшной полости.

В первую группу вошло также 5 больных, у которых явления перитонита развивались в период от 3 до 10 часов. У этих детей отмечался отягощенный наследственный анамнез (сахарный диабет, бронхиальная астма у близких родственников), частые боли в животе, эти дети неоднократно проходили стационарное лечение у гастроэнтеролога.

При параклиническом обследовании, в частности в анализах крови, у всех детей первой группы отмечался невыраженный лейкоцитоз (до 20 тыс.) с умеренным сдвигом формулы влево.

Вторая группа, в отличие от первой при сборе анамнеза жизни характеризовалась развитием детей согласно возрастным психофизическим нормам, отсутствием частых простудных заболеваний, и только 10 детей (14 %) состояли на диспансерном учете.

Учитывая, что все дети второй группы были доставлены в хирургическое отделение клиники не ранее чем через 36 часов от начала заболевания, клинические данные полностью соответствовали выраженности патологического процесса в брюшной полости: многократная рвота, вынужденное положение больного в постели (приведенные к животу ноги), гипертермия до фебрильных цифр, резко положительные симптомы раздражения брюшины.

Из анамнеза болезни было выяснено, что симптомы заболевания нарастали постепенно, начиная с незначительной болезненности в области пупка и правой подвздошной области. В этот период дети консультировались участковыми педиатрами или гастроэнтерологами, и их состояние оценивалось как следствие пищевой погрешности или как обострение хронической гастроэнтерологической патологии (ранее не выявлявшихся), и только нарастающее ухудшение состояния ребенка заставляло родителей обратиться за консультацией к хирургу.

В лабораторных анализах крови отмечался значительный лейкоцитоз (до 40 тыс.), резкий сдвиг формулы крови влево.

Во второй группе нам встретилось 8 больных, которые были поздно доставлены в хирургическое отделение клиники по причинам, несвязанным с особенностями течения заболевания (асоциальные семьи, дети из детприемника).

Исходя из вышеизложенного, можно сделать выводы:

1. Анамнез жизни детей первой группы, где перитонит развивался спустя 10-36 часов от начала заболевания, свидетельствовал о частых простудных заболеваниях, устойчивом ацетонемическом синдроме; клиническая симптоматика не соответствовала тяжести патологического процесса, развивавшегося в брюшной полости, что может свидетельствовать о сниженной иммунной реакции организма и барьерных функций кишечника.

2. Дети второй группы, в отличие от первой, не имели каких-либо патологических нарушений роста и развития. Характер течения заболевания свидетельствовал об адекватном ответе организма на патологический процесс в брюшной полости.

3. Детям, которые по клинико-анамнестическим данным могут быть отнесены к первой группе больных, предоперационная подготовка должна проводиться в максимально короткие сроки для предотвращения угрозы развития перитонита.

УДК 616.34-007.272+616.381-002]-053.31-089.86

**І.О. Македонський, Л.С. Самоваров, В.Л. Лібусь, О.Е. Нагорний**

## **ТАКТИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЧНОГО ЕНТЕРОКОЛІТУ (НЕК) У НОВОНАРОДЖЕНИХ, УСКЛАДНЕНОГО ПЕРИТОНІТОМ**

*Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 3.*

Некротичний ентероколіт у новонароджених (НЕК) є найчастішою причиною неонатальної летальності, яка сягає майже 40-60 % у найкращих клініках світу. Загальним проявом НЕК є синдром поліорганної недостатності, при чому поширений перитоніт сприяє у зростанню інтоксикаційного синдрому.

За період 1988-2001 рр. Нами спостерігалось 98 новонароджених з НЕК. Майже 91 % (90 дітей) народилися доношеними. За Bell's критеріями (новонароджені з I стадією були виключені з обстеження), II стадія відмічена у 31,6 % (31 дитина), III стадія у 68,4 % (67 дітей). При мікробіологічному дослідженні висівалася звичайна кишкова флора: *Escherichia coli* (62 %), *Klebsiella pneumoniae* (18 %), *Proteus mirabilis* (13 %), коагулазо-негативні *Staphylococci* (7 %). Загальний аналіз крові був неінформативним: так у однієї третини кількість лейкоцитів була підвищена, у другій третини – була нормальна, у іншій третини – знижена. Патогномонічними лабораторними даними було виявлено підвищення гематокритного числа, значне зниження кількості тромбоцитів ( $P < 0,01$ ). Крім того, визначався метаболічний ацидоз ( $P < 0,001$ ). Рівень цукру у плазмі крові був неінформативним. Вивчення випорожнень на наявність крові було корисним, але неспецифічним. Рентгенологічні дані виявляли розтягнення кишки та набряк її стінки майже у 60 % випадків. У деяких дітей спостерігали локальне паретичне розширення товстої кишки, яке зберігалось на серії рентгенограм. Накопичення газу під куполом діафрагми та значний рівень рідини в черевній порожнині, пневма-

тоз кишкової стінки у 45 % дітей. Ультразвукове дослідження давало змогу виявити вільну рідину у черевній порожнині (25 %), набряк стінки кишки (45 %), накопичення газу за ходом портальної вени (5 %). Ультразвукове обстеження виконували перед парацентезом із метою виявлення найкращої зони для пункції та зниження ризику ятрогенного ушкодження стінки кишки. Показниками поліорганної недостатності вважали: з боку серцево-судинної системи – зниження ЧСС нижче 100/хв, або збільшення понад 180/хв, яке спостерігалось більше ніж 6 годин; з боку дихальної системи – вентиляційну залежність з  $F_{iO_2}$  0,40 та  $P_{aO_2}$  50 mmHg, а також печінкові, мікроциркуляторні, ниркові та коагуляційні порушення. Про тяжкий стан дітей свідчило те, що тільки у 9-х (10 %) відмічено ізольоване ушкодження шлунково-кишкового тракту. Ушкодження 3-х органів – у 45 %, 4-х органів та більше – у 45 % дітей.

Інтраопераційно виявлено: ушкодження тонкої кишки (5 %), товстої (55 %), тонкої та товстої (40 %). Локальне запалення кишкової стінки відмічено у 5 %, дифузне – 65 %, тотальне – 30 %. Хірургічна тактика при НЕК за останні роки значно змінилася з радикальної до мінімально травматичної. У новонароджених із вагою меншою 1000 г виконували перитонеальне дренування черевної порожнини без лапаротомії. Під час оперативного втручання виконували резекцію безумовно некротизованої тканини, намагаючись зберегти якомога більше кишки, особливо ілеоцекальний клапан. У випадках сумнівного некрозу операцію закінчували створенням проксимальної стоми. Загальна післяопераційна летальність становила 40,5 %.

Таким чином, НЕК залишається важкокоригованим захворюванням з високим рівнем летальності. Застосування комплексу дій ранньої діагностики та мінімальної хірургічної травми дасть змогу покращити результати лікування цієї групи хворих.

УДК 615.281-616-08-616.346.2-002-613.22

**Н.Г. Ніколаєва, К.П. Алексюк, М.Г. Мельниченко, Н. Вішах**

## **ВИКОРИСТАННЯ РЕГІОНАЛЬНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ІНФІЛЬТРАТУ У ДІТЕЙ**

*Одеський державний медичний університет*

Вступ. Серед способів лікування апендикулярного інфільтрату пріоритетним є консервативне лікування, яке базується на загальній антибіотикотерапії (Константинова І.Н. с соавт., 1998; Horntrich J., 1990, Puri P., 1981). Разом з тим деякі автори пропонують гірудотерапію (Лятуринська О.В.,

1994), рентгенотерапію (Огоновський В.К., 1985), ранні оперативні втручання (Земсков В.С. с соавт., 1985; Garg P., 1997). Перші – неприйнятні або малоефективні для дітей, останні – загрожують різноманітними ускладненнями (Aschraft K.W., 1997; Gahukamble K., 1993). Що ж до загальної антибіотикотерапії, то ефективність такого методу не завжди задовільна – абсцедування спостерігається у 14,4 % випадків, а значний спайковий процес у 11,5 % (Клиак К., 2000; Negrei V., 1987).

Матеріали і методи. Об'єктом експериментального дослідження були щури лінії Вістар, у яких проводилось моделювання інфільтрату черевної порожнини та вивчення накопичення антибіотика у тканинах інфільтрату відповідно до шляху його введення. Об'єктом клінічного дослідження були 57 дітей віком від 7 до 14 років з апендикулярним інфільтратом з давністю захворювання 4-7 діб.

Моделювання інфільтрату проводили таким чином: під загальним знеболюванням (каліпсол) розтинали черевну порожнину у правій здухвинній ділянці, голкою перфорували стінку прилеглої кишки, підводили до зони перфорації 1 мг подрібнених фекалій тварини, проводили тупу травму прилеглого сальника затискачем та фіксували сальник у правій здухвинній ділянці кетгутом. На 7 добу від моделювання утворювався сипкий, на 12 – щільний інфільтрат. Тварини одержали антибактеріальну терапію гентаміцином: 1 група – внутрішньовенне введення; 2 група – позаочеревинне введення; 3 група – позаочеревинне введення з наступною гальванізацією зони інфільтрату. Через 5 діб після початку лікування тварин виводили із дослідження декапітацією, а утворений інфільтрат блоком виймався із черевної порожнини і проводилось визначення концентрації гентаміцину у ньому шляхом флюоресцентного аналізу (апарат “Automated Fluorescence Polarisation Analyzes”).

Власні експериментальні дослідження виявили, що позаочеревинне введення гентаміцину призводить до суттєвого підвищення його концентрації як у сипкому, так і у щільному інфільтраті (відповідно, у 2 та в 1,04 раза), а використання гальванізації сприяє ще більшому накопиченню препарату (у 1,3 раза) у тканинах сипкого інфільтрату.

Виходячи з цього, була розроблена методика регіональної антибактеріальної терапії апендикулярного інфільтрату в дітей: на зразок катетеризації за Seldinger у праву клубову ямку позаочеревинно вводили мікроіригатор, який фіксували до шкіри. Кожного дня через мікроіригатор одноразово вводили добову дозу антибіотика з наступною дією полем постійного струму. Площа електродів відповідала протяжності ураженої ділянки. Позитивний електрод розміщували у правій поперековій ділянці, негативний – у проекції інфільтрату на передній черевній стінці. Щільність струму коливалась від 0,02 мА/см<sup>2</sup> до 0,05 мА/см<sup>2</sup>, тривалість процедури 15-20 хвилин. Курс лікування становив 10-12 процедур.

Результати досліджень та їх обговорення. Контрольну групу склали 30 дітей з апендикулярним інфільтратом, яким проводилась загальна анти-

бактеріальна і симптоматична терапія, ставились лікувальні мікроклізми та ректальні свічки. У референтну групу увійшло 27 пацієнтів з апендикулярним інфільтратом, у яких в комплексне лікування включали регіональну антибактеріальну терапію за розробленою методикою.

Порівняльний аналіз показав, що у референтній групі загальна температура тіла нормалізувалася на 4-5 днів раніше, біль зникав на 2-3 доби скоріше, ніж у пацієнтів контрольної групи. Ендоректальна температура у хворих референтної групи на 7 добу від лікування не перевищувала  $37,5-37,8^{\circ}\text{C}$ , тоді як у пацієнтів контрольної групи залишалася високою протягом 2 тижнів. У референтній групі при використанні регіональної антибактеріальної терапії абсцедування не було, тоді як в контрольній групі виникали нагноєння і проводився розтин абсцесів. Термін перебування хворих у стаціонарі скоротився на  $(5,8 \pm 1,2)$  ліжко-днів.

Висновок. Використання регіональної антибактеріальної терапії за розробленою методикою у комплексному лікуванні апендикулярного інфільтрату в дітей дозволяє поліпшити результати лікування, знизити кількість абсцедувань, зменшити строки перебування хворих у стаціонарі.

УДК 616.381-002:616.346.2-002|-089.87-053.4./6-

**В.І. Сушко, О.М. Барсук, Є.І. Нагорний, О.П. Гладкий,  
А.Є. Носар, В.Г. Хоїчяков, І.В. Царьова, Л.М. Харитонюк**

## **НАШДОСВІДЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ**

*Дніпропетровська державна медична академія*

Перитоніт залишається однією з найбільш актуальних проблем дитячої хірургії. Основною причиною перитонітів у дітей є гострий апендицит, частота якого не має тенденції до зниження і складає 3,2 на 1000 населення (Ю.Ф. Ісаков зі співавт., 1998).

Проведено аналіз історій хвороб 153 дітей з апендикулярним перитонітом за період 1998-2000 рр., які знаходилися на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні м. Дніпропетровська. Всім дітям проведено хірургічне втручання під загальним знеболенням після передопераційної підготовки.

З 153 хворих на перитоніт дітей хлопчиків було 101 (67,3 %), дівчаток – у 2 рази менше – 52 (32,7 %).

Дітей до 3 років було 14 (9,2 %), від 3 до 7 років – 45 (29,4 %), 7-14 років – 94 (61,4 %).

По розповсюдженості процесу в черевній порожнині з розлитим перитонітом було 27 хворих (17,6 %), з обмеженим – 126 (82,4 %).

З 153 дітей, оперованих в клініці з приводу апендикулярного перитоніту, у 60 (39,4 %) виникли різного роду ускладнення.

Нагноєння післяопераційної рани було у 4 дітей (2,6 %) при розлитому перитоніті при обмеженому – у 31 дитини (20,3 %).

Інфільтрат черевної порожнини спостерігався в 2 дітей (1,3 %) при розлитому перитоніті і в 9 (5,9 %) дітей при обмеженому.

У 2 дітей (1,3 %) при розлитому перитоніті був абсцес черевної порожнини, при обмеженому – у 4 (2,6 %). Рання спайкова непрохідність спостерігалася тільки при обмеженому перитоніті у 3 дітей (2 %)

При обмеженому перитоніті були також такі ускладнення, як ексудативний плеврит, пневмонія у 3 (2 %) дітей, гнійний оментит у 1 (0,7 %) дитини і внутрішня черевна кровотеча також у 1 (0,7 %) дитини.

Ускладнення при розлитому перитоніті були у 8 (5,2 %) дітей, при обмеженому – у 52 (34,2 %). Відсоток ускладнень здається високим, але у відношенні до всіх хворих дітей з гострим апендицитом це складає 4,5 %.

При проведенні аналізу ранніх післяопераційних ускладнень ми відмітили високий рівень такого ускладнення, як нагноєння післяопераційної рани, особливо при обмеженому перитоніті (20,3 %), що залежить від використання асептичних заходів під час операції та раціональної антибактеріальної терапії. Причинами цього ускладнення ми вважаємо: невірно вибраний операційний доступ, недостатні розміри операційної рани, технічні помилки під час операції, недостатню санацію та дренивання операційної рани. Значно менше інфільтратів черевної порожнини (7,2 %), ще менше складає рання спайкова непрохідність та оментит. Все це є результатом проведення адекватного дренивання бокових каналів та порожнини малого таза поліетиленовими дренажами та введення в черевну порожнину 1 % розчину діоксидину 3 мл двічі на день. Термін дренивання не перевищує 3-5 дб. В той же час перидуральна анестезія, яка була показана всім 27 хворим з розлитим перитонітом після проведення операції при обмежених формах захворювання, застосовувалась тільки 11, що сприяло продовженому парезу та розвитку ранньої спайкової непрохідності, пневмонії та ексудативного плевриту.

Для профілактики та ранньої діагностики нагноєння післяопераційної рани, ми застосовуємо при перитоніті дренивання рани гумовою стрічкою, поставленою під апоневроз, що дає змогу своєчасно запобігти або діагностувати ускладнення.

З 153 дітей з апендикулярним перитонітом не було жодного летального випадку. Всі хворі видужали.

Висновки. 1. Ускладнення при апендикулярному перитоніті складають 39,4 % (60), при чому вони не пов'язані з важкістю стану хворого та формою перитоніту, а залежать від перебігу захворювання та переваги грамнегативної мікрофлори.



2. Найчастішим ускладненням апендикулярного перитоніту є нагноєння післяопераційної рани 22,9% (35); дренивання рани гумовою стрічкою під апоневроз дає змогу своєчасно запобігти або діагностувати ускладнення.

3. Адекватна санація та дренивання черевної порожнини разом з перидуральною анестезією у післяопераційний період дають можливість запобігти або зменшити ускладнення з боку черевної порожнини при апендикулярному перитоніті у дітей

УДК 616-002.3+616.941-053.4/5-0.85.246.2

**К.В. Шахов, В.Й. Гроховський, Д.І. Квіт, О.О. Трошков,  
М.М. Семенюта, О.С. Калинець, Р.В. Мандзюк**

## **ШЛЯХОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНІТУ В ДІТЕЙ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького  
Львівська міська дитяча клінічна лікарня ім. П.Орлика*

За останні роки під впливом різноманітних факторів (в першу чергу, потужної селективної дії антибактеріальних середників) відбулися значні зміни етіології хірургічної інфекції. В теперішній час провідними збудниками є представники родини Enterobacteriaceae, стафілококи,  $\alpha$ -,  $\beta$ -,  $\gamma$ -гемолітичні та негемолітичні стрептококи [1, 2]. На фінальних етапах перитоніту рівень інтоксикації визначається не стільки гнійним процесом у черевній порожнині, скільки мікроорганізмами та токсинами кишкового тракту, який стає неконтрольованим джерелом системної інфекції. Пасивні та активні аспіраційні методи дренивання виявляються недостатньо ефективними [3, 4].

На сучасний момент, крім елімінації первинного патологічного вогнища та хірургічного дренивання, існують наступні шляхи впливу на патогенетичні механізми абдомінального сепсису: зменшення інтраабдомінальної гіпертензії та лікувальні превентивні заходи проти резидуальної та рекурентної інфекції [5, 6]. Якщо загальноприйнята тактика оперативного лікування розповсюджених форм перитоніту добре відома і не викликає дискусій, то питання про місцеве лікування перитоніту дотепер залишається суперечливим. У нашій країні успішно розвивається концепція використання еферентних методів лікування, які засновані на створенні штучних систем та апаратів на засадах екстра- та інтракорпорального окислення токсинів, мікроорганізмів та їх метаболітів. Основа методики полягає в створенні штучних детоксуючих або бактерицидних систем на основі максимально точного відтворення основних фізико-хімічних та структурних принципів природних механізмів детоксикації та фагоцитозу, що дозволяє підвищити чут-

ливість полірезистентної мікрофлори до антибіотиків під впливом розчину натрію гіпохлориту, який вводиться в черевну порожнину [7, 8, 9]. Лікувальні заходи проводилися за загальноприйнятою методикою: передопераційна підготовка протягом 2-6 годин в залежності від важкості стану хворого; операція, обсяг якої полягав у апендектомії, санації та дренажу черевної порожнини; післяопераційний період, в якому проводиться інфузійна, детоксикаційна, антибактеріальна, імуностимулююча та посиндромна терапія, ГБО, фізіотерапевтичні процедури та ін. Інтраопераційно проводився забір ексудату з черевної порожнини для бактеріологічного дослідження. Бактеріологічна діагностика інтраабдомінальної інфекції включала в себе якісний та кількісний аналіз мікрофлори перитонеального ексудату. Дослідження були проведені в 147 хворих, які були оперовані з приводу перитоніту апендикулярного генезу. Хворі були розділені на контрольну (93 дитини) та основну (66 дітей) групи. У хворих контрольної групи для інтраопераційної санації черевної порожнини використовувалися традиційні середники – розчини фурациліну та ізотонічний фізіологічний розчин, підігріті до 37 °С. Санація проводилася великими об'ємами рідини (до 10-12 літрів) до появи чистих промивних вод. Хворим основної групи після закінчення санації в черевну порожнину вводився підігрітий до 37 °С розчин гіпохлориту натрію в концентрації 0,04-0,06 % в об'ємі 300-500 мл. Для кількісного аналізу проводилося дослідження перитонеального ексудату, який був взятий інтраопераційно, та виділень з випускників на першу та третю післяопераційні доби в основній та контрольній групах хворих. У результаті проведених під час лапаротомії з приводу перитоніту 147 посівів ріст мікроорганізмів був отриманий у 111 випадках (75,5 %). У 86 хворих мікрофлора перитонеального ексудату була представлена грамнегативними бактеріями Enterobacteriaceae. У 20 хворих збудниками були грампозитивні коки (в т. ч. 8 хворих на перитоніт I ступеня, 11 хворих на перитоніт II ступеню, 1 хворий на перитоніт III ступеня). У 5 випадках була виявлена асоціація грампозитивної та грамнегативної флори (всі хворі на перитоніт II ступеня). Це можна розцінити як контамінацію під час забору ексудату. У 36 хворих посів росту не дав. Аналіз результатів кількісного дослідження виявив, що в посівах, які були взяті субопераційно, кількість бактерій в 1 мл перитонеального ексудату становила в середньому  $1 \times 10^6$  у хворих основної групи та  $1 \times 10^4$  у хворих контрольної. У хворих основної групи вже в першу післяопераційну добу відмічено зниження кількості бактерій до  $5 \times 10^4$  в 1 мл ексудату, в той час як у хворих контрольної групи кількість бактерій збільшувалася ( $1 \times 10^5$  в 1 мл). Подібна ж тенденція відмічена і на третю післяопераційну добу – подальше зниження кількості бактерій у хворих основної групи ( $1 \times 10^4$  в 1 мл ексудату) та збільшення у хворих контрольної ( $5 \times 10^5$ ). Це наочно свідчить про виражену бактерицидну активність електролізного розчину натрію гіпохлориту та доцільність його використання для санації черевної порожнини при апендикулярному перитоніті в дітей.

При дослідженні бактерій *E. coli* у хворих основної групи зберігалась 100 % чутливість їх до карбапенемів та цефалоспоринів III-IV поколінь. В 44,45 % досліджень було виявлено помірну чутливість до поліміксину, в 42,9 % до цефатоксиму, в 42,85 % до гентаміцину, в 33,3 % до цефокситину, в 29,4 % до левоміцетину, у 12,5 % до канаміцину. При дослідженні перитонеального ексудату на третю добу у хворих основної групи, у яких були виділені грампозитивні мікробні агенти, 100 % чутливість зберігалася до карбапенемів та цефалоспоринів III-IV поколінь. На 16,7 % підвищувалася чутливість грампозитивної флори до препаратів групи аміноглікозидів. Ускладнення у післяопераційний період спостерігалися у 9 (5,7 %) хворих. Всі хворі належали до групи дітей, при лікуванні якої розчин натрію гіпохлориту не використовувався. Таким чином, можна стверджувати, що використання розчину гіпохлориту натрію для санації черевної порожнини при комплексному лікуванні апендикулярного перитоніту у дітей призводить до підвищення чутливості мікрофлори перитонеального ексудату до антибактеріальних засобів, сприяє зниженню кількості колонієутворюючих одиниць бактерій та зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

### Література

1. Боднар Б.М. Характеристика мікрофлори ексудату черевної порожнини у дітей з перитонітом апендикулярного генезу // Клінічна хірургія. – 1997. – №11-12. – С.64.
2. Wahl W., Minkus A., Junginger T. Prognostisch relevante Faktoren bei der intraabdominalen Infektion // Langenbecks Archiv fur Chirurgie. – 1992. – V. 377. №4. – P. 237-243.
3. Бідюк Д.М. Оперативне лікування інтраабдомінальної інфекції: можливості та недоліки // Збірник матеріалів I науково-практичної конференції “Актуальні питання гнійної хірургії”. – Львів: ІІІ “СТІП”, 1998. – С. 17-22.
4. Wilson SE, Faulkner K. Impact an anatomical site on bacteriological and clinical outcome in the management of intra-abdominal infections // American Surgeon. – 1998. – V. 64, – №5. – P. 402-407.
5. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис // Русский медицинский журнал. – 1998. – Т. 6, №11. – С. 697-706.
6. Koperna T., Schulz F. Prognosis and treatment of peritonitis. Ko we need new scoring systems? // Archives of Surgery. – 1996. – V. 131, – №2. – P. 180-186.
7. Лопаткин Н.А., Логухин Ю.М. Эфферентные методы в медицине (теоретические и клинические аспекты экстракорпоральных методов лечения). – М.: Медицина, 1989. – 352с.
8. Yao S.J., Wolfson S.K. Pat. №3878564. 22.04.75 (USA).
9. Петросян Е.А. Гипохлорит натрия в лечении гнойного перитонита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1993. – Т.150, №5-6, – С. 18-21.

**О.А. Данилов, О.М. Горбатюк, К.М. Шатрова, О.Д. Коваль**

## **ОБҐРУНТУВАННЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ СЕЛЕЗІНКИ У ДІТЕЙ**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

Серед закритих пошкоджень органів черевної порожнини у дітей травма селезінки займає одне з перших місць (Г.А. Баіров, 1997).

Сучасна хірургія травматичних пошкоджень селезінки спрямована на збереження цього органа, як цінного в підтримці нормального імунного захисту організму.

Аналіз даних літератури свідчить про те, що питанням, присвяченим органозберігаючій хірургії селезінки, надається недостатню увагу. Відсоток спленектомій та необґрунтованих хірургічних втручань на цьому органі, на жаль, залишається досить високим.

Метою нашої роботи було вивчення репаративних процесів селезінки в експерименті при її травматичному пошкодженні для обґрунтування консервативного лікування травм цього органу у дітей.

Актуальність даної роботи полягає в можливості покращання результатів лікування дітей з травматичними пошкодженнями селезінки шляхом розробки показань до консервативного лікування даного контингенту хворих.

Нами проведено вивчення біоптатів селезінки 15 кролів та 30 щурів після різноманітних травматичних ушкоджень цього органа, змодельованих в експерименті, на рівні світлової мікроскопії.

Вивчення біоптатів селезінки здійснювали на 7, 14, 30, 45, 60 та 90 добу після операції. Досліджували морфологічний стан травмованої селезінки, насамперед васкуляризацію органу та відновні процеси в її тканинах.

Виявлено, що з часом кровопостачання травмованої селезінки повністю відновлюється, утворюються нові колатеральні судинні шляхи від навколишніх утворень, зберігається архітектоніка органа. Репаративні процеси в травмованій селезінці мало залежали від співвідношення залишкового об'єму селезінки та кількості нетравмованих судин органа.

Отримані морфологічні дані свідчать про високу репаративну здатність структур селезінки та можливість достатньої васкуляризації органа після травми на тлі розвитку колатеральної судинної мережі, що є обґрунтуванням можливого консервативного лікування багатьох травматичних ушкоджень селезінки у дітей.

**И.П. Журило, В.К. Литовка, В.П. Кононученко, А.А. Музалев,  
Е.В. Литовка, Д.В. Кичик, К.В. Латышов**

## **КВОПРОСУОХИРУРГИЧЕСКОЙПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДКАУДЕТЕЙ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Мы располагаем опытом диагностики и лечения хирургической патологии желудка у 71 ребенка за период с 1970 по 2000 год. В рассматриваемый материал не включены случаи врожденного гипертрофического пилоростеноза. Наиболее часто встречались опухоли и опухолеподобные заболевания желудка: лимфосаркома (15 больных), полипы (16), кисты и удвоение желудка (7), воспалительная псевдоопухоль (2), карцинома, фиброматоз и лимфангиома (по 1 пациенту). Значительный интерес для хирурга представляют такие заболевания, как разрывы (2 пациента), огнестрельные ранения (2), инородные тела (3), заворот желудка (2). Относительно часто встречаются и описанные в литературе перфорация язвы (7 больных), желудочное кровотечение (8), рубцовый стеноз пилорического отдела (4).

Лимфосаркома желудка встречалась в основном у мальчиков в возрасте от 7 до 14 лет. Из 15 больных было лишь две девочки (13,33 %). Большинство детей поступили в клинику в тяжелом состоянии. Ранее они обследовались и лечились по поводу предполагаемого гастрита, панкреатита, глистной инвазии и др. Основными жалобами при поступлении были боль в животе, снижение аппетита, потеря массы тела, рвота после еды, анемия. Иногда отмечалась примесь крови в рвотных массах. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) является основным методом диагностики заболевания. Резекция желудка выполнена лишь у 3 больных, у остальных – биопсия, иногда с обходным анастомозом. Затем больные переводились в онкогематологический центр для химиолучевой терапии.

Мы наблюдали 16 детей с полипами желудка в возрасте от 5 до 12 лет. У 2 больных имел место полипоз желудка, у 14 – единичные полипы. Для пациентов этой группы были характерны: боль в животе, усиливающаяся после еды, рвота, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость. У 2 детей произведена лапаротомия, гастротомия, удаление полипов. У 14 больных полипы удалены во время ФГДС. Отдаленные результаты хорошие.

Для больных с кистами и удвоением желудка были характерны периодические боли в животе, больше в эпигастральной области, но не связанные с приемом пищи. При пальпации живота находили опухолевидное образование, которое локализовалось в эпигастрии. У 6 больных кисты выявлены при ФГДС. У одного ребенка диагноз уточнен с помощью УЗИ. Произведено удаление кист (в 5 случаях с резекцией стенки желудка). Гистологичес-

ки установлен диагноз дизонтогенетических кист. Отдаленные результаты хорошие.

Плотные опухоли мы наблюдали у 5 больных. В 4 случаях произведена атипичная резекция желудка, в одном (у больного с карциномой) – резекция желудка по Бильрот-I.

Среди травматических повреждений наблюдали разрывы желудка в области большой кривизны (2 больных), которые наступили в результате падения с высоты второго этажа и автомобильной аварии. Клиника перитонита и отсутствие печеночной тупости свидетельствовали о разрыве полого органа. Обнаруженные во время лапаротомии разрывы желудка ушиты, произведена санация брюшной полости. Больные погибли: один из-за тяжелой черепно-мозговой травмы, второй на фоне прогрессирования перитонита.

Наблюдали 2 больных с огнестрельными ранениями желудка. Один из них получил множественные осколочные ранения при взрыве мины. Ему произведены: широкая торакотомия и ушивание легкого, лапаротомия и ушивание передней стенки желудка и металлоостеосинтез бедра. Вторым пациентом получено огнестрельное ранение из охотничьего ружья. В местной больнице произведена лапаротомия, ушивание желудка, спленэктомия, в клинике – релапаротомия, ушивание разрыва желудка, который не был замечен во время первой операции. Больные выздоровели.

Желудочное кровотечение мы наблюдали у 8 больных. Характерный анамнез имелся только у 4 пациентов. У 3 детей произведена лапаротомия, гастротомия, ушивание язвы, у 5 диагностирован эрозивный гастрит, консервативное лечение привело к остановке кровотечения. Все дети выздоровели.

Перфорация язвы имела место у 7 больных в возрасте 5-14 лет. Лишь у 1 ребенка имелся язвенный анамнез. Острые боли в эпигастрии, исчезновение печеночной тупости позволили установить диагноз до операции. Всем детям произведено ушивание язвы. Больные выздоровели без осложнений. Рубцовый стеноз пилорического отдела желудка мы наблюдали у 4 больных. Лишь у одного ребенка он развился как следствие химического ожога уксусной эссенцией, у остальных пациентов имелся типичный язвенный анамнез. Во всех случаях наложен обходной гастроэнтероанастомоз. Отдаленные результаты удовлетворительные. 3 больных находились на лечении по поводу инородных тел желудка (крупные монеты, значок). Произведена лапаротомия, гастротомия и удаление инородных тел. Больные выздоровели.

Значительный интерес представляют 2 наблюдения больных ясельного возраста, у которых наступил заворот и некроз желудка. В одном случае через 2,5 недели после операции по поводу диафрагмальной грыжи (щель Бохдалека). Была проведена повторная операция – у ребенка обнаружили заворот желудка с тотальным некрозом. К сожалению, больной погиб. У второго ребенка во время вмешательства по поводу высокой кишечной непроходимости обнаружено обратное расположение органов брюшной полости (печень располагалась слева, а желудок справа). В послеоперационный

період появились симптоми перитоніта. При реллапаротомії обнаружен некроз желудка и разлитой перитонит. Некротизированные ткани иссечены, а из оставшейся задней стенки и дна с трудом сформирован желудок. Санация брюшной полости, комплексное лечение. Больной выздоровел и чувствует себя удовлетворительно уже 12 лет.

Таким образом, хирургические заболевания желудка у детей весьма многообразны. Большинство заболеваний не имеет комплекса специфических патогномичных признаков. Ведущую роль в диагностике заболеваний играют фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия, сонография. Своевременная диагностика способствует улучшению результатов лечения.

УДК 616.334-007.271-053.2-089

**Р. Стеник**

## **ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ВРОДЖЕНОГО ПІЛОРОСТЕНОЗУ У ДІТЕЙ ЗА МЕТОДОМ FREDET, WEBER, RAMSTEDT**

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Львів*

Мета роботи. Вивчення стану здоров'я дітей, які оперовані на першому-другому місяці життя з приводу вродженого пілоростенозу за методом Fredet, Weber, Ramstedt.

Обстежено 12 пацієнтів віком від 5 до 17 років. Вивчено загальний стан здоров'я обстежуваних, скарги, аналізи крові, сечі, аналізи шлункового та дуоденального соків, результати фіброгастродуоденоскопії, рентгеноскопії шлунково-кишкового тракту з сульфатом барію, УЗД внутрішніх органів.

У всіх обстежуваних пацієнтів виявлено певні морфологічні та функціональні зміни зі сторони шлунково-кишкового тракту: гастрит з пониженою кислотністю, дуоденогастральний рефлюкс, дискінезію жовчовивідних шляхів за гіпомоторним типом та інші.

Висновок. Операція пілороміотомія за методом Fredet, Weber, Ramstedt є деструктивною операцією і не приводить до повного відновлення функції пілоричного відділу шлунка. Діти оперовані за цим методом з приводу вродженого пілоростенозу повинні знаходитися під наглядом гастроентеролога. Це дасть можливість своєчасно виявити та лікувати патологічні відхилення зі сторони шлунково-кишкового тракту, які можуть розвиватися в післяопераційний період.

**Р.Стеник****ЦЕКОСТОМІЯ В ДИТЯЧІЙ ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ***Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Львів*

На матеріалах клініки проведено аналіз 14 випадків післяопераційного перебігу у хворих з кишковою непрохідністю, яким під час операції накладено цекостому.

Доказано, що цекостома сприяє швидшому розвантаженню тонкого кишечника, відновленню перистальтики та ефективній боротьбі з проявами інтоксикації в післяопераційний період.

Особливими показаннями для накладання цекостоми, на думку автора, є странгуляційна кишкова непрохідність з некрозом частини тонкого кишечника. Цекостома дає можливість в таких випадках успішно виконати резекцію його некротизованої частини та одномоментне накладання анастомозу.

Автором запропоновано свій, розроблений у клініці, метод цекостомії.

На основі представлених даних зроблено висновок, що в дитячій хірургічній практиці необхідно частіше накладати цекостому при операціях з приводу важких форм кишкової непрохідності, перитонітів, які ускладнилися спайковою кишковою непрохідністю, і, особливо, після резекцій дистальних відділів тонкого кишечника.

УДК 616.381-002.3-0532-089:615.83

**В.Б. Давиденко, С.Ю. Штикер, Ю.М. Попенко****СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ ПЕРИТОНІТІВ  
У ДІТЕЙ***Харківський державний медичний університет*

Сучасний стан лікування перитонітів та їх ускладнень у дітей вимагає пошуку резервних можливостей підвищення його ефективності. Це, в першу чергу, пов'язано зі зростанням резистентності перитонеальної флори до антибактеріальних засобів та іншими складностями соціального напрямку.

У зв'язку з цим висвітлювання досягнень клінік, які успішно займаються лікуванням таких хворих, є необхідною умовою прогресу в цій галузі хірургії.

В Харківській клініці дитячої хірургії на підставі широких експериментально-клінічних досліджень розроблена комплексна програма лікування



перитонітів у дітей, яка поряд з відомими включає оригінальні методи, такі як локальна абдомінальна гіпотермія, внутрішньотканинний електрофорез антибіотиків, санація черевної порожнини озонованими розчинами.

В основу розробки цієї програми положені результати великої кількості дослідів на тваринах та наслідки лікування понад 600 дітей з гнійними перитонітами.

Проведені дослідження та клінічні спостереження виявили, що обробка черевної порожнини озонованими розчинами на протязі 10 хвилин дозволяє максимально її санувати, особливо ефективно ці розчини діють на анаеробну мікрофлору.

Під впливом локальної абдомінальної гіпотермії значно підвищується чутливість мікрофлори до антибактеріальних засобів.

Використання внутрішньотканинного електрофорезу антибіотиків дозволяє суттєво підвищити їх концентрацію в тканинах черевної порожнини та значно продовжити дію.

Наслідком впровадження в клінічну практику вищезначених методів лікування стало значне покращання результатів, і це дало змогу на протязі значного періоду уникнути летальних наслідків та зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 29,6 % до 3,7 %, що підтверджує методичну та практичну цінність розробленого лікувального напрямку.

УДК 616.3-089: 616-053.2: 579.61

**В.З. Москаленко, Г.О. Сопов, С.В. Веселий, К.В. Латішов,  
О.О. Лосицький, В.К. Літовка, О.І. Буслаєв**

## **МІКРОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ КРИПТОГЕННОГО ПЕРИТОНІТУ У ДІТЕЙ**

*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького*

Криптогенний (первинний) перитоніт досягає 5,1 % серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини у дітей та займає третє місце після гострого апендициту і непрохідності кишечника. В переважній більшості випадків криптогенний перитоніт зустрічається у дівчаток. Проникнення патогенної та умовно-патогенної флори в черевну порожнину через жіночі статеві органи призводить до розвитку запалення і спайкоутворення, що в подальшому нерідко викликає порушення дітородної функції. Таким чином, криптогенний перитоніт є не тільки медичною, але й соціальною проблемою. Метою нашої роботи було вивчення бактеріального обсіменіння черевної порожнини і чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів у дітей з первинним перитонітом.

Вивчена видова характеристика мікрофлори, висіяної з черевної порожнини у 42 дівчаток, які були прооперовані з приводу криптогенного перитоніту. Всім пацієнткам оперативна допомога проводилася за доступом Волковича-Д'яконова. Оперативна допомога включала ревізію органів черевної порожнини, вилучення вдруге зміненого червоподібного відростка, евакуацію перитоніального ексудату. В усіх хворих порожнина малого таза впродовж 2-3-ї доби була дренована монополярним біфокальним дренажем (Sil-Med Corporation – 700 Warner Blvd. – Taunton, MA), що дозволяє не тільки проводити пасивну аспірацію ранового секрету, але й вводити антибіотики в черевну порожнину. Після розтину черевної порожнини, ревізії внутрішніх органів та евакуації випоту брали посіви з 6 анатомічних ділянок в напрямку годинної стрілки: правої клубово-пахвинної ділянки, правого підребер'я, лівого підребер'я, лівої клубово-пахвинної ділянки, порожнини малого таза, мезогастральної ділянки. Ексудат для мікробіологічного дослідження забирали стандартними стерильними тупферами. При цьому намагалися уникати контакту з серветками, що обмежують операційне поле. Окрім бактеріологічної ідентифікації, визначали чутливість мікрофлори до набору антибіотиків засобом дисків. Видова належність мікроорганізмів, а також їхня чутливість до антибіотиків визначалися на кафедрі мікробіології Донецького медичного університету ім. М.Горького.

Максимально інфікованою виявилася порожнина малого таза, мінімально інфікованою – мезогастральна ділянка. Інші зони черевної порожнини були інфіковані однаково. Велика кількість посівів, що не дали росту, свідчить скоріше не про стерильність перитонеального ексудату, а про необхідність застосування спеціальних методик посівів (направлених на виявлення анаеробної флори). Найбільш часто висівалася кишкова паличка і патогенний стафілокок. Значно рідше були висіяні кандіда, ентерокок, сапрофітний стафілокок, здебільшого з верхніх відділів черевної порожнини.

Результати вивчення чутливості мікрофлори при криптогенному перитоніті до різноманітних антибактеріальних препаратів показали, що найбільш виражена чутливість мікрофлори відзначалася до препаратів групи аміноглікозидів та напівсинтетичних пеніцилінів, в меншій мірі до тетрацикліну і левоміцетину. До інших груп антибіотиків колонії мікроорганізмів були малочутливі.

В післяопераційний період всі хворі одержували комплексне лікування, що включало дезінтоксикаційну та антибактеріальну терапію. Антибактеріальна терапія проводилася монокурсом протягом 7-9 днів зі застосуванням традиційних препаратів: гентаміцину, нетроміцину, ампіциліну, оксациліну та цефалоспоринів II-III генерації, чутливість флори до яких була найбільш явною. В післяопераційний період ускладнення виникли тільки у 3 хворих у вигляді інфільтратів післяопераційної рани. Вони усунені консервативно з допомогою УВЧ, електрофорезу з антибіотиками і димексидом, лазеротерапії. Летальних випадків не було.

Таким чином, бактеріологічна картина первинного перитоніту у дітей характеризується домінуванням кишкової палички та стафілокока. Застосування монотерапії напівсинтетичними пеніцилінами, аміноглікозидами або цефалоспоридами II-III генерації дозволяє знизити ризик ускладнень антибактеріальної терапії і матеріальних затрат на лікування.

УДК: 616-053.2-036.882-08.384-07

**М.Ю. Курочкин, О.В. Лятуринская**

## **СПОСОБ КОНТРОЛЯ ЗА ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ КРИТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ ДЕТЕЙ**

*Запорожский государственный медицинский университет.*

В практике интенсивной терапии врачам приходится постоянно проводить инфузионную терапию при различных неотложных состояниях, сопровождающихся гиповолемией и обезвоживанием (перитонит, кишечные токсикозы, бронхиальная астма и др.). Экстренное восполнение объема циркулирующей крови в условиях повышенной проницаемости сосудов особенно у детей раннего возраста, может привести к быстрому развитию отека легких и мозга. Поэтому до настоящего времени актуальна проблема поиска метода контроля за инфузионной терапией.

В основе данного метода лежит обратнопропорциональная зависимость омического сопротивления легочной ткани от степени ее кровенаполнения и гидратации. При интерстициальном отеке легких, в связи с накоплением жидкости во внесосудистом секторе, электропроводность повышается, а импеданс снижается. При гиповолемии, дегидратации, в связи с перемещением жидкости из интерстиция в сосуды, напротив, происходит ухудшение электропроводности легочной ткани и повышение трансторакального импеданса.

Контроль за инфузионной терапией осуществлялся с помощью динамического измерения грудного импеданса реоплетизмографическим методом одновременно с измерением ЦВД. Средневозрастные величины трансторакального импеданса были установлены при исследовании 70 здоровых детей и составили  $31,5 \pm 1,5$  ом. Оказалось, что критическими значениями импеданса было снижение его до 25 ом и повышение ЦВД до 80 мм вод. ст. у детей раннего возраста; и более 120 мм вод. ст. у детей старшего возраста. При снижении грудного импеданса ниже 25 ом при вышеупомянутых состояниях позднее рентгенологическим методом определялись признаки отека легких.

Таким образом, предлагаемый способ контроля за инфузионной терапией позволяет в короткие сроки проводить контроль за скоростью и объемом инфузионной терапии и своевременно прогнозировать осложнения, связанные с гиперинфузией.

**А.В. Макаров, П.П. Сокур, Б.А. Кравчук**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КИСТ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ**

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика*

В клинике с 1975 г. по настоящее время на лечении находилось 11220 детей с заболеваниями легких. Из них с доброкачественными новообразованиями – 127 и кистами средостения – 44 больных.

Чаще заболевание наблюдали в возрасте 7-12 лет (36 %) и 4-6 лет (34,0 %), реже с 12 до 15 лет (20 %) и до 1 года (10,0 %).

Диагностика новообразований средостения заключалась в сопоставлении клинических симптомов, а также специальных инструментальных методов; рентгенографии и томографии. Для уточнения топографии и взаимосвязи опухоли с окружающими органами использовали пневмомедиастинографию, эзофагографию и компьютерную томографию. Большое значение в диагностике локализации образования имеют эндоскопические методы исследования: трахеобронхоскопия, торакоскопия. Для верификации диагноза производили чрезплевральную пункционную биопсию опухоли или торакоскопию с биопсией опухоли.

Среди новообразований невrogenные опухоли занимали по частоте одно из первых мест. Чаще опухоли локализовались в верхне-заднем средостении, одинаково справа и слева.

Клиническая картина зависела от локализации, размера, характера роста, взаимосвязи опухоли с окружающими тканями.

Постановка первичного диагноза представляла определенные трудности, так как очень редко заболевание имеет выраженные клинические симптомы. Длительность заболевания до направления в клинику составляла от 1 недели до 5 лет и более. В 22 случаях болезнь выявлена случайно при профосмотрах детей в школах.

Несоответствие диагноза при направлении в нашу клинику было в 25 случаях. Больные поступали с диагнозами: пневмония, ателектаз легкого, парамедиастинит, кисты легкого, эхинококкоз.

Всем детям с новообразованиями и кистами средостения выполнено хирургическое вмешательство под общим эндотрахеальным наркозом.

Доступ зависел от локализации опухоли или кисты. Наиболее часто применялся боковой доступ (у 132) без пересечения крупных мышц грудной стенки. При локализации опухоли в заднем средостении выполняли заднебоковой чрезплевральный доступ (у 17). При расположении опухоли спереди применяли передний доступ (у 4) и переднебоковой (у 16). У двух больных производилась срединная продольная стернотомия. До ревизии

органов грудної порожнини виконували внутрігрудну анестезію розчином новокаїну по ходу блуждаючого нерва і парасимпатических спинномозгових гілок. В подальшому виробляли остаточне уточнення розташування пухли, її взаємозв'язок з оточуючими органами і екстрене гістологічне дослідження тканини освіти.

Пухлик з допомогою гідроліческої препаровки і острым путем у її основи освобождали від покриваючої плеври, а також від спаек.

У основи судинисту "ножку" пережимали зажимом, пересікали і пухлик удаляли. Залишені судини на зажимі прошивали і перев'язували.

Операційними ускладненнями являлись: пошкодження медіастинальної плеври протилежної сторони (у 2) і відкриття просвіта трахеї (у 1).

Післяопераційних ускладнень і летальних ісходів не спостерігалося.

При гістологічному дослідженні у хворих частіше спостерігались невригенні освіти (у 82), пухли і кисти виличкової залози (у 25), судинисті (у 7), тератодермоїди (у 13), бронхогенні кисти (у 2), ентерогенні (у 5), кисти середостення (у 17), дермоїдні (у 20).

Таким образом, діти з доброякісними пухликами і кистами середостення підлягають хірургіческому ліченню в спеціалізованих клініках, де можливо виконання сучасних діагностических методів дослідження.

УДК 616.621-089

**С.В. Шиш, В.М. Мельник, В.Ф. Шиш**

## **РЕКОНСТРУКЦІЯ СТРУКТУРИ СЕЧОВОГО ТРИКУТНИКА ЛЬОТРИ ОПЕРАЦІЯХ З АНТИРЕФЛЮКСНИМ ЗАХИСТОМ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ДИСТАЛЬНОЇ ЧАСТИНИ СЕЧОВОДИВ ДІТЕЙ**

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

В хірургічному лікуванні патології дистального сегмента сечоводів є проблема створення механізму антирефлюксного захисту для профілактики виникнення міхурово-сечовідного рефлюксу в післяопераційний період в уражений або контрлатеральний сечовід. Така проблема виникає частіше за все при хірургічному лікуванні первинних міхурово-сечовідних рефлюксів, стриктур дистальної частини сечоводів, патології сечоводів, патології сечоводів при повному подвоєнні нирок і сечоводів. Існуючі операції зі створенням антирефлюксного апарату засновані на концепції пасивного антирефлюксного механізму, анатомічною основою якого є міхурово-сечовідний сегмент відповідної сторони. При цьому основна роль відводиться дистальній частині сечовода, а не структурам сечового міхура. Тому усі оперативні втручання мають на меті

реконструкцію тільки сечовода, його внутрішньоміхурового або/і інтрамурального сегментів. Стан другого компонента механізму антирефлюксного захисту – структур, об'єднаних під загальною назвою сечоміхурового трикутника Льєто, не враховується. В останній час набуває значення теорія активного антирефлюксного захисту, відповідно якій структури сечоміхурового трикутника Льєто відіграють в ньому вирішальну роль.

Цілеспрямоване топографоанатомічне і морфологічне дослідження цих структур при вищевказаній патології дозволило нам виявити їх значні аномалії в 95-100% випадків. Найбільше частою із них є подовження основи поверхневої пластинки сечоміхурового трикутника, що обумовлює латеральну ектопію вічок сечоводів з однієї або двох сторін. В той же час подовження основи поверхневої пластинки, в тому числі проміжсечовідної зв'язки Ціля, не супроводжується ектопією місця проходження сечоводів через стінку сечового міхура. Це обумовлює скорочення підслизового сегмента сечовода та недостатньо ефективну роботу фіброзно-м'язових утворень поверхневої пластинки, зокрема м'язів Беля та міжсечовідної зв'язки Ціля, в антирефлюксному механізмі.

Оперативні втручання, які широко використовуються в останній час, передбачають подовження підслизового (скороченого) сегмента сечовода, або шляхом латерального переміщення місця його проходження через сечовий міхур (Політано-Леадбетера), або шляхом переміщення вічка і кінця сечовода ближче до середньої лінії (Жиль-Вернета) і навіть за середню лінію до вічка контрлатерального сечовода (Коуена). При всіх способах цих втручань вічко і кінець сечоводів відокремлюють від тканин кута поверхневої пластинки сечоміхурового трикутника і в подальшому до них не фіксують, а підшивають тільки до слизового шару. Це приводить до виключення структур поверхневої пластинки (м'язів Беля, зв'язки Ціля) з антирефлюксного механізму в подальший період. Другим суттєвим недоліком є деформація поверхневої пластинки після відокремлення одного із сечоводів із латеральним зміщенням вічка і кінця протилежного сечовода, скорочення його підслизового сегмента, що може бути причиною появи рефлюксу в післяопераційний періоді в контрлатеральний сечовід. В зв'язку з вищевказаним ми вважаємо, що усі операції з антирефлюксним захистом при патології дистального сегмента сечовода (ів) повинні закінчуватися фіксацією його нового кінця і вічка до структур відповідного кута поверхневої пластинки сечоміхурового трикутника на попереднє місце для відновлення антирефлюксного апарата. При надлишковому подовженні основи поверхневої пластинки показано скорочення її шляхом клиноподібної резекції або дублікації її середньої частини, що приводить до додаткового подовження підслизового сегмента сечовода та ліквідації латеральної ектопії його вічка. З урахуванням цих принципів ми розробили модифікації операцій Політано-Леадбетера, Жиль-Вернета (А.с. № 31958 А від 15.12.2000). Наш досвід виконання таких операцій при первинних сечових рефлюксах (24), стриктурах дистальних сегментів сечоводів (14), в тому числі при повному подвоєнні нирок і сечоводів (5), засвідчує їх високу ефективність.

**В.Б. Борвін, Г.Г. Шиш, Ю.М. Нор, О.В. Овчар,  
Є.М. Гриценко, О.В. Цилюрик**

## **ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ І ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ УРГЕНТНІЙ ПАТОЛОГІЇ ПРИДАТКІВ МАТКИ У ДІВЧАТ**

*Українська медична стоматологічна академія,  
Полтавська дитяча міська клінічна лікарня*

Проблема діагностики і хірургічної тактики при ургентній патології придатків матки у дітей є актуальною. Спеціалізована допомога таким дітям має бути наданий висококваліфікованими гінекологами. Але в ургентних ситуаціях медичну допомогу надають хірурги або дитячі хірурги загального профілю, які несуть чергування по хірургії. Вони змушені протягом короткого часу обстежити маленьких пацієнток і прийняти правильне рішення. Ми маємо досвід лікування 77 таких хворих. Дівчата були у віці від 5 до 15 років. При первинному огляді в клініці цим дітям були виставлені такі діагнози: гострий апендицит (66), гостра кишкова непрохідність (4), ниркова коліка (2), апоплексія яєчника (2), пухлина порожнини таза (3), гостра затримка сечі (2). Оперативне втручання було показано і проведено 62 хворим. У них під час операцій діагностовано такі патології: розрив (апоплексію) яєчника (37); перекрут придатків матки (22), в т.ч. ізольований перекрут кіст яєчника (16); гематометрум (3). Не оперовано 18 дівчат із порушенням оваріально-менструального циклу (15) і запальними захворюваннями геніталій (3).

Найбільшу групу ургентних хворих склали дівчата з крововиливом (апоплексією) яєчників (37). Переважна більшість їх (35) оперовані з доопераційним діагнозом – гострий апендицит. Діагноз верифікований був тільки під час операції. Розрив правого яєчника мав місце у 27, а лівого – у 10 випадках. У 12 дівчат розрив виник на фоні кістозно зміненого яєчника. Усі операції починалися із доступу за Мак-Бурнеєм. Подальше розширення операційної рани було потрібним тільки у 8 хворим із лівосторонньою апоплексією.

Деяко меншу групу склали дівчата з перекрутом утворень придатків матки (22). Ці діти були у віці від 5 до 15 років. Захворювання починалося з виникнення болю в животі, частіше постійного характеру. У 20 хворих була 1-2-разове блювання. Наявність щільного, нерухомого, болючого пухлино-подібного утворення в порожнині тазу при ректальному дослідженні була виявлена лише у 1/5 дітей цієї групи. Треба відзначити, що у 9 дівчат, які госпіталізовані через 24 години від початку захворювання, на момент прийняття скарг вже не було, живіт був м'яким, зберігалася лише незначна болючість при його глибокій пальпації. В аналізі крові виявлявся помірний нейтрофіліоз. Даних про анемію або її прогресування не було. Значну допо-

могу в таких випадках ми отримували від УЗ-дослідження. Наявність патологічних утворень придатків матки виявлена в усіх випадках, що і стало вирішальним критерієм для оперативного втручання. Під час операцій виявлені ізольовані перекрут кіст яєчника (16) та перекрути придатків матки (6), в т.ч. з некрозом перекручених органів (3). Хворим цієї групи виконані переважно органозберігаючі операції – видалення кіст або пухлин. За гістологічною будовою були: параоваріальна кіста – 11, шоколадна кіста – 2, зріла тератома – 7, тератобластома – 1, дисгермінома – 1.

Окрему групу складають 3 дівчини, у яких був гематометрум (3), гематокольпос (2) і гематоцервікс (1). Усі діти поступили в клініку з підозрою на пухлину порожнини таза, а дві з них з гострою затримкою сечі. У двох дівчат при обстеженні була встановлена наявність пухлиноподібного утворення у порожнині таза, яке особливо чітко визначалося при ректальному дослідженні. При огляді зовнішніх статевих органів виявлена наявність суцільної дівочої перетинки. Діагноз – гематокольпос із гематометрум – не був складним. Проведено розтин суцільної перетинки і видалення менструальної крові з піхви та матки.

Значні діагностичні труднощі виникли у третьої хворої, 14 років. Вона прийнята в стаціонар також із підозрою на пухлину порожнини малого таза. З'ясовано, що менструації мають місце вже 3 місяці. Остання була тиждень тому. У хворої виникав біль у животі і раніше, але з менструаціями вона його не пов'язувала. Останні 3 дні біль у животі став досить інтенсивним. При фізикальному дослідженні з'ясовано, що зовнішні статеві органи розвинені правильно, відповідно віку дівчини, дівоча перетинка у формі напівмісяця, вихід із піхви вільний, випинання якихось утворень через неї не помічено. При ректальному дослідженні визначається патологічне утворення, щільне за консистенцією, без флуктуації, яке займає більшу частину малого таза; його верхній полюс пальцем не досягається. При УЗД виявлена матка звичайних розмірів справа від сечового міхура, патологічна деформація лівих придатків. Додатково виявлено пухлиноподібне утворення розмірами 5,0x6,0x6,3 см децю збоку і зліва від сечового міхура; незначна кількість вільної рідини в дугласовій кишені. Встановлено діагноз: “Перекрут лівих придатків матки. Пухлина лівого яєчника?” Під час екстреної операції з середнього лапаротомного доступу виявлено подвоєння матки. Шийки обох (правої і лівої) маток з'єднуються і переходять в одну піхву. Права подвоєна матка і праві придатки зовні не змінені. Гематоцервікс, гематометрум, гематосальпінкс зліва внаслідок обструкції шийки лівої подвоєної матки. Виконано операцію дренажу порожнини лівої матки і шийки надлобковим внутрішньоматковим дренажем. Другим етапом через 2 тижні проведено розкриття шийки лівої матки через піхву. Чергова менструація пройшла без ускладнень.



**П.С. Русак, О.Я. Гусак**

## **НЕПРОХІДНІСТЬ КИШЕЧНИКА В ДІТЯЧІЙ ПРАКТИЦІ**

*Житомирська обласна дитяча лікарня*

Непрохідність кишечника в хірургічній практиці є дуже грізним захворюванням. Летальність залежить від строків захворювання: чим довше хворіє дитина, тим більший відсоток летальності. Особливо важкий прогноз при виникненні післяопераційної непрохідності. Згідно даних В.П. Вознесенського (1944 р.), післяопераційна непрохідність виникла в 5,7 % випадків; В.Б. Извекова (1961 р.) – 16,9 %; В.П. Роя (1965 р.) – 19,9 %.

Нами було проаналізовано захворюваність дітей, які лікувались на базі хірургічних відділень обласної дитячої лікарні в період 1989-1999 роки. За цей час прооперовано 4588 дітей на органах черевної порожнини. Непрохідність кишечника виникла у 243 дітей (5,3 %). Структура непрохідності:

- інвагінація кишечника – госпіталізовано 337 дітей, прооперовано 110 дітей (33 %);
- післяопераційна непрохідність виникла у 101 випадку (2,2 %);
- інші види непрохідності у 32 пацієнтів.

Серед прооперованих хлопчиків – 61, дівчаток – 40.

Серед дітей з інвагінацією знизилась кількість оперативних втручань з 14 випадків у 1989 році до 4 у 1999 році, а кількість випадків консервативного лікування зросла з 23 % у 1989 році до 78 % в 1999 році.

Непрохідність виникла до 10 днів від оперативного втручання у 28 випадках, до 1 місяця – у 5, до року – у 20, більше року – у 45 випадках.

Серед причин непрохідності виявлено: спайки – 68 випадків, пасмо салника – 8 випадків, інфільтрат черевної порожнини – 11 випадків, заворот тонкого кишечника – 3 випадки, мікроіригатор – 4 випадки, здавлення пухлиною – 2, абсцесом – 3, калові камінці – 3 випадки.

Проаналізувавши результати за 10 років серед можливих причин непрохідності було виявлено такі:

- неадекватний розтин черевної стінки (17 випадків);
- відсутність достатнього дренажу черевної порожнини (13 випадків);
- відсутність повторних курсів фізіотерапевтичних процедур в анамнезі (10 випадків).

З метою зниження відсотка післяопераційної непрохідності кишечника необхідно враховувати наступні моменти: адекватний розтин черевної стінки; адекватна санація черевної порожнини (як локальна, так і загальна); дія на мікро- та макроорганізм; призначення адекватних фізіотерапевтичних процедур.

**В.Є. Бліхар, М.В. Коновальчук, Р.П. Сагайдак, А.К. Гончарук**

## **ШЛЯХИ ПОКРАЩАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СПИННОМОЗКОВИХ ГРИЖ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського,  
Тернопільська обласна клінічна дитяча комунальна лікарня*

Серед вроджених вад розвитку нервової системи найчастіше зустрічаються сгнанальні форми дизрафій, які мають місце у 0,1% живих новонароджених [1, 2]. Несприятливі екологічні фактори на фоні зниження народжуваності призводять до збільшення частоти вроджених вад, що обумовлює високу актуальність проблеми лікування спинномозкових гриж [1].

Проаналізовано результати обстеження і хірургічного лікування спинномозкових гриж у 27 новонароджених, які знаходились в клініці за період із 1996 по 2001 рік. За віком на період госпіталізації хворі були розподілені так: до 6 год від народження – 7 (25,9 %) хворих, 6-12 год – 11 (40,7 %) хворих, 12-24 год – 8 (29,6 %) і більше 24 год – 1 (3,7 %) хворий. Спостерігали такі форми спинномозкових гриж: менингорадикулоцеле мало місце у 15 (56,6 %), менингомієлоцеле – у 9 (33,3 %), менингоцеле – у 1 (3,7 %) і частковий рахісизис – у 2 (7,4 %) пацієнтів. Локалізація спинномозкових гриж була такою: в шийному відділі хребта вона зустрічалася в 1 (3,7 %), грудному – в 2 (7,4 %) і в поперековому відділі хребта – в 24 (89,9 %) випадках.

Всі хворі оперовані через 3-6 годин з моменту госпіталізації після стабілізації основних життєвих параметрів. Причому 26 (96,3 %) дітей оперовано на першу добу життя, а 1 (3,7 %) – на другу добу. Хірургічне лікування було спрямоване на усунення ліквореї шляхом пластики грижового мішка. Для закриття грижових воріт в усіх випадках використовували тканини самого мішка і прилеглі м'які тканини. При цьому звертали увагу на делікатне поводження із спинномозковими нервовими структурами, які становили грижовий вміст, використовували атравматичні шви і хірургічний інструментарій для новонароджених. Якщо виникали труднощі при закритті шкірних дефектів використовували послаблюючі розрізи і широку мобілізацію країв рани.

Із 27 оперованих новонароджених вижило 26 (96,3 %), а помер – 1 хворий, летальність склала 3,7 %.

Для покращання результатів хірургічного лікування у клініці розроблені комплексні тактико-лікувальні критерії, які включають в себе:

– виїзд реанімаційної консультативної бригади, у складі дитячого реаніматолога і нейрохірурга, обладнаним реанімобілем у пологові будинки міста і області, де проводиться первинний огляд хворих, аналіз стану місцевого патологічного вогнища з обов'язковим врахуванням наявності чи відсут-

ності ліквореї, загально-соматичне обстеження, при необхідності проведення реанімаційних міроприємств;

- транспортування дітей в клініку реанімобілем в умовах кувету з дотриманням асептичних умов в первинному патологічному вогнищі;
- продовження інтенсивної терапії в умовах реанімаційного відділення для новонароджених;
- обов'язкове проведення нейросонографії;
- раціональна превентивна антибактеріальна терапія, яка продовжується в післяопераційний період;
- невідкладне оперативне втручання в першу добу життя під раціональним анестезеологічним забезпеченням.

Таким чином, дотримання викладеної тактики дозволило покращити безпосередні результати хірургічного лікування спинномозкових гриж, знизити летальність до 3,7 %.

#### **Література**

1. Лишиц А.В. Хирургия спинного мозга .-М.: Медицина, 1990. – С. 281-289.
2. Nirmel K., Channan P.H. Myelomeningocele: A review and present-day perspective // Ed. M.B. Camne and P.F. Leary.” Raven Press, New York. – 1987. – P. 295-308.

УДК 616.66-007.26-089.844

**В.Є. Бліхар, О.О. Стоян, І.О. Крицький**

## **УРЕТРОПЛАСТИКА ЗА І. МАСТАРКЕЯ КЯК МЕТОД ВИБОРУ ПРИ ДИСТАЛЬНИХ ФОРМАХ ГІПОСПАДІЇ ДІТЕЙ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського,  
Тернопільська обласна клінічна дитяча комунальна лікарня*

Гіпоспадія – вроджена вада зовнішніх статевих органів, зустрічається в 0,7-0,8 % випадків у всіх живих новонароджених хлопчиків [1].

Методом вибору лікування є пластикна операція, однак у сьогоденні умовах післяопераційні ускладнення залишаються високими і становлять 11,5%-35 % і більше [1, 2, 3].

Важливе місце в питанні вибору уретропластики займає форма гіпоспадії, наявність супутніх захворювань і ускладнень, а в результатах лікування – призначення корегуючої терапії з метою профілактики післяопераційних ускладнень.

Метою роботи було визначення показань до комплексного хірургічного лікування медіальних та дистальних стовбурових гіпоспадій і вибору оптимальної методики хірургічної корекції цієї патології.

За період 1999-2001 рр. прооперовано 45 хворих з різними формами гіпоспадії, з них із дистальними стовбуровими – 15 хворих, яким корекція вади була проведена за методикою J. Mustarde.

Усім хворим було проведено комплексне передопераційне обстеження, яке включало в себе клінічні аналізи крові, сечі, бактеріологічне обстеження сечі, УЗД та, при необхідності, рентгенурологічне обстеження. Супутня патологія верхніх сечових шляхів виявлена у 2 хворих (2,1 %).

Згідно віку діти були розділені на 3 групи: до 3 років – 4 хворих; 3-6 років – 5 хворих; старші 6 років – 6 хворих.

Корекція вади була виконана одностайно за методикою J. Mustarde з висіченням хорди та девіацією сечі за допомогою закритої пункційної епіцистостоми. Уретра формувалася на стенті № 8-10 за Шарьєром в залежності від віку дитини. На статевий член під час операції накладався турнікет з метою профілактики кровотечі, а також використовувався метод штучної ерекції для контролю за радикальністю висічення деформуючої хорди.

У передопераційний період розпочиналася комплексна терапія – антибіотики, уросептики, дезагреганти; усім хворим призначався оксипутиніну гідрохлорид з метою профілактики гіперрефлексії сечового міхура.

Уретральний стент видалявся на 3-4 добу, самостійно хворий починав мочитися на 7-8 добу після операції.

Із 15 хворих, прооперованих за методикою J. Mustarde, ми спостерігали ускладнення у 2-х хворих (13,3%): у одного – формування уретральної норичі; у другого хворого – раннє стенозування сформованого зовнішнього отвору уретри.

Таким чином, уретропластика за J. Mustarde при дистальних формах стовбурової гіпоспадії є операцією вибору. В комплексне лікування хворих слід включати дезагреганти і для профілактики гіперрефлексії сечового міхура – оксипутиніну гідрохлорид.

#### **ЛІТЕРАТУРА**

1. Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В. С. Вроджені вади сечових шляхів у дітей. – Тернопіль, Укрмедкнига, 2000 – 218 с.
2. Савченко Н.Е. Гипоспадия и гермафродитизм. – Мінск: Беларусь, 1974 – 190 с.
3. Переверзев А.С. Актуальные проблемы детской урологии – Харьков: Факт, 2000 – 416 с.

**В.Є. Бліхар, Ю.І. Чуріков**

## **ЗАСТОСУВАННЯ ФІБРОБРОНХОСКОПІЇ В НЕОНАТОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського,  
Тернопільська обласна клінічна дитяча комунальна лікарня*

Ригідна бронхоскопія під загальним знечуленням з використанням міорелаксантів є основним методом дослідження бронхів у дітей, хоча її застосування у новонароджених обмежене, в зв'язку з високим рівнем інвазивності і зниженою візуалізацією трахеобронхіального поля. Відповідні недоліки відсутні у фібробронхоскопії [1, 2, 3].

В нашій клініці впроваджена методика фібробронхоскопії новонародженим під загальним довшим знечуленням на самостійному диханні та додатковою інжекцією кисню через біопсійний канал.

Бронхоскопія виконується фібробронхоскопом “klympus-BF 3 CF” діаметром 3 мм. Інсуфляція кисню здійснюється через біопсійний канал діаметром 0,8 мм, потоком 4-6 л/хв. Шлях проходження фібробронхоскопа орошується 2% лідокаїном з розрахунку 1 мг/кг.

Показаннями до застосування фібробронхоскопії новонародженим були виражена бронхорея з обструктивним синдромом, наявність рентгенологічно підтверджених ателектазів, підозра на вроджену аномалію бронхолегеневої системи, стани після аспірацій.

З 1996 по 2001 роки здійснено 32 фібробронхоскопії новонародженим дітям з вагою від 2500 г до 4200 г. Серед яких хлопчиків 13, дівчаток 19.

Немовлятам з вагою до 2500 г виконано 4 фібробронхоскопії: 1 хлопчику, 3 дівчаткам. З вагою від 2500 г до 3000 г – 10 бронхоскопій: хлопчикам – 4, дівчаткам – 6. З вагою від 3000 г до 4000 г – 10 бронхоскопій: хлопчикам – 4, дівчаткам – 4. Новонародженим з вагою більше 4000 г проведено 10 фібробронхоскопій: хлопчикам – 4, дівчаткам – 6 .

При обстеженні діагностована наступна патологія:

- трахеобронхіальна дисплазія 12
- трахеостравохідна норичя 1
- компресійний стеноз трахеї судинним кільцем 1
- дифузний катаральний ендобронхіт 6
- дифузний гнійний гіпертрофічний ендобронхіт 12

Додатково при вираженому гнійному ендобронхіті проводилось ендобронхіальне введення антибіотиків, переважно групи аміноглікозидів (гентаміцин, нетроміцин) в разовій віковій дозі.

Санация бронхіального дерева проводилась як заключний етап фібробронхоскопії на зворотному шляху по трахеобронхіальному дереву.

Ускладнень, пов'язаних з представленою методикою фібробронхоскопії новонародженим, не спостерігалось.

Впровадження методики дало змогу достовірного раннього виявлення вроджених вад бронхолегеневої системи, покращання лікування бронхообструктивного синдрому, скорочення загального перебування хворого на ліжку на 7,2 %. Летальних випадків, пов'язаних з проведенням фібробронхоскопії, не було.

Висновки: бронхоскопія новонародженим ультратонкими фібробронхоскопами є оптимальним методом дослідження трахеобронхіального дерева за наявності підготовленого персоналу та технічного забезпечення.

#### **Література**

1. Климанская Е.В. Основы детской бронхологии. – М., 1972. – 176с.
2. Климанская Е.В., Сосюра В.Х. и др. Рос. Вест. перинатологии и педиатр. – 1994. – Т. 39, №5, 1994, С. 8-11.
3. Лукомский Г.И., Шулуток М.Г. и др. Бронхопультмонология. – М., 1982. – 400с.

УДК 616-006.311.03-085.831.711]-053.2

**М.В. Коновальчук, В.Л. Боднарчук, Р.В. Микуляк**

### **ІНФРАЧЕРВОНА КООГУЛЯЦІЯ ВЛІКУВАННІ ГЕМАНГІОМУ ДІТЕЙ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського,  
Тернопільська обласна клінічна дитяча комунальна лікарня*

Гемангіома є вродженою вадою розвитку кровоносних судин (васкулярною аномалією), а не істинною пухлиною [1, 4]. Захворюваність серед дітей становить 10-12 %, причому в дівчаток вони зустрічаються в 3 рази частіше [6]. Швидкий неконтрольований ріст і здатність до рецидивування є серйозною лікувальною проблемою гемангіом [2].

Основним методом лікування гемангіом вважається хірургічний. Однак останнім часом все більшого поширення набуває метод інфрачервоної коагуляції (IRC) [3]. Інфрачервоне світло проникає в тканини більш ефективно, ніж інше світлове випромінювання чи електрокоагуляція і викликає зупинку кровотоку шляхом закупорки судин на певній ділянці тканини [5].

В клініці впроваджена методика IRC гемангіом у дітей апаратом "INFRARкT" з світловодами діаметром 4, 6, 10 мм (в залежності від розмірів гемангіом). Середня тривалість імпульсу дорівнювала 1,25 с (граничні розміри коливалися від 0,75 до 1,75 с). Спеціального знеболення не проводилось, в окремих випадках – місцева анестезія 1 % (гель) чи 10 % (аерозоль) розчином лідокаїну. Вік пацієнтів коливався від 1 міс. до 5 років. Після коагуляції пацієнти обстежувалися нами кожні 1-2 міс. протягом 1-2 років.

Показаннями до застосування IRC були всі прості гемангіоми і окремі кавернозні, що не мали вираженого інвазивного росту. З 2000 року виконано 82 IRC гемангіом у дітей, в т.ч. 77 (93 %) простих гемангіом і 5 (7 %) кавернозних на закритих ділянках шкіри. Серед простих переважали капілярні гемангіоми (53 випадки – 69 %) і винні плями (24 випадки – 31 %). Родимі плями нами не коагулювалися, так як відмічено їх майже 100 % регресію.

У всіх випадках IRC виздоровлення настало після 1-го сеансу, лише в однієї дитини з обширною капілярною гемангіомою передпліччя потрібен був повторний сеанс з меншою експозицією невеликих ділянок залишеної гемангіоми. Рецидивів за час спостереження не відмічалось. Заживлення після IRC відбулося епітелізацією, без рубцювання.

Впроваджена методика дала змогу зменшити кількість оперативних втручань, а отже дала значний економічний ефект. Крім цього, вона дозволила запобігти прогресуванню і поширенню гемангіом.

Аналіз отриманих даних дозволяє рекомендувати найбільш ранній початок лікування гемангіом у дітей. Методом вибору лікування простих і деяких кавернозних гемангіом вважаємо інфрачервону коагуляцію. Метод простий, неінвазивний, не має ускладнень і протипоказань.

#### **Література**

1. Богомолец О.В. Особливості поширення плоских та капілярних гемангіом в Україні // Український медичний часопис. – 2000. – № 4. – С. 122-124.
2. Банин В.В., Шафранов В.В. и соавт. Ультроструктурная характеристика развития истинных гемангиом и их лечение у детей // Детская хирургия. – 1988. – № 4. – С. 35-38.
3. Милославский Ф.А., Залеская В.В. и соавт. Применение аппарата “красное поле” в хирургии и косметологии: Методические рекомендации. – Днепропетровск, 1999. – 16 с.
4. Arthur C. Huntley, M.K. opening session: Pediatric Kermatology. Vascular anomalies // Program of the American Academy of Kermatology, Academy 2000. August 2, 2000.
5. Graham B. Colver, M.K. The infrared coagulator in dermatology // Kermatologic Clinics, 1989. – Vol. 7, №1.
6. Management of life threatening hemangiomas // Hematology/kncology. Vanderbilt University Medical Center, 1998.

УДК. 617-089:-072.1]-053.2

**Л.Н. Бондарюк, С.В. Галандин, Н.В. Лещенко, А.В. Сушко**

## **НАШОПЫТЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХОПЕРАЦИЙУДЕТЕЙ**

*Детская городская больница № 2 г. Днепропетровска*

Лапароскопические операции на органах брюшной полости у детей имеют ряд неоспоримых преимуществ перед традиционными лапаротомическими: минимальноинвазивное вмешательство, резкое уменьшение послеопераци-

онных спаечных осложнений, в 2-3 раза сокращение пребывания больного в стационаре. К тому же огромное значение для ребёнка имеет отсутствие послеоперационной раны и связанного с ней дискомфорта: болей, ограничения подвижности, введения большого количества инъекций, обезболивающих средств (Исаков Ю.Ф., Дронов А.Ф., 1994г.).

В настоящей работе представлены результаты диагностики и лечения 102 детей в возрасте от 2 до 15 лет с различной патологией за период 2001-2002 гг. Из них urgently оперировано 35 детей, 67 – в плановом порядке.

Лапароскопическая аппендэктомия выполнена 55 детям. В 35 случаях – по поводу острого аппендицита. Гистологические изменения червеобразного отростка подтвердились во всех случаях: катаральный – 4, флегмонозный – 24, гангренозный – 7. При этом в 2-х случаях отмечалась картина ограниченного перитонита. Аппендэктомия выполнялась после коагуляции брыжейки биполярными щипцами и пересечения ножницами. На основании отростка накладывали титановые клипсы и после пересечения проводили коагуляцию культи его монополярном. В 2-х случаях аппендэктомия выполнена ретроградно из-за выраженного спаечного процесса. Ни в одном случае перехода на открытую операцию не было. Послеоперационное течение протекало гладко, дети без каких либо осложнений уходили домой на 2-4 сутки после операции. Ближайшие результаты хорошие.

При наличии у детей периодически возникающих болей в животе (не менее 3-х болевых приступов в год), исключении патологии со стороны органов желудочно-кишечного тракта, мочевых путей, малого таза и данных ирригографии (длительная задержка контраста в червеобразном отростке или его незаполняемость) ребёнку ставился диагноз хронического аппендицита и предлагалась плановая лапароскопическая аппендэктомия. Последняя выполнена 20 детям (15 девочек, 5 мальчиков) в возрасте 7-15 лет. При лапароскопии у этих детей картина хронического аппендицита подтвердилась: выраженные дегенеративные изменения в самом червеобразном отростке или же вокруг и его в виде деформирующих спаек. Таким образом, лапароскопия позволила объективно подтвердить диагноз хронического аппендицита во время операции у наших пациентов.

Нами выполнено 2 лапароскопические холецистэктомии у детей 5-14 лет с не осложненной желчекаменной болезнью. Комплекс предоперационного обследования включал: общеклинический и биохимический анализы крови, УЗИ, также РХПГ (у одного ребёнка). Лапароскопическая холецистэктомия выполнялась по обычной методике с учётом возрастных особенностей. При морфологическом исследовании удалённых желчных пузырей отмечались воспалительные и дистрофические изменения, что приводило к нарушению их функции. Послеоперационных осложнений не было. Ближайшие результаты хорошие.

В отделении произведено 35 лапароскопических операций по поводу варикоцеле у детей 10-15 лет. Во всех случаях больные были с идиопатичес-



ким варикоцеле слева. У 3-х детей были рецидивы после открытых операций по Иванисевичу. Проводилась операция с обязательным пересечением всего сосудистого пучка – яичковой вены и артерии (по типу Поломо). В двух случаях дополнительно пересекали расширенную вену семенного протока. Интра и послеоперационных осложнений не отмечалось. Ближайший период после операций протекал гладко, нарушения микроциркуляции левого яичка не отмечено. Все больные выписаны через одни сутки после операции. При контрольном осмотре через один месяц после операции рецидивов заболевания не отмечено.

Четырём девочкам 14-15 лет произведена лапароскопическая энуклеация кисты яичника. В состав хирургической бригады входил детский гинеколог с целью коррекции интраоперационной тактики, что позволило осуществить правильное щадящее и органосохраняющее лечение.

Лапароскопическая операция позволила у 6 тяжёлых по основному заболеванию детей провести малотравматичную и эффективную секторальную биопсию печени. В дальнейшем это позволило этим детям проводить адекватное консервативное лечение.

Таким образом, внедрение лапароскопических операций в нашу практику позволило не только осуществлять достоверно визуальную диагностику различных заболеваний в ранние сроки, но и эффективно выполнять щадящее хирургическое лечение.

УДК 616.348-007.61-053.2-089.844-089.168

**А.А. Лосев, А.В. Добровольский, И.Р. Диланян**

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТЕНОЗОВ АНАСТОМОЗА У ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЬЮ ГИРШПРУНГА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ СОАВЕ-БОЛЕЙ**

*Одесский государственный медицинский университет*

В последние годы в связи с активным внедрением операции Соаве-Болей при болезни Гиршпрунга у детей наряду с положительными результатами происходит накопление и негативного опыта. При этом одним из наиболее частых осложнений является стеноз колоректального анастомоза. По данным различных авторов, среди пациентов, которым накладывался первичный анастомоз, стеноз его возникает в 8-9 % случаев.

Суммируя наиболее частые причины, способствующие возникновению стеноза, (по нашим данным, за 5 лет из 42 детей у 5-ти развился стеноз) можно указать на следующие:

1. Недостаточная демукозация прямой кишки.

2 Несоответствие диаметров низведенной ободочной кишки и мышечного футляра прямой, характерное для длинных зон аганглиоза.

3 Продолжающийся энтероколит с развитием воспаления в зоне анастомоза и избыточным рубцеванием.

4 Использование грубого шовного материала.

5 Технические погрешности при выполнении операции.

Профилактика стенозирования во многом зависит от предупреждения указанных причин. Демукозация должна проводиться до уровня внутреннего сфинктера прямой кишки. У больных с длинной зоной аганглиоза при протягивании ободочной кишки через мышечный футляр прямой необходимо предварительно рассекать заднюю стенку прямой кишки с последующим подшиванием ее краев к боковым поверхностям ободочной. Оперативное лечение можно проводить лишь после ликвидации признаков энтероколита. Для создания анастомоза желательно использовать атравматический шовный материал типа Vicryl, Kexon 4/0 и прецизионную технику наложения швов.

Клиническими жалобами при развитии стеноза анастомоза являются симптомы постепенного нарушения опорожнения кишечника. Степень этих нарушений зависит от протяженности сужения, интенсивности развития рубцов. У всех наших больных клинические проявления стенозирования появились в сроки от 14 до 21 дня. Пальцевое ректальное исследование обнаруживает переход нормального просвета кишки в стенозирующее кольцо разного диаметра и разной степени податливости на растяжение. Именно готовность кольца к растяжению учитывалась при выборе терапии. Важную роль при этом играет также визуальный осмотр зоны стеноза во время фиброколоноскопии.

Повторно оперирован 1 ребенок с субтотальной формой болезни Гиршпрунга, у которого причиной стеноза явилось несоответствие диаметров низводимой и прямой кишок. В остальных случаях проведена консервативная терапия. При грубом рубцевании и неподатливом стенозе назначались гормоны, ферментные препараты и биостимуляторы, а также физиотерапия. Наличие признаков энтероколита являлось показанием к декомпрессии ободочной кишки выше зоны стеноза с промыванием ее 1 % раствором поваренной соли, метронидазолом, антибиотиками. Во всех случаях проводили бужирование зоны стеноза. Учитывая травматичность обычных методов бужирования, мы предложили метод дозированной пневмодилатации, который с успехом применили во всех наших наблюдениях.

Таким образом, широкое применение нового метода практически всегда сопровождается осложнениями, из которых стеноз анастомоза является наиболее частым. Консервативное лечение с использованием метода дозированной пневмодилатации позволяет эффективно устранить данное осложнение.

**М.М. Семенюта, Г.В. Курило, Д.М. Семенюта**

## **ЛІКУВАННЯВЕЛИКИХГЕМАНГІОМГОЛОВИ**

*Львівська міська дитяча клінічна лікарня*

Вступ. Гемангіома – загальний неспецифічний термін, котрий застосовується для визначення доброякісних пухлин судинного походження. Вони можуть викликати різні ускладнення, загрозові для життя дітей. До них належать кровотечі, звирозкування, інфікування та некроз, обструкція дихальних шляхів, серцева недостатність, коагулопатії, ускладнення зі сторони органів зору при переорбітальних гемангіомах.

Матеріали і методи. За період з 1991 по 2001 роки нами проліковано 19 хворих з обширними швидкопрогресуючими артеріовенозними гемангіомами голови, з них четверо хворих з гемангіомами половини голови з проростанням в орбіту, глотку, ротову порожнину, один з них із синдромом Казабаха-Мерріта. Шість хворих з гемангіомами білявушних ділянок з ураженням білявушної залози. П'ять хворих з періорбітальними гемангіомами, ускладненими екзофтальмом і птозом. Четверо хворих з масивними гемангіомами тім'яної, потиличної і завушних ділянок. Вік лікованих хворих від 2 до 4 місяців. П'ятеро з них госпіталізовано з виразкуванням та інфікуванням пухлин.

Лікування починали з перев'язування зовнішньої сонної артерії, розраховуючи на локальну ішемію і запусівання судинних порожнин з заповненням їх у подальшому фіброзною тканиною. Після перев'язки вдалося радикально прооперувати 5 хворих (тросе хворих з гемангіомами потиличної, завушної і тім'яної ділянок і двоє з гемангіомами білявушної залози). 14 хворим лікування продовжено місцевим введенням тріамциналону (кенолог-40). Механізм дії стероїдів при лікуванні пухлинних процесів до кінця не вивчений. Zasem H.A., Edgerton M.T. у 1967 р. довели, що стероїди діють на фібробласти (основна речовина у процесі утворення колагену) та інгібують ангиогенез, модулюють поліферацію ендотелію. З 70-х років з'явилися роботи про ефективність застосування стероїдів при гемангіомах (Edgerton M.T. у 1976 р., Hurwitz S. у 1981р.). Введення препаратів (кенолог-40) починали на операційному столі відразу після перев'язки сонної артерії. 0,5 мл препарату розводимо у 10 мл 0,5 % розчину новокаїну. Розчин вводився безпосередньо в тканину пухлини з однієї або кількох точок. Одноразово вводили від 5 до 10 мл розчину (10-20 мг тріамциналону) в залежності від об'єму пухлини. Ін'єкції проводились 1 раз на місяць, курс лікування від 6 до 10 ін'єкцій. Хворому з синдромом Казабаха-Мерріта знадобилося два курси по 10 ін'єкцій.

Результати. Регрес пухлини починався відразу після перев'язки зовнішньої сонної артерії та першої ін'єкції тріамциналону. За перший місяць пух-

лина зменшувалась на 50-70 %. В усіх випадках досягнуто повного виздоровлення. Ускладнень при операціях та від гормональної терапії не було.

Висновок. Лікування великих швидкоростучих гемангіом голови є складною проблемою дитячої хірургії. Запропонований метод є максимально ефективним. Вибрана оперативна та медикаментозна практика оправдана і приводить до повноговилікування дітей з важкою вродженою патологією.

УДК. 616.351/352-007-053.2]-08-035

**М.М. Семенюта, О.О. Трошков, Г.В. Курило**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ АНОРЕКТАЛЬНИХ ВАД РОЗВИТКУ ДІТЕЙ**

*Львівська міська дитяча клінічна лікарня*

Вступ. Аноректальні вроджені вади зустрічаються значно частіше, ніж інші аномалії ШКТ з частотою 1х500 – 1:5000 новонароджених дітей, і не пов'язані зі статтю. Хірургічна корекція цієї аномалії відноситься до реконструктивно-відновних операцій з метою усунення вроджених вад, морфоструктурних змін у тканинах і відновлення втрачених функцій органа. При формуванні вади на ранніх стадіях ембріогенезу іде неповноцінний розвиток ураженого органа іде і приводить до диспропорцій у рості і розвитку. У 1/3 хворих спостерігається кілька вроджених аномалій у комбінації з важким супутнім захворюванням (СДР, ІГУЦНС, родова травма і т.д.). Для позитивного прогнозу лікування вродженої аномалії важливими є особливості стартового анамнезу цієї вікової групи (ступінь доношеності, маса тіла, супутня патологія). Ці дані є основними критеріями при виборі об'єму, характеру і послідовності хірургічної корекції. При низьких формах атрезій застій кишкового вмісту спостерігається на рівні всмоктуючих відділів кишечника і проходження продуктів неповного розпаду приводить до швидкого розвитку інтоксикаційного синдрому. Тому важливою є своєчасна діагностика і адекватний об'єм лікування. Існує кілька класифікацій вроджених аноректальних аномалій. Практично важливим є визначення високої, середньої та низької форми і норицева, безнорицева та клоакальна форми.

Матеріали і методи. З 1991 по 2001 роки проліковано 70 дітей з аномаліями аноректальної зони, з них у 36 хворих виявлено високу або проміжну форми атрезії, у 23 – низьку форму атрезії, 1 хворий – з клоакальною формою.

У 50 пацієнтів дiагностовано норицеву форму атрезії і у 10 – безнорицеву.

Клоакальна форма атрезії	1
Ректовезикальна нориця	1
Ректопростатична	1
Ректоуретральна нориця	9
Ректовагінальні нориця	5
Ректовестибулярна нориця	13
Промежинна нориця	20

У 6 хворих виявлено вроджену норицю при нормально функціонуючому задньому проході.

У 4 пацієнтів вроджене звуження ануса та прямої кишки.

30 хворим проводилась трьохетапна корекція з накладанням колостоми. При ректопромежених формах атрезії використовувалась анопластика за Х. Соломоном.

При лікуванні 35 хворих на високу та середню форми атрезії у віці 9-12 міс. використовувалась задньосагітальна аноректопластика за Пенья з подальшим закриттям колостоми на 3-му етапі.

1 хворому з ректовезикальним свищем виконано інтраректальну черевно-промежинну аноректопластику за Ромуальді. Дитині з клоакальною формою атрезії проведено виведення колостоми у 2-денному віці. 9 місячному пацієнту проведено задньосагітальну аноректо-вагіновестибулопластику за Пенья із закриттям стоми через 3 місяці.

Шести хворим із нормальним заднім проходом та вродженою норицею виконано усунення нориці за Льюншкіним.

Результати досліджень та їх обговорення. У більшості хворих післяопераційний перебіг протікав без ускладнень. Стабілізація стану починалася на 3-5 день. Виписка хворих – на 10-14 день. Найчастішим ускладненням у післяопераційний період були розлади кишечника з нестійкою кількістю актів дефекації та каломазання – після проведеного лікування стан повністю стабілізувався. У дитини з клоакальною формою атрезії відмічалась двотижнева відсутність самостійного сечовипускання, котре відновилося. Померло 5 хворих з атрезіями різної висоти від супутніх важких вад розвитку після накладання колостоми. У 17 хворих виявлено вади інших органів і систем (порок серця, подвоєння нирок, вроджена гідроцефалія, аномалії опорно-рухового апарату).

У 63 хворих повністю відновлено функцію кишечника та повноцінний акт дефекації.

Висновок. У дітей з вродженою атрезією та іншими аномаліями аноректальної зони застосовували оптимальні методи лікування. Вибрана операційна тактика значно скоротила та прискорила видужання у післяопераційний період, дозволяє повністю відновити функції кишечника.

**А.В. Добровольский****ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БРОНХОЭКТАЗОВ У ДЕТЕЙ***Одесский государственный медицинский университет*

Хирургическое лечение бронхоэктазов (БЭ) у детей предполагает использование комплекса диагностических и лечебных мероприятий, направленных на определение объема и уровня патологического процесса, разработку тактического решения лечения конкретного пациента, выбор метода операции, рациональное ведение послеоперационного периода и проведение реабилитации. Целью работы явилось изучение отдаленных результатов хирургического лечения БЭ у детей при использовании различных методов операций. В настоящее время существует 2 типа операций при БЭ: I – анатомические резекции (лобэктомия, пульмонэктомия, билобэктомия, сегментарная резекция), II – экономные операции (экстирпация бронхов). Применение экстирпации бронхов отвечает основным требованиям хирургии детского возраста, т.к. эта операция относится к разряду органосохраняющих и щадящих.

За 10 лет в клинике прооперированы 240 детей с БЭ врожденного и приобретенного генеза. При этом анатомическая резекция произведена у 46 детей (I группа), изолированная экстирпация бронхов у 177 детей (II группа) и экстирпация бронхов в сочетании с резекциями проводилась у 17 детей (III группа). В I группе произведены операции: лобэктомия – 29 пациентам, билобэктомия – 7, пульмонэктомия – 3, сегментарная резекция – 7. Во II группе: экстирпация бронхов одной доли – 124, нескольких долей – 53, поэтапная билатеральная экстирпация бронхов – 21. В III группе произведены: односторонняя экстирпация с анатомической резекцией – 17, поэтапная билатеральная экстирпация бронхов с анатомической резекцией – 8.

Отдаленные результаты применения различных методов операций при БЭ изучены у 186 больных в период от 1 до 10 лет после операции. Оценка результатов проводилась на основании комплексного обследования, которое включало субъективные данные (отсутствие рецидивов заболевания, прекращение или уменьшение выделения мокроты, уменьшение или исчезновение одышки и т.д.), рентгенологическое обследование (состояние легочного рисунка, смещение средостения и диафрагмы, развитие деформаций скелета), бронхологическое обследование (ригидная и фибробронхоскопия, бронхография), ЭКГ, спирографию.

В I группе обследованы 32 пациента, при этом хорошие и удовлетворительные результаты лечения отмечены у 25, неудовлетворительные – у 7 (21,9 %). Во II группе обследованы 139 детей, неудовлетворительные ре-

зультаты получены у 9 (6,5 %). В III группе обследованы 15 детей, неудовлетворительные результаты отмечены у 2 (13,3 %). Проведенное обследование 186 детей, оперированных по поводу БЭ различного генеза с применением нескольких методик операций на протяжении 10 лет после операции указывает на эффективность использования экстирпации бронхов для лечения данной патологии. Наиболее эффективные результаты отмечены у детей, оперированных в возрасте 5-7 лет.

Выводы. 1. Экстирпация бронхов является эффективным методом хирургического лечения БЭ у детей, приводящим к лучшим функциональным результатам в отдаленный послеоперационный период.

2. Оптимальный возраст для хирургического лечения БЭ у детей – 5-7 лет.

3. Метод экстирпации бронхов особенно целесообразен при двусторонних поражениях легких и позволяет расширить показания к хирургическому лечению этой патологии у детей.

УДК 617-001.35-089-06:616.711-007.54-053.7

**А.И. Корольков, С.Д. Шевченко**

## **РАННЕХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПРЕССИОННОГО СИНДРОМА ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА**

*Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко  
АМН Украины, г. Харьков.*

Введение. Статистические данные свидетельствуют, что количество пациентов с болезнью Легг-Кальве-Пертеса (БЛКП) в структуре заболеваний тазобедренного сустава (ТБС) у детей увеличилось с 3-5 % в 60-70 годы до 25 % в настоящее время. У 10-15 % больных течение и исход данной болезни осложняет гиперпрессия в ТБС и децентрация головки бедренной кости. По нашему мнению, степень выраженности гиперпресссионного синдрома у данного контингента больных является определяющим фактором в прогнозировании исхода и определении тактики лечения болезни Пертеса в 1-3 стадии [Рейнберг С.А., 1964 г.].

Цель исследования: на основе концепции о гиперпресссионном синдроме разработать и реализовать систему раннего хирургического лечения болезни Пертеса.

Материалы и методы. В работе изучены клинико-рентгенологические данные 139 детей с БЛКП в возрасте от 3,5 до 14 лет, по стадиям заболевания пациенты распределились следующим образом: 1 ст. – 54; 2 ст. – 47; 3 ст. – 38 (больные с 4-5 стадией не учитывались).

Результаты исследований и их обсуждение. На основе системного подхода разработана концептуальная модель “Генезис гиперпресссионного синд-

рома ТБС при БЛКП". В результате клинико-рентгенологического исследования выявлены симптомы гиперпрессионного синдрома, имеющие прогностическое значение на течение БЛКП, основными из них являются: прогрессирующее ограничение движений в ТБС, снижение высоты эпифиза головки бедренной кости, децентрация и подвывих, переход процесса на шейку бедренной кости. Выявлена группа больных (36 человек) с осложненным течением болезни Пертеса, у 19 из них (1 ст. – 6 детей, 2 ст. – 8, 3 ст. – 5) проведено вмешательство на мягких тканях ТБС. В послеоперационном периоде конечность фиксировали в гипсовой кокситной повязке в отведенном положении и внутренней ротации для центрации ГБК в вертлужной впадине. Параллельно проводили медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. При применении указанной методики у больных отмечено: центрация головки бедренной кости в вертлужной впадине, сохранение или восстановление её формы, ускоренный переход одной фазы заболевания в другую, устранение контрактуры ТБС.

Выводы. 1. Одним из ведущих патогенетических механизмов при осложненном течении болезни Легг-Кальве-Пертеса является гиперпрессионный синдром в пораженном суставе.

2. Своевременно примененная мягкотканная декомпрессия сустава в сочетании с центрацией головки бедренной кости позволяет устранить гиперпрессионный синдром, улучшить биомеханику ТБС и получить благоприятный результат лечения.

УДК 616-053.2/5.616[-078.24.-08.

**А.В. Макаров, В.Ф. Рибальченко, В.Д. Долот, І.Г. Рибальченко**

## **ГЕПАТОБІЛІАРНА НЕДОСТАТНІСТЬ ДІТЕЙ З ВРОДЖЕНИМИ ТА НАБУТИМИ НЕДУГАМИ ЛЕГЕНЬ**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шутика*

Незважаючи на значні розробки та досягнення сучасних методів ранньої діагностики порушень функції внутрішніх органів, що виникають на тлі гнійно-запального процесу в організмі, проблема далека до вирішення, так як несвоєчасна діагностика та її корекція відображається на близьких та віддалених результатах консервативного та оперативного лікування.

Бактеріальні інфекції органів дихання у дітей є найбільш частими захворюваннями, незважаючи на різноманіття сучасних антимікробних препаратів. Тим часом, результати лікування гнійно-запальних захворювань органів дихання у дітей залишаються не зовсім задовільними.

Проте одним із проявів поліорганної недостатності при ускладненій формі запалення на тлі вроджених вад розвитку легень – гіпоплазії легень (ГЛ), а



також у дітей з ускладненим перебігом пневмонії (УПП) – з обтурацією бронхів та плевритом (гнійним, серозно-гнійним,) була гепатобіліарна недостатність (ГБН), яка значно впливала на результати лікування.

Незважаючи на значні успіхи клінічної мікробіології, етіотропна антибактеріальна терапія на початковому етапі залишається емпіричною. Проблема ускладнюється тим, що з часом виникає резистентність збудників.

У клінічних хірургічних відділеннях знаходилось 522 хворих на обстеженні та лікуванні, із яких 255 з ГЛ та 267 з УПП. У залежності від гостроти гнійно-запального процесу, клінічних проявів недуги та лабораторних змін функції печінки, хворі розділені на дві групи: компенсована – 418 (80,07 %), субкомпенсована – 109 (19,03 %). Компенсовану групу склали 205 хворих з ГЛ які підлягали оперативному лікуванню та 213 хворих з УПП. Із 109 хворих з компенсованою формою порушень – 55 дітей мали двобічне або тотальне ураження ГЛ, а у 54 встановлено внутрішньолегевені та легенево-плевральні форми ускладнень.

Всім хворим, які знаходились на обстеженні та лікуванні, проводився моніторинг клінічних мікробіологічних та біохімічних змін з обґрунтованим визначенням її корекції, а також ефективності останньої.

У більшості хворих спостерігались клінічні прояви ГЦН, які характеризувались: інтоксикацією, гектичною температурою, частим диханням; а у дітей з УПП та ускладненою двобічною ГЛ: загальмованістю, кашлем із мокротинням, здуттям живота, болем у черевній порожнині. У загальному аналізі крові виявленої зміни, що вказували на гостроту гнійно-запального процесу. Характерні клінічні ознаки стадії компенсації: відчуття дискомфорту в шлунку та правому підребер'ї, головний біль та незначна гіпоальбумінемія. Рівень ферментів АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази в більшості хворих знаходився на верхній межі норми. Для стадії субкомпенсації характерні вищевказані ознаки, а також субектеричність склер та шкіри, більш значна інтоксикація, підвищення рівня ферментів АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази, гіпоальбумінемія.

Проведено комплексне лікування направлене на відновлення функції печінки – загальний стан хворих покращився з нормалізацією рівня ферментів. Оперативне лікування проведено з приводу ГЛ у 205 хворим, з яких один помер з від гострої серцево-судинної недостатності. Із 267 хворих з УПП: проведені санації трахеобронхіального дерева 163 та дренажування плевральної порожнини 154. Всі хворі мали полімікробну флору, що потребувало призначення антибіотиків широкого спектра дії.

Таким чином, комплексне обстеження і індивідуальний підхід дозволили своєчасно скорегувати порушення та адекватно підготувати пацієнтів до оперативного лікування та добрі наслідки його. Враховуючи постійні мікробіологічні зміни збудників та чутливість до антибіотиків, вважаємо за доцільне – проведення поквартального моніторингового мікробіологічного контролю з антибіотикограмою.

**Б. Шмайссані, О.Г. Якименко, В.С. Коноплицький,  
В.Б. Гончарук**

## **САНАЦІЙНИЙ ТА ДЕЗІНТОКСИКАЦІЙНИЙ ЕФЕКТ ПАЛІСАНА У ЛІКУВАННІ ПЕРИТОНІТУ В ДІТЕЙ**

*Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Одним з головних етапів хірургічного лікування перитоніту в дітей є адекватна санація черевної порожнини. На сьогоднішній день запропонована значна кількість промивних середовищ, які містять в собі різноманітні антисептичні речовини. Однак всі вони не дозволяють повноцінно провести санацію анатомічно складної ділянки дитячого організму-черевної порожнини, при поширеному загальному процесі.

Метою нашого дослідження було вивчення санаційної здатності препарату "палісан", який був розроблений на кафедрі мікробіології Вінницького державного медичного університету професором Палієм Г.К. Розчин палісану представляє собою багатокомпонентний препарат, який складається з 6 % колоїдного розчину полімеру глюкози (декстрину) з молекулярною масою  $60000 \pm 10000$  з додаванням 0,9 % розчину NaCl, антисептика декаметоксину та перекису водню. Бактеріальні висіви брали інтраопераційно зразу ж після розтину черевної стінки, а також безпосередньо після санації черевної порожнини палісаном. Встановлено, що препарат має виражену лікувально-профілактичну направленість при перитоніті, на рівень хіміотерапевтичної активності останнього не впливають біологічні та патогенні розбіжності збудників. У 18 із 20 дітей досліджуваної групи в первинних висівах визначена *E. Coli*, в двох випадках *Staph. aureus*. Після санації черевної порожнини палісаном, згідно інструкції до застосування в усіх інтраопераційних висівах росту мікроорганізмів виявлено не було. В подальшому у всіх хворих аналізованої групи внутрішньоочеревенних ускладнень нами не спостерігалось, що підтверджує повільне утворення нечутливих до антисептика штамів мікроорганізмів. Під час застосування, а також в післяопераційний період алергічних проявів дії палісану зафіксовано нами не було.

Паралельно за допомогою статистичних програм вивчався синдром ендогенної інтоксикації в групі дітей, у яких черевна порожнина була санована традиційними антисептиками, та в групі дітей де застосовувався палісану. При вивченні динаміки показників ендотоксикозу нами відмічено той факт, що палісан активно впливає як на ланку білого кров'яного відростка (лейкоцитарний індекс інтоксикації ЛІІ), так і на цільну кров (гематологічний показник інтоксикації, ГІІ). Так ЛІІ в обох групах на момент виписки досягав норми. ГІІ в групі порівняння нормалізувався під впливом палісану повністю, тоді як в групі з традиційним лікуванням на момент виписки складав

0,98±0,15 при нормі 0,7±0,1. Це свідчить про більш виражений дезінтоксикаційний ефект палісану на клітинну ланку цільної крові природної системи детоксикації.

Окремо з метою більш глибокого вивчення дезінтоксикаційної здатності палісану досліджувались рівень молекул середньої маси (МСМ) та сігма ШОЕ в групах порівняння (n=14). Якщо в контрольній групі рівень МСМ на момент виписки з стаціонару складав 0,265±0,008, то в групі дітей, у яких для санації черевної порожнини використовувався палісан, індекс дорівнював 0,239±0,008 (p<0,05). Сігма ШОЕ в контрольній групі на момент виписки дорівнювала (55,6±1,5) мм/год, а в групі порівняння – (46,2±2,2) мм/год (p<0,01).

Таким чином, проведені дослідження виявили високу ефективність палісану в санації черевної порожнини у дітей з перитонітами. Санаційний ефект підтверджений відсутністю росту патогенної мікрофлори, що зумовило суттєве зниження інтоксикації організму та зменшення негативного впливу останньої на клітинну та гуморальну ланки фізіологічної системи детоксикації.

УДК: 616.71-007.233-53.2:616-053.31-071-089

**Ю.П. Кукуруза, О.Г. Якименко,  
В.С. Коноплицький, Т.В. Мітюк**

## **ДІАГНОСТИЧНА ТА ЛІКУВАЛЬНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ГЕМАТОГЕННОМУ ОСТЕОМІЄЛІТІ КІСТОК КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ**

*Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Гострий гематогенний остеомиєліт (ГГО) посідає одне з провідних місць в хірургічній патології дітей (Венгеровский Т.П., 1964; Ситковский Н.Б. и др., 1974; Кукуруза Ю.П., 1984; Губов Ю.П., 1984; Катько В.А., Черевко В.М., 1987; Прокопова Л.В., Алексюк К.П., Николаева Н.Г., 1989, Акжигитов Г.Н., Юдин Я.Б., 1998).

Не дивлячись на значні успіхи в діагностиці та лікуванні гострого гематогенного остеомиєліту, досягнуті за останні десятиріччя завдяки застосуванню нових антибіотиків та методик лікування, відсоток ускладнень гострого гематогенного остеомиєліту в вигляді дистензійного та деструктивного вивихів стегна, анкілозів, контрактур, епіфізіолізів головки стегнової кістки залишаються досить значними – 32-64 % (Кукуруза Ю.П. 1984; Соколовский А.М., Соколовский О.А. 1997; Вершинін А.Я., з співавт., 1998).

явність цих ускладнень автори пов'язують з важкістю діагностики захворювання як на догоспітальному, так і на клінічному етапах, а звідси і більш пізнє встановлення діагнозу та застосування відповідної лікувальної тактики.

Найчастіше ГГО кісток кульшового суглоба виникає як септичне ускладнення на фоні малих форм інфекції шкіри, пупка, пневмоній, внутрішньо-утробного інфікування. Кількість первинних остеомієлітів з локальними формами захворювання досить незначна (Никитин Г. Д., 2000).

В ранні строки виникнення ГГО на фоні основного захворювання показники загального аналізу крові відображають неспецифічну реакцію організму на інфекцію, тому їх оцінка в динаміці давала змогу лише запідозрити діагноз ГГО кісток кульшового суглоба у пацієнтів цієї вікової групи, але не встановити його. Пункція м'яких тканин до кістки та пункція суглоба проводились нами у всіх хворих з підозрою на даний вид патології, але в строки до 3 днів лише в 20-25% хворих було виявлено достовірне розширення суглобової щілини і отримано випіт. В більшості ж випадків на фоні клінічних ознак (наявність набряку, згладженість контурів складок в ділянці суглоба) пункція в ці строки захворювання була малоінформативною.

Променеві методи діагностики, насамперед рентгенографія в передньо-задній проекції, в ранні строки захворювання дозволяла виявити змінені масиви навколосуглобових м'язів у вигляді відсутності фізіологічних просвітлень на межі м'язів та підшкірної клітковини, що свідчить про вираженість набряку, а з появою патологічного вивиху в суглобі – латеропозицію стегнової кістки.

У клініці протягом останніх 3 років у новонароджених та дітей ранньої вікової групи з підозрою на гострий гематогенний остеомієліт кісток кульшового суглоба поряд з прийнятими методами діагностики (загальноклінічні аналізи, рентгенографія, пункція суглоба) нами застосовувалась ультразвукова діагностика. Нами обстежено 187 вогнищ ГГО кісток кульшового суглоба у 136 новонароджених, у 140 випадках діагноз був встановлений за результатами пункції суглоба, у 26 за результатами первинних рентгенограм, у 12 за даними УЗ дослідження, у 9 пацієнтів діагноз був встановлений тільки за клінічними даними.

Сукупність клінічних ознак та отриманих результатів інструментального дослідження давали змогу запідозрити гематогенний остеомієліт, але рентгенологічне його підтвердження ми отримували лише на 10-12 добу з моменту захворювання, коли в метаепіфізі виникали деструктивні зміни. Доповнення обстеження цих хворих УЗ діагностикою з перших днів захворювання значно розширило нашу уяву про патологічні зміни в ділянці кульшового суглоба і дало змогу більш диференційовано підходити до діагнозу.

Ультразвукове дослідження кульшових суглобів в перебігу патологічного процесу проводилось на апараті "Combison 320 - 5" (Kretz - Technic,

Austria) з частотою лінійних датчиків 4,5 МГц та 5 МГц в режимі “реального часу”. Застосовували різнопланові розгортки зображення. Ехосканування проводили по передній поверхні ділянки кульшового суглоба вздовж проекції шийки стегнової кістки та по зовнішній поверхні стегна.

Проведені УЗ дослідження в перший-другий день захворювання ще на стадії передвиху дозволяли виявити порушення конгруентності суглобових поверхонь, розширення суглобової щілини (до 2-4 мм), збільшення ехогенності в проксимальному метафізі стегнової кістки. В разі наявності кокситу в капсулі суглоба виявлялась рідина з підвищеною ехогенністю.

Ультразвукове дослідження було цінним і в більш пізні строки захворювання. Так, на 3-5 день захворювання УЗ дослідження виявляло потовщення окістя, нитки фібрину на суглобовій капсулі, а згодом періостальну реакцію зі сторони кістки. В разі розвитку деструктивних змін в кістці УЗ досліджування допомагало виявити секвестри.

Таким чином, на основі проведених досліджень ми вважаємо, що при ГТО кісток кульшового суглоба у дітей ранньої вікової групи УЗД на сьогоднішній день слід вважати не методом вибору, а обов'язковим методом діагностики хворих з підозрою на даний вид патології. Оскільки це неінвазивний метод обстеження, при якому абсолютна нерухомість пацієнта бажана, але не обов'язкова, і якщо дитина проявляє неспокій, зображення можна зафіксувати, а саме обстеження з метою контролю можна повторювати практично без обмежень.

УДК:616.672:616-073.4-8

**Є.В. Максименко, В.В. Погорілий, М.Г. Коваленко**

## **ДІАГНОСТИКАГОСТРИХЗАХВОРЮВАНЬМОШОНКИ УЛЬТРАЗВУКОВИМДОСЛІДЖЕННЯМ**

*Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Останнім часом зростає значення ультразвукової діагностики в зв'язку з необхідністю диференціації чинників, що спричиняють захворювання органів мошонки (Robert A. et al., 1997).

Використання високочастотних датчиків, що дозволяють візуалізувати найменші зміни структури, та сучасних доплеровських методик, які дають інформацію про стан судинного русла, значно підвищує точність діагностичного процесу патології органів мошонки (Митькова М.Д., 1999).

Показаннями до виконання ультразвукового дослідження органів мошонки є: закриті травми органів мошонки, запальні захворювання, аномалії

розвитку, пухлини та будь-які збільшення розмірів і об'єму мошонки чи її частин, динамічні спостереження в процесі консервативного лікування (Быковский В.А., 1999).

Нами було обстежено 45 хлопчиків із синдромом набряку та гіперемії мошонки у віці від народження до 14 років. Ультразвукове дослідження виконували апаратом "Combison 320-5" (Kretz-Techic, Austria) з частотою лінійних датчиків 4,5 МГц та 5 МГц в режимі "реального часу". Дослідження проводили в положенні лежачи на спині, починаючи зі здорового боку, та порівнювали показники з ураженим. Виконували поздовжні ехографічні зрізи, а при необхідності проводили поперечні зрізи. Оцінювались розміри, форма, чіткість контурів, витончення стінки мошонки, ехоструктура яєчок та придатків, наявність об'ємних утворень, деструктивних змін, рідини в порожнині мошонки, наявність гідатид та їх патологічні зміни.

Ультразвукове дослідження проводилось у такій послідовності:

1 Яєчка: контури, білкова оболонка (цілість), структура, вогнищеві зміни, розміри та об'єм.

2 Придатки: розміри, структура, вогнищеві зміни.

3 Наявність додаткових утворень та вільної рідини в порожнині мошонки.

Для всіх обстежених хворих характерним було збільшення об'єму яєчка на боці ураження, у 70% спостерігалось зниження ехогенності в цій ділянці. У 30 пацієнтів причиною гострої патології мошонки був некроз гідатида, але остання була виявлена лише у 25 хворих. Неможливість виявлення гідатид у 5 хлопчиків пояснюється особливостями розташування привіски Морганьї між яєчком та вторинно запаленим придатком, який повністю покривав некротизовану гідатиду. У 10 хворих із некрозом гідатида в порожнині мошонки було виявлено вільну рідину. Лише у 6 хворих з патологією привіски, які своєчасно звернулись за допомогою, не було виявлено ознак запалення придатку та яєчка. У решти пацієнтів (24 чоловіки) спостерігався вторинний орхіепідидиміт.

За характерними ознаками було діагностовано ряд патологічних станів. Так при напруженій водянці оболонок яєчка у трьох хворих спостерігалась наступна ехографічна картина: рідина з трьох боків оточувала яєчка та придатки (вміст порожнини мошонки повністю анехогенний). Кіста придатка була виявлена в одного хворого, виглядала як анехогенне утворення округлої або овальної форми з чіткими рівними контурами. Гострий епідидиміт неспецифічної етіології було виявлено у 2 пацієнтів. При епідидиміті спостерігалось збільшення розмірів придатку, неоднорідність ехоструктури. У 10 хлопчиків з орхіепідидимітом неспецифічної етіології спостерігалось значне збільшення придатку та яєчка, неоднорідність їх структури, ділянки із зменшеною ехогенністю (ділянки деструкції).

Нами також використовувалось доплерсонографічне дослідження органів мошонки при перекуті яєчка, некрозі гідатида Морганьї, орхіепідидиміті неспецифічної етіології у 15 хворих. Для обстеження використовувалась

діагностична система "LkGIQ 500 МК" з мультичастотними датчиками: конвексним 5 МГц; лінійним 7,5 МГц. У всіх випадках з метою оцінки яєчкових судин використовувались режими кольорового доплеровського ангіокартирування та енергетичної доплерографії, при яких оцінювались: індекс резистентності внутрішньояєчкових артерій (нижче 0,5), індекс резистентності капсулярних артерій, пікова систолічна швидкість кровообігу, кінцева діастолічна швидкість кровообігу.

Слід зазначити, що в ряді випадків доплерографічні критерії діагностики можуть бути основними. Насамперед, це стосується питань диференціальної діагностики гострого перекруту яєчка та гострого орхіепідидиміту. Клінічно ці стани можуть бути досить схожі, тоді як при доплерографії вони проявляються діаметрально протилежними ознаками: гіперваскуляризацією у випадку гострого запального процесу та вираженим збідненням судинного малюнка (іноді повна відсутність) при гострому перекруті яєчка.

При імпульсно-хвильовій доплерографії в випадку орхіепідидиміту відмічалось зниження індексів резистентності у порівнянні з параметрами, отриманими від незмінених структур з протилежного боку та в контрольній групі з 20 хлопчиків (індекс резистентності внутрішньояєчкових артерій 0,5-0,7). Гострий запальний процес супроводжувався збільшенням числа судин, розширенням просвіту, зниженням загального периферичного опору, підвищенням швидкості кровотоку в артеріальних судинах.

Таким чином, комплексне ультразвукове дослідження є найбільш інформативним методом діагностики захворювань мошонки.

Доплеровські методики дозволяють підвищити точність діагностичного процесу за рахунок використання нових критеріїв, які характеризуються високими показниками інформативності, але водночас цей метод потребує від лікаря досвіду, витрат часу на обстеження та обмежується чутливістю існуючого обладнання.

**УДК: 616.147.22-007.64-089-532**

**В.В. Погорілий, Є.В. Максименко, С.А. Ляховченко**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЦЕЛЕ У ДІТЕЙ**

*Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Варикозне розширення вен сім'яного канатика супроводжується ураженням репродуктивної функції яєчок у 20-80 % хворих. З цим розповсюдженим захворюванням пов'язують біля 30-50 % бездітних сімей. У більш ніж 30 % оперованих хворих у віддалений післяопераційний період виявлено серйозні порушення фертильності (Пьков с соавт., 1999).

Аналіз віддалених результатів є найбільш об'єктивним методом оцінки ефективності оперативних втручань при будь-якій хірургічній патології, особливо органів репродуктивної системи (Мельман с соавт., 1986, Поддубный с соавт., 1995, Cornud et al., 1999).

Нами був проведений аналіз результатів лікування варикоцеле у 290 пацієнтів у строки від 7 днів до 10 років. Підлітки були оперовані за методиками Іванісеви́ча, Паломо-Єрохі́на та започаткованим комбінованим способом секторальної резекції вен сім'яного канатика на рівні глибокого пахвинного кільця з пластикою m. cremaster.

При аналізі результатів операції Іванісеви́ча (60 дітей) у 1 дитини на 15 добу виник рецидив варикоцеле. У шести відмічався набряк лівої половини мошонки. Через 2 місяці набряк та болючість лівої половини мошонки спостерігалися у 3 дітей, а через 9 лише у одного пацієнта. Рецидив захворювання виник додатково через 1 рік у одного юнака та ще через 3 роки у двох осіб.

Всі діти з рецидивом повторно оперовані за впровадженою в клініці методикою оперативного втручання. Спостереження проводились протягом 3 років, патологічних змін не виявлено, розширення вен сім'яного канатика не відмічалось.

Віддалені результати оперативного лікування за методикою Паломо-Єрохі́на прослідковані в період від 6 місяців до 10 років у 87 дітей. У безпосередній термін спостереження набряк та болючість мошонки і яєчка відмічено у 4 оперованих. Через 6 місяців з моменту виконання операції вони залишалися у однієї дитини, а через один рік взагалі були відсутніми. У жодного хворого при різних ступенях варикоцеле не виявлено водянку лівого яєчка, що свідчить про повне збереження шляхів лімфовідтоку і є позитивним моментом оперативного втручання за методикою Паломо-Єрохі́на. Рецидиви захворювання після втручань за цією методикою виявлені у 5 колишніх пацієнтів, що становить 6,1 % оглянутих при контролі. У строк до 6 місяців рецидив спостерігався у двох юнаків та через 7 років у трьох чоловіків.

Натомість цікавими були результати динамічного спостереження за хворими, оперованими за започаткованою методикою. Із 143 дітей безпосередньо (на 2 добу) набряк лівої половини мошонки був у 2 дітей. Болючість яєчка не відмічена у жодного пацієнта. Рецидив захворювання виник у 2 дітей в 6 місячний термін з моменту виконання операції. Аналіз повторних втручань свідчив про те, що причиною хірургічної невдачі стало розширення зовнішньої яєчкової вени, тобто не був встановлений гемодинамічний тип порушень крововідтоку. Ці хворі були оперовані на початку впровадження запропонованої нами методики хірургічного втручання. Рецидивів після повторного хірургічного лікування варикоцеле у представників цієї групи протягом 8 річного спостереження не відмічено.

Таким чином, динамічне спостереження за 290 пацієнтами, оперованими з приводу варикоцеле, виявило рецидиви захворювання в 11 юнаків. Всі



вони були оздоровлені шляхом секторальної резекції розширених вен (як внутрішньої, так і зовнішньої) на рівні глибокого пахвинного кільця з спіралеподібною пластикою m. cremaster. Спостереження за повторно оперованими свідчило про повне спадання раніше розширених вен.

УДК: 616-006.311.03-089-053.2

**А.А. Фомин, В.В. Шафранов, Л.В. Фомина, В.С. Коноплицкий**

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ, МОРФОЛОГИИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАНГИОМ СЛОЖНОЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

*Винницкий государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова*

Гемангиомы (ГА) у детей относятся к числу распространенных патологических состояний и составляют до 60 % всех новообразований кожи и мягких тканей. В 60-80 % случаев они локализуются на волосистой части головы, лице и шее.

Способность к быстрому неконтролируемому росту и рецидивированию свидетельствует о том, что ГА являются сложной ангиогенетической проблемой. Они наиболее яркий пример ангиогенеззависимых заболеваний. Современные представления об этиологии истинных ГА позволяют рассматривать ее как доброкачественную опухоль, происходящую из зачатков эмбриональной ангиогенной ткани, то есть как гамартому. В отличие от большинства гамартом и многих опухолей (как доброкачественных, так и злокачественных) ГА обладают способностью к интенсивному росту, зависящему, прежде всего, от новообразования сосудов – специальных гистологических структур, а не от пролиферации каких-либо изолированных клеточных форм.

Нами было обследовано 1500 больных с ГА сложной анатомической локализации. Обследование и лечение больных проводили в Винницкой областной детской больнице и в хирургическом отделении детской клинической больницы №13 им. Н.Ф. Филатова г. Москвы (Россия). В 45 случаях материал был взят для электронно-микроскопического исследования. В плане изучения индивидуальных свойств ГА мы использовали метод эхографии. Ультразвуковое исследование (использован аппарат “Ультрамарк-9” с линейным датчиком электронного сканирования с частотой колебания 5 мГц в Б-режиме) позволяет определить истинные анатомо-топографические взаимосвязи ГА и окружающих тканей, что является уникальной возможностью именно для ГА, так как позволяет объективно установить глубину

распространения опухоли, выявить наличие крупных или мелких артериальных стволов в паренхиме опухоли и скорость кровотока в ней. Вычисление объема опухоли проводили по формуле:  $V_0 = \pi/6 \times (a \times b \times c)$ , где  $a$  – высота (см),  $b$  – ширина (см),  $c$  – толщина (см),  $\pi$  – 3,14. Несмотря на высокую информативность УЗИ, основным методом диагностики остается ангиографическое исследование, которое позволяет определить источники и варианты кровоснабжения зоны поражения, локализацию, размеры и характер сосудистых изменений, скорость кровотока. Для оценки морфологических изменений мы использовали метод электронной микроскопии. При оперативном удалении опухоли иссекали центр ГА, периферию и участок ткани, которая клинически расценивалась как здоровая. Фиксировали в 2,5 % глутаровом альдегиде, на фосфатном буфере, постфиксировали в 1 %  $\text{K}_2\text{S}_2\text{O}_8$  и проводили далее по стандартной электронно-микроскопической методике.

Морфологически все 43 исследованных ГА мы расценили как капиллярные или истинные ГА. Примерно в половине случаев клинически был поставлен диагноз кавернозной или комбинированной ГА, однако, как показали результаты ультраструктурного анализа, с точки зрения тонкого строения ткани опухоли отчетливых различий между капиллярными и кавернозными ГА выделить практически невозможно. Кавернозные ГА характеризуются несколько большей плотностью сосудистых профилей в единице объема ткани, относительно узкими соединительнотканевыми прослойками между ними и большей величиной просвета сосудов. Строение стенок микрососудов, формирующих капиллярные и кавернозные ГА, принципиально идентично. Отличительной особенностью строения стенок сосудов ГА являются многослойные базальные пластинки. Первый слой (*lamina densa*) отделяет эндотелий от глубже лежащих клеток стенки; последние, в свою очередь, отделены друг от друга соответствующими базальными пластинками. Удельный вес таких базальных пластинок в площади среза достигает 2,2 %.

Преобладающей клеточной формой в ткани являются макрофаги (12,53 %). Анализируя реконструкции достаточно больших площадей срезов, мы обратили внимание на характерную топографию макрофагов в тканях. Почти все они расположены около сосудистых профилей, непосредственно у наружных слоев базальной пластинки. Клеточные тела и отростки макрофагов образуют практически непрерывные цепочки или последовательности, окружающие сосуды. Существуют достаточно определенные различия в строении микрососудов в центральных зонах ГА и на периферии, на границе со “здоровой” тканью. Во-первых, на тех участках ткани, которые во время операции расценивались как зоны неизменной окружающей ткани, мы нередко встречали микрососуды, строение которых было типичным для капиллярных сосудов ГА. Эти сосуды отличались меньшей степенью “зрелости”, по сравнению с сосудами центральных зон. Подобная же картина, но с большей плотностью капилляров, отмечалась в периферической зоне ГА. Клеточные элементы стенок капилляров периферической зоны

имели все характеристики бластных форм. Во-вторых, большая часть этих сосудов представляла собой новообразованные капилляры, часто еще лишённые просвета.

Вопрос рациональной врачебной тактики при лечении гемангиом сложной анатомической локализации является весьма актуальным, так как нет единого мнения в отношении лечения этих сосудистых опухолей. Для проведения комплексного метода лечения были выработаны следующие показания: глубокое расположение ГА, сложность локализации, поражение нескольких анатомических областей, обширность поражения, неэффективность предшествующих методов лечения, изъязвление ангиомы, кровотечение из ГА. Предложенная нами концепция лечения ГА “критической” локализации состоит в следующем: 1) обязательная ангиография; 2) эмболизация опухоли; 3) СВЧ-криогенная деструкция или локальная гипертермия.

УДК 616.831.9-008.811.1-053.4-089.819.7

**О.О. Трошков, І.І. Федорко, К.Л. Біганич, М.М. Семенюта,  
А.А. Киричук, О.М. Кулик**

## **ЛАПАРОСКОПІЯВЛІКУВАННІДЕЯКИХУСКЛАДНЕНЬ ЛІКВОРОШНУЮЧИХОПЕРАЦІЙУДІТЕЙ,ХВОРИХ НАГІДРОЦЕФАЛІЮ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького  
Львівська міська дитяча клінічна лікарня*

Гідроцефалія є розповсюдженим ураженням нервової системи в дітей. У новонароджених вона зустрічається з частотою 0,1-0,4 %, при запальних та дегенеративних процесах нервової системи в 15-20 %, після пологової та черепно-мозкової травми в 30-40 %, при пухлинах головного мозку ще частіше.

До впровадження клапанних лікворошунтуючих операцій летальність при гідроцефалії становила більше 50 %, а з їх впровадженням знизилась до 3-15 % [1, 2, 3, 4].

Ускладнення після лікворошунтуючих операцій у хворих на прогресуючу гідроцефалією є основним фактором післяопераційної летальності та зниження ефективності втручання.

Ми вирішили розглянути деякі ускладнення, які зустрічаються відносно рідко. Як казуїстику описують ерозію та перфорацію органів черевної порожнини абдомінальним катетером [5, 6, 7]. Однак на досвіді лише трьох років роботи дитячої нейрохірургії ми вже два рази зустрічалися з випадками перфоратії та випадіння абдомінального катетера через пряму кишку

(через 3 та 5 місяців після лікворощунтуючих операцій у дітей першого року життя). Слід відмітити, що ці діти були оперовані висококваліфікованим дитячим нейрохірургом. У двох дітей, які неодноразово були оперовані в інших лікувальних закладах України, було виявлено ускладнення, неопиране в літературі – наявність у вільній черевній порожнині відірваних від дренажної системи абдомінальних катетерів. При цьому батьки дітей не були інформовані про наявність стороннього тіла в черевній порожнині. Обом хлопчикам нами було проведено лапароскопічне видалення сторонніх тіл (дренажних трубок) з черевної порожнини. Вважаємо за необхідне зупинитися на цих випадках.

1. Хлопчик шести років прийнятий у дитяче хірургічне відділення з явищами часткової кишкової непрохідності. Біль у животі турбував дитину до цього неодноразово. У двохрічному віці хлопчик був оперований з приводу гідроцефалії, півтора року тому в зв'язку з дисфункцією дренажної системи йому була проведена повторна операція. На рентгенографії черевної порожнини в мезогастрії виявлено конгломерат скручених трубок. При проведенні лапароскопії з черевної порожнини видалено дві дренажні трубки довжиною 40 та 45 см. Причому одна з трубок знаходилась між петлями кишечника і викликала явища непрохідності; витягнена з черевної порожнини з труднощами.

2. Хлопчик дванадцяти років був оперований з приводу гідроцефалії 4 рази, госпіталізований із клінікою гіпертензійно-гідроцефального синдрому. З'ясовано, що остання операція з проведення абдомінального відрізка дренажної системи зроблена через поперечний розріз на рівні пупка довжиною до 7-8 см. Після операції батькам повідомили, що абдомінальний відрізок попередньої дренажної системи відірвався, знаходиться в черевній порожнині, але це абсолютно безпечно. При лапароскопії з черевної порожнини видалено не одну, а 3 (три) трубки довжиною по 50 см. Абдомінальна частина катетера обкутана сальником, виділена зі спайок, дистальний кінчик відсічено – після цього почав інтенсивно виділятися ліквор (функція дренажної системи відновила).

Висновки. 1. Одним із післяопераційних ускладнень венстрикуло-перитонеостомії може бути відрив абдомінального катетера з міграцією його у вільну черевну порожнину.

2. Наявність у черевній порожнині відіраного нефункціонуючого дренажу становить необгрунтовану небезпеку у зв'язку з можливим розвитком ускладнень (перфорації порожнистих органів, кишкової непрохідності). Батьки повинні бути інформовані про таке ускладнення.

3. Відірані нефункціонуючі дренажні трубки необхідно видаляти з черевної порожнини. Методом вибору при цьому є лапароскопічна операція.

#### **Література**

1. Choux M., Genitori L., Lang K., Lena G. Shunt implantation: reducing the incidence of shunt infection //I.Neurosurg. -1992. - V.77, - P. 875-880.

2. Орлов Ю.А., Борисова И.А., Проценко И.П. и др. Неотложные состояния у детей с имплантированной ликворшунтирующей системой //Клініч. хірургія – 1993 – № 7-8. – С. 45-48.
3. Ростовская В.И. Хирургическое лечение окклюзионной гидроцефалии в детском возрасте. // Вопр. нейрохир. –1966. – № 1. – С. 6-10.
4. Metzelmackers I.K.M., Beks I.W.E., van Popta I.S. Cerebrospinal fluid shunting for hydrocephalus: a retrospective analysis //Acta Neurochir. – 1987. – V.88. – P. 75-78.
5. Azimi F., Kinn W.M., Naumaun H.A. Intestinal perforation. An infrequent complication of ventriculoperitoneal shunts //Radiology. –1976. – V.121. – P. 701-702.
6. Орлов Ю.А. Гідроцефалія. – Київ, 1995.
7. Miseriochi G., Sironi V.A., Ravagnati L. Anal protrusion as a complication of ventriculoperitoneal shunt //I.Neurosurg. Sci. –1984. – V. 4.

УДК 616.23-003.6-053.2-06-07-08

**А.В. Макаров, П.П. Сокур, Б.Б. Серденко**

## **УСКЛАДНЕННЯ, СПРИЧИНЕННЯ ПОПАДАННЯМ СТОРОННІХ ТІЛ У ДИХАЛЬНІ ШЛЯХИ ДІТЕЙ**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

Аспірація сторонніх тіл у дихальні шляхи (АСТДШ) є однією з найактуальніших проблем пульмонології дитячого віку. Затримка ранньої діагностики АСТДШ, за даними різних авторів [1, 2], досягає 50-60 %. Доведено прямий взаємозв'язок строків перебування СТДШ та хронізації запальних процесів, що приводить до тривалого консервативного лікування та оперативного втручання.

З 1989 року до даного часу знаходилося на лікуванні 179 хворих дітей з АСТДШ органічного (92 %) та неорганічного (8 %) характеру. Хлопчиків було 99 (55,4 %) та дівчат – 80 (44,6 %). Серед дітей з аспірацією СТ більшість (70 %) склали пацієнти у віці до 3-х років. За нашими спостереженнями СТ гортані склали 5,5 %, трахеї – 10,6 %, бронхів – 83,7 %, з них двобічної локалізації – 1,6 %.

Хворі поділені на 3 групи: I – 69 дітей з АСТДШ до 1 доби; II – 51 дитина, СТДШ від 24 год до 4-х тижнів; III – 57 дітей, перебування СТ у ДШ більш ніж 4 тижні.

Хірургічне втручання виконано у 4 хворих: у двох пацієнтів в зв'язку з вклиненням у дистальні відділи бронхів або міграції у легеню СТ, які видалені після бронхотомії у одного, резекції нижньої долі у другого; у двох пацієнтів в зв'язку з тривалим перебуванням СТ (більше 3-х місяців) та розвитком бронхоектазій і фіброзу легенів проведено лобектомії.

Летальності, пов'язаної з проведенням ендоскопічного або хірургічного втручання, не було. Загальна летальність 1,1 %.

Основними клінічними симптомами СТДШ являються приступоподібний кашель, приступи ціанозу та задухи, прояви яких можуть прогресувати або зменшуватись в залежності від локалізації, форми, походження, кількості СТ, віку хворого. Клінічні прояви СТ характеризувались трьома періодами: гострих респіраторних порушень, скритого перебігу, розвитку ранніх і пізніх ускладнень. Виразність ускладнень кожного періоду залежала від тривалості перебування СТ на етапах проходження через верхні дихальні шляхи, співвідношення СТ та просвіту бронха, форми та характеру аспірованого предмета. Патологічна дія аспірації СТ полягала в гострому порушенні прохідності ДШ, механічному, хімічному пошкодженні слизової оболонки та їх інфікованості. Виявлено, що стійкі або незворотні ускладнення діагностувались, як правило, у хворих III групи, а в окремих випадках у II групі. При ранній діагностці та госпіталізації дітей ускладнень після видалення СТ не спостерігали.

Враховуючи патогенез, визначена наступна лікувальна тактика :

- невідкладне видалення СТ при ларинготрахеобронхоскопії;
- стаціонарне лікування наявних ускладнень з боку органів дихання, при потребі повторні лікувально-діагностичні трахеобронхоскопії;
- при гострих життєнебезпечних ускладненнях (кровотеча, перфорація трахеї, бронху з гемопневмотораксом) – невідкладна операція;
- при вклиненнях СТ в мілкі бронхи або міграції в паренхіму легенів – невідкладне оперативне лікування;
- при тривалому перебуванні СТ у бронхах, яке призвело до стійких або незворотних морфологічних змін в бронхолегеневій системі, підтверджених спеціальними бронхологічними та рентгенологічними методами, – оперативне лікування в плановому порядку після повторних курсів бронхосанацій.

Висновки. 1. Надання медичної допомоги при СТДШ необхідно проводити у спеціалізованих відділеннях.

2. Раннє видалення СТ запобігає розвитку бронхолегеневих ускладнень.

3. Оперативне лікування в екстреному порядку показано при розвитку кровотечі, перфорації стінки трахеї бронхів, вклиненні СТ або міграції в паренхіму легенів.

4. При розвитку стійких або незворотних змін в легенях (фіброз, бронхоектази) показання до хірургічного лікування виявляються після проведенного консервативного лікування, котре включає повторні курси бронхосанацій, особливо у дітей раннього віку.

#### **Література**

1. Рокицкий М.Р. Хирургические заболевания легких у детей. – Л. Медицина, 1988, – С. 151-167.
2. Исаков Ю.Ф., Орловский С.П. Инородные тела дыхательных путей и легких у детей. – М. Медицина, 1979. – С. 8-44.

**А.Є. Носар, Л.М. Харитонюк, О.Г. Садовенко,  
В.Т. Скорик, В.Г. Хомяков**

## **АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯВКОМПЛЕКСНОМУЛІКУВАННІ ОСТЕОМІЄЛІТІВКІСТОКТАЗАУ ДІТЕЙ**

*Дніпропетровська державна медична академія*

Гострий гематогенний остеомієліт тазових кісток зустрічається досить рідко (2,1-6,4 % випадків) серед інших локалізацій остеомієліту у дітей (В.П.Селіванов, Ю.П. Воронянський, 1975).

На сьогодні це захворювання є одним з найбільш тяжких та маловідомих розділів хірургії. Складність анатомічної будови (розташування кісток під м'язовим масивом) сприяє відсутності об'єктивних симптомів.

Часті ураження суглобів та метастази гнійної інфекції, безліч варіантів розповсюдження гнійних набряків з підклубової ямки утруднюють усунення інфекційного процесу, що нерідко призводить до розвитку хронічних форм і тяжких ортопедичних наслідків. Ефективна антибіотикотерапія у комплексному лікуванні гематогенного остеомієліту кісток таза дає змогу не тільки купірувати запальний процес на ранніх стадіях, але й зупинити його розповсюдження при значній деструкції.

Об'єктом дослідження були 18 дітей, хворих на гострий гематогенний остеомієліт кісток таза віком від 4 до 15 років, які знаходилися на лікуванні в обласній дитячій клінічній лікарні м. Дніпропетровська з 1995 по 2001 рік. У віці до 4 років дітей, хворих на гострий гематогенний остеомієліт кісток таза хворих дітей не було. Віком від 4 до 10 років було 4 дитини з цією патологією, 14 хворих – віком від 10 до 15 років. Хлопчиків було 11, дівчаток – 7.

За локалізацією найбільш часто уражувалася клубова кістка – 15 дітей, лобкова – 4, у 2 – сіднична, причому у 3 з них осередки запалення були в усіх трьох кістках таза. Під час ураження лобкової та сідничної кісток проводились УЗД, serimobili – та рентгендослідження, які підтверджували діагноз та визначали осередки деструкції.

Ні в жодної дитини з ізольованим ураженням лобкової та сідничної кісток таза не було гнояків, і лікування проводилося введенням антибіотиків in loco (лінкоміцин) протягом 5-7 днів та напівсинтетичні пеніциліни з гентаміцином (1995-1997 роках), а з 1998 року цефазолін, зіноцеф у вікових дозах терміном 10-12 діб. В усіх дітей цієї групи настало стійке видужання. Під час проведення протирецидивного лікування антибіотики не застосовувались.

При ураженні клубової кістки, або при ураженні усіх кісток тазового кільця, обов'язково, разом з УЗД, рентген та serimobili – дослідженнями

проводилось цитологічне та гістологічне дослідження. Після пункції крила клубової кістки через голку Касирського внутрішньокістково антибіотики вводились двічі на добу протягом 5-7 діб. Крім того, при ураженні внутрішньої поверхні клубової кістки у 2 дітей відмічались гнійні псоїти та позаочеревинні флегмони. Після їх дренажування відмічався значний біль з іррадіацією на стегно, що вимагало проведення блокади за Школьниковим димідролом та лінкоміцином. Це давало знеболюючий ефект впродовж доби, а 2-3 блокади були достатніми для повного знеболення.

Окрім локального внутрішньокісткового введення антибіотиків нами проводилась антибіотикотерапія цефалоспоринами, фторхіналонами разом з метронідазолом, а у 2 випадках дифлюканом. Хворим з локалізацією запального процесу у клубовій області або в усіх кістках таза проводили плазмаферез, ГБО разом з фізіотерапією. Імобілізація всім хворим проводилась спочатку за допомогою клеолового витягнення, а при тяжких ураженнях клубової або усіх кісток таза, накладанням гіпсових лонгет від попереку до підколінних ямок на 1 місяць. Прицільна антибіотикотерапія хворих з ураженням кісток тазового кільця була ефективна в усіх 18 хворих. Тільки у 1 дитини з ураженням клубової кістки процес перейшов у хронічну форму.

Висновки. 1. Гематогенний остеомієліт з локалізацією процесу у тазових кістках, за нашими даними, зустрічається у дітей віком старших 4 років.

2. Локалізація процесу у лобковій та сідничній кістках не потребує хірургічного втручання, лікування обмежується антибіотикотерапією з обов'язковим введенням ліків *in loco*.

3. Найбільш тяжкі форми захворювання з локалізацією у клубовій ділянці та в усіх кістках таза потребують не тільки хірургічного втручання, але й прицільної антибіотикотерапії з локальним введенням ліків внутрішньокістково та при блокадах за методом Школьникова.

УДК 617.555-007.43-053.31-08

**О.В. Лятуринская, М.А. Макарова, М.Ю. Курочкин**

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ЭМБРИОНАЛЬНЫХ ГРЫЖ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

В период с 1994 по 1999 г. в отделение реанимации и хирургии новорожденных Запорожья поступило 19 детей с омфалоцеле, из них умерло 8.

Все больные нами были разделены на две группы: I – с омфалоцеле; II – с омфалоцеле в сочетании с сопутствующими врожденными пороками.

В I группу вошли 15 новорожденных.



Во II группу вошли 4 больных (один с атрезией тонкого и толстого кишечника, ущемлением, некрозом и перфорацией тонкой кишки, перитонитом; двое с врожденным пороком сердца; один с пороком развития голени и стоп).

У большинства больных обеих групп была сопутствующая патология и осложнения: внутриутробная инфекция, пневмония, недоношенность, задержка внутриутробного развития, разрыв грыжевых оболочек и т.д.

По размерам грыжевого мешка больные распределились следующим образом: 42 % представлены омфалоцеле больших размеров, 37 % – омфалоцеле средних размеров; 21 % – омфалоцеле малых размеров.

Ультразвуковая диагностика в антенатальный период проводилась у 5 детей. Антенатально диагноз врожденного порока был поставлен одному пациенту. Девять детей родились непосредственно в городе Запорожье и доставлены в отделение реанимации новорожденных в течение 2-8 часов с момента рождения. Смертность у этих детей составила 20 %. Десять детей, родившихся в районах области, доставлены в специализированный стационар в более поздние сроки. Смертность у них составила 60 %.

В зависимости от дефекта, его размеров и тяжести сопутствующей патологии проводилось оперативное и консервативное лечение. В результате лечения из 19 больных умерло 8 (42 %), выздоровело 11 (58 %).

После оперативного лечения выздоровело 6 (50 %), и умерло 6 (50 %) больных. Оперативное вмешательство по абсолютным показаниям было произведено 3 детям с нарушением целостности грыжевых оболочек вне зависимости от размеров грыжевого мешка и 2 детям с кишечной непроходимостью.

Основными причинами смерти оперированных детей с омфалоцеле были: пневмония, перитонит, врожденный порок сердца, острая сердечно-сосудистая и легочная недостаточность, ДВС-синдром, синдром дыхательных расстройств, острая почечная недостаточность, отек мозга.

Консервативная терапия применялась у 5 детей из первой группы при больших и средних эмбриональных грыжах, а также у 2 детей второй группы при омфалоцеле малых и средних размеров. Выздоровление наступало после замещения оболочек грыжевого мешка грануляционной тканью, прорастающей с краев раны, с последующей эпителизацией ее. Образующуюся в результате консервативного лечения вентральную грыжу ликвидировали оперативным путем в возрасте после 1 года. В результате выздоровело пятеро (72 %) больных, умерло двое (28 %). Один ребенок умер от пневмонии, синдрома дыхательных расстройств; у второго на 14 сутки проводимой консервативной терапии развилась клиника спаечной кишечной непроходимости с некрозом кишечника, перитонитом.

Для обеспечения более высокого уровня антенатальной диагностики омфалоцеле необходимо тесное сотрудничество с женскими консультациями и родильными домами, проведение целенаправленного скринингового ультразвукового сканирования у всех беременных женщин, что позволило бы

принимать решение о прерывании или сохранении беременности, а также в кратчайшие сроки после рождения проводить лечение больных в специализированном отделении.

Расширение показаний к консервативному лечению новорожденных детей с омфалоцеле больших и средних размеров является обоснованным.

УДК: 616.381-002-053.2-085

**Б.М. Боднар, І.І. Пастернак, О.Б. Боднар, В.Л. Брожек**

## **ДИСКРЕТНИЙ ПЛАЗМОФОРЕЗ ПРИРОЗЛИТОМУ ПЕРИТОНІТУ ДІТЕЙ**

*Буковинська державна медична академія*

Пошук нових шляхів покращання лікування перитоніту залишається актуальним, зважаючи на той факт, що частота даної патології, за даними різних авторів, сягає 25,6%, а летальність – 33,1%. Провідним механізмом в розвитку неспецифічного інфекційного процесу є порушення системи антиінфекційної резистентності організму. У дітей з перитонітом мають місце значні клініко-імунологічні порушення, ступень вираженості яких залежить від поширеності патологічного процесу в черевній порожнині.

Нами обстежено 12 дітей з гострим деструктивним апендицитом, ускладненим розлитим перитонітом, в комплексному лікуванні яких використано методику екстракорпоральної детоксикації – дискретний плазмафорез та плазмаобмін зі застосуванням центрифуги РС-6. Оцінку імунного статусу дитячого організму проводили на 1-шу та 14-ту добу післяопераційного періоду шляхом аналізу показників клітинного гуморального імунітету та неспецифічної резистентності організму за загальноприйнятими методиками.

Встановлено, що дискретний плазмафорез, крім загальновідомих, має імунорегулюючий ефект, що проявляється покращанням показників специфічного імунітету та природньої резистентності організму. Зокрема, під дією дискретного плазмафорезу відбувається нормалізація абсолютної кількості лімфоцитів; зростає вміст лімфоцитів у крові за рахунок Т-лімфоцитів; нормалізуються показники фагоцитарної активності, фагоцитарного числа, нітросинього тетразолієвого тесту (НСТ-тест) в спонтанному та стимульованому варіантах, рівень циркулюючих імунних комплексів та сироваткових імуноглобулінів.

Таким чином, впровадження в комплексне лікування розлитого перитоніту дискретного плазмафорезу дозволяє корегувати імунні порушення депресивного характеру, що мають місце при цій патології.

**В.Л. Брожик, С.М. Сторожук, А.М. Унгурян, Г.Б. Боднар**

**ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНИХ  
МАКРОФАГІВ ДІТЕЙ З МІСЦЕВИМ НЕВІДМЕЖОВАНИМ  
ПЕРИТОНИТОМ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ  
ТА ПЕРИАПЕНДИКУЛЯРНИМ АБСЦЕСОМ**

*Буковинська державна медична академія*

Імунна відповідь організму хворої дитини на перитоніт реалізується за загальними механізмами імунологічної реактивності, що визначає необхідність комплексної оцінки систем неспецифічного і специфічного, клітинного і гуморального імунного захистів, а також регуляторних факторів їх інтеграції – кооперації імунокомпетентних клітин в імунній відповіді (Ломаченко І.Н., 1996 р.).

На нашу думку, першопричину імунних розладів слід шукати безпосередньо у зоні запалення, в очеревинній порожнині, де головною ефекторною ланкою імунної відповіді виступають перитонеальні макрофаги як клітини, що безпосередньо контактують з антигеном і презентують його антигенну детермінанту Т-лімфоцитам.

Основну групу становили 15 дітей з периапендикулярним абсцесом та 12 хворих з гострим гангренозним апендицитом, місцевим невідмежованим перитонітом.

Для порівняння активності перитонеальних макрофагів у 12 дітей з флегмонозним апендицитом, ускладненим серозним перитонітом, під час операції забирали ексудат очеревинної порожнини.

Дослідження ексудату очеревинної порожнини показало, що у дітей, хворих на місцевий невідмежований перитоніт (МНП), його інтраопераційний клітинний спектр складався з макрофагів, лімфоцитів, поліморфноядерних лейкоцитів і нейтрофілів, загальна кількість яких сягала  $(12,35 \pm 1,19)$  г/л проти  $(13,72 \pm 1,44)$  г/л у хворих на флегмонозний апендицит, ускладнений серозним перитонітом ( $P < 0,05$ ), які становили групу порівняння ( $n=12$ ). З них макрофагів було відповідно  $(42,90 \pm 2,37)$  та  $(58,14 \pm 3,81)$  % ( $p < 0,01$ ;  $n=12$ ).

Отже, при МНП кількість перитонеальних макрофагів виявляється в 1,4 раза меншою, ніж у дітей з флегмонозним апендицитом, ускладненим місцевим серозним перитонітом.

У дітей з периапендикулярним абсцесом (ПА) в перитонеальному ексудаті загальна кількість імунокомпетентних клітин становила  $(14,52 \pm 1,66)$  г/л, тоді як рівень макрофагів сягав  $(61,39 \pm 4,12)$  г/л, що було на 43,1 % більше, ніж у хворих групи порівняння ( $p < 0,01$ ;  $n=12$ ).

Фагоцитарна активність перитонеальних макрофагів у хворих групи порівняння становила  $(53,70 \pm 3,26) \%$ , у дітей, хворих на МНП, –  $(62,55 \pm 4,17) \%$  ( $p < 0,05$ ;  $n=12$ ), у дітей з ПА –  $(68,19 \pm 4,27) \%$  ( $p < 0,05$ ;  $n=15$ ). Фагоцитарне число в обох випадках було суттєво меншим, ніж у дітей з флегмонозним апендицитом  $(4,92 \pm 0,42, n=12)$ ;  $2,12 \pm 0,15 (n=12)$  – у дітей з МНП ( $p < 0,001$ ) і  $2,37 \pm 0,19 (n=15)$  – у хворих з ПА ( $p < 0,001$ ).

Дослідження *in vitro* функціональної відповіді перитонеальних макрофагів на стимуляцію ендотоксином грамнегативної мікрофлори виявило, що в разі МНП інтенсивність ендотоксиніндукованої хемілюмінесценції (ХМЛ) була на  $97,4\%$  вищею, ніж у перитонеальних макрофагів дітей з ПА:  $(119,86 \pm 9,75)$  та  $(60,72 \pm 4,33)$  мВт, відповідно ( $p < 0,001$ ;  $n=15$ ). Зауважимо, що відносно даних дітей групи порівняння  $(45,34 \pm 3,98)$  мВт, ( $n=12$ ) в першому випадку функціональна активність перитонеальних макрофагів підвищувалася в 2,6 рази, тоді як у випадку ПА ці зміни становили лише  $33,9 \%$  ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати свідчать, що реактивність перитонеальних макрофагів на ендотоксин грамнегативної мікрофлори значно вища у дітей з МНП, що є непрямом ознакою грамнегативної мікробної інтервенції в цьому випадку.

Результати визначення реакції перитонеальних макрофагів на стимуляцію інтерлейкіном- $1\beta$  виявились, в певній мірі, парадоксальними: збільшення інтерлейкін- $1\beta$ -індукованої ХМЛ у дітей групи порівняння становило  $+396,54 \%$  від базального рівня  $(12,24 \pm 1,41)$  мВт – вихідні дані та  $(48,54 \pm 3,16)$  мВт – після стимуляції,  $p < 0,001$ ; ( $n=12$ ), тоді як у дітей, хворих на МНП, приріст генерації активних форм кисню макрофагами очеревинної порожнини становив лише  $35,67 \%$   $(9,87 \pm 0,78)$  та  $(13,39 \pm 0,95)$  мВт, відповідно,  $p < 0,02$ ; ( $n=33$ ), а у дітей з ПА –  $17,33 \%$   $(11,05 \pm 0,75)$  та  $(12,96 \pm 0,99)$  мВт, відповідно,  $p < 0,05$ ; ( $n=15$ ).

Генерація фактор некрозу пухлин (ФНП)  $\alpha$  у відповідь на стимуляцію перитонеальних макрофагів інтерлейкіном- $1\beta$  у дітей контрольної групи підвищувалася в 2,2 рази  $(78,33 \pm 5,83)$  пг/мл за год – вихідні дані та  $(172,44 \pm 11,45)$  пг/мл за год – після стимуляції,  $p < 0,001$ ; ( $n=12$ ), у дітей, хворих на МНП – в 1,4 рази  $(65,17 \pm 4,52)$  пг/мл за год – вихідні дані та  $(91,24 \pm 4,12)$  пг/мл за год – після стимуляції,  $p < 0,001$ ; ( $n=12$ ), а у дітей з периапендикулярним абсцесом – лише на  $22,4 \%$   $(58,95 \pm 3,96)$  пг/мл за год – вихідні дані та  $(72,15 \pm 3,41)$  пг/мл за год – після стимуляції,  $p < 0,02$ ; ( $n=15$ ).

Таким чином, у дітей з місцевими формами перитоніту апендикулярного генезу, особливо в разі розвитку периапендикулярного абсцесу, функціональна активність перитонеальних макрофагів значно зменшується, що супроводжується зниженням інтенсивності їх відповіді як на ендотоксин грамнегативної мікрофлори, так і на природний регулятор їх функції – інтерлейкін- $1\beta$ .

**Б.М. Боднар, С.В. Шестобуз, О.Л. Кухарчук, Д.А. Трефаненко**

## **ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН НИРОК ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БРИЖОВИЙ ЛІМФАДЕНІТ**

*Буковинська державна медична академія*

У клініці дитячої хірургії проведено дослідження дітей з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини (Боднар Б.М., 1998) і у 30% випадків встановлено зміни з боку сечовидільної системи.

Зазначене слугувало причиною вивчення функціонального стану нирок за гострого запалення брижових лімфатичних вузлів. Основну групу становили 22 дітей, хворих на гострий брижовий лімфаденіт (ГБЛ), контрольну групу – 15 практично здорових дітей, у групу порівняння ввійшли 25 дітей з незапальними захворюваннями органів черевної порожнини.

Дослідження функціонального стану нирок у хворих дітей проводили за допомогою кліренс-методу оцінки діяльності судинно-клубочкового і каналцевого відділів нефрону за умов спонтанного нічного дванадцятигодинного діурезу. Концентрацію калію та натрію в сечі визначали методом фотометрії полум'я на "ФПЛ-1", креатиніну – реакцією з пікриновою кислотою з реєстрацією показників екстинції на фотокалориметрі "КФК-2 і спектрофотометрі "СФ-46". Визначення рН сечі проводили на мікробіоаналізаторі "Redelkys" (Угорщина), вміст кислот та аміаку в сечі визначали титрометрично.

Дослідження екскреторної функції нирок показало, що за гострого запалення брижових лімфовузлів відбувається помірне зниження діурезу, який становив величини на 22,4% менші за дані у дітей контрольної групи, та на 17,5% нижчі, ніж у дітей групи порівняння. Зміни об'єму кінцевої сечі були зумовлені зниженням швидкості клубочкової фільтрації – на 20,8 та 17,9 % відповідно, оскільки реабсорбція води зменшувалася. Обмеження фільтраційного навантаження нефронів призводило до підвищення вмісту креатиніну в плазмі крові, який перевищував контрольні показники та дані у дітей групи порівняння, відповідно, на 49,6 та 35,3 %. Концентрація калію в сечі зростала відносно контролю на 54,7 %, а його екскреція була на 28,6 % більша, ніж у дітей з незапальними захворюваннями органів черевної порожнини, концентрація натрію в сечі зростала на 16,3 % відносно контролю, урокіназна активність сечі зменшувалася відносно контролю на 17,4 % та виявлялася на 11,4% меншою за дані у дітей групи порівняння.

Значно більших змін зазнавали показники кислотовидільної функції нирок, спостерігалось значне підвищення екскреції титрованих кислот і аміаку (в 1,9 та 2,1 рази вище за контроль), що відбувалося за рахунок збільшення амонійного коефіцієнта. Тобто інтенсифікація процесів ацидифікації сечі відбувалася переважно за рахунок активації амоніогенезу. Водночас суттєво зро-

стала екскреція активних іонів водню, яка перевищувала контрольні показники на 42,8 % та була на 32,9 % більшою, ніж у дітей з незапальними захворюваннями органів черевної порожнини.

У комплексному лікуванні дітей, хворих на ГБЛ, поєднано застосовували новий спосіб абсорбції токсичних речовин з порожнини тонкої кишки сорбентом "Ентеросгель" (поліметилсілоксан) та внутрішньотканинний електрофорез. Дітям основної групи з ГБЛ перорально призначали ентеросгель з розрахунку 0,5 г/кг. Внутрішньотканинний електрофорез проводили апаратом "Поток-1".

Застосування зазначеного лікування сприяло нормалізації екскреторної функції нирок, діурез після лікування зростав на 22,5%, підвищувався об'єм кінцевої сечі, зменшувалися показники калію, нормалізувалася концентрація натрію, що супроводжувалося зменшенням інтенсивності процесів ацидифікації сечі.

Отже, поєднане застосування в комплексному лікуванні дітей, хворих на ГБЛ, ентеросорбції та внутрішньотканинного електрофорезу нормалізує показники екскреторної, інуреторної та кислотовидільної функції нирок.

УДК: 616.71-018.46-002.3-053.2-07

## **Б.М. Боднар, В.В. Горячев, Є.М. Микитинський, І.Б. Регульська** **ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ РАНЬОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО** **ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ У ДІТЕЙ**

*Буковинська державна медична академія*

Актуальність ранньої діагностики гострого гематогенного остеомієліту у дітей (ГГО) визначається його високою частотою серед хірургічних захворювань дитячого віку (від 3 до 11 %), переходом у хронічні форми (до 11 %) і високою летальністю (від 0,6 до 6,8 %), що не мають істотного зниження в останнє десятиріччя.

Успіх терапії ГГО забезпечують рання діагностика та адекватне лікування.

У клініці дитячої хірургії протягом останніх 5 років знаходилося на лікуванні 126 дітей у віці від періоду новонародженості до 15 років. У ранній термін (1-3-тя доба) від початку захворювання госпіталізовано 27 чоловік (21,4 %).

Вони були розділені на 2 групи, в залежності від клінічної картини ГГО.

У I групу ввійшло 9 чоловік (33,3 %) із маніфестною клінічною картиною в момент госпіталізації, що відповідає токсичній (адинамічній) і септико-піємічній формам ГГО (за Т.П. Краснобаєвим).

У II групи включено 18 дітей (66,6 %) у продромальному періоді ГГО (за В.С. Кононовим). Клінічна картина ГГО у дітей II групи не відповідала опису ні однієї з форм загальноприйнятої класифікації ГГО Т.П. Краснобаєва. Відзначався незначний локальний біль у проксимальному чи дистальному відділах сегмента кінцівки, субфебрильне підвищення температури тіла, відсутність клінічно значимого набряку м'яких тканин і обмеження рухливості кінцівки. Загальний аналіз крові, індекс Кальф-Каліфа вірогідно не відрізнялися від показників вікової норми.

Рання госпіталізація дітей II групи, активне динамічне спостереження в умовах клініки, вчасно розпочата патогенетична терапія дозволили перервати прогресування ГГО фазі плямистого остеопорозу (рентгенологічно) без переходу в хронічну форму.

Диференційна діагностика ГГО в ранній термін захворювання є складною і остаточно невирішеною проблемою дитячої хірургії. Динамічне спостереження, використання параклінічних, інструментальних і лабораторних методів дослідження дозволяють вчасно діагностувати або виключити ГГО.

Цілеспрямовано зібраний анамнез захворювання у всіх дітей, що поступили в клініку з ГГО довгих трубчастих кісток показав, що він ідентичний клініці продромального періоду за В.С. Кононовим і відповідає опису 1-ї стадії ГГО (Truet J., 1968), а недооцінка лікарями його доклінічного етапу становить 30-70 %, що відповідає даним літератури (Я.Б. Юдин, 1983 р., Ю.П. Губов, 1984 р., М.М. Єловий і А.П. Глазова, 1989 р.) Причини цього, можливо, обумовлені наступними фактами:

1. Загальноприйнята класифікація ГГО за Т.П. Краснобаєвим (1924) і її наступні модифікації не відображають динаміку розвитку ГГО і не мобілізують лікаря на ранню діагностику запального процесу в кістках у дітей.

2. В практичній охороні здоров'я відсутні декретовані вимоги до діагностики ГГО у дітей на догоспітальному етапі (аналогічні вимогам при болях у животі або підозрі на гострий апендицит), що знімає відповідальність лікаря за ранню діагностику ГГО, а також наслідки остеомієлітичного процесу.

Таким чином, розробка і впровадження нової класифікації ГГО, що враховує динаміку запального процесу в кістках, а також декретування вимог до діагностики ГГО, дозволяє оптимізувати лікування і поліпшити наслідки цього важкого захворювання у дітей.

**А.Ф. Левицький, О.В. Бебешко, В.М. Вітязь**

## **ДІАГНОСТИЧНА ТА ОПЕРАТИВНА АРТРОСКОПІЯ КОЛІННОГО СУГЛОБА ДІТЕЙ**

*Українська дитяча клінічна лікарня "Охматдит", м. Київ*

Діагностика травм та захворювань колінного суглоба нерідко пов'язана з труднощами. У період 1999-2001 рр. було проведено артроскопічне дослідження 23 хворим віком від 7 до 15 років. При дослідженні використовувалася операційний артроскоп фірми "Карл Шторц" Німеччина. У всіх випадках дослідження проводилося під загальним знеболюванням, через нижньомедіальний та нижньолатеральний доступи. Для промивання та наповнення порожнини суглоба застосовували ізотонічний розчин хлориду натрію. Показаннями для проведення дослідження колінного суглоба були: неясна картина внутрішньосуглобового пошкодження або захворювання (у 14 хворих), блокування колінного суглоба (у 5 хворих), наявність вільних внутрішньосуглобових тіл (у 4 хворих). Артроскопія дозволила візуально оцінити ступінь змін внутрішньосуглобових утворень, виявити найбільш уражені ділянки, стан покривного хряща суглобових поверхонь.

Використання артроскопії у дітей із неясною клінічною картиною дозволило встановити заключний діагноз. Ураження менісків виявлено у 7 пацієнтів. Зміни в понадколінниковому жировому тілі (хвороба Гоффа) виявлено у 2 дітей. Рання стадія розвитку остеохондропатії надколінника (хвороба Левена) – в 1 хворого і розсікаючий остеохондроз медіального виростка стегнової кістки (хвороба Кеніга) – у 2 хворих. Візуально початкові зміни суглобового хряща у вигляді розм'якшення, шершавості та розволокнення його поверхневих шарів. Діагноз ревматоїдний артрит – встановлено 2 пацієнтам. При ревматоїдному артриті спостерігалась гіперемія синовіальної оболонки, її набряк, поверхневі фіброзні нашарування. Одному хворому з сумнівним діагнозом проведено прицільну біопсію.

У хворих із симптоматикою блокування колінного суглоба в 3 випадках виявлено розрив переднього рога медіального меніска і в 2 випадках – дискоїдного меніска.

У пацієнтів з наявністю вільних внутрішньосуглобових тіл в 2 випадках виявлено хондроматозні тіла, в 2 випадках – фрагменти травматичного походження (кістково-хрящовий фрагмент надколінника, фрагмент покривного хряща виростка стегна).

Діагностика транسخондральних розривів меніска у 7 хворих не викликала труднощів. Виявлення паракапсулярних уражень менісків (у 3 хворих) було більш утруднене через те, що місце порушення цілісності було недосяжним для огляду. Встановленню правильного діагнозу допомагає дослі-



дження рухливості меніска. Правильний діагноз – розрив меніска – дозволив одночасно зробити операцію менісскетомії в 7 випадках та шов меніска – в 3 випадках.

2 хворим при наявності дискоїдного меніска проводилася операція менісскетомії.

Вільні внутрішньосуглобові тіла одномоментно видалялися із порожнини суглоба.

При ревматоїдному артриті у дітей спостерігалась гіперемія синовіальної оболонки, її набряк, поверхневі фіброзні нашарування, що кровоточили від дотику артроскопом (у 2 хворих). Одному хворому з сумнівним діагнозом проведено прицільну біопсію.

Огляд суглоба у хворих на гемартроз можливий після багаторазового промивання та повного звільнення суглоба від геморагічного вмісту. Ретельне промивання його сприяє кращому перебігу подальшого консервативного лікування. Показаннями для консервативного лікування були: розтягнення або частковий розрив суглобової капсули (у 5 хворих), ураження суглобового хряща (у 3 хворих).

Тривалість іммобілізації після артроскопії склала від 2 до 21 дня. Вона зумовлювалась важкістю ураження внутрішньосуглобових структур.

Артроскопія колінного суглоба є важливим методом дослідження, що дозволяє верифікувати діагноз та, при необхідності, одночасно здійснювати оперативне втручання.

Артроскопічне дослідження у дітей проводити легко, в порівнянні з дорослими, внаслідок більшої еластичності суглобової капсули.

УДК 616.379-008.64:574

**А.А. Слюсарев, А.А. Алексеенко, А.А. Музалев,  
Е.А. Ракша-Слюсарева**

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСПЛАНТАЦИИ  
КУЛЬТУР ФЕТАЛЬНЫХ КЛЕТОК ПОД ЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ  
НЕБЛАГОПРИЯТНОМ РЕГИОНЕ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

При заболевании сахарным диабетом в детском возрасте наблюдается более лабильное течение, более выраженные нарушения гормонального статуса организма, что проявляется задержкой психофизического развития. Прогноз заболевания более неблагоприятный. В последние годы в Донбассе

регистрируется рост заболеваемости сахарным диабетом, в том числе, среди детей.

Существующие методы лечения сахарного диабета в детском возрасте недостаточно эффективны, не дают возможности избежать осложнений и ранней смертности.

В последнее время в Украине интенсивно развивается новое направление в лечении сахарного диабета – трансплантация культур клеток и тканей поджелудочной железы. При этом разработка методов трансплантации культуры клеток поджелудочной железы дает возможность не только избежать нежелательных последствий и осложнений заболевания, но и откорректировать психофизическое развитие ребенка.

Однако применение этого метода у детей разработано недостаточно, в особенности это касается контингента детей из экологически неблагоприятных регионов, где течение заболевания проходит на фоне измененной иммунобиологической реактивности организма, за счет неблагоприятия окружающей среды промышленного региона.

Целью работы было исследование эффективности трансплантации культуры фетальных клеток поджелудочной железы у детей, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Донбасса.

Под наблюдением находилось 18 детей: 10 девочек и 8 мальчиков в возрасте от 8 до 14 лет. У всех детей был сахарный диабет I типа (инсулинозависимый) с выраженным лабильным течением. Всем обследуемым проводили клинико-лабораторное исследование. Дополнительно исследовали гликозилированный гемоглобин, содержание С-пептида, уровень половых гормонов, изучали гематоиммунологический статус (анализировали гемограмму, определяли экспрессию антигенных рецепторов мембранами лимфоцитов периферической крови методом непрямой иммунофлуоресценции.) При проведении последних исследований была использована отечественная панель коммерческих моноклональных антител для выявления экспрессии рецепторов мембранами мононуклеаров, аналогичных СК 3+, СК 4+, СК 8+, СК 22+, HLA, HLA-Kr.

Трансплантацию фетальных клеток поджелудочной железы производили по собственному методу с использованием культур фетальных тканей поджелудочной железы, изготовленных в Региональной научно-практической лаборатории изготовления и сохранения клеток и тканей КЦТ МЗ Украины.

До трансплантации у 7 детей наблюдались микроангиопатии, у 8 полиневропатии, у 9 ретинопатии. Явление кетоацидоза было у 11 детей. У всех обследуемых было зарегистрировано отставание в физическом развитии, общая слабость, психоэмоциональная лабильность. Колебания концентрации сахара в крови было от 3 до 30 ммоль/л, несмотря на дробное введение инсулина короткого действия, регистрировалось снижение уровня половых гормонов. При этом у детей, больных сахарным диабетом, при сравнении с показателями соответствующей возрастной группы регистрировалось сни-

жение в периферической крови различных популяций и субпопуляций иммунокомпетентных клеток и их дисбаланс.

После трансплантации уже к 10-14 суткам отмечалась четкая стабилизация показателей углеводного обмена на фоне снижения суточной дозы вводимого инсулина на 30-50 %. В этот период зарегистрирована коррекция дисбаланса основных популяций и субпопуляций лимфоцитов. В среднем, наблюдалось восстановление содержания популяции лимфоцитов СК 3+ и СК 8+ до уровня региональной нормы, тенденция к восстановлению содержания субпопуляций Т-лимфоцитов (СК 4+, СК 8+), популяции В-лимфоцитов.

К концу 1 месяца после трансплантации всех детей удалось перевести на 1-2 кратное введение инсулина в комбинации продленного и простого типа действия. У всех детей снизились проявления микроангио- и полиневропатии, повысилась двигательная активность.

В течение 2 месяцев наблюдалась тенденция к восстановлению содержания субпопуляций лимфоцитов СК 3+, СК 4+, СК 8+, СК 20+, экспрессии антигенных рецепторов СК 25+, СК 38+, HLA+, HLA-Kr+, СК 16+.

В течение 2-12 месяцев регистрировалась тенденция к восстановлению или нормализация этих показателей. В 13-23 месяца наблюдалась их стабилизация, а у 15 % постепенное снижение этих показателей, в первую очередь HLA+, СК 4+, и нарастание дисбаланса СК 4+ СК 8+.

У отдельных пациентов (35 %) нормальное содержание экспрессии антигенных рецепторов мембранами лимфоцитов сохранялось до 4-6 лет.

Клиническое состояние и гормональный статус у детей были стабильными в течение всего времени наблюдения. Физическое состояние и психоэмоциональное развитие улучшилось и стало соответствовать возрасту.

Таким образом, зарегистрирована положительная динамика ряда показателей иммунной системы, коррелирующая с улучшением клинического состояния больных после трансплантации культур фетальных клеток поджелудочной железы.

УДК 616.728.2/3-009.12-06:616.831-009.11]-053.2-089

**А.А. Данилов, В.В. Горелик**

## **МИОНЕВРОТИЗАЦИЯ КАК ПЕРСПЕКТИВНЫЙ МЕТОД ВЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРТАЗОБЕДРЕННЫХ И КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ У ДЕТЕЙ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ.**

*КМАПО им. П.Л.Шупика*

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает значительное место среди инвалидизирующих заболеваний детей и подростков как у нас в стране,

так и за рубежом. (Пчеляков А.В., 1988; Маргосюк И.А., 2000; Лильин Е.Т., 1999; Бадалян Л.О., 1988).

Необходимо отметить, что наряду с использованием традиционных нейроортопедических подходов, характеризующихся работой хирурга непосредственно на спазмированных мышцах, их сухожилиях, деформированных или недоразвитых суставах, в последнее время все шире применяются методы функциональной нейрохирургии (Журавлев А.М., 1974; Перхурова И.С., 1996).

Огромный интерес представляет операция мионевротизации различных мышц, участвующих в формировании контрактур нижних конечностей (Пейсахович Г.И., 1972) Однако ее эффективность у больных с ДЦП недостаточно изучена, что побудило нас провести клиническое исследование на базе 1-й ДГКБ г.Киева.

В основу рассматриваемого метода лечения взят принцип переориентации ветвей нервов, снабжающих группы мышц с различной степенью спастичности. Мионевротизация проводилась путем имплантации ветвей нервов в перимизиум по методике, описанной в работах Дж. Брунелли в период 1980-1986 гг. Выделение ветвей нервов, наложение швов проводилось с применением микрохирургической техники.

Вмешательства на нервах, в зависимости от степени контрактур и изменений в мышцах, в ряде случаев дополнялись мио- и тенотомиями, пластическим удлинением сухожилий. Выбор ветвей нервов для мионевротизации осуществлялся на основании их принадлежности к мышцам, оказывающим доминирующее влияние на формирование контрактуры.

С применением вышеуказанного метода проведено лечение 42 больных в возрасте от 1,5 до 16 лет со спастической диплегией или двойной гемиплегией. Во всех случаях имелась двигательная недостаточность различной степени тяжести. У 17 больных (40 %) были ранее проведены операции, но возник рецидив контрактур или улучшение не наступило. 22 ребенка (52 %) активно лечились с применением разработанных методик для лечения детей с данной патологией. И только трое больных обратились за помощью впервые. Всего проведено 84 операции, по возможности одномоментно выполнено вмешательство на обеих конечностях. Если интраоперационно возникали трудности с выделением нерва, обычно связанные с нарушением топографии из-за рубцового процесса после ранее проведенных оперативных вмешательств, то выполнялась операция только на одной нижней конечности с учетом специфического влияния длительности общего наркоза на пациентов с данной патологией. Хирургическое лечение второй нижней конечности осуществлялось через 2-3 месяца.

Результаты лечения оценивали по степени устранения контрактуры, отсутствию рецидивов, восстановлению активных и пассивных движений, способности больных сидеть, стоять, ходить.

Для сравнительной оценки результатов лечения взята группа больных в количестве 18 человек, которым проведены вмешательства только на не-

рвных стволах и 60 детей после операций на мышцах и сухожилиях. Срок наблюдения составил от 6 месяцев до 3 лет. При оценке результатов отмечено, что наибольшее число рецидивов (56,4 %) наблюдалось после мио- и тенотомий и пластического удлинения сухожилий. Причем в данной группе больных были также деформации, обусловленные избыточным удлинением кинематической цепи.

У 70 % больных после мио- и тенотомий рецидивы отмечены в периоды активного роста, то есть в возрасте 11 лет и более. Срок после операции мало влиял на возврат деформации. У детей младшей возрастной группы рецидивы были при тяжелом прогрессирующем течении основного заболевания.

В группе больных, которым проведена только мионевротизация, количество рецидивов на протяжении до 3 лет после операции составило 13,7 %, с преобладанием возрастной градации свыше 13 лет. Возврат деформаций был связан с дегенеративно-дистрофическими изменениями в иннервируемых мышцах, так как это были дети с тяжелой степенью длительно существующих контрактур. Но надо отметить, что повторно возникшие контрактуры не достигали исходных значений и при условии постоянного консервативного лечения не отмечалось резкого нарастания двигательной недостаточности.

Положительный эффект отмечен при лечении сгибательно-приводящих контрактур бедер, а также сочетания приводящих контрактур бедер со сгибательными контрактурами коленных суставов посредством сочетания мионевротизации ягодичных мышц или одной из головок четырехглавой мышцы бедра передней или задней ветвью запирающего нерва с миотомией аддукторов. В этих случаях всегда отмечалась постоянная стойкая тенденция к уменьшению статистико-динамических нарушений независимо от возраста и срока после операции. Таким образом, результаты применения оперативных вмешательств на периферических нервах для устранения контрактур суставов нижних конечностей при церебральном параличе показали их эффективность. Данные операции показаны при определенных видах и локализации контрактур, возникающих у больных с церебральным параличом.

**В.Б. Давиденко, А.А. Юсеф**

## **ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ВТОРИННИХ ПІСЛОНЕФРИТІВ У ДІТЕЙ**

*Харківський державний медичний університет*

Пієлонефрит є одним із провідних захворювань серед гнійно-запальних процесів у дітей. Він є майже постійним ускладненням уроджених гідронефрозів та потребує великих зусиль для своєї ліквідації.

Складнощі в лікуванні вторинних пієлонефритів обумовлені значними змінами кровообігу та розвитком нефросклерозу в гідронефротично трансформованій нирці, що значно погіршує проникливість та накопичення антибактеріальних засобів у тканинах нирки та знижує ефективність лікування.

Нами розроблений новий спосіб антибактеріальної терапії вторинних пієлонефритів шляхом введення під час операції спеціального електрода в нирку та миску і проведення в післяопераційний період сеансів внутрішньотканинного діадинамофорезу антибіотиків. Сеанси діадинамофорезу антибіотиків проводяться один раз на добу впродовж 7-8 діб.

Наслідком використання означеного методу введення антибіотиків став позитивний перебіг пієлонефриту в післяопераційний період, що проявилось нормалізацією температури, більш ранньою санацією сечі, зменшенням набряку тканин нирки, покращенням евакуації сечі через мисково-сечовідний анастомоз.

Таким чином, внутрішньотканинний діадинамофорез антибіотиків є ефективним методом лікування післяопераційних пієлонефритів у дітей, що дозволяє рекомендувати його для більш поширеного використання.

УДК 616.329-007.271-07-089-053.2

**О.Г. Дубровін**

## **ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПЕПТИЧНОЇ СТРИКТУРИ СТРАВОХОДУ У ДІТЕЙ**

*Інститут педіатрії, акушерства та гінекології АМН України  
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця  
УДСЛ "ОХМАТДИТ"*

В клініках дитячої хірургії НМУ з пептичною стриктурою стравоходу внаслідок патологічного шлунково-стравохідного рефлексу (ШСР) проведено обстеження та лікування 23 дітей віком від 3 місяців до 15 років.

Більшість дітей поступали в віці 1-3 років, але клінічні прояви захворювання у 70 % дітей починались з народження. У 1 дитини пептична стриктура розвинулась у віці 1 року після рецидиву вродженої діафрагмальної грижі, у другої – в 9 років після травми, що привела до травматичної діафрагмальної грижі. У 1 дитини клініка проявилась в 13 років під час перенесення важкої форми діабету, у другої – з 7 років після перенесеної кишкової інфекції. У однієї дитини початок клінічних ознак був в 3 роки, у двох – в 2 місяці, у однієї в 5 місяців. Діагноз при направленні був вірним лише в одному випадку, що свідчить про погану обізнаність лікарів з цією патологією.

Головною клінічною ознакою у дітей з пептичною стриктурою стравоходу в 83 % випадків було блювання після прийняття їжі. В 35 % випадків були епізоди блювоти з кров'ю, а в 48 % була порушена прохідність стравоходу для густої та кашоподібної їжі. Болі за грудниною в 39 % випадків свідчили про значний ступінь запалення. Патологія вагітності у матерів цих дітей відмічена в 57 %. Наявність бронхолегеневих захворювань (57 %) та гіпотрофії різного ступеня (52 %) свідчить про характерність цих ускладнень для основної патології.

Діагноз пептичної стриктури був встановлений за даними рентгенологічного, ендоскопічного обстежень та гістологічного вивчення біоптатів тканин.

За даними рентгенологічного обстеження протяжність стенозів складала менше 1 см у 2 дітей, 1-2 см у 9 дітей, від 2 до 3 см у 3, від 3 до 4 см у 9 дітей. Рівень стенозів починався від Th<sub>4</sub> у 1 дитини, Th<sub>5</sub> у 3, Th<sub>6</sub> у 6, Th<sub>7</sub> у 8, Th<sub>8</sub> у 3, Th<sub>9</sub> у 2 дітей. У всіх дітей, крім одного з повною непрохідністю стравоходу, при рентгенологічному обстеженні виявлено високий ШСР на фоні недостатності кардії та вторинного вкорочення стравоходу.

При первинному ендоскопічному обстеженні пройти ендоскопом за зону стенозу вдалося тільки у 4 дітей. У 12 дітей ендоскопічно на рівні стенозу виявлено звуження з наявністю рубцевої тканини, у 11 дітей – наявність виразок, фібрину та грануляційної тканини. Після відновлення прохідності стравоходу проводилось взяття тканин для гістологічного обстеження в зоні стенозу та вище зони стенозу під ендоскопічним контролем.

Взяти біопсійний матеріал вдалося у 18 дітей. Найбільш часто (в 14 випадках) в препаратах виявляли епітелій кардіальних залоз шлунка. В одному з випадків ці зміни супроводжувались папіломатозними розростаннями, в двох випадках – наявністю кишкового епітелію. В трьох випадках виявлений плоский епітелій з тенденцією до кератонезації, в двох – рубцева тканина, в 7 – виразково-некротичні зміни в тканинах біоптатів.

Корекція пептичних стенозів стравоходу складалася з відновлення прохідності стравоходу на фоні протизапальної терапії, попередження ШСР та лікування його наслідків та ускладнень.

Для відновлення прохідності стравоходу використовували бужування та дилатацію. З 23 хворих тільки у однієї дитини не вдалося відновити прохідність стравоходу до операції. В 6 випадках бужування було неможли-

вим і відновити прохідність стравоходу вдалося тільки при проведенні балонної дилатації. У двох дітей прохідність відновлена завдяки проведенню дилатації ретроградно по струні, у 4 дітей – ортоградно по струні. Відновлення прохідності стравоходу дозволяло попередити аспірацію, обумовлену порушенням прохідності стравоходу, та забезпечити прохідність їжі для повноцінного харчування. Для попередження патологічної дії шлункового соку на слизову оболонку використовували антациди,  $H_2$ -блокатори, гастроцилін. Використання прокінетиків було обов'язковим елементом терапії ШСР. Ми віддавали перевагу препаратам цезаприду (перистил, координакс) як найбільш безпечним та ефективним. При наявності ускладнень з боку бронхолегеневої та травної систем проводилась цілеспрямована терапія. Використання вказаних методів дозволяло стабілізувати стан хворого та підготувати його до патогенетично обумовленої операції підля попередження ШСР.

В 3 випадках після відновлення прохідності стравоходу та проведення консервативного лікування батьки відмовились від оперативного втручання. В 5 випадках проведена антирефлюксна операція за Nissen з інтраопераційним бужуванням без подальшого бужування в післяопераційний період. У 10 дітей проведена операція за Nissen з інтраопераційним бужуванням та з подальшим бужуванням в післяопераційний період. У 6 дітей інтраопераційне бужування здійснене через нитку, проведену через гастростому, у 4 дітей без накладання гастростоми. У 4 дітей після проведення антирефлюксної операції виникла необхідність резекції рубцево зміненої тканини стравоходу. В одному випадку сегментарна резекція проведена після виконання фундоплікації за Nissen, в трьох – після подовження абдомінального відрізка стравоходу при проведенні гастропластики за Collis з фундоплікацією за Nissen. В одному випадку проведена секторальна резекція рубцевозміненої частки стравоходу з фундоплікацією за Belsey через торакальний доступ одномоментно, після чого виникло ускладнення – недостатність швів анастомозу. В інших випадках ускладнень та рецидиву стенозу не було.

Таким чином, встановлення діагнозу пептичної структури не складає труднощів при комплексному використанні методів рентгенографії, ендоскопії та дослідження тканин біоптатів. Лікування пептичної стриктури у дітей ефективно при використанні методів відновлення прохідності стравоходу тільки на фоні проведення антирефлюксної операції.



**Г.С. Ханес, И.С. Максакова, С.А. Черноволенко**

## **ПРОБИОТИК «ЭНТЕРОЛ» В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ КИШЕЧНОГО ДИСБАКТЕРИОЗА В ПРАКТИКЕ ХИРУРГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ**

УДСБ “Охматдет”, г. Киев

На протяжении 15 лет работы отделения хирургии новорожденных различные пробиотики были обязательным компонентом антибактериальной терапии. Опыт применения различных пробиотиков в профилактике и лечении кишечных дисбактериозов показывает нестабильность вызванного ими лечебного эффекта и транзиторность пребывания в кишечнике внесенных с препаратами бифидум- и лактобактерий.

Новым подходом в лечении и профилактике тяжелых дисбактериозов, возникающих у послеоперационных и септических больных, у которых применялись различные антибиотики, было внедрение в клиническую практику лечения новорожденных препарата “Энтерол” (*Saccharomyces Boulardi*). По данным S. Brugier и E. Patte (1975), *Saccharomyces Boulardi* подавляет рост *E. Colli*, *Salmonella typhi murium*, *Shigella dysenteria*, *Candida albicans* и другой патогенной микрофлоры; тормозит эффект и образование бактериальных токсинов. Он восстанавливает нормальную кишечную флору за счет внедрения в ее цитоплазму витаминов группы В (тиамина, рибофламина, пиридоксина, пантатеновой кислоты), никотиновой кислоты, а также ряда ферментов, способствующих усвоению и ферментации сахара. Этот эффект *Saccharomyces Boulardi* дает основания для их использования препарата “Энтерол”) для профилактики и лечения кишечного дисбактериоза и диареи у новорожденных с различной хирургической патологией., обусловленной как энтеротоксигенными штаммами бактерий (вирусов), так и вследствие применения ряда мощных антибиотиков (тиенама, ванкомицина, пенициллинов).

На протяжении 5 лет (1996-2001 гг.) препарат «Энтерол» применен в лечении 100 новорожденных младенцев в позднем послеоперационном периоде при врожденных пороках развития ЖКТ, перитонитах, остеомиелитах и другой гнойной септической патологии. Накопленный клинический опыт показал целесообразность 4-8-кратного введения препарата на протяжении суток. Такая методика способствовала росту кандид, избыточного количества патогенной кишечной флоры (*Enterobacter aerogenes*), коагулазо-позитивных и коагулазо-негативных стафилококков у 30 новорожденных с пузырчаткой, где в комплекс лечения включался антибиотик нетромицин; у 40 новорожденных с септическими формами гематогенного остеомиелита препарат «Энтерол» применен в комплексе лечения цефаллоспоридами III поколения (рацефином, лендацином, фортумом, цефобидом) в сочетании с ами-

ногликозидами III покоління (амікацином, нетромицином). При цьому отмечено зменшення частоти дисбактеріоза у мляденців в період реабілітації і переходу на штучне викармливання. Даний препарат применен також у 30 послеопераційних больних где течение захворювання ускладнювалось фібринозно-гнойним перитонітом і НЭК. Под впливом препарату у послеопераційних больних отмечена раннєе восстановление моторики кишечника, зменшилось вицевання патогенної мікрофлори. Применение «Энтерола» в комплексі лікування новорождєнних позволяло в ряду случаев отказаться от профилактического применения противокандидозных препаратов в ходе антибактериальной терапії.

Выводи. Накопленний опыт лікування препаратом «Энтерол» у 100 новорождєнних і мляденців в віці от 3 суток до 3 місяців показав целесообразность его использования:

- в ходе антибактериальной терапії для профилактики дисбактеріозов
- при некротически-язвенном энтероколитє 1-2-й стадії для лікування «большого» кишечника;
- при ліченні сепсиса новорождєнних дітей как средство воздействия на гуморальный иммунитет;
- с учетом особенностей викармливания новорождєнних считаем необходимым вводить препарат не реже 4 раз в сутки в виде раствора: 1 доза на 20 мл электролитного раствора для питья (регидрона), в конце кормления по 5 мл.

УДК 617.55.-089.168.1-78:617.55.-089.168.1-78:621.5:615.835

**В.С. Овечкін, І.Є. Зайцев, Л.В. Гуменюк,  
Ю.А. Шевченко, Д.В. Овечкін**

## **ГІПЕРБАРИЧНА ОКСИГЕНАЦІЯ ЯК МЕТОД ІМУНОКОРЕГУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ АБОМІНАЛЬНИХ ОПЕРАЦІЯХ ДІТЕЙ**

*Сумський державний університет*

Метою даної праці були обґрунтування і оцінка ефективності застосування в практиці лікаря-хірурга методу гіпербаричної оксигенації (ГБО) у комплексі з традиційними методами лікування при невідкладних хірургічних втручаннях у дітей. Для визначення ефективності даної методики у хворих поряд з оцінкою динаміки клінічних симптомів вивчали імунний статус дитини (Петров Р.В., Лебедев К.А.). На першому етапі виявляли «грубі» дефекти імунітету за допомогою орієнтовних тестів: визначення Т- та В-лімфоцитів у периферійній крові; концентрації сироваткових імуноглобулінів А, G, M; фагоцитарної активності лімфоцитів. Тести другого рівня визначались як аналітичні,

що дозволяли оцінити функціональну активність Т- і В- лімфоцитів, фагоцитоз. Забір крові проводили в день виконання операції, в процесі лікування (3-я доба) і в період стабілізації клінічного стану. Гіпербаричну оксигенацію виконували у дітей основної групи за допомогою вітчизняних апаратів “СКА-МТ” і “МАМА-2” при тиску 1,5-1,75 атмосфер, на другу добу після операції тривалість сеансів 40-60 хвилин. Кількість сеансів залежала від важкості перебігу основного захворювання та стадії парезу кишечника.

Обстежено 32 хворих віком від 5 до 12 років оперованих у невідкладному порядку з приводу розлитого дифузного перитоніту в наслідок деструктивного апендициту (19), кишкової непрохідності (8), інвагінації кишки (5). Контрольну групу склали 40 дітей того ж віку та нозології, ступеня тяжкості хвороби з розлитим дифузним перитонітом внаслідок деструктивного апендициту (22), кишкової непрохідності (10), інвагінації кишки (8). Протягом спостереження за дітьми нами застосовувався розроблений комплекс лікувально-профілактичних заходів.

Під впливом комплексного лікування у дітей основної групи вже після 2-го сеансу ГБО зникав парез кишечника, а на 2-3 добу перистальтика ставала стійкою, стаз у шлунку зникав, зменшувалась інтоксикація, на 3-4 добу нормалізувалась температура тіла, відмічалось раннє відходження газів. Це давало підставу в більш ранній термін переводити хворих на ентєральне харчування. Гнійно-септичних ускладнень не було. Дуже важливим було і те, що для досягнення клінічного ефекту хворим потрібно було антибактеріальних препаратів на курс менше.

У дітей контрольної групи, які знаходились тільки на медикаментозній терапії, перистальтика стійко відновлювалась на 3-4 добу, а в 23,5 % – на 5 добу після операції, шлунковий стаз зберігався 3-4 доби, що вимагало проводити парентеральне харчування 4-5 дб. Лікування тривало на 4,3 дня і довше.

Аналіз імунологічних показників у день виконання операції свідчив про присутність запального вогнища і був характерним для початкової стадії запалення – підвищення кількості лейкоцитів ( $p < 0,05$ ), зниження лімфоцитів ( $p < 0,01$ ) і фагоцитарної активності лейкоцитів ( $p < 0,05$ ), підвищення концентрації Ig G, M ( $p < 0,01$ ), зниження Ig A ( $p < 0,05$ ). На 3-й день після оперативного лікування в основній групі відмічено підвищення рівня Т і В-лімфоцитів ( $p < 0,05-0,01$ ) Ig G ( $p < 0,01$ ). При клінічній стабілізації процесу виявлено підвищення фагоцитарного індексу ( $p < 0,01$ ). Концентрація сироваткових імуноглобулінів суттєво не змінювалась.

У дітей контрольної групи, де не застосовувався метод ГБО, підвищений вміст Т-лімфоцитів ( $p < 0,01$ ) зафіксовано в день виписки, в той час як рівень Ig A, G, M істотно знижувався ( $p < 0,05$ ).

Висновок. Проведені дослідження свідчать, що лікування хворих із використанням ГБО при невідкладних хірургічних втручаннях у дітей значно поліпшує перебіг хвороби, є ефективним і доцільним методом імунокорегуючої терапії при застосуванні з перших днів післяопераційного періоду.

**О.Г. Момотов, В.С. Груминский, І.Я. Река, А.О. Момотов**

## **АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НЕСПЕЦИФІЧНОГО МЕЗОДЕНІТУ В ДІТЕЙ**

*Луганський державний медичний університет*

Безперечно, антибактеріальна терапія впливає на результати лікування запальних захворювань у дітей незалежно від їхніх клінічних проявів. Процес цього лікування при різних хірургічних захворюваннях є нерідко предметом діяльності дитячих хірургів, особливо при наданні ними ургентної хірургічної допомоги.

Сучасні тенденції в оптимізації антибактеріальної терапії можна розділити на загальні і спеціальні. Загальні виходять з необхідності емпіричного, незалежно від локалізації вогнища запалення, призначення антибіотикотерапії до одержання мікробіологічного дослідження на основі сучасних рекомендацій для даного захворювання з урахуванням анамнестичних даних попередньої антибіотикотерапії.

При цьому вважаємо, що з урахуванням сучасних даних несприятливого екологічного впливу і зниження імунологічної резистентності в дітей у випадках термінових абдомінально-порожнистих операцій із приводу запальних захворювань показане попереднє введення відповідних антибіотиків. Таке введення, тим більше, якщо воно здійснюється внутрішньовенно, дозволяє створити належну концентрацію антибактеріального препарату в тканинах до моменту здійснення операційного розрізу, запобігає поширенню інфекції.

Тенденція спеціальних сучасних рекомендацій полягає в тому, що при абдомінальному внутрішньопорожнинному запальному процесі будь-якого генезу в режим антибактеріальної терапії повинен бути включений один із препаратів з високою антианаеробною активністю.

У даній роботі вважаємо необхідним вивчити тактику антибактеріальної терапії з урахуванням методів її проведення при гострій абдомінальній патології в дітей у процесі надання термінової хірургічної допомоги в клініці дитячої хірургії Луганського державного медичного університету на базі обласної дитячої клінічної лікарні, що здійснюється дітям щодня в умовах екологічно несприятливого промислового регіону Донбасу.

За останні 7 років (1994-2000 рр.) для уточненої клінічної діагностики й термінової хірургічної допомоги в клініку було госпіталізовано 7776 хворих дітей різного (від 1 до 15 років) віку. З них 2497 (32 %) хворих були госпіталізовані з приводу абдомінального синдрому, гострими хірургічними запальними захворюваннями, які найбільш часто зустрічалися, були: гострий неспецифічний мезентеріальний лімфаденіт – 952 (12 %) дитини, гострий неструктуривний (простий катаральний) апендицит – 697 хворих. Ці

гострі хірургічні захворювання органів живота в дітей в цілому склали п'яту частину всіх термінових хворих, що надійшли – 1649 (21%) дітей і цілком зрозуміло, що антибактеріальна терапія в комплексі лікувальних заходів викликала науково-практичний і економічний інтерес.

Антибактеріальна терапія нами проводилася відповідно до зазначених вище принципів, причому лише при неможливості клінічно виключити діагноз гострий апендицит (у нашій роботі 697 дітей) хворі були оперовані; операційно і гістологічно верифіковано гострий апендицит катаральної форми в сполученні з катаральним мезоаденітом. У цієї групи хворих проведена антибактеріальна терапія, крім внутрішньом'язового способу, здійснювалася методом пролонгованого лімфотропного введення в позаочеревинний простір через встановлений позаочеревинний катетер.

Обов'язкове виконання зазначених вище принципів антибактеріальної терапії в повсякденній практичній роботі дитячого хірургічного стаціонару приводить до виключення виникнення розвитку гнійно-деструктивних форм гострого неспецифічного мезоаденіту, необхідності повторних операцій, а при уточненій клінічній діагностиці з застосуванням методу багаторазового УЗ-дослідження дозволяє проведення лікування хворих дітей з гострим неспецифічним мезоаденітом без хірургічного втручання, що скорочує терміни лікування, зменшує витрату антибіотиків і витрати на лікування в цілому.

УДК: 616.33-002.44+616.342-053.2-089

**Д.Ю. Кривченя, П.Д. Фомін, В.В. Грегуль, М.І Сільченко,  
В.П. Сорока, В.П. Притула, О.П. Джам**

## **ДОСВІДОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ДІТЕЙ**

*ІПАГ АМН України, НМУ ім. О.О. Богомольця*

Резюме. Досліджені результати хірургічного лікування у дітей з первинними виразками шлунка та дванадцятипалої кишки. Отримані хороші безпосередні та віддалені результати оперативних втручань у пацієнтів з ознаками ВХ, що супроводжувались кровотечею чи перфорацією. Аналіз отриманих результатів показав, що серед хірургічних втручань при ВХ у дітей слід надавати перевагу зашиванню дефектів, селективній ваготомії та супроводжувати їх при необхідності пілоропластиком.

Вступ. Виразкова хвороба (ВХ) – хронічна хвороба, що рецидивує і характеризується формуванням виразкового дефекту у шлунку або дванад-

цятипалій кишці, обумовлена порушенням рівноваги між місцевими факторами агресії та захисту [1, 2]. Ця патологія у дитячому віці рідко потребує оперативного втручання і, як правило, не відноситься до розряду хірургічної [3]. Розподіл виразок на первинні та вторинні є дуже важливим для виявлення патології, що лежить в основі ВХ та для вибору адекватного лікування. Первинні виразки розвиваються за відсутності фонові патології, в той час як вторинні виникають, як наслідок таких стресових ситуацій: розповсюджені опіки (виразки Курлінга); ураження, що ведуть до підвищення внутрішньочерепного тиску (виразки Кушинга) та прийом ульцерогенних препаратів. Первинні (пептичні) виразки у дитячому віці зустрічаються у 3,4 % мешканців міст, та у 1,9 % жителів сіл. За останні десятиріччя частота захворювань на ВХ у дітей виросла у 2,5 рази [1]. Переважна більшість пацієнтів має ВХ дванадцятипалої кишки.

Первинні виразки більш часто зустрічаються у пацієнтів з групою крові 0(I), мають сімейно-спадковий характер (40 %), а також пов'язані з підвищеною секрецією шлункової кислоти та підвищеним вмістом пепсиногену-1 у сироватці крові та сечі і рівня гастрину сироватки [2, 3]. Серед зовнішніх етіологічних факторів найбільша роль належить *Helicobacter Piloni* (Hр). Важливе значення у патогенезі ВХ, крім вище означених факторів агресії, має також гастродуоденальна дисмоторика. Захисними факторами вважаються: слизово-бікарбонатний бар'єр, нормальна регенерація, достатнє кровопостачання, наявність у слизовій оболонці простагландинів. Певне значення у захисті дванадцятипалої кишки від закислення має антродуоденальний кислотний "тормоз" – здатність до закриття пілоричного відділу при зниженні Ph у антральному відділі до 2,0 [2].

При формуванні діагнозу слід вказати локалізацію виразки, стадію еволюції виразкового процесу і тяжкість перебігу.

Немає якого-небудь єдиного загальноприйнятого методу хірургічного втручання при ВХ, хоча найбільш часто застосовуються: перев'язка судин, що кровоточать, а при перфорації – зашивання чи закриття дефекту серозним клаптом з ваготомією і пілоропластиком [2].

Матеріали та методи. У відділеннях дитячої хірургії ШІАГ АМН України та УСДКЛ "Охматдит", що є базами кафедри хірургії дитячого віку НМУ за період з 1990 по 2001 роки прооперовано 8 пацієнтів з ВХ шлунка чи дванадцятипалої кишки, що супроводжувалась шлунково-кишковою кровотечею та перфорацією з проявами перитоніту у 4 пацієнтів з 8. Одна пацієнтка з ВХ дванадцятипалої кишки не мала ознак кровотечі та перфорації. Хворі у віці від 12 до 16 років, переважали особи чоловічої статі (66,6 %). У 6 дітей мала місце ВХ 12-палої кишки, у 3 – шлунка. Серед пацієнтів, що мали виразку шлунка та кровотечу у одного була пухлина пілоричного відділу шлунка, що набула виду виразки (лейоміома).

Для діагностики ВХ у 100 % дітей застосовувалась ендоскопія, що дало змогу локалізувати виразку та ступінь її трансформації. З метою підтвер-

дження перфорації першим етапом обстеження проводили оглядову рентгенографію черевної порожнини.

При хірургічному лікуванні ВХ проведені наступні втручання: зашивання виразки дванадцятипалої кишки – у 3 пацієнтів; зашивання виразки шлунка – у 2; клиноподібна резекція дванадцятипалої кишки – в 1: операція Більтрот-I – у дитини з пухлиною пілоричного відділу шлунка; операція Більтрот-II – при виразці дванадцятипалої кишки; селективна проксимальна ваготомія – в 1 дитини та пілоропластика при ВХ дванадцятипалої кишки – у 2 пацієнтів. Дітям, що мали перед- та інтраопераційні ознаки перфорації та перитоніту проводилась санація черевної порожнини (локальна чи загальна) та дренування.

Результати та їх обговорення. Характерною особливістю для дітей із ВХ шлунка чи дванадцятипалої кишки була наявність ознак зниженого харчування (у 50 %), тому діти у віддалений післяопераційний період потребували режимного харчування з підвищеним вмістом білків та вітамінів, з виключенням продуктів, що можуть спричинити алергію чи подразнення шлунково-кишкового тракту.

У всіх дітей, що мали первинну виразку (за виключенням пацієнта із лейоміомою, який був переведений у спеціалізоване онкологічне відділення) отримано хороші безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування ВХ, що відмічено у строки від 1 до 3 років на фоні базової терапії, дієти та санаторно-курортного лікування. Ендоскопічний контроль проведено у 6 пацієнтів – ознак виразки не виявлено. За час спостереження рецидивів кровотечі чи перфорації не зафіксовано в жодного пацієнта. П'ять пацієнтів, що вийшли з дитячого віку, передані для диспансерного спостереження у поліклініки для дорослих за місцем проживання.

Висновки. 1. Методом вибору оперативного лікування ВХ шлунка та дванадцятипалої кишки у дітей є селективна ваготомія чи зашивання дефекту з прикриттям його серозним клаптом.

2. Оперативне втручання з приводу ВХ дванадцятипалої кишки у дітей при необхідності супроводжується пілоропластикою.

3. У разі неможливості обмежитись зашиванням дефекту методами вибору є операції обмеженої резекції дванадцятипалої кишки.

#### **Література**

1. Ашкрафт К.У., Холдер Г.М. Детская хирургия – Харфорт, С.Пб, 1996. – 384 с.
2. Шабанов Н.Б. Дитячі хвороби.— С.Пб, 1999. – 1080 с.
3. Kumar K., Spitr T. Peptic ulceration in children // Suig. Gynecol. kbstet. – 1984. – V. 159. – P. 63-66.

**О.В. Спахи, В.Л. Шинкаренко**

## **ОРОЛИФИБРОГАСТРОСКОПИИВДИАГНОСТИКЕ ВРОЖДЕННОГОПИЛОРОСТЕНОЗАУДЕТЕЙ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

Дальнейшая разработка проблемы диагностики гипертрофического пилоростеноза у детей может быть связана с использованием современных малоинвазивных методов. В практике нередко встречаются варианты стертого нетипичного течения заболевания, при которых даже при тщательном анализе данных анамнеза, объективного и клинико-лабораторного исследования, результатов ультразвукового сканирования и контрастной гастрографии клиницисты сталкиваются со значительными трудностями в распознавании данного заболевания.

Аналізу подвергнуты 117 детей с подозрением на врожденный пилоростеноз в возрасте от 2 недель до 2,5 месяцев, у которых общепризнанные методы диагностики исчерпали свои возможности. Фиброгастроскопия проводилась аппаратами “klympus GFXP20” и “Storz 1100” с диаметром рабочей части 5 мм. Исследование осуществляли после премедикации в положении больного на левом боку. Во всех случаях осматривался желудок и оценивалась степень проходимости пилорического канала.

Как показали результаты, пилороспазм был диагностирован в 74 (63 %) случаях у 22 (30 %) девочек и 52 (70 %) мальчиков. У них после инсуффляции воздуха привратник открывался, что позволяло провести дистальный конец эндоскопа в луковицу двенадцатиперстной кишки и осмотреть её слизистую оболочку. В ответ на введение гастродуоденоскопа наблюдалась активная перистальтика желудка и ретроградное поступление желчи из луковицы.

У 43 (37 %) детей установлен диагноз гипертрофического пилоростеноза.

Из них девочек было 5 (12 %), мальчиков – 38 (88 %). Во время исследования выявлены полиморфные изменения: ригидный, деформированный привратник на фоне инсуффляции воздуха сглаживался, складки антрального отдела плохо расправлялись и раскрытия пилорического жома в 60 % случаев достичь не удавалось. У остальных детей привратник раскрывался слабо и определялось отверстие диаметром от 2 до 5 мм. Однако у них не наблюдалась моторика сфинктера и полностью отсутствовала реакция на местное введение атропина. Во всех случаях у этих больных диагноз пилоростеноза был подтвержден интраоперационно.

Таким образом, при учете разрешающей способности всех существующих методов исследования, фиброгастроскопия занимает достойное место в алгоритмах диагностики врожденного пилоростеноза.



**А.А. Киричук, О.М. Кулик, О.Є. Борова, М.М. Семенюта**

## **ТРИХОБЕЗОАРУДИТЕЙ**

*Львівський державний медичний університет імені Данила Галицького*

Трихобезоар – наслідок негативної звички ковтати волосся: зустрічається у психічно неврівноважених людей, частіше у дівчаток. Він проявляється хронічними ускладненнями протягом багатьох років: тупий, невизначений біль та відчуття тиску в епігастрії, спрага, блювання, втрата ваги, загальна слабкість. Діти бліді, смердючий запах із рота, емоційні розлади. Лікування хірургічне (видалення трихобезоару), а також обов'язково консультація психіатра.

Хвора О., 11 років, прийнята в міську дитячу клінічну лікарню 7.08.01 р. зі скаргами на біль у животі, блювання. Об'єктивно: стан дитини середньої важкості, шкірні покриви чисті. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс 94 уд./хв задовільного наповнення. АТ 100/60 мм рт.ст. У легенях дихання везикулярне. Живіт при пальпації дещо болючий у нижніх відділах над лоном. У загальному аналізі крові токсична зернистість. У сечі патології не виявлено. Проведена дезінтоксикаційна терапія. Стан дитини прогресивно погіршується, декілька раз була блювота з домішками жовчі, спостерігається здуття живота, турбують переймисті болі. Живіт здутий, болючий в нижніх відділах, над лоном пальпується рухомий щільний утвір. Ректальне дослідження без патології. Рентгенологічно виявлені ознаки тонкокишкової непрохідності. Проведена лапаротомія за Пфаненштилем. При ревізії тонкого кишечника на початку тонкої кишки, в середині, виявлено щільний рухомий утвір розміром 4,5x4,5x3,5 см, який повністю перекриває просвіт. Вище стороннього тіла тонка кишка різко розширена, нижче – спала. З великими труднощами стороннє тіло проведено в сліпу кишку, проведена апендектомія з висіченням купола сліпої кишки біля основи відростка. Через отвір в сліпій кишці було видалено стороннє тіло – трихобезоар. При пальпації шлунка виявлено стороннє тіло (підозра на трихобезоар великих розмірів). Проведено верхню – серединну лапаротомію, гастротомію, видалено трихобезоар розмірами 12x8x6 см. Післяопераційний період проходив задовільно.

Хвора Г., 14 років, прийнята в міську дитячу клінічну лікарню 20.09.01 р. зі скаргами на біль в епігастральній та лівій підреберній ділянках, нудоту, багаторазове блювання. Об'єктивно: стан хворої середньої важкості, шкірні покриви чисті, слизові вологі. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс 88 уд./хв., задовільного наповнення. АТ 100/60 мм рт.ст. У легенях дихання везикулярне, хрипи відсутні. Живіт асиметричний за рахунок випинання в лівій мезогастральній ділянці. Нижче лівої реберної дуги пальпується пухлиноподібний рухомий утвір розмірами 8x8x8 см щільноеластичної консистенції з

гладкою поверхнею. Аналізи крові та сечі без змін. УЗД внутрішніх органів у лівому підребер'ї в проекції стінок шлунка виявило утвір середньої ехогенності, гомогенний, розмірами 8x8 см з ефектом вираженого поглинання ехо-сигналу. На рентенограмі легень патології не виявлено. З попереднім діагнозом пухлина черевної порожнини проведена лапаротомія. Під час ревізії органів черевної порожнини в шлунку виявлено пухлиноподібний утвір, який повторює контур органа. Гастротомією видалено трихобезоар розміром 12x8x8 см. Іншої патології в черевній порожнині не знайдено. Післяопераційний період без ускладнень.

Оперативні втручання записані на відеокасету і можуть бути представлені для демонстрації.

УДК 616.334-007.271-053.1-053.2-089-036

**О.В. Спахи**

## **НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО ПИЛОРОСТЕНОЗА У ДЕТЕЙ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

Большой объем литературы, посвященной врожденному пилоростенозу, не умаляет значимости проблемы и свидетельствует о малочисленности и противоречивости сведений о результатах лечения заболевания.

Анализу подвергнуты 57 детей, перенесших пилоромиотомию по Фреде-Веберу-Рамштедту в возрасте от 1 месяца до 20 лет. Девочек было 9 (16 %), мальчиков – 48 (84 %). Кроме данных анамнеза, общеклинических и биохимических исследований, проводились оценка физического развития, кислотообразующей функции желудка и характера вскармливания; контрастная рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки, УЗС и фиброгастро-дуоденоскопия.

Как показали результаты, в ближайшие сроки после оперативного лечения у всех обследованных нормализовались темпы набора массы тела, показатели физического и психомоторного развития соответствовали возрасту. Однако в 7 % случаев отмечалась периодическая рвота с примесью желчи после приёма пищи, которая была купирована после изменения режима и характера вскармливания, назначения спазмолитических препаратов. У 39 (68 %) пациентов, наряду с повышением кислотности желудочного содержимого, отмечены ригидность и деформация привратника, удлинение пилорантральной зоны, дуодено-гастральный рефлюкс.

Анализом отдаленного катамнеза установлено, что у 42 (75 %) детей в возрасте от 4 до 7 лет и у 47 (82 %) исследованных в интервале от 7 до 20 лет после операции выявлены гастродуоденит и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. При этом во всех случаях отмечены значительное удлинение гастродуоденального перехода, деформация и ригидность терминальных отделов желудка с явлениями компенсированного рефлюкс-стеноза пилородуоденальной зоны. Приведенные изменения охарактеризованы нами как “дисплазия пилороантральной зоны желудка”.

По данным ультразвукового сканирования и рентгеноморфометрии разработаны критерии оценки уровней диспластического процесса, выделено три варианта нарушения эвакуаторной функции желудка у больных, страдавших врожденным пилоростенозом.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о нарушении роста и развития пилороантральной зоны желудка в ближайшие и отдаленные сроки после оперативного лечения гипертрофического пилоростеноза. Установлена непосредственная зависимость между степенью дисплазии пилороантральной зоны и частотой гастродуоденальной патологии, выявленной при изучении отдаленного катамнеза заболевания.

УДК 616-099-053.31-089

**Н.М. Межирова, Ю.В. Пащенко, Т.В. Козлова,  
В.В. Данилова, С.И. Бевз**

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕРОНЕМА В НЕОНАТАЛЬНОЙ РЕАНИМАТОЛОГИИ**

*Харьковский государственный медицинский университет*

Лечение гнойно-септических заболеваний у новорожденных является актуальной проблемой педиатрии вообще и неонатальной в частности, т.к. гнойно-септические процессы у новорожденных остаются ведущей причиной смертности у данного контингента больных. Кроме того, в неонатологии, как нигде остро, стоит проблема госпитальной инфекции и реальной борьбы с ней. В настоящее время наиболее часто используются препараты группы цефалоспоринов, аминогликозидов, оксихинолонов, а также различные их комбинации, однако даже эта схема порой не может перекрыть весь спектр возбудителей госпитальной инфекции, а необходимость длительного применения антимикробных средств изменяет резистентность выделяемой флоры в процессе лечения, увеличивая риск возникновения летального исхода.

Учитывая тот факт, что по спектру антибактериальной активности препарат меропенем (М) (меронем, фирмы “Astra Zeneca”, Великобритания) соответствует комбинации цефалоспорин+аминогликозид+метронидазол и обладает высокой активностью по отношению к *Pseudomonas aeruginosa* и некоторым другим госпитальным штаммам неферментирующих бактерий, применение его в неонатальной реаниматологии представляется целесообразным.

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных ОДКБ № 1 г. Харькова накоплен опыт клинического применения М при лечении новорожденных детей с различной патологией, осложненной инфекционным процессом. В основной группе больных из 23 доношенных новорожденных, получавших М, у шести младенцев диагностирована аспирационная пневмония вследствие массивной аспирации меконием, у троих – внутриутробная пневмония, у двоих – пупочный сепсис, у шести младенцев – некротический энтероколит новорожденных с перфорацией кишечника, у шести новорожденных – различная врожденная патология желудочно-кишечного тракта (гастрошизис, атрезия пищевода, диафрагмальная грыжа, синдром Ледда, острая форма болезни Гиршпрунга), осложненная госпитальной инфекцией. Контрольную группу составили 30 новорожденных с аналогичной патологией и тяжестью состояния, получавших стандартизованную антибактериальную терапию. Крайняя тяжесть состояния всех младенцев была обусловлена синдромом эндогенной интоксикации вследствие массивной микробной инвазии на фоне перинатальной энцефалопатии. При проведении бактериологического мониторинга различных биологических образцов, полученных от новорожденных, основными возбудителями инфекционного процесса были *Pseudomonas aeruginosa* и грибы рода *Candida*.

Основным показанием для назначения М явилось отсутствие положительной клинической динамики на фоне применения двух курсов стандартизованной антибактериальной терапии у больных, находящихся на продленной искусственной вентиляции легких, т.е. М назначался не ранее 11-12 суток и не позднее 21 суток безуспешного применения иных антибактериальных средств. И лишь у одного больного с сепсисом препарат был назначен на 5-е сутки от начала антибактериальной терапии. М вводился внутривенно болюсно из расчета 15 мг/кг массы тела (разовая доза) 4 раза в сутки. Средняя продолжительность курса лечения составила 10 суток.

Контроль эффективности обеспечивался мониторингом лабораторных и клинических показателей детей на этапах лечения. При анализе данных гемограмм при динамическом контроле отмечены достоверно ( $P < 0,05$ ): более раннее по сравнению с контрольной группой снижение уровня лейкоцитарного индекса интоксикации, уменьшение абсолютного числа лейкоцитов, палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов, снижение скорости оседания эритроцитов. Мониторинг биохимических показателей крови, характеризующих тяжесть синдрома эндогенной интоксикации, свидетельствует

о более быстрой регрессии уровня “средних” молекул, осмолярности крови и уровня С-реактивного белка, что сопровождалось более ранней нормализацией клинической симптоматики, ранним восстановлением спонтанного дыхания, уменьшением сроков пребывания новорожденных в отделении реанимации. Кроме того, из 23 младенцев, получавших М, умер только один.

Мощный антибактериальный эффект М требовал одновременного назначения комплексной противогрибковой терапии на фоне мониторинга эффективности последней. Отказ от введения противогрибковых препаратов, непоследовательное их назначение при неэффективности фунгицидных средств вызвали массивную кандидозную диссеминацию с местными проявлениями в виде кандидозного стоматита, вульвовагинита, эндотрахеита и присвищцевого илеита или колита с субклиническими проявлениями кандидосепсиса. При этом больным хирургического профиля с наложенными искусственными свищами даже в отдаленные сроки после назначения М использование дифлюкана или низорала в сочетании с полиферментной терапией и эубиотиками позволяло быстро купировать признаки энтероколита, истощающего этих больных.

Анализ наших исследований свидетельствует о перспективности применения М у новорожденных с массивной микробной инвазией, особенно при нозокомиальной инфекции, и позволяет пересмотреть категоричность суждения о сроках его назначения: очевидно, что применение М следует начинать на более ранних этапах лечения реанимационных новорожденных.

УДК 616.35-007-053.2-089-06-084

**Ю.В. Баилайшвили**

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНОРЕКТАЛЬНЫХ АНОМАЛИЙ У ДЕТЕЙ**

*Харьковский государственный медицинский университет*

Несмотря на успехи, достигнутые в лечении больных с аноректальными аномалиями развития, процент неудовлетворительных результатов коррекции остается высоким, составляет 10-60 %. При этом часто наблюдается развитие вторичных поражений аноректальной области и окружающих органов и тканей, повторная хирургическая коррекция и терапия которых существенно усложняются. Положительный результат оперативного лечения данных больных обуславливают следующие факторы: правильная диагностика пороков, использование адекватной тактики и техники оперативной коррекции, профилактика осложнений, проведение адекватной предоперационной подготовки и реабилитационной терапии.

Особо важное место в хирургическом лечении аноректальных аномалий занимает проблема предоперационной подготовки. У больных, принятых в удовлетворительном состоянии и с нормальными показателями гомеостаза, подготовка заключается в проведении ежедневной двухкратной очистительной клизмы 10 % раствором поваренной соли утром и вечером и сифонной клизмы 1 % раствором поваренной соли не позднее 12-15 часов до операции. За два дня до операции назначаются молочнокислые продукты и сладкий чай.

У детей, имеющих нарушение гомеостаза, в системе подготовки центральное место занимают укрепление общего состояния и коррекция вторичных изменений обмена. Для этого с первых суток в питание вводятся высококалорийные адаптированные белковые лечебные препараты отечественного и импортного производства, а также витаминизированные фруктовые консервы. У пациентов с выраженными метаболическими нарушениями, при невозможности коррекции этих состояний энтерально, проводят инфузионную терапию, парэнтеральное питание, трансфузии крови. Назначают аскорбиновую кислоту, витамины групп В, Е и др., а при выраженной анемии – препараты железа. С целью повышения репаративных свойств ткани применяют пиримидиновые производные (пентоксил, метилурацил). В некоторых случаях детям с пониженным питанием назначают ретаболил или другие анаболические гормоны. При наличии инфекции мочевыделительной системы применяют уросептики, в тяжелых случаях хронического пиелонефрита – антибиотики широкого спектра действия.

У больных с каловыми камнями подготовку начинают с проведения сифонной клизмы изотоническим раствором или клизма с мыльным раствором по возможности до полного удаления камней. При наличии дисбактериоза назначают эубиотики, бифидум- и колибактерин.

В ходе подготовки к повторным пластическим операциям на промежности при невозможности полного очищения кишечника, а также при возможности попадания каловых масс на послеоперационную рану, обуславливающих такие осложнения как нагноение раны и расхождение швов, необходимо считать правилом создание превентивного противоестественного заднего прохода. В последнее время применяют наложение разделительной сигмостомы.

Сегодня для предоперационной подготовки толстой кишки используют следующую методику: 1) за 36 ч до начала операции per os назначают 15 % маннитол по 150 мл на год жизни; 2) вечером перед операцией ставят клизму с 10 % раствором поваренной соли; 3) с целью деконтаминации за 12 ч до оперативного лечения назначают гентамицин per os в возрастных дозировках, за 30 мин до операции однократно вводят суточную дозу антибиотиков цефалоспоринового ряда.

Всем больным непосредственно перед операцией производят также санацию дистального отдела толстой кишки тампонами, смоченными 1:100 раствором сулемы.

По данной методике произведена подготовка к оперативному лечению у 28 пациентов. Гнойно-воспалительных осложнений не отмечалось. Результаты оперативного лечения у этих больных в ближайшие и отдаленные сроки оценены как хорошие и удовлетворительные.

Таким образом, адекватная комплексная предоперационная подготовка является важнейшим этапом в лечении детей с патологией аноректальной зоны.

УДК 616.24-002.3-053.2-089-085.281:[615.451.234:547.953

**М.С. Мехтиханов**

## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ “ЛИПИНА” В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Харьковский государственный медицинский университет*

Проблема лечения и реабилитации детей с гнойно-деструктивными пневмониями — одна из основных в отечественной детской пульмонологии. Ряд детей продолжают госпитализировать в соматические стационары, что обуславливает чрезмерный консерватизм в их лечении и, как следствие, высокий процент легочно-плевральных осложнений. Однако необоснованная активная хирургическая тактика не способствует снижению процента осложнений и летальности. В настоящее время взгляды на хирургию легких у детей претерпевают изменение в пользу активновыжидательной и малоинвазивной тактики лечения (Рокицкий М.Р., 1997).

Среди отечественных липосомальных препаратов широко известен препарат “липин”, производимый Харьковским предприятием “Биолек”. Со времени начала производства препарат “Липин” использовался для лечения различных заболеваний, получив широкое применение как в Украине, так и за рубежом. Имеются положительные отзывы о применении “липина” при респираторной гипоксии (Брыгинский С.А. и др., 1988), гнойно-деструктивных пневмониях у детей (Зубаренко А.В. и др., 1991, 1992), туберкулезе легких (Петренко Т.И. и др., 1995), гнойно-воспалительных заболеваниях брюшной и грудной полостей (Баштан В.П., 1997), лечении остеомиелита у детей (Русак П.С., 1998), при нарушениях перекисного окисления липидов (Білоус О.Б. та інш., 1999), гипоксических состояниях у плода (Сторчак А.В., 2000) и др.

В областной детской клинической больнице № 1 г. Харькова за период с 01.01.2001 г. по 01.05.2001 г. проводилось лечение 37 детей с диагнозом острая гнойно-деструктивная пневмония. Условно детей разделили на 3 группы: 1 — дети до 3-х лет, 2 — от 3-х до 10 лет, 3 — старше 10 лет. В первой

группе было 16 детей (43,24 %), во второй – 12 детей (32,43 %), в третьей – 9 детей (24,33 %). По новой методике, с применением липосомальной формы антибиотиков, было пролечено 22 ребенка (59,45%), из которых в 1-й гр. – 10 (27,03 %), во 2-й гр. – 7 (18,91 %), в 3-й – 5 (13,51 %).

Методика лечения, примененная нами, предусматривала все необходимые мероприятия по каждой конкретной форме данной нозологии. В течении первых трех дней назначали липосомальную форму антибиотика широкого спектра действия. После получения результатов бактериологического исследования и антибиотикоустойчивости готовили липосомальную форму на основе двух наиболее чувствительных антибиотиков для внутривенного введения.

В 8 случаях (21,62 %) была проведена интерплевральная пункция для санации плевральной полости от гнойных масс. По окончании пункции интерплеврально вводили готовую липосомальную форму антибактериальных препаратов.

Процесс выздоровления в контрольной группе протекал более медленно: нормализация температуры наступила на  $(30 \pm 2,1)$  сут. от начала заболевания, нормализация показателей крови – на  $(24 \pm 2,8)$  сут., продолжительность пребывания в стационаре, в среднем, 28,8 койко-дней. В группе сравнения аналогичные показатели были следующими: нормализация температуры на  $(22 \pm 2,5)$  сут., нормализация показателей крови на  $(18 \pm 1,8)$  сут., продолжительность лечения 21,7 койко-дней.

Таким образом, нами установлено, что применение липосомальной формы антибиотиков в лечении гнойно-деструктивных пневмоний существенно сокращает сроки лечения и процент осложнений, уменьшает экономические затраты на лечение.

УДК 616-002.3-053.2-085.281:[615.451.234:547.953

**Ю.В. Пащенко, М.С. Мехтиханов, В.А. Белопащенко**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИПОСОМ В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

*Харьковский государственный медицинский университет*

Антибиотики получили очень широкое распространение в лечении и профилактике различных заболеваний, в том числе и гнойных хирургических. Встречаются сообщения о резистентности патогенной микрофлоры к наиболее распространенным антибиотикам. Известно, что эффективность



антибактериальной терапии зависит как от чувствительности возбудителей инфекционного процесса к применяемым антимикробным препаратам, так и от биодоступности препаратов в очаге воспаления и местах вегетации микроорганизмов.

С целью повышения степени избирательности доставки противомикробных средств в очаг воспаления применяются различные методы: электрофорез антибиотиков, осаждение антибиотика в клеточной массе крови с последующим плазмаферезом, регионарная лимфотропная антибиотикотерапия, липосомальные формы антибиотиков и др.

Лечебные препараты, заключенные в липосомы, в настоящее время рассматриваются как одна из наиболее перспективных форм направленного транспорта антибиотиков к патологическому очагу. Показано, что использование липосом в качестве носителей позволяет повысить эффективность препаратов антибиотиков за счет снижения их токсичности, предотвратить аллергические и иммунные реакции, вызываемые препаратом, защитить само лекарственное вещество от разрушения ферментными системами макроорганизма еще до попадания его в орган-мишень, осуществить направленную доставку, пролонгировать действие и изменить, таким образом, фармакокинетику и фармакодинамику препарата. В этом смысле липосомы обладают рядом преимуществ в сравнении с другими средствами доставки лекарственных веществ, так как являются физиологическим материалом, который может быть легко утилизирован организмом.

Проведенные исследования в области применения липосомальных препаратов показали целесообразность их использования при лечении ряда заболеваний: туберкулеза легких, онкологических заболеваний, гнойно-воспалительных заболеваний органов брюшной и грудной полостей, дерматологических, гинекологических, кардиологических заболеваний, отравления солями тяжелых металлов и ядами, иммунологической коррекции и др. (Владимирский М.А. и др., 1980; Оксина О.Э. и др., 1987; Березовская Л.Н., 1990; Gregoriadis G., 1983; Kstro M., 1987).

В опытах *in vitro* и *in vivo* было исследовано более 30 антибиотиков различных фармакологических групп в липосомальной форме. Процент включения их в липосомы составляет 67-93 % (Будкер В.Г. и др., 1987; Ротов К.А. и др., 1989). Наиболее высокая степень включения антибиотиков в липосомы характерна для водорастворимых соединений (аминогликозиды, беталактамы и др.).

Нами на базе областной детской клинической больницы № 1 г.Харькова разработана методика лечения больных с острыми гнойно-деструктивными пневмониями липосомальными формами антибактериальных препаратов. Применение липосомальных форм антибиотиков сокращает время лечения больных, уменьшает число осложнений в период лечения, нормализует биохимические показатели крови в более ранние сроки, экономически более оправдано, в сравнении с традиционным методом лечения.

Учитывая все вышесказанное, мы считаем, что применение липосомальных форм антибиотиков отражает современную тенденцию в принципах антибактериальной терапии – разумной необходимости и достаточности.

УДК 616.33/.35+616.6]-007-053.1-053.2

**В.В. В'юн**

## **АЛГОРИТМИ ПОЄДНАННЯ ВРОДЖЕНИХ ВАД РОЗВИТКУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ ТА СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ ДІТЕЙ**

*Харківський державний медичний університет*

Результати лікування дітей з вродженими вадами розвитку (ПВР) шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та сечовидільної системи (СВС) в значній мірі залежать від максимально раннього і точного виявлення кола вад інших органів та систем. У зв'язку з цим наше дослідження припускало визначення алгоритму поєднання різноманітних ПВР з вадами ШКТ і СВС.

Для досягнення поставленої мети досліджено архівні матеріали за результатами патологоанатомічних розтинів ОДКЛ № 1 м. Харкова за період з 1988 по 1997 рр. (482 історії хвороби). Вивчався критерій множинності вад розвитку в цих групах дітей. За основу взято нозологічні одиниці ПВР ШКТ, вади розвитку передньої черевної стінки та СВС.

Ізольовані вади розвитку ШКТ зустрічалися у 134 хворих, що склало 54,92 %, системні ПВР – у 34 (13,93 %) та множинні ПВР (МПВР) – у 76 (31,15 %).

Поєднання вад ШКТ відзначено у 34,43 % хворих, причому у (54±5) % мало місце порушення прохідності кишок у різних відділах ШКТ.

Ізольовані вади СВС зустрічалися у 194 хворих, що склало 81,51 %, та в складі МПВР – у 44 (18,49 %).

Найбільша кількість вад, що діагностуються при урологічній патології, припадає на ПВР ШКТ (16,81 %).

Отримані дані свідчать про те, що при наявності ПВР ШКТ і СВС необхідно цілеспрямовано проводити діагностику вад розвитку інших органів та систем, що найчастіше з ними поєднуються. Це має практичне значення для вибору хірургічної тактики при лікуванні даної категорії хворих, що має вирішальне значення в прогностичному плані.

**С.Г. Рибалка, В.М. Мальцев, С.О. Фоменко,  
А.А. Конюшевська**

## **ЯКІСНІ ПОКАЗНИКИ АНДРОГЕННОЇ НАСИЧЕНОСТІ ПРИВАРИКОЦЕЛЕУ ДІТЕЙ**

*Донецький державний медичний університет ім. М. Горького*

Варикоцеле у дітей – дуже дискусійне питання, що пов'язано з відсутністю показників фертильності в них та обмеженою кількістю даних про плідність чоловіків, що хворіли на варикоцеле в дитячому віці. Оцінка андрогенної функції яєчок традиційно проводиться визначенням рівня тестостерону у периферичній венозній крові. Більшістю дослідників не виявлено відхилень у складі тестостерону у хворих на варикоцеле і здорових хлопчиків. При цьому авторами не оцінювались якісні показники андрогенізації, що залежать не тільки від рівня загального тестостерону в крові хворого, але і від його біологічної активності.

Нами було обстежено 113 дітей із лівостороннім варикоцеле у віці 10-15 років і 114 хлопчиків оглянуто педіатром, дитячим хірургом і ендокринологом для виключення патології, що впливає на функцію яєчок і, умовно, віднесених до першої групи здоров'я. Оцінювались якісні показники андрогенізації. Інфантильність статури визначена у  $(42,48 \pm 0,44)$  % хворих, гіноїдність – у  $(5,26 \pm 0,2)$  %, помірний евнухоїдизм  $(16,81 \pm 0,33)$  % дітей з варикоцеле, виражений показник евнухоїдизму у  $(1,77 \pm 0,12)$  % хворих. Сенехії голівки статевого члена діагностовані у  $(26,55 \pm 0,39)$  % дітей із варикоцеле і у  $(19,3 \pm 0,35)$  % здорових хлопчиків, гіпертрофія крайньої плоті визначена у  $(43,36 \pm 0,44)$  % хворих і у  $(20,18 \pm 0,35)$  % здорових. Показник співвідношення між довжиною та окружністю статевого члена більший 1 був у  $(20,35 \pm 0,36)$  % хлопчиків хворих на варикоцеле та у  $(5,26 \pm 0,2)$  % з числа здорових.

Таким чином, варикоцеле у дітей супроводжується порушенням андрогенної функції яєчок, про що свідчать виявлені нами відхилення у якісних показниках андрогенної насиченості.

**О.М. Горбатюк, Д.Л. Горбатюк, Л.О. Стеченко, В.Ф. Рибальченко**  
**СТРУКТУРА ЯЄЧОК ДІТЕЙ-ГРИЖОНОСІВ ПАХВИННИХ ГРИЖ**

*КМАПО ім. П.Л.Шупика МОЗ України*

Пахвинні грижі у дітей – масова вроджена патологія, яка займає значне місце в плановій хірургії дитячого віку і є причиною чоловічого безпліддя в 3-30 % випадках. Яєчко в умовах цієї патології, а також під час її хірургічної корекції зазнає розладів васкуляризації, травмування, гіпокінезії. Для вирішення суперечливих питань лікування дітей-грижоносіїв, оцінки його ефективності, профілактики серйозних ускладнень необхідним є вивчення морфофункціонального стану яєчка дитини в умовах пахвинної грижі.

Актуальність даної роботи полягає в можливості покращання результатів лікування даного контингенту хворих.

Нами проведено вивчення клінічних біоптатів яєчок 12 хлопчиків різного віку з неускладненими і ускладненими пахвинними грижами. Комплексне дослідження включало гістологічний і гістохімічний методи та ультраструктурний аналіз.

Отримані нами дані дозволили виявити зміни, насамперед, в судинах гемомікроциркуляторного русла чоловічої статевої залози, потім у структурах гематотестикулярного бар'єра (ГТБ) та сперматогенного епітелію, а також в інтерстиціальній тканині, аж до розвитку орхосклерозу. Має місце корелятивна залежність морфологічних зрушень у структурах яєчка від тривалості захворювання, його виду і вираженості.

На основі комплексу клінічних та інструментальних методів дослідження (дуплексного сканування з кольоровим доплерівським картируванням і енергетичного доплерівського картирування), а також даних морфологічного дослідження біоптатів яєчка дітей-грижоносіїв призначався курс лікування, направлений на максимальне збереження чоловічої статевої залози. При цьому основним етапом лікування є рання і щадна у відношенні судин органа хірургічна корекція патології, що має бути здійснена після встановлення діагнозу на рівні мікрохірургічних способів втручання.

Розлади гемомікроциркуляції яєчка, що спостерігаються у дітей-грижоносіїв, дають право вважати стан яєчка в умовах пахвинної грижі як його ішемічну хворобу, а зміни структур ГТБ та сперматогенного епітелію характеризують чоловічу статеву залозу як автоімунний орган.

Виявлені нами патогенетичні процеси, що відбуваються при пахвинних грижах у хлопчиків, слід враховувати під час їх комплексного лікування і для прогнозування його результатів. З цією метою є необхідним призначення препаратів та сеансів гіпербаричної оксигенації, які покращують васкуляризацію яєчка, ліквідують його ішемію і сприяють нормалізації імунного стану.

## **В.Й.Гроховський, А.Р.Поцюрко, І.Я.Гримак, А.О.Дворакевич** **ДОПИТАННЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ГІДРОНЕФРОЗУ**

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Львів*

Вроджений гідронефроз є найбільш частою вадою розвитку сечових шляхів у дітей, що потребує оперативної корекції. Причиною розвитку гідронефрозу є обструкція в мисково-сечовідному сегменті. Тому ліквідація цієї обструкції та відновлення прохідності сечових шляхів і є суттю оперативного лікування при цьому захворюванні. Бажання підвищити якість пластичної операції спонукає професійного дитячого уролога до вдосконалення існуючих методик та засобів оперативної майстерності.

На даний час найбільш розповсюдженим і обґрунтованим способом хірургічного лікування вродженого гідронефрозу в дітей є операція Андерсена-Хайнса (1963), в основі якої лежить резекція примизкового звуженого відділу сечоводу та частини миски з накладенням мисково-сечовідного анастомозу.

Дискусії не підлягають питання необхідності виконання операції *in situ*, вибору оптимального доступу, обережного, малотравматичного препарування тканин, збереження судин брижі сечовода в ділянці його резекції (а саме, верхньої сечовідної артерії), накладення широкого пієлоуретероанастомозу зі збереженням топографічних співвідношень ниркової миски та кінця незмінної частини сечовода, вибір атравматичного шовного матеріалу, що розсмоктується, і накладення анастомозу на шинуючій трубці. В основному визначені показання до виконання дренажної та бездренажної пієлоуретеропластики.

Ефект пластичної операції при гідронефрозі в значній мірі залежить від технічного виконання анастомозу. При пієлоуретеропластичці одні автори використовують окремі вузлові шви, другі – неперервні, зокрема з накладанням П-подібного шва – “замка” – на верхівку кута рани сечовода. Накладання вузлових швів подовжує час виконання операції. Накладання безперервного шва стягує, гофрує лінію анастомозу, зокрема при надмірному зав’язуванні ниток у верхньому куті анастомозу, порушує адапцію країв ран миски та сечовода з утворенням так званих шпор та складок слизової у вигляді клапанів. Деформація анастомозу особливо небезпечна в ділянці нижнього півкола. Тому ми поєднали ці два види швів у наступний спосіб. Нижнє півколо анастомозу формуємо накладанням 4-6 окремих вузлових швів. При цьому, вколювання та виколювання здійснюємо безпосередньо під слизовими оболонками сечовода та миски без їх захоплення. Це забезпечує ідеальну адаптацію слизових. При зв’язуванні нитки вузли обов’язково повинні бути ззовні. Використовуємо атравматичний шовний матеріал із ниткою, що розсмоктується (дексон, вікріл № 5/0). Наступний шов, накладений на задню губу анастомозу, після зав’язування переходить у безперервний обвивний до верхнього

кута анастомозу. Аналогічним чином формується передня губа. Обидві нитки без надмірного зусилля зв'язуються, і одну з них зрізаємо, другою зашиваємо рану резекованої миски. Формування анастомозу вимагає великої уваги та акуратності.

Враховуючи можливість рестенозування новоутвореного пієлоуретерального сегмента в післяопераційний період, ми формуємо широкий анастомоз до 1,5–2 см.

За період 1996–2001 рр. у Львівській обласній дитячій клінічній лікарні виконано 35 операцій з приводу вродженого гідронефрозу II–III ст. дітям у віці від 4 місяців до 13 років. У всіх випадках ми накладали анастомоз з вищезгаданим поєднанням швів. Після проведених контрольних обстежень у жодному випадку не виникла потреба в повторному оперативному лікуванні.

Вважаємо, що формування нижнього півкола анастомозу при пієлоуретеропластичі вузловими швами забезпечує добру адаптацію кріїв стінок миски та сечовода, плавний перехід “сечової доріжки” без утворення шпор та клапанів, раннє функціонування неосегмента в післяопераційний період, його рівний перебіг і, в кінцевому результаті, підвищення якості пластики. Подальше застосування безперервного шва зменшує тривалість операції та наркозу.

УДК616.629-007.253-053.6

**А.М. Лаврик, А.О. Дворакевич, Н.В. Кисельчук**

## **ВИПАДОК ПОВНОГОНЕЗАРОЩЕННЯ СЕЧОВОЇ ПРОТОКИ УХЛОПЦЯ П'ЯТНАДЦЯТИ РОКІВ**

*Міжобласна лікарня для засуджених Управління Держдепартаменту України  
з питань виконання покарань у Львівській області*

Сечова протока (урахус) – рудиментарний орган людини. Він розташований по середній лінії внутрішньої поверхні стінки живота між пупком та верхівкою сечового міхура. У нормі у дітей віком від двох місяців до одного року відбувається облітерація сечової протоки і утворення серединної пупкової зв'язки. Незарощення сечової протоки відноситься до аномалій розвитку [2]. Клінічна симптоматика вади з'являється у більшості хворих у віці до п'яти років.

Розрізняють повне і неповне незарощення сечової протоки. Незарощення її верхнього відділу призводить до утворення пупкової норичі, середнього – до утворення кісти, нижнього – до виникнення міхурово-урахусового дивертикулу. У дитячу урологічну клініку приймають дітей з повним незарощенням та незарощенням нижнього відділу сечової протоки, тому що в цих випадках у патологічний процес втягується сечовий міхур [1].

Подаємо власне спостереження порівняно пізнього прояву та діагностики незарощення сечової протоки. Хворий Ц. 15-ти років, 23.08.2001 р. госпіталізований в хірургічне відділення з підозрою на пристінковий абсцес черевної порожнини в параумбілікальній ділянці. Скаржився на періодичні болі та серозні виділення в ділянці пупка, що тривають протягом останніх трьох місяців. При пальпації живіт м'який, не болючий. Пальпується еластичний тяж, що йде від пупка в напрямку до сечового міхура. Пупок гіперемований, шкіра довкола нього мацерована. На дні пупка норицевий отвір розміром 3 мм в діаметрі. При глибокій пальпації параумбілікальної ділянки із нориці появлялись серозно-гнійні виділення. Тонким зондом проникли в норицевий отвір на глибину до 2 см в напрямку до надлобкової ділянки. Стінки норицевого ходу щільні, сформовані.

Загальний аналіз крові в межах норми. Загальний аналіз сечі: питома вага – 1015, лейкоцити – до 15 в полі зору, еритроцити незмінні – 2-3 в полі зору, циліндри гіалінові 2-3 в полі зору, оксалати. Фістулографія – в норицевий хід введено 5 мл 76 % тріомбразу: визначається контрастована порожнина стрічкоподібної форми, з чіткими рівними контурами довжиною до 13 см, шириною 1,5 см, яка з'єднується конусоподібно із сечовим міхуром.

Під загальним знечуленням 06.09.2001 р. виконана операція: нижньо-середина лапаротомія, виділення необлітерованої сечової протоки із пластикою верхівки сечового міхура. По ходу оперативного втручання виявлено еластичний тяж із макроскопічними ознаками хронічного запалення. Під час сепарації урахуса виявлено інтимне зрощення останнього із незміненою парієтальною очеревиною гіпогастральної ділянки. Сечова протока з'єднувалась із сечовим міхуром широкою основою розміром до 2,5 см. В місці з'єднання резековано урахус із пластикою сечового міхура дворядним швом.

Заключення гістологічного дослідження: фрагменти сполучної тканини із середини вистелені перехідним епітелієм. Гістологічна картина відповідає структурі сечовивідних шляхів.

Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. Шви знято на сьому добу, рана загоїлась первинним натягом. Хворий виписаний в задовільному стані 21.09.2001 р. Оглянутий через місяць, скарг не висуває.

### **Література**

1. Возіанов О.Ф., Сеймівський Д.А., Бліхар В.Є. "Вроджені вади сечових шляхів у дітей". – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000 – 137-138 с.
2. Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Красовская Т.В. "Абдоминальная хирургия у детей". – Москва: Медицина, 1988 – 41 с.
3. Thomas M.Holder, Keith W. Ashcraft "Pediatric Surgery", 1989. Philadelphia, USA.
4. Waldo E. Nelson "Nelson Textbook of Pediatrics", 1987. Toronto, Canada.
5. Kenneth J. Welch "Pediatric Surgery", 1986. Fourth edition, Chicago, McSBY. USA.

**А.В. Бухмин, В.В. Россихин, В.В. Лапшин, Ю.И. Козин**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЦЕЛЕ**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Харьковский государственный медицинский университет*

Из трех подходов лечения варикоцеле – эндоскопического, эмболизации семенной вены и открытого оперативного вмешательства – в детской хирургической практике конкурируют между собой методики Иванисевича и Паломо. Проведенные исследования подтверждают точку зрения многих авторов о нефизиологичности пересечения тестикулярной артерии. После операции Паломо кровообращение яичка перестраивается по коллатеральному типу циркуляции, в чем убеждают данные цветной доплерографии, проведенной в послеоперационный период у 16 больных, достигших репродуктивного возраста. Расстройство гемодинамики ухудшает функциональный результат вмешательства. У 14 больных найдено снижение концентрации сперматозоидов в семенной жидкости, ограничение их подвижности, увеличение числа патологических форм.

Операция Иванисевича, оправданная с точки зрения физиологии органов кровообращения яичка, несёт в себе опасность возникновения рецидивов варикоза, которые обнаруживаются у 9 % больных. Причиной рецидивов заболевания служит коллатеральное кровообращение по внутрисистемным анастомозам.

Данное обстоятельство послужило основанием для разработки более эффективной методики – иссечения тестикулярной вены, которая удаляется от истоков до уровня нижней подпочечной вены вместе со всеми коммуникациями, что не оставляет анатомического субстрата для рецидивирования. Эффективность операции по устранению тестикулярного варикоза составляет 98 %. Профилактикой длительного отека яичка и мошонки является дооперационное контрастирование по Ерохину (14 набл.) индиго-кармином лимфатических сосудов, сопровождающих семенную вену. Серьезные нарушения сперматогенеза в отдаленный послеоперационный период выявлены у 12 %, сомнительный уровень фертильности отмечен у 15,2 % больных. Среди других методов лечения операция Иванисевича в разработанной модификации занимает ведущее место по эффективности как в косметическом, так и в функциональном отношении.



**О.Й. Бурда, І.В. Микичак, О.М. Васюта,  
О.Є. Борова, Н.В. Опікан**

## **ЗАЩЕМЛЕНІ ПАХВИННІ ГРИЖІ У ДІТЕЙ**

*Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Львів*

Найважчим ускладненням пахвинної грижі у дітей є защемлення, яке переважає у віковій групі до 3 років і складає 80-95 % всіх видів гриж (Palmer V.V., 1978; Батров Г.Г., 1981), 2,9-17,7 % (Маят В.С., 1960; Баиров Г.А., 1968). 75-97,3 % правосторонніх защемлених гриж зустрічаються у хлопчиків (Долецкий С.Я., 1952). У недоношених новонароджених защемлення становить 35-60 % і більше (Marincovic S. та ін., 1998). Чим менший вік дитини, тим складніше встановити діагноз. Половина діагностичних помилок допускається у дітей першого півріччя життя, в яких високий ризик защемлення (Laube J., 1977; Salaymeh M.T., 1968). Існують труднощі в діагностиці при незначних вип'ячуваннях, коли защемлюється сальник, придатки матки або защемлення відбувається у внутрішньому кільці, і при так званому пристінковому защемленні. Затруднена диференціальна діагностика при пахвинному лімфаденіті, гострій водянці сім'яного канатика і яєчка, перекруті яєчка, крипторхізмі (Исаков Ю.Ф., 1978). Все це вказує на те, що питання ранньої діагностики у дітей не втратили своєї актуальності. При защемленій грижі з резекцією кишки летальність становить 1,5 %, у маленьких дітей 0,8-11 % (Батров Г.Г., 1982, Долецкий С.Я., 1952). Невправимі грижі часто викликають сумніви щодо защемлення і вимагають термінової операції.

Необхідність в резекції кишки у зв'язку з порушенням її кровопостачання виникає дуже рідко – 0-1,4 % (Rowe M.I., 1970). При повторних защемленнях новонароджених необхідно оперувати до п'яти днів після вправлення грижі. Всього було прооперовано 172 хворих із защемленими грижами, що складало 16 % від загального числа досліджуваних хворих з ПГ. Клінічні прояви защемлених гриж різноманітні. Одним з перших симптомів є стійке вип'ячування в пахвинній ділянці та неспокій, які за нашими даними складають 90 % (156) випадків. Лише у 6-ти хворих вип'ячування було незауваженим, що в 1-му випадку закінчилося пристінковим защемленням і резекцією кишки у п'ятимісячній дитини, в 2-му випадку резекція кишки не проводилася, а защемлення було в ГПК. Серед хворих із защемленими ПГ у 14 хворих (8 %) зафіксовано блювання в перші години після защемлення та через 10-12 годин. Больовий симптом виявлено у 48 хворих (27,9 %) старших трьох років, які могли локалізувати біль. У 141 випадку (82 %) защемлення виникало на фоні дисфункцій шлунково-кишкового тракту. Основну масу становили діти першого року життя, в анамнезі у яких виявлено нестійкі

випорожнення з патологічними домішками, рідше запори. 27-м хворим (15,7 %), які поступили в клініку із защемленими ПГ, хірургічну корекцію проведено в плановому порядку, оскільки через несприятливий фон захворювання було застосовано консервативне лікування. Серед даної групи хворих з пневмоніями було 4 дітей (2,3 %), з гострою кишковою інфекцією – 7 (4 %), з вродженими вадами серця – 3 (1,7 %), з вадами розвитку сечовидільної системи – 2 (1,1 %). 36 % защемлених ПГ припадає на вік від 1 до 3 місяців. Загалом, 66 % дітей першого року життя оперуються за невідкладними показаннями. Серед 5-ти новонароджених четверо було недоношеними. Слід акцентувати увагу на тому, що у двох випадках діагноз защемленої ПГ грижі був поставлений надто пізно через відсутність уваги неонатологів, що призвело до перитоніту. Наступний пік защемлень припадає на вік від 1 до 3 років і становить 15 %. В інших вікових підгрупах розподіл коливається від 4,7 до 10 %. Лише 23,3 % хворих із защемленими грижами прийнято в стаціонар в перші 3 години з моменту защемлення. Пізня госпіталізація відмічена в 14 % випадків. Серед дослідженого матеріалу в 4-х випадках (0,36 %) вмістом грижового мішка був дивертикул Меккеля (грижа Літтре). У 2-х випадках в грижовому мішку знайдено апендикс, зміни в якому призвели в 1-му випадку до флегмони грижового мішка та перитоніту. Важкість діагностики обумовлена недоношеністю дитини (маса тіла 1400 г).

Через 2 роки після операції в усіх вікових підгрупах об'єм ячок на оперованій стороні був достовірно нижчим від об'єму ячок у здорових хлопчиків ( $p < 0,05$ ). Дефіцит об'єму при тугому защемленні в апоневротичному кільці становив 34-35 %, в середньому – 22 %.

Висновки. Хворі з даною патологією вимагають термінової госпіталізації в клініку та невідкладного оперативного втручання, враховуючи високу чутливість тестикул до ішемії. Вправлення вмісту грижового мішка в черевну порожнину спричиняє додаткове травмування ячка і вимагає перегляду щодо показань до консервативного лікування. Дефіцит об'єму ячок (можливо і зниження функції) вимагає комплексного лікування як в ранній поопераційний період, так і у віддалені строки.

**С.Р. Рахимов, Н.А. Акбаров, Ч.М. Абдувалиева,  
А.Э. Хожиматов, З.М. Утанов**

## **СПОСОБ ВРЕМЕННОЙ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА МИГРАЦИИ КАМНЕЙ В МОЧЕТОЧНИК ПРИ НЕФРОЛИТОТОМИИ У ДЕТЕЙ**

*Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан*

Известно, что многие урологи для временной остановки кровотечения во время операции на паренхиме почки широко применяют различные способы: накладывание мягкого (сосудистого или кишечного) зажима, клебса, клеммы, резинового катетера или полоски на сосудистую ножку почки или отдельно на почечную артерию; местную гипотермию почки; сдавливание сосудистой ножки или самой паренхимы почки между пальцами; окклюзию почечной артерии баллоном – катетером с гипертермической перфузией и др. Для этого необходимо тщательное, осторожное выделение магистральных сосудов почки от окружающих её тканей. При первичной операции и при отсутствии воспалительного процесса в почке и окружающих её тканях мобилизация сосудистой ножки не составляет особого труда. Однако, при вторичной операции на почке и при нефролитиазе, осложненном пиелонефритом, особенно паранефритом, сопровождающимся пединкулитом, развитием коллатерального кровообращения в области ворот почки; при короткой почечной ножке, а также при аномалии сосудов у ворот почки отдельное выделение крупных сосудов почечной ножки не представляется возможным, так как это сопряжено с опасностью их отрыва.

Кроме того, магистральные сосуды почки у детей тонкие и легкоранимы, это выражено тем больше, чем моложе ребенок. Поэтому при сильном натяжении турникета или наложении зажима легко может возникнуть отрыв сосудов от почки. Все это обязывает хирурга относиться с особой тщательностью к каждой манипуляции на почке при её выделении. Ни один из вышеуказанных способов временной остановки кровотечения не предупреждает миграцию камней в мочеточник во время проведения нефролитотомии, особенно при множественных мелких камнях в почке.

Во избежание вышеуказанных возможных осложнений при всех видах нефролитотомии у детей в последние годы применяется разработанный в клинике простой, доступный, надежный способ временной остановки кровотечения и профилактики миграции камней в мочеточник.

Техника выполнения этого способа заключается в следующем. После обнажения почки выделяют ее из окружающих тканей и выводят в рану. После освобождения почечной сосудистой ножки одним блоком вместе с начальным отделом мочеточника тупым путем от окружающей жировой клетчатки или рубцовоизмененных тканей проксимальный конец мочеточ-

ника вместе с магистральными сосудами почки подтягивают кверху при помощи резинового турникета, проведенного вокруг почечной ножки. Свободные концы турникета по задней поверхности почки натягивают в противоположную сторону до тех пор, пока не будет достаточно сдавлена почечная ножка, и прекратится поступление крови в почку. Фиксацию резинового турникета в достигнутом положении осуществляют наложением на уровне петли длинного, мягкого, изогнутого сосудистого зажима, выпуклая часть которого обращена в сторону ворот почки.

Турникет состоит из резиновой полоски длиной 23-24 см (равной окружности рукава перчатки) и шириной 2-3 см, вырезанной из рукава стерильной хирургической перчатки.

После чего приступают к выполнению нефролитотомии. При этом во время оперативного вмешательства, кроме прекращения притока крови в почку исключается возможность проскальзывания мелких камней и попадания сгустков крови, гнойных детритов, слизи, песка из почки в мочеточник и обтурация нижних мочевых путей, нередко требующие в последующем повторных вмешательств. После удаления камней и тщательного промывания чашечно-лоханочной системы через катетер струей теплого раствора фурациллина приступают к ушиванию раны почки. Для этого резиновый турникет ослабляется. Кровоточащие сосуды раневой поверхности паренхимы захватывают специальными зажимами с узкими браншами (москитом) и перевязывают или прошивают тонким кетгутом на атрауматичной круглой игле. После этого на рану паренхимы накладывают узловые кетгутовые швы на большой атрауматичной круглой игле. Затем резиновый турникет полностью снимают с ножки почки. Почку укладывают в ее ложе. Продолжительность непрерывной блокады почечного кровотока во время операции зависит от объема производимого оперативного вмешательства и колеблется от 10 до 30 мин.

Этот способ временной остановки кровотечения позволяет производить нефролитотомию не спеша и почти бескровно, опасность отрыва магистральных сосудов почки наименьшая, т.к. при этом в турникет берутся сосуды не отдельно, а вместе с проксимальным отделом мочеточника.

Таким образом, предлагаемый способ технически чрезвычайно прост, надежен и в то же время эффективен, ускоряет операцию за счет сокращения времени затрачиваемой на отдельное выделение магистральных сосудов почки, менее травматичен, не требует практически никаких материальных затрат, так как на изготовлении турникета используются уже бывшие в употреблении резиновые перчатки. Применяя этот способ во время проведения нефролитотомии у 623 детей, ни в одном случае не имели никаких осложнений, связанных с этим способом, а также не наблюдалась миграция камней в мочеточник во время операции. Все это дает основание рекомендовать данную методику временной остановки кровотечения и профилактики миграции камней в мочеточник при нефролитотомии у детей для широкого применения в хирургической практике.

**С.Р. Рахимов, Б.С. Рахимов, Н.А. Акбаров,  
К.Л. Косимов, К.Х. Исроилов**

## **ОСЛОЖНЕННЫЙ ЭХИНОКОККОЗ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ**

*Андижанский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан*

Республика Узбекистан относится к региону, которому эндемичен эхинококкоз. В связи с этим за последние годы данная проблема неоднократно обсуждалась в региональном и международном масштабах.

В связи с внедрением новых диагностических и лечебных методов, улучшением анестезиологических и реанимационных пособий, в лечении больных эхинококкозом достигнуты значительные успехи. В тоже время нередко встречаются диагностические и лечебно-тактические ошибки, которые в подавляющем большинстве случаев связаны с разночтением клинических проявлений осложненного эхинококкоза легких у детей.

При диагностике эхинококкоза легких пользуются классификационной схемой, в основе которой лежит классификация А.В. Мельникова (1935), которая не всегда позволяет правильно оценить степень вовлечения пораженного органа в патологический процесс, возможные осложнения.

Настоящее сообщение является результатом анализа лечения 167 детей в возрасте от 2 до 15 лет, больных эхинококкозом легких, находившихся на лечении в нашей клинике.

Поражения верхней доли легкого были у 45 больных (в том числе справа – 25, слева – 20), средней доли легкого наблюдались у 29 больных; нижней доли – у 93 больных (в том числе справа – 42, слева – 51).

Констатация формы, стадии патологического процесса проводилась на основе видоизмененной классификационной схемы, принятой в нашей клинике (С.Р. Рахимов, 1989). Согласно этой схеме осложнения эхинококковой кисты могут наступить на всех стадиях развития патологического процесса. Таким образом, осложненный эхинококкоз легких не является стадией эхинококкоза легких, а только формой течения.

Из 167 больных у 59 (34,5 %) был осложненный эхинококкоз, в том числе у 35 было нагноение кисты с прорывом (в бронхи – 17 больных, в полость плевры – 7).

Из 7 больных с прорывом эхинококковой кисты в плевральную полость в 6 наблюдениях появились симптомы внутриплеврального напряжения: общее состояние больных резко ухудшилось, они пытались лечь на пораженную сторону грудной клетки. Объективно отмечена асимметрия грудной клетки, на больной стороне грудной клетки наблюдалось отставание в акте дыхания, в целом дыхание было поверхностным. Перкуторно – на больной стороне тимпанит, свидетельствующий об ателектазе легких со смещением

органов средостения. Все эти больные находились на лечении у педиатра (в поликлинике – 2, в стационаре – 5) в течение 2-9 суток с диагнозом острой респираторной вирусной инфекции. Причиной подобных диагностических ошибок явились переоценка педиатрами диагностических возможностей физикальных методов исследований, пренебрежительное отношение к неотложной рентгенографии грудной клетки или необоснованная настороженность к рентгенологическим исследованиям.

Из 59 больных осложненным эхинококкозом легких 17 оперированы в экстренном порядке (в том числе больные с синдромом внутриплеврального напряжения).

В 15 наблюдениях произведена торакотомия, санация плевральной полости и обработка остаточной полости модифицированным методом Вишневецкого. В двух наблюдениях в связи с крайне тяжелым состоянием больных произведен торакоцентез с пассивным дренированием плевральной полости. Торакотомию, эхинококкэктомию, ликвидацию бронхиального свища и обработку остаточной полости осуществляли по мере выведения больных из тяжелого состояния на почве внутриплеврального напряжения и токсико-аллергического шока. Все больные выписаны здоровыми, в отдаленный период реабилитированы.

УДК 616.334-007.271-053.1-053.2-089-036

**О.К. Сапаев, М.М. Алиев**

## **КРИТЕРИИ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИИ ПИЕЛОРЕТЕРАЛЬНОГО СЕКМЕНТА**

*I Ташкентский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан.*

Основным критерием в выборе метода лечения врожденной обструкции пиелоретерального сегмента является не степень расширения мочевых путей, а выраженность нарушений уродинамики и сохранность сократительных способностей верхних мочевых путей (ВМП). В оценке нарушений уродинамики применили комплекс функциональных исследований, состоящий из ультразвукового сканирования (УЗС), экскреторной урографии (ЭУ) и радиоизотопной ренографии (РРГ) с диуретическими пробами. На основании данных этих исследований мы несколько видоизменили классификацию нарушений уродинамики, предложенную А.В. Терещенко (1981) и К.Д. Паникратовым (1992). Она выглядит следующим образом:

– I стадия (компенсации) характеризуется сохранением сократительной способности и компенсаторных возможностей ВМП. На ЭУ расширенная

чашечно-лоханочная система (ЧЛС) отчетливо контрастируется на 6-12 мин, задерживается в полости почки до 30 мин, на РРГ  $T_{max}$  – 5-6 мин,  $T_{1/2}$  – более 15 мин. На диуретических пробах отмечается положительная реакция, показывающая сохранность компенсаторных возможностей ВМП.

– II стадия (декомпенсации) характеризуется сохраненной сократительной способностью, проявляющейся отчетливым контрастированием, с ровными контурами расширенной ЧЛС на 12-15 мин. при ЭУ и на РРГ  $T_{max}$  – 5-6 мин,  $T_{1/2}$  – более 15 мин, но утратой компенсаторных возможностей, проявляющейся отрицательной реакцией на введение диуретиков в виде замедления выведения контрастных веществ и РФП, размеры ЧЛС не сократятся за 30 минут.

– III стадия (акинезии) характеризуется отсутствием (“немая” почка) или скудным контрастированием на ЭУ до 20-30 мин, на РРГ растягиванием  $T_{max}$  более 10 мин, снижением ЭПП и КФ. Реакция на диуретики отрицательная или отсутствует.

– IV стадия (стадия) характеризуется полной утратой функционирующей почечной паренхимы.

После установления диагноза мы применили такую тактику лечения: в I стадии – динамическое наблюдение и консервативное лечение, при сохранении изменений или отрицательной динамике оперативное лечение – резекция ЛМС и пиелoureteroанастомоз (ПУА) без резекции лоханки и (возможно) без дренирования ЧЛС; во II стадии – операция – резекция ЛМС и ПУА без резекции лоханки с оставлением нефростомы на относительно короткий срок; при скудном контрастировании или “немой” почке мы проводили предварительную деривацию мочи путем чрескожной пункционной нефростомии (ЧПНС) и консервативную терапию, направленную на улучшение почечных функций и сократительных способностей ВМП; при улучшении концентрационных и фильтрационных способностей почки, увеличении КФ и ЭПП, появлении контрастирования на ЭУ, сокращении размеров ЧЛС – (состояние оценено как III стадия гидронефроза) выполнена операция – максимальная резекция лоханки и прилоханочного отдела мочеточника с дренированием ЧЛС; невосстановление или отрицательная динамика почечных функций после деривации, несокращение размеров ЧЛС по данным ЧЛС (даже при открытой нефростоме) оценено как терминальная стадия гидронефроза и выполнена первичная нефрэктомия.

Вышеизложенная тактика выбора метода лечения применяется в клинике детской хирургии I-ТашГосМИ в последние 3 года и по ней прооперирован 41 больной, в т.ч. 6 проведена первичная нефрэктомия. Отсутствие неудовлетворительных результатов, а также достижение хороших результатов до 77,1 % показывает правильность выбранной нами тактики лечения.

**В.Б. Борвін, Г.Г. Шиш, Ю.М. Нор, О.В. Овчар,  
Є.М. Гриценко, О.В. Цилюрик**

## **ТРУДНОЩІ ДІАГНОСТИКИ І СОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ УРГЕНТНІЙ ПАТОЛОГІЇ ПРИДАТКІВ МАТКИ У ДІВЧАТ**

*Українська медична стоматологічна академія,  
Полтавська дитяча міська клінічна лікарня*

Проблема діагностики і хірургічної тактики при ургентній патології придатків матки у дітей є актуальною. Спеціалізована допомога таким дітям має бути надана висококваліфікованими гінекологами. Але в ургентних ситуаціях медичну допомогу надають хірурги або дитячі хірурги загального профілю, які несуть чергування по хірургії. Вони змушені протягом короткого часу обстежити маленьких пацієнток і прийняти правильне рішення. Ми маємо досвід лікування 77 таких хворих. Дівчата були у віці від 5 до 15 років. При первинному огляді в клініці цим дітям були виставлені такі діагнози: гострий апендицит (66), гостра кишкова непрохідність (4), ниркова коліка (2), апоплексія яєчника (2), пухлина порожнини таза (3), гостра затримка сечі (2). Оперативне втручання було показано і проведено 62 хворим. У них під час операцій діагностовано такі патології: розрив (апоплексію) яєчника (37); перекрут придатків матки (22), в т.ч. ізольований перекрут кіст яєчника (16); гематометрум (3). Не оперовано 18 дівчат із порушенням оваріально-менструального циклу (15) і запальними захворюваннями геніталій (3).

Найбільшу групу ургентних хворих склали дівчата з крововиливом (апоплексією) яєчників (37). Переважна більшість їх (35) оперовані з доопераційним діагнозом – гострий апендицит. Діагноз верифікований був тільки під час операції. Розрив правого яєчника мав місце у 27, а лівого – у 10 випадках. У 12 дівчат розрив виник на фоні кістозно зміненого яєчника. Усі операції починалися з доступу за Мак-Бурнеєм. Подальше розширення операційної рани було потрібним тільки 8 хворим із лівосторонньою апоплексією.

Децю меншу групу склали дівчата з перекрутом утворень придатків матки (22). Ці діти були у віці від 5 до 15 років. Захворювання починалося з виникнення болю в животі, частіше постійного характеру. У 20 хворих була 1-2-разове блювання. Наявність щільного, нерухомого, болючого пухлиноподібного утворення в порожнині таза при ректальному дослідженні була виявлена лише у 1/5 дітей цієї групи. Треба відзначити, що у 9 дівчат, які госпіталізовані через 24 години від початку захворювання, на момент поступлення скарг вже не було, живіт був м'яким, зберігалася лише незначна болючість при його глибокій пальпації. В аналізі крові виявлявся помірний нейтрофіліоз. Даних про анемію або її прогресування не було. Значну допо-



могу в таких випадках ми отримували від УЗ-дослідження. Наявність патологічних утворень придатків матки виявлена в усіх випадках, що і стало вирішальним критерієм для оперативного втручання. Під час операцій виявлені ізольовані перекрути кіст яєчника (16) та перекрути придатків матки (6), в т.ч. з некрозом перекручених органів (3). Хворим цієї групи виконані переважно органозберігаючі операції – видалення кіст або пухлин. За гістологічною будовою були: параоваріальна кіста – 11, шоколадна кіста – 2, зріла тератома – 7, тератобластома – 1, дисгермінома – 1.

Окрему групу складають 3 дівчини, у яких був гематометрум (3) із гематокольпос (2) і гематоцервікс (1). Усі діти поступили в клініку з підозрою на пухлину порожнини таза, а дві з них з гострою затримкою сечі. У двох дівчат при обстеженні була встановлена наявність пухлиноподібного утворення у порожнині таза, яке особливо чітко визначалося при ректальному дослідженні. При огляді зовнішніх статевих органів виявлена наявність суцільної дівочої перетинки. Діагноз – гематокольпос з гематометрум – не був складним. Проведено розтин суцільної перетинки і видалення менструальної крові з піхви та матки .

Значні діагностичні труднощі виникли у третьої хворої 14 років. Вона прийнята в стаціонар також із підозрою на пухлину порожнини малого таза. З'ясовано, що менструації мають місце вже 3 місяці. Остання була тиждень тому. У хворої виникав біль у животі і раніше, але з менструаціями вона його не пов'язувала. Останні 3 дні біль у животі став досить інтенсивним. При фізикальному дослідженні з'ясовано, що зовнішні статеві органи розвинені правильно, відповідно віку дівчини, дівоча перетинка у формі півмісяця, вихід із піхви вільний, випинання якихось утворень через неї не помічено. При ректальному дослідженні визначається патологічне утворення, щільне за консистенцією, без флуктуації, яке займає більшу частину малого таза; його верхній полюс пальцем не досягається. При УЗД виявлена матка звичайних розмірів справа від сечового міхура, патологічна деформація лівих придатків. Додатково виявлено пухлиноподібне утворення розмірами 5,0x6,0x6,3 см дещо збоку і зліва від сечового міхура; незначна кількість вільної рідини в дугласовому кармані. Встановлений діагноз: “Перекрут лівих придатків матки. Пухлина лівого яєчника?” Під час екстреної операції з середнього лапаротомного доступу виявлено подвоєння матки. Шийки обох (правої і лівої) маток з'єднуються і переходять в одну піхву. Права подвоєна матка і праві придатки зовні не змінені. Гематоцервікс, гематометрум, гематосальпінкс зліва внаслідок обструкції шийки лівої подвоєної матки. Виконано операцію дренажу порожнини лівої матки і шийки надлобковим внутрішньоматковим дренажем. Другим етапом через 2 тижні проведено розкриття шийки лівої матки через піхву. Чергова менструація пройшла без ускладнень.

**Б.В. Радіонов, Я.М. Волошин, П.М. Дорошенко,  
І.А. Калабуха, О.В. Хмель, В.І. Клименко,  
С.Г. Подгаєвський, В.Ф. Коваленченко**

## **ПРИЧИНИ, ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ БРОНХОЕКТАЗІЇ ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ**

*Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України*

Бронхоектазії зустрічаються у 0,5-0,9 % хворих дітей і підлітків. Консервативне лікування приводить до тимчасового незначного покращання. Важливе значення в усуненні патології надається операціям на легенях.

За останні 17 років у відділенні торакальної хірургії інституту знаходилося на лікуванні 108 дітей і підлітків з приводу бронхоектазій.

Хлопців було 61 (56,48 %), дівчат – 47 (43,52 %) у віці від 7 до 10 років – 9 хворих (8,33 %), від 10 до 13 років – 45 (41,67 %) і від 13 до 15 років – 54 (50 %). В анамнезі у більшості дітей і підлітків відмічався неодноразово перенесений запальний процес в легенях і бронхах, який починався в грудному або ранньому віці. Виникненню бронхоектазії сприяла схильність дітей до простудних захворювань, несвоєчасно почате або незакінчене лікування, нераціональне застосування антибіотиків при гострій пневмонії, бронхіті. У 24 хворих (22,22 %) – хронічний гайморит, тонзиліт підтримували запальний процес в трахеобронхіальному дереві. Ретроспективний аналіз історій хвороб, рентгенограм, бронхограм показав, що найбільш вірогідними ведучими причинами бронхоектазій були: 1) хронічна пневмонія у 34 хворих (31,48 %); 2) неправильний розвиток елементів легенів – у 40 (37,04 %), причому гіпоплазія легенів – у 5 (4,63 %), долі – у 18 (16,67 %); 3) полікістоз долі чи легенів – у 17 (15,74 %); 4) хронічний бронхіт – у 16 (14,81 %); 5) аспірація стороннього тіла – у 3 (2,78 %); 6) стафілококова деструкція – у 6 (5,56 %); 7) туберкульоз легенів – у 9 (8,33 %). При поступленні в клініку бронхоектазії у фазі загострення були у 57 хворих (52,77 %). Турбував кашель з гнійним харкотинням до 100 мл на добу 57 хворих, підвищена температура тіла від 37,8 до 39,4 °С – 54, задишка – 38, швидка втомлюваність – 55. Симптом “барабаних паличок” виявлено у 8 хворих (7,4 %). При аускультатії над ураженими відділами легень вислуховувалися різнокаліберні вологі і сухі хрипи – у 95 (78,7 %).

Зрушення лейкоцитарної формули вліво виявлено у 62 хворих (57,4 %), підвищений лейкоцитоз від  $10,3$  до  $21,4 \cdot 10^9$  /л, ШОЕ від 12 до 52 мм/год – у 22 (20,37 %). Імунологічна реактивність організму була знижена у 25 (78,02 %) із 32 обстежених хворих. При бронхоскопії ендобронхіт I-II ступеня встановлено у 30 хворих (27,77 %), II-III ступеня – у 27 (25 %). На рентгенограмах виявлено ателектази у 23 хворих (21,3 %), “коміркові”

просвітлення – у 23 (21,3 %), округлі “цільникові” тіні – у 12 (11,11 %), затемнення легеневого поля в нижніх відділах – у 18 (16,67 %), деформація легеневого рисунка – у 22 (20,37 %), зміщення середостіння в сторону ураження – у 17 (15,74 %). Права легень була уражена у 41 хворого (37,96 %), ліва – у 67 (62,04 %). На бронхограмах мішкоподібні бронхоектази були у 53 хворих (49,07 %), кістоподібні – у 17 (15,74 %) та циліндричні – у 38 (38,18 %), зближення сегментарних бронхів – у 25 (23,14 %). Бронхоектази в межах сегмента або долі були у 93 хворих (86,11 %), розповсюджені на всю легень – у 15 (13,89 %). Мікробіологічно – методом посіву в харкотинні і промивних водах бронхів – у 19 (33,33 %) виявлено золотистий стафілокок, пневмокок, грамнегативну паличку, резистентні до 1-5 антибіотиків.

Проводили передопераційну підготовку від 3 тижнів до 2 місяців. Призначали протизапальну терапію (хіконцил, цефазолін, цефтриаксон), хіміотерапію (9), імуностимулюючу, протигрибкову, проводили санацію носоглотки, трахеобронхіального дерева. Призначали відхаркуючі засоби, інгаляції, лікувальні фібробронхоскопії (21), введення антибіотиків, гідрокортизону через мікротрахеостому (9). Проводили детоксикацію організму, ультрафіолетове опромінення крові (18), вітаміни (В1, В6), масаж, ЛФК. Після досягнення відносної стабілізації процесу під ендотрахеальним наркозом всім хворим виконали операції. При визначенні об'єму резекції легень враховували дані бронхографії, комп'ютерної томографії і макроскопічної операційної діагностики. Пальпаторно визначали границі пневмофіброзу і крепітації, враховували пробу на еластичність паренхіми. Резекцію сегментів виконали у 20 хворих (18,52 %): базальних – у 11, причому і СV – у 4, язичкових – у 9; лобектомію – у 73 (67,59 %): верхню – у 13, середню – у 23, нижню – у 37; нижню білобектомію – у 10 (9, 26 %) і пневмонектомію – у 5 (4,63 %). Більшість операцій зроблені з допомогою зшиваючих апаратів УКЛ-40, УКЛ-60. Лоб-білобектомії, пневмонектомії – з роздільною обробкою елементів кореня. Співставлення результатів бронхографії і гістологічного дослідження у хворих на бронхоектазію показало, що при гістологічному дослідженні було виявлено на 31,48 % більше патоморфологічних змін, ніж за даними бронхографії. Після операції хворим продовжували протизапальну терапію, хіміотерапію (9), протигрибкову, імуностимулюючу, санацію трахеобронхіального дерева. Ускладнення виникли у 19 хворих (17,59 %), переважав ателектаз легень – у 8. У більшості ускладнення усунені консервативно, у 4 – зроблені повторні операції. Летальності після операції не було. Клінічний ефект досягнуто у 103 хворих (95,37 %). Віддалені результати операцій проаналізовані в строки від 1 до 17 років у 75 пацієнтів (69,44 %), висока ефективність залишалася у 85,33 % пацієнтів і незадовільна – у 4 (5,33 %).

Висновки. 1. Основною причиною бронхоектазій у дітей і підлітків був недостатньо лікований хронічний запальний процес в трахеобронхіальному

дереві або паренхіми, причому у 37,04 % на фоні неправильного розвитку елементів легені.

2. Найчастіше (91, 67 %) бронхоектазії спостерігалися у віці від 10 до 15 років, переважно була уражена нижня доля лівої легені мішкоподібними або кістоподібними бронхоектазами.

3. Резекція легені була основним методом лікування бронхоектазій, переважали лобектомії – у 67, 59 % випадків. Клінічний ефект досягнуто у 95,37 % хворих; у віддалений період спостережень (1-17 років) висока ефективність залишалася у 85,33 % пацієнтів.

УДК 616. 71-018.46-002:615.849.19

**И.В. Крочек, В.А. Привалов, А.В. Лаппа**

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОМИЕЛИТА**

*Челябинская государственная медицинская академия,  
Челябинский государственный университет*

**Введение.** Успехи в лечении остеомиелита, достигнутые в последние годы, не исключают хронизацию процесса, развитие функциональных и косметических дефектов, инвалидизацию больных (Лысов А.В., 1992; Privalov V.A., 1998). В последние годы ведется поиск и разработка технологий с применением различных физических факторов, влияющих на воспалительные процессы в кости. К таким факторам относится излучение высокоэнергетических лазеров (Светлаков А.Л., 1999).

Нами, на основе эксперимента, в клинической практике изучено влияние лазерной остеоперфорации (ЛОП) на течение различных форм остеомиелита.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 135 больных с различными формами остеомиелита. Метод ЛОП апробирован в клинике у 46 больных хроническим остеомиелитом, у 22 пациентов с костными панарициями и у 6 с острым гематогенным остеомиелитом (ОГО). Группами сравнения явились 20 человек с различными формами хронического остеомиелита, 31 пациент с костными панарициями и 10 детей с ОГО, которых лечили традиционными способами.

Для ранней диагностики острого гематогенного остеомиелита применен метод оксигенометрии аппаратом “ТСМ-2” фирмы “РАКІКМЕТЕР” (Патент на изобретение № 2124723). Для топической диагностики и контроля лечения хронических остеомиелитов нами используется ультразвуковой денситометр-остеометр “ЭОМ-02”.

Для лечения остеомиелита нами использованы инфракрасные диодные лазеры в импульсно-периодическом режиме, развивающие мощность свыше 30 Вт. Доставка энергии к пораженной кости осуществлялась чрескожно контактным путем моноволоконным кварцевым световодом диаметром 0,4 мм.

У детей обеих групп с ОГО была локализованная форма заболевания. При бактериологическом исследовании костного мозга высевался золотистый стафилококк в концентрации  $10^6$ - $10^7$ . Возраст детей был от 4 месяцев до 14 лет.

Все больные с хроническим остеомиелитом ранее многократно и безуспешно лечились, неоднократно оперированы. Длительность заболевания составила от 4 месяцев до 43 лет. Возраст пациентов колебался от 16 до 75 лет. 35 человек с хроническим остеомиелитом имели свищевую форму заболевания, 11 – безсвищевую. Секвестры выявлены у 21 больного.

ЛОП производили под внутривенным наркозом. При ОГО перфорационные отверстия формировались во взаимноперпендикулярных плоскостях на протяжении всего метаэпифиза пораженного сегмента конечности, на расстоянии 1 см друг от друга.

При хроническом остеомиелите ЛОП проводилась в проекции рентгенологически определяемых очагов деструкции кости с формированием 10-20 отверстий, которые располагались в шахматном порядке. При наличии свища проводили лазерную термотерапию свищевого хода, используя мощность 3-5 Вт, в течение 30-40 сек.

Результаты исследований и их обсуждение. Нами установлено, что при лазерном воздействии в указанных режимах за период времени от 3 до 10 секунд происходит остеоперфорация всех слоев компактной кости с последующим облучением костного мозга. В этих случаях не происходит глубоких термических поражений мягких тканей и костей, исключается образование мелких костных фрагментов, имеющих при механической остеоперфорации.

Клиническое улучшение у детей первой группы с ОГО наступало на 2-3 день после операции, а в группе сравнения на 4-5. Длительность гипертермии в основной группе была достоверно меньше, чем в группе сравнения. ЛИИ и СМП в первой группе детей снижались быстрее, чем во второй. Достоверно сокращались сроки пребывания в стационаре.

В основной группе детей гнойно-воспалительных изменений не отмечено. В группе сравнения выявлено 2 осложнения (межмышечные флегмоны). Дети были оперированы повторно. При бактериологическом исследовании установлено, что в основной группе детей снижение числа высеваемых микроорганизмов ниже критического уровня наступало на 3 день, в то время как в группе сравнения на 6-7 дни.

У всех детей основной группы наступило выздоровление. Они находятся под наблюдением в течение 10-16 месяцев и чувствуют себя хорошо. В группе сравнения из 10 детей в одном случае процесс перешел в хроническую стадию.

Для больных с костными панарициями достаточно было одного сеанса. При этом пациенты госпитализировались в отделение только на 1-2 дня. Имеющиеся свищи обычно закрывались на 2-3 дни после лечения. Из 46 больных хроническим остеомиелитом, которым проводилась ЛОП, стойкая ремиссия достигнута у 42. У 4 пациентов, имеющих крупные секвестры, даже 3-4-х кратные ЛОП не привели к ликвидации гнойного процесса. Однако у этих больных удалось существенно улучшить общее состояние, что позволило подготовить их к радикальной операции. У 27 из 35 больных со свищевой формой остеомиелита свищи закрылись через 4-10 дней после лечения, у 8 – на 11-18. При ультразвуковой остеодегситометрии в первой группе больных восстановление скорости прохождения ультразвуковой волны по кости начинается с 2-3 месяца и достигает нормы к 4-5 месяцу, чего нельзя сказать о группе сравнения. Субъективно все больные считают себя выздоравливающими, по объективным показателям отмечается стойкая ремиссия.

Вывод. Первый опыт клинического применения ЛОП при различных формах остеомиелита свидетельствует об эффективности этого способа лечения. В отличие от механической остеоперфорации она малотравматична, быстро нормализует внутрикостное давление, обладает выраженным санитизирующим эффектом, вызывая гибель патогенной микрофлоры, что способствует быстрой ликвидации очага воспаления в кости.

УДК 617.586:616.379-008.64-058

**С.В. Осипов, В.А. Привалов, С.В. Яйцев**

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Челябинская государственная медицинская академия,  
Челябинская городская клиническая больница № 1*

Вступление. В последние годы проблема рака щитовидной железы (РЩЖ) у детей и подростков становится все более актуальной. Это обусловлено истинным ростом заболеваемости, неблагоприятной экологической обстановкой, повышением уровня ионизирующей радиации окружающей среды, йодной недостаточностью, социальными стрессами. Узлы в щитовидной железе (ЩЖ) у детей выявляются относительно редко, в 0,05-3 % наблюдений. Тем не менее РЩЖ у детей и подростков составляет 1-3 % от общего количества заболеваний ЩЖ. Заболеваемость РЩЖ у детей и подростков Челябинской области имеет неуклонную тенденцию к росту от 0,1 на 100 тыс. детского населения в 1976 г. до 0,6 – в 1999 г.

Материалы и методы. В Челябинском областном центре эндокринной хирургии в период с 1976 по 2000 гг. находилось на лечении 149 детей и подростков (средний возраст  $(15,7 \pm 2,6)$  лет) с гистологически подтвержденным РЩЖ. Анализировали истории болезни и результаты морфологического исследования послеоперационных препаратов. Обследование включало в себя детальное ультразвуковое исследование щитовидной железы и шеи. Уточняли данные пункционной биопсии, срочных интраоперационных и послеоперационных морфологических результатов. Исследовали титры антитиреоидных антител, белковосвязанный йод сыворотки крови, определяли уровень свободного тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона.

По показаниям производили рентгенографию грудной клетки и средостения. Среди оперированных детей по поводу РЩЖ было 117 девочек (средний возраст  $(16,2 \pm 2,4)$  лет) и 32 мальчика (средний возраст  $(14,3 \pm 3,3)$  лет). Индекс Ленц-Бауэра составил 3,7:1. По возрастному составу больные распределились следующим образом: 4-7 лет – 2 %, 8-11 лет – 8,8 %, 12-17 лет – 55 %, 18-20 лет – 34,2 %. Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 6 лет. Распределение больных в зависимости от распространенности опухоли составило: I ст. – 9,4 %, II А ст. – 45 %, II Б ст. – 6,7 %, III А ст. – 14,1 %, III Б ст. – 16,8 %, IV ст. – 8 %. Значительная часть пациентов госпитализирована в III А-IV стадии заболевания – 58 (38,9 %). 45 пациентов (30,2 %) были госпитализированы спустя год и более с момента выявления заболевания. В зависимости от стадии заболевания определялся характер оперативных вмешательств. При послеоперационном морфологическом исследовании папиллярная карцинома верифицирована у 120, фолликулярная – у 25, медуллярная – у 4. В городах области на момент выявления заболевания проживало 130 детей и подростков (87,2 %), в сельской местности – 19 (12,8 %).

Отдаленные результаты лечения в послеоперационный период изучены у 144 (96,6 %) детей в сроки от 5 до 25 лет. Из них с папиллярной формой РЩЖ в 118 случаях (81,9 %), фолликулярной – в 23 (16 %), медуллярной – в 3 (2,1 %). Судьба 5 (3,4 %) больных неизвестна.

До 10 лет обследован 51 больной – 18,8 %. (из них с папиллярной формой РЩЖ – 39, фолликулярной – 12); в сроки от 11 до 20 лет 92 (45,1 %) пациента (с папиллярным РЩЖ – 21, фолликулярным – 12); в сроки свыше 20 лет – 26 (18 %) больных (папиллярный РЩЖ – 56, фолликулярный – 11, медуллярный – 2).

Результаты исследований и их обсуждение. Медленное течение, регионарный тип метастазирования высокодифференцированных форм РЩЖ позволяют производить щадящие адекватно-радикальные операции, что было выполнено в объеме гемитиреоидэктомии или субтотальной тиреоидэктомии у 130 больных – 88,4 %. У 11 больных была выполнена тиреоидэктомия и у 3 – паллиативная резекция.

За все периоды наблюдения живы 142 (96,6 %) пациента из 144. С I-II Б стадией заболевания – 89 человек (100 %). Из них с папиллярной формой

РЦЖ – 71, фолликулярной – 18. Из пациентов с III А–III Б стадиях живы 46 (100 %). Из них с папиллярной формой РЦЖ – 37, фолликулярной – 7, медуллярной – 2. Среди пациентов с IV стадией живы в течении 15 лет – 5 (46,4 %), свыше 15 лет – 4 (37,3 %), все пациентки с папиллярной формой. Умерли в ближайший месяц после операции от прогрессии медуллярного РЦЖ 2 (18,2 %) больных.

При папиллярном и фолликулярном раке щитовидной железы в сроки от 3 до 25 лет живы все пациентки (100 %). Рецидивов заболевания не отмечено ни у одного больного. Метастазы папиллярного РЦЖ в лимфатические узлы шеи установлены через 1,5–2 года у 3 детей и через 25 лет у 1 (2,8 %). Все дети повторно прооперированы, и в сроки до 10–15 лет у них отмечается безрецидивное течение.

Таким образом, кумулятивная выживаемость во всех стадиях заболевания за все сроки наблюдения составила 96,6 %. При высокодифференцированных формах рака (папиллярном и фолликулярном) живы все пациентки (100 %).

Выводы. 1. Органосохраняющее хирургическое лечение РЦЖ у детей является радикальным способом. Важное значение в оценке отдаленных результатов оперативного лечения имеет длительность и стадия заболевания, объем оперативного лечения и особенно морфологическая структура опухоли.

2. Общая кумулятивная выживаемость детей и подростков с РЦЖ в отдаленный послеоперационный период составляет 96,6 %.

3. Выживаемость при папиллярном и фолликулярном раках – 100 %.

УДК 616.617-053.1-089

**М.М. Алиев, О.У. Зайнутдинов, О.К. Сапаев**

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННОЙ ОБСТРУКЦИЕЙ ЛОХАНО- МОЧЕТОЧНИКОВОГО СЕГМЕНТА**

*I Ташкентский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан.*

Сегодня достаточно актуальной остается проблема своевременной диагностики гидронефроза, а результаты хирургического восстановления проходимости пиелoureтерального сегмента пока еще нельзя признать удовлетворительными. Причинами этого являются не только поздняя диагностика, высокий процент послеоперационных осложнений, но и не всегда правильный выбор метода хирургического вмешательства (Пугачев А. Г. и соавт., 1996). Частота осложнений, связанных с развитием стеноза анастомоза в



ранние и отдаленные сроки, продолжает колебаться от 7 до 14 %. Остается дискуссионным вопрос об объеме резекции лоханки и способе пиелоретеральной пластики.

Нами изучены результаты различных способов хирургической коррекции врожденной обструкции лохано-мочеточникового сегмента. Обследовано 74 детей в возрасте от 3 месяцев до 14 лет с гидронефротической трансформацией различной степени.

Всего проведена 91 операция у 80 больных. 32 больных были прооперированы по методу Андерсона-Хайнса, лоскутная пластика лохано-мочеточникового сегмента выполнена у 13, по методу Андерсона-Хайнса в модификации Ян-Кучера – у 4 больных, а остальным 32 больным выполнена операция Андерсона-Хайнса в нашей модификации. Суть этой операции заключается в следующем: мобилизовав переднюю и заднюю стенки лоханки и верхнюю треть мочеточника, определяли границы резекции. При резекции лоханки придерживались следующего принципа: при II-III степенях гидронефроза, обусловленных стриктурой мочеточника, резецировали суженный участок и 1/3 стенки лоханки с сохранением пиелоретерального конуса. При III-IV стадиях гидронефроза с выраженной пиелоктазией стремились к расширенной резекции 2/3 стенки лоханки и мочеточника с сохранением пиелоретерального конуса. Между лоханкой и здоровым участком мочеточника накладывали латеро-латеральный анастомоз шириной 0,8-1,0 см. Анастомоз создавался с использованием микрохирургической техники и синтетического шовного материала 6/0, 7/0.

Результаты пластики пиелоретерального сегмента оценивали по шкале предложенной Степановым Э.А. и соав. (1992 г). После лоскутной пластики лохано-мочеточникового сегмента неудовлетворительные результаты отмечены у 46,1 % больных, удовлетворительные – у 30,7 %, хорошие – у 3,1 %; после операций Андерсона-Хайнса неудовлетворительные результаты получены у 34,3 % больных, удовлетворительные – у 50 %, хорошие – у 5,6 %. После операций Андерсона-Хайнса в модификации Ян-Кучера неудовлетворительные результаты отмечены у 14,2 % больных, удовлетворительные – у 28,5 %, хорошие – у 2,8 %. После операции Андерсона-Хайнса в нашей модификации неудовлетворительные результаты отмечены у 7,7 %, удовлетворительные – у 30,7 %, хорошие – у 61,5 % пациентов.

Создание широкого пиелоретерального соустья по предложенной методике позволило отказаться в большинстве случаев от интубации анастомоза, за исключением повторных операций и протяженном рубцово-склеротическом изменении лоханки и мочеточника.

# **ЕНДОКРИННА ХІРУРГІЯ**

**И.В. Комиссаренко, С.И. Рыбаков, А.Е. Коваленко, М.Ю. Болгов**

**НОВООБРАЗОВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ТАКТИКО-ТЕХНИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ**

*Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комиссаренко АМН Украины*

Значительный рост количества новообразований щитовидной железы (ЩЖ) у детей и подростков Украины после аварии на ЧАЭС является доказанным фактом. Повышенный риск развития тиреоидной патологии сохраняется в течение 40-50 лет. Минимальный латентный период развития радиоиндуцированного рака ЩЖ составил 3-5 лет. Он прямо пропорционален дозе облучения и обратно – возрасту больного.

На основе опыта хирургического лечения 10472 больных с новообразованиями ЩЖ (1981-2000 гг.), 1110 из которых были дети до 14 лет и подростки 15-18 лет, разработаны оптимальные тактико-технические принципы их ведения и оценены результаты оперативных вмешательств. По поводу рака ЩЖ был оперирован 301 ребенок и 114 подростков; по поводу доброкачественных новообразований 437 и 258 человек соответственно.

Увеличение количества больных со злокачественными опухолями наблюдалось начиная с 1989 года. За 5 лет доаварийного периода оперировано 9 больных. В течение последующих пяти лет их количество увеличилось в 4 раза (36). В течение 1991-1995 гг. наблюдалось 176 больных, т. е. в 20 раз больше. В 1996-2000 г. оперировано 194 больных. При оценке возраста детей к моменту аварии отмечено, что наиболее пораженной являлась группа больных до 8 лет, из них максимальное количество составляли дети в возрасте до 3 лет на момент аварии. У 52,2 % больных злокачественный рост в ЩЖ возник на фоне гиперплазии железистой ткани (23,8 %), узлового зоба (15,2 %), хронического тиреоидита (13,2 %). Наблюдалась высокая агрессивность рака ЩЖ, проявляющаяся в раннем регионарном (57,8 %) и отдаленном (15,0 %) метастазировании. Распределение по морфологическим формам РЩЖ было следующим: папиллярный рак – 90,1 %, фолликулярный – 7,5 %, медуллярный – 1,7 %, анапластический – 0,7 %. Почти 1/2 опухолей (44,8 %) характеризовались стадией Т-4.

Методом выбора в лечении рака ЩЖ у детей и подростков является экстрафасциальная тиреоидэктомия с интраоперационной визуализацией возвратных гортанных нервов и паращитовидных желез. В этой группе больных было выполнено 340 (81,9 %) тиреоидэктомий и 75 (18,1 %) операций резекционного типа. Последние выполнялись в основном до аварии и в первые годы после нее. У 238 (57,3 %) больных оперативное вмешательство на ЩЖ было дополнено одно или двухсторонней модифицированной диссекцией

лимфоузлов шеи. Через 6 недель после тиреоидэктомии проводилось диагностическое сканирование радиоактивным йодом-131 для выявления остаточной тиреоидной ткани или метастазов. При накоплении радиофармпрепарата в зоне ЩЖ или регионарных лимфоузлах шеи выполнялась их радиойодная абляция. Обязательным компонентом лечения рака ЩЖ является гормональная реабилитация больных с целью заместительной терапии и блокады тиреотропной функции гипофиза.

Из 415 операций локальные рецидивы наблюдались у 8 (2,0 %) пациентов, из них у 4 после тиреоидэктомии и у 4 после выполнения резекционных вмешательств. Срок развития рецидивов составил от 2 до 6 лет. Перманентный парез гортани с нарушением ее функции наблюдался у 46 больных (11,0 %): односторонний у 18 (4,3 %), двусторонний у 28 (6,7 %). У 22 (5,3 %) больных были проявления стойкой паратиреоидной недостаточности. Общая летальность составила 1,4 % (6 больных). Двое больных умерли в раннем послеоперационном периоде, 4 – в отдаленные сроки от 1 до 3 лет. Пятилетняя выживаемость составила 98,6 %.

Достоверное увеличение количества больных, оперированных по поводу доброкачественных новообразований ЩЖ, отмечено с 1992 года, по сравнению с показателями 1981-1985 гг. (30 человек). В 1986-1990 гг. их было 66, в 1991-1995 гг. 212, в течение 1996-2000 гг. – 387, что в 12,9 раза больше, чем за 5 лет, предшествовавших Чернобыльской катастрофе. Наиболее отчетливо это увеличение прослеживалось в группе детей 10-14 лет. По патогистологическим диагнозам основной прирост происходил за счет увеличения узловых и многоузловых зобов. Совокупная их доля увеличилась с 33,3 % в 1981-1985 гг. до 70,8 % в 1996-2000 гг. Процент фолликулярных аденом и кистаденом имел тенденцию к снижению. Из 695 операций, по поводу доброкачественных очаговых поражений ЩЖ было выполнено 259 гемитиреоидэктомий, 75 гемитиреоидэктомий с резекцией контралатеральной доли, 55 тиреоидэктомий, 20 почти тотальных тиреоидэктомий и 286 других вариантов резекций щитовидной железы.

Разработана клиническая схема (алгоритм) ведения больных с очаговыми новообразованиями ЩЖ:

1. При выявлении узлового образования в ЩЖ 9-10 мм и более в диаметре обязательно проведение тонкоигольной аспирационной биопсии.

2. При обнаружении карциномы или подозрении на нее оперативное лечение является обязательным. Во время операции проводится экспресс-гистологическое исследование ткани опухоли и лимфоузлов на стороне поражения. При злокачественном поражении ЩЖ. Минимальным объемом вмешательства является тиреоидэктомия. Диссекция лимфоузлов выполняется при морфологическом подтверждении наличия в них метастазов.

3. При цитологическом подтверждении доброкачественности новообразования оперативное лечение рекомендуется при размерах узла более 20-25 мм, значительной плотности его, ограниченной подвижности, бугристой поверхности,

наличии отягощенного онкологического анамнеза и фактора радиационного воздействия.

4. При наличии одностороннего доброкачественного процесса в ЩЖ оптимальным объемом вмешательства является гемитиреоидэктомия с обязательным экспресс-гистологическим исследованием. Гемитиреоидэктомия выполняется по разработанной нами экстрафасциальной методике.

5. В случае двустороннего доброкачественного поражения ЩЖ выполняется вмешательство типа расширенной резекции обеих долей с широким захватом макроскопически неизменной ткани вокруг узлов. Реже производится субтотальная резекция и почти тотальная или субфасциальная тиреоидэктомия.

6. При установлении диагноза рака ЩЖ только при патогистологическом исследовании окончательная тиреоидэктомия производится при размерах опухоли более 10-12 мм в поперечнике, наличии капсулярной или сосудистой инвазии, многофокусного роста.

Описанная тактика хирургического лечения новообразований ЩЖ позволяет обеспечить достаточную степень эффективности и онкологической радикальности, а также не высокий уровень осложнений.

УДК: 616.441-006.04-07-089.87.053.2

**И.В. Комиссаренко, С.В. Чернышев**

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Институт эндокринологии и обмена веществ им.В.П.Комиссаренко АМН Украины*

Проведен статистический анализ результатов первичного хирургического лечения 498 пациентов группы риска (молодые пациенты, бывшие во время аварии на ЧАЭС в детском или подростковом возрасте) с дифференцированными формами рака щитовидной железы за период 1986-2000 гг.

Из 498 пациентов 31(6,2 %) был оперирован повторно. По морфологическому строению все опухоли были представлены папиллярными карциномами щитовидной железы.

Все повторные операции мы подразделяли на следующие группы: операции по поводу рецидива заболевания (локального или рецидива рака в лимфатические узлы шеи) и операции после нерадикально выполненных первичных хирургических вмешательств.

Из 31 повторной операции 20(64,5 %) производились по поводу рецидива заболевания, 10(30,3 %) – окончательные тиреоидэктомии после выполненных ранее органосохраняющих операций и 1(3,2 %) – радикальная операция на регионарных коллекторах лимфооттока после тиреоидэктомии.

Локальные рецидивы рака щитовидной железы отмечены в 5(20 %) случаях из 20. При этом в 4 ранее была произведена органосохраняющая операция, в 1 – тиреоидэктомия. Категория первичной опухоли T2 отмечена в 1 случае, T3 – в 1, T4 – в 3.

В 19(90 %) случаях был выявлен рецидив рака в регионарные коллекторы лимфооттока: в лимфатические узлы яремной группы в 14(70 %) наблюдениях, в 5(20 %) – в лимфатические узлы центральной или медиастинальной группы. При этом в 13 наблюдениях первая операция по объему соответствовала тиреоидэктомии и диссекции шейных лимфатических узлов, в 4 случаях была выполнена органосохраняющая операция, в 1 – тиреоидэктомия. Сочетание локального рецидива с рецидивом в лимфатические узлы шеи отмечено в 3(15 %) случаях. Соответственно T2 – в 6 наблюдениях, T4 – в 13.

Оценивая морфологические свойства первичных опухолей в щитовидной железе, обращает на себя внимание преобладание неинкапсулированных папиллярных карцином – 14(70 %) из 20, солидно-фолликулярного строения – 16(80 %), с признаками выраженного внутрижелезистого распространения – 14(70 %), сосудистой инвазии – 15(75 %).

Показанием для проведения повторной операции служили данные окончательного гистологического заключения, свидетельствовавшие о наличии у пациента карциномы щитовидной железы T2-T4, с выраженными инвазивными свойствами, преимущественно солидно-фолликулярного строения.

Произведенное 1 оперативное вмешательство на регионарных коллекторах лимфооттока при выполненной ранее тиреоидэктомии, явилось результатом неадекватной оценки степени поражения лимфатических узлов шеи в при первой операции.

Таким образом, у пациентов группы риска рецидивирование карциномы щитовидной железы в регионарные лимфатические коллекторы встречается в 3,8 раза чаще локального; локальные рецидивы возникают в 4 раза чаще после выполнения органосохраняющей операции на щитовидной железе; выполнение окончательной тиреоидэктомии с тщательной ревизией регионарных коллекторов лимфооттока целесообразно при наличии у пациента карциномы щитовидной железы T2-T4, с выраженными инвазивными свойствами, преимущественно солидно-фолликулярного строения.

**С.И. Рыбаков**

## **СЛЕДУЕТ ЛИ ОПЕРИРОВАТЬ ВСЕХ БОЛЬНЫХ С УЗЛОВЫМ ЗОБОМ?**

*Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко АМН Украины*

В Украине по данным 1996-2000 гг. ежегодно выполняется 11-12 тысяч операций по поводу доброкачественных заболеваний щитовидной железы (ЩЖ), 85-90 % которых проходят во всех отчетах под рубрикой “узловой зоб”. В последние годы наблюдается не всегда обоснованная тенденция к расширению показаний для оперативного лечения этой патологии.

Начинать следовало бы с определения, что включается в понятие “узловой зоб”. С одной стороны – это морфологически четко определенная нозологическая единица в структуре тиреоидной патологии, имеющая определенные клинические характеристики. С другой, существует группа клинически абсолютно сходных, но морфологически различных заболеваний ЩЖ, которые требуют различных тактико-технических подходов в плане определения показаний для оперативного лечения, выбора объема вмешательства. К их числу относятся макро-, микрофолликулярные и смешанные аденомы, аденомы из клеток Ашкинази-Гюртле, кисты, очаговые аутоимунные и редкие специфические тиреоидиты. Все эти заболевания можно определить как очаговые поражения ЩЖ.

Большинство хирургов рассматривают узловой зоб как “предрак” и широко ставят показания для хирургического лечения, даже при выявлении узлов 10-15 мм в поперечнике. До настоящего времени еще никто не доказал, что возможна трансформация доброкачественных узлов в рак. В конечном счете, все сводится к обоснованному опасению пропустить рак ЩЖ. В этом плане неоценимую помощь оказывает тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия /ТАПБ/, эффективность, которой достигает 85-90 % и более. Заключение типа: карцинома, подозрение на карциному являются абсолютными показаниями для операции. Взвешенно следует относиться к обнаружению атипичии тиреоидного эпителия, но в этих случаях больше аргументов в пользу оперативного лечения. Проллиферация клеток не является признаком злокачественности.

Показаны для оперативного лечения микрофолликулярные аденомы и аденомы из клеток Ашкинази-Гюртле, которые в 12-20 % случаев являются раковыми опухолями, но цитологически идентифицировать их невозможно. Операции по поводу этих образований должны обязательно дополняться экспресс-гистологическим исследованием. Очаговые тиреоидиты в большинстве случаев подлежат консервативной терапии.

Безусловно, должны учитываться такие характеристики очаговых образований ЩЖ, как размеры, консистенция, подвижность, а также наличие признаков компрессионного синдрома, изменения фонации. Они должны оцениваться в комплексе и после получения данных о морфологической природе узла. Наличие солитарных образований более 35-40 мм в поперечнике или увеличение объема железы в 3-4 и более раз по сравнению с возрастной нормой при многоузловом зобе является показанием для операции, т.к. наблюдение и консервативная терапия мало перспективны. Ограничением может служить наличие тяжелой сопутствующей патологии. С осторожностью следует относиться к оценке изменений размеров узлов, особенно малых и средних (до 30-35 мм), которые в процессе наблюдения и лечения могут изменяться в ту или иную сторону.

Наличие множественных узлов до 15-18 мм в поперечнике, нормальный или увеличенный в 1,5-2 раза объем железы многими хирургами трактуются как абсолютные показания для операции. Однако, они являются наиболее неблагоприятными в плане исходов. Попытки сохранения "интактной" ткани железы, в которой нередко имеются мелкие непальпируемые узелки часто завершаются рецидивами. Расширенные операции наоборот приводят к гипотиреозу. Столь же неоднозначными должны быть подходы к рецидивам солитарного и многоузлового зоба. Во всех случаях необходима ТАПБ не менее 2-4 наиболее крупных образований с последующей оценкой ее результатов и клинических данных. Помимо перечисленных, при определении показания для операции следует учитывать возраст больных и наличие сопутствующих заболеваний, перенесенные онкозаболевания, наличие патологии ЩЖ в семье, факторы радиационного воздействия в анамнезе. Последние в условиях Украины имеют особое значение.

Данная проблема не исчерпывается чисто медицинскими показаниями для оперативного лечения очаговых образований ЩЖ. Она имеет ряд морально-этических, юридических, экономических аспектов (право больного на информацию о заболевании и принятие решения о виде лечения, ответственность хирурга за выполнение необоснованной операции, осложнения, стоимость лечения и др.), которые следовало бы обсудить в рамках данного сообщения и возможной дискуссии, также как и вопросы объемов вмешательств при этих формах патологии.



Ю.І. Караченцев

**ХІРУРГІЧНА ТА КЛІНІКАЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБУ***Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського  
АМН України, м. Харків*

Одним з найгостріших та найдискусійніших питань є тактика лікування вузлових форм зобу. Ще більш важливою треба вважати цю проблему на фоні значного росту як захворюваності на вузловий зоб, так і значного росту захворюваності на рак щитоподібної залози в Україні. Кількість доброякісних новоутворень щитоподібної залози значно домінує над кількістю її злоякісних пухлин. Причина у тому, на наш погляд, – не зменшення абсолютної кількості раку, оскільки співвідношення між доброякісними та злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози майже не змінилося, а недостатнє його виявлення. По-перше, через особливості діагностики (див. вище); по-друге, через зменшення кількості оперативних втручань в межах модної зараз консервативної тактики лікування вузлових форм зобу. Отже, можна з великою вірогідністю припустити, що в Україні зараз є багато хворих із своєчасно не діагностованим раком щитоподібної залози, які будуть виявлені на етапі запущеної хвороби з усіма наслідками, які з цього витікають.

Як відомо, у ендокринній хірургії за класичними онкологічними канонами завжди панував принцип: “Кожний вузол щитоподібної залози треба розглядати як потенційний передрак, який потребує оперативного лікування”. Що ж стало підставою для перегляду традиційного підходу? Причин тут декілька. По-перше, широке впровадження в клінічну практику сучасних методів діагностики, зокрема методів ультразвукової візуалізації, дозволило виявляти у щитоподібній залозі “малі” вузлики, що не пальпуються. По-друге, звичайне цитологічне дослідження матеріалу, одержаного із щитоподібної залози шляхом тонкоголкової аспіраційної пункційної біопсії. По-третє, у цілому ряді розвинутих країн Заходу, таких, як Німеччина або США, широке розповсюдження одержала практика консервативної терапії невеликих доброякісних вузлів щитоподібної залози з використанням тиреоїдних препаратів (L-тироксин, триакана) у супресивних дозах. Таким чином, в Україні супресивна терапія, яку б треба було використовувати для лікування малих, “ультразвукових” вузлів була поширена на всі випадки доброякісних вузлових зобів. По-четверте, вважається що видалення доброякісних на момент операції вузлів веде до великої кількості післяопераційних ускладнень. Але це питання досконалості операційної техніки, а не тактики.

До недоліків супресивної терапії в умовах нашої країни на теперішньому етапі економічного розвитку можна віднести цілу низку фактів. Така тактика потребує постійного довгострокового нагляду за станом хворого з регулярним визначенням тиреоїдного гормонального статусу, що на відзнаку від країн

Заходу, матеріально дуже важко зараз для більшості мешканців України. До того ж не всі закордонні фахівці дотримуються консервативної тактики. Наприклад, японські фахівці вважають за доцільне видаляти новоутворення щитоподібної залози, попереджаючи тим самим розвиток онкологічних процесів.

І останнє. Хворому, який тривалий час перебуває на обстеженні з приводу вузлового зобу і у якого врешті-решт був діагностований рак, як наслідок зляканої трансформації вузла, треба виконувати тотальну тиреоїдектомію з дисекцією шляхів лімфотоку. Кожний ендокринолог знає, наскільки серйозні наслідки такої важкої інвалідизуючої операції. Навпаки, органозберігаюча операція з приводу вузлового новоутворення щитоподібної залози, виконана на “випередження”, у спеціалізованому хірургічному закладі за відпрацьованою методикою, майже ніколи не веде до ускладнень та не позначається на якості життя хворого в подальшому.

На завершення треба сказати, що не дивлячись на бажання деяких фахівців ревізувати традиційну тактику лікування вузлових форм зобу, яка базується на надійному фундаменті багаторічної практики, активні хірургічні підходи і сьогодні треба вважати необхідними та доцільними.

Особливості тиреоїдної патології в Україні, яка невпинно зростає на фоні радіаційного та промислового забруднення навколишнього середовища, потребують від лікаря найвідповідальнішого відношення, оскільки за його словом та ділом стоїть доля хворої людини.

УДК 616.441-006-053.2-089.87:614.876

**М.П. Черенько**

## **МІСЦЕХІРУРГІЧНОГО МЕТОДУ ТА ОБСЯГ ВТРУЧАННЯ В ЛІКУВАННІ ТИРЕОЇДНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

*Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця*

Багаторічний досвід хірургічного і консервативного лікування різних захворювань щитоподібної залози, обсяг якого складають біля 11000 оперованих хворих, більше тисячі лікованих радіоактивним йодом хворих на токсичний зоб та тисячі лікованих антитиреоїдними препаратами і тиреоїдними гормонами, дозволяє нам визначити сучасне місце зазначених форм терапії тих чи інших тиреоїдних захворювань з урахуванням змін в структурі останніх особливо в післячорнобильський період та досягнень науки в їх діагностиці на основі нових високоінформативних технологій та лікуванні.

Хворі вузловою формою клінічно симптомного зобу, як ендемічного, так і, особливо, спорадичного до 80 років лікувались переважно хірургічним

методом, оскільки консервативна терапія його малоефективна в ліквідації субстрата хвороби – зобу, а довго існуючий погляд на зоб, як на потенційно головне джерело раку щитоподібної залози теоретично освячувало необхідність операції видалення зобу і активизувало зусилля хірургів в цьому напрямку.

Увага до стану щитоподібної залози мешканців України після вибуху на ЧАЕС та впровадження нових технологій її дослідження (ультрасонографія, пункційна біопсія, імунологічні та біохімічні методики) сприяли візуалізації у 40 % і більше людей в залозі вогнищевих гіперплазій, переважно непальпуючих (співвідношення пальпуючих до непальпуючих становить 1:10-1:15 (Ю.М.Стернюк; Б.Т.Білинський, Й.Флоренс 1995; Hamilton, 2001), які ендокринологи стали відносити до вузлового зобу, що різко збільшило статистику захворюваності на останній всупереч відсутності клінічно маніфестного збільшення цього захворювання навіть в ендемічних регіонах (Павловський М.П. і сп.,1991). На підставі сучасного погляду дослідників всього світу про сумнівність чи неправдоподібність малігнізації зоб, як головного джерела раку щитоподібної залози, ми вважаємо необхідним обмежити застосування хірургічного лікування хворих на клінічно маніфестний зоб лише випадками ультрасонографічно та цитологічно (шляхом ТАПБ) доведеної злоякісності в зобі, наявності у хворого компресійних явищ чи гіперфункції залози (вторинний тиреотоксикоз, токсична аденома).

Вузлові гіперплазії, які візуалізуються лише на УЗД, не слід вважати зобом. Дослідженню шляхом ТАПБ вони підлягають лише у випадках ультрасонографічної підозри в них злоякісності та у осіб дитячого та юнацького віку при солітарному характері цих вузликів і діаметром 1 см чи більше. Проведення ТАПБ всім особам з вузликами, які візуалізуються ультрасонографічно, не показано, ТАПБ лише збільшує морбідність таких осіб (психологічний стрес, можливість гематом, розвитку інфекційних ускладень).

Оперативному втручання непальпуючі вузлики підлягають лише при цитологічному підтвердженні їх злоякісності. Носії доброякісних клінічно неманіфестних вузликів не підлягають і консервативному лікуванню, за винятком мешканців ендемічних районів. Операція у хворих на зоб повинна здійснюватися з максимальним збереженням позавузлової паренхіми залози. Хворих на дифузний токсичний зоб (ДТЗ) ми вважаємо необхідним лікувати оперативним шляхом (субтотальна резекція з залишком в 5-8 г паренхіми) з важкими формами, з середніми за тяжкістю формами осіб молодого віку, а також усіх пацієнтів, що не переносять антитиреоїдні препарати. Всі інші хворі ДТЗ підлягають лікуванню антитиреоїдними препаратами (при їх ефективності). Радіоактивний йод, незважаючи на те, що досвід лікування ним більше тисячі хворих на тиреотоксикоз не супроводжувався у них підвищенням частоти раку щитоподібної залози в порівнянні з його частотою в загальній популяції, вважаємо неприйнятним для більшості з біологічної точки зору (дітородний вік), а також в зв'язку з практично 100 % розвитком у них в наступні роки гіпотиреозу.

Аутоімунний тиреоїдит (АІТ), що почастишав в останні три десятиріччя принципово вважаємо не хірургічним захворюванням і не передраковим.

Хірургічному лікуванню (тотальній тиреоїдектомії) підпадають лише хворі з фібросклеротичними стадіями АІТ та з підозрілою (клінічною і цитологічною) на наявність в них малігнізації, яка буває дуже рідко. Всі інші хворі на АІТ повинні лікуватися комплексним консервативним методом (супресивна та замісна гормонотерапія, протизапальні та імуносупресивні препарати).

Хірургічний метод залишається практично облігатним лише для хворих на рак в операбельних стадіях, хоч ним в більшості випадків лікування не обмежується, а доповнюється променевою, супресивною та гормональною терапією, а також, хімотерапією. Проте контрверсійним залишається питання про обсяг втручання при раку щитоподібної залози. Наш досвід (більше 600 оперованих хворих) засвідчує, що при сучасній можливості більш ранньої, ніж в попередні десятиріччя, діагностики захворювання, різкому превалюванню у хворих диференційованого, головне папілярного раку, який складає більше 80 % у дорослих, а у дітей – 96-98 %, і має малоагресивний повільний перебіг та вузловий характер (у 94 %), хірургічне втручання може бути обмежене у осіб з Т-1 та Т-2 без регіонарних та дистантних метастазів органозберігаючими операціями від гемітиреоїдектомії до субтотальної резекції залози, які, як і тотальні тиреоїдектомії, дають добрий довгостроковий прогноз (5-річне виживання більше 90 %, 10-річне – 84 %) з дуже низьким відсотком післяопераційних ускладнень, зокрема гіпопаратиреозу та парезів гортанних нервів, які при тотальних тиреоїдектоміях в декілька разів частіші, ніж органозберігаючі операції.

Певне місце в сучасній хірургії доброякісних тиреоїдних захворювань може належати розробленим в останні роки малоінвазивним, ендоскопічним та криодеструктивним втручанням.

УДК 616.441-006.6-085.819.1

**О.С. Ларін, С.М. Черенько, М.Б. Горобейко, В.А. Паламарчук,  
Д.А. Джужа**

## **ТОТАЛЬНА ЕКСТРАФАСЦІАЛЬНА ТИРЕОЇДЕКТОМІЯ ПРИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОМУ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЯК ЗАПОРУКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПОДАЛЬШОЇ РАДІОІДОТЕРАПІЇ**

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації  
ендокринних органів та тканин*

Вступ. Комбіноване лікування диференційованого раку щитоподібної залози (ДРЩЗ) включає в себе хірургічне лікування в об'ємі тиреоїдектомії

та подальшу радіойодотерапію (РІТ) [1,3]. У світовій літературі не проводилось порівняння ефективності РІТ при виконанні різних типів тиреоїдектомій – екстрафасціальній (ЕФТЕ) та субфасціальній (СФТЕ)[2].

Матеріали та методи. Аналіз проводився визначенням вогнищевих поглинених доз (ВПД) після РІТ у 221 хворого, які отримували комбіноване лікування з приводу ДРЩЗ. Серед них 40 чоловіків у віці від 33 до 73 років (середній вік  $47,4 \pm 1,53$ ) та 181 жінка у віці від 25 до 74 років (середній вік –  $47,3 \pm 0,7$ ). Всі діагнози були верифіковані гістологічно: папілярний рак було діагностовано у 66,1 % спостереженнях, фолікулярний варіант папілярного раку у 17,2 %, фолікулярний рак у 14,9 % фолікулярний низькодиференційований у 1,4 %, рак із клітин Гюртля – у 0,4 %. Хворі з T1-2 N<sub>0</sub> складали 25,9 %, з T1-2N<sub>1</sub>ав – 31,0 %, з E3-4N<sub>0</sub> – 13,2 %, з T3-4T<sub>1</sub>ав – 29,9 %.

На першому етапі лікування 186 хворим була виконана тиреоїдектомія, при цьому 127 за субкапсулярною методикою та 59 за екстракапсулярною. 22 хворим була виконана кінцева тиреоїдектомія після попередньої нерадикальної операції, трьом хворим була виконана субтотальна резекція щитоподібної залози.

За даними динамічної сцинтиграфії (ДС) тільки залишкова тканина щитоподібної залози (ЗТЩЗ) визначалась у 174 (78,7 %) хворих, у 55 випадках визначалась одна ділянка залишкової тканини, у 83 – два, у 36 – три та більше. ЗТЩЗ та метастазування у лімфовузлі шийї та середостіння було діагностовано у 35 пацієнтів. Метастази в середостіння та ЗТЩЗ визначались у одного хворого, у 6 вони спостерігались разом з ураженням шийїних лімфовузлів. Віддалені метастази були діагностовані у 12 (5,43 %) пацієнтів, у 9 спостереженнях – у легені, в 2 – в скелет та 1 – в м'яке піднебіння. У всіх випадках віддаленого метастазування визначалась ЗТЩЗ, в 6 – метастази в шийїні лімфовузлі.

Результати та їх обговорення. При ДС визначили середні розміри ЗТЩЗ при різних видах тиреоїдектомій.

При ЕФТЕ об'єм ЗТЩЗ складає  $2,23 \pm 0,6$  умод, при СФТЕ –  $4,67 \pm 1,2$  ум. од. Частота повної абляції ЗТЩЗ після першого курсу РІТ у групі ЕФТЕ складає 83,2 %, при цьому видно, що в групі з мінімальною ЗТЩЗ (<1,0 ум.од.) вона досягає 88,9 %. У групі СФТЕ частота повної абляції після першого курсу РІТ залежить від об'єму ЗТЩЗ та коливається від 74,9 до 65,8 % із збільшенням об'єму залишкової тканини та метастазів.

У групі з кінцевими тиреоїдектоміями, об'єми ЗТЩЗ складали  $4,98 \pm 1,86$  ум. од. Такі коливання даних пов'язані з різною технікою виконання первинних операцій. Частота повної абляції ЗТЩЗ після першого курсу РІТ у цій групі складає 64,8 %. Саме в цій групі спостерігалась відносна найбільша кількість виявлених метастазів у лімфовузлі шийї (14 пацієнтів) та віддалених метастазів (3 – в легені, 1 – в скелет).

Висновки. 1. Існує достовірна залежність між "чистотою" виконаної тиреоїдектомії при ДРЩЗ та ефективністю післяопераційної РІТ. 2. Мінімальна кількість ЗТЩЗ залишається при виконанні екстрафасціальної тиреоїдектомії. 3. Низька ефективність РІТ після остаточних тиреоїдектомій, при порівняно

невеликому об'ємі ЗТЩЗ пов'язана з вираженою запальною інфільтрацією та склерозуванням залишкової тканини, що запобігає ефективно використувати лікувальні активності РЙТ.

### **Література**

1. Pinchera A., Molinaro E., Agate L., Elisei R., Pacini F.; Treatment and follow-up protocol of radiation – induced thyroid cancer / International Journal of Radiation Medicine – 1999 – Vol. 3-4 (3-4). – p 41.

2. Джужа Д.А. Сцинтиграфическая оценка объема остаточной ткани щитовидной железы и регионарных метастазов при комплексном лечении дифференцированного рака щитовидной железы / Променева діагностика, променева терапія: 36 наукових робіт асоціації радіологів України.– Київ, 1999.–Вип.5.–С.36 – 42.

3. Thyroid remnants ablation by means of <sup>131</sup>I – is possible to predict efficacy of the therapy? / Z.Adamczewsky, A.Lewinski, J.Makarewicz/ Eur.J.Nucl.Med. –2001. –Vol.28, N8. – P.923.

УДК 616.441-006+616-07-08 (077.75)

**В.П. Фесенко, О.Г Бутирський, А.М. Резніченко, І.Б. Клішевіч,  
Т.І. Прокопенко**

## **ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ В КРИМУ**

*Кримський медичний університет*

Проблема захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) після аварії на ЧАЕС набула особливої актуальності. Ця проблема особливо актуальна в Криму, тому що тут кількість вузлових форм зобу має тенденцію до збільшення у зв'язку з існуючою ендемічністю нашого регіону та активною міграцією населення з республік Середньої Азії, які так само належать до ендемічних районів.

Наші дослідження доводять, що кількість раку ЩЗ в Криму має тенденцію до неухильного зростання, особливо за останні 10 років. Збільшення частоти раку слід пов'язувати, звичайно, не тільки зі зміною зовнішніх умов та ендемічністю району. Проблему ми бачим і в зруйнуванні системи диспансерного спостереження за хворими (і не тільки з патологією ЩЗ).

Наші дані свідчать, що кількість раку та АГТ у відсотковому відношенні кожні 10 років практично подвоюється, хоча темпи росту раку все ж перевищують ріст АГТ, що можна пов'язати з поліпшенням якості діагностики. З 266 випадків раку у людей, прооперованих за останні 11 років, 49 (18,42 %) були на тлі автоімунного процесу. При цьому в 8 (16,33 %) випадках визначалися ознаки малігнізації фолікулярних структур, а в 29 (59,18 %) – папілярних і змішаних папілярно-фолікулярних карцином. Такі дані цілком узгоджуються з теорією канцерогенезу на тлі АГТ, коли руйнування фолікулів у результаті автоагресії, веде не тільки до гіпофункції ЩЗ через заміну власне тиреоїдної

тканинни фібрознаю та лімфоїдною, але і до стимуляції неконтрольованої проліферації тиреоцитів, що збереглися в інтрафолікулярних дільницях. У виникаючих при цьому ушкоджених фолікулярних і патологічних нефолікулярних структурах, метаплазія епітеліальних клітин значно збільшує ризик пухлинного переродження, у тому числі в диференційовані форми раку. Таким чином, високий відсоток раку ЩЗ на тлі АПТ, змушує віднести хворих з аутоімунними поразками ЩЗ, особливо при псевдовузлових формах, до групи підвищеної онконебезпеки.

При аналізі статеві-вікових груп хворих на рак ЩЗ привертають увагу жінки (87,6 %). У вікових групах різкий стрибок виявлення раку ЩЗ визначається у віці після 30 років – до 14,6 %, максимум захворюваності припадає на людей старше 60 років – 27,4 %. Слід зазначити, що кількість раку ЩЗ серед дітей і підлітків Криму особливо не збільшилась і складає 1,6-2,3 %. І ще одне статистичне спостереження: кількість раку ЩЗ значно більш поширена серед міських жителів, ніж у сільських – відповідно 72,2 % і 28,8 %. Таку ситуацію ми можемо пояснити тільки підвищеним забрудненням навколишнього середовища в місті, яке як відомо, є одним з чинників гіперпластичних процесів в ЩЗ.

Аналізуючи морфологію раку ЩЗ, слід відзначити, що переважають диференційовані форми захворювання: на першому місці знаходиться папілярний рак (44,4 %), потім – фолікулярний рак (9,8 %), змішаний папілярно-фолікулярний рак (12,4 %), мікрокарцинома виявляється у 16,9 %. Медулярний рак, який є перехідною формою між диференційованими та недиференційованими, зустрічається в 4,5 % випадків. Сквामозний рак і недиференційований зустрічаються, за нашими даними, у 1,7-3,5 % випадків. Неепітеліальні пухлини діагностуються в 0,8 % випадків.

Головне завдання – раннє виявлення раку ЩЗ. На етапі первинного звертання за допомогою пальпації та ультразвукового дослідження (УЗД) відбираються особи, щодо яких є підозра на рак. Ефективність ранньої діагностики раку збільшилась після впровадження в клініку тонкогolkової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) під контролем УЗД. Цей метод одержав достатньо широке застосування і в Криму. Але наше відношення до результатів цитологічного дослідження після ТАПБ залишається настороженим, тому що неодноразово при виявленні клітинної атипії рак підтвердження при гістологічному дослідженні не одержував, а об'єм операції був не виправдано збільшеним. Є випадки, коли при благополучній цитологічній картині виявляється рак. В цьому випадку ми мусимо взяти заходів до повторних операцій в більш несприятливих умовах. Нема заперчення – метод важливий і потрібний, але слід критично ставитися до його наслідків. На жаль, більш вірогідним з морфологічних методів ідентифікації захворювання є гістологічне дослідження. Але і воно дає розбіжність між результатами cito-дослідження та після переведення, хоч і в мінімальній кількості.

Таким чином, наша клініка обстоює активні позиції в тактиці при вузлових утворах в ЩЗ, особливо при сумнівних цитологічних змінах, у жінок старшого віку, дітей і підлітків, а також при радіаційній дії в анамнезі.

Слід зазначити, що операції на ЩЗ, особливо радикальні, небайдужі для пацієнтів. Тому при диференційованих формах раку ми віддаємо перевагу тактиці з мінімальним об'ємом резекції долі з вузлами, резекції перешийка і медіальної частини другої долі з екстрафасціальним перев'язуванням судин. Екстрипція ЩЗ, доповнена футлярно-фасціальним висіканням клітковини шиї, показана при недиференційованих формах раку, коли пухлина виходить за межі однієї долі або багатофокусному росту з обох боків, при наявності віддалених метастазів, коли планується терапія радіоактивним йодом. Операція за Крайлем виконується тільки при проростанні пухлини у кивний м'яз або внутрішню яремну вену. Слід пам'ятати, що необгрунтована тиреоїдектомія погіршує якість наступного життя (потребує постійної замісної гормонотерапії, посилює перебіг супутних захворювань, створює тло для виникнення других злоякісних пухлин), підвищує ризик інтра- та післяопераційних ускладнень.

Якщо ми мусимо звертатися до повторних операцій після отримання остаточного гістологічного результату, то краще це робити через 2-3 місяці – після зникнення набряку та свіжого адгезивно-рубцьового процесу, що дозволяє краще орієнтуватися в анатомії шиї та уникнути технічних інтраопераційних ускладнень.

Що стосується післяопераційного періоду хворих на рак ЩЗ, ми притримуємось загальноприйнятої схеми: супресивна терапія з великими дозами тироксину та радіотерапія. Тому що в складних соціально-економічних умовах терапія радіоактивним йодом недоступна більшості пацієнтів і ми широко використовуємо зовнішнє  $\gamma$ -випромінювання при будь-яких формах раку. Надалі хворі довічно отримують адекватні дози тиреоїдних гормонів під контролем ендокринолога.

УДК 616.441-006.03-089-053.8

**А.С. Никоненко, Н.Г. Головки, И.Е. Прокопенко, А.А. Ковалев,  
С.Н. Завгородний, В.Г. Сирик**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Запорожский государственный медицинский университет*

В клинике накоплен значительный опыт хирургического лечения доброкачественных новообразований щитовидной железы. За последние 2,5 лет оперировано 2838 больных по поводу различных форм зоба: у 2128 (74,98 %) больных выявлен узловой, многоузловой или смешанный эутиреоидный, у 710



(25,02 %) – диффузный токсический зоб. Среди больных преобладали женщины – 2738 (96,47 %) в возрасте от 16 до 86 лет, длительность заболевания от 1 месяца до 35 лет. Вторая степень зоба диагностирована у 2,72 (9,58 %) третья – у 2140 (75,41 %); четвертая – у 426 (15,01 %) больных. Рак щитовидной железы выявлен у 354 (12,47 %) больных. Количество больных злокачественными заболеваниями щитовидной железы после аварии на Чернобыльской АЭС по Запорожской области увеличилось в 6 раз. Увеличение числа пациентов с доброкачественными новообразованиями щитовидной железы, а также увеличение злокачественных опухолей, выявленных в узлах диаметром до 2 см, потребовали пересмотра хирургической тактики при узловых формах зоба. Эутиреоидный узловой, многоузловой или смешанный зоб доброкачественные новообразования щитовидной железы, независимо от величины, числа и плотности узлов, данных сканирования, УЗИ, длительности заболевания и быстроты роста, считаем показанием к оперативному лечению. Всем больным 100 % производим прицельную пункционную биопсию щитовидной железы под контролем УЗИ, а также операционную экспресс-биопсию. Верификация диагноза, определение тактики и объема хирургического вмешательства проводится с учетом данных результатов пункционной биопсии и экспресс-гистологического исследования удаленного препарата.

Операцию по поводу диффузного токсического зоба производим при третьей-четвертой степени увеличения щитовидной железы со средней или тяжелой степенью тиреотоксикоза, не поддающегося адекватной коррекции антигипертиреоидными препаратами при нестойкой ремиссии после комплексной консервативной предоперационной подготовки в эндокринологическом диспансере. Принятый в клинике метод операции при диффузном токсическом зобе – субтотальная, субфасциальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву с оставлением 4–6 г неизменной паренхимы паратрахеально. В последние годы хирургическая тактика при доброкачественных новообразованиях щитовидной железы нами изменена в сторону большего радикализма: при единичном узле производим резекцию доли в пределах здоровых тканей, при многоузловом или смешанном зобах, как правило, выполняем субтотальную резекцию или гемитиреоидэктомию, при сомнительных данных пункционной биопсии и экспресс-гистологического целенаправленной ревизией регионарных лимфатических узлов. Все больные оперированы. Резекция доли в пределах здоровых тканей произведена 1026(36,15 %) больным, гемитиреоидэктомия 788(26,81 %), субтотальная резекция 952(33,51 %), гемитиреоидэктомия с экстирпацией перешейка выполнили 72(2,53 %) больным. В последние годы отдаем предпочтение операциям под эндотрахеальным наркозом. Хорошие результаты после хирургического лечения доброкачественных новообразований щитовидной железы получены у 2708(95,42 %) больных, удовлетворительные – у 130(4,58 %) больных. В эту группу мы отнесли больных с осложнениями в послеоперационном периоде: из них у 18(0,63 %) больных было кровотечение, у 26(0,91 %) – переходящий гипопаратиреоз, у 31(1,09 %) – гипотиреоз, у

21(0,74 %) – легкая степень тиреотоксического криз, у 34(1,19 %) – парез возвратного нерва, у 7, из которых, стойкий парез с частичной афонией. Летальных исходов после операций по поводу доброкачественных новообразований щитовидной железы не было.

Таким образом, при первичном выявлении узлового образования щитовидной железы обязательным является проведение пункционной биопсии, а во время операции – экспресс-гистологического исследования удаленного препарата для уточнения диагноза и выбора объема хирургического вмешательства. При получении заключения о доброкачественности новообразования щитовидной железы рекомендуем больных оперировать независимо от величины, числа и плотности узлов.

УДК 616.441-008.61:616.34-002-07

**В.О. Шідловський, І.М. Дейкало, І.І. Чонка, Г.І. П'ятикоп**

## **КЛІНІКА ДІАГНОСТИКА ТИРЕОТОКСИЧНОГО ЕНТЕРАЛЬНОГО СИНДРОМУ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Надлишок гормонів щитоподібної залози викликає морфофункціональні зміни у всіх органах і системах, в тому числі і шлунково-кишковому тракті. Розлади травлення зустрічаються у 30-60 % хворих на дифузний токсичний зоб. Порушення травної функції тонкої кишки є найменш вивченим розділом етіопатогенезу і клініки тиреотоксичного зобу і часто залишаються поза увагою клініцистів. Програмована етіопатогенетична корекція їх на етапах хірургічного лікування хворих на тиреотоксичний зоб практично не проводиться. Шлунково-кишкові порушення часто домінують у клінічному перебігу тиреотоксичного зоба. Нерідко вони настільки виражені, що займають центральне місце в клінічній картині захворювання. У зв'язку з цим, при незначних проявах тиреотоксикозу, особливо на ранніх його стадіях, мають місце діагностичні помилки, тому що абдомінальні симптоми можуть бути першими і єдиними ознаками тиреотоксикозу. Висока частота і вираженість клінічних ознак ураження органів травлення зумовлюють виділення окремої шлунково-кишкової форми тиреотоксикозу, яка зустрічається з частотою від 5 % при вузлових до 60 % при дифузних формах тиреотоксичного зобу. Особливе місце в клінічній картині тиреотоксикозу займають шлунково-кишкові кризи, які нерідко помилково розцінюються клініцистами як гостра абдомінальна хірургічна патологія, відомі невиправдані випадки лапаротомій. Тиреотоксикоз відносять до нозологічних форм захворювань з несправжнім синдромом гострого живота.

З 1990 по 2001 рік нами прооперовано 961 хворого із патологією щитоподібної залози. На тиреотоксичний зоб прооперовано 286 пацієнтів, із них у 194 (20,18 %) був дифузний токсичний зоб, у 66 (6,86 %) – змішаний токсичний зоб і у 26 (2,71 %) – вузловий токсичний зоб. У 162 (56,64 %) хворих поряд із типовими клінічними проявами тиреотоксикозу була наявна картина ентеральних розладів. Тиреотоксичну ентеропатію діагностовано у 14 із 35 хворих на тиреотоксикоз легкого ступеня, що складає 40 %, у 67 із 130 хворих на тиреотоксикоз середнього ступеня тяжкості – 51,53 %, у 81 із 121 випадків (66,94 %) важкого тиреотоксикозу.

З клінічних ознак ентерального синдрому найбільш вираженими були: розлади стільця у вигляді проносів та схуднення на 5-25 % від належної ваги. Харчові інтолерантності турбували всіх хворих на тиреотоксичний зоб, супроводжувались здуттям живота у 142 пацієнтів, бурчанням в животі – у 131 хворого. Зниження апетиту спостерігали переважно у хворих з тяжким тиреотоксикозом, тривалістю захворювання 5 і більше років, після декількох курсів малоефективної антитиреоїдної терапії (121 хворий). Больовий абдомінальний синдром, який характеризувався періодичним болем по всьому животі, постійним болем в епігастральній ділянці, правому підребер'ї спостерігався у 119 хворих. За характером абдомінальний біль був незначним, інколи інтенсивним, у частини – колікоподібним. Нерідко до приступів болю приєднувалась нудота, яка спостерігалась у 101 хворого, блювання – у 19 пацієнтів, що було характерним для хворих на тяжку форму тиреотоксикозу.

У 4 хворих спостерігали абдомінальні кризи і сильний біль в животі, напруження м'язів передньої черевної стінки, що симулювало клініку гострого живота. Тривалість кризи від 30 хвилин до 2 годин. При аускультатії, на відміну від гострого живота спостерігалась гіперперистальтика. Криза закінчувалася проносом. Ці 4 хворих були із тяжким тиреотоксикозом у стадії вісцеропатії початку антитиреоїдної терапії.

Функціонально лабораторна діагностика ентерального синдрому у хворих на тиреотоксичний зоб включає визначення активності ферментів порожнинного і мембранного гідролізу вуглеводів і жирів і дослідження засвоєння вуглеводів в тонкій кишці. Активність ферментів порожнинного і мембранного гідролізу вуглеводів і жирів визначали у біоптатах слизової оболонки дванадцятипалої кишки. Порівняно із здоровими при легкій формі тиреоїдної інтоксикації показники порожнинного розщеплення вуглеводів і жирів нижчі на 24 і 37 %, а мембранного гідролізу відповідно на 23 і 33 %.

Аналогічна тенденція спостерігається і при тиреоїдній інтоксикації середньої тяжкості, але глибина цих порушень більш помітна. Так активність амілази і ліпази порожнинного травлення нижча від відповідних показників у здорових на 34 %, а мембранного гідролізу – на 48 та 45 %. При важкому тиреотоксикозі активність амілолітичних та ліполітичних ферментів порожнинного гідролізу на 44 % нижча, ніж у здорових, а мембранного травлення відповідно на 57 і 54 %.

У порівнянні із здоровими всмоктування глюкози при легкій формі тиреотоксикозу знижена на 32 %, при тиреотоксикозі середньої важкості – 44 %, при важкій формі – на 60 %.

Гідроліз та всмоктування вуглеводів вивчали за результатами вуглеводних навантажень крохмалем, лактозою і глюкозою. Концентрацію глюкози в крові визначали 2 рази протягом 90 хвилин до навантаження, і після навантаження на 15, 30, 60. Інтенсивність гідролізу в порожнині тонкої кишки визначали пробою навантаження крохмалем, засвоєння якого проходить стадії порожнинного розщеплення до олігомерів, мембранного гідролізу до мономера глюкози та її всмоктування. Нормальною крива крохмального тесту вважається при показниках приросту глікемії не нижче 30 %. Приріст глікемії нижче 25 % свідчить про пригнічення процесів мембранного гідролізу. Для оцінки лактозної проби результати її порівнювали з глікемічною кривою, отриманою попередньо у обстежуваного після навантаження глюкозою. Абсорбційну здатність слизової оболонки тонкої кишки оцінювали за інтенсивністю всмоктування глюкози. В нормі приріст глікемії відбувається в основному протягом перших 30 хвилин і складає не менше 50 % від вихідного рівня. Ступінь порушення абсорбції відображає приріст глікемії.

Пропоновані методи діагностики тиреотоксичного ентерального синдрому є високоінформативними. Вони відображають усі ланки засвоєння харчових нутриєнтів, дозволяють виявити наявні порушення і своєчасно їх корегувати в процесі передопераційної підготовки та післяопераційної реабілітації хворих на тиреотоксикоз.

УДК 616.441-006.03-089-053.8

**И.В. Котова, А.П. Калинин**

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА**

*г. Москва*

В отделении хирургической эндокринологии МОНИКИ по поводу первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) оперированы 118 больных (32 муж. и 86 жен.) в возрасте от 14 до 73 лет.

У 44 верифицирована аденома одной из околощитовидных желез (ОЩЖ). У 4 из них она была расположена в одной из долей щитовидной железы (ЩЖ), у 4 – в переднем средостении. Одна из этих 4 больных дважды безрезультатно оперирована в другом лечебном учреждении, в котором стернотомия не проводилась. Стернотомия проведена в МОНИКИ и паратиреоаденома обнаружена. В 3 наблюдениях аденома обнаружена также при повторных

операциях с использованием стернотомии, тогда как при первой операции в МОНИКИ она не была обнаружена. Еще у 1 больной, оперированной в другом лечебном учреждении и у которой была удалена 1 гиперплазированная ОЩЖ, при стернотомии в МОНИКИ выявлена аденоматозно измененная (“вторичная” аденома) ОЩЖ. У 1 больного, которому производилась стернотомия, верифицирован рак эктопированный в вилочковую железу ОЩЖ. Больной умер на 9 день после операции. Причиной смерти явился деструктивный панкреатит. У 4 из 5 больных, которым производилась стернотомия, локализация аденомы была установлена при компьютерной томографии (КТ).

Стернотомия производилась еще у 7 больных, один из которых ранее оперирован с использованием шейного доступа. У других 6 она произведена сразу же после шейного доступа. У всех этих 6 больных удалена вилочковая железа, в которой паратиреоаденома не обнаружена.

Из указанных 44 паратиреоаденом 5 были выявлены случайно при операциях по поводу заболеваний ЩЖ. Рак ОЩЖ, кроме указанного больного, который умер после операции, верифицирован еще у 12 больных, которые не подвергались стернотомии.

У 61 из 118 рассматриваемых больных при операции и при гистологическом исследовании верифицирована гиперплазия ОЩЖ. У 11 удалена одна ОЩЖ, у 29 – 2, у 16 – 3, у 5 – 3,5.

Отдаленные результаты хирургического углубленно изучены в сроки до 1 года у 11, до 3 лет – у 14, до 5 лет – у 9, до 10 лет – у 16, до 15 лет – у 9. 4 обследовались дважды, 2 – трижды. У 32 верифицирована аденома ОЩЖ, у 4 верифицирован рак ОЩЖ и у 23 – гиперплазия ОЩЖ. При последней объем операции был следующим: у 9 удалены 3 ОЩЖ, у 4 – 3,5, у 4 – 2,5, у 6 – 2, у 2 – 1.

Обращалось особое внимание на определение уровня паратгормона (ПТГ) и ионизированного кальция, так же как и изучению функции почек (по данным специальных исследований), производилась рентгенограмма костей, а в ряде наблюдений и денситометрия. У ряда больных определялись уровни остеокальцина и кальцитонина крови. Почти всегда проводились УЗИ и КТ шеи и средостения.

У 4 больных, у которых верифицирован рак, рецидив не выявлен. Из 32 больных, у которых удалена паратиреоаденома, у 7 отмечен гипопаратиреоз, который компенсирован или субкомпенсирован назначением препаратов кальция.

Персистирующий ПГПТ выявлен в 8 наблюдениях. В одном из них больная оперирована дважды. При первой операции удалена 1 гиперплазированная железа, при второй – удалена аденома ОЩЖ. Использовался шейный доступ. В этом случае не исключается, что при повторной операции удалена не истинная аденома ОЩЖ, а аденоматозно-измененная. Только при дальнейшем наблюдении можно будет установить окончательный “характер” морфологически измененных ОЩЖ. Не исключается, что в дальнейшем ПГПТ будет вновь персистировать. У 2 из этих 7 больных удалена 1 ОЩЖ, у 4 – 2, у 1 – 2,5.

Двое отказались от повторной операции, у 2 решено воздержаться от операции. Оперированы 3 больных. У больной, у которой ранее была удалена 1 ОЩЖ, при повторной операции удалены 2 гиперплазированных ОЩЖ. У больной, у которой ранее удалены 2,5 ОЩЖ, при повторной операции удалена 1 ОЩЖ. Операция окончилась ревизией у пациентки, которой при первой операции удалены 2 ОЩЖ.

Кроме указанных выше 118 больных и 7, у которых производилась стернотомия и ПГПТ не был подтвержден гистологически, за тот же период оперированы еще 25 с предполагаемым ПГПТ. У 2 удаленная ткань оказалась жировой клетчаткой, у 5 тканью коллоидного диффузного зоба, у 7 за паратиреоаденому принят узловый зоб, у 7 удаленная ОЩЖ по данным гистологического исследования не была изменена. У 4 произведена лишь ревизия ОЩЖ.

Операции у 32 больных с не верифицированным гистологически ПГПТ производилась потому, что по клиническим и некоторым биохимическим данным ПГПТ нельзя было исключить. У большинства из них не было возможности определить уровни ПТГ и ионизированного кальция. К тому же, как хорошо известно, имеет место нормокальцемический гиперпаратиреоз. Многие из них находятся под динамическим наблюдением. Только в 2001 г обследовались 4 из них. При углубленном исследовании (ПТГ и ионизированный кальций) ПГПТ был отвергнут. Судьба ряда больных неизвестна. Не исключается, что некоторые оперированы в других лечебных учреждениях или у них диагноз ПГПТ “снят” и распознано другое заболевание, симптомы которого очень сходны с симптомами ПГПТ. Может быть, хотя бы у некоторых больных в действительности все же имеется ПГПТ. Указанные 32 больных оперировались различными хирургами, некоторые из них имеют очень небольшой опыт в хирургии ПГПТ и, вполне возможно, что они “пропустили” измененные ОЩЖ. Это подтверждается личным опытом: через определенный промежуток времени при повторных операциях обнаруживались ранее “пропущенные” паратиреоаденомы или нераспознанные гиперплазированные ОЩЖ. Опыт хирурга приобретает исключительное значение, если речь идет о ПГПТ.

УДК 616.6/441-002-085

**В.Н. Гузенко, Н.В. Коваленко, Е.В. Лампига**

## **ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СПОЧЕЧНОЙ ФОРМОЙ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Актуальность. Почечная форма первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ) чаще встречается среди больных с тяжелыми формами нефролитиаза (двусторонние

камни, кораллоподобные камни). Частота гиперпаратиреоза как причины камнеобразования у больных мочекаменной болезнью, составляет в среднем около 8 %. В то же время двусторонний нефролитиаз, камневыведение и рецидивное камнеобразование обусловлены поражением околощитовидных желез в 15-20 %, а по нашим данным – в 23 % случаев.

Материалы и методы. В настоящей работе обобщен опыт диагностики и лечения почечной формы первичного гиперпаратиреоза у 120 больных двусторонним нефролитиазом. Диагностика ПГПТ была основана на биохимических изменений в крови и моче – гиперкальциемии, гипофосфоремии, гиперкальциурии.

Биохимические проявления указанного заболевания при сопутствующем пиелонефрите (выявленным у 98,8 % больных) нивелируются. В связи с этим для выявления ПГПТ нами использовались различные нагрузочные тесты. Проведение пробы Говарда заключалось в создании искусственной гиперкальциемии и угнетения секреции околощитовидного гормона. По полученным нами результатам можно заключить, что проба с нагрузкой кальцием являлась хорошим диагностическим тестом, что говорило о ее положительном результате у всех 120 больных.

Проба с паратиреоидином основана на фосфатурическом эффекте околощитовидного гормона. Эта проба также оказалась положительной у всех 120 больных. У больных также исследовался паратгормон радиоиммунологическим способом, который зачастую был повышен, что говорило в пользу первичного гиперпаратиреоза.

Результаты исследования. Проведение этиотропного лечения, каким является паратиреоидэктомия еще не означает излечение нефролитиаза. Целесообразнее прежде проводить этиотропное лечение (ревизию паращитовидных зон, паратиреоидэктомию), а затем уже производить вмешательство по поводу конкрементов в почках и мочевых путях, если они показаны.

Нами у 104 больных произведена нижняя паратиреоидэктомия, а у 16 в связи с полученным отрицательным ответом при срочной биопсии, операцию мы заканчивали перевязкой нижней щитовидной артерии по Леришу. Удаленные препараты отправлялись для срочной биопсии. При гистологическом исследовании у 23 выявлена светлоклеточная аденома, у 73 – гиперплазия околощитовидных желез и у восьми больных – околощитовидные железы с выраженным липоматозом. В остальных 16 случаях в присланном препарате определялся либо лимфатический узел, либо жировая клетчатка. Осложнений у оперированных нами больных не было.

Мы придерживались тактики трехэтапного хирургического лечения больных с ПГПТ, осложненным двусторонним нефролитиазом. На первом этапе производили паратиреоидэктомию. Через 2-3 недели больного оперировали на стороне, где наиболее была снижена функция почки и имелись явные препятствия для эвакуации мочи. Операцию на контралатеральной почке производили не ранее чем через 2-3 месяца.

В віддаленні строки (від шести місяців до п'яти років) було обстежено 45 хворих. При цьому встановлено, що камневидалення припинилося в остаточному результаті у трьох хворих – камневидалителів.

Рецидиви камнеутворення серед 45 хворих оперованих з приводу конкрементів в нирках і сечових шляхах спостерігалися у восьми (17,7 %) хворих, причому чотирма з них була виконана операція Леріша. В той же час у хворих з ПГПТ, причому з тих або інших причин паратиреоїд-ектомія не виконана, рецидиви камнеутворення виявлені у 48,8 % хворих. Їм виконувалася нефролітотомія з приводу кораллоподібних або багаточисельних каменів.

Стан фосфорно-кальцієвого обміну розглядалося з точки зору вмісту в крові і виділенню нирками кальцію і неорганічного фосфору. У більшості хворих відбулося зниження кальціємії і гіперфосфатуриї.

**Висновки.** Біохімічна лабораторна діагностика є надійним і доступним методом виявлення ПГПТ у хворих двостороннім нефролітiazом. Зміщення деяких показників: збільшення клубочкової фільтрації, екскреції мочевины з мочою і відносної густоти мочи, а також зменшення гіперкальціурії і гіперфосфоруриї може свідчити про ефективність хірургічного лікування первинного гіперпаратиреозу у хворих з каменями обох нирок. Об цьому говорить і зниження на 31,1 % рецидива камнеутворення.

УДК 616.447-007.6-07:616.61-07/-08

**В.О. Шідловський, І.М. Дейкало, Я.Я. Боднар, В.В. Твердохліб**

## **КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ, МОРФОЛОГІЧНІ ТА ЛІКУВАЛЬНІ АСПЕКТИ НИРКОВОЇ ФОРМИ ПЕРВИННОГО ГІПЕРПАРАТИРЕОЗУ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Рецидивуючий нефролітiaz з багаточисельними чи кораллоподібними каменями в 10-30 % випадків є наслідком первинного гіперпаратиреозу (ПГПТ). В основі цього ендокринного захворювання лежить підвищена функція прищитоподібних залоз (ПЩЗ). Серед причин ПГПТ найбільш частою є аденома ПЩЗ (90 %). Рідше спостерігаються гіперплазія (7-10 %) та багаточисельні аденоматози (2-3 %). Злоякісні новоутвори ПЩЗ рідкі (0,5 %). Частота ПГПТ за даними різних авторів складає від 1:500 до 30 000 всієї популяції. Жінки хворіють в 2-3 рази частіше чоловіків. Захворювання спостерігається переважно у віці 30-50 років. Як етіологічний фактор сечокам'яної хвороби ПГПТ складає 7-8 %, а у хворих на двобічні, рецидивні та кораллоподібні камені нирок – майже 25 %.



В Україні проблема ППТ далека від вирішення. Щорічно діагностується лише 50-60 випадків ускладнених його форм. Так звані лабораторні форми взагалі не діагностуються.

В клініці факультетської хірургії впродовж 1998-2001 рр. всебічно обстежено 58 хворих на рецидивуючий нефролітіаз. Жінок 39, чоловіків 19 у віці від 24 до 52 років. Рецидивуючі однібічні камені були у 6 хворих, двобічні – у 23.

Коралоподібні однібічні спостерігали у 5 пацієнтів і у 24 – двобічні. У 12 хворих були ознаки ниркової недостатності. Тривалість захворювання від 1 до 23 років. Операції з приводу уролітіазу перенесли 21 хворий, у 5 з них виконана нефректомія.

Лабораторні та інструментальні обстеження включали визначення загального кальцію крові, екскреції кальцію з сечею, рівня паратгормону в крові, сонографію нирок та ділянки шії, комп'ютерну томографію ділянки шії, верхнього середостіння.

З обстежених хворих у 18 на підставі клініко-лабораторних даних стверджено наявність первинного гіперпаратиреозу як причини уролітіазу.

Проведені дослідження показали, що основним клінічним синдромом ниркової форми ППТ є уролітіаз з притаманними йому варіантами симптоматики. Окрім цього хворих турбувала м'язева та загальна слабкість, поліурія, ніктурія.

У 3 пацієнтів клінічні ознаки уролітіазу поєднувались з симптомами поліартриту, у 2 – виразкової хвороби; у 4 – хронічного панкреатиту та ентероколіту.

Ретроспективно оцінюючи результати проведених обстежень слід відзначити, що патогномічною ознакою ППТ є гіперкальціємія, яка поєднується з гіперкальціурією. Дослідження рівня кальцію в крові доцільно проводити 3-4 рази через 2 години після вживання їжі.

Вміст паратгормону в крові визначали у 8 пацієнтів: у шести з них він був підвищеним, у 2 – в межах фізіологічної норми.

Сонографічною ознакою ППТ вважаємо наявність нефрокальцинозу. Ми не можемо стверджувати, що це ранній чи пізній симптом ниркової форми ППТ, проте він зустрічався у всіх хворих на ППТ і не спостерігався при інших клінічних формах уролітіазу.

При об'єктивному і сонографічному обстеженні ділянки шії у жодному випадку не виявили ознак пухлини прищитоподібної залози. КТ ділянки шії і верхнього середостіння також була від'ємною.

Показаннями до операції вважали наявність первинного гіперпаратиреозу. Передбачуваний об'єм операції розцінювали як ревізію прищитоподібних залоз та місць можливого їх розташування. Оперували 18 хворих. Серед них 5 чоловіків і 13 жінок.

Операції проводили під ендотрахеальним наркозом. Субопераційно у 10 випадках встановлено збільшення однієї з 4 прищитоподібних залоз до 8-10 мм, у двох – однієї з 5 і у двох однієї з 6 залоз. Морфологічно виявлено аденоми різної структури. У чотирьох пацієнтів при операції є морфологічно діагностована гіперплазія залоз (по два випадки – двох залоз з шести, та чотирьох залоз з шести).

У післяопераційному періоді наступила нормалізація обміну кальцію у 16 оперованих. У двох випадках (після видалення двох та чотирьох гіперплазованих залоз розвинувся гіпаратиреоз середньої важкості).

У віддалені (більше півроку) терміни після операції у хворих зникали м'язева і загальна слабкість, спрага, поліурія. Проте, ми не спостерігали зворотнього розвитку нефрокальцинозу та конкрементів в сечовивідних шляхах.

УДК 616.441-006.5(048.8)

**С.М. Черенько, О.С. Ларін, В.Б. Доготар, В.Г. Савченко**

## **ОПТИМІЗАЦІЯ ТА ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ПІДХОДУ ДО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВУЗЛОВИХ ФОРМ ЗОБУ**

*Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації  
ендокринних органів та тканин МОЗ України*

Зростаюча кількість хірургічних захворювань щитоподібної залози з одночасним погіршенням умов для нормального функціонування цього ендокринного органа, що зумовлено численними екологічними, природними ендемічними (глобальний йод-дефіцит) та ендемічними (генетичними, аутоімунними тощо) чинниками (1), вимагають від хірургів-ендокринологів України об'єктивізації показань до оперативних втручань, адекватності самих операцій патогенетичній природі тиреоїдної патології. Вибірковий аналіз структури хірургічних втручань в спеціалізованих медичних закладах свідчить, що 30-40 % операцій виконується без достатнього обґрунтування, обсяг резекції залежить від особистих переконань та досвіду хірурга, протирецидивне лікування або не призначається взагалі або не враховує патогенетичних особливостей захворювання. Це сприяє зростанню частоти післяопераційних рецидивів, гіпотиреозу внаслідок непотрібних операцій та нерадикальних в онкологічному плані втручань, ускладнює порівняльний аналіз результатів лікування, робить неможливою стандартизацію лікувальних заходів (2,3).

З погляду на такий стан речей в хірургічній ендокринології в Україні, де щороку виконується 12 000 операцій на щитоподібній залозі, вважаємо необхідним впровадження загальних стандартів обстеження хворих з вузловими утвореннями щитоподібної залози, показань до операції та обсягу останньої. Необхідним є виділення групи підвищеного ризику розвитку раку щитоподібної залози та несприятливого терапевтичного лікування доброякісних вузлових утворень. До такої групи належать пацієнти, що зазнали радіоактивного (внаслідок Чорнобильської катастрофи) чи іншого іонізуючого опромінення, в першу чергу – діти та підлітки (на момент опромінення), хворі з чіткою генетичною зумовленістю патології (за даними спадкового анамнезу, генетичного

аналізу), діти, чоловіки та літні люди з поодинокими вузлами, пацієнти з рецидивом після операції, з вузлами на тлі дифузного токсичного зобу, із зростаючими тиреоїдними вузлами на фоні консервативної супресивної терапії або з невизначеними патогенетичними факторами (тобто за відсутністю йододефіцитного стану, підвищеного рівня тиреотропіну тощо).

Після ультразвукового обстеження щитоподібної залози, яке на сьогодні є найефективнішим і найдоступнішим методом візуалізації органу, всі вузлові утворення, що пальпуються або досягли 10 мм у діаметрі повинні підлягати тонко-голковій аспіраційній пункційній біопсії (в групі ризику – незалежно від розміру, при необхідності – під контролем УЗД). Крім цього ми з'ясовуємо сімейний анамнез, ефективність попереднього супресивного лікування, визначаємо базальний рівень ТТГ та добову екскрецію йоду з сечею. При підтвердженні злоякісності або підозри на неї хворі підлягають хірургічному лікуванню за принципами протоколу комбінованого лікування тиреоїдного раку.

При відсутності ознак злоякісності показаннями до операції є розмір вузлів більший за 3 см при неефективності супресивної терапії протягом 6 міс., шино-позагруднинне розташування вузлів, симптоми локальної компресії, тиреотоксикоз. Поодинокі вузли більші за 1,5 см в групі ризику вважаємо показанням до операції навіть при доброякісній цитологічній картині.

Суттєво підвищує ефективність (до 92-95 %) цитологічної діагностики раку щитоподібної залози застосування імунно-цитохімічних маркерів, таких як ТПО-47 (до тиреоїдної пероксидази) та ДАП-IV (до дієтіламінопептидази IV).

У випадках кістозних вузлів без паренхіматозного компоненту за даними УЗД та без цитологічних ознак злоякісності успішно застосовуємо пункційно-аспіраційний метод лікування з склерозуванням кіст етиловим спиртом чи фібриновим клеєм. В інших випадках призначаємо консервативне лікування: при підвищеному рівні ТТГ – супресивна контрольована терапія L-тироксином; при йододефіцитному стані – препаратами йоду чи їх комбінацією з тироксином (йод-тирокс, тиреокмб, тиреотом тощо).

Збільшення розмірів вузлів протягом 6-12 міс. лікування, а також невизначеність патогенетичних чинників разом із спадковим анамнезом та високою проліферативною активністю тиреоцитів за даними ТАПБ розцінюємо, як відносне показання до операції (з урахуванням відомих прогностичних факторів малігнізації – опромінення, чоловіча стать, молодий вік, тривале лікування мерказолілом).

Обсяг операції з приводу однобічного вузлового чи багатовузлового зобу повинен бути не меншим за гемітиреоїдектомію, а при двобічному процесі залишок тканини зберігаємо тільки з одного боку (у групі ризику вдаємося до тиреоїдектомії). Застосування інтраопераційної експрес-біопсії дозволяє майже повністю вилучити випадки нерадикальних з онкологічного погляду операцій.

При доведеній шляхом експрес-біопсії доброякісності патологічних змін при багатовузловому зобі у випадках тотальної тиреоїдектомії виконуємо аутотрансплантацію подрібнених шматочків малозміненої паренхіми до претиреоїдних м'язів шиї з одного боку або м'язів передпліччя/стегна.

## Література

1. Laurberg P. Multinodular goitre / Thyroid international. – 2000. – N.3. – 24 p.
2. Олійник В.А. Сучасні проблеми тиреоїдології в Україні / Ендокринологія. – 2001. – Т.6, Додаток. – С.216.
3. Люлька О.М. Хірургічне лікування вузлового та змішаного зобу у хворих – мешканців зони радіоактивного забруднення / Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. ПЛ Шупика. – Київ, 2001. – 10-е вид., Книга 4. – С. 988-992.

УДК 616.6/441-002-085

**Г.Д. Бабенков, О.В. Ковешников, О.В. Кравченко, Д.М. Афонін**

## **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Луганський державний медичний університет*

За період з 1997 по 2000 роки в хірургічному відділенні Луганської обласної клінічної лікарні перебувало на лікуванні 832 хворих з доброякісними захворюваннями щитоподібної залози (ЩЗ). З них оперовано 799 хворих. За віковими групами хворі розподілялися в такий спосіб: до 20 років – 9 хворих (1,1 %); від 21 до 30 років – 112 (14 %); 31 – 40 років – 186 хворих (23,3 %); від 41 до 50 – 293 (36,7 %); 51 – 60 років – 151 (18,8 %), від 61 року і старше – 48 хворих (6 %). Найчастіше оперували жінок працездатного віку (92,7 %).

При вивченні гормонального статусу в групі обстежених, зареєстрована перевага хворих з еутирозом. Однак у 7,56 % зареєстрований гіпотироз (за даними визначення вмісту гормонів  $T_3$ ,  $T_4$ , ТТГ). Токсичний зоб був діагностований у 123 хворих (15,3 %).

Для уточнення цитологічної структури вузла проводилася тонкоголкова аспіраційна біопсія (ТАПБ) з попереднім маркуванням і під контролем УЗТ. Забір матеріалу проводився як мінімум із двох ділянок (з патологічного утворення і з свідомо здорової тканини ЩЗ). Важливим моментом є висока точність (96,3 %) і чутливість (90,7 %) ТАПБ при раку ЩЗ, що робить її в даний час методом вибору в ранньому виявленні пухлинних уражень і диференційній діагностиці вузлових утворень щитоподібної залози.

На підставі проведеного аналізу в період з 1997 по 2000 роки виявлені значні зміни в структурі захворюваності ЩЗ – відзначається тенденція до збільшення кількості хворих зі змішаними і вузловими формами зобу. Так, з 249 хворих, оперованих у 1997 році токсичний зоб відзначений у 49 хворих (19 %), а хворих з вузловими і змішаними формами зобу було 71 (28 %) і 89 хворих (35,7 %) відповідно. У 1998 р. зі змішаними формами зобу було оперовано 30 % хворих, з вузловими – 26 %; у 1999 р. питома вага змішаних і вузлових форм зобу була майже однаковою – 35 % і 36 % відповідно. А

вже в 2000 році питома вага операцій з приводу змішаних форм зобу склала 53 % (70 хворих), вузлових – 26 % (35 хворих). Відзначається значне збільшення кількості хворих з автоімунним тиреоїдитом Хасімото, що виявляється як у збільшенні кількості хворих, так і операцій із приводу даної патології. Так у 1997 році питома вага операцій з приводу зобу Хасімото складала всього 5 %, а в 2000 році – уже 13 %.

Хворим без порушення функції щитоподібної залози передопераційну підготовку не проводили. При явищах тиреотоксикозу проводилося передопераційне лікування в умовах ендокринологічного відділення.

Показаннями для гемітиреоїдектомії з резекцією перешийка була наявність багатьох вузлів чи одного вузлового утворення, що локалізувався в одній долі щитоподібної залози.

При змішаній формі зобу виконувалася резекція щитоподібної залози за О.В. Миколаєвим (у 38,7 % випадків) чи за Е.С. Драчинською (у 60,8 % випадків). У 4 випадках (0,5 %) при тотальній поразці щитоподібної залози була зроблена тиреоїдектомія. У хворих із ДТЗ виконувалися операції за О.В. Миколаєвим в класичному варіанті.

Післяопераційні ускладнення зареєстровані в 109 хворих (22,1 %): парез голосових зв'язок – у 8 хворих (1 %), кровотечі і гіпаратироз – по 2 хворих (по 0,25 %). Післяопераційний гіпотироз (ПОГ) легкого і середнього ступенів ваги виник у 20,8 % хворих: у 88 хворих (11,1 %) після операцій з приводу змішаних і вузлових форм еутиреїдного зобу; практично у всіх 68 хворих (8,5 %), оперованих із приводу зобу Хасімото. Рідше зустрічався ПОГ легкого ступеня в хворих (9 випадків – 1,1 %), оперованих із приводу змішаного зобу, що протікав з явищами підвищеної функції ЩЗ. Хворим із зобом Хасімото і з великим обсягом резекції залози після операції був призначений L-тироксин у дозуванні від 25 до 100 мкг/добу.

З метою зменшення частоти ПОГ у клініці в 2000–2001 роках була виконана автотрансплантація тканини ЩЗ 26 хворим зі змішаним зобом й еутиреїдною функцією. Показанням до автотрансплантації була субтотальна резекція ЩЗ. Обсяг імплантованої тканини складав 2–3 см<sup>3</sup>. Трансплантат розташовували в задній групі м'язових волокон кивального м'яза в проекції нижнього полюса вилученої частки ЩЗ. У ранньому післяопераційному періоді запальних реакцій у зоні операції не відзначено. Концентрація тиреоїдних гормонів і клінічний стан хворих через 6 тижнів після операції розцінювався як еутиреїдний.

Таким чином, за останні роки відбулися помітні зміни в структурі захворювань щитоподібної залози – на перший план виступають змішані, багатовузлові форми зобу переважно з еутиреїдною функцією, а також тиреоїдити. Вважаємо за можливе використання методики гетеротопічної автотрансплантації ЩЗ як методу профілактики післяопераційного гіпотирозу.

**І.С. Турчин, І.І. Дроздович, В.М. Бугаєв, Л.М. Сидоренко**  
**ВИКОРИСТАННЯ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЇ ОРГАННОЇ**  
**КУЛЬТУРИ ПРИ ЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ В ЛІКУВАННІ**  
**ГІПОПАРАТИРЕОЗУ**

*Координаційний центр трансплантації МОЗ України*

Застосування медикаментозної терапії при гіпопаратиреозі не завжди дозволяє повністю компенсувати порушення кальцієвого обміну, що і обумовлює необхідність пошуку нових шляхів лікування цієї тяжкої патології. Ксенотрансплантація культур клітин або тканинних фрагментів ендокринних залоз дає можливість фізіологічного відновлення гормонального гомеостазу хворих (1,2). Слід зазначити, що застосування для трансплантації плідного або неонатального попередньо культивованого матеріалу дозволяє в подальшому знизити реакцію відторгнення трансплантату або навіть повністю уникнути її клінічного проявлення. Показаннями до ксенотрансплантації культури щитоподібних залоз (ЩЩПЗ) є практично всі випадки тяжкої і середньої форми післяопераційного або спонтанного гіпопаратиреозу, які не коригуються традиційними методами лікування.

Метою роботи було вивчення ефекту трансплантації органної культури ЩЩПЗ новонароджених поросят на перебіг експериментального гіпопаратиреозу у щурів, а також післяопераційного гіпопаратиреозу у хворих, який виник внаслідок хірургічного втручання з приводу дифузного тиреотоксичного вола, багатовузлової форми вола, пухлин щитоподібної залози, паратиреоїдних аденом. Для трансплантації використовували 5-добову органну культуру ЩЩПЗ новонароджених поросят (3). Ксенотрансплантацію щурам проводили підшкірно у жирову клітковину, а хворим – пункційним методом під апоневроз прямого м'яза живота (маса трансплантованого матеріалу дорівнювала 5-6 г). У плазмі крові хворих визначали рівень загального та іонізованого кальцію, неорганічного фосфору та паратиреоїдину до та (через 1, 2, 6, 9 міс.) після ксенотрансплантації.

Проведені гістологічні дослідження 5-добової органної культури ЩЩПЗ, яку використовували для трансплантації, показали, що найбільш життєздатними є фрагменти, звільнені від сполучнотканинної капсули. В їх паренхімі іноді виявляються широкі капіляри. Порівняно із нативним матеріалом, в органній культурі спостерігаються ознаки виразної мітогічної та проліферативної активності, що характерно для щитоподібної залози *in vivo*. При електронно-мікроскопічному дослідженні у цитоплазмі паратиреоцитів зустрічаються секреторні гранули різної щільності діаметром до 240 нм та везикулярні структури різної щільності діаметром 120-180 нм. Мікропухирці вишиковуються вздовж плазматичної мембрани і можуть безпосередньо з нею контактувати,

що свідчить про можливість виведення їх вмісту шляхом екзоцитозу. Паратиреоцити можуть набувати відросткової форми, що є характерним для клітин інших ендокринних залоз у культурі (4).

У щурів з експериментальним гіпопаратиреозом ксенотрансплантація органної культури ПЩПЗ нормалізує рівень паратиреоїдного гормону у крові, а ультраструктурно у цитоплазмі паратиреоцитів визначаються ознаки його синтезу. В деяких клітинах звертає увагу розвиток мікрофібрилярного компонента, що свідчить про посилення процесів секреції.

Найбільш об'єктивним показником компенсації гіпотиреозу у хворих є вміст у крові паратиреоїдного гормону. До трансплантації рівень його був у 2, 4 рази нижчим ( $15,1 \pm 3,4$  нг/л), ніж у здорових осіб ( $36,4 \pm 3,3$  нг/л). Через 1-3 місяці після трансплантації рівень гормону зростав у 7,4 рази, порівняно з таким до трансплантації, і дорівнював  $112,0 \pm 6,2$  нг/л ( $P < 0,001$ ), знижувався через 6 місяців ( $43,5 \pm 12,8$  нг/л), але залишався високим, порівняно з дотрансплантаційним.

Позитивні зміни показників мінерального метаболізму та клінічне покращення стану хворих давали можливість проводити корекцію доз замісної терапії. Її починали через 25-30 днів після трансплантації. Поступове зниження функціональної активності ксенотрансплантата супроводжувалося зростанням потреби у препаратах кальцію, але, як правило, у дозах на 30-50 % нижчих порівняно з вихідними. Отримані клінічні дані свідчать також про доцільність повторних ксенотрансплантацій, після яких у хворих спостерігався позитивний клінічний ефект, нормалізація гормональних та метаболічних показників протягом 7-10 місяців.

Таким чином, наведені експериментальні та клінічні дані свідчать про високу ефективність ксенотрансплантації органної культури прищитоподібних залоз як методу лікування гіпопаратиреозу, який завдяки своїй безпеці може застосовуватися у одного хворого декілька разів.

#### **Література**

1. Турчин ІС. Проблема трансплантації культур і тканин залоз внутрішньої секреції хворих з різними формами ендокринопатій / Ендокринологія. 1996.–С. 1,2,6-13.
2. Турчин ІС., Дроздович ІІ., Бугаєв В.Н. Достижения и перспективы ксенотрансплантации клеток и тканей эндокринных органов / Цитология. 2001.–С. 43,9,897-898.
3. Деклар. патент на винахід № 41736 А "Спосіб одержання органної культури прищитоподібних залоз" Турчин ІС., Дроздович ІІ., Бугаєв В.М., Сидоренко Л.М. Офіц. бюл. "Промислова власність". 2001, № 8.
4. Дроздович ІІ., Турчин ІС., Балла І.А. Гістологічна характеристика органної культури щитоподібної залози новонароджених поросят у динаміці культивування / Доп. НАН України. 1996.–С. 11,158-163.

**В.В. Скиба, Л.Г. Василенко**

## **ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯХВОРИХНАТОКСИЧНИЙЗОБ ВПОХИЛОМУТАСТАРЕЧОМУВІЦІ**

*Медичний інститут Української Асоціації Народної Медицини*

Збільшення кількості людей похилого віку ставить перед медичною наукою та органами охорони здоров'я ряд нових проблем, пов'язаних з лікуванням хворих на токсичний зоб в похилому і старечому віці.

За період з 1991 по 2001 роки в клініці оперовано 260 хворих на токсичний зоб у віці старше 60 років. Це складає 4,4 % загальної кількості операцій з приводу токсичного зобу. Серед оперованих було 89,9 % жінок, 9,4 % чоловіків. Співвідношення чоловіків і жінок 1:10. Максимальний вік – 78 років, мінімальний – 60 років.

Всі хворі розділені на чотири групи. Дифузні форми зобу спостерігались у 64,2 %, змішані – у 21,9 %, рецидивний зоб – у 9,6 %, токсична аденома – у 4,3 % хворих. 50 % хворих мали IV ступінь зобу, 37,7 % – III ступінь і 8,8 % – V ступінь. У 73,1 % хворих тиреотоксикоз був середнього ступеня, а у 26,9 % – в тяжкій формі. Тривалість захворювання спостерігалась від 6 місяців до 10 років. Клінічна картина різноманітна. У 90 % хворих мали місце супутні захворювання. Глибокі враження міокарда виявлені у 75,3 % хворих.

У кожного хворого проводилось всебічне клініко-лабораторне обстеження. Функціональний стан гіпофізарно-тиреоїдної системи вивчали шляхом виміру вмісту в сировотці крові ТТГ, Т<sub>4</sub>, Т<sub>3</sub>, ТСГ. УЗД проводили апаратом “Alloka-650”, лінійним поверхневим датчиком 7,7 мГц. Також виконували тонкоголкову аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) голкою типу “Shuba” фірми “СООК”. Голку вводили в намічене місце під контролем УЗД. Із пунктату готували мазок і проводили дослідження: цитологічне, цитохімічне, цитоімунологічне для доопераційної діагностики можливого раку щитоподібної залози. Під час операції проводили експрес-гістологічне дослідження препарату. Ці методи доступні широкому колу лікарів, високоінформативні. Їх застосування забезпечило точну топічну діагностику і розпізнавання патологічного процесу у 98 % хворих.

Передопераційна підготовка складася з групи таких препаратів: тиреостатиків, серцевих глікозидів, резерпін, глюкокортикоїдів та ін. Особливість її в тому, що дози препаратів в 2-3 рази знижувались, а тривалість їх застосування продовжувалась до стягнення еутиреоїдного стану і компенсації супутніх захворювань. Підготовка мала індивідуальний підхід шляхом підбору оптимальних доз лікарських препаратів для кожного хворого. Тривалість підготовки в середньому 66 днів.



Хірургічний метод лікування хворих на токсичний зоб в похилому і старечому віці для більшості вибірково прийнятий і йому практично не має альтернативи. Для цього ми використовували “Спосіб резекції щитоподібної залози” (А.с. 1242129) та “Спосіб хірургічного лікування дифузного токсичного зобу” (А.с. 1233867).

Резекцію щитоподібної залози проводили в індивідуальному об’ємі кожному хворому з залишенням 4-12 грам тканини, що дало можливість запобігти післяопераційному гіпотиреозу та рецидиву зобу.

Гемостаз кульшів і їх формування виконували шляхом накладання швів, які формують гемостатичну сітку, що покриває кульші. Це дозволило запобігти кровотечі під час операції та в післяопераційному періоді.

При рецидивному зобі тканину залози виділяли внутрішньокапсулярно, а судини перев’язували між внутрішньою поверхнею капсули та паренхімою залози (А.с. 1091967). Це дало можливість запобігти пошкодженню гортанних нервів та паращитоподібних залоз.

На 260 оперованих хворих субопераційну кровотечу спостерігали у одного хворого (0,4 %), парез гортанних нервів також у одного хворого (0,4 %). У віддалені строки стійкий еутиреоїдний стан спостерігали у 96,8 % оперованих. Це в значній мірі сприяло вирішенню важливої соціальної та медико-біологічної проблеми в хірургії та геріатрії.

УДК 616. 447-07-08

**В.В. Грубник, В.М. Косован, В.В. Горячий, А.І. Зайчук**

## **МОЖЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩИТОПОДІБНОЇ ТА ПРИЩИТОПОДІБНИХ ЗАЛОЗ**

*Одеський державний медичний університет*

Вступ. Досягнення в ендовідеоендоскопічній хірургії відкривають нові можливості для застосування ендоскопічних втручань на щиті. Більшість дослідників зазначає, що головними перевагами ендоскопічного доступу до залоз щиті є можливість діагностичної ендовідеоендоскопії, порівняльно невелика травматичність, скорочення часу втручання, зниження термінів перебування в стаціонарі та тимчасової непрацездатності, а також значний косметичний ефект (1, 2, 3). При відеоендоскопічних втручаннях на щитоподібній та прищитоподібній залозах використовується  $CO_2$  (4, 5) та механічний ліфтинг (2, 4, 6) з невеликих розтинів шкіри (3, 7, 8).

Матеріал та методи. Відеоендоскопічні втручання на щитоподібній залозі після верифікації доброякісного характеру вузлової патології за допомогою

тонкоголкової аспіраційної пункції під контролем ультразвукового дослідження виконувалися за допомогою відеоендоскопічних апаратів фірм "Martin" та "Wolf" виробництва Німеччини з використанням ендоскопів діаметром 5 і 10 мм. CO<sub>2</sub> для створення порожнини не використовувалась. В даний час виконано 57 таких втручань у хворих з вузловим еутиреоїдним зобом у віці від 16 до 72 років, з них у 44 жінок і в 13 чоловіків. Розміри вузлів були від 1,5 см до 4,5 см. 2 втручання при аденомах прищитоподібних залоз виконано 2 жінкам у віці 28 та 56 років. Під час проведення операції проводилось цитологічне та гістологічне дослідження вузлів з метою верифікації їх характеру та вибору обсягу оперативного втручання. Обсяг виконання операції складав від оцідливої резекції в 34 (59,65 %) випадках до геміструмектомії в 23 (40,35 %) випадках. Оперативне втручання проводилося під загальним знеболюванням. Розрізом мінімальних розмірів (до 1,5-2 см) у проекції вузла в 28 (49,12 %) і в 29 (50,88 %) хворих по середній лінії на 2 см вище та паралельно вирізці груднини проводилося розсічення шкіри, m.plathysma. За допомогою відеоендоскопа й ендоскопічного інструментарію виділявся вузол або доля ЩЗ. Гемостаз проводився шляхом кліпування верхньої, нижньої щитовидних артерій та вен, кровотечу з дрібних судин зупиняли шляхом монополярної електрокоагуляції в 12 (21,05 %) і біполярної – у 45 (78,95 %) випадках. Ефективність гемостазу і виділення вузла або долі ЩЗ контролювались відеоендоскопом. Післяопераційна рана зашивалась з використанням косметичних швів. Задовільні результати отримані в 56 (98,25 %) хворих, оперованих на щитоподібній та у 2 – на прищитоподібних залозах. Використання відеоендоскопів діаметрами 0,5 та 1,0 см дозволяє чітко диференціювати в операційній рані топографо-анатомічні співвідношення судин та нервів. Використання монополярної електрокоагуляції на перших етапах освоєння методу призвело до парезу p.resurgens у 1 (1,75 %) випадку. Тому надалі ми застосовуємо тільки біполярний метод електрокоагуляції. Через 3 тижні після проведення консервативної терапії функція p.resurgens у хворої цілком відновилася. Використання методу накладення кліпс на артеріальні та венозні судини ЩЗ призводить до стійкого гемостазу. Ускладнень у вигляді інтраопераційних та післяопераційних кровотеч не спостерігалось. Значний косметичний ефект отриманий у всіх оперованих хворих. Утворення келоїдних рубців не відзначено.

Висновок: Операції з застосуванням відеоендоскопічної техніки при доброякісній патології щитоподібної та прищитоподібної залоз є перспективним методом лікування і можуть бути операціями вибору.

### Література

1. Bendinelli C., Jacconi P., Miccoli P. Endoscopic thyroid and parathyroid surgery. Surg. Endosc., 1999;13: 3: 314-315.
2. Henry J.F., Kefechereux T., Gramatika L., Ke Boissezon C. Endoscopic thyroidektomi in a porcine. Ann.Chir/1999;331 –334.
3. Miccoli P., Monchik J.M., Minimally invasive parathyroid surgery. Surg.Endosc.(2000) 14: 987-990 КкІ 10.1007/s00460000192.

4. Cheunh Yeung GH (1998) Endoscopic surgery of the neck: a new frontier. Surg Laparosc. Endosc. 8: 227-232.
5. Cougard P . (1997). A propos de l'editorial du Profeseur M. Meurisse. Ann. Chiir. 51:11-13.05: discussion 206.
6. Bellantone R., Lombardi C.P., Rafaelli M., Rubino F., Boscherini M., Pailli W. J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A 1999; 9: 5: 397-400.
7. Gagner M. (1996) Endoscopic parathyroidectomy [Letter]. Br. J. Surg; 83: 875.
8. Naitoh T., Gagner M., Garcia-Ruiz A., Heniford B.T. (1997) Endoscopic endocrine surgery in the neck: an initial report of endoscopic subtotal parathyroidectomy. Surg. Endosc. 12: 202 – 205  
КлИ: 10.1007/s004649900634.

УДК 616.441-006.5

**А.Г. Гринцов, Ю.А. Сидоренко, С.И. Гюльмамедов, В.В. Тахтаулов**

## **ШЕЙНО-ЗАГРУДИННЫЙ И ВНУТРИГРУДНОЙ ЗОБ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Неоднозначность вопросов диагностики и лечения дистопированного зоба остается актуальной и в наше время. В данной работе мы остановимся на вариантах шейно-загрудинной и внутригрудной дистопии зоба, где представлен опыт хирургического лечения 52 больных, находившихся в торакальном отделении ДОКТМО с 1995 по 2000 год. Возраст пациентов вариировал от 20 до 74 лет (по литературным данным – 36-75 лет), средний возраст 49 лет. Из данного количества – 47 женщин и 5 мужчин, что соответствует данным литературы (70-90 % женщин и 10-30 % мужчин). Шейно-загрудинная локализация наблюдалась в 44 случаях (85 %), внутригрудная – 8 (15 %). При гистологическом исследовании удаленных препаратов, у 28 (53,3 %) пациентов диагностирован микро-макрофоликулярный зоб, у 9 (17,2 %) – зоб Хашимото, в 13 (24,7 %) случаях – рак щитовидной железы и у 2 (около 3,8 %) – зоб Риделя.

В клинике выработан и применяется алгоритм обследования данной категории пациентов, который содержит, кроме общеклинических, следующие обязательные пункты:

- рентгенологическое исследование органов грудной клетки с контрастированием пищевода, томография трахеи, пневмомедиастинография, компьютерная томография;
- радиоизотопное исследование (сцинтиграфия щитовидной железы);
- ультразвуковое исследование щитовидной железы;
- фибротрехеобронхоскопия;
- исследование функции щитовидной железы (уровни сывороточных Т3, Т4, ТТГ), антител к тиреоглобулину.

Лечение шейно-загрудных и внутригрудных зобов – только хирургическое, какое-либо консервативное ведение данного контингента больных, даже при бессимптомном течении, неприемлемо в связи с высокой частотой малигнизации шейно-загрудного и внутригрудного зоба.

Оптимальным доступом при шейно-загрудном зобе является воротничкообразный разрез по Кохеру, который только в двух случаях был дополнен частичной верхне-срединной продольной стернотомией. При внутригрудном зобе у 5 пациентов произведена торакотомия и у 3 – частичная продольная стернотомия при локализации зоба в передне-верхнем средостении. В большинстве случаев объем оперативного вмешательства зависел от данных дооперационной биопсии или интраоперационного гистологического исследования по экспресс-методу и вариировал от резекции до экстирпации щитовидной железы при шейно-загрудном зобе и обязательном удалении всего образования при внутригрудном зобе.

Случаев летальных исходов не было. Послеоперационные осложнения возникли у 5 больных, из которых: 4 случая интраоперационного повреждения возвратного нерва (один – двухсторонний); 1 случай образования гематомы в ложе удаленной щитовидной железы. Все осложнения были обусловлены техническими трудностями во время операции. В послеоперационном периоде большей половине пациентов проводилась пролонгированная ИВЛ, по нашему мнению ее использование позволяет избежать трахеостомии, которая приводит к удлинению послеоперационного периода (средний срок пребывания в стационаре, включая период предоперационного дообследования, составил 11,25 дня). А введение во время операции и в раннем послеоперационном периоде кортикостероидов дробными дозами, даже при вынужденном массивном разрушении ткани щитовидной железы, предотвратило развитие тиреотоксических криз.

#### Выводы:

– трудности диагностики и инвазивные методы исследования требуют дообследования больных с подозрением на дистопированный зоб в условиях специализированного торакального отделения;

– установление диагноза дистопированного зоба или предположение о его наличии требует обязательного оперативного лечения;

– доступ в каждом конкретном случае определяется индивидуально, но предпочтителен шейный, в случае необходимости дополняемый частичной продольной стернотомией, а при локализации зоба в заднем средостении торакотомия;

– проведение интраоперационного гистологического исследования по экспресс-методу является обязательным;

– продленная ИВЛ в послеоперационном периоде и адекватная терапия кортикостероидами позволяют уменьшить число осложнений и сроки пребывания больных в стационаре.

**В.І. Десятерик, С.П. Міхно, Л.М. Поліщук**

## **ДИФЕРЕНЦІЙОВАНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ЗОБУ В КРИВОРІЗЬКОМУ РЕГІОНІ**

*Дніпропетровська медична академія*

В останні роки в структурі ендокринних захворювань особливої актуальності набуває тиреоїдна патологія (1). Її зростання напряму пов'язане з погіршенням екологічного стану регіону, де зосереджені крупні рудодобувні (з перевагою відкритих розробок) та металургійні центри України.

Нами зроблено аналіз 1503 операцій, проведених за останні 5 років при різних формах зобу, в тому числі 241 (16 %) при наявності дифузного чи дифузно-вузлового токсичного зобу, 1142 (76 %) – при нетоксичних вузлових зобах і 120 (8 %) – раку щитоподібної залози. Для зменшення кількості зайвих оперативних втручань та пов'язаних з ними ускладнень застосовано математично обґрунтовану прогностичну шкалу, у яку входять аналіз анамнестичних, клінічних даних, результатів УЗД та ТГАПБ щитоподібної залози, рівня гормонів та їх співвідношення, гемограми. Застосування передопераційного прогнозування дозволяє вибрати оптимальний лікувальний: алгоритм при наявності патології щитоподібної залози.

При дифузному токсичному зобі показанням для оперативного втручання є наявність тиреотоксикозу, що не піддається комплексній адекватній терапії та розвиток вісцеропатичних ускладнень, а не розміри залози. Операції виконувались після комплексної стандартної консервативної підготовки з застосуванням екстракорпоральної детоксикації, обов'язково під загальним знеболюванням в об'ємі субтотальної резекції (2). Зважаючи на зростання кількості спостережень при гістологічному дослідженні проявів хронічного тиреоїдиту, залишаємо кукси по 4 г з кожного боку трахеї. Задовільні віддалені результати досягнуто у 70 % хворих. При наявності дифузно-вузлового зобу з тиреотоксикозом оперативне лікування вважаємо методом вибору. Прооперовано 52 хворих, задовільний віддалений результат досягнуто у 82 %.

При наявності вогнищевих уражень щитоподібної залози особливою прогностичною цінністю має тонкогілкава аспіраційна пункційна біопсія під контролем УЗД з комплексним дослідженням пунктату (цитогісохімія, аутофлуорисценція, мікроелементний склад). Показанням до оперативного втручання вважаємо наявність солітарного вузла більшого 3 см, або багатовузлового зобу з доброякісним цитологічним складом одержаного при ТГАПБ пунктату. Операцію виконуємо під загальним знеболюванням з обов'язковою інтраопераційною цитологією в об'ємі гемітиреоїдектомії (при локалізації вогнища в одній долі), чи субтотальної резекції залози (при локалізації вузлів в обох долях) за методикою Київського НДІ ендокринології (2,3).

У 47 хворих з солітарними кістами повторних підтверджень доброякісної цитології з урахуванням прогностичної шкали проведено пункційне лікування під УЗ-контролем. З них у 35 проведено аспірація кісти без склерозування (при наявності тонкої стінки і діаметру не більше 2 см), у 12 – після аспірації проведена склеротерапія етиловим спиртом (4,5). Після звичайної аспірації рецидив кісти в межах 1 року спостерігався у 11 (31 %) хворих, після склеротерапії – 1 (8 %) хворого, що потребувало повторного проведення малоінвазивного втручання.

У хворих з раком щитоподібної залози перевагу віддаємо тотальній екстрафасціальній тиреоїдектомії з наступним лікуванням радіоїодом та супресивною терапією тироксинам.

При оперативних втручаннях на щитоподібній залозі ми є побічниками застосування загального знеболювання. З 1503 операцій 1106 (74 %) виконано під ендотрахеальним наркозом, 397(26 %) – з застосуванням інших видів знеболювання. Під час проведення премедикації широко застосовуємо антибіотикову профілактику (одноразове введення добової дози цефазоліну або ципринулу в/в), що дозволило досягти майже 100 – відсоткової відсутності гнійних післяопераційних ускладнень. В післяопераційному періоді ми повністю відмовились від застосування наркотичних знеболюючих засобів, а широко застосовуємо комбінацію кетолонга з препаратом “Сіган”. Для досягнення хорошого косметичного ефекту застосовуємо з 5-ї доби, після зняття швів, втирання мазі “Ліотон” двічі за день в область післяопераційного рубця.

Застосування диференційного підходу до оперативного лікування патології щитоподібної залози дає можливість адекватно її лікувати та зменшення частки післяопераційних ускладнень, як безпосередніх, так і віддалених.

### **Література**

1. Чернобрив А.Д. Динаміка захворюваності населення України доброякісними та злоякісними новоутвореннями щитоподібної залози. /Ендокринологія, Т. 2. –2001. 328 с.
2. Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И., Болгов М.Ю. и соавт. Классификация операций на щитовидной железе /Клін. хірургія. –1998.–№12. –с.31–34.
3. Комиссаренко И.В., Рыбаков С.И., Болгов М.Ю. і співавт. Екстрафасціальна гемитиреоїдектомія, техніка, результати застосування /Ліки України. – 2000. – №5. – с. 28-29.
4. Черенько С.М. Діагностика, тенденції патоморфозу і захворюваності, прогноз розвитку та хірургічне лікування вогнищевої патології щитоподібної залози: Дис... док.мед.наук, Київ. – 2000. – 38 с.
5. Эпштейн Е.В., Матяшук С.И. Атлас-руководство по ультразвуковому исследованию щитовидной железы. – Запорожье: «Знание», 320 с.

**М.М. Шевнюк, М.О. Йосипенко, Г.О. Стельмах**

## **ПОЄДНАННЯ МІАСТЕНІЇ ТА ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

Останніми роками почастишали випадки поєднання міастенії і захворювань щитоподібної залози (тиреотоксикози, вузлові і змішані еутиреοїдні форми зобу).

Сучасні методи діагностики патології щитовидної залози (визначення тиреоїдних гормонів, радіоізотопні й ультразвукові методи), і міастенії (виявлення блоку нервово-м'язевої передачі із застосуванням електрофізіологічних методик; рентгенологічні методи дослідження, спрямовані на візуалізацію патології підгруднинної залози; імунологічна діагностика, що базується на автоімунному механізмі розвитку міастенії, дозволяють цілеспрямовано провести лікування.

За 1970-2001 рр. на кафедрі хірургії КМАПО ім. П.Л. Шупика спостерігали у 33 хворих поєднання міастенії з захворюваннями щитоподібної (15 – хворих з гіпертиреозом і дифузійним зобом, 18 – вузловими і змішаними еутиреοїдними формами зобу в хворих з генералізованою міастенією). У 3-х хворих виявлений дифузний токсичний зоб III-IV ст., а потім розвинулася міастенія. У 12 хворих тиреотоксичний зоб супроводжував міастенії. В одного хворого тиреотоксичний зоб розвинувся через 6 років після тімектомії. У 4-х хворих на міастенію після тімектомії від 4-х міс. до 2-х років розвинувся вузловий еутиреοїдний зоб.

Поєднання міастенії і тиреотоксикозу погіршувало загальний стан хворих (тахікардія, пітливість, збудження). Відзначався підвищений вміст тиреоїдних гормонів поряд з корекцією міастенічних розладів (каліміном, прозерином, кортикостероїдами, плазмаферезом) призначали антитиреοїдну терапію (мерказоліл, антиструмін).

При несприйманні організмом тиреостатиків чи розвитку резистентності до них (мерказоліл) з метою нормалізації функції щитоподібної залози в передопераційному періоді проводили плазмаферез.

Наші дані свідчать про ефективність плазмаферезу. Після видалення з крові циркулюючих імунних комплексів, а також видалення вільних і зв'язаних із протеїном гормонів щитоподібної залози поліпшується нервово-м'язева передача, знижується рівень IgG і IgM, зменшується рівень тироксину (T<sub>4</sub>). Курс лікування: 4-5 сеансів, сумарне видалення плазми 800-2000 мл із заміщенням альбуміном, введенням реополіглокіну і гемодезу.

Одночасна операція (субтотальна тиреоїдектомія із шийного доступу і тімектомії через часткову косу стернотомію) проведена у 5 хворих з позитивним ефектом.

Хворі, які оперовані з приводу міастенії, при наявності захворювань щитоподібної залози (вузлового чи змішаного зоуа, а також при раку) підлягають хірургічному лікуванню в спеціалізованій клініці, де займаються проблемами міастенії.

УДК 616.441-006.6-07-091.8]-036:614.876

**С.І. Шевченко, А.В. Сивожелізов, Р.С. Шевченко**

## **КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНОСОБЛИВОСТІ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ДО ПІСЛЯВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС**

*Харківський державний медичний університет*

Одне з центральних місць у патології ендокринної системи займають гіперпластичні захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) частота котрих, особливо за останні роки різко збільшилася. В Україні також відзначається значний ріст тиреоїдної патології, що може бути результатом впливу несприятливих екологічних чинників. Показники захворюваності вузлового зобу (ВЗ) виростили більше, ніж у 2,5 рази, аутоімунного тиреоїдиту (АТ) – у 4,5 рази. Показники захворюваності на рак ЩЗ (РЩЗ) збільшилися в 4,3 рази. З 1991 року частішими стали випадки РЩЗ у молодому віці. Серед дітей цей ріст склав за 1987-1992 р. 8,1 раза.

Метою нашого дослідження стало вивчення частоти РЩЗ у хворих із різними гіперпластичними захворюваннями ЩЗ, оперованих у хірургічному відділенні ОКЛ м. Харкова в період із 1994 по 2000 рр. Отримані результати були порівняні з аналогічними за період із 1980 по 1986 рр. і з 1987 по 1993 рр., тобто до і після аварії на Чорнобильській АЕС.

З 1994 по 2000 рр. оперований 3491 хворий із різними гіперпластичними захворюваннями ЩЗ. Серед них хворих РЩЗ було 395 (11,32 %). Чоловіків – 44 (11,13 %), жінок – 351 (88,87 %). Однак частота РЩЗ серед іншої патології ЩЗ у чоловіків більше, ніж у жінок (17,1 % і 12,0 % відповідно). Середній вік хворих склав 46,4 роки.

За нашими спостереженнями папілярний РЩЗ зареєстрований у 284 (71,9 %) випадках, фолікулярний у 75 (19,0 %), медулярний у 22 (5,56 %), анапластичний у 14 (3,54 %). Останній зустрічався тільки в жінок, причому у всіх спостереженнях він розвився на тлі існуючого АТ, тобто захворювання характерного для жінок. Серед хворих АТ жінки складають 95,5 %.

Диференційовані форми РЩЗ (папілярний і фолікулярний) у жінок складають 83,15 %, а серед чоловіків 9,15 % від загального числа хворих на РЩЗ. У той же час усередині груп 92,3 % і 92,6 % відповідно, що вказує на однакову високу частоту диференційованих форм РЩЗ у чоловіків і жінок.



Медулярний РЩЗ у чоловіків відзначений у 16,7 % і жінок у 93,3 % випадків. Ця форма зустрічалася тільки після 30 років, причому 58,6 % хворих у віці від 30 до 49 років.

86,9 % хворих на РЩЗ реєструються після 30 років. До 20 років РЩЗ відзначений у 4,04 % випадків і тільки диференційованих форм. Відзначено появу недиференційованого РЩЗ у групах від 20 до 39 років – 3(33,3 %).

Порівняльний аналіз отриманих результатів з аналогічними за період із 1980 по 1986 рр. – I група (2468 хв.) і з 1987 по 1992 рр. – II група (2209 хв.) дозволяє говорити про значне збільшення в останні роки частоти РЩЗ серед інших захворювань ЩЗ, зміни структури як тиреоїдної патології в цілому, так і РЩЗ зокрема.

Так якщо в I групі частота РЩЗ склала 6,64 %, у II групі – 9,1 %, то вже в досліджуваній – 11,32 %. Причому пік захворюваності РЩЗ відзначений у 1988р. – 11,3 %, 1994 р. – 12,06 %, 1996 р. – 13,86 % і 1997 р. – 13,23 %, із наступним зниженням у 1998 р. – 10,25 %, 1999 р. – 8,9 %, 2000 р. – 9,34 %. У структурі РЩЗ також спостерігаються відмінності. При практично однаковій частоті диференційованих форм РЩЗ у всіх групах і співвідношенні папілярного і фолікулярного РЩЗ у I і II групах, у досліджуваній групі спостерігається збільшення кількості папілярного (71,9 %) і зниження фолікулярного (19,0 %) РЩЗ. У 1997 році це співвідношення складало 81,97 % і 6,51 %, а в 2000 р. – 74,35 % і 10,25 % відповідно. Динаміка захворюваності медулярним РЩЗ (5,56 %) характеризувалася її збільшенням у порівнянні з I і II групами (3,67 % і 1,97 % відповідно) досягнувши в 2000 р. 10,25 %. Найбільша частота недиференційованого РЩЗ відзначалася в II групі (5,67 %), хоча пік захворюваності варто віднести до 1994 року (6,1 %). В останні роки відзначається тенденція до росту числа хворих на РЩЗ у віці до 20 років (1,2 %; 1,44 %; 4,04 % відповідно по періодах), а також уперше зареєстровані випадки анапластичного РЩЗ у вікових групах від 20 до 39 років (3 хв.).

За останній час змінилася і структура іншої тиреоїдної патології. Значно зросло число хворих з ВЗ до 35,6 % (у I групі – 19,81 %; у II – 23,27 %), АТ до 34,86 % (у I групі – 14,52 %; у II групі – 16,95 %) і знизилася з дифузним токсичним зобом (ДТЗ) до 10,46 % і аденомою ЩЗ до 6,81 % (у I групі – 38,45 % і 20, 34 %; у II групі – 31,34 % і 18,67 % відповідно). Серед хворих АТ його сполучення з ВЗ складає більш 80 %. Збільшилася частота сполучення ДТЗ з АТ (більш 60 %).

Поряд із ростом частоти РЩЗ особливо папілярного, останнє підтверджує висновки про те, що РЩЗ може розвиватися як у незміненої, так і ураженої зобом ЩЗ. Виходячи з цього консервативне лікування ВЗ і АТ у сполученні з ВЗ можливе лише при морфологічному підтвердженні доброякісності процесу.

З огляду на те, що частота РЩЗ і іншої тиреоїдної патології (4,04 % і 4,3 % відповідно) в осіб до 20 років близька за значенням, а переважними

захворюваннями в цій віковій групі є ВЗ і ДТЗ (67,4 %), необхідна онкологічна обережність у їхньому лікуванні.

Таким чином, ріст частоти РЩЗ серед іншої тиреоїдної патології, особливо папілярного і медулярного, збільшення молодого контингенту серед хворих РЩЗ, а також зміна структури інших гіперпластичних захворювань ЩЗ вимагають уважного підходу до їхнього лікування.

УДК: 616.441-089

**Г.П. Шамрей, Г.Д. Дейбук, В.В. Білоокій, М.І. Шермет**

## **СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ПОКАЗІВ ТА ТЕХНІКИ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ДЕЯКИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Буковинська державна медична академія*

До теперішнього часу в ендокринологів, а іноді й хірургів немає чітких уявлень щодо показів до оперативного лікування захворювань щитоподібної залози. Сумніву не викликають лише гострі гнійні тиреоїди і струміти, особливо при прогресуванні запального процесу і реформуванні абсцесів.

Стосовно вузлових форм ендемічного зобу, то хірургічне лікування показано при вузлах невеликих розмірів з підозрою на малігнізацію або неможливістю встановити його природу лабораторно-інструментальними методами, вузловому та змішаному зобі з розвитком в ньому запально-дегенеративних змін, при великих розмірах зобу – II-III ст. за класифікацією ВООЗ. При вузлових формах зобу, якщо вузол менше 1 см, допустимо спостерігати та лікувати консервативно.

Підлягає оперативному лікуванню дифузний токсичний зоб при відсутності стійкої ремісії після консервативного лікування – 8-10 місяців у дорослих та 3 міс. у дітей, при алергічних реакціях на анти тиреоїдні препарати, тиреотоксикозі у вагітних чи плануючій вагітності, тиреотоксикозі у дітей. У вагітних анти тиреоїдні препарати можуть проникати через плацентарний бар'єр і призвести до вродженого зобу у плоду. Оперуються великі зоби, які призводять до стискання органів шиї.

Аутоімунний тиреоїдит (хронічний лімфоцитарний тиреоїдит Хашімото) оперується при компресійному синдромі, появі у залозі ділянок зниженого захвату радіонуклідів, у випадках неефективності консервативного лікування. Фіброзний тиреоїдит Ріделя оперують при стисканні органів шиї, підозрі на малігнізацію. Підгострий тиреоїдит Де Кервена лікується тільки консервативними засобами.

Підозра на злоякісне переродження вузла або підтверджений рак при пункційній біопсії є абсолютним показанням до хірургічного лікування незалежно від розміру вузла. Фіксовані вузли, які не зміщуються при ковтанні, щільна консистенція, нерівності його поверхні, наявність регіонарних лімфовузлів, швидкий ріст, парез голосової зв'язки на боці вузла – всі ці ознаки є показом до хірургічного втручання. Ектопірований (аберантний) зоб будь-якої локалізації підлягає оперативному видаленню.

Багаторічний досвід хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози дозволив переглянути деякі моменти техніки оперативних втручань.

Більшість хірургів використовують доступ до щитоподібної залози за методом Кохера, запропонований на початку сторіччя, який передбачає перетин в поперечному напрямку II фасції шиї разом із передніми яремними венами і лімфатичними судинами, що проходять в ній, а також пересічення коротких м'язів шиї. Доступ до щитоподібної залози, яким ми користуємось, дозволяє виконувати широкий об'єм оперативних втручань на залозі, при цьому враховує анатомо-фізіологічні особливості шиї, що створює оптимальні умови для заживлення рани, скорочує строки лікування хворих, забезпечує кращий косметичний результат.

Розтин довжиною 5–6 см (залежно від величини зобу) проводять в поперечному напрямку на 2–3 см вище яремної вирізки груднини. Нанесений розріз шкіри вище вказаної лінії дає поганий косметичний ефект, нижче – веде до келоїдизації післяопераційного рубця. Розтин має форму прямої лінії, проводиться в горизонтальному напрямку, строго симетрично до серединної лінії шиї і перпендикулярно до поверхні шкіри.

Пошарово розсікаються шкіра, підшкірна клітковина, I фасція (за Шевкуненком) шиї, а також платизма. Проводиться гемостаз. Тупфером шкірні лоскути зміщуються доверху і донизу. Друга фасція шиї разом з третьою розсікаються у поздовжньому напрямку протягом 2–3 см. По цій же лінії у поздовжньому напрямку роз'єднуються м'язи (*m.sternohyoideus*, *m.sternothyroideus*) і відводяться гачками Фарабефа в боки. Під парієтальний листок IV фасції шиї вводиться по 15–20 мл 0,25 % новокаїну з кожного боку з метою гідропрепарування, а також місцевого знеболення. Парієтальний листок IV фасції шиї розсікається поздовж і також відводиться в боки. Виділяється щитоподібна залоза. Після цього поетапно проводиться ретельне обстеження щитоподібної залози шляхом пальпування спочатку однієї, потім другої долі, що дає можливість намітити подальший об'єм оперативного втручання.

**С.Р. Петров, А.И. Кравченко**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДООПЕРАЦИОННОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Одесский государственный медицинский университет*

Патологией щитовидной железы страдает до 10-12 % населения земного шара и отмечается неуклонный рост заболеваемости (1). Проблема предоперационной диагностики, определяющей тактику лечения, является одной из наиболее актуальных в хирургической эндокринологии. Несмотря на обширную литературу многие аспекты проблемы остаются дискуссионными, а сведения об информативности применяемых методов – противоречивыми (2).

Физикальные методы исследования, зачастую, позволяют выявить узловое образование в щитовидной железе – по нашим данным 69,4 %. Гистологически диагноз “рак щитовидной железы”, выставленный на основании клиники, подтверждён нами в 51,5 % случаев.

Проведена оценка достоверности данных ультразвукового исследования (УЗИ), цитологического исследования пунктатов, полученных при тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии (ТАПБ), лазерной корреляционной спектроскопии (ЛКС) плазмы крови в дифференциальной диагностике узловых заболеваний щитовидной железы на дооперационном этапе у 102 больных, находившихся на оперативном лечении в ГКБ № 1 г. Одессы с 1999 по 2001 г.

УЗИ высокоинформативно для выявления узловых образований в щитовидной железе 90 % (3). Однако, определить злокачественность узла по его данным мы смогли только у 51,3 % больных.

Информативность цитологического исследования пунктата, полученного при ТАПБ щитовидной железы, во многом зависит от квалификации цитолога (4). По данным литературы достоверность метода колеблется в пределах от 40 до 98 % (5,2), у нас она составила 54,7 %. Цитохимические, иммуноцитохимические тесты, обеспечивающие высокую достоверность результатов, в настоящее время, нам, недоступны.

ЛКС плазмы крови является принципиально новым диагностическим методом. Информативность её подтверждена при дифференциальной диагностике деструкции органов брюшной полости, желтух, коматозных состояний (6).

На основании анализа гистограмм, полученных при исследовании плазмы крови методом ЛКС, доброкачественные узловые образования щитовидной железы отличались от злокачественных в 79,5 %. С нашей точки зрения, достоверность метода повысится при накоплении большего банка данных.

Мы не противопоставляем ЛКС плазмы крови традиционным методам обследования больных с узловыми образованиями щитовидной железы.

Исследования в этой области только начаты. Однако, полученные результаты позволяют предположить, что введение её в комплекс дооперационных исследований поможет определить характер узла на дооперационном этапе, что в конечном итоге определяет тактику лечения.

### **Литература**

1. Шевченко С.И., Тонкоглас А.А., Шевченко Р.С. Сопоставление информативности инструментальных методов исследования при заболеваниях щитовидной железы /Актуальные вопросы гастроэнтерологии и эндокринологии. – Харьков, 2000. – 103 с.
2. Пинский С.Б., Дворниченко В.В., Белобродов В.А. Опухоли щитовидной железы. – Иркутск, 1999.-С. 318
3. Морозов Д.А., Горяинов В.Ф., Филиппов В.Г. и др. Ультразвуковая диагностика рака щитовидной железы у детей и подростков в эндемичном районе /Российский онкологический журнал. – 2001. – №2. – С. 9-11.
4. Петров С.Р., Кравченко О.И. Інформативність передопераційних діагностичних досліджень при хірургічних захворюваннях щитоподібної залози /Одеський медичний журнал – 2001. – №4. – С.43-44.
5. Чазова Н.Л., Перчук Б.Д., Гольдбург Н.Н. Некоторые спорные вопросы верификации и классификации опухолей щитовидной железы /Архив патологии. – 1997. – Т.59, № 1. – С. 33-36.
6. Гешелин С.А., Андронов Д.Ю., Бугайцов С.Г. и др. Диагностика гомеостатических сдвигов у хирургических больных с помощью лазерной корреляционной спектроскопии /Вісник морської медицини. – 1999. – № 3. – С. 137-139.

УДК 616.441-006.6-07-091.8]-036:614.876

**В.О. Безруков, Е.К. Безрукова, П.О. Безруков, Н.Н. Деркач**

## **КРЫМКАКРЕГИОНЗОБООБРАЗОВАНИЯ**

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,  
г. Симферополь*

Зобная болезнь известна с глубокой древности. Распространение её связано с определёнными географическими районами. Наиболее неблагоприятными в отношении зобных эндемий являются районы гор и предгорий. Зоб в Крыму – яркий пример зобной эндемии (Лежнёв Н.Ф., 1904). В первую очередь это связано с недостатком иода в среде обитания. Источником иода являются моря и океаны, откуда он поступает в воздух, а затем, с атмосферными осадками – в почву и грунтовые воды. Подземные и речные воды содержат иод, поступающий из осадочных пород морского происхождения. Можно предположить, что иод в Крыму, благодаря морскому окружению и обилию пород морского происхождения, встречается в избытке. Однако, в силу геологического, гидрологического и микроклиматического состояния Крым является регионом иодной недостаточности.

Содержание иода в подземных водах Крыма колеблется в больших пределах – от 0 до 10 мг/л (Альбова Е.В., 1963). Наиболее богаты иодом воды

Керченского полуострова. Нефтяные воды содержат до 70 мг/л иода, воды грязевых сопок – до 30,1 мг/л (Альбова Е.В., 1957). Наличие карстовых явлений в Главной Гряде Крымских гор, на Тарханкутском полуострове, в ряде мест предгорий и равнинного Крыма является важной причиной недостаточности иода в питьевых водах Крыма (Колесникова Р.Г., 1974). Карст – основа питания рек Крыма. Отсутствие полноводных рек, использование в регионе артезианских скважин, предполагает существование иодной недостаточности в водах Крыма. Следствием этого является низкое содержание иода в продуктах питания растительного и животного происхождения. Содержание иода в воде отражает баланс иода в организме человека. Последнее сказывается как на возникновении зоба, так и на полноценном развитии организма в целом, что особенно отражается на растущем организме.

Всё это протекает на фоне ухудшения экологической обстановки на полуострове с одновременным резким увеличением численности больных с различными заболеваниями щитовидной железы. Определённому росту заболеваний щитовидной железы способствовала авария на ЧАЭС. Однако для Крыма факторами экологической опасности являются:

1. Химическая промышленность, расположенная на севере полуострова. Преобладание северо-восточных ветров способствует распространению химических выбросов в южном направлении – и как раз в этих районах преобладают заболевания щитовидной железы.

2. Мультифакторная техногенная загрязнённость проявляется преобладанием заболеваний щитовидной железы у жителей городов по сравнению с сельским населением Крыма. За последние 10 лет наибольшее число оперированных по поводу заболеваний щитовидной железы проживает в Симферополе, Ялте, Евпатории, меньшее их число – у жителей степного Крыма.

3. Отмечен рост заболеваний щитовидной железы у жителей прибрежных городов, что связывается не только с состоянием воздушной среды и почв, но и с загрязнением моря, особенно его прибрежной части (Безруков О.Ф. с соавт. 2000, 2001).

Данные медстатистики сопоставлены с отчётом “Экология, населения та держава”, что позволило провести картирование плотности патологии щитовидной железы. Карты использованы для проведения профилактических мероприятий.

**В.В. Ярощак, Н.И. Томашевский, Г.Е. Полунин, В.А. Лыков,  
О.Н. Федорчук, С.К. Джеломанов**

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

*Донецкий государственный медицинский университет*

Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) в настоящее время приобрело особую актуальность в связи со значительным увеличением количества больных с этой патологией, значительным ростом количества больных раком ЩЖ и узловыми формами зоба. Отдельно следует выделить больных с тиреотоксическим зобом (ТЗ) из-за отсутствия стойкого и продолжительного эффекта при консервативном лечении и опасности развития рака ЩЖ. Успех оперативного лечения ТЗ зависит прежде всего от ранней диагностики, полноценной предоперационной подготовки и адекватной операции.

В клинике общей хирургии № 1 за последние 25 лет выполнено 4157 операций на щитовидной железе, из них у 325 – имел место диффузный и смешанный тиреотоксический зоб. Больные находились в возрасте от 17 до 78 лет. Женщин было 289, мужчин – 36. Продолжительность заболевания от 2 до 12 лет. Все больные длительное время лечились эндокринологом амбулаторно или в условиях эндокринологического стационара. Однако в связи с неудовлетворительными результатами лечения и прогрессированием заболевания больные были консультированы хирургами и после дообследования госпитализированы в хирургическое эндокринологическое отделение для оперативного лечения. Несмотря на большую информативность клинической картины заболевания, доступности осмотру и пальпации ЩЖ для уточнения диагноза мы широко применяем в динамике все современные методы диагностики (УЗИ, радиоизотопное сканирование ЩЖ, ТАПБ, компьютерную томографию, цветную доплерографию и др.). При УЗИ ЩЖ у 33% больных выявлено диффузные изменения, у – 4% смешанная форма зоба, у 22% – единичные или множественные узлы в одной или обеих долях (эти больные лечились длительное время безрезультатно), у 25% – рак ЩЖ, у 7 – заподозрено рак ЩЖ. При выявлении единичных или множественных узлов в тканях ЩЖ округлой или овальной формы с четкими контурами без признаков перипроцесса с однородной структурой узлов мы ставили предположительный диагноз доброкачественного заболевания, который подтвержден при гистологическом исследовании после операции во всех наблюдениях; у 8 больных диагноз рака не подтвердился при исследовании материала ТАПБ и окончательном гистологическом исследовании.

При радиоизотопном сканировании ЩЖ мы изучали ее функцию. Нами отмечено резкое ускорение накопления радиоактивного йода в 76 % исследуемых больных. Во всех наблюдениях удалось выявить диффузные (33 %)

или узловые изменения (47 %). Провести верификацию патологического процесса в тканях ЩЖ при помощи этого метода не представляется возможным.

При помощи изучения гормонов ЩЖ дифференцировали тиреотоксический зоб от аутоиммунного тиреоидита и эутиреоидного зоба. Уровень общего тиреоксина (Тз) был значительно повышен у 67 % исследуемых и составил  $189,3 \pm 7,4$  ммоль/л, у 72 % – отмечено повышение титра тиреоидных антител. Так же отмечено повышение тиреотропина в сыворотке крови у 39 % больных до  $7,1 \pm 1,09$  мк МЕ/мл ( $P < 0,001$ ).

Несмотря на большую информативность современных методов диагностики заболеваний ЩЖ (ультрасонография, радиоизотопное сканирование, компьютерная томография, магниторезонансная томография и др.) дифференциальная диагностика доброкачественных и злокачественных новообразований по-прежнему остается актуальной. Для верификации заболеваний ЩЖ в последние годы мы широко применяем контролируемую ультразвуком тонкоигольную пункционную прицельную биопсию, что позволяет нам максимально приблизиться и вероятнее всего выявить характер патологических изменений в паренхиме ЩЖ. ТАПБ как завершающий этап диагностики выполнена у 73 больных. При цитологическом и гистологическом исследовании узловой зоб диагностирован у 25, диффузный тиреотоксический зоб – у 4, кисты ЩЖ – у 10, зоб Хашимото – у 15, рак ЩЖ – у 8, подозрение на злокачественный процесс – у 12 больных. При гистологическом исследовании после операции только у 63 % случаев дооперационный диагноз оказался верным.

Мы разделяем мнение В.И. Гирле о том, что широкое применение в практическом здравоохранении малоинвазивных и органосохраняющих операций при узловом зобе и кистах ЩЖ при современном состоянии диагностики рака ЩЖ, опасно большим количеством диагностических и тактических ошибок.

Хирургическое лечение ТЗ отличается большой сложностью и чревато рядом серьезных осложнений. Как правило, выполняем субтотальную и субфасциальную резекцию ЩЖ по О.В. Николаеву, оставляя по возможности 4-6 г здоровой ткани железы. Предпочтение отдаем общему обезболиванию.

Исход операции зависит от качества предоперационной подготовки больного, адекватного объема операции, вида обезбоживания и рационального ведения больного в послеоперационном периоде. У 5 больных в раннем послеоперационном периоде отмечено парез голосовых связок вследствие повреждения возвратного нерва. В трех наблюдениях выполнена трахеостомия. Умерло двое больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

Таким образом, хирургический способ лечения ТЗ является эффективным, однако должен применяться по строгим показаниям. После операции больной должен быть под наблюдением хирурга и эндокринолога.



**О.Ф. Безруков, В.О. Безруков, И.И. Руднева, Д.В. Шестопапов,  
А.Б. Гоманченко, Е.К. Безрукова**

## **ПАТОЛОГИЯ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ КАК СЛЕДСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ**

*Крымский Государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

Зобная болезнь известна с глубокой древности. Выявлено, что на число зобной патологии влияют как естественные факторы, так и антропогенное загрязнение. Распространение ее связано с определенными географическими районами. Наиболее неблагоприятными, в отношении зобных эндемий, являются районы гор и предгорий. Зоб в Крыму – яркий пример зобной эндемии. В первую очередь это связано с недостатком иода в среде обитания. Источником иода являются моря и океаны, откуда он поступает в воздух, а затем с атмосферными осадками – в почву и грунтовые воды. Несмотря на то, что Крым окружен морем, полуостров относится к зоне иодной недостаточности, причиной которой является специфика геологического, гидрологического и микроклиматического положения полуострова.

Содержание иода в питьевых источниках Крыма колеблется в широких пределах – от 0 до 10 мг/л. Наибольший недостаток иода прослеживается в предгорных и горных районах Крыма. Основная причина этого – наличие карстовых явлений. Именно карст является основой питания рек Крыма. Очевидно, что низкое содержание иода в пресных водах, отсутствие полноводных рек и использование артезианских скважин предполагает наличие иодной недостаточности в Крыму. Содержание иода в воде отражает баланс иода в организме человека. Иодная недостаточность оказывает существенное влияние на уровень распространенности патологий щитовидной железы.

Нами прослежено содержание иода на основных водопунктах Крыма. Лишь в единичных случаях вода данных водопунктов содержит следы иода. Данное состояние крайне тревожно, т.к. данной водой снабжаются как крупные населенные пункты, так и отдельные санатории. Уже только лишь это ставит вопрос о необходимости применения йодированных продуктов, для ликвидации иодного дефицита.

В то же время в последние годы отмечено ухудшение экологической ситуации на полуострове. Это является следствием как глобальных процессов (определенному росту заболеваний щитовидной железы способствовала авария на ЧАЭС), так и регионарных источников загрязнения: различного рода промышленные предприятия, транспортные магистрали, неплановое использование прибрежной зоны.

Огромную экологическую опасность несут предприятия химической промышленности, расположенные на севере полуострова. При этом преобладание

северо-восточных ветров способствует распространению химических выбросов в южном направлении: в курортную зону Евпатории и Сак. Именно эта зона, по нашим данным, является одним из районов повышенного заболевания щитовидной железы.

Мультифакторная техногенная загрязненность проявляется увеличением количества заболеваний щитовидной железы у городских жителей, по сравнению с сельским населением. С 1990 года среднее число оперированных больных в городах Крыма составило  $13 \pm 1$  в год, тогда как в сельских районах –  $10 \pm 1$  ( $p < 0,01$ ), а отношение числа больных в городе к числу больных на селе – 1,77. Причем этими заболеваниями в основном страдают люди в возрасте от 30 до 55 лет, т.е. наиболее трудоспособная часть населения.

Очень тревожен факт увеличения заболеваний щитовидной железы в прибрежных районах, особенно в городах. Это объясняется как недостатком иода в воде, так и техногенным загрязнением прибрежной зоны суши и моря. Накопление в воде ксенобиотиков прослеживается в морской воде и приводит к связыванию иода чужеродными веществами, делая его неусвояемыми для живых организмов.

Наши данные сопоставлены с данными отчета “Экология, население и держава”. Это позволило провести картирование плотности патологии щитовидной железы в Крыму.

Учитывая, что по уровню загрязнения полуостров, являющийся некогда курортной зоной, приравнивается к ряду промышленных районов Украины, проведение мониторинга, учитывающего здоровье населения по различным заболеваниям является неотъемлемой частью программы развития любого региона. Очень перспективным является исследование здоровья населения в зависимости от экологических факторов. Это позволяет прогнозировать заболеваемость и применять взвешенные управленческие решения.

УДК: 616.441-006.6-089.87:617.533

**А.Е. Коваленко, А.Г. Лысенко, А.В. Омельчук**

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Институт эндокринологии и обмена веществ им.В.П. Комиссаренко АМН Украины*

За последние годы в Украине отмечен значительный рост карцином щитовидной железы, как следствие радиационного воздействия после аварии на Чернобыльской АЭС. Методом выбора в лечении дифференцированных и всех остальных форм рака щитовидной железы является экстрафасциальная тиреоидэктомия. Выполнение тиреоидэктомии при карциноме щитовидной

железы предполагает обязательное условие полного отсутствия тиреоидной ткани, что повышает эффективность терапии радиоактивным йодом, но вместе с тем увеличивает риск осложнений. Специфическими осложнениями при выполнении тиреоидэктомии являются стойкий ларингеальный парез и гипопаратиреоз. Значительно повышается риск развития послеоперационных осложнений во время выполнения диссекции центрального отсека шеи при метастатическом поражении лимфатических узлов этого бассейна. Литературные данные свидетельствуют о значительных колебаниях частоты послеоперационных осложнений: парез возвратных гортанных нервов 1,0-24,0 % и стойкий гипопаратиреоз 1,6-27,0 %.

Методы профилактики осложнений, применяемые в нашей клинике, основаны на опыте лечения 1218 больных с карциномой щитовидной железы.

С целью повышения онкологической радикальности и снижения риска послеоперационных осложнений нами предложен метод тиреоидэктомии (Госпатент Украины № 6856 от 31 марта 1995г.). Оперативное вмешательство предусматривает щадящее воздействие высокочастотного тока в виде электро-рассечения и электрокоагуляции тканей тела пациента с частотой 515 кГц, мощностью от 30 до 60 Вт. Плавная регулировка мощности тока осуществляется при помощи аппарата "Electrosurgery ESU-123" фирмы Aloka. Ключевым техническим моментом профилактики повреждения возвратного гортанного нерва считаем обязательную его визуализацию в процессе мобилизации доли щитовидной железы от нижнего полюса вверх по внутренней поверхности вдоль трахеи до момента пересечения связки, прикрепляющей щитовидную железу к трахее (ligamentum suspensory posterior Berry), под которой возвратный гортанный нерв делится на приводящую и отводящую ветви и входит в гортань. Преимущество предлагаемого метода заключается в том, что оперативное вмешательство осуществляется практически в сухом операционном поле, позволяя чётко ориентироваться в тканях.

В профилактике послеоперационного гипопаратиреоза особую важность приобретает знание анатомических взаимоотношений щитовидной и паращитовидных желез, совершенство технической подготовки хирурга. Мы придерживаемся следующих стандартных методов сохранения целостности и васкуляризации паращитовидных желез: аккуратное выделение, визуализация и их сохранение; контроль кровоснабжения; при повреждении – аутотрансплантация в кивательную мышцу. Степень васкуляризации паращитовидных желез оцениваем визуально в течение операции. При наличии венозного паратиреоидного стаза, возникающего после тиреоидэктомии, проводим декомпрессию паращитовидной железы путем надсечения её капсулы. К окончанию операции оцениваем степень венозного стаза и при наличии явных признаков нежизнеспособности паращитовидной железы проводим её аутотрансплантацию. Необходимо отметить важность визуализации паращитовидных желез во время операции и, если они не найдены, то удаленный материал тщательно рассматриваем для их выявления. При трансплантации паращитовидные

железы измельчаем на фрагменты до 1 мм, проводим морфологическую верификацию паратиреоидной ткани и определяем отсутствие злокачественного ее поражения. В случаях трансплантации паращитовидных желез для профилактики транзиторной гипокальциемии необходимо проведение медикаментозной коррекции, заключающейся в создании и поддержке кальциевого депо.

Таким образом, комплекс мероприятий при выполнении электрохирургической тиреоидэктомии с использованием прецизионной техники на этапах выделения возвратного гортанного нерва и паращитовидных желез, аутооттрансплантация паращитовидных желез при их случайном или вынужденном удалении позволили снизить количество таких специфических послеоперационных осложнений как ларингеальный парез с 8,0 до 3,7 % и стойкий гипопаратиреоз с 4,4 до 1,5 %.

УДК:616.441-008.61-053.2-089.87

**Б.Б. Гуда, О.Г. Лисенко**

## **ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБУ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ**

*Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П.Комісаренка, АМН України*

Тиреотоксичний зоб є відносно рідким захворюванням у дітей та підлітків. З віком кількість випадків тиреотоксикозу збільшується і становить приблизно 0,1 на 100000 у дітей та 3,0 на 100000 у підлітків. Вищеназване захворювання суттєво впливає на фізичний та інтелектуальний розвиток, стан імунної системи у пацієнтів даної вікової групи. Тому рання діагностика, застосування оптимальних та адекватних методів терапії мають першорядне значення.

Проаналізувати структуру захворюваності, вивчити статеві та вікові характеристики тиреотоксичного зобу в дітей та підлітків, співставити клінічні та морфологічні зміни щитоподібної залози та дані щодо оперативних втручань.

В клініці Інституту протягом 1989-2000 років було оперовано 132 дітей та підлітків з тиреотоксичним зобом. До цієї групи входили 114 (86,4 %) дівчат та 18 (13,6 %) хлопців. Співвідношення осіб жіночої та чоловічої статі становило 6,3:1. Вік хворих коливався у межах 7-18 років і у середньому дорівнював 14,9 років. За стандартними віковими критеріями були виділені групи дітей до 14 років – 57 (43,2 %) та підлітків 15-18 років – 75 (56,8 %). В свою чергу, в групі дітей до 7 років була виявлена одна (0,75 %) хвора на дифузний токсичний зоб, у віці від 8 до 10 років було оперовано 10 (7,5 %) хворих, від 11 до 14 років – 46 (34,8 %). Таким чином, можна константувати, що найчастіше тиреотоксичний зоб спостерігався у препубертатному та пубертатному віці.

За класифікацією О.В.Николаєва збільшення щитовидної залози II ступеня було виявлене у 3 хворих (2,3 %), III ступеня – у 73 (55,3 %), IV – у 50 (37,8 %), V – у 6 (4,6 %)

Важка форма тиреотоксикозу зустрічалась у 32 (24,2 %) випадках, токсикоз середньої важкості – 100 дітей та підлітків (75,7 %). Прямої кореляції між розмірами щитоподібної залози та ступенем тяжкості тиреотоксикозу не спостерігалось. А саме, кількість хворих з токсикозом середньої тяжкості (60-45,4 %) та зобом III ступеня була майже удвічі більшою ніж серед осіб із зобом IV ступеня (35-26,5 %). Важка форма тиреотоксикозу спостерігалась майже однаково часто серед хворих з III та IV ступенем збільшення щитоподібної залози, 12,1 та 11,4 % відповідно.

У всіх випадках, крім одного, була виконана операція в об'ємі субтотальної резекції щитоподібної залози за методом О.В. Николаєва. Хворій з токсичною аденомою щитоподібної залози була проведена гемітиреоїдектомія. У 8 (6 %) хворих виявлено наявність вогнищевих утворень у вигляді вузлів, розмірами в середньому до 1,5 см. У трьох (2,3 %) дітей при патогістологічному дослідженні була виявлена папілярна карцинома щитоподібної залози на тлі дифузного токсичного зобу, розмірами в усіх випадках до 1 см.

У дітей та підлітків співвідношення осіб чоловічої статі та жіночої практично не відрізняється від дорослих. Найбільш часто дифузний токсичний зоб спостерігається у пре- та пубертатному віці. Тиреотоксикоз у дітей має схильність до більш легкого перебігу (переважає III ступінь зобу, токсикоз середньої тяжкості). Операція вибору у випадках дифузного токсичного зобу – субтотальна резекція щитовидної залози за методикою О.В. Николаєва. Карцинома щитоподібної залози на фоні дифузно-токсичного зобу зустрічається рідко і характеризується незначним первинним вогнищем, відсутністю метастазів, сприятливими віддаленими результатами.

УДК 616.43-089.001.4

**В.О. Шідловський, І.М. Дейкало**

## **ДОСВІДКЛІНІКИФАКУЛЬТЕТСЬКОЇХІРУРГІЇВЛІКУВАННІ ЕНДОКРИННОЇХІРУРГІЧНОЇПАТОЛОГІЇ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

За період з 1990 по 2001 рік прооперовано 961 хворих з патологією щитоподібної залози, 10 – на первинний гіперпаратиреоз, 27 – з патологією надниркових залоз і 4 – хворих з аденомами підшлункової залози.

Впродовж останніх 10-15 років у зв'язку із впровадженням сучасних неінвазованих методів діагностики значно зросла кількість хворих на захворювання

ендокринних залоз. Очевидно, що діагностичні і тактичні підходи до лікування таких хворих потребують перегляду.

У 194 (20,18 %) хворих був дифузний токсичний зоб, у 66 (6,9 %) змішаний токсичний зоб, у 26 (2,71 %) вузловий токсичний зоб. У 579 (60,4 %) хворих мав місце еутироїдний зоб, із них вузловий у 410 (42,86 %) хворих, полінодозний – у 113 (11,76 %) і змішаний – у 56 (5,82 %) пацієнтів. Тироїдит Гашімото спостерігали у 54 (5,62 %) хворих, зоб Ріделя у 8 (0,83 %), органічний туберкульоз щитоподібної залози у 1 (0,1 %) хворих. Рак щитоподібної залози діагностували у 29 (3,02 %) хворих. Рецидивний зоб мав місце у 37 (3,85 %) хворих. Четверо пацієнтів (0,4 %) оперовано з приводу гострого гнійного струміту. Стосовно операцій з приводу токсичного зобу хірургічна тактика була загальноприйнятою.

Показаннями до операції з приводу аутоімунотироїдиту були великий зоб з явищами компресії на органи шії, активний і резистентний до консервативної терапії аутоімунний процес в залозі з гіпотиреозом. Операцією вибору вважаємо тиродектомію. При вузловому зобі лікувальна тактика була наступною. Після тонкоголкової аспіраційної біопсії вузла і ствердження доброякісного процесу у випадках розмірів вузла до 2 см проводилось динамічне спостереження та лікування супресивними дозами L тироксину. У випадках збільшення вузла і високих показниках ТТГ проводили хірургічне лікування. У випадках малих та великих вузлів доброякісного генезу і незмінених показниках ТТГ проводили динамічне спостереження, при їх збільшенні також виконували оперативне втручання. Операцією вибору була гемітироїдектомія. Наявність багатовузлового зобу вважали показанням до хірургічного лікування, котре проводили в об'ємі субтотальної резекції щитоподібної залози. Для знеболення використовували ендотрахеальний наркоз і вважаємо це принциповим в хірургії щитоподібної залози, оскільки ендотрахеальний наркоз забезпечує оптимальні умови для виконання операції і в кінцевому результаті сприяє зменшенню ускладнень операції. При раку щитоподібної залози використовували екстрафасціальну методику з дисекцією кліткових просторів шії. При доброякісній патології щитоподібної залози операцію виконували також екстрафасціально за винятком задньо-бокової поверхні частки в так званих небезпечних зонах. Оперували субфасціально з метою профілактики пошкодження прищитовидних залоз і гортанних нервів.

В діагностиці патології надниркових залоз використовували сонографію, комп'ютерну томографію, магнітоядерний резонанс. Функціональний діагноз виставляли і за результатами гормональних досліджень. Оперовано 15 хворих на феохромоцитому, 6 хворих із синдромом Іценко-Кушінга, у 4 пацієнтів була змішана пухлина, по одному випадку з альдостеромою і синдромом Сіпла. Більшість хворих оперовано з лямботомічного доступу. У випадках великих розмірів пухлин, двобічної феохромоцитомі і при підозрі на ненадниркову локалізацію хромафінної пухлини використовували абдомінальний доступ. Він дає можливість провести ревізію місць локалізації хромафінної тканини,

а у випадках великих пухлин, особливо правої залози операція технічно простіша.

Оперовані хворі на первинний гіперпаратиреоз були виключно з його нирковою формою. В діагностиці захворювання, окрім специфічних урологічних симптомів, важливого значення надавали стійкій гіперкальціємії, підвищеній екскреції кальцію з сечею та сонографічним ознакам нефрокальцинозу. Визначення паратгормону провели у 5 пацієнтів, у 2 із них показники були в межах норми, хоча патогістологічно встановлено аденому прищитоподібних залоз. У трьох хворих секреція паратгормону була високою.

Оперовано 4 хворих з гормонально активними пухлинами підшлункової залози. В одному випадку виконана еноклеація аденоми з позитивним результатом впродовж 5 років, в трьох випадках – геміпанкреатектомія, у 2 із них встановлено злоякісний процес.

Досвід клініки дозволяє зробити наступні висновки: 1) надання ендокринної допомоги (терапевтичної і хірургічної) повинно здійснюватись в спеціалізованих центрах; 2) завданням такого центру слід визначити організаційно-методичну роботу, надання висококваліфікованої медичної допомоги і реабілітацію ендокринних хворих.

УДК: 616.441-008.61-089-053.8/88

**О.М. Сироїд, В.І. Коломійцев**

## **ПОКАЗАННЯ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТОКСИЧНИЙ ЗОБУРІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУПАХ**

*м. Львів*

З приводу токсичного зоба оперовано 190 хворих. Усіх пацієнтів поділено на дві групи. Першу групу утворили 130 осіб віком від 20 до 59 ( $40,4 \pm 10,7$ ) років, до другої увійшли 60 хворих похилого і старечого віку (у середньому  $64,9 \pm 4,1$  років). Імуногенний гіпертироз встановлено у 119 (91,5 %) пацієнтів молодшої вікової групи: хворобу Грейвса (ХГ) – у 113 (86,9 %), аутоімунний тиреоїдит (АІТ) – у шести (4,6 %) осіб; й у 26 (43,3 %) хворих віком понад 60 років: ХГ – у 23 (38,3 %), АІТ – у трьох (5,0 %) пацієнтів.

Тиреотоксикоз, спричинений вогнищевою автономно функціональною тиреоїдною тканиною (АФТТ) або вузловий токсичний зоб, діагностовано в 11 (8,5 %) осіб I-ої групи: у п'яти (3,9 %) із них стверджено багатовузловий токсичний зоб (БТЗ) і у шести (4,6 %) – токсичну аденому (ТА); а також у 34 (56,7 %) хворих II-ої групи: у 29 (48,4 %) пацієнтів виявлено БТЗ і у п'яти (8,3 %) – ТА.

Перед операцією всім хворим, крім загальноклінічного обстеження, здійснювали ультрасонографію ЩЗ, визначали рівні тиреоїдних гормонів, тиреотропіну,

титри антитіл до тироглобуліну і тиреоїдної пероксидази, при потребі проводили тонкоголкову аспіраційну біопсію.

Виділяли три групи показань до оперативного лікування: ендокринні, хірургічні та онкологічні. Ендокринні показання виникали при наявності у пацієнта солітарного або множинних токсичних вузлів (вогнищева АФТТ), при рецидивах захворювання після медикаментної та радіойодотерапії і при вісцеропатичній стадії гіпертиреозу. Операцію за хірургічними показаннями проводили при компресії органів шиї та середостіння зобом великих розмірів і при такому збільшенні ЩЗ, коли виникав косметичний дефект шиї. Підозріння на злоякісний процес у тиреоїдній тканині вважали онкологічним показанням до операції.

Автономний тиреотоксикоз діагностовано в 11 (8,5 %) осіб I-ої і у 34 (56,7 %) хворих II-ої групи ( $p < 0,01$ ). Неєфективність тиреостатичної терапії вказувала на необхідність операції відповідно у 126 (97,7 %) і 32 (53,3 %) пацієнтів ( $p < 0,01$ ). Важкий гіпертиреоз (вісцеропатична стадія) стверджено у 10 (7,7 %) осіб молодшої і у 23 (38,3 %) старшої вікової групи ( $p < 0,01$ ).

Компресійний синдром істотно частіше ( $p < 0,01$ ) діагностували у хворих похилого і старечого віку, що зумовлено великими розмірами зоба і його шийно-загруднинним розповсюдженням. Симптоми стиснення органів шиї і середостіння були показанням до операції у п'яти (3,8 %) пацієнтів I-ої і у 16 (26,7 %) осіб II-ої групи. Косметичні претензії до форми шиї частіше заявляли хворі молодого (35 пацієнтів, 26,9 %), ніж старшого віку (троє осіб, 5,0 %).

Підозріння на злоякісний процес у ЩЗ виникало у хворих із ехонегативними тканинними вузлами без чітких меж і нерівномірним чи підсиленням кровопостачанням (за даними кольорової доплерографії) і у пацієнтів із III-IV типом цитологічної картини згідно з модифікованою класифікацією Parana-solau (1995). Онкологічні показання до операції встановлено у семи (5,4 %) осіб I-ої і у чотирьох (6,7 %) хворих II-ої групи. По одному показанню до хірургічного лікування мали 90 (69,2 %) пацієнтів молодшої і 16 (26,7 %) осіб старшої вікової групи, а інші хворі мали по два і більше показань ( $p < 0,01$ ).

Таким чином, у зв'язку з відмінностями перебігу тиреотоксикозу у пацієнтів різного віку, частота і кількість показань до операції в них відрізнялися. В осіб віком понад 60 років основними показаннями були вогнищева АФТТ (БТЗ і ТА), вісцеропатична стадія гіпертиреозу і компресійний синдром. У хворих молодшої вікової групи операцію, здебільшого, виконували у зв'язку з неєфективністю консервативної терапії. Більшість пацієнтів з токсичним зобом у похилому і старечому віці мали не одне, а кілька показань до хірургічного лікування.



**О.А. Могилястий, Д.В. Шостопалов, К.В. Костенко,  
П.О. Татарчук, А.М. Резніченко**

## **ДЕЯКІОСОБЛИВОСТПАТОГЕНЕЗУТАХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯАВТОІМУННОГОТИРЕОЇДИТУ**

*Кримський медичний університет*

Захворювання щитоподібної залози (ЩЗ) мають неухильну тенденцію до росту в загальній структурі захворювань ендокринних органів, що можна зв'язати не тільки з погіршенням екологічної обстановки, але і з поліпшенням діагностичних методів. Наші спостереження за останні 47 років (більше 10 тисяч операцій) дозволяють зробити висновок, що збільшення хірургічних втручань, при загальному зниженні частки дифузного токсичного зобу і помірному збільшенні кількості доброякісних пухлин, відбувається за рахунок автоімунного тиреоїдиту (АІТ) і раку ЩЗ. Ми поділяємо думку, що основним методом лікування АІТ є консервативний, а показання до оперативного втручання стають найчастіше важким і неоднозначним питанням. Однак, кореляція, яка простежується між ростом АІТ і карцином ЩЗ, не дозволяє відмовитися від хірургічного методу лікування даного захворювання.

Отримані нами дані свідчать, що кількість раків та АІТ у відсотковому відношенні кожні 10 років практично подвоюється, хоча темпи росту раку всеж перевищують ріст АІТ. З 266 випадків раку, прооперованих за останні 11 років, 49 (18,42 %) були на тлі автоімунного процесу. Таким чином, високий відсоток раку ЩЗ на тлі АІТ, змушує віднести хворих з автоімунними поразками ЩЗ, особливо при псевдовузлових формах, до групи підвищеної онкобезпеки. Пальпуючі і візуалізовані при сонографії більш щільні ділянки залози вважали псевдовузлами, оскільки тут була відсутня чітка границя з навколишньою тканиною залози і гістологічне дослідження виявляло локальне підвищене скупчення в даних ділянках лімфоїдної і сполучної тканини.

Нами був досліджений вміст плазменого фібронектину (представника месенджерів імунної відповіді) та його кріопреципітуючу активність, а також динаміку показників СК3<sup>+</sup> (загальний вміст Т-лімфоцитів), СК4<sup>+</sup> (Т-хелпери/індуктори), СК8<sup>+</sup> (Т-супресори/кілери), СК16<sup>+</sup> (природні кілери) та СК4<sup>+</sup>/СК8<sup>+</sup> (імунорегуляторний індекс) у 27 хворих на автоімунний тиреоїдит в передопераційному та ранньому післяопераційному (3-5 доба) періодах. Додатково нами був вивчений вміст основних субпопуляцій лімфоцитів в серії вітральних експериментів з тімаліном, тироксином та фібронектином. На першому етапі дослідження (до операції) встановлено, що рівень плазменого фібронектину суттєво не відрізняється від відповідного показника в групі здорових осіб, а його кріопреципітуюча активність знижена. Дослідженням основного субпопуляційного складу лімфоцитів встановлено дисбаланс клітинної

ланки імунітету, який полягав в підвищеному вмісті СК3<sup>+</sup> і СК8<sup>+</sup> клітин (гіперсупресорний варіант імунного дисбалансу). Рівень СК16<sup>+</sup> був підвищений, що, як ми вважаємо, є компенсаторною реакцією у відповідь на дисбаланс більш досконалої ланки клітинного імунітету. Відомо, що ранній післяопераційний період характеризується підвищеним викидом тиреоїдних гормонів в кров. На другому етапі дослідження (3-5-а доба післяопераційного періоду) нами виявлено зниження вмісту Т-хелперів, а вміст Т-супресорів лишився підвищеним. Вміст природних кілерів підвищувався. Вказані зміни доводять поглиблення імунного дисбалансу в ранньому післяопераційному терміні. В серії вітральних “навантажуючих” тестів з тімаліном виявлено зниження вмісту СК8<sup>+</sup> до рівня відповідного показника в групі здорових осіб. В дослідженнях з тироксином доведено імунодепресивний вплив цього гормону, який характеризувався зниженням вмісту Т-хелперів і підвищенням вмісту Т-супресорів.

Встановлено, що в присутності фібронектину у хворих має місце “відміна” імунодепресивного впливу тироксину на вміст СК4<sup>+</sup> і СК8<sup>+</sup>-лімфоцитів – показник Т-хелперів повертався в діапазон фізіологічних коливань, а вміст Т-супресорів статистично вірогідно знижувався. Таким чином, отримані нами дані свідчать, що використання фібронектинзаступної терапії для корекції імунного дисбалансу у хворих на хронічний автоімунний тиреоїдит в ранньому післяопераційному періоді (3-5 доба після операції) патофізіологічно обгрунтовано.

Доопераційне обстеження хворих АГТ повинне бути ретельним, з використанням усіх сучасних методів, включаючи тонкогочтату аспіраційну пункційну біопсію (ТАПБ) під контролем УЗД, особливо при наявності вузлів. ТАПБ дозволяє виявити хворих, підозрілих у відношенні раку, чи з явними ознаками раку ЩЗ. У пацієнтів із сумнівними цитологічними змінами в залозі необхідно, з огляду на всі клінічні дані, активніше використовувати хірургічну тактику. У даній ситуації операція і ревізія ЩЗ є як завершальним діагностичним, так і лікувальним заходом. Остаточне рішення питання про обсяг резекції залози приймається тільки після екстреного інтраопераційного морфологічного дослідження біоптатів.

Основними показаннями до оперативного лікування хронічних АГТ були наступні: сполучення АГТ з раком ЩЗ; високий ступінь ризику малігнізації, звичайно на тлі псевдовузлових форм АГТ; зоб значних розмірів (3-4 ступеня) з ознаками здавлення органів шиї при фіброзно-склеротичних змінах у залозі; за грудиною локалізація зобу; неефективність тривалого комплексного консервативного лікування. Ми дотримуємось думки, що при АГТ по можливості необхідно робити більш оцадливі операції. Це дозволяє звести до мінімуму небезпеку таких ускладнень як ушкодження поворотних нервів і парацитоподібних залоз, а також зменшує ймовірність виникнення гіпотиреозів. Мало-зміненна тканина ЩЗ може бути збережена, з наступною консервативною терапією АГТ, що рятує хворих від важкого гіпотиреозу і необхідності приймати великі дози тироксину. Це особливо важливо в літніх пацієнтів із

супутньою кардиальною патологією. Органозберігаючі операції виконували при гістологічно підтвердженому незлоякісному характері вузлових утворень у залозі і заміщенні фіброзною та лімфоїдною тканиною не більш 2/3 нормальної тканини ЩЗ. В залежності від виразності змін у залозі прибігали до ощадливої чи субтотальної резекції, та їх комбінаціям. При синдромі здавлення на тлі АІТ, коли вузли в залозі не визначалися, консервативне лікування виявлялося неефективним, а заміщення тиреоїдної тканини лімфоїдною не перевищувало 2/3, ми здійснювали висічення перешийка з крайовою резекцією медіальних відділів часток. Тиреоїдектомію чи гемітиреоїдектомію з різними варіантами резекції протилежної частки виконували при виявленні злоякісної пухлини чи практично повному ( 70 %) фіброзному заміщенні нормальної тканини залози. Зберігати таку залозу безглуздо, оскільки вона не функціональна, а ризик виникнення в ній карциноми – досить великий. Після технічно складних операцій, що супроводжуються травматизацією трахеї, попередити утворення грубих фляків – основної причини післяопераційного странгуляційного синдрому, а також уникнути асфіксії при трахеомаліяції можна шляхом відокремлювання трахеї від навколишніх тканин шматком твердої мозкової оболонки, по розмірах відповідним поверхні трахеї. Надалі цей пластичний матеріал заміщається нижнім рубцем, в котрий врастають елементи навколишніх тканин.

Стан майже в половини хворих еутиреоїдний. Приблизно в 1/3 оперованих пацієнтів відзначений гіпотиреоз різної ваги, що вимагає корекції тиреоїдними препаратами. Удосконалення показань до хірургічного лікування АІТ, ретельне проведення діагностичних заходів у передопераційному періоді, виконання адекватного обсягу операцій висококваліфікованими спеціалізованими бригадами хірургів, удосконалення оперативних прийомів дозволяють одержати гарні результати лікування.

УДК 616.441-006-076

**В.І. Зуб, Н.І. Павленко**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ ТОНКОГОЛКОВОЇ АСПІРАЦІЙНО-ПУНКЦІЙНОЇ БІОПСІЇ В ДІАГНОСТИЦІ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ**

*Чернігівська обласна лікарня*

Важким наслідком Чорнобильської катастрофи є стрімке зростання захворюваності на рак щитоподібної залози (ЩЗ). З огляду на це, важливого значення набуває доопераційна діагностика вузлових утворень ЩЗ.

Мета роботи – визначити ефективність тонко голкової аспіраційно-пункційної біопсії (ТАПБ) в доопераційній діагностиці раку ЩЗ.

Узагальнили результати ТАПБ, застосованої у 970 осіб із захворюваннями ЩЗ. Провели 1953 пункції, мікроскопічно оглянули 22038 скелець з пунктатами утворів ЩЗ.

Під ультрасонографічним контролем пунктували вузлові утвори ЩЗ розмірами від 0,6 до 4,5 см (середній розмір –  $1,8 \pm 0,09$  см); у випадках багатовузлового зобу пунктували не менше двох вузлів кожної долі. Забір матеріалу проводили в центрі та по периферії утвору з 6-8 ділянок, пунктат наносили на 20-25 скелець.

Неінформативний результат ТАПБ отримали у 12,4 % випадків.

Інформативні дані ТАПБ в подальшому порівнювали з гістологічним діагнозом у оперованих хворих.

Із загально обстежених цитологічний діагноз раку ЩЗ встановили у 14 хворих (з них 13 осіб оперовані під нашим спостереженням), цитологічну картину підозри на рак виявили у 25 (оперовано 21), атипію фолікулярного епітелію (АФЕ) констатували у 71 (оперовано 30), а фолікулярну аденому – у 21 (оперовано 5) пацієнтів. Отже, несприятливий цитологічний діагноз вузлових утворень ЩЗ констатували у 131 (13,5%) пацієнта, серед яких оперовані під нашим спостереженням 69 (52,6%) осіб.

Цитологічний діагноз раку ЩЗ підтвердили інтра- та постопераційним гістологічним дослідженням в усіх оперованих (13 хворих; 100%). Серед осіб з цитологічною підозрою на рак ЩЗ (21) цей діагноз гістологічно встановлено у 17 (80,9 %) спостереженнях. Таким чином, результати ТАПБ дозволили у 88,2% випадків вірогідно визначити онкозахворювання ЩЗ. Фолікулярну аденому діагностували у чотирьох (80%) з п'яти оперованих пацієнтів.

Окрім того, за отриманими даними з'ясувалося, що з 30 випадків цитологічної картини АФЕ у 11 (36,7 %) гістологічно верифіковано рак ЩЗ, а у 9 (30 %) спостереженнях – фолікулярну аденому, що свідчить про доцільність активної хірургічної тактики щодо пацієнтів з цитологічно виявленою АФЕ.

Висновки. ТАПБ є методом з високою діагностичною ефективністю щодо раку ЩЗ, застосування якого дозволяє своєчасно встановити правильний діагноз, а отже – визначити оптимальний обсяг лікувальної програми при цій патології.

**М.В. Гульчій, І.Л. Аветіс'ян, О.П. Демідюк, А.О. Яровой,  
Є.С. Куцаєва**

## **АУТОІМУННИЙ ТИРЕОЇДИТ РАК ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ: ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ПОЄДНАНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

*м. Київ*

Патогенетичний зв'язок між аутоімунним тиреоїдитом (АТ) і раком щитоподібної залози (ЩЗ) залишається предметом дискусій. За даними хірургічних спостережень серед хворих на аутоімунний тиреоїдит суттєво збільшилась частота випадків тиреоїдної карциноми. Мета дослідження – визначити додатковий ризик розвитку раку ЩЗ у хворих на АТ, характер впливу аутоімунної агресії на клінічний перебіг тиреоїдної карциноми та обґрунтувати оптимальний алгоритм обстеження і тактики лікування хворих на рак ЩЗ і АТ. Для вирішення завдань дослідження було проаналізовано: 1) історії хвороби 19623 осіб, прооперованих з 1987 по 2000 рр. (у т.ч. 248 випадків поєднання раку ЩЗ і АТ); 2) результати УЗД та дані тонкогोलкової аспіраційної біопсії під контролем УЗД (УЗД-ТГПБ) 5029 пацієнтів, обстежених з 1997 по 2000 рр. (в т.ч. 850 хворих нодулярними формами АТ).

З 2181 прооперованих на рак ЩЗ в морфологічно-незміненій ЩЗ мав місце у 993 спостереженнях (45,5 %), поєднувався з мультинодулярним зобом у 752 пацієнтів (34,5 %), з дифузним токсичним зобом – у 124 випадках (5,7 %), з фолікулярною аденомою ЩЗ – в 64 випадках (2,9 %) і у 248 хворих (11,4 %) карцинома супроводжувалася АТ. З 1914 хворих з гістологічно підтвердженим АТ рак ЩЗ було знайдено в  $12,96 \pm 1,54$  % випадках, що не перевищувало його відсоток серед інших прооперованих хворих ( $10,92 \pm 0,47$  %). В той же час відзначено зростання частки карциноми ЩЗ у прооперованих хворих на АТ: з  $2,8 \pm 1,4$  % в 1987-91 рр. до  $26,3 \pm 3,4$  % в 1996-2000 рр., що перебільшувало аналогічні показники раку на тлі іншої патології ЩЗ. Це явище супроводжувалося зменшенням загальної кількості операцій з приводу АТ після впровадження сонографії і ТГПБ в алгоритм обстеження, що зробило хірургічний відбір хворих на АТ більш спрямованим. Для об'єктивного визначення додаткового ризику тиреоїдної карциноми у хворих на АТ ми дослідили групу з 850 пацієнтів з нодулярними формами АТ, обстежених за допомогою УЗД-ТГПБ. Серед них тиреоїдну карциному було виявлено в 51 випадку ( $6,0 \pm 1,6$  %), що суттєво не відрізнялося від аналогічних показників, отриманих після відповідного обстеження 3305 осіб з нодулярними ураженнями ЩЗ без ознак АТ ( $7,2 \pm 0,9$  %). Отже, аналіз отриманих даних не підтвердив надмірну схильність хворих на АТ до розвитку тиреоїдної карциноми, як і не дав підстав розглядати АТ у хворих на рак ЩЗ з точки зору вторинного

патологічного процесу, оскільки лише незначний відсоток випадків раку ЩЗ (11,4 %) супроводжувався проявами аутоімунної агресії.

Співставлення основних характеристик тиреоїдної карциноми на тлі АТ та за його відсутністю показали, що середній вік хворих в досліджених когортах не мав суттєвих розбіжностей, і пік захворюваності припадав на V-VI декади життя, але серед хворих на рак на тлі АТ не спостерігалось осіб, молодших за 25 років. Рак на тлі АТ вкрай рідко спостерігався у чоловіків і вірогідно частіше був представлений папілярною карциномою. Було відзначено також, що у хворих на АТ карцинома значно частіше належала до I стадії за TNM класифікацією, ніж у прооперованих без супутнього тиреоїдиту, що принципово співпадає із спостереженнями інших хірургічних клінік.

Співставлення частоти ознак прогресії карциноми у хворих на АТ при пухлинах до 1,0 см і понад 1,0 см продемонструвало пряму залежність між розмірами новоутворення і посиленням агресивних властивостей карциноми. Так, екстратиреоїдне поширення відзначено у 9,2 % мікрокарцином у порівнянні з 57,7 % інших форм папілярного раку, внутріорганне метастазування – у 19,4 % проти 50,0 % і метастази в лімфатичні вузли ший – в 1,0 % проти 17,3 % відповідно ( $p < 0,01$  для всіх співставлень). Наведені дані підтверджують важність своєчасної діагностики і хірургічного лікування раку ЩЗ у хворих на АТ.

Серед доопераційних методів діагностики субклінічних форм раку у хворих на АТ найбільшу точність мали УЗД та УЗД-скерована пункційна біопсія. В той же час, загальновідомі сонографічні прояви тиреоїдної карциноми, такі як нерівність контурів, зниження ехощільності та “нечіткість” візуалізованого вогнища виявилися менш специфічними УЗ ознаками, ніж в ЩЗ, неуразеній АТ. З 850 УЗД-ТГПБ, що було виконано пацієнтам з нодулярними формами АТ, в 51 випадку було верифіковано папілярну карциному ЩЗ розмірами від 0,5 до 2,2 см. З них в 30 випадках розмір карциноми не перевищував 1,0 см. Співставлення результатів цитологічних досліджень з післяопераційними висновками не виявило помилкової діагностики в жодному з випадків. Отже, використання УЗД-скерованої ТГПБ спроможне суттєво покращити точність діагностики субклінічних форм раку на тлі АТ.

Висновки. 1. Поєднання аутоімунного тиреоїдиту і раку ЩЗ, що почастишало за умов високої захворюваності на рак і АТ в екологічно небезпечних регіонах України після аварії на ЧАЕС, свідчить про існування спільних стимулів до розвитку кожного з цих захворювань. 2. Найбільш поширеною формою раку у хворих на АТ є папілярний рак. Серед його особливостей слід зазначити частішу приналежність до I стадії за TNM, порівняно виняткове метастазування в лімфовузли і сприятливий перебіг в післяопераційному періоді. Відзначено пряму залежність між розмірами пухлини і посиленням агресивного потенціалу карциноми у хворих на АТ. 3. Сучасні методи діагностики, в тому числі УЗД і пункційна біопсія, дозволяють з високою точністю виявити і верифікувати початкові стадії тиреоїдної карциноми у хворих на АТ, забезпечують точну диференційну діагностику цих клінічно схожих

процесів, уможлиблюють скринінг хворих для хірургічного лікування і вибір оптимального обсягу оперативного втручання. 4. УЗД має бути обов'язковим етапом обстеження хворих на АТ в регіонах, що постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС, і доповнюватися УЗД-скерованою ТГПБ при УЗД ознаках вогнищевих проліферативних процесів.

УДК 616.44-089(477.52)

**Г.І. П'ятикоп, В. П. Шевченко, Л.М. Міронцева, О.І. Борисенко**

## **ТЕНДЕНЦІЇ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТИРЕОПАТІЙ В СУМСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ОСТАННІ П'ЯТНАДЦЯТЬ РОКІВ**

*Сумський державний університет, Сумська обласна клінічна лікарня*

Захворювання щитоподібної залози займають чільне місце серед усіх захворювань ендокринних органів. І з року в рік кількість хворих з означеною патологією невідмінно зростає.

Не дивлячись на те, що перші роботи стосовно хірургічного лікування хворих з патологією щитоподібної залози відомим швейцарським хірургом Е.Т. Кохером були опубліковані ще в 1878 році, багато питань стосовно хірургічної тактики відносно тиреопатій потребують подальшого вирішення.

За останні роки в Сумській області спостерігається збільшення числа хворих на захворювання щитоподібної залози. Так, загальна кількість хворих з вищезначеною патологією у 2001 році становила 76676, що на 7856 більше, ніж у минулому році. Подібна тенденція стосується також і вузлових форм зобу. Якщо у 2000 році показник захворюваності дорівнював 365,9 на 100 тис. населення, то у 2001 році він сягнув 421,5 на 100 тис. населення. Слід зазначити, що цей показник майже вдвічі перевищує середньоукраїнський.

Особливе значення має постійне зростання кількості хворих на рак щитоподібної залози. Так, якщо у 1997 році захворюваність на рак щитоподібної залози становила 2,2 на 100 тис. населення, то у 2000 році вона зросла до 3,2 на 100 тис. населення, а у 2001 році – до 4,3 на 100 тис. населення.

У своїй роботі нами зроблений структурний аналіз захворювань щитоподібної залози по Сумській області за останні п'ятнадцять років. Проаналізований архівний матеріал Сумської обласної клінічної лікарні, зокрема її хірургічного та ендокринологічного відділень, і Сумського обласного клінічного онкологічного диспансеру. Це зумовлено тим, що переважна кількість хворих з патологією щитоподібної залози лікується в обласному центрі.

За період з 1985 року нами було прооперовано 2987 хворих з патологією щитоподібної залози. Серед них: з вузловим еувтиреοїдним зобом – 954 пацієнти, що становить близько 32 %; із змішаним еувтиреοїдним зобом –

1469 хворих (майже половина всіх оперованих); з тиреотоксичним зобом – 366 хворих (12 %).

На рак щитоподібної залози прооперовано 147 хворих (4,8 %).

Решту частину оперованих хворих становили пацієнти на рецидивний зоб та аутоімунний тиреодит Хасімото.

Таким чином, найбільш поширеною формою патології щитоподібної залози є змішаний еувтиреодний зоб. Менше зустрічається вузловий еувтиреодний зоб, і значно менше – “Базедов зоб”.

Переважну більшість серед оперованих становлять жінки. Їх питома вага, по відношенню до всієї кількості оперованих хворих, склала 89,6 %.

Що стосується вікового складу хворих, то переважною більшістю – це були пацієнти віком від 40 до 49 років (32,1 %). Частка хворих віком до 20 років становила 4 %; від 21 до 29 р. р. – 8,6 %; 30–39 р. р. – 25,5 %; 50–59 р. р. – 19,3 %; більше 60 р. – 10,5 %. Тобто, з віком спостерігається зростання кількості хворих на патологію щитоподібної залози і особливо помітним це зростання є у віці – починаючи з 30 років, коли кількість хворих збільшується майже в 2,5 рази. У пацієнтів віком 60 років і більше помітна тенденція до зменшення показника захворюваності.

Переважну більшість хворих становили пацієнти з III ступенем збільшення щитоподібної залози – 77 %; з IV ступенем – 17 % хворих; з V – 6 %.

Стосовно об'єму оперативних втручань, виконаних пацієнтам з патологією щитоподібної залози, слід зазначити, що він був достатньо широким і включав: резекції щитоподібної залози; субтотальні субфасціальні резекції за Ніколаєвим О.В.; гемитиреоїдектомії; тотальні тиреоїдектомії та ін.

Об'єм оперативного втручання остаточно встановлювали після ретельної ревізії щитоподібної залози з врахуванням її функціональних та морфологічних особливостей, даних субопераційної експрес-біопсії.

Серед основних або найбільш поширених видів хірургічних втручань резекцій щитоподібної залози виконано 71 %; субтотальних субфасціальних резекцій – 26 %; гемитиреоїдектомій – 1 %; тотальних тиреоїдектомій – 2 %.

Більшість оперативних втручань проведена під місцевою анестезією – 83 %; 13 % пацієнтам операцію виконано під ендотрахеальним наркозом; 4 % хворих – використовуючи довенне знечулення.

Ми вважаємо методом вибору анестезіологічного забезпечення операцій на щитоподібній залозі, зокрема при вузлових та змішаних формах зобу, – місцеву анестезію. Це дозволяє, по-перше, набагато знизити ризик субопераційного ушкодження *n. laryngeus recurrens*, а, по-друге, досягти помітного економічного ефекту як для хворого, так і для лікарні, в цілому.

Таким чином, на Сумщині спостерігається невпинне зростання загальної кількості хворих з патологією щитоподібної залози. Зокрема, збільшується захворюваність на вузлові форми зобу та злоякісні новоутворення.

Проте, кількість оперативних втручань з приводу вузлових тиропатій не збільшується, а, навпаки, має тенденцію до зменшення. Це пов'язано з тим,



що пріоритет у вирішенні тактики лікування хворих з вузловим зобом належить лікарям-ендокринологам, які віддають перевагу тривалій супресивній терапії L-тироксином, не враховуючи його потенційного побічного впливу. Крім того, таке лікування потребує значних матеріальних витрат з боку хворого.

Збільшення кількості хворих на рак щитоподібної залози вимагає більш активної хірургічної тактики по відношенню до вузлових новоутворень, розширення показань до виконання оперативних втручань з обов'язковим проведенням доопераційної тонкогोलкової аспіраційної пункційної біопсії та субопераційної експрес-діагностики.

УДК 616.441-008.64-089.843:611.441.018.72

**В.Д. Долот, І.С. Турчин, І.І. Дроздович**

## **КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦІЯОРГАННОЇКУЛЬТУРИ ЩИТОПОДІБНОЇЗАЛОЗИЯКМЕТОДЛІКУВАННЯ ГІПОТИРЕОЗУ**

*Координаційний центр трансплантації МОЗ України*

Традиційні методи лікування недостатності ендокринних залоз, що пов'язані із застосуванням замісної терапії синтетичними або природними гормональними препаратами через вузький спектр біологічних ефектів останніх обумовлюють лише часткову компенсацію та стабілізацію перебігу захворювання. Одним із альтернативних методів лікування ендокринопатій є трансплантація відповідних життєздатних ендокринних клітин, які здатні до продукування гормонів. Трансплантат обумовлює в організмі хворого безпосереднє джерело ендогенної секреції повноцінних гормонів, які здатні підтримувати на фізіологічному рівні відповідні нейроендокринні функції (1).

Одним із перспективних методів лікування гіпотиреозу може бути ксенотрансплантація органної культури щитоподібної залози новонароджених поросят (ОКЩЗНП), що обумовлено антигенною близькістю білків крові та тканинних білків людини і свині (2). Показано, що ОКЩЗНП здатна активно поглинати йод з культурального середовища та секретувати тиреоїдні гормони протягом тривалого часу (3).

Для трансплантації хворим на гіпотиреоз використовували 5-добову ОКЩЗНП. Проведений морфометричний аналіз (протягом 30 діб) показав, що найвища функціональна активність тироцитів спостерігається на 5-10 добу культивування, але в перший строк відзначається найнижча імуногенність культури. При електронно-мікроскопічному дослідженні виявлено що, порівняно із нативним матеріалом, в 5-добовій культурі збільшуються висота тироцитів, об'єм їх ядер, а в цитоплазмі зростає кількість структурних елементів на апікальній

поверхні тироцитів виділяються невеликі мікрворсинки. Плазматичні мембрани сусідніх тироцитів утворюють сполучнотканинні комплекси та десмосомальні контакти. У базальній частині плазматична мембрана досить рівна, відсутні характерні для цього відділу вп'ячування або складки. Ядра розташовані у центральній або базальній частині цитоплазми, каріолема часто з інвагінаціями. Ендоплазматичний ретикулум представлений дещо розширеними каналцями та невеликими порожнинами. Зустрічаються внутрішньоцистернальні накопичення у вигляді дифузного осміофільного вмісту або секреторні гранули без виразного гало, що можна розглядати як додатковий механізм секреторування. Комплекс Гольджі розташований переважно в апікальній частині цитоплазми, секреторні гранули досить численні із зовнішнього боку його підкови і поодинокі в перинуклеарній.

Гіпертрофія ендоплазматичного ретикулума, комплексу Гольджі, наявність численних секреторних гранул свідчать про досить високу функціональну активність тироцитів в органій культурі. Слід зазначити, що відбувається і секреція гормона, про що свідчить досить високий рівень вільного Т4 у живильному середовищі.

Ксенотрансплантацію хворим здійснювали під місцевою анестезією пункційним методом під апоневроз прямого м'яза живота. Про життєздатність ксенотрансплантату свідчить накопичення 99m Tc-пертехнатату протягом 9 місяців. Через 1,5-6 місяців воно складало від 27,5 до 16,3 – 38,9 % від введеної активності, а через 7-8 місяців в окремих випадках знижувалося навіть до 4,5 %, що свідчить про необхідність повторної трансплантації.

Оцінка активності трансплантації ОКЩЗНП проводилася за динамікою клінічної симптоматики гіпотиреозу, можливістю зниження до замісної гормонотерапії, показниками гормональної забезпеченості організму. Слід зазначити, що вже через 1-3 тижні після ксенотрансплантації майже у всіх хворих поліпшується загальний стан, підвищується фізичний та емоційний тонус, маса тіла, зникають набряки обличчя та пастозність, підвищується артеріальний тиск крові. Починаючи з 10-12 дня поступово знижували дозу замісної терапії, а через 1-1,5 місяця після трансплантації останню було повністю відмінено у 20 % хворих, у яких спостерігалася нормалізація рівня вільного Т4. Рівень загального тироксину протягом 4,5 місяців імовірно підвищувався (до 80 %), порівняно з таким до лікування, але залишався дещо нижчим, ніж у здорових осіб. Рівень тиреотропіну у крові залишається досить високим усі строки дослідження і підлягає індивідуальним коливанням, але спостерігається його поступове зниження з часом після ксенотрансплантації: на 21 % через 1,5-4,5 місяців, на 38 % через 7-8 місяців, порівняно з таким до трансплантації. Слід зазначити, що в тиреотропоцитах аденогіпофіза щурів з експериментальним гіпотиреозом спостерігається регрануляція цитоплазми, що є ознакою зниження інтенсивності секреції тиреотропіну.

Аналіз клінічних даних показав, що повторні ксенотрансплантації зберігають таку ж ефективність, як і первинні.

Наведені дані обґрунтовують доцільність застосування ксенотрансплантації органної культури щитоподібної залози новонароджених поросят як перспективний метод лікування гіпотиреозу.

#### Література

1. Турчин І.С., Дроздович І.І., Бугаєв В.Н. Достижения и перспективы ксенотрансплантации культур клеток и тканей эндокринных органов /Цитология. 2001. – с. 43, 9, 897-898.
2. Турчин І.С., Дроздович І.І., Сидоренко Л.М., Долот В.Д. Ксенотрансплантація тироцитів в лікуванні гіпотиреозу / Вісник наук. досліджень. 2001. – с. 4, 48-49.
3. Пастер І.П. Функціональна активність щитовидної залози новонароджених поросят / Ендокринологія. 1998. – с. 3, 1, 47-52.

УДК 616.441-006.6-089-085.849

**М.Й. Романюк, О.А. Тонковид**

### **НАСЛІДКИ КОМБІНОВАНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ЗА МАТЕРІАЛАМИ КЛІНІКИ**

*Національний медичний університет, Центр хірургії та реабілітації хворих з патологією щитоподібної залози при Київській міській клінічній лікарні № 16*

Частота злоякісних новоутворень щитоподібної залози за останнє десятиріччя збільшилась як серед дітей, так і дорослих більше, ніж у два рази. За даними Міністерства охорони здоров'я України в 2000 році захворюваність на рак щитоподібної залози в місті Києві перевищила 11 на 100 тисяч населення, збільшившись за 10 років в два рази і продовжує утримуватися серед найвищих показників у світі. Тому пошуки методів, які дозволили хоча б частково покращити лікування цієї ендокринної патології є актуальними.

Нами вивчені і ретельно проаналізовані наслідки комбінованого лікування злоякісних пухлин щитоподібної залози у 102 хворих віком від 11 до 76 років в строки від 1 до 24 років після операції. Жінок – 89 (87,3 %), чоловіків – 13 (12,7 %). За віком: до 20 років – 7 хворих (6,9 %), від 20 до 40 – 32 (31,4 %), від 40 до 60 – 58 (56,8 %), більше 60 років – 5 хворих (4,9 %). У 49,78 % хворих на рак щитоподібної залози був первинним, у 34,1 % – виник на фоні вузлового зобу, у 13,8 % – на фоні аутоімунного тиреоїдиту і у 2,3 % – тиреотоксикозу. Більша частина хворих (78 %) обстежувалась багаторазово. Крім клінічних застосовувались імунологічні, рентгенологічні, радіологічні, морфологічні та ультразвукові методи обстеження.

В оцінці характеру вузлових новоутворень щитовидної залози крім клінічних, перевагу віддаємо радіологічним, ультразвуковим та морфологічним дослідженням. Діагноз раку щитоподібної залози до операції встановлено у 82, (80,4 %) хворих, під час операції – у 16 (15,7 %) і як гістологічна знахідка – у (3,9 %). В стадії  $T_1N_0M_0$  – 35 (34,4 %),  $T_2N_0M_0$  – 40 (39,2 %),  $T_3N_0M_0$  – 13 (12,7 %)

$T_2N_1M_0$  – 4 (3,9 %),  $T_3N_1M_0$  – 3 (2,9 %),  $T_4N_{0-1}M_{0-x}$  – 7 (6,9 %) хворих. Пухлині високої диференціації з низьким ступенем злоякісності виявлені: папілярний рак у 79,4 % хворих і фолікулярний у 13,7 %; помірної диференціації з середнім ступенем злоякісності (медулярний рак) у 4,9 % хворих і недиференційовані пухлини з високим ступенем злоякісності (анапластичний) – 2 %.

Всім хворим проведено оперативне лікування з наступною променевою або радіоїодотерапією та супресивною гормональною терапією. Об'єм операції визначався індивідуально, залежно від поширеності процесу, морфологічної структури та біологічних властивостей пухлини, віку та загального стану хворого. Обов'язковому видаленню підлягали вражені долі в межах здорових тканин, метастази в лімфатичні вузли шиї, м'язи та клітковина при проростанні в них пухлини. Тотальна тиреоїдектомія виконана у 29 (28,4 %) хворих, тотальне видалення однієї долі і субтотальна/гранично-субтотальна резекція другої – 42 (41,2 %), субтотальна/гранично-субтотальна тиреоїдектомія – 22 (21,6 %), гемітиреоїдектомія – 8 (7,8 %). В одному випадку виконана пробна операція з взяттям матеріалу для гістологічного дослідження пухлини, внаслідок якого встановлено діагноз папілярного раку. Після проведеної променевої терапії стан хворої дещо покращився, пухлина стала більш рухливою, зменшилась в розмірах. Від повторної операції хвора відмовилась. Протягом року погіршення загального стану, росту пухлини і метастазів не виявлено. Спостереження продовжується.

Повторні оперативні втручання з приводу метастазів папілярного раку в регіонарні лімфовузли шиї виконані у 5 хворих: у 1 хворої через рік, у 2-х – через 3 роки і у 2-х – через 7 років після операції та курсу променевої терапії. У чотирьох з них було виконано тотальну тиреоїдектомію і в одного – гемітиреоїдектомію.

За період спостережень всі хворі (102) живі, більша частина (83 %) – практично здорові і працездатні, продовжують отримувати гормональну терапію.

Аналіз результатів дозволяє зробити висновок, що комбінований метод є найбільш ефективним в лікуванні раку щитоподібної залози.

Прогноз захворювання залежить в основному від ступеня диференціації та біологічних властивостей пухлини.

Наші дослідження підтверджують думку інших авторів, що папілярний рак найчастіше метастазує в регіонарні лімфовузли.

**Т.А. Бритвин, С.Г. Аббасова, М.А. Сивцова, О.П. Богатырев,  
Д.А. Пирогов, В.Ю. Сельчук, Н.Е. Кушлинский, А.П. Калинин**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСТВОРИМОГО Fas- АНТИГЕНА (sFas) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

*г. Москва*

Ключевая роль в механизмах апоптоза принадлежит системе Fas/FasL. Fas/APк-1/СК95 относится к семейству рецепторов TNF/NGF и экспрессирован в тканях печени, почек, сердца, тимуса, щитовидной железы, яичников, а его лиганд FasL – преимущественно в активированных Т-лимфоцитах и естественных киллерах. Установлено, что рецептор Fas существует в мембрано-связанной (FasR) и растворимой (sFas) форме. Взаимодействие FasR с лигандом (FasL) или агонистическими моноклональными антителами против Fas индуцирует активацию каскада ферментативных реакций, приводящих к гибели клетки-мишени. sFas продуцируется в результате альтернативного сплайсинга полноразмерной мРНК Fas и ингибирует цитотоксическое действие FasL. Полагают, что повышенная продукция опухолевыми клетками sFas может быть одной из причин их устойчивости к Fas-опосредуемому апоптозу (Hiromatsu Y. и соавт., 1999; Konno R. и соавт., 2000).

Цель исследования – анализ частоты выявления и количественного содержания sFas в сыворотке крови у практически здоровых людей и больных опухолями коркового и мозгового слоя надпочечников.

Обследовали 60 практически здоровых людей (группа контроля – 30 женщин и 30 мужчин, в возрасте 19-70 лет) и 59 больных (41 женщина и 18 мужчин, в возрасте 21-76 лет) первичными опухолями надпочечников: альдостерон-продуцирующая аденома (31), феохромоцитома (10), адренокортикальный рак (6), миелолипома (3), кортизол-продуцирующая аденома (2), ганглионеврома (2) и киста надпочечника (5). Длительность заболевания от появления жалоб до начала лечения варьировала от 2 месяцев до 12 лет. До настоящего исследования пациенты специального лечения не получали. У всех больных клинический диагноз подтвержден данными гормональных исследований и результатами морфологического изучения надпочечников после адреналэктомии в соответствии с критериями Международной гистологической классификации эндокринных опухолей (ВОЗ, Женева, 2000).

Концентрацию sFas в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (Sandwich-ELISA), разработанным научными сотрудниками Института биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН и лаборатории клинической биохимии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Частота выявления sFas в сыворотке крови практически здоровых людей составила 28 %, а среднее его содержание равнялось  $0,8 \pm 0,3$  нг/мл (пределы колебаний – 0,6-1,3 нг/мл). Не отмечено корреляций между частотой выявления, уровнем sFas, полом и возрастом в контрольной группе.

В общей группе больных опухолями надпочечников частота выявления (88 %) и среднее содержание sFas ( $3,3 \pm 0,5$  нг/мл) были достоверно выше, чем в контроле ( $p < 0,05$ ). Уровни sFas в сыворотке крови обследованных больных варьировали от 0,6 до 24,7 нг/мл и у 60 % пациентов превышали наиболее высокое значение этого показателя в группе контроля. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем sFas и возрастом больных ( $R=0,9$ ;  $p < 0,05$ ). Зависимости между частотой выявления, содержанием sFas и продолжительностью заболевания не установлено. Наиболее высокие показатели sFas в сыворотке крови отмечены при феохромоцитоме (пределы колебаний – 0,6-9,9 нг/мл, среднее содержание –  $3,0 \pm 1,2$  нг/мл) и альдостерон-продуцирующей аденоме (пределы колебаний – 0,6-11,5 нг/мл, среднее содержание –  $2,5 \pm 0,5$  нг/мл). Не выявлено корреляций между уровнем sFas, размером этих опухолей и их функциональной активностью. У всех больных аденокортикальным раком был выявлен sFas, а уровни его колебались от 0,6 до 8,8 нг/мл и в среднем составили  $2,2 \pm 1,2$  нг/мл. Не обнаружено достоверных различий по частоте выявления и концентрации sFas с учетом стадии заболевания и функциональной активности опухоли. Выявлена тенденция к прямой корреляционной связи между уровнем sFas и размером опухоли у пациентов данной группы ( $R=0,6$ ;  $p < 0,05$ ). В сыворотке крови больных кистой надпочечника уровни sFas колебались в пределах 0,8-4,9 нг/мл и в среднем составили  $2,4 \pm 1,0$  нг/мл.

Частота выявления sFas в сыворотке крови больных опухолями коркового и мозгового слоя надпочечников значительно выше, чем у практически здоровых людей. Уровни sFas у преобладающего числа обследованных больных опухолями надпочечников превышают наибольшее значение этого показателя в группе контроля. Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием sFas и возрастом больных. Наиболее высокие значения sFas отмечены в сыворотке крови больных феохромоцитомой и альдостерон-продуцирующей аденомой. Выявлена тенденция к повышению уровня sFas с увеличением размеров опухоли у больных аденокортикальным раком.

Полученные результаты исследования позволяют предположить, что экспрессия sFas может иметь связь с патогенетическими механизмами развития опухолей надпочечников.

**А.Н. Кваченюк****АНАЛИЗ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА  
НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ***Институт эндокринологии и обмена веществ им.В.П. Комиссаренко АМН Украины*

Изучены клиническое течение, гормональные характеристики, степень реабилитации больных болезнью Иценко-Кушинга (БИК) и с опухолями надпочечных желез (ОНЖ) под воздействием миниинвазивных эндоваскулярных и эндоскопических вмешательств, определена их эффективность, показания и противопоказания для применения, роль в комплексной терапии этих форм патологии; критерии оперативной хирургии деструктированного надпочечника. У 149 больных с БИК прослежено течение заболевания после чрезкатетерной чрезвенной деструкции надпочечников (ЧЧДН) на протяжении 10-15 лет. Были выполнены 56 лапароскопических адреналэктомий (ЛА) по поводу ОНЖ с использованием лапароскопического трансперитонеального латерального доступа.

На основании изучения отдаленных результатов показано, что ЧЧДН является эффективным методом лечения БИК. Результаты ЧЧДН находятся в прямой зависимости от вида гиперплазии надпочечных желез, их размеров, полноты проведенной манипуляции, исходного уровня гипофизарно-надпочечниковых гормонов, возникновения и длительности хронической надпочечниковой недостаточности (ХНН) после ЧЧДН. Эффективность ЧЧДН существенно возрастает при комбинации ее с медикаментозными (хлодитан) и лучевыми методами лечения, ограниченными по объему хирургическими вмешательствами. ЧЧДН целесообразно проводить в комбинации с хлодитан-терапией: при прохождении 1/3-1/2 части курса хлодитана необходимо проведение ЧЧДН, после чего курс доводится до завершения. В дальнейшем при наличии показаний целесообразно проведение лечебных и противорецидивных курсов лечения хлодитаном, центральными блокаторами, лучевой терапии, односторонней адреналэктомии. Подобная тактика комбинированной терапии обеспечивает наступление долгосрочной ремиссии вплоть до полного выздоровления по данным 10-летнего наблюдения у 85 % больных. Развитие ХНН после ЧЧДН более 24 месяцев указывает на эффективность вмешательства. ХНН длительностью менее 24 месяцев не имеет прогностического значения для оценки эффективности деструкции. При выборе показаний для благоприятными являются исходные уровни 11ОКС до 1,5 мкмоль/сут, 17ОКС – для односторонней – до 35 и двусторонней – до 45 мкмоль/сут, 17КС – до 120 мкмоль/сут, кортизола – до 500 нмоль/дл, АКТГ – не более 400 нг/л. Если при проведении двусторонней ЧЧДН деструкция одного из надпочечников оказалась частичной, то для повышения эффективности

лечения рекомендуется проведение в плановом порядке односторонней адреналэктомии на стороне неполной деструкции в сроки до 4–6 месяцев после деструкции. В случае выполнения частичной деструкции обоих надпочечников рекомендуется проведение односторонней адреналэктомии на стороне наименее радикальной деструкции спустя 2–4 недели. В дальнейшем больного следует госпитализировать не реже 1 раза в шесть месяцев для решения вопроса о необходимости дополнения лечения хлоританом или лучевой терапией. При величине надпочечников более 14 кв. см чаще деструкции были неполными.

ЛА характеризуются малой инвазивностью и травматичностью в сочетании с радикальностью, ранней эффективной реабилитацией и благоприятными отдаленными результатами. ЛА показаны при большинстве гиперпластических и опухолевых форм патологии надпочечников: БИК, доброкачественные гормонально активные опухоли надпочечников, инциденталомы до 60 мм в поперечнике. От проведения ЛА следует воздержаться при размерах опухоли более 60 мм, при предшествующих оперативных вмешательствах и при наличии воспалительного процесса в зоне операции, при экстраадреналовой или мультифокальной локализации опухолевого процесса. Сравнение показателей травматичности и ранней послеоперационной реабилитации при открытых и лапароскопических адреналэктомиях свидетельствует о ряде преимуществ последних. До 60 % больных с хирургическими заболеваниями надпочечников могут быть оперированы эндоскопическим методом.

УДК 616.45-006-036.15

**Н.І. Бойко, М.П. Павловський, Ю.П. Довгань**

## **ІНЦИДЕНТАЛОМИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Гормонально неактивні пухлини надниркових залоз, які, здебільшого, виявляють випадково при ультрасонографічному (УСТ), ядерно-магнітно-резонансному (ЯМР) дослідженнях і при комп'ютерній томографії (КТ), називаються інциденталомами (від англійського incident – випадок). Раніше цей вид гормонально неактивних пухлин діагностували лише під час патолого-анатомічного розтину. У зв'язку з тим, що в останні роки для діагностики почали застосовувати такі допоміжні методи обстеження, як УСТ, КТ та ЯМР, стало можливим діагностувати інциденталоми в умовах клініки. Вони можуть бути доброякісними і злоякісними. Інциденталома – це попередній діагноз, остаточний визначають згідно із морфологічним висновком після видалення пухлини.



За 10 років (1991-2000 рр.) у клініці оперували 24 хворих з інциденталомами надниркових залоз. Вік хворих складав 10-73 роки, жінок було 16, чоловіків – 8.

Більшість хворих скаржилася на біль у поперековій ділянці, тому їх обстежували з приводу захворювання печінки, жовчного міхура, підшлункової залози, нирок, простати тощо. Під час УСГ або КТ у хворих випадково (“несподівано”) виявляли пухлину надниркової залози, характер якої не було можливості встановити, оскільки клінічно вона себе не виявляла.

При УСГ дослідженні пухлину діагностовано у 18, при КТ – у 6 хворих. У правій наднирковій залозі інциденталому діагностовано у 14 хворих, у лівій – у 9, в обох надниркових залозах – в 1 хворого.

Ультрасонографічно доброякісна пухлина звичайно мала чіткі контури і круглу форму. Злоякісні інциденталомы мали нечіткі контури, неправильну форму, неоднорідну структуру, іноді з мікрокальцинатами.

Незважаючи на те, що інциденталомы були гормонально неактивні, ми визначали у хворих рівень стероїдних гормонів, кортизолу в крові, 17-КС і 17-ОКС у добовій кількості сечі. У 3-х пацієнтів рівень кортизолу був незначно підвищений – (від 311 до 327 нг/мл (норма  $201,28 \pm 16,42$  нг/мл), 17-КС – (від 77,4 до 86,2 мкМ/л (норма 22,19 – 63,3 мкМ/л), 17-ОКС – від 23,6 до 31,1 мкМ/л (норма 3,58-15,44 мкМ/л), але клінічно не виявлено синдрому Іценка-Кушинга: у них не було трункулярного ожиріння, місяцеподібного обличчя, стероїдного діабету, підвищеного артеріального тиску. Але в одного хворого були помітні легкі фіолетові смужки розтягнення (striae) шкіри живота. Ми не спостерігали також відхилення рівня альдостерону, як і гіпокаліємії та лужної реакції сечі. У хворих з феохромоцитомою або кістами мозкової верстви надниркових залоз не було артеріальної гіпертензії і феохромоцитомних кризів.

Тонкоголкову аспіраційну біопсію (ТАБ) пухлини під контролем УСГ з цитологічним дослідженням пунктату проведено у 12 хворих. Пункцію надниркових залоз виконували голкою Chiba 22G довжиною 200 мм. Для пункції пухлини надниркової залози використовували боковий доступ. Ускладнення, які виникли після ТАБ: в одного хворого розвинувся феохромоцитомний криз, в іншої хворої – асимптомна у лівому заочеревинному просторі гематома, діагностована під час операції. Після цитологічного дослідження пунктату адренкортикальний рак діагностовано у двох хворих, феохромоцитому – в одного, кісту кори надниркової залози – у двох, ліпому – у одного, аденому кори – у 3 хворих, метастаз раку в наднирник – в одного хворого. Таким чином, тонкоголкова аспіраційна біопсія інциденталомы дала можливість поставити точний діагноз у 10 із 12 пацієнтів.

Відкритим методом оперували 21 хворого, лапароскопічно – 3. При відкритому методі у 17 пацієнтів застосували люмботомний доступ, у 4 – лапаротомний. У 3 хворих адреналектомія доповнена нефректомією у зв'язку з проростанням пухлини у нирку, в одного – атиповою резекцією печінки. Розміри пухлини були різними – від 4 до 12 см у діаметрі. Висновок гістологічного дослідження видалених пухлин: світлоклітинна аденома – 12, феохромо-

цитома – в 1, адренокортикальний рак – у 3, кіста кори – у 3, кіста мозкової верстви – у 2, гангліонеурома – в 1, ліпома – у 2 пацієнтів. Двоє хворих з діаметром пухлини менше 3 см перебувають під спостереженням, протягом 3 років пухлина у них не збільшилася у розмірі.

Таким чином, у хворих з інциденталомами перед операцією хірург повинен правильно інтерпретувати результати клінічних, лабораторних, УСГ і КТ досліджень, по можливості визначити, який процес є у наднирковій залозі: доброякісний чи злоякісний, чи пухлина продукує надмір гормонів, тобто, чи є субклінічна форма синдрому Іценка-Кушінга, синдрому Конна, чи є ознаки феохромоцитоми. Тоді вибрати адекватний оптимальний метод оперативного лікування – відкритий лапаротомний чи лапароскопічний. При злоякісних пухлинах надниркових залоз хворих краще оперувати відкритим методом, тому що, крім пухлини, необхідно видалити регіонарні лімфовузли і заочеревинну клітковину, в яких у 7 % випадків трапляються метастази.

Висновок: оперативне лікування інциденталом показано при розмірах пухлини більше 3 см; при менших її розмірах показано спостереження за хворим, зокрема періодичний (два рази на рік) контроль пухлини за допомогою УЗД і КТ.

УДК 616.379-008.64-06

**С.Є. Подпрятков, В.К. Товкун, В.В. Лісовець, В.П. Рогачова,  
О.В. Паршиков, І.М. Слободянюк, О.Г. Міцкевич**

## **ВАРІАНТИ ПЕРЕБІГУ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНОГО УРАЖЕННЯ СТОПИ У ХВОРОГО НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*м. Київ*

Для лікування гнійно-некротичного ураження стопи у хворих на цукровий діабет запропоновано багато способів хірургічного втручання та медикаментів, вибір яких не систематизований (1, 2, 3).

Проведений аналіз результатів обстеження та лікування 642 хворих. Чоловіків було 318, жінок 324 в віці від 23 до 93 років. На цукровий діабет I типу страждали 83 хворих, II типу – 559.

Цитологічне дослідження мазків-відбитків з рани, пофарбованих за Паппенгеймом, проведене у 37 хворих. Взяття мазка здійснювали на 4-6 добу після розкриття флегмони або на 2-5 тижні існування млявогранулюючої рани з 1-3 місць рани, де ураження тканин було найбільшим.

Кровообіг нижніх кінцівок у 114 хворих досліджували клінічно, шляхом вимірювання сегментарного систолічного тиску та з використанням методу ультразвукової доплерометрії.

На підставі комплексної оцінки клінічного перебігу, даних цитологічного та ультразвукового дослідження виділили три варіанти перебігу гнійно-некротичного ураження стопи у хворого на цукровий діабет: запальний, запально-дегенеративний, некротично-дегенеративний.

Консервативне лікування виявилось ефективним у 44 хворих з запальним та у 61 з запально-дегенеративним типом реактивності.

Хірургічне лікування запального варіанту перебігу захворювання у 32 хворих полягало в розкритті гнояка, призначенні місцево йоддицериона, мірамістину, системно – антибіотика цефалоспоринового ряду II покоління. Перебіг захворювання не ускладнений.

В разі встановлення запально-дегенеративного варіанту перебігу захворювання хірургічне втручання (190 спостережень) включало здійснення видалення нежиттєздатних тканин, у 12,6 % хворих виконана повторно резекція стопи, у 2,6 % – висока ампутація нижньої кінцівки.

Після проведення первинного втручання на стопі повторно оперовані 54 (51,9 %) з 104 хворих з некротично-дегенеративним варіантом реактивності. Висока ампутація нижньої кінцівки здійснена 19 (18,3 %), резекція стопи – 27 (26,0 %) хворим. Дермопластика проведена у 15 (14,4 %) пацієнтів, як друге втручання – у 7, як третє – у 8, вторинні шви накладені у 3 (2,9 %).

Лікування з застосуванням алпростану (препарат простагландину E<sub>1</sub>, виробництво “Лечива”, Чеська республіка), який вводили внутрішньовенно в дозі 80-100 мг протягом 10-15 дб, проведено у 52 хворих. У хворих з некротично-дегенеративним типом реактивності вплив алпростану протягом 4-6 дб є критерієм можливості збереження кукси стопи.

Місцево препарати антибактеріальної дії на основі димексиду, йоду, метиленового синього застосували у 118 хворих. Їх ефективність виявилась вирішальною при лікуванні місцевого запалення у хворих з запально-дегенеративним та некротично-дегенеративним типом реактивності.

Виявлення запально-дегенеративного або некротично-дегенеративного типу реактивності тканин стопи у хворого на цукровий діабет пов'язане з високою ймовірністю здійснення повторно резекції стопи та високої ампутації нижньої кінцівки. Таким хворим показане проведення етапного хірургічного лікування та застосування медикаментів, що найбільш ефективно посилюють кровопостачання стопи і найбільш ефективно пригнічують життєдіяльність мікроорганізмів в вогнищі ураження.

### **Література**

1. Ляпіс М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. Тернопіль, Укрмедкнига. 2001. – 283 с.
2. Иващенко В.В. Новые подходы к выбору лечения и возможности прогнозирования его результата у больных с диабетической ангиопатией нижних конечностей. Клінічна хірургія. – 2001. – №8. – с.17-19.
3. Федоренко В.П., Федоренко А.В., Смерека А.В., Бойко Р.Л. Особливості патогенезу, тактика і стратегія комплексного хірургічного лікування некротично-запального ураження стопи у хворих на цукровий діабет. Клінічна хірургія. – 2001. – №8. – С. 54-56.

**М.О. Ляпіс, П.О. Герасимчук, Р.Я. Кушнір, В.І. Коваль**

## **ТАКТИЧНІВАРІАНТИЛІКУВАННЯРІЗНИХФОРМСТОПИ ДІАБЕТИКА**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Вступ. При всій багатоплановості методів лікування синдрому стопи діабетика (ССД), залишаються невирішеними питання вибору того чи іншого методу лікування гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок у вище означеного контингенту хворих. Протириччя поглядів з питань етіології, патогенезу, діагностики, розмаїття клінічних форм та особливостей перебігу ССД сприяють відсутності єдиного підходу в лікуванні цієї патології.

Матеріали і методи. Володіємо досвідом хірургічного лікування 396 хворих з гнійно-некротичними ураженнями стоп на тлі цукрового діабету. Хворих з інсулінозалежним цукровим діабетом (ІЗЦД) було 117, з інсулінонезалежним (ІНЗЦД) – 279. Тривалість захворювання від 2 до 26 років. Використовували загальноприйнятую класифікацію ССД (нейропатична, ішемічна, змішана форми) та за ступенем ураження – за Вагнером.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз клінічних проявів дозволив виділити деякі характерні особливості перебігу вказаної патології у хворих на I та II типом діабету.

Як правило, у хворих з ІЗЦД больовий синдром слабовиражений або зовсім відсутній. Пацієнти даної групи поступають з вираженими нейротрофічними порушеннями. У клінічній картині на перший план виходить декомпенсація цукрового діабету та інтоксикаційний синдром. Нейропатична форма ураження стопи встановлена у 161 пацієнта. Практично у всіх хворих відмічена остеоартропатія різного ступеня вираженості, з деформацією пальців або стопи, а у 58 хворих виявлена гнійна остеоартропатія. Серед гнійно-некротичних процесів на стопі переважали інфіковані виразки, процеси з локалізацією на пальцях, флегмони стопи з втягненням глибоких підошовних просторів. Основним шляхом поширення процесу по тканинах стопи служили сухожилки. При клінічній оцінці та на основі бактеріоскопії мазків-відбитків з рани, забарвлених за Грамом, було відмічено, що у 98 пацієнтів із вказаної групи характер гнійно-некротичного ураження відповідав клінічним ознакам наявності анаеробної неклостридіальної інфекції. В основу лікування нейропатично-інфікованої стопи покладено ряд принципових позицій: повне розвантаження кінцівки, радикальну хірургічну обробку гнійного вогнища з урахуванням мікрофлори та характеру поширення патологічного процесу, раціональна регіонарна антибіотикотерапію, корекцію перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту. Збереження периферичного кровопостачання стопи та перфузії тканин дозволяє провести радикальну хірургічну обробку

або малу ампутацію стопи та запобігти високій ампутації нижньої кінцівки. Принципово важливим питанням в лікуванні даної форми ураження вважаємо проведення ранньої (2-4 доба) автодермопластики ранових дефектів, які виникають після виконання хірургічних обробок. Це дозволяє значно скоротити терміни стаціонарного лікування хворих та покращити його результати.

У хворих з ІНЗЦД частіше спостерігається ішемічно-гангренозна або змішана форми ураження. При першій з них (157 пацієнтів) на тлі ангіопатії та порушення кровопостачання нижніх кінцівок розвивається ішемія м'яких тканин стопи з виникненням гангрен пальців, частини або всієї стопи. Така клінічна картина була більш характерною при переважанні макроангіопатії з ураженням магістральних судин. У 43 % випадків процес маніфестував за типом сухої гангрен, а у 57 % хворих – у вигляді типової діабетичної гангрен. У випадках ураження судин дрібного діаметра, частіше відмічався розвиток ізольованих некрозів тканин та флегмон стопи. Слід відмітити, що у 32 пацієнтів розвиток ізольованої гангрен пальців виник за рахунок гострого тромбозу артеріальних судин (“синдром синього пальця”).

Малі ампутації або хірургічні обробки некротичних вогнищ в багатьох випадках малоефективні і приводять до прогресування процесу. Тому тактика лікування даної форми ураження повинна базуватися на характері судинних змін та поширеності гнійно-некротичного процесу. У цих хворих, перш за все, слід вирішити питання можливості проведення реконструктивних судинних втручань з метою відновлення кровопостачання стопи. Відновлення кровообігу в кінцівці дозволяє зупинити патологічний процес та зберегти опірну функцію кінцівки. Однак в багатьох випадках, з урахуванням соціального стану пацієнтів та ряду інших об'єктивних причин, виконати реконструктивну операцію неможливо. Тому необхідно в кожному конкретному випадку вирішувати питання можливості хірургічного лікування ураженої стопи (хірургічні обробки, малі ампутації) залежно від виду та розповсюдженості гнійно-некротичного процесу з метою збереження опірної функції нижньої кінцівки.

Ретроспективний аналіз хірургічного лікування та оцінка характеру порушень периферичного кровообігу нижніх кінцівок дозволили розробити критерії, при яких можна прогнозувати сприятливий перебіг малих ампутацій та хірургічних обробок на стопі на тлі комплексної консервативної терапії. Вказані критичні показники були такими: плечокісточковий індекс –  $(0,40 \pm 0,08)$ , реографічний індекс –  $(0,30 \pm 0,03)$  ум.од., реографічний коефіцієнт –  $(17,2 \pm 0,5)$  %, об'ємний кровоплин –  $(4,82 \pm 0,12) \cdot 10^4$  мл/(хв·м<sup>3</sup>), регіонарний кровообіг в тканинах за кліренсом водню не менше 215,0 мл/(хв·кг) тканини. Також слід враховувати характер мікрофлори у вогнищі ураження, особливо наявність анаеробної неклостридіальної інфекції, яка обумовлює особливості проведення хірургічних обробок та малих ампутацій на стопі.

Клінічна картина змішаної форми синдрому стопи діабетика (78 хворих) визначається переважанням одного з патогенетичних механізмів формування, а саме нейропатії або ангіопатії. Тому основні спрямування тактики лікування

даної форми ураження повинні ґрунтуватися на інтенсивній патогенетичній консервативній терапії та оптимальному виборі термінів і об'єму оперативних втручань.

Висновок. Диференційований підхід до лікування гнійно-некротичних процесів у хворих з синдромом стопи діабетика дозволив знизити кількість високих ампутацій нижніх кінцівок з 17,0 до 7,2 % випадків.

УДК 617.586:616.379-008.64-094-018

**П.О. Герасимчук, Я.Я. Боднар, М.О. Ляпіс, Ю.М. Герасимець**

## **МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИН У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ СТОПИ ДІАБЕТИКА**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Вступ. Цукровий діабет є ендокринно-обмінним захворюванням, яке приводить до розвитку діабетичних ангіопатій, нейропатій, остеоартропатій. Останні лежать в основі проявів суттєвих морфологічних змін тканин стопи, виникнення та прогресування синдрому стопи діабетика (ССД) [1].

Матеріали і методи. Вивчено біопсійний матеріал 15 хворих на різні патогенетичні форми ССД з III-V ступенями ураження за Вагнером, який взятий з ділянок шкіри, підшкірної основи, судин, фасцій, сухожилків і м'язів. Депарафінізовані зрізи фарбували гематоксиліном і еозином, пікрофуксином за ван Гізоном та за методами Харта і Вейгерта.

Результати досліджень та їх обговорення. При світлооптичному дослідженні шкіри виявлено склероз сосочкового шару дерми та ознаки ураження мікроциркуляторного русла. Характерною морфологічною особливістю змін є підвищене колагеноутворення, що поряд із набряком проявлялося потовщенням колагенових волокон, звивистим їх розміщенням та збільшенням їх кількості. Стінки гемокапілярів гіалінізовані. Ендотеліоцити збільшені в об'ємі. Просвіти звужені. В периваскулярній клітковині відмічено наявність поодиноких лімфоцитів та гістіоцитів. Склеротичні зміни відмічені також у сітчастому шарі дерми.

Гістологічно просвіти артерій м'язового типу різко звужені, місцями obtуровані. Водночас стінка судин потовщена, інтима – гіалінізована. В м'язовому шарі медії виявлено осередкове скупчення лейоміоцитів із пнистою цитоплазмою, що свідчить про розвиток атеросклерозу. Поряд з цим виявлялись осередки некрозу лейоміоцитів і циркулярне відкладання валпа. Адвентиція набрякла, колагенові волокна її товсті. Просвіти артеріол і венул *vasa vasorum* розширені, повнокровні. Базальні мембрани потовщені, спостерігається незначна периваскулярна інфільтрація лімфоцитами і гістіоцитами.

При дослідженні кровоносних судин інших тканин відмічено наявність стереотипних, аналогічних вищеописаним, морфологічних змін. Вони мали різного ступеня вираз практично у всіх вивчених біопсіях.

Дослідження структури лімфатичних капілярів показало взаємозв'язок їх змін із клінічними проявами перебігу ССД. Так, у випадках наявності у хворих вираженого набряку м'яких тканин стопи просвіти поодиноких лімфатичних капілярів були розширені. Ядра та цитоплазма ендотеліоцитів збільшені в об'ємі. Периваскулярні прошарки розширені, містять блідо-рожеву гомогенну рідину. Водночас у просвіті деяких лімфатичних капілярів виявляються аморфні маси (лімфа) і лімфоцити. Однак більшість лімфатичних капілярів мають щілиноподібну форму. Навколо них спостерігається скупчення лімфоцитів, гістіоцитів, нейтрофілів та колагенових волокон, що можна трактувати як прояви перилімфангіту. Зазначені зміни свідчать про функціональну неспроможність дренажної функції лімфатичного русла, що клінічно проявляється набряком м'яких тканин. У випадках відсутності набряку просвіти лімфатичних капілярів розширені, виповнені лімфою та поодинокими лімфоцитами, що вказує на морфо-функціональну спроможність лімфатичної системи.

Дослідження скелетних м'язів засвідчило, що м'язові волокна різної товщини, мають звивистий хід. Характерно, що під сарколемою тонких м'язових волокон ядра розміщуються у вигляді стрічки, що притаманно для атрофічного процесу. Сарколема переважно розволокнена. Водночас відмічаються втрата поперечної посмугованості, вогнища еозинофілії та вервицеподібна перебудова. У зазначених ділянках при поляризаційній мікроскопії виявлено контрактурні ураження III-IV типів. Стінки артеріол і гемокапілярів потовщені. Переважають ознаки плазморагії, гіалінозу і периваскулярного склерозу. Характерно, що плазморагія поєднувалася із проліферацією і десквамацією ендотелію та лімфоцитарною інфільтрацією періартеріальних прошарків.

При світлооптичному дослідженні сухожилків виявлено незначно виражені дистрофічні зміни. Основні прояви їх полягали у нерівномірності сприйняття тканиною еозину, розволокненні, базофілії та наявності осередків звапнення. Аналогічні зміни спостерігалися і при дослідженні фасцій та суглобових капсул.

Морфологічні дані засвідчують, що у хворих на ССД переважають ураження як гемоциркуляторного, так і лімфоциркуляторного русел м'яких тканин стопи. Це спричиняє трофічні розлади та створює умови для виникнення і прогресування гнійно-некротичних процесів на нижніх кінцівках у хворих на цукровий діабет.

### **Література**

1. Ляліс М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – 276 с.

**В.И. Бондарев, Н.П. Аблицов, Р.В. Бондарев, А.В. Алексеев,  
В.Е. Трофимов**

## **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОСЛОЖНЕННОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ**

*Луганский государственный медицинский университет*

Исследовательская группа ВОЗ “Сахарный диабет” в 1987 году синдром “диабетической стопы” (СДС) выделила в самостоятельное заболевание наряду с повреждением глаз, почек, нервной и сердечно-сосудистой систем.

Под этим синдромом понимается состояние, на фоне поражения периферических нервов, сосудов и костно-мышечной системы, характеризующееся трофическими нарушениями в тканях стопы с формированием язв и развитием прогрессирующего гнойного и некротического процессов.

СДС – является причиной тяжелых осложнений, инвалидизации большого количества больных и имеет высокую летальность. Обращает на себя внимание тот факт, что в последние годы растет показатель экстренной госпитализации больных с данной патологией – более 90 %, что свидетельствует о недостаточно эффективной амбулаторной медицинской помощи этой группы больных.

Под нашим наблюдением находилось 127 больных с осложненной формой СДС в возрасте от 40 до 50 лет – 12 человек (9 %), 50-60 лет – 35 пациентов (28 %), свыше 60 лет – 80 (63 %). Сахарный диабет I типа был у 41 (32 %) пациента и II тип у 86 пациентов (68 %). Женщин – 79 (62 %), мужчин – 48 (38 %).

Среди наблюдаемых больных инфекция развилась на фоне характерных для диабета осложнений, нейропатия отмечена была у 52,7 % пациентов, ишемия констатирована была у 16,3 % больных, смешанная форма поражений наблюдалась у 31 % пациентов.

Распространенность процесса соответствовала у 92 больных (по Вагнеру) – III ст. (72,4 %), у 17 (13,5 %) – IV ст., у 18 (14,1 %) – V ст.

Характер и локализация поражений нижних конечностей у наших больных были следующие: сухая гангрена пальцев у 9 человек (7 %); некроз и остеомиелит фаланг пальцев у 18 больных (14 %); эпифасциальные флегмоны стоп – 16 (12,6 %); межпальцевые флегмоны – 21 (16,8 %); субапоневротические флегмоны тыльной и подошвенной поверхностей – 17 (13,1 %); перфорирующие язвы стоп – 27 (21,2 %); влажная гангрена стопы, голени – 19 (15 %).

У больных наблюдались следующие сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз, ожирение. Средние сроки болезни сахарным диабетом от 6 до 20 лет.

Выяснилось, что у больных с диабетической ангиопатией некротические изменения возникли после травмы, ранений инородным телом, срезания



мозолей, натоптышей, трещин, мацераций, опрелостей, при грибковом поражении кожи стоп. Сроки госпитализации составили 6-30 дней от начала осложнений. При поступлении в стационар больные переводились на дробное подкожное введение простого инсулина. Оперативное лечение применялось у всех пациентов под внутривенной поликомпонентной анестезией с сохраненным спонтанным дыханием. Объем хирургического вмешательства заключался во вскрытии и дренировании клетчаточных пространств, некрэктомии, остео-некрэктомии, экзартикуляции пальцев стопы, метатарзальные резекции. В послеоперационном периоде у 62 % пациентов проводились этапные некрэктомии – 2-3 раза в неделю до полного очищения гнойного очага. В лечении ран применяли растворы антисептиков, диоксидин, димексид, 3 % р-р борной кислоты, хлорофиллипт, ферменты, мази на водорастворимой основе. Одновременно назначалась комплексная терапия, включающая: реокорректоры – неогемодез, реополиклюкин; берлитион, антикоагулянты, никотиновая кислота, витамин С, трентал, кокарбоксилаза, спазмолитики, анальгетики, актовегин, солкосерил, левамизол, тактивин, антибактериальная терапия – метрагил, линкомицин, цефалоспорины третьего поколения, аминогликозиды.

Использовались физиотерапевтические методы лечения – магнитотерапия, дарсонвализация, УФО, УВЧ, ультразвуковая обработка ран, гипербарическая оксигенация. Обязательна разгрузка поврежденной конечности – гипсовая лонгета и ходьба с помощью костылей.

В комплексном лечении 17 больным, у которых были ярко выражены нейропатические проявления (онемение, парестезии, жжение, судороги) на фоне гнойно-некротического процесса в конечности, применили мидокалм – миорелаксант центрального действия, обладающий обезболивающим, спазмолитическим и вазодилатирующим действием. Препарат применяли по 100 мг в\м 2 раза в сутки в течение 20 дней, затем перорально по 150 мг 2 раза в день в течение 10 дней. Спустя неделю у больных наблюдали снижение проявлений нейропатии – болей, парестезий, онемения, улучшалось общее состояние. Отмечена лучшая тенденция к очищению ран и появление грануляций. Улучшались реовазографические показатели.

В группе больных с декомпенсированным сахарным диабетом I типа (22 пациента) в комплексном лечении гнойно-некротических процессов стопы был применен окситоцин, обладающий инсулиноподобным свойством, по 10 МЕ в сутки в\в и орошали им раневую поверхность (5 МЕ) 1-2 раз в сутки в течение 10 дней. Наблюдали более быструю стабилизацию гликемии, отсутствие гипогликемий, значительное сокращение фазности течения раневого процесса и раннюю активацию регенераторного процесса.

Из общего числа больных (127 человек) произведено 169 операций, из них высоких ампутаций 19 (15 %). Осложнения наблюдали у 47 % пациентов, общая летальность составила 8 (6,3 %).

Причиной возникновения осложнений после ампутации нижних конечностей служили неправильно выбранный уровень ампутации и недостаточная

оценка состояния кровообращения ткани на уровне ампутации (5 больных), недостаточный гемостаз и дренирование раны (4 больных).

Приведенное наблюдение свидетельствует о возможности улучшения результатов лечения больных с диабетическими поражениями стопы путем дифференцированного подхода и многоэтапных операций. Эффективно и перспективно применение в комплексном лечении мидокалма и окситоцина.

УДК 616.37-089.843

**А.Г. Гринцов, А.А. Слюсарев, Е.А. Ракша-Слюсарева,  
А.Г. Высоцкий, Н.А. Нестеров**

## **ДЕСЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОСТРОВКОВЫХ КЛЕТОК ПОД ЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького,  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

С 1992 по 2001 гг. на базе областной клинической больницы произведено 29 трансплантаций островковых клеток поджелудочной железы (ТцОКПЖ) 24 больным сахарным диабетом средней тяжести и тяжелой формой в возрасте от 11 до 56 лет. У 4 пациентов имел место сахарный диабет 2 типа, у остальных – инсулинозависимая форма. Длительность заболевания от 3 месяцев до 17 лет. Среди наблюдавшихся 11 женщин и 13 мужчин, наследственная предрасположенность выявлена у 7 пациентов. У всех больных имелись явления диабетической микроангио- и полиневропатии, у 5 – ретинопатии, у 3 – нефропатии, у 21 – выраженное лабильное течение заболевания. Суточная доза вводимого инсулина составляла от 3 до 30 ммоль\л в течение суток.

Проведенные иммунологические исследования выявили изменения, характеризующиеся как комбинированное иммунодефицитное состояние. Содержание популяций лимфоцитов периферической крови при определении методом непрямой иммунофлюоресценции с помощью моноклональных антител к СК 3, СК 4, СК 8, СК 22 составляло соответственно  $0,3=0,06$ ,  $0,03=0,08$ ,  $0,04=0,01$ ,  $0,32=0,07$  и достоверно отличалось от региональной нормы  $-1,1=0,06$ ,  $0,35=0,03$ ,  $0,58=0,04$ ,  $0,84=0,06$  (клеток\л). Наблюдался дисбаланс в субпопуляциях СК 4 и СК 8. Уровень циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) –  $77,2=27$  единиц оптической плотности и цитотоксичность плазмы в крови –  $11,34=1,9$  минут были повышены в сравнении с региональной нормой ( $33,5=4,6$  и  $23,0=1,2$ ).

Проведение комплексного лечения больных начинали с рациональной инсулинотерапии. Предпочтение отдавали комбинации инсулина пролонгированного действия “Ленте” (до 70 % исходной суточной дозы) и короткого действия “Актропид” (по 10 % три раза в сутки). Хороший детоксикационный

эффект получен при сочетании внутривенного введения низкомолекулярных декстранов с приемом энтеросорбентов “Энсорал” и “Белосорб”. Нами разработан способ формирования капсулы для трансплантата из большого сальника. Это позволило исключить развитие посттравматических метаболических нарушений в тканях, окружающих островковые клетки. Неповрежденная брюшина со всех сторон окружает трансплантат, является полупроницаемой биологической мембраной, обеспечивает достаточное питание островковых клеток и всасывание их секрета, отграничивает трансплантат от иммунной агрессии реципиента.

Для ТцОКПЖ использовали органоспецифические флотирующие культуры клеток поджелудочной железы плодов человека в возрасте от 16 до 24 недель, полученных при прерывании беременности по специальным показаниям от здоровых матерей. При культивировании использовали смеси питательных сред 199 и Игла с добавлением эмбриональной телячьей сыворотки до 10 % и L-глутамина в концентрации 0,15 г/л. Специфичность выращенных культур оценивалась гистологически. Контрольные исследования проводились через 1, 3, 6, 12, 18 месяцев после ТцОКПЖ. Отмечены стабилизация заболевания, нормогликемия на фоне снижения дозы экзогенного инсулина на 40-60 %. Все пациенты переведены на однократное введение инсулина пролонгированного действия. Нормализация показателей иммунной системы наступала к 2 – 3 месяцу после пересадки и удерживается более 1,5 лет.

Таким образом, ТцОКПЖ в капсулу из большого сальника в комплексе с детоксикацией и рациональной инсулинотерапией позволяет добиться стойкой коррекции сахарного диабета.

УДК 616.379-008.64-06 + 617.586-089

**В.П. Федоренко, А.В. Федоренко, А.В. Смерека, Р.Л. Бойко**

## **КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЧНО-ЗАПАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ СТОПИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Некротично-запальне ураження стопи (НЗУС) у хворих на цукровий діабет (ЦД) – ускладнення, що свідчить про пізню стадію захворювання, загрозу виникнення феномена взаємообтяження, вимагає невідкладної госпіталізації пацієнта до спеціалізованого хірургічного відділення.

Обираючи термін НЗУС серед багатьох інших, виходили з практичних міркувань. По-перше, виявлення НЗУС є показанням для скерування хворого на ЦД до хірургічного стаціонару. По-друге, зазначений термін включає всі

некротичні та запальні зміни стопи, які позначали термінами: діабетична гангрена, гнійно-некротичне та виразково-некротичне ураження стопи, трофічна виразка, діабетична остеоартропатія, хірургічні ускладнення стопи у хворого на ЦД тощо. Варто уточнити, що іноді НЗУС спостерігають навіть за мінімальних змін структури, а ретельний догляд за кінцівкою сприяє його попередженню.

Хоча першоосною НЗУС у хворих на ЦД є підвищена вразливість до мікротравми через нейро- та мікроангіопатію, проте несприятливий прогноз, а саме необхідність повторної госпіталізації для виконання численних некретомій, високої ампутації нижньої кінцівки (ВАНК), незагоєння кукси часто спричинені наявністю критичної ішемії кінцівки внаслідок атеросклеротичного стенозу та оклюзії магістральних артерій. У випадках, коли переважає нейропатія (нейропатична стопа), ефективне консервативне лікування. Останнього недостатньо, коли основним чинником є оклюзійне захворювання судин на фоні нейропатії різного ступеня (нейроішемічна стопа). За цих обставин, при неможливості виконання реконструктивної судинної операції, для врятування життя хворого з порушеним артеріальним кровообігом (ПАК) НК майже у 50 % пацієнтів здійснюють ампутацію кінцівки на рівні стегна і гомілки, при цьому летальність становить від 8,9 до 41,3 % (Авдеева Т.В., Варшавский И.М., Шабанов Н.Я. и др., 1999; Атанов Ю.П., Бутивщинко И.А., Смирнова Г.О. и др., 1997).

Порівняти результати хірургічного лікування НЗУС у хворих на ЦД нелегко, оскільки автори використовують різні терміни, критерії класифікації, а також не подають у повному обсязі показники ефективності лікування (частоту ВАНК в абсолютних цифрах), не уточнюють, чи досягнуто повного загоєння виразок та операційних ран на момент виписки хворого, рівень післяопераційної та загальної летальності, тривалість лікування у стаціонарі, причини повторної госпіталізації хворих. Важливо обчислювати показники ВАНК та летальності не на кількість госпіталізацій, а на кількість госпіталізованих фізичних осіб (Письменна Н.В., Кравченко В.І., 2001).

Проаналізовано 891 випадок госпіталізації, обстеження і комплексного хірургічного лікування НЗУС у 140 хворих на ЦД I типу і 450 – II типу у 1991-2000 рр. На час першої госпіталізації вік хворих становив у середньому  $60,3 \pm 0,4$  року, тривалість ЦД –  $14,1 \pm 0,3$  року, в 11,2 % пацієнтів ЦД виявлений вперше. ВАНК виконана у 147 (35,1 %) з 419 хворих, післяопераційна летальність становила 10,2 %, загальна летальність – 6,4 %. Тривалість госпіталізації становила у середньому  $52,8 \pm 0,4$  дня.

Стратегія комплексного хірургічного лікування хворих на ЦД, ускладнений НЗУС, передбачає збереження життя хворого; повне загоєння (епітацію) операційної рани; збереження опороздатності стопи. Порушення послідовності цих принципів зумовлює збільшення частоти повторних операцій, летальності та матеріальних витрат.

**В.І. Десятерик, С.П. Міхно, О.В. Давиденко, Т.В. Сухіна,  
О.О. Височина**

## **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА**

*Дніпропетровська державна медична академія, Управління охорони здоров'я,  
м. Кривий Ріг*

Синдром стопи діабетика (ССД) – одне з найбільш тяжких ускладнень цукрового діабету, яке у великій кількості випадків призводить до летальності або інвалідизації хворих на цукровий діабет (1, 2).

В Криворізькому регіоні налічується близько 15 тисяч хворих на цукровий діабет, із них у 5468 (37 %) встановлено ангіопатії з формуванням ССД різних ступенів. В лікуванні ССД використовуємо диференційований підхід, суть якого полягає у формуванні 3-х груп хворих:

- хворі з ССД, які потребують консервативної терапії (з 0-1 ст. по Вагнеру);
- хворі з гнійними ускладненнями діабетичної стопи (3-5 ст. по Вагнеру) без можливості виконання хірургічної корекції судинних порушень;
- в 3-ю групу виділяєм хворих з ССД, яким можливе виконання судинної корекції.

Формування груп хворих проводиться за участю ендокринолога, загального та судинного хірурга після комплексного обстеження з застосуванням УЗД судин, визначення щиколотко-плечового індексу, транскутанної напруги кисню в нижніх кінцівках, артеріографії (при необхідності). Проведено аналіз лікування 1227 хворих з різними формами ССД. 107 (8,7 %) пацієнтам, у яких при УЗД судин і артеріографії виявлені оклюзії різних форм та констатована ішемія 3-4 ступенів (за А.В. Покровським), проведено оперативне лікування у відділенні судинної хірургії. 61 хворому (57 %) виконано реконструктивні операції: аорто-стегнове шунтування – 8, аорто-глибокостегнове шунтування – 3, стегново-підколінне шунтування – 11, профундопластика – 23, тромбінгектомія – 16; 9 (8,4 %) хворим виконано рентгеноваскулярну делятацію стенозів в різних артеріальних сегментах; 37 (34,6 %) пацієнтам виконано оперативні втручання непрямой реваскуляризації (поперекова симпатектомія – 32, реваскуляризаційна остеоперфорація – 4, артеріалізація вен стопи – 1). В комплекс лікування хворих з вираженою ішемією кінцівок вводили препарат простагландин-Е (вазопростан). При вивченні віддалених результатів лікування даної групи хворих (від 7 місяців до 5 років) хороший та задовільний результат у 79,3 % пацієнтів, яким виконано реконструктивні операції. У хворих, яким виконано непрямі реваскуляризації, такі результати сягають 48 %.

1120 (91,3 %) хворих з гнійно-некротичними ускладненнями стопи діабетика (ГНУСД). Вік хворих від 18 до 78 років. 1042 (93 %) склали хворі з цукровим діабетом (ЦД) I типу. Серед них 352 (31,4 %) – хворі з

інфікованими діабетичними виразками різної локалізації, 544 (48,6 %) – флегмоною стопи, 224 (20 %) – з гангреною пальців або стопи. 67 % хворих з ГНУСД госпіталізовано в середньому через 4-6 дб від початку захворювання, у 85 % з них діагностовано середню та тяжку ступінь важкості загального стану, з наявністю кетоацидоза та гіперглікемії. При госпіталізації таких пацієнтів застосовується вироблений алгоритм обстеження. Лікування хворих з ГНУСД починаємо з корекції гіперглікемії та кетоацидозу застосуванням дрібного введення простого інсуліну на фоні інфузії кристалоїдів. Всі хворі на період лікування в стаціонарі, незалежно від виду ЦД, переводяться на інсуліно-терапію. Після проведенної підготовки (гіперглікемія не вище 11-12 ммоль/л, зменшення чи відсутність кетонурії) проводиться санація вогнища інфекції. Перевагу віддаємо оперативному втручанням під загальним знеболюванням. При санації гнійного вогнища стопи обов'язковим вважаємо розкриття та ревізію глибоких підапоневротичних просторів та фаціальних лож (3). При наявності вологої гангрені пальців стопи виконуємо трансметатарзальну ампутацію з видаленням сухожильних волокон в межах здорових тканин (3, 4). При прогресуванні гнійно-некротичних процесів з переходом вище гомілковостопного суглоба виконується ампутація кінцівки. Рівень ампутації залежить від стану магістрального кровотоку, віку хворого, наявності супутньої патології та загального стану пацієнта. Органозберігаючі ампутації (на рівні гомілки) виконуємо при наявності пульсації на підколінній артерії, ознаків запалення не вище нижньої третини гомілки.

Обов'язковою умовою лікування ГНУСД вважаємо іммобілізацію кінцівки. Із 1120 хворих – 398 (35,5 %) виконано ампутації, на рівні стегна – 167 (42 %), на рівні гомілки – 109 (27,3 %), 122 (30,7 %) – на рівні стопи.

Застосування єдиного діагностично-лікувального стандарту у хворих з ГНУСД дозволило за останні 5 років знизити кількість ампутацій нижніх кінцівок в 1,5 раза, післяопераційної летальності – з 14,6 до 5,1 %.

### **Література**

1. Диабетическая стопа. Особенности течения, диагностика и лечение. Под ред. проф. В.Н. Хворостинка, проф. С.И. Шевченко. – Харьков, –1999. –с.97.
2. Руководство по эндокринным заболеваниям под ред. проф. Хворостинка В.Н. – Харьков, Факт, 1999, 348с.
3. Ивашкевич Г.А., Головацкий Я.Б. Предупреждение и лечение глубоких флегмон диабетической стопы /Клиническая хирургия, 1991, №5, с.31-36.
3. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия. Руководство для врачей, – М.: Медицина, 1996. – 416 с.
4. Теория и практика местного лечения гнойных ран. Под ред. проф. Б.М. Даценко. – К.: Здоров'я, 1995. – 384с.

**І.К. Чурпій, М.Г. Гончар, О.І. Дуб, В.В. Ілик**

## **АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИБУСКЛАДНЕНИХ ФОРМАХ ДІАБЕТИЧНОЇ АНГІОПАТІЇ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

За даними ВООЗ збільшується кількість ускладнень цукрового діабету, що веде до інвалідизації пацієнтів і летальних наслідків. Тому питання лікування діабетичних ангіопатій нижніх кінцівок є надзвичайно актуальним. У зв'язку з цим поставили за мету розробити найбільш ефективні методи лікування цієї патології.

Під спостереженням перебувало 145 хворих з діабетичними ангіопатіями нижніх кінцівок ускладненими гнійно-некротичними процесами. Термін захворювання склав від 2 до 20 і більше років. Вік пацієнтів коливався в межах від 35 до 70 і старше. Хворих поділено на три групи: контрольну групу № 1, яка склала 45 хворих (внутрішньом'язеве введення антибіотика), контрольну групу № 2 – 50 пацієнтів (доартеріальне введення антибіотика) і основну – 50 хворих ( доартеріальне введення антибіотика, зосередженого в аутологічних еритроцитарних контейнерах).

Всі три групи хворих отримували лікування, у яке входили: дієтотерапія (стіл № 9); вітаміни групи В,С. Для покращення периферійного обміну призначали пентоксифілін (трентал), нікотинову кислоту, новокаїн. Проводили симптоматичне лікування: жарознижуючі, серцеві, анальгетики, гепатопротектори та інші. При оперативному лікуванні виконували “економні” хірургічні втручання: некректомії, розкриття гнійників, резекцію пальців та інші.

Одним із ключових моментів лікування була антибіотикотерапія. Антибіотик підбирався індивідуально з урахуванням чутливості до нього. Забір матеріалу проводили з рани до і після лікування. Проведено 132 бактеріологічних обстежень вогнища ураження. Посів з рани проводили на три основні поживні середовища: 5 % кров'яний агар; цукровий бульйон; “середовище для контролю стерильності”. Крім цього, використовували допоміжні живильні середовища: жовтково-сольовий агар – для визначення стафілококів; середовище Сабуро – для грибків; середовище Ендо – для ентеробактерій. В подальшому визначали чутливість мікроорганізмів до антибіотиків методом дифузії в агар з використанням стандартних паперових дисків, насичених антибіотиком. Найчастіше висівали змішану аеробно-анаеробну флору в 46,3 % спостережень, аеробну – в 14,3 %.

Чутливість мікрофлори ран до антибіотика визначали за антибіотикограмою. Дані показали, що найвища чутливість спостерігалась до цефтріаксону в 38,1 % випадків, цефазоліну – 34,3 %, цефсулодіну – в 9,5 %, які відносяться до цефалоспаринового ряду II-III поколінь. Менш чутливими залишились мікроорганізми

до офлоксацину 7,6 %, лінкоміцину 4,8 %. Антибіотики в контрольній групі №1 вводили внутрішньом'язово; в групі №2 і основній вводили регіонарно, доартеріально. В основній групі антибіотик був зосереджений в аутологічних еритроцитарних контейнерах, які готували за методикою, описаною Е.Б. Медведцем (1998). Таке введення препарату сприяє цілеспрямованій доставці препарату, тривалій та високій концентрації його у вогнищі інфекції.

Ефективність різних шляхів введення у трьох дослідних групах оцінювали згідно з такими критеріями: тривалість знаходження еритроцитарних контейнерів в рані, час появи грануляцій та очищення рани, час появи краювої епітелізації, термін перебування в стаціонарі.

В контрольній групі №1 грануляції в середньому з'являлись на  $15,2 \pm 0,8$  день, а краюва епітелізація на  $16,5 \pm 1,1$  день, середній ліжкодень склав  $36,1 \pm 3,4$  днів. В контрольній групі №2 поява грануляцій спостерігалась на  $12,3 \pm 0,6$  день, а краюва епітелізація на  $14,3 \pm 1,8$  день. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала  $32,2 \pm 1,8$  ліжкоднів. В основній групі результати цитологічних досліджень мазків-відбитків з рани показали, що еритроцити насичені антибіотиком знаходяться в рані до 36 годин, що сприяє тривалій дії препарату. Поява грануляцій у пацієнтів даної групи спостерігалась на  $9,2 \pm 1,1$  день, а краювої епітелізації на  $11,5 \pm 1,4$  день. Термін перебування в стаціонарі скоротився до  $28,2 \pm 1,6$  ліжкоднів.

Таким чином, застосування антибіотиків зосереджених в еритроцитарних контейнерах при доартеріальному введенні сприяє високій і тривалій їх концентрації у вогнищі інфекції – рані. Це, в свою чергу, веде до більш швидкої епітелізації ран, зниження кількості мікрофлори в ній, зменшення запального процесу, покращення загального стану хворих, запобігання таких таких ускладнень, як розповсюдження процесу і розвитку гангрені.

УДК 616.379-008.64+616.13-002+617.58-059+616-091.8

**М.Г. Гончар, Р.В. Куриш, О.І. Дельцова, А.М. Федорчук,  
Я.М. Кучірка, І.К. Чурпій, О.І. Дуб**

## **КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТИЧНИХ АНГІОПАТІЙ НИЖНІХ КІНЦІВОК ЗАЛЕЖНО ВІД МОРФОЛОГІЧНИХ ЗМІН**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Незважаючи на значні успіхи в діабетології, на сьогоднішній день немає ефективних методів профілактики і лікування діабетичних ангіопатій нижніх кінцівок. Питання вибору лікувальної тактики вимагають цілеспрямованої доробки в плані адаптації до стадії ангіопатії, особливо – залежно від стану морфологічних змін в кінцівці.



Нами обстежено 102 хворих з різними стадіями діабетичної ангіопатії нижніх кінцівок. Серед них чоловіків було 50, жінок – 52. Вік хворих коливався від 21 до 70 і старше років. Для електронно-мікроскопічного дослідження брали біоптати литкового м'яза за допомогою спеціальної голки. Стан мікроциркуляторного кровообігу вивчали за допомогою 4-х каналного реографа марки 14-02 та ультразвукового доплерографа "Model 500m TSK". Реологічні властивості крові визначали капілярно-венозним методом В.П. Казначеева і А.А. Дзвінського (1975).

Як показали наші дослідження, для I-II стадії діабетичної ангіопатії характерні такі ультраструктурні зміни: незначний набряк міофіламентів і ендотеліоцитів капілярів, поява ліпідів. Реологічні властивості свідчать, що зміни трансапілярного обміну мають тенденцію до посилення в'язкості крові у міру прогресування захворювання. Дані реовазографії і доплерографії вказують на незначне зменшення швидкості кровообігу і еластичності судин. Хворим з I стадією діабетичної ангіопатії (15 чоловік) призначали вітаміни B<sub>6</sub>, B<sub>12</sub>, метіонін довенно, 0,25-0,5 % розчин новокаїну, реополіглокін, реоглюман, трентал, а також фізіотерапевтичні процедури (діадинамік, кварц на поперекову ділянку). Курс лікування тривав 12-14 днів. У 12 (80 %) хворих отримано позитивний результат.

Хворим з II стадією діабетичної ангіопатії (17 чоловік) призначали двотижневий курс лікування, у який входило довенне введення наступної суміші: 0,25-0,5 % розчин новокаїну, 1 % розчин нікотинової кислоти за схемою, 5,0 тренталу, вітамін С та група вітамінів В. Для покращення реологічних властивостей крові, крім реополіглокіну та реоглюману, призначали фраксипарин по 0,3 мл підшкірно або кальципарин по 7500 од. на добу. З метою нормалізації жирового обміну застосовували метіонін, ліпокаїн. В курс лікування також вводили нікошпан, компламін. Позитивний результат спостерігався в 11 (64,4 %) хворих.

Найбільшу групу склали хворі з III стадією діабетичної ангіопатії (47 чоловік). Всі вони мали трофічні зміни з боку нижніх кінцівок. Ультраструктурні зміни з боку литкового м'яза проявлялись звуженням просвіту капілярів, потовщенням базальної мембрани, заміщенням міофіламентів сполучною тканиною і колагеновими волокнами, руйнуванням мітохондрій, жировим переродженням тканин. Дані реовазографії та доплерографії свідчили про прогресивне зниження тону судин, втрату їхньої еластичності при незначному зменшенні кровонаповнення на фоні інтенсивного розвитку колатералей. Це свідчить про компенсаторний поріг життєздатності тканин, їх пристосувальну можливість. Крім терапії, яку призначали хворим з I-II стадією захворювання, цій групі пацієнтів вводили ретаболіл, гама-глобулін, антибіотики, довенно трісамін-буфер або 4 % розчин гідрокарбонату натрію. У віці старше 50 років призначали фраксипарин по 0,3 мл 1 раз або гепарин 5000 од. 4 рази на добу. Місцеве лікування полягало в наступному: некректомії, ампутації пальців, висічення плантарного апоневрозу. На рани накладали вологовисихаючі

пов'язки з 5 % розчином димексиду, спирт-фурациліном, інсуліном, куріозіном. Покращення nastупило у 27 (59,5 %) хворих.

У 23 пацієнтів з IV стадією діабетичної ангіопатії були явища вологої гангренги пальців, ступні, вираженої інтоксикації. Показники реовазографії і доплерографії були нижчими на 50-70 % від норми і вказували на значне зниження тонусу судин, кровонаповнення, відсутність функціонуючих колатералей. В першу чергу їм призначали інтенсивну дезінтоксикаційну терапію, проводили корекцію кислотно-лужної рівноваги, порушень з боку серцево-судинної системи, печінки, нирок. Крім цього, вводили препарати, як і хворим з III стадією захворювання, а також – інгібітори протеолітичних ферментів, альбумін. Місцева терапія полягала в наступному: вологу гангрену намагалися перевести в суху (спиртові, вологовисихаючі пов'язки, пов'язки з 10 % розчином хлориду натрію), розкриття флегмон, видалення некротичних тканин. Перевести вологу гангрену в суху вдалось у двох пацієнтів. Надалі їм було зроблено поперечну ампутацію ступні. 16 хворим виконана ампутація кінцівки на рівні стегна. Один хворий помер після операції внаслідок прогресування інтоксикації.

Отже, розроблений метод лікування, який ґрунтується на результатах клініко-інструментальних та морфологічних досліджень, сприяв ефективному оздоровленню хворих з діабетичними ангіопатіями нижніх кінцівок, дав можливість скоротити на 5 днів термін перебування хворих в стаціонарі, знизити кількість ампутацій кінцівок на 3 %, а летальність – на 5 %.

УДК 616.379-008.64-06:617.586-802

**С.М. Генік, Д.С. Михальчук**

## **ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ІШЕМІЧНО-ГАНГРЕНОЗНОЮ ТА ЗМІШАНОЮ ФОРМОЮ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Зростаюча поширеність цукрового діабету (ЦД), за даними ВООЗ до 6 % населення, і тяжкі судинні ускладнення залишаються однією з актуальних проблем клінічної медицини (1). Серед найчастіших причин інвалідизації та смерті хворих на ЦД є синдром діабетичної стопи (СДС), який формується внаслідок діабетичної мікро- і макроангіопатії, полінейропатії і остеоартропатії. При цьому створюються умови для швидкого прогресування хірургічної інфекції і розвитку гнійно-некротичного процесу (ГНП) на стопі (2,3). Виділяють три клінічні форми СДС (4): нейропатично-інфікована стопа, ішемічно-гангренозна і змішана форми. Ризик розвитку СДС підвищується з віком хворих і тривалістю перебігу ЦД (5). ГНП на стопі у хворих з ішемічно-гангренозною і

змішаною формою СДС найчастіше починається з пальців і є причиною високих ампутацій нижніх кінцівок – у 45-70 % випадків (6). У більшості випадків це пов'язано з прогресуванням ГНП після екзартикуляції гангренозно-зміненого пальця з резекцією головки плюсневої кістки.

З метою попередження поширення ГНП на стопі нами запропонована операція щодо ампутації одного пальця стопи (пріоритет на винахід № 2001010431, від 19.01.2001р.). Суть її полягає у видаленні гангренозно-зміненого пальця разом з 2/3 плюсневої кістки. По тильній і підошовній поверхні проводимо V-подібні розрізи до проксимального кінця плюсневої кістки. М'які тканини стопи пересікають одномоментно без пошкодження цілісності структур сусідніх пальців. Резекцію 2/3 плюсневої кістки виконуємо пилкою Джіглі, що попереджує пошкодження м'яких тканин і не роздроблює залишену частину кістки. Рану промиваємо антисептиками і дрениємо. На 34 день після операції краї рани починали зводити шляхом накладання асептичної пов'язки, що приводило до загоєння рани первинним натягом.

З метою вивчення причини прогресування ГНП після ампутації гангренозно зміненого пальця стопи, ми провели гістологічні дослідження резекованих плюсневих кісток та кісткового мозку у оперованих за нашою методикою хворих. Мікропрепарати кісткової тканини та кісткового мозку вивчали з дистальної, середньої та проксимальної частин плюсневої кістки. Було виявлено, що у дистальній частині розвивається значний остеопороз і витончення кортикального шару з вогнищами некрозу. У середній частині досліджуваної кістки знаходили розширення гаверсових каналців, дезінтеграцію остеонів, часткову дегенерацію остеоцитів та явища періоститу I в проксимальній частині виявляли лише часткову дезінтеграцію остеонів. Кістковий мозок резекованої плюсневої кістки теж змінюється. Якщо у проксимальній частині плюсневої кістки виявляли лише незначні дистрофічні зміни клітинних компонентів, в середній – частковий некроз їх, то у дистальній спостерігали некроз та жирове переродження клітин кісткового мозку

Виявлені зміни у плюсневих кістках та кістковому мозку при гангрені пальця стопи у хворих з ЦД, на нашу думку, на фоні метаболічних порушень сприяють прогресуванню ГНП на стопі у післяопераційному періоді.

За 1999-2001 роки в клініці судинної хірургії за запропованою методикою прооперовано 28 хворих з ішемічно-гангренозною і змішаною формою СДС. У 22 хворих післяопераційна рана зажила первинним натягом Прогресування ГНП на стопі у післяопераційному періоді було у 4 хворих з ішемічногангренозною формою і у 2-х із змішаною формою СДС Цим пацієнтам виконано ампутацію нижньої кінцівки на рівні верхньої третини стегна. Таким чином, при наявності ГНП пальців стопи на фоні ЦД найбільш доцільно поряд з ампутацією пальців одночасно проводити резекцію 2/3 плюсневих кісток.

### **Література**

1. Светухин А.М., Прокудина М.В. Комплексное хирургическое лечение больных с синдромом диабетической стопы *Хирургия.*– 1998. –№ 10.– С.64-67.

2. Лоховицкий С.В., Афанасьев А.Н., Маламуд М.Л. Диабетическая гнойная остеоартропатия (патогенез, клиника, лечение). Караганда, 1995.
3. Baibono P., Aldeghi A, FagUa E. et al. *Minerva Cardioangiol.*–1995. –Vol.43. –№3.–P.97-104.
4. Дедов И.И., Андиферов М.Б., Токмакова А.Ю., Галстян Г.Р. /Клиническая фармакология и терапия,–1993. –№3. –С 58-62.
5. Консенсус по синдрому диабетической стопы. Голландия, 1991.
6. Ивашкевич Г.А., Головацкий Я.Б. Предупреждение и лечение глубоких флегмон “диабетической стопы” /Вестник хирургии им. Грекова, –1991. –№4. –С. 31-36.

УДК – 616.379-009.64-089.843:612.349.7.017.1

**М.Д. Василюк, С.М. Василюк**

## **ХІРУРГІЧНА ТА КТІКА І ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТУПНІ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Вступ. Згідно з експертними оцінками ВООЗ, сьогодні в світі нараховується близько 150 млн. хворих на цукровий діабет (ЦД), а до 2010 року їхня кількість зросте до 230 млн, 80-90 % з яких складатимуть пацієнти з ЦД типу 2 [1]. Сучасні підходи і методи корекції обмінних порушень у хворих з ЦД дозволяють ефективно уникнути гострих ускладнень ЦД і значно подовжити життя пацієнтів, однак не можуть попередити виникнення важких хронічних ускладнень, і в першу чергу – синдрому діабетичної ступні (СДС). Приблизно 50 % ампутацій нижніх кінцівок, не пов'язаних з травмою, виконують хворим на ЦД, не дивлячись на те, що серед госпіталізованих осіб вони складають тільки 10 % [2]. Наведені обґрунтування стали передумовою проведення даного дослідження.

Матеріали і методи досліджень. Нами піддано лікуванню 110 хворих з важкою формою цукрового діабету типу 2, ускладненого гнійно-некротичною і гангренозною СДС II-V ступеня за класифікацією Meggit-Wagner. Залежно від форми СДС всі хворі розподілялись таким чином: нейропатична форма виявлена у 62 хворих (56,3 %), ішемічна – у 31 (28,2 %) та змішана – у 17 (15,5 %).

Результати та їх обговорення. При поступленні в хірургічне відділення всім хворим проводили корекцію вуглеводного обміну простим інсуліном під контролем рівня глюкози плазми. Достатньо добре компенсованим ЦД вважали, коли рівень глікемії не перевищував 12 ммоль/л. Для нормалізації мікроциркуляції і зменшення гіпоксії тканин призначали довенне введення реополіглокіну, судинорозширюючих препаратів (трентал, серміон, солкосерил та ін.) та дезагрегантів (аспірину). В доопераційному періоді широко проводили детоксикацію організму шляхом прийому ентеросорбентів, введенням гемодезу, комплексу вітамінів, імуностимулюючих середників тощо. Всім хворим

призначали потужні антибіотики широкого спектру дії (синтетичні пеніциліни, цефалоспорини, фторхінолони). Місцево на гнійне вогнище – концентрований бетадін, розчин гіпохлориду натрію, хлораміну, протеолітичні ферменти, а при наявності вологої гангрени пальців – щоденні спиртові примочки, які сприяли її переходу в суху.

Залежно від вибору методу подальшого лікування всі хворі були поділені на три групи. До першої віднесено 25 хворих (контрольна група), яким проводилось вищенаведене лікування в комплексі з широким розкриттям гнійних кишень на ступні та ампутації уражених гангреною пальців.

До другої групи віднесено 22 хворих, у яких оперативне лікування поєднували з довготривалою регіонарною доартеріальною інфузією лікарських речовин через ретроградно катетеризовану нижню надчеревну артерію. Більшість хворих з СДС IV-V ступенів поступили в клініку з клінічними проявами вираженого ендотоксикозу і синдрому X: високою гіперглікемією ( $19,8 \pm 1,7$  ммоль/л), яка не піддавалась інсулінокорекції, вираженою глюкозурією, кетоацидозом, анемією з зсувом лейкоцитарної формули вліво, лімфопенією, збільшенням вмісту сечовини, креатиніну. У цих пацієнтів було виявлено виражені порушення гуморального імунітету та білкового обміну: гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія, зміни кількісного вмісту церулоплазміну, трансферину і фракцій білка повільних посттрансферинів. У цих пацієнтів в перші 24 години від поступлення виконували економні резекції або ампутації некротизованих тканин з одномоментною катетеризацією нижньої надчеревної артерії тонким силіконовим катетером. Для довготривалої регіонарної доартеріальної інфузії використовували: абактал 5 мл на 5 % р-ні глюкози двічі на добу, цефалоспорини, розчин тренталу чи серміону по 5 мл, солкосерипу по 2-5 мл на добу, 5 % аскорбінової кислоти в дозі 20-30 мл та інші препарати. Всього за добу вводили апаратом "Infusomat" до 1,5 л лікарських середників.

Третю, основну групу, складала 63 хворих, яким в доопераційному лікуванні пункційно вводили в прямий м'яз живота завис клітин підшлункової залози новонароджених поросят, які ще не смоктали свиноматку, за розробленою нами методикою. Через 5-7 діб після ксенотрансплантації проводили ретроградну катетеризацію нижньої надчеревної артерії для довготривалої регіонарної доартеріальної інфузії лікарських речовин в уражену кінцівку, а також видаляли некротичні тканини ступні, виконували ампутацію уражених гангреною пальців, широко розкривали гнійні кишень та сухожильні піхви.

При порівнянні результатів лікування хворих всіх трьох груп було встановлено, що у пацієнтів третьої групи проведена терапія сприяла швидкому очищенню рани, появі грануляцій і епітелізації, а у 53 хворих заживлення рани наступило первинним натягом. У 26 хворих (40,6 %) наступила нормалізація рівня глюкози плазми і необхідність в подальшому прийомі інсуліну не виникало. У 32 хворих (51 %) рівень глюкози плазми знизився на 40-80 % в порівнянні з вихідними даними і тільки в 5 хворих (8,4 %) значного зниження рівня глюкози плазми не спостерігалось. У хворих другої групи, в яких

традиційне лікування було доповнене тільки доартеріальною регіонарною інфузією, результати лікування були значно гірші, однак ефективніші, ніж у хворих першої групи.

Висновки. 1. У хворих з СДС перебіг гнійно-некротичного процесу на ступні характеризується швидким розповсюдженням і проникненням вірулентної мікрофлори, внаслідок ураження вегетативної нервової системи, порушення вуглеводного і жирового обміну, дистрофії тканин і остеомаліяції кісток. 2. У хворих з СДС з клінічними ознаками ендотоксикозу і синдрому Х необхідно впродовж 24 годин від моменту поступлення виконувати видалення некротичних тканин, а в післяопераційному періоді проводити довготривалу регіонарну доартеріальну інфузію лікарських середників через катетеризовану нижню надчеревну артерію. 3. В комплексне лікування хворих з цукровим діабетом типу 2 ускладненого гнійно-некротичною і гангренозною стадією СДС, слід включати ксенотрансплантацію клітин підшлункової залози новонароджених поросят і довготривалу доартеріальну регіонарну інфузію, що дозволяє у 45,3 % хворих досягнути швидкої ліквідації місцевого запально-гнійного процесу, а у 40,6 % – клінічної компенсації цукрового діабету у віддалені терміни до 3 років.

#### *Література*

1. Amos A.F., McCarthy K.J., Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complication: estimates and projections to the year 2010. / *Diabet. Med.* – 1997. – Vol 14, Suppl. 5.-P. 1-85.
2. Starcevic S., Miadenovic M. Amputation of the lower extremities in an-giopathies and reamputation as a sequelae of postoperative complications./ *Vojnosanit. Pregl.* – 1999. -May-Jun; 56(3). –P. 269-273.

УДК 616.5-089.844:617.58-001.4-002.182:616.379-008.64.

**Я.Й. Крижановський, М.І. Пуськов, В.Р. Антонів,  
В.С. Кульбака, М.Й. Романюк, В.А. Куценок, М.М. Стець,  
М.М. Лизанець**

## **АУТОДЕРМОПЛАСТИКАГРАНУЛЮЮЧИХРАННИЖНІХ КІНЦІВОКУХВОРИХНАЦУКРОВИЙДІАБЕТ**

*Національний медичний університет ім. акад. О.О. Богомольця*

Цукровий діабет (ЦД) посідає третє місце після серцево-судинних та онкологічних захворювань.

Серед пізніх ускладнень (ураження серця, нирок, очей) панівне місце займає “діабетична стопа“, яка розвивається внаслідок специфічної нейропатії, остеоартропатії, стенозування мікроциркуляторного русла, окклюзії магістральних судин. (І.В. Гур’єва і співавт., 1999 ).

За період з 1997 по 2000 р. в гнійно-септичній клініці НМУ проведено комплексне лікування 452 хворих на ЦД з різними варіантами трофічних, виразкових, гнійно-некротичних уражень нижніх кінцівок. З них чоловіків – 196, жінок – 256. Вік хворих коливався від 39 до 79 років. ЦД першого типу встановлено у 108, другого – 344 хворих. Вперше встановлений ЦД у 26 хворих. Тривалість ЦД становила від 5-6 до 52 років.

Лікування ЦД з гнійно-некротичними ускладненнями нижньої кінцівки проводилося комплексно. Оперативне втручання спрямоване на ліквідацію гнійно-некротичного вогнища сегмента кінцівки і попередження або усунення феномена взаємного обтяження. Терапевтичне лікування було спрямоване на компенсацію вуглеводного обміну, дезінтоксикацію, нормалізацію кислотно-лужного, електролітного обміну. Для дезінтоксикаційної терапії, покращання мікроциркуляції застосовували солеві, лужні речовини, низькомолекулярні декстрини, спазмолітичні, препарати дезагрегаційної дії (аспірин, фраксипарін, клексан, трентал, агапурін, тиклід, солкосерил). Антибактеріальна терапія проводилась з урахуванням висіяних з рани мікроорганізмів, їх індивідуальної чутливості до окремих антибіотиків. Принцип оперативного лікування був зберігаючий, починаючи від екзартикуляції окремих фаланг пальців, сегментів стопи, гомілки, стегна, з урахуванням показників кровопостачання, життєздатності тканин та функціональних особливостей окремих сегментів нижньої кінцівки.

Із виконаних 388 операцій на нижніх кінцівках, у 30 (8 %) хворих з гнійно-некротичними ускладненнями були проведені операції по відновлення шкірного покриву.

За вказаний термін аутодермопластика гранулюючих ран виконана у 26 хворих. Після розкриття і дренивання гнійно-некротичних вогнищ дефекти шкірного покриву виникли у 18 хворих, у 4 – після травм м'яких тканин, у 4 – внаслідок крайового некрозу та розходження швів культі.

Підготовку ран до пересадки шкіри проводили на фоні компенсованого протікання ЦД. Велике значення мають ранні та вичерпні некретомії, дренивання гнійних кишень проточними дренажами, ереведення вологих некротів в сухі, застосування розчинів протеолітичних ферментів, ванночок з розчином марганцево-кислого калію 1:1000, лазерного, ультразвукового, ультрафіолетового опромінення, мікрохвильової рефлексотерапії (МРТ). Перев'язки ран в період підготовки їх до трансплантації виконували 2-4 рази на добу з розчином фурациліну 1:5000, 0,5 % водним розчином хлоргексидину, етонію, йодопіріну та іншими антисептиками.

У хворих з в'ялим перебігом раньового процесу під пов'язки клали хлорвінілові трубки, через які рану 4-6 разів на добу зрошували розчином антибіотиків згідно з показаннями антибіотикограм. При перев'язках на очищену від некротичних тканин рану використовували гормонівміщуючі аерозолі (оксіциклозоль, вінізоль).

Терміни підготовки гранулюючих ран до пересадки шкіри у хворих на цукровий діабет перевищували на 5-10 днів в порівнянні з хворими без супутнього цукрового діабету і склали 12-21 день після некретомій. У 26 хворих виконано 34 аутодермопластики площею від 25 см квадратних до 200 см квадратних одночасно. Повне приживлення шкіри спостерігалось після 84 трансплантацій, частковий лізис оклаптів трансплантованої шкіри – у 25. Тільки у 2 хворих виникла необхідність повторної аутодермопластики.

Таким чином, гнійні процеси стопи у хворих на ЦД швидко прогресують, поширюються, поглиблюються, що приводить до тендовагінітів, флегмон, утворення гнійних кишень, запливів, некрозів м'яких тканин і супроводжується декомпенсацією основного захворювання.

Активна хірургічна тактика при лікуванні гнійно-некротичних процесів повинна проводитися на основі компенсації вуглеводного обміну речовин, дезінтоксикації організму, цілеспрямованої парентеральної антибіотикотерапії, терапії з покращення мікроциркуляції.

Аутодермопластика гранулюючих ран сприяє нормальному протіканню ЦД, усуває вогнище інфікування і причини для ускладнень, скорочує терміни лікування і реабілітації хворих на ЦД після гнійно-некротичних ускладнень.

УДК 616.33/.342:002.44-06:616.379-008.64]-089

**П.Д. Фомін, Є.М. Шепетько, І.Г. Мельник, В.М. Сидоренко,  
А.В. Булава**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

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

Проаналізовано досвід лікування 145 хворих виразковими шлунково-кишковими кровотечами, які страждали на цукровий діабет. Оперовано 105 хворих, у 27 операцію визнано недоцільною, 13 хворих відмовилися від операції. Вибір раціональної тактики хірургічного лікування хворих з вказаним поєднанням патологічних станів дозволив у 2/3 пацієнтів отримати добрі, а у 1/3 задовільні результати.

Вступ. Поєднання цукрового діабету (ЦД) і виразкової хвороби до недавніх пір вважалось рідкістю. За даними літературних джерел, серед хворих на ЦД виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та шлунку діагностована у 0,25-2,7 % [1]. Зростання кількості хворих на ЦД в поєднанні з виразковою хворобою, схильність діабетиків до деструктивних процесів, всебічних ускладнень, порушення імунних механізмів і зниження репаративних процесів у



рані [1] роблять операцію у таких хворих ризикованою, що інколи веде до необґрунтованої відмови від хірургічного лікування і висновку про актуальність обговорення способів лікування хворих при таких поєднаннях патологічних станів.

Матеріал та методи. Протягом останніх 5 років на базі київської міської Центру по наданню допомоги хворим із шлунково-кишковими кровотечами ми спостерігали 145 хворих на цукровий діабет, що ускладнився шлунково-кишковою кровотечею. Чоловіків було 67, жінок – 78; вік від 31 до 82 років. У 105 з цих хворих виразкова хвороба була ускладнена шлунково-кишковою кровотечею Джерелом кровотечі у 77 пацієнтів була хронічна пептична виразка і у 28 – гострі ерозії та виразки шлунку. Усі хворі знали про наявність у них діабету; 49 з них лікувалися інсуліном, 96 хворих приймали протидіабетичні препарати перорально.

Закономірністю слід вважати відсутність гіперсекреції у цих хворих [2]. у 98 хворих був гальмівний тип шлункової секреції, у 47 – нормостенічний. Це співпадає з відомостями про те, що гіперглікемія має пригнічуючий вплив на шлункову секрецію. В патогенезі виразок, що утворюються на тлі ЦД, істотну роль відіграє мікроангіопатія, яка веде до трофічних змін в стінці шлунки та дванадцятипалої кишки. Ці трофічні зміни слизової оболонки констатовані у 112 хворих при гастроскопії

Виразка локалізувалася в шлунку у 35 хворих, у дванадцятипалій кишці – у 110. Зниження шлункової секреції не позбавило хворих від ускладнень виразкової хвороби: 65 – оперовані з приводу шлунково-кишкової кровотечі, 14 – з приводу пенетрації виразки, у 18 хворих під час операції констатовані великі кальозні виразки. У 49 хворих з локалізацією виразки в дванадцятипалій кишці був значний рубцьово-злуковий процес в ділянці цибулини.

Всього оперовано 105 хворих, у 27 операція визнана недоцільною, 13 хворих відмовилися від операцій.

Результати та їх обговорення. Враховуючи особливості патогенезу, зниження регенераторних можливостей при ЦД, відсутність ефекту від попередньої терапії, вважаємо доцільним виконання операції з видаленням виразки – при дуоденальній локалізації перевагу віддаємо дуоденопластиці в поєднанні з селективною проксимальною ваготомією, при шлунковій (а залежно від локалізації субстрату) – резекція за Більрот-1 із збереженням воротаря, або – видалення 2/3 шлунка за Гофмейстером-Фінстерером. При наявності ознак хронічної дуоденальної непрохідності, пов'язаної з деформацією дуоденальної ділянки тонкої кишки, доповнення виконуємо операцію Стронга-Вітебського. При накладенні анастомозів перевагу віддаємо однорядному шву Матешука, оскільки вважаємо, що при цьому створюються кращі умови для регенерації, а це особливо важливо для хворих з супутнім ЦД. У всіх хворих перебіг післяопераційного періоду був без ускладнень. При кровотечі для успішної компенсації вуглеводного обміну необхідне адекватне поповнення ОЦК [5].

Для покращання результатів операції необхідна ретельна корекція порушень вуглеводного обміну [3, 4]. Усіх хворих незалежно від типу ЦД і попередньої терапії переводили на лікування простим інсуліном. Критерієм підготовки до операції хворих цієї групи вважаємо нормоглікемію і аглюкозурію. У хворих на ЦД 2-го типу її, як правило, легко досягти. При декомпенсації ЦД застосовуємо метод лікування “малими дозами” інсуліну, який вводимо внутрішньом’язово за “рівневим принципом”: одноразова доза інсуліну 4-8 ОД не змінюється, а залежно від рівня глюкози крові скорочується інтервал між ін’єкціями інсуліну. Таке лікування інсуліном дозволило оперувати всіх хворих в умовах нормоглікемії і аглюкозурії.

Операційний стрес веде до активації контрорінсулярних механізмів. В крові підвищується рівень катехоламінів, глюкокортикоїдів, поглиблюється інсулінонедостатність – виникає тенденція до декомпенсації ЦД. Наші спостереження дозволили встановити, що нормальна післяопераційна ендокринна реакція веде до підвищення рівня глікемії на 20-25 % від вихідного рівня. При такому підвищенні рівня глюкози додаткового введення інсуліну не потрібно, при підвищенні рівня глюкози більше ніж на 25 % від доопераційного рівня необхідне додаткове введення інсуліну. В цілому інсулінотерапія протягом 1-4 діб після операції проводиться “малими дозами” залежно від рівня глюкози крові, який визначають кожні 1-3 години. Цей метод дозволив нам досягти компенсації ЦД після операції у всіх хворих, починаючи з першої доби. Декомпенсації і гіпоглікемії не було у жодного хворого.

Перед випискою на амбулаторне лікування всі хворі були переведені на інсулін пролонгованої дії або на пероральний прийом препаратів. Доза інсуліну була знижена на 25-30 % у 3 хворих, у інших хворих доза цукрознижуючих препаратів лишилася попередньою. Спостереження оперованих хворих з ЦД протягом усього терміну після операції не виявило суттєвих змін в перебігу ЦД. В оцінці хірургічного лікування виразкової хвороби за шкалою Visik у 2/3 хворих результати визнані добрими, у 1/3 – задовільними. Задовільні результати, ми вважаємо, пов’язані з гастритом, який був ще до операції і став, можливо, наслідком ангіопатії вісцеральних судин та полінейропатії, що характерно для хворих на ЦД.

Висновки. 1. Особливості перебігу виразкової хвороби в поєднанні з цукровим діабетом, яка ускладнюється шлунково-кишковою кровотечею, вимагають застосування спеціальної лікувальної тактики. 2. Раціональна терапія з корекцією глікемії інсуліном за рівневим принципом, а також застосування дуоденопластики в поєднанні з селективною проксимальною ваготомією дозволяють отримати добрі результати в лікуванні названого контингенту хворих.

#### **Література**

1. Генес В.С., Генес С.Г. О механизмах нарушения функций желудочно-кишечного тракта при сахарном диабете // Физиол. журнал.- 1985.- Т. 31.-№2.-С. 202-212.
2. Данилишина В.С., Стародуб Е.М., Николайчук Л.В. Развитие острой язвы желудка при сахарном диабете // Врачебное дело.- 1980.- №5.- С. 11-12.

3. Яремчук А.Я., Романков И.Р., Козак В.П. Острые хирургические заболевания органов брюшной полости у больных сахарным диабетом //Клиническая медицина.- 1983.- №5.- С. 71-74.
4. Нарциссов Т.В., Брежнев В.П., Капитанов А.С. Сахарный диабет и острые хирургические заболевания органов брюшной полости // Советская медицина.-1989.-№9.-С. 49-52.
5. Давлитбеков И. Желудочно-кишечные кровотечения у больных сахарным диабетом / Здоровоохранение Таджикистана.- 1983.- №5.- С. 82-84.

УДК 616.379-008.64-06 + 617.586-089

**В.П. Федоренко, А.В. Федоренко, А.В. Смерека, Р.Л. Бойко**

## **КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕКРОТИЧНО-ЗАПАЛЬНОГО УРАЖЕННЯ СТОПИ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Некротично-запальне ураження стопи (НЗУС) у хворих на цукровий діабет (ЦД) – ускладнення, що свідчить про пізню стадію захворювання, загрозу виникнення феномена взаємообтяження, вимагає невідкладної госпіталізації пацієнта до спеціалізованого хірургічного відділення.

Обираючи термін НЗУС серед багатьох інших, виходили з практичних міркувань. По-перше, виявлення НЗУС є показанням для скерування хворого на ЦД до хірургічного стаціонару. По-друге, зазначений термін включає всі некротичні та запальні зміни стопи, які позначали термінами: діабетична гангрена, гнійно-некротичне та виразково-некротичне ураження стопи, трофічна виразка, діабетична остеоартропатія, хірургічні ускладнення стопи у хворого на ЦД тощо. Варто уточнити, що іноді НЗУС спостерігають навіть за мінімальних змін структури, а ретельний догляд за кінцівкою сприяє його попередженню.

Хоча першоосною НЗУС у хворих на ЦД є підвищена вразливість до мікротравми через нейро- та мікроангіопатію, проте несприятливий прогноз, а саме необхідність повторної госпіталізації для виконання численних некретомій, високої ампутації нижньої кінцівки (ВАНК), незагоєння кукси часто спричинені наявністю критичної ішемії кінцівки внаслідок атеросклеротичного стенозу та оклюзії магістральних артерій. У випадках, коли переважає нейропатія (нейропатична стопа), ефективно консервативне лікування. Останнього недостатньо, коли основним чинником є оклюзійне захворювання судин на фоні нейропатії різного ступеня (нейроішемічна стопа). За цих обставин, при неможливості виконання реконструктивної судинної операції, для врятування життя хворого з порушеним артеріальним кровообігом (ПАК) НК майже у 50 % пацієнтів здійснюють ампутацію кінцівки на рівні стегна і гомілки, при цьому летальність становить від 8,9 до 41,3 % (Авдеева Т.В., Варшавський І.М., Шабанов Н.Я. и др., 1999; Атанов Ю.П., Бутівщинко І.А., Смирнова Г.О. и др., 1997).

Порівняти результати хірургічного лікування НЗУС у хворих на ЦД нелегко, оскільки автори використовують різні терміни, критерії класифікації, а також не подають у повному обсязі показники ефективності лікування (частоту ВАНК в абсолютних цифрах), не уточнюють, чи досягнуто повного загоєння виразок та операційних ран на момент виписки хворого, рівень післяопераційної та загальної летальності, тривалість лікування у стаціонарі, причини повторної госпіталізації хворих. Важливо обчислювати показники ВАНК та летальності не на кількість госпіталізацій, а на кількість госпіталізованих фізичних осіб (Письменна Н.В., Кравченко В.І., 2001).

Проаналізовано 891 випадок госпіталізації, обстеження і комплексного хірургічного лікування НЗУС у 140 хворих на ЦД I типу і 450 – II типу у 1991-2000 рр. На час першої госпіталізації вік хворих становив у середньому  $60,3 \pm 0,4$  року, тривалість ЦД –  $14,1 \pm 0,3$  року, в 11,2 % пацієнтів ЦД виявлений вперше. ВАНК виконана у 147 (35,1 %) з 419 хворих, післяопераційна летальність становила 10,2%, загальна летальність – 6,4 %. Тривалість госпіталізації становила у середньому  $52,8 \pm 0,4$  дня.

Стратегія комплексного хірургічного лікування хворих на ЦД, ускладнений НЗУС, передбачає збереження життя хворого; повне загоєння (епітацію) операційної рани; збереження опороздатності стопи. Порушення послідовності цих принципів зумовлює збільшення частоти повторних операцій, летальності та матеріальних витрат.

УДК: 616.379-008.64-089-06

**А.И. Матвиенко, М.Н. Башмаков, С.К. Джеломанов,  
Ю.В. Карпенко**

## **ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Донецкий государственный медицинский университет*

Рост заболеваемости сахарным диабетом обуславливает и рост осложненных форм этого заболевания, проявляющихся генерализованным поражением артериол, капилляров и венул (микроангиопатия). Локализация пораженных сосудов определяет клинические проявления, течение и прогноз заболевания и является наиболее частой причиной смерти (до 76,5 %) больных сахарным диабетом. Хирургическим аспектом данной проблемы являются гнойно-септические осложнения при синдроме диабетической стопы. Отмечается рост больных с гнойно-некротическими изменениями на стопе у диабетиков в 3 раза, а из общего числа нетравматических ампутаций конечностей от 50 до 70 % выполняются у больных сахарным диабетом, причем доля высоких ампутаций достигает 45-52 %.

Частота и тяжесть проявлений гнойно-некротических осложнений, высокая степень инвалидизации, причем зачастую в трудоспособном возрасте, заставляют уделять значительное внимание лечению этой категории больных совместными усилиями хирургов, эндокринологов, невропатологов, нефрологов и терапевтов и создавать центры по лечению больных с синдромом диабетической стопы.

В патогенезе развития синдрома диабетической стопы выделяем две основные формы: нейропатическую и ишемическую, обусловленные преобладанием поражения периферических нервов или сосудов, а также различные степени их комбинации.

Важным повреждающим фактором является вторичное инфицирование ишемизированных тканей с развитием флегмон, которые имеют тенденцию к быстрому распространению по продолжению. При изучении микрофлоры в раневом отделяемом отмечается полиморфизм и различные комбинации возбудителей, а также часто встречаемую антибиотикорезистентность.

В лабораторных анализах отмечается повышение уровня ферментов, холестерина, коагулопатии. Колебания уровня глюкозы в крови весьма значительные, отмечается большой разброс показателей гликемии как у разных больных со сходными клиническими проявлениями, так и у одного и того же больного на разных этапах лечения.

Учитывая вышеизложенное, при стационарном лечении в хирургическом отделении выделяем четыре основных направления: рациональная инсулинотерапия с целью стойкой компенсации сахарного диабета; комплексное лекарственное воздействие на основные патогенетические звенья заболевания; усиление эффекта медикаментозного воздействия путем внутри-артериального введения препаратов, применения ФТЛ, ГБО, УФ и лазерного облучения крови, гемосорбции, ксеноспленоперфузии; хирургическая коррекция органических поражений сосудов, тканей и их последствий.

Для достижения компенсации сахарного диабета и сдерживания развития осложнений наиболее перспективным считаем использование ксенотрансплантата культуры клеток островкового аппарата поджелудочной железы. Проведенные в клинике в 1993-1996 гг. опыты показали высокую эффективность этого метода и дали обнадеживающие результаты.

В медикаментозном лечении диабетических поражений стоп препаратами выбора считаем вазапрован и альпростан при преимущественно ишемической форме заболевания, берлитион при нейротрофической форме. Использование этих препаратов дали наиболее выраженные положительные результаты. Широко используем актовегин, солкосерил, трентал, пентоксифиллин, реополиглюкин, реомакродекс.

В комплекс лечения включаем внутрисосудистое лазерное и УФ облучение крови (проводится совместно с сотрудниками кафедры анестезиологии и реанимации), используем баротерапию (как локальную, так и общую), местную лазеро- и магнитотерапию.

Важное место в комплексном лечении гнойно-некротических процессов отводим рациональной антибиотикотерапии. Отдаем предпочтение антибиотикам широкого спектра – цифран, ципрофлоксацин, зинацеф, заноцин, отмечает выраженный положительный эффект при применении тиенама и мефоксима. Предпочитаем сочетания двух антибиотиков, дополняя антибиотики цефалоспоринового ряда синтетическими пенициллинами, включаем в антимикробную терапию метрогил, бисептол.

Консервативными мероприятиями добиваемся купирования гнойно-воспалительных проявлений на стопах после вскрытия флегмон и гнойных затеков, а также отграничения некрозов с развитием демаркационной линии, после чего выполняем некрэктомию. Предпочтение отдаем экзартикуляции пораженного пальца с резекцией головки соответствующей плюсневой кости и ведению раны на вторичное заживление с использованием антисептических растворов, мазей типа “Альгофин”, “Левомеколь”, аэрозольных препаратов типа “Левовинизоль”, “Олазол”, “Ливиан”. Хороший эффект получили при использовании тканевых сорбентов, куриозина.

Комплексный подход к лечению больных с синдромом диабетической стопы и гнойно-некротическими осложнениями позволил сократить процент ампутаций, выполненных в отделении. Так, в 1998 г. из 14 больных ампутация выполнена двоим (14,3 %), в 1999 г. пролечено 42 больных, из них оперировано 18 человек, 4-м выполнена ампутация на уровне бедра (9,5 %), 14-ти больным выполнена некрэктомия, при этом послеоперационная летальность составила 5,6 % (умер один больной после ампутации на уровне бедра). В 2000 г. пролечено 40 диабетиков с некрозами и гнойниками на стопах, выполнено 4 ампутации (10 %), 18 экзартикуляций. После операций все больные живы.

УДК: 617.586-02.44:616.379-008.64-089

**Е.Р. Балацкий, В.С. Ковальчук**

## **ОСОБЕННОСТИ ЭКЗАРТИКУЛЯЦИЙ ПАЛЬЦЕВ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Клиника на протяжении 15 лет занимается вопросами диагностики и лечения диабетической стопы (ДС), ежегодно оказывая помощь более 50 пациентам с данной патологией. Внедрение внутриартериального, лимфостимулирующего лечения, квантовой терапии и других методов общего и регионарного воздействия позволило значительно сократить летальность (до 4,1 %) и инвалидность (до 8,9 %) при ДС. Опыт оперативного лечения более 500

больных позволил сравнить различные варианты ампутаций и экзартикуляций пальцев стоп и выработать отдельные тактические приемы, позволяющие улучшить ближайшие и отдаленные результаты.

Все чаще в настоящее время предлагается, пропагандируемая и нами, оперативная тактика опережающих разрезов с максимально радикальным иссечением фасциально-сухожильных образований при гнойных процессах на фоне синдрома ДС (В.М.Бенсман и соавт., 1999; О.Ю.Кучеровский и соавт., 1999; В.П.Федоренко, 1999). В большинстве лечебных учреждений, не изучающих и не занимающихся проблемой лечения СД, остается большим уровень выполнения высоких ампутаций нижних конечностей. В некоторой степени это обусловлено продолжением гнойно-некротического процесса после малых ампутаций и экзартикуляций на стопах. Нами предпринята попытка изучить роль фасциально-сухожильных образований в рецидивировании гнойных процессах при ДС при малых ампутациях на примере экзартикуляции пальцев стоп. Проанализированы результаты лечения при различных способах экзартикуляций пальцев стоп у 92 больных. Из них остеомиелит пальцев стоп был у 58 (63,0 %); гангрена пальцев – у 34 (37,0 %). Варианты выполненных оперативных вмешательств распределены на 4 группы: 1) экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей и иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 44; 2) экзартикуляции пальцев с резекцией головок плюсневых костей без иссечения сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 23; 3) экзартикуляции пальцев без резекции головок плюсневых костей с иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 16; 4) экзартикуляции пальцев без резекции головок плюсневых костей и без иссечения сухожилий сгибателей и разгибателей пальца – 9. Оперативное пособие дополнительно включало: катетеризацию нисходящей или верхней медиальной артерии колена для проведения длительной внутриартериальной инфузии – у 15 (34,1 %) больных 1-й группы, 18 (78,3 %) – 2-й, 9 (56,3 %) – 3-й, 4 (44,4 %) – 4-й; вскрытие периостеомиелитических флегмон и абсцессов – у 9 больных 1-й группы, 5 – 2-й, 2 – 3-й. Восемь больных из третьей и 5 больных из четвертой группы были оперированы в других лечебных учреждениях и поступили в клинику с рецидивом гнойного процесса в среднем через 1 месяц после операции. Магистральный кровоток был сохранен у 89 (78,1 %), различные варианты окклюзионных поражений отмечены у 25 (21,9 %) больных.

Все операции выполнены под внутривенным наркозом. Головки плюсневых костей резецировали с помощью пилы Джигли. Для удаления сухожилий сгибателей и разгибателей III-IV пальцев продлевали окаймляющие палец полуовальные разрезы по тыльной и подошвенной поверхности стопы на 4-5 см, для I и V пальцев разрез продлевали по боковым поверхностям стопы. Перед экзартикуляцией поочередно пересекали сухожилия сгибателей и разгибателей максимально проксимально после их натяжения на зажиме. Методика катетеризации нисходящей или верхней медиальной артерии колена неоднократно описана нами ранее (В.В.Иващенко, В.Ф.Ежелев, 1986; В.С.Ковальчук, 1996).

В течение 1 месяца после операции продолжение гнойно-некротического процесса в ране отмечено по группам: в 1 – у 4 (9,0 %); во 2 – у 7 (30,4 %); в 3 – у 3 (18,7 %); в 4 – у 8 (88,8 %). У большинства больных гнойный процесс протекал по типу вялотекущего гнойного тендовагинита, фасциита. Несмотря на лучшую опорную функцию при сохранении головок плюсневых костей у 8 (50 %) больных 3 группы и 7 (77,7 %) больных 4 группы отмечено продолжающееся в послеоперационном периоде выделение синовиального секрета из раны, что пролонгировало сроки лечения в послеоперационном периоде, существенно не влияя на развитие гнойных осложнений.

Таким образом, наиболее частой причиной гнойных осложнений в послеоперационном периоде являются остающиеся сухожильные образования в зоне ампутации. Оптимальным оперативным пособием для удаления пальцев при гнойно-некротических процессах синдрома ДС, с целью предупреждения развития гнойного процесса в послеоперационном периоде, является экзартикуляция пальцев с резекцией головок плюсневых костей и иссечением сухожилий сгибателей и разгибателей пальца.

УДК 616.136-004.6

**А.А. Ковалев, А.В. Губка, В.И. Перцов, В.А. Овсиенко,  
С.О. Вильховой**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНСУЛИНЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Запорожский государственный медицинский университет*

Целью антигликемических хирургических вмешательств у больных инсулинзависимым сахарным диабетом является предотвращение прогрессирования хронических осложнений (микроангиопатий и полинейропатий), улучшение качества жизни и обеспечение психосоциальной адаптации диабетических пациентов.

Материалы и методы. Комплексное обследование и лечение было проведено у 338 больных (205 мужчин и 133 женщины в возрасте от 16 до 62 лет) с длительностью диабета от 5 до 35 лет. У всех больных имелось сочетание нескольких (от 2 до 5) хронических диабетических осложнений. В зависимости от преобладания основного инвалидизирующего осложнения, все больные были разделены на три группы: у 174 ведущим осложнением был синдром диабетической стопы (№ 1), у 137 – проявление хронических универсальных микроангио- и полинейропатии (почечно-ретикулярный синдром без хронической почечной недостаточности, нейрогликопенический синдром, дистальная и висцеральная полинейропатия) (№2), у 27 – терминальная стадия



хронической почечной недостаточности вследствие диабетической нефропатии (№3).

Накопленный опыт позволил разработать и применить в клинике комплексную антидиабетическую программу, основные положения которой представлены ниже.

Хирургическое лечение синдрома диабетической стопы. При лечении больных с синдромом диабетической стопы пользуемся классификацией Wagner (0-5 стадия) и различаем ишемическую, нейропатическую, гнойно-некротическую и смешанную формы поражения.

Ишемическая форма. Реконструктивные операции на магистральных артериях нижних конечностей были выполнены у 56 больных (аорто-бедренное шунтирование у 24, профундопластика у 32 в сочетании с дистальной резекцией стопы или без нее). У 48 больных эти операции сопровождались поясничной симпатэктомией (ПСЭ). При сохраненном кровотоке на артериях нижних отделов голени у 2 больных была выполнена артериализация венозной системы стопы методом наложения артериовенозной фистулы. Реконструктивные операции были неэффективными и закончились высокой ампутацией у 18 (32,1 %).

Нейропатическая форма. При преобладании моторных, сенсорных и вегетативных нарушений без наличия нейропатических трофических язв выполняли трансплантацию островковых клеток поджелудочной железы (ТрОКлПЖ) – 23 больных, при наличии хронических нейропатических язв без признаков гнойно-некротического воспаления выполняли (ПСЭ) – 6 больных.

Гнойно-некротическая форма. При этой форме диабетической стопы проводили антибактериальную терапию, воздействующую на анаэробную инфекцию, которая начиналась с первых часов поступления и продолжалась не менее 2 недель при поражении мягких тканей и не менее 1 месяца при поражении костей и суставов. Вскрытие гнойных затеков, полную некрэктомию, опережающие разрезы с удалением сухожилий на стопе и нижней трети голени сопровождали открытым ведением раневой поверхности с использованием управляемой абактериальной среды АТУ-3 или АТУ-5. Во второй фазе раневого процесса в комплекс мероприятий включали ТрОКлПЖ (30 больных).

Изменение лечебной тактики позволило увеличить процент хороших результатов при лечении диабетической стопы с 34,5 до 69,7 %, уменьшить количество ампутаций с 36,4 до 6,7 % и количество летальных исходов с 10,9 до 2,5 %.

Хирургическое лечение универсальных микроангиопатий и полинейропатий на доуремической стадии диабета. У больных с быстро прогрессирующими хроническими универсальными микроангио- и нейропатиями при отсутствии симптомов хронической почечной недостаточности выполняли ТрОКлПЖ и операцию наложения дисталь-ного венозного спленоренального анастомоза (депортализация кровотока поджелудочной железы – ДКПЖ)

по Э.И. Гальперину, 1987г. Всего у 137 больных этой группы было выполнено 190 антидиабетических операций (145 ТрОКлПЖ и 45 ДКПЖ). Применяли тактику поэтапных, сочетанных и комбинированных операций.

Антидиабетический эффект обеих операций (ТрОКлПЖ и ДКПЖ) однонаправленный. Он проявлялся в достижении нормогликемии при снижении суточной дозы инсулина (в среднем на 35-40 %), в стабилизации и регрессе диабетических микроангио- и полинейропатий, устранении спонтанных гипогликемий, достижении длительной компенсации диабета. Реверсия диабетических осложнений наступала через 8-12 месяцев практически у всех больных после ТрОКлПЖ и у 17,8 % после ДКПЖ (причиной чего являлась поздняя облитерация спленоренального анастомоза). Продлить антигликемический эффект можно, используя тактику повторных, поэтапных и комбинированных операций.

Терминальная стадия диабетической нефропатии. Диабетические больные, достигшие терминальной стадии ХПН, включены в программу хронического гемодиализа и помещаются в "лист ожидания" на трансплантацию почки. Для реабилитации таких пациентов применяем бикарбонатный гемодиализ и гемофильтрацию (КТ/V 1,4 и URR 65 %). Особое внимание уделяем лечению скрытой или явной сердечно-сосудистой недостаточности, а также профилактике инфекционных осложнений.

Аллотрансплантация почки была выполнена у 4 больных с терминальной стадией диабетической нефропатии. У 1 больной произведена одномоментная симультанная трансплантация почки и поджелудочной железы.

Таким образом, опыт лечения диабетических больных на протяжении 14 лет клинических исследований позволил разработать комплексную антидиабетическую программу, реализация которой осуществляется в зависимости от стадии развития хронических диабетических осложнений у конкретного больного.

УДК: 617.586-02.44:616.379-008.64-089

**В.Н. Шкуропат, Н.А. Сафронков**

## **ДИСПАНСЕРНО-РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ СХЕМА НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПОВТОРНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*ГМКБ, м. Днепропетровск*

Повторные реконструктивные операции у больных сахарным диабетом (СД), в особенности с дистальным типом поражения артериального русла, является важной и трудноразрешимой проблемой.

Полиорганность диабетических осложнений часто приводит к ранней инвалидизации пациентов. Кроме того, поражение магистральных сосудов н/конечностей у больных СД наблюдается 3-5 раз чаще чем в популяции. При этом количество ампутаций н/конечностей составляет 50-60 % в общем числе ампутаций, не связанных с травмой.

Чрезвычайно велика у больных СД смертность после ампутации, причем она у 20 % возникает в ближайшие сроки после операции и 39-68 % – через 5 лет (И.И. Дедов и соавт. 1998 год).

Анализируя сложившуюся в настоящее время ситуацию в обеспечении больных специализированной ангиологической помощи, следует прежде всего отметить недостаточную квалификацию врачей поликлиник в вопросе лечения больных хроническими облитерирующими заболеваниями артерий н/конечностей (ХОЗАНК) на фоне СД. Это проявляется как отсутствием должного диспансерного контроля, так и недостаточным пониманием принципов консервативной терапии данных больных (В.М. Кошкин 1998 год).

Многолетний опыт наблюдения позволил принципиально изменить подход лечения больных ХОЗАНК на фоне СД, в пользу акцентирования мероприятий, направленных на реабилитацию и активное диспансерное наблюдение больных в позднем послеоперационном периоде. Нами открыт консультационный-реабилитационный кабинет (КРК) в функцию которого входит, кроме консультации первично обращающихся больных, диспансерно-реабилитационный контроль больных оперированных на магистральных артериях н/конечностей по поводу ХОЗАНК, в том числе страдающих СД.

Мы считаем, что без адекватной консервативной терапии проводимой в амбулаторных условиях отдаленные хирургические вмешательства на сосудах не могут быть удовлетворительными, поскольку операция не является методом лечения атеросклероза, а лишь устраняет отдельные его проявления, что наиболее актуально для больных СД.

Основными направлениями консервативной терапии периферических ангиопатий при СД (наряду с коррекцией гипергликемии и гиперинсулинемии) мы считаем прежде всего улучшением микроциркуляции за счет снижения адгезии тромбоцитов и лейкоцитов к сосудистой стенке (в число традиционных препаратов мы включили такие средства как диовенор, детралекс и аесцин), коррекция нарушения липидного обмена, улучшение метаболических нарушений, а также стимуляция развития коллатералей.

Что касается стимуляции развития коллатералей мы придерживаемся концепции предложенной В.М. Кошкиным о том, что основную роль в этом процессе играет не фармакотерапия, а тренировочная ходьба (В.М. Кошкин).

С целью облегчения выполнения рекомендаций больным, а также для большей информативности в процессе наблюдения. При выписке из стационара больным выдается диспансерно-реабилитационная карта, в которой указывается схема амбулаторно-консервативного лечения на протяжении года, данные доплерографии, (в частности показатель регионального артериального давления)

начальная дистанция тренировочной ходьбы, вид выполненного операционного пособия и возможность указания динамики развития окклюзионно-стенотических процессов. Кроме этого, больным выдается памятка по уходу за ногами.

Такой подход к диспансерно-реабилитационным мероприятиям позволяет адекватно оценить динамику заболевания и, кроме того, заставить больного активно принимать участие в профилактике собственного хронического заболевания, в том числе отказ от вредных привычек.

Таким образом системный и квалифицированный подход к организации диспансерно-реабилитационного контроля за больными ХОЗАНК, особенно на фоне СД и после перенесенной реконструктивной операции, реальный путь повышения эффективности лечения больных в позднем послеоперационном периоде.

УДК 616.131-005.6/7

**Ю.М. Гупало, С.Е. Бондар, С.М. Діденко**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗУЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ У ХВОРИХ НА ШЕМІЧНУ ФОРМУ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА**

*м. Київ*

В Київському центрі хірургії цукрового діабету 23 хворим на ішемічну форму синдрому стопи діабетика виконувались операції по відновленню кровообігу в нижній кінцівці. З них у 6 – спостерігалася III ступінь ішемії, у 17 – IV ступінь ішемії.

Діагностичними критеріями для визначення ступеня ішемії була класифікація за Fontaine-Покровським, згідно з якою враховувалась дистанція вільної ходи, наявність болю в спокої, акральні некрози.

Всім хворим вимірювався сегментарний тиск (СТ) на стопі за допомогою доплерометрії, визначався кісточно-плечовий індекс (КПІ). Критерієм ішемії, що потребує ревазуляризації кінцівки були дані СТ 0-60 мм рт. ст., КПІ 0-0,5. За результатами УЗДГ і артеріографії вивчався рівень оклюзії або гемодинамічно-значимого стенозу артерій нижньої кінцівки, розповсюдженість процесу, компенсація колатерального кровообігу в системах внутрішньої здухвинної, глибокої стегнової та артеріях гомілки.

При наявності за результатами обстежень задовільних шляхів відтоку виконувались прямі ревазуляризуючі операції або їх поєднання: стегново-підколінне шунтування (СПШ) – 9, СПШ в поєднанні з симпатектомією (СИМ) – 1, дистальних шунтувань і реконструкцій (ДШ) – 4, при незадовільних умовах – непряма ревазуляризація: СИМ – 4, фасціотомія на гомілці (Ф) – 2, Ф в

поєднанні з СИМ – 1, артеріолізацій вен стопи – 1, катетерізацій а. epigastrica inf. – 2.

Після виконання прямих та непрямих реконструктивних втручань у певної групи хворих другим етапом робились операції на нижній кінцівці, такі як: ампутація пальців, трансметатарзальна резекція стопи за Шарпом, ампутація на рівні верхньої третини гомілки, ампутації на рівні нижньої третини стегна. Відомо, що від рівня ампутації залежить післяопераційна летальність, інвалідність, ступінь соціальної адаптації та якість життя.

Порівняння результатів оперативних втручань проводилось шляхом вирахування умовного коефіцієнту рівня ампутації (УК). Ампутаціям з збереженням опороздатності нижньої кінцівки присвоювали: 1 бал – ампутація одного або декількох пальців, 2 бали – трансметатарзальна резекція стопи; при втраті кожного крупного суглоба нараховувалось ще по 2 бали: 4 бали – ампутація на рівні гомілки (при втраті гомілково-ступневого суглобу), 6 балів – ампутація на рівні стегна (при втраті колінного суглобу). УК визначали як відношення суми балів до кількості операцій.

При прямих ревазуляризаціях, які виконувались 14 хворим сума балів дорівнює 14, УК – 1,0. При непрямих втручаннях у 9 хворих сума балів – 21, УК – 2,33. У 23 хворих, яким виконувалась ревазуляризація нижньої кінцівки сума балів дорівнює 34, УК – 1,48.

В центрі виконано 23 ампутації на рівні стегна, 44 – на гомілці, 46 трансметатарзальних резекцій стопи за Шарпом, 62 ампутації пальців. Аналізуючи статистику низких та високих ампутацій у хворих на цукровий діабет, яким не виконувалась ревазуляризація, звертає на себе увагу те, що переважна кількість високих ампутацій виконано хворим саме з вираженим ішемічним компонентом. На стегні 13 з 23, на гомілці 38 з 44. Нижчі ампутації з приводу ішемії навпаки складають малу частку від загальної кількості: на стопі 5 з 46, ампутації пальців 15 з 62. Це, на нашу думку, свідчить про можливість збереження опорної функції нижньої кінцівки лише при відсутності вираженої ішемії.

Таким чином УК у хворих без ревазуляризації дорівнює  $255/71=3,59$ .

Висновки. 1. Умовний коефіцієнт рівня ампутації може служити для порівняння результатів різних методів лікування хворих на синдром стопи діабетика. 2. УК рівня ампутації у хворих на цукровий діабет при непрямій ревазуляризації в 2,33 раза вище, ніж при прямій. 3. Переважна кількість високих ампутацій у хворих на синдром стопи діабетика без ревазуляризуючої операції (стегно+гомілка) виконуються з приводу ішемії. Збереження опорної функції нижньої кінцівки у хворих на синдром стопи діабетика можливо в переважній більшості випадків лише при відсутності вираженої ішемії. 4. УК рівню ампутації у хворих з ішемічною діабетичною стопою при ревазуляризації (1,48) в 2,43 рази нижче, ніж без ревазуляризації (3,59).

**І.Б. Вихопень, Я.Б. Головацький, Р.М. Максимович,  
М.М. Маркевич, І.Р. Бичківський, А.М. Новосад, В.І. Березюк,  
І.Е. Тимощук, Р.В. Тихоліз**

## **СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ: 12-РІЧНИЙ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ**

*м. Львів*

Вступ. Синдром діабетичної стопи (СДС) найбільш складне і найбільш вартісне з лікування ускладнення цукрового діабету (ЦД). Частота ампутацій нижніх кінцівок у таких хворих в 15-20 разів перевищує даний показник в загальній популяції і складає 50 % загальної кількості нетравматичних ампутацій. Проблеми зменшення частоти і рівня ампутацій кінцівок, а отже і покращення життя хворих ЦД є важливим завданням, поставленим Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Міжнародною федерацією діабету (Сент-Вінтсенська декларація 1998р.).

На сьогодні існує два погляди на лікування хворих з СДС. Один з них – висока ампутація кінцівки, як єдиний метод врятування життя хворого, інший – максимально можливе запобігання ампутаціям нижніх кінцівок, це досягається шляхом проведення малих багаторазових хірургічних втручань навіть у тих хворих з СДС, де згідно з класичними канонами судинної хірургії висока ампутація є єдиним методом лікування.

Матеріали і методи. Проведено аналіз хірургічного лікування 2175 хворих на цукровий діабет з гнійно-некротичними ураженнями нижніх кінцівок. Залежно від періоду лікування: хворі були розподілені на дві групи 1990-1995рр. – 894 хворих, 1996-2001рр. – 1281 хворих.

Результати досліджень та їх обговорення. В 1990 році на базі хірургічного відділення розгорнуто ліжка для хворих судинного профілю, де зосередилися, в основному хворі з СДС, з тої чи іншої причини реконструктивні операції на судинах неможливо було провести. Впровадження ультразвукових методів обстеження судин з однієї сторони, а з іншої – неврахування патогенетичних механізмів розвитку СДС обумовило перегляд об'єму хірургічних обробок в бік максимально радикалізму. За цей період виконано 606 оперативних втручань у хворих СДС, з них високих ампутацій 79(13 %), кількість всіх ампутацій – 388(64 %).

Спеціалізація відділення з 1996 року на лікуванні хворих з СДС призвела до збільшення кількості цих хворих і відповідно змінилося відношення самих хірургів до цієї групи хворих. Емпіричним шляхом було встановлено, що наявність повної оклюзії судин нижніх кінцівок при певних обставинах та відповідній хірургічній обробці у хворих з СДС не є показником до високої ампутації кінцівок. Малі хірургічні втручання при СДС вже не розглядалися

тільки як етап підготовки до високої ампутації, вони все частіше знаходили своє самостійне вирішення і були спрямовані на збереження функціонуючої кінцівки. В лікуванні хворих з СДС ми дотримувалися таких основних критеріїв:

- визначення характеру порушень кровопостачання нижніх кінцівок за даними доплерівської ультразвукової діагностики з метою диференціації патогенетичної форми СДС та вибору групи хворих для проведення реконструктивних операцій;

- компенсація ЦД, шляхом переведення хворих на дробні дози простого інсуліну;

- проведення хірургічних втручань залежно від показань у невідкладному, терміновому чи плановому порядку з врахуванням анатомічних особливостей перебігу гнійних процесів на стопі;

- диференціація мікрофлори у вогнищі ураження, що дозволяє вибрати раціональні схеми антибіотикотерапії та оптимальні межі хірургічних втручань. Нами розроблені наступні принципи хірургічного лікування СДС:

- рання ліквідація гнійно-некротичного вогнища шляхом широкого розкриття з висічення апоневрозу підошви та некротизованих тканин з одночасним максимальним збереженням шкіри;

- при поширенні процесу на кісткову тканину важливим є збереження структури ступні за рахунок проведення черезплесневої резекції. Ампутацію I-V пальців проводили з обов'язковим видаленням хрящової частини головок плесневих кісток. При ізольованому ураженні I пальця здійснювали його ампутацію з попереднім пересіченням сухожилля довгого згинача з метою попередження і поширення процесу вздовж сухожильних півх. Черезплесневі резекції виконували на межі із здоровими тканинами з наступними повторними, при необхідності, некректоміями чи резекціями кісток;

- дистальну ампутацію ступні доцільно виконувати на рівні проксимальної частини кісток плесни з метою попередження поширення запального процесу на передплесно-плесневе зчленування. В даному випадку перевагу віддаєм "гільотинним" ампутаціям, але з обов'язковим збереженням хоча би мінімальних куку плесневих кісток;

- при глибоких флегмонах ступні з поширенням процесу на гомілку, без ураження гомілково-ступневого суглоба проводити розкриття флегмони вздовж фасціальних півх з розкриттям підошвового та п'яткового каналів;

- пересадку шкіри проводити на гранулюючу поверхню у ранньому періоді до повного очищення рани, одночасно з некректомією.

Недоліки у веденні хворих з трофічними розладами нижніх кінцівок, які можуть призвести до СДС:

- відсутність контролю за рівнем глікемії та неадекватна його корекція;
- пізні звертання хворих з однієї сторони, а з іншої небажання хірургів займатися цією проблемою на ранніх її стадіях (0, I, ІА стадії за Вагнером);

– відсутність патогенетичного підходу у визначенні форми діабетичної стопи, а звідси надмірна хірургічна активність (при виконанні малих операцій) при ішемічній чи недостатній при нейропатично-інфікованій формах;

– недооцінка загального стану хворого СДС, відсутність комплексного підходу в лікуванні призводить в кінцевому результаті до високої ампутації, як до єдиного способу “врятування” життя.

Висновок. Проведений аналіз хірургічного лікування СДС протягом 12 років показує, що при дотриманні певних критеріїв у веденні та принципів в хірургічному лікуванні хворих з СДС вдалося зменшити кількість високих ампутацій з 13 % до 6,1 %, а кількість всіх ампутацій з 64 % до 55 %.

УДК: 617.586-02.44:616.379-008.64-089

**А.Д. Салахов, И.Н. Астахова**

## **СПОСОБ ЭКОНОМНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В МЕСТНОГОЛЕЧЕНИЯ РАН БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СТОПЫ**

*Институт последипломного образования Башкирского государственного медицинского университета, г. Уфа*

При гнойно-некротических поражениях стопы больных сахарным диабетом, с целью радикальной ликвидации очага и выведения из состояния декомпенсации сахарного диабета, традиционно производятся проксимальные ампутации нижней конечности, определяющие дальнейшую нетрудоспособность, продолжительность и “качество жизни” больных.

При гангрене пальцев мы применяли усовершенствованную нами методику экономных операций на уровне стопы 47 больным сахарным диабетом с влажной и сухой гангреной пальцев и переднего отдела стопы. Операции заключались в экзартикуляции пораженных пальцев с обязательной резекцией 1/2-2/3 соответствующей плюсневой кости. Для этого кожу у основания пальца рассекали двумя окаймляющими разрезами, которые продлевали по тыльной поверхности стопы до средней трети плюсневой кости. Подобная тактика обеспечивает доступность для иссечения сухожилий без использования дополнительных доступов. Интраоперационно мы избегаем применения электрокоагуляции, образующего дополнительный струп для микроорганизмов, углубляющего зону ишемии и отторгающегося во время перевязок с последующим кровотечением. При некрэктомии придерживаемся особо экономной тактики, поскольку зачастую существует зона не проявившегося для интраоперационной визуализации некроза и возможного улучшения гемодинамики в стопе на фоне комплексной терапии. К тому же грубые, расширенные



хирургические манипуляции углубляют зону ишемии. При распространении гнойно-некротического процесса на смежные плюсневые кости, расширяли операцию. Мы избегаем ограничиваться резекцией лишь головки плюсневой кости, поскольку наличие костной культи в области дна раны дает возможность распространения гнойно-деструктивного процесса по костной ткани в проксимальные отделы стопы. Однако, при гангрене 4-5 пальцев с деструкцией плюсневых костей, когда их максимальная резекция прогностически неблагоприятна для образуемого ими единого сустава, мы вычленили их единым блоком. Операция завершалась обеспечением доступности для санации в послеоперационном периоде всех участков образованной раны. Края кожного разреза, продленного над плюсневой костью, сводятся одним или двумя наводящими швами. Созданный раневой канал рыхло тампонируют салфеткой, смоченной 10 % раствором натрия хлорида и мазью Вишневского. При гангрене более трех пальцев (от 1-го до 4-го) и переднего отдела стопы для предупреждения возможных переломов оставшихся фаланг выполняли ампутацию переднего отдела стопы в модификации по Шопару. Сформированный подошвенный лоскут к краям раны не подшивали. Рана велась открытой. С появлением грануляций края раны сводились наводящими швами.

Местное лечение зависело от фаз раневого процесса. Перевязку выполняли ежедневно дважды в первой фазе раневого процесса. На первой перевязке в ране оставляли тампон с раствором диоксида. На кожные края раны наносилась гепариновая мазь на протяжении 4-5 дней. На повторной – в рану закладывался “Ируксол” или пепсин. На кожные края раны наносилась троксевазиновая мазь до ликвидации отека и гиперемии. Ежедневно проводилась магнитолазеротерапия раны. Для ускорения очищения раны от некротических масс прибегали к хирургической обработке во время перевязок. Кроме того, с целью профилактики вторичной инфекции и снижения титра обсемененности, периодически производили перевязки с борной кислотой. При расширении зоны некроза, распространении гнойно-некротического процесса на смежные плюсневые кости, выполняли расширенные некрэктоми под перидуральной анестезией. Подобные процедуры могут повторяться неоднократно. С появлением грануляций в ране перевязки производили однократно с применением актовегиновой или метилурациловой мази. С этого момента перевязка завершалась рациональным наложением повязки сближающего края раны.

В результате, 60 % больным, оперированным в первые сутки по усовершенствованной нами методике, представилось возможным сохранить опорную функцию стопы, среди которых по поводу влажной гангрены пальцев оперировано 19,4 % больных, сухой гангрены пальцев – 44,6 %, влажной гангрены стопы – 14,9 %, сухой гангрены стопы – 21,2 %.

**В.М. Тимербулатов, Р.Г. Каланов, И.Н. Астахова, А.Д. Салахов**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С НЕКРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ СТОПЫ**

*Институт последипломного образования Башкирского государственного  
медицинского университета, г. Уфа*

Ампутации нижних конечностей у больных сахарным диабетом производятся в 15-17 раз чаще, чем у населения в целом, при этом послеоперационная летальность может достигать 23,3-50 %.

Материалом для настоящего исследования явились 60 больных сахарным диабетом с изолированной гангреной пальцев и переднего отдела стопы, лечившихся в отделении хирургических инфекций больницы скорой медицинской помощи г. Уфы за 6 лет.

В контрольной группе из 25 больных лечение проводилось по общепризнанным методам оперативного вмешательства и медикаментозной терапии.

Основную группу в количестве 35 человек, составили больные, лечение которым проводили по усовершенствованной нами методике оперативного вмешательства и патогенетически обоснованной медикаментозной терапии.

В распределении больных по полу и возрасту, по наличию сопутствующей патологии и характеру гнойно-некротического поражения стопы больные основной и контрольной групп были идентичны.

Лечение в основной группе больных базировалось на четырех основных этапах: диагностический; этап предоперационной подготовки; оперативное вмешательство; лечение в послеоперационном периоде. При этом, усилия были направлены на максимально возможное сохранение опорной функции конечности. Эти задачи могут быть решены только при условии комплексного лечения, направленного на: нормализацию обменных процессов, в том числе углеводного обмена; детоксикацию и коррекцию полиорганных расстройств; ликвидацию патологического очага на стопе и борьбу с инфекцией; улучшение регионарной гемодинамики и микроциркуляции;

Предоперационная подготовка включала обязательную инсулинотерапию инсулинами короткого действия, детоксикационную, ангиотропную, антикоагулянтную и дезагрегантную терапию.

Выбор оперативной тактики происходил с учетом клинической картины заболевания, особенностей кровоснабжения стопы больного сахарным диабетом и патогенеза развития гнойно-некротических осложнений.

Мы применяли усовершенствованную нами методику органосохраняющих операций на уровне стопы, придерживаясь основных принципов: оперативное вмешательство в ранние сроки, максимальное иссечение костной ткани,

минимальная травматизация и максимальное сохранение мягких тканей стопы. Операции заключались в экзартикуляции пораженных пальцев с обязательной резекцией 1/2-2/3 соответствующей плюсневой кости, а при гангрене 4-5 пальцев с деструкцией плюсневых костей, когда их максимальная резекция прогностически неблагоприятна для образуемого ими единого сустава, мы вычленили их единым блоком с последующей обработкой суставной поверхности.

В послеоперационном периоде продолжалась медикаментозная терапия, направленная на основные звенья патогенеза и включающая инсулинотерапию в зависимости от уровня гликемии, детоксикационную, антиоксидантную терапию, а также: спазмолитики, дезагреганты, антикоагулянты, средства, активирующие тканевой обмен путем увеличения транспорта и утилизации кислорода, антибактериальные препараты, иммуностимуляторы. Местное лечение представляло собой ферментативную некрэктомию в сочетании с магнитолазеротерапией. Рана велась открыто.

При отсутствии положительной динамики на протяжении 10-14 суток, прогрессировании гнойно-некротического процесса, решался вопрос о проксимальной ампутации нижней конечности.

Среди наблюдавшихся групп 60 % больным, оперированным по усовершенствованной нами методике, представилось возможным сохранить опорную функцию стопы, в контрольной группе этот показатель составил 24 %.

Таким образом, экономные операции на уровне стопы при диабетической гангрене ее переднего отдела на фоне патогенетически обоснованной медикаментозной терапии, сохраняющие опорную функцию конечности, возможны, оправданы и не приводят к тяжелой инвалидизации больных.

УДК 79-008.64:616.137.9-007.271-08

**Я.І. Василюк**

## **ОЦІНКА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ СТОПИ ДІАБЕТИКА У ХВОРИХ З ОБЛІТЕРУЮЧИМ АРТЕРІОСКЛЕРОЗОМ НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*Івано-Франківська обласна клінічна лікарня*

Вступ. Проблема діабетичних ангіопатій нижніх кінцівок, ускладнених гнійно-некротичними процесами у вигляді синдрому стопи діабетика (ССД), набуває все більшого значення особливо в індустріальне розвинутих країнах. Цукровий діабет (ЦД) є найпоширенішим захворюванням ендокринної патології, захворюваність щороку збільшується і на фоні атеросклеротичного ураження магістральних та периферичних артерій є основною причиною інвалідності і смертності серед населення після 45 років [1]. Продовжується пошук

найбільш ефективних методів лікування, проте, радикальних успіхів у їх вирішенні ще не досягнуто [2]. Одним з численних методів хірургічної корекції глікемії за останні десятиріччя, займає, зокрема пересадка культури  $\beta$ -клітин або дрібних фрагментів ембріональної підшлункової залози [4,5].

Матеріали і методи. Метою нашого дослідження є розробка методичних підходів і оцінка ефективності лікування ЦД ускладненим гнійно-некротичним процесом стопи (ССД) у 34 хворих облітеруючим артеріосклерозом нижніх кінцівок на основі впровадження таких методів хірургічної допомоги, як ксенотрансплантація (КТц) острівцевих клітин підшлункової залози і доартеріальна інфузія. Чоловіків було 18 (52,9 %), жінок – 16 (47,1 %), вік хворих від 28 до 77 років. Тривалість захворювання ЦД  $17,3:1=8,4$  років, важкою формою страждало 17 (50 %) хворих, середньої важкості – 13 (38,2 %), легкою – 4 (11,8 %). Всі пацієнти мали виражені в різному ступені вогнища ішемічного некрозу на кінцівках. Прохідність судин на рівні гомілкових артерій виявлено у 22 (64,7 %) хворих, підколінної артерії – у 12 (35,3 %). Відсутність магістрального кровотоку підтверджувалась ангіографією чи неінвазивним методами (ультразвуковим дуплексним скануванням).

Результати досліджень та їх обговорення. При поступленні хворих до стаціонару, після їхнього обстеження, хірургічне втручання проводили на фоні інтенсивної судиннорозширюючої та антибактеріальної терапії, яка спрямована на компенсацію судинно-тромбоцитарного і коагуляційного гемостазу, вуглеводного, білкового і жирового обміну. Через поширеність гнійно-некротичного процесу на стопі у всіх хворих здійснювали розкриття флегмони з некротомією м'яких тканин і ампутацією пальця з резекцією головки та 1/2-2/3 тіла плюсневої кістки чи трансметатарзальну ампутацію стопи [3]. Наступне проводили одномоментні струменеві доартеріальні інфузії антибактеріальних медикаментозних препаратів (рефлін, заноксин та ін.) і ангіопротекторів (актовегін, пентоксифілін), а довенно крапельне вводили берлігтон в дозі 300 ОД (22 хворих) або алпростан 200 мг (6 хворих) протягом 10 діб. Для корекції глікемії 8 хворим в перші 10 днів госпіталізації виконали КТц фрагментів ембріональної підшлункової залози в підшкірну клітковину чи прямиий м'яз живота.

У всіх пацієнтів в ранньому післяопераційному періоді відмічено покращення: зменшувався біль, набряк. Протягом першого тижня лікування ознаки запалення зникали, місцеве використовували адсорбуючу мазь з аронієвою олією (ТзОВ "Фітолік") і відбувалось швидке відторгнення некротичних тканин, проте рівень цукру в крові становив  $12,9\pm 2,6$  ммоль/л. У хворих на другий тиждень після КТц гіперглікемія знижувалась до  $7,6\pm 1,2$  ммоль/л, що дало змогу зменшити дозу інсуліну, а в окремих випадках і відміняти його. Після трансплантації перебіг діабету, особливо його лабільних форм, був сприятливіший, ніж після інсулінотерапії, а при довготривалій доартеріальній інфузії медикаментів відбувалась ліквідація ішемічних проявів і швидке загоєння рани. Проте, через 3-4 місяці у 27 наступала реверсія ЦД і довелось знову вводити інсулін в менших дозах для досягнення нормоглікемії. Хоча КТц

фрагментів ембріональної підшлункової залози дала можливість, в певній мірі, компенсувати перебіг лабільних форм цукрового діабету, а доартеріальне введення дезагрегантних, спазмолітичних, фібринолітичних і антибактеріальних препаратів припинити прогресування гнійно-некротичних уражень та ішемічних проявів і у 32(94,1 %) хворих зберегти опороздатну кінцівку.

Висновки. Таким чином, отримані результати свідчать про практичне значення всебічного використання повного комплексу медикаментозних препаратів з метою підвищення ефективності лікування синдрому стопи діабетика хворих облітеруючим артеріосклерозом нижніх кінцівок.

Для підвищення ефективності хірургічного лікування ішемічного синдрому діабетичної ступні та координації діяльності хірургічного персоналу в медичних установах необхідно всесторонньо вивчити гемодинаміку ураженої кінцівки і вибрати найоптимальніший вид і об'єм оперативного втручання, що можуть стати основою для раціонального забезпечення лікувального підходу до вказаної патології.

### **Література**

1. Боднар П.М., Приступок О.М., Щербак О.В., Доніш Р.М., Матяшина Г.Г. Практична ендокринологія. – К.: Друкар, 1995.– 292 с.
2. Даниленко В.С., Чубенко А.В., Нижерадзе А.И. Анализ динамики исследований по созданию новых лекарственных средств в развитых странах (аналитический обзор) /Фармакологичтй вісник.-1998.- N 2.- С. 24-36.
3. Ляліс М.О., Герасимчук П.О. Синдром стопи діабетика. Чи можна виконати умови Сент-Вінсентської декларації в Україні? / Шпитальна хірургія.- 2001.- № 3.- С. 117-119.
4. Никоненко А.С., Ковалев А.А., Завгородний С.Н., Волкова Н.А. Сочетанное применение депортализации кровотока поджелудочной железы и трансплантации криоконсервированных клеток панкреатических островков у больных с инсулинзависимым сахарным диабетом / Клін. хірургія.- 1994.- № 11.- С. 7-10.
5. Єфімов А.С., Сергієнко О.О. Діабетичні мікроангіопатії.- К.:Видавництво Українського інституту ендокринології та обміну речовин, 1994.- 128 с.

УДК 616.379-008.64-089.843

**И.Е. Верхулецкий, А.А. Алексеенко, Ф.К. Папазов,  
Г.Г. Пилюгин, О.В. Розенко, Д.Н. Синепупов**

## **ОПТИМИЗАЦИЯСРОКОВПОВТОРНЫХТРАНСПЛАНТАЦИЙ КУЛЬТУРОСТРОВКОВЫХКЛЕТОКПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫБОЛЬНЫМСАХАРНЫМДИАБЕТОМ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

Вступление. Наиболее активным методом в комплексном лечении сахарного диабета является трансплантация культур островковых клеток поджелудочной железы (ТрКОКПЖ). Однако, длительность клинического эффекта ограничена от 1 до 3 лет, а в последующем проводятся повторные ТрКОКПЖ.

Материалы и методы. Проведен анализ отдаленных результатов 58 ТрКОКПЖ у 42 больных сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 11 до 67 лет, из них 25 женщин и 17 мужчин. Длительность заболевания от 3 месяцев до 16 лет. Повторные ТрКОКПЖ проведены 11 пациентам в сроки от 5 месяцев до 6 лет после первичных.

Органоспецифические флотлирующие культуры островковых клеток готовили по общепринятой методике из поджелудочных желез эмбрионов человека в возрасте 16-24 недели беременности.

ТрКОКПЖ выполнены пункционно в футляр правой прямой мышцы живота у 23 больных (1 группа), у 19 – в капсулу, сформированную из большого сальника по разработанной нами методике (2 группа).

Контрольные обследования проведены через 3, 6, 9, 12, 18 месяцев у 42 больных, 26 пациентов наблюдались более 3-х лет, 17 – более 5 лет. В динамике наблюдали клиническое состояние, включая общее самочувствие, клинические и биохимические показатели, иммунологический мониторинг путем изучения популяций и субпопуляций лимфоцитов периферической крови методом непрямой иммунофлюоресценции. Сонографический контроль морфофункционального состояния трансплантата проводился эхокамерой SSK 630 ALKKA с изучением показателей гистограммы.

Результаты. Уже в первый месяц после ТрКОКПЖ отмечалась стойкая стабилизация течения заболевания, на фоне поэтапного снижения дозы экзогенного инсулина на 30-60 % – нормализация показателей углеводного обмена в обеих группах больных. У всех больных улучшилось общее самочувствие, психоэмоциональное состояние, снизилась утомляемость, стабильность состояния сохранялась даже после погрешности в диете.

Через 4-6 недель после ТрКОКПЖ отмечали достоверные изменения в иммунологическом статусе пациентов, что проявлялось в коррекции дисбаланса основных популяций и субпопуляций лимфоцитов, снижении количества циркулирующих иммунных комплексов и отдельных фракций иммуноглобулинов. Причем, более быстро эти изменения наступали у 2-ой группы пациентов.

Сонография трансплантата в отдаленные сроки показала структурно-морфологические изменения, ставшие критериями его функциональной активности, соответствующие клиническим проявлениям. В раннем послеоперационном периоде капсула трансплантата была средней степени экзогенности, нечетко выраженной, структура трансплантированной ткани поджелудочной железы была однородной или мелкозернистой, экзогенность оставалась нормальной, при гистографии соответствовала экзогенности ткани нормальной поджелудочной железы.

При динамическом наблюдении в течение года при сонографии отмечалось постепенное повышение экзогенности капсулы, ее четкая выраженность, утолщение, структура железистой ткани становилась неоднородной за счет участков инфильтрации и фиброза, экзогенность трансплантированной ткани постепенно повышалась. К 15-18 месяцам после ТрКОКПЖ капсула становилась менее выраженной за счет значительного повышения экзогенности трансплантированной

ткани поджелудочной железы, что происходило ввиду замещения трансплантата жировой и рубцовой тканью. Трансплантат уменьшался в размерах, контуры его становились неровными и нечеткими.

В эти же сроки отмечались изменения иммунограммы. У больных 1-ой группы уже с 9-ого месяца после ТрКОКПЖ отмечалось нарастание дисбаланса в популяциях и субпопуляциях лимфоцитов, а к 12-15 месяцам показатели иммунограммы практически возвращались к исходным. Аналогичные изменения отмечены и у пациентов 2-ой группы, однако, коррекция длилась от 15 до 18 месяцев и к исходным показатели иммунного статуса возвращались через 2-3 года.

Повторные ТрКОКПЖ на фоне клинической, иммунологической и сонографической функциональной активности трансплантата выполнены у 3 больных, в период снижения активности трансплантата у 4 больных и у 4 больных после возвращения всех показателей к исходным. 5-ым больным ТрКОКПЖ проведены трижды. У всех больных отмечена стойкая длительная ремиссия заболевания, особенно у пациентов, которым повторная ТрКОКПЖ проводилась на фоне еще функционирующего первично введенного трансплантата.

Выводы. 1. Длительность клинического эффекта ТрКОКПЖ зависит от способа трансплантации. 2. Показатели иммунного статуса после ТрКОКПЖ являются наиболее достоверным критерием степени компенсации заболевания. 3. Сонография трансплантата позволяет оценить его морфо-функциональное состояние в отдаленные сроки. 4. Повторные ТрКОКПЖ в оптимальные сроки позволяют добиться более длительной компенсации сахарного диабета.

УДК 616.379-008.64-06+617.586-08

**В.В. Ставицкий, І.Б. Муравський, М.Б. Гурєєв, В.І. Харченко,  
А.Ю. Копинець, І.В. Федик**

## **ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ У ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОМУ СТАЦІОНАРІ**

*Знам'янська центральна районна лікарня, м. Знам'янка Кіровоградської області*

Проаналізовані результати лікувань 206 хворих з синдромом діабетичної стопи (СДС) віком від 42 до 82 років, що проходили лікування в хірургічному стаціонарі у 1991-2001 рр. В основну групу увійшло 82 хворих, у яких хірургічне лікування проводилось з урахуванням форми СДС, тяжкості ураження і розповсюдження (за Вагнером), стадії ішемії кінцівки, в контрольну – 124 хворих з аналогічним ураженням, яких лікували в 1991-1997 рр. з використанням загальноновизнаних методів. В усіх хворих спостерігали тривалий цукровий діабет (ЦД) середньої тяжкості та тяжкий. ЦД II типу діагностований у

93,6 % хворих. У 28 хворих діагностована нейропатична ішемічна форма діабетичної ангіопатії, у 82 – ішемічна гангренозна форма. Хворим проводили клінічні, біохімічні, імунологічні та бактеріологічні дослідження в динаміці.

Гнійно-запальні та некротичні зміни при ЦД супроводжувалися значними порушеннями метаболізму, гіперглікемією, глікозурією, кетоацидозом, збільшенням в крові сечовини, креатиніну, залишкового азоту. У 162 (78,6 %) хворих виявлений ендотоксикоз середньої тяжкості та тяжкий з ознаками гепатопатії та нефропатії.

Під час бактеріологічного дослідження у 62 % хворих з ран та виразок виділено асоціації білого та золотистого стафілокока, у 32 % – неклостридіальні анаеробні мікроорганізми. У 35 % хворих відзначена антибіотикорезистентність бактеріальної флори. Рівень бактеріальної забрудненості становив від  $10^4$  до  $10^6$  в 1 г тканини. Під час цитологічного дослідження мазків-відбитків з гнійних ран та виразок спостерігали виражені дегенеративно-некротичні зміни.

Всього прооперовано 131 (63,6 %) хворого, яким проведено 248 хірургічних операцій. В невідкладному і терміновому порядку виконано 106 (42,7 %) операцій, в тому числі 47 (44,3 %) високих ампутацій кінцівки.

Невідкладною вважали операцію, яку виконували в термін 2-12 г з моменту госпіталізації хворого, після стабілізації рівня глюкози в крові і корекції порушень діяльності серцево-судинної системи. Показаннями до виконання невідкладної операції були наявність вологої гангренги пальців і стопи, в тому числі з розповсюдженням гнійного запалення на гомілку. Терміновою вважали операцію, яку виконували терміном 24-72 г з моменту поступлення хворого в стаціонар, коли, незважаючи на проведення інтенсивної та антибактеріальної терапії, відзначено прогресування гнійно-некротичного ураження (ГНУ).

Показаннями до виконання високої ампутації кінцівки на рівні стегна враховували наявність вологої гангренги стопи з флегмоною гомілки до її середньої третини і вище. При виявленні розповсюдженої гангренги стопи (V ступінь за Вагнером) та розповсюдження ГНУ до нижньої третини гомілки при збереженні магістрального кровотоку виконували ампутацію кінцівки на рівні середньої або верхньої третини гомілки.

Показниками, що визначали об'єм невідкладної та термінової операції, виявилися вираження та розповсюдження ГНУ, тяжкість ішемії, а також загальний стан хворого. В основній групі висока ампутація кінцівки виконана у 19 (23,1 %) хворих, в тому числі в невідкладному і терміновому порядку у 16 (84,2 %). Летальність після проведення невідкладних і термінових операцій становила 18,7 %. Ампутація кінцівки на рівні середньої третини стегна виконана у 16 (84,2 %) хворих, на рівні середньої і верхньої третини гомілки – у 3 (15,8 %). В контрольній групі висока ампутація виконана у 39 (31,4 %) хворих, із них в невідкладному і терміновому порядку – у 31 (79,4 %). Летальність після проведення невідкладних і термінових ампутацій становила 41,0 %. Ампутація кінцівки на рівні верхньої і середньої третини гомілки виконана у 2 (5,1 %).



При наявності у хворого прогресуючого ГНУ з локалізацією на стопі (IV ступінь зв Вагнером) здійснювали хірургічну обробку гнійного вогнища з широким розкриттям фасціальних піхв стопи, п'яткового та щиколоткового каналів. Хірургічна обробка гнійного вогнища в невідкладному і терміновому порядку виконана в основній групі у 18 (21,9 %) хворих.

У хворих, стан яких не потребував невідкладного проведення операції, тактику лікування визначали з урахуванням стадії і форми СДС, динаміки гнійно-запальних змін, вираження ішемії і тяжкості супутніх захворювань.

При нейропатичній формі СДС у вигляді інфікованих виразок (I і II ступені за Вагнером) без ознак прогресування гнійно-некротичних ускладнень обмежувались місцевим консервативним лікуванням, яке проводилось у 10 (12,2 %) хворих основної групи. В контрольній групі консервативне лікування проводилось у 65 (52,4 %) хворих.

У хворих з нейроішемічною формою СДС при наявності локальної гангренни, остеомієліту, остеоартропатії і абсцесу стопи (III і IV ступені за Вагнером) спочатку проводили консервативне лікування. При стабілізації місцевого ГНУ виконували органозберігаюче втручання, можливість здійснення якого визначали на основі оцінки стану мікроциркуляції. При неефективності консервативного лікування та прогресувань критичної ішемії виконували високу ампутацію кінцівки з урахуванням рівня порушення артеріального кровообігу.

Таким чином, тактику лікування хворих з СДС вибирають залежно від форми СДС, розповсюдження та глибини ГНУ (відповідно до класифікації Вагнера), наявності ознак критичної ішемії, а також стану гомеостазу. Завдяки впровадженню диференційованого підходу до лікування хворих з СДС вдалося значно зменшити питому вагу високих ампутацій кінцівок і покращити результати лікування.

УДК: 616-089 + 617.586 + 616.379-008.64 + 616-005.1-08 + 615.355

**Р.В. Сабадош**

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ, УСКЛАДНЕНОГО ДИСЕМІНОВАНИМ ВНУТРІШНЬОСУДИННИМ ЗСІДАННЯМ КРОВІ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Вступ. Один з основних механізмів виникнення некротичних ускладнень при синдромі діабетичної стопи (СДС) – розвиток хронічного синдрому дисемінованого внутрішньосудинного зсідання (ДВЗ) крові (Ефимов А.С., 1996). Не дивлячись на це, рекомендацій щодо лікування ДВЗ крові у таких хворих, не говорячи вже про диференційований підхід до пацієнтів з різними його

стадіями та формами, на сьогодні не існує, що й визначило мету даного дослідження.

Методи. Обстежено 157 хворих із СДС з важким субкомпенсованим цукровим діабетом: 89 чоловіків (56,7 %) і 68 жінок (43,3 %); 24 хворі (15,3 %) – з I типом діабету і 133 (84,7 %) – з II; 28 пацієнтів (17,8 %) – з нейропатичною інфікованою формою СДС, 38 осіб (24,2 %) – з гангренозно-ішемічною і 91 хворий (58,0 %) – зі змішаною. У 114 пацієнтів виявлено ДВЗ-синдром. З них 90 осіб відібрано для подальших досліджень і розділено на 3 групи, в кожену з яких ввійшло по 20 пацієнтів з I стадією ДВЗ-синдрому (по 4 – з підгострим перебігом і по 16 – з хронічним) і по 10 – з II-ю. Пацієнти I (контрольної) групи (К) отримували традиційне лікування згідно з формою СДС, виду гнійно-некротичного ураження, ступенів мікро-, макро-ангіопатії, нейропатії нижніх кінцівок і інтоксикаційного синдрому та стадії і гостроти перебігу ДВЗ-синдрому. Хворі II групи (В) додатково отримували вобензим (фірми “MUCkS Pharma GmbH & Co”; по 5 драже тричі на добу 28 дів), а III-ої (Ф) – флогензим (тієї ж фірми; по 3 драже тричі на добу 28 дів). Критеріями ефективності лікування були: частка хворих з ліквідованим ДВЗ-синдромом, частка осіб з повною нормалізацією гемостазіограми, частота повторних операцій у ділянці гнійно-некротичного вогнища і реампутацій, частота “великих”, “малих” і “високих” ампутацій, післяопераційна летальність та середній термін перебування хворих у стаціонарі.

Результати. При лікуванні хворих з I стадією ДВЗ-синдрому у контрольній групі ДВЗ крові було ліквідоване менше ніж у S пацієнтів, а цілковита нормалізація гемостазіограми виявлялася лише у 1-го (в інших спостерігався залишковий гіперкоагуляційний синдром). Натомість, у 4 осіб порушення гемостазу прогресували: у 3 виникла II стадія ДВЗ-синдрому, а 1 пацієнтка померла при розвитку його III стадії. При використанні ж вобензиму та флогензиму ДВЗ-синдром у кінці лікування не діагностувався у жодного з хворих.

Лікування хворих контрольної групи з II стадією ДВЗ-синдрому не сприяло нормалізації жодної гемостазіограми, хоча у 30 % осіб ДВЗ-синдром був ліквідований (у них спостерігався гіперкоагуляційний синдром), а у 40 % виявлялася уже не II-а, а I-а його стадія. Серед пацієнтів, що приймали вобензим чи флогензим, після курсу лікування ДВЗ-синдром не реєструвався у жодного, хоч близько 1/3 хворих з кожної групи ще мали гіперкоагуляційний синдром.

Незалежно від стадії та гостроти перебігу ДВЗ-синдрому у хворих із синдромом діабетичної стопи, через два тижні після початку курсу системної ензимотерапії позитивний вплив флогензиму на їх гемостазіологічний статус був відчутнішим, ніж вобензиму, але після закінчення повного курсу (28 дів) кращі результати спостерігаються у пацієнтів, які приймали вобензим.

У зв'язку з однорідністю груп за структурою гнійно-некротичних уражень стоп, жодна з первинних операцій не виконувалась у котрійсь з них достовірно

частіше, ніж у інших (усі  $p_{B-K}$ ,  $p_{Ф-K}$  і  $p_{Ф-B}$  0,05). У контрольній групі внаслідок прогресування гнійно-некротичного процесу стопи повторні оперативні втручання були вимушено виконані у  $30,0 \pm 8,4$  % осіб, при застосуванні вобензиму – у  $10,0 \pm 5,5$  % ( $p_{B-K} < 0,05$ ), а флогензиму – у  $13,3 \pm 6,2$  % ( $p_{Ф-K}$  і  $p_{Ф-B}$  0,05). При цьому, якщо реампутації були виконані лише у  $6,7 \pm 4,9$  % хворих, що приймали вобензим, і у  $10,0 \pm 5,5$  % ( $p_{Ф-B}$  0,05) осіб, яким призначали флогензим, то у контрольній групі – у  $26,7 \pm 8,1$  % ( $p_{B-K} < 0,05$ ,  $p_{Ф-K}$  0,05). Малі реампутації у контрольній групі були виконані у  $13,3 \pm 6,2$  % пацієнтів (у одного з них – двічі), у групі, в якій застосовувався вобензим – у  $3,3 \pm 3,3$  % ( $p_{B-K}$  0,05), а у хворих, що приймали флогензим – у  $10,0 \pm 5,5$  % ( $p_{Ф-K}$  і  $p_{Ф-B}$  0,05). Великі ж реампутації (усі високі) були здійснені лише у  $3,3 \pm 3,3$  % хворих з кожної з двох останніх груп та у  $16,7 \pm 6,8$  % осіб ( $p_{B-K}$  і  $p_{Ф-K}$  0,05) – з контрольної.

Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі у контрольній групі склала  $33,6 \pm 5,0$  доби, тоді як у хворих, що приймали вобензим –  $22,0 \pm 2,0$  ( $p_{B-K} < 0,05$ ), а флогензим –  $22,6 \pm 2,5$  ( $p_{Ф-K} < 0,05$ ;  $p_{Ф-B}$  0,05). У контрольній групі спостерігалася також тенденція до найвищої післяопераційної летальності: якщо у двох інших групах померли лише по 1 пацієнту ( $3,3 \pm 3,3$  %), то у цій групі – 4 ( $13,3 \pm 6,2$  %), причому двоє з них – внаслідок розвитку III стадії ДВЗ-синдрому.

Через рік після госпіталізації у контрольній групі “нормальної” гемостазиограми не виявлялося у жодного з обстежених хворих, а ДВЗ крові спостерігався у  $76,5 \pm 10,6$  %, тоді як при застосуванні вобензиму чи флогензиму такий її тип зберігався у близько 40 % пацієнтів, а ДВЗ-синдром реєструвався лише у  $34,6 \pm 9,5$  і  $38,5 \pm 9,7$  % відповідно ( $p_{B-K} < 0,01$ ;  $p_{Ф-K} < 0,05$ ;  $p_{Ф-B}$  0,05). За цей час великі ампутації були виконані у  $33,3 \pm 8,6$  % хворих контрольної групи (у  $30,0 \pm 8,4$  % – високі), у  $10,0 \pm 5,5$  % ( $p_{B-K} < 0,05$ ) пацієнтів, що приймали вобензим (у всіх – високі;  $p_{B-K} < 0,05$ ), і у  $16,7 \pm 6,8$  % хворих ( $p_{Ф-K}$  і  $p_{Ф-B}$  0,05), яким призначався флогензим, в т. ч. у  $13,3 \pm 6,2$  % ( $p_{Ф-K}$  і  $p_{Ф-B}$  0,05) – високі. Летальність за рік у контрольній групі склала –  $16,7 \pm 6,8$  %, а у групах, де застосовувалась СЕТ – по  $3,3 \pm 3,3$  % ( $p_{B-K}$ ,  $p_{Ф-K}$  і  $p_{Ф-B}$  0,05).

**Висновки.** 1. При комплексному хірургічному лікуванні синдрому діабетичної стопи системна ензимотерапія, зупиняючи процеси ДВЗ крові, дозволяє суттєво знизити частоту повторних операцій, післяопераційну летальність та середній термін перебування хворих у стаціонарі. 2. У хворих із СДС при II стадії ДВЗ-синдрому, коли потрібний негайний ефект, щоб запобігти його III стадії, в комплексне лікування пропонуємо вводити препарат флогензим, позитивний ефект якого виявляється швидше, ніж у вобензиму; натомість, при I стадії ДВЗ крові доцільніше призначати вобензим, кінцевий результат застосування якого є вираженішим, ніж у флогензиму.

С.О. Боровкова

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН ЗАГАЛЬНОГО ПОТЕНЦІАЛУ ГЕМОКОАГУЛЯЦІЇ ВЕНАХ НИЖНІХ КІНЦІВОК ХВОРИХ НА УСКЛАДНЕНІ ФОРМИ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ПІД ВПЛИВОМ ГАЛЬВАНІЗАЦІЇ ТА ВНУТРІШНЬОТКАНИННОГО ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ БЕРЛІТІОНУ**

*Буковинська державна медична академія, м. Чернівці*

Патогенез судинних ускладнень при цукровому діабеті є досить складним. Серед факторів, які сприяють їх розвитку, виділяють ішемію нижніх кінцівок внаслідок значного зниження швидкості руху клітин крові по капілярах та погіршення гемостатичних параметрів. Однією з кардинальних проблем цукрового діабету є гнійно-некротичні ураження нижніх кінцівок внаслідок мікро- та макроангіопатій. Виражені гемореологічні порушення у хворих на цукровий діабет спостерігаються вже на ранніх стадіях діабетичної ангіопатії і характеризуються підвищенням в'язкості крові та плазми, а також збільшенням агрегаційної здатності еритроцитів.

Метою дослідження було визначення ефективності корекції порушень загального потенціалу гемоконгуляції у хворих на ускладнені форми синдрому діабетичної стопи при застосуванні гальванізації нижніх кінцівок та внутрішньотканинного електрофорезу берлітону.

Нами обстежено 46 хворих (віком  $62 \pm 0,73$  років) на гнійно-некротичні ускладнення діабетичної стопи. За характеристикою гнійно-некротичного процесу хворих з сухою гангrenoю пальців і стопи було 12, вологою гангrenoю – 11, флегмонами стопи та гомілки – 9, інфікованими гнійними ранами – 6, трофічними виразками стопи та гомілки – 3, остеомієліт пліосневих кісток – 1 випадок, підшкірний панарицій – 1, а також 3 пацієнти перебували на лікуванні з приводу глибокої ішемії стоп, яка супроводжувалась сильним больовим синдромом. Тривалість захворювання на цукровий діабет II типу складала від 3 до 37 років. Чоловіків було 25 (54,3 %), жінок – 21 (45,7 %). Хворих розподілено на три групи. Перша група нараховувала 16 осіб, яким призначено традиційне лікування. Друга група складалась із 13 пацієнтів, яким поряд із загальноприйнятим лікуванням проводилась гальванізація уражених нижніх кінцівок протягом 60 хвилин, циркулярно-поздовжнім методом. Третя група – 17 хворих, які отримували традиційне лікування і внутрішньотканинний електрофорез берлітону на нижні кінцівки. Контрольну групу склали 17 здорових осіб.

У хворих третьої групи ефект тижневої комплексної терапії виявився найбільшим і характеризувався нормалізацією швидкості утворення протромбіназного комплексу як за зовнішнім, так і за внутрішнім шляхами згортання

крові, що супроводжувалось пригніченням фібриногенезу. Проте активність клітинної ланки первинного гемостазу залишалась підвищеною, тоді як протизгортаюча здатність крові, навпаки, була меншою, ніж в контролі.

За традиційної терапії з використанням електричного поля постійного струму утворення протромбіназного комплексу за внутрішнім шляхом згортання крові сягало нормальної інтенсивності, але при цьому протромбіновий час залишався на 18,1 % меншим, ніж в контролі, тромбіновий час, навпаки, перевищував контрольні дані на 43,2 %, тоді як адгезивно-агрегаційні властивості тромбоцитів, вміст у крові фібриногену і протизгортаюча здатність крові суттєвих змін не зазнавали.

У хворих, які отримували комплексне лікування з використанням внутрішньотканинного електрофорезу нижніх кінцівок з берлітіоном, час рекальцифікації зростав у пацієнтів першої групи на 9,6 %, активований парціальний тромбопластиновий час перевищував контрольні показники на 19,5 %, що свідчить про пригнічення тромбіногенезу за внутрішнім шляхом згортання крові. Протромбіновий час був більшим, ніж у хворих першої і другої груп на 22,7 та 29,5 %, відповідно, і практично не відрізнявся від даних осіб контрольної групи. Тромбіновий час набував величин, більших за контроль на 45,9 %. Отже, у хворих третьої групи нормалізація швидкості тромбіногенезу за зовнішнім шляхом гемокоагуляції поєднувалась з пригніченням фібриногенезу.

УДК 616.379-008.64+616-089.843+591.437+615.357+611-013.9

**С.М. Генік, О.І. Дельцова, А.В. Симчич, С.Б. Геращенко,  
Я.І. Василюк, В.Г. Голубєв**

## **ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ Й ОГОУСКЛАДНЕНЬ З ВИКОРИСТАННЯМ МЕТОДУ ВІЛЬНОГО ПЕРЕСАДЖЕННЯ ТКАНИНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Вступ. Цукровий діабет і зумовлені ним ускладнення постійно залишаються проблемою, яка вимагає вдосконалення методик його діагностики і лікування. Безумовно, що ефективним в плані лікування є тільки комплексний підхід (Єфімов А.С., Скорбонська Н.А., 1998; Шумаков В.І., Блюмкін В.Н., Скалецький Н.Н., 1995). Одним з елементів останнього є вільне пересадження тканини підшлункової залози у різноманітних її видах (Шумаков В.І., Блюмкін В.Н., Скалецький Н.Н., 1995). Проте короткотривалість лікувальної дії (1-2 роки), необхідність виконання повторних пересаджень, не завжди наявний достатній об'єм донорського матеріалу не дозволяють досягнути широкого клінічного застосування цього методу (Комісаренко В.П., Турчин І.С., Комісаренко І.В., 1983).

Нами проводяться дослідження деяких аспектів у вирішенні цього питання:

1 – вплив вільного пересадження підшлункових залоз ембріонів курей, хворих на цукровий діабет в експериментальних і клінічних умовах;

2 – механізм антидіабетичної дії пересаджених підшлункових залоз ембріонів курей;

3 – вдосконалення методу вільної підсадки тканини підшлункової залози з метою підвищення його лікувальної ефективності та більш широкого клінічного застосування.

Методи. Проведені нами дослідження впливу вільного пересадження підшлункових залоз ембріонів курей 15-20 діб інкубації, хворих на цукровий діабет, об'єднують експериментальну частину та вивчення первинного ефекту у хворих на пересадження їм малих кількостей підшлункових залоз ембріонів курей 15,16 і 17 діб інкубації (за дозволом Координаційного центру трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України №26-Т від 26.01.99 р.).

В експерименті вивчали: гістоструктурну будову та інсулінопродукуючу активність підшлункових залоз ембріонів курей 15-20 діб інкубації; вплив пересадження останніх на протікання захворювання у білих інбредних щурів з гострим алоксановим цукровим діабетом та у безпорідних собак з хронічним алоксановим цукровим діабетом. Щурам пересадження виконували в паренхіму печінки, собакам – в прямий м'яз живота.

Ефективність лікування оцінювали за загальним станом та активністю реципієнтів, за динамікою вмісту глюкози в крові з допомогою апарату "Ексан Г", та за аналізом сечі з допомогою тест-смужок "Глюкотест-норма", за вмістом в крові загального білка, глікозильованого гемоглобіну, загального холестерину, бета-ліпопротеїдів, загальних ліпідів та С-пептиду з допомогою стандартних пристроїв та наборів реактивів. Антибіотико- та інсуліносупресивну терапію не застосовували.

Усі експериментальні дослідження виконані із суворим дотриманням правил бережливого ставлення до піддослідних тварин.

П'ятьом хворим з діабетичними ангіопатіями було підсаджено, відповідно, 1 залозу 16 доби інкубації, 1 – 17, 2 – 17, 3 – 16 і 5 залоз – 15 діб інкубації. При цьому вивчали загальний стан хворих та активність, температуру тіла, загальний аналіз крові, показники системи гемокоагуляції, місцеву реакцію організму на введення залоз, динаміку вмісту глюкози в крові, динаміку доз екзогенної цукрознижуючої терапії.

Результати. 1. Підшлункові залози ембріонів курей 15,16 і 17 діб інкубації містять добре розвинений і функціонально активний ендокринний апарат та несформований екзокринний відділ, що дає можливість використовувати їх для підсадки тваринам, хворим на цукровий діабет. 2. Лікування щурів-реципієнтів з гострим алоксановим цукровим діабетом методом підсадки підшлункових залоз ембріонів курей 15, 16 і 17 діб інкубації зумовлює тривалий лікувальний ефект, що підтверджується динамікою досліджуваних лабораторно-інструментальних показників та вірогідним зростанням терміну виживання

тварин-реципієнтів, та є більш вираженим, ніж при пересадженні залоз 18, 19 і 20 діб інкубації. 3. Гістоструктурні зміни в тканині пересаджених в паренхіму щурів-реципієнтів залоз проявляється вторинною диференціацією і розвитком тканини залози в її в периферійній ділянці та некробіотичними змінами центральної частини пересаджених залоз. 4. Лікування собак методом підсадки підшлункових залоз ембріонів курей 16 доби інкубації в прямий м'яз живота забезпечує припинення прогресування і тривалу стабілізацію перебігу захворювання. 5. Первинний ефект при пересадженні 1-5 підшлункових залоз ембріонів курей 15,16 і 17 діб інкубації в прямий м'яз живота хворим з діабетичними ангіопатіями характеризується відсутністю загальних або місцевих патологічних реакцій збоку хворих. 6. Підшлункові залози ембріонів курей 15,16 і 17 діб інкубації є оптимальним джерелом економічно дешевого донорського матеріалу необхідного для лікування хворих на цукровий діабет і зумовлених ним ускладнень. 7. Пересадження тканини підшлункових залоз дозволяє кількісно підвищити рівень функціонування в підшлунковій залозі хворого взаємозалежного та збалансованого процесу деструкції – проліферації бета-клітин через систему рістстимулюючих факторів і, таким чином, активізувати ендокринну функцію підшлункової залози хворого.

**Висновок.** Пересадження тканини підшлункової залози повинно бути обов'язковим компонентом в комплексному лікуванні цукрового діабету і його ускладнень. З цією метою найбільш доцільним є використання ембріональних підшлункових залоз як аlogenного, так і ксеногенного походження.

УДК 616.451-006-089

**В.С. Довганюк, Н.А. Майстренко, Ю.Н. Сухопара,  
П.Н. Ромащенко**

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

*Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург*

Диагностика и лечение новообразований надпочечников до настоящего времени остаются актуальными проблемами эндокринной хирургии. Это обусловлено тем, что частота выявляемости опухолей надпочечников не имеет тенденции к снижению. Кроме того, с развитием хирургии, эндокринологии постоянно углубляются и расширяются представления о патогенезе этих заболеваний, применяются более совершенные технические средства диагностики и лечения. Среди них следует отметить современные методы лабораторной и топической диагностики опухолей, использование эндовидеохирургических

технологий, профилактику и лечение острой (ОНН) и хронической надпочечниковой недостаточности (ХНН) после устранения эндогенного гиперкортицизма. Как результат, меняются тактические подходы в отношении больных с синдромом минералкортицизма, с так называемыми “гормонально-неактивными” опухолями надпочечников и т.д.

В клинике абдоминальной хирургии имени С.П. Федорова Российской военно-медицинской академии прооперированы 485 пациентов с различными хирургическими заболеваниями надпочечников. В 20,7 % случаев оперативные вмешательства выполнены с помощью эндовидеохирургической техники.

Проведенные в клинике исследования показали, что клинические проявления при синдроме минералкортицизма коррелируют со стадийностью развития морфологических изменений от диффузной или микро- и макронодулярной гиперплазии надпочечника до альдостеромы с выраженным клеточно-ядерным полиморфизмом. Полученные данные подтверждают тот факт, что первичный гиперальдостеронизм в морфологическом плане – это не только альдостерома, как единственная опухоль коры одного из надпочечников, но и диффузная гиперплазия коры обоих надпочечников. Ранняя диагностика у больных синдромом минералкортицизма и своевременное удаление пораженного надпочечника препятствуют развитию стойких гемодинамических и водно-электролитных нарушений.

Важное значение придается диагностике синдрома множественной эндокринной неоплазии (МЭН). Трудности в выявлении этой патологии обусловлены тем, что у нее нет специфической клинической картины. С одной стороны клинические проявления обусловлены имеющимися апудомами, с другой – сами апудомы могут оказывать взаимное влияние. Характерной особенностью опухолей при МЭН является их частая злокачественность. План лечения при МЭН должен быть составлен с учетом всех компонентов синдрома. Чем раньше поставлен диагноз и чем радикальнее методы лечения, тем лучше прогноз и выше шансы излечить больного.

Внедрение эндовидеохирургических технологий обеспечило сочетание малоинвазивности методики оперирования с хорошими непосредственными результатами и определило высокоэффективную медицинскую, и социальную адаптацию больных с новообразованиями надпочечников.

Всесторонний анализ адrenaлэктомий, в том числе топографо-анатомические исследования забрюшинного пространства, позволили сформулировать концепцию индивидуализации оптимального оперативного доступа к надпочечникам.

Оценка непосредственных и отдаленных результатов операций на надпочечниках не только определила необходимость использования миниинвазивных методик, но и показала их высокую эффективность, особенно при своевременной постановке показаний к операции. Особую значимость эндовидеохирургические методики приобретают в случаях т.н. “гормонально-неактивных” опухолей надпочечников, когда ранняя диагностики и ранняя операция, до развития клинической картины и малигнизации опухоли, обеспечивают успех лечения.



Открытые вмешательства используются при новообразованиях надпочечников больших ( 10 см) размеров и/или наличии признаков малигнизации и осложнениях эндовидеохирургических вмешательств. Это же в полной мере относится к больным с хромаффинномами, СИЖ и т.д.

Одной из актуальных проблем реабилитации больных после адреналэктомии является диагностика и лечение надпочечниковой недостаточности. Это осложнение, как правило, развивается после удаления кортизолпродуцирующей опухоли, но возможно и после удаления других новообразований надпочечников. Удаление обоих надпочечников, независимо от нозологической формы, всегда приводит к гипокортицизму.

Использование универсального показателя надпочечниковой недостаточности позволяет быстро (в течение нескольких минут) установить диагноз острого гипокортицизма (в ранние сроки после адреналэктомии) и декомпенсацию хронического гипокортицизма (в отдаленные сроки после адреналэктомии) и осуществить эффективную патогенетическую терапию развившихся гемодинамических нарушений.

В отдаленные сроки после АЭ у больных с суб- и, декомпенсированной ХНН эффективна пересадка культуры эмбриональной надпочечниковой ткани.

Таким образом, дальнейшее совершенствование ранней диагностики новообразований надпочечников, совершенствование оборудования и повышение профессионального мастерства позволяют с перспективой смотреть в будущее хирургии надпочечников и рассчитывать на новые успехи в лечении таких больных.

УДК 616.441-002-089.87

**А.В. Гостимский**

## **ОРГАНСОХРАНЯЮЩИЙ ПОДХОД К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ КАРЦИНОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Заболевания щитовидной железы в детском и подростковом возрасте занимают одно из ведущих мест в эндокринологии, уступая по частоте лишь патологии поджелудочной железы. При этом наибольший интерес представляет рак щитовидной железы как заболевание, угрожающее жизни.

В клинике госпитальной хирургии Санкт-Петербургской государственной педиатрической медицинской академии находилось на лечении 67 больных в возрасте до 20 лет со злокачественными новообразованиями ЩЖ, что

составило 26 % наблюдений всех узловых новообразований органа в данной возрастной группе, превысив аналогичный показатель у взрослых в 1,8 раза.

Анамнез заболевания колебался от 2 месяцев до 13 лет, составив в среднем  $(24,1 \pm 0,1)$  месяца. Наиболее информативным методом в дифференциальной диагностике карцином в детском и подростковом возрасте следует считать тонкоигольную пункционную аспирационную биопсию. Чувствительность метода составила 83,3 %, специфичность – 63,3 %. Вместе с тем, ложноотрицательные результаты, составившие 36,6 % и ложноположительные – 16,1 % не позволяют рекомендовать данную методику как окончательный этап диагностики. Учитывать следует только положительные ответы. Тепловидение и радиоизотопное сканирование в связи с их низкой информативностью при первичном обследовании больных применять нецелесообразно.

Длительный анамнез определял поступление больных с запущенными формами карцином. Своевременной можно считать диагностику лишь в 32,7 % случаев – 22 пациента с  $T_1N_0M_0$  –  $T_2N_0M_0$  стадиями заболевания. Регионарные метастазы выявлены у 35 (52,2 %) детей и подростков, поступивших для оперативного лечения.

Все дети и подростки оперированы. Органосохраняющие вмешательства выполнены в 45 (67,2 %) наблюдениях. У остальных 22 детей выполнена тиреоидэктомия. При этом мультицентрический рост опухоли отмечен у 8 пациентов, что составило 11,9 %.

У большинства детей встретился солитарный рак щитовидной железы – 54 (80,6 %) наблюдения. В 13 (19,4 %) случаях карциномы отмечены на фоне других заболеваний органа, зачастую клинически преваляровавших.

Во всех рассматриваемых случаях имели место дифференцированные опухоли. Наиболее частой гистологической формой был папиллярный рак щитовидной железы, имевший место в 40 (59,5 %) наблюдениях. У 24 (35,7 %) больных выявлен фолликулярный рак. Медуллярная карцинома отмечена лишь в 3 (4,8 %) наблюдениях.

Послеоперационные специфические осложнения отмечены у 3 (4,8 %) больных. Это два односторонних пареза возвратных нервов и один временный гипопаратиреоз.

Отдаленные результаты прослежены у 60 пациентов в сроки от 1 до 36 лет после первой операции. Более 5 лет тому назад оперированы 49, а более 10 лет – 38 пациентов. Всего выполнено 19 повторных операций. Лишь в одном случае выявлен рецидив опухоли после неадекватного (резекция доли ЩЖ) первого вмешательства, предпринятого в ином лечебном учреждении. В других наблюдениях имели место метастазы в регионарные лимфоузлы. Умерло 4 (5,9 %) от генерализации процесса.

Таким образом, пациенты детского и подросткового возраста с узловыми новообразованиями щитовидной железы составляют группу высокого онкологического риска. Активная хирургическая тактика в отношении детей и подростков с узловыми новообразованиями щитовидной железы позволяет выяв-

лять карциномы на ранних стадиях и сохранять максимальное количество функционально активной ткани органа.

Первичное клиническое обследование детей и подростков с узловыми новообразованиями щитовидной железы должно включать ультразвуковое исследование, определение уровня гормонов щитовидной железы и тиреотропного гормона гипофиза, тонкоигольную пункционную аспирационную биопсию.

При подозрении на злокачественную опухоль в ходе операции у детей и подростков пораженная доля должна быть удалена полностью и выполнена биопсия лимфатических узлов из мест регионарного метастазирования.

Органосохраняющая методика операций при онкологической адекватности вмешательств обеспечивает выздоровление абсолютного большинства больных карциномами ЩЖ.

УДК 617.586:616.379-008.64-058

**С.В. Осипов, В.А. Привалов, С.В. Яйцев**

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

*Челябинская государственная медицинская академия, Челябинская городская клиническая больница № 1, Россия*

Вступление. В последние годы проблема рака щитовидной железы (РЩЖ) у детей и подростков становится все более актуальной. Это обусловлено истинным ростом заболеваемости, неблагоприятной экологической обстановкой, повышением уровня ионизирующей радиации окружающей среды, йодной недостаточностью, социальными стрессами. Узлы в щитовидной железе (ЩЖ) у детей выявляются относительно редко, в 0,05 – 3 % наблюдений. Тем не менее РЩЖ у детей и подростков составляет 1-3 % от общего количества заболеваний ЩЖ. Заболеваемость РЩЖ у детей и подростков Челябинской области имеет неуклонную тенденцию к росту от 0,1 на 100 тыс. детского населения в 1976 г. до 0,6 в 1999 г.

Методы. В Челябинском областном центре эндокринной хирургии в период с 1976 по 2000 г. находилось на лечении 149 детей и подростков (средний возраст  $15,7 \pm 2,6$  лет) с гистологически подтвержденным РЩЖ. Анализировали истории болезни и результаты морфологического исследования послеоперационных препаратов. Обследование включало в себя детальное ультразвуковое исследование щитовидной железы и шеи. Уточняли данные пункционной биопсии, срочных интраоперационных и послеоперационных морфологических результатов. Исследовали титры антитиреоидных антител, белковосвязанный йод сыворотки крови, определяли уровень свободного тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона.

По показаниям производили рентгенографию грудной клетки и средостения. Среди прооперированных детей по поводу РЩЖ было 117 девочек (средний возраст  $(16,2 \pm 2,4)$  лет) и 32 мальчика (средний возраст  $(14,3 \pm 3,3)$  лет). Индекс Ленц-Бауэра составил 3,7:1. По возрастному составу больные распределялись следующим образом: 4-7 лет – 2 %, 8-11 лет – 8,8 %, 12-17 лет – 55 %, 18-20 лет – 34,2 %. Длительность заболевания колебалась от 1 месяца до 6 лет. Распределение больных в зависимости от распространенности опухоли составило: I ст – 9,4 %, II А ст – 45 %, II Б ст – 6,7 %, III А ст – 14,1 %, III Б ст – 16,8 %, IV ст – 8 %. Значительная часть пациентов госпитализирована в III А-IV стадии заболевания – 58 (38,9%). 45 пациентов (30,2 %) были госпитализированы спустя год и более с момента выявления заболевания. В зависимости от стадии заболевания определялся характер оперативных вмешательств. При послеоперационном морфологическом исследовании папиллярная карцинома верифицирована у 120, фолликулярная – у 25, медуллярная – у 4. В городах области на момент выявления заболевания проживало 130 больных детей и подростков – 87,2 %, в сельской местности – 19 (12,8 %).

Отдаленные результаты лечения в послеоперационном периоде изучены у 144 (96,6 %) детей в сроки от 5 до 25 лет. Из них с папиллярной формой РЩЖ в 118 случаях – 81,9 %, фолликулярной – в 23 (16 %), медуллярной – в 3 (2,1 %). Судьба 5 (3,4 %) больных неизвестна.

До 10 лет обследован 51 больной – 18,8 % (из них с папиллярной формой РЩЖ – 39, фолликулярной – 12); в сроки от 11 до 20 лет 92 (45,1%) пациента (с папиллярной РЩЖ – 21, фолликулярной – 12); в сроки свыше 20 лет – 26 (18 %) больных (папиллярной РЩЖ – 56, фолликулярной – 11, медуллярной – 2).

Результаты. Медленное течение, регионарный тип метастазирования высокодифференцированных форм РЩЖ позволяют производить “щадящие” адекватно-радикальные операции, что было выполнено в объеме гемитиреоидэктомии или субтотальной тиреоидэктомии у 130 больных – 88,4 %. У 11 больных была выполнена тиреоидэктомия и у 3 паллиативная резекция.

За все периоды наблюдения живы 142 (96,6 %) пациента из 144. С I-III стадией заболевания живы 89 человек (100 %). Из них с папиллярной формой РЩЖ – 71, фолликулярной – 18. Из пациентов с IIIа-IIIб стадиях живы – 46 (100 %). Из них с папиллярной формой РЩЖ – 37, фолликулярной – 7, медуллярной – 2. Среди пациентов с IV стадией живы в течении 15 лет – 5 (46,4 %), свыше 15 лет – 4 (37,3 %), все пациенты с папиллярной формой. Умерли в ближайший месяц после операции от прогрессии медуллярного РЩЖ – 2 (18,2 %).

При папиллярном и фолликулярном раке щитовидной железы в сроки от 3 до 25 лет живы все пациенты (100 %). Рецидивов заболевания не отмечено ни у одного больного. Метастазы папиллярного РЩЖ в лимфатические узлы шеи установлены через 1,5-2 года у 3 детей и через 25 лет у 1 (2,8 %). Все дети повторно оперированные и в сроки до 10-15 лет отмечается безрецидивное течение.

Таким образом кумулятивная выживаемость во всех стадиях заболевания за все сроки наблюдения составила 96,6 %. При высоко дифференцированных формах рака (папиллярном и фолликулярном) живы все пациенты (100 %).

Выводы. 1. Органосохранное хирургическое лечение РЩЖ у детей является радикальным способом. Важное значение в оценке отдаленных результатов оперативного лечения имеет длительность и стадия заболевания, объем оперативного лечения и особенно морфологическая структура опухоли. 2. Общая кумулятивная выживаемость детей и подростков с РЩЖ в отдаленном послеоперационном периоде составляет 96,6 %. 3. Выживаемость при папиллярном и фолликулярном раках 100 %.

УДК 616.366-002-089+616.379-008.64

**О.В. Лігоненко, Л.В. Гірін**

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**

*Українська медична стоматологічна академія*

В останні роки з'являється велика кількість робіт, де наводяться дані, що жовчнокам'яна хвороба серед хворих на цукровий діабет зустрічається значно частіше, ніж у людей з нормальним обміном речовин.

У хворих на цукровий діабет гострий холецистит (ГХ) протікає важко. Запальний процес швидко викликає декомпенсацію діабету, а виникаючий ацидоз і гіперкаліємія сприяє розвитку деструктивного процесу і тяжким ускладненням – перитоніту, сепсису, печінкової недостатності.

Ми спостерігали 96 хворих на ГХ із супутнім цукровим діабетом. Жінок було 71, чоловіків 25, більшість з них (72) була в похилому і старечому віці.

Вперше цукровий діабет нами виявлений у 25 хворих на ГХ, у решти він діагностувався раніше. При госпіталізації діабет легкого ступеня діагностовано у 20 пацієнтів, середньої важкості – у 43, важкого ступеня – у 33 пацієнтів. З 71 хворого, який хворів на цукровий діабет, жовчно-кам'яною хворобою страждали протягом 1 року 13, до трьох років – 17, до п'яти років – 21, більше п'яти років – 20 пацієнтів.

Ожиріння I ступеню виявлено у 31 хворого, II ступеня – 26, III ступеня – 19. Крім цього 78 хворих страждали супутньою патологією (ІХС, дихальна недостатність та ін.). Кожне з цих супутніх захворювань значно підвищувало ступінь ризику оперативного втручання. Таким чином у хворих виникав “синдром взаємного обтяження” (СВО) в якому розрізняють три ступені важкості: I – легка, II – середньої важкості, III – важка. Для кожного ступеня СВО характерні особисті клінічні ознаки і біохімічні показники.

При I ступені СВО загальний стан хворого відносно задовільний, температура тіла субфібрильна, відмічається незначна місцева болочість, рівень глюкози крові в крові не перевищує 8,0-9,0 ммоль/л, кетонурія відсутня, запальний процес в жовчному міхурі в більшості випадків носить катаральний, інколи флегмонозний характер.

При II ступені СВО загальний стан хворих середньої важкості, спостерігається ригідність черевних м'язів, позитивні симптоми подразнення очеревини, температура тіла підвищується до 38-38,5°C, кількість глюкози зростає до 12,0-14,0 ммоль/л, з'являється кетонурія, в сечі з'являється цукор, загальний процес в міхурі носить флегмонозний або гангренозний характер.

При III ступені СВО загальний стан хворих тяжкий, спостерігаються симптоми загальної інтоксикації, як наслідок деструктивного запального процесу в міхурі, спостерігаються ознаки перитоніту. Глікемія перевищує 15,0 ммоль/л, реакція на ацетон різко позитивна, в сечі кількість цукру перевищує 1 г/л, ці хворі знаходяться в діабетичній передкомі.

По ступеням важкості СВО хворі ГХ розподіляються таким чином: I – 25, II – 45, III – 26.

При СВО I ступеня у хворих ГХ дотримувалися активно очікувальної тактики. Критерієм контролю стану хворих вважали місцеві симптоми, показники лейкоцитарної формули, температури тіла, рівень глюкози в крові, глюкозурію, показники кислотно-лужного обміну. Таких хворих, як правило, оперували на 6-8 добу. У 6 хворих після консервативної терапії стан покращився, тому оперативне втручання не виконали.

Наявність СВО II-III ступеня вважали показанням до операції. Загальний процес в жовчному міхурі на фоні суб- і декомпенсованого діабету розповсюджувався швидко і в більшості випадків був деструктивний і в багатьох випадках з перфорацією. Хворі СВО II-III ступеня потребують короткочасної передопераційної підготовки протягом 4-6 годин для виведення з стану кетоацидозу.

У 90 хворих виконана холецистектомія, холедохолітотомія з зовнішнім дренажем – 59, холедоходуоденоанастомоз – 8. Серед 20 оперованих хворих СВО I ступеня, летальних випадків не було. Серед 43 оперованих з СВО II ступеня померло 2 хворих. Причиною смерті була серцево-легенева недостатність. З 33 оперованих хворих з СВО III ступеня померло 4. Причиною смерті були нирково-печінкова, серцево-судинна недостатність на фоні некоригованого цукрового діабету.

Середнє перебування хворого в стаціонарі з СВО I ступеня було 13,8 дня, з СВО II ступеня – 18,5 і при СВО III ступеня – 23.

Особливістю лікування гострого холецистити у хворих діабетом є необхідність якомога більш раннього виконання радикальних хірургічних втручань.

**А.В. Прохоров, С.И. Третьяк, В.А. Горанов, В.П. Романович,  
Ю.А. Горанова**

## **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИНТРАСОСУДИСТОЙ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ КУЛЬТУРЫ $\beta$ -КЛЕТОК В ЛЕЧЕНИИ ИНСУЛИНОЗАВИСИМОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Белорусский государственный медицинский университет*

Несмотря на достижения современной диабетологии, проблемы лечения инсулинозависимого сахарного диабета (ИЗСД) остаются весьма актуальными. В последние годы большое распространение получили трансплантационные методы лечения ИЗСД, и в частности свободная пересадка островковых клеток. К сожалению, терапевтический эффект при пересадке  $\beta$ -клеток стандартными методами (в брюшную полость, большой сальник, под капсулу печени, селезенки, воротную вену и т.д.), сохраняется в среднем 6-10 месяцев. Отсутствие достаточного лечебного эффекта связано, в первую очередь, с гибелью трансплантата из-за развития иммунообусловленной реакции его отторжения.

Методы. Проведенные нами экспериментальные исследования показали, что культура  $\beta$ -клеток, иммобилизованная в полупроницаемую мембрану и помещенная в просвет сосудистого русла животных, сохраняет свою функциональную активность два и более года, не подвергаясь реакции отторжения. При этом жизнеспособными остаются 60-70 % пересаженных клеток. Морфологические исследования указывали на формирование в капсуле псевдоостровков  $\beta$ -клеток и выраженный ангиогенез.

Учитывая большой опыт ксенотрансплантаций НИИТ и ИО (г. Москва) мы выполнили 6 пересадок культур островковых клеток эмбрионов и новорожденных кроликов пациентам, страдающим ИЗСД в течение 18-20 лет с инсулинопотребностью 52-60 ед/сут, по разработанной нами методике. Подготовленная и тестированная культура клеток (микробиологическая, вирусологическая, туморопластическая чистота, активность инсулина) помещалась в микрокапсулу из полупроницаемой мембраны, изготовленной из полиамида. Контейнер с культурой клеток имплантировали в аорту (1 пациентка) или глубокую артерию бедра, используя аутовенозную ангиопластику (5 пациентов).

Эффективность ксенотрансплантации контролировали суточным профилем гликемии, определением иммунореактивного инсулина (ИРИ; набор RIk-ИНС-ПГ-125I, ИБОХ, Беларусь), фруктозамина (набор Fructosamin kit, Rosh-diagnostics, Польша), тощакового и стимулированного С-пептида (набор C-Peptide IRMA, Immunotech, Чехия).

Результаты. В первые сутки после операции наблюдалось снижение уровня глюкозы до нормогликемии с суточной потребностью инсулина 8-10 ед. В последующем отмечалось повышение гликемии до 16-24 ммоль/л с

необходимостью коррекции гликемии простым инсулином до 45-56 ед/сут. Стабилизация диабета наступала через 1,5-2 месяца с постепенным снижением уровня глюкозы крови до нормогликемии или небольшой гипергликемии (7-9 ммоль/л) и инсулинпотребностью до 15-26 ед/сут. В течение всего периода наблюдения (1,5 года) инсулинпотребность сохранялась стабильной (18-25 ед/сут) и в целом снизилась более чем на 60-65 %.

Стабилизация течения диабета и рост компенсации эндокринно-метаболических процессов подтверждался лабораторными исследованиями. Мониторинг уровней С-пептида, фруктозамина и иммунореактивного инсулина свидетельствовал о хорошей функциональной активности трансплантированных  $\beta$ -клеток.

Положительная динамика лабораторных показателей прямо коррелировала с клиническим улучшением течения диабета. Больные прибавили в весе, стабилизировалось течение осложнений диабета: ретинопатии, нефропатии. Исчезла необходимость в многократных инъекциях экзогенного инсулина, боязнь развития гипо- и гипергликемических состояний.

Выводы. 1. Ксенотрансплантация островковых клеток в сосудистое русло является достаточно эффективным методом хирургического лечения диабета, позволяет уменьшить инсулинпотребность на 60-65 % и достигнуть длительной функциональной активности  $\beta$ -клеток без иммуносупрессивной терапии. 2. Несмотря на то, что нам не удалось добиться полной инсулинонезависимости, ксенотрансплантация позволяет значительно улучшить качество жизни диабетиков и стабилизировать течение осложнений.

УДК: 616.379-008.64-06-089.844:616.13/16

**М.Д. Дибиров, Б.С. Брискин, Н.В. Верткина, А.В. Прошин,  
А.А. Дибиров**

## **РОЛЬ ДИСТАЛЬНЫХ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА АРТЕРИЯХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ**

*Московский государственный медико-стоматологический университет,  
Городская клиническая больница № 81*

Лечение больных с осложненным синдромом комплексом стопы диабетика – одна из труднейших проблем практической медицины. Процент ампутаций, выполняемых по жизненным показаниям и в плановом порядке, достигает до 50-60 %.

Только выполнение реконструктивных операций у этой категории больных позволяет устранить ишемию конечности, уменьшить количество ампутаций и получить хороший результат у 70-90 % больных с критической ишемией.



Нами прослежен анализ результатов лечения 226 больных с осложненными формами стопы диабетика, которым наряду с комплексной терапией выполнены реконструктивные вмешательства на артериях нижних конечностей. Мужчин было 143 (63,3 %), женщин – 83 (36,7 %). У 42 пациентов (18,6 %) имел место I тип сахарного диабета и у 184 (81,4 %) – II тип. У 60 % больных имелись два и более сопутствующих заболевания.

Всем больным проводили стандартные сосудистые обследования: транскutánное определение кислорода на стопе и голени, лазерная флоуметрия, ультразвуковая доплерография с определением плечелодыжечного индекса, дуплексное сканирование артерий, ангиография. Наиболее информативной при поражении дистального кровотока считали ангиографию, проводимую по методике Seldinger или путем катетеризации нижней надчревной глубокой артерии, окружающей подвздошную кость. Ангиография позволяла определить эффективность решения тактических вопросов лечения этой категории больных и возможность выполнения реконструктивной операции.

Тяжесть ишемии нижних конечностей оценивали по Фонтейн-Покровскому: ишемия II Б стадии имела у 12 больных (14,1 %); ишемия III стадии – у 40 (47,1%); ишемия IV стадии – у 33 (38,8%), то есть у большинства больных (86 %) была критическая ишемия.

Бедренно-подколенное шунтирование при облитерации бедренно-подколенного сегмента выполнено у 226 больных. Из них в стадии субкомпенсации периферического кровообращения (II стадия) – у 31(14 %), в предгангренозной стадии (III стадия) – 112 (49 %) и в гангренозной стадии (IV стадия) – 83 (37 %). Хороший дистальный отток отмечен у 103 больных, у 60 (26 %) – удовлетворительный, у 63 (29 %) – плохой.

Выполнили следующие виды шунтирующих реконструктивных операций:

1. Реверсированной аутовеной (86):

а) бедренно-проксимально-подколенное шунтирование (40); б) бедренно-дистально-подколенное (30); в) бедренно-берцовое (6).

2. Аутовеной in Situ (92):

а) бедренно-проксимально-подколенное (48); б) бедренно-дистально-подколенное (24); в) бедренно-берцовое (20).

3. Протезом ПТФЭ (48):

а) бедренно-проксимально-подколенное (22); б) бедренно-дистально-подколенное (18); в) бедренно-берцовое (8).

В предоперационный период у лиц с критической ишемией проводили коррекцию вторичного иммунодефицита, гиперкоагуляции, гиперлипидемии и эндотоксикоза.

Для профилактики инфекционных осложнений за 1-2 часа до операции и через 3 часа после начала операции в/в вводили 1-2 г роцефина (меронем, тиенам, клафлоран).

Для профилактики раннего ретромбоза больные получали гепарин (фраксипарин, фрагмин, клексан) в течение 7-10 суток, затем в течение 6 месяцев – тиклид, тромбо-Асс, фенилин.

При плохих путях оттока операцией выбора мы считаем шунтирование аутовеной *in Situ*. При этом целенаправленно не перевязываются в зависимости от уровня дистального анастомоза 1-2 или 3 венозных коллатерали, диаметром до 1 мм, через которые происходит артериовенозный сброс.

Благодаря артериовенозному сбросу по коллатералям, происходит корреляция притока и оттока по шунту и резко снижается количество послеоперационных тромбозов.

Из 92 больных с шунтированием *in Situ* ранний тромбоз отмечен у 10 больных (11 %).

У 7 больных пришлось выполнить ампутацию на уровне бедра. Уровень ампутации удалось снизить у 10 больных (4 – голень, 6 – в пределах стопы), у 82 (89 %) достигнут положительный эффект, пациенты выписаны с функционирующим шунтом.

При шунтировании реверсированной аутовеной ранний тромбоз отмечен из 86 больных у 16 (19 %). Ампутация на уровне бедра выполнена у 12, голени – у 6 и на стопе – у 7.

При шунтировании протезом ПТФЭ из 48 больных ранний тромбоз шунта отмечен у 8 (19 %). Ампутация на уровне бедра выполнена у 6, голени – у 4, на стопе – у 4.

Таким образом, из 226 больных, которым выполнена реконструктивная операция у 34 (15 %) отмечен ранний тромбоз шунта, ампутация на уровне бедра выполнена у 25 (11 %). Положительный ближайший эффект отмечен у 85 % больных.

УДК 616.379-008.64-06:616.13/16

**С.В. Иванов, В.П. Сухоруков, А.А. Соболев**

## **ПРИМЕНЕНИЕ РЕАМБЕРИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ МАКРОАНГИОПАТИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Кировский областной эндокринологический диспансер,  
Кировская государственная медицинская академия, Россия*

Улучшение результатов лечения диабетической макроангиопатии нижних конечностей (ДМНК) актуально и имеет большую социальную значимость.

Улучшение метода консервативного лечения проходит за счет включения в схему лечения инфузий реамберина (фирма “Полисан” г. С.-Петербург). Реамберин в своей основе является 1,5 % раствором сукцината натрия. Известен высокий энергопродуцирующий, антигипоксический и детоксицирующий эффект инфузии реамберина.

В клинической диагностике ДМНК учитывали: тип диабета, степень тяжести, характер течения, наличие других осложнений (полинейропатия, ретинопатия, нефропатия). Характер поражения сосудов нижних конечностей устанавливали на основании данных первичного объективного осмотра (пальпация, аускультация), контрастной артериографии, УЗ доплерографии.

Задачей исследования являлось сравнительное изучение эффективности лечения ДМНК по традиционной схеме (76 больных) и по той же стандартной схеме, но усиленной внутривенными инфузиями реамберина (32 больных). В обеих группах больных основной явилась традиционная терапия включающая актовегин, гепарин, никотиновую кислоту, ангиопротекторы и спазмолитики. По длительности и тяжести заболевания, полу, возрасту, характеру поражения сосудов, наличию осложнений обе группы были полностью сопоставимы. По уровню артериальной окклюзии больных распределили на следующим образом:

- 1) окклюзия в берцовом сегменте – 83 %;
- 2) окклюзия в подколенном сегменте – 9 %;
- 3) окклюзия в подвздошно-бедренном сегменте – 8 %.

Раствор реамберина вводили в вены локтевого сгиба капельно (40-60 кап. в минуту) в объеме 400 мл №7-10 ежедневно.

В группе больных с традиционной терапией болевой синдром сохранялся у 11 пациентов (14,5 %) более 2 недель от начала лечения. У 53 больных (69,7 %) болевой синдром уменьшился лишь на 7-10 сутки от начала лечения. Дистанция ходьбы увеличивалась в среднем в 1,2-1,8 раза от начала лечения.

Все больные получавшие инфузии реамберина перенесли их без каких либо осложнений. У 4-х (12,5 %) больных отмечен снотворный эффект во время инфузий реамберина. У всех больных улучшался ночной сон. Купировался болевой синдром у всех больных на 3-5 сутки от начала инфузий реамберина. Дистанция ходьбы до возникновения болей в нижних конечностях или перемежающейся хромоты увеличивалась в среднем в 2-3,5 раза уже на следующие сутки после начала лечения реамберинот у 18 (56 %) больных, на 3-5 сутки – у 28 больных (87,5 %). Лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ) не изменялся на фоне лечения ни в основной, ни в контрольной группах. Ампутации не выполнялись в обеих группах.

Включение систематических инфузий реамберина способствовало улучшению сна, настроения, эмоционального фона у больных, уменьшению и исчезновению болевого синдрома в нижних конечностях как в покое, так и при ходьбе, физической нагрузке в более короткие сроки лечения.

Выводы. 1. Эффективность лечения ДМНК существенно повышается при включении в стандартное комплексное лечение инфузии реамберина. 2. Включение инфузии реамберина в комплексное лечение ДМНК улучшает кровоснабжение ишемизированных тканей и снижает выраженность артериальной недостаточности, что приводит к уменьшению количества ампутаций. 3. Применение реамберина улучшает качество жизни больных с ДМНК как во время лечения, так и после него.

**М.А. Фахратов, Ш.К. Пардаев, А.С. Бобожанов, А.Т. Джураев**  
**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯЭНТЕРАЛЬНАЯПРОФИЛАКТИКА**  
**ТИРЕОТОКСИЧЕСКИХКРИЗОВ**

*Самаркандский медицинский институт*

Важным этапом лечения тиреотоксикозов является послеоперационная профилактика.

Мы обследовали 17 больных в возрасте 16-63 лет, из них 12 женщин и 5 мужчин. Всем больным проводились общеклинические методы, а также инструментальные методы исследования. В последнее время информативным и неинвазивным методом является ультразвуковое дуплексное сканирование и компьютерное ультразвуковое исследование с определением объема щитовидной железы до и после операции. Из 17 больных у 13 было двухстороннее, т.е. диффузное разрастание (гиперплазия), а у 4 больных – многоузловое поражение щитовидной железы. По данным радиоiodдиагностики и сканирования щитовидной железы, во всех случаях установлено повышение функции щитовидной железы. Больных готовили к операции в течение 7-10 дней раствором люголя, мерказалилом, анаприллином, а также новопасситом. У 9 больных произведена двухсторонняя субфасциальная субтотальная струмэктомия, у 4-х больных дополнительно субфасциальное удаление перешейка и гиперплазированное – миндаальной доли щитовидной железы. При узловых формах – резекция щитовидной железы вместе с “горячим” узлом. У 15 больных в послеоперационный период наблюдался тиреотоксический криз, тяжелый – у одной больной, которую перевели повторно в интенсивную палату на долечивание, у 3 больных – средней степени, у остальных 11 больных установлена легкая степень тиреотоксического криза. У 2 больных была установлена послеоперационная кратковременная тетания, очевидно из-за нарушения кровоснабжения околощитовидных желез при субтотальной струмэктомии. В последнее время успешно проводим энтеральную профилактику послеоперационного тиреотоксического криза мерказалилом и анаприллином через назогастро-дуоденальный зонд. Из 17 больных рецидивы были обнаружены у 2-х.

Таким образом, послеоперационная энтеральная профилактика тиреотоксических кризов является эффективным методом в комплексе лечения базедовой болезни.

**А.Н. Беляев, Е.А. Рыгин, Е.И. Новиков, Н.А. Занькина**  
**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИКОСТНЫХ РЕГИОНАРНЫХ**  
**ИНФУЗИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ**  
**ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

*Мордовский государственный университет, Россия*

Внутрикостный метод введения лекарственных растворов все еще не получил должного применения в практике лечения больных с гнойными заболеваниями конечностей, вследствие неизученности лечебной эффективности внутрикостно вводимых лекарственных препаратов.

Методы. Проведено обследование и лечение 160 больных инсулинонезависимым сахарным диабетом, которые в зависимости от метода лечения разделены на 2 группы. Больным первой группы проводилась традиционная терапия. Пациентам второй группы наряду с традиционной терапией использовались внутрикостные вливания лекарственных растворов в пяточную кость по разработанной методике и схеме. Эффективность терапии оценивалась по скорости заживления ран и результатам хирургического лечения.

Результаты. У 20 больных (12,5 %) с язвами на пальцах и стопе применение в комплексном лечении метода внутрикостного введения лекарственных растворов способствовало более раннему (на 7,2 дня) заживлению язв, по сравнению с группой контроля. У больных с гангреной одного или нескольких пальцев стопы количество ампутаций на уровне бедра уменьшилось на 29,1 %, ампутаций на уровне голени – на 19,1 %. У больных с гангреной стопы число ампутаций на уровне бедра в основной группе, по сравнению с контрольной, уменьшилось на 22,7 %, число ампутаций на уровне голени возросло на 9,1 %.

Заключение. Применение регионарного внутрикостного введения лекарственных растворов в комплексном лечении осложненных форм диабетической стопы способствует сокращению сроков заживления ран и позволяет снизить частоту высоких ампутаций нижней конечности.

**В.Г. Аристархов, Ю.Б. Кириллов, Р.В. Аристархов,  
А.И. Донюков, Т.А. Воронина, А.А. Фурсов, С.В. Бирюков**

## **КВОПРОСУВЕДЕНИИ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА**

*Рязанский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова*

Известно, что после ядерных катастроф в различных областях планеты у населения, проживающих на зараженных местностях, имеет место рост патологии щитовидной железы (ЩЖ). Эндемичность региона утяжеляет и ускоряет развитие этого процесса.

Самым ранним проявлением радиоактивного загрязнения местности, даже небольшими дозами, является рост числа больных аутоиммунным тиреоидитом (АИТ), причем всплеск заболеваемости наблюдается через 6-10 лет с момента загрязнения.

Количество больных АИТ в нашем регионе через 6 лет увеличилось в 10 раз, а через 12 – в 15 раз. Это вывело АИТ на первое место среди всей патологии ЩЖ, причем он значительно «помолодел».

Учитывая эндемичность региона, АИТ быстро приводит к развитию гипотиреоза. Но актуальность проблемы не в том, что именно это заболевание стало самым распространенным и не в том, что оно стало основной причиной первичного гипотиреоза, а в том, что до сих пор нет методов лечения, которые позволяют остановить аутоагрессию в ткани ЩЖ и тем самым прекратить хронический, постоянно рецидивирующий процесс замещения нормальной ткани железы лимфоидной.

Как известно, под воздействием неблагоприятных факторов (радиации, операции и др.) возникает нарушение иммунной системы, проявляющей аутоагрессию к неизменной ткани ЩЖ, в которой и развиваются вторичные воспалительные изменения.

Основным патогенетическим звеном при АИТ считается нарушение дифференцировки Т-клеток. При активности аутоиммунного процесса количество Т-супрессоров уменьшается, что в свою очередь приводит к избыточному образованию В-клеток и увеличению образования антител. Морфологическим проявлением АИТ является различная степень инфильтрации ЩЖ лимфоцитами.

АИТ развивается постепенно, без каких-либо характерных проявлений. Больные жалоб не предъявляют, иногда обращают внимание на увеличение ЩЖ, ощущение дискомфорта или давления в области передней поверхности шеи. Чаще пациенты обращаются к врачу, когда появляются симптомы гипотиреоза.

Диагностика АИТ состоит из четырех составляющих: пальпации, иммунологических исследований крови на Т- и В-лимфоциты и титр микросомальных антител, данных УЗИ и пункционно-цитологического исследования. Для определения функционального состояния определяются гормоны ТТГ и Т4.

Тактика ведения больных зависит от активности аутоиммунного процесса (за активность говорит снижение Т-супрессоров, повышение титра микросомальных антител), функционального состояния ЩЖ и данных цитологии. Очень важно подтвердить АИТ цитологическим исследованием. В литературе нет классификации АИТ по цитологическим признакам, и мы предложили свою. По нашей классификации АИТ по данным цитологии делится на 4 степени: начальную, легкую, среднюю и тяжелую. В зависимости от цитологического исследования, данных функционального состояния тактика ведения этих больных различна.

Так как основным звеном патогенеза АИТ является нарушение в иммунной системе организма, то мы, с целью лечения больных, применили инфракрасный спектр лазерного излучения, который обладает иммунокорректирующим эффектом. Проведенные нами исследования доказали, что после лазеротерапии дисбаланс в иммунной системе больных АИТ исчезает. Причем лазеротерапия не только нормализует иммунный статус, но и улучшает функциональное состояние ЩЖ, не говоря о том, что отмечается явный клинический эффект, а именно исчезает дискомфорт и давление в области передней поверхности шеи, уменьшается общая слабость, увеличивается работоспособность.

Положительный эффект у большинства больных временный и составляет от 3 до 6 месяцев. После чего лазеротерапию необходимо повторять.

Показаниями к хирургическому лечению АИТ являются: 1. Высокий риск выявления рака ЩЖ (наличие узла, наличие дисплазии тиреоидного эпителия на фоне выраженной лимфоидной инфильтрации); 2. Большие размеры зоба III-IV степени с цитологически доказанным тиреоидитом; 3. Неэффективность лазеротерапии и выраженные признаки “сдавления”.

Вопрос об объеме операции решается только после срочного гистологического исследования.

Экстирпация выполняется в случаях: 1) подтвержденного рака; 2) при высоком проценте замещения (70-100 %) нормальной ткани фиброзом и лимфоидной инфильтрацией.

Органосохраняющие операции выполняются: 1) при наличии незлокачественного узла и замещении нормальной ткани лимфоидной инфильтрацией и фиброзом менее 70 % (выполняется расширенная резекция доли вместе с узлом); 2) при синдроме сдавления и небольшой железе, при замещении нормальной ткани менее 70 % (широко иссекается перешеек); 3) при высокой степени увеличения и низком проценте замещения (выполняется субтотальная резекция с оставлением 6-8 г ткани с каждой стороны).

Больным, перенесшим органосохраняющие операции, в послеоперационном периоде проводится лазеротерапия, так как оперативное вмешательство на ЩЖ стимулирует аутоагрессию.

**И.Н. Пиксин, П.И. Шевяк, М.Д. Романов, А.В. Вилков**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНЫХ МЕТОДОВ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКЕ БОЛЬНЫХ ДИФфуЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарёва, Россия*

Существуют три подхода к лечению диффузного токсического зоба (ДТЗ): консервативный, хирургический и радиологический. Все способы лечения направлены на снижение уровня циркулирующих в крови тиреоидных гормонов. Несмотря на отдельные преимущества консервативных методов, наиболее радикальным является хирургическое лечение. Его успех во многом зависит от качества предоперационной подготовки, в которой в последнее время медикаментозная терапия сочетается с эфферентно-квантовыми трансфузиологическими операциями (ЭКТО).

Под нашим наблюдением находились 135 больных ДТЗ в возрасте от 15 до 72 лет, сопровождающимся тяжёлым тиреотоксикозом у 32 (23,7 %) и средней степени у 103 (76,3 %). Среди них 36 (26,7 %) мужчин и 99 (73,3 %) женщин. Эфферентно-квантовые трансфузиологические операции были выполнены у 103 (76,3 %) больных: у 35 (25,9 %) – аутотрансфузии ультрафиолетом облученной крови (АУФОК), у 35 (25,9 %) – плазмаферез (ПА) и у 33 (24,4 %) – комбинированное применение гепаринкриопреципитатафереза с ультрафиолетовым облучением аутоэритролейкотромбовзвеси (ГКПА УФО АЭЛТВ). Группу сравнения составили 32 (23,7 %) больных, у которых использовали традиционное медикаментозное лечение. Показанием к назначению ЭКТО служил тиреотоксикоз средней и тяжёлой степени.

АУФОК и плазмаферез проводили общеизвестными методами. Операцию ГКПА проводили способом Левитана Б.Н. и соавт. (1995) в модификации (Пиксин И.Н., Бякин С.П., Федосейкин И.В., Земкин А.С., 1998). Эритролейкотромбомассу из последнего контейнера разводили физиологическим раствором в соотношении 1:1 и возвращали больному после ультрафиолетового облучения с помощью аппарата МД 73М “Изольда”. Эффективность проводимого лечения и предоперационной подготовки оценивали по показателям гормонального фона, эндогенной интоксикации, клеточного и гуморального иммунитета, длительности лечения, наличию и характере послеоперационных осложнений.

Наши исследования показали, что у больных ДТЗ, по сравнению с контрольной группой, имеется повышение уровня трийодтиронина ( $T_3$ ) на 128 %, тироксина ( $T_4$ ) – на 36,2 %. В результате ускорения катаболизма увеличен уровень МДА, МСМ. Анализ иммунограмм позволил выявить лимфоцитоз, а в лимфоцитарном пуле – дисбаланс, в основном, за счет повышения В- и 0-лимфоцитов.



Проведение консервативной терапии способствовало снижению к выписке  $T_3$  на 37,97 % (P 0,05),  $T_4$  на 29,06 % (P 0,05), уровня малонового диальдегида (МДА) и молекул средних масс (МСМ) на 17,92 % и 5,16 %. Достоверных изменений со стороны иммунной системы не выявлено.

Включение в комплекс лечения сеансов АУФОК приводит к снижению функциональной активности щитовидной железы:  $T_3$  снизился на 57,34 % (P 0,05),  $T_4$  – на 41,0 % (P<0,05). Уровень МДА и МСМ повышался на 5,16 % и 5,81%, после последнего сеанса, повидимому, за счет “вторичных мессенджеров”, но к выписке происходило снижение на 15,3 % и 17,2 % соответственно. В иммунной системе наблюдали повышение абсолютного количества Т- и В-лимфоцитов на 10,3 % (P<0,05) и 25,0 % (P<0,05), при этом происходило снижение абсолютного количества 0-лимфоцитов, но уровень иммуноглобулинов А, М и G снизились на 22,7 %, 28,5 % и 15,5 % соответственно, что видимо связано с блокированием реакции бластотрансформации.

Сочетание традиционной медикаментозной терапии с ПА способствовало снижению концентрации  $T_3$  на 67,4 %,  $T_4$  – на 52,1 %, уровня МДА и МСМ на 28,15 % и 23,93 %. В результате эллиминирующего эффекта ПА концентрация Ig А, Ig М и Ig G снизились на 49,7 %, 47,9 % и 39,4 % соответственно.

На фоне комбинированного применения ГКПА с УФО АЭЛТВ содержание  $T_3$  снизилось на 72,35 %,  $T_4$  – на 53,8 %. Применение ГКПА с УФО АЭЛТВ позволило достоверно снизить уровень МДА на 36,5 %, а МСМ на 26,93 %. Сочетание медикаментозной терапии и ГКПА с УФО АЭЛТВ приводило к увеличению абсолютного количества: Т-лимфоцитов 35,7 % (P<0,05); В-лимфоцитов на 46,9 % (P<0,05), что приводило к снижению абсолютного количества 0-лимфоцитов. Включение в лечение эфферентных, квантовых методов и их сочетания позволили достоверно снизить количество всех исследуемых фракций Ig. В третьей и четвертой группах содержание Ig А уменьшилось на и 54,1 %, Ig М на и 45,8 %, Ig G на и 38,9 %.

По поводу диффузного токсического зоба под внутривенным наркозом с искусственной вентиляцией легких проведена 61 (45,2 %) операция – субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву. Длительность нахождения больных в стационаре в группе сравнения составил  $28,2 \pm 1,14$  дня, при применении АУФОК –  $26,2 \pm 0,86$ ; ПА –  $23,0 \pm 1,0$ ; ГКПА с УФО АЭЛТВ –  $22,2 \pm 1,22$ . При медикаментозной терапии средний койко-день на 19,0 % и 20,8 % дольше по сравнению с ПА и ГКПА с УФО АЭЛТВ соответственно, при включении АУФОК на 12,3 % и 15,3 %.

В группе сравнения в послеоперационном периоде у 4 больных (22,2 %) наблюдали следующие осложнения; гипопаратиреоз, гипотиреоз, тиреотоксическая реакция, кровотечение. В группе с АУФОК у 2 больных (14,3 %): тиреотоксическая реакция и кровотечение. В группе с ПА у 1 (7,1 %) развился гипотиреоз и у 1 (6,6 %) больного в группе с комбинированным применением ГКПА и УФО АЭЛТВ было повреждение возвратного нерва. Включение в предоперационную подготовку ПА и ГКПА с УФО АЭЛТВ, позволяет полностью

избежать возникновения тиреотоксической реакции в послеоперационном периоде и не увеличивает количество кровотечений.

ГКПА с УФО АЭЛТВ обладает выраженным иммуномодулирующим и детоксикационным действием, является одним из методов наиболее эффективной и безопасной предоперационной подготовки больных диффузным токсическим зобом.

УДК 616.447-089.87

**Ю.И. Караченцев, В.Н. Дубовик, И.А. Лях**

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА**

*Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского АМН  
Украины, г. Харьков*

Если ранее ПППТ (первичный гиперпаратироз) рассматривался как чрезвычайно редкое заболевание, то в последнее время эта патология выходит по частоте выявления на одно из первых мест среди эндокринопатий в развитых странах мира, что стало возможным благодаря широкому внедрению в медицинскую практику рутинного исследования уровня кальция крови (Черенько С.М., 2001). Проявления заболевания связаны с гиперпродукцией паратгормона, усилением резорбтивных процессов в костной ткани и повышением содержания кальция в сыворотке крови. Источником избыточной секреции паратгормона, по данным литературы, являются солитарная аденома (80-89 %), множественная аденома (2-3 %), гиперплазия (2-6 %) и рак паращитовидных желез (0,5-3 %) (Балаболкин М.И., 1998). По преимущественному преобладанию поражения того или иного органа или системы организма выделяют костную, почечную, желудочно-кишечную, сердечно-сосудистую, смешанную формы заболевания. Данные литературы о частоте встречаемости этих форм отличаются большим разнообразием (Цариковская Н.Г., Спужак М.И., 1999). Учитывая противоречивость литературных данных, а также тот факт, что на сегодня уровень диагностики ПППТ остается неудовлетворительным, приводим данные собственных наблюдений.

В последнее время в хирургическом отделении клиники Института проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского АМН Украины по поводу ПППТ проходило лечение 12 человек. Из них было 3 мужчин и 9 женщин. Средний возраст больных составил 35,5 лет. 3 больных (25 %) – это дети в возрасте от 13 до 15 лет, хотя, по данным литературы, случаи ПППТ у детей чрезвычайно редки (Зографски С., 1977). Длительность заболевания до госпитализации в клинику колебалась от 1 до 5 лет и в среднем составила 2 года. Среди клинических форм заболевания преобладали смешанные формы. Так,

у 2 больных (16,6 %) поражение костной системы сочеталось с хроническим панкреатитом и мочекаменной болезнью, у 1 пациентки (8,3 %) поражение костной системы сочеталось с язвенной болезнью желудка и калькулёзным холециститом, у 4 больных (33,2 %) костные поражения встретились вместе с мочекаменной болезнью. Среди “чистых” форм у 3 больных (24,9 %) была выявлена костная форма, у 1 пациентки (8,3 %) заболевание проявлялось только образованием камней в почках и у 1 пациентки (8,3 %) аденома паращитовидной железы протекала бессимптомно. При госпитализации уровень кальция в крови у больных в среднем составил 3,47 при разбросе от 2,69 до 4,12 ммоль/л. Уровень ионизированного кальция крови был повышен менее значительно – до 1,39 ммоль/л. Уровень фосфора в крови находился в пределах нормальных значений – 0,82 ммоль/л. Кальцийурия составила 19,02 ммоль/сут., что более чем в 2 раза превышает нормальные значения. Фосфатурия незначительно превысила верхнюю границу нормы и равнялась 38,44 ммоль/сут. Средний уровень щелочной фосфатазы составил 12957 при верхней границе нормы до 2290 нмоль/с\*л. Морфологическим субстратом заболевания у 9 больных оказалась одиночная аденома околощитовидной железы диаметром от 0,5 до 3,5 см, у 2-х – аденомы двух желез, у 1-й больной аденома околощитовидной железы сочеталась с опухолью щитовидной железы. При этом только у 1 больной опухоль была обнаружена в ходе эксплоративной цервикотомии, у всех же остальных пациентов аденомы были доступны пальпации или визуализировались в ходе ультразвукового исследования.

Несмотря на разнообразие клинических форм гиперпаратиреоза у наблюдавшихся нами пациентов, тяжесть их состояния и уровень инвалидизации определялись поражением костной системы. 10 из 12 больных (83 %) поступили в клинику после более или менее длительного лечения у травматологов и ортопедов. До поступления 2 больных были оперированы по поводу опухолей верхнечелюстной пазухи, 1 – в связи с опухолью нижней челюсти. 3 больных госпитализировали в кокситных повязках. Рентгенологическое исследование у 2 из них обнаружило патологические переломы верхней трети бедренной кости в месте образования костных кист. У одной же пациентки был выявлен остеолитический дефект в средней трети диафиза бедренной кости с формированием дефекта костной ткани на протяжении около 15 см. У 3 больных был констатирован патологический перелом хирургической шейки плеча, у 2 – патологический перелом лучевой кости в типичном месте, у 2 пациенток на фоне кистовидной деструкции и разрежения структуры определялись переломы рёбер.

Все больные были прооперированы. Объём операции составил у 9 больных – удаление аденомы паращитовидной железы, у 2-х удаление аденомы было дополнено экономной резекцией щитовидной железы, у 1-й выполнена гемиструмэктомия в связи с сочетанием с папиллярным раком щитовидной железы. Снижение уровня кальция крови наступало на 2-3 сутки, составив в среднем 1,96 ммоль/л, сопровождалось легкими клиническими признаками гипопаратиреоза и требовало внутривенного назначения препаратов кальция.

Выводы: 1. До настоящего времени диагностика первичного гиперпаратиреоза остаётся неудовлетворительной и запоздалой, что ведет к инвалидизации больных и ухудшает результаты лечения. 2. Хирургический метод является единственным эффективным способом лечения больных с ПГПТ. 3. Тяжесть состояния больных ПГПТ определяется, в первую очередь, степенью поражения костной системы.

УДК 616.441-089-006

**О.В. Селиверстов, В.А. Привалов, Н.Н. Яровой,  
А.Б. Файзрахманов, А.К. Демидов**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Челябинская государственная медицинская академия*

Патология щитовидной железы в настоящее время является одним из самых распространенных заболеваний. По данным ВОЗ заболевания щитовидной железы отмечены у 10-15 % всего населения Земного шара, в том числе в России зарегистрировано более одного миллиона пациентов с поражением данного органа. Среди больных тиреоидной патологией доля узловых поражений железы растет с каждым годом.

В настоящее время при лечении узлового зоба используются три метода: медикаментозная терапия, хирургическое вмешательство и малоинвазивные методики. У каждого из них существуют свои преимущества и недостатки. Заместительная или супрессивная терапия тиреоидными препаратами, при всей своей простоте, не всегда приводит к регрессу или прекращению роста узла. Чаще эндокринолог остается в роли пассивного наблюдателя и лишь дожидается того момента, когда узел достигает определенных размеров.

Оперативное лечение наряду с радикальностью сопровождается возможными осложнениями, а также рецидивами в отдаленном периоде (по сводным данным от 1 до 20 %).

Промежуточное положение занимают малоинвазивные вмешательства на щитовидной железе под контролем ультразвукового исследования: склеротерапия и лазериндуцированная термотерапия.

С 1995 по 2001 год в клинике общей хирургии склеротерапия этанолом выполнена при лечении 139 больных с кистами щитовидной железы. Методика введения этанола в узлы является стандартной и выполняется амбулаторно с соблюдением правил асептики. Процедуру выполняют хирург и врач ультразвуковой диагностики. Положение иглы контролируется при многоосевом расположении датчика. Введение препарата регистрируется (на экране

ультразвукового аппарата: появляются гипоэхогенные участки в зоне узла, которые быстро меняют начальную эхогенность образования). При кистозном зобе вводим  $1/3$  от количества выведенной кистозной жидкости, по истечении 5 минут введенный этанол удаляется. В зависимости от размеров кисты приходилось проводить от 1 до 5 сеансов склеротерапии (в среднем 2,1). Положительная динамика была установлена у 111 пациентов (80 %): в 69 случаях (50 %) произошла полная облитерация кисты, у 42 больных уменьшение ее размеров более чем на 50 %. У 28 пациентов (20 %) положительный эффект был менее выражен, но ни в одном случае не отмечено увеличение размеров узла.

Полученные результаты позволили нам использовать чрескожные инъекции этанола при лечении 76 больных рецидивным кистозным и коллоидным зобом. При контрольном исследовании у 38 (50 %) больных отмечена полная облитерация кистозного узла или уменьшение его размеров более чем на 50 %. У 23 больных (30 %) размеры узла уменьшились на 25-50 % и у 15 (18 %) – в меньшей степени. Выраженность эффекта находилась в обратно пропорциональной зависимости от размеров узла. За всеми больными продолжается динамическое наблюдение в течении 1-6 лет. Двум больным с большими загрудинными узлами произведены операции, так как склеротерапия не устранила явления компрессии трахеи.

С 1998 года разработанный в эксперименте метод очаговой лазериндуцированной интерстициальной термотерапии щитовидной железы использован в клинике при лечении 29 больных рецидивным узловым и многоузловым зобом. Все они имели сопутствующую соматическую патологию. У 4 больных с целью безопасности лазертермию сочетали с динамическим термометрическим контролем.

В асептических условиях осуществлялась пункция узла иглой диаметром 0,8 мм под контролем УЗИ. Через иглу в узел вводился световод диаметром 0,4/0,6 мм. Производилась локальная лазерная термотерапия с использованием диодных лазеров с длиной волны 805нм, 980 нм и 1040 нм, мощностью излучения 2-3 Вт и с экспозицией от 2 до 10 мин. В зависимости от размера узлов проводили от 1 до 4 сеансов термотерапии. Во время ЛПТТ на мониторе ультразвукового сканера через 0,5-1,0 мин отмечалось появление гиперэхогенного “облачка” в зоне прилежащей к торцу световода, которое постепенно увеличивалось в размерах и к концу сеанса лазерной термотерапии “покрывало” большую часть узла. Начиная со второго дня, на месте узла формировалась гипоэхогенная зона без четких границ. Через 1-3 мес. после лазертермии на месте узлов определялась зона неравномерной гипоэхогенности без четких границ с нарастающей выраженностью очаговых фиброзных изменений. В дальнейшем эхографическая картина характеризовалась уменьшением узла и выраженными фиброзными изменениями в нем.

В результате лечения у 2 пациентов узел перестал определяться, у 10 больных при наблюдении в течение 3,5 лет узел уменьшился на  $1/2$ , у 10 – на  $1/3$ , но ни у одного больного не отмечен рост узлов. После ЛПТТ функциональное

состояние щитовидной железы не страдало, что подтверждали клинические и биохимические исследования (уровень ТЗ, Т4 и ТТГ не изменялся).

Таким образом, полученные результаты позволяют считать возможным использование склеротерапии в лечении кистозного и рецидивного зоба, а лазер-индуцированной термотерапии в лечении рецидивного зоба. Преимущество данных методик состоит в том, что они являются малоинвазивными за счет прицельной деструкции узлов и сохранения основной массы здоровой гормоно-продуцирующей ткани щитовидной железы, могут проводиться амбулаторно, сопровождаются минимальным количеством осложнений, могут использоваться у больных с тяжелой сопутствующей патологией и высоким риском оперативного вмешательства.

УДК 617.58-002.4-02:616.379-008.64-089

**Ю.И. Павлов**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ (СДС)**

*Челябинская государственная медицинская академия*

Вступление. Проведен ретроспективный сравнительный анализ результатов лечения гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы (СДС) у 1072 больных в хирургических отделениях 6 крупных клинических больниц г. Челябинска за 1998-2001 гг. В двух из них, в ГКБ № 1 и в клинике Челябинской государственной медицинской академии, были выделены профильные койки для лечения гнойно-некротических осложнений СДС и организованы специализированные педиатрические кабинеты в поликлинике. Обследование и лечение в этих двух центрах осуществлялось в соответствии с разработанным нами алгоритмом, который является проектом отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Синдром диабетической стопы".

Материалы и методы. Пациентов с гнойной инфекцией стоп лечили в отделении гнойной хирургии. Пациенты в тяжелом состоянии, обусловленном декомпенсацией сахарного диабета (СД), интоксикацией, сепсисом, находились в условиях хирургической реанимации.

Для компенсации уровня гликемии в течение всего госпитального периода проводилась инсулинотерапия вне зависимости от типа СД.

Применяли бактерицидные антибиотики с учетом нефротоксичности препаратов, т.к. у большинства больных СД имелась различная степень нарушения функции почек. Антибактериальная терапия проводилась длительно – в течение 3-10 недель с учетом чувствительности флоры.

Консервативная ангиотропная терапия больных с ишемической и смешанной формами СДС проводилась длительными курсами.

При наличии ишемических некрозов, некрэктомии выполнялись только после купирования критической ишемии и появления зоны демаркации (через 2-4 недели), в противном случае, это почти всегда приводило к прогрессированию зоны некроза или развитию влажной гангрены. Реконструктивные сосудистые операции удалось выполнить лишь у 8 больных, у 2 из них вскоре сделана высокая ампутация. При невозможности выполнения реконструктивных сосудистых операций мы у 32 больных применили реваскуляризирующую остеотрепанацию (Ф.Н. Зусманович, 1991) в собственной модификации и у 2 больных выполнили микрососудистую аутотрансплантацию большого сальника на голень (Н. Goldsmith, E.S. Alday, 1967). При ишемической форме СДС ампутацию на уровне бедра или голени выполняли при обширных некрозах переднего и среднего отделов стопы и пяточной области, влажной гангрене с переходом на голень, критической ишемии с выраженным болевым синдромом при невозможности выполнения сосудистой операции или безуспешности последней на фоне неэффективности проводимой консервативной терапии. Уровень ампутации определяли после всесторонней оценки периферического кровообращения, на основании данных: клинического течения заболевания, ультразвуковой доплерографии нижних конечностей, реовазографии, инфракрасной термографии, транскутанной оксигенометрии, лазерной доплеровской флоуметрии, рентгенографии стопы.

Напротив, при нейропатической форме СДС, уже в ранние сроки возможен широкий спектр хирургических вмешательств – от некрэктэктомии до пластических операций. Активная хирургическая тактика – первичное вскрытие и дренирование гнойного очага, повторные хирургические обработки очага инфекции и этапные некрэктомии позволяли в максимально короткие сроки подготовить рану к пластическому закрытию дефекта. Хирургические вмешательства в зависимости от показаний выполняли в экстренном (влажная гангрена пальцев, флегмона стопы, восходящие гнойные тендовагиниты), срочном (гнойные раны без адекватного дренирования, гнойные затеки) и плановом (хронический остеомиелит стопы, вторичные некрозы в ране, различные варианты пластического закрытия раневых дефектов) порядке. Ампутации на уровне голени и при нейропатической форме СДС выполняли в следующих случаях: влажная гангрена стопы с проксимальным распространением инфекции; гнойно-деструктивные артриты; деструктивные формы остеоартропатии (стопа Шарко) с обширными длительно существующими язвами подошвенной поверхности стопы.

В комплексе лечения гнойно-некротических проявлений СДС использовали физические факторы: лазер, ультразвук низкой и средней частоты, гипербаро-оксигенотерапию

Результаты. Критериями эффективности лечения является частота высоких ампутаций и летальность. Продолжительность госпитализации при условии сохранения конечности, на наш взгляд, не является показателем качества лечения. Сопоставление результатов лечения больных с СДС в специализированных клиниках показал высокую эффективность применяемого алгоритма

лечения. Так, в обычных отделениях гнойной хирургии ампутации на уровне бедра выполнены у 38,7 %, а в больницах с профильными койками и организованными кабинетами диабетической стопы ампутации бедра выполнены лишь у 17,7 % ( $P=0,001$ ). Общая летальность составила соответственно 8,6 % и 5,4 % ( $P=0,031$ ). Средняя продолжительность лечения на профильных койках была больше на 8,3 дня (23,5 %).

Выводы: 1. Проводимая терапия и хирургическая тактика при нейропатической и ишемической формах СДС должна быть патогенетической. 2. Внедрение педиатрических кабинетов и профильных коек для лечения больных с СДС позволяет улучшить результаты лечения. 3. Стандартизация подходов в ведении больных с СДС эффективна.

УДК 616.441-006.5-089.7-073.75

**А.Ф. Романчишен, Л.А. Строкова, П.Н. Яковлев**

## **УЛЬТРАЗВУКОВАЯ МОРФОМЕТРИЯ ТИРЕОИДНОГО ОСТАТКА ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ СУБТОТАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ ДИФФУЗНОГО ТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Репаративные возможности тиреоидного остатка в значительной степени влияют на результат хирургического лечения больных диффузным токсическим зобом (ДТЗ). Как известно, компенсаторная гипертрофия тиреоидного остатка в послеоперационный период обеспечивает организм достаточным количеством тиреоидных гормонов. На степень выраженности репаративных процессов оказывают влияние множество факторов, в конечном итоге определяющих тиреоидный гомеостат.

Проводилось динамическое наблюдение за 112 пациентами, оперированными по поводу ДТЗ в период с 1997 по 2001 гг. в центре хирургии органов эндокринной системы города Санкт-Петербурга на базе ЦМСЧ 122. Всем больным была выполнена субтотальная резекция ЩЖ по методике Е.С. Драчинской, предусматривающей оставление от 4 до 8 г. тиреоидной ткани на одном из верхних полюсов.

Обследование через 3 месяца, 6 месяцев, 1 год и 2 года после операции проходило по следующему плану: исследование уровней тиреотропного гормона и гормонов ЩЖ иммунохемилюминисцентным методом; комплексное ультразвуковое исследование ЩЖ на аппарате "Siemens Sienna" с использованием линейного датчика мощностью 7,5 МГц. С помощью УЗИ был рассчитан



объем тиреоидного остатка (в см<sup>3</sup>) путем измерения линейных размеров максимальных срезов (в см) по формуле (J.Braun, 1981): Объем тиреоидного остатка = длина × ширина × толщина × 0,479; ретроспективное исследование гистологических препаратов с оценкой степени лимфоидной инфильтрации полуколичественным методом.

На основании сравнения объема оставленной в ходе операции ткани с данными, полученными при динамической ультразвуковой морфометрии тиреоидного остатка, все больные были разделены на три группы.

В первую группу вошли 19 (17,2 %) пациентов, у которых была отмечена отрицательная динамика морфометрических характеристик тиреоидного остатка. Послеоперационный гипотиреоз (ПОГ), потребовавший назначения экзогенных тиреоидных гормонов с заместительной целью, развился практически у всех больных этой группы.

Вторую группу составили 34 (30,5 %) пациента, у которых не отмечалась ни положительная ни отрицательная динамика, т.е. объем тиреоидного остатка за время наблюдения оставался неизменным. ПОГ выявлен у 8 больных, причем у 5 из них он носил транзиторный характер.

В третью группу вошли 49 (43,75 %) больных, объем тиреоидного остатка которых, увеличился за время наблюдения в среднем в 1,5 раза. Транзиторный ПОГ имел место у 11 больных, а у 2 (1,7 %) пациентов развился субклинический тиреотоксикоз.

Средний возраст больных первой группы составлял  $49 \pm 1,9$  лет и превышал средний возраст больных второй и третьей групп на 6 и 8 лет соответственно. Соотношение мужчин и женщин оставалось неизменным во всех группах и равнялось 1:12.

При ретроспективном изучении гистологических микропрепаратов отмечалась выраженная лимфоцеллюлярная инфильтрация с формированием лимфоидных фолликулов в тиреоидной ткани у больных ПОГ. Последний, по нашему мнению, в большинстве случаев является результатом аутоиммунных процессов, протекающих в оперированной ЩЖ по типу атрофического тиреоидита.

Ультразвуковая эхография остаточной ткани ЩЖ в динамике является объективным методом скрининга, позволяющим оценить степень выраженности репаративных процессов в тиреоидном остатке и выделить группу риска по развитию ПОГ.

**В.В. Фролов****ПРОФИЛАКТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ГОРТАННЫХ И ДРУГИХ  
НЕРВОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Одним из тяжелых осложнений операций на щитовидной железе (ЩЖ) является повреждение гортанных нервов, приводящее к нарушению фонации, а при двустороннем поражении – к нарушению дыхания. Несмотря на широкое распространение хирургического лечения различных форм патологии щитовидной железы и детальную разработку техники оперирования ЩЖ, частота параличей гортани, возникших в результате повреждения возвратных нервов, и в настоящее время остается высокой. По данным различных авторов она варьирует от 0,1% до 10 % и более. Чаще это осложнение встречается при диффузном токсическом зобе, аутоиммунном тиреоидите, но особенно – при повторных операциях на ЩЖ (рецидив рака ЩЖ, рецидив ДТЗ и т.д.), вследствие наличия большого количества рубцов и нарушения привычных топографо-анатомических соотношений в зоне повторного оперативного вмешательства. Особую сложность представляют повреждения добавочного, языко-глоточного нервов при выполнении футлярно-фасциальной диссекции клетчатки шеи и операции Крайля, в этом случае больные обречены на существенные ограничения подвижности верхней конечности, деформацию лица, нарушения функции языка, диафрагмы и другие расстройства периерической иннервации. Такие показатели не могут удовлетворять, если учесть, что за ними кроется глубокая инвалидизация части больных, особенно связанная со снижением и потерей голоса, необходимостью трахеостомии.

Несмотря на хорошее знание топографо-анатомических взаимоотношений в зоне локализации возвратного нерва (ВН) и достаточного опыта и уровня оперативной техники хирурга, большую пользу в топической визуализации ВН могут принести инструментальные методы поиска нервов.

В клинике госпитальной хирургии СПбГПМА, начиная с 2000 г., при операциях на ЩЖ используется оригинальный комплекс аппаратуры для интраоперационного мониторинга целостности гортанных нервов. Эта аппаратура использована нами для идентификации гортанных нервов, нервных стволов шеи у 112 больных в возрасте от 29 до 68 лет.

Принцип использования метода основан на регистрации потенциала действия в области голосовых или других мышц, вызванного электростимуляцией возвратного и других нервов, регулируемой по силе и продолжительности.

Комплекс оборудования состоит из следующих компонентов. Специальная эндотрахеальная трубка, по конструктивным данным данным соответствует

аналогичным, используемым при эндотрахеальном наркозе. В стенку трубки по ее длине впаяны четыре тонких стальных электрода (по два с каждой стороны), оголенных на протяжении 4,3 см, на уровне 1,5 см выше надуваемой манжетки. Правильно установленная эндотрахеальная трубка оголенной частью электродов соприкасается с поверхностью голосовых складок. Это позволяет производить электромиографическую регистрацию и мониторинг сокращений голосовых складок в ходе операции на щитовидной железе. При стимуляции нерва электродом на экране монитора появляется характерная кривая с амплитудами, являющимися отражением колебаний потенциала действия. Электростимуляцию нерва осуществляют путем непосредственного контакта стимуляционного электрода со стволом искомого нерва.

Особенностями нашего комплекса аппаратуры являются его простота в использовании, компактность, легкость транспортировки, достоверность получаемых результатов. Для эксплуатации оборудования достаточно участие одного обученного члена операционной бригады.

Показаниями к использованию представленной методики мы считаем технически сложные ситуации, когда высока вероятность повреждения функционально важных нервов: 1) рецидив ДТЗ, 2) аутоиммунный тиреоидит с компрессионным синдромом, 3) операции при распространенном раке ЩЖ, повторные операции при РЩЖ, 4) ФФД, операция Крайля, особенно после предшествующих операций на органах шеи, 5) восстановительные операции после повреждений нервных структур на предыдущих операциях, 6) распространение патологически измененной ткани ЩЖ за грудину, особенно при сдавливании и смещении трахеи и органов средостения.

Представленная аппаратура применяется в двух клиниках ЦХОЭС Санкт-Петербурга и высокую эффективность и безопасность: ни в одном случае применения ИМГН не было выявлено повреждений функционально важных нервов или каких либо других осложнений.

УДК [616.441-002+616.441-006.6]-089.87

**В.А. Колосюк, Букайран Фадель**

## **РАКЩИТОВИДНОЙЖЕЛЕЗЫВСОЧЕТАНИИС ТИРЕОТОКСИКОЗОМ**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Проблема возникновения, диагностики и лечения рака щитовидной железы (РЩЖ) на фоне токсических форм зоба привлекла внимание клиницистов относительно недавно. Это связано с несколькими причинами: в последние десятилетия получены новые данные об этиологии и патогенезе токсических

форм зоба; в ряде зарубежных и отечественных клиник накоплен значительный опыт лечения больных РЩЖ и токсическим зобом. Таким образом, в литературе появились сообщения о нескольких десятках наблюдений подобных сочетаний. Это позволило начать изучение особенностей клиники и лечения рака на фоне тиреотоксикоза, однако, небольшой опыт большинства клиник не позволяет пока выдвинуть программу обследования и лечения пациентов с РЩЖ, протекающим на фоне тиреотоксикоза.

В клинике Санкт-Петербургского центра хирургии органов эндокринной системы в период с 1975 по 1997 гг. оперированы 1123 больных РЩЖ. Среди них в 125 (11,1 %) наблюдениях карцинома протекала на фоне токсических форм зоба. В этот же период в клинике оперированы 2620 больных токсическим зобом – 125 случаев РЩЖ среди этих пациентов составили 4,8 %. Среди указанных больных было 114 (90,4 %) женщин и 11 (9,6 %) мужчин, средний возраст пациентов составил  $(48,0 \pm 1,8)$  лет. У 71 больного рак возник на фоне диффузного токсического зоба (ДТЗ), у 29 – на фоне токсической аденомы (ТА) и у 25 – на фоне полиаденоматозного токсического зоба (ПТЗ).

Обращала на себя внимание высокая онкологическая опасность узловых образований на фоне ДТЗ – частота рака среди таких узлов составила 15,9 %. При этом, среди эутиреоидных форм узлового зоба частота выявления РЩЖ была 5,6 %. При наличии РЩЖ тиреотоксикоз в исследуемой группе протекал тяжелее по сравнению с общей группой больных токсическим зобом – это проявлялось высокой частотой висцеропатической стадии, упорным рецидивирующим течением токсикоза. Следует также отметить, что пациенты с карциномой на фоне ДТЗ долгое время (в среднем 5,6 лет) лечились тиреостатическими препаратами – продолжительность консервативной терапии у них почти в два раза превышала показатель в общей группе больных ДТЗ. Эти данные соответствуют распространенному мнению о неблагоприятном воздействии тиреостатических препаратов на эпителий ЩЖ. Таким образом, вероятность развития РЩЖ на фоне ДТЗ увеличивалась прямо пропорционально длительности тиреотоксикоза и консервативного лечения. Указанный факт подтверждает предположение о роли тиреостатических препаратов в происхождении опухолей ЩЖ.

Все опухоли ЩЖ у обследованных больных были представлены высококодифференцированными аденокарциномами. Чаще всего встречался фолликулярный рак – 56 или 78,9 % наблюдений, что отличало данную группу пациентов от общей группы РЩЖ, где наблюдалось заметное преобладание папиллярных карцином. РЩЖ у больных токсическим зобом отличался относительно благоприятным течением – это проявилось низкой частотой лимфогенного распространения.

Органосохраняющий принцип хирургического лечения РЩЖ на фоне тиреотоксикоза (при полном удалении доли, содержащей карциному и биопсии регионарных лимфатических узлов) дал отличные 5-летние результаты с выздоровлением более 95 % пациентов.

РЩЖ на фоне токсических форм зоба протекал относительно благоприятно, что проявлялось невысокой склонностью к регионарному лимфогенному метастазированию. Такие характеристики опухолевого процесса, как частота выхода опухоли за пределы ЩЖ (Т4) и многофокусного роста опухоли, частота местных рецидивов и возникновения лимфогенных и гематогенных метастазов достоверно не отличались от общей группы больных с данной опухолью.

При хирургическом лечении РЩЖ на фоне токсического зоба (так же как и при других патогенетических вариантах РЩЖ) соблюдался органосохраняющий подход. Но объем вмешательств в основной группе был, как правило, больше чем у пациентов с РЩЖ на фоне эутиреоза. Обоснованность органосохраняющих операций при РЩЖ на фоне токсического зоба подтверждалась отдаленными результатами лечения. 5-летняя выживаемость больных в основной группе составила  $99,2 \pm 0,8 \%$ , а в общей группе больных РЩЖ –  $97,9 \pm 0,9 \%$ . Эти показатели достоверно между собой не различались.

Таким образом, клиническое течение рака ЩЖ на фоне токсических форм зоба не имеет заметных особенностей. В хирургическом лечении этих пациентов обоснован органосохраняющий метод, что подтверждается хорошими отдаленными результатами. Среди больных токсическими формами зоба следует выделять группу высокого онкологического риска: в эту категорию можно отнести больных с узловыми новообразованиями на фоне диффузного токсического зоба и пациентов с тяжелым и рецидивирующим течением тиреотоксикоза.

УДК 616.441-002-089

**Д.И. Василевский**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АУТОИММУННОГО ТИРЕОИДИТА**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Аутоиммунный тиреоидит является распространенным заболеванием не только в структуре патологии специализированных отделений, но и всех практических лечебных учреждений, занимающихся хирургией щитовидной железы.

Общепризнанным показанием к оперативному вмешательству является компрессия полых органов шеи или средостения увеличенной щитовидной железой. Необходимость хирургического лечения может возникать и у части больных с шейно-загрудинной локализацией зоба Хашимото, а также при гипертиреоидном течении заболевания.

Для разработки оптимальных показаний к хирургическому вмешательству и определения рациональных объемов резекции щитовидной железы были изучены отдаленные результаты лечения 319 больных аутоиммунным

тиреоидитом, оперированных в клинике кафедры госпитальной хирургии с 1980 по 1994 годы.

На основании проведенного анализа общих и местных симптомов заболевания, особенностей гормонального и иммунологического статуса пациентов была разработана классификация, в соответствии с которой больные тиреотоксическим тиреоидитом составили 25,2 % наблюдений, гипертрофическим – 17,4 %, атрофическим – 11 %, тиреоидитом с минимальными клиническими проявлениями – 46,4 %. Предложенное разделение пациентов по группам позволило оптимизировать тактические подходы к лечению в зависимости от формы заболевания.

Оценка информативности различных методов исследования дала возможность предложить универсальную схему верификации всех клинических форм патологии, алгоритм дифференциальной диагностики диффузного токсического зоба и тиреотоксического тиреоидита.

Изучение причин развития компрессионного синдрома при тиреоидите Хашимото, отмечавшемся в 8,4 % наблюдений, выявило ведущую роль шейно-загрудинной локализации зоба (III-V ст.). Установленная закономерность позволила выделить группу больных с высоким риском обструкционных осложнений, нуждающихся в превентивном хирургическом лечении.

Анализ частоты злокачественных опухолей железы на фоне хронического тиреоидита констатировал относительную редкость подобного сочетания (3,9 %).

Ретроспективная оценка результатов оперативного лечения больных с различными клиническими формами тиреоидита позволила разработать рациональные объемы резекции щитовидной железы, минимизирующие риск возврата симптомов хашитоксикоза, развития или рецидива компрессионного синдрома.

Таким образом, полученные результаты продемонстрировали необходимость хирургического лечения отдельных групп больных аутоиммунным тиреоидитом и позволили предложить практические рекомендации:

1. При гипертиреоидной форме заболевания, резистентной к консервативной терапии, непереносимости тиреостатиков или рецидивирующем течении тиреотоксикоза показана резекция щитовидной железы с оставлением 12-15 граммов ткани у одного из верхних полюсов.

2. При компрессии органов шеи или средостения гипертрофированной щитовидной железой показана субтотальная резекция органа с оставлением 6-8 граммов ткани у одного из верхних полюсов.

3. При шейно-загрудинной локализации III-V степени зоба Хашимото показана субтотальная резекция железы с оставлением 6-8 граммов ткани у одного из верхних полюсов.

**В.А.Волерт****ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ,  
ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И ЕГО РЕЗУЛЬТАТЫ  
МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Сотрудниками кафедры госпитальной хирургии с курсом ВПХ СПбГПМА (центра хирургии органов эндокринной системы г. Санкт-Петербурга) на базах Марининской больницы и ЦМСЧ-122 в период с 1980 по 1997 годы оперированы 165 мужчин и 1489 женщин, больных диффузным токсическим зобом. Соотношение мужчин и женщин на протяжении этих 17 лет выросло с 1:13 до 1:5.

Из клинических особенностей следует отметить, что тиреотоксикоз тяжелой степени у мужчин встречался значительно чаще, чем у женщин, и составил 52,1 %, а у пациентов старше 40 лет – 61,1 %. Такие симптомы тяжелого тиреотоксикоза, как мерцательная аритмия, тиреотоксическая миокардиодистрофия, сердечная недостаточность у мужчин появлялись в более молодом возрасте.

Диффузный токсический зоб у 73 (44,2 %) пациентов сочетался с эндокринной офтальмопатией (у женщин частота офтальмопатии составила 25,5 %). Последняя наиболее часто встречалась у мужчин, страдавших ДТЗ, в возрасте 20-30 лет. Зависимости между тяжестью тиреотоксикоза и степенью выраженности офтальмопатии не выявлено.

Средний возраст на момент операции у мужчин составил  $40,5 \pm 8,2$  года, в контрольной группе женщин средний возраст был  $47,1 \pm 8,8$  лет. Длительность заболевания у мужчин достоверно короче, чем у женщин, и составила  $2,0 \pm 1,1$  года, у женщин  $7,2 \pm 2,3$  года; при этом продолжительность медикаментозной терапии у мужчин соответствовала  $1,1 \pm 0,4$  году, у женщин –  $1,6 \pm 0,8$  году. Каждый третий пациент имел более 2-х рецидивов заболевания после лечения мерказолилом. Из анатомических особенностей следует отметить следующие: у всех оперированных больных щитовидная железа была увеличена до 3-4 степени, при этом зависимости степени увеличения железы от длительности заболевания и степени тиреотоксикоза не выявлено. У мужчин четко прослеживалась тенденция к загрудинному распространению щитовидной железы, что обусловлено силой мышц шеи у мужчин, присасывающим действием диафрагмы и весом железы. Компрессия трахеи выявлена у 14 (8,5 %), сдавление пищевода с нарушением пассажа бария по нему – у 4 (2,4 %) больных. Наличие компрессии органов шеи зависело как от длительности заболевания, так и от размеров самой железы.

Все вышеперечисленные данные свидетельствуют о более тяжелом и агрессивном течении ДТЗ у мужчин.

У женщин узловые образования на фоне ДТЗ встречались значительно чаще (25,5 %) чем у мужчин (17,0 %). При этом каждый третий узел (39,3 %) у мужчин оказались карциномой, у женщин карцинома имела место у 15,4 % пациенток, больных ДТЗ с узлом.

Оперативное лечение заключалось в субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы по методике профессора Е.С.Драчинской. Тиреоидэктомия, как операция выбора при ДТЗ и даже при наличии карциномы на фоне ДТЗ сотрудниками нашей кафедры не применялась. Методика Е.С.Драчинской (оставление верхнего полюса одной из долей на верхних щитовидных сосудах) позволяла точно определять объем остатка, надежно ревизовать его.

Специфические осложнения в раннем послеоперационном периоде имели место у 3 (1,8 %) больных. Транзиторный гипопаратиреоз встретился у 2 (1,2 %), двухсторонний парез возвратных нервов – у 1 (0,6 %) больного. Из неспецифических осложнений – у 4 (2,4 %) пациентов возникло кровотечение.

Изучены отдаленные результаты лечения ДТЗ у 152 (92,1 %) мужчин в сроки до 20 лет. Большинство пациентов чувствуют себя отлично и хорошо. Рецидив заболевания имел место у 2 (1,3 %) больных. Клиника гипотиреоза в различные сроки после операции развилась у 4 (2,7 %) больных.

Функциональное состояние тиреоидного остатка по нашим данным зависит от нескольких факторов, которые учитываются во время операции. Способность к регенерации ткани железы у пациентов до 40 лет, длительность заболевания которых не превышает 2-х лет, а продолжительность приема мерказолила не более 1 года сохранена в полной мере, что позволило добиться хороших результатов в данной группе больных. При длительности заболевания более 2-х лет, наличии в анамнезе 3-4 рецидивов тиреотоксикоза, длительном приеме мерказолила – хирургу трудно определиться с объемом оставляемой ткани, что являлось основной причиной послеоперационного гипотиреоза или рецидива тиреотоксикоза.

Таким образом, диффузный токсический зоб у мужчин отличался быстрым агрессивным ростом, тяжелым тиреотоксикозом с кардиальными осложнениями. Узловые образования на фоне диффузного токсического зоба в каждом третьем наблюдении были злокачественными. Своевременное хирургическое лечение обеспечивало выздоровление абсолютного большинства мужчин, страдавших тиреотоксикозом.



**Е.А. Залмовер**

## **РОЛЬ ПРЕДСУЩЕСТВУЮЩЕЙ ТИРЕОИДНОЙ ПАТОЛОГИИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

До настоящего времени не существует эффективного лечения одной из самых злокачественных опухолей у человека – недифференцированного рака щитовидной железы. Сам факт выявления этой бурнорастущей аденокарциномы щитовидной железы является основанием для постановки IV стадии заболевания.

Карциногенез опухолей щитовидной железы в настоящее время изучен на генетическом уровне. Общеизвестной является схема онкогенеза K.Wynford-Thomas (1993), согласно которой в результате последовательной активации различных онкогенов происходит превращение тиреоцитов в клетки карциномы. Причем недифференцированный рак может возникать по двум путям: фолликулярная клетка – фолликулярная аденома – фолликулярная карцинома – недифференцированный рак или фолликулярная клетка – микрокарцинома – папиллярный рак – недифференцированный рак. Предшествующие анапластической трансформации преобразования фолликулярной и папиллярной карцином происходят в результате мутации гена p 53, в норме осуществляющего супрессию опухолевого роста (А.И.Кубарко, S.Yamashita, 1998).

В результате анализа анамнестических и клинических данных 116 пациентов, проходивших лечение в нашей клинике в период 1973-1998 гг., нами было установлено, что у 63 (54,3 %) человек имелись указания на длительно существовавший ранее зоб, затем отмечено внезапно быстрое увеличение ЩЖ. В частности, 3 пациента длительное время (30 лет, 5 лет, 2 года) лечились по поводу диффузного токсического зоба, одна больная ранее (30 лет назад) была оперирована по поводу диффузного токсического зоба. У 3 пациентов недифференцированный рак возник на фоне аутоиммунного тиреоидита, у 1 больной – на фоне эндемического зоба. Остальные 58 человек наблюдались эндокринологами по поводу узлового и полинодозного эутиреоидного зоба от 2 до 53 лет (в среднем  $16,7 \pm 1,14$  года).

Интересной особенностью явился тот факт, что 5 (4,3 %) больных в анамнезе уже перенесли операцию на ЩЖ и недифференцированный рак возник у них как новое заболевание тиреоидного остатка.

При изучении гистологических препаратов в наших наблюдениях было установлено, что в 27 (23,3 %) случаях среди разрастаний НРЩЖ встречались участки дифференцированного рака. В 8 случаях это был папиллярный рак и в 19 – фолликулярный рак ЩЖ. Причем в 5 препаратах папиллярной и 9 –

фолликулярной карцином четко определялись переходные зоны от дифференцированных фокусов к низкодифференцированным и недифференцированному раку. Серийные срезы в изучении инфраструктуры опухоли не использовались, поэтому истинная частота сочетания дифференцированного и недифференцированного рака ЩЖ в наших наблюдениях может оказаться и выше.

Таким образом, более чем у половины больных (54,3 %) НРЩЖ развивался на фоне предсуществующих изменений, представленных широким спектром опухолевой и неопухолевой патологии, а у 1/4 пациентов на фоне массивных разрастаний недифференцированной карциномы встречались очаги хорошо дифференцированного рака.

Результаты проведенных исследований позволяют рекомендовать более раннее направление больных с узловой и диффузной гиперплазией щитовидной железы для консультации хирурга-эндокринолога с целью исключения НРЩЖ. Раннее оперативное лечение больных узловым зобом способствует предотвращению анапластической трансформации.

УДК 616.441-006.5-089.87

**А.Л. Акинчев, А.Ф. Романчишен**

## **РЕЦИДИВНЫЙ ПОЛИНОДОЗНЫЙ ЗОБ**

*Центр хирургии органов эндокринной системы, г. Санкт-Петербург,  
Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия*

Послеоперационный рецидив является одной из основных причин неудовлетворенности результатами хирургического лечения доброкачественных заболеваний щитовидной железы.

За период с 1973 по 1999 годы в клинике госпитальной хирургии СПбГПМА оперирован 601 больной с различными формами послеоперационного рецидивного зоба. Эти больные составляли ежегодно 5-8 % от общего количества пациентов, перенесших операции на щитовидной железе в клинике.

В подавляющем большинстве наблюдений, у 388 (64,6 %) больных рецидив зоба был обусловлен полинодозными формами. Из них у 329 (84,8 %) был выявлен полинодозный эутиреоидный зоб (ПЭЗ), у 41 (10,6 %) – полинодозный токсический зоб (ПТЗ). В двух наблюдениях имело место сочетание ПЭЗ с диффузной формой аутоиммунного тиреоидита.

Рак на фоне ПЭЗ был диагностирован у 15 (3,8 %) пациентов и у 1 на фоне ПТЗ. До операции поставить диагноз рака удалось только у 5, в остальных наблюдениях – при макроскопическом исследовании препарата во время операции, что определяло дальнейшую хирургическую тактику.

Адекватным вмешательством при ПЭЗ многие хирурги считают полное удаление нодозной ткани с максимальным сохранением паранодозной

макроскопически неизменной паренхимы. Поэтому при полинодозном зобе (ПЗ), а особенно при его рецидиве, перед хирургом возникает дилемма между радикальностью операции и возникновением у пациента пожизненного гипотиреоза с заместительной терапией.

Средний срок развития рецидива в группе больных ПЭЗ составлял  $14,3 \pm 10,2$  года, а срок выполнения повторных операций –  $18,4 \pm 9,8$  года. В возникновении рецидивов отмечается несколько временных пиков в течение первых трех лет и второго десятилетия, обусловленных неадекватностью первой операции или развитием новых узловых образований.

Интересно отметить, что 16 больных рецидивным полинодозным зобом (РПЗ) были оперированы в третий раз, 4 – в четвертый и одна больная – в пятый. У 77,5 % больных РПЗ объем резекции при повторных вмешательствах приходится доводить до субтотальной. В среднем удавалось оставить ( $3,5 \pm 2,4$ ) грамма макроскопически полноценной тиреоидной ткани. В большинстве наблюдений местом оставления ткани являлся верхний полюс одной из долей щитовидной железы. Вынуждено у 65 (16,8 %) пациентов была выполнена тиреоидэктомия.

Повторные вмешательства часто были атипичными и требовали индивидуального планирования. Технические сложности операции были связаны с перенесенным ранее оперативным вмешательством, выраженным рубцовым процессом, особенностями роста рецидива, что обуславливало изменение нормальной топографической анатомии шеи. Нарушалось взаимоотношение сосудов шеи, трахеи, гортани, гортанных нервов, околощитовидных желез, тиреоидного остатка. Только сопоставление результатов клинического, лабораторного, радиоизотопного, ультразвукового и рентгенологического методов исследования позволяли уточнить функциональную активность и топографию тиреоидного остатка (ТО).

Таким образом, онкологическая опасность РПЗ невысока, а повторные операции могут носить органосохраняющий характер в большинстве наблюдений.

УДК 616.45-089

**Л.К. Куликов, С.В. Алабердин, Ю.А. Привалов, В.Ф. Собонович**

## **ТРАНСКОСТАЛЬНАЯ ЛЮМБОЛАПАРОТОМИЯ – АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ АДРЕНАЛЭКТОМИИ**

*Иркутский государственный институт усовершенствования врачей*

Вступление. Адреналэктомия при доброкачественном, и особенно при злокачественном, опухолевом поражении надпочечников (НП) – сложное и высокотехнологичное оперативное вмешательство. На протяжении нескольких

десятилетий как зарубежные, так и отечественные хирурги проводили целенаправленные исследования в этом направлении (Топчибашев М.А., Ахмедов А.А., 1973; Шраер Т.И., Розина Н.С.; 1976; Розина Н.С., 1979; Чернышев В.Н., 1985; Маневич В.Л. и др., 1988; Аюпов А.М., 1977; Куликов Л.К. и др., 2001). Невзирая на внедрение в клиническую практику эндовидеохирургических и мининвазивных вариантов адреналэктомии, стандартно выполняемая адреналэктомия до настоящего времени остается основным способом хирургического лечения больных с различными как опухолевыми, так и гиперпластическими поражениями надпочечников.

Методы. Нами проведены исследования на 126 неформализованных трупах людей обоего пола в возрасте от 18 до 87 лет, которые по антропометрическим параметрам соответствовали определенным конституциональным типам и были представлены тремя равными группами (по 42 в каждой группе). Для сравнительной оценки основных параметров операционных ран были выполнены наиболее часто применяемые доступы – внеполостной доступ и торакофренолломботомия (ТФЛ), а также разработанная нами транскостальная ломболапаротомия (ТКЛЛ). Необходимо подчеркнуть, что параметры всех операционных доступов оценивали, прежде всего, к ключевому этапу операции – перевязке центральной вены надпочечника (ЦВН).

Результаты. На основании проведенных исследований установлено, что при значительно большей длине раны при ТФЛ, по сравнению с внеполостным доступом, ширина ран практически не различалась при всех конституциональных типах. Глубина ран до надпочечников (при отсутствии их опухолевых поражений) и их центральных вен не зависела от используемых доступов, так как минимальное расстояние от исследуемых объектов до поверхности тела проекционно приходилось на поясничную часть операционных ран. Установлено, что параметры внеполостного доступа позволяют выполнять операции на надпочечниках при близких к критическим углам операционного действия по ширине раны к ЦВН, особенно справа. ТФЛ, несмотря на большие углы операционного действия к надпочечникам по длине раны, по сравнению с ТКЛЛ, обеспечивает углы операционного действия к ЦВН, меньше в среднем на  $20^{\circ}$ . Основные показатели доступа к надпочечникам и их центральным венам по ширине раны при ТФЛ близки к таковым при внеполостном доступе и значительно уступают им при ТКЛЛ, что свидетельствует о целесообразности частичной резекции XI ребра при выборе оптимального доступа для адреналэктомии.

Сравнительный анализ углов операционного действия при изученных доступах показал, что независимо от конституциональных особенностей, углы операционного действия по ширине раны к надпочечникам при ТФЛ больше таковых, чем при внеполостном доступе всего на  $3^{\circ}$ , а по отношению к ЦВН как справа, так и слева значимо не различаются. ТКЛЛ, по сравнению с известными доступами имеет наилучшие пространственные параметры операционной раны как справа, так и слева.

В клинике ТКЛЛ была применена у 178 больных с различными по характеру и размерам опухолями надпочечников. У 12 больных адrenaлэктомиа из ТКЛЛ сопровождалась рядом различных сочетанных вмешательств в поле операционного действия.

Вывод. На основании проведенных исследований мы полагаем, что трансостальная люмболапаротомия может быть альтернативным доступом при адrenaлэктомии.

УДК 616.453-006.04

**Ф.И. Искендеров**

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

*Азербайджанский медицинский университет, г. Баку*

За 25 лет под нашим наблюдением находилось на обследовании и лечении 146 больных со злокачественными опухолями надпочечников. Из них 80 женщин и 66 мужчин. Возраст больных колебался от 16 до 73 лет.

Наиболее частой локализацией злокачественных опухолей надпочечников явился корковый слой у 127 (86,3 %) больных. У остальных 19 (13,7 %) пациентов выявлены опухоли мозгового слоя надпочечников.

У 107 (84,8 %) больных диагностирован рак коры надпочечников, у 13 (10,3 %) – злокачественная феохромоцитома, а у 6 (4,9 %) больных – феохромоцитома.

Оперативное вмешательство выполнено у 101 (68,3 %) из 146 больных. Радикальные операции произведены у 90 (61,6 %) пациентов.

При оперативном лечении злокачественных опухолей надпочечников наилучшим доступом является лапаротомный доступ в различных вариантах. В 90 (89,1 %) случаях операция выполнена из лапаротомного разреза, в 8 (7,9 %) – из торакоабдоминального, а в 3 (2,9 %) случаях из поясничного доступа.

После лапаротомии и обнаружения опухоли надпочечников проводится ревизия органов брюшной полости. При этом необходимо оценить размеры опухоли, взаимоотношения ее с окружающими органами и сосудами. Обязательному осмотру подлежит противоположная почка и надпочечник. Первым фактором в обеспечении радикальности операции является удаление паранефральной клетчатки, начиная от нижней поверхности печени и от диафрагмы до нижнего полюса почки.

Следующим онкологическим требованием оперативного лечения является сохранение целостности капсулы опухоли.

В 49 (54,4 %) случаях объем операции ограничивался удалением надпочечника с опухолью (эпинефрэктомия), а у 41 (45,6 %) пациента оперативное вмешательство носило комбинированный характер. При опухолях мозгового слоя надпочечников эпинефрэктомия производилась в 75 %, а при гормонально-активных опухолях коркового слоя – в 58 % случаев.

При изучении материалов комбинированных операции мы столкнулись с тем, что в ряде случаев удаленные или резецированные соседние органы не были поражены опухолью.

При комбинированных операциях была произведена резекция или удаление соседних органов в 69 случаях. При этом в 9 (13,4 %) случаях выявлено истинное прорастание опухоли в соседние органы. В 46 (66,6 %) наблюдениях имела место спайка опухоли с окружающими органами. В остальных – 14 (20,3 %) случаях причиной удаления или резекции соседних органов явилось травматическое повреждение этих органов.

Гистологическое исследование удаленных препаратов показало, что истинная связь злокачественных опухолей надпочечников с почкой наблюдалось в 4 (13,3 %) случаях из 30 нефрэктомий. Во всех случаях опухолевые клетки инфильтрировали только капсулу почки. Поэтому, для радикальности оперативного вмешательства можно была произвести не нефрэктомию, а резекцию почки.

Случаев прорастания злокачественных опухолей надпочечников размером менее 10 см в поперечнике в соседние органы нами не наблюдалось. Поэтому когда диаметр злокачественных опухолей надпочечников не превышает 10 см, эпинефрэктомия с удалением паранефральной клетчатки во всех случаях обеспечивает радикальности оперативного вмешательства.

Злокачественные опухоли надпочечников, даже достигшие до максимальных размеров не врастают в поджелудочную железу и в селезенку. Метастазы в регионарные лимфатические узлы определяются лишь в случаях наличия отдаленных гематогенных метастазов. Поэтому удаление селезенки и лимфатических узлов, а также резекция поджелудочной железы с целью обеспечения радикальности оперативного вмешательства являются неоправданными.

Послеоперационная летальность у больных со злокачественными опухолями надпочечников составила около 10 %. Непосредственными причинами смерти больных явились тромбоэмболия, продолжающееся кровотечение, гнойно-септические осложнения и острая надпочечниковая недостаточность.

Химиотерапия в качестве самостоятельного вида лечения проведена у 32 (22 %) больных с распространенной формой злокачественных опухолей надпочечников. В результате лечения у 11 больных получен субъективный, у 12 больных отмечен объективный эффект в виде уменьшения размеров метастазов в легких, а у остальных 9 больных положительный эффект не был достигнут.

Лучевая терапия, как самостоятельный метод лечения применялась у 4 больных с распространенной формой злокачественных опухолей надпочечников. У всех больных достигнут лишь непродолжительный субъективный эффект.

Анализ выживаемости больных в зависимости от видов лечения показал, что после хирургического лечения 3 года прожили около 70 %, а 5 лет – 37,6 % больных.

Таким образом, хирургический метод лечения является единственным эффективным методом лечения больных со злокачественными опухолями надпочечников. Химиотерапия и лучевая терапия, в качестве самостоятельного метода лечения не дали положительных результатов.

УДК 616.453-006.04

**Ф.И. Искендеров**

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

*Азербайджанский медицинский университет, г. Баку*

Злокачественные опухоли коры надпочечников составляют 0,06 % среди всех злокачественных опухолей и представляют собой наименее изученный раздел клинической онкологии.

Редкое выявление опухолей на ранней стадии развития, тяжесть и нестандартность хирургических вмешательств, высокий процент неудовлетворительных результатов лечения делают актуальной проблему совершенствования диагностики злокачественных опухолей коры надпочечников.

Настоящее исследование основано на анализе лечения 127 больных со злокачественными опухолями коркового слоя надпочечников.

Мужчин было 57 (44,9 %), женщин 70 (55,1 %). Средний возраст для женщин составлял 42,3, для мужчин – 44,9 лет.

Размеры злокачественных опухолей надпочечников колебались от 2,5 до 35 см. У 107 (84,2 %) из 127 больных при гистологическом исследовании выявлен рак коры надпочечников.

Изучение гормональной особенности опухолей коркового слоя надпочечников показало, что у 40 (31,5 %) из 127 больных имеются гормонально – активные опухоли. У остальных 87 (68,5 %) больных отмечены гормонально-неактивные новообразования.

В структуре злокачественных гормонально-активных опухолей коркового слоя надпочечников наибольшую группу составили кортикоандростеромы – 16 (40 %) из 40 больных. Андростеромы наблюдались у 8 (20 %), кортикоандростеромы встречались у 7 (17,5 %), а кортикоэстеромы у 5 (12,5 %) больных. Альдостеромы имелись у 4 (10 %) пациентов.

Анализ клинических характеристик злокачественных опухолей коры надпочечников выявил выраженную полиморфность симптомов в плане их

частоты, интенсивности и сочетанности. В целом анализ клинической картины данной патологии свидетельствует о том, что она не содержит достаточной информации для установления диагноза. Аналогичная симптоматология наблюдается при других заболеваниях вненадпочечникового генеза.

Наиболее часто злокачественные опухоли коры надпочечников определялись пальпаторно (у 66,4 % больных). При определении средних величин концентрации кортизола в сыворотке крови и суточной экскреции с мочой 12 – КС выявлено, что эти величины у больных со злокачественными опухолями коры надпочечников выше величин, характерных для здоровых лиц. При сравнении средних величин концентрации кортизола в сыворотке крови и суточной экскреции с мочой 17 – КС у больных с различными гормонально-активными злокачественными опухолями коркового слоя надпочечников были отмечены более высокие показатели.

Ультразвуковая компьютерная томография (УЗТ) проведена у 76 больных, при этом правильный диагноз установлен у 52 (68,4 %) больных.

Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) проведена у 63 больных, однозначный правильный диагноз установлен у 54 (85,6 %) больных, а у 9 (14,4 %) больных – предположительный диагноз. Одним из важных и часто встречающихся на РКТ симптомов, характерных для рака коры надпочечников, является наличие в массиве опухоли обширных обизвествлений, которые наблюдались в 61,1 % случаев.

Основываясь на анализе собственного материала, в отношении последовательности проведения методов диагностики злокачественных опухолей надпочечников, мы предлагаем следующий диагностический алгоритм: начать обследование больных нужно с сочетания – гормональное исследование (ГИ) + УЗТ или гормональное исследование (ГИ) + РКТ.

При средних размерах (до 8 см в поперечнике) опухолей надпочечников включение ангиографического исследования (АГ) в комплекс диагностики не оправдано ввиду его неинформативности. Для диагностики этих опухолей целесообразно использовать ГИ + УЗТ + РКТ методов.

При диагностике больших размеров (10 см и больше в поперечнике) опухолей надпочечников чувствительность УЗТ и РКТ методов исследования снижается. Указанные методы при топической диагностике больших опухолей надпочечников и в оценке распространенности процесса на соседние структуры не всегда информативны, нередко нуждаются в дополнительном применении других методов исследования, в первую очередь, в ангиографии (АГ).

Ангиографическое исследование (АГ) выполнено у 85 больных. На основании данных ангиографии правильный диагноз установлен у 78 (91,7 %) больных. У 4 (4,2 %) больных поставлен предположительный диагноз, у 3 (3,05 %) больных допущены следующие ошибочные заключения: опухоль почки – 1, и брюшинная опухоль – 2 больных.

При необходимости проведения дифференциальной диагностики различных патологических состояний брюшинного пространства и для подтверждения диагноза нами у 32 больных пункционная биопсия опухоли под контролем



УЗТ или РКТ. Морфологическое подтверждение наличия злокачественной опухоли надпочечников получено у 28 (87,5 %) больных.

Недостаточно высокая эффективность каждого отдельного метода исследования в диагностике злокачественных опухолей надпочечников может быть повышена путем их комбинации в вышеуказанных сочетаниях.

Используя вышеуказанный диагностический алгоритм, за последние пять лет, у нас не было ни одной диагностической ошибки.

Рекомендуемый диагностический алгоритм позволяет улучшить диагностику злокачественных опухолей коры надпочечников и избежать диагностических и тактических ошибок.

УДК: 616.453-008.61-089

**В.Г. Аристархов, Ю.Б. Кириллов, С.В. Бирюков**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КРОВООТТОКА НАДПОЧЕЧНИКОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРАЛЬДОСТЕРОНИЗМОМ**

*Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова*

Односторонняя адреналэктомия при альдостеронпродуцирующей аденоме надпочечника (первичный гиперальдостеронизм) эффективна лишь в 30-70 % случаев. Причина неэффективности односторонних вмешательств – двусторонний характер поражения надпочечников (узелковая гиперплазия коры) у значительной части больных гиперальдостеронизмом. Вторичный гиперальдостеронизм играет ключевую роль в прогрессировании артериальной гипертензии и стабилизации АД на высоких цифрах. Нами предложена новая методика не прямой портокализации кровоотока надпочечников при гиперальдостеронизме (поперечная лапаротомия, одномоментная адреналэктомия справа, обертывание левой надпочечниковой вены полоской целлофана, что вызывает постепенное сужение и окклюзию надпочечниковой вены с оттоком крови от левого надпочечника в портальную систему по существующим в норме венозным коллатералям, инактивацию альдостерона в печени).

Проанализированы результаты хирургического лечения 45 больных с различными формами гиперальдостеронизма. Среди оперированных больных женщин было 37 (82,2 %), мужчин – 8 (17,8 %). Возраст больных колебался от 28 до 67 лет и в среднем составил  $47,2 \pm 1,3$  лет. Все оперированные больные были разделены на 3 группы:

1 группа – односторонняя адреналэктомия при альдостеронпродуцирующей аденоме (20 больных, из них 7 – аденома с атрофией окружающей коры, 13 – аденома с узелковой гиперплазией окружающей коры);

2 группа – односторонняя адреналэктомия при идиопатическом гиперальдостеронизме с подозрением на альдостерому небольших размеров (17 больных);

3 группа – портализация кровоотока левого надпочечника в сочетании с правосторонней адреналэктомией (12 больных: 4 – с альдостеронпродуцирующей аденомой и узелковой гиперплазией окружающей коры, 4 – с идиопатическим гиперальдостеронизмом, 4 – с вторичным гиперальдостеронизмом вследствие злокачественного течения эссенциальной гипертензии).

В обследование включались: исследование ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, определение концентрации кортизола плазмы, исследование концентрационной и фильтрационной функций почек (проба мочи по Зимницкому и радиоренография), УЗИ и компьютерная томография надпочечников, морфологическое исследование удаленных надпочечников и интраоперационных биоптатов почек. Отдаленные результаты исследовались в сроки от 3 мес. до 18 лет.

У больных с односторонней адреналэктомией (1 и 2 группы) наилучшие результаты отмечались при альдостеронпродуцирующей аденоме с атрофией окружающей коры (стойкая нормализация АД, концентрации альдостерона плазмы, отсутствовали рецидивы гиперальдостеронизма). У больных с аденомой в сочетании с узелковой гиперплазией окружающей коры снижение АД было кратковременным, сохранялась гиперальдостеронемия ( $139,3 \pm 17,8$  % от нормы), в 62 % случаев наблюдались рецидивы гиперальдостеронизма в сроки от 4 мес. до 1 года. У больных 2-ой группы с идиопатическим гиперальдостеронизмом в 69 % случаев возникли рецидивы гиперальдостеронизма и артериальной гипертензии в сроки до 3 лет после операции, сохранялась гиперальдостеронемия ( $119 \pm 28$  % от нормы). В 3 группе у больных после портализации надпочечникового кровоотока резидуальная артериальная гипертензия наблюдалась в 67 % (вторичный и идиопатический гиперальдостеронизм) с АД  $161 \pm 6,7/97,5 \pm 3,5$  мм рт. ст., что достоверно ниже исходного, во всех трех подгруппах отмечался нормальный в среднем уровень альдостерона, рецидивы гиперальдостеронизма были в 17 % (с АД и уровнем альдостерона ниже исходного). Наилучшие результаты отмечались при альдостеронпродуцирующей аденоме с гиперплазией коры и идиопатическом гиперальдостеронизме. Заместительная гормонотерапия глюкокортикоидами не применялась.

Таким образом, применение односторонней адреналэктомии при альдостеронпродуцирующей аденоме в сочетании с гиперплазией окружающей коры и при идиопатическом гиперальдостеронизме малоэффективно в связи с наличием двухсторонней гиперплазии коры надпочечников. У больных с альдостеронпродуцирующей аденомой надпочечника в сочетании с гиперплазией окружающей коры, с идиопатическим и вторичным гиперальдостеронизмом показана операция непрямой портализации кровоотока левого надпочечника в сочетании с правосторонней адреналэктомией по предложенной нами методике.

**Ю.Ю. Перевезенцев, С.В. Сергийко, В.А. Привалов**  
**МИНИ-ДОСТУП В ХИРУРГИИ НАДПОЧЕЧНИКОВ:  
ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

*Челябинская государственная медицинская академия,  
Челябинская городская клиническая больница № 1*

Основным способом лечения подавляющего большинства новообразований надпочечников остается хирургический. Однако их глубокое анатомическое расположение делает эти операции достаточно сложными и очень травматичными. Несмотря на развитие малоинвазивной хирургии, проблема оптимального доступа к надпочечникам и снижение травматичности этих вмешательств, а также определение показаний к тому или иному виду операций при их патологии остаются актуальными и нерешенными на современном этапе.

Применяющиеся в последнее десятилетие в России и за рубежом эндоскопические адrenaлэктомии через брюшную, плевральную полость и внеполостной забрюшинный доступ уже сегодня пользуются заслуженной популярностью и обеспечивают минимальную травматичность. Однако высокая стоимость оборудования и расходных материалов для эндоскопических операций, а так же необходимость специальной подготовки хирургов и определенных навыков “оперирования через монитор” ограничивают возможности широкого использования этих методик.

Альтернативой эндоскопической хирургии надпочечников является разработанный нами передний трансабдоминальный мини-доступ к надпочечникам. Этот способ включает в себя элементы “открытой лапароскопии” через минилапаротомный доступ с использованием специальных инструментов. Малая травматичность доступа достигается небольшой кожной раной в 3-5 см и минимальным объемом травмируемых тканей во время операции, что обеспечивает хорошую переносимость вмешательства, прекрасный косметический результат, быструю реабилитацию и восстановление трудоспособности больных.

Основной показатель качества доступа определяет зона доступности, т.е. площадь дна раны или операционное пространство. Характеристики его близки к аналогичным при обычной лапаротомии и лапароскопии. По размерам операционное пространство приближается к площади при традиционной широкой лапаротомии. Применение же специальных инструментов, разработанных нами и изготовленных фирмой “SAN” г. Екатеринбург, позволяет выполнять оперативные приемы при значительной глубине раны.

В течение 1999-2001 годов в Челябинском областном центре эндокринной хирургии выполнено 68 операций при различной патологии надпочечников. В клинике наряду с традиционными операциями разработаны и с успехом применяются малоинвазивные операции на надпочечниках из прямого трансабдоминального мини-доступа, бокового внебрюшинного мини-доступа,

лапароскопические и комбинированные вмешательства. Возраст больных колебался от 13 до 63 лет, размеры опухолей от 1,5 до 28 см в диаметре. При выборе доступа к надпочечнику мы учитывали следующие обстоятельства: во-первых, размеры и характер изменений в надпочечниках, во-вторых – наличие и характер эндокринно-обменных нарушений. В клинике с применением малоинвазивных методик выполнено 55 (80,9 %) операций.

Наиболее часто (в 93 % случаев) использовали разработанную в клинике открытую трансабдоминальную адреналэктомию из мини-доступа (4-5 см). Показанием к этой методике были различные гормонально-активные и неактивные новообразования надпочечников размерами до 10 см в диаметре. 3-м пациентам выполнена лапароскопическая адреналэктомия по поводу: синдрома Конна (1), светлоклеточных адренокортикальных аденом (2). В 5 случаях (10,8 %) применяли комбинированные методики малоинвазивных операций. В одном случае выполнена лапароскопическая адреналэктомия справа, дополненная мини-доступом для остановки кровотечения из центральной вены надпочечника. У 4 больных выполнена эндоскопически ассистированная адреналэктомия справа из мини-доступа на этапе мобилизации и перевязки центральной вены надпочечника, что позволило избежать расширения (конверсии) доступа.

Традиционная торакофренолапаротомия без пневмоторакса по Топчибашеву в этот период применялась лишь в 7 случаях (13 %) при явных признаках злокачественности, больших размерах опухоли, конституциональных особенностях пациентов и при необходимости симультанных вмешательств.

Продолжительность операций выполненных через трансабдоминальный мини-доступ, составила от 50 до 180 минут. Лапароскопические вмешательства по времени превышали 180 минут. Продолжительность операций, выполненных из традиционных доступов составила 60-150 минут. Интраоперационных и раневых осложнений при использовании трансабдоминального мини-доступа не было ни у одного больного. Операционный простор, обеспеченный ретракторами на опорном кольце в глубине раны при минидоступной операции, безусловно, уступает операциям из больших доступов и лапароскопическим операциям. Однако этот недостаток легко устраним полным дооперационным обследованием. С другой стороны, сохраняя малоинвазивность, мини-доступные операции не имеют таких ограничений как эндовидеоскопические.

Таким образом, применение малого доступа при адреналэктомиях в хирургии надпочечников позволило избежать интраоперационных и раневых осложнений, сократить сроки пребывания больных в стационаре в 2 раза и в 3 раза сроки нетрудоспособности и реабилитационный период.

Использование скрупулезной техники при малоинвазивных вмешательствах, применение мини-доступа в комбинации с эндоскопическими операциями, так называемыми ассистированными операциями, открывают новые перспективы

**Т.А. Бритвин, С.Г. Аббасова, М.А. Сивцова, О.П. Богатырев,  
Д.А. Пирогов, В.Ю. Сельчук, Н.Е. Кушлинский, А.П. Калинин**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСТВОРИМОГО Fas- АНТИГЕНА (sFas) В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ НАДПОЧЕЧНИКОВ**

*г. Москва*

Ключевая роль в механизмах апоптоза принадлежит системе Fas/FasL. Fas/APK-1/CK95 относится к семейству рецепторов TNF/NGF и экспрессирован в тканях печени, почек, сердца, тимуса, щитовидной железы, яичников, а его лиганд FasL – преимущественно в активированных Т-лимфоцитах и естественных киллерах. Установлено, что рецептор Fas существует в мембрано-связанной (FasR) и растворимой (sFas) форме. Взаимодействие FasR с лигандом (FasL) или агонистическими моноклональными антителами против Fas индуцирует активацию каскада ферментативных реакций, приводящих к гибели клетки-мишени. sFas продуцируется в результате альтернативного сплайсинга полноразмерной мРНК Fas и ингибирует цитотоксическое действие FasL. Полагают, что повышенная продукция опухолевыми клетками sFas может быть одной из причин их устойчивости к Fas-опосредуемому апоптозу (Hiromatsu Y. и соавт., 1999; Konno R. и соавт., 2000).

Обследовали 60 практически здоровых людей (группа контроля – 30 женщин и 30 мужчин в возрасте 19-70 лет) и 59 больных (41 женщина и 18 мужчин, в возрасте 21-76 лет) с первичными опухолями надпочечников: альдостеронпродуцирующая аденома (31), феохромоцитомы (10), адренкортикальный рак (6), миелинома (3), кортизолпродуцирующая аденома (2), ганглионеврома (2) и киста надпочечника (5). Длительность заболевания от появления жалоб до начала лечения варьировала от 2 месяцев до 12 лет. До настоящего исследования пациенты специального лечения не получали. У всех больных клинический диагноз подтвержден данными гормональных исследований и результатами морфологического изучения надпочечников после адреналэктомии в соответствии с критериями Международной гистологической классификации эндокринных опухолей (ВОЗ, Женева, 2000).

Концентрацию sFas в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом (Sandwich-ELISA), разработанным научными сотрудниками Института биоорганической химии им. М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН и лаборатории клинической биохимии РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН.

Частота выявления sFas в сыворотке крови практически здоровых людей составила 28 %, а среднее его содержание равнялось  $0,8 \pm 0,3$  нг/мл (пределы колебаний – 0,6-1,3 нг/мл). Не отмечено корреляций между частотой выявления, уровнем sFas, полом и возрастом в контрольной группе.

В общей группе больных опухолями надпочечников частота выявления (88 %) и среднее содержание sFas ( $3,3 \pm 0,5$  нг/мл) были достоверно выше, чем в контроле ( $p < 0,05$ ). Уровни sFas в сыворотке крови обследованных больных варьировали от 0,6 до 24,7 нг/мл и у 60 % пациентов превышали наиболее высокое значение этого показателя в группе контроля. Выявлена прямая корреляционная связь между уровнем sFas и возрастом больных ( $R = 0,9$ ;  $p < 0,05$ ). Зависимости между частотой выявления, содержанием sFas и продолжительностью заболевания не установлено. Наиболее высокие показатели sFas в сыворотке крови отмечены при феохромоцитоме (пределы колебаний – 0,6-9,9 нг/мл, среднее содержание –  $3,0 \pm 1,2$  нг/мл) и альдостеронпродуцирующей аденоме (пределы колебаний – 0,6-11,5 нг/мл, среднее содержание –  $2,5 \pm 0,5$  нг/мл). Не выявлено корреляций между уровнем sFas, размером этих опухолей и их функциональной активностью. У всех больных адренокортикальным раком был выявлен sFas, а уровни его колебались от 0,6 до 8,8 нг/мл и в среднем составили  $2,2 \pm 1,2$  нг/мл. Не обнаружено достоверных различий по частоте выявления и концентрации sFas с учетом стадии заболевания и функциональной активности опухоли. Выявлена тенденция к прямой корреляционной связи между уровнем sFas и размером опухоли у пациентов данной группы ( $R = 0,6$ ;  $p < 0,05$ ). В сыворотке крови больных с кистой надпочечника уровни sFas колебались в пределах 0,8-4,9 нг/мл и в среднем составили  $2,4 \pm 1,0$  нг/мл.

Частота выявления sFas в сыворотке крови больных опухолями коркового и мозгового слоя надпочечников значительно выше, чем у практически здоровых людей. Уровни sFas у преобладающего числа обследованных больных опухолями надпочечников превышают наибольшее значение этого показателя в группе контроля. Выявлена прямая корреляционная связь между содержанием sFas и возрастом больных. Наиболее высокие значения sFas отмечены в сыворотке крови больных феохромоцитомой и альдостеронпродуцирующей аденомой. Выявлена тенденция к повышению уровня sFas с увеличением размеров опухоли у больных адренокортикальным раком.

Полученные результаты исследования позволяют предположить, что экспрессия sFas может иметь связь с патогенетическими механизмами развития опухолей надпочечников.

**Ю.І. Караченцев, В.В. Хазієв, В.А. Македонська, І.О. Лях****ХІРУРГІЧНА ТА КЛІКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ  
ТОКСИЧНИЙ ЗОБ**

*Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я.Данилевського АМН України,  
Інститут проблем кріобіології і кріомедицини НАН України, м. Харків*

Вступ. Сьогодні дифузний токсичний зоб (ДТЗ) є одним з найбільш важких ендокринних захворювань, яке характеризується хронічним прогресуючим перебігом, різноманітними ускладненнями та труднощами в лікуванні. Хірургічне лікування ДТЗ забезпечує швидке видужання пацієнтів, однак може супроводжуватися рядом характерних ускладнень. Післяопераційний гіпотиреоз (ПГ) вважається найчастішим ускладненням хірургічного лікування ДТЗ, частота якого, за даними різних авторів, коливається від 4 до 29,7 %. Розвиток ПГ залежить від обсягу резекції, функціональної активності ЩЗ, здатності її до регенерації, активності автоімунного процесу.

Методи. У процесі роботи застосовувалися клінічні, морфологічні, термографічні, радіологічні, імунологічні методи дослідження. Використовувалися оптичний мікроскоп, електронний мікроскоп ЭМВ-100 БР, мікротом, кріомікротом, самописець ЛКС-4, лічильник "Гамма-12" (ВО "Моноліт" Україна), серійний апарат "Криоелектроника-2" та автономний кріоінструмент, апарат ультразвукової діагностики „Аloka SSK-500 (Японія).

Результати. Досвід клініки Інституту проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського АМН України, що базується на 10000 операцій з приводу ДТЗ, переконує в тому, що при хірургічному лікуванні повинен бути індивідуальний, комплексний підхід з метою профілактики ПГ. З цією метою було розроблено лікувально-діагностичну програму ідентифікації пацієнтів із урахуванням віку, тяжкості і тривалості захворювання, тривалості консервативної терапії, гормональних, імунологічних показників, даних пункційної біопсії та інтраопераційного експрес-гістологічного дослідження. Кількість тканини щитоподібної залози повинна бути оптимальною у функціональному відношенні з метою забезпечення еутиреоїдного стану.

Для хворих, у яких функціональна активність залишеної тканини ЩЗ може виявитися недостатньою, субопераційно створюється екстраорганный резерв власної тиреоїдної паренхіми за рахунок застосування методу субопераційної автотрансплантації кріоконсервованої ЩЗ, який забезпечує резерв функціональної паренхіми і позитивно впливає на імунологічну ремісію в організмі. Екстраорганный трансплантат має здатність акумулювати  $I^{131}$  на 12-14 добу після трансплантації і зберігає функціональну активність протягом усього терміну спостереження (4-6 років). У даній групі хворих ПГ розвивається в 7,5 раз рідше, ніж у хворих без трансплантації.

У пацієнтів з важкими формами ДТЗ при відсутності або невираженій лімфоїдній інфільтрації, при яких вірогідність розвитку ПГ невисока, а особливості перебігу захворювання і післяопераційного періоду не дозволяють проведення профілактичної трансплантації, створюється екстраорганізменний резерв тканини ЩЗ, яка підлягає криоконсервації і зберіганню в умовах низькотемпературного банку (-196 °С). При розвитку ПГ у віддалені терміни після операції проводиться автотрансплантація криоконсервованої тканини ЩЗ, яка є фізіологічно адекватним методом лікування .

Значну групу складають хворі на ДТЗ з високою напруженістю антитиреоїдного імунітету та виразною лімфоїдною інфільтрацією ЩЗ, коли ризик розвитку ПГ сягає не менше 50 %. Впровадження методу інтраопераційного дозованого кріовпливу (ІДК) на куки ЩЗ дає змогу зменшити інфільтрацію тиреоїдної тканини і залишити при цьому достатній об'єм паренхіми для регенерації. При дотриманні розроблених режимів локального кріовпливу імовірність інтраопераційного кріоушкодження оточуючих ЩЗ органів і тканин виключена. Використання ІДК зменшує частоту ПГ у 1,5 раза у віддалені терміни після операції.

Висновок. Розроблені методи застосування трансплантації криоконсервованої ЩЗ та інтраопераційного дозованого кріовпливу є ефективними в хірургічному лікуванні ДТЗ і забезпечують високі показники медичної реабілітації хворих.

УДК 616.441.-02:616.441-089.87: 617-089.843

**Ю.И. Караченцев, И.А. Лях, В.А. Македонская**

## **ВЛИЯНИЕ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ КРИОКОНСЕРВИРОВАННОЙ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ГОРМОНАЛЬНЫЙ И ИММУННЫЙ СТАТУС БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОГО ГИПОТИРЕОЗОМ**

*Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского АМН Украины,  
Институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины, г. Харьков*

Вступление. В современных условиях возросло внимание клиницистов к пересадке желез внутренней секреции как к альтернативному методу лечения, так как заместительная гормональная терапия далеко не всегда эффективна из-за возникновения рефрактерности к вводимым извне гормонам или развития побочных реакций. Трансплантация является физиологическим методом коррекции гормональной недостаточности, когда уровень секреции гормонов соответствует необходимой потребности в них [Пушкаръ Н.С., 1981; Анастасий Л.В., 2000].



Ориентируясь на опыт, который имеет институт проблем криобиологии и криомедицины НАН Украины в создании технологии и аппаратного обеспечения криоконсервирования биологических объектов, и на клинические исследования, проведенные в институте проблем эндокринной патологии АМН Украины, разработан метод лечения гипотиреоза путем аутоаллотрансплантации деконсервированной ткани щитовидной железы человека, длительно хранившейся в условиях низкотемпературного банка [Пушкарь Н.С., 1984]. Была обоснована клиническая эффективность трансплантации криоконсервированной ткани щитовидной железы у больных различными формами первичного гипотиреоза [Македонская В.А., 1998г.; Shimizu K., 1997].

Методы исследования. Проведено клиническое, гормональное, иммунологическое обследование 50 больных в возрасте от 25 до 50 лет, ранее оперированных по поводу ДТЗ (диффузный токсический зоб) и смешанного зоба с послеоперационным гипотиреозом средней тяжести до и в различные сроки после аллотрансплантации криоконсервированной ткани щитовидной железы.

Для трансплантации отбирались железы больных более молодого возраста с менее продолжительным анамнезом тиреотоксикоза и с меньшими сроками антигипотиреоидной терапии, а также наиболее выраженными структурными признаками возбуждения их функции и минимальной степенью лимфо-плазмочитарной инфильтрации.

Подбор пар донор-реципиент осуществляется на основании совпадения группы крови и резус-фактора, а также идентификации по системе HLA по трем локусам (A,B,C).

Аллотрансплантация криоконсервированной щитовидной железы была проведена 50 больным послеоперационным гипотиреозом под местной инфильтрационной анестезией в подкожную клетчатку левого верхнего ее квадранта передней брюшной стенки. В ложе укладывались 6-10 пластинок замороженной щитовидной железы донора.

Клинический, гормональный и иммунологический контроль осуществляли до аллотрансплантации и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после нее.

Результаты. В результате проведенного исследования у всех больных после аллотрансплантации отмечено гладкое течение послеоперационного периода. К моменту выписки у всех больных исчезла брадикардия, значительно уменьшились отеки, сухость кожи, сонливость. Отмечена четкая тенденция к снижению веса, повысилась общая активность больных. При выписке больным не назначали прием тиреоидных гормональных препаратов.

При изучении эффективности аллотрансплантации криоконсервированной тиреоидной паренхимы у больных с послеоперационным гипотиреозом отмечено, что уже через 4-6 месяцев после операции происходит значительное повышение уровня тиреоидных гормонов и снижение уровня тиреотропина до нормальных значений в плазме крови. Эта тенденция сохраняется до 1 года после трансплантации тиреоидной паренхимы. Не отмечено увеличение содержания в плазме крови циркулирующих антител к ТТ и МС.

Положительная клиническая динамика гипотиреоза позволила в первые полгода после операции аллотрансплантации не назначать заместительную гормональную терапию этим больным. Через один год после аллотрансплантации у 62 % больных уровень тиреоидных гормонов и тиреотропина в плазме крови находился в пределах нормальных величин. Во всех наблюдениях отмечен эффект трансплантации, позволивший большей части больных обходиться без заместительной гормональной терапии.

Через 1 год после аллотрансплантации нормализация функциональной активности Т-лимфоцитов имела место у 78 % больных послеоперационным гипотиреозом.

Выводы. В результате проведенного исследования выявлен положительный эффект аллотрансплантации криоконсервированной щитовидной железы у больных с послеоперационным гипотиреозом. Не отмечено аутоиммунизирующего действия криоконсервированной щитовидной железы.

Установлено, что аллотрансплантация криоконсервированной щитовидной железы является физиологически адекватным методом лечения и может быть альтернативой заместительной гормональной терапии при послеоперационном гипотиреозе.

УДК 612.44-592:615.441-02:616.441-089.87:617-089.843

**В.В. Хазієв, Ю.І. Караченцев, І.В. Гопкалова**

## **ФУНКЦІОНАЛЬНА АКТИВНІСТЬ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА ДИФУЗНИЙ ТОКСИЧНИЙ ЗОБ ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯМ ДОЗОВАНОГО КРІОВПЛИВУ**

*Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського АМН України,  
м. Харків*

Вступ. Сьогодні дифузний токсичний зоб (ДТЗ) є одним найбільш із важких ендокринних захворювань, яке характеризується хронічним прогресуючим перебігом, різноманітними ускладненнями та труднощами в лікуванні і реабілітації. Розроблений у хірургічному відділенні Інституту проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського АМН України метод ІМДК (інтраопераційний мультифокальний дозований кровоплив) при хірургічному лікуванні аутоімунного тиреоїдиту не має прямих вітчизняних та закордонних аналогів. Отримані попередньо дані дають певні підстави припустити можливість позитивної дії наднизьких температур на патогенетичні ланки ДТЗ. Виразна репаративна дія локального кровопливу на паренхіму ЩЗ дозволяє прогнозувати нормалізацію її функціональної активності у післяопераційний період.

Матеріали і методи. При виконанні роботи нами були обстежені 20 хворих на ДТЗ, оперованих без застосування ІДК (інтраопераційний дозований кріовплив), 40 хворих на ДТЗ, оперованих із застосуванням ІДК у 2000-2001 роках та 34 – контрольної групи. Показання для хірургічного втручання не відрізнялися від загальноприйнятих. Усі хворі пройшли стандартну медикаментозну передопераційну підготовку з метою компенсації гіпертиреозу профілактики післяопераційного тиреотоксичного кризу. Усім хворим була проведена субтотальна субфасціальна резекція ЩЗ по О.В. Ніколаєву. Загальна маса тиреоїдного залишку становила від 6 до 10 г паренхіми. Метод ІДК проводився за режимами, попередньо опрацьованими експериментально клінічно. Вивчення гормонального статусу виконувалось радіоімунологічним методом за допомогою наборів PIA-T3-CT, PIA-T4-CT виробництва ІБОХ АН РБ (Білорусь), TSH IRMA (ТТГ). Досліджено вміст крові  $T_3$  (трийодотироніну),  $T_4$  (тироксину), ТТГ у вихідний термін та через 1, 3, 6, 12 місяців після операції. Контролем була група оперованих хворих на ДТЗ без ІДК, які були обстежені в аналогічні терміни. Результати статистично оброблені за допомогою критеріїв Ст'юдента-Фішера.

Результати. У післяопераційному періоді рівні  $T_3$  та  $T_4$  вірогідно знижуються у кожній з груп обстежених через один місяць після операції. Статистично вірогідної різниці між контрольною та дослідною групою не виявлено, за винятком рівня  $T_3$  через три місяці після операції у групі хворих, що були прооперовані із застосуванням ІДК. У цей термін  $T_3$  складав  $(1,90 \pm 0,08)$  проти  $(1,30 \pm 0,08)$  нмоль/л у контрольній групі ( $P < 0,001$ ). Звертає увагу той факт, що рівень ТТГ після операції зростає приблизно у 10 разів в обох групах досліджених і досягає меж нормальних показників. Через 6 і 12 місяців після операції виявлено вірогідні переваги динаміки тиреоїдних гормонів у хворих, до ЩЗ яких був застосований кріовплив. Тиреоїдні гормональні показники після значного дисбалансу протягом 6 місяців після операції повністю нормалізувалися і тенденції до зниження функціональної активності ЩЗ не виявлено. До 12 місяців відбувається повна нормалізація показників в обох групах, але в групі із застосуванням ІДК рівень ТТГ вірогідно нижчий за аналогічний у контрольній групі  $/(2,85 \pm 0,14)$  проти  $(4,7 \pm 0,32)$  мОд/л, ( $P < 0,001$ ). Така значна розбіжність даних може свідчити про функціональне відновлення ЩЗ після ІДК, тоді як у контрольній групі зростає тенденція до гіпотиреозу. Таке припущення підтверджується показниками  $T_3$  і  $T_4$  через 12 місяців дослідження: рівень  $T_4$  в контрольній групі складав  $(50,50 \pm 8,14)$  проти  $(75,80 \pm 4,31)$  нмоль/л, ( $P < 0,001$ ); рівень  $T_3$  в контрольній групі –  $(1,60 \pm 0,05)$  проти  $(1,90 \pm 0,06)$  нмоль/л, ( $P < 0,001$ ).

Висновок. Застосування дозованого кріовпливу під час проведення хірургічного лікування хворих на ДТЗ приводить до відновлення функціональної активності залишків ЩЗ протягом 12 місяців. В контрольній групі спостерігається тенденція до розвитку післяопераційного гіпотиреозу.

# **КОМБУСТИОЛОГІЯ**

**Н.Е. Повстяной**

## **СОСТОЯНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТЕРМИЧЕСКИМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯМИ В УКРАИНЕ**

*Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины, г. Киев*

Социально-экономические условия, сложившиеся в Украине в последние 10 лет, оказывают прямое влияние на частоту и характер термических поражений, контингенты госпитализируемых больных в стационары различных уровней, включая специализированные ожоговые отделения, объем оказываемой помощи и исходы поражений. Это выражается в:

- прекратившемся снижении частоты термических поражений в Украине и стабилизации его на уровне 15,5 на 10 000 населения в 2001 году против 34-35 в году;

- изменении состава госпитализируемых больных в ожоговые стационары по группам тяжести, увеличилась группа больных с тяжелыми и крайне тяжелыми ожогами, значительно уменьшилась группа больных с глубокими ожогами средней тяжести (от 10 до 25 % поверхности тела глубоких ожогов), возросла группа больных с легкими глубокими ожогами;

- резком росте частоты поступления больных с малыми по площади поверхностными инфицированными ожогами, выраженными воспалительными явлениями, что связано с проведением самолечения, поздним обращением за врачебной помощью;

- продолжающейся высокой частотой госпитализации безработных, деклассированных членов общества, недостаточно социально защищенных пострадавших, лиц пожилого и старческого возраста, у которых резко снижена естественная резистентность и иммунологическая реактивность;

- остающемся низком государственном финансировании расходов на здравоохранение в целом и комбустиологию в частности;

- сохраняющемся высоком уровне взрослых пострадавших;

- в продолжающемся росте летальности среди всех категорий взрослых обожженных при низком уровне летальности всех категорий детей.

Характерно, что в 2000-2001 годах, как и в предшествующие годы, при уменьшении коечного фонда ожоговых стационаров количество ежегодно оперируемых больных и выполняемых оперативных вмешательств остались практически на прежнем уровне. При этом нельзя не видеть существенного изменения характера самих вмешательств, направленных на раннее удаление некротических тканей, дренирование ожоговых ран, снижение уровня эндогенной интоксикации, abortивного течения ожоговой болезни, сокращения сроков лечения.

Прежде всего (на сегодня), в большинстве отделений ранние хирургические вмешательства в срок от 3-4 до 10 дней после травмы в подавляющем

большинстве отделений стали методом выбора (с выполнением секвенциальной или тангенциальной некрэктомии). Доказана высокая эффективность разработанной технологии, приводящая к сокращению сроков лечения, уменьшению частоты развития контрактур кистей, крупных суставов более, чем в 2 раза, улучшению функциональных и косметических результатов лечения обожженных.

При обширных поверхностных ожогах IIIA степени более 10-15 % поверхности тела разработаны технология секвенциальной некрэктомии, показания к закрытию ран лиофилизированными ксенодермотрансплантатами, доказана возможность профилактики и обрыва ожоговой болезни, снижения летальности.

Изменилась структура оперативных вмешательств при свежих термических поражениях. Это выражается в широком использовании ранних оперативных вмешательств в сроки от 3-4 до 10 суток с одновременной или отсроченной аутодермопластикой.

В ряде областей широко используется секвенциальная некрэктомия при обширных поверхностных поражениях с одновременным закрытием образующихся ран лиофилизированными ксенодермотрансплантатами. Подобная тактика сокращает сроки лечения, является профилактикой ожоговой болезни. Во многих отделениях применяется реваскуляризация обнажающихся глубоких структур (сухожилий, костей, суставов). При этом, как показал накопленный опыт, используются различного рода кожно-жировые, кожно-фасциальные лоскуты, пластика лоскутами на сосудистой ножке, пластика мышечными питающими лоскутами.

Важную роль в возможности проведения РХВ играет банк криоконсервированных, лиофилизированных свиных трансплантатов, созданный несколько лет назад в г. Тернополе. С помощью этих трансплантатов осуществляется временное закрытие ран после радикальных некрэктомий, это позволяет расширить одномоментный объём иссекаемых тканей.

Если в 1998-1999 гг. ежегодно комбустиологи страны использовали менее 200 тыс. кв. см ксенодермотрансплантатов, в 2000 г. – 300 тыс. кв. см, в 2001 г. – 960 тыс. кв. см ксенокожи.

Особенно широко используют ксенодермотрансплантаты в Винницкой, Хмельницкой, Николаевской, Ровенской областях.

К сожалению совершенно негативное отношение к этому методу в Черновицком ожоговом отделении, во взрослом отделении г. Львова, и в Харьковском ожоговом центре.

Несмотря на внедрение новых методов и подходов следует отметить, что у взрослых обожженных, к сожалению, как и в предшествующие 8-9 лет постепенно растёт летальность. На сегодня этот показатель в 2,6 раза выше, чем в 1990-1991 гг.

Причинами этого являются:

- значительная доля погибших больных – это пострадавшие пожилого и старческого возраста (до 60 %);
- недостаточно качественное оказание помощи в первые 4-5 дней после травмы, связанное с отсутствием в ЦРБ, ожоговых стационарах необходимых

запасов медикаментов, средств местного лечения, антибиотиков для полного качественного оказания помощи.

Нередко такая помощь начинается на 5-6 сутки, когда больной находится уже в септическом состоянии.

Что касается детей, расходы на которых значительно меньше и возможности адекватного лечения более высоки, чем у взрослых, то за последние 4 года летальность по Украине ниже, чем в 90-е годы.

Пути повышения качества оказываемой помощи являются: более широкое применение РХВ, раннее использование методов детоксикации (плазмаферез, сорбенты), использование различного рода биологических покрытий, улучшение условий пребывания больных в ожоговых отделениях, направленных на уменьшение явлений связанных с госпитальной инфекцией.

На сегодня в Украине начался умеренный подъём экономики. Улучшение экономических условий приведёт к повышению частоты ожогового травматизма, но и приведёт к улучшению финансирования медицинских учреждений, повышению качества оказания медицинской помощи и снижению летальности не только у детей, но и у взрослых.

УДК 616-001.17-089

**В.В. Бігуняк, М.Ю. Повстяний, П.І. Лучанко**

## **ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТА БАНКУ ЛІОФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ (ЛКДТ) ВОПІКОВИХ ВІДДІЛЕННЯХ УКРАЇНИ**

*м. Тернопіль, м. Київ*

Організація опікових відділень і центрів з концентрацією в них тяжких опікових хворих призвело до необхідності створення банків з трансплантаційним матеріалом. Такий банк ЛКДТ створений в м. Тернополі.

Згідно з розпорядженням Президента України Л.Д. Кучми за № 01-506/2-1 від 23.03.1999 р. Держіннофонд України надав МП “Комбустіолог” (м. Тернопіль) інноваційну позичку для реалізації проекту “Виробництво ксенотрансплантатів ліофілізованих із шкіри свині” з метою створення банку заміників шкіри.

Розроблена методика забору, кріоконсервування і ліофілізації ксенотрансплантатів шкіри свині за новим способом (патент на винахід № 10737 А Україна, 1993, реєстраційне посвідчення 580/98 від 12.05.1998 р.).

Проведені морфологічні дослідження показали, що ЛКДТ залишаються біологічно активними (життєздатними) протягом трьох років. В них відсутні суттєві ознаки некротичних і некробіотичних змін клітин росткового шару епідермісу; зберігається плазматична мембрана базального і остистого шару епідермісу; збережені структурні елементи ядра, визначаються ядра і хроматин.

В опікових відділеннях України в 2000 р. для лікування хворих використано 806, а в 2001 році – 959 тисяч квадратних сантиметрів ЛКДТ (табл. 1).

Таблиця 1

ВІДОМІСТЬ ВІДПУСКУ ЛЮФІЛІЗОВАНИХ КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ  
ОПІКОВИМ ВІДДІЛЕННЯМ УКРАЇНИ (в см кв.)

№	Регіони України	2000 р.	2001 р.	
		Всього	Всього	Із них за рахунок держзамовлення
1.	Тернопільська область	133 000	150 000	-
2.	Вінницька область	132 000	104 000	-
3.	Миколаївська область	40 000	90 000	-
4.	Волинська область	15 000	89 000	31 000
5.	Хмельницька область	61 000	67 000	-
6.	Львівська область	33 000	57 000	40 000
7.	Донецька область	20 000	50 000	50 000
8.	Рівненська область	72 000	45 000	25 000
9.	Харківська область	-	42 000	40 000
10.	Сумська область	-	33 000	-
11.	Дніпропетровська область	25 000	31 000	-
12.	Луганська область	35 000	30 000	-
13.	Одеська область	34 000	30 000	30 000
14.	Івано-Франківська область	71 000	28 000	-
15.	м. Київ	42 000	18 000	-
16.	Херсонська область	14 000	18 000	-
17.	Республіка Крим	-	15 000	-
18.	Полтавська область	-	12 000	-
19.	Черкаська область	13 000	11 000	-
20.	Запорізька область	4 000	10 000	-
21.	Київська область	12 000	10 000	-
22.	Чернігівська область	-	10 000	-
23.	Закарпатська область	10 000	5 000	-
24.	Житомирська область	30 000	3 000	-
25.	Кіровоградська область	10 000	1 000	-
26.	Чернівецька область	-	-	-
	<b>ВСЬОГО</b>	<b>806 000</b>	<b>959 000</b>	<b>216 000</b>

*Примітка.* Згідно з розпорядженням КМ України за № 490 від 15 травня 2001 р. і Міністерства економіки та з питань Європейської інтеграції України № 19-15/2640 від 23.11.2001 р. державним замовленням на закупівлю ксенодермотрансплантатів було виділено 403 тис. грн. Під дану програму були передані ксенодермотрансплантати в Донецький, Харківський, Одеський, Луцький, Рівненський, Львівський опікові центри і відділення. Оплата за них проведена не була.

ЛКДТ використовувалися:

– при поверхневих опіках II-III ст. (особливо у дітей) в першу – другу добу після травми. ЛКДТ залишалися фіксованими на ранах до 8-10 дів



після їх накладення. Лікування таких хворих не вимагало проведення болочих перев'язок. Після загоєння ран ЛКДТ самостійно відпадали. При опіках IIIA ступеня проводиться рання сенквенціальна некректомія з використанням ЛКДТ для закривання ран;

– при лікуванні опіків IIIБ-IV ступенів використовували як при традиційних методах лікування так і при проведенні ранньої некректомії:

а) при традиційному методі лікування – під час аутодермопластик, для закривання ран, які залишалися не закриті аутодермотрансплантатами;

б) при ранніх некректоміях. Після некректомії рани закривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами на 2-3 доби, після чого їх знімали з ран, проводили додаткову некректомію, а потім аутодермопластику;

в) для закриття донорських ран.

Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів призводить до зменшення болу, втрати води, білків, електролітів з ран, їх інфікування, швидшій крайовій та островковій епітелізації, скорочує перебування опікових хворих на стаціонарному лікуванні з поверхневими – на 6-7, а з глибокими опіками – на 16-18 дб, зменшує летальність тяжкообпечених на 30 %.

Таким чином, ліофілізовані ксенодермотрансплантати вкрай необхідні для лікування опікових хворих.

УДК: 616-001.17-08

**Б.А. Парамонов, В.О. Сидельников**

## **ОЖОГИ КАК ПРОБЛЕМА ВОЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург, Россия*

Частота и структура термической травмы зависит от способа ведения боевых действий. При применении т.н. обычных вооружений частота ожогов невелика. В годы Великой Отечественной Войны в ВС СССР ожоги составляли небольшую часть (1-2 %) в структуре санитарных потерь. При этом обширные поражения площадью более 10 % поверхности тела наблюдались лишь у 10,1 % пострадавших. В танковых сражениях в Северной Африке во II Мировой войне ожоги составляли 25-45 % от общего числа санитарных потерь. В результате применения армией США зажигательного оружия доля термической травмы в общей структуре санитарных потерь в армии Северной Кореи возросла до 22,9 %. В вооруженных силах Северного Вьетнама потери обожженными в структуре санитарных потерь в различные периоды составляли 30-50 % и это также было связано с применением напалма. При этом у пострадавших от зажигательного оружия, как правило, площадь ожога превышала 25 % поверхности тела. В результате применения ВВС США напалмовых бомб было сожжено 45 японских городов, при этом 260 тыс. человек погибли

и 412 тыс. человек получили поражения различной степени тяжести. Массовое применение напалма обусловило высокий уровень летальности (до 35-50 %) среди обожженных. При взрыве атомных бомб в Нагасаки и Хиросиме термическая травма имела массовый характер. Обожженные составили 89,9 % от общего числа пораженных в Нагасаки и 78,3 % – в Хиросиме. 75 % пострадавших имели комбинированные поражения: радиационно-термические, термомеханические, а также радиационно-термо-механические.

Одним из путей снижения ожогового травматизма является применение защитной одежды, что было впервые реализовано израильской армией в ходе арабо-израильского конфликта 1973 г. В настоящее время в ряде стран (в т.ч. – в РФ) разработаны защитные комплекты обмундирования, позволяющие существенно снизить степень термического воздействия на организм.

Появление новых видов зажигательного оружия, в том числе, боеприпасов термо-барического действия, поставило проблему термических поражений на новый уровень. Большую проблему несет терроризм. В настоящее время экстремисты обладают совершенными высокоэнергетическими образцами вооружений.

Конец XX века ознаменовался развитием ряда локальных войн и вооруженных конфликтов, в том числе, на территории постсоветского пространства. Всего изучено 2527 случаев ожогов, полученных в ходе вооруженных конфликтов. Частота термических поражений в них была относительно невелика. Во время боевых действий в Афганистане (1979-1989 гг.) ожоги получил 1201 военнослужащий, что составило 3,6 % от всех санитарных потерь хирургического профиля. У 178 из них имели место комбинированные поражения. Во время гражданской войны в Таджикистане (1992-1994 гг.), в правительственных формированиях потери обожженными составили 205 человек или 7 % от числа потерь хирургического профиля. Из этого числа 97 пострадавших (47,3 %) получили травму в боевой обстановке. Во время боевых действий на территории Чеченской республики (1994-1996 гг.) ожоги получили 542 военнослужащих федеральных войск, что составило 3,9 % от общего числа санитарных потерь ранеными и травмированными. Во время “второй компании” с августа 1999 по август 2000 г. ожоги получили 579 военнослужащих, что составило 4,6 % от общего числа потерь хирургического профиля. Комбинированные травмы составили свыше 10 %.

В ходе анализа были выявлены особенности организации оказания медицинской помощи. В Афганистане позитивным моментом являлось широкое использование авиации для эвакуации пострадавших непосредственно с места получения травмы (поле боя) на этапы оказания квалифицированной и специализированной медицинской помощи, минуя промежуточные этапы эвакуации. Таким образом, 815 обожженных были доставлены в течение первых 6 часов после травмы. Это позволило начинать терапию в более ранние сроки, что позитивно сказалось на исходах травмы. Было установлено, что в климатических условиях Афганистана необходимо было увеличивать объемы инфузионной терапии в 1,5-2 раза от расчетных, по принятым на тот момент стандартам

лечения. Свыше 80 % пострадавших эвакуированы авиационным транспортом в первые 6 часов с момента травмы. Летальность в шоке среди тяжелообожженных не превышала 5 %. В Таджикистане все виды медицинской помощи оказывались в лечебных учреждениях министерства Здравоохранения республики, военно-медицинская служба как таковая отсутствовала. Эвакуация пострадавших авиационным транспортом практически не осуществлялась. Сроки доставки в больницы, где осуществлялись мероприятия квалифицированной и специализированной медицинской помощи были большие (от нескольких часов до нескольких суток). Имели место и другие сложности: отсутствие достаточного числа квалифицированных медицинских работников, дефицит инфузионных и трансфузионных сред, перевязочного материала и медикаментов общего назначения. В связи с этим, летальность среди тяжелообожженных составила около 40,5 %. В ходе боевых действий в Чеченской республике (1994–1996 гг.) в основу построения системы оказания медицинской помощи был заложен т.н. “территориальный” принцип. Это выражалось в максимальном приближении этапов оказания квалифицированной медицинской помощи (МОСН, ОМедБ) к переднему краю ведения боевых действий. Доставка пострадавших на данные этапы осуществлялась, главным образом, наземными видами транспорта. Мероприятия квалифицированной медицинской помощи сразу после получения травмы были оказаны 271 пострадавшим (в 65,3 % случаев). Чаще всего инфузионная терапия была начата несвоевременно, по своему составу и объему была неадекватной. Частота летальных исходов у тяжелообожженных составила 25 %. Во время “второй компании” (период с августа 1999 по август 2000 гг.) ожоги получили 579 военнослужащих, что составило 4,6 % от общего числа потерь хирургического профиля. Комбинированные травмы составили свыше 10 %. Около 67 % пострадавших доставлено на этап оказания квалифицированной (специализированной) медицинской помощи непосредственно с поля боя. Особенностью оказания медицинской помощи в этот период являлось то, что основные эвакуационные направления были усилены специалистами по лечению термической травмы из ВМедА. Частота летальных исходов в этот период у обожженных составила 2,4 %. Сравнительный анализ показал, что построение системы лечебно-эвакуационных мероприятий во время войны в Афганистане оказалась наиболее эффективным.

**Я.Я. Кошельков, О.Н. Почепень**

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ В БЕЛАРУССКОМ РЕСПУБЛИКАНСКОМ ОЖОГОВОМ ЦЕНТРЕ**

*БелМАПО, Минск, Беларусь*

Поражение электрическим током (электротравма) по нашим данным составляет от 2 до 6 % всех госпитализированных с ожогами. За 5 лет (1995–99 гг.) среди пострадавших 66,5 % составляли дети, из них 47,8 % – младшего возраста. Среди взрослых 90 % пострадавших были трудоспособного возраста, 31 % из них получили травму на производстве.

По тяжести поражения мы выделяем четыре степени электротравмы:

I степень – кратковременное судорожное сокращение мышц без потери сознания;

II степень – судорожное сокращение мышц с потерей сознания без нарушения функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем;

III степень – потеря сознания и нарушение сердечной деятельности или дыхания (или того и другого);

IV степень – клиническая смерть на месте или в ближайшие 2–3 дня после травмы. Постреанимационный синдром.

Электротравма IV степени требует проведения сердечно-легочной реанимации немедленно очевидцами происшествия. Однако из-за недостаточности знаний и отсутствия практической подготовки окружающие чаще всего ограничиваются вызовом скорой помощи или их действия оказываются неэффективными.

Площадь и глубина электроожогов зависит от физических характеристик тока, петель тока, плотности контакта с проводником, сопротивления тканей, экспозиции воздействия и других факторов. Так, при поражении бытовым (110, 127, 220 V) и промышленным (380 V) током электроожоги обычно ограничены по площади (не превышают 1–2 % поверхности тела), с четкими границами, у 23 % пострадавших ограничиваются “метками тока” и местное лечение их консервативное (со средним сроком стационарного лечения 5,8 дня). У 77 % пострадавших этой группы отмечались электроожоги ШБ–IV ст., чаще всего на кистях с первичным или вторичным повреждением функциональных структур (сухожилий, мышц, элементов суставов, костей). Длительное консервативное лечение пострадавших этой группы, как правило, давало тяжелые последствия в результате развития гнойных тендовагинитов, артритов, остеомиелитов, деформаций и контрактур.

В последнее десятилетие мы начали широко применять активную хирургическую тактику при лечении таких пострадавших. За 1995–99 гг. в течение первых 7 суток после травмы операции ранних некрэктомий с одномоментной

кожной пластикой выполнены 57 больным на 74 кистях. Пластика местными тканями или в комбинации с дерматомной сделаны в 17 случаях, перекрестная из соседних пальцев – в 7, пластика лоскутом на временной питающей ножке в 50 случаях.

Встречающиеся осложнения в виде нагноения ран и краевого некроза в 6 случаях и ампутации 8 пальцев на различных уровнях у 5 больных не привели к тяжелым нарушениям функций травмированных кистей. При обширных ожогах нескольких соседних пальцев перед пластикой лоскутом на временной питающей ножке формировали искусственную синдактилию с последующим ее устранением отдельными этапами, удалением избыточной жировой клетчатки и приведением кисти в надлежащий эстетический вид.

Поражение высоковольтным током, чаще всего 10 киловольт имело место у 11 % всех пострадавших с электротравмой. Особенности таких ожогов является их обширность с множественными петлями тока, распространение некроза тканей далеко за пределы границы некроза кожи, нередко тромбоз магистральных сосудов по пути прохождения тока, быстрое развитие субфасциального отека с угрозой вторичных ишемических некрозов конечностей, а так же частое сочетание электрических ожогов с термическими. Как правило, такие электроожоги приводят к развитию электрошока различной степени тяжести. Лечебные мероприятия начинались с противошоковой терапии. Среди неотложных мероприятий при нарастающем отеке конечности является фасциотомия.

После выведения больных из шока приступали к этапным некрэктомиям, начиная с 4-5 дня после травмы, ампутациям некротизированных конечностей или сегментов, используя метод перевязки магистральных сосудов на протяжении для профилактики аррозивных кровотечений. Активная хирургическая тактика, раннее удаление некротических тканей позволяли приступить к кожной пластике различными методами на 3-5 неделе с момента травмы.

При остеонекрозе свода черепа производили раннюю дырчатую трепанацию и тангенциальную резекцию черепа, при необходимости – дренирование субдурального и эпидурального пространства. Эти мероприятия предупреждают тяжелые внутричерепные осложнения.

При обширных разрушениях мягких тканей лица, костей лицевого черепа активная хирургическая тактика позволяет в сравнительно короткие сроки полностью реабилитировать пострадавших.

Летальных исходов после поражения бытовым и промышленным током не было, среди пораженных высоковольтным током умерло 5 пострадавших, от гнойно-септических осложнений при обширных электротермических поражениях.

Считаем за правило всех пострадавших с электротравмой госпитализировать в отделение реанимации для мониторинга и интенсивной терапии (по показаниям). Пострадавшие с электротравмой I-II ст. через 1-3 дня переводятся в общие палаты и решается вопрос о дальнейшем лечении (амбулаторном, стационарном, консервативном, хирургическом).

При электротравме III-IV ст. интенсивная терапия продолжается по показаниям длительное время до ликвидации угрозы для жизни больного и сочетается с активной хирургической тактикой.

УДК: 616-001.17

**А.А. Алексеев, Т.А. Ушакова, В.А. Лавров, М.Г. Крутиков**

## **ИЗУЧЕНИЕ АДАПТИВНЫХ РЕАКЦИЙ ОРГАНИЗМА НА ОЖОГОВУЮ ТРАВМУ И РАННЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва*

В последние годы причинами летальности тяжелообожженных пациентов все чаще становятся полиорганная недостаточность и сепсис, в основе которых лежит быстро развивающееся метаболическое истощение. Актуальной становится комплексная оценка и анализ метаболического статуса, формирующего ответную реакцию организма пострадавшего на травму, т.е. оценка адаптации, на фоне которой производится хирургическое лечение.

Мы попытались оценить адаптивные реакции организма, исследуя в динамике гормональный фон, состояние про- и антиоксидантной системы, изменения в белковом, жировом и углеводном обменах, иммунограмме.

В результате обследования 45 тяжелообожженных с площадью глубоких ожогов 20 % п.т. и более установлены три типа адаптограмм, характеризующих формирование ответной реакции организма на травму: гиперметаболизм, умеренно-компенсаторный гиперметаболизм и гипометаболизм.

Основным критерием этих вариантов является взаимоотношение стресс-запускающих и стресс-лимитирующих систем. При наиболее благоприятном (втором) типе наблюдается относительно равномерное напряжение этих систем (отклонение показателей от нормы не более, чем в 3-4 раза). При чрезмерном гиперметаболизме – выраженное преобладание стресс-запускающих систем на фоне также выраженного угнетения стресс-лимитирующих систем (отклонение от нормы – в 8-10 раз). При неблагоприятном течении этот вариант быстро приводит к истощению – гипометаболизму (третий тип ответа), характеризующемуся слабым стрессовым фоном и значительным белково-энергетическим дефицитом, лежащим в основе стресс-лимитирующих систем.

Интенсивность и длительность стресс-реакции зависит от тяжести травмы, своевременности и адекватности проводимого лечения (в том числе хирургического). Оперативное вмешательство, производимое на фоне действительно тяжелой ожоговой болезни, является дополнительным стрессом, который может иметь разные последствия. Так, ранняя хирургическая некрэктомия, выполненная на фоне чрезмерного напряжения всех систем или их угнетения,

может привести к резкому истощению и срыву адаптации. С другой стороны, своевременным удалением некротических тканей при сохранении резервных возможностей организма можно предупредить развитие интоксикации и достичь путем еще большей мобилизации организма скорейшей адаптации. Таким образом, определение типа адаптограммы позволит не только определить характер формируемого метаболического ответа, но и выработать тактику хирургического лечения с учетом объективных критериев, характеризующих общее состояние пострадавшего от обширных глубоких ожогов и его готовности к планируемой операции.

УДК 616-001.17:611.9:577.

**І.Є. Король, С.Ю. Волченко**

## **ДОПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ СЕПТИЧНОГО ЕНДОКАРДИТУ ВОПІКОВИХ ХВОРИХ**

*Обласна клінічна лікарня, м. Херсон*

При тяжкій термічній травмі в організмі обпеченого розвиваються складні патологічні процеси місцевого і загального характеру. Порушення бар'єрних функцій шкіри призводить до бактеріємії, яку посилюють травматичні перев'язки, повторні операції, катетеризації центральних вен та інші інвазивні маніпуляції. Надлишкова і неконтрольована продукція медіаторів запалення в періоді гострої токсемії і септікотоксемії викликає запальні зміни в тканинах і органах, зокрема, в ендокарді. Інвазії мікрофлори в ендокард, розвитку запальних змін сприяє недостатня васкуляризація поверхневих шарів ендокарда і клапанного апарату серця.

У початковому періоді розвитку септичний ендокардит має бідну симптоматику, що ускладнює діагностику процесу. Виявлення на клапанах серця вегетації (що супроводжуються клінічною симптоматикою) вказує про вальвуліт, що сформувався, у якому бактеріальна мікрофлора оточена фібринотромбоцитарними накладеннями і стає недоступною для дії факторів резистентності організму й антибактеріальних препаратів.

Якщо раніше (Б.А. Черногубов, 1941) первинний септичний ендокардит на незмінених клапанах серця становив до 20 % випадків, то в даний час (Цукерман Г., 1999) він зустрічається в 40-60 % і відрізняється швидким формуванням вегетацій, руйнуванням клапанного апарату, що призводить до його недостатності. Летальність навіть при активному лікуванні гострого септичного ендокардиту лишається високою і досягає 80 і більше відсотків.

В опіковому відділенні Херсонської обласної клінічної лікарні за останні роки гострий септичний ендокардит спостерігався в 7 важкообпечених хворих

працездатного віку чоловічої статі. У всіх хворих процес розвився на раніше незмінених клапанах. У п'ятих хворих ендокардит локалізувався на мітральному клапані, в одного на аортальному та в одного пристінно, в лівому шлуночку. Шість хворих померло.

За нашими даними, одним з основних симптомів клінічного прояву септичного ендокардиту є раптові підйоми температури тіла до 39-40 °С, що супроводжуються лихоманкою, холодним потом на фоні раніше сприятливого перебігу опікової хвороби. Початок формування септичного процесу на ендокарді склав від 13 до 60 дб із дня одержання опікової травми.

Перебіг ендокардиту в важкообпечених відрізнявся тяжкістю і швидкою динамікою. На початку захворювання кардіальна симптоматика була бідною: тахікардія, приглушеність тонів, відсутність шумів. Потім з являвся хитливий систолічний шум на верхівці серця, що наростав і ставав постійним. Виявлення діастолічного шуму співпадало з формуванням недостатності клапана, яка виявлялась при ехокардіоскопічному дослідженні. Явно виражених тромбоемболічних ускладнень у внутрішні органи нами не відзначалося. Симптоми серцевої недостатності в хворих з вальвулітом мітрального клапана виявлялися наприкінці другого, початку третього тижня після раптового підйому температури тіла. Шкірні геморагічні висипання спостерігалися нами в одного хворого.

Традиційні клінічні лабораторні й інструментальні дослідження, у тому числі електрокардіографія, у діагностиці септичного ендокардиту були практично не інформативні.

На підставі наших спостережень можна зробити наступні висновки:

1. Гострий септичний ендокардит є відносно частим і рідко діагностуючим ускладненням опікової хвороби в хворих із критичними опіками при розвитку синдрому системної запальної відповіді та сепсису.

2. Ехокардіоскопічне дослідження в даний час є єдиним інформативним методом прижиттєвої діагностики септичного ендокардиту.

3. Для ранньої діагностики септичного ендокардиту у важкообпечених, ультразвукове дослідження серця необхідно виконувати не пізніше третього тижня після одержання травми і повторювати через 7-10 днів, тому що лікування септичного ендокардиту в пізніх стадіях малоефективне.



**А.М. Хаджибаев, А.Д. Фаязов, С.И. Шукуров**

## **ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Республика Узбекистан*

На фоне интенсификации процессов лечения больных с термическими травмами все более широко используются современные методы активного местного и общего воздействия на процессы регенерации ожоговых ран, так как традиционные методы ведения данной категории пациентов перестали удовлетворять комбустиологов по ряду причин. Главным образом, это длительность лечения, которое, как правило, сопровождается нагноением ран, значительными водно-электролитными и белковыми потерями, приводящими к тяжелой гипопроteinемии, анемии, раневому истощению, генерализации инфекции. Высоким оставался показатель смертности тяжелообожженных (до 50 %).

В настоящее время основными методами местного лечения глубоких ожогов является как можно более быстрое очищение ожоговых ран от некротических тканей и их пластическое восстановление в возможно ранние сроки.

Существуют два основных способа подготовки глубоких ожоговых ран к аутодермопластике: химическая некрэктомия с отсроченной аутодермопластикой, которая вполне оправдана при обширных глубоких ожогах более 40 % поверхности тела и хирургическая некрэктомия с одномоментной или отсроченной аутодермопластикой.

Нами у 32 больных в возрасте от 5 до 50 лет, использована ранняя хирургическая некрэктомия (на 5-7 сутки с момента травмы) с радикальным иссечением всех пораженных тканей. Для выполнения одномоментной аутодермопластики оптимальным является площадь глубоких ожоговых ран до 10 % поверхности тела. У 20 больных для одномоментной аутодермопластики был использован перфорированный сетчатый аутограсплатат, а у 10 пациентов, учитывая повышенную кровоточивость раневой поверхности, применена отсроченная аутодермопластика. У 2 обожженных с площадью глубоких ожогов до 30 % раневую поверхность смогли закрыть путем комбинации сетчатых аутограсплататов с культивированными аллофибробластами. Матрицы культивированных клеток подсаживали в перфорированные ячейки трансплантата и межлоскутные пространства.

Первая перевязка после аутодермопластики производилась на вторые сутки. Полное приживание трансплантатов отмечено у 22 больных, частичный лизис наблюдался у 4 обожженных.

Полученные результаты лечения с применением активной хирургической тактики позволили значительно уменьшить проявления ожоговой болезни, заметно снизить частоту гнойно-септических осложнений, существенно сократить сроки лечения тяжелообожженных.

**Н.Г. Кикория****ОЖОГИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА***НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург, Россия*

Численность людей старше 60 лет в развитых странах, в том числе и в России, неуклонно растет, что при стабильной частоте ожоговой травмы приводит к абсолютному росту числа обожжённых пожилого и старческого возраста. Проблема особенно актуальна для Санкт-Петербурга, где в 2001 г. на 4,85 млн. населения приходилось 1,5 млн. жителей старше 60 лет (30,9 %).

В последние два года в ожоговом центре НИИ скорой помощи лечились 617 таких обожжённых, что составило 25,4 % от всех пострадавших с термическими ожогами. У 76,6 % больных общая площадь ожога (ОПО) была менее 10 % поверхности тела, у 13,1 % – от 11 до 20 % ПТ и лишь у 10 % пострадавших ожоги занимали более 20 % ПТ. Летальность, считающаяся одним из основных критериев доказательной медицины, в перечисленных группах составила соответственно 12,9 %, 35,1 %, 88,8 %. Всего умерло 64 человека (23,4 %), что ещё раз подтверждает, что у обожжённых пожилого и старческого возраста при любой площади ожога летальность значительно выше, чем у детей и молодых. При ОПО свыше 30 % ПТ не выжил ни один из 19 больных.

Сопоставление сроков госпитализации пострадавших пожилого возраста с общей площадью поражения до 10 % и глубокими ожогами не более 5 % ПТ в зависимости от тактики хирургического лечения показало, что активная хирургическая тактика (некрэктомия в ранние сроки, завершающаяся аутодермопластикой) представляется возможной при достаточной инотропной поддержке. Недооценка преморбидного фона не только удлиняет сроки лечения, но и нередко ставит под сомнение успех хирургического лечения, а иногда и приводит к летальным исходам.

Таким образом, совершенствование лечения обожжённых пожилого и старческого возраста в первую очередь должно заключаться в адаптации специализированной помощи к данной возрастной категории. Несмотря на то, что в настоящее время у этих больных преобладают традиционные методы лечения (консервативное и кожная пластика гранулирующих ран), представляется актуальным продолжать разработку перспективного метода раннего оперативного лечения.

**А.С. Киселев, К.М. Крылов, И.В. Крайник, А.И. Крайник**

## **ПЕРВЫЕРЕЗУЛЬТАТЫИПЕРСПЕКТИВЫ КОМПЬЮТЕРНОГОМОДЕЛИРОВАНИЯПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,  
Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург*

В ходе общения с пациентом, желающим устранить какие-либо косметические недостатки, перед хирургом постоянно возникает ряд вопросов, самым важным из которых является достижение правильного понимания врачом того, к какому результату стремится пациент. Мы эту проблему стараемся решать, опираясь на достижения современных компьютерных технологий, используя персональный компьютер и специальное программное обеспечение, позволяющее производить моделирование внешности человека. В период с 2000 по 2002 год этой процедуре в нашей клинике подверглись 87 пациентов.

Моделирование проводилось в самых различных ситуациях: перед контурной пластикой губ и щек, липоаспирацией бедер, в случае пластических операций на нижней челюсти и молочных железах, при поднятии бровей, при планировании экспандерной дермотензии. Но основным показанием к выполнению данных исследований является ринопластика (90 % всех измерений). Исследования производились во время первого визита пациента после предварительной беседы и отсеивания эмоционально неустойчивых лиц. Перед ринопластикой цифровым фотоаппаратом делались 4 фотографии (лицо пациента в профиль справа и слева, анфас и вид носа снизу), перед контурной пластикой, липоаспирациями или маммопластикой делалось 2-3 снимка, отражающих максимальный или минимальный контур предполагаемой зоны операции. Данные переносились в компьютер. Далее, пользуясь специальной программой, согласно пожеланиям пациента, на фотографиях изменяли форму носа или контур другого участка тела в поисках именно того варианта, который бы наиболее полно отвечал его запросам. При этом выявился ряд любопытных особенностей.

Во-первых, с применением данной программы стало намного легче находить общий язык с пациентом. Практически исчез риск узнать после операции, что врач неправильно понял его требования, а операция принесла вред. Пациент спокоен, он твердо уверен, что сумел правильно объяснить свои пожелания врачу. Хирург же точно знает, к чему необходимо стремиться в ходе операции.

Во-вторых, нередко бывает, что у человека, имеющего сильно выраженный косметический дефект, возникает навязчивое желание радикально избавиться от этого недостатка. Так пациенты с очень длинным носом просят уменьшить его до самого минимума. С помощью компьютерного моделирования удается

показать им, что обычно бывает достаточно небольшой коррекции формы носа для придания лицу красоты и гармоничности. Излишнее же укорочение, напротив, будет ошибочным и может привести к новым недостаткам во внешности.

В-третьих, бывают ситуации, когда у приходящих на консультацию посетителей еще не созрело представление о желаемом облике носа. Часть таких пациентов по причинам психической неуравновешенности обычно отсеивается, остальным можно предоставить возможность увидеть себя с различными вариантами носа или контуров тела, манипулируя изображением на экране монитора. Обычно при этом они либо останавливаются на каком-то варианте, либо, наоборот, приходят к выводу, что их нынешняя внешность является оптимальной. В последнем случае это позволяет избежать ненужной операции, после которой между пациентом и хирургом обязательно возникли бы неудовлетворенность и взаимные обвинения, переходящие в область юриспруденции.

В-четвертых, при проведении опроса пациентов спустя некоторое время после операции мы выяснили, что удовлетворенность окончательным результатом у тех пациентов, которым предварительно проводилось компьютерное моделирование, достоверно выше, чем у тех, которые данной процедуре не подвергались.

Конечно же, несмотря на все вышеперечисленные преимущества компьютерного моделирования, здесь имеются и некоторые сложности. Добиться в результате операции 100 % сходства с получившимся компьютерным изображением практически невозможно. Это обусловлено индивидуальностью строения хрящевой и костной основы носа, толщиной кожного покрова и подкожно-жировой клетчатки, количеством вводимого или удаляемого при контурных пластиках вещества, опытом оперирующего хирурга и множеством других факторов. Возможности компьютерного моделирования могут выйти за рамки возможностей хирургического смещения тканей. Поэтому пациента перед операцией всегда необходимо предупреждать о том, что полученная компьютерная модель – это еще не готовый результат, а только то, к чему будет стремиться хирург в ходе операции. Иногда для достижения поставленной задачи может возникнуть объективная необходимость в повторных операциях. Таким образом, окончательный итог может несколько отличаться от ожидаемого. Очень важно для хирурга добиться четкого понимания пациентом этого положения.

Таким образом, компьютерное моделирование пластических операций является высокоэффективным и необходимым компонентом предоперационной подготовки, позволяющим:

1. Пациенту сформулировать пожелания, а хирургу понять их, правильно спланировать и осуществить оперативное вмешательство.
2. Получить наиболее оптимальный для пациента и хирурга результат.
3. Избежать конфликтных ситуаций по результатам операции.

**Е.Я. Фісталь****ПАТОГЕНЕТИЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ,  
КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЕЛЕКТРООПІКІВ***Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України, м. Донецьк*

Повідомлення ґрунтується на багаторічному спостереженні, обстеженні і лікуванні 698 потерпілих від електричних опіків. Вивчено епідеміологію електротравми і фізичні параметри струму в потерпілих, розроблені нові електрофізіологічні і морфологічні способи визначення життєздатності тканин і обсягу їхнього ушкодження. При цьому відзначені істотні розходження в механізмі і клінічному плині електричних опіків у порівнянні з термічними. Якщо при термічному опіку тканини прогріваються ззовні, то електроопік, у результаті перетворення електричної енергії у теплову, поширюється в самих тканинах глибше власної фасції, проникаючи й у внутрішні органи. Тому зону електроураження необхідно визначати в трьох вимірах – не тільки площею, але й обсягом ушкоджених тканин.

У класифікації ускладнень електроопіків нами виділена механічна дія струму, що виявляється розривом м'язів, вивихом і переломом кісток, відривом кінцівок чи їхніх сегментів. З цього не випливає, на наш погляд, що класифікація електроопіків за глибиною вимагає спеціальної розробки (1). Тим більше, що електроопіки в потерпілих часто сполучаються з термічними опіками, що виникають при дуговому контакті, від полум'я електродути чи загоряння одягу, що доцільно визначати як електротермічні ураження. Але виділення терміну субфасціальних уражень у запропонованій класифікації глибини ушкодження тканин (2), на нашу думку, перш за все відповідає патологічним змінам, що настають саме при електричних опіках. Це підтверджується розвитком при субфасціальних електроопіках ішемічного (компармент) синдрому, що призводить до компресії м'язів, судин та нервів і вторинного некрозу тканин. Після припинення шоку, декомпресії, некретомії виникає постішемічний реперфузійний синдром.

Таким чином, вживість електричних опіків визначається об'ємною субфасціальним ураженням тканин (IV ступінь опіку в 98,5 % хворих), загальною дією струму – електропоразкою (у 88,8 % потерпілих), розвитком опікової хвороби (у 38,1 % хворих), поєднаними і комбінованими ураженнями (20,3 %), а також – частим розвитком місцевих ускладнень (у 70,0 % хворих).

Виявлене також принципове розходження між опіками, що виникають від струму низької і високої напруги. При впливі на тканини струму низької напруги електроопіки утворюються, як правило, тільки в ділянці контакту з провідником. Вони звичайно обмежені по площі (у середньому 0,4 % пов. тіла) і глибині (частіше – III ступінь).

Подальше поширення струму низької напруги визначає, в основному, його рефлекторну дію на центральну нервову систему. Величина сили струму, також як і частота його, і навіть експозиція, не впливають на обсяг місцевого ушкодження; від цих параметрів низьковольтного струму залежить характер його загальної дії на організм.

Механізм утворення високовольтних електроопіків ( $U=1000$  і більше вольт) представляється нам у такий спосіб. У місці контакту електричний струм зустрічає значний опір покривів, при цьому виділяється велика кількість теплової енергії – виникає первинна рана. Обсяг тканинних втрат у ній залежить від декількох факторів, визначальним серед яких є величина напруги струму. Подальше поширення струму і первинне ушкодження тканин відбувається вже в глибині, переважно під власною фасцією. Тому видимі (зовнішні) межі високовольтного електроопіку практично ніколи не відповідають дійсному (прихованому) обсягу ушкодження тканин.

При поширенні потоку електронів по однорідному (металевому) провіднику, величина струму, напруги і кількість виділеного тепла однакові у всіх його перетинах. На відміну від цього, відзначена явна нерівномірність ушкодження тканин живого організму при високовольтних ушкодженнях. Причина такої нерівномірності обумовлена, за нашими даними, чергуванням тканин із різним опором струму і феноменом його розгалуження. Наприклад, в ділянці суглобів, у місці переходу м'яза в сухожилля, у межах м'язової піхви.

Ушкодження магістральних судин усіх шарів судинної стінки відзначено в проекції і поблизу первинної рани, що виявляється спазмом, тромбоутворенням чи ерозією судини. Ураження судин на шляху поширення струму пов'язано, у більшій мірі, з ушкодженням зовнішньої стінки через коагуляцію і прогрівання оточуючих тканин.

Плоскі кістки (черепа), завдяки великому опору, однорідності структури і відсутності навколишніх тканин, що добре проводять струм, практично виключають його розгалуження при високовольтних опіках. Ці ушкодження концентруються у вигляді конуса з підставою в центрі ран. У результаті концентрації теплової енергії кістки черепа ушкоджуються в більш значному ступені й обсязі, ніж трубчасті кістки кінцівок.

Виявлений механізм ушкодження різних тканин і характер поширення електричного струму, властивий живому організму, дозволяє розробити принципи діагностики високовольтних опіків, стратегію і тактику хірургічного лікування. Оперативні втручання, виконані при електроопіках, можуть бути розділені на три основних види залежно від характеру дії на ушкоджені тканини:

- 1) операції, спрямовані на розсічення ушкоджених тканин;
- 2) операції з видалення омертвілих тканин;
- 3) операції з відновлення втрачених покривів.

Раннє виконання усіх видів операцій зменшує число ускладнень і сприяє скороченню термінів лікування хворих.

Органозберігаючі операції при електроопіках (некрофасціотомія, сегментарна резекція кісток і суглобів, пересадження складних клаптів), виконані в найбільш оптимальний термін, зменшують число ампутацій кінцівок і знижують інвалідизацію потерпілих.

#### **Література**

1. В.И. Березнева. Электротравма, электроожоги и их лечение, «Медицина».-Л.-1964.-227с.
2. Е.Я. Фісталь, Класифікація опіків. – Шпитальна хірургія – Тернопіль. -1999.-№4- С.24-26.

УДК 616.211/.232-001.17-072.1:622-057.2

**В.К. Гусак, Е.Я. Фісталь, І.В. Гушчін, О.М. Трофімова,  
О.М. Корчак**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЕНДОСКОПІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТЕРМОІНГАЛЯЦІЙНИХ УРАЖЕНЬ ОПЕЧЕНИХ ВУГІЛЬНИХ ШАХТАХ**

*Інститут невідкладної та відновної хірургії АМН України*

Вибух метано-вугільної суміші у глибоких шахтах призводить до поєднаної та комбінованої травми, одним з найбільш частіших компонентів якої є термоінгаляційне ураження (ТІУ). Ця категорія опечених відноситься до важчих, оскільки при ТІУ порушуються морфологічні структури дихальних шляхів, які відповідають за виконання як респіраторних, так і складних нереспіраторних функцій – участі легенів у регуляції водно-сольового обміну, терморегуляції, гемофільтраційної та гемостатичної функцій легенів, а також участі бронхо-легеневої тканини у синтезі та обміні біологічно-активних речовин.

Ушкоджуюча дія повітряної суміші мікрочасток у газовому середовищі, яке утворюється при вибуху, виявляється терміново та процеси втрати ціліарної функції слизової оболонки трахео-бронхіального дерева (ТБД), розвиток набряку, ушкодження сурфактантної системи легенів з подальшим розвитком мікро- та макроатлетазів відбуваються за кілька хвилин.

Хімічно-активні продукти горіння глибоко проникають у слизову оболонку трахеї, бронхів, бронхіол з наступним утворенням ділянок некрозу.

ТІУ, пов'язані з опіковою травмою зазначаються як первісні ушкодження дихальних шляхів, у патогенезі яких мають місце декілька основних факторів: гіпоксія, деструктивні зміни дихальних шляхів та їх механічна обструкція, ушкодження паренхіми легенів та збільшення просякання легеневих судин. За сучасним уявленням механізм розвитку цих процесів опосередкований дією медіаторів запалення, зокрема цитокінів (інтерлейкінів (ІЛ) 1, ІЛ 2, ІЛ 6, ІЛ 8, фактора некрозу пухлин- $\alpha$ ) та ейкозаноїдів (простагландинів E2, F2

та К2; тромбоксанів А2 та В2; простациклінів та лейкотриєнів В4, С4, К4 та Е4). Як деривати багатьох типів клітин, у тому числі і імунікомпетентних, ці речовини беруть участь у активізації місцевих та загальних імунних реакцій. Що, в свою чергу, призводить до збільшення чутливості токсично-уражених легенів до інфекції, розвитку поліорганної недостатності та сепсису.

Основним діагностичним заходом та методом вибору проведення місцевого лікування для хворих з опіковою хворобою, поєднаної з ТПУ є ендоскопічний.

Нами проведено клінічний аналіз 62 випадків комбінованих опікових травм, отриманих внаслідок вибухів на штатах та доставлених у ІНВХ протягом 6-ти годин з моменту отримання травми. Тяжкий та надто тяжкий перебіг опікової хвороби спостерігався у 38 постраждалих, середньої тяжкості – у 20, легкої – у 4. Діагностична фібробронхоскопія

(ФБС) проводилась відразу після госпіталізації та протягом 6-ти годин з моменту отримання травми. Тяжкість ураження дихальних шляхів вимірювалась згідно з класифікацією візуально за такими критеріями: 1) поширення – опік верхніх дихальних шляхів, трахеї, головних бронхів, сегментарних та субсегментарних бронхів; 2) форми ураження слизової оболонки ТБД – поверхневі, ерозивні, некротичні; 3) кількості залишків продуктів горіння (відкладання копоти). Важкі ТПУ, визначені у 45 постраждалих, середньої тяжкості – у 13, легкої – у 4. Як правило, тяжкі термічні ураження поєднувались з тяжкою ступенем ТПУ, що пояснюється характером отримання травми.

Одночасно з діагностичними проводились і лікувальні ФГБС-маніпуляції. Санація ТБД проводилась усім постраждалим незалежно від ступеня ТПУ, оскільки, на нашу думку, навіть незначне накопичення на слизовій оболонці залишків продуктів горіння може збільшити ступінь тяжкості уражень за рахунок інфільтрації копоти в слизову оболонку. Санація від копоти, струпа та мокроти проводилась сумішшю еуфіліну, антибіотиків, муколітиків, кортикостероїдів на розчині фурациліну, підігрітого до 36 °. Усі постраждалі санірувалися щодня у перші 2-ї доби, причому з тяжкими ураженнями – 2 рази на добу. Далі постраждалі із середньою важкістю ТПУ санірувалися через день, а з легкою – за клінічними даними. Для хворих з тяжкими ТПУ у 3-ю добу був доданий розчин ліпіну, для решти хворих склад суміші не змінювався. У всіх постраждалих із середнім та тяжким ступенем ОДШ спостерігався розвиток гнійних ускладнень: ларінготрахеобронхіту, пневмонії.

Клінічний ефект лікувальних ФБС вимірювали за такими параметрами: відновлення газового складу крові – нормалізації парціального тиску кисню, насиченості киснем плазми крові; зменшення частоти дихання та частоти серцевих скорочень, нормалізації хвилинного та ударного об'ємів кровообігу. Після проведених лікувальних ФБС практично у всіх хворих вже у перші хвилини визначалась позитивна динаміка цих показників. В загальному, відзначалось скорочення відновного періоду та його більш сприятливий перебіг. Загальна летальність складала 22,5 %.



Таким чином, на сьогодні об'єктивним зособом діагностики ТПУ є застосування ендоскопічних методів – ФБС та лаваж. Лікувальні ендоскопічні маніпуляції є ефективним та патогенетично обґрунтованим методом лікування, особливо дійовим на ранніх стадіях опікової хвороби.

УДК 617-001.28-089.818.6

**В.М. Таран**

## **КЛАСИФІКАЦІЯ ОПІКІВ І НЕКРЕКТОМІЙ. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ОБПЕЧЕНИХ**

*Хмельницька обласна клінічна лікарня*

Розвиток світової комбустіології і вітчизняні розробки внесли суттєві корективи в тактику лікування обпечених. Впровадження ранніх хірургічних втручань при глибоких опіках відтіснило традиційний метод лікування, а створення замінників шкіри розширило можливості його застосування.

На наш погляд, комбустіологія на сьогодні потребує узагальнення тактики хірургічного лікування і чіткого співвідношення її з глибиною ураження тканин. Тобто, кожному ступеню опіків, за загальноприйнятою класифікацією, затвердженою XXVII з'їздом хірургів СРСР (Москва, 1960 р.), повинен відповідати чіткий план подальшого лікування.

Прогрес науки і технологій, оперативної техніки, мікрохірургії змінив традиційні погляди на проблему лікування опіків. Це дозволило нам внести корективи в їх класифікацію і, відповідно, запропонувати класифікацію некретомій. Зміни стосуються опіків IV ст. Клінічні спостереження і лабораторні дослідження показали, що опіки IV ст. з пошкодженням лише підшкірно-жирового шару, так звані надфасціальні, і опіки IV ст. з пошкодженням глибоких структур – м'язів, кісток та ін., так звані субфасціальні, принципово відрізняються як за клінічним перебігом, так і за тактикою хірургічного лікування. Якщо при надфасціальних пошкодженнях процес секвестрації і демаркації некротичних тканин проходить аналогічно опікам III Б ст. і не впливає на функціональний і морфологічний стан підлеглих структур, то при субфасціальних пошкодженнях швидкий набряк і тромбоз судин приводить до омертвіння тканин, оголення кісток, пошкодження суглобів, органів, викликає виражену інтоксикацію організму, і потребує ранніх некретомій з наступним закриттям ран складними клаптями для збереження неушкоджених тканин і припинення поглиблення патологічного процесу. Ми розділили ці опіки на IV А ст. – надфасціальні ураження і IV Б ст. – субфасціальні ураження.

Відповідно до глибин ураження, пропонуємо класифікацію некретомій:

1. Поверхневі або секвенціальні некретомії. Виконуються при опіках III А ст. Некротичні тканини висікаються на рівні дерми із збереженням її

здорових ділянок. 2. Дермо-епідермальні некретомії. Виконуються при опіках III Б ст. Некротичні тканини висікаються на рівні шкіри і підшкірно-жирової клітковини. 3. Надфасціальні некретомії. Виконуються при опіках IV А ст. Некротичні тканини висікаються на рівні підшкірно-жирової клітковини до фасції. 4. Субфасціальні некретомії. Виконуються при опіках IV Б ст. Некротичні тканини висікаються глибше фасції. 5. Некретомії – ампутації. Виконуються при опіках IV Б ст. На кінцівках при тотальних ураженнях тканин.

За технікою виконання некретомій ми розрізняємо тангенціальний метод, некротичні тканини висікаються пошарово і блочний метод – некротичні тканини висікаються одномоментово на всю глибину до здорових. Різновидністю блочного методу є ампутації кінцівок та їх сегментів.

За об'ємом видалення некротичних тканин розрізняємо: 1. Радикальні некретомії. Некротичні тканини висікаються до здорових, після чого можна виконати аутоксенопластику, або накласти первинні шви. 2. Некротичне очищення. Некротичні тканини висікаються частково. Виконується переважно у важкообпечених з метою зменшення інтоксикації організму, дренивання рани і попередження небажаної крововтрати.

Запропоновані класифікації покладені в основу розробленої нами тактики лікування обпечених залежно від глибини пошкодження тканин. I-II ст. – консервативне лікування. III А ст. – виконується поверхнева некретомія тангенціальним методом з невідкладною ксенопластиком або закриттям ран іншими замінниками шкіри. III Б ст. – у легкообпечених виконується дермоепідермальна некретомія тангенціальним методом з невідкладною аутодермопластиком. У важкообпечених – аутодермопластика має відстрочений характер, а рани тимчасово закриваються замінниками шкіри. IV А ст. – при частковому ураженні підшкірно-жирової клітковини виконується надфасціальна некретомія з тимчасовим закриттям ран замінниками шкіри і відстроченою аутодермопластиком. При тотальному або субтотальному – виконується некретомія блочним методом до фасції з невідкладною аутодермопластиком. IV Б ст. – субфасціальна некретомія виконується блочним методом із заміщенням дефекту тканин шкірно-підшкірними, шкірно-фасціальними та іншими клаптями на живильній ніжці (індійська, італійська та інші пластинки), трансплантатами з осьовим кровообігом та комплексом тканин із застосуванням мікросудинних анастомозів. При тотальних ураженнях на кінцівках – некретомії ампутації.

Вважаємо, що запропоновані класифікації і тактика хірургічного лікування можуть мати широке впровадження.

**В.І. Нагайчук, В.О. Зеленько, О.О. Смелянський,  
М.Б. Присяжнюк А.М. Поворозник**

## **ОРГАНІЗАЦІЙНЕ ТА МЕДИКАМЕНТОЗНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РАНЬОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОБПЕЧЕНИХ**

*Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

Прогрес в лікуванні опіків за останні роки досягнутий завдяки удосконаленню само- та взаємодопомоги, першої медичної допомоги, етапного лікування, методів інтенсивної терапії, застосування раннього хірургічного лікування (1, 2, 3). Основним патогенетичним засобом, що призводить до одужання обпечених з глибокими опіками є відновлення шкірного покриву оперативним шляхом в найкоротші терміни, коли регенераторні властивості організму ще збережені, а хворі не виснажені довгим перебігом опікової хвороби (4, 5, 6).

За 1998-2000 рр. у відділенні лікувалось 943 хворих з опіками. 511 пацієнтам проводили некректомію на 2-3 добу після травми з одномоментним закриттям ран, ліофілізованими та біоактивованими ксенодермотрансплантатами, аутодермотрансплантатами чи в їх комбінації. 432 обпеченим ранові поверхні закривали традиційними методами лікування – аутодермопластика на грануючі рани після самостійного відторгнення некротичних тканин. Найбільших складностей для лікування завдавали хворі з глибокими та поширеними опіками ( 30 % поверхні тіла). Для їх успішного вирішення та отримання високих результатів лікування необхідний ряд організаційних заходів, а саме:

- впровадження методики швидкого охолодження опікових ран (самота взаємодопомога, перша медична допомога);
- проведення адекватної, як за кількістю так і за якістю, інфузійно-трансфузійної терапії в першу добу після травми;
- налагодження тісного взаємозв'язку між опіковим відділенням та ЦРЛ в перші години після травми хворого з метою подальшої організаційно-лікувальної тактики;
- створення блоку інтенсивної терапії при опіковому відділенні;
- достатнє забезпечення хворих ксеношкірою;
- проведення саносвітньої роботи через пресу, радіо, телебачення для населення з метою правильного надання само- і взаємодопомоги на місці травми та забезпечення своєчасної медичної допомоги.

В останні роки все більша кількість комбустіологів віддає перевагу ранньому хірургічному лікуванню. Однак до цього часу немає єдиної думки у визначенні термінів ранніх оперативних втручань після отримання опіків. Ми вважаємо, що рання некректомія з одномоментним закриттям ран, аутодермотрансплантатами, ксенодермотрансплантатами чи в їх комбінації у хворих без ознак опікового шоку повинна бути виконана в 1-2 добу після травми. У хворих з

опіковим шоком ранні хірургічні втручання виконуються на 2-3-4 добу. Проти-показником до проведення оперативних втручань в 1-2 добу після травми у хворих з критичними опіками є нестабільна гемодинаміка, яка вимагає певного проміжку часу для її відносної стабілізації. Разом з тим, чим раніше виконані такі операції, тим легший перебіг опікової хвороби, тим кращі її наслідки.

Глибокі та поширені опіки, велика операційна травма і крововтрата при проведенні некректомії, значна втрата рідини і тепла, часті зміни положення хворого на операційному столі, тривалість операції – все це визначає необхідність адекватного перед-, інтра – та післяопераційного медикаментозного забезпечення. В передопераційному періоді кількісна та якісна сторона інфузійно-трансфузійної терапії залежала від тяжкості опікового шоку. Кількісна сторона інфузійно-трансфузійних розчинів проводилась за формулою  $3 \text{ мл} \times \% \text{ опікових ран} \times \text{масу тіла в кг}$ . Співвідношення розчинів для хворих з ураженням середнього ступеня тяжкості складало: колоїдні, кристалоїдні, безсольові –  $0,5 : 1 : 1$ ; з важкими ураженнями –  $1 : 1 : 1$ ; а з вкрай важкими ураженнями –  $1,5 : 1 : 1$ . Якісна сторона інфузійно-трансфузійної терапії включала арсенал медикаментозних препаратів, спрямованих на нормалізацію судинного тонууса, оптимізацію агрегатного стану крові, покращення функції міокарда, апарата зовнішнього дихання, нирок, печінки, кишечника, зменшення проникливості судинної стінки, профілактику інфекційних ускладнень.

Ранні оперативні втручання у хворих з критичними опіками необхідно виконувати під інтубаційним наркозом, з попередньою катетеризацією центральних вен та постійним контролем артеріального тиску. Зниження артеріального тиску на 20-30 мм рт.ст. є прямим показником до негайного призупинення хірургічних маніпуляцій, проведення невідкладних заходів з стабілізації гемодинаміки, переведення хворого в реанімаційне відділення з подальшим проведенням інфузійно-трансфузійної терапії та постійним моніторингом за станом хворого.

Хворі з критичними опіками, у яких раннє оперативне втручання пройшло без ускладнень з боку гемодинаміки, можуть продовжити лікування в опіковому відділенні. Однак враховуючи, що після ранніх некректомій відсутній опіковий некроз та плазмовтрата, кількість розчинів, залежно від тяжкості стану хворого, можна зменшити у два-три рази, віддаючи перевагу колоїдам та залишаючи якісну сторону трансфузійної терапії.

В післяопераційному періоді медикаментозна терапія повинна бути спрямована на корекцію гіпертермічного синдрому в перші дві доби після раннього оперативного втручання, профілактику запалення трахеобронхіального дерева, нормалізацію моторики шлунково-кишкового тракту, подальшу стабілізацію серцево-судинної діяльності, печінки, нирок, профілактику інфекційних ускладнень. Особливу увагу слід приділити компонентній корекції кількісно-якісного об'єму крові.

Аналіз отриманих результатів показав високу ефективність раннього хірургічного лікування. Так передопераційний період скоротився в 5,4 рази. Хворі на 14,4 дня швидше виписувались із стаціонару. Кількість повторно

оперованих хворих зменшилась із 45,5 % до 15,3 %. Процент хворих із септичними ускладненнями знизився втричі (2,7 % проти 8,3 %). При цьому скорочувалась тривалість опікового шоку та зменшувалась його тяжкість, практично не розвивалась гостра опікова токсемія або була незначною і обмежувалась тривалістю поліурії (1-2 доби). Хворі після ранніх оперативних втручань переходили в стадію одужання, і тільки у 15,3 % хворих із тяжкими та вкрай тяжкими опіками опікова хвороба розвивалась за класичною схемою з послідовністю усіх періодів, проти 45,5 % хворих, лікування яких проводилось традиційно.

### **Література**

1. Егоров А.Л., Баиндурашвили А.Г., Григорьев А.И. Интенсивная терапия тяжелых ожогов у детей в условиях отделения общей реанимации многопрофильной детской больницы /Международный конгресс “Комбустиология на рубеже веков” – М.: Ин-т хирургии им.А.В.Вишневского РАМН-2000 – 97с.
2. Козинец Г.П. Патогенетическое обоснование различных методов дезинтоксикации при ожоговой болезни и влияние их на течение раневого процесса. Автореф. дис... докт.мед.наук – 14.00.27. Киевский ин-т усов. врачей К., 1992 –37с.
3. Нагайчук В.І., Зеленько В.О., Присяжнюк М.Б., Шеремета В.А., Діхтярова Т.І. Залежність розвитку опікової хвороби та обсягу хірургічного втручання у дітей від швидкого охолодження опікових ран /Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України /21-24 травня 2000р. / – Х.: Акад. мед. наук України – 2000 – С. 334-335.
4. Нагайчук В. І. Профілактика септичних ускладнень шляхом хірургічного лікування обпечених у періоді опікового шоку /АСТА МЕКІСА LЕкРrLIENSIA – 2000, Vol. 7, №3 – С. 78-80.
5. Повстяной Н.Е. Организация, лечение и исходы термических поражений в кризисный период /Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України /21-24 травня 2000р./-Х.: Акад. мед. наук України – 2000 – С. 339-340.
6. Таран В.М. Обґрунтування доцільності проведення, методика виконання та ефективність раннього хірургічного лікування хворих з опіками: Автореф. дис... канд. мед. наук.: .14.01.03 / Терн. держ. мед. акад. ім.І.Я.Горбачевського – Т, 2001 – 19 с.

УДК: 616-001.17-08

**О.В. Кирик, Я.О. Маслій, П.О. Соловей**

## **ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПОКРАЩЕННЯ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОПЕЧЕНИМ В РІВНЕНСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Рівненська обласна клінічна лікарня, опіковий центр, м. Рівне*

Після організації опікового відділення в Рівненській області в 1978 році спостерігається постійне покращення лікувального процесу. На етапі функціонування опікового відділення на базі Рівненської ЦМЛ у відділенні працювали 2 комбустиологи; в лікувальний процес були введені методи інфрачервоного опромінення після опікових ран (наша піонерська розробка), аеротерапевтичні установки, кріотерапія опіків та кріодеструкція келоїдних рубців, ранні некротомії,

пересадки шкіри сітчастими трансплантатами, деякі види пластик наслідків опікової травми шкірно-підшкірними ротаційними шматками та шматками на живильних ніжках.

З 1989 року і по теперішній час опікове відділення функціонує на базі Рівненської обласної клінічної лікарні і в 2000 році перейменоване в центр лікування опікової травми та пластичної хірургії. Функціонування центру на базі багатопрофільної лікарні забезпечує високоякісну лабораторну діагностику, безперерйне постачання препаратів крові, необхідну консультативну допомогу, збільшує можливості організаційно – методичної допомоги попеченим в області.

В 1999 році проведено повну реконструкцію центру, яка включала створення можливостей для поблочного розміщення різних категорій хворих: блок інтенсивної терапії, де розміщені хворі з опіковим шоком та хворі з важким перебігом опікової хвороби; блок лікування опіків у дітей; блок лікування опіків у дорослих; блок пластичної та косметичної хірургії. Всі блоки включають в себе необхідні функціональні підрозділи – палати, маніпуляційні, перев'язочні та ін. Для успішного комплексного лікування хворих та попередження перехресного інфікування створена система санпропускників для медичного персоналу та відвідувачів. В центрі функціонує фізкабінет, устаткований стаціонарною лампою “Біоптрон”, магнітотерапевтичною установкою, апаратами ампліпульс, УВЧ, електрофорезу та іншими, що допомагає ефективно лікувати опечених, опікових реконвалесцентів та інших категорій хворих (з трофічними виразками, дефектами шкіри після травм, після проведених пластичних та косметичних операцій).

В блоці інтенсивної терапії кожна палата обладнана установкою ДФТУ, ІУФІК, розробленими в нашому центрі, кондиціонером, ванною. Всі інші загальні палати обладнані установками інфрачервоного та ультрафіолетового опромінення, в кожній палаті є душова кабіна, туалет.

За останні два роки практично кожному хворому з опіками ІІІ А, ІІІ Б та ІІІІ ступенів виконані операції – рання некректомія з наступною ксенопластикою ксенотрансплантатами, розробленими проф. В.В. Бігуняком, що дає змогу зменшити прояви гострої опікової токсемії у хворих, здешевити лікувальний процес, швидше підготувати рани до автодермопластик, збільшити виживання хворих з критичними для життя опіками.

Після виписки з опікового центру та необхідності в реабілітаційному лікуванні реконвалесценти направляються в бальнеологічні центри – санаторій “Авангард” м. Немирів Вінницької області, санаторій “Медобори” м. Микулинці Тернопільської області, інші санаторії.

В нашому центрі організоване цілодобове чергування комбустиолога, реаніматолога та ургентного комбустиолога по відділенню екстреної та планово-консультативної медичної допомоги, що дає можливість оперативно надавати спеціалізовану медичну допомогу попеченим на території всієї області. Крім того, в кожному районі області є підготовлений і закріплений наказом по

районній лікарні лікар-травматолог, відповідальний за надання медичної допомоги попеченим.

На базі опікового центру в 2001 році відкрито філію кафедри хірургії та опікової хвороби Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, де проводиться 78-годинна підготовка хірургів, травматологів анестезіологів на бюджетних тематичних курсах "Опіки, їх наслідки та реабілітація хворих". Підготовку на цих курсах можуть пройти лікарі як нашої області, так і інших областей.

Основною проблемою доведення лікувального процесу попечених до міжнародного рівня є забезпечення центру сучасною апаратурою, медикаментами та інструментарієм.

Не дивлячись на матеріальні труднощі з кожним роком збільшується виживання попечених. За останні 10 років летальність зменшилась з 4,5 до 1,9 %, оперативна активність зросла з 36,8 до 68,8 %, значно зменшився вихід хворих на інвалідність, покращились естетичні показники лікування.

УДК 616-001.17-089:615.035.008.05

**В.В. Бігуняк, І.С. Бурдик, М.С. Кравчук, І.В. Мурований**

## **СИСТЕМА НАДАННЯ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ТЕРМІЧНИМИ УРАЖЕННЯМИ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Тяжка опікова травма, опікова хвороба з її ускладненнями є однією з найбільших проблем сучасної медицини. Важливість цієї проблеми визначається частотою, ступенем тяжкості ураження, складністю і довготривалістю лікування, високою летальністю при тяжких опіках.

В зв'язку з цим в 1976 році на базі міської лікарні швидкої допомоги було організовано опікове відділення на 30 ліжок.

У відділенні в середньому щорічно знаходиться на лікуванні біля 300 хворих із них до 65 % опікова травма, 17 % – дефекти шкіри неопікової етіології і реконструктивно-пластичні операції у таких хворих, 16 % – консервативна і оперативна реабілітація опікових хворих і 2 % – хворі з відмороженнями.

В області організовано етапність в лікуванні опікових хворих. В центральних районних лікарнях знаходяться на лікуванні потерпілі з поверхневими опіками до 10-15 % і глибокими до 1-2 % поверхні тіла. Всі інші хворі в першу-другу добу госпіталізуються в обласне опікове відділення.

Найвіддаленіша ЦРЛ знаходиться на відстані 120 км від опікового відділення, це дозволяє проводити госпіталізацію потерпілих у відділення в основному в перші години після травми. При необхідності під час транспортування тяжкоопеченим хворим проводиться протишокова внутрішньовенна інфузійна терапія.

Місцеве лікування як поверхневих, так і глибоких опіків проводиться з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів.

Ліофілізовані ксенодермотрансплантати використовуємо при опіках II ст. для закриття ран після їх ретельного туалету який проводимо під загальним знеболенням в першу добу після травми. Епітелізація опікових ран під ними проходить за 8-10 дб. При опіках III А ст. ксенодермотрансплантати використовуємо після проведеної ранньої сенквенціальної (поверхневої) некректомії. Під ксенодермотрансплантатами у 95 % хворих проходить спонтанна епітелізація ран. Даний метод дозволяє зменшити запальний процес в рані, зберегти шкірні деривати, в результаті чого заепітелізована поверхня має кращий косметичний вигляд, скоротити перебування опечених хворих на стаціонарному лікуванні на 7-8 дб.

Ліофілізовані ксенодермотрансплантати використовуємо як при традиційному методі місцевого лікування опікових ран, так і з використанням ранніх некректомій.

У хворих при традиційному методі лікування опікових ран ліофілізовані ксенодермотрансплантати використовуємо для закриття ран, які під час автодермопластики залишалися незакритими автоклаптями, а також для закриття перфорованих автоклаптів і донорських ран.

Ліофілізовані ксенодермотрансплантати щільно прилягають до ран протягом 2-3 тижнів. Це призводить до зменшення болю, втрати води, білків і електролітів з ран, їх інфікування, швидшої крайовій і острівковій епітелізації. При видаленні з ран ксенодермотрансплантатів, рани готові до аутодермопластики.

При проведенні ранньої некректомії рани закриваємо ліофілізованими ксенодермотрансплантатами, а через 3-4 доби їх знімаємо з ран, проводимо повторну некректомію (видаляючи некротичні тканини, які не були забрані під час першої некректомії) з наступною автодермопластикою. Приживлення автоклаптів 98 %.

Такий метод хірургічного лікування опечених дозволяє економити власні резерви шкіри і зробити автодермопластику максимально ефективною.

Отримані нами дані доводять, що використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів призводить до:

- покращення показників ОЦК, ОП, міжклітинного простору, білкового і електролітного обміну, мікроелементів, зменшення остеопорузу кісток скелета, утворення ерозій і виразок в опечених хворих;
- ксенодермотрансплантати є активними сорбентами;
- ксенодермотрансплантатам властива антибактеріальна дія, особливо після їх насичення антибіотиками або синглетним киснем;
- зменшення утворення рубців, контрактур, деформацій.

З метою прискореного дозрівання рубців, стабілізації пересаджених шкірних клаптів, покращення функції опорно-рухового апарату, хворих після лікування в опіковому відділенні направляємо для реабілітації в санаторій "Медобори", де використовуються сірководневі ванни і лікувальні грязі, фізіотерапевтичні



методи, масаж, лікувальна гімнастика, розсмоктуюча терапія. Широко використовуються компресуючий одяг. При необхідності у відділенні проводяться оперативні втручання (з приводу деформацій, контрактур, рубців, електроопіків, травматичних уражень), такі як італійська пластика, Філатовські стеблі, перекидні клапті, апаратна редресація апаратами Єдинака, Єлізарова та інші. Розроблена у відділенні система лікування опечених хворих з використанням ліофілізованих ксенодермотрансплантатів, консервативної реабілітації у санаторії “Медобори” і оперативної у опіковому відділенні дозволяє скоротити строки лікування, зменшити смертність важких опікових хворих, розширити контингенти повністю вилікуваних хворих, підвищити ступінь їх соціальної і трудової реабілітації.

УДК:616-001.17-089

**Д.А. Козулин, П.К. Крылов, Н.Г. Кикория**

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СОЖОГАМИ СТАРШЕ 60 ЛЕТ ПО МАТЕРИАЛАМ НИИ СКОРОЙ ПОМОЩИ ИМ. И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ ЗА 2001 Г.**

*НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Россия*

Проблема поиска оптимального подхода к лечению последствий термических поражений у лиц пожилого, старческого возраста и долгожителей остается по-прежнему актуальной. Возросшая в последние десятилетия значимость вопроса в условиях современного мегаполиса определяется наблюдающейся в структуре населения стойкой тенденцией к увеличению удельного веса людей старше 60 лет. В Санкт-Петербурге, где регистрируется наиболее высокий процент жителей старшей возрастной группы среди всех субъектов РФ, рассматриваемый вопрос приобрел статус требующего первоочередного рассмотрения и, по возможности, скорейшего разрешения.

За 2001 год в ожоговом центре НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе специализированная медицинская помощь была оказана 339 пациентам анализируемого возрастного диапазона (25,4 % от общего числа поступивших в стационар). Из них: пожилых людей (от 60 до 74 лет) – 190, лиц старческого возраста (от 75 до 90 лет) – 139, долгожителей (старше 90) – 10. Общая летальность составила 31 %. В группе сравнения 999 пострадавших в возрасте до 60 лет, летальность – 11,9 %.

Среди пострадавших старше 60 лет основным этиологическим фактором, вызвавшим термические поражения, были горячие жидкости – 172 случая (50,7 %), летальность – 22,7 %. Причиной ожогов у 119 больных (35,1 %) было пламя. Летальность в данной подгруппе оказалась наиболее высокой и

составила 51,3 %. Среди прочего, это можно связать со значительной тяжестью термической травмы (средняя величина индекса Франка – 51 у.е.; среди пострадавших от действия пламени в возрасте до 60 лет данный показатель составил только 34,7 у.е.). При этом тяжесть ожогов, полученных в результате воздействия иных этиологических факторов, сопоставима в обеих группах, и более высокая частота летальных исходов среди пострадавших анализируемого контингента обусловлена другими причинами. Контактные ожоги диагностированы у 29 пострадавших (8,6 %), из них погибло 5 человек (17,3 %). Химические ожоги имели место у 5 больных, электроожоги – у 4, поражения горячим битумом – также у 4 человек; в последних трех группах летальных исходов зарегистрировано не было.

По срокам поступления больные распределились следующим образом: в первые сутки после получения травмы госпитализирован 181 пациент (53,4 %), в сроки от 24 до 72 часов – 50 пострадавших (14,7 %); почти каждый третий пострадавший рассматриваемого контингента (108 человек – 31,9 %) поступил в стационар позднее 3 суток (в группе сравнения лишь 19,5 % госпитализированы спустя более чем 72 часа с момента поражения). Важно подчеркнуть, что в группе поступивших в первые 24 часа летальный исход зарегистрирован только у 27 пострадавших с индексом Франка (ИФ) менее 30 у.е., (30,3 % от всех неблагоприятных результатов лечения). Среди аналогичного по тяжести контингента, но госпитализированного на 2-3 сутки, летальность составила 60 %, а среди поступивших позднее 72 часов достигла 81,8 %. Приведенные данные подтверждают достоверно неблагоприятное влияние отсроченного начала комплексной специализированной терапии на исход лечения обожженных, в первую очередь людей старше 60 лет. Возможно, в механизме танатогенеза существенно влияние быстрого истощения компенсаторных возможностей организма в процессе ответа на неблагоприятное экзогенное воздействие (в данном случае – термическую травму).

Ингаляционная травма диагностирована у 52 пострадавших (15,3 %), из них погибло 40 человек (77 %). При этом в группе больных без поражения дыхательных путей (287 пациентов – 84,7 %) летальность составила 22,6 % (умерло 65 обожженных). Вместе с тем из 149 человек группы сравнения (14,9 %), получивших ингаляционную травму, неблагоприятный исход зарегистрирован у 72 – 48,3 %. Таким образом, можно констатировать достоверно более весомое влияние сопутствующей ингаляционной травмы на результаты лечения пострадавших анализируемой группы в сравнении с аналогичными показателями для обожженных в возрасте до 60 лет.

Распределение по площади поражения: всего с поверхностными ожогами до 10 % поверхности тела (ПТ) – 87 пациентов (погибло 3 – 3,5 %), более 10 % – 12 (во всех случаях удовлетворительные результаты лечения); с глубокими ожогами до 5 % ПТ – 156 человек (умерло 25 – 16 %); от 6-10 % – 25 (из них летальный исход – у 19 пациентов, что составило 76 %), более 10 % – 59 (летальность 98,3 %). Распределение по индексу Франка: до

30 у.е. – 271 пацієнт (летальність 14,4 %), 31-70 у.е. – 36 (лише в 1 випадку – сприятливий результат лікування, летальність 97,2 %), більше 70 у.е. – 32 людини (летальність 96,9 %). Во всіх виділених підгрупах аналізованого контингенту летальність суттєво перевищала частоту несприятливих результатів в аналогічних підгрупах із групи порівняння.

Проведений аналіз підтверджує унікальність групи, включаючої постраждалих пожилого, стареческого віку і довгожителів, і, відповідно, визначає необхідність формування індивідуального підходу до лікування хворих аналізованого контингенту з урахуванням існуючої супутньої патології і рівня захисно-приспосібальних можливостей конкретного макроорганізму.

УДК 616-001.37-08

**В.Г. Бік, І.Б. Галібей, Л.М. Шевченко**

## **ДОПИТАННЯ КЛАСИФІКАЦІЇ ХІМІЧНИХ ОПІКІВ ДІЯКІ АСПЕКТИ НАДАВАННЯ ДОПОМОГИ ПОТЕРПІЛИМ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,  
8-ма міська клінічна лікарня*

Вступ. На сьогодні механізм ураження тканин агресивними хімічними речовинами детально не вивчений, а саме поняття “хімічний опік” не є достатньо чітким.

Стосовно хімічного опіку немає єдиної міжнародної класифікації, але для практичної роботи, на основі даних літератури і власних спостережень, найбільш доцільною вважаємо наступну:

1. Опіки речовинами, які викликають коагуляційний некроз (кислоти, подібні речовини).
2. Опіки речовинами, які викликають колікватійний некроз (луги, подібні речовини).
3. Термохімічні опіки (ураження хімічно агресивною речовиною і високо-температурним агентом, фосфором).
4. Професійні опіки (дерматергози) при хронічній дії слабких хімічних речовин – вапно, цемент, карбід кальцію, суперфосфати, гербіциди тощо.
5. Контактні і алергічні дерматити (медикаментозні препарати, отруйні рослини).

Окремо слід виділити: бойові запальні суміші, компоненти ракетного палива.

В ряді випадків важливим моментом є проведення диференціальної діагностики з шкірними хворобами. Фактори різноманітні. Умовно їх можна розділити на облігатні і факультативні подразники. Облігатні (звичайні) подразники, до

яких відносять кислоти і луги високих концентрацій, здатні викликати хімічні опіки. Факультативні подразники (алергени) – окремі речовини, в тому числі медикаментозні, рослинного походження, при дії яких появляється підвищена чутливість (сенсibiliзація) організму до них. Це призводить до розвитку алергічного запального процесу на шкірі і слизових, що супроводжується появою різноманітних морфологічних елементів висипань: еритема, міхури, папули і т.д.

Методи. За останні 5 років у комбустіологічній клініці для дорослих лікувалось 3450 хворих, з них – 145 потерпілих з хімічними опіками.

Згідно з поданою нами класифікацією ураження хімічно агресивними речовинами поділялись таким чином: кислоти – 74 потерпілих (51 %), луги – 32 чол. (22 %), дерматергози – 14 чол. (9,7 %), контактні і алергічні дерматити – 12 чол. (8,3 %), термохімічні опіки – 13 чол. (9 %).

Вік потерпілих – 16-73 роки, площа опіків від 0,3 до 60 % поверхні тіла, з них 99 хворих з опіками III Б-IV ст., площа глибоких опіків від 0,3 до 12 % поверхні тіла.

Результати. В першу чергу слід відзначити особливості перебігу ранового процесу при ураженнях агресивними хімічними речовинами: торпідний перебіг; низька оксигенація тканин; сповільнене відторгнення некротичних тканин, пізні утворення грануляцій, часто патологічних; повільне загоєння; різко сповільнена епітелізація; довготривале лікування; загоєння рани часто рубцюються; часто утворюються післяопікові трофічні виразки.

На дошпитальному етапі традиційна нейтралізація кислот слабкими розчинами лугів і, навпаки, є неефективною, тому, після припинення дії хімічного агента показане тривале промивання проточною водою, асептична пов'язка. Для цілого ряду уражених хімічних агентів – негашене вапно, фенол, крезол, алюміній – органічні сполуки, іприт, смола тощо, використовуються відповідні засоби нейтралізації.

При всіх видах хімічних опіків накладення жирових пов'язок і мазей категорично протипоказано. Агресивна речовина буває жиророзчинною, прискорює всмоктування хімічного агента і викликає руйнування зони паранекрозу (поглиблення ран, вторинні некрози), тим самим підсилюючи інтоксикаційний синдром. В першу чергу проявляються гепато- і нефротоксична дія. Нерідко розвиваються мозкові і серцево-судинні розлади, токсичний набряк легень, метгемоглобінемія.

В спеціалізованому стаціонарі координувана комплексна система лікування і догляду, особливий підхід до лікування шоку, інфекції, ранні пересадки шкіри і реабілітація набирають особливої важливості.

При глибоких, обмежених по площі, ізольованих хімічних опіках – ранні ексцизії струпа з одномоментною вільною автодермопластиком розщепленими шкірними автотрансплантатами.

При більш обширних глибоких опіках, коли одномоментну автопластику дефекту здійснити неможливо через тяжкість травми, крововтрату – проводили етапні некректомії з тимчасовим закриттям ран ліофілізованою свинячою

шкірою і наступною автодермопластиком розщепленими шкірними автотрансплантатами.

Паралельно постійно проводили профілактику контрактур, фізіотерапію, контроль за фізичним і психологічним станом потерпілого.

Психологічна реабілітація з моменту поступлення потерпілого в стаціонар має особливе значення. Неспокій, страх повернення в сім'ю, нерідко загроза виникнення косметичних дефектів, інвалідності, матеріальні, соціальні проблеми потребують особливих, індивідуальних підходів зі сторони медперсоналу, родичів і т.д.

Мікробіологічна характеристика ран при хімічних опіках не відрізнялася від таких при термічних.

Динаміка основних лабораторно-клінічних та біохімічних змін у вищезгаданих хворих з глибокими опіками відображала більше пригнічення білково-синтезуючих властивостей печінки та більш виражені зміни глікогенолізу, ніж у хворих з термічними опіками аналогічної площі та глибини.

Нами прооперовано 99 хворих, зроблено 119 автодермопластик, 18 ксенодермопластик. Результати цілком задовільні. Підживлення трансплантатів на 98 %.

Надалі хірургічну реабілітацію проведено у 6 хворих (дермотензія, італійська, індійська пластика).

Висновки. Перебіг ранового процесу при ураженнях агресивними хімічними речовинами неспецифічний, але сповільнений, торпідний. В зв'язку з цим особливого значення набуває раннє оперативне лікування – некректомія і шкірна пластика, при необхідності – ксенодермопластика.

Умови для активної хірургічної тактики навіть кращі, ніж при термічних опіках – більш чіткі межі і менша обширність ураження.

Запропонована класифікація дозволяє оптимізувати лікувальну тактику на дошпитальному етапі і в спеціалізованому стаціонарі.

УДК 616-001.37-08

**В.І. Мартинюк, А.І. Паламарчук, Т.В. Бігуняк**

## **МЕТОДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОПІКОВИХ РЕКОНВАЛЕСЦЕНТІВ У ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Перебіг опікової хвороби та його ускладнення залежать від площі і глибини опіків. Утворення рубців, контрактур, деформацій і приєднання до них патологічних процесів у внутрішніх органах залишаються у більшості потерпілих від опіків після відновлення шкірного покриву, перешкоджають поверненню реконвалесцентів до праці. Все це обумовлює необхідність проведення

комплексу заходів після відновлення втраченого шкірного покриву, що і становить поняття реабілітації опікових хворих.

Організаційним центром реабілітації опікових реконвалесцентів області є опікове відділення, в якому проводиться диспансеризація потерпілих. Диспансеризація дозволяє своєчасно виявити всіх реконвалесцентів, яким необхідно проводити консервативну і оперативну реабілітацію, визначає обсяг і види досліджень. На основі отриманих матеріалів досліджень в обласному відділенні визначається програма і місце реабілітації, її строки і умови проведення, вказується характер процедур і методів терапії, проводиться контроль за ходом реабілітації, виявляється її ефективність, встановлюються строки повторних оглядів. Диспансеризації підлягають:

- дорослі і діти, які мали глибокі опіки (1-2 % поверхні тіла) в ділянці китиць, обличчя;
- всі дорослі і діти, які перенесли глибокі опіки більше 10 % поверхні тіла і при виписці зі стаціонару не мають опікових деформацій, контрактур, але мають компенсовані або субкомпенсовані порушення функцій внутрішніх органів;
- реконвалесценти (дорослі і діти), у яких під час опікової хвороби були різні ускладнення;
- реконвалесценти, які мали глибокі опіки (діти – понад 10 %, дорослі – понад 20 % поверхні тіла);
- хворі, які перенесли комбіновані травми (опік і механічні пошкодження; термічні ураження шкіри і опіки дихальних шляхів та ін.).

Дорослі перебувають на диспансерному обліку при наявності контрактур, трофічних виразок, порушень лімфовенозного відтоку на період проведення їм відповідних етапів реабілітації (1,5-2,5 років). Діти підлягають диспансеризації на весь період, до закінчення росту (до 17-18 років), навіть при відсутності у них первинних деформацій або уражень внутрішніх органів. При проведенні диспансеризації протягом першого року опікові реконвалесценти оглядаються комбустіологами рідше трьох разів у рік. Перші 6 місяців є вирішальними для наслідків реабілітації. І якщо відразу після відновлення шкірного покриву не проводити консервативну реабілітацію, то втрачені тижні можуть вимагати в подальшому рік-два для усунення порушень, які можна було зразу попередити.

Сучасне лікування глибоких опіків у спеціалізованих відділах з проведенням ранньої некректомії дозволяє в оптимальні строки відновлювати шкірний покрив (до 2-2,5 місяців), зменшити число і характер порушень з боку внутрішніх органів і опорно-рухового апарата.

Консервативна реабілітація опікових реконвалесцентів у Тернопільській області проводиться в Микулинецькій лікарні реабілітації і санаторії “Медобори”, де з метою прискорення дозрівання рубців, стабілізації пересаджених шкірних клаптів, покращення функції опорно-рухового апарата, серцево-судинної і дихальної систем використовуються місцеві курортні фактори (сірководневі

ванни і лікувальні грязі), масаж, лікувальна гімнастика, вітамінотерапія і розсмоктуюча терапія. Проведене лікування призводить до зменшення, а в деяких випадках до зникнення свербіння, відчуття паління, стоншання рубців, часткового їх розсмоктування. Помітно збільшується рухомість тканин по краях аутодермотрансплантатів, які прижилися. Скорочуються строки дозрівання рубців.

При морфологічному дослідженні рубців після реабілітаційної терапії сірководневими джерелами спостерігали переважно паралельне розміщення колагенових волокон, серед яких зустрічались еластичні фібрили. У різних шарах рубця зменшувався вміст фіброblastів і фіброзних тяжів, що призводило до збільшення рухомості рубця і зникнення суб'єктивних відчуттів. При електронно-мікроскопічному дослідженні відзначали позитивну динаміку камбіальних клітин сполучної тканини і клітин сполучної тканини рубців. Таким чином, за допомогою морфологічних і електронно-мікроскопічних досліджень доведена ефективність використання сірководневих джерел Микулинецької фізіотерапевтичної лікарні і санаторію "Медобори" у реабілітації опікових реконвалесцентів.

Після проходження реабілітаційного курсу лікування реконвалесценти знову оглядаються в опіковому відділенні, де при необхідності проводиться хірургічна реабілітація. При деформаціях I-II ступенів оперативні втручання виконуються після дозрівання рубців і прижитих трансплантатів (через 6-8 місяців, а іноді і через 1-5 років), а при контрактурах III-IV ступенів – після покращення функцій внутрішніх органів і систем (через 3-4 місяці). При необхідності мобілізації суглобів проводиться широке висікання і розтин рубців, видалення первинних або вторинних змін з боку глибоких структур, іммобілізація і пластичне закриття ран. При лікуванні тяжких вторинних міогенних, тендогенних, артрогенних змін у ділянці китиць, колінного, гомілково-стопного суглобів все частіше використовується метод поступової апаратної редресації, яка проводиться за допомогою компресійно-дистракційних апаратів типу Єлізарова, Єдинака та ін. Проведення апаратної редресації протягом 10-14 діб часто дозволяє запобігти відкритим оперативним втручанням на глибоких структурах і полегшує корекцію вторинних змін.

Впровадження викладеної вище системи реабілітаційних заходів, покращило результати лікування опікових реконвалесцентів. Так, 25 % хворих, які перенесли глибокі опіки від 5-7 до 30 % поверхні тіла і пройшли курс реабілітації, приступили до роботи протягом 6 місяців після відновлення втраченого шкірного покриву. Лише у 15 % реконвалесцентів були деформації в основному легких ступенів, які вдавалося усунути протягом 6-8 місяців. При цьому застосування останнім часом компресійного одягу в комплексі реабілітаційних заходів покращує показники результативності лікування і профілактики післяопікових рубців.

Таким чином, система реабілітаційних заходів з використанням сірководневих джерел Тернопільщини дозволяє значно розширити контингент вилікуваних опікових реконвалесцентів, підвищити ступінь їх соціальної і трудової реабілітації.

**И.Ф. Шпаков, В.А. Соколов**

## **ОБЪЕКТИВНЫЙ СПОСОБ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ПОРАЖЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ОБОЖЖЕННЫХ**

*Кафедра термических поражений, ВМедА, Санкт-Петербург, Россия*

Для объективной оценки тяжести поражения дыхательных путей у обожженных с термохимическими поражениями дыхательных путей во время фибробронхоскопии при необходимости выполняли бронхоальвеолярный лаваж и исследовали аспирированную жидкость. Однако тяжелое состояние обожженных не всегда позволяло качественно выполнить лаваж, поэтому наиболее безопасным и менее травматичным было выполнение бронхиального смыва, который также подвергали микроскопическому и бактериологическому исследованиям.

Проведенные бактериологические исследования биологических сред организма (крови, бронхиального секрета, раневого отделяемого) у обожженных с ингаляционными поражениями (ИП) выявили следующие закономерности:

- отмечена видовая идентичность микрофлоры бронхиального содержимого и раневого отделяемого у одного и того же больного;
- прогноз для жизни считали благоприятным, если в первые 5-7 суток после травмы из бронхиального содержимого выделялось не более 2-х видов бактерий и микробная обсемененность не превышала  $1 \times 10^4$  клеток/мл;
- при выделении из смыва до 5 различных видов микробов и увеличении их количества до  $1 \times 10^5$  клеток/мл прогноз для жизни больного расценивали как сомнительный;
- многократное выделение патогенных микроорганизмов (золотистый стафилококк, стрептококки, кишечная палочка) в посевах крови указывало на генерализацию инфекции и прогноз для жизни больного становился неблагоприятным.

При легкой степени ИП микробная обсемененность бронхиального смыва составляла  $1 \times 10^4$  клеток/мл и вегетировало до 2-х видов бактерий.

У пострадавших с ИП средней степени тяжести количество микроорганизмов в смыве было  $1 \times 10^5$  клеток/мл и вегетировало 3-4 вида микробов.

При тяжелом ИП отмечали рост до 5 видов бактерий в бронхиальном содержимом, обсемененность микроорганизмами составляла  $1 \times 10^6$ /мл, что у 80 % тяжелообожженных вело к генерализации инфекции и было причиной полиорганной недостаточности, сепсиса, двусторонних крупозных пневмоний.

Бронхоскопические признаки поражения дыхательных путей, дополненные результатами микробиологических исследований, позволили прогнозировать динамику патологического процесса в трахеобронхиальном дереве и проводить адекватное лечение тяжелообожженных с поражениями дыхательных путей.



**С.А. Дикало, В.Ю. Вознюк, С.Г. Пархоменко, О.Г. Тимощук**

## **СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ГЛИБОКИХ ОПІКІВ У ДОРΟΣЛИХ**

*Рівненська обласна клінічна лікарня, опіковий центр, м. Рівне*

Опіки не перестають бути серйозною проблемою медицини, не дивлячись на нові відкриття в галузі, розробки нових методів лікування опікових ран та способів їх закриття, розробки та впровадження нових антибактеріальних та антисептичних препаратів, нові розробки по вирощуванню культивованих клітин шкіри.

Смертність від опікового травматизму є стабільно високою з тенденцією до зростання. Одночасно розвиток світової комбустіології і вітчизняні досягнення вносять суттєві корективи в тактику лікування попечених.

Впровадження ранніх хірургічних втручань при глибоких та пограничних опіках витісняє традиційні методи, а створення замінників шкіри розширює можливості його впровадження.

Протягом 1999-2001рр. в Рівненському опіковому центрі лікувалось 396 хворих від 15 до 76 років, з площею опікового ураження від 5 до 75 % поверхні тіла. Умовно хворі були розділені на три групи. Перша група – хворі, яким було запропоновано в комплексному лікуванні активне хірургічне втручання і вони мали матеріальну змогу його забезпечити. Друга група – хворі яким проводили традиційні методи лікування (контрольна група). До третьої групи входили потерпілі з опіками III А ст., яким проводилась рання секвенціальна некректомія з наступним закриттям ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами.

В першій групі, яка нараховувала 117 пацієнтів, хірургічні втручання проводились на 1-7 добу після поступлення в стаціонар на фоні адекватного лікування і стабілізації загального стану. Проводились дермо-епідермальні або надфасціальні некректомії на площі до 10 % з наступним закриттям ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами або аутошкірою, і в подальшому етапними автодермопластиками, починаючи з 6-8 доби до 14-15 діб. У цих хворих частина глибоких ран, які планувались закрити автодермотрансплантатами, епітелізувались самостійно під ксенотрансплантатами. Проходило зменшення площі гранулюючих ран на 15-20 % за рахунок швидкої епітелізації поверхневих опіків, відсутності вторинного поглиблення ран і некрозів, а також посилення крайової і острівкової епітелізації глибоких опікових ран під ксенотрансплантатами. Використання ліофілізованих ксенодермотрансплантатів у комплексному лікуванні опікових хворих дозволило скоротити перебування хворих на стаціонарному лікуванні.

Середній ліжко-день у цій групі становить 36,8, контрольної – 39,3. Окремо слід сказати про оперативне лікування хворих, котрі мали обмежені глибокі опіки до 5 % поверхні тіла. Таким хворим (16 пацієнтів) проводились дермо-епідермальні некректомії на 2-4 добу з наступною автодермопластиком. Переміщені розщеплені шматки приживались добре, лише у трьох випадках мали змертвіння аутологічних шматків до 50 %, причинами якого було недостатній гомеостаз з утворенням гематоми під шматком, недостатнє видалення омертвілих тканин.

В другій контрольній групі (263 пацієнти) місцеве лікування опікових ран у хворих проводилось з використанням вологовисихаючих пов'язок з антисептиками та антибіотиками, підсушували пов'язки і рани феноми та інфрачервоними лампами, застосовували з метою швидкого відшарування некротичного струпу хімічну некректомію (40 % саліцилова мазь).

В третій контрольній групі при застосуванні ранньої секвенціальної некректомії з наступним закриттям ран ліофілізованими ксенодермотрансплантатами у хворих з опіками III А ст. покращувався загальний стан, апетит, нормалізувалась температура тіла, зменшувався дефіцит показників гомеостазу, практично не виникала гостра опікова токсемія, активувалась епітелізація опікових поверхонь, зменшувалась кількість перев'язок, що дозволяло скоротити термін перебування хворих в стаціонарі, а також зменшити матеріальні витрати на лікування.

Диференційоване використання авто- і ксенодермопластики при ранніх хірургічних втручаннях зменшує кількість і характер ускладнень, покращує післяопераційні наслідки, розширює контингенти виздоровлюючих попечених при обширних, важких опіках, зменшує травматичність втручань.

УДК 616-001.17

**С.В. Слесаренко, С.В. Стажевский, Л.И. Новоженина**

## **ЗНАЧЕНИЕАНТИБИОТИКОТЕРАПИИПРИРАННЕМ ХИРУРГИЧЕСКОМЛЕЧЕНИИОГРАНИЧЕННЫХОЖОГОВ**

*Днепропетровский центр термической травмы и пластической хирургии*

Внедрение в клиническую практику ожоговых отделений ранних хирургических вмешательств (РХВ), таких как дренирующие некротомии и ранние некрэктомии, выполняемые в сроки до 5 суток, способствует сглаживанию проявлений тяжелой ожоговой болезни и сокращению сроков этапного аутопластического закрытия ран и быстрому восстановлению целостности кожных покровов у пострадавших. Наиболее благоприятным для проведения таких операций считается период до двух-трех суток после травмы, когда в ране отсутствуют признаки воспаления.

Однако известно, что все ожоги первично инфицированы и главной причиной неудач оперативного лечения обожженных являются инфекционные осложнения, которые приводят к гибели пересаженных свободных кожных трансплантатов и даже к прогрессированию некротических процессов в ране.

По данным различных авторов (1,2) и микробиологических исследований, проведенных в нашем центре микрофлора ожоговых ран представлена, как правило, ассоциациями патогенных и условно-патогенных грамм-положительных и грамм-отрицательных микроорганизмов. При этом наиболее часто выделяются ассоциации стафилококков, синегнойной палочки с энтерококками, протеем, кишечной палочкой.

Для исключения инфекционных осложнений при РХВ показана и назначается антибиотикотерапия, которая в раннем периоде, как правило, является эмпирической и проводится препаратами с максимальным спектром действия и минимальной токсичностью. Однако, с одной стороны, существующие проблемы материального и медикаментозного обеспечения службы не позволяют проводить адекватную, но дорогостоящую антибактериальную терапию во всех случаях без исключения. С другой стороны, отсутствие отраслевых стандартов хирургического лечения обожженных (клинических протоколов) позволяет специалистам вольно трактовать лечебные программы и зачастую ограничивать терапию назначением только местного лечения.

С целью определения значения антибиотикотерапии у больных с ограниченными термическими ожогами при выполнении ранних иссечений некротических тканей с одномоментной пластикой был проведен анализ результатов лечения и обследования 2 равноценных групп больных в возрасте от 16 до 65 лет. В каждую группу были отобраны по 10 человек с глубокими ожогами от 1 до 5 % поверхности тела, которые находились на стационарном лечении в 2001 году.

В первой группе комбинированная антибиотикотерапия назначалась с первых суток и проводилась до полного приживления пересаженных трансплантатов и эпителизации донорских участков (в среднем 12-14 суток).

Антибактериальная терапия проводилась цефалоспориновыми антибиотиками третьего поколения (цефтриаксон\цефатаксим\цефтазидим) в комбинации с аминогликозидами (амикин\гентамицин\нетромицин). Во вторую группу были отобраны больные, которым по различным причинам антибактериальная терапия не проводилась.

Оперативное лечение в обеих группах проводилось на 1-5 сутки после травмы и включало иссечение некротических тканей с одномоментным закрытием раны аутооттрансплантатом. Местное лечение в группах не различалось и заключалось в применении современных йодсодержащих препаратов (йодобак\бетадин) и многослойных асептических повязок.

Все больные были выписаны из стационара с выздоровлением. Значение антибиотикотерапии оценивали по качеству приживления трансплантатов, срокам заживления всех ран и микробиологическим тестам.

В первой группе у девяти больных отмечено полное приживление пересаженных лоскутов. У одного больного частичный лизис трансплантатов был обусловлен нерадикальным иссечением тканей с сомнительной жизнеспособностью. Во второй группе полное приживление трансплантатов получено только у 3 больных, у 6 – отмечен частичный лизис лоскутов от 20 % до 50 % площади и у 1 – полное отторжение пересаженных трансплантатов.

Больные выписывались из стационара после заживления всех ран. При этом сроки госпитального лечения в первой группе составили в среднем – 14 суток, а во второй – 26 суток.

В микробиологических исследованиях раневого отделяемого у больных первой группы получены следующие результаты: 6 больных – отсутствие роста бактерий, 3 больных – монокультура *S. Aureus* и 1 больной – двухкомпонентная ассоциация *S. Aureus*+*Enerokokus Spp.* Аналогичные исследования у больных второй группы показали, что во всех случаях в ранах присутствовала инфекция: 6 больных – двухкомпонентная ассоциация *S. Aureus*+*Klebsiella Spp.*, 3 больных – двухкомпонентная ассоциация *S. Aureus*+*P. Aeruginosa* и 1 больной – монокультура *S. Aureus*.

Таким образом, комбинированная антибиотикотерапия, проводимая при ранних некрэктомиях с одномоментной аутодермопластикой, снижает частоту инфекционных осложнений и способствует оптимизации приживления свободных кожных трансплантатов, существенно сокращая тем самым сроки стационарного лечения.

#### **Литература**

1. М.Г. Крутиков, А.А. Алексеев, А.Г. Еропкина, Р.П. Терехова, и др. Госпитальная инфекция в ожоговом стационаре. / Клиническая фармакология и терапия, 1998, том 7, № 2.
2. Колкер И.И. Инфекция и иммунитет при термических поражениях./ Хирургия, 1980, 5, С.17-21.

УДК: 616-001.17-089:612.014.464

**В.В. Макієнко**

## **ВИКОРИСТАННЯ ОЗОНОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ РАН РІЗНОЇ ЕТІОЛОГІЇ**

*Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України*

Озонотерапія – безпечний метод лікування, використаний у різних галузях медицини. При місцевому застосуванні озono-киснева суміш поліпшує процеси репарації у рані, впливає на процеси гомеостазу в організмі потерпілих.

У Донецькому опіковому центрі ІНВХ АМН України за період з 1999 по 2001 р. з використанням методик озонотерапії проліковано 104 хворих: з опіками кип'ятком та полум'ям – 70 (67,3 %), електричними опіками – 6 (5,8 %),

відмороженнями – 9 (8,6 %), трофічними виразками – 19 (18,3 %). Середній вік хворих ( $43,6 \pm 3,1$ ) р.

Пацієнти в складі комплексної терапії одержували від 1 до 6 сеансів озонотерапії у пластикових мішках-ізоляторах. У 2-х випадках при електроопіках, для санації ран, що утворилися після некректомії та розкриття гнійних порожнин, було проведено заповнення їх фізіологічним розчином і безпосередній барботаж порожнин озono-кисневою сумішшю за допомогою озонатора ОП-1М “Оріон”. Тривалість обробки ран і концентрація озону в пластикових мішках-ізоляторах визначалися фазою раневого процесу. Для очищення опікових ран і трофічних виразок використовувалася концентрація 4 мг/л при експозиції 10-15 хв. З появою грануляцій концентрацію зменшували до 1,5 мг/л, а експозицію до 4-5 хв.

У групі пацієнтів, що одержували в складі комплексного лікування озонотерапію, спостерігали скорочення термінів підготовки ран до раннього оперативного втручання в середньому на  $4,3 \pm 1,1$  доби, загоєнню поверхневих опіків I-II ст. до ( $15 \pm 3,2$ ) дн. Використання озонотерапії у хворих із трофічними виразками кінцівок дозволить скоротити терміни перебування в стаціонарі до ( $31 \pm 3,3$ ) дні і поліпшує результати ранньої некректомії й аутодермопластики в даного контингенту хворих.

УДК 617-001.17:616.831.4

**О.Н. Почепень, И.Е. Гурманчук, Я.Я. Кошельков,  
О.С. Шулинский, В.В. Машель, Л.В. Кортун, Е.В. Ходосовская**

## **НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЙ ОТВЕТ НА ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ С ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*БелМАПО, ЦНИЛ БГМУ, г. Минск, Беларусь*

Тяжелые заболевания, травмы, анестезия, хирургическое вмешательство сопровождаются активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что проявляется увеличением концентрации кортизола в сыворотке (Vol-laert P, Levy B., 1998 г.). Постоянная стимуляция коры надпочечников болью, лихорадкой, гиповолемией приводит к развитию вторичного иммунодефицита (Lennard T., Shenton B.K., 1985 г.). Пациенты с обширными ожогами испытывают повреждающее действие всех вышеперечисленных факторов, а также переносят неоднократные хирургические вмешательства (некрэктомия, аутодермопластика).

Цель исследования. Оценить нейрогуморальный статус до и после операции, выявить зависимость между объемом, сроками оперативного вмешательства и нейрогуморальным ответом.

Материалы и методы исследования. Результаты получены при обследовании 22 больных с ожоговой болезнью ( $S = 32 \pm 8 \%$ ) в различные сроки лечения (токсемия, септикотоксемия). Все больные выжили. Изучались параметры: уровень иммуноглобулинов (G, A, M), тиреоидных гормонов (Т3, Т4, тиреоглобулина), кортизола. Параметры оценивались до и сразу после оперативного вмешательства.

Результаты и их обсуждение. Были выявлены однонаправленные изменения изучаемых параметров. После операции имело место снижение IgG ( $11,93 \pm 3,13$ ) г/л до ( $6,07 \pm 0,29$ ) г/л ( $p < 0,05$ ). Отмечалось достоверное снижение концентрации трийодтиронина (Т3), тироксина и тироксинсвязывающего глобулина (ТСГ) у больных после операции и санации ожоговых ран. Выявлена сильная отрицательная корреляция между уровнем кортизола и иммуноглобулина G (повышение уровня кортизола сопровождалось снижением концентрации IgG), ( $r = -0,82$ ,  $p < 0,001$ ).

Уровень кортизола при среднестатистическом исследовании имел тенденцию к увеличению ( $p < 0,05$ ), но рассматривая каждый индивидуальный случай отмечено, что у всех пациентов имело место достоверное ( $p < 0,005$ ) увеличение кортизола после операции, хотя базовая концентрация была различна.

Известно, что повышение уровня глюкокортикоидов (ГК) при стрессе является защитной гомеостатической реакцией, а нормальная функция надпочечников важна для выживания (Ярилин Д.А., Кулаков А.В., Кононович Е.А., 1997 г.). В норме концентрация ГК колеблется от 360-690 нмоль/л. Нормальная концентрация ГК в плазме, может отражать надпочечниковую недостаточность, так же как и отсутствие реакции на стресс (Matot Idit, Spring Charles L., 1998, Mizzutani Y., Terachi T. et al., 1996).

Уровень кортизола зависел от срока заболевания и времени оперативного вмешательства. Отчетливо видно уменьшение базового уровня ГК в зависимости от срока заболевания (6-26 сутки) и уменьшение концентрации кортизола по сравнению с базальной в ответ на стресс с 65 % до 12 %. Вышеуказанные изменения коррелировали с уменьшением уровня тиреоидных гормонов ( $r = -0,74$ ) и концентрацией иммуноглобулина G ( $r = -0,82$ ), что расценено нами, как проявление дезадаптационного синдрома. Выявлена зависимость между сроком лечения и концентрацией гормонов (кортизол, Т3, Т4): чем длительнее заболевание, тем ниже как исходный уровень гормонов, так и их динамика в ответ на операционный стресс.

Результаты исследования показывают, что оперативные вмешательства (в некоторых случаях дважды в неделю: болезненные перевязки и операции) приводят к истощению гормонального пула.

Выводы. Операционная травма безусловно влияет на антистрессовую резистентность пациентов. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости раннего оперативного вмешательства, разработке антистрессовых протоколов в предоперационном периоде, а также клинических критериев для своевременного назначения заместительной (гормональной) терапии.

**О.Н. Почепень, И.Е. Гурманчук, Я.Я. Кошельков,  
Е.В. Ходосовский, Л.В. Кортун**

## **ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ОЖОГОВЫХ БОЛЬНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ**

*БелМАПО, ЦНИЛ БГМУ, г. Минск, Беларусь.*

Известно, что тяжелая ожоговая травма сопровождается изменением уровня гормонов в зависимости от стадии ожоговой болезни (Вихреев Б.С., 1986, Селезнев С.А., 1992, Каем Р.И., 1995 и др.). Чрезмерное напряжение желез внутренней секреции, вызванное стресс-реакцией приводит к активации гипоталамо-гипофизарно-адренокортикотропной системы, что проявляется увеличением стрессовых гормонов (Меерсон Ф.З., 1968, 1986). Изменение нейрогуморальной регуляции сопровождается изменением устойчивости к дополнительному стрессу, в том числе к операции (Ярилин Д.К., 1997). Лечение ожоговой раны при обширных ожогах требует неоднократного хирургического вмешательства. Вопрос об оптимальных сроках оперативных вмешательств остается открытым.

Цель исследования. Изучить концентрацию тиреоидных, кортикостероидных и половых гормонов для обоснования наиболее оптимальных сроков оперативного вмешательства с целью санации ожоговой раны.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось ЦНИЛ Минского Медуниверситета на базе Республиканского ожогового центра. Уровень тиреоидных гормонов (трийодтиронин – Т3, тироксин – Т4, тиреоглобулин), кортизола, тестостерона, прогестерона изучался у больных в ст. ожоговой токсемии – 5-16 сутки (17 больных) и у больных в ст. септикотоксемии – 21-25 сутки (17 больных). Все больные выжили.

Результаты исследования и их обсуждение. У больных в стадии токсемии, соответствующей по времени 5-12 суткам ожоговой болезни было выявлено повышенное содержание кортизола ( $497,3 \pm 89,8$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ), уровень Т3 ( $1,6 \pm 0,2$  нмоль/л), Т4 ( $70,4 \pm 2,1$  нмоль/л) соответствующие стресс-оптимуму. Значения прогестерона ( $5,54 \pm 0,3$  нмоль/л), тестостерона ( $4,8 \pm 0,4$  нмоль/л) также находились на верхней границе нормы. Состояние гемодинамики у этих пациентов расценивалось нами компенсаторная гипердинамия. Показатели направленности метаболизма (уровень белка, мочевины плазмы, общий азот мочи) указывали на преобладание катаболических процессов.

В эти же сроки больные подвергались активным хирургическим вмешательствам.

На 21-25 сутки имело место достоверное снижение уровней Т3 ( $0,76 \pm 0,11$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ), Т4 ( $60,25 \pm 3,25$  нмоль/л,  $p < 0,05$ ), кортизола

( $163,7 \pm 34,4$  нмоль/л,  $p < 0,01$ ), прогестерона ( $2,06 \pm 0,06$  нмоль/л), тестостерона ( $0,85 \pm 0,3$  нмоль/л).

Снижение уровней гормонов у пациентов не сопровождалось сколь-нибудь значимым ухудшением состояния (общее самочувствие, показатели гемодинамики). Показатели направленности метаболизма (уровень белка, мочевины, электролиты) находились на уровне допустимой нормы, хотя и требовали коррекции в процессе лечения.

Оценивая вышеизложенное, можно сказать, что адаптация пациентов к ожоговой травме имеет определенные фазы, которые принципиально отличаются по уровню стрессовых, тиреоидных и половых гормонов. Период острой токсемии 5-16 сутки имеет наибольшую гуморальную напряженность и именно на этот период приходится пик антистрессовой адаптации. Период септикотоксемии соответствующий 21-25 суткам характеризуется снижением антистрессовых, тиреоидных и половых гормонов, что является общебиологической закономерностью. Пик иммунного ответа приходится на 21 день (4,5) и к этому времени должна быть закончена нейроэндокринная адаптация и начата фаза репарации.

Выводы. 1. Учитывая уровень стрессовых гормонов наиболее благоприятным периодом для активной хирургической тактики являются 5-16 сутки от начала заболевания. 2. Уменьшение активности кортизола, тиреоидных и половых гормонов к 21-25 суткам является проявлением общебиологического закона и соответствует фазе репарации течения воспаления.

УДК 616.24-002-001.17-07

**В.К. Гусак, І.І. Сперанський, Л.І. Колеснікова, Р.І. Мачуха**

## **КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ПАРАЛЕЛІ ПРІ ПНЕВМОНІЯХУ ОПІКОВИХ ХВОРИХ**

*Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України, м. Донецьк*

Вступ. Пневмонія залишається проблемою практичної і теоретичної медицини, незважаючи на значні досягнення в її діагностиці та лікуванні. Діагностика і прогнозування перебігу пневмонії залишається у числі найбільш складних проблем (1,2,3). У останні роки зроблені спроби об'єктивізувати не тільки діагноз, але і прогноз пневмонії на підставі клінічних синдромів (4,5) і лабораторних тестів (2,3,4). Показано прогностичне значення при пневмоніях вмісту у крові фібрoneктину, середніх молекул (5,6,7), а також імуноглобулінів класу М. Здаються важливими повідомлення про прогностичне значення фактора некрозу пухлини і інтерлейкінів. Метою цієї роботи є проведення аналізу об'єктивізації критеріїв клініко-лабораторної діагностики гострої



нозокоміальної пневмонії у опікових хворих і розробці на цій підставі стандартизованих схем обстеження.

Матеріали і методи. Для виконання цієї роботи було проведене сліпе рандомізоване дослідження даних про 167 пацієнтів, що лікувались у відділі термічних уражень ІНВХ АМН України за останні 5 років. Під час дослідження спочатку оцінили значення 35 клінічних і лабораторних ознак, які можна було б використати для ранньої діагностики пневмонії.

Усіх хворих поділили на чотири групи. У першу групу (31 пацієнт) увійшли хворі з обмеженими опіками та помірною інтоксикацією, з сприятливим перебігом опікової хвороби (контрольна група).

У другій групі (64 пацієнти) мали перевагу постраждали з опіками тулуба і кінцівок без опіку дихальних шляхів (ОДШ) з помірною і важкою інтоксикацією. В усіх була діагностована і рентгенологічно підтверджена пневмонія з сприятливим перебігом і розсмоктуванням за 10-15 днів.

У третій групі (45 пацієнтів) мали перевагу опіки грудної клітини і кінцівок, важка інтоксикація, перебіг хвороби у 17 (40,5 %) обпечених ускладнився гнійним плевритом або піопневмотораксом. У 37 (88,1 %) пацієнтів діагностовано опік дихальних шляхів різної ступені ваги, 28 (62,2 %) постраждали під час вибуху вугільно-метанової суміші при масових травмах на шахтах.

У четвертій групі (27 пацієнтів) були постраждали з важкими опіками (загальна площа більш 70 %), з ОДШ тяжкого ступеня. Усі вони вмерли, у всіх діагностована пневмонія клінічно, рентгенологічно і підтверджена при розтині.

Зіставлення хворих за віком, характером головної і супутньої патології не виявило достовірних різниць. Мали перевагу чоловіки працездатного віку, що пояснюється характером і місцем отримання травм (переважно, виробничі – 18-70,7 %).

Постраждали усіх 4 груп отримували схожу протишокову і, взагалі, інфузійно-трансфузійну терапію, що дозволило підтримувати ефективний режим гемодинаміки, яка відповідає потребам метаболізму і не допускає розвитку виражених мікроциркуляторних розладів.

Вважається, що специфічних патогномонічних клінічних симптомів пневмонії у опікових хворих не існує. Це пов'язано з тим, що її клінічні прояви нерідко ховаються за тяжким загальним станом хворого, що обумовлюється як значенням головного захворювання, так і супутньою патологією. Слід також враховувати, що клінічні симптоми пневмонії розвиваються на фоні інтенсивної терапії, а інколи явні клінічні прояви пневмонії взагалі відсутні. Тому великі надії покладають на додаткові діагностичні методи, поперед усього, на лабораторне обстеження хворого. Контроль показників центральної гемодинаміки, газового складу крові, біохімічні показники оцінювали у динаміці: при надходженні, через 8, 12, 24 і 48 годин, на 3-5, 7-8 та 15 добу після травми. Далі клініко-лабораторні спостереження проводились за показниками.

Результати досліджень та їх обміркування. У хворих першої і другої груп результати багатьох лабораторних досліджень хоча і розрізняються, але не виходять за межу норми. Це наводить на думку, що при сприятливому перебігу запального осередку у легенях, на фоні опікової хвороби, слід враховувати не окремі показники, а їх сукупність. Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) коливається – від 2,0 до 3,5. Інтоксикаційний індекс токсикозу (ІІТ) – відношення показника добутку рівня сечовини і концентрації МСМ до числа тромбоцитів був від 2,4 до 3,6.

У хворих третьої групи, при підозрі на розвиток пневмонії спостерігались задишка до 28 разів і більше за хвилину, інколи кровохаркання, кашель з великою кількістю мокроти, тахікардією в межах 90-100 ударів за хвилину. В усіх хворих у ці дні виявлено підвищення температури на 0,6-1,5 градуса, посилилась інтоксикація, озноби та липкий піт, особливо в нічний час, з'явилися ознаки енцефалопатії. Водночас підвищувався лейкоцитоз від  $12,0 \times 10^9$  до  $20,0 \times 10^9$ /л і більш. В усіх спостерігався нейтрофіліоз зі з'явленням молодих форм гранулоцитів аж до мієлоцитів і паличкоядерним зсувом до 20-40 % і більше. Еозинофілія і тромбоцитозія не з'являлись. В усіх хворих спостерігалось значне підвищення ШОЕ – до 32-52 мм/год, зниження рівня гемоглобіну до 80-100г/л, збільшення індексу інтоксикації Кальф-Каліфа до 4,0-7,0, МСМ від 0,5 до 1,2 умов. од., знизився індекс відношення лейкоцитів і ШОЕ (ЛІШОЕ), підвищився ІІТ – від 8,0 до 12,0. Усе це вказувало на приєднання до основного процесу ще й інфекційного осередку в легенях.

У хворих четвертої групи, які вмерли від опіків у перші два тижні з моменту травми, вже у перші 48-72 години спостерігався різкий зсув формули вліво до 50-62 %, виражена анемія з анізо- і пойкилоцитозом, тромбоцитопенія. ЛІІ досягав від 9 до 12,4 рівень МСМ вище 1,0 умов.од., ІІТ завжди був вище 15,0.

Таким чином, отримані дані дають підстави ще раз констатувати відсутність патогномонічних діагностичних маркерів нозокоміальної пневмонії у опікових хворих і необхідністю ставити діагноз на підставі сукупності клінічних і лабораторних ознак. Виникає також необхідність розробки об'єктивної методики, за допомогою якої можливо було б виробити чіткий алгоритм діагностики пневмонії у опікових хворих, що особливо важливо у сумнівних випадках.

### Література

1. Е.И. Христоробова, Л.И. Волкова. Анализ пневмоний больных, умерших на дому (по данным аутопсий). /Клин. Медицина. -2001.-№7.-С. 46-48.
2. Ж.Г. Мустафина, Ю.С. Крамаренко, В.Ю. Кобцева. Интегральные гематологические показатели в оценке иммунологической реактивности организма у больных с офтальмопатологией. /Клин. лаб. диагностика. -1999.-№5.- С.47-49.
3. Barret JP, Kesai MH, Herndon KN Effects of tracheostomies on infection and airway complication in pediatric burn patients. /Burns, 2000, Mar; 26(2): p.190-193.
4. Н.Д.Скуба, В.П. Стрекаловский, Т.С. Устинова и др. Термическая травма в сочетании с ожогом дыхательных путей./Хирургия.-2000.-№11.- С.- 37-40.

5. В.К. Гусак, Э.Я. Фисталь, И.И. Сперанский и др. Оценка тяжести эндогенной интоксикации и выбор метода детоксикационной терапии у обожженных по данным лейкоцитограммы и биохимического мониторинга. / Клин. лаб. диагностика.- 2000.- № 10.- 36с.

6. Blinn KL, Slater H, Goldfarb IW. Inhalation injuri with burns: a lethal combination // Emerg Med 1988 Nov - Dec; 6(6): 471 - 3.

7. Sergiacomi GL, Mazzetti di Pietralata G, Moscone A et al Role of diagnostic imaging in the assessment of lung complications of burns / Radiol Med (Torino) 1998 Nov; 96 (5): 454-461.

616-001.17-085.384+615.811.1

**О.И. Мангуренко, Т.И. Иванова**

## **ИНФУЗИОННО-ЭКСФУЗИОННАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОЖГОВОМ ШОКЕ**

*Запорожский областной центр экстремальной медицины и скорой помощи*

Ожоговый шок (ОШ) развивается после термической травмы в результате прогрессирования синдромов малого сердечного выброса, системного воспалительного ответа и тромбгеморрагического синдрома. Энергичная инфузионная коррекция напряженного объема крови (НОК) с достижением эффективного сердечного выброса и системного транспорта кислорода недостаточна для оптимизации агрегатного состояния крови. Поэтому инфузионную терапию ОШ логично проводить в комплексе с нормоволемической гемодилуцией, позволяющей быстро снизить вязкость крови и резервировать большое количество аутоэритроцитов, тем самым предотвратить их гемолиз. В соответствии с этой концепцией семи больным в период ОШ проведена инфузионно-эксфузионная терапия. У 2-х больных диагностирован ОШ тяжелой, у 5-ти – крайне тяжелой степени. В 1-2 сутки после травмы эксфузии крови проведены 5-ти больным, на 3-и сутки – 2-м больным. Эксфузии проводились на фоне стабилизации НОК (ЦВД 4-6 см водного столба) и гемодинамики (САД 95-110 мм рт.ст., ЧСС 110-120 в мин.) плазмозаменителями и кристаллоидами. Исходные значения гематокрита составляли 0,55-0,7,  $SaO_2$  92-94 % при  $F_{iO_2}$  0,21. Эксфузии проводились во флаконы с глюциром после предварительного внутривенного введения 5 000 ед. гепарина. Объем эксфузируемой крови зависел от исходных значений гематокрита, ЦВД, САД и составил: 800,0 – у 2-х; 1 100,0 – у 1-го; 1 200,0 – у 1-го; 1 400,0 – у 1-го; 2 000,0 – у 2-х больных за 1-3 сеанса. При этом ЦВД не снижалось ниже 3-4 см водного столба. Гемодинамика оставалась стабильной, несколько усиливалась тахикардия (САД 85-100 мм рт.ст., ЧСС 120-130 в мин.), что быстро купировалось последующей инфузионной терапией, как правило, инфузией плазмы и альбумина для соблюдения оптимального градиента КОД – СКД.  $SaO_2$  не менялась либо повышалась более 95 % при  $F_{iO_2}$  0,21. Несколько уменьшалась гиперфибриногенемия. После эксфузии крови на фоне продолжающейся

инфузионной терапии гематокрит составил 0,33-0,36. Из аутокрови получали эритроцитарную массу, которую возвращали больному через 4-6 дней при прогрессировании анемии и снижении гематокрита менее 0,25-0,27. Причём в дальнейшем потребность в донорских эритроцитах значительно снижалась. В результате проводимой инфузионно-эксфузионной терапии в период ОШ у 5-ти больных в последующем не было признаков полиорганной недостаточности; у 2-х больных с ожогами пламенем III AB-IV степени 58 % и 60 % поверхности тела в возрасте 28 и 63 лет на 5-е сутки с момента травмы развился РДСВ, потребовавший проведения сеансов ультрафильтрации в объеме 3-4 литра с оксигенацией возвращаемой крови. В дальнейшем дыхательной недостаточности не было. Все больные выжили.

Инфузионно-эксфузионная терапия в период ОШ эффективно корригирует ишемически-циркуляторные нарушения путем достижения НОК и стабилизации агрегатного состояния крови.

УДК: 616-001.17-089:616.053.2+617-002.3-084

**С.Г. Пархоменко, О.Г. Тимощук, С.А. Дикало**

## **ЗАСТОСУВАННЯ РАНЬОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ У ДІТЕЙ, ЯК МЕТОД ПРОФІЛАКТИКИ ГНІЙНО- СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ**

*Рівненська обласна клінічна лікарня, опіковий центр, м. Рівне*

Доведено, що тривале перебування некротів на опікових поверхнях є джерелом інфекції і головним фактором розвитку опікової хвороби.

Різка зниження реактивності організму попечених призводить до виникнення гнійно-септичних ускладнень, а відкритість і незахищеність рани – до приєднання інфекції з постійно змінюючим бактеріальним мікропейзажем, утворенням нових штамів з набутою полірезистентністю. Тривалий запальний процес на опікових поверхнях призводить до формування “неестетичних” в функціональному та косметичному планах рубців.

Рівненський опіковий центр володіє досвідом застосування методів раннього хірургічного лікування опіків у дітей (ранні первинні некректомії з одномоментними або відстроченими автодермопластиками, ксенопластиками), як надійними у профілактиці виникнення та зниження частоти гнійно-септичних ускладнень.

За період 1999-2001 рр. у Рівненський центр з лікування опікової травми та пластичної хірургії госпіталізовано 410 дітей віком від 4 днів до 15 років. Із них 185 проліковані традиційно (площа опіку 1-70 % поверхні тіла, ліжко-день 26,2). У 225 дітей застосовувалась тактика раннього хірургічного лікування.

Впровадження алгоритмізації хірургічної тактики дозволяє індивідуально і гнучко визначити можливості виконання хірургічних втручань у ранні строки (ступінь тяжкості опікової травми та наявність супутньої патології, урахування повноцінного медикаментозного забезпечення, вибір строків оперативних втручань та методів закриття ранових поверхонь). Кількість днів до операції знизилась у порівнянні з традиційним методом лікування з 12, 2 до 2,2-4,5 днів. По об'єму оперативних втручань хворі розділені на 3 досліджувачі групи.

У I-ої групи (67 дітей) використовувалась ксенопластика при лікуванні поверхневих опіків. Користуємося ліофілізованими ксенодермотрансплантатами (ЛКДТ), які випускає підприємство “Комбустіолог” м. Тернополя по методиці забору, кріоконсервування та ліофілізації ксенотрансплантатів шкіри свині за новим способом (В.В. Бігуняк, П.І. Лучанко, 1993 р.). Через 3-4 дні при первинному приживленні ЛКДТ (збереженні кольору шкіри, відсутності ознак некрозу, задовільної адгезії до ранових поверхонь) хворих виписуємо на амбулаторне спостереження до повного відшарування ЛКДТ, які протезують функції втраченого шкірного покриву на достатній для спонтанної епітелізації час. Середній ліжко-день – 4,5.

У II-ій групі (48 дітей) проводились ранні некректомії з одномоментною ксенопластикою, в основному при опіковій травмі III А ст. На 2-3 день після травми проводимо поверхневу некректомію на глибину 0,1-0,2 мм з одномоментним закриттям заздалегідь підготовленими ЛКДТ. Повне тимчасове приживлення спостерігалось у 86 % пацієнтів, створюючи сприятливі умови для епітелізації і зменшуючи запальний процес. Середній ліжко-день – 11,02.

У III-ій групі (110 дітей з наявністю глибоких опіків від 1 до 70 % поверхні тіла) проводились ранні некректомії, ксенопластики з одномоментними або відстроченими автодермопластиками в комплексі з об'єктивною протишоковою терапією в до-, інтра- та післяопераційному періодах і застосуванням антибіотиків широкого спектру дії з перших днів після травми та надалі з урахуванням чутливості за даними бактеріологічних досліджень. Некректомії проводились дерматомами або ножом Гамбі.

В досліджуваній групі перебування дітей у стаціонарі складало в середньому 24,4 дні, передопераційний період знизився до 2,2 дня. У всіх трьох групах операційних втручань виконано 551, із них ранніх некректомій – 195, ксенопластик – 166, автодермопластик – 161, інші (етапи італійської пластики, пластики місцевими тканинами, ампутації та ін.) – 28. Післяопераційні ускладнення – 3 % у вигляді лізису ксено- та автолоскутів. Летальність – 0,4 % не пов'язана з раннім хірургічним втручанням. Не зареєстровано жодного септичного ускладнення при лікуванні дітей.

Таким чином, результати клінічних досліджень свідчать про високу ефективність первинних некректомій, які зменшують синдром ендогенної інтоксикації, покращують перебіг опікової хвороби, і в більшості випадків регресують її розвиток, дозволяють скоротити летальність за рахунок зниження частоти гнійно-септичних ускладнень.

**О.В. Кирик, П.О. Соловей, В.І. Барчук**

## **АЛЬТЕРНАТИВНІ ГЕМОТРАНСФУЗИЯ МЕТОДИ В ПРАКТИЦІ ЛІКУВАННЯ ОПІКОВОЇ ХВОРОБИ**

*Рівненська обласна клінічна лікарня, опіковий центр, м. Рівне*

Відомо, що використання препаратів донорської крові має несприятливі для реципієнта наслідки різноманітного характеру. Метою наших досліджень було, по можливості, вивести або зменшити в схемах лікування опікової травми використання препаратів крові. Проводити дослідження нас спонукала необхідність лікування хворих з опіковою хворобою, котрі були Свідками Єгови і в міру своїх релігійних міркувань були категоричними противниками не тільки трансфузії донорської крові та її компонентів, але й гемотрансфузії консервованої автокрові.

В нашому центрі проходили лікування троє хворих, переконаних Свідків Єгови, із них 2 дітей у віці 1-2 роки та один дорослий середнього віку, у яких була опікова хвороба з помірним та тяжким перебігом і була необхідність проведення хірургічного лікування (некротомії, некректомії, автодермопластики). Всі вони, включаючи батьків постраждалих дітей, категорично відмовлялись від переливання відмитих еритроцитів, альбуміну, плазми, імуноглобулінів, лишаючи відповідні розписки в медичних картах.

Другу групу склали 5 хворих (1 дитина 1,5 року та 4 дорослих середнього віку) з тяжкою опіковою хворобою, у котрих поряд з традиційним лікуванням препаратами донорської крові використовувались різні методи, альтернативні гемотрансфузії.

Принципи лікування вказаних категорій хворих базувались на збереженні власних резервів крові потерпілих, особливо під час операцій та перев'язок (ретельний гемостаз шляхом використання електрокоагуляції, накладання джгутів на кінцівки, загальне зігрівання хворого з метою попередження гіпотермії, використання ліофілізованих ксенотрансплантатів в якості біологічної та гемостатичної пов'язки).

В якості фармакологічних альтернатив гемотрансфузії використовувались наступні групи препаратів:

- 10 % емульсія перфторорганічних з'єднань ("Перфторан"). Частоту та дозу введення препарату підбирали індивідуально залежно від стану хворого, прогнозованих операцій, крововтрати та наявності анемії (Hb – менше 100 г/л, еритроцити – менше 3,0 Т/л). Середня доза була 5-10 мл/кг маси хворого щоденно або раз в 2-3 дні. Максимальна доза в наших спостереженнях була – 20 мл/кг маси при відносно великій крововтраті внаслідок операції. Курсова доза препарату не перевищувала – 100 мл/кг;

- в якості гематопоетичного агента використовували стимулятор червоного кров'яного ростка – рекомбінантний людський еритропоетин (епоетин

бета – “Рекормон”) в дозі 30-50 Од/кг 3 рази на тиждень, починаючи з 5-7 дня опікової хвороби і до виздоровлення хворого. Введення еритропоетину завжди супроводжувались вживанням препаратів заліза та полівітамінів у вікових дозах;

– гемостатичні агенти використовувались, як правило, під час операцій та відразу після них: аprotинін (“Контрікал”) в дозі 30 000-200 000 Од залежно від віку; етамзилат в передопераційному, в момент операції та в постопераційному періодах фракційно в загальних дозах 2,0-10,0; 5 % амінокапронова кислота 30,0-100,0; гемостатичні губки;

– експандери об'єму кровеносного русла під час оперативного втручання та після нього: кристалоїди (0,9 % р-н NaCl, р-н Рингера лактат) і колоїди – 6 % розчин гідроксіетилкрохмалю, низькомолекулярні декстриани;

– киснева терапія у вигляді інгаляцій зволоженого кисню в періоди прогнозованої анемії, а також під час введення “Перфторану”.

Найбільш сприятливі результати були досягнуті в другій групі хворих, де комбінуючи всі вищеперелічені методи лікування з переливанням препаратів крові, ми досягли відсутності будь-яких ускладнень в перебігу опікової хвороби, а кількість використаних препаратів донорської крові було менше, ніж в аналогічних хворих, що отримували традиційне лікування. В першій групі хворих загальна кількість еритроцитів та гемоглобіну не опускалось менше 2,5 Т/л и 90 г/л відповідно, а в періоді реконвалісценсії ці значення поступово підвищувались і до виписки з стаціонару досягали достатніх результатів.

Підтримання загальної кількості білка в крові на рівні норми було проблемним для першої категорії хворих. Акцент робили на збалансоване посилене харчування, череззондову гіпераліmentaцію харчовими сумішами, парантеральне харчування розчинами амінокислот та жировими емульсіями. Рівень загального білка в цій групі не опускався нижче 48 г/л в процесі лікування. В другій групі разом з посиленим збалансованим харчуванням застосовувався 10 % розчин альбуміну, що дозволяло підтримувати загальний білок в межах норми.

Було б помилково вважати, що лікування хворого з тяжкою опіковою травмою на сьогодні можливо без застосування препаратів донорської крові, але розумне і тільки обгрунтоване їх використання в комплексі з альтернативними гемотрансфузії методами – це крок до безкровної медицини майбутнього.

**Л.П. Пивоварова, Н.А. Кладухина, И.В. Шлык, М.П. Логинова,  
И.В. Осипова, М.Е. Малышев, О.Б. Арискина**

## **ИММУННАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ПОСТРАДАВШИХ С ШОКОГЕННОЙ ОЖОГОВОЙ ТРАВМОЙ**

*СПбНИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, г. Санкт-Петербург*

Массивная потеря плазмы, нарушение гемодинамики, гипоксия и антигенемия как факторы патогенеза шокогенной ожоговой травмы способствуют серьезным метаболическим расстройствам в клетках и тканях, развитию эндогенной интоксикации и выраженным нарушениям иммунной реактивности. Последнее в сочетании с высокой контаминацией ожоговых ран грам(+) и грам(-) микрофлорой приводит к формированию гнойных осложнений и высокому риску развития сепсиса.

Цель работы – изучение иммунной реактивности пострадавших с тяжелой ожоговой травмой и ее значение для течения и исхода ожоговой болезни.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 пострадавших с индексом тяжести ожоговой травмы по Франку: до 30 у.е. – первая группа, 30–60 у.е. – вторая группа, выше 90 у.е. – третья группа в возрасте от 20 до 50 лет и с учетом исхода ожоговой болезни – группы выживших и умерших. Все пациенты получали стандартную противошоковую терапию.

Иммунологическое исследование крови проведено при поступлении, на 1-е, 3-и, 10-е и 30-е сутки; наряду со стандартными методами фенотипировали моноциты крови.

Результаты исследования. Нарушения иммунной реактивности соответствовали тяжести ожоговой травмы и в значительной мере проявлялись в ограничении индукторной и хелперной функции Т-лимфоцитов, о чем свидетельствовали динамика показателей экспрессии б-цепи рецептора ИЛ-2 и fas-рецептора, содержание  $СК8^+$  мононуклеаров и натуральных киллеров. Кроме того, наблюдались нарушения в системе фагоцитоза и дисиммуноглобулинемия IgG и IgM. Отмечено усиление экспрессии рецептора бактериального ЛПС (СК14) и ограничение антигенпрезентирующей функции моноцитов при развитии сепсиса. Характерной особенностью умерших больных явилось прогрессивное снижение показателей клеточного иммунитета и усиление оксидантной активности полиморфноядерных гранулоцитов.



**А.Ю. Іонов, Е.Г. Цигельницький, О.В. Шаповал**

## **ЗМІНАПОКАЗНИКІВСИСТЕМИКОАГУЛЯЦІЇРЕОЛОГІЧНИХВЛАСТИВОСТЕЙКРОВІУВАЖКООБПЕЧЕНИХПРИ РАНЬОМУХІРУРГІЧНОМУЛІКУВАННІ**

*м. Харків*

Як відомо, грубі порушення системи гомеостазу супроводжують опікову хворобу з перших хвилин опікового шоку і підсилюються у бік гіперкоагуляції паралельно наростанню інтоксикаційного синдрому в наступні періоди. ДВС-синдром у тяжкообпечених (ТО) розвивається в стадії споживання плазмених факторів згортання і тромбоцитів, виявляючись мікроциркуляторними порушеннями, і лише в деяких випадках геморагічною маніфестацією. У цих випадках спостерігається виражена паралітична дилатація капілярів і венул, капіляростаз і сладж еритроцитів, а також паракапілярний набряк і екстравазація еритроцитів. При геморагічній маніфестації відзначаються деструкція капілярної стінки і масивні крововиливи в тканини. Ведуче значення у формуванні ДВС-синдрому в ТО має первинне утворення стазів у мікроциркуляторному руслі з кліток крові – еритроцитів і тромбоцитів внаслідок ранніх ушкоджень цих клітин при ранній блокаді макрофагальної системи. При цьому відбувається агрегація тромбоцитів, утворення еритроцитарно-тромбоцитарних агрегатів, вакуолізація і деструкція тромбоцитів. Агресивна технологія раннього оперативного висічення некротичних тканин на цьому тлі нерідко призводить до збільшення порушень гомеостазу, утворення вторинних некрозів у ранах, лізису пересаджених клаптів автошкіри та інше. Можливість керування перебігом загального і місцевого запального процесу в ході реалізації раннього хірургічного лікування є рентабельним завданням в науковому і практичному аспектах.

Метою роботи стало вивчення змін коагуляційних і реологічних властивостей крові у ТО при проведенні первинних некретомій (ПН) на фоні традиційної терапії і на фоні терапії, посиленої методами додаткової детоксикації.

Під наглядом перебувало 42 пацієнти з глибокими опіками III Б-IV ступенів, яким в період перших семи діб з моменту травми була виконана ПН з одномоментною чи відстроченою автодермопластиком. З них 35 чоловік склали чоловіки, 7 – жінки; вік потерпілих був від 21 до 56 років. Індекс тяжкості термічної поразки (ІТГП) у 29 потерпілих був від 61 до 90 умовних одиниць (у.о.), що відповідає тяжкій термічній травмі, а в 13 ВО ІТГП склав понад 90 у.о., що відповідає вкрай тяжкому термічному ураженню. Усі хворі були рандомізовані в двох групах за тяжкістю, віком і сполученою травмою. Основну групу (19 чол.) склали ТО, у яких на фоні загальноприйнятої протишокової терапії, а також з метою підготовки до ПН і післяопераційного ведення, вже в першу добу після травми застосовували еферентні (плазмозферез,

гемосорбція, непряме електрохімічне окислювання крові) і квантові (лазерне й УФ-опромінення крові) методи додаткової детоксикації. ТО контрольної групи (21 чол.) одержували стандартну багатокомпонентну інфузійно-трансфузійну і медикаментозну терапію.

Контроль коагуляційної системи здійснювали методом багатоканальної тромбоеластографії за допомогою гемокоагулографа типу ГКГМ 44-02. При цьому вивчалися: час реакції (R), час утворення згустка (K), максимальна амплітуда (MA), максимальна тромбоцитарна константа (ME). Реологічні властивості крові на рівні мікроциркуляції оцінювалися за ступенем деформації еритроцитів (DE) і в'язкості, що досліджувалося за допомогою гемовискозиметра ВК-4. Ступінь ушкодження еритроцитарних мембран також оцінювали, вивчаючи осмотичну резистентність еритроцитів (ОРЕ) і ступінь гемолізу (СГЕ) за допомогою електрофотометричного методу на апараті Specoll-11.

При аналізі даних тромбоеластограм у пацієнтів з виконаними напередодні ПН середні показники R (хв.) були ( $3,0 \pm 0,24$ ) в основній і ( $2,7 \pm 0,46$ ) у контрольній групах (норма  $3,64 \pm 0,24$ ) ( $p < 0,05$  і  $p < 0,01$  відповідно). Це свідчить про те що, час реакції утворення протромбіну, тромбіну і перетворення фібриногену у фібрин істотно скоротився в пацієнтів контрольної групи порівняно з нормальними показниками, тоді як в основній групі спостерігалася лише тенденція до прискорення першої фази згортання крові. При цьому час утворення згустка K (хв.) був ( $2,4 \pm 0,56$ ) і ( $1,8 \pm 0,48$ ) відповідно при нормі – ( $2,98 \pm 0,47$ ) ( $p < 0,05$  і  $p < 0,01$ ), що вказує на достовірне прискорення утворення згустка за рахунок збільшення перетворення фібриногену у фібрин під впливом тромбіну у ТО контрольної групи. Середній показник MA (мм) зростав у порівнянні з нормою ( $52,77 \pm 4,76$ ) у хворих обох груп – ( $61 \pm 3,79$ ) і ( $66 \pm 4,70$ ) відповідно ( $p < 0,05$  і  $p < 0,01$ ), тобто у пацієнтів контрольної групи в передопераційному періоді діагностовано стан гіперкоагуляції. Аналогічні зміни були характерні і для показника ME (в у. од): ( $196 \pm 32,66$ ) і ( $215 \pm 37,01$ ) відповідно в основній і контрольній групах ( $p < 0,05$  і  $p < 0,01$ ). З огляду на те, що на показник ME (є максимальною тромбоцитарною константою) впливає на кількість і особливі якості тромбоцитів, можна зробити висновок про істотне порушення коагуляційної системи крові убік її підвищення у ТО обох групах, хоча за багатьма показниками ці порушення менш виражені у ТО, яким з перших годин з моменту травми проводилися квантові і еферентні методи детоксикації і гемокорекції. Після виконання ПН при сприятливому перебігу післяопераційного періоду показники тромбоеластограми у ТО обох груп протягом 7-10 діб наближалися до нормальних, але в потерпілих основної групи нормалізація відзначалася, як правило, швидше – протягом 3-5 доби після операції. У чотирьох ТО післяопераційний період протікав з ускладненнями у виді повного лізису автотрансплантатів на фоні розвиненого сепсису і ДВС-синдрому; з цих чотирьох у двох випадках мав місце летальний результат. Середні показники фільтрації (DE) крові в групах були погіршені в порівнянні з нормальними показниками ( $7,12 \pm 0,46$  хв) відповідно по групах –

(10,30±0,52) хв і (15,34±0,32) хв, але все-таки час проходження еритроцитів потерпілих контрольної групи був в 2,2 рази більшим згідно з нормою, у той час як у ВО основної групи цей час відрізнявся від нормального в 1,44 рази. Показники віскозиметрії практично корелювали з такими тромбоеластограмами і ступенем еластичності клітинного складу крові.

Проведені дослідження підтвердили дані літератури про грубе порушення гомеостазу убік гіперкоагуляції і погіршенні перфузії тканин внаслідок змін реологічних властивостей крові у ТО, що відбувалося паралельно з наростанням ендотоксемії, особливо при розвитку сепсису і поліорганної недостатності. Крім того, підтверджена істотна лікувальна ефективність ПН у комплексі з додатковими методами детоксикації.

УДК617.51-001-07-089.843

**Ю.І. Ісаєв, А.М. Літовченко, А.Ю. Іонов, Г.А. Олійник,  
О.М. Водяницький, О.Є. Грязін, Ю.П. Колесник, В.Ю. Шкода**

## **ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНА ПІДГОТОВКА І АНЕСТЕЗИОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ РАНЬОМУ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГЛИБОКИХ ОПІКІВ**

*м. Харків*

Незважаючи на тенденцію, щодо збільшення числа ранніх оперативних втручань при глибоких опіках, багато компонентів терапії таких хворих залишаються до кінця недоопрацьованими і вимагають не тільки удосконалення, але й перегляду. Одним з таких компонентів є передопераційна підготовка, що включає загальне і місцеве лікування і раціональне анестезіологічне забезпечення, що має істотне значення для визначення результату не тільки оперативного втручання, але і всього лікування.

Підхід до обсягу терапії залежить насамперед від того, чи супроводжується термічна травма розвитком синдрому опікової хвороби, чи ні.

“Локальні” опіки не вимагають цілеспрямованого загального лікування; їхня передопераційна підготовка спрямовується на корекцію супутньої патології (серцево-судинні, легеневі захворювання, цукровий діабет і ін.), боротьбу з болочими відчуттями і проведення місцевого лікування.

При опіках з розвитком опікової хвороби основна роль приділяється раціональному загальному лікуванню, насамперед опікового шоку, яке повинно забезпечити найбільш оптимізований перебіг операційного і післяопераційного періоду, сприяти попередженню й усуненню виникаючих ускладнень. Не зупиняючись докладно на схемах інфузійно-медикаментозної терапії опікового шоку, розходження яких у ряді позицій варто визнати непринциповими, ефективність

й адекватність проведеного лікування повинно спиратись на наступні клінічні і лабораторні ознаки: відновлення і підтримка адекватної свідомості, стабілізація центральної і периферичної гемодинаміки, нормалізація ефективного подиху ( $setk_2$  більше 90 %), відновлення функції нирок (діурез не менш 1 мл/кг/час) досягнення гемодилюції ( $Ht=0,33-0,38$ ).

Одним з найбільш ефективних методів досягнення гемодилюції, а також відшкодування післяопераційної анемії, є секвестрація (забор) аутокрові, здійснений в стадії гемоконцентрації з наступної її гемотрансфузії під час оперативного втручання чи після нього. Наш досвід (21 хворий з некретомією на площі від 5 до 15 % п.т.) свідчить про її високу ефективність як при терапії опікового шоку (ексфузія на тлі гемоконцентрації), так і лікування, профілактики післяопераційної анемії, особливо у хворих з групами крові, які рідко зустрічаються.

Превентивне застосування еферентних і квантових методів гемокорекції дозволяє реалізувати протизапальний і анальгезуючий ефект, домогтися корекції ендотоксемії, імунodefіциту і забезпечити профілактику інфекційних ускладнень. Найбільше значення мають наступні методи: непряме електрохімічне окислювання крові (НЕХОК), її лазерне (ВЛОК) і ультрафіолетове (УХОК) опромінення. Виконувані за розробленими у клініці методиками, ці методи, використовані в комплексі передопераційної підготовки, дозволяють істотно поліпшити результати операцій первинної некретомії за даними клінічних лабораторних і госпітальних показників.

Місцеве лікування в плані підготовки глибоких опіків для первинної некретомії полягає у веденні ран відкритим методом як в умовах флюїдизованого ліжка "КЛІНТРОН", так і в керованому повітряному середовищі за допомогою інфрачервоних ламп, електрообігрівачів та інших пристроїв, що дозволяють формувати і підтримувати в зоні опіку коагуляційний струп. При необхідності (циркулярні опіки тулуба і кінцівок, електроопіки, повинні виконуватися дренажні операції некро- і фасціотомії, що дозволяє зменшити обсяг некротизуючих тканин і скоротити частоту місцевих ускладнень. Обов'язковим для підготовки опіків до оперативного лікування є використання йодовмісних розчинів для місцевої терапії (бетадин, йодопірон, повідон-йод). За 0,5 години до операції на некрози, підлягаючі ексцизії накладають стерильні пов'язки, рясно змочені вищевказаними розчинами або з розчином мурашиної кислоти. Безпосередньо після операції на рани накладається пов'язка типу "кокон" і еластичний бинт, що показані також при проведенні некретомії в зоні грудної клітки. Дана пов'язка надійно ізолює рани від навколишнього середовища, перешкоджаючи її інфікуванню, а також забезпечує надійний гемостаз у зоні некретомії. Після оперативного втручання хворих повинні ізолювати в спеціально підготовлені палати, де звони перебуватимуть протягом усього часу оперативного відновлення шкірного покриву.

Вид анестезії при первинних некретоміях визначається обсягом тканин, що висікаються, площею узятих шкірних трансплантатів і загальним станом пацієнта, що залежить як від тяжкості термічного ураження, так і від наявності

і виразності супутньої патології. На нашу думку, методом вибору при первинних некректоміях є внутрішньовенний багатоконпонентний наркоз з ШВЛ, що дозволяє виконувати втручання будь-якої тривалості й обсягу на тлі адекватного трансфузійно-інфузійного забезпечення.

Таким чином, операції первинної некректомії, що забезпечують високу ефективність лікування, вимагають цілеспрямованої загальної і місцевої підготовки, спрямованої на корекцію гемоконцентрації, нормалізації дихальної функції і функції нирок, забезпечення передопераційного формування в зоні поразки коагуляційного некрозу та адекватного анестезіологічного забезпечення.

УДК 616-001.17-001.-036.882-08

**В.К. Гусак, В.П. Шано, Э.Я. Фисталь, Ю.В. Заяц, О.И. Столика**

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ АКТИВНЫХ МЕТОДОВ ПРИ ОЖОГОВОМ ШОКЕ**

*Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, г. Донецк*

Актуальной проблемой современной комбустиологии является проблема лечения больных ожоговым шоком, так как несмотря на совершенствование тактики лечения летальность в период ожогового шока остается высокой (Повстяной Н.Е., 1999 г., Гусак В.К., 2000 г., А.А. Филимонов, 2000 г.).

С целью укорочения периода ожогового шока, снижения летальности в этом периоде, использовали экстракорпоральные технологии.

Безопасность и эффективность применения активных методов в стадии ожогового шока требовала дифференцированного подхода не только к выбору метода, а также гемодинамической коррекции.

Изучено течение ожогового шока у 127 пациентов в возрасте от 25 до 65 лет, получивших ожог кожи, а также ожог дыхательных путей (тяжелой степени у 34 %, средней степени тяжести у 66 % больных).

В зависимости от площади поражения все больные условно разделены на две группы: 1 группа – 54 больных с площадью поражения до 40 %, вторая группа – 73 больных с площадью ожога более 40 %.

Тяжесть состояния определялась по шкале APACHE II. В комплексном обследовании изучали показатели центральной гемодинамики методом доплерографии “Aspen” Acuson USA (МОС, УИ, ОППС, СИ, Е, А, Е/А, IVRT).

Выполнено 76 плазмаферезов: в 1-й группе 12, во 2-й – 64, эксфузия плазмы составила 20 мл/кг массы тела; 74 эритроцитфереза: в 1 группе – 33, во 2 группе – 41, эксфузия дважды отмытой эритроцитарной массы составила 300-400 мл (с последующим замораживанием при  $t -4^{\circ}$  на двое суток) на аппаратах “Fresenius 500”, “ПФ-5”.

Оценка состояния по шкале APACHE II для больных первой группы составила 7-13 баллов, что соответствовало ожоговому шоку 2 степени. Для больных второй группы, у которых оценка состояния была 14-20 баллов – ожоговый шок 3 степени, а у 14 больных этой же группы, где оценка была более 20 баллов – ожоговый шок 4 степени.

Изменение показателей, отражающих гиповолемию у больных обеих групп, была однотипной, хотя у больных второй группы выраженность ( $p < 0,05$ ) изменений в сравнении с контролем была выше. Так, гемоглобин в первой группе –  $(156,4 \pm 0,2)$  г/л, во второй группе –  $(196,5 \pm 0,3)$  г/л, эритроцитоз –  $(4,9 \pm 0,4) \times 10^{12}$  и  $(6,5 \pm 0,2) \times 10^{12}$ , гематокрит –  $(47 \pm 0,4) \%$  и  $(65 \pm 0,2) \%$  соответственно. Средний объем эритроцитов составил  $(96,3 \pm 0,2)$  – в первой группе и  $(106 \pm 0,5)$  – во второй. Показатели гемолиза в первой группе –  $(0,125 \pm 0,001)$  ммоль/л, во второй (в 84 % случаев) более 0,2 ммоль/л. Это явилось основанием для дифференцированного применения экстренного плазмафереза и (или) эритроцитозфереза.

Всем больным, которым проводились плазмаферез и эритроцитозферез назначалась дифференцированная инфузионная терапия с гемодинамической коррекцией в зависимости от показателей центральной гемодинамики. Центральное венозное давление в обеих группах при поступлении составило 0 мм вод. ст. Выявлены следующие показатели: ударный индекс в первой группе  $(144,6 \pm 0,05)$  мл/м<sup>2</sup> и  $(142,1 \pm 0,03)$  мл/м<sup>2</sup>, минутный объем кровообращения  $(7,2 \pm 0,02)$  л/мин в первой группе и  $(8,32 \pm 0,03)$  л/мин, конечный диастолический объем  $(117,6 \pm 0,2)$  мл в первой и  $(143,85 \pm 0,5)$  мл во второй, общее периферическое сопротивление  $(1169,3 \pm 0,03)$  дин.с/см<sup>3</sup> в первой и  $(1006 \pm 0,3)$  дин.с/см<sup>3</sup> во второй. При исследовании диастолической функции левого желудочка в первой группе изменений не обнаружено, во второй – отметили псевдонормальный тип диастолической дисфункции.

На основании выявленных изменений разработаны 3 варианта малообъемной инфузионной терапии, которая проводилась на фоне нормоволемической гемодилуции. Первый вариант – 2,5 % (5,5 %) р-р NaCl (4-6 мл/кг) + рефортан 500 мл; второй вариант – в/в 2,5 NaCl (4-6 мл/кг) + рефортан 500 мл + допамин 25 мл/кг/мин; третий вариант – в/в 2,5 % NaCl 4мл/кг + рефортан (стабизол) 500 мл + допамин 2,5 мг/кг/мин + нитроглицерин.

**Г.П. Козинец, Т.К. Каневская, М.В. Мазуренко,  
О.Е. Чечельницкий, К.Г. Козинец**

## **ПРИНЦИПЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМАХ**

*Центр термической травмы и пластической хирургии, КМАПО им. П.Л. Шупика,  
клиническая больница №2, г. Киев*

Электрический ток оказывает повреждающее воздействие на весь организм, проявляющееся судорожным сокращением мышц с потерей сознания, частым нарушением дыхания и сердечной деятельности, в основном, при высоковольтных электротравмах.

Специализированное лечение больных осуществляется в отделении реанимации и интенсивной терапии, независимо от исходных клинических проявлений электротравмы. На основании мониторинга деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной, центральной нервной систем, функции почек, состояния свертывающей системы крови определяются основные направления интенсивной терапии. Если больные с низковольтной электротравмой нуждаются, в большей степени, в ограниченной трансфузионной поддержке, инотропной поддержке, коррекции коагуляционного потенциала крови, то больные с высоковольтной электротравмой нуждаются в полисимптоматической терапии. Интенсивная терапия больных с высоковольтной электротравмой включает в себя:

- противошоковую трансфузионную терапию;
- дыхательную поддержку;
- коррекцию нарушений сердечной деятельности;
- адаптацию свертывающей системы крови;
- коррекцию ацидоза;
- коррекцию катаболических нарушений;
- эффективную детоксикацию;
- профилактику инфекционных осложнений;
- нутриционную поддержку.

Противошоковая терапия при высоковольтных электропоражениях проводится из расчета объема пораженных тканей, общей площади электротермических поражений, общей массы и возраста больного, типа кровообращения (гипер- или гиподинамический) и включает в себя полиэлектролитные бессолевые растворы и изогенные белковые препараты. Одними из основных клинических проявлений высоковольтной электротравмы являются нарушения деятельности сердца. Эти нарушения проявляются в развитии нарушений ритма: пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия, экстрасистолия, трепетание предсердий и, наиболее грозное осложнение – фибрилляция

желудочков. Для профилактики и лечения применяются антиаритмические средства. При развитии пароксизмальной тахикардии назначаются сердечные гликозиды – строфантин или дигоксин, антагонисты кальция – верапамил, панангин. При экстрасистолии применяются лидокаин, кордарон. При развитии фибрилляции желудочков назначается внутривенное введение кордарона, при неэффективности – проводится дефибрилляция желудочков разрядом 5000 вольт 2-3 раза с предварительной подготовкой – введением реланиума и обезболивающих препаратов. После восстановления ритма продолжается введение антиаритмических препаратов с ЭКГ-контролем в течение 2-3 суток.

Применение ранней респираторной поддержки в виде искусственной или вспомогательной вентиляции легких облегчает стабилизацию гемодинамики, улучшает транспорт и потребление кислорода. При поражениях средней степени тяжести целесообразно подключение высокочастотной вентиляции легких, поражения тяжелой степени требуют перевода на искусственную вентиляцию легких при наличии признаков острой дыхательной недостаточности, поражения крайне тяжелой степени требуют перевода на ИВЛ даже без признаков острой дыхательной недостаточности. Ингаляционная травма с поражением дыхательных путей продуктами горения в сочетании с высоковольтной электротравмой является показанием для перевода больных на ИВЛ.

Важное значение имеет коррекция ацидоза в терапии электротермических поражений.

Адаптация системы свертывания крови у больных с электротравмой предполагает коррекцию гиперкоагуляции первой и второй фаз свертывания крови применением гепарина или фраксипарина на фоне заместительной терапии основных ингибиторов АТ-3 и протеина С, переливанием свежезамороженной донорской плазмы (активация системы свертывания приводит к значительному потреблению основных ингибиторов – АТ-3 и протеина С, что может быть одним из факторов риска развития тромбообразования).

Раннее включение в комплекс терапии электротермических поражений нутриционной поддержки основывается на предупреждении развития энтеральной недостаточности больных и инфекционных осложнений (энтерогенной бактериемии и системной воспалительной реакции). Назначение раннего энтерального питания обеспечивает также поддержание гомеостазирующей функции и моторной активности тонкой кишки, регенераторного потенциала слизистой оболочки, уменьшает частоту эрозивно-язвенных ее поражений, замедляет развитие и уменьшает последствия катаболической реакции организма. Эффективная детоксикация достигается проведением базисной трансфузионной терапии из расчета 40-60 мл/1 кг массы больного в сутки, использованием изогенных белковых препаратов крови с высокой лиганд-связывающей активностью, применением эфферентных методов детоксикации (сорбционных, диализных).

Профилактика инфекционных осложнений осуществляется применением антибактериальных препаратов по принципам монотерапии. В ранние сроки



проводятся курсы антибиотикотерапии с использованием аминогликозидов (нетромицин, амикацин), цефалоспоринов II-III поколений (цефамандол, цефуроксим) при отсутствии осложнений со стороны почек, пенициллинов (амоксиклав). В условиях развивающихся ранних инфекционных осложнений целесообразно использование цефалоспоринов III-IV поколений (цефтриаксон, цефепим), карбопенемов, ванкомицина, флюконазола.

Однако, определяющей должна быть хирургическая тактика лечения электропоражений – некро-фасциотомии, фасцио-миотомии, ранние ампутации сегментов конечностей с использованием реваскуляризирующих операций сложными тканевыми комплексами.

УДК616-001.17-089

**О.А. Кудзоев, А.А. Алексеев**

## **КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЦИОНАЛЬНЫХ СРОКОВ И СПОСОБОВ АМПУТАЦИЙ ПРИ ВЫСОКОВОЛЬТНЫХ ЭЛЕКТРООЖОГАХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, Россия*

В течение последних 10-15 лет отмечен значительный прогресс в лечении больных с высоковольтными электроожогами. Вместе с тем, в силу известной специфики данного вида поражений, даже при оказании своевременного и адекватного хирургического пособия, не всегда удается избежать ампутаций конечностей. По данным различных авторов их частота достигает 25-40 %. Достаточно высокая распространенность тотальных некрозов конечностей при высоковольтных электроожогах, наряду с не всегда удовлетворительными непосредственными и отдаленными результатами их ампутаций явились основанием для более предметного изучения этой несомненно актуальной проблемы.

С целью определения оптимальных сроков и способов выполнения ампутаций, нами были изучены результаты комплексного обследования и лечения больных с тяжелыми высоковольтными электроожогами конечностей.

Полученные при клинико-анатомическом и УЗ исследовании данные полностью не укладывались в наиболее распространенное представление о ведущей роли нарушений магистрального кровотока в патогенезе распространенных некрозов мышц при электроожогах. Даже при тотальном поражении конечностей на момент выполнения ампутации артериальный кровоток в магистральных сосудах на большем их протяжении, как правило, был сохранен. В клинико-анатомической картине превалировали тромбозы вен различного калибра и повреждения конечных ветвей питающих мышцы артерий. Поражение самих мышц при этом (даже спустя 2-3 недели после травмы)

носило мозаичный характер без типичных ишемических инфарктов и отчетливой демаркации как в пределах одного фациально-мышечного футляра, так и пораженного сегмента конечности в целом. Результаты проведенных исследований подтверждают современную концепцию о первичном “не сосудистом” генезе некроза мышц при электроожогах. Вместе с тем, очевидно, что клиническое значение сосудистого компонента по мере увеличения давности травмы возрастает и при неадекватном лечении в конечном итоге становится ведущим.

На основании выявленных особенностей высоковольтных электроожогов конечностей мы пришли к заключению о необходимости использования при оказании помощи данной категории пострадавших не выжидательной, а активной хирургической тактики, при которой оперативное вмешательство следует производить до клинической манифестации токсемии, развития местных сосудистых и инфекционных осложнений.

Принимая во внимание отсутствие отчетливой демаркации зоны некроза и недостаточную информативность используемых для ее диагностики методов исследования в большинстве случаях ампутации должна предшествовать тщательная ревизия всех пораженных тканей (при необходимости со срочным гистологическим исследованием анатомических образований, жизнеспособность которых вызывает сомнения). Оперативный доступ к очагу поражения целесообразно осуществлять из продольных некротомных разрезов. На этом этапе операции помимо хорошей визуализации основных сосудисто-нервных пучков пораженной конечности, не менее важно не повредить оставшиеся жизнеспособными (пережившие) ткани и по возможности сохранить все функционирующие вены. Полезными в этой связи могут оказаться данные предоперационного УЗИ сосудов. Учитывая нарушения трофики в поврежденных электрическим током тканях, а также известные трудности связанные с ранней клинической диагностикой их жизнеспособности, необходимо по возможности избегать наложения на оперируемую конечность кровоостанавливающего жгута. Ревизию и последующее удаление нежизнеспособной части конечности целесообразно осуществлять только после проведения под магистральные сосуды провизорных лигатур. Из выявленных в ходе операции жизнеспособных тканей можно препарировав от сосудистой ножки сформировать кожно-мышечный (или мышечный) лоскут и использовать его в последующем для формирования культи или пластического закрытия ран прочей локализации (в т.ч. на противоположной конечности). Девитализированную дистальную часть пораженной конечности необходимо удалять бескровно, единым блоком после окончательной обработки сосудисто-нервного пучка. Лигировать магистральные сосуды при этом следует в пределах здоровых тканей дистальнее места отхождения питающей ножки сформированного из утильных тканей лоскута. Посредством 2-3 наводящих швов последним необходимо закрыть костный опил и закончить операцию рыхлой тампонадой раны салфетками с мазами на ПЭГ основе. При наличии гнойного миелита закрытию костного опила должен предшествовать кюретаж и дренирование костномозгового

канала. Окончателне формування культи целесообразно здійснювати після повного розрешення отека.

При наявності вже розвинутої клініки вlahно́ї гангрену і відповідно крайню тяжелом і нестабільном стані больного слід давати перевагу конусокругової ампутації по Пирогову. Последня, не уступаючи гильотинній ампутації по швидкості виконання, забезпечує можливість достатньо радикального видалення скомпрометованих м'язів проксимального рівня розрізу шкіри (основання конуса) і, що не менш важливо, дозволяє, уникнувши реампутації в подальшому, правильно сформувати культю.

Благодаря своєчасному і дифференційованому застосуванню описаних вище способів ампутацій нам во всіх випадках вдалося достатньо швидко, ліквідувавши основний джерело інтоксикації не тільки зберегти життя хворих, але і забезпечити сприятливі умови для їх подальшої хірургічної реабілітації і первинного протезування.

УДК 617.57/58-001.17-089

**В.В. Солошенко, Н.М. Фісталь**

## **ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ УРАЖЕНЬ НЕРВОВО-М'ЯЗОВОГО КОМПЛЕКСУ КІНЦІВОК ПРИ ЕЛЕКТРООПІКАХ**

*Інститут невідкладної та відновної хірургії АМН України, м. Донецьк*

Електроопік є однією з найтяжчих травм з пошкодженням верхніх кінцівок. Особливої уваги заслуговують високовольні ураження через специфіку їх діагностики та лікування. Даний тип ураження характеризується загибеллю субфасціальних структур – м'язів, нервів, сухожилів. Клініка визначається загибеллю великих масивів м'язів та поразкою судинно-нервових пучків.

У відділі термічних поразок та пластичної хірургії ІНВХ АМН України м. Донецька з 1998 по 2001 рік проведено комплексне дослідження 27 потерпілих з високовольними електроопіками кінцівок. Обстеження складалося з клінічних, інструментальних, електрофізіологічних та морфологічних методик. Всі хворі були чоловічої статі у віці від 7 до 56 років.

При госпіталізації пацієнтів, окрім рутинних досліджень, проводилося вимірювання субфасціального тиску та електроміографія. Підвищення субфасціального тиску більш як 40 мм рт. ст. на нижніх кінцівках і 30 мм рт. ст. на верхніх було об'єктивним критерієм проведення декомпресивної некрофасціотомії та (або) ізольованої фасціотомії. За допомогою голчастої міографії ми отримували інформацію щодо зони загибелі м'язів кінцівки. Дослідження проводили на електроміографі "Reporter" (Біомедика, Італія). Відсутність біоелектричної активності в скелетному м'язі свідчить про його загибель, тому що одним з проявів життєздатності м'язу є біоелектрична активність.

Повторно проводили вимірювання субфасціального тиску при підозрі на розвиток чи прогресування набряку сегмента кінцівки та контролю ефективності операції. Повторне електроміографічне дослідження проводили через 2 доби, тобто після проведення протишокової терапії та декомпресивних операцій. В 3 випадках спостереження зона поразки м'язів поширювалась через розвиток судинних тромбозів. Розвиток тромбозу магістральних судин кінцівок було підтверджено при проведенні ангіографічних досліджень у цих потерпілих. У 25 хворих за даними ЕНМГ об'єм загибелі м'язів зменшувався від 25 до 5 % за рахунок зони перехідного стану м'язової тканини, часткове пошкодження якої електричним струмом характеризувалось одиничними та низькоамплітудними потенціалами рухової одиниці м'язового волокна та наявністю його спонтанної активності. Такі ділянки субфасціальної поразки ми характеризували як зони перехідного стану з частковою загибеллю тканини. Контроль за зоною перехідного стану є, за нашими даними, першочерговим при визначенні рівня та масштабу ранньої некретомії.

При даному типі травми поширеність пошкодження по площі не так суттєва, як об'ємний показник загибелі тканини нервово-м'язового комплексу. Дані інвазивного електрофізіологічного дослідження дозволяють отримати об'ємну картину пошкодження м'язової тканини у зв'язку з тим, що голчастий електрод вводили в уражений сегмент кінцівки в трьох проекціях. Окрім того, враховування об'єму уражених тканин кінцівки має прогностичне значення, дозволяючи корегувати проведення інтенсивної терапії та планування тактики оперативного лікування.

Під час оперативних втручань часто виникала необхідність в додатковому визначенні життєздатності окремих ділянок м'язу. З цією метою вивчали мікроциркуляцію в зоні поразки, використовуючи інтравітальну мікроскопію в прохідному світлі з монокулярним збільшенням в 100 разів. Досліджували судини м'язових фасцій. Джерело світла при цьому розташовували під фасцією. Наявність тромбозів дрібних артерій та вен, запусівання капілярів слугувало несприятливою ознакою, тому пошкоджена ділянка м'язу видалялась.

Для діагностики пошкоджень великих периферійних нервів застосовували також електронейроміографію і досліджували швидкість поширення збудження за руховими нервами кінцівок. Методика досить інформативна, дозволила в 4 випадках визначити життєздатність рухового нерва, хоча візуально та клінічно нерв мав вигляд загиблого. В цих випадках використано пластику дефекта покривних тканин кінцівки повношаровими клаптями. Результати задовільні.

Дані клінічних та інструментальних досліджень зіставлено з даними морфологічних досліджень. Для цього в якості біоптатів брали інтраопераційно три ділянки м'язу та нерва ( в зоні поразки, в перехідній та життєздатній зонах). При зіставленні даних морфологічного, електронейроміографічного та клінічного досліджень відзначено співпадання результатів у 95 % випадків. Таким чином, комплексна діагностика пошкодження нервово-м'язового комплексу при субфасціальних електроопіках підтверджує об'єктивність методу ЕНМГ у визначенні об'єму оперативних втручань.

**Е.Я. Фісталь, К.Г. Селезньов, Н.В. Кабанова, О.Є. Яковлєв**

## **ЗАСТОСУВАННЯ ГІРУДОТЕРАПІЇ ПРИ ПЛАСТИЧНИХ ОПЕРАЦІЯХ ІЗ ПРИВОДУ ЕЛЕКТРООПІКІВ**

*Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України*

В останні роки структура опікового травматизму перетерпіла істотні зміни. Зокрема, за нашими даними, за останні 10 років питома вага електроопіків зросла з 2,7 до 8 %. Збільшилася і кількість ранніх операцій з пересадження складних клаптів і комплексів тканин. Відповідно зросли і вимоги до медикаментозного забезпечення реконструктивних пластичних операцій, спрямованого на профілактику ускладнень післяопераційного періоду. Для повноцінного приживлення складного трансплантата воно насамперед має бути спрямоване на:

- підтримку перфузії на мікроциркуляторному рівні;
- профілактику спазму артерій;
- попередження тромбоутворення;
- поліпшення венозного відтоку з клаптя;
- профілактику інфекційних ускладнень;
- пригнічення ферментів протеолізу та ін.

Існуючі лікарські препарати при їх своєчасному і комплексному використанні здатні досягти поставлених завдань, однак традиційна терапія багатоконпонентна і дорога. Крім того, при високовольтних електроопіках судини реципієнтної та донорської зон пересаджених клаптів можуть бути істотно змінені, що утрудняє проникнення медикаментів у трансплантат і його приживлення.

Як альтернативу медикаментозній підготовці до операцій і в післяопераційному періоді в 24-х хворих з електроопіками IV ступеня використовувалися медичні п'явки. Чоловіків було 21, жінок – 3. У всіх були субфасціальні поразки різної локалізації, що вимагали пересадження шкірно-жирових, шкірно-фасціальних і шкірно-м'язових клаптів.

Підставою для використання методу були дані літератури (Г.І. Никонов, 1998, К.Г. Селезньов 1996, Р.М. Живогляд 1996, F. Markward, 1970), що свідчать про такі механізми впливу секрету слинних залоз медичних п'явок на пересаджувані клапті:

- протитромботичний та бактерицидний ефекти за рахунок гірудина;
- тромболітичний, обумовлений дією специфічного дестабілазного комплексу;
- протизапальний, забезпечуваний інгібіторами протеаз;
- збільшення проникнення тканин за рахунок ферменту гіалуронідази.

Крім того, нерясна кровотеча з ранки від укусу п'явки продовжується від 4-х до 24-х годин, чим досягається тривалий і стабільний дренаж венозної крові. Для виявлення показань до гірудотерапії й оцінки ефективності нами

використовувався метод внутрітканинної полярографії, що відбиває стан мікроциркуляторного русла в досліджуваному сегменті (К.Г. Селезньов, 2000). У роботі був застосований полярограф "Polarographic analyzer PA-2" з відкритим платиновим електродом за методикою А.В. Березовського. Вимір напруги кисню ( $P_{k_2}$ ) реціпієнтної зони робили за 5-7 днів до передбачуваного оперативного втручання. Якщо показник був нижче 20 % (при нормі 30 %, визначеної на 10 здорових добровольцях), проводили профілактичний курс гірудотерапії. П'явок ставили на місце передбачуваного формування клаптя з розрахунку 1 шт. на 10 кв. см шкіри, сеанси проводили щодня. Через 5-7 днів  $P_{k_2}$  обмірювали повторно, при його нормалізації виконувалася операція з переміщення чи пересадження клаптя. У 9-ти випадках клапті були ротаційними з осьовим типом кровопостачання, у 12-ти – ротаційними без осьового кровопостачання, у 3-х – вільними на мікросудинних анастомозах. Через 1 годину після операції оцінювався зовнішній вигляд клаптя, при необхідності вимірювалося  $P_{k_2}$ . Якщо був виражений венозний застій, що виявлялося набряком і ціанозом клаптя, курс гірудотерапії повторювали. П'явок ставили в дистальні ділянки клаптів – у місця найбільшого ціанозу. Усі маніпуляції проводили з дотриманням правил асептики й антисептики, ранку обробляли розчином йоду і закривали стерильною серветкою. У роботі використовувалися п'явки *Hirudo medicinalis* чи "українка", вирощені в штучних умовах російсько-українського центру "Біокон" м. Донецька і використовувані однократно.

Ускладнень, зв'язаних із проведеним курсом гірудотерапії, у тому числі інфекційних, не спостерігали. Не прижили 3 клаптя (1-ротаційний з осьовим кровопостачанням, 2 – на мікросудинних анастомозах) через тромбоз живильної артерії на 1-2 добу після операції. В інших випадках приживлення було повним, крайових некрозів не спостерігали. Дослідження  $P_{k_2}$ , проведене після курсу гірудотерапії, показало збільшення показника на 5-10 %, що свідчить про поліпшення трофіки тканин під дією ферментів медичної п'явки. У післяопераційному періоді зменшення набряку, ціанозу клаптя спостерігали безпосередньо під час сеансу, кровотеча із клаптя була діагностичним критерієм і свідчила про достатнє кровопостачання.

Наш перший досвід застосування гірудотерапії показав, що метод відкриває нові перспективи в пластичній хірургії, оскільки поліпшує показники мікроциркуляції ( $P_{k_2}$ ), дозволяє уникнути поліпрагмазії і зменшує вартість лікування.

### Література

1. Живогляд Р. М. Гірудотерапія при гінекологічних захворюваннях. /Гірудотерапія та гірудофармакотерапія / під ред акад Ніконова Г.І.- М., 1996.- С. 100-105.
2. Ніконов Г. І. Медична п'явка й основи гірудотерапії.- Санкт-Петербург, 1998 – 320 с.
3. Селезньов К. Г. Гірудотерапія в отоларингології. Гірудотерапія при аутотрансплантації /Гірудотерапія та гірудофармакотерапія / під ред акад Ніконова Г. І. – М., 1996. – С. 110-114.
4. Селезньов К. Г. Системна реабілітація хворих на рак гортані: Дис. ... д-ра мед наук. – Київ, 2000.
5. Markward F. Hirudin as an inhibitor of thrombin /Meth. Enzimol. – 1970. – Vol. 19. – P. 924-932.

**В.В. Слинченков, Д.П. Лещов, О.П. Шевченко, Н.И. Литвиненко,  
У.Ю. Вавилова, В.В. Ляпара, И.М. Казаев**

## **ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛОЙ ЭЛЕКТРОТРАВМОЙ**

*Днепропетровский центр термической травмы и пластической хирургии*

Актуальность проблемы общего поражения электротоком высокого напряжения, сопровождающегося электроожогом, обусловлена увеличением количества больных получивших электротравму, большими затратами на лечение, сохраняющуюся высокую летальность и инвалидизацию в молодом трудоспособном возрасте.

В отделении реанимации Днепропетровского центра термической травмы и пластической хирургии находился на лечении 41 больной с тяжелым общим поражением электротоком, сопровождающимся электроожогом III Б-IV степени. 11 больных получили электротравму при попытке хищения работающего высоковольтного электрооборудования. 20 больных получили электротравму на производстве и 10 больных в быту. Средний возраст пострадавших составил  $(32,5 \pm 5,2)$  лет. Тяжесть электротравмы была обусловлена, с одной стороны, общим поражением организма пострадавших электротоком высокого напряжения с прохождением тока по сосудам большого и малого кругов кровообращения, мышечных массивов верхних и нижних конечностей, проводящей системы сердца, тканей лёгких, желудочно-кишечного тракта. С другой стороны, при электротравме, сопровождающейся возникновением вольтовой дуги, увеличивается площадь ожогового поражения тканей пострадавшего вследствие воздействия пламени, что усугубляет состояние больного. Так у 6 пострадавших общему поражению электротоком сопутствовал термический ожог с поражением до 50 % поверхности тела.

В отделении больным, с целью выявления и предотвращения осложнений, проводился мониторинг ЭКГ, сатурации кислородом гемоглобина крови, пульса, среднего АД, биохимические и клинические лабораторные исследования, строгий учет поступившей и выделенной жидкости.

У 80 % пострадавших наблюдались нарушения со стороны системы гемодинамики и развитие признаков полиорганной недостаточности, выражающиеся в снижении  $\text{SpO}_2$ , увеличении АЛТ, АСТ, повышении продуктов азотистого обмена, снижении диуреза.

В комплексную терапию острого периода включался дофамин в режиме умеренных доз, блокаторы кальциевого тока, пентоксифиллин, проводилась метаболическая поддержка. После восполнения дефицита ОЦК, стабилизации гемодинамики и купирования признаков полиорганной недостаточности больным проводились ранние некрэктомии, с последующим оперативным лечением глубоких ожоговых ран.

Выводы. 1. Электротравма является серьёзной социально-медицинской проблемой, сопровождающейся высокой летальностью и инвалидизацией молодого трудоспособного населения. 2. Круглосуточный мониторинг основных показателей гомеостаза позволяет своевременно выявить и купировать развитие осложнений. 3. Включение в терапию с первых часов после получения тяжёлой электротравмы блокаторов кальциевого тока на фоне улучшения микроциркуляции пентоксифиллином и инотропной поддержке дофамином в режиме умеренных доз позволяет предупредить развитие тяжёлых осложнений со стороны гемодинамики и почек. 4. Стабилизация системы гемодинамики пострадавшего с адекватной волемической поддержкой позволяет произвести ранние некрэктомии с последующим этапным оперативным лечением глубоких повреждений и снизить летальность на 19,4 %.

УДК 616-001.17

**Е.Н. Клигуненко, В.В. Слинченков, Д.П. Лещов,  
Э.В. Сотникова, Е.В. Буланенко, С.А. Жорняк, А.Б. Кузнецов**

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛУЮ ЭЛЕКТРОТРАВМУ**

*Днепропетровский центр термической травмы и пластической хирургии*

Общее поражение электротоком с сопутствующим электроожогом в первые часы после травмы приводит к выраженному нарушению гомеостаза пострадавшего. Развивается ранняя полиорганная недостаточность требующая активной интенсивной терапии.

Ранние некрэктомии можно проводить только после относительной стабилизации состояния больного (восполнение ОЦК, формирование умеренно гипердинамического типа кровообращения без нарушения ритма сердца, удовлетворительных показателей функции почек). В то же время ранние некрэктомии и последующие этапные операции немыслимы без квалифицированного анестезиологического обеспечения и продолжения поддерживающей интенсивной терапии во время оперативного вмешательства.

За 2 года в Днепропетровском центре термической травмы и пластической хирургии 37 больным с тяжелой электротравмой проведено 80 операций (ранние некрэктомии, перевязки крупных сосудов, ампутации, этапное оперативное лечение глубоких повреждений) под общим обезболиванием.

Препараты, применяемые для обезболивания у данной категории больных не должны угнетать дыхание, отрицательно влиять на гемодинамику и функцию почек.

Наиболее оптимальным вариантом является проводниковое обезболивание, которое обладая мощным антиноцицептивным действием практически



не влияет на гомеостаз пострадавшего. К сожалению, в большинстве случаев, из-за анатомического расположения полученных ран, данный вид обезболивания провести невозможно. Мы использовали проводниковое обезболивание только у 3 больных.

Одним из наиболее широко применяемых методов обезболивания является программированное внутривенное обезболивание на основе оксибутирата натрия с использованием по показаниям кетамин или фентанила и премедикацией диазепамом, которые обладают кардиотоничным эффектом. Программированное обезболивание можно проводить с ИВЛ и без ИВЛ. Показанием к ИВЛ является длительность оперативного вмешательства свыше 1 часа, планируемая массивная кровопотеря, снижение  $Spk_2$  ниже 90 %, использование больших доз фентанила. Программированный внутривенный наркоз с ИВЛ мы применили у 4 больных. В остальных случаях использовали программированный внутривенный наркоз с подачей кислорода через маску наркозного аппарата. Во всех случаях во время наркоза проводился мониторинг  $Spk_2$ , ЧСС, АД, диуреза.

В течение обезболивания больным с тяжелой электротравмой продолжалась активная интенсивная терапия по предупреждению развития и углубления полиорганной недостаточности. Инфузионно-трансфузионная поддержка включала солевые сбалансированные растворы, растворы гидроксипроксиэтилкрахмала, при необходимости – препараты крови. Для поддержания умеренно гипердинамического типа кровообращения, улучшения почечного кровотока и умеренной стимуляции диуреза вводился допамин в дозе 2,5 мкг/кг веса. В премедикацию включался дексаметазон.

Выводы. 1. При выборе метода обезболивания необходимо учитывать его влияние на гемодинамику, дыхание и функцию почек. Предпочтение следует отдавать методикам, не оказывающим отрицательного влияния на гомеостаз пострадавшего. 2. Во время оперативного вмешательства следует продолжать мониторинг основных показателей гомеостаза с продолжением интраоперационной интенсивной терапии, которая влияет на безопасность оперативного вмешательства и последующее благоприятное течение болезни.

УДК 616-001.17

**І.П. Біжко, С.В. Слесаренко, Ю.В. Криничний,  
О.М. Прокопенко, І.В. Захарова**

## **НАШДОСВІДЛКУВАННЯ ЕЛЕКТРОТЕРМІЧНИХ УРАЖЕНЬ**

*Дніпропетровська державна медична академія, Дніпропетровський центр  
термічної травми та пластичної хірургії*

Проблема хірургічного лікування хворих з електротермічними ураженнями є актуальною у зв'язку зі збільшенням даної категорії травм, високої

летальності та інвалідизації значної кількості пацієнтів. Останнє потребує від науковців аналізу лікувальної тактики, пошуку оптимальних варіантів хірургічних втручань, попередження ранніх та пізніх ускладнень.

За період 2000-2001 р. в Дніпропетровському центрі термічної травми та пластичної хірургії перебувало на спеціалізованому етапі лікування 37 хворих з електротермічними опіками, серед яких було 32 чоловіки та 5 жінок. Тільки 10 пацієнтів (27 %) одержали травму на підприємстві, останні (27 хворих) – у побутових умовах. При цьому абсолютна більшість – 72,9 % були працездатного віку, підлітки склали 16,2 %, а старша вікова група складала 10,9 %.

В перші 24 години в центр госпіталізовано 15 хворих (40,5 %), останні – 22 переведені з інших лікувальних установ області у строки з другої до тридцяті доби, в середньому на 5 добу після травми, що в деякій мірі впливало і на вибір хірургічної тактики. Останню з урахуванням термінів травми вирішувала площа та глибина пошкоджень, локалізація, стан хворого, функція життєво важливих систем і органів.

Найчастіше спостерігалися ураження верхніх кінцівок та голови. Так, у 4 пацієнтів були тотальні пошкодження верхніх кінцівок, у 11 – муміфікація тканин кистей з ушкодженням ліктьових суглобів та аксиллярних западин і у 8 – пошкодження окремих пальців поряд з ділянками некрозу в області ліктьового та плечового суглобів. Перелічені пошкодження у 18 хворих комбінувались з глибокими ураженнями голови. Крім того, ураження струмом призводило до появи комбінованих уражень. Натовк тканин – у 26, перелом ребер – у 2, рани механічного походження – у 4 випадках.

Головними принципами лікування цих хворих були: по-перше – раннє хірургічне втручання з метою адекватного дренивання, декомпресії та висічення некротичних тканин, що попереджувало розвиток ендотоксикозу та вторинні місцеві зміни; по-друге – максимальне збереження довжини кукси для сприятливого протезування, соціальної адаптації та функціональної реабілітації.

Особливостями некротомій у цих випадках було те, що розсікались не тільки некротичні тканини, але й патологічно незмінена шкіра в проксимальному та дистальному напрямках з обов'язковою фасціотомією, дрениванням м'язів до судинно-нервових утворень.

Стабілізація гемодинаміки та загального стану пацієнтів після 3 доби дозволяла проводити об'ємні радикальні оперативні втручання. Ампутації кінцівок виконані у 4, сегментів кінцівок – у 11, пальців – у 6 випадках. При виконанні цих операцій максимально зберігали життєздатні тканини, використовуючи їх для прикриття судин, нервових стягів, суглобів, закриття ран та формування опорної кукси. Для пластичного закриття ран в області ліктьового та плечового суглобів використовували місцеві шкірно-підшкірно-фасціальні невідільні клапті. Для закриття ран в ділянці кисті та передпліччя частіше використовували віддалені невідільні клапті з передньої черевної стінки та спини – італійська пластика. При хірургічному закритті глибоких уражень області черепа, як правило, зону остеонекрозу закривали одним чи двома

ротаційними клаптями на живлячих ніжках або мостоподібним клаптем на двох ніжках. При значному дефіциті тканин волосної частини голови в перший тиждень після травми формували на передній поверхні грудної клітки стеблину Філатова.

Всього 37 хворим з електроураженнями було виконано 142 операції. Ранні хірургічні втручання, терміном до 5 діб, виконані у 27 пацієнтів. Здійснено 46 органозберігаючих реваскуляризуючих операцій, серед яких: італійських пластик – 33, пластик стеблиною Філатова – 4, пластик місцевими тканинами – 9. Пересадка розщепленого клаптя (графтінг) проведена у 37 випадках.

Доцільність обраної нами тактики лікування хворих з електротер-мічними ураженнями підтверджується і даними з літературних джерел (1,2,3).

Висновки. Ранні хірургічні втручання в комплексі з пластичними реваскуляризуючими та органозберігаючими операціями попереджують розвиток прогресуючого некрозу і ендотоксикозу, суттєво прискорюють підготовку ран до етапного пластичного закриття, скорочують терміни стаціонарного лікування.

#### **Література**

1. Гусак В.К., Фісталь Е.Я., Барінов Е.Ф., Штутін О.А. Термічні субфасціальні поразки. Монографія. Видавництво “Донеччина”, Донецьк, 2000 р.- 192 с.
2. Самойленко Г.Е., Солошенко В.В., Фісталь Н.М. Ранні ампутації в обпечених /Шпитальна хірургія, 1999.- № 4.- С. 68-71.
3. Самойленко Г.Е. Раннее комплексное хирургическое лечение пострадавших от субфасци-альных электроожогов/Вестник неотложной и восстановительной медицины.- 2000.- Т., 31.- С. 10-13.

УДК 616 – 001.17:621.36

**В.І.Нагайчук, В.О.Зеленько, М.Б.Присяжнюк,  
А.М.Поворозник, О.О.Смелянський**

## **РАННЄОПЕРАТИВНЕЛІКУВАННЯХВОРИХЗЕЛЕКТРО- ТЕРМІЧНИМИТАТЕРМОЕЛЕКТРИЧНИМИУРАЖЕННЯМИ**

*Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова*

Не дивлячись на значні успіхи, досягнуті в лікуванні обпечених, проблема електротермічних уражень залишається невирішеною до теперішнього часу. Якщо в 1879 р. у Франції був описаний перший випадок смерті від високовольтного струму (4), то на сьогодні в Німеччині щорічно гине 400-450, а в США біля 2000 чоловік (3). Частота уражень електричним струмом за даними різних авторів складає 1-8 % від усіх опіків (1,3), а в групі з глибиною ураження IV ступеня електротравми навіть вийшли на перше місце (1).

За 1997-2001 рр. у відділенні лікувався 71 (2,8 %) хворий з електротермічною травмою, із них 15 (21,1 %) жінок. Дітей було 30 (42,3 %), в тому

числі жіночої статті 8 (26,7 %) та дорослих 41 (57,7 %), із них 7 (17 %) жінок. 24 (33,8 %) хворих отримали високовольтні опіки, всі чоловічого роду, в тому числі і 9 (37,5 %) дітей. Оперовано 67 (94,4 %) хворих. Їм проведені такі операції: італійських пластик 21 (30,9 %), індійських пластик 18 (26,5 %), некретомій 11 (16,2 %), ампутацій кінцівок на різних рівнях 8 (11,8 %), некретомій з відстроченою аутопластиком 7 (10,3 %), ранніх некретомій з ксенопластиком + аутопластика 2 (2,9 %), ранніх некретомій з одномоментною аутоксенопластиком 1 (1,4 %).

Із 15 жінок, які отримали електротравму, оперовано 10 (58,8 %). Їм проведено італійських пластик 5 (29,4 %), некретомій 3,0 (30 %), аутопластик 2 (11,8 %).

Чоловіків оперовано 54 (96,4 %). В структурі оперативних втручань на першому місці індійська пластика 18 (29,1 %), потім італійська пластика 16 (25,8 %), ампутація кінцівок 8 (12,9 %), некретомія 8 (12,9 %), некретомія з відстроченою аутопластиком 7 (11,3 %), аутопластика 2 (3,2 %), рання некретомія з ксенопластиком + аутопластика 2 (3,2 %), рання некретомія з одномоментною аутоксенопластиком 1 (1,6 %).

Із 30 дітей, що отримали опіки, оперовано 27 (90,0 %). Виконано 11 (39,3 %) італійських пластик, 6 (21,4 %) індійських пластик, 6 (21,4 %) некретомій, 3 (10,7 %) некретомії + аутопластика, 1 (3,6 %) ампутація, 1 (3,6 %) рання некретомія + аутоксенопластика.

Доопераційний період хворих з електротермічними опіками 3,5 дні, з високовольтними ураженнями 2,0 дні, низьковольтними 4,1 дня. Середнє перебування хворого на ліжку 44,0 дні, з високовольтними ураженнями 57,1 дня, з низьковольтними 38,1. Померло 4 (5,6 %) хворих, всі дорослі чоловіки.

З термоелектричними ураженнями за 1997-2001рр. лікувалось 26 хворих, в тому числі 2 (7,7 %) дітей. Чоловіків 24 (92,3 %), жінок 2 (7,7 %). 23 (88,5 %) хворих отримали низьковольтні термоелектричні ураження, 3 (11,5 %) високовольтні. Оперовано 18 (69,2 %) обпечених. Їм проведено 8 (44,4 %) некретомій, 8 (44,4 %) ранніх некретомій з одномоментною ксенопластиком, 1 (5,6 %) некретомія з відстроченою аутопластиком і 1 (5,6 %) рання некретомія з одномоментною аутоксенопластиком.

Доопераційний ліжко-день 2,7 дня, при високовольтних термоелектричних ураженнях 4,7 дня, низьковольтних 2,4 дня. Середнє перебування хворих на ліжку 16,4 дня, з високовольтними термоелектричними опіками 29,3 дня, низьковольтними 14,7. Померлих від термоелектричних опіків не було.

До 2000 року хворих з електротермічними та термоелектричними ураженнями лікували традиційними методами: некретомія, некретомія з фасціотомією, некретомія із закриттям рани ротаційними клаптями на живильній ніжці, пересадка аутодермотрансплантатів на гранулюючі ранові поверхні, ампутації кінцівок на різних рівнях. При чому, в періоді опікового шоку проводили тільки некретомію, некретомію з фасціотомією та ампутації кінцівок на різних рівнях.

Починаючи з 2000 року всі оперативні втручання проводимо на другу-третю добу після травми за винятком некротомії та некротомії з фасціотомією, які виконуємо в першу добу після травми з метою збереження кінцівок. При дефектах м'яких тканин голови з оголенням кісток черепа некротомію з одномоментним закриттям рани ротаційним шкірно-жировим клаптом на живильній ніжці проводили після виходу хворого з опікового шоку та стабілізації серцево-судинної діяльності.

При низьковольтних електричних ураженнях виконували ранню некротомію (2-3 добу після травми) з одномоментним закриттям рани шкірно-жировим трансплантатом за італійським чи індійським методами, аутодермотрансплантатами, ксенодермотрансплантатами чи в їх комбінації. Проблем по збереженню кінцівок при низьковольтних електричних ураженнях практично не виникало.

При високовольтних електричних ураженнях, як правило, перед нами поставало завдання збереження кінцівок. Чисто некротомію чи некротомію з фасціотомією проводили в першу добу після травми. Некротомію з ревізією уражених м'язових масивів проводили на другу-третю добу, після відносної стабілізації серцево-судинної діяльності. Ділянки ран з ураженням глибоких структур закривали в основному методом італійської та індійської пластики. Рани з ураженням в межах шкіри, підшкірної клітковини закривали аутодермотрансплантатами, ксенодермотрансплантатами чи в їх комбінації. В 33,3 % випадків після ревізії ран оперативні втручання закінчувались ампутацією кінцівок.

Термоелектричні ураження оперували на другу-третю добу після травми, виконуючи при цьому ранню некротомію з одномоментним закриттям ран ксенодермотрансплантатами, аутодермотрансплантатами чи в їх комбінації.

В результаті раннього оперативного лікування хворих з електротермічними опіками доопераційний день скоротився з 3,5 до 2,4 дня. У хворих з термоелектричними опіками з 4,3 до 1,5 дня. Середнє перебування хворого в ліжку з електротермічною травмою скоротилось з 53,1 до 48,6 дня, при термоелектричному ураженні з 19,5 до 16,4 дня. Косметичні та функціональні результати у хворих після ранніх оперативних втручань були значно кращими, особливо у групі з термоелектричними ураженнями.

#### **Література**

1. Гусак В.К., Фисталь Э.Я., Баринов Э.Ф., Штугин А.А. Термические субфасциальные поражения. – Д: Ин-т неотл. и восст. хир. АМН Украины, 2000. – 191 с.
2. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г., Ожоги. – Санкт-Петербург: Спецлит., 2000. – 488 с.
3. Рудовский В., Назиловский В., Зиткевич К. Теория и практика лечения ожогов (пер. с англ.) – М.: Медицина, 1980. – 375 с.
4. Lick R.I., Schlafer H., Balser K.Ker., Elektrounfale. – Padiatr. Praxis, 1971, 10, 255-270.

**І.В. Дранко, В.І. Мороз, С.В. Смирний, О.П. Чеботарьов****ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯХВОРИХЗЕЛЕКТРООПІКАМИ***м. Миколаїв*

Останніми роками у Миколаївській області структура опікового травматизму змінилась у бік значного збільшення кількості хворих з глибокими та поширеними опіками, отриманими внаслідок електротравм. Причинами електротравм, у більшості випадків, були високовольтні пошкодження від ліній електропередач та незахищених джерел промислової електрики.

За період з 1999 по 2001 рік, у відділення термічної травми та реконструктивної хірургії м. Миколаєва, було госпіталізовано 83 хворих з електроопіками: дітей – 13; виробничих – 7; з високовольтною електротравмою – 35.

Вік хворих складав від 1,5 року до 68 років. Хворі з високовольтною електротравмою отримали глибокі опіки різноманітної локалізації та площі, що викликало потребу у використанні оперативних методів лікування. З моменту госпіталізації хворим проводилась протишокова терапія з обов'язковим моніторингом функцій життєво важливих органів. При поширених та глибоких електроопіках, з метою визначення глибини ураження, прискорення відторгнення некротичних тканин, хворим виконували міофасціото-мію у перші 6-24 години після госпіталізації. Рани після міофасціотомії обробляли 3 % розчином перекису водню, 0,05 % розчином калію перманганату, 10 % розчином натрію хлориду, дренивали рани марлевими турундами з мазями на гідрофільній основі. Рани з ділянками вологого некрозу присипали сорбуючою сумішшю, складеною з порошку гіпсу, активованого вугілля, антибіотика з сульфаніламідом, тальку, окису цинку та ксероформу. Суміш перед використанням прогрівалася у сухожаровій шафі. Також, для місцевого лікування використовували пов'язки з сучасними рановими антисептиками – йодповідном, йодобаком, бетадіном. Всього виконано 12 міофасціотомій.

Хворим, без ознак опікового шоку, терміном 24-48 годин після госпіталізації, виконували ранню некректомію з ксено- або аутопластиком. При тяжкій та вкрай тяжкій електротравмі, зазначені методи оперативного втручання виконувались після виведення хворого з шокowego стану та з обов'язковою наступною адекватною медикаментозною підтримкою. З 1999 по 2001 рік призведено 17 ранніх некректомій та 16 ранніх некректомій з ксенопластиком.

При тотальних ураженнях кінцівки чи її сегментів проводили ультразвукову доплероманометрію апаратом "Спектротон-3", котра дозволила адекватно визначити рівень ампутації.

У випадках глибокого ураження плечового суглоба та надпліччя, нами проводилась перев'язка підключичевих артерій. Показниками до виконання ампутації кінцівки ми вважали повну деструкцію всіх тканин, без надії на

їхнє відновлення; у випадках, коли ампутація була життєзберігаючою операцією, з метою попередження розвитку ниркової недостатності; при наявності артеріальної кровотечі з уражених магістральних судин, після лікування яких почалася гангрена. За останні 3 роки нами виконано 23 ампутації кінцівок та 5 перев'язок магістральних судин.

При глибоких ураженнях кистей ми виконували некректомію з ксено- або аутодермопластиком у перші 24-48 годин після госпіталізації. При ураженні суглобів кисті проводили пластику місцевими тканинами, італійську пластику або пластику стеблом Філатова. З 1999 по 2001 рік у відділенні виконано 9 пластик місцевими тканинами, 3 комбінованих пластики та 92 аутодермопластики.

Приклад: хворий В., 53 роки, госпіталізований у відділення 15.06.2000 р. Діагноз: Опікова хвороба. Високовольтна електротравма 52 (35) % 3 АБ-4 ст. голови, шиї, тулуба, верхніх кінцівок. Вкрай тяжкий опіковий шок. Травма виробнича, під час проведення електромонтажних робіт отримав ураження під напругою біля 3000 вольт. З моменту госпіталізації, після передопераційної підготовки, проведена некротомія в ділянках грудної клітки та верхніх кінцівок. У подальшому періоді хворому було виконано 5 некректомій на площі до 40 %, 1 міофасціотомія, 10 ксенопластик (використано 9100 см<sup>2</sup> ксеношкіри), 9 етапних аутодермопластик на площі 3390 см<sup>2</sup>, ампутація лівої верхньої кінцівки, енуклеація правого ока. Хворий виписаний на 81-у добу з подальшою реабілітацією в санаторії "Авангард".

Таким чином, раннє використання хірургічного втручання сприяє більш повному відновленню втрачених функцій, попереджує розвиток ускладнень, що дозволило скоротити тривалість перебування хворого на ліжку з 58,2 у 1999 році до 50,3 ліжко-днів у 2001 році. Вважаємо, що рання некректомія з ксено- або аутодермопластиком є методом вибору у лікуванні хворих з електротравмою.

УДК 616-001.17-089

**М.З. Казимірко, Б.В. Петрюк, М.В. Малейкий, А.І. Скицько,  
І.Є. Семенюк, І.В. Дригібко, В.В. Проняєв**

## **ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯЕЛЕКТРИЧНИХОПІКІВ**

*Буковинська державна медична академія, лікарня швидкої медичної допомоги,  
м. Чернівці*

У Чернівецькому опіковому центрі на стаціонарному лікуванні перебувало 123 хворих із електричними опіками (ЕО). Ураження низьковольтним електричним струмом (220-380 В) мали місце у 105 (85,4 %), високовольтним

(6000-10000 В) – у 18 (14,6 %) хворих. У постраждалих від низьковольтного струму, в тому числі під напругою 220 В, ми спостерігали ЕО не тільки III А-Б ст., а й IV ст. У 17 (13,8 %) постраждалих ЕО поєднувалися з термічними опіками, частіше полум'ям, або з механічними травмами. Ураження струмом нерідко поєднувалося з гострими порушеннями серцевої діяльності.

У 44 (29,9 %) хворих ЕО III А-II ст. або з незначними за площею ділянками III Б ст. загоїлись без хірургічного втручання.

Оперативне лікування застосовано у 88 (70,1 %) хворих з ЕО. З них у 80 (90,1 %) спочатку проводили консервативне лікування, спрямоване на зменшення розвитку вторинного некрозу, прискорення очищення ран від некротичних тканин і попередження інфекційних ускладнень. Поряд із традиційними лікарськими засобами, хімічним некролізом та етапними некректоміями ми успішно використовували внутрішньотканинний електрофорез антибактеріальних препаратів. Переважно через 3-4 тижні після опіку гранулюючі рани закривали дерматомними трансплантатами. У 22 хворих рани з оголеними глибокими структурами ліквідовані шкірно-жировими трансплантатами на живильній ніжці.

Рання некректомія при ЕО III Б-IV ст. на 3-10 добу з одномоментною чи відстроченою аутодермопластиком або пластиком шкірно-жировими клаптями проведена у 8 (9,9 %) хворих із заживленням ран строком до 4 тижнів. Після проведеного лікування спостерігали добрий функціональний та косметичний ефект.

При 77 операціях аутодермопластики у 65 хворих з ЕО використана підкладка для дерматомів (МЗ. Казимірко, патент України на винахід № 32660 А). За допомогою підкладки механічними або електричними дерматомами зрізали трансплантати з зяючими вікончастими перфораціями і залишали при цьому на донорських ранах множинні острівці повношарової шкіри. Приживлення трансплантатів після 70 операцій було повним, після 6 – на площі більше 90 %. Підкладка забезпечувала адаптацію трансплантатів до країв ран без фіксації швами, зменшувала травматичність і тривалість операцій, розширила показання до застосування клаптів більшої товщини (0,4-0,6 мм) при ЕО функціонально важливих локалізацій.

Для профілактики розвитку контрактур і патологічних рубців проводили тривалу переривчасту гіпсову іммобілізацію, головним чином на кистях у дітей.

З приводу високовольтних ЕО кінцівок виконано 9 ампутацій (плеча – 5, у тому числі 1 при ускладненні анаеробною гангреною, передпліччя – 1, голіжки – 2, стопи – 1). Показання до ампутації визначали з урахуванням даних фасціотомії.

Трьом хворим з ЕО кисті на 3-4 тижні після травми на рани II-х пальців з оголеними сухожилками згиначів з успіхом пересадили шкірно-жирові клапті з III-х пальців, а у двох хворих з обвугленням сухожилків і ураженням проксимальних міжфалангових суглобів II-х пальців кисті на 6 тижні після



ЕО рани ліквідовані стеблом Філатова і в подальшому створений анкілоз у функціонально вигідному положенні. Хворому з глибоким “напівманжетковим” некрозом передпліччя оголені кістки на 30 добу після ураження закриті мостоподібним клаптем попереку, який реваскуляризував променеву кістку, але не попередив тотальну секвестрацію ділянки ліктевої кістки. У іншого постраждалого під прижиклим ротаційним клаптем секвеструвалася зовнішня пластинка тім'яної кістки.

У чотирьох хворих із високовольтними ЕО голови ІV ст. при фрезовій остеотомії виявлено змертвіння зовнішньої пластинки та поверхневих шарів глибокої тканини кісток склепіння черепа. На 4-7 тижні після травми проведені тангенційні остеонекректомії і без очікування грануляцій рани заміщені шкірно-жировими клаптями (рани тім'яної та скроневої ділянок – дермотензійним та ротаційним клаптями, рани в ділянці чола – стеблами Філатова). Ще у одного хворого на 68 добу після ЕО при фрезовій остеотомії тім'яної кістки було виявлено її змертвіння до внутрішньої пластинки. Цілість останньої не порушували, остеонекректомію не робили. Через 5 місяців відійшов наскрізний секвестр склепіння черепа. Гранулююча рана була закрита стеблом Філатова.

Двом хворим з ЕО ІV ст. тім'яної та скроневої ділянок без клінічних ознак глибокого остеонекрозу на 25 і 31 добу після травми оголені кістки закриті мостоподібним та ротаційним клаптями, котрі прижили без ускладнень.

Таким чином, при ЕО ІІІ Б ст. кращі результати отримані нами після раннього оперативного лікування з відновленням шкірного покриву дерматомними трансплантатами більшої товщини, зрізаними з зяючими перфораціями, а при ЕО ІV ст. з оголенням підлежачих структур – після раннього заміщення ран живлячими шкірно-жировими клаптями з використанням у сумнівних випадках діагностичної фрезової остеотомії.

УДК 616-001 21-08 (477)

**О.К. Тимченко, С.В. Коркунда, Т.Г. Григор'єва, В.В. Пасічник,  
А.М. Літовченко, А.А. Цогоєв**

## **ВІДНОВЛЮВАЛЬНЕ ЛІКУВАННЯ НАСЛІДКІВ ЕЛЕКТРОТЕРМІЧНИХ ОПІКІВ ЛИЦЯ, ШИЇ, ВОЛОСЯНОЇ ДІЛЯНКИ ГОЛОВИ**

*м. Харків*

Новим підходом до реабілітації потерпілих від глибоких опіків обличчя, шиї та склепіння черепа в гострому періоді травми є технологія інтенсивної дермотензії, при реалізації якої вирішується завдання як реваскуляризації зони ураження, так і досягнення остаточних анатомо-функціональних і естетичних результатів. Крім того, дермотензія є методом вибору для усунення

рубцевих деформацій шиї (РДШ) і рубцевих алопецій (РА) різного генезу. Також відомо, що відсоток післяопераційних ускладнень при дермотензії в цих зонах залишається високим — до 22-31 %, що на нашу думку, обумовлено морфофункціональними особливостями шкіри обличчя, шиї і голови людини, що визначають інші параметри, оперативну тактику, технологію ведення дермотензії, які відрізняються від таких при розтяганні гладкої шкіри, що і визначило мету роботи.

На підставі виконаних різнопланових досліджень і клінічних спостережень отримані результати, які дозволили оптимізувати тактику відновлювального лікування наслідків електротермічних пошкоджень вказаної локалізації:

1. Вивчені морфофункціональні особливості гладкої шкіри обличчя, шиї, волосяної ділянки голови і структури придатків шкіри (волосяні фолікули) в інтактних і розтягнених (дермотензійних) ділянках при реалізації дермотензії різної інтенсивності. Доведена принципова можливість інтенсифікації процесу в цих анатомічних зонах.

2. Розроблені оперативно-тактичні прийоми втручань, в тому числі і оригінальні, які дозволяють суттєво підвищити якість оперативної реабілітації осіб з наслідками електротермічних пошкоджень в зоні голови.

3. Оптимізовано методики відновлення втрачених повік, брів, вушних раковин, мікростомій на підставі їх спеціальної фіксації.

4. Розроблена клінічна класифікація РА, що налічує шість основних показників: етіологія, площа, чисельність ділянок, форма і анатомічна локалізація алопецій, збереження лінії росту волосся, яка дозволяє здійснити вибір оптимальної методики хірургічного втручання.

5. Розроблено прижиттєвий експрес-метод діагностики стану волосяного покриву голови людини в ході дермотензії, який дає можливість прогнозування вірогідних ускладнень та їх наслідків, в тому числі і у віддаленому періоді, на підставі мікрофотометрії.

6. Клінічне втілення і використання розроблених технологій у більш як 150 пацієнтів забезпечили досягнення відмінних і добрих результатів у переважної більшості хворих.

**Т.Г. Григор'єва, Г.А. Олійник, О.К. Тимченко, Ю.І. Ісаєв,  
Е.Г. Цигельницький, В.М. Кім, Ю.І. Вінніков, Є.І. Новохатній**

## **ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ ЕЛЕКТРООПІКІВ РІЗНОЇ АНАТОМІЧНОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ**

*м. Харків*

Численними клінічними спостереженнями переконливо доведена висока ефективність операцій реваскуляризації при глибоких опіках, у тому числі і електротермічних, які дозволяють зберегти життєздатність кісток, суглобово-зв'язкового апарату, забезпечити відновлення повноцінного шкірного покриву, істотно скоротити число ампутацій і екзартикуляцій, тим самим зменшити інвалідизацію потерпілих (М.Ю. Повстяной, 1991; Е.Я. Фісталь, 1999).

Успішність оперативного втручання багато в чому залежить від правильно обраного методу оперативного втручання, тобто, способу невідільної шкірної пластики і термінів його виконання з моменту одержання термічної травми.

У даній роботі представлені результати лікування 183 потерпілих з опіками різного генезу і локалізації, яким виконані 202 операції невідільної шкірної пластики з метою реваскуляризації глибоких анатомічних структур.

У 111 хворих мали місце електроопіки, у 26 – контактні опіки розпеченими металевими предметами, у 46 – опіки полум'ям. Серед потерпілих превалювали чоловіки – 121 пацієнт, вік яких коливався від 9 місяців до 66 років, до 14 років було 52 дитини.

Постраждалими були виконані наступні види оперативних втручань: пластику ротаційними одно- і дводольними клаптями – 76 операцій, пластику мосто-подібними клаптями – 12 операцій, “італійська” пластика – 36 операцій, пластику місцевими тканинами (трапецієподібними і трикутними клаптями) – 32. У 27 хворих з остеонекрозами волосяної частини голови, при яких можлива реваскуляризація терміном до 3 міс. з моменту травми, були використані клапті, отримані методом дермотензії.

По локалізації реваскуляризація проводилася в наступних анатомічних зонах: волосяна частина голови – 66 потерпілих, обличчя – 11, тулуб – 18, верхні кінцівки – 52, нижні кінцівки – 36 хворих.

Найбільш успішні результати отримані при ревакуляризації волосистої частини голови (дермотензія, ротаційні і мостоподібні шматки). У всіх хворих досягнута основна мета операції; у 7 хворих спостерігали крайовий некроз клаптів, який був усунутий невеликими повторними втручаннями (вторинні шви, вільна шкірна пластика). Найуспішнішими були операції дермотензії, які дозволяють одержати кінцеві результати вже на превентивному етапі лікування, відновити втрачене волосся. Питання про тривалість вирощування дермотензійного матеріалу може бути зняте при використанні інтенсивної технології дермотензії.

Складне завдання становить реваскуляризація пальців кистей, особливо при їх тотальному ураженні. Якщо використання невільних клаптів шкіри з сусідніх пальців практично завжди успішні, то у 2-х випадках у дітей, коли після скелетизації пальці були імплантовані в підшкірну клітковину передньої черевної стінки, мав місце асептичний лізис фаланг, виявлений під час 2-го етапу оперативного втручання. Крім того, в ділянці пальців кисті товсті шкірно-жирові і шкірно-підшкірно-фасціальні клапті, навіть у випадку їхнього приживлення і збереження анатомічних структур дають незадовільний косметичний і функціональний результат і вимагають наступної тривалої реконструктивно-відновлювальної корекції.

Таким чином, операції шкірної пластики, виконувані з метою реваскуляризації, забезпечують схоронність анатомічних структур і функції ураженого сегмента, але вони повинні ретельно плануватися в виборі оптимального методу пластики для оптимізації безпосереднього і віддаленого результату хірургічного втручання.

УДК 616-001.17-089

**О.Н. Коваленко, П.П. Сокур, М.В. Арутюнян**

## **ЛЕЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОПОРАЖЕНИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

*Национальный медицинский университет им. А.А.Богomoльца,  
Центр термической травмы и пластической хирургии, г. Киев*

Электропоражения грудной клетки встречаются у 0,5 % пострадавших от электротравм. Однако они отличаются особой тяжестью и трудностью лечения.

Первичное поражение возникает при непосредственном повреждении электротоком всех слоёв грудной стенки: мягких тканей, ребер, плевры. Затем развивается вторичное поражение, причиной которого является повреждение кровеносных сосудов и прогрессирующий тромбоз в течение нескольких последующих за травмой дней. Но в ране развиваются и третичные процессы – это, так называемый “компаратмент” – синдром, в результате сдавления некротическими тканями нервных окончаний, мышц, сосудов под напряжённым фасциальным покрытием.

В результате воспалительного процесса и присоединившейся инфекции в тканях развиваются повреждения.

В зависимости от тяжести и характера травмы возможно две тактики в ее местном лечении.

Во-первых, это традиционная выжидательная тактика и консервативное лечение, которое состоит из подсушивания струпа, применения антибиотиков, переливания компонентов крови и проведения всего комплекса медикаментозной терапии. Смысл такой тактики заключается в том, чтобы дать возможность

отграничиться процессу на тот случай, если образуется полный дефект грудной стенки. В этом случае при отторжении некроза тотальный пневмоторакс может не возникнуть, так как спаявшаяся плевра и легкие успевают закрыть дефект грудной стенки.

Течение второго периода ожоговой болезни отмечается при такой тактике особой тяжестью и связано с интоксикацией при развитии в ранах колликвационного некроза. Острая ожоговая токсемия развивается быстро и сопровождается гнилостным распадом массивных мышечных групп и костей. При этом могут возникнуть эрозивные массивные кровотечения, развиваться реактивный плеврит, ограниченные гнойники плевральной полости, требующие дренирования и постоянного отсасывания гноя.

Септикотоксемия отличается разнообразными осложнениями. Перечисленные осложнения свидетельствуют о тяжёлом течении ожоговой болезни.

При пневмогемотораксе, сопровождающемся дыхательной недостаточностью, дренируют плевральную полость. В случае, когда активная аспирация через плевральный дренаж не устраняет явлений дыхательной недостаточности, показана интубация и искусственная вентиляция лёгких.

При развившемся и продолжающемся кровотечении, при широко открытом пневмотораксе и безуспешности консервативного лечения клапанного пневмоторакса (неэффективность пассивного и активного дренирования плевральной полости) показана торакотомия.

В ходе лечения все пострадавшие получают массивную антибактериальную терапию. Кроме того, все плевральные пункции завершаются введением в плевральную полость антибиотиков.

Наиболее важной задачей в послеоперационном периоде является профилактика легочных осложнений. Для того, чтобы их избежать следует часто менять положение больного, проводить дыхательную гимнастику, стимулировать кашель. Проводится инсуффляция кислорода, постоянно контролируется проходимость дренажных трубок и степень расправления лёгких.

Современная активная тактика лечения электропоражений грудной клетки заключается в рассечении некротического электрострупа с целью декомпрессии и дренирования.

В ранние сроки выполняется экономное иссечение некротических тканей. Закрытие обширных раневых дефектов зависит от донорских пластических возможностей окружающих тканей. При этом используются различные виды несвободной пластики. Для излечения больных с электропоражениями грудной клетки необходимо участие торакальных и сосудистых хирургов.

Г.Є. Самойленко, Ю.Н. Лаврухін, О.В. Андрєєв

**КОМБІНОВАНІ ЕЛЕКТРИЧНІ ОПІКИ***Інститут невідкладної і відновної хірургії АМН України, м. Донецьк*

За даними світової статистики травмовані з комбінованими і сполученими термічними ураженнями складають до 45 % кількості потерпілих від опіків, особливо при техногенних аваріях. Використання джерел електроенергії обумовлює стабільність частоти виникнення електротравм і електричних опіків. В даний час опіки електричним струмом складають до 8 % від загальної кількості хворих спеціалізованих опікових відділень, часто є причиною інвалідності, а в деяких випадках і смерті, що ставить їх на одне з перших місць при комбінованих електричних ушкодженнях. Останні нерідко сполучаються з механічною травмою, опіками полум'ям від палаючого одягу і поруч з розташованими речами, характеризуються сполученими і комбінованими ураженнями магістральних судин з некрозом м'язових масивів, ушкодженням внутрішніх органів, загальною дією струму на організм, частим розвитком опікової хвороби.

За період з січня 1997 до вересня 2001 років у відділі термічних уражень і пластичної хірургії перебували на лікуванні 187 хворих з електроопіками різної ваги, з яких у 28 (14,9 %) мали місце комбіновані ураження. Вік травмованих був від 7 до 64 років, з яких 78,6 % (22 з 28 потерпілих) перебували в віковій категорії від 10 до 36 років. У всіх обпечених мали місце ураження III-IV ступеня, середня площа яких склала  $9,7 \pm 4,2$  % поверхні тіла. Більшість пацієнтів (26 чоловік – 92,9 %) постраждали від високовольтних уражень, найчастіше в комбінації з черепно-мозковою травмою (ЧМТ): струмом головного мозку – 7, ударом мозку – 2; переломом кісток таза – 1, переломом передпліччя – 1, переломом ключиці – 2, ударами і ранами різних ділянок – 11; ураженням органів черевної порожнини і заочеревинного простору – 1, прониклими пораненнями порожнини черепа і спинальними порушеннями – 3. Двоє потерпілих з низьковольтними електроопіками мали комбінацію ушкоджень з пораненням плечової артерії і серединного нерва – 1, ЧМТ – 1. Шестеро постраждали від важких електротермічних уражень. Найчастіше мало місце ураження верхніх кінцівок (27 хворих), причому в 10 випадках довелося удатися до ампутації їх сегментів. У двох випадках ампутації потребували сегменти нижньої кінцівки, у 8 пацієнтів потрібні були ампутації пальців. Середній термін лікування склав  $46,8 \pm 13,6$  ліжко-днів.

За вказаний термін серед потерпілих від електричних опіків померли 8 хворих (4,3 %), п'ятеро з яких мали комбіновані високовольтні ураження. Причинами смерті були: сепсис – 2, профузна гастро-дуоденальна кровотеча – 1, гостра ниркова недостатність – 1, первинне ураження речовини головного мозку – 1.

Модель комбінованої опікової травми, на наш погляд, є найбільш складною з відомих травматичних впливів, тому що поєднує в собі наявність болючого подразника, реалізованого з величезного рецепторного поля, швидко реалізований дисбаланс рідин внаслідок втрати їх через рани у вигляді гіповолемії, електролітних і білок-обмінних порушень, гіпоксії внаслідок порушення дихальної функції шкіри, ендотоксемії з паранекротичної зони та через втрату функції виділення, наявності великих входних воріт для інфекції через руйнування бар'єрної ролі шкіри при наявності живильного середовища для патогенів у вигляді некрозу.

Тяжкість ушкодження, насамперед, обумовлюється втраченими тканинами, обсяг яких може збільшуватися через розвиток вторинного некрозу при прогресуванні порушення мікроциркуляції. Пристосувальні реакції недосконалі і, найчастіше, не запобігають системного зриву адаптації. Так, період гострої опікової токсемії при сполученій і комбінованій травмі триває на тлі вираженої гіпоксії тканин, насамперед мозку і легень. Це виявляється втратою свідомості, токсичною енцефалопатією, набряком мозку, пневмонією, легенево-серцевою недостатністю, набряком легень. У таких хворих гемодинаміка, порушена в шоці, вже не відновлюється і на 3-5 добу після травми опіковий шок переходить у шок бактеріальний. При цьому характер уражень з часом може змінюватися, в зв'язку з чим можливі найрізноманітніші комбінації поразок, течію і прогноз яких визначає синдром взаємного обтяження. Так, опікова хвороба мала місце в 15 пацієнтів (53,6 %), причому в 11 випадках (39,3 %) носила важкий і вкрай важкий характер течії. Особливістю комбінованої електричної опікової травми з'явилось те, що випадки важкого перебігу опікової хвороби відзначені вже при ураженні 2,5-3 % поверхні тіла.

Протишокова терапія в таких обпечених має прогностичне значення. Можливо, ранній її початок і адекватне проведення дозволяють активно контролювати вагу перебігу опікової хвороби. В місцевому лікуванні важливе місце надаємо своєчасному виконанню декомпресивних операцій, імобілізації, в тому числі апаратній фіксації кісток. Ефективне раннє хірургічне лікування дуже важливе в запобіганні місцевих і загальних інфекційних ускладнень і повинне здійснюватися з використанням одного з видів повношарових клаптів, які мають осьовий тип кровопостачання. Такі операції виконані в 17 потерпілих. В двох випадках потрібно було провести шунтуючі операції до відновлення магістрального артеріального кровообігу. При операціях на черепі в трьох випадках треба було виконати фрезьову остеотрепанацию. Для закриття дефектів та оголення кісток склепіння в двох хворих пластичне відновлення виконане за методикою імплантаційної дерматензії. В одному випадку з успіхом здійснена транспозиція острівкового торако-дорзального шкірно-м'язового клаптя. Загалом в групі обстежених хворих виконано 129 оперативних втручань.

Таким чином, тільки комплексне раннє загальне і місцеве лікування потерпілих в умовах спеціалізованого опікового відділення дозволяє знизити інвалідизацію і летальність від комбінованих електричних опіків.

**Г.П. Козинец, Б.С. Шейман, С.В. Слесаренко, О.И. Осадчая**

## **ЭНДОТОКСИКОЗПРИОЖОГАХИЭЛЕКТРОТРАВМАХИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕПОДХОДЫКЕГОЛЕЧЕНИЮ**

*Центр термической травмы и пластической хирургии, КМАПО им. П.Л. Шупика,  
Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины,  
г. Киев, г. Днепрпетровск*

Под термином “токсемия” подразумевается наличие и накопление в кровяном русле токсических агентов в концентрациях, обуславливающих напряжение естественных систем обезвреживания. В то время, как “эндотоксикоз” – это каскадный, способный к прогрессированию генерализованный процесс, который обусловлен наличием и накоплением в кровяном русле токсических агентов в концентрациях, вызывающих функциональную несостоятельность естественных систем обезвреживания с последующим повреждением других органов и систем организма в целом. Вполне понятно, что от эффективности и наличия резервных функций антитоксических механизмов, как на уровне органов и тканей, так и всего организма, зависит потенциальная возможность формирования синдрома эндотоксикоза. Если концентрация эндотоксинов не превышает обезвреживающие возможности естественных детоксикационных систем организма, то клиническая манифестация синдрома эндотоксикоза отсутствует. В противном случае происходит развитие токсемии с последующей генерализацией процесса и формированием эндотоксикоза.

К настоящему времени были обнаружены и идентифицированы вещества эндогенного происхождения, которые накапливались в кровяном русле, вызывая и сопровождая синдром интоксикации.

Маркеры эндогенной интоксикации, в зависимости от их молекулярной массы, разделены на 2 группы. К первой группе отнесены эндотоксины низкой и средней молекулярной массы – вещества в основном небелкового происхождения (мочевина, креатинин, мочева кислота, глюкоза, молочная и другие органические кислоты, аминокислоты, жирные кислоты, фосфолипиды и др.), накапливающиеся в организме в концентрациях, превышающих нормальные значения. Вторая группа – это олигопептиды с молекулярной массой не более 1 кД (тканевые гормоны, продукты аутолиза и протеолиза тканей). Важным фактором, характеризующим эндотоксины, является классификация последних по размерам их молекул – низкомолекулярные токсины с размером молекул до 500 дальтон (вода, ионы калия, натрия, креатинин, мочева кислота); средне молекулярные токсины с размером молекул от 500-5000 дальтон (гормоны, серотонин, витамин В<sub>12</sub>, продукты деградации фибриногена); крупномолекулярные токсины с размером молекул до десятков тысяч дальтон (белки и липопротеиды) и сверхвысокомолекулярные соединения с размером



молекулу в миллионы дальтон (иммунные комплексы, растворимые комплексы фибрин-мономеров, криоглобулины, криофибриноген).

Современные взгляды на развитие ожоговой интоксикации позволяют выделить следующие пути формирования интоксикационного синдрома в организме:

1. Ретенционный (нарушение процессов биотрансформации и/или элиминации из организма);
2. Обменный (нарушение внутриклеточного гомеостаза и накопление в организме вторичных метаболитов);
3. Резорбтивный (обусловленный массивным образованием и последующей резорбцией в организме продуктов тканевого распада);
4. Инфекционный (обусловленный действием токсинов инфекционной природы).

К настоящему времени обосновано, возникло и получило развитие целое направление в медицине – детоксикационная терапия, которая объединила в себе различные способы лечения токсикоза [6,9]. Методы детоксикационной терапии разделяют на 2 группы – консервативные и эфферентные (хирургические) [15]. Консервативные методы независимо от механизма обезвреживания, в конечном итоге предусматривают использование резервных возможностей естественных систем элиминации (например, ускоренное выведение токсинов через почки при проведении водной нагрузки с форсированным диурезом). Методы эфферентной терапии обладают способностью удалять токсины собственно из кровяного русла, не вызывая напряжения этих систем.

Таким образом, наличие резервных функций у естественных систем элиминации позволяет эффективно использовать консервативные методы детоксикации. Отсутствие же резервных функций указывает на необходимость применения эфферентных или хирургических методов. Последние, обладая способностью частичного или полного замещения утраченных детоксикационных функций естественных систем обезвреживания, занимают особое место. С их помощью можно осуществить воспроизведение процесса биологической трансформации токсических веществ (микросомальная монооксидазная система печени), связывание ксенобиотиков (иммунная система), воспроизведение функций естественных органов выведения (почки, ЖКТ, легкие).

1. Консервативные методы детоксикации.
  - Водная нагрузка (энтеральная или парентеральная) с форсированным диурезом.
  - Сорбционная детоксикация (гастроинтестинальная сорбция, раневая сорбция).
  - Диализная терапия (гастроинтестинальный диализ).
  - Токсин-связывающая терапия (инфузия токсин связывающих веществ и растворов гипохлорида натрия, делигандезированного альбумина).
  - Специфическая терапия (применение различных групп антидотов).
2. Эфферентные (хирургические) методы детоксикации.
  - Сорбционные методы.
  - Диализные методы.

- Методы разделительной терапии.
- Квантовая гемотерапия.

С помощью различных методов детоксикационной терапии можно осуществить максимально точное воспроизведение основных физико-химических и структурных принципов естественных механизмов обезвреживания, что в свою очередь является залогом эффективного лечения токсемии, облегчает течение и улучшает прогноз заболевания. Естественно, что сведения о токсикокинетике и токсикодинамике эндогенных токсинов, определение интегрального значения степени выраженности токсикоза и неспецифических характеристик аутоагрессивных веществ у пациента (размеры молекул, молекулярная масса эндотоксинов и пр.), оценка функционального состояния естественных систем обезвреживания позволят клиницисту наиболее полно осуществить комплексное детоксикационное лечение больного.

Основные клиничко-лабораторные эффекты методов эфферентной терапии обусловлены следующими механизмами действия:

- детоксикационным (собственно удаление из кровяного русла эндо- и экзотоксинов – гемосорбция, диализ, плазмаферез);
- иммуотропным (элиминация аутоантител, компонентов системы комплемента лизоцима, активация моноцитарно-макрофагальной системы, удаление небелковых и белок-ассоциированных факторов клеточного микроокружения – плазмаферез, плазмацитоферез, криоплазмаферез, диализ, гемосорбция, УФОК, ЛОК);
- гемокоагуляционным (обменный плазмаферез, УФОК, ЛОК);
- неспецифическим общестимулирующим действием (УФОК, ЛОК).

В последнее время большое внимание клиницисты уделили поиску интегрального показателя токсемии, как мере метаболического ответа организма на патологический процесс. Разработаны и внедрены в клиническую практику ряд лабораторных тестов, позволяющих определить не только наличие токсикоза, но и определить степень его выраженности.

УДК 617.576-001.

**О.І. Осадча, В.А. Мащенко, С.В. Тацюк, Б.С. Шейман**

## **ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ АНЕМІЇ У ДОРОСЛИХ ХВОРИХ ПРИБЛЕТРОТЕРМІЧНІЙ ТРАВМІ**

*Український опіковий центр, інститут гематології та трансфузіології,  
АМН України*

Одним з ускладнень опікової хвороби є опікова анемія. Анемія розвивається у всіх хворих, що перенесли тяжкі опіки, в тому числі опіки, що

пов'язані з ураженням електрострумом, та зберігаються після відновлення шкірного покриву.

Встановлено, що причинами анемії є наступні фактори: ранній гіпергемоліз еритроцитів у зоні ураження, яка при електротермічній травмі складається не лише з рани, а й з зони проходження електричного струму; втрата крові через ранову поверхню; порушення кістково-мозкового кровотворення і зниження синтезу гемоглобіну набагато пізніше.

Маловивченою є роль аутоімунних реакцій в ушкодженні еритроцитів у хворих з електротермічними травмами. Не вивчена роль різних сироваткових факторів крові в розвитку ушкодження еритроцитів у хворих з електротермічними опіками залежно від стадії опікової хвороби.

Мета дослідження – розкрити механізми ушкодження еритроцитів у хворих з електротермічними опіками залежно від стадії опікової хвороби.

Нами було обстежено 60 хворих з опіками III А-III Б ступенів у віці від 17 до 60 років з електротермічними опіками.

Дослідження проводились в ранньому післяшоковому періоді (вихідні показники), у стадії опікової токсемії і септикотоксемії.

В ході дослідження проводилось вивчення вмісту гемоглобіну, еритроцитів, середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті та середнього вмісту гемоглобіну в еритроцитах, показники аутологічного розеткоутворення та аутологічної кілерної активності лімфоцитів щодо аутологічних еритроцитів, а також вплив різних сироваткових факторів на ці показники, цитолітична активність аутологічної сироватки по відношенню до аутологічних еритроцитів, вміст анти-еритроцитарних аутоантитіл.

У результаті проведених досліджень нами встановлено зниження вмісту гемоглобіну й еритроцитів пропорційно тяжкості травми. При цьому середня концентрація гемоглобіну та середній вміст гемоглобіну в еритроциті залишався в межах показників здорових осіб. Це свідчить про те, що зниження гемоглобіну у хворих не залежить від порушення його синтезу.

При вивченні реакцій, зв'язаних з аутоімунним ушкодженням еритроцитів нами встановлено, що цільна аутологічна сироватка характеризується прямою пошкоджуючою дією на еритроцити. Дана дія найбільш виражена в ранньому післяшоковому періоді, де основною пошкоджуючою дією характеризувалась фракція сполук середніх і низьких розмірів. У стадіях токсемії і септикотоксемії провідна роль належить глобуліновій фракції.

При визначенні механізму ушкодження еритроцитів та ролі аутологічної сироватки нами встановлено підвищення в ранньому післяшоковому періоді активності лімфоцитів в аутологічному розеткоутворюванні. При цьому трикратне відмивання аутологічних еритроцитів сприяло зниженню показників цієї активності.

У ці терміни значну стимулюючу дію має фракція сироватки крові, що містить сполуки середніх і низьких розмірів.

У стадії токсемії зберігається найбільш виражена стимулююча дія аутологічної сироватки стосовно показників здорових осіб і вихідних значень.

У ці терміни встановлено, що значна стимулююча дія характерна для глобулінової фракції сироватки крові.

У стадії септикотоксемії визначене деяке зниження стимулюючої дії аутологічної сироватки та її глобулінової фракції стосовно показників токсемії, однак ці показники значно перевищували контрольні і вихідні значення.

Трикрратне відмивання еритроцитів сприяло зниженню показників активності лімфоцитів в усі терміни дослідження.

При вивченні завершального етапу руйнування еритроцитів аутологічної кілерної активності лімфоцитів стосовно власних еритроцитів нами встановлено підвищення показників спонтанної реакції стосовно контрольних значень в усі терміни дослідження. При цьому трикрратне відмивання аутологічних еритроцитів визначало значне зниження даних показників стосовно спонтанної реакції.

Нами встановлено, що в різні терміни опікової хвороби стимулюючу дію мали різні фракції сироватки крові:

- у ранньому післяшоковому періоді – фракція сполук середніх і низьких розмірів;

- у стадії токсемії та септикотоксемії – глобулінова фракція.

Для з'ясування причин значної стимулюючої дії цільної аутологічної сироватки і її глобулінової фракції нами було проведено вивчення вмісту теплових аглютининів у сироватці крові.

Теплові аглютинини були виявлені на 7-8 добу з моменту травми. При цьому показники були максимальними. Однак, значна кількість теплових аглютининів зберігалась і у стадії септикотоксемії.

Таким чином, встановлено, що при опіках, які пов'язані з ураженням електрострумом, відзначається значне підвищення показників активності цільної аутологічної сироватки і її різних фракцій в ушкодженні еритроцитів залежно від стадії опікової хвороби. Ушкодження еритроцитів здійснюється як прямою дією аутологічної сироватки в ранньому післяшоковому періоді за рахунок нагромадження сполук середніх і низьких розмірів, так і опосередкованою – у реакції антитілозалежної кілерної активності.

При цьому визначений факт фіксації на поверхні еритроцитів аутоагресивних факторів, що стимулюють кілерну активність лімфоцитів, – як неміцно фіксованих (зниження активації лімфоцитів при відмиванні еритроцитів), так і міцно фіксованих.

**А.А. Жернов, Л.С. Сочиевкова, О.В. Щирий, С.В. Стаскевич**

## **ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭЛЕКТРОПОРАЖЕНИЙ СЕГМЕНТА “ПРЕДПЛЕЧЬЕ-КИСТЬ” У ДЕТЕЙ**

*Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины,  
Киевский городской центр термической травмы и пластической хирургии*

Проблема электротермических поражений является одной из сложных в структуре ожогового травматизма у детей. Наиболее часто при этом страдает сегмент “предплечье-кисть” и составляет по данным разных авторов 22,3–47,9 %. Физиологические особенности детского организма, анатомо-функциональные особенности сегмента, физические свойства электрического тока ведут к различным поражениям тканей – от поверхностных локальных повреждений эпидермиса до деструкции глубоких анатомических структур, что приводит к инвалидизации пострадавших. Это требует определенного методологического подхода и рациональной тактики лечения.

За период с 1994 по 2001 г. проведен анализ лечения 138 пострадавших с электропоражениями сегмента “предплечье-кисть” в возрасте от 10 месяцев до 18 лет.

В зависимости от степени поражения тканей все пострадавшие были разделены на три группы.

В первую группу вошли 50 детей из которых у 45 отмечались низковольтные поражения и у 5 – высоковольтные. Поражения кисти были у 28, пальцев кистей – у 16, предплечья и кисти – у 6 пострадавших. Клинически у них отмечались местные изменения в виде единичных дермальных пузырей или точечно-линейных некрозов отдельных участков кожи с незначительной гиперемией вокруг. Функция кисти не страдала.

Вторую группу составили 30 пациентов из которых 23 имели низковольтное и 7 – высоковольтное поражение. Чаще отмечались повреждения пальцев – 13 (43 %) и кисти – 10 (33,3 %), а предплечья только 7 (23,7 %). Больные имели глубокие поражения дермы, но не глубже фасции, на участках от 2 см<sup>2</sup> до 25 см<sup>2</sup>, которые чаще (76,6 %) локализовались на ладонных поверхностях пальцев и кисти. При циркулярных или до 1/2 окружности пальцев участках некроза отмечались нарушения венозного оттока, что проявлялось отеком дистальных отделов. Функция кисти страдала в пределах 20–40 %.

У 58 больных третьей группы низковольтные поражения были у 52, высоковольтные – у 6. У 49 (83 %) повреждены были пальцы, у 3 (5,17 %) – кисть и у 6 (10,34 %) – предплечье и кисть. В зависимости от локализации повреждения клинически отмечались глубокие поражения дермы, мышц, сухожилий, суставов, нервов, сосудов, что проявлялось нарушением кровообращения в дистальных сегментах конечности у 79,3 % пострадавших, а циркулярное или на s окружности поражение фаланг приводило к их некрозу.

Пострадавшим I группы проводили консервативное лечение с использованием различных средств местной и общей терапии. После купирования острых явлений, уменьшения отека, появлению эпителизации детей выписывали на амбулаторное лечение.

После компенсации общих и местных нарушений, если таковые имели место, больным 2 и 3 групп на вторые-третьи сутки проводили раннюю некрэктомию по типу первичной хирургической обработки раны с одномоментной или отсроченной кожной пластикой. При проведении некрэктомии удалялись все пораженные ткани. Иссечение сухожилий, капсул суставов требовало непосредственной иммобилизации суставов в функционально выгодном положении. При поражении костей производили экономную остеонекрэктомию с помощью различных фрез. Стойкое нарушение кровообращения в дистальных сегментах в 7 (12 %) случаях привели к их некрозу. В связи с этим у 4 (6,8 %) пациентов проведена экзартикуляция фаланг пальцев, что предохраняло, в отличие от ампутаций, костно-мозговой канал проксимальных фаланг от инфицирования и не особенно влияло на нарушение функции пальца и кисти в целом. Ампутации на уровне проксимальных фаланг выполнены у 2 (3,4 %) больных и у одного – атипичная ампутация предплечья в верхней трети.

Пострадавшим 2 группы закрытие ран осуществляли свободными аутодермотрансплантатами, т.к. раневым ложем были хорошо васкуляризированные ткани.

Больным 3 группы в связи с обнажением глубоких структур была необходима их реваскуляризация для сохранения анатомической целостности и последующей функции. Реваскуляризацию осуществляли кожно-жировыми или кожно-фасциальными лоскутами из отдаленных областей (передняя брюшная стенка, паховая область, область груди, спины, плеча, предплечья противоположной конечности, соседних здоровых пальцев) по типу итальянской пластики. Выбор донорского места определялось локализацией поражения. Обязательно осуществлялся чрес- или параоссальная фиксация спицами или подшивание пальцев кисти к тканям в донорской области.

Анализ результатов лечения показал, что при наличии поверхностных или линейно-точечных электропоражениях сегмента “предплечье-кисть”, применяется консервативное лечение. Повреждения дермы и глубжележащих образований требуют первичных некрэктомий с последующим закрытием дефекта. При некрозах, распространяющихся до фасции, рану достаточно закрыть аутодермотрансплантатом. Обнажение глубоких структур требует их реваскуляризации полноценными тканями. Применение подобной тактики позволило добиться хороших и удовлетворительных результатов лечения у 84 % детей с электротермическими поражениями сегмента “предплечье-кисть”.

**А.А. Жернов**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕДСТВИЙ ЭЛЕКТРОПОРАЖЕНИЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ И КИСТИ У ДЕТЕЙ**

*Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины*

Наиболее тяжелыми осложнениями электропоражений верхних конечностей, которые занимают 75 % от всех электротравм, являются повреждения предплечья и кисти, имеющие место у 85-90 % пострадавших. Сложность функции и строения, многообразие развивающихся изменений являются причиной того, что оперативное лечение последствий электропоражений предплечья и кисти являются одной из сложных разделов восстановительной хирургии.

В центре термической травмы и пластической хирургии на протяжении 1995-2001 годов под наблюдением находилось 17 детей с последствиями электропоражений предплечья и кисти в возрасте от 4 до 16 лет. Мальчиков было 8 (47 %), девочек – 9 (53 %). Первично 12 (71 %) человек перенесли поражение током низкого напряжения, 5 (29 %) – током высокого напряжения. 7 больных поступили через год после травмы, остальные – в период от 2 до 15 лет. У 14 поступивших первичное закрытие дефекта осуществлялось с помощью несвободной пластики (итальянская пластика), одному проведена свободная пластика расщепленным кожным трансплантатом и у двух пациентов раны заэпителизировались самостоятельно. В 5 (29 %) наблюдениях имелись электропоражения внутренних поверхностей предплечий в средней и нижней третях с наличием сгибательных контрактур в лучезапястных суставах в сочетании со сгибательными контрактурами пальцев кистей с противоположной и (или) одноименной сторон. У 10 (59 %) пациентов поражение ладонных поверхностей пальцев и кисти привели к сгибательным контрактурам на уровне пястно-фаланговых суставов и проксимальных межфаланговых суставов, 2 (12 %) больных после травмы тыльных поверхностей пальцев и кисти имели разгибательные контрактуры в пястно-фаланговых суставах. В 7 (41,2 %) случаях контрактуры сопровождались межпальцевыми синдактилиями и в 5 (29,4 %) приводящими контрактурами первого пальца. Ампутиационные дефекты пальцев отмечались у 6 (35,3 %) пострадавших: на уровне ПФС – 3, прокси-мальных и средних фаланг I-V пальцев – 2, средней и дистальной части ногтевой фаланги – 1.

Рентгенологические исследования с использованием стандартной рентгенографии пораженных сегментов позволили выявить во всех случаях костные и (или) суставные изменения. Определялся очаговый остеопороз эпиметафизарных зон фаланг пораженных пальцев, а перенесенные повреждения на уровне предплечий характеризовались остеопорозом дистальных эпиметафизов локтевой и лучевой костей, костей запястья, пястья и фаланг пальцев,

отмечались ранние закрытия ростковых зон и участки их склерозирования пораженных пальцев, подвывихи и вывихи фаланг.

Использование функциональных методов исследования позволило определить тип кровообращения в дистальных отделах сегмента и степень неврологических расстройств. Оценку функции кисти осуществляли, измеряя амплитуду активных движений по системе измерений SFTR, силу пальцев и кисти, основные виды захватов, а также болевую и дискриминационную чувствительность.

Особенности патогенеза контрактур после электротравмы, определяет и дифференцированный подход к выбору оптимального метода лечения для каждого пациента. Наличие обширных кожных рубцов и дефектов тканей с выраженным фиброзом, вовлеченных в зону поражения скользящих структур, требовали проведения различных пластических вмешательств. Во время операции осуществляли мобилизацию пересаженного ранее кожно-жирового лоскута, частично обезжиривали, в результате чего, увеличивались его размеры и, после мобилизации пальца, удавалось закрыть больший участок раневого дефекта. В одном случае при дефиците покровных тканей на тыле кисти выполнили итальянскую пластику лоскутом с передней брюшной стенки. Устранение межпальцевых синдактилий осуществляли несколькими способами – участком обезжиренного кожно-жирового лоскута, пластикой М-образным лоскутом, выкроенным из ладонной поверхности рубцового ската, пластикой ротационным лоскутом с боковой поверхности пальца. При поражении предплечья сокращаются сухожилия с возникновением сгибательных контрактур пальцев, что потребовало проведения мобилизации, вовлеченных в рубцы, участков мышц и Z-образного удлинения сухожилий. Для устранения причины блокирования движений в области пальцев выполняли тендолиз сухожилий сгибателей пальцев. В случаях повреждения сухожильных влагалищ и кольцевидных связок осуществляли их восстановление участком фасции мышцы напрягателя бедра. Для восстановления пассивных движений в суставах осуществляли редрессацию, что было возможно при относительно “мягких” контрактурах и небольших повреждениях тканей. При “жестких” контрактурах и вывихах фаланг выполняли капсулотомию и редрессацию с наложением АВФ в виде “лиры”, а для разгибания одного пальца применяли металлическую Г-образную конструкцию. При восстановлении отведения I пальца осуществляли пластику кожно-жировыми П-образными или треугольными лоскутами. Для восстановления оппозиции I пальца проводили транспозицию сухожилия короткого лучевого разгибателя кисти в область дистального метафиза I пястной кости и сухожилия локтевого разгибателя кисти, после его удлинения, в область диафиза основной фаланги I пальца. Стойкие контрактуры ПМФС с разрушением суставных поверхностей требовали проведения артродезирующих вмешательств в функционально выгодном положении.

В послеоперационный период с целью иммобилизации использовали гипсовые лонгеты в положении достигнутой коррекции, а у детей младших и средних возрастных групп – в положении гиперкоррекции.



Результаты восстановительного лечения оценивались по улучшению двигательных, чувствительных функций, основных видов захвата кисти. У всех 17 оперированных больных получен стойкий положительный эффект. Из них у 14 (82,4 %) пациентов функция кисти была полностью восстановлена, а у остальных – функциональные возможности кисти удалось улучшить.

УДК 617.51-001-07-089.843

**Н.Е. Повстяной, Л.С. Социенкова, О.В. Щирый, М.В. Арутюнян**

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЭЛЕКТРОПОРАЖЕНИЯХ СВОДА ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ**

*Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины, Центр термической травмы и пластической хирургии, г. Киев*

Одним из наиболее тяжелых электропоражений является повреждение свода черепа и по данным клиники составляет 8 % от всей электротравмы. Чаще они возникают от действия тока высокого напряжения и сочетаются с распространенными ожогами других областей. Поражение мягких тканей свода черепа может приводить к деструкции костей в связи с нарушением кровоснабжения и гибелью надкостницы, у 30 % таких пациентов наблюдается первичное поражение костей черепа. Особенностью электротравмы является, также, более обширное повреждение костей по сравнению с некрозом мягких тканей, что представляет определенные трудности в определении степени поражения тканей и в выборе адекватной хирургической тактики.

Под нашим наблюдением находилось 11 больных с электропоражением свода черепа. Средний возраст пациентов составил 11 лет (от 6 до 18 лет). 10 (91 %) из них были мальчики и 1 девочка. Все поражения возникли от воздействия тока высокого напряжения. В течение первого часа после травмы поступил только один больной, все остальные через 6-41 сутки (в среднем – 19,3 суток) после безуспешного лечения в других лечебных учреждениях с выраженным воспалительно-некротическим процессом в ранах, обнажением некротизированных участков костей свода черепа. У всех пациентов имелись сопутствующие поражения туловища, конечностей и пятеро из них перенесли тяжелую ожоговую болезнь. Повреждение только мягких тканей отмечалось у одного больного, обнажение теменных костей – у 2, поражение в пределах наружной костной пластинки и губчатой кости были у одного и некроз во всю толщину кости – у 7 пациентов. Размеры некроза мягких тканей составили от 3 см<sup>2</sup> до субтотального поражения; дефект кости от 12 до 256 см<sup>2</sup>.

Сроки восстановительных операций составили от 3 суток до нескольких

месяцев и зависели от времени госпитализации пострадавших, тяжести состояния, сопутствующих поражений. Для пластики дефектов чаще всего использовали кожно-апоневротические лоскуты с неповрежденных участков головы в виде ротационных или П-образных с предварительным иссечением некроза мягких тканей и грануляций. Таким образом удавалось закрыть дефекты до 60-70 см<sup>2</sup>. У пяти больных с обширными (более 200 см<sup>2</sup>) дефектами мягких и костных тканей пластику осуществляли в три-пять этапов. При этом использовали кожно-мышечные лоскуты с включением ШМС, передней зубчатой мышцы с наложением микрососудистого шва, дермотензионные лоскуты, филатовский стебель, ротационные кожно-апоневротические лоскуты. Пластика такими тканями показана не только как с целью закрытия дефекта, но и как возможность реваскуляризации зоны повреждения. Донорские раны головы, дном которых была надкостница и в одном случае поверхностного повреждения, закрывали свободными аутотрансплантатами. Пластическое закрытие ран осуществляли после удаления некротически измененной костной ткани. Пораженную наружную кортикальную пластинку удалили у одного ребенка. При некрозе кости на всю толщину сначала осуществляли фрезевую краниотомию, а затем, с помощью кусачек, удаляли пораженную кость. У 4 пациентов рана вышла за пределы кости и были поражены оболочки и вещество мозга, что потребовало рассечения оболочек и эвакуации гнойного содержимого.

Анализ результатов лечения детей с электротермическими поражениями свода черепа показал, что при обнажении костей и некрозе надкостницы показано их пластическое закрытие васкуляризованными тканями без остеонекрэктомий. При некрозе наружной костной пластинки или кости на всю толщину необходимы тангенциальные или тотальные остеонекрэктомии, рассечение пораженных оболочек с одновременной пластикой хорошо васкуляризованными кожно-мышечными лоскутами. Обширные мягкотканно-костные дефекты целесообразно устранять этапно с тщательным планированием тактических и методических подходов. Использованная хирургическая тактика лечения детей с электротермическими поражениями свода черепа позволила добиться выздоровления всей группы пострадавших и хороший функциональный эффект достигнут у 90 % наблюдений. Осложнения в виде мозговой грыжи и ликворного свища отмечены у одного ребенка.

**А.М. Боярская**

**АКТИВНОСТЬ СИСТЕМЫ НЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ  
РЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИХ  
ПОРАЖЕНИЯХ**

*Институт гематологии и трансфузиологии АМН Украины,  
Украинский ожоговый центр, г. Киев*

Проведено обследование 15 пациентов с высоковольтной электротравмой с площадью поражения от 1 до 20 % поверхности тела, находившихся на лечении в Украинском ожоговом центре. У всех больных развилась ожоговая болезнь, наблюдались комбинированные поражения, повреждения внутренних органов. Общепатологические сдвиги проявлялись поражением сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, ЦНС, часто развивается олигурия, которая может перейти в острую почечную недостаточность.

Электрический ток высокого напряжения распространяется в живом организме по кратчайшему пути без учета сопротивления тканей. На фоне незначительного внешнего повреждения тканей поражаются и гибнут глубже лежащие ткани – сухожилия, связки, мышцы, сосуды, характерны повреждения магистральных сосудов. В первые сутки после травмы наблюдается повреждение стенок сосудов, спазм и тромбоз. Определяется не только выраженный лизис эритроцитов, но и лейкоцитов крови с появлением большого количества клеток с поврежденными мембранами, распадающихся клеточных форм. Это приводит к выбросу и накоплению лизосомальных ферментов в плазме крови, резкому повышению ее протеолитической активности (30-40 %). Не наблюдается активации метаболической активности нейтрофильных гранулоцитов в НСТ-тесте. Снижение количества тромбоцитов в этот период связано с потреблением их при микротромбообразовании, потере при арозивном кровотечении. Можно отметить также появление большого количества спонтанных лейкоциттарно-эритроциттарных розеток (до 70 %). В стадии шока на 2-3 сутки после травмы на фоне накопления продуктов распада тканей, углубления первичных ожогов наблюдается высокий уровень эндогенной интоксикации, не смотря на проводимую трансфузионную терапию. Токсогенная зернистость в этот период достигает 70-80 %, активность клеток в НСТ-тесте резко снижена, дополнительная стимуляция бактериальными пирогенами приводит к дальнейшему угнетению их активности. Снижение функциональной активности нейтрофильных гранулоцитов проявляется в снижении фагоциттарной активности, активности миелопероксидазы и кислой фосфатазы. Из-за повреждения тканей по ходу распространения тока отсутствует миграция лейкоцитов в зону травмы, клеточная воспалительная реакция приобретает черты генерализованой.

К 7-8 суткам после травмы несмотря на проводимую детоксикационную терапию развивается тяжелая ожоговая токсемия. Наблюдается резкое угнетение активности системы неспецифической резистентности. Генерализованная воспалительная реакция может проявляться как выраженным лейкоцитозом, так и невысокими показателями количества лейкоцитов за счет супрессии костного мозга. У всех пострадавших наблюдается резкий сдвиг формулы крови до миелоцитов; накопление лейкоцитов с поврежденными цитоплазматическими мембранами, явлениями кариолиза, распадающихся клеточных форм; сохраняется высокая токсогенная зернистость нейтрофильных гранулоцитов. В этот период обнаруживаются выраженные различия между показателями лейкограммы венозной и капиллярной крови, в связи с чем целесообразно оценивать их в сравнительном аспекте для характеристики степени тяжести состояния больного. Спонтанная метаболическая активность нейтрофильных гранулоцитов снижена, дополнительная стимуляция бактериальными пирогенами приводит к дальнейшему ее угнетению. Активность таких ферментов, как миелопероксидаза и кислая фосфатаза также определяется сниженной.

Заместительные переливания эритроцитсодержащих сред приводит к поддержанию высокого уровня спонтанных лейкоцитарно-эритроцитарных розеток, в некоторых случаях в образовании розеток принимают участие тромбоциты.

Таким образом, при электротермических поражениях при относительно небольших площадях повреждения развивается тяжелый интоксикационный синдром с резким угнетением активности. Лечебные мероприятия, направленные на повышение функциональной активности клеток системы неспецифической резистентности, в этот период не могут осуществляться за счет использования иммуностимулирующей терапии, а только за счет детоксикационных методов.

УДК 616-001.17-089

**Л.К. Сороченко, И.В. Гладких, Н.Я. Черная**

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ И АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ**

*ГКБ №12, г. Одесса*

За 1999-2001 гг. в Одесском ожоговом центре находилось на лечении 79 больных (25 детей) с электротермическими поражениями. В стационаре после принятия по необходимости экстренных мер по стабилизации сердечной и дыхательной деятельности, собирали анамнез, выясняли условия травмы, проводили общее обследование (рентгенографию грудной и брюшной полостей,

ЭКГ, компьютерную томографию черепа) для исключения возможной комбинированной травмы (переломов, тупых травм и т.п.). При признаках шока или возможности его развития проводили интенсивную терапию, направленную на адекватное возмещение жидкости, поддержание гомеостаза, профилактику почечной недостаточности и др. При поражении тех или иных органов тактику ведения пациентов согласовывали с соответствующими специалистами (офтальмологами, нейрохирургами, травматологами и др.). Последующее лечение пациентов с электроожогами во многом схоже с лечением термических поражений. С целью профилактики и лечения инфекционных, гнойно-воспалительных и других осложнений чрезвычайно важное значение имеет активная хирургическая тактика, большую роль играет рациональная антибактериальная терапия, коррекция иммунного и метаболического статуса и др.

Хирургические некроэктомии остаются одним из основных методов местного лечения электроожогов. В настоящее время операции проводятся под общей анестезией с использованием миорелаксантов и ИВЛ. Достаточный уровень интраоперационной анестезии обеспечивает комбинированное применение кетамина – от 1 до 2 мг/(кг·ч), диазепама – от 0,13 до 0,2 мг/(кг·ч), фентанила – от 3 до 6 мкг/(кг·ч) с ингаляцией 50-60 % закиси азота. Вариантом для поддержания наркоза является нейролептаналгезия (НЛА) в комбинации с закисно-кислородной смесью 2:1, 1:1. У взрослых для премедикации перед наркозом или с целью анальгезии в послеоперационном периоде фентанил вводят в/м в дозе 0,05-0,1 мг (1-2 мл). Для осуществления вводного наркоза препарат вводят в/в в дозе 0,1-0,2 (2-4 мл). Введение дополнительных доз фентанила требуется приблизительно через каждые 20-30 минут. У детей для премедикации перед операцией фентанил вводят в/м в дозе 0,002 мг/кг за 30-60 минут до начала операции; ту же дозу препарата применяют с целью послеоперационного обезболивания. Для осуществления вводного наркоза и поддержания общей анестезии препарат вводят в/в в дозе 0,002 мг/кг или в/м в дозе 0,0015-0,0025 мг/кг.

При проведении ИВЛ в послеоперационном периоде первоначально вводится нагрузочная доза фентанила в/в болюсно 1-3 мкг/кг с последующей инфузией со скоростью 1-5 мкг/кг/час. Восстановление спонтанного дыхания происходит при скорости введения фентанила менее 1 мкг/кг/час. В состав интенсивной терапии включались глюкокортикостероиды (при тяжелом течении ожогового шока 3-4 мг/кг/сут), антикоагулянты (гепарин до 100-300 ЕД/кг 4-6 р/сут.) и дезагреганты (курантил 5-10 мг/кг/сут; трентал 50 мг 3 р/сут. в растворе 5% глюкозы), ингибиторы протеолиза (контрикал 1 тыс.ЕД./кг 3 р/сут.), витамины группы В, кокарбоксилаза 50-100 мг/сут., витамин Е 100 мг/сут., витамин С 1 г. 2 р/сут., никотиновая кислота 5-50 мг 2-3 раза в сутки, лазикс 1 мг/кг, рациональные комбинации антибиотиков (при тяжелых ожогах цефалоспорины III поколения и аминогликозиды), дифференцированно сердечные гликозиды (коргликон) и инотропы (допамин – 3 мкг/кг/мин). Эффективность противошоковых мероприятий контролировалась мониторингом наблюдением,

измерением частоты дыхания, сердечных сокращений, артериального давления, центрального венозного давления, почасового диуреза, лабораторными исследованиями гематокрита, уровня общего белка, электролитов, мочевины. В периоде ожоговой токсемии, после проведенных некрэктомий применяли неспецифическую дезинтоксикацию, которая включала в себя трансфузионную терапию, энтеросорбцию, аппликационные методы. При тяжелых и крайне тяжелых ожогах применяли методы экстракорпоральной очистки крови. Мы использовали метод мембранного плазмафереза с применением портативного аппарата "Гемос-ПФ". Использование данного метода и аппарата является наиболее безопасным и наименее травматичным способом экстракорпоральной детоксикации.

Применение вышеперечисленных методов интенсивной терапии в сочетании с ранним хирургическим лечением привело к снижению количества осложнений, уменьшению длительности пребывания в стационаре и снижению летальности.

УДК 616-001.17

**Л.К. Сороченко, В.А. Жебрычук**

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЭЛЕКТРОТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ В РЕГИОНЕ**

*ГКБ № 12, г. Одесса*

За последние 3 года (1999-2001) общее количество пострадавших с электротермической травмой в Одесском областном ожоговом центре составило 79 человек, из них 25 детей до 14 лет. Среди взрослых пострадавших – 47 больных трудоспособного возраста. 6 пострадавших имели комбинированную электротермическую травму (ожоги в сочетании с закрытой черепно-мозговой травмой, тупой травмой груди и живота, переломами ребер и пневмотораксом).

Умерло 8 больных, из них 1 ребенок в ЦРБ (смерть до суток).

Учитывая отсутствие общепринятой классификации электротравмы и электроожогов, говоря о поражении электрическим током, мы использовали клиническое распределение всех пострадавших на 2 группы:

– пораженные вольтовой дугой (при замыкании электрической дуги от силовых линий электропередач без контакта с проводником электричества) – 43 человека;

– пораженные с глубокими субфасциальными повреждениями от высоковольтного и низковольтного электричества при непосредственном контакте с проводником электричества – 36 человек.

Фактором эффективного лечения пострадавших этих 2 групп является их ранний перевод на этап специализированной помощи из ЦРБ области. 28

больных из сельских районов переведено в 1-е сутки после получения травмы и консультации комбустиолога с инфузионной поддержкой в пути. Это позволило проводить ранние декомпрессивные операции – как способ предотвращения вторичного некроза тканей при субфасциальных поражениях и планировать раннее хирургическое лечение.

У пострадавших от пламени вольтовой дуги локальные глубокие ожоги обычно сочетались с обширными поверхностными ожогами, что требовало проведения интенсивной противошоковой терапии по формуле Паркланда.

Операцией выбора для таких пострадавших мы считаем раннее, в течение первых 3-х суток, хирургическое иссечение глубоких ожоговых ран до 10 % одновременно с пластикой раневых дефектов расщепленными кожными ауто-трансплантатами. При дефиците донорских участков использовали комбинированную ксено-аутопластику.

У 36 больных с глубокими субфасциальными ожогами произведенная ранняя декомпрессия глубоких тканей и своевременная, в течении 5 суток, некрэктомия с восстановлением дефектов послойными лоскутами (реваскуляризация) позволили рано восстановить функциональные возможности обожженных конечностей.

В 8 случаях (2 у детей) использовались местная индийская пластика в сочетании со свободной аутодермопластикой, в 10 (из них 4 у детей) – различные виды итальянской пластики.

У 2 больных (с электроожогами IV степени туловища и угрозой вскрытия плевральной полости, поражением костей свода черепа с обнажением твердой мозговой оболочки) восстановление дефектов тканей производилось лоскутами с осевым кровообращением совместно с сосудистыми хирургами.

У 2 детей с электроожогами IV степени и поражением трубчатых костей с их открытыми переломами в ранние сроки после остеонекрэктомии применялся остеосинтез аппаратом Илизарова с последующей пластикой полнослойным лоскутом с осевым кровообращением.

У 6 пострадавших в результате поступивших сразу после ожога некрозов сегментов конечностей в 1 сутки после травмы произведена ампутация, предотвратившая септические осложнения ожоговой болезни.

Важным моментом в повышении эффективности лечения электроожогов является включение в состав средств для местного лечения современных антисептиков – йодобака, 10 % бетадина, отечественных – йоддицерина, диоксизола, эффективных в отношении грамотрицательных возбудителей. Раннее их применение приводит к снижению риска внутригоспитальной инфекции, локальных и общих осложнений ожоговой болезни.

Таким образом, сочетание раннего хирургического лечения электроожогов на фоне комплексной инфузионной и антибактериальной терапии в сочетании с адекватным местным лечением приводит к повышению эффективности лечения пострадавших с электротермическими поражениями и уменьшению летальности.

**К.М. Крылов, Ю.В. Аникин, И.В. Крайник**

## **НЕКОТОРЫЕ ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЭКСПАНДЕРНОЙ ДЕРМОТЕНЗИИ В ХИРУРГИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ОЖОГОВ**

*Научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе  
г. Санкт-Петербург, Россия*

Применение экспандерной дермотензии в лечении последствий ожогов имеет свои особенности, обусловленные спецификой травмы. Ожоговые деформации, оперативное лечение которых составляет суть хирургической реабилитации, имеют ряд характерных черт (Повстяной Н.Е., 1973): многообразие, множественность, обширность рубцовых полей. В последние годы имеется тенденция к увеличению доли выживших после тяжелых обширных поражений, среди реконвалесцентов чаще встречаются тяжелые послеожоговые деформации. Метод экспандерной дермотензии в настоящее время представляется наиболее эффективным для функционального и косметического лечения пострадавших с последствиями ожогов.

В ожоговом центре НИИ скорой помощи в 1998-2002 годах лечилось 129 пациентов с последствиями ожогов и травм. У 37 из них применена экспандерная дермотензия (29 %). Всего имплантировано 94 экспандера. Женщины составили 95 %. У 21 пациента имплантировано по 1 экспандеру, у 22 по 2, у 4 по 3, у 3 по 4, в 1 случае 5 экспандеров одновременно. Экспандеры имплантировались на туловище – 41 (44 %), голове и шее – 22 (23 %), верхних конечностях – 20 (21 %), нижних конечностях – 11 (12 %). В 32 % случаев баллонная дермотензия проводилась в 2-3 этапа. После 3-5 суток стационарного лечения пациенты 2 раза в неделю приходили для осмотра и заполнения экспандера. Максимальный эффект растяжения кожи достигался в течение 1,5-2 месяцев. Критерием прекращения дермотензии являлся прирост площади тканей до 120 % к размерам дефекта, что определялось снятием шаблона и его измерением. Параллельно проводилось компьютерное моделирование экспандерной дермотензии.

Пластика ран растянутой кожей после иссечения рубцов чаще всего производилась скользящим лоскутом, иногда с перемещением фигур встречных треугольных лоскутов.

Изучение литературы и собственный опыт работы позволили разработать и применить алгоритм профилактики осложнений экспандерной дермотензии:

- тщательный гемостаз в полости, создаваемой для экспандера;
- достаточный запас подкожно-жировой клетчатки под отслоенной кожей;
- минимизация операционного разреза, использование двух небольших разрезов или V-образного разреза;



- послойное герметичное ушивание раны;
- создание внутренней компрессии за счет интраоперационного нагнетания жидкости в экспандер;
- профилактическое использование антибиотиков.

Совершенствование методики и хирургической техники позволило добиться снижения частоты осложнений до 11,1 % по сравнению с 22 % в период освоения метода. В половине случаев осложнения не повлияли на окончательный результат лечения. Хорошие и удовлетворительные результаты достигнуты в 94 % случаев.

Имплантация одномоментно 2-5 экспандеров не имела отрицательных последствий. В этой группе осложнения встречались в 14,8 % случаев. В то же время применение нескольких экспандеров при тщательном планировании позволяет уменьшить количество операций и общие сроки реабилитации с хорошими результатами.

Применение недорогих латексных экспандеров при достаточно высокой эффективности делает метод доступным для пациентов с низким уровнем доходов.

УДК 616-001.17-085.849.19

**І.Б. Галібей, В.Г. Бік, А.Я. Яцкевич**

## **ВПЛИВ ВИПРОМІНЮВАННЯ ГЕЛІЙНЕОМОВОГО ЛАЗЕРА НА ШВИДКІСТЬ КРОВООБІГУ В ТРАВМОВАНИХ ТКАНИНАХ ХВОРИХ З ТЕРМІЧНИМИ ОПІКАМИ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,  
8-ма міська клінічна лікарня*

Вступ. Лікування термічних опіків залишається надалі однією з найскладніших проблем хірургії. Виявлено збільшення ступеня тяжкості опіків та зростання кількості пацієнтів старечого віку та малозабезпечених осіб різного віку, що подовжило час лікування в стаціонарі в 1,2-1,3 рази (Повстяной М.Ю., 1998, 2000).

Порушення мікроциркуляції, яке приводить до розладів перфузії тканин кров'ю, є одним з провідних механізмів в патогенезі опікової травми. Покращання мікроциркуляції зменшує синдром гіпоксії тканин, загрозу тромбоемболії та небезпеку гнійно-септичних ускладнень в опіковій рані.

Комплексна оцінка стану мікроциркуляторного русла, виявлення ранніх функціональних змін периферичного кровообігу дозволяють оптимізувати активну лікувальну тактику в комбустіології.

Методи. Робота ґрунтується на результатах лікування 83 хворих з термічними опіками. Всіх обстежених хворих поділено на дві групи в залежності від способу лікування.

В першу групу ввійшли 43 хворих, ліковані традиційними методами. У другій групі спостереженням охоплено 40 хворих. Їх лікування, крім методів застосованих у хворих першої групи, включало низькоінтенсивну фотографію: лазеропунктуру біологічно активних точок (БАТ) та лазерне опромінення опікових ран.

Площа опіків складала від 1 до 25 % поверхні тіла.

Джерелом МЧС служив гелій-неоновий лазер типу ЛГ-75-1, який становить основу фізіотерапевтичного апарату АФЛ-1.

До акупунктурного рецепту входило 8-10 точок, комбінації котрих складали з нижченаведеного переліку:

БАТ, важливі для лікування опіків: 1/7; Щ/13; Щ/15; УП/13; УП/40; УП/60; УП/62; УП/63; УП/65.

БАТ, ефективні для покращання мікроциркуляції в ділянці опікової рани ІУ/6; ІУ/8; УЩ/58.

БАТ, ефективні для зниження больової чутливості в ділянці опікової рани: Щ/II; XII/4.

БАТ, ефективні при опіковій хворобі: 1/2; П/6; П/II; Щ/36; ІУ/4; У/3; УП/13; УП/40; УП/43; XI/41; XII/3; XIII/14.

Сеанси фототерапії проводили щоденно. Курс лікування складався з 10-15 сеансів.

Фототерапію опікових ран застосовували на всіх етапах гоїння опікової рани, крім стадії некролізу.

Ми вивчали у хворих з термічними опіками капілярний кровообіг в опіковій рані методом водневого кліренсу за (1967) в модифікації Л.Я. Ковальчука. Основу методу складала реакція окислення водню на поверхні активного електроду.

Результати. Згідно з одержаними даними виявлено, що мікроциркуляторна система однією з перших реагує на опікову травму. У хворих з поверхневими опіками швидкість локального кровообігу відображує хід репарації та регенерації тканин. Нормалізація швидкості локального кровообігу залежить від темпів епітелізації ран.

В результаті проведених досліджень у 20 хворих з поверхневими опіками виявлено, що локальний кровообіг в тканинах опікової рани значно зростає вже після 2-3 сеансів лазеротерапії та лазеропунктури. Надалі швидкість локального кровообігу в тканинах, які піддавали впливу світлотерапії, поступово знижувалась, проте до 10-11 доби перевершувала кровообіг у рані, лікованій традиційно. На 18-19 добу від моменту термічної травми у хворих другої, опроміненої групи були заепітелізовані повністю. Інші дослідження достовірно ( $P < 0,05$ ) показали, що випромінювання гелій-неонового лазера сприяє утворенню кращих умов для епітелізації поверхневих (II-IIIА ст.) опікових ран.

У 20 хворих з глибокими опіками швидкість локального кровообігу відобразала більш складний процес судинних змін порівняно з поверхневими опіками. У хворих другої групи після одержання по операції 4 сеансів лазеротерапії

та лазеропунктури (сумарна доза 9,24 Дж/см<sup>2</sup>) 60 відсотків опікової поверхні були готові до операції на 16-20 добу після опіку. Після 15 сеансів фототерапії у оперованих хворих швидкість локального кровообігу зросла в 1,3 рази під автоклаптем та в 1,4 рази в оточуючих гранулюючих ранах стосовно вихідного рівня.

Таким чином виявлено, що через вплив випромінювання МЧС у хворих з глибокими термічними опіками відбувається компенсаторний перерозподіл локального кровообігу в перші 2-3 доби після операції вільної автодермопластики відбувається посилення кровообігу під трансплантатом, що сприяв кращому його живленню. Після повного загоєння трансплантату на 10-12 добу після операції у хворих, котрі одержували лікування лазером, рівень локального кровообігу був в межах 2-3 доби після операції. Мікроциркуляція в оточуючих гранулюючих ранах в цей період була стабільно високою, що прискорювало підготовку гранулюючих ран до операції вільної автодермопластики.

Висновки. Тест на швидкість локального кровообігу в опіковій рані дозволяє прогнозувати стан та готовність грануляцій до операції пересадки шкіри та проводити об'єктивний динамічний контроль за гоїнням трансплантату після операції.

УДК 616-001.17:611.9:577.17:616.15:591.85

**Л.И. Будкевич, А.А. Алексеев, Л.В. Шурова**

## **10-ЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КУЛЬТИВИРОВАННЫХ АЛЛОФИБРОБЛАСТОВ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ГЛУБОКИМИ ОЖОГАМИ**

*Детская городская клиническая больница № 9 г. Москвы, Институт хирургии им. А.В.Вишневского, Московский НИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ*

Частота возникновения термических поражений и увеличение количества тяжелообожженных в настоящее время имеет тенденцию к росту. Среди пострадавших дети составляют около 20 %, из них половина – пациенты младшего возраста. У детей ожоговая болезнь протекает значительно тяжелее, чем у взрослых пациентов. Это связано с особенностями течения процесса воспаления и физиологической незрелостью защитных систем детского организма. В связи с этим актуальным являлся поиск новых методов повышения эффективности лечения ожоговой болезни у детей младшего возраста.

Современная комплексная терапия ожоговой болезни включает в себя патогенетически обоснованный метод, который состоит в раннем иссечении некротических тканей до развития гнойных осложнений. Эффективность применения активной хирургической тактики заключается в сокращении

сроков заживления ран, снижении гнойно-септических осложнений ожоговой болезни и исключении развития стадии септикотоксемии, так как устраняется источник ее развития.

Однако проблема закрытия раневых поверхностей после ранней хирургической некрэктомии, когда выполнение аутодермопластики затруднено из-за дефицита донорских ресурсов кожи ограничивает проведение операций на необходимой площади поражения. Кроме того, у детей проведение травматичных операций (некрэктомия с аутодермопластикой) на фоне тяжелого течения ожоговой болезни сопряжено с риском ухудшения состояния, что также ограничивает объем хирургического вмешательства.

Для решения данной проблемы в медицинской практике при местном лечении глубоких ожогов используются трансплантаты, содержащие выращенные в лабораторных условиях культуру клеток кожи человека. При этом длительная методика получения аутокератиноцитов не позволяет применять их в ранние сроки после операции. Аллокератиноциты не приживают в 50 % случаев за счет реакции отторжения. Наиболее успешным оказалось использование аллогенного материала на основе клеток соединительной ткани – фибробластов. Теоретическое обоснование методики лечения было проведено в Институте Хирургии им. А.В. Вишневского (директор – академик РАМН, профессор В.Д. Федоров) в отделе патологической анатомии под руководством академика РАМН, профессора Д.С. Саркисова. Культуру аллофибробластов человека готовят в лаборатории культивирования тканей этого же института. Внедрение метода осуществлено в научно-парктическом центре термических поражений Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН под руководством профессора А.А. Алексева. Применение культивированных аллофибробластов при лечении обширных гранулирующих ран после глубоких ожогов у взрослых больных показало высокую клиническую эффективность. Действие фибробластов заключается в стимулирующем влиянии их на процессы регенерации и эпителизации в ране. С учетом этого в детском ожоговом центре было разработано модифицированное применение трансплантации аллофибробластов в ранние сроки (первые 2-7 дней болезни) после хирургической некрэктомии. Изучение результатов 10-летнего опыта применения данного метода показало, что удалось добиться значительного улучшения результатов оперативного лечения глубоких ожогов у детей, и, соответственно, ожоговой болезни в целом.

Техника выполнения оперативного лечения заключается в проведении ряда хирургических этапов. Культуру аллофибробластов человека готовят в лаборатории культивирования тканей Института Хирургии им. А.В. Вишневского РАМН по отработанной методике и доставляют в нашу клинику в день операции. Трансплантация на раневую поверхность культивированных аллофибробластов человека осуществляется с синтетических пленочных матриц и выполняется в условиях операционной под общим обезболиванием. Раневая поверхность после аппликации синтетических матриц с

аллофибробластами закрывается повязкой, состоящей из двух слоев: парафинизированной сетки и влажно-высыхающих повязок (в качестве раствора используется гидрокортизоновая суспензия: 500 мл фурацилина 1:5000, антибиотик согласно чувствительности посева с раневой поверхности в количестве 1 г, 125 мг гидрокортизоновой эмульсии). В зависимости от вида некрэтомии трансплантация культуры аллофибробластов человека осуществляется одновременно с некрэтомией или отсроченно, через несколько дней. После тангенциальной некрэтомии матрикса с монокультурой аллофибробластов трансплантируются на раны сразу после некрэтомии на дермальную поверхность. После тангенциального очищения (удаление некротических тканей до подкожной жировой клетчатки) или фасциальной некрэтомии (иссечение ожогового струпа до поверхностной фасции) выполняется отсроченная трансплантация культуры аллофибробластов на раневое ложе. Матрикса удаляются через 1-2 суток после трансплантации, затем выполняется аутодермопластика кожным лоскутом с большим коэффициентом перфорации. Величина коэффициента перфорации лоскутов была выбрана в два раза больше обычно используемой у детей раннего возраста: – 1:4.

Для доказательства эффективности применения аллоклеток проводилось цитоморфологическое исследование ожоговых ран. Было выявлено, что после трансплантации фибробластов снижалось количество полинуклеарных клеток, способствующих экссудативному воспалению и увеличивалось число макрофагов, играющих положительную роль в эволюции раневого процесса. Данная закономерность отмечалась при любом сроке наблюдения. Одновременно с этим происходило увеличение количества клеток пролиферативной фазы воспаления – лимфоцитов и фибробластов, причем как овальных, так и веретенообразных, особенно к 7-му дню наблюдения.

При лечении больных с глубокими ожогами без трансплантации аллофибробластов человека отмечен преимущественно воспалительный вариант (альтеративный, экссудативный или продуктивный), когда в препаратах присутствовали белковый детрит, фибрин, преобладали клетки острого или подострого воспаления. В группе больных после ранней хирбургической некрэтомии и трансплантации аллофибробластов человека в сравнении с контролем были выявлены ускоренное очищение от лейкоцитарно-некротического слоя и благоприятная смена клеточного состава с резким снижением количества полинуклеарных клеток, умеренным увеличением лимфоцитов, макрофагов.

Таким образом, цитологический анализ отпечатков ожоговых ран характеризовался ускоренной сменой фаз воспаления и регенерации под влиянием трансплантации культуры аллофибробластов.

Результаты параллельных гистологических исследований биоптатов ран свидетельствовали о сходном положительном лечебном влиянии трансплантации культивированных аллофибробластов. Так, были изучены биоптаты раневой поверхности с сравнением двух различных участков, при трансплантации аллофибробластов человека и без нее. В биоптате с раневого ложа без аппликации

аллофибробластов определялись массы фибриноидного некроза с немногочисленными клетками, а также единичные прослойки рыхлой волокнистой соединительной ткани. В то же время в биоптате раневой поверхности после трансплантации аллофибробластов среди фибриноида уже имелись тяжкие фибробластов в аналогичные сроки наблюдения. Позднее, при исследовании биоптатов слоя раневой поверхности с видимыми глазу участками островковой эпителизации в микропрепаратах выявлялась грануляционная ткань со слоем регенерирующего эпидермиса. Данная картина свидетельствовала о значительном гистогенетическом эффекте аллофибробластов. Расположение “нового” слоя, клетки которого были активны и способны к полноценной миграции в виде монослоя фибробластов на поверхности раны, приводило к появлению дополнительной наружной зоны разрастания и дифференцировки грануляционной ткани. При этом “наружный-искусственный” и “внутренний-естественный” листки грануляционной ткани местами сливались, что свидетельствовало о благоприятном и ускоренном течении раневого процесса. Наличие искусственно полученного “наружного” листка грануляционной ткани стимулировало более активное разрастание эпидермального пласта.

Полученные данные свидетельствуют о положительном действии аллофибробластов на динамику воспаления и регенерацию ожоговых ран.

Благоприятное течение раневого процесса после трансплантации культивированных аллофибробластов способствуют более быстрой стабилизации общего состояния больных, леченных с применением фибробластов. При использовании аллофибробластов уменьшается длительность стационарного лечения 24,56-32,3 % (в зависимости от вида ранней хирургической некрэктомии), даже в случаях более длительного пребывания пациентов в реанимационном отделении.

Важным преимуществом применения культивированных фибробластов у детей после ранней хирургической некрэктомии является интенсификация лечебного процесса за счет сокращения продолжительности оперативного вмешательства. Данное обстоятельство обусловлено тем, что при аутодермопластике используются кожные лоскуты большей степени перфорации (1:4 без удлинения сроков заживления ран) и уменьшается время выполнения этого этапа операции. Увеличение коэффициента перфорации кожного лоскута способствует уменьшению площади донорских участков ран и за счет этого снижается интраоперационная кровопотеря и достигается снижение травматичности хирургической некрэктомии в целом. Это результируется уменьшением использования препаратов крови, объема и продолжительности инфузионной терапии, меньшей длительностью оперативных вмешательств при использовании фибробластов на 33,2 %.

Таким образом, результаты применения использования культивированных аллофибробластов человека после ранней хирургической некрэктомии при лечении глубоких ожогов показали, что данный метод позволяет добиться значительного улучшения результатов ожоговой болезни у детей с термической травмой.

**С.Б. Телешов, В.П. Жуля, Т.В. Радыгина, В.В. Котин,  
Л.И. Будкевич, А.П. Продеус**

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ТЕРМИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ: ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ОДИНИЗ ПУТЕЙ ИММУНОКОРРЕКЦИИ**

*МНИИ педиатрии и детской хирургии МЗ РФ, Детская городская клиническая  
больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, НИИ детской гематологии МЗ РФ,  
МГТУ им. Н.Э.Баумана, г. Москва*

Несмотря на то, что широкое применение активной хирургической тактики позволило значительно улучшить результаты лечения детей с термической травмой, проблема снижения летальности не решена полностью. Инфекционные осложнения, такие как пневмония, а в ряде случаев ожоговый сепсис, являются основными причинами гибели больных с тяжелыми термическими поражениями. Их развитие угрожает 30-50 % тяжелообожженных, а летальность среди пациентов с развившимися инфекционными осложнениями составляет 50-80 %.

Отделом термической травмы НИИПидХ совместно с детским ожоговым центром на базе ДГКБ №9 им. Г.Н. Сперанского накоплен большой опыт лечения больных с тяжелой ожоговой травмой с применением ранних и неотложных некрэктомий, микробиологического мониторинга, использованием экстракорпоральных методик. Однако неудовлетворённость результатами традиционных схем лечения больных с тяжелыми термическими поражениями потребовала поиска новых подходов с целью снижения летальности и улучшения ближайших и отдалённых результатов терапии.

Тяжелую термическую травму можно рассматривать как иммунодефицитное состояние, детерминированное ожоговым стрессом и его последствиями, среди которых одно из ведущих мест занимает инфекция. Присоединению инфекционных осложнений способствуют: утрата кожного покрова на значительной площади, большой объём некротических тканей, потеря белков плазмы с трансудатом, токсическое угнетение лимфоцитарного клеточного пула, следовательно, и антителогенеза, нарушения микроциркуляции вследствие перенесенного шока, транслокация микрофлоры кишечника.

Прогнозирование риска развития, своевременное и адекватное купирование вышеперечисленных осложнений во многом определяют течение и исход ожоговой болезни.

Особенности развития и многообразие проявлений гнойно-септических осложнений у детей приводят к накоплению разрозненных сведений в виде результатов клинических и лабораторно-инструментальных исследований, каждое из которых в отдельности мало информативно в отношении состояния

больного и прогноза заболевания. Учитывая необходимость оценить большое количество разного типа показателей (номинальных, количественных) и возможное их несоответствие нормальному закону распределения, наиболее подходящими для поставленных целей являются непараметрические многомерные статистические методы, в частности, кластерный анализ.

При тяжелых термических поражениях с первых суток с момента травмы развивается гипогаммаглобулинемия. В данных условиях патогенетически обоснованным является внутривенное введение иммуноглобулинов для внутривенного введения (ВВИГ) с заместительной целью в зависимости от результатов прогноза риска развития инфекционных осложнений.

С целью выяснения степени нарушений иммунного статуса нами были выполнены исследования гуморального и клеточного иммунитета у 44 детей с тяжелой термической травмой. В периоде шока выявленные изменения характеризовались преимущественным снижением содержания IgG ( $5,11 \pm 0,6$  мг/дл), а также IgA ( $1,64 \pm 0,32$  мг/дл) и IgM ( $2,27 \pm 0,41$  мг/дл) в сыворотке крови. Со стороны клеточного иммунитета отмечались умеренный лейкоцитоз ( $15,9 \pm 6,9 \times 10^9$ ) с лимфопенией ( $19,0 \pm 3,4$  %), нейтрофилёз ( $72,0 \pm 6,0$  %) с моноцитозом ( $6,0 \pm 3,0$  %).

Дальнейшие исследования, характеризующие изменения в иммунограмме в зависимости от сроков поступления в специализированный стационар, показали, что при поступлении больных позднее 3-х суток, т.е. уже в периоде токсемии, степень гипоглобулинемии выше, чем у больных, поступивших в первые часы или сутки после травмы (IgG: ( $4,6 \pm 1,5$ ) и ( $5,11 \pm 0,6$ ) мг/дл; IgA: ( $1,46 \pm 0,6$ ) и ( $1,64 \pm 0,32$ ) мг/дл; IgM: ( $1,71 \pm 0,7$ ) и ( $2,27 \pm 0,41$ ) мг/дл соответственно).

В данной работе нами была сделана попытка выявить с помощью кластерного анализа клинически значимые признаки для прогнозирования угрозы развития гнойно-септических осложнений у детей с тяжелой термической травмой. Для обработки была представлена выборка из 65 историй болезни детей в возрасте от 3 до 14 лет с тяжелой термической травмой, т.е. с ожоговыми ранами общей площадью более 30 % от общей площади поверхности тела (ОППТ) и площадью глубоких ожогов более 10 %, находившихся на лечении в ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского с 1998 по 2000 год. Именно в этот период полностью сформировался, своего рода, “протокол” лечения больных с тяжелыми термическими поражениями.

Были выделены 9 наиболее информативных признаков: площадь ожога в процентах от ОППТ; площадь глубоких ожогов в процентах от ОППТ; промежуток времени от момента получения ожога до выполнения первой некрэктомии; интервал изменения температуры тела пациента (min/max); содержание лейкоцитов и лимфоцитов в крови; содержание общего белка крови; наличие острого респираторного дистресс-синдрома; сочетание ожогов кожи с термингаляционным поражением дыхательных путей; значение индекса Франка (IF). Несмотря на то, что применение индекса Франка в практике детской



комбустиологии не нашло распространения, при несомненном учете прочих факторов возможно использовать его как интегральный показатель тяжести ожоговой травмы.

Затем основные клинически значимые признаки были выделены из исследуемой выборки программными средствами пакета STATISTICA. Признаки, в частности, позволили получить “наиболее ярко выраженные” кластеры, то есть те, в которые попадало максимальное число пациентов с одинаковыми последствиями тяжелой термической травмы. В результате выборка разбивалась на три кластера: умершие дети, имевшие гнойно-септические осложнения; выжившие пациенты, имевшие гнойно-септические осложнения; обожженные, не имевшие гнойно-септических осложнений; или на два кластера: пострадавшие, имевшие гнойно-септические осложнения; больные, не имевшие гнойно-септических осложнений.

Было установлено, что “наиболее ярко выраженные” кластеры получаются при учете: площади ожога в процентах от ОППТ; площади глубоких ожогов в процентах от ОППТ; степени ожогового шока; времени, проведенного в состоянии шока; наличия термоингаляционного поражения верхних дыхательных путей; острого респираторного дистресс-синдрома; наличия полиорганной недостаточности; значения индекса Франка IF; СОЭ.

Таким образом, возможным путем для прогнозирования осложнений у пациента может служить добавление его клинических признаков и характеристик в выборку и определение средствами STATISTICA вероятности развития инфекционных осложнений. Это предполагает возможность наиболее адекватного решения вопроса о необходимости применения в комплексной терапии иммуноглобулинов для внутривенного введения (ВВИГ).

С целью коррекции IgG-недостаточности и, связанных с этим нарушений, в нашей клинике применялись препараты “Биавен” (Farma Biadgini S.p.A., Италия), “Октагам” (octafarma AG, Австрия), “Интраглобин” (Biotest, Германия), 5 % концентрат нормального человеческого IgG (“ИмБио”, Россия). Необходимо отметить их практически полную идентичность как по составу, так и по фармакодинамическим параметрам.

В процессе исследования были выделены две группы детей. Первая группа (65 пациентов) оценивалась ретроспективно. Во вторую группу вошли дети (20), получающие на основании результатов прогнозирования, наряду со стандартной терапией, ВВИГ.

Схема применения ВВИГ включала следующие основные положения: первое введение препарата выполнялось в дозе 0,3-0,7 г/кг массы тела после купирования у ребёнка явлений шока; последующие трансфузии проводились либо за сутки перед этапной аутодермопластикой, либо в течение первых 2-х суток после неё; при комплексном применении ВВИГ и плазмафереза последние вводились в дозе 0,5-1 г/кг массы тела в течение суток после проведения последнего; в случаях, когда необходимо выполнение у ребёнка серии сеансов плазмафереза, ВВИГ вводились по её завершению.

Показаниями к применению парентеральных иммуноглобулинов, явились: наличие у больного гнойно-септических осложнений, а при угрозе их возникновения – глубокие ожоги на площади более 30 % ОПТ, сочетание ожогов кожи с термоингаляционным поражением, ожоговый шок II-III степени, наличие острого респираторного дистресс-синдрома, поступление больного в специализированный стационар позднее 1-х суток, первая некрэктомия, выполненная позднее 7-х суток после травмы, лимфопения, отсутствие положительной динамики к 7-м суткам болезни.

Показатели содержания JgG, соответствующие нижней границе нормального возрастного диапазона для данного пациента, не являлись препятствием для назначения ВВИГ.

В результате использования данной методики койко-день сократился на 2,4 суток и составил  $48 \pm 8$  суток. Длительность проведения интенсивной терапии составила от 13 до 41 суток (в среднем 21 день), в то время как в контрольной группе – 38,1 суток.

Длительность антибактериальной терапии составила  $39 \pm 9$  дней, а у больных контрольной группы –  $43,16 \pm 7,55$ .

В группе больных с развившимися гнойно-септическими осложнениями, получавших наряду со стандартной терапией внутривенные иммуноглобулины, летальных исходов отмечено не было, тогда как в первой группе этот показатель составил 45,45 %.

Данные, полученные нами в результате проведения специализированных иммунологических тестов подтверждают эффективность применяемых схем иммунотерапии.

У больных, получающих парентеральные иммуноглобулины, отмечался рост содержания IgG в крови ( $5,09 \pm 1,44$  мг/дл и  $6,73 \pm 1,89$  мг/дл соответственно). В тоже время отмечено снижение таких показателей, как количество IgA и IgM. Также было констатировано увеличение числа лейкоцитов, абсолютного и относительного количества нейтрофилов. Ответ лимфоцитарного звена выражался в увеличении абсолютных значений T-лимфоцитов, и в частности, фракции CD8.

Таким образом, на основании выработанного подхода к прогнозированию риска инфекционных осложнений, стало возможным решать вопрос о применении иммуноглобулинов для внутривенного введения, не дожидаясь получения результатов специализированных иммунологических тестов. Это особенно важно при позднем поступлении больного в стационар и острой необходимости коррекции уже развившихся и выраженных нарушений иммунного статуса.

Несмотря на то, что полученные нами результаты являются предварительными, применение данной методики в сочетании с традиционной интенсивной терапией и активной хирургической тактикой позволяют надеяться на своевременную и адекватную коррекцию развивающихся иммунологических нарушений и, следовательно, предотвратить развитие гнойно-септических осложнений у детей с термической травмой, а при возникновении последних облегчить их течение.

**А.В. Колсанов, А.А. Филимонов, Б.И. Яремин**

## **МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОЖГОВОЙ ТРАВМЕ**

*Самарский государственный медицинский университет, Самарский межрегиональный центр термических поражений и пластической хирургии, Россия*

Вступление. Термические поражения представляют серьезную медицинскую, социальную и экономическую проблему.

Нагноения ран при ожоговых травмах наблюдаются более чем в 20 % случаев. Бактериологическая оценка ожоговых ран за последние десятилетия показала, что микрофлора представлена ассоциациями аэробных, клостридиальных и неклостридиальных анаэробных бактерий. Лечение и профилактика нагноений ожоговых ран остается актуальной задачей.

Целью данного исследования явилось улучшение качества лечения и профилактики инфекционных осложнений у больных с ожоговой травмой за счет разработки, внедрения и оценки многокомпонентных антимикробных средств, разработанных в виде прописи официальных препаратов, и коллагенсодержащих перевязочных биоматериалов с антисептическим спектром действия.

Материалы и методы. Методология местного лечения ожоговых ран данного исследования основана на дифференцированном применении многокомпонентных антимикробных средств, в виде прописи официальных препаратов, и коллагенсодержащих раневых покрытий с направленным действием на раневой процесс в зависимости от его фазы и особенностей течения.

Предложенный способ лечения (приоритетная справка № 2002105467) с использованием многокомпонентных антимикробных средств на полиэтиленоксидной основе (приоритетная справка № 2001129925) и ланолиновой основе (приоритетная справка № 2001129924), коллагенсодержащих биоматериалов “Лиопласт™” был применен у пациентов с ограниченными ожогами II-III АБ степени от 5 до 10 % поверхности тела в качестве самостоятельного местного лечения при поверхностных ожогах и как метод подготовки раны к пластическому закрытию при глубоких ожогах.

Основную группу составили 78 больных, которым местное лечение проводили по предложенному нами способу. Среди больных основной группы 64 были с ожогами II-III АБ степени: 34 пациента с ожогами II-III А степени, 30 – с ожогами III АБ степени. Лиофилизированные коллагенсодержащие покрытия с антисептиком на основе плаценты использовали у 20 больных, лиофилизированные коллагенсодержащие покрытия с антисептиком в виде губки применяли у 44 больных. У 14 пациентов основной группы, после взятия аутодермотрансплантатов, заживление ран донорских участков осуществляли с помощью лиофилизированных коллагенсодержащих покрытий с антисептиком в виде губки.

Контрольную группу составили 82 пациента, среди которых 67 больных были с ограниченными ожогами II-III АБ: 37 пациентов с ожогами II-III А степени, 30 – с ожогами ШАБ степени. Больным контрольной группы в качестве терапии местных инфекционных осложнений использовали общепринятые в Межрегиональном центре термических поражений средства (фурацилин, хлоргексидин, калия перманганат, борная кислота, колларгол, левомеколь, диоксидиновая мазь, антибиотики). У 15 пациентов контрольной группы, после взятия аутодермотрансплантатов, заживление ран донорских участков осуществляли “полукоткрытым” способом путем орошения слоя марли 5 % раствором марганцовокислого калия с последующим высушиванием физическими методами.

Эффективность проводимого лечения оценивали с помощью клинических, цитологических, бактериологических, морфометрических и иммунологических методов исследования.

Результаты. В контрольной группе у больных с инфицированными ожогами, начиная с 14-х суток, выполнение поэтапной некрэктомии (при глубоких ожогах) и местного лечения традиционными средствами позволило добиться очищения ран от гнойно-некротических тканей в течение  $14,1 \pm 1,7$  дней. Заживление ран у больных с ожогами II-III А степени происходило на  $33,4 \pm 2,1$  сутки за счет краевой и островковой эпителизации (из сохранившихся дериватов кожи). У больных с ожогами III АБ степени к исходу 4-й недели рана выполнялась грануляциями и осуществлялась свободная аутодермотрансплантация кожи. При лечении ран донорских участков в контрольной группе в двух наблюдениях выявлены местные инфекционные осложнения.

В основной группе при лечении больных с поверхностными ожогами инфекцию купировали в течение  $7,2 \pm 1,6$  дней, и эпителизация ран наступала в стандартные сроки за счет краевой и островковой эпителизации. При глубоких ожогах применение многокомпонентных антимикробных средств, с последующим использованием коллагенсодержащих раневых покрытий, позволяло очищать рану от гнойно-некротических тканей в течение  $8,3 \pm 1,5$  дней, в начале 4-й недели выполнять более раннее оперативное лечение. Использование коллагенсодержащих покрытий для лечения ран донорских участков позволило ускорить репаративные процессы в ране на  $1,8 \pm 0,2$  дней. Ни в одном из клинических наблюдений не было выявлено местного инфекционного осложнения.

В основной группе уровень бактериальной обсемененности ожоговых ран снижался в 2 раза быстрее по сравнению с контролем (с  $10^4$ - $10^8$  до  $10^1$ - $10^2$  микробных тел в 1 г ткани). Изучение показателей цитограммы выявило более раннюю смену (в 1,5 раза быстрее) дегенеративной и дегенеративно-воспалительной фаз в наиболее благоприятный регенераторно-воспалительный тип в основной группе пациентов по сравнению с контрольной группой.

Бактериологический контроль ожоговых ран показал высокую антибактериальную активность предложенных многокомпонентных антимикробных средств и коллагенсодержащих раневых покрытий с антисептиком в отношении патогенных бактерий в монокультуре и в ассоциациях.

Выводы. Применение разработанных многокомпонентных химиотерапевтических средств, в виде прописей официальных антимикробных препаратов, и лиофилизированных коллагенсодержащих раневых покрытий является перспективным направлением в лечении и профилактике местных инфекционных осложнений при ожоговой травме.

УДК 616-001.17-089

**Б.А. Парамонов, Л.В. Кухарева, Н.М. Юдинцева, Т.Д. Смирнова**

## **ПРИМЕНЕНИЕ СЛОЖНЫХ КЛЕТОЧНЫХ КОМПОЗИЦИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОЖОГОВИ РАН**

*ВмедА, Институт цитологии РАН, Институт гриппа, г. Санкт-Петербург*

Для искусственного формирования полноценной структуры и восстановления функций кожи необходимо наличие всех клеточных элементов, присутствующих в ней в норме. В последнее время все большее внимание уделяется созданию *in vitro* сложных структур и композиций, включающих в свой состав не только клетки эпидермального и мезенхимального происхождения, но и элементы внеклеточного матрикса. E.Bell и соавт. (1983) предложили переносить на раневые поверхности сложную композицию, состоящую из “дермального эквивалента” (ДЭ) моделирующего дерму, на поверхности которого выращивали кератиноциты и получали “живой эквивалент кожи” (ЖЭК). Для получения ДЭ, фибробласты кожи смешивали с коллагеном, плазмой и ростовой средой, что приводило к образованию геля. Преимуществом ДЭ является то, что клетки в нем находятся в активном функциональном состоянии, близком к таковому в коже, они имеют многие фенотипические черты, свойственные нормальным фибробластам. (E.Bell, 1983). В состав нормальной дермы помимо клеток (главным образом – фибробластов) и сети коллагеновых фибрилл, входят и другие компоненты внеклеточного матрикса – гликопротеины и протеогликаны и другие вещества. Введение в гели добавочных компонентов межклеточного матрикса (например, гликозаминогликанов), приближает свойства геля к составу дермы *in vivo*, а нанесение на поверхность геля фибронектина и ламинина – способствует формированию базальной пластинки.

Известны и другие “населенные” клетками коллагеновые гели, которые являются основой многих “тканевых эквивалентов”, в частности, сосудистых, или железистой ткани, которые потом хирургическим путем могут быть пересажены в живой организм.

Вместе с тем, основным компонентом ДЭ является коллаген. Коллаген (К) – основной структурный белок соединительной ткани, обеспечивающий

ее механическую прочность. Его содержание в организме животных очень высоко. Коллагены составляют до 30 % всех белков организма. В настоящее время известно 19 типов К, которые различаются по строению молекулы, тканевому распределению и функциям. Наиболее распространенными являются фибриллообразующие коллагены типов I, II, III и V типов, и коллаген базальных мембран IV типа, образующий сетки. Коллагеновые фибриллы (КФ), являющиеся структурной основой и каркасом всех тканей построены из трехцепочечных молекул фибриллообразующих коллагенов. Каждая молекула К состоит из трех аминокислотных цепей, имеющих в спиральном домене глицин в каждом третьем положении (до 33 % глицина) и около 20 % аминокислот пролина и оксипролина. Такой специфический состав позволяет цепям закручиваться в очень жесткую и прочную тройную спираль. С обоих концов молекулы имеются небольшие неспиральные домены, называемые телопептидами. КФ, являющиеся структурной основой и каркасом всех тканей организма, образуются путем латеральной ассоциации жестких треспиральных коллагеновых молекул фибриллообразующих коллагенов.

Коллагены получают из тканей с большим его содержанием, обычно сухожилий и кожи различными способами, имеющими достоинства и недостатки. При ферментативном получении коллагена телопептиды “откусываются” ферментами, и остается только трехцепочечная спираль. Применение щелочно-солевой обработки обычно дает частично денатурированный коллаген.

Для получения клеточных композиций использовали растворы фибриллообразующего коллагена (I, II, III и V типа), полученные по оригинальной методике посредством мягкой кислотной экстракции. В результате из тканей выделяются целые молекулы коллагена с сохраненными телопептидами. Растворы таким образом получаемого коллагена в диапазоне температур от 0° С до +10° С жидкие, их желирование происходит при температуре тела +37° С. Если компоненты, в том числе, живые клетки, смешивать при температуре около 0° С, желирование задерживается на несколько часов и приготовленный стерильный физиологический раствор коллагена (смесь коллагена с живыми клетками, с компонентами внеклеточного матрикса, с ростовыми факторами и другими биологически-активными молекулами) можно транспортировать и впоследствии переносить на поверхность ран, где уже будет происходить его полимеризация. При этом, гель хорошо моделирует рельеф поверхности раны. На поверхность коллагенового геля можно пересаживать культуру кератиноцитов (многослойные пласты, суспензию, монослой на поверхности пленки “Фолидерм” и др.). Таким образом формируется полноценная структура кожи.

Эта технология была применена при лечении ожогов, трофических язв, а также косметических дефектов. Получен патент на изобретение.

**В.А. Соколов, И.Ф. Шпаков**

## **МЕТОДИКА ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ ВЯЛОТЕКУЩИХ ОГРАНИЧЕННЫХ ОЖОГОВЫХ РАН**

*Военно-медицинская академия, клиника термических поражений,  
г. Санкт-Петербург, Россия*

Характерной особенностью течения термической травмы у ослабленных и пожилых больных является формирование длительно не заживающих ран. Суммарная площадь последних, как правило, не превышает 5 % поверхности тела. В то же время их длительное существование приводит к истощению пострадавшего, требует интенсификации лечения. Кроме того, из-за несвоевременного восстановления кожного покрова возникает реальная опасность генерализации инфекции, развития полиорганной недостаточности и летального исхода у больного.

Попытки повысить общую резистентность организма за счет назначения гемотрансфузионной, общей стимулирующей терапии, выполнения ежедневных перевязок не всегда приводит к существенным положительным сдвигам в течение местных репаративных процессов. Складывается впечатление, что рана “привыкает” к тому препарату (мази или раствору антисептиков), который используется для перевязок.

Поэтому в клинике в качестве альтернативного способа используется следующая лечебная тактика. Помимо вышеперечисленных мероприятий общей терапии мы выполняем перевязки с ежедневной сменой препарата для местного лечения. Наиболее часто осуществляется следующая схема: раствор антисептика – на следующие сутки – компресс с иммобилизованными ферментами, после которого накладывается малевая повязка.

Воздействие на рану различных медикаментозных ингредиентов в значительной степени активизирует течение местных репаративных процессов и позволяет добиться положительной динамики. При очаговом расположении ожогов III А-III Б степени рана, как правило, заживала за счет спонтанной эпителизации. В случаях, когда поражение было глубоким, – удавалось в короткие сроки подготовить этот участок к оперативному восстановлению кожного покрова.

**В.В. Бігуняк, В.В. Дем'яненко, Н.В. Бігуняк**

## **БІОЛОГІЧНІ БІОФІЗИЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ЛІОФІЛІЗОВАНОЇ ШКІРИ СВІНИ: ЗАГАЛЬНОБІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ, ПРОБЛЕМИ, ПЕРСПЕКТИВИ**

*Тернопільська державна медична академія імені І.Я. Горбачевського*

Консервованій біосубстрат взагалі, а ліофілізована шкіра – зокрема, стають об'єктом дедалі більшої уваги дослідників, оскільки ініціальні механізми технологічно необхідного виведення консервованої біоструктури із стану анабіозу належать до розряду актуальних наукових питань загальнобіологічного значення. В цьому аспекті вивченню властивостей ліофілізованої ксеногенної шкіри належить особливе місце, оскільки отримані нові дані стосовно оптимізації властивостей консервованих тканин і їх здатності до приживлення практично відразу знаходять застосування в медичній практиці.

Від часу впровадження технології виготовлення консервованого ліофільним способом ксенодермотрансплантату розробки і клінічної реалізації цілого ряду методик лікування ран з використанням ксеногенної шкіри, зібрано обширний експериментальний і клінічний матеріал. Проведений нами системний аналіз отриманих результатів, з одного боку, переконливо довів перспективність ксенодермопластики як високоефективного методу лікування ран, з іншого – розкрив і продовжує розкривати неабиякі потенційні можливості від застосування консервованої ксеногенної шкіри як біологічного субстрату з новими, на сьогодні фактично не вивченими, хімічними, біологічними, біофізичними та біогенними властивостями.

Унікальність консервованої ліофільним способом тканини впливає, перш за все, з визнання того, що основні закономірності живого або не діють, або набирають інших, нетипових форм і проявів. Це, насамперед, стосується такої фундаментальної властивості живої системи як постійний обмін речовиною і енергією з довкіллям. Жодних проявів або ознак саморегуляції. Разом з тим, при зволоженні висушеної біоорганічної структури, остання набирає певних фізико-хімічних, біологічних і фізіологічних властивостей, які в умовах взаємодії з тканинами макроорганізму набирають позитивних якостей, спрямованих на збереження цілісності організму як такого.

Наведені міркування і отримані експериментальні і клінічні дані дозволяють стверджувати, що консервована біотканина взагалі, а ксеношкіра – зокрема, не є традиційним біологічним об'єктом, а тому слід виходити з розуміння неправомірності ототожнень реакцій і процесів, що відбуваються у ксеногенній консервованій шкірі під впливом різних чинників біологічного, хімічного чи фізичного генезу з класичними загальнобіологічними і загальнопатологічними процесами на рівні живої клітини, тканини, біологічної системи в цілому.



Серед найбільш значущих ефектів консервованої ксеношкіри, які у тій чи іншій мірі дістали практичну реалізацію, слід вказати, перш за все на адсорбційні, антиоксидантні, антимікробні та біогенні властивості.

В модельних дослідах клапти консервованої шкіри виявилися здатними адсорбувати токсичні продукти гіперметаболізованої плазми, тобто плазми крові, витриманої впродовж 72 год в термостаті при 37 °С. Суть дослідження полягала в співставленні результатів впливу токсичної плазми на біологічні тест-об'єкти в контролі і після інкубації в ній клапти консервованої шкіри. В усіх дослідах інкубат гіперметаболізованої плазми значною мірою втрачав токсичність по відношенню до парамедій і сперматозоїдів в тестових пробах *in vitro*, до ізольованих еритроцитів в реакції кислотного гемолізу і лейкоцитів в тестових люмінесцентномікроскопічних поліхромних реакціях. Останні полягали у застосуванні методики вторинної люмінесценції ядрових структур ізольованих лейкоцитів крові на основі забарвлення нуклеїнових кислот клітинних ядер флюорохромом акридином оранжевим (АО) з наступним визначенням інтегрального індексу поліхромного світіння як середньої кубічної відсотка зеленосвітних, оранжево- і червоносвітних клітин у мікропрепараті. Високий рівень клініко-діагностичної інформативності зазначеного тесту, головним чином пов'язаний з залежністю типу вмонтовування молекули АО, а саме у вигляді АО-мономеру чи АО-димеру, у молекулу ДНК, від активності детермінантних груп клітинних і внутрішньоклітинних мембран, рівня окисно-відновного потенціалу клітини, що, в свою чергу, певною мірою визначається результатом попередньої взаємодії клітин з токсичними чинниками.

При співставленні даних експериментальних досліджень з результатами багаторічного клінічного застосування ксенодермотрансплантатів є всі підстави для екстраполяції адсорбційної здатності ксеногенної ліофілізованої шкіри в реакціях *in vitro* на антиоксидантні ефекти ксенодермотрансплантатів в організмі обпечених хворих.

Антимікробний ефект консервованої за нашою (В.В. Бігуняк, 1994) методикою шкіри, очевидно, пов'язаний з просоченням її на певному технологічному етапі антибіотиком. Ця властивість ліофілізованої шкіри зберігається роками, не втрачаючи придатності трансплантаційного матеріалу як такого. Антимікробну здатність клапти ксеношкіри визначали шляхом вміщення їх на тверде живильне середовище після попередньої інкубації в стандартизованій суспензії мікроорганізмів, зокрема, золотистого стафілококу і грибка – збудника кандидозу. Одночасно висівали суспензії мікроорганізмів на живильне середовище до інкубації в них ксеношкіри (контроль), а також після неї (дослід). Як виявилось, окрім очікуваної здатності затримувати ріст мікроорганізмів, клапти консервованої шкіри ініціювали зменшення числа колоній в інкубаті після висівання його на середовище, що, на нашу думку, є проявом комбінованої дії антибіотика і адсорбційних властивостей шкірного субстрату. Саме ця властивість ксенодермотрансплантату в реальних умовах застосування його при лікуванні обпечених хворих, за нашими даними, забезпечує ефективну

детоксикацію організму шляхом сорбції токсичних речовин з антимікробним потенціюванням лікувального ефекту.

Заслуговують на безперечну увагу прояви біогенної дії консервованої ксеношкіри, оскільки імунокomпетентна система макроорганізму, навіть за умов порушень структурно-функціональної її спроможності, зокрема при опіковій травмі, продовжує виконувати роль генетико-розпізнавального механізму на рівні своє-чуже за участю цілого ряду інших еволюційно детермінованих імунобіологічних реакцій і процесів.

В експериментах на тваринах (білі миші, щурі, морські свинки) короткотривала імплантація під шкіру клаптів консервованої шкіри свині супроводжувалася вираженою реакцією лейкоцитів, зокрема, у вигляді лейкоцитозу (на 87-115 %), фагоцитозу (зростання на 20-24 %), підвищення інтенсивності вторинної люмінесценції ядрових структур (на 29-42 %) та ін. Звертається при цьому увага і на те, що починаючи з 7-9 днів імплантовані клапті зазнають спочатку ледь помітної, а згодом і більш виразної резорбтивно-деструктивної деградації: краї клаптя стають дедалі більш зазубреними, вкритими макрофагами, нейтрофілами і лімфоцитами.

Розглядаючи наведені зміни як прояви реакцій імунобіологічної резистентності організму на чужерідність, вважаємо за потрібне наголосити на пластичній ролі продуктів біохімічної деградації імплантованих клаптів ксеногенної шкіри. Йдеться про перспективу направленої корекції регенераторних процесів в ураженому організмі на основі використання біогенних властивостей ксеногенної шкіри. Аналізуючи результати біофізичних досліджень консервованої шкіри, ми вже зазначали, що у сухому стані переважають ті її властивості, які можуть бути описані законами фізики, у тому числі фізики твердого тіла, і, навпаки, навіть після короткотривалого зволоження ця шкіра набуває ознак живої структури. Результати дослідження властивостей шкіри з застосуванням методик первинної і вторинної люмінесценції, зокрема в умовах впливу взаємоперпендикулярних електричного і магнітного полів, обробки енергією оптичного випромінювання в УФ ділянці спектру, а також когерентним випромінюванням в інфрачервоному спектральному діапазоні виявлені принципові можливості направленої корекції як властивостей консервованої шкіри, так і ряду важливих функцій організму як цілого. Так, наприклад, в після УФ опромінення клаптів шкіри суттєво посилюються її адсорбційні властивості. Неабияку перспективу пов'язуємо із здатністю такої шкіри взаємодіяти *in vitro* з антиоксидантними сполуками в реакціях гасіння люмінесценції, в яких клаптям сухої шкіри відведена роль біоенергетично чутливого тест-об'єкту.

Таким чином, консервована ліофільним способом шкіра свині за рядом біофізіологічних, біохімічних і біофізичних властивостей дозволяє віднести її до препарату з багатогранными біогенними властивостями, які виводять її за межі традиційного застосування в практичній і експериментальній медицині як ксенодермотрансплантата і при подальшому вивченні може знайти використання для вирішення проблемних питань біології і медицини.

**О.Я. Бадюк, І.В. Мурований, Я.І Головатий**

## **СТАНМІНЕРАЛЬНОЇЩІЛЬНОСТІКІСТКОВОЇСИСТЕМИВ ОПІКОВИХРЕКОНВАЛЕСЦЕНТІВ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Термічні ураження є серйозною медичною, соціальною та економічною проблемою.

За даними ВООЗ, серед причин смерті в розвинутих країнах перше місце займають травми різного генезу, серед яких питома вага опіків складає до 10 %.

При великих обширних термічних опіках розвивається клінічно виражена загальна реакція організму, яка розпочинається з перших годин після отримання травми і продовжується не тільки протягом усього періоду існування ран, а й після повного відновлення шкірних покривів (Алексеев А.А., Лавров В.А., 1997).

Важка опікова травма призводить до складної полісистемної патології, універсально охоплюючої весь організм обпеченого. При опіковій хворобі проходять виражені зміни з боку кісткової системи.

Зміни обміну кальцію і фосфору при опіковій хворобі обумовлені паратиреоїдними гормонами, кальцитоніном і кальцитріолом. Зміни активності цих факторів реалізують вплив на кальцієво-фосфорний обмін глюкокортикоїдів, тиреоїдних гормонів, що призводить до розвитку остеопорозу – наслідку тяжких опіків (Клечкин Л.М., Лебедева М.Н., 1997).

Питання теоретичного та практичного аналізу змін, які відбуваються в кістках скелета при опіковій хворобі достатньо нерозроблені. Це викликає необхідність комплексного вивчення реакції кісткової системи при термічному пошкодженні організму з метою визначення можливих шляхів корекції порушеного остеогенезу.

Діагностику змін мінеральної щільності кісткової системи в опікових реконвалесцентів проводили за допомогою ультразвукової денситометрії. Перевагою даного методу є висока точність, неіонізуюче випромінювання, короткий час обстеження. Крім того, даний метод дає якісну оцінку губчастій кістковій тканині, її архітектурі. Метод має високу цінність в прогнозуванні змін з боку кісткової системи та для оцінки ефективності остеопротекторних засобів (Поворознюк В.В., 1997).

Нами проведено вивчення стану мінеральної щільності кісткової тканини в 40 реконвалесцентів, які лікувались в опіковому відділенні Тернопільської комунальної лікарні швидкої допомоги, через 1-2 місяці після виписки із стаціонару.

Вік обстежених пацієнтів складав від 10 до 55 років. Пацієнтів було поділено за індексом тяжкості ураження (ІВУ до 60 ОД; ІВУ 60 ОД), за віком (до 50 років та старше 50 років), за статтю (чоловіки, жінки).

Лікування хворих, які проходили денситометричне обстеження, проводилось згідно з загальноприйнятими схемами.

Місцево для лікування опікових ран II-III АБ-IV ступенів використовували ліофілізовані ксенотрансплантати з шкіри свині.

При опіках (II-III А ст.) проводили обробку опікових ран і накладались ліофілізовані ксенодермотрансплантати попередньо розмочені в фізіологічному розчині з антибіотиками. Пересаджені на поверхневі рани ксенодермотрансплантати щільно прилягали до рани, поступово ущільнювались і підсихали з країв, під ними проходила епітелізація поверхневих опікових ран. При повному загоєнні рани ксенотрансплантати відпадали на 11-12-й день після їх накладання (Бігуняк В.В., 2000).

При глибоких опіках III Б-IV ступенів ми застосовували методи раннього хірургічного лікування. Ранні некректомії проводили після виведення потерпілих із стадії шоку. Після проведення ранньої некректомії рани накривали ліофілізованими ксенодермотрансплантатами. Через 2-3 дні після некректомії, ксенодермотрансплантати знімали з ран, проводили додатково видалення некротичних тканин, які залишилися після некректомії, і проводили автодермопластику. Додаткове видалення нежиттєздатних тканин сприяє кращому приживленню ксенодермотрансплантатів (Таран В.М., 1999).

У обстежених хворих анамнестично не виявлено супутньої патології, яка сприяла б виникненню вторинного остеопорозу.

Дослідження стану мінеральної щільності проводили в поперековому відділі хребта за допомогою методу двофотонної декситометрії на апараті ДРХ-А фірми LUNAR.

При поділї обстежених за статтю зміни виявлено у 4-х жінок (10 %), 12-ти чоловіків (30 %).

Зміни з боку мінеральної щільності кісткової системи виявлені у 16 чоловік з 40 обстежених, що складає 40 % від загальної кількості.

Серед пацієнтів першої групи (з ІВУ до 60 од) зміни з боку кісткової системи виявлено у 7 хворих (17,5 %). У них діагностовано остеопенію I-II ступенів.

Серед обстежених одна пацієнтка віком до 50 років, двоє – старше 50 років.

При обстеженні пацієнтів з ІВУ більше 60 од. у 6 реконвалісцентів виявлено явища остеопорозу. Серед жінок у однієї пацієнтки виявлено явища остеопенії II ступеня.

Отже, на основі проведених досліджень нами було виявлено зміни в опікових реконвалісцентів з боку мінеральної щільності кісткової системи у 16 обстежених хворих, що складає 40 % від загальної кількості. Явища остеопенії I-II ступенів виявлено у 14 пацієнтів (35 %), явища остеопорозу виявлено у 2-х пацієнтів (5 %).

**К.С. Волков, А.В. Довбуш, О.П. Андрієшин, Н.В. Бігуняк,  
Л.Д. Тупол**

## **ЗБЕРЕЖЕНІСТЬ КОМПОНЕНТІВ ЕПІДЕРМАЛЬНИХ ПРОЛІФЕРАТИВНИХ ОДИНИЦЬ КОНСЕРВОВАНИХ АУТОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Оскільки шкіра безпосередньо контактує із зовнішнім середовищем, екстремальні фактори часто бувають причиною її пошкодження. Для закриття ранової поверхні, особливо великої площі, виникає необхідність тимчасово зберігати аутодермотрансплантати. Тому пошук консервантів та встановлення термінів зберігання шкіри життєздатною, є актуальною проблемою, зокрема в комбустіології. Проте, до цього часу недостатньо вивчені про морфофункціональні зміни компонентів епідермальних проліферативних одиниць, за якими можна було б визначити їх життєздатність.

Проведені дослідження морфофункціонального стану аутодермотрансплантатів при їх консервуванні в гліцерин-жовткової і гліцерин-формаліновій (0,25 %) сумішах на 7, 14, 21 і 30 доби зберігання. Для гістологічних досліджень використовували зрізи шкіри, зафарбовані гематоксиліном і еозином. Життєздатність окремо виділених епідермоцитів оцінювали згідно з запатентованою нами методикою, яка полягає у ферментативному розщепленні епідермоцитів з наступним прижиттєвим забарвленням трипановим синім. Електронно-мікроскопічні дослідження шкіри проводили відповідно до загальноприйнятої методики. Статистичну обробку цифрових даних, отриманих при морфометричних дослідженнях і підрахунку життєздатних епідермоцитів, проводили методом варіаційної статистики.

Проведені морфологічні дослідження шкіри підтвердили теорію епідермальних проліферативних одиниць (ЕПО), згідно з якою в центрі групи епідермоцитів знаходиться клітина Лангерганса, яка дендритоподібними відростками об'єднує епітеліоцити у вертикальні колонки.

Гістологічними та електронно-мікроскопічними дослідженнями виявлено реактивні зміни в будові епідермісу на 3 та 7 доби консервування в гліцерин-формаліновому розчині. Міжклітинні простори помірно розширюються, частина епідермоцитів набуває вакуолізованого вигляду внаслідок просвітлення цитоплазми, а індекс Гертвіга зменшується. Клітини Лангерганса також не зазнають виражених деструктивних змін. Ядра внутрішньо-епідермальних макрофагів зберігають лопативу форму, в каріоплазмі переважає еухроматин, перинуклеарний простір локально розширений. В цитоплазмі наявні мітохондрії з просвітленим матриксом та невисока щільність помірно змінених органел.

Мікроскопічні та субмікроскопічні дослідження автошкіри, яка зберігалась протягом 14 і 21 діб у даному розчині, аналогічні описаним вище, але вони виражені більше і свідчать про незворотність деструктивних процесів. Просвітлення цитоплазми більшої частини (52-74 %) епідермоцитів базального та остистого шарів зумовлена лізисом цитоплазми та супроводжується каріопікнозом. Ядерно-цитоплазматичний індекс достовірно знижується. Для клітин Лангерганса також характерні деструктивні зміни, що проявляються пошкодженням ядерних органоїдних мембран.

Проведені гістологічні спостереження на 3 і 7 добу консервування автошкіри в гліцерин-жовтковій суміші встановили реактивні зміни структури епідермісу. При цьому частково збільшується кількість вакуолізованих з світлою цитоплазмою епідермоцитів, помірно зменшується ядерно-цитоплазматичне співвідношення.

На 14 та 21 добу морфологічні зміни поступово наростають і набувають деструктивного незворотного характеру. Вони проявляються в порушенні базальної мембрани, розширенні міжклітинних просторів, руйнуванні десмосом, каріопікнозі, накопиченні гетерохроматину в ядрах епідермоцитів. Субмікроскопічні дослідження встановили, що просвітлення цитоплазми епідермоцитів відбувається, в першу чергу, за рахунок лізису парануклеарної ділянки цитоплазми та частково каріопікнозу. Тому збільшується кількість вакуолізованих епідермоцитів і зменшується індекс Гертвіга. Цитоплазма клітин Лангерганса заповнена зруйнованими та вакуолізованими органелами, а ядерні компоненти також деструктивно змінені.

Методом визначення життєздатності клітин встановлено, що при однакових термінах спостережень краща збереженість епідермоцитів, виявлена при консервуванні у гліцерин-жовтковій, ніж у гліцерин-формаліновій сумішах (на 7 добу в 1,4 рази, а на 14 добу – в 1,5 рази).

Таким чином, морфологічні та морфометричні критерії життєздатності автошкіри свідчать про добру збереженість компонентів ЕПО шкіри, консервованої в гліцерин-жовтковій суміші і дають підставу рекомендувати її для консервування автодермотрансплантатів не довше 7 діб.

**К.С. Волков, Т.В. Бігуняк, П.І. Лучанко, В.М. Таран**

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ РЕГЕНЕРАЦІЙНИХ ПРОЦЕСІВ В  
РАНІХ ОПІКАХ ІІІ Б-ІV СТУПЕНІВ В УМОВАХ  
ЗАСТОСУВАННЯ ЛІОФІЛІЗОВАНИХ  
КСЕНОДЕРМОТРАНСПЛАНТАТІВ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

В комплексному лікуванні опечених хворих важливим є відновлення шкірного покриву у короткі терміни, коли регенераторні властивості організму ще збережені і хворі не виснажені довгим перебігом захворювання. При значних за площею опіках резерви донорської шкіри обмежені, тому постає питання про інші способи тимчасового закриття ран. З цією метою застосовують синтетичні замітники шкіри, ксенодермотрансплантати (В.В. Бігуняк, П.І. Лучанко, 1995; В.М. Таран, 2000).

Залежно від загального стану потерпілого, важкості перебігу опікової хвороби відбуваються і різноманітні зміни в опіковій рані. Тому морфологічні і електронномікроскопічні дослідження ранового вогнища мають важливе значення у вивченні ефективності використання ксенотрансплантатів в комплексному лікуванні опечених.

Обстеження опікових ран здійснювали у групи хворих з опіками ІІІ Б-ІV ступенів, в яких ксенодермотрансплантати використовували під час автодермопластик, для закриття ран, незакритих автолоскутами і перфорованими автоклаптями.

Біопсію ран на всю їх глибину з крайових і парацентральных ділянок проводили під час перев'язок під загальним знеболюванням. Біоптати забирали на 5-6 добу і на 10-11 добу після ксенопластики.

Для гістологічного дослідження частину ксенодермотрансплантатів фіксували в 10 % нейтральному формаліні з наступною заливкою в парафін. Отримані на санному мікротомі зрізи фарбували гематоксиліном та еозином, досліджували за допомогою світлооптичного мікроскопа і документували за допомогою мікроскопа МБД-6.

Для електронномікроскопічних досліджень шматочки тканин попередньо фіксували в 2,5 % розчині глутаральдегіду з активною реакцією середовища рН 7,3-7,4, приготованому на фосфатному буфері Міллоніга, постфіксацію здійснювали 1 % розчином чотириокису осмію протягом 60 хвилин, після чого проводили їх дегідратацію в спиртах і ацетоні та заливали в епоксидні смоли згідно із загальноприйнятою методикою. Для вибору місця дослідження та орієнтації матеріалу робили напівтонкі зрізи, які фарбували метиленовим синім. Ультратонкі зрізи, виготовлені на ультрамікротомі УМПТ-7, забарвлювали 1 % водним розчином ураніацетату, контрастували цитратом свинцю

за методом Рейнольдса та вивчали за допомогою електронного мікроскопа ЕМВ-100ЛМ.

Гістологічні дослідження біоптатів на 5-6 добу після ксенопластики свідчили про активне формування грануляційної тканини. В її розвитку беруть участь малодиференційовані клітини гістогенного походження. Вони проникають у пошкоджену сполучну тканину з проростаючими гемокапілярами.

При електронномікроскопічному спостереженні для фібробластів у грануляційній тканині характерним є збільшення об'єму цитоплазми та товщини відростків, добре виражений синтетичний апарат. Про це свідчать багаточисельні помірно розширені каналці грануляційної ендоплазматичної сітки, збільшені в об'ємі диктіосоми комплексу Гольджі, гіперплазія і гіпертрофія мітохондрій. Ядра мають нерівні контури каріолеми за рахунок інвагінацій. В каріоплазмі багато рибосомальних гранул, грудки гетерохроматину не спостерігаються. У міжклітинній речовині навколо фібробластів розташовані колагенові фібрили. У ділянках регенеруючої дерми шкіри спостерігали новоутворення і проростання гемокапілярів. Їх ультраструктурна організація відповідає підвищеній функціональній активності. В ендотеліоцитах кровоносних капілярів добре розвинутий ядерний апарат.

У цитоплазмі відмічено гіперплазію органел, багато піноцитозних міхурців. На люмінальній поверхні клітин виявлено мікрворсинки і вип'ячування. Базальна мембрана помірно потовщена, хвиляста. В її формуванні мабуть беруть активну участь фібробласти, тому що навколо капілярів розташовані структури, які за будовою подібні до відростків цих клітин. Проте, самі фібробласти, що розташовані біля кровоносних капілярів мають довгі розгалужені відростки. Можливо в процесах репаративної регенерації з новоутворення стінки судин беруть участь адвентиційні клітини та малодиференційовані фібробласти. На препаратах спостерігається тісний зв'язок ендотеліоцитів, що формуються з відростками, які щільно прилягають до базальної мембрани.

На 10-11 добу після ксенопластики гістологічні спостереження показали, що рана, яка знаходилася під ксенодермотрансплантатом покрита сформованою грануляційною тканиною і готова до прийняття аутодермотрансплантата. У ній виявлено багато клітин фібробластичного ряду, колагенові і еластичні волокна. Дуже важливим є факт активації мітотичного поділу і диференціювання епітеліоцитів в крайовій зоні та формування регенерату за рахунок придатків шкіри, що частково збереглися в дермі.

Електронномікроскопічні спостереження опікових ділянок в умовах застосування ксенодермотрансплантатів на 10-11 добу показали, що для диференційованих фібробластів грануляційної тканини характерна насиченість цитоплазми активними органелами. На мембранах помірно розширених цистерн ендоплазматичної сітки багато рибосом, а в гіалоплазмі – вільних полісом. Диктіосоми комплексу Гольджі займають значний об'єм, мітохондрії мають чітко виражені кристи і часто гіпертрофовані. Міжклітинна речовина насичена колагеновими фібрилами.



Субмікроскопічні дослідження крайової ділянки опікової рани при використанні ліофілізованих ксенодермотрансплантатів показали, що їх застосування активізує регенераційні процеси з оновлення епітеліоцитів. Тяж молодих епідермоцитів, який наростає на добре сформовану сполучно-тканинну основу, має активні ядра, в каріоплазмі яких наявні крупні ядерця та рибосомальні гранули, наявні інвагінації каріолеми, розширені перинуклеарні простори. Це збільшує площу взаємодії ядра та цитоплазми. Тонofilamentів небагато, а мітохондрії невеликі, щільні.

Спостерігаються також епітеліоцити, що мітотично поділяються. Вони мають характерний для мітозу хромосомний малюнок, бідну на органели цитоплазму. В ділянці епітеліального регенерату спостерігається формування базальної мембрани, своєрідної пластинки на якій розташуються епідермоцити. В ділянці мітотичного поділу клітин базальна мембрана ще нечітка. Відмічається тісне прилягання відростків фібробластів до молодого базальної пластинки. Це, мабуть, пов'язано з участю цих клітин у створенні цієї структури при репаративній регенерації.

Електронномікроскопічно в крайовій зоні спостерігається також формування багатошарового епітелію. Росткова зона невисока, має декілька шарів епідермоцитів. Характерним для клітин є специфічні ядра, що мають чисельні інвагінації каріолеми, вогнищево збільшені перинуклеарні простори. Каріоплазма має багато рибосомальних гранул, тому виглядає дещо осміофільною. Наявні крупні ядерця. В цитоплазмі нерівномірно розташовані тонofilamenti, наявні рибосоми, невеликі мітохондрії, світлі вакуолі. Біля плазмолем тонofilamenti збираються в пучки і прилягають щільно до десмосом.

Таким чином, проведені мікроскопічні та електронномікроскопічні дослідження при використанні ліофілізованих ксенодермотрансплантатів в лікуванні опіків III Б-IV ступенів показали, що вже в ранні терміни після накладання на рану ксеношкіри відбувається покращення процесу загоєння. Репаративна регенерація перебігає активно і проявляється формуванням грануляційної тканини, активацією фібробластів, оновленням судин мікроциркуляторного русла. В крайовій зоні відбувається наростання епітеліального регенерату на сполучнотканинну основу, що формується. Відбувається поступове формування багатошарового епітелію. Під ксенодермотрансплантатами рани готові до прийняття аутодермотрансплантату.

**А.П. Осипов, Ю.В. Горшков, А.Н. Любимов, О.Б. Абрамов**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПЕРФТОРОРГАНИЧЕСКИХ СОЕДИНЕНИЙ (ПФОС) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СОЖОГАМИ**

*г. Кирово-Чепецк, Россия*

Применение ПФОС у хирургических больных нами начато с 1992 г. В начале применяли перфторан, в дальнейшем – перфтордекалин (ПФД) производства КЧХК при лечении анастомозитов после резекции желудка и операций на желчевыводящих путях, при лечении ожогов, отморожений, различных ран, трофических язв, бурситов. В последнее время также начали применять карбогал (КБГ) производства КЧХК. Методы лечения анастомозитов и бурситов защищены Патентами России. Всего с применением ПФОС пролечено 168 больных, основную группу, 104 человека, составили пациенты с ожогами. При этом не учитывалась многочисленная группа больных с солнечными ожогами, лечение которых проводилось бесконтрольно на бытовом уровне, поэтому в работе речь пойдет только о тех 104 пациентах. Среди них были лица обоего пола в возрасте от 1 года 2 месяцев до 87 лет.

Из 104 человек с ожогами следует выделить две группы: а) пациенты проведенные в процессе выработки единой методики лечения – 13 человек, из них 8 лечились перфтораном, пять – с ПФД; б) пациенты пролеченные по единой методике, из них 86 – с ПФД, пять – с КБГ.

Первоначально методика лечения заключалась в наложении марлевых салфеток, обильно пропитанных перфтораном или ПФД, на ожоговые раны. перевязки проводились ежедневно один раз, а некоторым пациентам два раза в день. Однако марлевые салфетки довольно быстро высыхают, и с этого момента действие препаратов прекращается. При снятии же повязок раны травмируются, особенно, вновь образующийся эпителий. Поэтому в дальнейшем перешли на открытый метод – систематическое орошение ран препаратом через пульверизатор, чем достигалось постоянное присутствие препарата в ране, но в ночное время, во время сна, манипуляции прекращались, что создавало перерыв в процессе лечения. Снова вернулись к марлевым повязкам, которые покрывались непроницаемой пленкой, чем создавалась герметичность пораженного участка. Это давало возможность сохранять в ране постоянную концентрацию препарата. Повязки оставались влажными на все время экспозиции, и при снятии их не происходило травмирование раневой поверхности и нежного эпителия.

Лечебная эффективность ПФОС главным образом объясняется высоким содержанием кислорода ( $O_2$ ). В перфторане растворимость  $O_2$  – до 7,0 об%. Главным из его составляющих является ПФД (13 %) с растворимостью  $O_2$  до 40,0 об%. Перфторан первоначально создан как плазмозаменитель с

газотранспортной функцией, допущен к использованию для этого по всей территории РФ и должен применяться целенаправленно по прямому своему назначению. Поэтому в дальнейшем мы оставили его использование как наружное средство, тем более, что ПФД по растворимости  $O_2$  стоит на более высоком уровне. Перфтордекалин – препарат стерильный. Чтобы убедиться в этом мы сами провели многократные исследования ПФД из заводской упаковки. Роста микробов ни разу не обнаружено. Это, вероятно, является следствием удачно подобранной универсальной каталитической композиции для процесса прямого дофторирования в технологии получения ПФД, применение которой позволяет резко снизить (более чем в 50 раз) остаточное содержание недофторированных примесей, что является эффективным препятствием для роста микробов. Сравнительный анализ отечественного ПФД (КЧХК) и зарубежных аналогов выявил, что содержание недофторированных примесей у нашего препарата в 20 раз ниже, что является дополнительной гарантией стерильности ПФД (КЧХК).

Перевязки проводились ежедневно. Эпителизация ран начиналась со второго дня и при ожогах II-III А ст., заканчивалась 7-11 дню. Процесс заживления происходил без нагноений, и в итоге мы получали гладкую поверхность без рубцов, что очень важно при лечении поражении в области суставов и на лице. При глубоких ожогах в 9 наблюдениях были вынуждены прибегнуть к некрэктомии, что удлиняло сроки лечения. У 10 больных лечение потенцировали применением ГБО что позволяло сроки снизить до 8-9 дней. Максимальная ожоговая рана, леченная нами, составляла 1337 см<sup>2</sup> (в среднем 120-150 см<sup>2</sup>). Гистологические исследования, проведенные у части больных в процессе лечения показали, что под влиянием ПФД раны очищаются от детрита, выполняются грануляциями с последующим образованием коллагеновых пучков, эпителизация с краев идет быстрее, чем обычно, и с процессом акантоза.

Для уточнения принципиального аспекта – возможности проникновения ПФД в кровяное русло и возможного влияния его на весь организм, нами проведены исследования крови 10 пациентов в процессе лечения. Методика заключалась в приготовлении хладонового экстракта из пробы крови пациентов с последующим его анализом на хроматографе. При чувствительности методики 0,04мг/мл остаточного содержания ПФД в крови ни у одного больного не обнаружено, поэтому говорить о возможности влияния ПФД на весь организм, тем более – отрицательного, едва ли целесообразно.

В последнее время мы обратили внимание еще на один препарат из ряда ПФОС – карбогал. КБГ отличается ещё более высокой растворимостью кислорода (до 45 об.%). Этим препаратом проведено лечение пятерых ожоговых больных, результаты обнадеживающие.

Таким образом, наши исследования при лечении ожогов с помощью перфторана, ПФД и КБГ показали, что применение ПФОС у этого контингента больных достаточно эффективно и проведение новых изысканий в этом направлении целесообразны и явно перспективны.

**Б.А. Парамонов, И.В. Крайник, В.О. Сидельников, Е.В. Зиновьев,  
Д.В. Ремизов, И.Л. Агапов, И.В. Чурилова, С.Ф. Антонов**

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРЕПАРАТОВ И МЕТОДОВ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВЫХ РАН**

*Военно-медицинская академия, НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе,  
НИИ особо чистых биопрепаратов, г. Санкт-Петербург, Россия*

Местное лечение ран является весьма актуальной задачей комбустиологии. В последнее время была установлена важная роль активных форм кислорода и продуктов перекисного окисления, противовоспалительных цитокинов и медиаторов воспаления в патогенезе местных нарушений при ожогах. Это послужило основой для разработки новых высокоэффективных рецептур для местного применения. В частности, была создана мазь “Содерм” на водорастворимой основе, содержащая в своем составе мощный антиоксидант – супероксиддисмутазау. Апликация препарата на рану в ранние сроки после травмы позволяет резко снизить выраженность воспалительных явлений в ране и, в определенной степени, профилактирует углубление ожога за счет предотвращения гибели тканей в зоне паранекроза. Для стимуляции репаративных процессов может использоваться новая мазь “Суперлейкин”, содержащая помимо супероксиддисмутазау интерлейкин-1 $\beta$ . В практику лечения ожогов и ран широко применяется мазь “Биопин-5 %”, содержащая сосновую смолу и также обладающая антиоксидантными и цитокиноподобными свойствами. Большие перспективы связаны с разработкой и последующим внедрением препарата “КСВ”, являющегося аналогом сульфадиазина серебра. Внедрение в практику лечения метода ведения ран дистальных отделов конечности в условиях умеренно-влажной среды (т.н. “парникового эффекта”) с применением сульфадиазина серебра позволило резко сократить сроки лечения пострадавших и снизить частоту рубцовых деформаций.

Отдельное место в системе лечения обожженных занимают раневые покрытия (РП). В последнее время появилось несколько видов высокоэффективных препаратов такого рода. Одним из них является РП “Фолидерм”, выполненное из биосовместимого материала (полиэтилентерефталата), прошедшего сложную физико-химическую обработку. “Фолидерм” представляет собой тонкую оптически-прозрачную пленку, имеющую субмикронные сквозные поры, непроницаемые для микроорганизмов. Благодаря наличию электростатических свойств РП не требует дополнительной фиксации. Применение данного вида РП позволяет добиться излечения поверхностных ожогов кожи при однократной его апликации. Кроме того, на поверхности РП “Фолидерм” возможно выращивать клетки кожи и трансплантировать их на раны. Использование РП позволяет существенно уменьшить количество перевязок и сократить сроки лечения

обожжених. Недавно була розроблена серія раневих покриттів (гель-пленки) на основі мікробної целюлози. В залежності від целевого призначення таке РП виготовляється з різною пропиткою: для застосування в ранні терміни після травми – з супероксиддисмутазою; для лікування гнійних ран – з пов'язкою. Дуже хороший ефект дає застосування препаратів у вигляді губок, виготовлених з колагену і хитозану з пропиткою  $\beta$ -каротином і супероксиддисмутазою (серія “Хитоскін”). Для прискореного очищення ран від некротичних тканин раневі сорбенти на основі полівинилового спирту (“Колласорб”, “Колладисорб”), що містять колагеназу.

Впровадження в практику комплексу нових препаратів і методів місцевого медикаментозного лікування ран дозволило підвищити ефективність лікування постраждалих з термічною травмою.

УДК 616-001 21-08(476)

**В.С. Савчин, М.О. Коритко, О.Д. Александрович**

## **ЗАСТОСУВАННЯ КОМПРЕСІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ДІТЕЙ З ПІСЛЯОПІКОВИМИ РУБЦЕВИМИ ДЕФОРМАЦІЯМИ**

*8-ма міська клінічна лікарня, м. Львів*

Загоєння опікових ран залежить від багатьох причин, основними з яких є глибина опіку, його площа, локалізація, вік хворого, проведене лікування. При загоєнні поверхневих опіків за рахунок самостійної епітелізації відбувається формування задовільного шкірного покриву (при невеликій площі ураження) або м'яких невисступаючих рубців із відносно рівною поверхнею. Проте у значного відсотка обпечених спостерігається процес надмірного росту сполучної тканини з формуванням гіпертрофічних та келоїдних рубців (Гришкевич В.М., Мороз В.Ю., 1996). Гіпертрофічні рубці розростаються в межах рани, тоді як келоїдні – формуються навколо пересаженої шкіри, на місці інфікованих опікових ран, проникають через отвори сітчастих трансплантатів. Гіпертрофічні рубці формуються протягом 6-9 місяців після епітелізації рани. На вигляд вони товсті, рожеві, помірної щільності, підвищуються над рівнем шкіри, вкриті епітелієм, який злущується. Свіжі келоїдні рубці горбисті, червоні з ціанотичним відтінком, підвищені над рівнем шкіри, щільні, болючі, супроводжуються значним свербіжем, із властивістю до інфільтруючого росту. Ризик виникнення патологічних післяопікових рубців зростає при великій площі ранового дефекту, постійній травматизації рубця, тривалості терміну загоєння рани більше 3-х тижнів (у випадку глибоких опіків, інфікування ран) (Алексеев А.А., 1996).

При розвитку патологічних рубців виникають дефекти тканин, обмежуються рухи м'язів та сухожилків, в ділянках суглобів виникають контрактури,

анкілози та деформації. У дітей з патологічними рубцями різноманітні деформації виникають дуже швидко, оскільки дитина росте, а поверхня рубця залишається сталою за площею. При травматизації рубців з порушеною трофікою відбувається їх виразкування. Післяопікові рубці часто ускладнюються гнійно-запальними, некротичними та алергічними процесами (дерматози) (Юденич В.В., Гришкевич В.М., 1990).

Основним методом лікування патологічних післяопікових рубців є їх хірургічне висічення з наступним пластичним закриттям утвореного дефекту. Проте у стадії формування патологічного рубця, яка триває до 6-9 місяців, оперативне втручання в більшості випадків неефективне, або навіть протипоказане, оскільки операція супроводжується значною крововтратою, важко визначити “проміжну лінію” (межа рубцевої та здорової тканини), майже у 75-90 % виникають рецидиви. Традиційні консервативні методи лікування післяопікових рубців у дітей (гормонотерапія, кріодеструкція, фізіотерапевтичні процедури з лідазою, озокеритом, аплікації мазі “Контратубекс” та ін.) не завжди дозволяють досягнути бажаного результату. Один з методів профілактики та лікування післяопікових рубців є метод компресійної терапії.

Матеріали і методи. Клінічний матеріал склали 98 пацієнтів з патологічними післяопіковими рубцями, які з липня 2000 року по лютий 2002 року лікувалися в дитячому опіковому відділенні 8-ї міської лікарні м. Львова (58 хлопчиків і 35 дівчаток, віком від 1 до 16 років). Основну (I) групу склали 65 осіб, яких лікували компресійною терапією, контрольну (II) групу склали проаналізовані ретроспективно 28 пацієнтів, яких лікували традиційними методами. Метод компресійної терапії полягає у створенні дозованого тиску на рубцеву поверхню, який при тривалому його застосуванні викликає ішемію і зворотній розвиток рубців. Дозований постійний тиск створюється за допомогою одягу, пошитого за індивідуальними вимірами зі спеціального матеріалу. Безпосередньо на площу рубця накладається силіконовий аплікатор для збільшення локального тиску на рубець. Дитина носить цей одяг 23 години на добу, з перервою на 1 годину для гігієнічних процедур. Силіконові аплікатори накладаються на 10-20 годин. Ефективність терапії оцінювали через 3 і 6 місяців та через 1,5 року після початку лікування. Аналізували динаміку суб’єктивних (біль, свербіння) і об’єктивних (колір, еластичність рубцевої тканини, товщина рубців, обсяг рухів в суглобах) критеріїв.

Результати і обговорення. У 57 пацієнтів (87,7 %) I групи спостерігалась позитивна динаміка стану вже з 2-го місяця лікування: зменшення болю і свербіння спостерігалось у 52 пацієнтів (84,6 %), зміна кольору рубця з червоного на рожевий – у 57 (87,7 %). Через 6 місяців біль і свербіння зменшились у 50 хворих (76,9 %), рубець став блідо-рожевий – у 57 (87,7 %), зменшилась його товщина – у 52 (84,6 %), збільшився обсяг рухів в суглобах – у 48 (73,8 %). В II групі покращення об’єктивних і суб’єктивних критеріїв спостерігалось на 6 місяць у 10 хворих (35,7 %): біль і свербіння зникли у 8 пацієнтів (28,6 %), колір рубця змінився на блідо-рожевий – у 10 (35,7 %),

товщина його зменшилася – у 9 (32,1 %), обсяг рухів в суглобах збільшився – у 9 (32,1 %).

Через півтора року від початку лікування у пацієнтів I групи біль зменшився у 63 хворих (96,9 %), свербіння – у 61 (93,8 %). Рубець наблизився до нормального кольору шкіри у 63 (96,9 %), еластичність рубцевої тканини збільшилась – у 64 (98,5 %), обсяг рухів у суглобах збільшився – у 59 (90,8 %), товщина рубця зменшилася – у 61 пацієнта (93,9 %). У 41 пацієнта (87,2 %) через півтори року від початку лікування з'явилися тактильна та температурна чутливість в ділянці рубця.

Компресійний одяг виготовляється за індивідуальними вимірами дитини (враховуючи локалізацію, розмір рубцевого дефекту), із спеціального матеріалу, який не втрачає пружності в процесі використання, є гігієнічним. Оскільки дитина носить спеціальний одяг 23 години на добу, то на патологічні рубці постійно діє певний тиск, який підвищується за допомогою місцевого силіконового аплікатора. Внаслідок постійного тиску розвивається ішемія рубцевої тканини, що у свою чергу призводить до припинення розростання сполучної тканини та спричиняє таким чином інволюцію рубця. В процесі лікування рубці стають тоншими, м'якшими, блідими, неболючими, зникає свербіж, відновлюється поріг чутливості. При проведенні оперативного видалення таких рубців вони легко відділяються по “проміжній лінії” (межа між рубцевою тканиною та підшкірно-жировою клітковиною), менше кровоточать, майже не рецидивують.

Висновки. 1. Проведені клінічні дослідження засвідчили вищу ефективність застосування компресійної терапії післяопікових рубців і контрактур у порівнянні з традиційними консервативними методами. 2. Головні ефекти полягають у швидкій ліквідації патологічних симптомів і функціональних розладів, пов'язаних з післяопіковими рубцями. 3. Компресійна терапія може застосовуватися для підготовки патологічних рубців у дітей до хірургічного лікування. 4. Методика дозволяє попередити утворення патологічних рубців, деформацій та контрактур. 5. Використання методу дозволяє досягти стабільних результатів (не виникають рецидиви патологічних рубцевих розростань).

УДК 616.5-003.92-08

**Т.Р. Масляк**

## **КОМПЛЕКСНИЙ МЕТОД ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПІКОВИХ РУБЦЕВИХ ДЕФОРМАЦІЙ ШКІРНИХ ПОВЕРХНІВ**

*Обласна клінічна лікарня, м. Івано-Франківськ*

Наслідки опікової травми залежать від багатьох причин, головними з яких є глибина опіку, його площа, локалізація і вік пацієнта. Основними віддаленими

негативними наслідками опікових уражень залишаються рубцеві деформації шкірних покривів (Б.С. Вихриєв, В.М. Бурмистров, 1986).

Рубці, котрі виникають в результаті опіків, а також рубці на донорських ділянках мають схильність до гіпертрофії протягом перших двох років. В результаті грануляційної фази відновлення шкіри ріст фібробластів відбувається неупорядковано, оскільки немає тиску зі сторони поверхневих шарів шкіри. Колагенові волокна звиваються і закручуються, що обумовлює ріст гіпертрофічних рубців (О.С. Сергеев, З.Г. Гончарова, 1990).

Результатом гіпертрофічного росту рубця може бути деформація, втрата динамічної функціональності і каліцтво. Після того, як гіпертрофічний рубець дозрів, єдиним способом його ліквідації є хірургічне висікання (М.Ю. Повстяний, 1973; В.В. Юденич, В.М. Гришкевич, 1986).

Але якщо рубець ще не дозрів, лікування може успішно проводитись за допомогою компресійної терапії. В результаті чисто механічного тиску, який забезпечується при застосуванні спеціального компресійного одягу, колагенові волокна розміщуються переважно паралельно, як і в нормальній шкірі.

В зв'язку з цим, заходи з профілактики і лікування деформацій шкірних покривів повинні починатися вже з моменту поступлення хворого в стаціонар і продовжуватися на всіх етапах реабілітації. Для вирішення цього завдання необхідний комплексний підхід, який повинен включати весь арсенал відновно-пластичних оперативних втручань та консервативного лікування.

Нами проведено аналіз лікування 67 хворих опікового відділення обласної клінічної лікарні за період 1998-2001 рр. Всі потерпілі перенесли термічні опіки полум'ям, або окропом III АБ-IV ступенів, різної площі та локалізації. В групу входило 32 дитини, віком від 3 до 15 років і 35 дорослих від 16 до 51 року.

Для покращення результатів лікування та попередження утворення глибоких рубців на першому етапі лікування проводилася операція ранньої некректомії – на 3-5 добу після травми. При оперативному втручанні видаляли некротичні тканини на площі 5-10 % поверхні тіла. На одного пацієнта припадало від 1 до 3 оперативних втручань. Операція ранньої некректомії у всіх хворих завершувалася ксенопластикою ліофілізованою свинячою шкірою.

Через 3-5 днів після ксенопластики рани заповнювались рівномірними грануляціями, ксенотрансплантат видаляли і одночасно проводили автодермопластику розщепленим клаптом. На фоні повного приживлення трансплантату і епітелізації ранової поверхні (10-14 доба), призначалася компресійна терапія. Залежно від місця ураження компресійна терапія проводилася двома методами. На китиці та стопи накладали еластичний бинт ("Кобон"), а на лобні ділянки голови і на шию – силіконові пластини. При спостереженні протягом 21 дня трансплантати залишалися гладкими, м'якими, не було вираженого росту рубцевої тканини. В 7 % випадків зареєстровані ускладнення – крайове звирозкування трансплантату. Лікування даного ускладнення проводилось розчинами антисептиків.

Після компресійної терапії проводили дермобразію. Спочатку застосовували груботканинну механічну дермобразію. Механічна дермобразія проводилася



фрезами на площі 300-400 см<sup>2</sup> до появи “кров’яної роси”, з оголенням рубцевих сполучних волокон. Після гемостазу дермобразна поверхня закривалася ксенотрансплантатом і пов’язками з розчином антисептика “Кутасепт”. Пов’язки з ксенотрансплантатом відходили після епітелізації ранової поверхні.

Після загоєння дермобразної рани застосовували аплікацію силіконових пластин для попередження росту рубця. Силіконові пластини фіксувалися компресійним одягом, а на кінцівках еластичним бинтом.

Компресійна терапія проводилася протягом 6-18 місяців. Термін застосування силіконової пластини до 6 місяців, після чого вона вимагала заміни, в зв’язку з втратою еластичності. При терапії рубцевих деформацій в ділянці суглобів (колінного та ліктьового) компресійна терапія доповнювалася фіксацією кінцівок гіпсовими лонгетами на ніч.

Механічна дермобразія призводила до утворення гладкої, гіперемованої поверхні, яка через 3-4 тижні бліднула, набираючи колірору нормальної шкіри. Залежно від площі та структури рубця, необхідність в проведенні повторної механічної дермобразії виникала через 3-4 місяці. Для покращення косметичних результатів, в проміжках між сеансами механічної дермобразії проводилася мікродермобразія. Мікродермобразію проводили згідно з рекомендаціями фірми – виробника апарату “KINA KERM 99”. Курс складав 5-10 сеансів з інтервалом 6-8 днів, загальною тривалістю 1,5-3 місяці.

Сеанси дермобразії в поєднанні з компресійною терапією призвели до покращення самопочуття хворих, що проявилось значним зниженням інтенсивності або відсутністю свербіння. При об’єктивному дослідженні відзначено збліднення рубця з наближенням кольору рубцевих тканин до кольору шкіри. Рубець розміщений на рівні здорової шкіри, пальпаторно м’який, еластичний. Збільшився також об’єм рухів в ділянках уражених суглобів, зменшилися болі при виконанні фізичних вправ.

Результати проведеного дослідження вказують на ефективність застосування запропонованого комплексного методу лікування опікових ран з метою профілактики утворення та лікування гіпертрофічних рубців у опікових хворих.

Метод добре переноситься пацієнтами, викликає мінімум ускладнень, покращує косметично-функціональні результати лікування, забезпечує позитивний психологічний ефект і ранню реабілітацію пацієнтів.

**А.В. Матвеевко, М.Ю. Тарасенко, А.Л. Адмакин, Н.Ю. Волков,  
Д.Б. Каллистов, С.А. Петрачков, Е.А. Акулинов, А.П. Тихонов**

## **РЕОГРАФИЧЕСКИЙ И ИМПЕДАНСОМЕТРИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ОСТРОГО ПЕРИОДА ОЖОГОВОЙ БОЛЕЗНИ**

*Военно-медицинская академия, кафедра термических поражений,  
г. Санкт-Петербург, Россия*

Для оценки гемодинамических показателей и распределения жидкости по секторам организма тяжелообожженных использовали реоанализатор-монитор “Диамант-РМ”, созданный в ЗАО “Диамант” (Санкт-Петербург) с компьютерной приставкой Note Book Intel Pentium II.

Проведено обследование в динамике 18 тяжелообожженных в возрасте от 30 до 62 лет без тяжелой сопутствующей патологии. Общая площадь ожога составляла от 14 до 85 % поверхности тела, площадь глубокого поражения – от 9 до 60 % поверхности тела. В состоянии легкого ожогового шока поступило 11 пациентов, в состоянии тяжелого ожогового шока – 5 пациентов и в состоянии крайне тяжелого ожогового шока – 2 пациента.

В режиме интегральной реографии тела (ИРГТ) и интегральной импедансометрии (ИИМ), а также в режиме монитора обследование больным в состоянии ожогового шока выполняли через 3 часа, а в периоде острой ожоговой токсемии 1-2 раза в сутки.

Установлено, что у пострадавших с легким ожоговым шоком при поступлении и в период дальнейшего наблюдения по данным реографии отмечался гипердинамический тип кровообращения, что характеризовалось увеличением разовой производительности сердца, возрастанием минутного объема кровообращения и частоты сердечных сокращений. У данной категории пострадавших увеличивался общий объем жидкости за счет увеличения объема внеклеточной жидкости не более, чем на 1,5 литра.

У пострадавших с тяжелым и крайне тяжелым ожоговым шоком определялся гиподинамический тип кровообращения в ближайшее время после поступления. Уровень снижения разовой производительности сердца коррелировал с тяжестью ожогового шока. Однако минутный объем кровообращения находился в пределах нормы или был незначительно снижен. Такая компенсация происходила за счет увеличения частоты сердечных сокращений. Резко увеличивался объем внеклеточной жидкости и незначительно – внутриклеточной. В наиболее тяжелых случаях объем внеклеточной жидкости достигал 6,0-7,0 литров.

В соответствии с полученными реографическими данными и с помощью других диагностических методов проводилась коррекция инфузионно-трансфузионной терапии, инотропной поддержки миокарда. Таким образом, ИРГТ и

ИИМ являются источником весьма важной информации, необходимой для адекватного лечения тяжелообожженных.

УДК 616-001.170-89: 615.035.008.05

**А.В. Матвеевко, М.Ю. Тарасенко, А.Л. Адмакин, Н.Ю. Волков,  
Д.Б. Каллистов, С.А. Петрачков, Е.А. Акулинов, А.П. Тихонов,  
А.В. Самарев**

## **ЗНАЧЕНИЕ ОСМОМЕТРИИ СРЕД ОРГАНИЗМА В КОРРЕКЦИИ ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОБОЖЖЕННЫХ**

*Военно-медицинская академия, кафедра термических поражений,  
г. Санкт-Петербург, Россия*

Инфузионно-трансфузионная терапия в комплексном лечении тяжелообожженных в остром периоде ожоговой болезни и, особенно, в периоде ожогового шока имеет решающее значение. В связи с тем, необходим поиск наиболее адекватных методов оценки состояния жизненно важных функций организма пострадавшего.

Одним из таких методов является осмолярность крови и мочи. Известно, что осмолярность крови является одной из наиболее значимых констант внутренних сред организма человека. Ее оценка, дополненная исследованием осмолярности мочи, приносит достаточно важный объем информации в систему мониторинга тяжелообожженных. “Агрессивная” инфузионно-трансфузионная терапия ожогового шока нуждается в постоянной коррекции с помощью данных осмометрии.

Обследовано 85 пострадавших, у которых развилась ожоговая болезнь. Забирали пробы крови и мочи в количестве 5 мл через каждые 3 часа у пострадавших в ожоговом шоке и, каждый день, – у пострадавших в периоды острой ожоговой токсемии и септикотоксемии. Кровь центрифугировали со скоростью 3000 об/мин. Исследования проводили на аппарате МТ-2 ЛНПО “Буревестник”.

При получении результатов сравнивали осмолярность крови и мочи, вычисляли осмолярный дискремент, оценивали почасовой диурез. В соответствии с полученными данными делалось заключение о состоянии выделительной функции почек.

Установлено, что увеличение осмолярности крови и мочи высоко коррелировало с тяжестью ожогового шока. Так, при крайне тяжелом ожоговом шоке, осмолярность крови достигала 380 мосмоль/кг при высокой осмолярности мочи (до 1500-1800 мосмоль/кг) на фоне олигурии или анурии. При тяжелом

ожоговом шоке осмолярність крові досягала 340 мосмоль/кг, мочи – до 1300 мосмоль/кг при зниженні почасового диуреза (олигурия и анурия). При легком ожоговом шоке изменения осмолярности были незначительными или отсутствовали.

На основе изменения осмолярности крови и мочи в комплексе с другими методами исследования проводилась постоянная коррекция инфузионно-трансфузионной терапии. Это позволило добиться более быстрого выведения из состояния ожогового шока, снижения общей летальности в ожоговом шоке до 5 % и улучшить результаты дальнейшего лечения.

УДК: 616-001.17-089

**А.П. Радзіховський, Г.П. Козинець, Ю.М. Васильчук**

## **ШЛЯХИ ВДОСКОНАЛЕННЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-КОМБУСТІОЛОГІВ**

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика*

На кафедрі хірургії та опікової хвороби КМАПО протягом останніх 2 років проводиться післядипломна підготовка лікарів-курсантів за спеціальністю “Комбустіологія”. Підготовлені та затверджені координаційною радою МОЗ України цикли: спеціалізації – 312 навчальних годин, передатестаційний цикл – 154 навчальних години, тематичного удосконалення “Опіки та їх наслідки” та “Опіки у дітей” – 234 години, “Опіки, їх наслідки та реабілітація опікових хворих” – 72 години.

Навчальна програма різних циклів є нормативним документом, в якому визначається зміст навчання на циклах, встановлюються вимоги до обсягу та рівня підготовки фахівця. Зміст програм охоплює весь обсяг теоретичних знань, умінь і практичних навичок, необхідних лікарю-спеціалісту-комбустіологу для самостійної роботи з надання кваліфікованої допомоги хворим і потерпілим. Програми побудовані за системою блоків. Основними блоками є 14 курсів програм циклів спеціалізації, передатестаційного, тематичного удосконалення “Опіки та їх наслідки” та “Опіки у дітей”, а також 11 курсів програми Т/У “Опіки і їх наслідки, та реабілітація опікових хворих”. Курс є відповідною самостійною частиною програми, в якій подано значну за обсягом теоретичну інформацію з певної галузі комбустіології, або суміжних дисциплін. Курси розбито на розділи. Для полегшення орієнтації лікарів-курсантів у програмі та впорядкуванні інформації, що міститься в ній, курси і розділи закодовані.

Навчальний план циклу визначає контингент курсантів, тривалість їх навчання, розподіл годин, відведених на теоретичне вивчення розділів нав-

чальної програми. Для виконання вищевказаних програм в процесі навчання передбачено такі види занять: лекції, практичні заняття, різні види семінарів.

Під час навчання на кафедрі хірургії та опікової хвороби лікарі відповідно до навчального плану підвищують рівень теоретичної підготовки та оволодівають практичними навичками. З найбільш актуальних тем програм, лікарі готують реферати, які обговорюються на семінарах. На практичних заняттях лікарі опановують практичні навички з комбустіології та суміжних дисциплін. На кафедрі розроблено доцільне відношення лекційних, практичних і семінарських занять на вищевказаних циклах 1:2:1, а на циклі спеціалізації 1:3:1. Крім цього планується позааудиторна самостійна робота курсантів, яка не входить до навчального плану, а проводиться відповідно до заздалегідь складеного графіка, що гарантує можливість індивідуального доступу курсантів до потрібних дидактичних засобів.

Для виявлення знань і навичок курсантів після кожного розділу програм проводиться проміжний контроль знань, для заключного іспиту передатестаційного циклу та циклу спеціалізації використовується атестаційна комп'ютерна тестова програма, затверджена Міністерством охорони здоров'я України. Лікарі, які закінчили навчання на циклі спеціалізації, підлягають атестації на визначення рівня знань та практичних навичок з присвоєнням звання лікаря-спеціаліста за спеціальністю "Комбустіологія". Лікарі, які закінчили навчання на передатестаційному циклі, підлягають атестації на визначення рівня знань та практичних навичок відповідно до кваліфікаційних вимог на кваліфікаційну категорію лікаря-спеціаліста-комбустіолога.

За 2 роки на вищевказаних циклах підготовлено 136 лікарів-курсантів за спеціальністю "Комбустіологія". На кафедрі також пройшли підготовку 506 лікарів-інтернів та лікарів суміжних кафедр.

УДК: 616.5-001.4-06: 616.5-006.81]- 089.844

**І.Й. Галайчук**

## **ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИХ РАНУ ХВОРИХ НА МЕЛАНОМУШКІРИ**

*Тернопільська державна медична академія, м. Тернопіль*

Вступ. Досягнення молекулярної біології за останнє десятиріччя значно збагатили наші уявлення про хірургічну рану і розвиток пухлини. Відомо, що одні й ті самі цитокіни і фактори росту (PKGF, IGF-1, TGF- $\beta$ , EGF, IL-6, bFGF, VEGF та ін.) беруть участь як в загоєнні рани, так і в розвитку пухлинного процесу [1,2,3]. Отже, довготривалий рановий процес може активувати ріст окремих злоякісних клітин, які залишилися після видалення основної пухлини.

Виходячи з цих позицій стає зрозумілим актуальність місцевого лікування ран у хворих на злоякісні пухлини шкіри. І в першу чергу це стосується меланому, яка за своєю біологічною природою має високий метастатичний потенціал, а її хірургічне лікування все ще є досить суперечливим [4,5]. Про важливість первинного оперативного втручання вказує той факт, що 47 % усіх рецидивів припадає на пухлини, які мали товщину понад чотири міліметри [6, 7]. Ось чому лікування меланоми чи її рецидиву вимагає нових шляхів вирішення, особливо при локалізації пухлин на голові, верхніх чи нижніх кінцівках, коли інколи в діях хірурга тимчасовий косметичний ефект переважає над принципом онкологічної радикальності.

Власні дослідження. З 1997 року ми застосовуємо вдосконалену методику лікування первинної (Т3-Т4) та рецидивної меланоми шкіри:

- неoad'ювантна поліхіміотерапія (КТІС, Cisplatinum, Vincristine) + біотерапія лафероном (INF- $\alpha$ 2b);

- інтенсивна (одночасно з хіміотерапією) доопераційна променева терапія крупними фракціями на місце розташування меланоми (60-80 Гр) і, при потребі, на регіонарні лімфовузли (40-45 Гр). При екзофітних пухлинах товщиною 4-9 мм застосовувалась близькофокусна рентгенотерапія, якщо товщина пухлини перевищувала 10 мм – телегамматерапія. У випадках ерозивної меланоми, її поверхня після сеансів променевої терапії, оброблялась стерильним порошком кремнійорганічного адсорбента  $\text{Si}(\kappa\text{H}_3)_3\text{CH}_3$  з іммобілізованим дакарбазіном – Si-КТІС;

- операція: висічення пухлини електроножем по контуру опромінення. В блок тканин, які видалялись, входили: меланома з опроміненою ділянкою шкіри навколо неї, підшкірно-жирова клітковина й м'язова фасція (при необхідності). Регіонарну лімфаденектомію виконували за показаннями;

- післяопераційні курси поліхіміотерапії та біотерапії.

Клінічно ефект передопераційної хіміо-променевої терапії проявлявся у зменшенні товщини та розмірів меланоми. Морфологічні дослідження видаленої пухлини виявляли значний клітинний поліморфізм, ділянки некробіозу, численні патологічні мітози. Можна припустити, що дестабілізація клітинних мембран пухлини ймовірно покращує реалізацію цитостатичного впливу хіміопрепаратів, а одночасна дія хіміо- та променевої терапії – зменшує метастатичний потенціал первинної меланоми.

Хірургічний етап і тактика ведення післяопераційної рани займають вирішальне місце в лікуванні меланоми, й, на нашу думку, повинні бути спрямовані на швидке загоєння та ліквідацію рани як можливого промотора метастатичного поширення меланоми. У зв'язку з цим серед методів оперативного лікування ми надаємо перевагу місцево-пластичним операціям з переміщенням шкірно-жирових клаптів та тимчасовій ксенодермопластиці післяопераційної рани з відстроченою аутодермопластиком. Традиційний спосіб лікування з наявністю відкритої гранулюючої рани та аплікацією мазевих пов'язок застосовується нами рідше.

У тих випадках, коли площа операційної рани перевищувала пластичні ресурси оточуючих тканин, або були особливості анатомічної локалізації пухлини, при яких переміщення шкірно-жирових клаптів було б не доцільне, рану закривали ксеношкірою. Ксенотрансплантати – це ліофілізовані за спеціальною методикою клапті шкіри свині товщиною 0,2-0,5 мм, які виготовляються підприємством “Комбустіолог” (м. Тернопіль) й дозволені для клінічного застосування [8].

Ксенодермопластика післяопераційної рани ліквідує больовий синдром, припиняє втрату білків, електролітів й рідини з поверхні рани, попереджує інфікування, редукує фази ранового процесу, сприяє підготовці ран до аутодермопластики. А грануляційна тканина, яка формується під ксенотрансплантатом, служить у певній мірі бар’єром на шляху поширення злоякісних клітин. Ксенотрансплантати видалялись з рани на 12-16 день, а з різних ділянок гранулюючої рани брався матеріал для цитологічного контролю. В наших спостереженнях жодного випадку злоякісного росту не було виявлено. Після цього здійснювалась аутодермопластика. Аутошкіра приживлялась на 90-95 % площі пересаженого трансплантату.

*Аплікація на рани адсорбента Si-KTIC.* Адсорбент поєднували з ксенодермопластикою рани тоді, коли пухлини були з розпадом. В інших випадках, при місцево-пластичних операціях рани оброблялись адсорбентом з утворенням шару порошку до 2-4 мм товщиною. Краї невеликих ран зшивались і вставлялись гумові дренажі. Якщо пластичне переміщення шкірно-жирових клаптів було значним за об’ємом, то післяопераційну рану обробляли порошком адсорбента двічі: перший раз безпосередньо після електровисічення пухлини, другий – перед зшиванням переміщених клаптів. Спостереження в ранньому післяопераційному періоді показали, що при застосуванні адсорбента зменшувалась запальна реакція й не було гнійних ускладнень, а сам адсорбент не перешкоджав загоєнню ран. Цікаво, що у віддаленому періоді диспансерного спостереження не було відзначено появи рецидивів у місцях застосування адсорбента з іммобілізованим цитостатиком [9].

Місцево-пластичні операції (за методами Лімберга, Pick, Kufourmentel та ін) шляхом переміщення шкірно-жирових клаптів є надійним методом ліквідації післяопераційної рани. Однак необхідно зауважити, що у випадках сумнівної радикальності заради косметичного ефекту, перевагу слід надати способу тимчасової ксенодермопластики з відстрошеною аутодермопластикою гранулюючої рани.

Згідно з цими принципами нами було проліковано 49 хворих на меланому (T4N0-2M0) і 10 хворих на рак шкіри (T4N0M0). Вік пацієнтів: від 30 до 77 років. Період диспансерного спостереження становив від 6 до 60 місяців. Рецидив в ділянку аутодермотрансплантату ми спостерігали лише в одному випадку (2 %) у пацієнтки з меланомним ретикулярним лімфангіом (T4N2cM0). В контрольній групі пацієнтів (82 хворих), які лікувались традиційним способом (відкрита рана, мазеві пов’язки протягом 3-4 місяців), рецидиви спостерігалися в 11 % випадків (9 хворих).

Висновки. Хірургічний етап лікування меланоми повинен передбачати якнайшвидше загоєння післяопераційної рани.

Запропонована тактика і методи лікування післяопераційної рани (ксенодермопластика з відстроченою аутодермопластикою, аплікація адсорбентів з іммобілізованими цитостатиками під час місцево-пластичних операцій) можуть реально змінити перебіг ранового процесу, – редукувати його фази, прискорити загоєння, й таким чином опосередковано зменшити вплив рани на метастатичний потенціал злоякісних клітин. Однак необхідні подальші дослідження для підтвердження на молекулярному рівні (bFGF, VEGF) цієї ідеї.

#### **Література**

1. Hofer S.K., Molema G., Hermens R.A., et al. The effect of surgical wounding on tumour development /European J Surgical oncology. – 1999. – Vol. 25. – P. 231-243.
2. Birck A, Kirkin AF, Zeuthen J, Hou-Jensen K. Expression of basic fibroblast growth factor and vascular endothelial growth factor in primary and metastatic melanoma from the same patients / Melanoma Research. – 1999. – Vol. 9, No. 4. – P. 375-381.
3. McKonnel C.K., Hill A.K.K., McNamara K.A., Walsh T.N., Bouchier-Hayes K.J. Tumour micro-metastases: the influence of angiogenesis /European Journal of Surgical oncology. – 2000. – Vol. 26. – P. 105-115.
4. Heaton K.M., Sussman J., Gershenwald J. Surgical margins and prognostic factors in patients with thick (4mm) primary melanoma / Ann Surg oncol. – 1998. – Vol. 5. – P. 322-328.
5. Morton K.L. Cytoreductive surgery and adjuvant immunotherapy in the management of metastatic melanoma / Tumori. – 2001. – Vol. 87. – P. 57-59.
6. Rourke M.G., Altmann C.R. Melanoma recurrence after excision: Is a wide margin justified? / Ann Surg. – 1993. – Vol. 217. – P. 2-5.
7. Karakousis C.P., Bartolucci A.A., Balch C.M. Local recurrence and its management / Cutaneous melanoma / edited by Charles M. Balch. – St.Louis, Missouri, 1998. – P. 155-162.
8. Бігуняк В.В., Лучанко П.І., Маслій Я.О., Яцкевич А.Я., Крицька Г.А. Банк ліофілізованих ксенодермотрансплантатів /Шпитальна хірургія.-1999.- №1.-С.145-148.
9. Деклараційний патент 31754А. Спосіб профілактики рецидивів меланоми шкіри / І.Й. Галайчук (Україна). – Опубл. 15.12.2000 / Бюл. №7-ІІ.

УДК 616-001.17:611.9:577.17:616.15:591.85

**І.Д. Кухар**

## **ВПЛИВ ГЛИБОКИХ ОПІКІВ ДО 10% ПОВЕРХНІ ТІЛА НА КІЛЬКІСНІ ЗМІНИ ГЛЮКОКОРТИКОЇ ДІВІТЕСТОСТЕРОНУ В КРОВІ ЛЮДЕЙ І ТВАРИН**

*Науково-дослідний центр Вінницького державного медичного університету  
ім. М.І. Пирогова*

Дані наукової літератури свідчать про те, що дослідження гормонів, як правило, проводили у хворих з опіковою травмою III-IV ступенів і площею ураження поверхні тіла від 20 до 30 %. За ствердженням Вихрисєва Б.С. і Бурмистрова В.М. [1986] опікова хвороба спроможна розвинутись, коли



площа ураження більше 10 %. Тому метою роботи стало дослідження гормонів кори наднирників і тестостерону у опікових хворих і експериментальних тварин площею ураження поверхні тіла 9-10 % III А-Б ступенів.

Згідно з метою дослідження нами проведено експеримент на 72 білих безпородних щурах з початковою масою тіла 190-215 г. Тварини були розподілені на 2 групи: 1-а група – контрольні тварини, які утримувались у звичайних умовах віварію; 2-а група – щури, які піддавались контактному опіку шкіри III А-Б ступенів, площею 9-10 % поверхні шкіри.

Опікову травму III А-Б ступенів, яка складала 9-10 % від загальної поверхні тіла, моделювали нанесенням під тіопенталовим внутрішньоочеревинним наркозом (із розрахунку 25 мг/кг) тваринам опіку двома мідними пластинами (площею 14,5 см<sup>2</sup> кожна), попередньо нагрітими в воді до температури +90 °С. Металічні пластини прикладали на попередньо епільовану шкіру спини на 6 секунд. На відміну від експериментальних тварин, шкіру бокової поверхні спини контрольних тварин попередньо звільняли від шерсті на площі 9-10 %.

Усі тварини утримувались на загальному раціоні віварію і перебували під постійним наглядом. Щурів годували 2 рази на добу у вільний від досліду час. Щоденно проводили контроль за загальним станом, масою тіла, ступенем місцевих проявів опікової травми. Летальних випадків серед тварин не було, всі вижили.

Після попереднього тіопентолового наркозу (із розрахунку 30-40 мг/10 г маси тіла), тварин декапітували за допомогою гільйотини на 1,3,7,14 і 28 добу.

Керуючись даними літератури про те, що при дії на організм екстремальних факторів виникають гормональні зрушення, нами проведено біохімічне дослідження в крові експериментальних і контрольних тварин у нмоль/л таких гормонів як кортикостерон і тестостерон.

В опіковому відділенні обласної клінічної лікарні м. Вінниці проводили відбір опікових хворих з площею ураження поверхні тіла 9-10 % III А-Б ступенів. Кров на біохімічне дослідження гормонів – кортизолу і тестостерону забирали з вени зранку в один і той же час. Відібрані для дослідження 10 практично здорових чоловіків і 10 хворих – віком від 20 до 40 років обстежували після 1,3,7,14, і 28 доби.

Тестостерон визначали імуноферментним методом на приладі “Рідер” фірми “Фінтрон”, США, кортикостерон і кортизол – методом “Ke Moor” на флюориметрі “Hitachi”, Японія.

Статистичну обробку цифрових даних, отриманих при кількісних біохімічних дослідженнях проводили на персональному комп’ютері “Pentium-166” за допомогою стандартних програмних пакетів “Statistica-5,0” для Windows-95. Оцінювали правильність розподілу ознак по кожному з отриманих варіаційних рядів, середні значення по кожній з вивчених ознак, стандартні похибки. Вірогідність відмін середніх величин і їх похибок визначали за критерієм Ст’юдента-Фішера.

Аналіз отриманих результатів дослідження свідчить про те, що у пацієнтів з опіковою травмою у всі досліджувані терміни вміст кортизолу в крові

вірогідно перевищує контрольну цифру (360 нмоль/л). Так, після 1 доби він склав –  $718,93 \pm 14,08$  нмоль/л; відповідно на 3 добу –  $706,47 \pm 20,27$  нмоль/л; 7 добу –  $570,56 \pm 10,60$  нмоль/л; 14 добу –  $547,17 \pm 10,44$  нмоль/л; 28 добу –  $498,84 \pm 22,78$  нмоль/л.

Опікова травма інакше впливає на вміст тестостерону. Після 1 доби він вірогідно зростає до  $16,74 \pm 0,39$  нмоль/л. А в подальшому зменшується на 3 добу до  $13,14 \pm 0,39$  нмоль/л; на 7 добу – до  $11,36 \pm 0,25$  нмоль/л; на 14 добу – до  $11,56 \pm 0,19$  нмоль/л; після 28 доби спостерігається тенденція до відновлення –  $13,58 \pm 0,74$  нмоль/л. Контрольний показник у обстежуваних склав –  $14,09 \pm 0,71$  нмоль/л.

Біохімічне дослідження кортикостерону в крові обпечених тварин показало, що на 1 добу після проведення експерименту спостерігається значне і достовірне збільшення гормону в крові до  $90,81 \pm 1,63$  нмоль/л, проти  $64,03 \pm 1,11$  нмоль/л в контролі. Вірогідне зростання цього показника з максимальним абсолютним значенням у порівнянні з іншими строками відбувається на 3 добу і дорівнює  $93,15 \pm 1,29$  нмоль/л, в контролі –  $63,22 \pm 0,96$  нмоль/л. Зовсім інша картина спостерігається через 7 і 14 дб після термічної травми. Так, через тиждень вміст кортикостерону в крові падає до  $61,00 \pm 0,57$  нмоль/л, що є достовірною різницею в порівнянні з контролем ( $67,40 \pm 0,40$  нмоль/л). Термін в 14 дб характеризується найменшою кількістю гормону, який циркулює в крові тварин –  $59,34 \pm 0,51$  нмоль/л. І, нарешті, 28 доба, коли відбувається знову підвищення вмісту кортикостерону до  $88,75$  нмоль/л, що є достовірною величиною відносно кількості гормону в інтактних тварин ( $66,68 \pm 0,76$  нмоль/л).

Дослідження динаміки вмісту тестостерону в крові піддослідних тварин показало, що на 1 добу після опіку кількість його склала  $14,61 \pm 0,28$  нмоль/л в порівнянні з контролем –  $14,63 \pm 0,27$  нмоль/л. Достовірної різниці між показниками немає. В наступні строки: 3, 7, 14 і 28 добу відбувається зниження кількості гормону в крові у експериментальних тварин. Так, на 3 добу вміст тестостерону вірогідно в порівнянні з контролем ( $14,07 \pm 0,21$  нмоль/л) зменшується до  $13,41 \pm 0,15$  нмоль/л. Через тиждень кількість гормону у обпечених тварин дорівнює  $13,34 \pm 0,25$  нмоль/л, а в інтактних –  $14,03 \pm 0,08$  нмоль/л. Результати достовірні. На 14 добу не спостерігається вірогідної різниці в кількості гормону між контрольними тваринами ( $14,33 \pm 0,21$  нмоль/л) і обпеченими ( $13,91 \pm 0,25$  нмоль/л). І знову, на 28 добу спостерігається вірогідне зменшення вмісту гормону в крові піддослідних тварин до  $13,80 \pm 0,14$  нмоль/л, в порівнянні з контролем –  $14,12 \pm 0,27$  нмоль/л.

Отже, опікова травма, мінімальна за площею та глибиною (9-10 % поверхні тіла) викликає значні відхилення вмісту кортизолу, кортикостерону і тестостерону в крові обстежуваних. Таке підвищення кортизолу і відповідні зміни динаміки вмісту кортикостерону свідчать про виражену стресову реакцію в організмі людей та тварин. Зниження кількості тестостерону вказує на порушення анаболічних процесів. Все вищевикладене має важливе теоретичне і практичне значення в здійсненні патогенетичної корекції обмінних процесів при даних видах опіків.

**PI3HE**

**В.В. Андрущенко, Р.И. Гребеник, Н.Н. Золотарев, С.Д. Вовк,  
В.И. Гоцуляк**

## **ГЕПАТОЕЮНОСТОМИЯ – МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА**

*Сумской государственной университет, медицинский факультет,  
Сумская городская клиническая больница № 8*

Тактика лечения пациентов с желтухой опухолевого генеза (рак головки поджелудочной железы, желчного пузыря, внепеченочных желчных протоков) предусматривает проведение радикальных, паллиативных и симптоматических операций. Большая часть таких больных госпитализируется в запущенном состоянии. Опухолевый процесс в воротах печени вынуждает хирурга ограничиваться эксплоративной лапаротомией. Однако возможна и симптоматическая операция с целью декомпрессии желчных протоков и ликвидации тяжелых симптомов холемии. Это достигается методами наружного или внутреннего дренирования билиарной системы.

В основном ограничиваются холецистоеюностомией. При наличии опухолевого конгломерата в воротах печени билиодигестивное соустье невыполнимо. В таких ситуациях единственным методом декомпрессии желчных протоков остается гепатоеюностомия. Эту операцию разработал Лонгмайер еще в 1948 г.

За период с 1999 по 2000 годы нами гепатоеюностомия была выполнена у 7 пациентов в возрасте от 51 до 76 лет, госпитализированных в городскую клиническую больницу № 5.

Показанием для оперативного лечения служила механическая желтуха (холемия от 130 до 772 ммоль/л). В предоперационном периоде больным проводилось ультразвуковое исследование, которое позволило установить гипертензию внутрипеченочных желчных протоков. Во время интраоперационной ревизии у 5 больных была злокачественная опухоль головки поджелудочной железы с метастатическим сдавлением холедоха. Злокачественная опухоль желчного пузыря вызвала обтурацию желчных протоков у двух больных.

Гепатоеюностомию начинали с частичной мобилизации левой доли печени, рассекая ее треугольную связку. Отступив от края 4 – 5 см отсекали часть левой доли печени протяженностью до 10 см. Гемостаз осуществляли путем сдавления рассеченного края печени с последующим тщательным лигированием кровоточащих сосудов. Обнаруженный желчный проток канюлировали (у двух больных это не удалось). Через окно в mesocolon петлю тонкой кишки на расстоянии 60 см от связки Трейтца подводили к печени. Кишку рассекали продольно соответственно длине раны печени. Накладывали двухрядный шов

на заднюю и однорядный на переднюю стенку анастомоза, затем межкишечное соустье по Брауну. Учитывая, что заглушка по Шалимову нередко реканализируется, приводящую петлю между гепатоеюноанастомозом и Брауновским соустьем рассекали, образуя две культя.

Четверо больных отмечали значительное улучшение состояния: исчезли зуд, желтушность кожных покровов, общий билирубин в течение 10 суток снизился с 652-772 до 97,5-156 ммоль/л. У одного пациента общий билирубин в течении 12 суток практически нормализовался (со 130 до 30 ммоль/л). У одного больного он остался стабильным 128-130 ммоль/л, у другого повысился от 102 до 460 ммоль/л. Указанные изменения можно объяснить отсутствием соединения внутривенных желчных протоков правой и левой доли печени. Тщательное дооперационное обследование с выявлением особенностей дренирования левой и правой доли печени могло бы позволить оптимальный метод вмешательства. Несостоятельности гепатоеюноанастомоза не наблюдали.

Следовательно гепатоеюностомия как симптоматическое вмешательство позволяет ликвидировать тягостные симптомы холемии. Поэтому в “безисходных” ситуациях она должна оставаться в хирургическом арсенале.

УДК: 616.36 – 008.5

**Р.Т.Меджидов, М.А.Алиев, Г.А.Сагидуллаева**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ**

*Дагестанская государственная медицинская академия, Россия*

Чаще всего холангит развивается на фоне деструктивного холецистита, холедохолитиаза, доброкачественных и злокачественных стриктур терминального отдела холедоха, вследствие дуоденобилиарного рефлюкса после холедоходуоденостомии, на почве длительного нахождения дренажей в просвете желчных протоков, при первичных и вторичных абсцессах печени. Наблюдаются и редкие формы холангита с тяжелым клиническим течением (первично склерозирующий холангит, прорыв паразитарной кисты и абсцесса печени в желчные пути и т.д).

В Республиканском гепатохирургическом центре за последние 10 лет находились на лечении 331 пациент с острым холангитом. Холестерогеменный бескаменный холангит имел место у 29 пациентов. Причиной холангита у 85 больных был холедохолитиаз, из них в 41 случае имелся стеноз терминального отдела холедоха. Стриктуры общего желчного протока на различных уровнях и большого дуоденального соска доброкачественного характера имелись у 19 пациентов, а на почве злокачественных опухолей – у 42 пациента. Дуоденобилиарный рефлюкс после холедоходуоденостомии и связанный с ним холангит отмечен у 38 больных. Холангит на почве длительного пребывания дренажей

в желчных протоках – у 25, на почве свищей, открывающихся в полость гнойника печени – у 24, на почве прорыва эхинококковой кисты в желчные пути – у 21, абсцесса печени – у 8, восходящий холангит на фоне дуоденостаза – у 5 и первично склерозирующий холангит – у 8 пациентов, другие, в т.ч. сочетание различных причин – 26.

В постановке диагноза имели значение выявление характерного анамнеза, клинической триады Шарко, пентады Рейнольдса, а также данных лабораторно-инструментальных исследований. Окончательный диагноз устанавливался интраоперационно по характерным изменениям стенок желчных протоков и желчи с определением микрофлоры.

Ведущее значение в успешной реализации лечебной программы имеет определение степени морфологических изменений в стенке желчных протоков, распространенности воспалительного процесса, характера отделяемого из протоков, степени морфологических изменений в паренхиме печени, в тканях поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки, брюшине этой зоны, а также определение степени развития синдрома эндогенной интоксикации.

В связи с этим все больные, согласно предлагаемой нами классификации распределены следующим образом.

- катаральный холангит (274), флегмонозный (43), гангренозный (14).
- сегментарный (106), распространенный (187), тотальный (38)
- фибринозный (117), фибринозно-гнойный (206), гнилостный (8)
- аэробный (249), неклостридиальный анаэробный (15), смешанный (39), абактериальный (28)
- перихолангиогепатит (278), холангиогенные абсцессы (53)
- синдром эндогенной интоксикации легкой степени (58), средней тяжести (233), тяжелой степени (40)

Сопутствующий перитонит имелся у 35 пациентов, а септическое состояние – у 10 пациентов.

Все больные с холангитом в зависимости от вида лечения были разделены на две группы. В первую группу вошли 228 больных, которым выполнены различные оперативные вмешательства, во вторую группу – 103 больных, леченных консервативно. Пациентам второй группы проведено комплексное медикаментозное лечение, а 30 из них с рефлюкс-холангитом после холедоходуоденостомии проведено эндоскопическое трансанастомозное назобилиарное дренирование с неоднократным протоковым диализом антисептиками и раствором антибиотиков.

По неотложным показаниям оперированы 35 пациентов с клиникой перитонита. Из них с деструктивным холециститом, холедохолитиазом, стриктурой терминального отдела холедоха, холангитом и холестаазом были 18 пациентов, холангит на фоне холецистита и холедохолитиаза имелся у 13 больных. У 4 пациентов желчный перитонит развился в послеоперационном периоде (после холецистэктомии) вследствие просачивания желчи из ложа пузыря на почве желчной гипертензии. Причиной гипертензии послужил послеоперационный панкреатит со стенозом панкреатической части холедоха.

В 19 случаях выполнены холецистэктомия, холедоходуоденостомия на назобилиарном дренаже, в 10 – холецистэктомия и наружное дренирование холедоха, а 6 пациентам с послеоперационным перитонитом наложен холедоходуоденоанастомоз на назобилиарном дренаже. Умерло двое больных с тотальным гнилостным холангитом и синдромом эндогенной интоксикации тяжелой степени.

В срочном порядке оперированы 242 больных. Холецистэктомия и наружное дренирование холедоха выполнены 26 пациентам, холецистэктомия и холедоходуоденостомия – 22, холецистэктомия и холедоходуоденостомия на назобилиарном дренаже – 45, лапароскопическая микрохолецистостомия – 42, микрохолецистостомия под контролем УЗИ – 10, холедоходуоденостомия – 36, из них на назобилиарном дренаже – 18, наружное дренирование холедоха – 15, эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 10, чрезпеченочное наружное дренирование билиарного тракта под контролем лапароскопии – 11 и под контролем УЗИ – 6, холецистодуоденостомия – 12, холецистогастростомия – 7 больным.

Из 78 пациентов после срочной декомпрессии билиарного тракта с применением малоинвазивной технологии 53 больным выполнена радикальная операция – холецистэктомия, холедоходуоденостомия – 39, холецистодуоденостомия – 10, холецистоеюностомия – 4. В 25 случаях наружное дренирование билиарного тракта с применением малоинвазивной технологии явилось окончательным методом лечения. В основном эти пациенты с онкологическим и тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

В группе больных, оперированных по срочным показаниям умерло 4 пациента. Двое из них на почве тяжелой полиорганной недостаточности, один от тромбоэмболии легочной артерии и один пациент от инфаркта миокарда. Общая летальность составила 1,8%.

Таким образом, улучшение результатов лечения больных с острым холангитом зависит от правильного выбора лечебной тактики в зависимости от морфо-функциональных изменений в гепатобилиарной зоне и от тяжести синдрома эндогенной интоксикации.

УДК: 616.36 – 008.5

**Р.Т. Меджидов, М.А. Алиев, М.А. Хамидов, З.Р. Хабибулаева**

## **ПРИЧИНЫ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ЖЕЛЧНОЙ ХИРУРГИИ**

*Дагестанская государственная медицинская академия, Россия*

Проанализированы ошибки и осложнения хирургического лечения 1086 больных с патологией билиарного тракта за период 1994-2001 гг. В том числе: желчекаменная болезнь в различных ее проявлениях имела место у 804

больных, из которых у 63 после ранее выполненной холецистэктомии. Холестаз доброкачественного или злокачественного генеза наблюдался у 282 пациентов.

Различного характера оперативные вмешательства выполнены 96,2 % больным с патологией гепатопанкреатодуоденальной зоны. Лапароскопическая холецистэктомия выполнена 439 пациентам, лапароскопическая микрохолецистостомия – 23, холецистостома под контролем УЗИ – 12, диагностическая лапароскопия с прицельной биопсией опухолевой ткани – 42, перкутанное дренирование билиарного тракта под контролем лапароскопа – 8, под контролем УЗИ – 4 и традиционные (лапаротомически) оперативные вмешательства на билиарном тракте – 558 пациентам.

Анализ показал, что характер тактических ошибок состоит в дефекте обследования и расширении показаний к лапароскопическим операциям. Такого рода ошибки имели место у 28 больных. Из них эхотомоскопические данные несоответствовали изменениям в желчном пузыре у 19 больных, и из-за наличия выраженных рубцовых сращений в гепатопанкреатодуоденальной зоне выполнение лапароскопической холецистэктомии оказалось невозможным. Операция завершена лапаротомным доступом. В 7 случаях визуализированные при УЗИ конкременты желчных путей во время лапаротомии и интраоперационной ревизии билиарного тракта не были выявлены, желтуха была обусловлена вирусным гепатитом.

Погрешности УЗИ и компьютерной томографии выявлены также во время лапаротомии у 9 больных, когда в общем желчном протоке находились довольно больших размеров камни и они указанными методами исследования до операции не были выявлены. В 6 случаях несоответствовали УЗИ и интраоперационные данные в отношении диаметра холедоха.

С учетом этапов лечения, локализации, характера, видов, причин развития, степени тяжести осложнений, а также вида лечения, частота осложнений, опасных для жизни больного, составила 1,6% (16 человек): остановка сердца при повторной операции по поводу желчного перитонита – у 1 больной, повреждение холедоха при лапароскопической холецистэктомии – у 3, кровотечение в брюшную полость после лапароскопической холецистэктомии – 2, кровотечение в брюшную полость после традиционной холецистэктомии – у 2, незаклипированный полностью пузырный проток – у 3, формирование подпеченочного абсцесса – у 3, тромбоэмболия легочной артерии – у 2 больных.

Указанные осложнения потребовали лапаротомии или релапаротомии у 10 больных, релапароскопии – у 2.

Летальность после оперативного вмешательства составила 0,4% – двое больных умерло от тромбоэмболии легочной артерии и двое от острой сердечно-сосудистой недостаточности.



**Ю.Ю. Ярославська, І.Г. Лісова****МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ  
ХВОРИХ НА СІАЛОЛІТІАЗ***Харківська медична академія післядипломної освіти*

Сіалолітіаз належить до найбільш поширених захворювань слинних залоз. За даними І.Г. Лісової (1999), ця патологія складає 2% від загальної кількості щелепно-лицевої патології. За даними різних авторів сіалолітіаз піднижньощелепних залоз складає від 20,5 до 61,1 % [Sazama L, 1971; Лісова Н.Д., 1972; Ромачева І.Ф. та співавт., 1987]. Сіалолітіаз привушних слинних залоз складає від 1 до 3 % [Ромачева І.Ф. та співавт., 1987].

Причини та розвиток захворювання досі залишаються предметом дискусій. Деякі науковці вважають за причину сіалолітіазу вроджені вади розвитку протокового апарату слинних залоз [Афанасьев В.В., 2000]. Більш переконливими є дослідження, що стверджують запальне походження сіалолітіазу [Лісова Н.Д. з співавт., 1984; Ussmuller J., 1998; Escudier M.P., 1999].

Неузгодженість у питаннях походження захворювання викликає недосконалість методів лікування. На сьогоднішній час залишається найрозповсюдженішим хірургічний метод, при якому проводиться повне видалення хворої залози. Однак, екстерпація слинної залози є травматичною та викликає стресову ситуацію в ендокринній системі, не рідко супроводжується неврологічними ускладненнями та рецидивами камнеутворення в культурі головної протоки. Численні дослідження ультраструктури та фізіології слинних залоз спонукали авторів до висновку про їх достатні регенераторно-відновлювальні можливості, що дає змогу обмежити показання до екстирпації уражених залоз та розширити коло малоінвазивних втручань. Існує багато різноманітних методик видалення конкремента з головної протоки залози. Так, Н.Н. Петров (1933) вважав необхідним розтинати протоку по всій її довжині. Однак, травматичність методу обмежила його практичне використання. Методика втручання на протоці, що належала А.М. Солнцеву та В.С. Колесову (1979), полягала у лігатурній фіксації протоки поза конкрементом та видаленні його через розтин стінок протоки. Рана, як правило, не зашивалась і не дренировалась. Такої ж методики дотримувався і О.О. Тимофеев (1998), призначаючи хворим після операції слиногонну дієту. Аналізуючи віддалені результати лікування сіалолітіазу та зважаючи на анатомічні особливості досліджуваної ділянки, колективом кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХМАПО на чолі з професором Н.Д. Лісовою, було розроблено та впроваджено у практику методи малоінвазивного хірургічного втручання на головних протоках великих слинних залоз. Зокрема, були розроблені методики пластики головної протоки піднижньощелепних та привушних слинних залоз.

Матеріали і методи. Малоінвазивне втручання на головній протоці піднижньощелепної слинної залози за методом № 1 полягало у розсіченні

протоки від вічка через ложе каменю, до розширеної її частини. Стінку протоки зшивали зі слизовою оболонкою дна порожнини рота вузловими швами. Формували нове вічко у розширеній зоні протоку за місцем розташування каменю. В методі № 2, що була вдосконалена, запропоновано після видалення конкременту у ділянці проксимального кінця розтину над протокою, формувати трикутний клапоть зі слизової дна порожнини рота верхівкою до розтину. Верхівку брали на лігатуру, трикутний клапоть відсепаровували до основи і піднімаючи його розсікали протоку на висоту цього трикутника. Після чого формували нове вічко, ушиваючи верхівку трикутника у кінець розтину на протоці. По всій довжині розтину, з двох сторін, зшивали епітеліальну вистилку протоки зі слизовою дна порожнини рота вузловими швами шовком. Між швами фіксували поліхлорвініловий катетер, уведений до протоки. Шви і катетер дозволяли значно зкоротити виникнення рубців та стенозу протоки.

Втручання на головній протоці привушних слинних залоз полягало у розсіченні особисто внутрішньоротової частини протоки. При цьому раньова поверхня дистальної частини розтину прикривалася епітеліальною вистилкою протоки. Для закриття раньової поверхні що лишилась, у зіячу частину рани та дистальний кінець розтину головної протоки ушивали трикутний слизово-підслизовий клапоть взятий зі щоки та розвернутий на 90°.

Результати досліджень та обговорення. У клініці кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії ХМАПО з 1992 по 2002 рр. було клінічно обстежено та прооперовано 835 хворих на сіалолітіаз великих слинних залоз з розташуванням конкременту у протоці та 72 пацієнта, що мали деформацію протоки внаслідок хронічного сіалоденіту. Віддалені результати хірургічного лікування були відстежені у термін від 2 місяців до 10 років. Так, при розсіченні головної протоки піднижньощелепної слинної залози і самостійному відходженні конкрементів кількість ускладнень склала 100%. При розсіченні головної протоки та формуванні нового вічка, методом тривалого дренивання резиновим дренажем, кількість ускладнень склала 33% та полягала у стенозі новоутвореного вічка. При розсіченні головної протоки піднижньощелепної слинної залози з пластичним формуванням нового вічка за методом № 1 кількість ускладнень склала 13%, з них: рубцеве звуження протоки – 3% та 10% – рецидив каменеутворення у внутрішньозалозистій частині системи проток. При розсіченні головної протоки та формуванні нового вічка за методом № 2 ускладнень не виникало. Метода формування нового вічка головної протоки привушних залоз дозволила запобігти виникненню ускладнень.

Висновок. На підставі отриманих даних стала очевидною атравматичність та фізіологічність малоінвазивних хірургічних втручань на головних протоках великих слинних залоз. Хірургічне лікування зменшувало запальні явища та покращувало стан залозистих протоків і сприяло нормалізації та відновленню функції слинної залози. Використання методів малоінвазивної хірургії головних проток великих слинних залоз є ефективним у лікуванні хронічних сіалоденітів з сіалолітіазом, що значно скорочує термін лікування та запобігає виникненню можливих ускладнень загального та місцевого характеру.

**Н.Л.Володось, И.П.Карпович, В.И.Троян, А.В.Чинилин,  
Ю.В.Калашникова, В.Е.Шеханин, С.Н.Володось,  
Н.Н.Стромилов, В.Н.Царенко**

## **АОРТО-БРОНХИАЛЬНЫЕ СОУСТЬЯ С МАССИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ЧЕТЫРЕ НАБЛЮДЕНИЯ УСПЕШНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

*г. Харьков*

Аорто-бронхиальное соустье (АБС) – смертельно опасное осложнение различных форм аневризм грудной аорты (1,2). АБС развивается вследствие эрозии стенки бронха или легочной паренхимы от прилежащей аневризмы (3).

Классическое хирургическое лечение АБС состоит или в протезировании сегмента аорты (4,5), или в шунтировании аневризмы и перевязке аорты выше и ниже аневризмы (6).

Операция выполняется в условиях временного внутригрудного аорто-аортального шунта (7), левопредсердно-бедренного шунта с помощью насоса АИК (8), полного искусственного кровообращения, глубокой гипотермии и остановки кровообращения (5).

Летальность после классических хирургических операций при АБС составляет 22% (5).

В последние годы разработан альтернативный метод протезирования при аневризмах аорты – дистанционное эндопротезирование самофиксирующимся синтетическим эндопротезом (9).

Широкое применение этого метода в лечении аневризм грудной аорты (10,11) позволило применить его у больных с АБС (9,12).

В последние годы число сообщений о применении этого метода лечения АБС увеличивается (13-17).

Материал и методы. Нами оперировано четверо больных с АБС, осложнённых массивным лёгочным кровотечением.

Больной В, 41 года, поступил с массивным лёгочным кровотечением, снижением артериального давления, потерей сознания. 26 лет назад выполнена непрямая истмопластика синтетической заплатой по поводу коарктации аорты. Аортография выявила аневризму в зоне реконструкции.

19.08.1993 г. выполнено дистанционное эндопротезирование самофиксирующимся синтетическим эндопротезом через два доступа в сосудистое русло. Аневризма выключена из кровообращения, устранено АБС. Лёгочное кровотечение не повторялось. Через 7 лет и 11 месяцев больной чувствует себя хорошо. Позиция эндопротеза стабильная, функция его хорошая.

Ребёнок 2 лет и 8 месяцев, у которого на фоне лечения бронхопневмонии возникло обильное лёгочное кровотечение алой кровью. Рентгенологически

выявлена “опухоль” средостения, прогрессивно увеличившаяся в размерах. Грудная аортография выявила дефект стенки дуги аорты и аневризму огромных размеров, полностью занимавшую средостение и часть левой плевральной полости.

23.11.1996 г. выполнена пластика дефекта дуги аорты дакроновой заплатой в условиях искусственного кровообращения, глубокой гипотермии и полной остановки кровообращения. Операция выполнена из левостороннего торакотомного доступа. Время полной остановки кровообращения составило 40 мин. Ушит “пролежень” в области верхней доли левого лёгкого. В послеоперационном периоде потребовалось проведение двух санационных бронхоскопий под наркозом. Через 6 лет состояние девочки хорошее.

Больная К., 42 лет, поступила в связи с массивным лёгочным кровотечением, сопровождавшимся гипотонией. 22 года назад выполнено протезирование аорты трубчатым протезом, а ещё через 5 лет – подключично-аортальное шунтирование вторым параллельным протезом в связи со стенозом и кинкингом первого протеза. Аортография выявила аневризму дистального анастомоза подключично-аортального шунта.

26.01.2001 г. выполнено разобщение аорто-лёгочного соустья и реанастомозирование в зоне дистального подключично-аортального шунта. Операция выполнена в условиях искусственного кровообращения, глубокой гипотермии и полной остановки кровообращения. Время полной остановки кровообращения составило 30 мин. Через 16 мес после операции состояние больной удовлетворительное. Больной Б., 42 лет, поступил с массивным лёгочным кровотечением, сопровождавшимся снижением артериального давления. Аортография выявила аневризму грудной аорты в зоне истмопластики.

2.10.2001 г. больному произведено разобщение аорто-лёгочного соустья, иссечение аневризмы дистального отдела дуги и проксимального отдела нисходящей аорты, протезирование сегмента аорты трубчатым протезом в условиях вспомогательного искусственного кровообращения по типу бедренного вено-артериального шунта без остановки сердечной деятельности. Операция выполнена из левосторонней торакотомии. Через 8 мес после операции состояние больного удовлетворительное.

Результаты исследований и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде у всех больных имела место пневмония, требовавшая бронхоскопии, а у одной больной выполнения трахеостомии. Отдалённый период протекал без осложнений.

У больного, которому выполнено эндопротезирование, в течение 6 лет сохранялась воздушная парапротезная полость, прогрессивно уменьшавшаяся в размерах.

У больной К., 41 года, имеют место умеренные проявления энцефалопатии.

Выводы. Методом выбора в лечении аорто-бронхиальных соустьев является дистанционное эндопротезирование. Опасность инфицирования эндопротеза при АБС оказалась преувеличенной. При отсутствии условий для выполнения операции эндопротезирования показано классическое протезирование, в том

числе с применением искусственного кровообращения в сочетании с циркуляторным арестом.

#### Литература

1. Carrel T., Pasic M., Jenni R. et al. Reoperations after operation on the thoracic aorta: etiology, surgical techniques, and prevention. // *Ann.Thorac.Surg.*-1983.-V.56.-P.259-269.
2. Riancho J.A., Gutierrez J.A., Echevarria S. et al. Aortobronchial fistula: an uncommon cause of haemoptysis. // *Postgrad. Med. J.*-1989.-V.65.-P.171-173.
3. Kazerooni E.A., Williams K.M., Abrams G.K. et al. Aortobronchial fistula 13 years following aortic transection. // *Chest.*-1994.-V.106.-P.1590-1594.
4. Milano A., Ke Carlo M., Mussi A. et al. Aortobronchial fistula after coarctation repair and blunt chest trauma. // *Ann. Thorac. Surg.*-1999.-V.67.-P.539-541.
5. Kno M., Takamoto Sh., Kawachi M. et al. Aortobronchial fistula late after transverse arch replacement. // *Ann. Thorac. Surg.*-2000.-V.70.-No 3.-P.964-966.
6. Pilichowski P., Parent B., Lucciardi J. et al. Aortobronchial fistula. Complication of surgically treated aortic coarctation: surgical treatment. // *Presse Med.*-1986.-V.15.-P.1200-1201.
7. Von Friken K., Karamanoukian H.L., Ricci M. et al. Aortobronchial fistula after endovascular stent graft repair of the thoracic aorta // *Ann. Thorac. Surg.*- 2000.-V.70.-P.1407-1409.
8. Paull K.E., Keagy B.A. Management of aortobronchial fistula with graft replacement and omentopexy. // *Ann. Thorac. Surg.*-1990.-V.50.-P.972-974.
9. Volodos N., Karpovich I., Troyan V. et al. Treatment of thoracic aneurysm by self-fixing synthetic endoprosthesis using the combination of the methods of endovascular and classical vascular surgery. / In: *The 5<sup>th</sup> International Course on Peripheral Vascular Interventions.* October 19-20-21-22, 1994.
10. Володось Н.Л., Карпович И.П., Шеханин В.Е. и др. Случай дистанционного чрезбедренного эндопротезирования грудной аорты самофиксирующимся синтетическим протезом при травматической аневризме. // *Грудная хирургия.*-1988.-№ 6.-с.84-86.
11. Kake M.K., Miller K.C., Semba Ch.P. et al. Transluminal placement of endovascular stent-graft for the treatment of descending thoracic aortic aneurysm. // *N. Engl. J.Med.*-1994.-V.331.-P.1729-1734.
12. Chuter T.A.M., Ivancev K., Lindblad B. et al. Endovascular stent-graft exclusion of an aortobronchial fistula. // *J. Vasc. Intervent. Radiology.*- 1996.- V.7.-P.357-359.
13. Miyata T., Khara N., Shigematsu H., et al. Endovascular stent graft repair of aortopulmonary fistula. // *J.Vasc. Surg.*-199.-V.29.-P.557-560.
14. Smayra T., Ktal Ph., Soula P. et al. Pseudoaneurysm and aortobronchial fistula after surgical bypass for aortic coarctation: management with endovascular stent-graft. // *J. Endovasc. Ther.*-2001.-V.8.-P.422-428.
15. Lauterjung L. Endovascular Stentgrafting for the Thoracic Aorta. // *The First International Summit on Thoracic Aorta Endografting in conjunction with the Tokyo Working Symposium on Endovascular Surgery.* March 2-3, 2001. Tokyo, Japan.-Abstract Book.- P.6.
16. Volodos N., Karpovich I., Troyan V. et al. Aortobronchial fistulas as complication of thoracic aortic aneurysms: treatment by stent-grafting and the surgical method using circulatory arrest and femoro-femoral veno-arterial bypass. // *Aortic Surgery Symposium VIII Proceedings.* New York. May 2-3, 2002. P.112.
17. Van Koorn R.C., Reekers J., de Mol B.A.J.M. et al. Aorto-esophageal Fistula Secondary to Mycotic Thoracic Aortic Aneurysm: Endovascular Repair. // *J. Endovasc. Ther.*- 2002. -V.9, No 2.-P.212-217.

**О.Э. Михневич, С.М. Харсика**

## **ФОРМИРОВАНИЕ ОПОЗИЦИОННОГО ЗАХВАТА ПЕРВОГО ПАЛЬЦА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ КИСТИ**

*Институт травматологии и ортопедии АМН Украины  
Национальный медицинский университет им. А.А.Богomoльца*

Пороки развития кисти отличаются многообразием, различной степенью функциональных расстройств и тяжестью косметических недостатков(2), которые наиболее присущи больным с отсутствием или выраженным нарушением функции оппозиционного захвата (ОЗ). Степень снижения функции кисти при этом составляет 30-50% (1). Диагностика больных с нарушением ОЗ в большинстве случаев сложности не представляет, тк. является в основном весьма демонстративной патологией (3).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением в период с 1980 по 2001г. находилось 120 больных с различными врожденными аномалиями кисти, у которых отсутствовал ОЗ. Из них женского и мужского пола было по 60 человек, причем поражений обеих кистей было у 48 пациентов. Больные были разделены на 5 групп по сходной доминирующей патологией. 1-я группа включала в себя больных с гипо- и аплазией 1-го пальца без выраженных других поражений кисти и пальцев – 13 человек. 2-я группа – больные, у которых встречалась изолированная сгибательно-приводящая контрактура 1-го пальца – четыре наблюдения на шести кистях. 3-я группа – нарушения ОЗ сочеталась с синдактилией, синбрахидактилией, амниотическими перетяжками и ампутацией пальцев кисти, фронтальной установкой 1-го пальца, всего 38 человек. 4-группа – гипо- и аплазия 1-го пальца при врожденной лучевой косорукости – 47 больных. 5-я группа – больные с полидактилией и полифалангией 1-го пальца – 18 человек.

Оперативное лечение при сгибательно-приводящей контрактуре заключалось в Z-образном удлинении сухожилия длинного сгибателя 1-го пальца проксимальнее карпальной связки и отсечении короткого сгибателя и поперечной головки приводящей мышцы 1-го пальца с последующей кожной пластикой.

Разгибательно-приводяще-ротационная контрактура (фронтальная установка 1-го пальца) сочеталась с другими тяжелыми аномалиями кисти: синбрахидактилией, трехфалангиальном 1-ом пальце, его удвоением и утроением. Оперативное лечение заключалось в удалении дополнительных, как правило, недоразвитых пальцев и ротации фронтально расположенного пальца.

Поскольку деформация “болтающийся палец” в подавляющем большинстве случаев сопровождается лучевой косорукостью(6), то после устранения последней, стабилизация 1-го пальца при гипоплазии 3-й степени является оптимальным оперативным вмешательством(5). Суть ее заключается в формиро-

вании 1-й пястной кости из части 2-й пястной и закрытии костной раны кожно-подкожно-фасциальным лоскутом с формированием правильного межпальцевого промежутка.

При более выраженной степени гипоплазии 1-го пальца или его отсутствии поллицизация является наиболее оптимальным методом реконструкции ОЗ. Оперативное вмешательство заключается в транспозиции второго пальца в положении оппозиции. Основным этапом операции является экзартикуляция второй пястной кости в пястно-запястном суставе и удаление ее проксимальнее зоны роста. Последующая ротация пальца на 160 гр. и ладонное отведение на 40 гр. обеспечивает выполнение оппозиционных захватов.

При мягкотканном сращении первого и второго пальцев применялась методика пластики 1-го межпальцевого промежутка разработанная Михневич О.Э. в 1982 году(4), которая позволяет закрыть его местными несвободными кожными лоскутами, вследствие чего рубцовая зона находится на тыльной "нерабочей" поверхности кисти.

При дефектах фаланг 1-го пальца возможна фалангизация 1-й пястной кости, позволяющая добиться вполне удовлетворительного функционального результата. Принцип операции заключается в углублении межпальцевого промежутка также с применением кожной пластики.

Результаты исследований и их обсуждение. У подавляющего большинства больных удалось значительно улучшить функциональные и косметические результаты лечения. Только у двух больных 13-ти и 15-ти лет с аплазией 1-го пальца в сочетании с лучевой косорукостью при операции по поллицизации 2-го пальца не удалось достигнуть удовлетворительных результатов ввиду выраженной гипоплазии всей кисти. У одного больного 10-ти лет с синдактилией 1-2-го пальцев наступил некроз кожного лоскута сформированного межпальцевого промежутка и развилась вторичная рубцовая приводящая контрактура 1-го пальца.

Выводы. 1. К настоящему времени не решенными остается еще ряд вопросов, связанных с классификацией данной категории больных, тактических и технических нюансов лечения. 2. Результаты сухожильно-мышечных транспозиций на аномальной кисти изучены недостаточно, и требуют дальнейшей разработки в плане выработки показаний к использованию и совершенствованию техники их выполнения. 3. Необходимы дополнительные исследования и разработки по улучшению конструкции компрессионно-дистракционных аппаратов используемых в хирургии кисти. 4. Проблемы коррекции аплазии первого пальца, его удвоения и утроения, восстановления гипоплазированного 1-го пальца требует дальнейших исследований.

Литература:

1. Годунова Г.С. "О возрастных показаниях к оперативному лечению врожденных синдактилий кисти" //Ортопед. травматол.-1986.-№8.-с.27-31.

2. Годунова Г.С.,Шведовченко И.В., Соколов А.Ф. "Причины неблагоприятных результатов оперативного лечения радиальной полифалангии и полидактилии кисти". В кн. "Ошибки и осложнения диагностики и лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата".- Ленинград.1983.-с.17.

3. Малова М.Н. “Клинико-функциональные методы исследования в травматологии и ортопедии”.-М.: Медицина, 1983.-175 с.

4. Михневич О.Э. “Врожденные пороки развития кисти” Автореф. дис. докт. мед. наук. Киевский НИИТО.-Киев.1990.-43с.

5. Тяжелков А.П., “Реконструктивно-восстановительное лечение сложных пороков развития кисти у детей” Автореферат док.дисс.- Иркутск, 1993.-37с.

6. Ульмасова Е.Р. “Врожденные пороки развития кисти у детей и их ортопедическое лечение”. Автореферат канд. дисс.- М., 1981.-24с.

УДК 618.198-006.6-07

**Є.С. Готько**

## **ДОПИТАННЯ ХІРУРГІЯ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ**

*Ужгородський національний університет*

Рак молочної залози (РМЗ) у чоловіків зустрічається рідко, але, проте, є серйозною проблемою. У середньому рак чоловічої молочної залози займає 1% у структурі захворюваності зляжкісними новоутворами цього органа в обох статей (Appelqvist P, Salmo M, 1982; Borgen P. et al., 1992). У 1999 році в Україні РМЗ занедужало 133 чоловіка, в Росії – 398, що склало 0,87% від 15180 усіх захворілих цією патологією в Україні і 0,92% від 43005 усіх хворих на РМЗ у Росії (Трапезніков М.М., Аксель Є.М., 2001).

Оперативне лікування в чоловіків хворих на РМЗ, у процесі придбання знань про закономірності прогресії цього захворювання перетерпіло ряд змін. Якщо раніш єдиним методом оперативного лікування початкових стадій цієї нозологічної форми була радикальна мастектомія (РМЕ) в різних варіантах виконання (Crichlow R.W., 1972; Hodson G.R. et al., 1985), то останнім часом перевага все частіше віддається органозберігаючим операціям з наступною променевою терапією або ж без неї (Borgen P. et al., 1992; Ciatto S et al, 1990; Ribeiro G., 1985; Sandler B., 1994; Sulzok Z., Kves I, 1993). У даному дослідженні ми поставили задачу оцінити вплив виду оперативного втручання при РМЗ у чоловіків на тривалість життя і безрецидивного періоду.

Матеріали і методи. У дослідження включено 168 хворих на РМЗ чоловіків, що знаходилися під спостереженням і отримували лікування у РОНЦ ім. М.М.Блохіна РАМН і Закарпатському обласному онкологічному клінічному диспансері за період з 1946 до 2000 року. У всіх хворих діагноз підтверджений гістологічно. Середній вік пацієнтів склав  $56,1 \pm 11,2$  роки. Відносно стадійності захворювання, хворі на РМЗ чоловіки розподілилися у такий спосіб: стадія 0 – 2 пацієнтів (1,19%); стадія 1 – 22 (13,10%); стадія 2a – 26 (15,48%); стадія 2b – 26 (15,48%); стадія 3a – 10 (5,95%); стадія 3b – 43 (25,60%); стадія 4 – 27 (16,07%).



Із 168 хворих у нашому дослідженні різні види оперативного лікування проведені у 143 випадках (85,12%). При цьому виконувалися наступні оперативні втручання: РМЕ по Холстеду-Майєру – 31 (21,68%), РМЕ по Пейті – 65 (45,45%), РМЕ із збереженням обох грудних м'язів – 29 (20,28%), мастектомія – 5 (3,50%), секторальна резекція – 5 (3,50%), паліативна резекція пухлини – 6 (4,19%), вид операції не відомий – 2 (1,40%).

Результати дослідження і їх обговорення. При порівнянні тривалості життя хворих на РМЗ чоловіків у залежності від виду виконаного оперативного втручання отримана наступна картина. Відсоток хворих, які пережили 5- та 10-літній рубіж був таким: при РМЕ по Холстеду-Майєру – 50% та 33% відповідно; РМЕ по Пейті – 65% та 48%; РМЕ із збереженням обох грудних м'язів – 65% та 58%; мастектомія – 40% та 20%; секторальна резекція – 100% та 38%. Величина рівня вірогідності по тесту Gehan's-Wilcoxon дорівнює 0,01, що свідчить про те, що розходження в тривалості життя статистично значимі між хоча б двома групами пацієнтів. При порівнянні виживання пацієнтів, яким були виконані різні типи операцій, виявлені наступні закономірності. Розходження статистично значимі між групою хворих, яким виконана РМЕ по Холстеду-Майєру і групою, яким виконана РМЕ по Пейті ( $p=0,025$  Cox's F Test), із кращими показниками виживання в останній групі. Крім того, хворі, що перенесли РМЕ із збереженням обох грудних м'язів, мали більш високі шанси прожити 5 і 10 років у порівнянні з пацієнтами, яким виконувалася РМЕ по Холстеду-Майєру і тільки мастектомія без лімфаденектомії. Що ж стосується безрецидивного виживання, то статистичної вірогідності при порівнянні груп хворих з різними видами оперативних втручань не отримано. Частота місцевих рецидивів та генералізацій процесу у всіх групах була приблизно однаковою, за винятком 40% місцевих рецидивів у групі хворих, які перенесли секторальну резекцію пухлини (всі хворі мали 1 стадію РМЗ, всі оперовані у неонкологічних закладах).

Висновки. 1. При РМЗ у чоловіків оперативного лікування в обсязі секторальної резекції молочної залози недостатньо через високий ризик розвитку місцевого рецидиву пухлини. 2. Оптимальний обсяг радикального хірургічного лікування 1-3 стадій РМЗ у чоловіків – РМЕ зі збереженням обох грудних м'язів. Цей вид оперативного втручання не призводить до зростання кількості місцевих рецидивів пухлини, частоти генералізації процесу і не знижує загальну виживання хворих у порівнянні з іншими видами РМЕ.

**И.Е.Соловьев, В.Г.Стовба****УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ИРРИГОСКОПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ  
ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ,  
ОСЛОЖНЕННОГО КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ***Украинская медицинская стоматологическая академия,  
Городская клиническая больница № 2, г. Полтава*

Колоректальный рак осложняется кишечной непроходимостью в 20-40% случаев и составляет 60-80% всех причин непроходимости толстой кишки (Ерьюхин И.А. и др., 1999). Длительное бессимптомное течение рака толстой кишки (РТК) приводит к тому, что у 15-35% больных развитие илеуса является первым симптомом заболевания (Бондарь Г.В. и др., 2000). Диагностика РТК на фоне острой кишечной непроходимости (ОКН) является сложной задачей, не более 70-75% больных имеют перед операцией точный диагноз (Ефимов Г.А., Ушаков Ю.М., 1984).

Целью исследования было повышение эффективности дооперационной диагностики обтурирующего РТК путем включения в комплексное обследование метода ультразвуковой ирригоскопии.

Материалы и методы. Представлены результаты хирургического лечения 363 больных РТК, осложненным ОКН (мужчин – 162 (44,6%), женщин – 201(55,4%), средний возраст больных – 66,2 года), наблюдавшихся в хирургических клиниках г.Полтавы в период 1990-2001 гг. Все больные поступили в стационар в ургентном порядке, после обследования и установления диагноза ОКН были подвергнуты оперативному вмешательству. На I этапе исследования (1990-1998 гг.), включающем 300 больных, в комплекс диагностических мероприятий помимо физикального обследования и лабораторных анализов входила обзорная рентгенография органов брюшной полости, ультразвуковое исследование, ректороманоскопия, фиброгастродуоденоскопия – по показаниям. На II этапе исследования (1999-2001 гг., 63 больных) стандартный набор диагностических методов был дополнен ультразвуковой ирригоскопией. Подготовка к УЗ-ирригоскопии включала зондовую декомпрессию желудка, очистительные клизмы и введение спазмолитиков. Исследование проводили на диагностическом приборе ESI-1000 (Израиль), работающем в реальном масштабе времени с серошкальным изображением, используя конвексные датчики с частотой 3,5 МГц.

Наполнение толстой кишки осуществляли физиологическим раствором с температурой 37°C (до 2 л) с помощью катетера Фолея, введенного в прямую кишку и соединенного с аппаратом Боброва, снабженного манометром. Через переднюю брюшную стенку определяли функциональное состояние ободочной кишки, измеряли наружный и внутренний ее диаметры, оценивали эластичность стенок, характер опорожнения кишки, наличие и протяженность патологического процесса, состояние обеих долей печени.

Результаты исследований и их обсуждение. На I этапе исследования точная дооперационная диагностика рака толстой кишки с непроходимостью была осуществлена у 198(66%) больных. Остальные 102(34%) больных были взяты в операционную с явлениями неразрешившейся кишечной непроходимости, окончательный диагноз был поставлен после лапаротомии и ревизии органов брюшной полости. На II этапе исследования точный диагноз до оперативного вмешательства был поставлен у 56(88,9%) из 63 больных.

Применение ультразвуковой ирригоскопии на этапе первичной диагностики существенно дополняло данные, полученные после обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости. Этот метод позволял на дооперационном этапе определить: 1. Наличие и локализацию опухоли, ее размеры, степень инвазии кишечной стенки, прорастание опухоли в забрюшинную клетчатку, наличие отдаленных метастазов в печени. 2. Степень обтурации опухолью просвета толстой кишки (частичная, полная). 3. Состояние тонкой кишки (обычное, переполнение газом и кишечным содержимым). 4. Наличие свободной жидкости в брюшной полости. 5. При повторной УЗИ-ирригоскопии – оценить эффективность консервативных мероприятий по разрешению кишечной непроходимости и обосновать показания к операции.

Полученная информация позволила более адекватно осуществить предоперационную подготовку и оптимизировать хирургическую тактику, что способствовало снижению показателя летальности на 13,2% (17,5% на II этапе исследования против 30,7% на I этапе).

Противопоказаниями для УЗИ-ирригоскопии являются: перитонит, подозрения на перфорацию толстой кишки, тяжелое состояние пациента.

Вывод. Включение ультразвуковой ирригоскопии в комплексное обследование больных раком толстой кишки, осложненным кишечной непроходимостью, повышает точность дооперационной диагностики на 22,9%.

УДК: 616.366 – 022: 617 – 089.168.1

**І.В. Шумлянський, Ф.О. Генеральчук, Р.П. Шустик,  
В.Й. Штримайтис, О.Є. Заєць**

## **ДОСВІДПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГОВЕДЕННЯХВОРИХЗ ЕМПІЄМОЮ ЖОВЧНОГО МІХУРА**

*Рівненський обласний клінічний лікувально-діагностичний центр  
ім. Віктора Поліщука*

Гострий холецистит є одним з найбільш поширених гострих захворювань органів черевної порожнини, що за частотою поступається лише гострому апендициту і складає близько 18 % гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. В 1 % випадків він ускладнюється емпіємою та водянкою жовчного міхура. Впровадження лапароскопічних оперативних втручань значно

розширило можливості хірургічного лікування хворих на гострий холецистит і сприяло покращанню його результатів.

За період з 12 квітня 1995 року по 1 січня 2002 року в РОКЛДЦ ім. Віктора Поліщука прооперовано 2228 хворих на жовчнокам'яну хворобу. Серед них було 106 (4,7 %) пацієнтів з емпіємою жовчного міхура (чоловіків – 16 (15,01 %), жінок – 90 (84,9 %)). Більшості хворих – від 20 до 60 років (79 пацієнтів (74, 5%)), вік 26 хворих (24,5 %) – більше 60 років. У 8 хворих (7,5 %) вага тіла становила понад 100 кг.

У 43 пацієнтів (40,6 %) в анамнезі – неефективне консервативне лікування в медичних закладах за місцем проживання.

З моменту госпіталізації операція виконана на 1-шу добу в 18 пацієнтів (17 %), на 2-гу – в 79 пацієнтів (74,5 %), більше 3 діб – у 9 пацієнтів (8,5 %).

В 62 пацієнтів (58,5 %) емпієму жовчного міхура було виявлено на УЗД (потовщення стінки, застійний вміст, набряклі, двоконтурні стінки).

При виконанні операцій виражений перихолецистит спостерігали у 92 хворих (86,8 %), перихолангіт – у 71 ( 67 %), перивезикальний абсцес – у 1 (0,9 %).

У 14 хворих (13 %) операцію довелось завершити лапаротомією, в основному через неможливість виділити жовчний міхур з конгломерату, виражені деструктивні зміни в стінці жовчного міхура.

З метою профілактики післяопераційних ускладнень використовували введення антибіотиків (зинацеф, цефазолін). Зинацеф вводили під час операції – внутрішньовенно в дозі 1,5 г одноразово, а у зв'язку з його високою вартістю на 2 добу переходили на цефазолін – по 1,0 г 2 рази на день внутрішньом'язово. Крім того, проводилися ретельний лаваж черевної порожнини розчином антисептика (фурацилін), ретельний гемостаз у ході операції, додатково у 86 пацієнтів (81 %) виконувалось дронування черевної порожнини з метою контролю за виділеннями та введенням антибіотиків (цефазолін – по 0,5 г 2 рази на добу). Післяопераційний період у хворих в основному проходив активно, всі хворі вставали та ходили в день операції.

У 46 пацієнтів (43,4 %) при проведенні вищеписаних заходів температура тіла в післяопераційний період була в нормі.

У 20 хворих (18,9 %) субфебрильна температура (до 38 градусів) відмічалась протягом першої доби. У 25 хворих (23,6 %) – утримувалась на 2 добу, в 10 хворих (9,4 %) – на 3 добу, а у 5 хворих (4,7 %) – на 4 добу після операції.

Дренаж було забрано в основному на 2 добу (46 пацієнтів (53,5 %)), 3 добу (27 пацієнтів (31,4%)), 4 добу (9 пацієнтів (10,5 %)), 5 добу (4 пацієнти (4,6 %)). В більшості випадків дренаж забирали після нормалізації показників температури тіла та зменшення кількості виділень. Середній ліжко-день у цих хворих становив 5, 26 дня.

В післяопераційний період всі хворі в задовільному стані виписані додому. Ускладнень не спостерігалось.

Широке впровадження лапароскопічної холецистектомії в лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу, при достатній кваліфікації хірургічної бригади, дозволяє виконувати операції з приводу гострого калькульозного холециститу, ускладненого емпіємою жовчного міхура. На основі аналізу цих даних ми вважаємо, що при деструктивних формах гострого калькульозного холециститу оперативне втручання потрібно розпочинати з лапароскопічної холецистектомії і лише при неможливості її виконання – переходити на лапаротомію. Мала травматичність, кращий косметичний ефект, зменшення післяопераційного болю (особливо при важких супровідних патологіях, ожирінні) сприяють більш швидкому одужанню післяопераційних хворих при проведенні лапароскопічних холецистектомій.

УДК 616.411-006-089

**І.Й. Євстахевич, Я.І. Виговська, Ф.П. Інденко<sup>1</sup>,  
Ю.Л. Євстахевич, М.П. Павловський<sup>1</sup>, В.Ф. Інденко,  
В.О. Логінський, М.М. Семерак, О.М. Полікша<sup>2</sup>**

### **ХІРУРГІЯ СЕЛЕЗІНКИ, ВЛАСНИЙ ДОСВІД**

*Інститут патології крові та трансфузійної медицини АМН України, м. Львів,  
<sup>1</sup>Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,  
<sup>2</sup>5-та клінічна лікарня м. Львова*

Хірургія селезінки як галузь загальної хірургії виникла відносно недавно. Тривалий час селезінку розглядали як загадковий орган (“organum plenum mysterii”), а її хірургію зводили до спленектомії при травматичних розривах. Розвитку хірургії селезінки сприяли, з однієї сторони, розробка сучасних методик оперативних втручань на селезінці, а з іншої – нові знання про багатогранність функцій селезінки в організмі.

Мета роботи – вивчити і опрацювати показання до спленектомії та органо-зберігаючих операцій на селезінці.

Матеріали і методи. Досвід клініки, який ґрунтується на матеріалі виконання понад 1000 спленектомій у хворих з гематологічними захворюваннями (імунна тромбоцитопенія (ІТП), автоімунна гемолітична анемія (АІГА), спадковий мікросфероцитоз (СМЦ), пухлини крові (хронічний лімфолейкоз, негоджкінська лімфома, остеомієлофіброз, хвороба Годжкіна, волосковоклітинний лейкоз)); 35 операцій із залишенням селезінкової тканини у пацієнтів з доброякісними захворюваннями селезінки (справжня і псевдокісти, травматичний розрив і ятрогенне (інтраопераційне) пошкодження, гематома, тромбофлебітична спленомегаля, остеомієлофіброз).

Результати досліджень та їх обговорення. Спленектомія успішно використовується при спадковому мікросфероцитозі, імунній тромбоцитопенії, автоімунній гемолітичній анемії, пухлинах крові.

Їх клінічна ефективність становить: при СМЦ – 99 %, ІТП – 75–80 %, АПА – 70 %.

У випадках СМЦ, ускладненого калькульозом жовчного міхура ми під час спленектомії не застосовуємо холецистектомії, а виконуємо холецистотомію, літоекстракцію. Дану операцію ми розробили технічно і прооперували 25 пацієнтів. Показання до її виконання є: наявність пігментних каменів; функціональне збереження стінки жовчного міхура; прохідність протоки жовчного міхура і загальної жовчної протоки.

В останні 20 років немає летальності після операцій з приводу ІТП, СМЦ, АПА.

Опрацьовано показання до хірургічного лікування пухлин крові (хронічний лімфолейкоз, негоджкінська лімфома, остеомієлофіброз, хвороба Годжкіна, волосковоклітинний лейкоз). Їх розділено на основні та другорядні.

Будь-яка спленектомія призводить до імунодефіциту. В останні 2 роки проявляємо крайню обережність в показаннях до спленектомії. Ми діагностували три летальні випадки від КPSI-синдрому (*overwhelming postsplenectomy infection* – неподолана постспленектомічна інфекція). З метою профілактики застосовуємо ретерпен. Необхідні подальші клінічні спостереження.

При доброякісній патології нами опрацьовано органозберігаючі операції на селезінці. Розроблено методику таких операцій: спленорафії, резекції селезінки; видалення гематоми селезінки; фенестрації та енуклеації кіст селезінки; автотрансплантації селезінкової тканини.

Проведено 35 органозберігаючих операцій. В трьох випадках втручання виконано лапароскопічним способом.

У нас вперше в Україні при остеомієлофіброзі виконано субтотальну резекцію селезінки.

Висновки. Спленектомія при спадковому мікросфероцитозі на даний час є основним засобом лікування, а при імунній тромбоцитопенії, автоімунній гемолітичній анемії, пухлинах крові – допоміжним методом лікування.

Органозберігаючі операції на селезінці, при її доброякісній патології, не повинні вважатися альтернативою до спленектомії, оскільки вони дають можливість зберегти функцію селезінки та уникнути імунної недостатності.

**О.Є. Малевич, Д.В. Чернов, О.А. Комок**

## **КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ ВОЦІНЦІ МОЖЛИВОСТЕЙ ФІКСУЮЧИХ ПРИБРОЇВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗІ ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ**

*Дніпропетровська державна медична академія*

Проблеми, що виникають у практичних лікарів у зв'язку з вибором фіксуєної конструкції при операції металоостеосинтезі переломів нижньої щелепи, є актуальними і в даний час.

Лікар повинен зробити вибір: 1. кількості фіксуєючих елементів (шурупів), їхній діаметр і довжина (транскортикальна, монокортикальна); довжина, ширина, товщина і конфігурація накладної титанової пластини; кількість і якість додаткових фіксуєючих елементів (внутрішньоротові шини, пелюстки пластини, які підгинаються, позаротові і мобілізуючі апарати); співвідношення кількості імплантованого металу з його фіксуєючими можливостями.

Для виявлення переваг того чи іншого фіксуєючого пристрою при закріпленні конкретного перелому нижньої щелепи нами запропонований метод передопераційного комп'ютерного моделювання. Пропонована методика спирається на комп'ютерну програму з використанням методу кінцевих елементів, що дозволяє на доопераційному етапі вибрати адекватну фіксуєючу конструкцію в залежності від характеру перелому.

При використанні даної методики у 7 хворих з переломами нижньої щелепи в області її кута було вирішене питання про вибір кількості і якості фіксуєючих шурупів, їхньої локалізації, відібрана необхідна кількість опорних пелюстків накісткових мініпластин власної конструкції (патент України № 39746А від 15.06.2001.).

Висновок. Встановили, що за допомогою даної методики вдається зменшити кількість закріплюєючих шурупів і опорних пелюстків і їхнє оптимальне розташування на фрагментах щелепи при збереженні максимальних фіксуєючих можливостей конструкції. На наш погляд нові конструкції для остеосинтезу переломів кісток повинні проходити тестування за допомогою запропонованої методики для підтвердження їхніх переваг над існуючими прототипами.

Т.Т. Ковтун, В.І. Шатковський

## ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВЕЛИКИМИ І ВЕЛЕТЕНСЬКИМИ СЕРЕДИННИМИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ

*Державний заклад "Республіканська клінічна лікарня", м. Тирасполь, Молдова*

Представлено аналіз лікування 204 хворих з великими і велетенськими післяопераційними вентральними грижами. Операціями вибору в даній категорії хворих були комбінована пластика з дієпітелізованим автодермальним клаптом і нова оригінальна методика із транспозицією прямих м'язів живота. Створено математичну модель вентральної грижі. Визначення вказаних у моделі параметрів дає змогу розрахувати оптимальну величину шкірних клаптів, забезпечує умови для збереження внутрішньочеревного тиску, зменшення тиску на лінію швів.

На сторінках вітчизняної і зарубіжної літератури незмінно обговорюються питання лікування хворих з великими і велетенськими післяопераційними та рецидивними вентральними грижами (ПВГ). Незважаючи на велику кількість розроблених способів герніопластики, результати лікування даної категорії хворих залишаються не завжди успішними, а кількість рецидивів варіює від 43 до 46 % (2, 4, 5, 9, 10).

З впровадженням у клінічну практику алопластичних способів з'явилась перспектива для підвищення радикальності лікування складних форм ПВГ. Однак сучасні синтетичні трансплантати коштують дорого і не доступні всім категоріям хворих. Тому більшість хірургів продовжує використовувати автопластичні методи герніопластики (4, 9).

Матеріали і методи. Нами проаналізовано результати лікування хворих з ПВГ, що перебували у РКЛ м. Тирасполя з 1990 по 2000 р. За вказаний період у хірургічне відділення госпіталізовано 3073 хворих з грижами різної локалізації, з них 567 (18,45 %) – з післяопераційними і рецидивними грижами. В ургентному порядку з наявністю ознак защемлення прооперовано 61 (10,75%), планово – 506 (89,25 %) хворих.

Серед пацієнтів було 423 (83,6 %) жінки і 83 (16,4 %) чоловіки. У віці до 39 років – 69 (12,84 %), від 40 до 59 – 266 (52,57 %), від 60 до 79 – 170 (33,59 %), понад 80 – 2 (0,33 %), так би мовити, домінують люди працездатного віку.

Згідно з класифікацією К.Д. Тоскіна і В.В. Жебровського (9) грижі невеликих і середніх розмірів продіагностовано у 302 (59,68 %), великі – у 121 (23,91 %), велетенські – у 83 (16,4 %). Серед них 27 хворим неодноразово зроблено операції на органах черевної порожнини. По дві лапаротомії в анамнезі – у 10, по три – у 13, по чотири – у 2 і по п'ять – у 2. Неодноразово прооперовані з приводу рецидивних гриж 105 хворих. Один рецидив відмічено у 79,



два – у 18, три – у 2, чотири – у 1, п'ять – у 3, десять – у одного і шістнадцять – у одного хворого. Таким чином, на момент прибуття до шпиталю 132 хворих перенесли 345 оперативних втручань на передній черевній стінці і органах черевної порожнини.

Хворі мали грижу від двох тижнів до 24 років. У термін до року, тобто до розвитку дистрофічних змін у м'язово-апоневротичних клаптях навколо грижових воріт (4,7), прооперовано 57 (11,27 %) хворих.

Супровідні захворювання виявлено у 48 (41 %) хворих з грижами великих розмірів і 58 (66 %) – з велетенськими. Найчастішими з них були ожиріння (17,65 %), ІХС (15,69 %), кардіосклероз атеросклеротичний з порушенням серцевого ритму (14,7 %), гіпертонічна хвороба (8,82 %), хронічний обструктивний бронхіт (2,45 %), цукровий діабет (2,45 %).

Операцією вибору при лікуванні 83 (70,3 %) хворих з великими і 61 (73,5 %) хворого з велетенськими ПВГ була комбінована пластика з деєпітелізованим автодермальним клаптом, підготовленим за експрес-методикою В.Н. Янова (1976).

З 1997 року в РКЛ м. Тирасполя використовується нова оригінальна методика при лікуванні великих і велетенських гриж (1). За допомогою запропонованого способу ліквідується сама грижа, розсікаються рубцево-змінені тканини по ходу грижових воріт. Відновлюються топографо-анатомічні співвідношення м'язо-апоневротичних структур передньої черевної стінки шляхом транспозиції прямих м'язів: виконуються послаблюючі розрізи по зовнішньому краю піхви прямих м'язів живота, котрі приймають свій фізіологічний стан. На серединну рану накладаються звичайні вузлові шви і захоплюються передні листки піхв прямих м'язів. Величина послаблюючих розрізів корелює з об'ємом вправляючої грижової речовини, що дозволяє збільшити об'єм черевної порожнини за рахунок пластики отриманих дефектів автодермальними клаптями і забезпечує умови для збереження внутрішнього черевного тиску. За даною методикою прооперовано 14 хворих (16,27 %) з велетенськими грижами.

Після планових операцій з приводу ПВГ померло 5(0,99 %) хворих. Вік хворих з великими і велетенськими ПВГ – від 55 до 69 років. Смерть настала у термін від 30 годин до 14 днів після операції. Причиною летальності у трьох хворих була тромбоемболія легеневої артерії, в одного – гостра серцева недостатність, в одного хворого – нездійснення швів з розвитком розлитого гнійного перитоніту після резекції тонкої кишки під час герніолапаротомії.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз результатів лікування у ранній термін після операції показує високу частоту ускладнень у 20 (35 %) хворих з велетенськими грижами, прооперованих методом автодермальної пластики, у 4 (33 %) – методом транспозиції м'язів, у 10 (8,5 %) – з великими ПВГ. Термін перебування у стаціонарі складає від 21 до 66 днів у зв'язку з різними ускладненнями як зі сторони рани, так і загальносоматичними. Ми вважаємо, що основною причиною виникнення загальних ускладнень, насамперед

пневмонії, загострення хронічного бронхіту, гострої легенево-серцевої недостатності, є гіповентиляція. Вона зумовлена зменшенням об'єму черевної порожнини, підвищенням внутрішнього черевного тиску і розвитком синдрому абдомінальної компресії (2,3,8) уже на фоні наявної супровідної патології. Тривале носіння грижі, наявність виражених дистрофічних змін, натягнутість м'яких тканин черевної стінки під час герніопластики поряд з підвищенням внутрішнього черевного тиску сприяють розвитку місцевих ускладнень зі сторони рани.

Для вирішення цих проблем нами розроблена математична модель вентральної грижі. За допомогою математичної моделі можна визначити об'єм грижі  $V$ . При грижовому випинанні за формою, більшою як півкуля, об'єм  $V$  можна вирахувати за формулою:

$$V = \frac{2}{3}\pi \left[ R^3 + \left( R^2 + \frac{d^2}{8} \right) \sqrt{R^2 - \frac{d^2}{4}} \right]$$

Меншою як півкуля:

$$V = \frac{2}{3}\pi \left[ R^3 - \left( R^2 + \frac{d^2}{8} \right) \sqrt{R^2 - \frac{d^2}{4}} \right]$$

де  $R$  – радіус передбаченого шару,

$d$  – діаметр кола засади грижі.

Щоб визначити параметри формули, необхідно виміряти довжину кола в основі грижі  $C$  і довжину дуги  $K$  уздовж поверхні грижі у площині її великого перетину. Вказані виміри виконуються у положенні хворого стоячи при легкому напруженні передньої черевної стінки. При наявності вказаних величин  $d = \frac{C}{\pi}$ , а  $K = \left( \pi \pm 2 \arccos \frac{d}{2R} \right) * R$ .

З іншого боку,  $V = \left( \frac{1}{4} \right) * L * l * d$ , де  $L$  – довжина бокового розрізу для збільшення внутрішнього об'єму черевної порожнини на величину  $V$ ,  $l$  – ширина клаптя,  $d$  – віддаль поверхності клаптя до задньої поверхні черевної стінки. Знаючи об'єм грижі  $V$  і подаючи один з розмірів, наприклад  $L$ , можна визначити ширину малої діагоналі клаптя  $l$ . Таким чином, визначення вказаних у математичній моделі параметрів дасть можливість розрахувати оптимальну величину послаблюючих розрізів і шкірних клаптів, забезпечить умови для збереження внутрішнього черевного тиску, зменшення тиску на лінію швів (6).

Висновки. Комбінована автодермальна герніопластика може бути методом вибору при лікуванні хворих з великими і велетенськими ПВГ за умови збереження внутрішнього черевного тиску, відновлення топографоанатомічних співвідношень м'яких тканин черевної стінки, зменшення напруги по лінії швів.

Автори висловлюють подяку проф. П.І. Хаджі за обговорення ряду питань і цінні поради.

Література

1. А.с. на изобретение № 210 "Способ пластики срединных грыж", выданное 02.11.98. г. Республиканским агентством интеллектуальной собственности при Министерстве юстиции ПМР. В.Н. Янов; Т.Т. Ковтун.

2. Баязитов Я.Г. Эффективность аллопластики при лечении гигантских послеоперационных и рецидивных грыж живота. Клин. хір.- 2000.-5.-с. 19-21.
3. Егиев В.Н., Рудакова М.Н., Сватковский М.В. Герниопластика без натяжения тканей в лечении послеоперационных вентральных грыж. Хирург.- 2000.- 6. с. 18-22.
4. Заривчацкий М.Ф., Яговкин В.Ф. Большие и гигантские послеоперационные вентральные грыжи- Пермь, 1996.- с. 17-21
5. Кирпичев А.Г., Сурков Н.А. Современные принципы хирургического лечения послеоперационных вентральных грыж. Кремлевская медицина Клин. Вестн.- 2000.-2. с. 15-21.
6. Ковтун Т.Т., Акперов И.А., Шилькер Д.А. Математическая модель вентральной грыжи. Медико-биол. проблемы Приднестровья: Материалы науч. конф.Тирасполь, 2000.- 3. с. 95-97.
7. Рольщиков И.М., Кравцов Ю.А., Григорюк А.А., и др. Применение рассасывающихся полимеров для пластики послеоперационных вентральных грыж. Хирург.- 2001.- 4. с. 43-46.
8. Роциан Г.Г. Декомпрессивная лапаростомия как метод выбора в лечении синдрома абдоминальной компрессии. Клин. Хір.- 2000.- 10. с. 38-40.
9. Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки- Москва: Медицина, 1990.- с. 7-9.
10. Федоров В.Д., Адамян А.А., Гогия Б.Ш. Лечение больших и гигантских вентральных грыж. Хирург.- 2000.-1. с. 11-14.

УДК :616.33-002.2-089.168.1-06

**И.Я. Макшанов, Г.Г. Мармыш, И.Т. Цилиндзь**

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА**

*Государственный медицинский университет, г. Гродно, РБ*

Дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) – один из самых частых патологических синдромов, обуславливающих болезнь оперированного желудка. Резекции желудка, сопровождающиеся удалением пилорического жома или ваготомии с дренирующими операциями, приводящие к разрушению его, в подавляющем большинстве случаев приводят к развитию ДГР и рефлюкс-гастрита.

Углубленное исследование, включавшее определение концентрации желчных кислот в желудочном соке, показало, что после резекции желудка по Б I в различных модификациях ДГР развивается у 80...86% оперированных больных, при резекции желудка по Б II в различных модификациях – у 89...98%, при СПВ с желудочно-дуоденальным анастомозом по Джабулею – у 66%.

ДГР в зависимости от тяжести клинического течения может быть легкой, средней тяжести и тяжелой. К счастью, тяжелая форма ДГР встречается примерно у 20% оперированных больных. Тем не менее, длительно существующий ДГР неминуемо вызывает рефлюкс-гастрит с вытекающими последствиями, которые резко ухудшают качество жизни пациентов, существенно снижают трудоспособность.

Реконструкция различных модификаций Б I и Б II в классический вариант по Ру с У-образным анастомозом несколько улучшила результаты, но не дала желаемого эффекта, ДГР при этом сохранился у 33,3% оперированных больных.

Экспериментальный поиск возможности профилактики ДГР при резекции желудка и обеспечения резервуарной функции культи желудка позволил разработать искусственный жом, который формировали сразу за желудочно-кишечным анастомозом. Данный жом оптимально сочетается только с резекцией желудка по Ру с У-образным анастомозом (а.с. №1680090, 1991, СССР). Идея разработанного способа формирования жома тощей кишки: 1) выключение из сопряженной мышечной регуляции участка тощей кишки, снабженного кровообращением и иннервацией, приводит к автономной функции данного участка; 2) удвоение мышечной стенки кишки позволяет создать участок с функцией кишечного жома, слизистая при этом не должна повреждаться; 3) оптимальная ширина выключенного участка кишки, которая обеспечивает барьерную функцию, должна быть равной примерно 1/4 периметра кишки, поскольку более узкий участок создает недостаточное препятствие движению химуса, а более широкий – приводит к стазу; 4) циркулярное выключение серозно-мышечных слоев с последующим формированием жома в эксперименте нередко осложнялось непроходимостью, вследствие «проваливания» мышечной дубликатуры по ходу перистальтики кишки.

Практическая реализация способа формирования жома тощей кишки: 1) резекция желудка по Ру с У-образным анастомозом на расстоянии 15...20 см от желудочно-кишечного анастомоза; 2) в 2...4 см от желудочно-кишечного анастомоза на тощей кишке в поперечном направлении производятся два параллельных разреза, отстоящих друг от друга на расстоянии, равном 1/4 периметра кишки; 3) рассекаются только сероза и мышечный сдои кишки, выкроенный участок должен кровоснабжаться прямым сосудом, идущим от аркады к стенке кишки; 4) для предупреждения «проваливания» сформированного жома в просвет кишки, при рассечении серозы и мышечной стенки оставляются непересеченными узкие участки 2-3 мм, прилежащие к брыжеечному и противобрыжеечному краям кишки; 5) края выкроенной полоски сшиваются между собой отдельными капроновыми или дексоновыми швами, формируется серозно-мышечная дубликатура; 6) сшивая латеральные края разрезов, погружают сформированный жом в просвет кишки.

Первичная резекция по Ру с формированием искусственного жома произведена 61 больному с осложненной язвенной болезнью, в том числе ДГР имел место у 66,5%. Отличные и хорошие результаты получены у 82%, удовлетворительные у 18%. Удовлетворительные результаты зарегистрированы у больных рефлюкс-гастритом, который развился до операции. Ритмично-порционный тип эвакуации после операции выявлен у 86,6% оперированных больных.

16 больным подобная операция произведена как повторное реконструктивное вмешательство при тяжелом ДГР, в том числе у 7 больных сочетавшемся с демпинг-синдромом. При указанной сочетанной патологии оперативное вмешательство включало: резекцию желудка, удаление демпинг-чувствительной зоны тощей кишки, формирование У-образного анастомоза, искусственного жома и клапана-инвагината на отводящей петле, в целях замедления пассажа

химуса по тонкой кишке. У остальных больных выполнялась описанная выше резекция по Ру с формированием искусственного жома. Во всех случаях получены хорошие ближайшие и отдаленные результаты.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что операция по Ру с формированием искусственного жома на отводящей кишке надежно предупреждает развитие ДГР при резекции желудка и может служить методом выбора при его лечении после типовых резекций.

УДК 616.24-006:615.849.19-616-073.584

**Ю.А. Аблицов, С.С. Харнас, Ю.В. Павлов, В.Б. Лощёнов,  
В.К. Рыбин, А.Ю. Аблицов, И.Н. Завражина**

## **ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ СПЕКТРОСКОПИЯ (ОПТИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ) В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКОГО**

*Московская Медицинская Академия им. И.М. Сеченова, НИИ грудной хирургии*

Проблема дифференциальной диагностики периферических опухолей лёгкого до настоящего времени остаётся актуальной. Установление точного диагноза определяет выбор метода оперативного вмешательства (торакотомия, торакоскопия), оптимальный доступ и объём операции. С целью дифференциальной диагностики периферических опухолей лёгкого в НИИ грудной хирургии ММА им. Сеченова И.М. применяется метод трансторакальной лазерной флюоресцентной диагностики (оптической биопсии) злокачественных опухолей лёгкого под контролем УЗИ и рентгентелевидения. Метод основан на способности эндогенных порфиринов и их дериватов накапливаться в патологических тканях. Характерной особенностью этих соединений является способность избирательно поглощать свет определённой длины волны в видимой области спектра и флюоресцировать (в молекуле порфирина, поглотившей квант света, электроны переходят на более высокий энергетический уровень; при возвращении электронов на исходный уровень часть их энергии излучается в виде фотонов, длина волны которых больше длины волны возбуждающего света – лазерно – индуцированная флюоресценция). Ранее проведённые исследования показали, что наибольшее содержание эндогенных порфиринов локализуется в быстро пролиферирующих клетках – это является биологической основой флюоресцентной диагностики злокачественных опухолей. Реальные спектральные характеристики обусловлены ещё и флюоресценцией депозитов перекисного окисления липидов, продуктов некроза и деградации гемоглобина; зависят от количества кровеносных сосудов, гемоглобина и пигмента в тканях.

Трансторакальная лазерная спектроскопия была выполнена 50 пациентам с периферическими новообразованиями лёгких. Данные лазерной спектроскопии сравнивались с результатами окончательного гистологического исследо-

вания. Злокачественные новообразования лёгких диагностированы у 31 пациента (плоскоклеточный рак, аденокарцинома, мелкоклеточный рак, бронхоалоальвеолярный рак), доброкачественные у 19 (гамартохондрома, очаговая пневмония, пневмосклероз). Размеры патологического очага варьировались от 1,5 см до 6,0 см в диаметре. Оптическая биопсия под контролем УЗИ выполнена пациентам с субплеврально расположенными опухолями (максимальное расстояние от висцеральной плевры не превышало 1,0 см), под контролем рентгенотелевидения расстояние от висцеральной плевры достигало 2,5 см.

Для выполнения трансторакальной лазерной спектроскопии использовался ультразвуковой аппарат фирмы "Siemens", гибкий многоканальный оптический катетер диаметром 1,5 мм и многоканальный лазерный спектральный анализатор «LESA-5» производства «ВикСПЕК» (Россия), гибкий катетер-проводник (d – 3 мм). Возбуждение флюоресценции осуществлялось гелий-неоновой лазерной установкой с длиной волн 632,8 нм, разработанной Институтом общей физики РАН. Данные обрабатывались с помощью компьютерной программы «LESA SkFT». Первым этапом производилась пункция образования лёгкого под контролем УЗИ или рентгенотелевидения для получения цитологического материала, затем, к поверхности образования устанавливался гибкий катетер (d-3 мм), по которому проводилось оптическое волокно «LESA-5», процедура заканчивалась измерением спектра нормальной ткани (межрёберной мышцы). Спектр лазерной флюоресцентной диагностики регистрировался из каждой точки отдельно. Каждый спектр характеризовался параметром K, равному отношению интенсивности флюоресценции к интенсивности рассеянной лазерной компоненты. По измеренному соотношению интенсивности рассеянной лазерной компоненты и максимальной величины интенсивности флюоресценции оценивали диагностическую контрастность (ДК), показывающую во сколько раз интенсивность одного участка, например, опухоли, выше интенсивности другого участка, межрёберной мышцы. В ранее выполненных исследованиях установлено, что ДК злокачественных опухолей не менее 1,63; а ДК доброкачественных образований – не более 1,18.

Данные трансторакальной оптической биопсии сопоставлялись с результатами планового гистологического исследования у оперированных пациентов и с результатами цитологического исследования у неоперированных больных. У 25 пациентов с злокачественными опухолями лёгких данные трансторакальной лазерной спектроскопии подтверждены результатами морфологического исследования, у пациентов с доброкачественными образованиями лёгких расхождений результатов оптической биопсии с результатами цитологического исследования или гистологического не было. Точный диагноз установлен у 88% пациентов.

Наш метод, по сравнению с традиционными, имеет ряд преимуществ: 1. исключена возможность имплантационного метастазирования (лазерная флюоресцентная спектроскопия выполняется на поверхности опухоли). 2. скорость выполнения процедуры (3-5 мин). 3. мобильность диагностического комплекса.

Первые результаты трансторакальной лазерной спектроскопии под контролем УЗИ или рентгенотелевидения указывают на перспективность метода в плане улучшения дифференциальной диагностики периферических образований лёгкого.

**Ю.В. Павлов, Ю.А. Аблицов, Л.В. Чистов, В.К. Рыбин,  
А.Ю. Аблицов**

## **ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ**

*Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

В пульмонологической практике клиницисты нередко прибегают к обширному комплексу инвазивных и неинвазивных лучевых методов исследования, что является тяжелой нагрузкой для больного и мед. персонала и существенно удлиняет период дооперационного обследования. В связи с этим возникла необходимость в разработке и внедрении в клиническую практику альтернативных методов обследования торакальных больных, имеющих высокую диагностическую ценность и не несущих радиационную опасность для пациентов и медицинского персонала.

Больным с опухолями и хроническими нагноительными заболеваниями легких выполнено 60 трансторакальных аспирационных биопсий патологических образований легких под контролем ультразвука. Абсолютными противопоказаниями к трансторакальной аспирационной биопсии являются, по нашему мнению, подозрение на паразитарную кисту легкого, сосудистую опухоль или аневризму.

Результат трансторакальной аспирационной биопсии оценивали как положительный при обнаружении в пунктате клеток, позволяющих поставить точный морфологический диагноз. К таким клеткам относятся клетки злокачественного образования, Пирогова Лангханса, хондроциты и др.

Всем пациентам производили ультразвуковое исследование (УЗИ) грудной клетки параллельно с обычной рентгенографией (включая компьютерную томографию на аппарате ТкМкSKAN). УЗИ выполняли на аппаратах фирмы Тошиба и Хитачи, работающих в реальном времени секторными датчиками с частотой 3,5-5,0 мГц, с помощью которых можно было проводить как поперечное, так и продольное сканирование. Для получения наибольшей диагностической информации применяли полипозиционное исследование пациентов (на спине, на животе, на левом и правом боку, стоя и сидя), полученное изображение регистрировалось на высокочувствительной бумаге, форматом 110x110 мм.

Для трансторакальной аспирационной биопсии легкого были использованы ультразвуковые аппараты, снабженные ультразвуковым датчиком с приставкой для выполнения пунктирования или дренирования и иглы с мандреном, имеющие наружный диаметр 0,7-0,9 мм и длину 15-20 см. При выборе места пункции, которая производилась после анестезии мягких тканей раствором новокаина

или лидокаина, учитывали локализацию патологического очага в легком, его отношение к крупным легочным сосудам. Предпочтение отдавали доступам, при которых между кожей и очагом в легком создавалось кратчайшее расстояние.

Манипуляцию начинали с “выведения” изображения на экран монитора, затем предлагали больному задержать дыхание и производили вкол иглы в направлении патологического очага, когда конец иглы достигал субстрата в легком, мандрен извлекали и к канюле иглы присоединяли шприц-аспиратор. Создав в шприце отрицательное давление, производили аспирацию клеточного материала из опухоли. В последующем шприц отсоединяли и иглу извлекали. Полученный материал направляли на срочное цитологическое исследование. Осложнений (кровотечение, пневмоторакс) после трансторакальных аспирационных биопсий опухолей легких под контролем ультразвука отмечено не было.

Из 60 больных, которым проводились трансторакальные аспирационные биопсии под контролем ультразвука было оперировано 40 больных. У 12 больных с доброкачественными опухолями легких результат пункции совпал с результатами гистологического исследования удаленной опухоли. У 3 пациентов с предполагаемым диагнозом: доброкачественная опухоль отмечено расхождение результата с данными гистологического исследования удаленной опухоли. Это обусловлено, по всей видимости, взятием цитологического материала при трансторакальной аспирационной биопсии из зоны некроза. У 25 пациентов с злокачественными опухолями легких расхождений с данными гистологического исследования удаленной опухоли не было. Чувствительность трансторакальной аспирационной биопсии под контролем ультразвука составила – 92,5%, специфичность – 87%.

Большим преимуществом перед стандартным рентгенологическим исследованием в определении места пункции патологического образования обладает ультразвуковое исследование. Это преимущество обусловлено не только точной локализацией опухоли, но и возможностью изменения режима визуализации, что позволяет безопасно для пациента и персонала (нет лучевой нагрузки) длительное время выбирать кратчайшее расстояние между пунктируемым патологическим образованием в легком и грудной стенкой. Это дает возможность наиболее точно установить морфологический диагноз и предотвратить развитие пневмоторакса.



С.В.Малик

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

*Українська медична стоматологічна академія, м.Полтава*

Проблема обтураційної жовтяниці як ускладнення різноманітних захворювань гепатопанкреатодуоденобіліарної зони є одним з найбільш складних розділів клінічної хірургії (В.В.Виноградов та співавт., 1977; В.С.Шевченко, 1986; В.В.Родіонов та співавт., 1991; Б.А.Корольов, Д.Л. Піковський, 1990; О.О.Шалімов та співавт., 1993, 1997; М.Ю.Ничитайло та співавт., 1999 та інші). Оптимальна діагностична та лікувальна тактика при обтураційних жовтяницях різного генезу на сучасному етапі розвитку хірургії залишається дискусійною. Тому вдосконалення методів діагностики та вибору лікувальної тактики у даній категорії хворих являється актуальним питанням (Е.І.Гальперін та співавт., 1987; О.О.Шалімов та співавт., 1993; К.Р.Вerry, 2000).

Метою даної роботи є всебічне вивчення груп хворих з механічною жовтяницею різного генезу з подальшим напрацюванням класифікаційних та діагностичних критеріїв.

Проведено комплексний аналіз обстежень та хірургічного лікування 173 хворих з обтураційною жовтяницею різного генезу, що знаходилися на лікуванні в клініці за період 1995-2000 роки. Жінок було 107 (61,8%), чоловіків 66 (38,2%). Вік хворих коливався від 28 до 93 років, тривалість жовтяниці від 3 до 30 дб. Причинами жовтяниці були холедохолітіаз, стеноз великого дуоденального соска, рубцеві стриктури жовчних шляхів, пухлини печінки, жовчовивідних шляхів та головки підшлункової залози. У 21 хворого спостерігали ускладнення, пов'язані з механічною жовтяницею (холангіт, абсцеси печінки, біліарний гепатит, гострий біліарний панкреатит, печінкова недостатність), що підтверджувалося додатковими методами обстеження та під час проведення оперативного втручання. Всім хворим поряд з анамнестичними та фізикальними методами проводилися загальноклінічні та біохімічні аналізи крові з обов'язковим визначенням специфічного ферментного спектру, загальний аналіз сечі та діастаза, жовчні пігменти, ультразвукове дослідження печінки, жовчовивідних шляхів та підшлункової залози. В деяких випадках при невизначеній причині жовтяниці проводили комп'ютерну томографію, внутрішньовенну та черезшкірну черезпечінкову холангіографію. Застосовували фіброезофагогастроуденоскопію та рентгенологічне дослідження органів шлунково-кишкового тракту. Під час оперативного втручання поряд з ретельною ревізією органів гепатопанкреатодуоденобіліарної зони, черевної порожнини та заочеревинного простору визначали прохідність загального жовчного протоку та великого дуоденального соска методом інтраопераційної

холангіографії. З метою вивчення морфологічного стану виконувалася інтра-операційна біопсія тканини печінки, магістральних жовчовивідних шляхів, стінки шлунку та дванадцятипалої кишки з подальшим використанням загальних та спеціальних гістологічних, ензимогістохімічних та нейрогістологічних досліджень для уточнення типу інервації цих органів.

З'ясовано, що зміни з боку клінічних критеріїв обтураційної жовтяниці (зуд шкіри, болі у правому підребер'ї, жовтушність шкіри та слизових, зміни калу та сечі, лихоманка, підвищення температури тіла) відповідно пов'язані з результатами даних лабораторних та морфологічних досліджень. При комплексному використанні цих методів діагностична цінність їх значно підвищується. З урахуванням вищезазначеного в клінічну практику запропоновано класифікацію обтураційної жовтяниці за ступенями тяжкості, яка включає початкову (доклінічну), легкого, середнього та важкого ступеню на основі сукупності клінічних, лабораторних та морфологічних ознак.

Отже, механічна жовтяниця залишається одним із найбільш частих ускладнень різноманітних захворювань печінково-протокової системи. Діагностична цінність методів діагностики даної патології підвищується при їх комплексному використанні. Розподіл хворих з обтураційною жовтяницею за ступенями тяжкості сприяє правильному і своєчасному вибору тактики, що значно покращує якість лікування.

УДК 681.3.312.2:002.6

**М.Ю. Болгов**

## **АВТОМАТИЗАЦИЯ ХРАНЕНИЯ И ОБРАБОТКИ ДАННЫХ ОБ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**

*Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П.Комиссаренко  
АМН Украины, Киев*

В настоящее время необходимость автоматизированного хранения и обработки медицинских данных является очевидной и общепризнанной. Тем не менее в подавляющем большинстве бумажные носители, в виде традиционных историй болезни, являются основным, и часто единственным, источником информации о пациентах стационара. Среди множества проблем, стоящих на пути полнофункциональной автоматизации ведения документации, настоящее сообщение посвящено теоретическим подходам к хранению и обработке данных об операциях пациентов. Именно этот аспект является наиболее актуальным для хирургов.

Исследование является результатом многолетнего опыта создания и использования системы TherKep4S, которая представляет из себя комплект программ, позволяющих автоматизировать хранение и обработку медицинских данных в условиях многопрофильной больницы.

Прежде всего, следует отметить, что вся информация об операциях должна храниться в подчиненной таблице. Только такой механизм позволяет не ограничивать количество возможных операций у пациента и, в то же время, не имеет никакой избыточности. Практика многолетнего использования такого подхода доказала свою рациональность как для текущего ведения документации (в частности составления графиков и оформления протоколов), так и для последующего анализа в организационных, статистических и научных целях.

Данные об операциях включают в себя ряд параметров, неравнозначных по важности для последующей аналитической обработки. При этом организация хранения большинства граф не представляет никаких принципиальных проблем и автоматизируется стандартными средствами. Например, ф.и.о. хирурга, номер протокола, текст патогистологического заключения и т.д. Этого нельзя сказать о наименовании операции, организация хранения которого составляет принципиальную проблему. Дело в том, что попытка определить стандартный список наименований для выбора имеет существенный недостаток: что любая “нестандартная” ситуация потребует введения новой рубрики, быть может только для одного пациента. При этом, информационная ценность этого наименования для обособленного выделения скорее всего будет весьма низкой. С другой стороны, определение наименований операций в текстовом режиме, при всем удобстве такого подхода для отражения неординарных ситуаций, практически закрывает возможность автоматизированной обработки.

Для решения этой проблемы нами впервые предложен механизм оформления наименования операции в виде сочетания рубрики и дополнения. При таком подходе сохраняются все преимущества рубрикации, которые заключаются в удобном и эффективном поиске, отборе и анализе. В то же время, наличие дополнения, которое является текстовой графой, позволяет “развязать руки” хирургу при определении наименования для любых, самых исключительных операций. Именно одновременное сочетание рубрики и дополнения позволяет решить в рамках одной информационной базы как задачи сохранения всей информации с автоматизированным получением соответствующих медицинских документов, так и задачи последующего анализа, требующего четкой детерминированности данных.

Практическое использование описанного подхода в течении ряда лет использования системы TherKep4S доказало его высокую эффективность на всех этапах автоматизации ведения медицинской документации, от поступления пациента в клинику, до аналитической обработки пролеченных больных.

**Ж.Н. Саркулова, Б.У. Утегалиев**

## **ВВОДНЫЙ НАРКОЗИ СОСТОЯНИЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ В ХИРУРГИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. Марата Оспанова*

Больные пожилого и старческого возраста представляют для врача анестезиолога-реаниматолога группу с наиболее высоким анестезиологическим риском.

Физиологические и морфологические изменения, обусловленные возрастом, приводят к уменьшению имеющихся резервных возможностей и снижению функции различных органов. В первую очередь это относится к кровообращению. Чтобы уменьшить отрицательное воздействие анестетиков на систему кровообращения у этих больных мы предпочитаем проведение более поверхностного наркоза, чем в других возрастных группах.

Для анестезиологического прогноза решающее значение у этой категории больных имеет состояние кровообращения особенно на этапе индукции в наркоз. У пожилых пациентов именно этот этап анестезии оказывает решающее значение на течение всего операционного периода, он может или способствовать коррекции некоторых исходных функциональных нарушений или ухудшить состояние больного, вплоть до отмены операции.

Поэтому, с целью дифференциального подхода к проблеме выбора анестетиков для вводного наркоза в гериатрии нами проведен сравнительный анализ течения анестезии у 117 больных в возрасте от 60 до 83 лет, находившихся в хирургическом отделении за период с 1987 по 2000 гг., среди них мужчин было 68, женщин – 49. По нашим данным, сопутствующая патология была у более 70% больных, что сопоставимо с литературными данными.

В зависимости от вида использованных анестетиков на этапе индукции в наркоз все пациенты были разделены на 4 группы. В 1-й группе (34 больных) для вводного наркоза использовали барбитураты ультракороткого действия в виде 1% растворов: 5-7 мг/кг, дробными дозами, с большой осторожностью во избежание угнетения дыхательного и сердечно-сосудистого центров. Быстрое проведение вводного наркоза у этой группы больных, по литературным данным, неблагоприятно сказывается на функциональной способности сердечной мышцы, уменьшая её сократительную способность, угнетает цитохромные системы, вызывает тканевую гипоксию и ацидоз. Во 2-й группе (43 больных) использовали диприван в дозе 1,0-2,0 мг/кг. В 3-й группе (27 больных) использовали кетамин: 1,5-2,0 мг/кг. И в 4-й группе – бриетал в дозе 1,0-1,5 мг/кг, в виде 1% раствора со скоростью введения 1 мл в 5 секунд. Центральную гемодинамику исследовали методом тетраполярной реографии с расчетом основных гемодинамических показателей по общепринятой методике.

Исходные показатели кровообращения характеризовались артериальной гипертензией, повышенным общим периферическим сопротивлением (ОПС),

сниженным ударным индексом (УИ) и сердечным индексом (СИ). Гипердинамика кровообращения была обусловлена сочетанным влиянием интоксикации, гиповолемии, эмоционально-болевым предоперационным стрессом, возрастными изменениями (дегенеративные изменения в сердечной мышце) и сопутствующей патологией.

После вводного наркоза 1% р-м тиопентала натрия сердечный выброс (СВ) уменьшился на 22,1%, среднее артериальное давление (САД) снизилось на 19,7%; УИ на 15,4%. Полученные изменения показателей системы кровообращения объясняются уменьшением венозного возврата крови к сердцу вследствие угнетающего влияния барбитуратов на сердечную мышцу.

Индукция в наркоз диприваном сопровождалась относительно стабильными показателями центральной гемодинамики: не было отмечено значительных колебаний СИ, а снижение ОПС и САД оставалось в пределах 6-10% от исходных показателей. Тенденция к умеренному снижению УО на 11-15% было обусловлено снижением притока крови к сердцу под действием дипривана.

В условиях комбинированной кетаминовой анестезии на этапе вводного наркоза мы отмечали умеренное возрастание ЧСС на 7,3%; СИ на 11,8%; САД на 8,9%, по сравнению с исходными показателями. При этом УО не изменялся и оставался в пределах  $74,3 \pm 3,5$  мл. На основных этапах оперативного вмешательства со стороны показателей центральной гемодинамики сохранялась тенденция к гипердинамии системы кровообращения. Увеличение САД и ЧСС отмечалось до 19,2% и 23,1% соответственно.

В четвертой группе больных после индукции в наркоз, на фоне клинически проявляемого кратковременного нарушения исходного ритма дыхания появляется тенденция к снижению объемных показателей гемодинамики. Так, снижение диастолического давления составило 21,7%; САД – 25,2%. Это объясняется снижением сердечного выброса на фоне венозной вазодилатации. ЧСС уменьшилось на 28,3%; СИ на 17,5%. На этом фоне отмечается и снижение МОК до 32,1% со снижением и ОПС. Со стороны ОЦК сохранялась тенденция к исходному дефициту. С целью коррекции выявленных на этапе индукции гемодинамических нарушений проводилась активная лекарственная и инфузионная терапия.

Таким образом, выявленные различия в ответных реакциях центральной гемодинамики на использованные варианты вводной анестезии дают основание утверждать, что вводный наркоз барбитуратами сопровождается депрессией кровообращения и должен применяться у данной категории больных с осторожностью. Использование бриетала не обеспечивает полной стабильности показателей кровообращения и требует ограниченного применения для этих больных. Из использованных нами анестетиков наиболее оптимальными для вводной анестезии являются диприван и кетамин, которые не вызывают у больных пожилого и старческого возраста резких нарушений гемодинамики и могут быть применены при наличии у больных пожилого и старческого возраста исходной патологии кровообращения.

**Т.М. Укыбасова, А.А. Шангараева, Б.Ж. Каримова**

## **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАНЮЛЯЦИЯ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ МАТКИ ДЛЯ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

*Городской центр эндовидеохирургии, Казахстан, город Актобе*

Воспалительные заболевания придатков матки занимают ведущее место в структуре гинекологической патологии и из-за тяжести процесса, сложности лечения остаются актуальной проблемой. Многими исследователями отмечается снижение эффективности антибиотикотерапии в связи с невозможностью создания достаточных концентраций препаратов в очаге воспаления. В этом плане регионарная лимфотропная терапия, как метод направленного транспорта лекарственных веществ обеспечивает более длительный и непосредственный контакт антибиотика с микробным агентом и является перспективным направлением в лечении воспалительных процессов придатков матки.

Нами разработан и внедрен в практику способ лапароскопической канюляции круглой связки матки для проведения регионарной лимфотропной антибиотикотерапии. Методика способа: после завершения основных этапов лапароскопической операции, длинной иглой (справа или слева) производится пункция кожи в области гребня подвздошной кости; игла предбрюшинно подводится к круглой связке матки и вводится в ее толщу; затем в просвет иглы вводят микроирригатор, который фиксируется к коже передней брюшной стенки узловым швом. В послеоперационном периоде ежедневно 1 раз в сутки вводится сначала 32 ед. лидазы для лимфостимуляции и через 15-20 минут суточная доза антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры.

С целью изучения эффективности непрямой эндолимфатической антибиотикотерапии по предлагаемой методике проведено обследование 80 женщин с tuboовариальными воспалительными образованиями придатков матки, которые подверглись лапароскопическим операциям. Основную группу составили 42 женщины, которым интраоперационно проводилась регионарная лимфотропная терапия с канюляцией круглой связки матки, во вторую группу вошли 38 женщин, которым антибиотикотерапия проводилась традиционным способом (в/м, в/в). Оперативное лечение в основном проведено в экстренном порядке, после необходимого клинического обследования и предоперационной подготовки. При проведении лапароскопических операций проводилось опорожнение абсцесса, адгезиолизис в 100% случаев, сальпинголизис, стоматоластика у 73% оперированных, санация растворами антисептиков и дренирование брюшной полости. Всем больным в послеоперационном периоде проводили комплексную антибактериальную, инфузионную, десенсибилизирующую терапию. В основной группе после операции продолжали начатую регионарную лимфотропную терапию, однократно вводили суточную дозу

антибиотика с учетом чувствительности микрофлоры. Клинические исследования позволили выявить более быстрое купирование признаков интоксикации: уменьшение ЛПИ в 1,5 раза к концу первых суток и приближение к нормальным цифрам на третьи сутки после операции. Масса средних молекул на 3-е сутки составила в основной группе  $0,41(\pm 0,01)$ . В контрольной группе  $0,39 (\pm 0,02)$ ; Нормализация температуры тела отмечалась уже к концу первых суток у 76% женщин. В послеоперационном периоде под влиянием регионарной эндолимфатической терапии быстрее нормализовались показатели гуморального и клеточного иммунитета: содержание Т-лимфоцитов в основной группе было выше, чем в сравнительной группе  $65,3 (\pm 2,1)$  и  $51,6 (\pm 1,3)$ . Концентрация Ig A соответственно составила  $3,4 (\pm 0,4)$  и  $2,0 (\pm 0,5)$ ; Ig M составила  $1,76 (\pm 0,37)$  и  $1,28 (\pm 0,21)$ ; содержание Ig G составило  $18,0 (\pm 1,68)$  и  $12,6 (\pm 0,67)$  соответственно в каждой исследуемой группе. При этом в основной группе отмечено быстрое уменьшение болевого синдрома, нормализация температуры, снижение уровня лейкоцитов, устранение интоксикации, более быстрое рассасывание инфильтратов, чем в контрольной группе. Осложнений течения послеоперационного периода не выявлено. Снизилась продолжительность пребывания больных в стационаре до 5,6 дня, против 7,8 дней в группе сравнения. Предложенный способ практически безопасен и прост, осложнений не имеет, может быть осуществлен в условиях любого лечебного учреждения, где имеется лапароскопическая аппаратура.

УДК 616.34-003.43+616.34-007.272+616.381-002

**А.А. Виноградов, В.П. Левина, И.В. Андреева, С.И. Тишин,  
В.В. Павленко**

## **ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО КАНАЛА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО КАНАЛА**

*Луганский государственный педагогический университет  
имени Тараса Шевченко*

Диагностика и лечение грыж запирающего канала (ГЗК) является одной из малоизученных проблем хирургии. Предоперационная диагностика ГЗК составляет от 25 до 39 % в связи с тем, что специфические симптомы этой патологии крайне непостоянны. Поэтому для диагностики ГЗК в последнее время применяют инструментальные способы. Это в 78 % случаев позволяет правильно поставить диагноз при выявлении объемного образования в области запирающего канала.

До последнего времени в литературе обсуждается и вопрос о выборе операционного доступа при ГЗК. Многие авторы указывают на отсутствие

оптимального способа пластики грыжевых ворот, что связано с трудностями мобилизации окружающих тканей. Из-за отсутствия данных об индивидуальной анатомической изменчивости топографии сосудисто-нервного пучка существует опасность ранения запирающей артерии и нерва, положение которых очень непостоянно.

Смертность при ущемленных ГЗК по-прежнему остается высокой. Основными причинами смертности являются острая странгуляционная кишечная непроходимость, разлитой перитонит. Причинами неудовлетворительных результатов лечения ГЗК являются: поздняя, чаще интраоперационная, диагностика, связанная с редкостью патологии; отсутствие характерных симптомов; недостаточные знания топографо-анатомических особенностей запирающего канала и его сосудисто-нервного пучка; отсутствие оптимальной оперативной техники грыж запирающего канала. Поэтому целью исследования явился анализ летальных случаев при ГЗК, и определение топографо-анатомических ориентиров сосудисто-нервного пучка в месте выхода ГЗК.

Проведен анализ 221 летального случая при ущемленных грыжах различной локализации, в том числе 3 случая ГЗК. На 50 трупах мужчин и женщин выполнены препаровка сосудисто-нервного пучка запирающего канала и остеометрия основных костных ориентиров тазовой кости и тазового кольца. Были выделены 3 базовые линии: 1-я линия (*linea spino-symphysialis superior*) – между *spina iliaca anterior superior* и *margo superior facies symphysialis ossis pubis*; 2-я линия (*linea spino-tubercularis*) – между *spina iliaca anterior superior* и *tuberculum pubicum*; 3-ю линию проводили под углом, близким к прямому, вниз от точки на границе нижней и средней  $\frac{1}{3}$  *linea spino-symphysialis superior*; 4-я линия (*linea spino-symphysialis inferior*) – между *spina iliaca anterior superior* и *margo inferior facies symphysialis ossis pubis*.

Установлено, что в изучаемом массиве за 10 лет ГЗК были выявлены у 3 больных (1,36 %) из 221 случая. Все пациенты с ущемленными ГЗК были женщины в возрасте от 74 до 84 лет, госпитализированные в сроки от 4 ч до 2 недель с момента заболевания с диагнозом острой кишечной непроходимости. Ущемленная ГЗК у всех больных была выявлена во время лапаротомии. В грыжевом мешке находили тонкую кишку. Смерть наступила на 2-е, 4-е и 7-е сутки после операции. Причины смерти соответственно: острая сердечная недостаточность, несостоятельность швов анастомоза, разлитой перитонит.

Установлено, что морфометрические показатели топографо-анатомических ориентиров не зависели от индивидуальных, половых и возрастных особенностей строения костей таза. Поэтому точка пересечения 3-й и 4-й линий соответствовала проекции выхода запирающих грыж. Статистический анализ полученных морфометрических показателей установил, что использование 1-й линии для определения верхнего края костного ориентира выхода грыж запирающего канала предпочтительно. Это связано с тем, что показатели соотношения были более стабильны и имели минимальное отклонение от 90° угла, образованного пересечением 3-й и 1-й линий, проведенной на границе нижней и средней  $\frac{1}{3}$  при  $P < 0,05$ .



Строение и соотношение элементов сосудисто-нервного пучка запира- тельного канала зависят от формы таза. Выделены две крайние формы строения сосудисто-нервного пучка. У мужчин и у женщин, у которых таз построен по мужскому типу, в 98,4 % случаев был установлен магистральный тип строения сосудисто-нервного пучка. У женщин с широким тазом установлен в 87,5 % случаев рассыпной тип строения сосудисто-нервного пучка. Промежуточные формы с большим процентом магистрализации были характерны для мужчин, а с превалированием рассыпной формы – для женщин. В точке пересечения 3-й и 4-й линий запира- тельный канал не имел сосудов и нервов. Запира- тельный нерв и его ветви ориентированы вниз и медиально. Поэтому при пальпации грыжевого выпячивания медиально и книзу от точки выхода ГЗК у больных при согнутой в тазобедренном и коленном суставах и ротированной кнаружи конечности было установлено появление и усиление болей в области коленного сустава с ощущением тошноты.

Проведенное исследование указывает на то, что в связи с редкостью пато- логии среди других видов ущемленных грыж имеет место недостаточная настороженность врачей скорой помощи, участковых терапевтов и хирургов при диагностике этого заболевания. В связи с этим больные с ГЗК поступают в хирургические отделения в поздние сроки с картиной острой кишечной непроходимости и разлитого перитонита, вызванного деструктивными измене- ниями содержимого грыжевого мешка. Поэтому мы полагаем, что необходимо обратить особое внимание на вопросы диагностики и клинического течения ГЗК. Одним из направлений этого и является изучение хирургической анатомии запира- тельного канала. Это позволит врачу при осмотре больного с симптомами кишечной непроходимости провести дифференциальную диагностику путем точечной пальпации проекции выхода ГЗК. С другой стороны, точка пересечения 3-й и 4-й линий может служить ориентиром для пункции и катетеризации бокового клетчаточного пространства таза при воспалительно-гнойных пораже- ниях этой области. Для этого игла в установленной точке проводится через кожу и мягкие ткани под прямым углом до упора в кость. Затем игла направляется латерально и кзади под углом 10 – 15° (положение и движение иглы описаны согласно классическому положению тела больного). Глубина проведения иглы в ткани регулируется в зависимости от появления экссудата в шприце.

**И.В. Криворотько**

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНОЙ СТЕНКЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ**

*Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины*

Известные модификации формирования мочевых резервуаров после радикальной цистэктомии из сегментов тонкого кишечника, не смотря на относительную простоту выполнения и меньшее число ранних осложнений, в отдалённые сроки приводят к развитию резорбции элементов из мочи в кровеносное русло с развитием гиперхлоридрии и ацидоза. Толстый кишечник в связи с отсутствием механизма активного транспорта ионов более предпочтителен для формирования мочевых резервуаров длительного использования.

Цель исследования. Изучить возможность использования нисходящего отдела толстого кишечника для замещения мочевого пузыря.

Материалы и методы. У 18 больных с диагнозом «распространённый рак мочевого пузыря» с 1997 по 2000 г.г. произведена расширенная экстирпация мочевого пузыря с одномоментным формированием мочевого резервуара по типу «клоаки» с наложением анастомозов между мочеточниками и частично изолированной петлёй сигмовидной кишки. Сфинктер ануса использован в качестве запирающего механизма для мочевого резервуара, ёмкость которого достигала 250-400 мл.

Гистологические препараты для исследования брались при колоноскопии данного резервуара, также исследовано максимальное давление в резервуаре и манометрия сфинктера ануса. Изучена флора и микробный титр содержимого кишечника.

Результаты исследований и их обсуждение. Титр микробных тел в среде кал-моча колебался в пределах  $10^6$ - $10^8$  (преимущественно *E. coli*), морфологические изменения в кишечной стенке при этом были минимальны, вероятно, за счёт защитного действия кишечной слизи. Среднее давление в резервуаре составляло  $36 \pm 7$  мм вод. ст., сфинктерное давление –  $110 \pm 6$  мм вод. ст. Ёмкость резервуара через 3 и более месяца составляла  $310 \pm 20$  мл. Колоноскопически практически всегда удавалось обнаружить перистальтирующие устья мочеточников по выделению красящего вещества, рентгенологически – рефлюкс содержимого из резервуара в почку был отмечен только в одном случае. Случаев ацидоза и гиперхлоридрии не было.

Выводы. Формирование толстокишечного мочевого пузыря оправдано для длительного отведения мочи в связи с хорошими функциональными результатами (накопление-опорожнение) и отсутствием выраженного повреждающего действия содержимого моча-кал на стенку сигмовидной кишки.

**Н.Л. Кернесюк, А.В. Гетманова, И.В. Вилкова, Н.И. Шаталов,  
А.А. Шаныгин**

## **ПРИНЦИПЫ И ТЕХНИКА МИКРОХИРУРГИИ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРИСТАЛЬТИРУЮЩИХ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ТАЗА**

*Уральская государственная медицинская академия*

Минимальнотравматичная (“малоинвазивная”) хирургия – это микрохирургия. Она основана на применении микрохирургической техники, призвана обеспечить высокий функциональный результат оперативного лечения. В связи с последним обстоятельством она остро нуждается в разработке теоретических и экспериментальных основ микрохирургии, в частности, многофункциональных перистальтирующих органов.

Применив оригинальный способ дифференциальной окраски мышечной и соединительной ткани при гистотопографических исследованиях, изучили строение желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишок, желчевыводящих путей, мочевого пузыря и пузырно-мочеточникового соединения. С учетом особенностей структурной организации мышечных оболочек указанных органов в эксперименте (465 операций) установили принципы микрохирургии перистальтирующих органов.

Мышечная оболочка перистальтирующих органов представлена анатомо-функционально-обособленными миофасцикулами-антагонистами, расположенными по их отделам и соединяющимися между собой и с миофасцикулами-синергистами других отделов в мышечно-соединительнотканых центрах (на границе между отделами). Наиболее сложные соотношения между миофасцикулами в пищеводно-желудочном, желудочно-двенадцатиперстном, обшежелчно-протоково-двенадцатиперстном, двенадцатиперстно-тонкокишечном и пузырно-мочеточниковом соединениях.

Данные гистотопографии положены в основание разработанных принципов микрохирургии многофункциональных органов, предложены оригинальные способы операций, защищенные авторскими свидетельствами.

**В.И. Оноприев, С.Э. Восканян, Г.Ф. Коротько, С.Р. Генрих,  
И.Н. Корсаков**

## **ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ**

*Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии,  
г. Краснодар*

Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) – наиболее частое и практически единственное осложнение радикальной дуоденопластики (РДП) – операции выбора при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), обеспечивающей полное устранение патологического очага и ремонт поврежденных структур при сохранении сфинктерного аппарата гастродуоденального комплекса. Развитие ОПП значительно ухудшает непосредственные и отдаленные результаты лечения, что обуславливает необходимость проведения панкреатопротекции в периоперационном периоде.

Результаты исследования этиопатогенеза данного осложнения позволили выделить ведущие звенья его развития после РДП. В первую очередь, это операционная травма ПЖ. Операционная травма может быть прямой, непрямой и комбинированной, проникающей и непроникающей, случайной и преднамеренной. Патофизиологическое влияние операционной травмы ПЖ реализуется преимущественно через реогемо-, лимфодинамические расстройства в панкреатической ткани, повышение секреторной активности органа и нарушение трансдуктального пассажа секрета ПЖ. Ишемический генез ОПП встречается достаточно редко. Как правило, ишемический компонент в той или иной степени присутствует при ОПП, являясь важным патофизиологическим звеном интрапанкреатических микроциркуляторных расстройств (обратимая ишемия). Тем не менее, при излишней мобилизации ДПК и ПЖ, сопровождающихся лигированием крупных экстра- и интрапанкреатических сосудов могут превалировать явления ишемического ОПП (необратимая ишемия), который проявляется преимущественно ранним коагуляционным некрозом ткани железы. Дисциркуляторный генез ОПП характерен для операций, выполненных на фоне тяжелой гиповолемии, анемии, стойкой гипотензии, вследствие массивной до- или интраоперационной кровопотери. В данном случае в результате компенсаторной перестройки системной гемодинамики в сторону резкой централизации кровообращения наблюдается выраженное падение объемной скорости кровотока и перфузионного артериального давления, в том числе в висцеральных сосудах брюшной аорты. ПЖ реагирует на это выраженным нарушением интрапанкреатической микроциркуляции, инициирующим ОПП. Обтурационный механизм является одним из наиболее частых и постоянных в генезе ОПП после внутрибрюшных операций и реализуется через манифестацию

экстра- и интрапанкреатических уровней блокады протоковой системы ПЖ, от выраженности и длительности которых в существенной мере зависит тяжесть ОПП. ОПП с преимущественным обтурационным механизмом его развития является чрезвычайно грозным осложнением, так как в значительном числе случаев протекает с некротическим компонентом, склонным к прогрессированию. Одним из важнейших является дисрегуляторный механизм развития ОПП. Различные пусковые факторы приводят к формированию гиперстимулирующего фона в послеоперационном периоде, механизмы развития которого пока не совсем понятны. Предпосылками к этому являются повышение продукции и рилизинга эндогенных секретого, а также реактивности к ним рецепторного аппарата ациноцитов и дуктулоцитов, уменьшение выработки эндогенных ингибиторов панкреатической секреции, снижение аффинности к ним специфических рецепторов, локальная активация холинергических влияний, перераспределение регионарного кровотока и пр. Важнейшее значение в формировании дисрегуляторного фона в послеоперационном периоде принадлежит также нарушению саморегуляции панкреатической секреции по дуодено-панкреатическому контуру. В большинстве случаев ОПП после РДП имеет смешанный генез, а превалирование одного из этиопатогенетических механизмов позволяет говорить лишь о преимущественном их характере.

Панкреатопротекция в периоперационный период предусматривает уменьшение влияния основных патогенетических факторов развития ОПП, что достигается путем создания оберегающего режима и угнетением панкреатической секреции. Щадящий режим создается путем исключения энтерального питания за 12 –36 часов до операции, и постепенным его возобновлением под контролем морфофункционального состояния ПЖ в послеоперационном периоде, которое необходимо сочетать с приемом микросферических энтеросолюбильных экзогенных ферментов.

Всем больным показана интраоперационная инфузия даларгина со скоростью 0,00025–0,0005 г/ч в течение всей операции, в послеоперационном периоде – 0,001–0,002 г через каждые 6 часов внутривенно или внутримышечно. Отдельным группам больных в периоперационном периоде может потребоваться назначение октреотида – синтетического аналога соматостатина. Интраоперационно осуществляется внутривенная инфузия препарата со скоростью 30 мкг/ч. Первые 2–3 суток после операции должно осуществляться постоянное внутривенное введение октреотида по 100–300 мкг с последующим переходом на подкожное введение. Метод дуоденальной энзимоингибиции (ДЭИ) основан на моделировании генерализованного обратного торможения панкреатической секреции введенными в ДПК экзогенными протеиназами через установленный интраоперационно зонд. Орошение слизистой ДПК раствором трипсина начинают интраоперационно или сразу по окончании операции. Третьим элементом периоперационной панкреатопротекции является парапанкреатическая микроирригация, которая заключается в орошении клетчаточных пространств лекарственными коктейлями через установленные интраопе-

рационально микроиригаторы. Наиболее эффективен лекарственный коктейль на основе полиглюкина, включающий местные анестетики, нейропептиды, антисептики.

Проведение адекватной периоперационной панкреатопротекции позволяет свести к минимуму вероятность развития ОПП после РДП при условии строгого соблюдения технологических принципов выполнения данного вмешательства.

УДК 616.233/ 24-036.12-06/: 616.24

**И.В. Гомоляко, В.М. Шевченко, Л.В. Березовчук, А.П. Мазур,  
В.В. Силантьев, Н.Е. Ключкова**

## **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины*

Задачей настоящего исследования явилось изучение морфологических и функциональных характеристик дыхательной системы у хирургических больных с целью возможного прогнозирования развития послеоперационных пневмоний.

Был проведен анализ состояния легких у умерших после операций на органах брюшной полости при наличии послеоперационных пневмоний. Были использованы описательная и морфометрическая методики выявления ранних признаков обструкции бронхов. В соответствии с этими методиками определяли количественные параметры бронхиальной выстилки и вычисляли степень морфофункциональной недостаточности слизистой оболочки бронхов (I-III), последняя является морфологическим эквивалентом нарушения функции легких.

У 49 пациентов перед хирургическими вмешательствами на органах брюшной полости исследовали функцию внешнего дыхания с помощью аппаратного комплекса «Пульмовент» натошак в состоянии основного обмена. Выполняли следующие функциональные пробы: «спокойное дыхание» (СД), «форсированная жизненная емкость легких» (ФЖЕЛ), «жизненная емкость легких» (ЖЕЛ), «максимальная вентиляция легких» (МВЛ).

После окончания операции с помощью эндоскопической щеточки на конце гибкого зонда-струны через эндотрахеальную трубку производили забор бронхиального содержимого и слизистой оболочки из правого основного бронха, изготавливали мазки для цитологического исследования. Полученные данные подвергали компьютерной статистической обработке.

У умерших после операций на органах брюшной полости при наличии послеоперационной пневмонии со стороны легких были отмечены значительные изменения. Пневмонии, как правило, носили очаговый характер и развивались

на фоне диффузных изменений – пневмосклероза, эмфиземы и дистелектазов. Наблюдались признаки хронического бронхита и неравномерно выраженного перибронхиального склероза. В отдельных наблюдениях эпителиальный пласт, выстилающий долевые и сегментарные бронхи, был либо относительно ровным без выраженного нарушения соотношения клеточных элементов, либо с увеличением числа бокаловидных клеток. В других наблюдениях определяли неравномерность строения эпителиального пласта, сочетание атрофических и гиперпластических изменений бронхиального эпителия, очаговое усиление секреторных процессов, отмечалась неравномерная гипертрофия мышечной оболочки. Вышеописанные изменения свидетельствовали о нарушении микроциркуляции в легочной ткани и наличии обструктивных изменений.

Исследование морфофункциональных свойств эпителия слизистой бронхов показали, что плотность ядер бронхиального эпителия, отображающая его пролиферативную активность, находилась в пределах значений 39 ядер и ниже (при нормальном колебании значений этого показателя от 40 до 89 ядер), т.е. количество ядер бронхиального эпителия на единицу площади уменьшалось. Визуально и количественно отмечали увеличение площади клеток и площади ядер с усилением структурированности хроматина. У 80 % наблюдали 2-ю степень морфофункциональной недостаточности эпителия бронхов, в 20 % – 3-ю, что свидетельствовало о высокой вероятности обструкции бронхов и повышенной готовности к реализации бронхоспазма.

При ретроспективном анализе результатов исследования функции внешнего дыхания до операции у этих пациентов было выявлено снижение скоростных его характеристик. Так, средняя объемная скорость в интервале от 25 до 75 % ФЖЕЛ была снижена на 44 %, мгновенная объемная скорость при выдохе 50 % ФЖЕЛ – на 50 % и мгновенная объемная скорость при выдохе 75 % ФЖЕЛ снижалась на 58 %. Полученные функциональные характеристики функции внешнего дыхания свидетельствовали о выраженных обструктивных изменениях бронхиальной системы в дооперационном периоде у пациентов, у которых развились послеоперационные пневмонии.

Интраоперационные исследования цитогрaмм бронхиального секрета отличались выраженной вариабельностью клеточного состава: в мазках определяли эритроциты, нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, макрофаги, клетки мерцательного эпителия, единичные плазматические клетки, колонии микробов. У части пациентов отмечали увеличенное количество эозинофилов, появление единичных тучных клеток, промежуточных клеток, клеток базального слоя, уплощенных клеток, что свидетельствует об изменениях атрофического характера. Дегенеративные изменения клеток мерцательного эпителия проявлялись выраженной жировой и вакуольной дистрофией ядер и цитоплазмы. В отдельных наблюдениях количество клеток мерцательного эпителия с выраженными дегенеративными изменениями ядра и цитоплазмы достигало 60 %, что присуще обструктивным формам бронхита. У части пациентов в бронхиальном содержимом находили увеличенное количество нейтрофилов.

Метод интраоперационного исследования содержимого бронхов может быть использован в клинической практике для прогнозирования развития послеоперационной пневмонии наряду с функциональным исследованием функции внешнего дыхания.

УДК 617.089.53.2

**М.Н.Кернесюк**

## **МИКРОХИРУРГИЯ БРЮШНОЙ ЧАСТИ МОЧЕТОЧНИКА**

*Уральский НИИ фтизиопульмонологии,  
Уральская государственная медицинская академия*

Представление о микрохирургии как хирургии малых объектов с применением прицизионной техники и операционных микроскопов сегодня уже недостаточно, особенно при операциях на перистальтирующих органах.

На основании ранее проведенного изучения морфометрической топографии и гистотопографии брюшной части мочеточника и установленного миофасцикулярного строения его мышечной оболочки, у 32 собак (64 мочеточника) выполнены резекция и шов мочеточника, уретеротомия и транс уретероуретеростомия на протяжении поясничного и подвздошного отделов, в верхнем, среднем и верхнем промежуточном сужениях. Исследованы показатели уродинамики и особенности регенерации мочеточника в ближайшие, ранние, поздние и отдаленные сроки в различных отделах органа.

Биохимические, электрофизиологические и рентенологические показатели уродинамики больше изменялись при локализации уретероуретеро анастомоза на протяжении отдела по сравнению с его расположением на границе отделов; здесь имелись также аналогичные различия в заживлении ран оперированного мочеточника. Оптимальным местом формирования шва мочеточника оказались его сужения, а межмочеточникового – среднее сужение трансплантируемого и верхнее промежуточное сужение противоположного.

Сутью микрохирургии брюшной части мочеточника помимо применения микрохирургического оборудования является выполнение вмешательств с учетом миофасцикулярного строения органа. Установлены принципы микрохирургической техники, заявлены способы формирования мочеточниковых анастомозов при его резекции. Функциональный результат микрохирургической операции в наибольшей степени зависит от глубины нарушения миофасцикулов в поясничном и подвздошном отделах мочеточника.



**Т.А. Джаркенов, С.Ж. Сахипов, Н.А. Акатаев, С.Н. Жариков**  
**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ У**  
**БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

*Казахстанская государственная медицинская академия им. Марата Оспанова*

Одним из наиболее тяжёлых осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) является острый холангит, который до настоящего времени является сложной лечебно-диагностической проблемой.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 38 больных ЖКБ, осложнённой острым холангитом. Мужчин было 7, женщин – 31, в возрасте от 30 до 76 лет. У 27 (71,1%) пациентов сочетание холангита и механической желтухи значительно ухудшали течение и прогноз основного заболевания. В 26 (68,4%) наблюдениях причиной холангита являлся холедохолитиаз, в 3 (7,9%) – изолированные рубцовые стриктуры терминального отдела общего желчного протока (ОЖП) и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и в 9 (23,7%) – сочетание этих двух патологических состояний. Пациенты госпитализированы в сроки от 2 до 35 суток от начала заболевания.

При поступлении всем больным проводилось комплексное обследование, включающее клинический и биохимический анализы крови, ультрасонографию печени и внепечёночных желчных путей, фиброзофагогастродуоденоскопию. Сочетание классических клинических признаков холангита (боль, желтуха, озноб – триада Шарко) имело место у 24 (63,2%) больных. В 1 (2,6%) наблюдении отмечалась пентада Рейнолдса, признаками которой, кроме перечисленных, являются затемнение сознания и гипотензия. В 13 (34,2%) случаях имело место латентное течение заболевания и диагноз был установлен по результатам макроскопического, бактериоскопического и цитологического исследований желчи, полученной при декомпрессии желчных путей.

Лабораторные показатели были малоспецифичными. Лейкоцитоз выше  $10,0 \times 10^9$  /л отмечен у 12 (31,6%) пациентов, сдвиг лейкограммы влево – у 14 (36,8%). Гипербилирубинемия наблюдалась в 27 (71,7%) наблюдениях и составляла в среднем  $78,4 \pm 6,5$  мкмоль/л. Высокий уровень щёлочной фосфатазы выявлен у 23 (60,5%) больных. Повышение уровня трансаминаз отмечено в 18 (47,4%) случаях.

При ультразвуковом исследовании гепатобилиарной зоны выявлялось наличие желчной гипертензии, её тип, уровень блокады гепатикохоледоха, степень расширения желчных протоков. Ультразвуковая эхолокация позволила достоверно диагностировать холедохолитиаз в 13 (34,2%) случаях и выявить признаки билиарной гипертензии в виде расширения желчных протоков в 28 (73,7%) наблюдениях.

Результаты исследований и их обсуждение. Консервативная терапия при обструктивном холангите рассматривалась как подготовительный этап к

оперативному лечению. Проводились мероприятия направленные на коррекцию токсемии, волевических и метаболических нарушений, купирование инфекции, профилактику и лечение печёночной недостаточности. Даже незначительное увеличение проходимости ОЖП может быть достаточным для исчезновения признаков бактериемии. Эффект терапии оценивался как положительный при купировании озноба и болей, постепенной нормализации температуры и снижении уровня билирубина сыворотки крови не менее 35-50 мкмоль/л в течение суток. Консервативные мероприятия были эффективными у 9 (23,7%) больных. Боли и озноб у них прекратились независимо от наличия желтухи.

Хирургическую тактику выбирали в зависимости от клинической ситуации и данных ультразвукового исследования. Оперативное вмешательство выполняли не позднее 4-5 суток с момента госпитализации. В сроки до 2-3 суток операцию произвели 31 (81,6%) пациенту. Ведущим в диагностике гнойного холангита было интраоперационное исследование. Гнойное отделяемое из культуры пузырного протока, при пункции гепатикохоледоха или холедохотомии является абсолютным признаком гнойного холангита. Обязательно проводили микробиологическое исследование желчи и определяли чувствительность флоры к антибиотикам.

У всех пациентов хирургическое вмешательство заключалось в холецистэктомии и ликвидации причины обтурации. Холедохолитотомия выполнена 35 (92,1%) больным, в 15 (42,9%) наблюдениях она закончена наложением супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза. 3 (7,9%) пациентам произведена трансдуоденальная папиллосфинктеропластика. Во всех случаях операцию заканчивали наружным дренированием гепатикохоледоха через культуру пузырного протока.

Интенсивную консервативную терапию продолжали и в послеоперационном периоде. Умерло 5 (13,2%) больных по причине: прогрессирования гнойного холангита и печёночной недостаточности – 4, множественных холангиогенных абсцессов печени – 1. 80% пациентов оперированы на 4-5 сутки от момента госпитализации.

Выводы. 1) Острый холангит требует своевременной диагностики и оптимального хирургического вмешательства на фоне комплексной интенсивной терапии. 2) Основной причиной неудовлетворительных результатов лечения острого гнойного холангита была поздняя декомпрессия желчных протоков.

**И.Н. Гришин, А.В. Воробей, Н.Н. Чур**

## **ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

*Беларусская медицинская академия последипломного образования*

Каждый случай ятрогенного повреждения желчных протоков, чаще всего холецистэктомии, – не только проблема морального, но и юридического характера. Если в начале 60-х годов подобные повреждения были крайне редкими, то в настоящее время частота их составляет около 1,5% при десятках тысяч проводимых операциях.

Нами обобщен опыт лечения подобных осложнений у 220 больных, которым в последующем проведено 265 повторных реконструктивных операций. Только у 20% больных повреждение было отмечено во время основного хирургического вмешательства. В 23% случаях при обнаружении ятрогенного повреждения выполнена более и менее адекватная операция.

Поступление людей в клинику было из различных городов и районов республики.

Клинические проявления повреждения желчевыводящих протоков в ближайшем послеоперационном периоде были: разлитой перитонит, желчеистечение с образованием желчного свища и механическая желтуха. Интенсивность последней зависела от характера перекрытия проходимости протоков.

Мы выделяем 11 типов повреждений: полное лигирование (I), частичное прошивание (II), частичное пересечение протоков (III), полное линейное пересечение (IV), иссечение протоков (V), боковое иссечение (VI), иссечение до слияния правого и левого печеночных протоков (VII), пересечение правого и левого протоков (VIII), высокое иссечение печеночных протоков (IX), пересечение добавочных желчных протоков (X), повреждение пузырного протока (XI).

Выделение указанных типов повреждения обуславливают стратегию и тактику восстановительно-реконструктивных операций. Установив, что в патогенезе изменений поврежденных протоков имеется определенная закономерность, а именно пролиферативные восстановительные процессы в дистальных отделах приводят к облитерации просвета и стенок начисто исключают в отдаленные сроки восстановительные операции. Отдается предпочтение билиодигестивным анастомозам на отключенной петле тонкой кишки. Обязательно в этих случаях – продольное рассечение проксимального конца поврежденного сосуда. Этим самым увеличивается «площадка», на которой и будет формироваться билиодигестивный анастомоз.

Проблема – повторные операции после реконструктивных вмешательств. Оперировано повторно 35 больных и им выполнено 63 операции. Одной больной выполнено 9 вмешательств. Частая причина развития механической желтухи – холангиолитиаз. Послеоперационная смертность колеблется от 2,9% до 6,0%.

**А.Н. Беляев, С.А. Беляев, В.П. Тумайкин, Г.А. Лобанов**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА**

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Россия*

За последние годы болезни печени доминируют среди патологии желудочно-кишечного тракта, занимая 2-4 место по частоте случаев госпитализации. Консервативное лечение поражений печени предусматривает введение лекарственных веществ в общий кровоток, через желудочно-кишечный тракт или парентерально, однако целенаправленная доставка высоких концентраций лекарственных веществ к сосудисто-паренхиматозному аппарату печени принципиально возможна лишь при использовании портального русла.

Материалы и методы. Для изучения эффективности внутрипортального введения лекарственных растворов в комплексном лечении механической желтухи были изучены результаты лечения 105 больных с механической желтухой различного генеза.

Внутрипортальные инфузии осуществляли через интраоперационно разбуживанную и катетеризованную пупочную вену.

В зависимости от уровня прямого билирубина крови при поступлении, больные были разделены на 3 группы. Первая группа – 36 больных с исходным уровнем прямого билирубина 200 мкмоль/л и выше, вторая группа – 44 больных с исходным уровнем билирубина до 200 мкмоль/л и третья группа – 25 больных, с исходным уровнем билирубина выше 200 мкмоль/л, у которых в послеоперационном периоде в течение 5–7 суток применялись внутрипортальные инфузии (5 % глюкозы – 200 мл, инсулина – 6 ед., витамина С – 6,0 мл, озонированного (2 мг/л) физиологического раствора – 400 мл. При явлениях холангита внутрипортально вводили антибиотики. Внутрипортальные инфузии проводили со скоростью 40 капель в минуту (О.Н. Инякин, 2001).

Результаты исследований и их обсуждение. У больных первой группы в послеоперационном периоде при традиционной терапии происходила постепенная нормализация показателей билирубина, хотя к 20 суткам они оставались существенно выше должных величин. Показатели трансаминаз имели менее значимую тенденцию к нормализации, а величина АлАТ практически оставалась на уровне данных при поступлении, что свидетельствует о деструкции гепатоцитов, которая не восстанавливалась в течение 2-х недель послеоперационного периода, даже после ликвидации причины холестаза.

Динамика биохимических показателей у больных второй группы была схожа с таковой у больных первой группы. В первые дни после оперативного вмешательства происходило возрастание как прямого так и непрямого билирубина. Видимо, операционное пособие являлось отягощающим моментом, вызвавшим дополнительные деструктивные изменения печени.

К 5-6 суткам после операции наблюдалось заметная положительная динамика в лечении. Однако, как и в предыдущей группе даже через две недели после операции не происходило полного восстановления нарушенного функционального состояния печени, связанного с морфологическими изменениями печеночной ткани, вследствие длительной механической желтухи. По сравнению с предыдущей группой наблюдалось более существенное понижение (на 40-45 %) уровня трансаминаз, что указывает на меньшее повреждение печеночных клеток.

У больных 3 группы в послеоперационном периоде нормализация уровня билирубина наблюдалось в течение 8-10 дней послеоперационного периода. К этому времени уровень трансаминаз снижался на 49-58 %.

Выводы. Положительная динамика показателей функционального состояния печени при механической желтухе, несмотря на оперативное вмешательство, обусловлена как защитой печеночных клеток от повреждения, так и стимуляцией регенеративных процессов, вследствие большей концентрации лекарственных веществ при их регионарном (внутрипортальном) введении.

УДК 616.37-002-089.85:616.34-089

**К.В. Шапатава, Т.К. Иванишвили, М.Т. Гургенадзе,  
Д.В. Микеладзе**

## **О РОЛИ НЕКОРРИГИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА**

*Тбилисская городская клиническая больница №4*

Холецистит является одним из наиболее частых заболеваний гепато-панкреато-дуоденальной зоны (ГПДЗ), 85-95% которого приходится на страдающих желчекаменной болезнью (1). Холецистэктомия, лапароскопическая либо открытая, является наиболее приемлемым хирургическим вмешательством при различных формах холелитиаза. Несмотря на способ удаления желчного пузыря, у 15-20% больных после операции остаются боли в животе и другие симптомы, объединяющие этих больных в группу с т.н. "постхолецистэктомическим синдромом" (2).

В настоящее время до 80-90% холецистэктомий выполняются лапароскопически, вследствие чего в литературе появились публикации, посвященные возникновению постхолецистэктомического синдрома у прооперированных таким образом больных (3).

Состояния, стимулирующие возникновение постхолецистэктомического синдрома, весьма разнообразны. В основном это заболевания ГПДЗ – патология желчных протоков, гепатикохоледоха и большого дуоденального соска,

заболевания печени и поджелудочной железы, нарушение проходимости двенадцатиперстной кишки и др. Все вышеперечисленные заболевания в той или иной степени подлежат коррекции и не влияют на выбор метода вмешательства при холецистите. Исключение составляет хроническая непроходимость двенадцатиперстной кишки органического характера, которая не может быть скорректирована эндоскопически. Этой патологии зачастую не уделяется должного внимания, и, впоследствии, она предстает пусковым фактором в патологической цепи постхолецистэктомического синдрома (4).

**Материалы и методы.** В нашей клинике с 1998г. выполнено 425 холецистэктомий по поводу калькулезного холецистита, из них 323 – лапароскопически. Во всех случаях до операции производилось тщательное исследование органов ГПДЗ, и в особенности двенадцатиперстной кишки. Ретроспективный анализ жалоб, связанных с хронической дуоденальной непроходимостью, выявил наличие симптомов общего диспепсического характера: боли в эпигастральной области и правом подреберье, тошнота, отрыжка желчным содержимым, похудание и пр. Во многих случаях клинические проявления хронической дуоденальной непроходимости затушевывались симптомами сочетанной патологии (хронический холецистит, гастрит, язвенная болезнь, хронический панкреатит и др.). При подозрении на хроническую дуоденальную непроходимость больным назначаются УЗИ органов ГПДЗ и эзофагогастродуоденоскопия. При наличии воспалительных изменений в этой зоне и массивного дуоденогастрального рефлюкса проводили рентгеноконтрастное исследование желудка, двенадцатиперстной кишки и двенадцатиперстно-тощечкишечного изгиба; при необходимости дополнительно применяли дуоденографию в условиях искусственной гипотонии и поэтажную манометрию тощей, двенадцатиперстной кишки, желудка и пищевода с целью выявления дуоденальной гипертензии.

При установлении диагноза хронической дуоденальной непроходимости у больных калькулезным холециститом, мы отказываемся от выполнения лапароскопической холецистэктомии и оперируем традиционным лапаротомическим доступом, что позволяет выполнять также и корригирующие операции на двенадцатиперстной кишке и в перидуоденальной зоне. Операции Робинсона и Стронга, дуоденоэностомия, перидуоденальный синехиолиз – вмешательства, направленные на ликвидацию дуоденальной гипертензии и восстановление нормального перехода двенадцатиперстной кишки в тощую – технически невыполнимы в условиях эндоскопического подхода.

**Результаты исследований и их обсуждение.** Из 102 больных, оперированных по поводу калькулезного холецистита лапаротомическим доступом, у 24 интраоперационно были обнаружены различного рода нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки и дуоденоэонального изгиба: сдавление связкой Трейтца в результате её воспалительно-рубцового изменения или кальцификации (12 случаев), компрессия сосудами брыжейки (2 случая), деформация двенадцатиперстно-тощечкишечного изгиба вследствие врожденной аномалии или наличия острого угла перехода (5 случаев), рубцовый перидуоденит (5 случаев). Во всех

случаях указанные патологии были выявлены и расценены как “синдром хронического нарушения дуоденальной проходимости органического характера”.

Всем больным, помимо холецистэктомии, были выполнены необходимые, корригирующие дуоденоюнальный пассаж, оперативные вмешательства: перидуоденальный синехиолиз, операция Робинсона, операция Стронга, дуоденоюностомия. Больным, у которых не обнаруживали хроническую дуоденальную непроходимость, при наличии соответствующих показаний и согласия пациента, холецистэктомию проводили лапароскопическим методом.

Пациенты, обратившиеся с повторными жалобами на диспепсические расстройства и боли в правом подреберье и эпигастрии в период с 1998 по 2002гг, составили лишь 3% от общего числа больных.

Выводы. Хроническая дуоденальная непроходимость органического характера встречается нечасто – в 0,4-5,4% случаев; однако неполноценное дооперационное обследование, пренебрежение рутинными параклиническими методами и недостаточная оценка состояния двенадцатиперстной кишки нередко ведут к диагностическим ошибкам, определяющим неправильную тактику последующего лечения и ошибочный выбор хирургического подхода, в частности – лапароскопического. Коррекция различных форм хронической дуоденальной непроходимости органического характера невозможна в условиях лапароскопической холецистэктомии, в результате чего она может стать причиной не только постхолецистэктомического синдрома, но и более серьезных осложнений ближайшего постоперационного периода.

Наш опыт хирургического лечения больных калькулезным холециститом показал: 1. Необходимость тщательного дооперационного исследования органов ГПДЗ с целью выявления хронической дуоденальной непроходимости органического характера, включающий УЗИ, рентгеноконтрастное исследование, эзофагогастродуоденоскопию; при необходимости – релаксационную дуоденоюнографию и поэтажную манометрию. При выявлении хронической дуоденальной непроходимости органического характера операцией выбора становится традиционная “открытая” холецистэктомия, поскольку лапароскопическое вмешательство исключает возможность интраоперационной коррекции хронической дуоденальной непроходимости, которая, в свою очередь, является одной из звеньев в патогенезе постхолецистэктомического синдрома. 2. Интраоперационная коррекция различных форм хронической дуоденальной непроходимости при “открытых” операциях на желчном пузыре, а также правильная оценка хронической дуоденальной непроходимости, как относительного противопоказания к проведению лапароскопической холецистэктомии, позволило существенно снизить уровень развития постхолецистэктомического синдрома.

#### Литература.

1. В. Е. Jarrell, R.A. Carabasi “Surgery”, 1996.
2. Э.И. Гальперин и др. “Заболевания желчных путей после холецистэктомии “ М.М. 1988.
3. М.А. Алиев и др. Ближайшие результаты лапароскопической холецистэктомии . “Эндоскопическая хирургия”. 2002г. №2. с. 7-8.
4. Касульян С.А., Алитбетов Р.А. “Функциональные и органические нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки”. Смоленск, 1997 г.

**А.Х. Файзуллоев, Х..А. Бобоев**

## **ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Городская клиническая больница №5 им. К.Т. Таджиева,  
Республика Таджикистан*

Несмотря на достигнутые успехи в изучении этиопатогенеза парапроктитов, хирургическое лечение транссфинктерных свищей прямой кишки представляет определённые трудности. Последние, главным образом обусловлены возможным развитием недостаточности функции анального сфинктера в постоперационном периоде.

**Материалы и методы.** Анализированы результаты обследования и лечения 88 больных с транссфинктерными свищами прямой кишки. Мужчин было 69, женщин-19 в возрасте от 18 до 68 лет. Преобладали жители сельской местности – 50 человек. При распределении по степени сложности, больные имели следующие формы заболевания: I – степень – 36, II – степень – 21, III – степень – 16 и IV – степень – 15 больных. Рецидивные свищи имелись у 4 больных и во всех случаях отмечена 4 степень сложности патологии. В 11 случаях свищи были подковообразными. Наряду со свищем, в 16 случаях (18,24%) больные страдали геморроем, а в 1 случае выявлен полип прямой кишки, которые усложняют реабилитацию пациентов. Кроме того, у 27 (30,78%) установлено воспаление слизистой прямой кишки, чаще вторичного характера.

Выбор метода хирургического лечения главным образом определялся степенью сложности свища.

У 57 больных при I и II степени сложности свища и преимущественно вертикальном его направлении применялась операция иссечения свища в просвет кишки. Чаще свищ удавалось иссечь единым блоком. После тщательной санации, рассечённые мышцы анального сфинктера с учётом направления волокон, восстанавливались, т.е. дно раны сшивалось.

При III степени сложности свища с учётом индивидуальных особенностей применялись операции иссечения свища с пластикой путём перемещения слизистой прямой кишки в вертикальном (5 больных) или боковом (4 больных) направлении. В 7 случаях после иссечения свища с обработкой внутреннего отверстия, раны восстанавливались в пределах мышц анального сфинктера.

Наиболее сложным было лечение больных с IV степенью сложности свищей. Среди наших больных применялись операции иссечения свища с проведением лигатуры в современных модифицированных вариантах (10 больных), иссечение свищей с перемещением слизистой (3 больных) или с пластикой использованием аутоотканей (2 больных).

Во всех случаях операционные перианальные раны восстанавливались максимально в пределах возможного, обязательным было адекватное дрениро-



вание остаточных полостей и применение проточно-промывных систем. Антибактериальная терапия до и после операции проводилась главным образом местно. При III и IV степени сложности свища у 23 больных по строгим показаниям применялись антибактериальные препараты общего действия и в 9 случаях, применялась иммунотерапия. Общеукрепляющая и стимулирующая терапия использовались в большинстве (91,21%) случаев. Регуляция стула зависела от сложности операции и характера деятельности кишечного тракта.

Результаты исследований и их обсуждение. В ближайшем послеоперационном периоде среди больных с I и II степенью сложности осложнений не наблюдалось. При III степени сложности таких осложнений было 3. Только в 1 случае отмечена тенденция к сформированию свища, а в 2 случаях пластические операции были неудачными.

У больных со сложными свищами после рассечения волокон анального сфинктера, в том числе лигатурным методом, выявлена недостаточность анального сфинктера I степени (2 больных) или II степени (3 больных). Хотя всем этим больным проводилась интенсивная комплексная сфинктеростимулирующая терапия, в двух случаях недостаточность сфинктера осталась стойкой.

Следует отметить, что с внедрением современных методов диагностики (УЗИ, сфинктерометрия, электронейромиография) и оперативного вмешательства с применением специального устройства удалось ликвидировать развития недостаточности анального сфинктера у больных, оперированных в последние годы.

Выводы. Адекватный выбор способа операции при I и II степени сложности транссфинктерных свищей прямой кишки позволяет добиться успешных результатов.

Лечение свищей прямой кишки III и IV степени сложности требуют индивидуального подхода и строго щадящего отношения к анальному сфинктеру. Лучшие результаты дают применение современных диагностических методов и специального устройства для операции.

УДК 616.329/.33-089:615.849.19

**А.А. Касымов, Н.Б. Рузметов**

## **ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА**

*Научный центр хирургии им. В.Вахидова,  
Республика Узбекистан*

Результаты анализа более чем 15 летнего опыта применения высокоэнергетического лазерного излучения (ВЭЛ) в хирургии пищевода, органов брюшной полости (2233 операции при дуоденальных язвах; 410 – желудка; 148 –

реконструктивных вмешательств при заболеваниях оперированного желудка и 409 радикальных операций при опухолях желудка) позволили выявить ряд их достоинств и недостатков.

Опыт использования лазеров, в частности углекислотного и АИГ-неодимового, способствовал в значительной мере снижению травматичности операции, риска геморрагических осложнений, выполнению новых видов оперативных вмешательств. Однако применение лишь одного вида лазера не может решить всех проблем.

Поэтому одним из перспективных направлений в хирургии органов брюшной полости стало использование различных высоко- и низкоэнергетических лазеров, а также специальных лазерных наконечников.

Нами при оперативных вмешательствах использовано АИГ-лазер со специальными наконечниками, дающими возможность контактно осуществлять воздействие на органы и ткани.

С использованием контактного лазерного скальпеля появилась возможность проведения прецизионных вмешательств на хорошо кровоснабжающихся кровью органах без кровопотери. Раны, полученные после рассечения АИГ-лазером со специальными наконечниками в модулированном прерывистом режиме (излучение 4сек., скважность 1 сек., мощностью 20 Вт), характеризуется ровными краями, без обугливания тканей, а заживление всех слоев вплоть до кожи идет по типу первичного. Установлена высокая эффективность контактного лазерного скальпеля при иссечении метастатических опухолей из печени и на этапах лимфаденэктомии по типу Р-2.

Контактный лазерный скальпель применен нами у 145 больных с заболеваниями органов брюшной полости и пищевода, а также при диффузно-токсическом зобе. Во время операции производили послойное рассечение стенки полых органов при резекции желудка, гастрэктомии, формировании межкишечных соустьев, прецизионной миотомии желудка и пищевода в процессе селективной проксимальной ваготомии, выделение серозной оболочки желчного пузыря и резекции щитовидной железы.

Создание анастомозов в условиях «сухого» операционного поля является несомненным преимуществом перед вскрытием просвета органа обычным скальпелем. При выполнении селективной проксимальной ваготомии с помощью контактного лазерного скальпеля возможно осуществление сермиотомии с пересечением мелких ветвей блуждающего нерва по малой кривизне желудка и мышечного слоя пищевода, чем достигалась адекватная денервация желудка. При этом отмечено, что контактный лазерный скальпель позволяет дозированно и бескровно рассекать серозно-мышечный слой.

В сравнении со стальным скальпелем нами не отмечено повреждения крупных сосудов или активного кровотечения из венозных сплетений. В послеоперационном периоде также не наблюдали эпизодов внутрибрюшных кровотечений.

Таким образом, применение высокоэнергетических лазеров в хирургии пищевода и желудка позволяет существенно улучшить непосредственные результаты хирургического лечения.

**А.П. Підопригора, Ю.А. Підопригора, В.В. Калиновський**  
**МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ**  
**ПОШКОДЖЕНЬ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

*Хмельницька обласна клінічна лікарня*

При травмах органів черевної порожнини однією зі складних проблем є діагностика заочеревинних розривів дванадцятипалої кишки. Всі запропоновані дослідження малоінформативні, а наслідки діагностичних помилок досить серйозні. Особливо важко розпізнати розриви дванадцятипалої кишки з наявністю великих за обсягом гематом в заочеревинному просторі. Вміст її потрапляє в заочеревинну клітковину, викликаючи в найближчі після травми години невизначений помірний біль в надчеревній ділянці та правій половині живота. Згодом приєднуються слабкість, спрага, нудота, блювота, наростає тахікардія, підвищується температура тіла, лейкоцитоз. Поряд із цим чітких ознак пошкодження внутрішніх органів виявити не вдається. Симптоми подразнення очеревини з'являються лише через 6-10 годин після травми і вираженість їх залежить від величини розриву, ступеня розвитку заочеревинної флетмони. Клінічна картина може спочатку симулювати пошкодження правої нирки, заочеревинну гематому. Рентгенологічне дослідження допомагає виявити заочеревинну емфізему. Ефективними методами дослідження є фіброгастроуденоскопія і лапароскопія, які дозволяють візуально вивчити дванадцятипалу кишку.

При найменшій підозрі на пошкодження дванадцятипалої кишки необхідне термінове оперативне втручання. Досить складною є діагностика заочеревинних розривів дванадцятипалої кишки і в процесі операції. Про можливий розрив заочеревинної частини кишки свідчить каламутний жовтувато-брудного кольору ексудат в черевній порожнині, студенистий набряк і жовто-зеленувате забарвлення тканин та очеревини навколо дванадцятипалої кишки та кореня брижі товстої кишки, заочеревинні гематоми та емфізема. Так, Подопрігора А. П. (1982) запропонував діагностувати заочеревинні розриви дванадцятипалої кишки під час операції шляхом введення в неї через стерильний зонд з рентгенконтрастною поміткою на кінці (введений перорально) 150-200 мл рідини, забарвленої розчином метиленового синього, яка при наявності розриву кишки виходить в навколишні тканини, а при розриві парієтальної очеревини – в черевну порожнину. Цьому сприяє створення замкнутої порожнини шляхом накладання на кишку турнікета з м'якої полівінілової труби нижче воротаря і накладання м'якого затискача на кишку нижче зв'язки Трейца.

Замість розчину метиленового синього можна вводити контрастну речовину (але не барія сульфат!) з подальшою рентгенографією. При підозрі на розрив кишки є обов'язковим мобілізація її по Кохеру і ретельна ревізія позаочеревинно розміщеної частини. Розриви стінки кишки при необхідності економно висікають

та вшивають дворядним швом. Місце розриву обробляють, висушують заочеревинну клітковину та дренують її рукавично-трубочним дренажем через розріз в поперековій ділянці. Операцію закінчують дренованнєм черевної порожнини, а також дванадцятипалої кишки трансназальним дренажем для постійної аспірації в післяопераційний період шлунково-кишкового вмісту.

Децо пізніше (1998) нами запропонована інша методика для діагностики заочеревинних розривів дванадцятипалої кишки. Це обстеження можна робити в доопераційному періоді для діагностики пошкодження дванадцятипалої кишки. Для цієї методики використовується поліхлорвінілова трубка довжиною 1,5 м, яка має два балони, що роздуваються повітрям: один – в ділянці цибулини дванадцятипалої кишки, другий – в ділянці зв'язки Трейца. По ходу зонда між двома балонами є перфоративні отвори. В трубку вводиться рентгенконтрастна речовина або метиленова синька. Якщо є витікання контраста за межі кишки, то необхідне термінове оперативне втручання.

Особливу цінність становить методика при поєднаних пошкодженнях (голова, черевна порожнина), коли виконується проба у хворих, які перебувають у травматичній церебральній комі. Отримана інформація допоможе правильно вибрати послідовність оперативних втручань.

В більшості випадків тривала кровотеча, загроза розвитку перитоніту зумовлюють виконання лапаротомії в першу чергу.

З 1982 року проба визначалась у 40 хворих, з яких 9 хворих знаходились в церебральній комі. Позитивна проба виявилась у 16 хворих. Всі 16 хворих оперовані. Померло після операції 6 хворих, в основному від тяжких комбінованих і поєднаних пошкоджень, не сумісних з життям.

Враховуючи вищесказане, доводимо, що проби мають право на існування і повинні ширше застосовуватися в хірургічній практиці.

УДК 616.329/.33-089:615.849.19

**И.А. Абушкин**

## **ТОТАЛЬНЫЙ АГАНГЛИОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА**

*Челябинская городская клиническая больница № 1*

Тотальный аганглиоз толстого кишечника (ТАТК) является редкой и особой формой болезни Гиршпрунга с поражением всей толстой и части тонкой кишок. Заболевание до настоящего времени характеризуется поздней диагностикой, большим числом осложнений и высокой, достигающей 40%, летальностью (Philippart A.I., 1997). Наиболее широко при ТАТК применяются операции с созданием одной заплаты длиной 8-10 см из аганглионарной толстой кишки по методике Мартина-Дюамеля или Болея-Соаве. Однако после этих операций у детей часты эпизоды дегидратации, требующие повторных госпитали-

защит (Boley S.J., 1984; Philppart A.L., 1997). Разработка методов хирургической коррекции ТАТК, обеспечивающих хорошее качество жизни пациентов, является актуальной.

Материалы и методы. Нами разработана оригинальная операция, являющаяся как бы соединением метода Мартина-Дюамеля с элементами операции, предложенной Болеем. После установления диагноза ТАТК детям накладывали илеостому с одновременным формированием на подвздошной кишке, отступя на 13-15 см от ее конца, заплаты длиной 8-10 см из правой или левой половины толстой кишки. У очень тяжелых больных можно ограничиться илеостомой, а заплату сформировать позднее. Заключительным этапом илеостома закрывалась, а тонкая кишка низводилась на промежность по Дюамелю с формированием соустья длиной до 7-8 см между сегментом тонкой кишки, расположенным ниже первой заплатки, и прямой кишкой. Заплатки накладывали с помощью аппарата GIA-50. До и после реконструктивных операций дети получали курсы гипербарической оксигенации. Операции проводили в операционном зале, оборудованном системой ламинарной очистки, подогрева и стерилизации воздуха ЗАО «Асептические медицинские системы» г. Миасс, Россия. Характер кормления детей в до- и послеоперационном периоде зависел от тяжести имеющейся гипотрофии и диареи. Применяли продукты Швейцарской корпорации Нестле: Алпрем, АЛ-110 и полуэлементную смесь Алфаре с периодической инфузией растворов аминокислот.

Результаты исследований и их обсуждение. В 1998-2000 годах лечили трех новорожденных мальчиков с ТАТК. Дети родились в срок с весом от 3200 до 3700 грамм. Мамы всех новорожденных страдали легкой формой болезни Гиршпрунга. Зона аганглиоза распространялась на подвздошную кишку, захватывая у одного больного участок протяженностью 7 см, у двух остальных – половину и две трети ее длины. Клинически ТАТК проявлялся картиной врожденной низкой тонкокишечной непроходимости. Проводился дифференциальный диагноз между острой формой болезни Гиршпрунга и меконияльным илеусом. У всех больных были допущены ошибки при определении протяженности зоны аганглиоза. На ирригограммах и при ревизии кишечника по ходу операции более суженными выглядели левые отделы толстой кишки, поэтому двум новорожденным вначале была наложена трансверзо-, а одному – десцендостома. Правильный диагноз ТАТК был установлен у первого больного в возрасте 7 месяцев, а у двух остальных – на 48 и 22 дни. Все дети оперированы по разработанному нами способу. Заключительный этап операции выполнен у первого ребенка в возрасте 1года 5 месяцев, у двух остальных – в 6 и 3 месяца.

Один ребенок погиб в первые сутки после выполнения заключительного этапа операции от генерализованной вирусной инфекции. За две недели до операции он перенес ОРВИ. Остальные дети живы. Первому больному сейчас 3 года 11 месяцев, второму – 1 год 8 месяцев. В физическом и умственном развитии дети не отстают от сверстников. Строгой диеты не соблюдают. Стул

3-4 раза в день, кашицеобразный. Раздражения кожи промежности нет. Состояний, требующих госпитализации, связанных с патологией кишечника не было. Пациенты курсами получают бактериальные препараты и ферменты.

Выводы. 1. Операция с сохранением значительной части аганглионарной толстой кишки в виде двух заплат на тонком кишечнике не приводит к нарушению моторной функции последнего, обеспечивает достаточную абсорбцию воды в этих участках и, тем самым, – хорошее качество жизни у детей с ТАТК. 2. Вопросы ранней диагностики протяженности аганглиоза у больных с ТАТК остаются актуальными и требуют дальнейшей разработки.

УДК 616.34-089.844

**А.В. Воробей, И.Н. Гришин, В.Н.Подгайский, А.С. Бондарь,  
А.М. Фурсевич**

## **СОСУДИСТЫЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРО- И КОЛОПЛАСТИКИ**

*Беларуская медыцынская акадэмія последипломнага адукацыі*

После проктоколэктомии основной проблемой формирования тазовых тонкокишечных резервуаров является их ишемия, возникающая в 2-14% наблюдений после удлинения короткой брыжейки тонкой кишки. Аналогичные вопросы возникают при ликвидации концевых колостом после обширных левосторонних резекций ободочной кишки или при короткой культе прямой кишки. Традиционные методы удлинения энтеро- и колотрансплантата в таких клиничко-анатомических ситуациях неадекватны и чреваты некрозом низведенного кишечного сегмента. Проблему эффективного кровоснабжения кишечного трансплантата можно решить путем транспозиции верхне- или нижнебрыжеечных сосудов в соответствующие подвздошные сосуды. В доступной нам мировой литературе найдено только 22 наблюдения реимплантации основного ствола верхней брыжеечной артерии (ВБА) при ее атеросклеротической окклюзии в близлежащий отдел абдоминальной аорты

Материалы и методы. В анатомическом исследовании на 100 трупах (препаровка, морфометрия и ангиография) и на 36 клинических моделях ишемии тонкокишечного резервуара доказано, что лигирование основного ствола ВБА по методике клиники и ее ангиотранспозиция позволяют удлинить тонкокишечный трансплантат на 7,1-11,4 см. Полученные в анатомо-клиническом эксперименте данные и успешные результаты 22 вышеописанных реимплантаций ВБА послужили теоретической предпосылкой для внедрения ангиотранспозиции в клинику. Имелись все необходимые условия: наш клинический опыт (более 20 проктоколэктомий), разработанная технология восстановительных операций у стомированных больных (155 концевых колостом) и наличие в клинике отделения микрососудистой хирургии.

Результаты исследований и их обсуждение. Сформировано после проктоколэктомий 13 тазовых тонкокишечных резервуаров, для удлинения энтеро-трансплантата выполнено ангиотранспозиций: ВБА -2; подвздошно-ободочно-кишечной артерии - 3. Транспозиция нижней брыжеечной артерии (НБА) выполнена в 3 наблюдениях. Высокая эффективность ангиотранспозиции подтверждена после операций путем ангиографии, профилометрии, резервуарографии, термографии. Создана рабочая классификация способов энтеро- и колопластики. Выработаны хирургическая тактика и показания к транспозиции ВБА и НБА при короткой брыжейке.

Выводы. Ангиотранспозиция, являясь наиболее сложным способом удлинения кишечного трансплантата, позволяет колоректальным хирургам в наиболее трудных клинико-анатомических ситуациях избавить пациента от пожизненной энтеро- или колостомы.

УДК: 616-007.274:616.34-007.272

**О.Б.Боднар, І.І.Пастернак, С.І.Басістий, С.Г. Бабіч**  
**ПОРУШЕННЯ ТКАНИННОЇ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ ТА**  
**КОЛАГЕНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТЕЙ СТРУКТУР**  
**ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ РОЗВИТКУ**  
**ЗЛУКОВОГО ПРОЦЕСУ**

*Буковинська державна медична академія*

Післяопераційна злукова кишкова непрохідність займає домінуюче положення посеред усіх інших видів кишкової непрохідності у дітей. При злуковій кишковій непрохідності оперують біля 40,9 % дітей. Післяопераційна летальність складає 8,9 % (Г.І.Нейков, 1999).

Профілактика та лікування злукового процесу в очеревинній порожнині в багатьох пов'язані з невирішеними питаннями про можливі механізми утворення злук (І.М.Байбеков, 1996)

Метою роботи було вивчення порушень тканинної фібринолітичної і колагенолітичної активностей структур очеревинної порожнини при розвитку злукового процесу.

Експериментальні дослідження виконані на 25 безпорідних собаках, вагою  $8 \pm 2$  кг. Під внутрішньовенним тіопенталовим наркозом (30 мг/кг), виконували: резекцію тонкої кишки з накладанням анастомозу кінець в кінець; резекцію товстої кишки з накладанням анастомозу кінець в кінець; правобічну геміколонектомію з накладанням ілеотрансверзоанастомозу в різних модифікаціях.

На 15-ту добу після проведення оперативного втручання виконували релапаротомію, візуальний огляд органів очеревинної порожнини, висічення злукової тканини, тонкої кишки, товстої кишки, шлунку, зони анастомозу

втягнутих та невтягнутих в злуковий процес. Тканину органу поміщували в пробірку з 2 мл буфера Міхаеліса. Тканинну фібринолітичну та колагенолітичну активності структур очеревинної порожнини визначали за допомогою реактивів фірми «Simko ltd.» (Львів). Статистичну обробку цифрових даних проводили з використанням t- критерію Стьюдента.

Дослідження органів втягнутих і невтягнутих в злуковий процес, показало, що: при розвитку злукового процесу структури очеревинної порожнини на яких проводилось оперативне втручання володіють мінімальними фібринолітичною та колагенолітичною активностями, порівняно з органами на яких оперативного втручання не проводилось.

Злуки в зоні органів оперативного втручання володіють мінімальними фібринолітичною і колагенолітичною активностями, порівняно з іншими злуками очеревинної порожнини.

Фібринолітична та колагенолітична активності органів втягнутих в злуковий процес значно менші, порівняно з органами, які не містять злук.

Отже, на підставі утворення злук в очеревинній порожнині полягають взаємопов'язані процеси зменшення тканинної фібринолітичної та колагенолітичної активностей.

УДК 616.34-008.17/.8

**В.О.Безруков**

## **ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РЕФЛЮКСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИ НАЛОЖЕНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ**

*Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского*

Основным паллиативным вмешательством для устранения желтухи при обтурации желчных путей, вызванных раком фатерова соска и поджелудочной железы – является наложение соустья между желчным пузырем и тонкой кишкой. С целью предотвращения забрасывания кишечного содержимого через наложенное соустье накладывается межкишечный анастомоз. При дуоденальной непроходимости, вызываемой неоперабельной опухолью фатерова сосочка, обычно применяют впередибодочный гастроэнтероанастомоз с добавочным межкишечным анастомозом по Брауну. Если одновременно отмечается желтуха, то отводящую петлю гастроэнтероанастомоза соединяют с желчным пузырем.

Все данные операции связаны с нарушением физиологического продвижения пищевого комка по желудочно-кишечному тракту, что приводит к забросу содержимого желудка и тонкого кишечника в желчевыводящие пути. Это ведет к холангитам, постхолецистэктомическому синдрому, вторичным панкреатитам, дискинезиям желчевыводящих путей, гепатитам.



Подобный рефлюкс наблюдается и при применении дренирующих желудок операций и резекции желудка в модификации Б-2. При производстве этих операций разрушается привратник, формируется гастроэнтероанастомоз, что приводит к забросу дуоденального содержимого в желудок. Следствием этого является рефлюкс-гастрит, язва желудка, рак культи оперированного желудка.

Лечение холангитов, ПХЭС, панкреатитов (в основном панкреатитов) производится с помощью диеты, физиотерапии, санаторно-курортного лечения и медикаментозной терапии. Но данное лечение малоэффективно. В тяжелых случаях требуется оперативное лечение, направленное на восстановление пассажа пищи по желудочно-кишечному тракту и предупреждение рефлюкса. Однако при первичном хирургическом вмешательстве можно произвести антирефлюксную операцию.

Еще в 1895 году Капут пересекал приводящую петлю между анастомозами. Для предупреждения рефлюкса применялись различные модификации У-образных анастомозов, наибольшее распространение получила операция в модификации Ру. Но данные операции имеют свои недостатки- при их производстве хирург вынужден пересекать кишку, что вызывает дополнительное инфицирование брюшной полости. Применяются также клапанные анастомозы, которые препятствуют рефлюксу прохождением содержимого в одном направлении. Но данные операции довольно сложные в выполнении и могут применяться только опытными хирургами.

Нами разработана антирефлюксная заглушка. В качестве прототипа выбрана энтеральная заглушка по А.А. Шалимову(1972), заключающаяся в наложении на участок приводящей петли 2 циркулярных стенозирующих лигатур, с последующим погружением этого участка в серо-серозные швы. Однако при данном способе лигатуры прорезают кишечную стенку под действием перистальтических движений и выходят в просвет кишки, в результате чего наступает реканализация заглушки. Предложенный нами способ исключает данное осложнение. Методика разработана на 12 беспородных собаках в возрасте от 1 до 3-х лет. Накладывается впередибодочный изоперистальтический гастроэнтероанастомоз на длиной петле шириной 6-7 см. двухрядными швами. Затем на расстоянии 20-25 см. от желудка формируется энтероэнтероанастомоз по Брауну. После чего накладывается заглушка. При этом дистальнее брауновского анастомоза на 10-15 см. накладывается 5-7 серозно-мышечных швов по оси кишечника в поперечном направлении с расстоянием между швами 1,5-2 см. Каждый последующий шов захватывает больший участок боковой стенки кишки. При завязывании лигатур участок кишки между швами инвагинируется в продольном направлении по оси кишечника, образуя конусовидное сужение к брауновскому анастомозу. Участок кишки между энтеро-энтероанастомозом и конусовидным сужением подшивают 5-ю серо-серозными швами к участку сужения кишки, образуя коленовидный изгиб на 180°.

На данное предложение получено решение о выдаче патента Украины (по заявке №2000063206 от 5.06.2000). Методика применена в клинике 7-ой

городской клинической больницы г. Симферополя у 1 больного после гастрэктомии, при операциях по поводу рака желудка у 5 пациентов, при наложении холецистоэнтероанастомозов – 14 пациентов, холедохоэнтероанастомозов – 16 случаев. Ни у одного из оперированных больных не было обнаружено клинических симптомов рефлюксных заболеваний.

Рефлюксные заболевания значительно снижают функциональные результаты операций и трудоспособность больных. Используя предложенный нами способ позволяет исключить рефлюксные заболевания и создать более физиологическое продвижение пищи по желудочно-кишечному тракту. Также способ является простым в выполнении и позволяет значительно снизить затраты на лечение.

УДК 617.55-001.4-039.3

**Н.М. Бондаренко, С.И. Баранник, Г.Е. Хапатьяко,  
В.Н. Барвинский**

## **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА**

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Нами проведен анализ лечения 224 пострадавших с травмой живота, из которых у 122 человек (54,5%) наблюдались открытые повреждения: непроникающие ранения – у 21 больного (17,2%), проникающие ранения без повреждения органов брюшной полости – у 25 человек (20,5%), огнестрельные ранения живота – у 7 человек (5,7%) и проникающие ранения с повреждением органов брюшной полости – у 69 пострадавших (56,6%).

Основное количество больных (98 чел. – 80,3%) поступили в больницу в первые 2 часа после получения травмы, позже 6 часов госпитализировано 6 человек (5,2%). Наличие раны в области брюшной стенки, поясничной области, нижних отделах грудной клетки давало основание заподозрить проникающее ранение живота. Оперативное лечение проводилось в течение первого часа после поступления пострадавших в стационар. В большинстве случаев операция начиналась с первичной хирургической обработки раны и при отсутствии проникновения раневого канала в брюшную полость на этом и заканчивалась. При установлении факта проникающего ранения больному проводилась срединная лапаротомия и тщательная ревизия органов брюшной полости. В случаях явных признаков проникающего ранения (эвентрация сальника, кишечных петель, наличии симптомов внутрибрюшного кровотечения) операция сразу начиналась с лапоротомии под общим обезболиванием.

При проникающих ранениях живота с повреждением органов брюшной полости изолированные повреждения того или иного органа отмечены у 41

больного (59,4%): печени – у 10 чел., желудка или 12-перстной кишки – у 6 чел., тонкой или толстой кишки – у 9 чел., брыжейка тонкой или толстой кишки была повреждена у 5 чел., большой сальник или желудочно-ободочная связка – у 10 и селезенка – у 1 больного.

У 28 (40,6%) пострадавших были обнаружены сочетанные повреждения внутренних органов: желудок и кишечник, сальник – у 4 больных; толстая или тонкая кишка и сальник, брыжейка – у 15 больных; паренхиматозные органы (печень, селезенка, почки) и кишечник, сальник – у 6 больных; торако-абдоминальное ранение с повреждением печени и легкого – у 1 больного; крупные кровеносные сосуды (воротная вена и нижняя полая вена) – у 1 человека. И брыжейка тонкой кишки, желудочно-ободочная связка и большой сальник у 1 пострадавшего.

Послеоперационный период у больных с проникающими ранениями живота с повреждением органов брюшной полости протекал тяжело, в течение длительного времени (до 5-7 суток) держался парез кишечника, что требовало активной антипаретической терапии. У 19 больных (16,5%) возникли послеоперационные осложнения. Структура послеоперационных осложнений следующая: серознофибринозный перитонит – у 6 чел., ранняя острая спаечная кишечная непроходимость – у 2 чел., нагноение послеоперационной раны – у 2 больных, множественные абсцессы брюшной полости – у 2 человек и несостоятельность швов кишки, разлитой перитонит – у 1 больного. Умерло 8 больных (6,56%), из которых 5 – после ножевых ранений и 3 – после огнестрельных повреждений живота.

Таким образом, проникающие ранения живота мирного времени занимают важное место в неотложной хирургии, характеризуются многообразием повреждений, тяжелым течением послеоперационного периода и высокой летальностью, что диктует необходимость дальнейшего изучения этой патологии.

УДК 616.329 – 003.6

**Ю.А. Сухомлин, О.Н. Ступаченко, В.В. Юрьев, Г.А. Супрун**

## **ЭЗОФАГОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение.  
Клиника факультетской хирургии ДонГМУ им.М.Горького*

Попадание инородных тел (ИТ) в пищевод широко распространенное явление не имеющее тенденции к снижению, не теряющее актуальность и в настоящее время. Имеется большое количество публикаций посвященных этой теме, однако частота диагностических и лечебных ошибок при лечении больных с данной патологией достаточно велика (1, 2, 3). Современный уровень

развития эндоскопической техники позволяет во многом облегчить и улучшить качество и результаты лечения при ИТ пищевода (4). Однако несоблюдение определенных правил при эндоскопическом удалении ИТ могут привести к серьезным осложнениям и летальным исходам.

Наша клиника располагает опытом обследования и лечения 285 пациентов с подозрением на наличие ИТ в пищеводе за период с 1996 по 2001гг.

Обследование больных начинали с рентгенологического исследования пищевода водорастворимым контрастным веществом. Отрицательные рентгенологические данные не являлись поводом для отказа от дальнейшего обследования пациентов.

Подозрение на ИТ пищевода является показанием к экстренному эндоскопическому исследованию. Целью диагностической эндоскопии является уточнение диагноза, определение характера, локализации ИТ, причины фиксации, выраженности воспалительных изменений слизистой пищевода, при этом определяется возможность и метод эндоскопического удаления. Наш опыт показал, что в настоящее время благодаря развитию современной фиброволоконной оптики, необходимость в частом применении жестких эндоскопов для удаления ИТ из пищевода, и тем более для диагностики значительно уменьшилась.

Среди обратившихся пациентов у 186 (65,3%) выявлены ИТ пищевода. У 72 (38,7%) произведено удаление ИТ в амбулаторных условиях. Госпитализировано 144 (61,3%) пациентов, М – 93 (81,6%), Ж – 21 (18,4%) возраст варьировал от 16 до 88 лет. Длительность пребывания ИТ в пищеводе колебалась от 3 до 14 суток. После выявления ИТ и установления причин фиксации намечали эндоскопическую тактику удаления. У 121 пациента (64,5%) ИТ удалено с помощью фиброэзофагоскопа, у 7 (4%) обтурация устранена с помощью фибробронхоскопа. В 56 (30,5%) случаев использовалась жесткая эзофагоскопия под общим обезболиванием, что позволило избежать ряд травматических осложнений (5, 6).

Основными принципами эндоскопического извлечения ИТ пищевода является адекватное обезболивание, правильная ориентация ИТ в просвете пищевода, использование соответствующего эндоскопического оборудования.

Удаление ИТ заканчивается проведением назогастрального зонда, который удаляется после рентгенконтрастного исследования пищевода при отсутствии данных о повреждении пищевода.

У 61 (32,7%) пациентов наблюдались осложнения связанные с длительностью пребывания, характером ИТ, или грубыми попытками извлечениями ИТ. У 39 больных имел место посттравматический эзофагит, у 5 эрозивно-язвенный эзофагит, у 2 параэзофагальный абсцесс. Особую группу составили 15 больных с перфорацией пищевода. Всем больным произведено эндоскопическое удаление ИТ с проведением через эзофагоскоп назогастрального зонда с последующим оперативным лечением заключавшееся в дренировании средостения.

Учитывая наш опыт лечения больных с ИТ пищевода можно сделать следующие выводы:

Лечение и обследование данной группы больных должно осуществляться в экстренном порядке в условиях многопрофильного стационара. Любое выявленное в просвете пищевода ИТ должно быть по возможности извлечено при помощи фиброэндоскопа.

Для диагностики ИТ и возможных осложнений необходимо сочетание рентгенологических и эндоскопических методов исследования.

Применение эндотрахеального наркоза позволяет сократить время манипуляции и риск возникновения перфорации стенки пищевода.

Применение гибких эндоскопов позволяет сузить показания к применению ригидных эндоскопов, избежать травматизацию стенок пищевода и улучшить качество диагностики.

Литература.

1. Синеев Ю.В., Грунин И.В., Волков С.В., Абакумов М.М. Диагностика и эндоскопическое удаление инородных тел, обтурирующих просвет пищевода // Клиническая медицина, 1992г. – Т.70. – № 11-12. – С.40-42
2. Курилин И.А., Юрьев Л.П. Инородные тела пищевода. – Киев, 1977.
3. Мітін Ю.В., Юр'єв Л.П., Гладуш Ю.І. та інші. Чужородні тіла стравоходу і пов'язані з ними ускладнення. – Питання діагностики та лікування. – К., 1995. – С.50-52
4. Митин Ю.В., Юрьев Л.П., Гладуш Ю.И. и др. Фиброэзофагоскопия в диагностике и лечении больных с инородными телами в пищеводе // ЖУНГБ. – 1988г. № 4. – С.55-58
5. Каншин Н.Н., Абакумов М.М., Погодина А.Н. Экстренная эзофагоскопия при инородных телах и повреждениях пищевода // Хирургия, 1976. – № 11. – С.132-137.
6. Гринблат А.И., Картавенко А.И., Медведков В.П. и др. Инородные тела пищевода у взрослых // Хирургия, 1980. – № 3. – С.91-94.

УДК 616.26-089.87

**І.В. Шкварковський, О.В. Алексеєнко, В.В. Яцків**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ОМЕНТОПЛАСТИКИ ШВІВКУКСИБРОНХА**

*Буковинська державна медична академія*

Як свідчать власні клінічні дослідження, частота виникнення бронхіальних норниць та емпієми плеври сягає (5-12%), не зважаючи на використання різних способів укриття кукси бронха. Розвиток зазначених ускладнень вимагає повторних оперативних втручань, з метою реампутації кукси бронха, ушивання, та виконання торако-міопластичних операцій, як засвідчив аналіз результатів трансплевральної реампутації кукси головного бронха, після цих втручань, у (10%) хворих виникає рецидив бронхіальної нориці з емпіємою плеври. З іншого боку, дослідження ефективності оментопластики бронхіальних норниць в умовах емпієми плеври, та результати експериментального використання чепця, з метою профілактики неспроможності кукси бронха, довело його високу ефективність, в зв'язку з цим, розглянута можливість профілактичної оментопластики швів кукси бронха.

На нашу думку застосування великого чепця доцільно: 1. При накладанні бронхо-бронхо та трахео-бронхо анастомозів; 2. Під час виконання зверхрозширених та комбінованих пульмонектомій; 3. Гнійному ендобронхіті.

Дослідну групу склали вісім хворих, в усіх випадках проводилось роздільна обробка судинних елементів кореня легені, іноді це вимагало резекції перикарда. В семи випадках бронх прошивався апаратом УО-40 із накладанням додаткових вузлових швів, в одному, трахео-бронхіальний анастомоз сформовано шляхом накладання окремих вузлових атравматичних швів. Наступним етапом операції формувалось пасмо чепця, з метою його подовження та надання більшої рухомості проводилась мобілізація від попереково-ободової кишки.

Проведеним топографо-анатомічним дослідження встановлено, що найбільш оптимальним є використання штучно створених отворів в без судинній ділянці сухожильної частини діафрагми. Проведене в плевральну порожнину пасмо фіксувалось до кукси бронха атравматичними швами, у випадку резекції перикарду, для попередження само вивиху серця, проводилась пластика дефекту серцевої сорочки тканиною чепця. Використання оментопластики особливо доцільне в разі накладання трахео-бронхіальних анастомозів. Це обумовлено тим, що дистальна частина бронха, що приймає участь в анастомозуванні, зазнає найбільшої гіпоксії через пересічення гілок бронхіальних артерій.

В 50% спостережень пасмо великого чепця формувалось із збереженням правої шлунково-чепцевої артерії, в 50% випадків аналогічне пасмо було сформовано на лівій шлунково-чепцевій артерії. У всіх хворих наведена методика викроювання пасма дозволяла збільшити його довжину та зберегти достатнє кровопостачання дистальних відділів, за рахунок особливостей ангіоархитектоніки великого чепця. З метою визначення ролі тканини чепця в процесах регенерації кукси бронха, проводилось бактеріологічне, цитологічне та імунологічне дослідження плеврального ексудату в різні проміжки післяопераційного періоду.

Всі хворі виписані в задовільному стані з сформованим фібротораксом.

Висновки: 1. Найбільш оптимальним є використання штучно створених отворів у сухожильній частині діафрагми. 2. Використання тканини чепця ефективно для укріття дефекту перикарда. 3. В жодному з спостережень росту мікроорганізмів не встановлено, на підставі чого можна зробити висновок, що в післяопераційному періоді вміст плевральної порожнини залишався стерильним. 4. В результаті проведених імунологічних досліджень встановлено зростання рівня Ig M, Ig G, Ig A в плевральному ексудаті протягом післяопераційного періоду.

**М.В. Суховій, П.В. Ющенко, Є.В. Авер'янов, О.І. Сопко,  
С.М. Терехов, В.П. Вознюк, В.В. Томілін, І.В. Лозян**

## **ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ**

*Інститут гематології і трансфузіології АМН України*

Знання особливостей клінічного перебігу гемофілії, її геморагічних ускладнень, своєчасне застосування трансфузійних та гемостатичних препаратів являється основною умовою для досягнення успіху хірургічного лікування хворих на гемофілію.

Для гемофілії характерний гематомний тип кровоточивості, який значно ускладнює ведення хворих під час проведення оперативного втручання та у післяопераційному періоді, підвищує ризик розвитку геморагічних ускладнень.

Особливо значні складнощі виникають при необхідності проведення ургентних оперативних втручання у хворих на гемофілію при наявності гострої патології органів черевної порожнини або пошкодженнях м'яких тканин з масивною зовнішньою кровотечею, коли немає часу на кропітку передопераційну підготовку.

Нами проаналізовано історії хвороб (з 1996 по 2000 р.) 28 хворих на гемофілію яким проводились оперативні втручання в ургентному порядку. Оперативні втручання виконувались як на органах черевної порожнини – у 12 хворих, так і на елементах кістково-м'язової системи – у 16 хворих. 26 хворих страждали на гемофілію “А”, 2 хворих на гемофілію “В”. У 3 хворих діагностовано наявність інгібіторної форми гемофілії “А”. В результаті проведеного оперативного лікування 27 хворих виписано з покращенням, 1 хворий помер внаслідок важкого геморагічного синдрому на фоні наявності у крові високого титру інгібітора до VIII фактора.

Головним напрямком наших досліджень було удосконалення відомих та пошуки нових методів покращення гемостазу при розробці комплексної програми гемостатичного забезпечення ургентних хірургічних втручання у хворих на гемофілію. При цьому враховувалися основні принципи проведення комплексної гемостатичної терапії, дотримання яких було обов'язковим.

Під час операцій у хворих на гемофілію, на перший план виступає необхідність підтримки у крові хворого достатньо високої концентрації факторів VIII та IX (не менш 50%), в залежності від об'єму і часу оперативного втручання, рівня стресових реакцій. Не менш важливим є необхідність підтримки стабільного рівня гемодинаміки, а також адекватне поповнення кровотрати. Однією з головних причин геморагічних ускладнень, з якими нам довелося зустрітися у деяких хворих, була трансформація гемофілії в інгібіторну форму, а також активація фібринолітичних процесів в рані.

У ході досліджень було встановлено, що рівень фактора VIII (або IX) і напівперіод зменшення його біологічної активності суттєво змінюються в залежності від ступеню травматичності операції, величини операційної крововтрати, емоційного стану хворого.

З урахуванням вище зазначених факторів та можливих їх комбінацій складала індивідуальну програму інфузійно-трансфузійного забезпечення для кожного хворого до і після операції, яка дозволила до мінімуму знизити ризик можливих геморагічних ускладнень.

Виходячи з результатів проведеного дослідження було сформульовано наступні висновки: а) для підтримання достатнього гемостазу під час операції та у післяопераційному періоді необхідно проводити регулярний клініко-лабораторний коагулологічний контроль, який дозволяє своєчасно внести необхідні корективи в схему гемостатичної терапії; б) для кожного хворого на гемофілію необхідно створювати індивідуальні програми гемостатичного забезпечення як самого оперативного втручання так і подальшого післяопераційного періода; в) програма гемостатичної інфузійно-трансфузійної терапії повинна корегувати всі патогенетичні ланки ушкодженої системи гемостазу і проводитись до остаточного загоєння післяопераційної рани.

УДК 616.345-089.86:616.1

**О.В. Ротар**

## **ШЛЯХОПТИМІЗАЦІЇ КРОВОПОСТАЧАННЯ ТА ОКСИГЕНАЦІЇ АНАСТОМОЗІВ ТОВСТОЇ КИШКИ**

*Буковинська державна медична академія*

Неспроможність товстокишкових анастомозів прогресивно збільшується при операціях на дистальних відділах і досягає 5-20%, незважаючи на значне вдосконалення техніки формування з'єднань, методів передопераційної підготовки кишечника та впровадження нових схем антибактеріального захисту (Брюсов П.Г. 1996, Мартинюк В.В. 1991). Провідними причинами несприятливого перебігу загоєння анастомозів є ішемія і гіпоксія, що зумовлено слабкою васкуляризацією і низьким рівнем кровопостачання товстої кишки (Vignali A. 2000р, Kashivagi H.1993), особливо після інтраопераційної перев'язки верхньопрямкишкових артерій та гострій крововтраті. З метою покращення кровопостачання міжкишкових анастомозів запропоновано обмежувати рухливість кукси прямої кишки шляхом фіксації її до фасції крижі у трьох ділянках. Додаткове накладання при цьому позаранових швів між боковими зв'язками прямої кишки та поздовжніми гладком'язовими тяжами сигмовидної кишки додатково захищає лінію міжкишкового з'єднання при підвищенні внутрішньокишкового тиску у післяопераційному періоді. Метод використано



у 12 хворих при передній резекції прямої кишки з приводу пухлин сигморектального кута. В експерименті на 24 собаках виявлено, що фіксація кукси прямої кишки до фасції крижі збільшує фізичну міцність анастомозів.

При формуванні міжкишкових анастомозів в умовах гострої крововтрати проводили помірну гемодилуцію (зниження гематокриту до 25% і гемоглобіну до 70 г/л), що дозволяло зберігати необхідний рівень доставки кисню ( $K_{k_2}$ ) тканинам анастомозу за рахунок компенсаторних механізмів системної гемодинаміки та мікроциркуляції. При більш значній крововтраті і ішемії використовували кровозамінник із газотранспортною функцією – перфторан (П). В експерименті на 40 білих щурах моделювали глибоку нормоволемічну гемодилуцію (гематокрит 14-15%, гемоглобін 42-45г/л) шляхом дозованої крововтрати. П вводили із розрахунку 10-20 мл/кг. Завдяки високій розчинності для газів і малим розмірам частинок П забезпечував необхідну доставку кисню тканинам в умовах значної анемії, що сприяло кращому загоєнню анастомозів. У зоні з'єднання визначалось підвищення парціального тиску  $O_2$  і вмісту колагену.

УДК 6/6-018-089+612.014.422

**Ю.А. Фурманов, А.А. Ляшенко**

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСВАРКИ КАК МЕТОДА СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИИ ЖКТ**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины*

Соединение тканей в процессе оперативного вмешательства было и есть одной из самых главных задач хирургии, так как качество наложенного шва нередко определяет исход операции в целом. К хирургическому шву предъявляется ряд важных требований. Идеальный хирургический шов должен быть наложен асептично и быстро. Он не должен вызывать резкого сдавления тканей, их ишемию и быть эскалатором микроорганизмов, которые могут стать причиной воспалительного процесса. Кроме того, хирургический шов должен соединять ткани герметично и достаточно прочно.

К сожалению, в настоящее время ни один из способов соединения тканей не отвечает всем вышеперечисленным требованиям. Традиционная техника хирургического шва позволяет прочно и надежно соединять ткани, но не обеспечивает достаточной асептики и герметизма, так как по шовному материалу происходит миграция микроорганизмов из просвета соединяемых полых органов. Часто наблюдается ишемия тканей в зоне завязанных нитей, шовные методики трудоемки, их выполнение вызывает у хирурга много времени. Применение stapлеров позволяет сократить время операции, сделать ее менее трудоемкой и более эстетичной. Скобочный шов обеспечивает плотное сопоставление тканей

и достаточную прочность. Но скобки, как и нити, могут способствовать ишемизации тканей и также как и нити являются инородным телом, а, следовательно, могут вызывать асептическое воспаление в зоне анастомозирования.

Данная проблема отчасти решается применением устройств с памятью формы и компрессионных устройств, которые через некоторое время выводятся из организма. Однако факт миграции по отделам ЖКТ этих устройств (особенно когда речь идет о металлических приспособлениях) вызывает известные опасения. Кроме того, они также вызывают ишемию соединяемых тканей. Привлекательной альтернативой упомянутым выше методам является сварка биологических тканей, при которой их соединение формируется путем воссоздания белковых связей при воздействии термической энергии в зоне анастомозирования. Этот процесс заключается в создании коагуляционной пленки, соединяющей края свариваемых поверхностей. Метод термической сварки имеет ряд преимуществ: формирование анастомоза происходит в асептических условиях, в тканях не остается инородных тел, а значит и каналов распространения инфекции, при сварке достигается полный герметизм, анастомозы накладываются быстро. Попытки термической сварки до недавнего времени осуществлялись при помощи ультразвука и лучей лазера. Однако оба этих метода требуют громоздкой и дорогостоящей аппаратуры. При этом ультразвуковая сварка в большинстве случаев невозможна без применения «припоя», луч лазера трудно сфокусировать, существует опасность повреждения окружающих тканей.

С нашим участием разработан и широко апробирован в эксперименте метод электросварки мягких биологических тканей. При этом отсутствует необходимость в сложном специальном оборудовании, т.к. электросварка осуществляется при модифицированной диатермической установки, снабженной управляющим устройством, позволяющим задавать необходимые параметры электрического тока, а также при помощи биполярного коагуляционно-сварочного пинцета. Соединение тканей выполняется путем их захвата с помощью пинцета и плотного сопоставления после чего на бранши пинцета подается ток заданных характеристик. После прохождения тока в зоне сопоставления формируется коагуляционная пленка, при помощи которой ткани и соединяются. Метод прост, удобен, герметичен, экономит время.

Электросварка биологических тканей прошла апробацию в хирургических экспериментах, выполненных на базе отдела экспериментальной хирургии Института хирургии и трансплантологии АМН Украины. Экспериментальными моделями служили крысы, кролики и свиньи. Выполнялись сварка разрезов желчного (40 экспериментов) и мочевого (10 экспериментов) пузыря, толстой (180 экспериментов), тонкой кишки (40 экспериментов) и желудка (60 экспериментов), холецистэктомии (10 экспериментов), краевые резекции печени (55 экспериментов), тонко-тонкокишечные (5 экспериментов) и толсто-толстокишечные анастомозы (60 экспериментов), формирование культей различных отделов кишечника (35 экспериментов), соединения брюшины (20

экспериментов) и кожи (20 экспериментов). Сформированные соединения обладали достаточной прочностью, были жизнеспособны. Исследования отдаленных результатов показали, что процент послеоперационных осложнений при данном методе соединения тканей находится в пределах 3-5%, что коррелирует с аналогичным при общепринятых методиках соединения тканей в хирургии ЖКТ.

Проведенные исследования позволяют надеяться, что метод электросварки биологических тканей найдет свое место в арсенале современной хирургии.

УДК 616.26-089.87

**В.О.Шапринський, О.І.Гладишенко**

## **ЛІКУВАННЯ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЕНДОГЕННІ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ СПАЙКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ**

*Вінницький державний медичний університет ім.М.І.Пирогова.  
Коростишівська центральна районна лікарня*

Спайкова кишкова непрохідність (СКН) залишається однією з актуальних проблем хірургії органів черевної порожнини. Проаналізовано результати лікування 150 хворих спайковою хворобою очеревини, що ускладнилась гострою кишковою непрохідністю за період з 1995 по 1999р. Чоловіків було 84 (56%), жінок – 66 ( 44% ). Захворювання зустрічалось однаково часто в усіх вікових групах.

Патогенез СКН характеризується порушенням мікроциркуляції в кишковій стінці , розмноженням мікроорганізмів в просвіті кишківника та їх транслокацією в проксимальні відділи шлунково-кишкового тракту, активацією гнильних і бродильних процесів, порушенням порожнинного та пристінкового травлення. В результаті цих процесів кишковий вміст набуває токсичного характеру. Надходження токсичних речовин , мікроорганізмів і їх токсинів в кров'яне і лімфатичне русло значно посилює ендогенну інтоксикацію. Розвивається ентеральна недостатність і кишечник стає джерелом інтоксикації поряд з черевною порожниною. Тому ліквідація ентеральної недостатності є важливим моментом в лікуванні хворих з гострою кишковою непрохідністю.

У 95 (63,3%) хворих явища кишкової непрохідності були усунуті за допомогою консервативної терапії, а в 55 (36,7%) – виконано оперативне втручання. Показами до оперативного втручання були неефективність консервативної терапії на протязі 6-8 год або розвиток перитоніту. Оперативне втручання завершувалось інтубацією тонкої кишки. Всім хворим в післяопераційному періоді проводили інфузійну, антибактеріальну терапію, а також лікування ентеральної недостатності за власною методикою (позитивне рішення про видачу

патента України за заявкою № 99020550 від 02.02.1999) . Спосіб виконували наступним чином: під час операції весь тонкий кишечник інтубується довгим зондом. Після операції проводиться кишечний діаліз, ентеросорбція, покращення мікроциркуляції в стінці кишки, селективна кишкова деконтамінація . В кишковий зонд шприцом Жане вводиться 5% розчин натрію хлориду 1-1,5 л фракційно по 200-300 мл. Після кожного одноразового введення розчину через 15-20 хв зонд підключається до електровідсмоктувача, який працює в перемінному режимі (автоматично включається і виключається через кожні 10 сек., створюючи при цьому незначний від'ємний тиск 20 мм рт.ст.). Після завершення аспірації вводиться 200 мл 1% водного розчину полісорба з експозицією 10-15 хв. Кишковий вміст з сорбентом також видаляється за допомогою електро-відсмоктувача. Після закінчення активної декомпресії вводяться в кишечник послідовно реополіглокін 200 мл, левоміцетин 0,5 г , метрогіл 100 мл. Процедуру повторювали 4 рази на добу. Інтестинальне лікування проводиться до повного відновлення перистальтики і покращення загального стану хворого. Летальних випадків після оперативних втручань не було.

Запропонований метод лікування ентеральної недостатності дозволив значно покращити результати лікування хворих СКН, скоротити час перебування хворого на ліжку.

УДК 616.342-089.191.1

**В.В. Скиба, Ю.С. Лісайчук, О.Ю. Тарапон, І.А. Сухін,  
І.М. Савицька**

## **НОВІМОЖЛИВОСТІ БЕЗШОВНОГО З'ЄДНАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН**

*Кафедра хірургії МІ УАНМ м.Київ*

Різноманітні способи з'єднання біологічних тканин за допомогою ниток використовуються майже у 100% усіх хірургічних втручань. Хірурги приймають як належне недоліки технологічного, анатомо – функціонального, естетичного характеру, які супроводжують і є наслідками застосування цього методу. На жаль сьогодні, будь якої цінної з практичної точки зору альтернативи немає, незважаючи на те, що періодично пропонуються ті чи інші методи безшовного з'єднання тканин. Серед них не останнє місце займають медичні клеї, виготовлені на базі синтезованих ще у 1949 році ціанакрилатів. За останні роки майже усунуті недоліки, які спостерігались при використанні перших зразків : біодеградація та токсичність.

Хірургам сьогодні запропоновано якісний зразок ціанакрилатного клею n-2бутилціанакрилат Cutseal (enbucrilate) фірми "Рузан Фарма" ( Індія ).

Ми, на кафедрі хірургії медичного інституту УАНМ, вирішили встановити реальні можливості n-2бутилціанакрилату Cutseal (enbucrilate) шляхом експериментальних та клінічних досліджень.

В якості експериментальної моделі обрали 10 безпородних кролів та 10 білих щурів. Кролям, під кетаміновим наркозом, на попередньо оголеній спині з обох боків робили по три розтини шкіри (всього 6 на одній тварині) паралельно, перпендикулярно та під кутом  $45^{\circ}$  у відношенні до хребта. Така направленість розрізів у відношенні до гравітаційних силових ліній шкіри дозволила створити різне навантаження на кожен з них. З однієї сторони рани шкіри склеювали клеєм Cutseal, з другої зшивали шовком 3/0.

Тварин виводили з хронічного експерименту на 10, 15 та 30 добу шляхом введення розчину тіопенталу – натрія, висікали ділянки зклеєної та зшиті шкіри і фіксували гематоксилин – еозином.

Клінічно вже на 10 добу спостерігали у зоні склеювання нижній рубець, без будь яких ознак запалення. На 15 та 30 добу післяопераційний рубець малозамітний. Ні в одному із термінів гематом, запалення та нагноєння не спостерігали.

При порівняльному гістологічному дослідженні в усіх строках спостереження в зонах застосування клею і шву була відсутня токсична реакція клітин та спостерігали помірну запальну кліткову інфільтрацію. Крім того при використанні клею на 10 добу була висока активність фібробластів та помітна проліферація капілярів. При цьому вони були менш помітними при застосуванні шву. Подібна картина була і на 15 добу спостереження.

На 30 добу післяопераційного періоду в рубці з клеєм при високій активності фібробластів, відмічали зниження рівня проліферації капілярів, тоді як в рубці з шовком зберігалась висока активність фібробластів та проліферація капілярів.

Аналіз гістологічної картини показує, що процес загоєння ран при використанні n-2бутилцианакрилатного клею не поступається шовку, та проходить з мінімальною запальною клітковою інфільтрацією, відсутністю токсичної реакції клітин, високим рівнем активності фібробластів та проліферації капілярів. Ця особливість супроводжується гемостатичним, бактеріостатичним та гарним косметичним ефектом.

Щурам під кетаміновим наркозом виконували тотальну лапоротомію та проводили фіксацію десерозованої тонкої кишки до декапсульованої ділянки печінки. Тварин виводили з хронічного експерименту на 7, 14 та 30 добу шляхом введення розчину тіопенталу натрію, блоком висікали ділянки фіксованої до печінки кишки та фарбували гематоксилин – еозином. Гістологічно: на 7 добу в місці ротащування клейових мас відмічали помірне продуктивне запалення. Ділянка тонкої кишки, яка була підклеєна до печінки, зазнавала деструкцій, замінювалась молодого сполучною тканиною і на її внутрішній поверхні відсутні епітеліальні клітини. Така реакція обумовлена подразнюючою дією клейових мас. В паренхімі печінки відмічали помірну інфільтрацію портальних трактів.

На 14 добу дистрофічні зміни в гепатоцитах відмічали тільки навколо зони клейових мас, мають помірний характер. Зміни в стінці тонкої кишки локальні, відмічені лише в зоні клейових мас, які не приводили до функціональних порушень органу.

На 30 добу в ділянці розташування клейових мас відмічали зрілу сполучну тканину, за щільністю близьку до пухкої волокнистої сполучної тканини (тобто без склерозування). Дистрофічних змін паренхіми печінки не відмічено.

Аналіз гістологічної картини показує, що у n-2бутилцианакрилату відсутній значний токсичний вплив на тканини, його використання не призводить до функціональних порушень органів. Утворена під його впливом сполучна тканина надійно фіксує поміж собою склеювані органи.

У клініці ми використали клей у 51 хворого з загальнохірургічною патологією: закриття післяопераційних ран 26 (апендектомія- 9, килорозтин- 6, холецистектомія- 3, лапароскопічна холецистектомія- 4, обробка забійних ран обличчя- 4), герметизація ліній швів після холегостомії- 8, герметизація білодигестивних анастомозів- 6, фіксація жирових блоків при ліпофілінгу -6, герметизація дигестивних анастомозів- 4, закриття товстокишкової нориді- 1.

Всі пацієнти знаходились під наглядом на протязі від 2-х тижнів до 3-х місяців. В жодного з пацієнтів не було відмічено будь- яких гнійно-запальних ускладнень з боку післяопераційної рани, або з боку анастомозів в разі використання при герметизації лінії швів.

Звертає на себе увагу простота використання клею, що значно зменшує час закриття рани. Надійність герметизації ліній швів практично виключає можливість виникнення ускладнень пов'язаних з неспроможністю швів анастомозів, що дозволяє пропонувати його використання як альтернативу традиційним методам з'єднання тканин в хірургії.

УДК 616.131: 616.75

**М.С. Скрипніков, В.І. Ляховський, І.О. Гіленко,  
Ю.О. Максимук**

## **ПОТЕНЦІЙНІ РЕЗЕРВИ АРТЕРІЙ ЛЕГЕНЕВИХ ЗВ'ЯЗОК І СУМІЖНИХ З НЕЮ ОРГАНІВ**

*Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)*

Судини легеневиx зв'язок, як і самі вони, досі не вивчені. Цим зв'язкам дають чомусь різні назви: легенево-діафрагмальні, плевро-середостінні, плевро-діафрагмальні, нижні, їх навіть вважають не постійними (Cross G., Wording J.H., 1987; Hayek H., 1970; Prytz J.E. A. oth., 1989; Rost R.C., Proto A.B., 1983). Проте цим зв'язкам приділяється достатня увага при аналізі комп'ютерних томограм грудей з метою проведення диференційної діагностики захворювань (Berkmen V.M. a.oth., 1992; Godwin Y.K. a. oth., 1983; Lee a. oth., 1998). При секвестрації окремих ділянок нижніх часток легень артерії легеневиx зв'язок їх кровопостачають. Дослідники помилково вважають ці артерії аберантними, а саме явище аномальним (Дужий И.Д., Тертышный Н.Г., 1988; Ishida H. a. oth., 1992; Stocker

Л.Т., 1986). При видаленні легені або її нижньої частки чи заднього базального сегмента розсікати легеневі зв'язки можна тільки між лігатурами, інакше проксимальні кінці артерій цих зв'язок втягнуться у глибину середостіння і будуть кровоточити та загрожувати життю хворого (Колесников І.С., Лыткин М.И., 1988; Бежан Л., Зитті Е.Г., 1981; Литтман І., 1985). Відшукати місце кровотечі важко, бо артерій легеневих зв'язок може бути п'ять, а відходять вони, як показали наші попередні дослідження, від різних джерел (Скрипніков М.С., Гіленко І.О., Максимук Ю.О., Ляховський В.І., 1998). Щодо участі артерій легеневих зв'язок у відновленні легеневого кровообігу за умови порушення прохідності легеневої артерії, то ми в літературі зустріли лише одну згадку (Гончаров О.Г., 1962), але автор не займався спеціальним вивченням цього питання. Враховуючи все вище згадане, ми зайнялись детальним вивченням цієї проблеми в експерименті.

Матеріали і методи. У 46 собак ми припиняли приток крові: по сегментарних гілках легеневої артерії тих сегментів задньої частки легень у вісцеральну плевру яких переходить легенева зв'язка ( перша серія, 14 тварин); по гілці легеневої артерії до задньої частки, на яку переходить легенева зв'язка (друга серія, 16 тварин); по лівій легеневій артерії (третья серія, 16 тварин). Операції виконували під внутрішньовенним тіопентал-натрієвим знеболюванням і керованим диханням. У різні строки (від трьох днів до одного року) під таким же знеболюванням здійснювали евтаназію тварин шляхом кровопускання із задньої порожнистої вени. Застосовували морфологічні методи дослідження: макроскопію, макро-мікроскопію, ін'єкцію артерій грудей рентгенконтрастною або забарвлюючою масами з наступними рентгенартеріографією чи просвітленням, морфометрією, статистичною обробкою кількісних даних.

Результати дослідження і їх обговорення. Дослідження дозволили виявити в кожній серії дослідів свої особливості компенсаторної перебудови артерій легеневої зв'язки та суміжних з нею органів на боці знекровлення окремих сегментів задньої частки легень, чи цілої задньої частки, у вісцеральну плевру якої переходить легенева зв'язка, або ж цілої лівої легені. Виявлені також компенсаторні зміни з боку згаданих вище артерій, які були властиві усім трьом серіям дослідів. Так, діаметр просвіту артерій такої легеневої зв'язки збільшувався пропорційно збільшенню післяопераційного терміну дослідів. Поряд з цим артерії легеневих зв'язок ставали звивистими. Остання також ставала виразнішою із збільшенням післяопераційного строку. З часом розкривалися передіснуючі прекапілярні анастомози між артеріями легеневої зв'язки, периферичними гілками легеневої та бронхіальної артерій, виникали новоутворені судини. Разом з тим, у першій серії дослідів поряд з чітко видимим прямим переходом артерій легеневої зв'язки в артерії вісцеральної плеври прилеглих знекровлених ділянок легень, спостерігали вrostання новоутворених артерій із суміжного інтактного краніального сегмента задньої частки легень у знекровлений сегмент на всій протяжності їх стику. Діаметр просвіту артерій лівої легеневої зв'язки збільшився від 0,1 мм до 0,41мм. У другій

серії дослідів діаметр просвіту артерій лівої легеневої зв'язки збільшився в середньому в 6 разів, задньочасткової гілки бронхіальної артерії – у 3 рази, артерії супроводжуючої блукаючий нерв – у 2 рази. Усі вони є додатковим шляхом притоку крові до знекровленої частки легень. Найбільші потенційні можливості ці артерії проявляють до 90 діб з початку досліду, після чого цей перебудовний процес стабілізується. У цю частку продовжують вrostати новоутворені судини спайок з суміжної інтактною середньої частки. У третій серії дослідів зміни діаметрів просвіту артерій лівої легеневої зв'язки у динаміці нагадували такі у першій серії дослідів і були менше виражені ніж у другій серії експерименту; через один рік він становив 0,48 мм. Але тут були більше виражені поперечні анастомози між лівою і правою (інтактною) легеневиими зв'язками і поздовжні колатеральні шляхи на протязі стравоходу.

Висновки. Припинення притоку крові по гілках легеневої артерії до тих ділянок легень, у вісцеральну плевру яких переходить легенева зв'язка, викликає компенсаторну перебудову артерій цієї зв'язки, вони стають звивистими, поступово все збільшується діаметр їх просвіту. У залежності від величини знекровленої ділянки легень по-різному проявляються пластичні властивості артерій легеневиих зв'язок. Найбільш потенціальні резерви проявляють ці артерії через 3 – 6 місяців, а через рік вони стабілізуються.

УДК 616.131: 616.75

**В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький**

## **ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З НЕЙРОФІБРОМАТОЗОМ**

*Інститут нейрохірургії ім. акад. А.П. Ромоданова АМН України,  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Нейрофіброматоз – моногенне спадкове захворювання, що успадковується по аутосомно-домінантному типу і характеризується мультисистемністю і поліорганністю ураження. Нейрофіброматоз відноситься до групи факоматозів і виявляється множинними нейроектодермальними пухлинами із різноманітною локалізацією. Нейрофіброматоз поділяється на периферичний та центральний або нейрофіброматоз 1 типу (НФ1) та нейрофіброматоз 2 типу (НФ2). Такий поділ ґрунтується на клінічних та генетичних ознаках. Найбільш розповсюдженими видимими ознаками НФ1 є шкірні нейрофіброми та патологічна пігментація шкіри у вигляді плям кави з молоком. Причиною розвитку периферичного нейрофіброматозу є наявність мутацій гену НФ1, що знаходиться в 17 хромосомі, і який в нормі є супресором пухлини. НФ2 характеризується наявністю, в першу чергу, двобічних невриномах слухових нервів, а також невриномах інших черепних та спінальних нервів. Причиною розвитку центрального нейро-



фіброматозу є наявність мутації гену НФ2, що знаходиться в 22 хромосомі, і також є супресором пухлини.

В Інституті нейрохірургії протягом останніх тридцяти років ми спостерігали 97 хворих, з яких – 59 з НФ1 та 38 з НФ2.

Серед оперованих хворих з НФ1 переважали пацієнти з підшкірними пухлинами (нейрофіброми дрібних гілок периферичних нервів) – 46 чоловік, з невриномами чи нейрофібромами периферичних та спінальних нервів – 37, з гліомами зорових нервів – 11, менінгеомами головного мозку – 2, з астроцитомами головного мозку – 2, ретробульбарною нейрофібромою – 1, краніоорбітальною пухлиною – 1 та краніостенозом – 1.

Головним показанням для оперативного втручання в таких хворих був больовий синдром (у 42 хворих), причому в 86% випадків грубовиражений. Наявність неврологічного дефіциту була мотивом для оперативного втручання у 17 хворих і загроза для життя – у 4 пацієнтів, а швидкий ріст пухлини з підозрою на її злоякісне переродження – у 11 пацієнтів. Косметичний дефект був причиною оперативного втручання у 16 пацієнтів. Хоча нерідко нейрофіброми, особливо на шкірі, видалялись з “профілактичною” метою. При такому спорадичному підході до виконання різноманітних оперативних втручань в 11 пацієнтів був спровокований прискорений ріст пухлин, як за кількістю, так і за розмірами. Особливо це чітко спотерігалось у хворих в підлітковому віці (із 11 випадків в 9). Характерною особливістю цієї категорії хворих є невідповідність між кількістю оперативних втручань і загальною кількістю хворих. Як видно з наведеної вище статистики, у 59 хворих з НФ1 – виконано 101 операцію. Наприклад, у хворої М, 35 років, що страждає периферичним нейрофіброматозом, протягом двадцяти років було проведено 21 оперативне втручання по видаленню нейрофібром та невриною, враховуючи операції на спінальних, периферичних та вісцеральних нервах у різних медичних установах країни. При такому розмаїтті локалізацій і місць проведення операцій (і це у одного хворого!), звичайно, не враховувався комплексний підхід до цієї проблеми, послідовність таких оперативних втручань, їх методика, а подекуди і навіть їхня доцільність. Як бачимо, тільки на прикладі одного хворого постає проблема комплексного, мультидисциплінарного підходу до проблеми нейрофіброматозу.

З 38 хворих з НФ2, що знаходились під спостереженням, у 28 випадках були двобічні невриноми слухових нервів, а у 10 – однібічні, причому у більшості із них, особливо у хворих з однібічними невриномами, спостерігались і інші внутрішньочерепні пухлини: менінгеоми та невриноми іншої локалізації. В цій групі хворих проведено всього 81 оперативне втручання. Як бачимо, вже відмічена невідповідність між кількістю оперативних втручань та кількістю хворих в групі з НФ2 ще більш виражена, де на одного хворого припадає більше двох операцій. Показами для оперативного втручання в таких хворих найчастіше були: наявність неврологічного дефіциту, вираженість загальноомозкових розладів, значно рідше – наявність загрози для життя, включно із стовбуровими розладами, і рідко – запобігання глухоті та попередження

життєвоважливих розладів. Разом з тим, в 10 хворих з двобічними невриномами слухових нервів, оперованих з однієї сторони, глухота на неопероване вухо не розвивалась, що є свідченням “м’якого” розвитку пухлин у цих хворих. Таким чином, рішення про проведення оперативного втручання до глухоти чи після її розвитку важке і неоднозначне. Вирішення цієї дилеми полягає в регулярному (не рідше одного разу в рік) проведенні магнітно-резонансної томографії таким пацієнтам із точними замірами пухлин, дослідженням слухових викликаних потенціалів та відповідним детальним аналізом клінічних проявів захворювання.

Отже, сама наявність пухлин (периферичних, спінальних, черепних, вісцеральних) будь-якої локалізації у хворих з нейрофіброматозом, особливо в підлітковому віці, не є показом до оперативного втручання. Найбільш виправданими показами до оперативного втручання в таких хворих є (за порядком значимості): больовий синдром, функціональний дефіцит, підозра на озлоякіснення пухлини та косметичний дефект. При відсутності зазначених показів, необхідно спостерігати за хворим у динаміці з періодичними клінічними оглядами та візуалізацією патологічних змін.

УДК: 616.424 – 089.48 – 06:616.248

**І.В. Ярема, М.В. Вацик**

## **ДРЕНУВАННЯ ГРУДНОЇ ЛІМФАТИЧНОЇ ПРОТОКИ, ЯК МЕТОД ІМУНОРЕАНІМАЦІЇ У ХВОРИХ ЗАСТМАТИЧНИМ СТАТУСОМ**

*Московський державний медико-стоматологічний університет  
Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

З кожним роком зростає захворюваність на бронхіальну астму (БА) [1-6]. Низька ефективність традиційної інтенсивної терапії астматичного статусу (АС), висока летальність, резистентність до застосовуваних лікарських засобів зумовлюють пошук і розробку нових, альтернативних методів лікування АС. Анатомічний і функціональний взаємозв’язок лімфатичної і імунної систем став теоретичним обґрунтуванням можливості використання хірургічних лімфологічних методів імунореанімації (ІР) у хворих БА, ускладнену АС.

Метою роботи стало покращення результатів лікування хворих з астматичним статусом, шляхом застосування ІР в комплексі інтенсивної терапії.

Матеріали і методи. Дослідження проведено у 98 хворих на БА, ускладнену АС, віком від 15 до 68 років, з них – 29 чоловіків і 69 жінок. Обстежуваних нами хворих розподілено на 2 групи: основну (32 хворих) і групу порівняння (66 хворих). Основна група розділена, по застосованих методах ІР, на 2 підгрупи: І – 24 хворих, яким застосували центральний супресивний метод ІР – зовнішнє дренивання грудної лімфатичної протоки (ГЛП) з ексфузією центральної лімфи,

II – 8 хворих, котрим застосовували центральний комбінований метод – для досягнення імуносупресії проводили зовнішнє дренажування ГЛП, з наступною ендолімфатичною імуностимуляцією тактивіном. В роботі використано комплекс анамнестичних, клінічних, алергологічних, імунологічних, інструментальних і функціональних методів дослідження. Імунологічними методами досліджували: загальну кількість лімфоцитів периферичної крові і центральної лімфи, Т-лімфоцити і В-лімфоцити (загальну кількість клітин в популяції, % вміст в загальній масі клітин), Т- активні, Tm, Tg, імунорегуляторний індекс – за допомогою колекції моноклональних антитіл (ЛТ-8, ІКО-11, 12, 15, 20, 36, 44, ГМ-1); сироваткові імуноглобуліни класів G, A, M, методом радіальної імунодифузії (Mancini et all, 1965); сироватковий імуноглобулін класу E імуноферментним методом; рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦК) – 3% ПЕГ-тест; вміст аутоантитіл до колагену, еластину, нативної і денатурованої ДНК, тканинних (органних) антигенів – імуноферментний метод (ELISA-test) на мультискані Titertec (Фінляндія). Про ступінь інтоксикації і тяжкість імунних зрушень судили по сперматозоїдному індексу токсичності (СІТ). Функція зовнішнього дихання досліджувалась методом комп'ютерної пневмотахометрії (на апараті «Spirosheft»).

Результати дослідження і їх обговорення. Всім хворим основної групи дренажування ГЛП виконували на фоні неефективності консервативної інтенсивної терапії і ШВЛ, яка проводилась апаратом “Puritan Bennett 720”. Виявлено зміни лімфодинаміки: підвищення тиску лімфи в ГЛП від 200 мм водст. до 500 мм водст. і зростання швидкості виділення лімфи назовні від 2 мл/хв до 5 мл/хв. Нормалізація тиску в протоці (до 100 мм водст.) і швидкості виділення лімфи (до 1 мл/хв) відбувалась у всіх хворих тільки після виділення 500 – 1000 мл лімфи, що містить  $2 \cdot 10^9$  –  $4 \cdot 10^9$  лімфоцитів. Виявлені зміни в лейкоцитарній формулі лімфи: підвищення абсолютної (до  $(8,1 \pm 2,3) \cdot 10^9$ /л) кількості і відносного (до 94%) вмісту лімфоцитів. Відмічено підвищення загальної кількості білків сироватки центральної лімфи до  $(52,2 \pm 4,6)$  г/л і співвідношення білкових фракцій, а саме альбуміново-глобуліновий коефіцієнт склав 1:1,26. Ці зміни відбувалися, в основному, за рахунок підвищення вмісту  $\gamma$ -глобулінів до  $(22,6 \pm 2,6)$  %.

Дренажування ГЛП застосовували у хворих у вкрай тяжкому стані (в 2-3 стадії АС) з імунними розладами тяжкого і вкрай тяжкого ступеня в стадії декомпенсації (СІТ – 20-30 %). Метод дозволив купірувати АС протягом 3-6 год, нормалізувати гемо- і лімфодинаміку, відновити притомність і функцію зовнішнього дихання. У хворих II підгрупи (СІТ нижче 20 %) для купірування АС довелося вивести не менше 4 млрд. лімфоцитів, що викликало зниження вмісту лімфоцитів в периферичній крові менше 16 % при кількості лейкоцитів менше  $3 \cdot 10^9$  Чл<sup>-1</sup>. Тому цим хворим проводили імуностимуляцію ендолімфатичним введенням тактивіну в дозі 1,2 – 1,6 мкг/кг на 1, 2 і 5-7 добу. Завдяки цьому, вже на 3 день кількість лімфоцитів була на рівні нижньої межі норми і нормалізувались майже всі порушені показники. Хворі цієї підгрупи були виведені з стану АС через 6-10 год.

В основній групі летальних випадків не було, тоді як в групі порівняння летальність склала -3%; у хворих, котрим застосовували ІР в комплексі інтенсивної терапії, скоротились терміни перебування в стаціонарі з 10-12 до 7-8 діб, період ремісії збільшився з 6-12 місяців до 1,5 - 2 років.

Висновки. Дренування ГЛП з ексфузією центральної лімфи є патогенетично-обгрунтованими, ефективними альтернативними методами ІР, доцільними для застосування в комплексі інтенсивної терапії АС. Їх використання дозволяє знизити летальність і скоротити терміни лікування у відділеннях інтенсивної терапії, збільшити тривалість періоду ремісії.

Література.

1. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия // Пульмонология. Приложение. - 1996. - 165 с.
2. Бронхиальная астма/ Под ред. Акад. РАМН А.Г.Чучалина В 2-х т. - М.: Агар,1997.
3. Щелкунов В.С. Астматический статус, его диагностика и интенсивная терапия// бронхиальная астма /Под ред. Г.Б.Федосеева. - С.-Петербург: Медицинское информационное агенство,1996. - с. 426 - 438.
4. Огородова Л.М., Петровский Ф.И., Петровская Ю.А., Кобякова О.С. Сложная астма// Пульмонология.-2001.-№1.-с.94 - 100.
5. Kifficult asthma/ Ed. S. Holgate. London: Kunitz Martin LTK; 1999.
6. Kifficult/ therapy-resistant asthma. ERS Task Forse on Kifficult/ therapy-resistant asthma. Eur. Respir. J. 1999; 13: 1198.

УДК: 616.33-002.444616.366-.003.7-089.169.1-06

**Ю.Л. Куницкий, В.Н. Буценко, Л.И. Василенко,  
И.Ю. Филиппенко**

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького*

В литературе описаны осложнения, развивающиеся в ходе хирургического лечения больных язвенной болезнью при ее сочетании с желчекаменной болезнью (ЖКБ), панкреатитом (острый деструктивный холецистит, панкреонекроз (1, 2, 3). Что же касается осложнений со стороны язвенной болезни, когда в качестве основного диагноза выступает патология желчевыводящей системы, то этому вопросу в литературе не уделено должного внимания.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 50 больных с сочетанной патологией органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Все больные оперированы с основным диагнозом ЖКБ и ее осложнения. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) выступали в роли сопутствующего заболевания. 10 больных в прошлом перенесли резекцию желудка в связи с

различными осложнениями язвенной болезни ДПК. Возраст больных колебался от 27 до 82 лет. Старше 60 лет был 21 (42%) больной. В качестве основного диагноза ЖКБ и ее осложнения были у 49 (у 1-го в сочетании с дивертикулом ДПК), рак головки поджелудочной железы, осложненный механической желтухой у 1-го больного. В плановом порядке оперированы 31, в экстренном 19 больных. Хронический калькулезный холецистит имел место у 21, острый у 15 больных (в т.ч. деструктивный у 10-ти). Местный перитонит выявлен у 7 больных. 14 больных оперированы в связи с механической желтухой, причиной которой были: холедохолитиаз у 12, дивертикул ДПК у 1, рак головки поджелудочной железы у 1 больного. В 11 случаях холедохолитиаз и дивертикул ДПК сочетались с хроническим (5), катаральным (1), деструктивным (5) калькулезным холециститом (2 больных в прошлом перенесли холецистэктомию). У 11 больных этой группы имел место холангит.

Больных с острым калькулезным холециститом при отсутствии перитонита оперировали в течение первых 2 суток от момента госпитализации после уточнения диагноза, с использованием ультразвуковой диагностики, осмотра смежных специалистов, выявления и коррекции сопутствующих заболеваний. При наличии перитонита, холангита больных оперировали после кратковременной предоперационной подготовки. В качестве оперативного пособия всем больным выполнена холецистэктомия доступом по Кохеру под эндотрахеальным наркозом. 14 больным с механической желтухой выполнена холецистэктомия в сочетании с холедохолитотомией, холедохостомией (по Холстеду-Пиковскому, Вишневному), холедоходуоденостомией, гепатикоеноностомией с межкишечным анастомозом по Брауну в различной их комбинации.

Язвенная болезнь ДПК как сопутствующее заболевание имела место у 34 больных (у 2 в сочетании со "вторичной" язвой желудка). У 11 больных язвенная болезнь была в активной фазе, у 23 в стадии ремиссии. Язвенную болезнь желудка наблюдали у 5 больных (у 2 в активной фазе). Осложнения в ближайшем послеоперационном периоде (в сроки от 1 до 8, в ср. 3,5 суток) развились у 9(18%) больных, проявились острым желудочно-кишечным кровотечением (ЖКК) язвенной этиологии (у 8 в виде мелены, у 1 кровавой рвоты). Из 9 больных с развившимся кровотечением фиброгастроуденоскопия (ФГДС) в предоперационном периоде выполнена у 5 больных (у 2 установлена активная фаза язвенного процесса.). У 2 больных язва желудка впервые проявилась в послеоперационном периоде острым ЖКК. 2 больным эндоскопическое исследование не проводилось в связи с длительным периодом ремиссии в течении язвенной болезни. Диагноз острого ЖКК язвенной этиологии подтвержден ургентной ФГДС. Кровотечение во всех анализируемых случаях остановлено консервативным путем с использованием комплексной гемостатической и заместительной терапии, включая эндоскопические методы гемостаза.

Таким образом, у ряда больных, оперированных по поводу ЖКБ при ее сочетании с язвенной болезнью в ближайшем послеоперационном периоде развиваются осложнения со стороны сопутствующего заболевания, которые

проявляються ЖКК. Выделены предрасполагающие факторы и факторы непосредственно обуславливающие возникновение осложнений подобного рода.

I. Предрасполагающие факторы: 1. Возраст больных от 50 до 69 лет (50-59-2, 60-69-7 больных); 2. Наличие осложнений ЖКБ, сопровождающихся интоксикацией: механическая желтуха (билирубинемия с колебанием уровня от 50,8 (прямой-40,0) до 451,0 (прямой-240,0), (ср.195, прямой-170,32), острый воспалительный процесс в желчном пузыре: из 9 острый у 4 больных (у 3 деструктивный), холангит (у 11 больных); 3. Интоксикация, связанная со злокачественной опухолью; 4. Язва желудочной локализации (у 4 из 9 больных); 5. Активная фаза язвенного процесса при отсутствии противоязвенной терапии (у 6 из 9 больных).

II. Факторы, непосредственно обуславливающие возникновение осложнений: сочетание острого (деструктивного) воспалительного процесса в желчном пузыре, билирубинемии, холангита, активной фазы язвенного процесса, отсутствие противоязвенной терапии.

#### Литература

I. Земсков В.С., Гройсман С.Д., Злой Б.В. и др. Хирургическое лечение хронического панкреатита, сочетающегося с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки //Клин. хирургия.-1990.-№11.-С.7-9.

2. Поташов Л.В., Седов В.М., Фигурина Т.Д. Сочетанные оперативные вмешательства и их роль в современной хирургии //Вестн. хирургии им. И.И.Грекова.-1987.-№3.-С.131-134.

3. Успенский Л.В., Кургузов О.П., Кузин Н.М. Сочетанные операции при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки//Хирургия.-1990.-№2.-С.60-66.

УДК : 616.24-089+615.846

**І.В. Микуляк, М.Й. Халак**

## **ГІСТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ЛЕГЕНІ ПРИ ЇЇ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ З ДОПОМОГОЮ НАДВИСОКОЧАСТОТНОГО (НВЧ) ВИПРОМІНЮВАННЯ**

*1120 центральний військовий клінічний госпіталь, м.Львів*

При резекції легені проводилось вивчення гістоморфологічних змін в легеневій тканині при застосуванні НВЧ випромінювання для досягнення надійного гемо- і аеростазу.

Досліди виконані на 82 безпородних собаках масою 18±3 кг. Застосовували дослідні апарати НВЧ з довжиною хвилі 8 мм потужністю 1 Вт і 10 Вт, які працюють від мережі перемінного струму. Оперували в умовах тіопенталового наркозу, нейролептаналгезії і штучної вентиляції легень. Виконувалась правобічна торакотомія. Після крайової резекції верхньої частки легені рану обробляли НВЧ випромінюванням, доторкаючись апаратним випромінювачем під кутом 90 градусів до поверхні органу.

В першій серії дослідів застосовували НВЧ випромінювання потужністю 1 Вт. У 7 собак опромінення тривало 1 хв., в інших 12 тварин – 2 хв., і в наступних 14 – 3 хв. При експозиції в 2 і 3 хв. досягли повної герметизації рани легені, а при експозиції в 1 хв. надійного гемо- і аеростазу не отримано.

В другій серії дослідів ( 39 тварин ) застосовували НВЧ випромінювання потужністю 10 Вт при експозиції 20 і 30 сек. При цьому досягався повний герметизм легеневої рани.

В подальших дослідженнях вивчали гістоморфологічні наслідки дії НВЧ випромінювання на легеневу тканину. Матеріали для досліджень брали відразу після дії і на 1, 4, 7, 14 і 30 добу після операції шляхом реторакотомії. Препарати фарбували гематоксиліном і еозином.

Після застосування НВЧ випромінювання потужністю 1 Вт протягом 1 хвилини мікроскопічно в зонах опромінення після операції виявлялися коагуляційні плівки товщиною 2-3 мкм. В прилеглій легеневій тканині – явища повнокрів'я, гострої емфіземи, стазу еритроцитів. Аналогічні зміни мали місце після першої доби. При збільшенні часу експозиції до 2-3 хв. товщина плівки коливалась від 5 до 12 мкм. В терміни від 4 до 7 дб коагуляційна плівка зберігалася, але в прилеглій легеневій тканині були явища реактивного запалення з наявністю лейкоцитарного валу. На 7 добу з'явилися ознаки формування сполучної тканини: фібробласти, сполучнотканинні волокна, судини. На 14 добу визначалась молода сполучна тканина, яка на 30 добу мала зрілий характер.

При дослідженні матеріалу після опромінення потужністю 10 Вт протягом 20-30 сек. практично відразу після операції, а також на 3 і 4 добу виявлялися коагуляційні плівки товщиною від 5 до 13 мкм, але в переважній більшості – 10 мкм. В тканині легень спостерігали явища повнокрів'я, а також реактивного запалення, переважно починаючи з 3-4 доби. На 4 добу після опромінення на фоні запалення відмічали ознаки формування грануляцій у вигляді нових дрібних судин, місцями сполучної тканини з наявністю гістіоцитів, фібробластів. На 14 добу після опромінення мікроскопічно виявлялися всі ознаки зрілої грануляційної тканини з явищами запалення. Після 30 доби в зоні оперативного втручання спостерігали сформовану сполучну тканину без ознак гострого запалення.

Узагальнюючи отримані експериментальні матеріали, можна зробити висновок, що товщина утворення коагуляційної плівки після опромінення легеневої тканини залежить від потужності випромінювання і часу експозиції. Практично, починаючи з 7 доби після операції, при використанні потужності НВЧ 1 Вт, і з 4 доби при використанні потужності НВЧ 10 Вт спостерігається утворення грануляційної тканини, яка з 14 доби поступово перероджується в сполучну тканину, що яскраво проявляється на 30 добу.

**А.А. Воробьев, А.Г.Бебуришвили, И.В.Михин, В.И.Ишанкулов**

## **НОВЫЕ СЕРОЗНЫЕ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, ВЫПОЛНЕННЫХ ЛАПАРОТОМНЫМ ДОСТУПОМ**

*Волгоградская медицинская академия*

В силу своего анатомического расположения после холецистэктомии, выполненной лапаротомным доступом, в спаечном процессе участвуют образования брюшины верхнего этажа брюшной полости – печеночная, преджелудочная и сальниковые сумки. Данные образования изучены по методике, разработанной на кафедре оперативной хирургии и топографической анатомии Волгоградской медицинской академии во время повторных операций и аутопсии у 71 человека.

Печеночная сумка всего в одном случае (1,4%) была полностью облитерирована плоскостными сращениями. Гораздо чаще (25,3%) она оказывалась фрагментированной на несколько ограниченных полостей. При этом полностью или частично замкнутым оставалось правое внутрибрюшинное поддиафрагмальное пространство – задневерхняя часть печеночной сумки, ограниченное сверху диафрагмой, сзади венечной связкой печени, снизу правой долей печени, слева серповидной связкой, справа и спереди плоскостными сращениями печени и диафрагмы. Спереди имеются более постоянные сращения печени с брюшиной переднебоковой стенки живота (50,7%), в том числе в области паракостанального лапаротомного доступа (40,8%). В доступной литературе не найдено описания подобных полостей, поэтому образовавшееся в результате спаечного процесса межбрюшинное пространство мы назвали *spatium hepaticum postoperative superior*.

Передне-верхняя часть печеночной сумки в 19,7% случаев была полностью облитерирована за счет сращений 4,5 и 6 сегментов печени, поперечной ободочной кишки и большого сальника с брюшной стенкой. Данное пространство мы назвали *spatium hepaticum postoperative superior*. Оно ограничено вверху краем правой доли печени и ее висцеро-париетальными спайками, сзади передней стенкой желудка, желудочно-ободочной связкой, поперечной ободочной кишкой и передне-боковой стенкой живота. В большинстве случаев эта часть печеночной сумки была зарощена не полностью и сообщалась с правым боковым каналом внизу и собственно подпеченочным пространством сзади.

У трети обследованных подпеченочное пространство было разделено на две части (правую и левую) сращениями поперечной ободочной кишки и ее брыжейки с нижней поверхностью печени, чаще в области ложа желчного пузыря или сальниковыми спайками в этой же области. Эти образования мы назвали *spatium hepaticum postoperative inferior dextra et sinistra*. В 19,4% случаев подпеченочное пространство полностью заполнено конгломератом



сращений, состоящим из сальника, поперечной ободочной кишки и ее брыжейки, луковицы двенадцатиперстной кишки, малой кривизны и привратника желудка.

К сальниковому отверстию в 50% случаев доступ был закрыт сращениями подпеченочного пространства. Винслово отверстие в 25% наблюдений было полностью или частично облитерировано. Полость сальниковой сумки в 29,6% случаев была частично или полностью облитерирована за счет сращений передней и задней стенок. В 18,3% случаев в сальниковой сумке отмечались множественные тяжевые и паутинные спайки, связывающие между собой заднюю стенку желудка и париетальную брюшину.

У всех больных с верхнесрединным лапаротомным рубцом была выявлена частичная облитерация преджелудочной сумки за счет спаек передней стенки желудка, петель тощей кишки и левой доли печени с брюшиной зоны послеоперационного рубца. У больных, оперированных паракопальным доступом, выявлены сращения подпеченочного пространства.

Знание новых межбрюшинных пространств после холецистэктомии, выполненной из лапаротомного доступа, необходимо во время проведения повторных лапаротомных и лапароскопических вмешательств, при ревизии правого подреберья, а также при дренировании брюшной полости.

УДК 617:614.253

**М.П. Павловський**

## **ПРОБЛЕМИ ДЕОНТОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ ПЕРЕХІДНОГО ПЕРІОДУ**

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Хірургія України розвивається у напрямі малоінвазивних втручань. Рамки класичної хірургії звужуються. Через фінансові труднощі обладнання лікарень для лапароскопічних і ендоскопічних операцій – малодоступне. Молоді хірурги нерідко не знаходять роботи, йдуть у бізнес або роками чекають, коли старші колеги відійдуть... Вичікування породжує, іноді, неетичні вчинки. А навчальні заклади продовжують готувати таку ж кількість лікарів, як і 10 років тому...

Інший аспект деонтології – взаємовідношення лікаря і пацієнта: захоплюємося візуалізацією патології, додатковими дослідженнями, щораз менше уваги приділяємо безпосередньому контактowi з пацієнтом. Пройде небагато часу і оперувати будуть не люди а руботи. Доцільно зберігати поміркованість: не змагаймося зі значно багатшими від нас країнами. Натомість, український хірург є кращим від середнього хірурга Заходу.

Хірурги України! Залишаймося й надалі лікарями, які вміють працювати в умовах нестатків!

Підстави лікарської етики викладені ще у стародавній індійській медицині, а в древній Греції найяскравіше представлені у клятві Гіпократата. Етика прогресу

сивних медиків завжди була спрямована проти лікарів-користолобців. З ними боролися передові мислителі епохи Відродження. У наш час втрачають священний ореол види діяльності, які вважалися почесними. Відношення між лікарем і пацієнтом стають „ринковими”, а між лікарями набули вираженого конкурентного характеру. Все це вже є у нас, в Україні. Вільний вибір лікаря стає фікцією для більшості збіднілих людей.

Патерналістичне ставлення лікаря до пацієнта змінилося: тепер пацієнт бере участь у прийнятті рішення, яке стосується його лікування. Саме такої хірургії бажають собі хворі у третьому тисячоріччі.

Відношення між лікарями і медсестрами були і є партнерськими. Операційна медсестра і хірург були недавно головними особами операційного „дійства”. Тепер у їх склад входять лікар-анестезіолог і анестезист з огляду на розвиток і завдання сучасної анестезіології.

Кримінальна відповідальність лікаря тепер розширена. Операція і втручання, пов’язані з ризиком, вимагають письмової згоди пацієнта. Слід зберігати лікарську таємницю, змінилося правове регулювання відповідальності за її розголошення. Не сходить зі сторінок преси проблема лікування важко хворих. Небезпечно відмовляти у лікуванні старшим хворим. Засадою поведінки лікаря є доктрина Гіппократа: „*primum non nocere!*”

Окрему проблему „біоетики” становлять невиліковно хворі. На Заході таким пацієнтам ще при повній психічній дієздатності, пропонують приготувати документ-згоду з рішенням лікарів про дії у час, коли пацієнт уже не зможе на них впливати.

Щодо „рандомізованих” досліджень: у контрольних групах хворих, яким призначають placebo або виконують „імітуючі операції”, хворі наражені на неповноцінне лікування, на певний ризик.

Про етику генетичних досліджень. На генетичне консультування свідому згоду повинна дати компетентна повнолітня і психічно здорова особа.

У червні 1999 р. Європейська Унія прийняла „Декларацію про заборону клонування людей”.

Про еутаназію. Щораз частіше трапляються публікації з проблем кінця життя (end of life), еутаназії. У червні 1999р. Рада Європи заборонила еутаназію натомість, підтримала право пацієнта відмовитися від лікування, заохочує країни Європи до створення госпісів. Водночас, в Європі шириться рух за узаконення еутаназії: вона юридично дозволена в Голандії, Бельгії. Седация у термінальному стані хворого іноді рівнозначна т.зв. повільній еутаназії (slow euthanasia), яка морально може бути виправданою. Найвищий суд США підтвердив доцільність „термінальної седации”.

А що робити нам, в Україні? Адже проблему у нас практично не обговорюють, не дискутують, не вивчають, ба, навіть не ставлять, але ж вона існує!

Без експериментів на тваринах нам не обійтися, проте вони мусять відповідати вимогам гуманізму і прийнятій міжнародній конвенції. Кількість тварин в експерименті слід звести до мінімуму, а кількість аналізів у них – до максимуму.

Про трансплантацію. Пересадки в Європі є добре організовані. Донорство трансплантатів трактується як акт людяності й акцептовано етично. Пересадка органів від трупів надалі відіграє важливу роль. Однак, просити рідних, заглиблених у жалобі, дозволити вилучити органи померлого для пересадки і сподіватися на їх згоду – марно. Проблеми трансплантології в Україні загострилися після прийняття Верховною Радою невдалого закону, який фактично паралізував пересадку органів: потрібно терміново внести зміни до цього Закону, інакше втрачатимуть шанс на життя тисячі хворих, відставатиме наука

Про медицину катастроф, яка є передовсім організаційною проблемою: вона має бути мобільною, трьохрівневою – район, область, центр. Кожний хірург має пройти відповідний вишкіл, повинен бути готовий працювати у складних умовах.

Рамки медичної деонтології розширюються. Об'єктом діяльності лікаря стають здорові люди. Лікар повинен бути ініціатором заходів, спрямованих на оздоровлення середовища, профілактику захворювань, покращання демографії, збереження і зміцнення здоров'я населення. Важливо не забувати про відповідальність лікаря перед суспільством.

Медична етика, деонтологія майбутніх лікарів формується у медичних коледжах, академіях, університетах. Клятва лікаря зобов'язує дотримуватися етичних засад протягом усього життя і діяльності. Допомогає лікарю головний суддя, власний „тиран” – сумління, совість і почуття відповідальності!

УДК: 616 – 052.52 – 08 – 089.843

**А.С. Лаврик, А.Н. Бурый, А.С. Тывончук, А.П. Стеценко**

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ МЕТОДОМ ИМПЛАНТАЦИИ БАЛЛОНА В ЖЕЛУДОК**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины*

Лечение ожирения при помощи интрагастральных баллонов практикуется уже почти 20 лет. Оптимальным для этих целей является силиконовый баллон (BioEnterics IntraGastric Ballon, BIB). Он имеет сферическую форму, гладкую поверхность, рентгеноконтрастен, заполняется жидкостью объемом 400–700 мл. Плотность стенок сочетается с достаточной эластичностью, что предохраняет от разрывов и проколов и вместе с тем, позволяет варьировать размерами и формой баллона.

Целью настоящего исследования явилось изучение возможностей метода имплантации BIB у больных с морбидным ожирением на этапе подготовки к последующему хирургическому лечению и как самостоятельного способа лечения. Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с морбидным ожирением, из них 3 мужчин и 8 женщин, средний возраст 32 года (от 27 до 45),

средний вес тела 169 кг (от 95 до 220), средний индекс массы тела (ИМТ) 52 кг/м<sup>2</sup> (от 35 до 70). Каждому из них, под местной анестезией (орошение зева 10 % лидокаином), имплантировали ВІВ на срок 6-7 месяцев. Баллоны заполняли 0,9 % раствором NaCl в количестве 650 мл, подкрашенным метиленовым синим. Расположение ВІВ в желудке контролировали эндоскопически. Назначению этого вида лечения всегда предшествовало углубленное исследование желудка (гастрофиброскопия с биопсией). Противопоказанием являлась патология желудка – активный гастрит, эрозивно-язвенные изменения слизистой оболочки, полипы. Первое время после введения ВІВ (2-5 дней) обычно отмечались явления дискомфорта – тошнота, рвота, ощущение инородного тела, что требовало медикаментозной коррекции (спазмолитики, антисекреторные препараты), в последующем наступало привыкание и больные чувствовали себя удовлетворительно. Больным была рекомендована диета, общая калорийность которой составляла 800-1000 ккал в день.

У одной больной отмечалась непереносимость баллона, проявляющаяся тошнотой, рвотой. В этом случае баллон удалили на 12 сутки.

Извлечение ВІВ из желудка по истечении 6-10 месяцев осуществлялась эндоскопически под местной анестезией на фоне спазмолитиков. Процедура заключалась в визуализации баллона, перфорации его стенки, аспирации содержимого и извлечения ВІВ наружу. Для этих целей использовались разработанные нами иглы и петли. Продолжительность процедуры составляла в среднем 9, 7 мин. (от 7 до 15 мин.).

Потеря веса за период от 6 до 10 месяцев колебалась от 4 до 38 кг. У одного пациента, который не придерживался рекомендаций, не соблюдал диету, вел беспорядочный образ жизни, эффекта снижения веса не было. Случаи разрыва баллона не отмечались. Уменьшение веса коррелировало с изменением клинической картины – улучшалось самочувствие, стабилизировались показатели гемодинамики. Больные отмечали чувство быстрого наполнения желудка в начале еды, что заставляло их воздерживаться от дальнейшего приема пищи. После снижения массы тела у части больных отмечалась ее стабилизация без дальнейшего изменения как в сторону увеличения так и в сторону понижения. У одной пациентки после некоторого понижения массы тела (4 кг) отмечалось последующее повышение на 7 кг.

Таким образом, проведенные нами исследования показали перспективность применения метода имплантации баллона в желудок для лечения больных с морбидным ожирением, особенно как этап подготовки к последующему хирургическому лечению, поскольку уменьшает риск проведения последнего. ВІВ удовлетворительно переносится больными, требует медикаментозной коррекции лишь в первые дни после имплантации. Заполнение баллоном значительной части желудка создает эффект искусственного безоара, вызывает чувство быстрого наполнения желудка при приеме незначительного объема пищи, что заставляет пациентов ограничиваться в еде. Кроме того, нельзя не учитывать и чисто психологический фактор – осознание пациентами факта

наличчя баллона в желудке побуждає строжче відноситися к дієте. Следует подчеркнуть важность соблюдения больными комплаентности, без чего метод мало ефективен и не дає ожидаемого результата.

Імплантація ВІВ – малоінвазивний метод лічення ожирення, который может применяться самостоятельно если ИМТ < 37 кг/м<sup>2</sup>, или как этап предоперационной подготовки у больных сверхожирением.

УДК: 616.33 – 056.52 – 089.819

**А.С. Лаврик, О.С. Тивончук, О.П. Стеценко, О.Ф. Бубало**

## **БАНДАЖУВАННЯ ШЛУНКА ПРИ МОРБІДНОМУ ОЖИРІННІ ЧЕРЕЗ МІНІЛАПАРОТОМНИЙ РОЗРІЗ**

*Інститут хірургії і трансплантології АМН України, Київ*

Сучасний етап розвитку абдомінальної хірургії характеризується широким впровадженням малоінвазивних методик, завдяки яким досягається покращення безпосередніх і віддалених результатів оперативного лікування. Бандажування шлунка (БШ) – найрозповсюдженіша шлунково-обмежувальна операція при морбідному ожирінні (МО), яка зарекомендувала себе, як ефективна, безпечна, найбільш фізіологічна і, при необхідності, оборотна бариатрична процедура. В залежності від типу манжетки, яку імплантують, розділяють кероване (КБШ) і некероване (НБШ) бандажування шлунка.

Матеріали й методи. В відділенні хірургії шлунково-кишкового тракту й стравоходу інституту хірургії і трансплантології, з грудня 2000 року по лютий 2002 року 12 хворим з МО виконано БШ із мінілапаротомного розрізу. У 3 пацієнток імплантовано керовану манжету Lap-Band BioEnterics і у решти 9 хворих – формувалась некерована манжета із судинного дакронового протеза. Всі пацієнтки були жінками, середній вік склав  $34,8 \pm 5,2$  роки, індекс маси тіла коливався з 37 до 52 кг/м<sup>2</sup>.

Техніка. Доступ – верхньо-серединний розріз (8-10 см.), який дозволяє введення однієї руки хірурга в черевну порожнину. Модифікованими ретракторами Сігала відводяться реберні дуги вверх і латерально, плече-головний кінець хворого піднімається до напівсидячого положення. Після калібрування верхнього резервуара до 25 мл. формується позаду шлунка супрабурсальний тунель і за допомогою держалки заводиться власне манжетка (Lap-Band BioEnterics) при КБШ. У випадку НБШ – це судиний протез, з якого формується манжетка після фіксації на зонді окремими П-подібними швами. Калібровочний зонд замінюється на тонкий назогастральний. Сформована манжетка обов'язково перитонізується 3-4 окремими швами. Перед зашиванням рани, в місця розміщення ретракторів Сігала вводили по 40 мл 0,25% розчину лідокаїну.

Результати дослідження і їх обговорення. Застосовуючи дану техніку, ми не спостерігали ніяких додаткових інтраопераційних ускладнень. Час операції в середньому склав 1 год. 40 хв. Всі пацієнтки крім одної не отримували після операції наркотиків. Крім хорошого косметичного ефекту, втрата ваги у таких хворих в післяопераційному періоді була ж такою, як після БШ за загально прийнятою методикою. Перебування в стаціонарі склало 4-6 дб.

Висновки. Наш початковий досвід цієї операції свідчить про схвальні результати з різних аспектів, таких як: інтраопераційні і післяопераційні ускладнення, післяопераційний дискомфорт, час операції, післяопераційний ліжко-день, втрата ваги. Впровадження в практику БШ з мінілапаротомного розрізу є технічно не складним і може бути рекомендоване для підготовлених хірургів з певним досвідом операцій на шлунку.

УДК: 616 – 052.52 – 08 – 089.843

**Калиева Кунсулу, Тайманова Роза, Дадабаева Баян,  
Мурзагалиев Мурадым**

## **УРОВЕНЬ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ КАК КРИТЕРИЙ СТЕПЕНИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА**

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. Марата Оспанова,  
г. Актобе, Республика Казахстан*

Для оценки степени эндогенной интоксикации исследуют среднемолекулярные пептиды (СМП) с молекулярной массой 300-5000 дальтон. Предполагают, что накопление СМП в тканях и жидкостях организма может привести к нарушению процессов тканевого дыхания и окислительного фосфорилирования. Это, в свою очередь, ведет к избыточной активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), снижению активности антиоксидантной защиты, накоплению в организме продуктов деградации белков, альдегидов, аммиака и т.д. Данных об изменении уровня СМП при окислительном стрессе, вызываемой острой гипоксией при пульмонэктомии в литературе не обнаружено. Исходя из изложенного, нами была поставлена цель, изучить уровень СМП на фоне окислительного стресса при острой гипоксии.

Экспериментальные животные были разделены на 2 группы. Первая группа – контроль. Животным второй группы проводили левостороннюю пульмонэктомию. Концентрацию СМП определяли в сыворотке крови собак по традиционной скрининговой методике по двум фракциям: содержащим ароматические аминокислоты (СМП 1) и не содержащим ароматические аминокислоты (СМП 2). Срок эксперимента составил 30 дней.

На фоне окислительного стресса, вызванной пульмонэктомией, к в течение всего экспериментального периода уровень СМП 1 и СМП 2 постепенно

возрастали, а к концу експеримента на 30-е сутки они превышали контрольные показатели: СМП 1 на 71,2% и СМП 2 на 50%. Результаты експеримента показали, что при пульмонэктомии происходит повышение содержания эндогенных токсинов, уровень которых может служить дополнительным критерием степени окислительного стресса.

УДК 616.08:615.851

**В.В. Россіхін, В.В. Лапшин, О.В. Бухмін**

## **ПСИХОСОМАТИЧНА ОСНОВА ДІЙСНОХІРУРГІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРКИ**

*Харківська медична академія післядипломної освіти*

Хвороба оперованої нирки або дійснохірургічна (рубцева) хвороба – поняття, яке поєднує психологічний стан дорослої людини, що перенесла у дитинстві органозберігаючу операцію на сечовидільних шляхах. Клінічні прояви її такі: 1) локальний біль у зоні раніше проведеного оперативного втручання по всій поверхні ю, який пов'язаний з обструктивною уропатією; 2) зміни у сусідніх органах та системах, що обумовлюють локальний біль. Частіше це порушення в серцево-судинній системі, органах травлення, протилежній частині сечової або статевій системі в цілому; 3) психоневрологічна дестабілізація, яка починається з шкірних парестезій за ходом рубця, вторинного радикального болу через «синдром хворої дитини», що веде до реактивних психозів та депресивних станів. Така симптоматика через 15-20 років після реконструктивної операції приводить до інвалідизації людини. Пояснити це можливо таким чином: а) ембріональний розвиток проходить з відхиленнями і дитина народжується із запрограмованими внутрішніми проблемами; б) далі з'являється стандартно-запізнювальна ситуація: самозвернення батьків з яскраво вираженою клініко-морфологічною симптоматикою урологічного захворювання у дитини; в) потім традиційні фармацевтичні (у тому числі – анестезіологічні) агенти не переривають трансляцію інформації до «підкоркової пам'яті» про агресивність хірургічних реконструктивних втручань. З цього виходить, що на вроджені та невивчені проблеми з маніфестними клініко-морфологічними проявами обструктивного процесу у ряді випадків проводиться хірургічна агресія, результатом якої (паралельно та незалежно від рівня усуваючої уродинамічної перешкоди) стає знов створене, довічне джерело – «спогади про хворобу» – шкірно-м'язево-системний рубець, який має оборотний зв'язок з підкорковою пам'яттю про агресію. Таке психосоматичне підґрунтя дійснохірургічної хвороби. Теоретично дитячі урологічні втручання оптимальні – або невідкладні, або такі, що удаляють орган. В випадках органозберігаючих операцій потрібна загальна розсмоктуюча терапія (системна ензимотерпія, ферментативна терапія, гірудотерапія), місцева фізіотерапія та наступна психокорекція.

Під нашим наглядом перебувало 27 дітей (16 дівчаток, 11 хлопчиків) віком 6-17 років з психосоматичною патологією, пов'язаною з рубцевою хворобою. 11 хворим зроблено нефректомію або резекцію нирки; 7 – пластику мисково-сечовивідного сегменту за Хайнс-Андерсеном (5) або Каль-де-Вирду (2); 9 – уретероцистоцеаноаномоз. Сім пацієнтів вказували на біль у післяопераційному рубці через 2 роки після операції. У 6 мала місце піурія та біль у протилежній стороні попереку. У 13 виявлені гастроентерологічні або серцево-судинні явища. Крім того, всі хворі малі неврологічну симптоматику та анамнез безрезультатного лікування у профільних лікарів.

Усім хворим разом з симптоматичним лікуванням проведена загальна розсмоктуюча терапія (системна ензимотерапія, ферментативна терапія, гірудотерапія), місцева фізіотерапія та психокорекція, що позбавило 22 дитини від психосоматичних явищ. 5 хворим було запропоновано висікання рубця, але згоди на операцію не одержано.

УДК: 616-052.52-08-089.843

**О.В. Долгополов**

## **ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА**

*Інститут травматології та ортопедії АМН України, м. Київ*

Нами було проаналізовано 58 хворих із пошкодженнями РМП, які оперувались на базі клініки мікрохірургії та реконструктивної хірургії кисті ГТО АМН України. В залежності від етіопатогенеза нами було визначено 2 групи хворих яким проводили оперативне лікування. У першу групу ввійшли пацієнти з тотальним пошкодженням РМП. У пацієнтів першої групи спостерігали відсутність активної елевації плеча або її різке обмеження. При оперативному лікуванні ми використовували трансоссальну фіксацію сухожильного розтягнення РМП до великого горбка плечової кістки, в поєднанні з передньою декомпресивною акроміопластиком та резекцією *lig.coracoacromiale*.

До другої групи віднесли хворих із частковим пошкодженням ротаторів плеча, та наявністю ССК – 26(32,1%) пацієнтів. Для пацієнтів цієї групи базовою операцією була передня декомпресивна акроміопластика з резекцією *lig.coracoacromiale*.

Найбільш об'єктивним критерієм виконання реконструктивних операцій на структурах РМП ми вважали функціональні вади плече – лопаткового ритму: відсутність активної елевації верхньої кінцівки, наявність контрактури у плечовому суглобі. Наш досвід показує, що виконання резекції передньо-нижньої ділянки акроміона доцільно виконувати більшості пацієнтам, які оперуються з приводу пошкоджень РМП. Трансоссальний шов накладали в



положенні відведення плеча до кута  $90^{\circ}$ . Шов капсули виконували таким чином, щоб капсула плечового суглоба оплітала сухожилля, яке закріплене на великому горбку.

Отримані дані свідчать, що із 81 прооперованих пацієнтів у клінічних групах 38 (46,9%) мали відмінний результат, 24 (29,6%),- добрий, 4 (4,9%), – задовільний. 2 пацієнта мали незадовільний результат від оперативного лікування, що склало 3,8% із загальної кількості пацієнтів.

Основним компонентом оперативного лікування цієї патології є анатомічне відновлення цілості структур РМП, та забезпечення біомеханічних умов для голівки плечової кістки в суглобову поверхню лопатки.

УДК : 616.24-089+615.846

**А.М. Бабко**

## **РАННІВЕГЕТАТИВНО-ТРОФІЧНІ ПОРУШЕННЯ ХВОРИХ З СИНОВІТОМ КОЛІННОГО СУГЛОБА РЕВМАТОЇДНОГО ГЕНЕЗУ**

*Інститут травматології та ортопедії, м.Київ*

Вегетативно-трофічні порушення м'яких тканин нижніх кінцівок та тканин, що оточують колінний суглоб, мають провідне значення у розвитку та маніфестації симптомів ранніх стадій ревматоїдного артрити. Прицільно цей процес не вивчався, що і стало предметом наших досліджень. З цією метою проводилось вивчення зміни вегетативних реакцій при клінічному обстеженні пацієнтів та при обстеженні їх за допомогою тепловізійної термодіагностики.

Клінічне вивчення неврологічних симптомів проводили за класичною методикою. Вивчали зміни як в соматичному відділі нервової системи, так і зміни у вегетативній сфері. При вивченні соматичного відділу нервової системи звертали особливу увагу на показники чутливої сфери. В процесі дослідження уточнювали також трактування деяких рухливих порушень, крім того, діагностичне значення мало також вивчення глибокої чутливості. Вивчали дискримінаційну чутливість на шкірі нижніх кінцівок. Враховували наявність помилок у відповідях, сповільнені відповіді, відповіді після "підсобних" рухів в досліджуваних кінцівках; парадоксальні або демонстративно-негативні відповіді.

Особливу увагу звертали на стан вегетативної нервової системи. Крім критеріїв, наведених вище, вивчали також стан аферентної вегетативної іннервації шкіри, її судин і більш глибоких тканин.

Градацію деяких больових симптомів проводили по чотирибальній шкалі:

- 1 бал – біль незначний, навіть при сильній пальпації (перкусії)
- 2 бали – помірний біль при звичайній пальпації (перкусії)
- 3 бали – виражений біль при звичайній пальпації (перкусії)
- 4 бали – дуже різкий біль навіть при слабкій пальпації (перкусії)

Термографія, яка базується на вивченні теплового випромінювання тіла людини, дозволяє вже на ранніх стадіях розвитку захворювання констатувати зміну інфрачервоного випромінювання організму в зоні патологічного процесу.

Термодіагностичне обстеження пацієнтів проводилось нами за допомогою тепловізора "Радуга – ТВЦ – 01", який з'єднаний з обчислювальною машиною. Діагностику проводили за загальноприйнятою методикою.

Аналіз отриманих термозображень проводили за якісними та кількісними показниками.

Під нашим спостереженням знаходилися 42 пацієнти з першою та другою стадіями ревматоїдного артриту, що переважно локалізувався в колінних суглобах. Осіб чоловічої статі було 30, жіночої – 12. У всіх обстежених спостерігалися вегетативно-трофічні порушення як в зоні колінного суглобу, так і у більш віддалених сегментах.

Нами було виявлено, що за характером вегетативно-трофічних розладів перша стадія РА протікає у дві фази. Першу фазу I стадії РА ми пропонуємо назвати фазою локальних (місцевих) нейротрофічних змін РА. Другу фазу першої стадії РА ми пропонуємо назвати фазою регіонарних нейротрофічних змін. Першу фазу другої стадії РА ми пропонуємо назвати фазою сегментарних нейротрофічних порушень РА.

УДК 616.94-002.3-056.83:612.017:616-008.64

**В.Я. Купрата**

## **УКРАЇНСЬКІ ТА АМЕРИКАНСЬКІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ХІРУРГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ УНАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ**

*Одеська міська клінічна лікарня № 1, Україна*

По неофіційній оцінці Програми ООН з міжнародного контролю над наркотиками (ЮНДКП), щорічно наркотики вживають 3-4% світового населення (World Krug Report, 2000)

Матеріали та методи. За даними американських лікарів та вчених міжнародного союзу охорони здоров'я до найбільш вживаних наркотичних препаратів серед наркозалежних хворих відносяться такі, як кокаїн – 85%, летучі сполуки – 74%, бензодіазепіни – 69%, стимулятори типу амфетаміна – 63%, опіати – 56%, морфіни – 48%, героїн – 42%, барбітурати – 42%, опіум – 19%.

В Європі: опіати – 100%, героїн – 88%, морфіни – 59%, опіум – 44%, стимулятори типу амфетаміна – 93%, бензодіазепіни – 76%, летучі сполуки – 76%, кокаїн – 73%. В Азії: опіати – 100%, героїн – 81%, морфіни – 62%, опіум – 81%, стимулятори типу амфетаміна – 62%, бензодіазепіни – 62%, летучі сполуки – 62%, кокаїн – 32%, барбітурати – 43%. На жаль в Україні

немає статистичних даних наркологічних захворювань (у %) відносно Європи, Америки чи Азії. За даними дослідження ВООЗ найбільший рівень вживання алкоголю, наркотиків та найбільша кількість проблем пов'язаних з ними приходиться на європейський регіон. При цьому відмічається диспропорціональне зміщення центру тяжкості проблеми на область східних країн цього регіону (World Krug Report, 2000).

Ці наркотичні препарати дають різні серйозні ускладнення: психічні розлади (депресія – 60% хв., почуття тривоги – 25% хв., зміна настрою – 53% хв., загальні психічні хвороби – 73%хв.)

По даним епідеміологічної ситуації в Україні у вересні 2001 року офіційно зареєстровано 614 ВІЛ-інфікованих. Найбільш уражені наркоманією регіони України є: Донецький – 9 358 хв, Дніпропетровський – 7 884 хв; Одеський – 6 604 хв; Миколаївський – 2 817 хв; Крим – 2 660 хв; Запорізький – 1 188 хв; Харківський – 1 150 хв; Луганський – 1 022 хв; Черкаський – 1 006 хв; Полтавський – 958 хв (Діалог 2001).

На Україні наркомани вживають наркотики саморобного виробництва, хімічний склад цих речовин різноманітний і невідомий лікарям. Як результат, такі хворі потрапляють через деякий час до хірургічних відділень з різними гнійно-септичними ускладненнями. Так, за період з 1998 по 2000 р в міській клінічній лікарні № 1 м. Одеси на лікуванні знаходилося 530 хворих наркоманів від 18 до 45 років. Серед них чоловіків було – 347 (65%), жінок – 183 (35%). Усі хворі наркомани приймали наркотики саморобного виробництва більше 3-х років. Діагноз післяін'єкційних гнійно-септичних ускладнень складав ряд різних захворювань: флегмона шії – 44 (8,3%), флегмона плеча – 70 (13,2%), флегмона бедра – 145 (27,4%), післяін'єкційні абсцеси сідниць – 176 (33,2%), тромбофлебітичні ураження підшкірних та глибоких вен – 55 (10,4%), гнійні несправжні аневризми – 40 (7,3%). Діагноз встановлювався на основі даних анамнеза, з початком розвитку інтоксикаційного синдрому (лихоманка, головний біль, слабкість, типові зміни в місцевому осередку ураження шкіри, набряканням, гіперемія, регіонарний лімфаденіт). Патогенетичні детермінанти у ін'єкційних наркоманів були типовими для усіх хворих і склалися із наступних чинників: ін'єктування наркотиків в умовах грубого порушення правил асептики, високий рівень контамінації наркотичних розчинників, вторичним імунodefіцитом, хронічною наркотичною інтоксикацією. Клінічний перебіг захворювання в більшості спостережень характеризувався важкістю стану. Важкість стану зумовлювався основною патологією, декомпенсацією супутніх соматичних захворювань, абстиненцією.

Результати дослідження і їх обговорення. Стажування у цьому році в Гарвардському медичному університеті та відвідування багатьох медичних центрів, шпиталів Америки дало мені змогу ознайомитися з методами дослідження хворих наркоманією та різними ускладненнями, які виникають в результаті вживання наркотиків.

Дорівнюючи методи дослідження наркозалежних хворих та виникнення різних видів ускладнень (флегмона шії – у 44 хв., флегмона плеча – у 70 хв.,

флегмона бедра – у 146 хв., післяін'єкційні абсцеси сідниць – у 176 хв., тромбозфлібетичні ураження підшкірних та глибоких вен – у 55 хв., гнійні ложні аневризми – у 40 хв., у пацієнтів міської клінічної лікарні №1 м. Одеси, ми помітили, що показник гнійно-септичних ускладнень з року в рік зростає. При вивченні проблеми наркоманії в Америці та ускладнень, які вона викликає, ми дізналися, що у таких наркоманів домінують психічні розлади (депресія у 60% хворих, почуття тривоги – у 25% хворих, зміна настрою – у 53% хворих, загальні хвороби – у 73% хворих).

Висновки. Наркотичні препарати, що вживають наркомани Америки, призводять до психічних захворювань: депресія – 63%хв., почуття тривоги – 25% хв., зміна настрою – 53% хв., загальні психічні хвороби – 73% хв. В Україні, де наркомани вживають саморобні наркотичні препарати, наркозалежні хворі мають гнійно-септичні ускладнення, кількість яких щорічно зростає: у 1998 р – 120 хв, у 1999 р. – 178 хв, у 2000 р. – 232 хв.

УДК: 616.233-007.253-06:616.233-007.272

**Ф.Ф. Агаев, С.Ю. Махмудова**

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕЗБРОНХИАЛЬНЫХ БИОПСИЙ ПРИ ДИССЕМНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ**

*Научно-исследовательский институт легочных заболеваний МЭ  
Азербайджанской Республики*

Дифференциальная диагностика диссеминированных поражений легких связана с определенными трудностями из-за отсутствия патогномичных симптомов заболевания, входящих в эту группу. Во многих случаях даже после клиничко-рентгенологических, лабораторных и функциональных исследований диагноз устанавливается предположительно. Одно из ведущих мест в дифференциально-диагностическом аспекте диссеминированных легочных процессов принадлежит комплексному бронхологическому исследованию с цитоморфологическим и иммунологическим изучением материалов эндобронхиальных биопсий.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 109 больных с диссеминированными поражениями легких. Среди них мужчин было 67, женщин – 42, в возрасте от 19 до 58 лет. Тщательный анализ клиничко-рентгенологических и лабораторных данных позволил лишь в 18,3% случаев предположить генез диссеминации (11,0% – туберкулез, 7,3% – саркоидоз). Основным методом исследования в установлении генеза тенеобразований являлось комплексное бронхологическое исследование, включающее в себя диагностические биопсийные манипуляции с последующей цитоморфологической и иммунологической верификацией.

Результаты исследований и их обсуждение. Эндоскопическая картина характеризовалась достаточным разнообразием изменений бронхиального дерева. Изменения бронхов, характерные для диссеминированного туберкулеза легких, были обнаружены у 25(22,9%) больных. Так, у 5 больных был выявлен инфильтративно-экссудативный туберкулез долевого бронха с отеком и инфильтрацией слизистой оболочки на ограниченном участке с выделением гнойного секрета. Посттуберкулезная рубцовая трансформация слизистой оболочки со стенозами различных степеней была обнаружена у 16 больных. У 4 больных имели место грануляции со студенистой, гроздевидной поверхностью. Патогномоничная саркоидозу картина бронхов была выявлена у 12(11,0%) больных. Среди них у 5 больных имела место саркоидная эктазия сосудов слизистой оболочки, у 7 – буторковые высыпания пролиферативного характера, так называемые, саркоидные бляшки. У 26 больных отмечались участки компрессии трахеи, главных, долевого и сегментарных бронхов вследствие сдавления гиперплазированных трахеобронхиальных и бронхопультмональных лимфатических узлов. Указанные эндоскопические признаки в сочетании с данными клинико-рентгенологического исследования позволили в 22,9% случаев установить диагноз туберкулеза, а в 11,0% случаев – саркоидоз. Цитоморфологическая верификация диагнозов требовалась проведения различных видов диагностических эндобронхиальных биопсий. Эффективность прямой биопсии скусыванием при диссеминированном туберкулезе легких была невелика (31,5%), так как проводилась в тех случаях когда имелись видимые глазом изменения. Гораздо чаще специфическое поражение определялось на уровне мелких и средних бронхов, что отражается в цифрах эффективности браш- и катетер биопсии (73,4% и 61,5% соответственно). В 84,5% случаев специфическое поражение легочной паренхимы удалось верифицировать с помощью чрезбронхиальной биопсии легких. Цитологическое и иммунологическое изучение бронхоальвеолярной лаважной жидкости выявили характерные для туберкулеза изменения, МБТ определялись методом посева в 79,8% случаев, в том числе у 18,7% методом бактериоскопии. Эффективность эндобронхиальных биопсий среди нетуберкулезных диссеминированных поражений была различна. Так, высокая эффективность прямой биопсии скусыванием (95,4%) была связана с тем, что она проводилась после визуального обнаружения характерных для саркоидоза поражений (саркоидные бляшки). Менее эффективными были браш- и катетер биопсия (65,4% и 66,?% соответственно). Высокоэффективными были биопсийные материалы полученные методом чрезбронхиальной биопсии легких (ЧБЛ) (92,4%) и БАЛ (88,7%). При этом в материалах ЧБЛ обнаруживались характерные для саркоидоза эпителиоидноклеточные гранулемы без тенденции к казеозу, а в бронхоальвеолярном лаваже выявлялся лимфоцитарный альвеолит (41-69%). При диагностике экзогенного аллергического альвеолита в лаважной жидкости выявлялся альвеолярный лимфоцитоз (16-38%) и эозинофильная реакция (9-11%), особенно в острой и подострой фазе аллергического процесса. В

материалах ЧБЛ обнаруживались типичные эпителиоидноклеточные гранулемы и воспалительная инфильтрация альвеолярных стенок. Сочетание этих двух методов биопсии было, практически, во всех случаях эффективным (96,9% и 91,4%). Наиболее труднодиагностируемым диссеминированным процессом был идиопатический фиброзирующий альвеолит (ИФА). В лаважной жидкости в 77,4% случае обнаруживался нейтрофилез и повышение иммуноглобулина G. Еще менее эффективной являлась ЧБЛ (59,7%).

Выводы. 1. Эффективность браш- и катер биопсии при диссеминированном туберкулезе легких отражается в цифрах 73,4% и 61,5% соответственно. Чрезбронхиальная биопсия легких эффективна в 84,5% случаев, БАЛ – в 79,8%. 2. При саркоидозе легких высокоэффективными являются материалы полученные методом ЧБЛ (92,4%) и БАЛ (88,7%). Сочетание этих двух методов биопсии, практически во всех случаях эффективно (96,5% и 91,4%) при экзогенном аллергическом альвеолите. БАЛ И ЧБЛ гораздо менее эффективны (77,4% и 59,7%) у больных идиопатическим фиброзирующим альвеолите.

УДК: 616.233-007.253-06:616.233-007.272.

**Ф.Ф. Агаев, Ф.Ф. Агаева**

## **ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ БИОПСИЙ**

*Научно-исследовательский институт легочных заболеваний МЗ  
Азербайджанской Республики*

Несмотря на многочисленные исследования, по-прежнему, имеет место гипердиагностика туберкулеза при сочетании его со злокачественными опухолями бронхов и легких. Цитоморфологическая и бактериологическая верификация заболеваний возможна лишь при изучении материалов эндобронхиальных биопсий.

Методы и методы. Под нашим наблюдением находилось 387 больных туберкулезом легких, у которых в ходе обследования были обнаружены и злокачественные опухоли. Возраст больных варьировал от 42 до 71 года (мужчин – 254, женщин – 133). Комплексное клинико-рентгенологическое и лабораторное исследование у всех больных выявило активные туберкулезные и посттуберкулезные изменения легочной ткани. Наряду с этим у 27,6% (107) больных было заподозрено и опухолевое поражение легких. Основным методом диагностики было бронхологическое исследование с определением информативности эндобронхиальных биопсий при сочетанных поражениях.

Результаты исследований и их обсуждение. При эндоскопическом исследовании у 53,5% (207) больных были обнаружены прямые признаки опухо-

левого поражения с эндифитным и экзифитным ростом ее с неровной, бутристой или шероховатой поверхностью с отсутствием хрящевого каркаса стенки крупного бронха с ее неподвижностью. Косвенные признаки опухоли бронха были выявлены у 38,2% (148) больных в виде концентрических сужений и стенозов, ограничение подвижности стенок бронхов с полным исчезновением их респираторной подвижности, с наличием синдрома «мертвого устья» , расширением и уплотнением шпор сегментарных и долевых бронхов с участками выбухания слизистой оболочки. Наряду с этим у 30,5%(118) больных эндоскопическая картина свидетельствовала об инфильтративно-экссудативном туберкулезе крупного бронха с наличием округлых и концентрических инфильтратов с выраженной экссудативной тканевой реакцией, частичным или полным нарушением проходимости бронха. Кроме того, у 43,4%(168) больных в различных отделах бронхиального дерева одновременно были выявлены характерные посттуберкулезные изменения: рубцовая деформация стенки бронха, пигментные, так называемые, «синие» пятна при наличии концентрических рубцов, стенозы различной степени. Необходимо отметить, что характерные туберкулезные и посттуберкулезные изменения в бронхах в совокупности с клинко-рентгенологической картиной заболевания направляли мышление эндоскописта на специфическую природу обнаруженных опухолевых образований. У всех больных после визуализации патологических изменений были произведены различные эндобронхиальные микрохирургические биопсийные манипуляции с последующим цитоморфологическим и бактериологическим изучением полученных материалов. При центральной локализации опухоли и туберкулезе крупного бронха прямая биопсия скусыванием или соскобом была, практически, во всех случаях информативной (98,7%). В материалах одной и той же биопсии определялись опухолевые клетки и элементы туберкулезного воспаления и микобактерии туберкулеза. В случаях, когда опухоль и туберкулез локализовались в разных отделах легких для обеспечения максимальной достоверности материала прямая биопсия сочеталась с браш-биопсией, чем достигались высокие цифры информативности (96,4%). При сочетании периферической опухоли и туберкулеза высокоинформативными являлись методы биопсии, при которых материал извлекался из дистальных отделов легкого – браш-биопсия (89,5%), катетер-биопсия (97,8%), прицельная биопсия (93,4%), эндокавитарная биопсия (96,6%). Выбор методов биопсии зависел от локализации обоих процессов и особенностей течения в каждом конкретном случае. Высокая информативность БАЛ (93.2%) достигалась за счет получения изменений, характерных для туберкулезного процесса и обнаружения опухолевых клеток в лаважной жидкости. Информативность прямой биопсии скусыванием или соскобом слизистой оболочки (65,7%) была обусловлена прорастанием периферической опухоли в просвет крупных бронхов и обнаружением туберкулезного воспаления и МБТ в материалах повторных биопсий. С целью получения достоверного биопсийного материала в большинстве случаев возникала необходимость применения нескольких видов биопсий, сочетание которых решалось в момент эндоскопического обследования.

Выводы. 1. Информативность прямой биопсии скусыванием или соскобом слизистой оболочки и браш-биопсии достигает высоких цифр (98,7% и 96,4%) при центральной локализации опухоли и туберкулеза крупного бронха. 2. Высокие цифры информативности браш-биопсии (89,5%), катетер-биопсии (97,8%), прицельной биопсии (93,4%), эндокавитарной биопсии (96,6%), а также БАЛ (93,2%) при периферических опухолях и туберкулезе легких достигается за счет извлечения биопсийного материала из дистальных отделов легких.

УДК: 616-089.168.1-06:617.55-007.45-031.82-089-74:615.46

**Я.П. Фелештинський, М.П. Черенько, Ю.В. Ігнатовський,  
С.М. Піотрович**

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА ГІГАНТСЬКОГО РОЗМІРУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОДВОЄНОЇ ПОЛІПРОПІЛЕНОВОЇ СІТКИ**

*Національний медичний університет, Міський центр хірургії гриж живота, Київ*

Хірургічне лікування післяопераційних гриж живота (ПГЖ) гігантського розміру продовжує залишатись актуальною проблемою. Про це свідчить неприйнятно велика частота рецидивів таких гриж (30-55%) та висока летальність (3-7%) після планових операцій (1, 2). Це зумовлено неможливістю закриття гігантського грижового дефекту (ГД) без значного зменшення об'єму черевної порожнини і натягу м'язово-апоневротичних тканин, навіть при використанні допоміжного пластичного матеріалу (3).

На наш погляд, покращання результатів хірургічного лікування ПГЖ гігантського розміру можливо за рахунок використання подвоєної поліпропіленової сітки при закритті ГД без зшивання м'язово-апоневротичних країв дефекту.

Матеріали і методи. Проведено клінічне дослідження 286 пацієнтів у віці від 40 до 75 років з гігантськими ПГЖ (площа грижового дефекту більше 200 см<sup>2</sup>), які знаходились на лікуванні з 1994 по 2001 роки в Київському міському центрі хірургії гриж живота. Жінок було 192 (67,1%), чоловіків – 94 (32,9%). Після виконання невідкладних операцій на органах черевної порожнини ПГЖ утворилися у 203 (70,9%) пацієнтів, а після планових – у 83 (29,1%). Рецидивні ПГЖ спостерігались у 27 (31,3%) пацієнтів. Тривалість гриженосіння складала від 1 до 5 років. Супутні захворювання були діагностовані у 213 (74,5%) пацієнтів з переважанням серцево-судинної патології та ожиріння.

Всім пацієнтам перед операцією, поряд із загальноприйнятими заходами, здійснювали корекцію супутніх захворювань до стабілізації функції життєво важливих органів і систем. Для знеболення використовували загальну анестезію з міорелаксантами.



В залежності від виконання методики герніопластики пацієнти були рандомізовані на дві групи. Пацієнти в обох групах за розмірами грижі, віком і статтю були порівняними. Методом (I) були прооперовані 144 пацієнти. Сутність операції полягала в тому, що після видалення післяопераційного рубця і надлишку прилеглої шкіри та підшкірної основи виділяли грижовий мішок. Потім мобілізували апоневротичні краї грижових воріт від підшкірної основи. Після цього грижовий мішок відрізали впродовж одного з країв грижових воріт так, щоб залишився його клапоть на широкій основі. Далі клапоть грижового мішка мобілізували біля його основи на 1,5-2 см і формували з нього дуплікатуру шляхом перегинання в середній частині мезотеліальною оболонкою назовні. Між листками дуплікатури розміщували імплантат з поліпропіленової сітки (Ethicon США) відповідних розмірів та ізолювали його, накладаючи безперервний шов на краї дуплікатури. Дуплікатуру з імплантатом на швах трималках переміщували під м'язово-апоневротичні краї ГД, які потім зашивали контактено. Після цього, до зшитих м'язово-апоневротичних країв ГД остаточно фіксували імплантат в дуплікатурі з грижового мішка.

У 142 пацієнтів герніопластику виконували (Методом II) з використанням подвоєної поліпропіленової сітки без контактеного зшивання м'язово-апоневротичних країв ГД за способом власної розробки ( 4 ).

Після виділення грижового мішка мобілізували апоневротичні краї грижових воріт від підшкірної основи на ширину 4-6 см, грижовий мішок розрізали на середній третині і викроювали два однакових клапти на широкій основі. Потім розділяли злуки між стінками грижового мішка і внутрішніми органами. Клапти грижового мішка мобілізували на 1,5-2 см від країв грижових воріт. Після цього, з викросних клаптів грижового мішка шляхом їх перегинання на середній третині формували дві дуплікатури. У середині кожної з дуплікатур розміщували по імплантату, з поліпропіленової сітки розміри якого перевищували розміри грижових воріт (переважно 30 см x 30 см). Відкриті краї дуплікатур герметизували безперервним швом. Потім дуплікатури з імплантатами накладали одна на одну, і це здвоєння, що створювало щільну черевну стінку, фіксували до м'язово-апоневротичних країв грижового дефекту, відступивши від них на 3-4 см. Після цього до місця фіксованих дуплікатур підводили дві силіконові трубки для вакуум-дренування та пошарово зашивали підшкірну основу і шкіру.

Після операції особливу увагу приділяли ранній стимуляції функції кишечника, профілактиці виникнення легенево-серцевих та тромбоемболічних ускладнень, а також ускладнень з боку післяопераційної рани.

Для профілактики ускладнень з боку рани, поряд з вакуумним дренуванням та введенням зінацефа в дозі 1,5 г під час операції, здійснювали короткохвильову терапію на ділянку післяопераційної рани впродовж 5-7 днів після операції.

Результати дослідження і їх обговорення. В післяопераційному періоді серед пацієнтів оперованих за методом (I) в результаті підвищення внутрішньо-черевного тиску у 12 (8,3%) виникла гостра легенево-серцева недостатність.

Це стало причиною смерті у 2 (1,4%) пацієнтів. Серед пацієнтів оперованих за методом (II) явищ гострої серцево-легеневої недостатності не спостерігалось.

Ускладнення з боку післяопераційної рани в обох групах були приблизно однакові. Серозне запалення рани після оперативних втручань за методом (I) спостерігалось у 12 (8,3%) пацієнтів і у 13 (9,02%) – після методики (II).

Віддалені результати лікування були вивчені шляхом повторних оглядів та анкетування в термін від 1, 3, 5 і 7 років. Рецидив грижі виявлено у 6 (5%) із 120 пацієнтів оперованих за методом (I). Серед обстежених 126 пацієнтів оперованих за методом (II) рецидиву грижі не спостерігалось.

Таким чином, при хірургічному лікуванні ПГЖ гігантського розміру пріоритетним способом є створення штучної черевної стінки за рахунок подвоєної поліпропіленової сітки, кожен шар якої розміщується у футлярі з грижового мішка без зшивання м'язово-апоневротичних країв ГД. Це виключає натяг тканин, зменшення об'єму черевної порожнини і контакт імплантата з внутрішніми органами та підшкірною основою, а також значно знижує післяопераційну летальність і частоту рецидиву грижі.

#### Література

1. Грубник В.В., Лосев А.А., Баятизов Н.Р. и др. Современные методы лечения брюшных грыж. – К.:Здоров'я, 2001. – 280 с.
2. Trombetta F., Moscato R., Scamuzi M. Surgical treatment for incisional hernias // Hernia. – 2001. – № 6. – S. 54-56.
3. Battocchio F., Bernadi C. Major midline icisional hernias: a technigue proposal // Hernia. – 2001. – № 6. – S. 41-43.
4. Фелештинський Я.П., Черенько М.П. Спосіб хірургічного лікування гігантських післяопераційних гриж живота // Патент України № 25313А. – Опубл. 25.12.98; Пром. влас. Бюл. № 6. – С 3.1.37.

УДК 616.366003.7-053.9

**А.Ф. Медведенко, Г.Г. Пилюгин, А.А. Алексеенко,  
С.В. Скубенко, Е.С. Беседин, В.В. Волков**

## **ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ИСТАРЧЕСКОГОВОЗРАСТА**

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

Проанализированы результаты лечения 134 больных холедохолиитиазом в возрасте от 60 до 34 лет. У 113 больных (84,4%) имела место механическая желтуха, у 18 (13,4%) отмечена желтуха в анамнезе, у 3-х (2,2%) больных желтухи в анамнезе не отмечено.

У всех больных имелось по одному или несколько сопутствующих заболеваний: сердечно-сосудистые нарушения (ишемическая болезнь сердца, коронарокардиосклероз, гипертоническая болезнь) отмечены у 128 (95,5%),

хронический бронхит, пневмосклероз у 19 (14,2%), ожирение 3 степени у 8 (5,9%), сахарный диабет у 10 (7,5%), грыжевая болезнь у 13 (9,7%), спаечная болезнь у 6 (4,4%) больных. Сочетание 2-3 и более сопутствующих заболеваний отмечено нами в 52 (38,8%) случаях, которые создавали сложности в коррекции полиорганной недостаточности.

В группе больных с механической желтухой печеночная недостаточность средней и тяжелой степени наблюдалась у 96 (73,2%), а у 24 (18,3%) наблюдениях течение заболевания осложнилось холангитом.

По неотложным показаниям оперировано 78 больных (58,2%) с деструктивными формами калькулезного холецистита в сочетании с холедохолитиазом. По поводу хронического калькулезного холецистита в сочетании с холедохолитиазом оперировано 37 (27,6%) больных, 19 (14,2%) по поводу резидуального холедохолитиаза, в сроки от 2-х до 10 лет после операции.

Клиническая картина в большинстве случаев была типичной и выражалась острым началом заболевания, болями в правом подреберье и эпигастрии, чувством распирания в правом подреберье, ознобы, лихорадка, появление желтушности склер и кожных покровов. Наиболее тяжелое состояние в связи с прогрессирующей интоксикацией и полиорганной недостаточностью наблюдалось в группе больных с деструктивным холециститом, осложненным холедохолитиазом и гнойным холангитом.

При выборе тактики лечения использовали алгоритм дооперационных признаков: время с момента заболевания, наличие перитонита, результаты клинико-биохимических исследований, эффективность консервативной терапии, степень тяжести сопутствующих заболеваний, данных ультразвукового исследования и фиброгастроскопии.

При наличии механической желтухи и выраженной интоксикации проводили коррекцию нарушений жизненно важных функций организма, активную детоксикацию (форсированный диурез, лимфосорбция, гемосорбция). Для декомпрессии билиарной системы (как первый этап лечения) у 18 больных проводили чрезкожную чрезпеченочную холангиостомию, разгрузочную лапароскопическую холецистостомию – у 46 больных. Дренажирование грудного лимфатического протока выполнено у 21 больного. После стабилизации состояния, больным проводилось оперативное лечение: холецистэктомия + холедохолитотомия + наружное дренирование холедоха выполнено у 15 (85,8%) больных, холедохолитотомия + дренирование холедоха – у 14 (10,4%), холедоходуоденоанастомоз – у 5. Операционная холангиография выполнена в 128 случаях (95,5%). Умерло 4 больных (2,9%).

Анализ представленных клинических наблюдений свидетельствует о целесообразности комплексного подхода в лечении больных пожилого и старческого возраста с холедохолитиазом осложненным механической желтухой и полиорганной недостаточностью. Выполнение до операции методов детоксикации и декомпрессии желчных путей позволило улучшить результаты хирургического лечения данной категории больных.

**М. П. Комский, О. Е. Малевич**

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ**

*Днепропетровская государственная медицинская академия*

Антибиотики при обычных методах введения – внутримышечном, внутривенном – в терапевтических дозах создают низкие концентрации в лимфатической системе, потому что попадают в лимфу вторично. Это значительно снижает эффективность лечения. Экспериментальными и клиническими исследованиями доказано, что микробы и их токсины из очага воспаления вначале проникают в лимфатическую систему. Например, у больных с обширными ожогами возбудитель раневой инфекции высевается из лимфы в 89,7%, а из крови – в 38,1% случаев [ В.С.Погосов и соавт., 1992. ]. Достичь желаемого результата можно, применяя высокие дозы, что значительно повышает риск побочного действия препаратов.

Роль своеобразных фильтров выполняют лимфатические узлы. В них происходят инактивация и разрушение веществ, поступающих из патологического очага. В условиях прогрессирующего воспалительного процесса микроорганизмы с высокой вирулентностью, их токсины и продукты распада тканей, поступая в большом количестве в лимфатическую систему, снижают защитную и иммунную функцию регионарных лимфатических узлов. При этом микробы начинают усиленно размножаться и, дробно поступая в кровеносное русло, могут стать источником септикопиемии [Ю.М.Левин, С.У.Джумбаев, 1987].

Разработанный в эксперименте метод эндолимфатического применения антибиотиков [проф.Э.Г.Щербакова, 1982.] уже используется в комплексном лечении больных с тяжелыми гнойно-воспалительными заболеваниями самой различной локализации. Он позволяет создать в лимфатической системе, особенно в лимфатических узлах, высокие концентрации антибиотиков на длительное время и тем самым блокирует возбудителя инфекции на лимфогенном пути его распространения. Однако эта методика технически очень трудно выполнима.

Наибольшее практическое применение получил способ регионарной лимфотропной терапии [Ю.М.Левин, 1986.], основанный на усилении лимфопродукции и органного лимфооттока, позволяющий добиться насыщения в большей степени регионарных лимфатических узлов, чем органов и тканей, от которых в них оттекает лимфа. Таким образом, лимфотропная терапия является регионарной только для отдельных секторов лимфатической системы, а не пораженных патологическим процессом органов и тканей, а также внутриорганых

лимфоидных структур, вовлеченных в этот процесс. Следовательно, в настоящее время отсутствуют лимфотропные методы введения лекарственных веществ, позволяющих регионарно воздействовать на первичный патологический очаг.

Учитывая тесную взаимосвязь артериальной кровеносной сосудистой системы с лимфатической во внутритканевом транспорте лекарственных веществ и секторальное строение, позволяющее регионарно насыщать медикаментозными препаратами, наиболее перспективным является создание регионарных методов лимфотропной терапии на основе стимуляции лимфооттока при введении лекарственных растворов в сосудистое русло.

С целью обоснования выбора безопасного предела превышения внутрисосудистого давления при введении лекарственного раствора в регионарную сосудистую зону челюстно-лицевой области и выяснения морфологических изменений в тканях регионарной зоны, на 30 собаках нами проведены гистологические исследования регионарной зоны после введения изотонического раствора натрия хлорида при различных значениях давления во время его введения [М.П.Комский, 1998.]. Гистологические исследования показали, что в интервале превышения на 5-15 мм рт. ст. исходного внутриартериального давления, введение изотонического раствора натрия хлорида в подавляющем большинстве случаев никаких расстройств не вызывало. Таким образом, предлагаемые условия позволяют проводить длительную инфузию лекарственных растворов в инфузируемой зоне с сохранением гемодинамики на уровне, близком к физиологическому.

Нами в клинике челюстно-лицевой хирургии при тяжелых случаях гнойно-воспалительных процессов после хирургической санации гнойного очага проводится регионарная внутриартериальная лимфотропная терапия по следующей схеме: через поверхностную височную или лицевую артерию ретроградно вводят катетер и продвигают его в наружную сонную артерию на глубину 8-9 см от козелка уха, после чего лекарственный инфузат подается через катетер в сосудистое русло с помощью инфузионного аппарата собственной конструкции [ Патент N 2033811 от 1995г ], который позволяет измерить исходное давление в сосуде прямым методом и провести длительную инфузию стандартным инфузатом в регионарную зону под задаваемым инфузионным давлением.

С помощью аппарата при параметрах инфузии, полученных в эксперименте, было проведено лечение 30 больных с хронической стадией травматического остеомиелита нижней челюсти, предыдущее лечение которых в течение 2-3 месяцев не достигло выздоровления. В итоге установлено, что у этой группы больных после 3-4 сеансов регионарной внутриартериальной лимфотропной терапии достигнута полная ликвидация воспалительного процесса с последующим восстановлением костной ткани в очаге поражения.

В итоге установлено, что максимальное значение среднединамического давления в артерии составило 97 мм рт.ст., а время проведения каждой инфузии не превышало 4 часов при объеме вводимого раствора до 400 мл. Таким

образом, подача раствора в височную артерию с объёмной скоростью, не превышающей 100 мл/час, не приводит к морфологическим изменениям на уровне микроциркуляторного русла и тромбированию сосудов, что позволяет осуществлять инфузию на протяжении длительного времени.

Условия реализации предлагаемой методики упрощаются при использовании новых инфузоров фирмы “Вахтер”, предназначенных для инфузии противовирусных препаратов, антибиотиков, фунгицидных средств, иммунодепрессантов и других лекарственных препаратов при лечении многих заболеваний. Наиболее подходящей моделью для регионарной внутриартериальной инфузии в челюстно-лицевой области является инфузор “Intermate LV-50” для длительной инфузии, объёмная скорость введения растворов у которого составляет 50 мл/час, продолжительность инфузии – 5 часов и максимальный объём вводимых растворов – 250 мл. Инфузор очень компактный, может работать при любом положении больного и при любом расположении баллона на теле больного, его можно носить под одеждой или на белье.

Приведенные данные открывают новые перспективы в проведении медикаментозного лечения хирургических заболеваний гнойно-воспалительного характера в челюстно-лицевой области, который заключается в возможности регионарно воздействовать как на первичный патологический очаг, так и на соответствующий ему сектор лимфатической системы.

Предложенный способ лечения безопасен, позволяет значительно повысить лечебное действие лекарственных препаратов, уменьшить терапевтические дозы, а также не требует дорогостоящего оборудования, экономически выгоден и дает высокий клинический эффект.

УДК: 616-089.168.1-06:617.55-007.45-031.82-089-74:615.46

**І.П. Хоменко, Я.Л. Заруцький, В.М. Денисенко,  
Е.В. Світличний, І.В.Собко**

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК**

*Українська військово-медична академія*

Проблема хірургічного лікування ушкоджень позапечінкових жовчних проток залишається дуже актуальною і в даний час. Причиною цього є постійне щорічне збільшення числа хворих з жовчокам'яною хворобою, а також широке впровадження в останнє десятиліття лапароскопічних холецистектомій. Так, якщо після відкритої холецистектомії частота ушкоджень жовчних проток становить 0,1 – 0,5 %, то після лапароскопічних холецистектомій 0,3–5,0 %. Кількість незадовільних результатів після первинних коригуючих досягає 35–50 %. Післяопераційна летальність залишається й до тепер високою і в середньому складає 14 %.

Нами вивчений досвід хірургічного лікування 109 хворих з ушкодженнями позапечінкових жовчних проток, що проходили лікування у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 1985 по 2002 р. З них в 16 (15 %) хворих ушкодження виникли при операціях, що проводилися в хірургічних відділеннях лікарні. 57 (52 %) хворих переведені для лікування з інших лікувальних установ. 36 (33 %) хворих потрапили з колото-різаними пораненнями органів черевної порожнини і пораненням позапечінкових жовчних проток.

Всі хворі були розділені на 2 групи в залежності від того, коли було виявлене ушкодження: під час операції чи в післяопераційному періоді. В першу групу ввійшло 43 (39 %), в другу 66 (61 %) хворих. У хворих другої групи мали місце наступні ускладнення попередньої операції: механічна жовтяниця в 36 (55 %) хворих, жовчний перитоніт в 16 (24 %), зовнішня жовчна нориця в 14 (21 %).

Для підтвердження травматичного ушкодження позапечінкових жовчних протоків і виключення інших причин застосовувались спеціальні методи дослідження: УЗД, інтраопераційна холангіографія, холефістулографія, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, черезшкірна черезпечінкова холангіографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія.

Що стосується класифікації ушкоджень жовчних проток, то ми їх поділяємо на “великі” і “малі”. “Малими” визначали ушкодження в області злиття міхурової і загальної жовчної протоки, а також ушкодження менше 25 % їх діаметра. “Великими” – ушкодження, що супроводжуються перериванням позапечінкової протокової системи. В наших спостереженнях було 38 (35 %) малих і 71 (65 %) велике ушкодження.

Всі коригуючі оперативні втручання при травматичних ушкодженнях позапечінкових жовчних проток ми поділяли на відновлюючі, і реконструктивні. Ми вважаємо, що відновлюючі операції на нерозширених жовчних протоках можна застосовувати лише при “малих” ушкодженнях. При “великих” ушкодженнях, де стінка протоки перетинається більше ніж на 25 % її діаметра, необхідно виконувати операції реконструктивного характеру. У хворих, в яких травма жовчних проток була виявлена через кілька днів після операції і встигли розвинутися важкі ускладнення в вигляді механічної жовтяниці, холангіту, жовчного перитоніту, печінково-ниркової недостатності, виправдане застосування простих розвантажувальних операцій з метою зовнішнього відведення жовчі і санації черевної порожнини до поліпшення загального стану хворого.

Оцінку результатів хірургічного лікування робили по трьох категоріях: добрі, задовільні, незадовільні. До добрих результатів відносили ті випадки, коли були відсутні будь-які прояви порушення жовчовиведення і холангіту. Як задовільні оцінювали результати операцій, коли були явища рецидивуючого холангіту. До незадовільних результатів відно сили випадки порушення жовчовиведення з відповідними клінічними проявами. Нами було виконано 48 (44 %) відновлюючих операцій з приводу ушкоджень жовчних проток. В 28 хворих (72 %) отримані гарні і задовільні результати лікування.

61 хворому (56 %) була виконана реконструктивна операція. Дані операції були виконані в тих випадках, де, на нашу думку, виконання відновлюючих операцій було неможливе або мала місце велика ймовірність одержання незадовільних результатів. В 47 випадках (90 %) отримані гарні і задовільні результати, 4 (7 %) хворих померло в післяопераційному періоді.

Профілактика незадовільних результатів оперативного лікування травматичних ушкоджень жовчних проток, на нашу думку, передбачає: створення широкого білідигестивного анастомозу, що виключає стійкий рефлюкс; ретельне зіставлення слизових кишки і жовчних проток для швидкої епітелізації лінії анастомозу і запобігання його рубцювання; обов'язкове застосування змінних керованих дренажів як каркасів при формуванні анастомозу і надійної декомпресії жовчних проток в післяопераційному періоді, якщо ширина сформованого анастомозу менше 15 мм, при ширині анастомозу 15 мм і більше застосування каркасного дренивання не виправдане.

Висновки. 1. Характер хірургічної корекції жовчовиведення при травматичних ушкодженнях жовчних проток визначається видом, локалізацією й обсягом ушкодження, а також часом, що минув з моменту його виникнення, і характером розвинених ускладнень. 2. При свіжих “малих” ушкодженнях найбільш виправданими є операції відновлюючого характеру. При всіх “великих” ушкодженнях необхідно виконувати операції реконструктивного характеру. 3. При виконанні операцій у потерпілих з колото-різаними пораненнями позапечінок жовчних проток необхідно дотримуватися тих же принципів, що й у хворих з інтраопераційними ушкодженнями жовчних проток.

УДК 616.366003.7-053.9

**І.Є. Алещенко<sup>1</sup>, Т.І. Даньшин<sup>2</sup>, М.А. Мендель<sup>3</sup>,  
І.С. Максакова<sup>4</sup>, С.С. Гречаний<sup>3</sup>, І.В. Сорокіна<sup>5</sup>**

## **КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІОІМПЛАНТАТІВ “ТУТОПЛАСТ” У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

*Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України,  
Центральна науково-практична лабораторія консервації і переробки біологічних  
тканин, Україна<sup>1</sup>;*

*Національний медичний університет ім. Богомольця, Україна<sup>2</sup>;*

*Київська медична академія післядипломної освіти<sup>3</sup>;*

*Українська дитяча спеціалізована лікарня<sup>4</sup>;*

*Харківський державний медичний інститут<sup>5</sup>*

З 1997 року Координаційний центр трансплантації органів, тканин і клітин МОЗ України і Центральна науково-практична лабораторія консервації і переробки біологічних тканин проводять науково-медичне співробітництво в області спільного виготовлення сучасних безпечних біоімплантатів “Тутопласт”



з компанією “Тутоген Медикал ГмбХ”. Технологічний процес “Тутопласт” відповідає усім вимогам ФКА, Американської і Європейської Асоціації тканинних банків, GMP-ВОЗ. Найбільш часто в абдомінальній хірургії дорослих і дітей використовують, перероблені за процесом “Тутопласт” біологічні мембрани з твердої мозкової оболонки, широкої фасції стегна і перикарда людини. Протягом більш чотирьох років продукція “Тутопласт” успішно використовується в хірургічній практиці в Україні. Усі види біоімплантатів “Тутопласт” зареєстровані МОЗ України як вироби медичного призначення і дозволені до клінічного використання.

Абдомінальна хірургія. На кафедрі хірургії й опікової хвороби КМАПО, на базі 8-ої клінічної лікарні (м.Київ) використані біоімплантати “Тутопласт” при пластиці великих і складних дефектів передньої черевної стінки у 19 хворих. Застосовано фрагменти твердої мозкової оболонки (розмірами 6x8 см, 4x11 см, 5x10 см) і широкої фасції стегна (6x12 см) у 15 хворих із великими післяопераційними вентральними грижами, у 1-го хворого з лівосторонньою боковою параколомічною грижею й у 3 хворих з рецидивними паховими грижами. Післяопераційних ускладнень не спостерігали. У віддаленому періоді, у терміни від 3 до 20 місяців, після операції відторгнення імплантату і рецидивів гриж не виявлено.

На кафедрі патологічної анатомії ХДМУ вивчені особливості місцевих імунних реакцій після імплантації “Тутопласт – широка фасція стегна” у неінфіковану й інфіковану рани експериментальних тварин. Імплантація “Тутопласта” приводить до загоєння неінфікованої рани первинним натягом внаслідок активації синтезу інтерстиціальних колагенів I і III типів у зоні дефекту рани, репаративної регенерації поперечно-смугастих м’язів шляхом утворення багатоядерних симпластів на тлі адекватної місцевої імунної реакції. При імплантації “Тутопласта” в інфіковану рану загоєння тканини відбувається вторинним натягом з вираженим утворенням грануляцій на тлі зміненої імунної реакції (зрушення співвідношення СК4:СК8 убік зменшення Т-хелперів, активація синтезу Ig G і M, посилення макрофагальної реакції) і репаративної регенерації м’язів. Внаслідок інфікування, розвиток регенераторних процесів був розтягнутим у часі, однак сприятливим по результатам.

Хірургія немовлят. Для заміщення уроджених і придбаних дефектів передньої черевної стінки у немовлят не завжди вдається використовувати місцеві тканини. У дитячій хірургії при таких пороках розвитку як гастрошизис (щільноподібний дефект передньої черевної стінки), евентерація органів з вираженою вісцеро-абдомінальною диспропорцією, синдром prunne-bellae (відсутність м’язів передньої черевної стінки), а також при великих пуповинних і вентральних грижах для успішного оперативного лікування необхідне використання імплантаційних матеріалів. Крім того, такі ситуації можуть виникати і при післяопераційних ускладненнях, таких як евентерація ран на тлі перитоніту. Проаналізовано результати хірургічного лікування дефектів черевної стінки у відділенні хірургії немовлят УДСЛ “ОхМатДет” у 14 дітей

з 2002 року. Операції були виконані у 9 немовлят, 4 дітей грудного віку і 1 дитини у віці 2,5 роки. Пластинки “Тутопласт – pericardium” розміром 6x12 см, 6x8 см і 6x10 см – успішно імплантовані 9 немовлям з гастрошизисом. Розміри використаних пластинок залежали від ступеня виразності вісцеро-абдомінальної диспропорції. “Тутопласт – fascia lata” використовувався 5 разів – у 2-х дітей з неускладненою пуповинною грижею великих розмірів для додаткової герметизації оболонок, у двох дітей 7 і 8 місяців для закриття дефекту передньої черевної стінки при фіксованій евентрації. У цих спостереженнях використовували пластинки розміром 4x5 см. У дитини 2,5 років з вентральною грижею, що утворилася після консервативного лікування пуповинної грижі, для закриття дефекту апоневроза була використана пластинка розміром 4x10 см.

13 дітей виписані здоровими: з них усі діти з гастрошизисом (9), з вентральною грижею (1), з пуповинною грижею (1) і з евентрацією (2). 1 дитина після герніопластики пуповинної грижі продовжує лікування в клініці. Біоімплантати “Тутопласт-мембрани” прості у використанні, не викликають виражених запальних явищ у навколишніх тканинах, інертні. Серед застосованих нами дотепер матеріалів, мембрани “Тутопласт” виявилися кращими.

Таким чином, використання біоімплантатів “Тутопласт-мембрани” є доступним, ефективним утручанням, забезпечує гарний функціональний і косметичний результат, значно зменшує перебування хворого в клініці і є методом вибору при лікуванні дорослих і дітей зі складними і великими дефектами черевної стінки. Вважаємо за необхідне рекомендувати використання біоімплантатів “Тутопласт” у практиці дитячої хірургії та для герніопластики у дорослих.

УДК 616.367-089.84-06-084

**В.В. Скиба, С.Й. Хмельницький, І.А. Сухін, О.О. Амбруш**

## **НОВІМОЖЛИВОСТІ ЦІАНАКРИЛАТНОГО АДЕГЗИВУ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ**

*Київський медичний інститут УАНМ, Київська міська клінічна лікарня № 1*

Шестидесяті роки ХХ сторіччя відзначились енергійним науковим пошуком по створенню та клінічному використанню клейових композицій з метою герметизації швів шлунку та кишечника, а також для адекватного гемостазу при ушиванні пошкоджень паренхіматозних органів та оперативних втручаннях на них.

Швидкої популярності набуло застосування медичних клеїв на основі складних ефірів ціанакрилової кислоти метил- та етил-ціаноакрилати ( вітчизняні – м-6, мк-2, мк-6, мк-7, мк-8 і закордонні – ціанобонд-5000, гістоакрил, істмен-910, канакопліт-Б). Але оптимістичні очікування високої ефективності

в клініці того покоління цианоакрилатів, поступово змінилися стриманим відношенням до їх використання, а з часом практично повним припиненням їх застосування.

Метою проведеного дослідження було вивчення можливостей нового адгезиву n-Butylcyanoacrylate (CUTSEAL), виробництва Русан Фарма ЛТД (Індія) (Реєстраційне посвідчення № 769/2002, від 13. 03. 2002.), в абдомінальній хірургії.

Матеріали і методи. Експериментально-клінічне дослідження застосування n-Butylcyanoacrylate (CUTSEAL) розпочато в 2001 році на базі експериментального відділу Київського інституту хірургії та транспланталогії і кафедри хірургії МІ УАНМ. Експериментальний етап роботи складався з вивчення морфологічних змін в тканинах оперованих тварин та створенні моделей операційних ситуацій в експерименті з застосуванням нового адгезиву на 50 щурах, 30 кролях та 8 свинях.

Одержані результати експериментального етапу дозволили розробити, обгрунтувати та примінити на практиці пластично-адгезивні методики оперативних втручань, які в абдомінальній хірургії були використані у 96 хворих.

Результати дослідження і їх обговорення. Для досягнення адекватного гемостазу при паренхіматозних кровотечах з печінки та селезінки адгезивний метод використаний у 29 хворих. Після відкритої холецистектомії при внутрішньопечінковому розташуванні жовчного міхура для гемостазу ложе закlesно 4 хворим ізольованим клаптом сальника з додатковими двома швами. У 4 хворих остаточний гемостаз досягнутий шляхом зведення і склеєння протилежних стінок ложе жовчного міхура без додаткового накладання швів на печінку. У 5 хворих паренхіматозна кровотеча виникла з надривів печінки по типу декапсульованої поверхні значної площі при оперативних втручаннях на фоні вираженої злукової хвороби. Гемостаз досягнутий шляхом адгезії сальника в рані печінки. У 10 хворих додатковий гемостаз при резекціях печінки здійснено шляхом клейової фіксації вільного клаптя парієтальної очеревини та у 4 хворих мобілізованої серповидної зв'язки. Ятрогенні надриви капсули селезінки у 2 хворих закlesні сальником.

Пластично-адгезивний метод використали у 20 хворих в хірургії жовчних шляхів з метою перитонізації швів загальної жовчної протоки після холедолітотомії в умовах гнійного холангіту у 14, і герметизації біліодегистивних анастомозів у 6 хворих. Для клеєвої фіксації лінії швів і їх герметизації в якості аутопластичного матеріалу вільний лоскут серповидної зв'язки застосували у 12 та круглу зв'язку печінки у 8 хворих. Повнота та ефективність герметизації визначалась та контролювалась на основі клінічних даних та результатів фістулохолангіографії. Ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів гепатикохоледоха та зони біліодегистивних анастомозів не було.

З метою герметизації швів дванадцятипалої кишки бутилцианоакрилат використали у 47 хворих. Із них перитонізація кукси дванадцятипалої кишки – 14, перитонізація лінії однорядного шва після висічення виразок з дуодено-

пластикою – 25, трансдуоденальної папілосфінктеротомії – 8 хворих. В приведеній групі хворих післяопераційних ускладнень, пов'язаних з неспроможністю швів дванадцятипалої кишки не було.

Висновки. 1. Проведене експериментально-клінічне дослідження застосування цианоакрилатного клею нового покоління в абдомінальній хірургії підтвердило його високу ефективність щодо адгезії біологічних тканин. 2. Новому адгезиву притаманний ряд фізико-хімічних властивостей, які якісно відрізняють його від попередніх аналогів і значно розширюють можливості його використання в хірургічній практиці.

УДК 616.3-006.6-089+615.849.19

**Д.С. Губанов, Д.М. Губанов**

## **ФЭГДС КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ**

*Донецк*

Клинико-рентгенологическая диагностика ахалазии кардии у лиц пожилого возраста нередко достаточно трудна. Многолетнее течение заболевания с невыраженностью характерных диагностических признаков с одной стороны, и присутствие сочетанной патологии (гипертоническая болезнь, ИБС с явлениями стенокардии и аритмии) с другой, не дает возможность оценить явления дисфагии как однозначное проявление той или иной патологии.

Клинические проявления нарастают постепенно и по мере истощения адаптационных возможностей организма приводят к декомпенсации.

Так, больная Ч. 1920 г.р. поступила в клинику с жалобами на общую слабость, тошноту, рвоту после приема пищи, периодические загрудинные боли, сухость во рту, потерю веса. Болеет около 20 лет. Начало заболевания связывает с травмой грудной клетки на производстве. Прогрессивное ухудшение состояния отмечает в последний месяц.

Состояние при поступлении крайне тяжелое. Больная адинамична, обезвожена, истощена. Кожа сухая, бледная, акроцианоз. Дыхание жесткое, хрипы на всем протяжении, в нижних отделах обеих легких укорочение перкуторного звука. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс слабого наполнения, ЧСС-100 в 1 минуту. Язык сухой, живот симметричный, несколько втянут, симптомов раздражения брюшины нет. Стул отсутствует в течение 2 недель, мочеиспускание малыми порциями, редкое. За последние сутки не мочилась.

Больная urgently комплексно обследована.

Рентгенологически – легочные поля повышенной прозрачности без очаговых и инфильтративных теней. Средостение расширено в обе стороны, просвет пищевода до 8 см, деформирован, выражена продольная складчатость, в нижней

трети S-образный изгиб, дистальный отдел конусовидной формы. Поступление контраста в низлежащие отделы не наблюдается.

Клинико-рентгенологические данные не позволили дифференцировать ахалазию кардии с полным нарушением проходимости и гигантской фиксированной грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Эндоскопически: пищевод резко расширен, деформирован, в просвете остатки пищи, контрастной массы. В нижней трети S-образный изгиб, кардия расположена несколько выше нижнего полюса резко расширенного пищевода, плотно сомкнута, проходима аппаратом с усилием.

Желудок обычных размеров и формы, в просвете контраста нет. Луковица двенадцатиперстной кишки и залуковичный отдел – без особенностей.

С целью проведения предоперационного энтерального питания произведена эндоскопическая катетеризация путем введения питательного зонда через инструментальный канал эндоскопа в просвет нижне-горизонтальной ветви двенадцатиперстной кишки. С декомпрессионной целью установлен назозофагальный зонд.

После коррекции показателей гомеостаза проведено контрольное рентгенологическое исследование с одновременным введением водорастворимого контраста в просвет питательного зонда. Визуализируется расширение пищевода до 6-7 см с наличием S-образного изгиба в нижней трети. Терминальный отдел конусовидной формы.

Контрастная масса в просвет неизмененного желудка практически не поступает. Контрастное вещество, введенное по дуоденальному зонду, контрастирует луковицу и залуковичный отдел двенадцатиперстной кишки.

Произведено интраоперационное эзофагогастродуоденоскопическое исследование с последующей эзофагокардиомиотомией и пластикой по Розетти (“на эндоскопе”). После миотомии и пластики, при условии максимальной аспирации воздуха и мануального хирургического контроля, с целью проведения послеоперационного энтерального питания произведена эндоскопическая катетеризация залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки. С декомпрессионной целью установлен назозофагальный зонд.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольном рентгенологическом исследовании – пищевод свободно проходим на всем протяжении. Сохраняется его расширение и S-образный изгиб в нижней трети. Контрастная масса свободно поступает в просвет желудка. Брюшной сегмент пищевода находится под куполом диафрагмы.

При отсутствии явлений дисфагии, адекватном приеме как жидкой, так и хорошо переработанной (механически) твердой пищи, нормализации стула и мочеиспускания, а также улучшении общего состояния, больная выписана из клиники.

Выводы. Наряду с неоспоримой диагностической и лечебной ценностью метода ФЭГДС, применение его в хирургической практике не только позволяет проводить дифференциальную диагностику различных сложных патологических состояний, но и способствует адекватному проведению до-, интра- и послеоперационных мероприятий.

**І.П. Хоменко, Я.Л. Заруцький, В.М. Денисенко,  
Е.В. Світличний, І.В. Собко**

## **ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯУШКОДЖЕНЬ ПОЗАПЕЧІНКОВИХЖОВЧНИХПРОТОК**

*Українська військово-медична академія*

Проблема хірургічного лікування ушкоджень позапечінкових жовчних проток залишається дуже актуальною і в даний час. Причиною цього є постійне щорічне збільшення числа хворих з жовнокам'яною хворобою, а також широке впровадження в останнє десятиліття лапароскопічних холецистектомій. Так, якщо після відкритої холецистектомії частота ушкоджень жовчних проток становить 0,1-0,5 %, то після лапароскопічних холецистектомії – 0,3-5 %. Кількість незадовільних результатів після первинних коригуючих втручань досягає 35-50 %. Післяопераційна летальність залишається й дотепер високою і в середньому складає 14 %.

Нами вивчений досвід хірургічного лікування 109 хворих з ушкодженнями позапечінкових жовчних проток, що проходили лікування у хірургічних відділеннях Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги з 1985 по 2002 рр. З них в 16 (15 %) хворих ушкодження виникли при операціях, що проводилися в хірургічних відділеннях лікарні. 57 (52 %) хворих переведені для лікування з інших лікувальних установ. 36 (33 %) хворих потрапили з колото-різаними пораненнями органів черевної порожнини і пораненнями позапечінкових жовчних проток.

Всі хворі були розділені на 2 групи в залежності від того, коли було виявлене ушкодження: під час операції чи в післяопераційний період. В першу групу ввійшло 43 (39 %), в другу – 66 (61%) хворих. У пацієнтів другої групи мали місце наступні ускладнення попередньої операції: механічна жовтяниця – в 36 (55 %) хворих, жовчний перитоніт – 16 (24 %), зовнішня жовчна нориця – 14 (21 %).

Для підтвердження травматичного ушкодження позапечінкових жовчних проток і виключення інших причин застосовувались спеціальні методи дослідження: УЗД, інтраопераційна холангіографія, холефістулографія, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія, черезшкірна, черезпечінкова холангіографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія.

Що стосується класифікації ушкоджень жовчних проток, то ми їх поділяємо на “великі” і “малі”. “Малими” визначали ушкодження в області і загальної жовчної проток, а також ушкодження меншеї 25 % їх діаметра. “Великими” – ушкодження, що супроводжуються перериванням позапечінкової протокової системи. В наших спостереженнях було 38 (35 %) “малих” 71 (65 %) “велике” ушкодження.

Всі коригуючі оперативні втручання при травматичних ушкодженнях позапечінкових жовчних проток ми поділяли на відновлюючі і реконструктивні.

Ми вважаємо, що відновлюючі операції на нерозширених жовчних протоках можна застосовувати лише при “малих” ушкодженнях. При “великих” ушкодженнях, де стінка протоки перетинається більше ніж на 25 % її діаметра, необхідно виконувати операції реконструктивного характеру. У хворих, в яких травма жовчних проток була виявлена через кілька днів після ушкодження і встигли розвинутися важкі ускладнення у вигляді механічної жовтяниці, холангіту, жовчного перитоніту, печінково-ниркової недостатності, виправдане застосування простих розвантажувальних операцій з метою зовнішнього відведення жовчі і санації черевної порожнини до поліпшення загального стану хворого.

Оцінку результатів хірургічного лікування робили за трьома категоріями: добрі, задовільні, незадовільні. До добрих результатів відносили ті випадки, коли були відсутні будь-які прояви порушення жовчовиведення і холангіту. Як задовільні оцінювали результати операцій, коли були явища рецидивуючого холангіту. До незадовільних результатів відносили випадки порушення жовчовиведення з відповідними клінічними проявами. Нами було виконано 48 (44 %) відновлюючих операцій з приводу ушкоджень жовчних проток. В 28 хворих (72 %) отримані гарні і задовільні результати лікування.

61 хворому (56 %) була виконана реконструктивна операція. Дані операції були виконані в тих випадках, де, на нашу думку, проведення відновлюючих операцій було неможливе або мала місце велика ймовірність одержання незадовільних результатів. В 47 випадках (90 %) отримані гарні і задовільні результати, 4 (7 %) хворих померло в післяопераційному періоді.

Профілактика незадовільних результатів оперативного лікування травматичних ушкоджень жовчних проток, на нашу думку, передбачає: створення широкого білідигестивного анастомозу, що виключає стійкий рефлюкс; ретельне зіставлення слизових кишки і жовчних проток для швидкої епітелізації лінії анастомозу і запобігання його рубцювання; обов'язкове застосування змінних керованих дренажів як каркасів при формуванні анастомозу і надійної декомпресії жовчних проток в післяопераційний період, якщо ширина сформованого анастомозу менша 15 мм; при ширині анастомозу 15 мм і більшому – застосування каркасного дренивання невиправдане.

Висновки. 1. Характер хірургічної корекції жовчовиведення при травматичних ушкодженнях жовчних проток визначається видом, локалізацією й обсягом ушкодження, а також часом, що минув з моменту його виникнення, і характером розвинених ускладнень. 2. При свіжих “малих” ушкодженнях найбільш виправданими є операції відновлюючого характеру. При всіх “великих” ушкодженнях необхідно виконувати операції реконструктивного характеру. 3. При виконанні операцій у потерпілих з колото-різаними пораненнями позапечінкових жовчних проток необхідно дотримуватися тих же принципів, що й у хворих з інтраопераційними ушкодженнями жовчних проток.

**С.М. Василюк, В.О. Кавин, В.І. Гудивок, Л.А. Курташ,  
І.В. Біцька, Н.В. Василюк**

## **ПРОФІЛАКТИКА НАГНОЄННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ ТА ІНШИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Щорічно в Україні проводиться близько 1,5 млн. операцій, серед яких більше 50 % виконують з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини [1]. У 23,5 % хворих в післяопераційному періоді виникають різні ускладнення, 70 % з яких складають нагноєння післяопераційної рани [2]. Саме тому, надзвичайно актуальне є розробка профілактичних заходів, спрямованих на попередження післяопераційних ускладнень, оскільки це дозволить скоротити витрати на лікування пацієнтів та зменшити терміни їхнього перебування на стаціонарному лікуванні.

Матеріали і методи. Нами проведено клінічне обстеження і хірургічне лікування 283 хворих з гострою хірургічною патологією органів черевної порожнини, які перебували на лікуванні впродовж 1999-2001 рр. в клініці факультетської хірургії. Серед обстежених пацієнтів у 89 була перфоративна виразка шлунку і дванадцятипалої кишки, у 112 – гострий деструктивний апендицит та його ускладнення, у 29 – були виконані операції з приводу кровоточивої гастродуоденальної виразки і у 53 хворих була хвороба зрощень органів черевної порожнини, поєднана з післяопераційним дефектом апоневрозу передньої черевної стінки. У 188 хворих проводилася інтраопераційна профілактика запальних ускладнень з боку черевної порожнини та післяопераційної рани, шляхом доведеного введення 1,5 г Зінацефу (цефуроксиму). Дев'яносто п'ять пацієнтів склали контрольну групу, у яких не проводили введення Зінацефу.

Результати дослідження та їх обговорення. При аналізі отриманих результатів клінічного дослідження було встановлено, що в контрольній групі хворих ускладнення спостерігалися в 9 пацієнтів, з них у 6 було нагноєння післяопераційної рани, у 2 хворих з гострим апендицитом виникли параапендикулярні абсцеси і в 1 з перфоративною дуоденальною виразкою виник абсцес черевної порожнини. В контрольній групі тільки у 2 хворих спостерігалось нагноєння післяопераційної рани, причиною якого була вірулентна інфекція в черевній порожнині.

Всі пацієнти були прооперовані. Серед хворих з перфоративною виразкою шлунку і дванадцятипалої кишки у 52 виник розлитий перитоніт, у 28 – дифузний і у 1 – місцевий. У 79 хворих було проведено висікання перфоративного отвору разом з виразкою, доповнене пілоропластикою, а у 2 – резекція шлунку за Більрот-І. Серед 8 хворих з перфоративною виразкою шлунку у 4



виконане зашивання перфорації, у 3 – висікання виразки з пілоропластикою і в 1 – резекція шлунку.

Серед 112 пацієнтів з гострим апендицитом у 49 спостерігалися різні ускладнення: периапендикулярний абсцес і флегмона сліпої кишки – у 5, абсцеси черевної порожнини – у 2, розлитий і дифузний перитоніт, відповідно у 6 і 15, місцевий перитоніт – у 21. У всіх хворих були виконані адекватні оперативні втручання.

Серед хворих з кровоточивою виразкою дванадцятипалої кишки висікання виразки було виконане у 10 пацієнтів, екстеріоризація виразки – у 5 і у 4 – резекція шлунку за Більрот-I або Гофмейстером-Фінстерером. Серед 10 хворих з виразкою шлунку у 8 була проведена резекція і у 2 – висікання виразки.

Серед 53 хворих з хворобою зрощень у 15 була виконана резекція великого чепця, у 3 – резекція тонкої кишки. У всіх пацієнтів після роз'єднання зрощень проведена пластика дефекту апоневрозу передньої черевної стінки, з них у 14 – за Сапежко, у 28 – за Мейо, у 10 – за методикою професора М.Д. Василюка і у 1 хворої – аллопластика поліпропіленовою сіткою. Обов'язковим етапом операції у всіх пацієнтів було широке висікання надлишку шкіри і підшкірної основи з метою усунення надфасціальної кишені та дренивання надфасціального простору поліхлорвініловою трубкою з активним відсмоктуванням.

Висновки. 1. Важливим заходом профілактики післяопераційних ускладнень і нагноєння рани є інтраопераційне довенне введення 1,5 г Зінацефу (цефуроксиму), який володіє вираженим антибактеріальним ефектом і широким спектром дії. 2. У хворих з великими дефектами апоневрозу передньої черевної стінки після пластики гризових воріт необхідно широко висікати надлишок шкіри і підшкірної основи для усунення надфасціальної кишені, де часто збирається раневий ексудат, який є причиною нагноєння. Надфасціальний простір слід дренивати активним дренажем.

Література

1. Стручков ВИ, Гостищев ВК, Стручков ЮВ. Руководство по гнойной хирургии. – М., 1984.
2. Ранние послеоперационные осложнения в неотложной хирургии: Республ. Сборник научных трудов. – М., 1987. – С. 134–136.

УДК 616.24-092:612.017.1

### **З.І. Витвицький**

## **АБСЦЕСИ ЛЕГЕНЬ І ЗМІНИ ФАКТОРІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ**

*Івано-Франківська державна медична академія*

Важливу роль в патогенезі абсцесу легені та ураженні функції печінки мають зміни імунологічної реактивності організму, які, в першу чергу, пов'язані з інтоксикацією організму, впливом бактеріальних і аутоімунних токсинів, що

виділяються з дистрофічне зміненої легеневої тканини та порушенням дихальної функції легень [1]. Вивченню вмісту різних класів імуноглобулінів при абсцесах легень присвячені багаточисленні роботи [2]. Проте проведені дослідження стосуються вивчення кількості імуноглобулінів тільки в сироватці крові, а отримані дані не дозволяють достатньо повно оцінити наявні зміни, оскільки градієнти величин є великими і часто знаходяться в межах фізіологічних показників.

Матеріали і методи. Нами комплексно обстежено і проліковано 194 хворих з абсцесами легень, з них у 156 (81,1 %) був гострий абсцес і у 38 хворих (18,9 %) – хронічний. Чоловіків було 161 (83,7 %), жінок – 33 (16,3 %), віком до 30 років було 15 пацієнтів (7,8 %), 31-40 – 38 (19,6 %), 41-50 – 65 (33,5 %), 51-60 років – 45 (23,2 %) і старші – 31 хворий (16 %). Двосторонні абсцеси – у 13 хворих (6,5 %), множинні односторонні – у 21 (10,8 %). В правій легені абсцес локалізувався у 98 пацієнтів (51 %), в лівій – у 60 (30,5 %) і у 36 (19,5 %) – в обох легенях.

У 54 хворих було вивчено якісний і кількісний вміст Ig G, Ig A, Ig M в фракціях сироваткового білка за методикою М.Д. Василюка [3]. Загальну кількість різних класів імуноглобулінів вивчали за Манчіні [4]. Контролем були показники 30 здорових людей різного віку і статі.

Результати дослідження та їх обговорення. Загальна кількість Ig G в сироватці крові за методом Манчіні становила  $13,25 \pm 26$  г/л. При вивченні Ig G в фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в ПААГ у хворих з абсцесами легень спостерігалось підвищення Ig G в крупнопористому гелі, де локалізуються імунні комплекси. У процесі лікування, і навіть при клінічному виздоровленні кількість імунних комплексів зростала.

Підвищення вмісту Ig G в цих фракціях пов'язане з подразненням імунокомпетентних В-клітин аутоантигенами з дистрофічне зміненої тканини легень. Ig G в фракціях 23-21 були знижені, а в окремих хворих — не визначались, що пов'язане з ослабленням імунної реактивності організму важким патологічним процесом і ендотоксикозом. В процесі лікування і, особливо — при призначенні імуномодулюючих і імуностимулюючих препаратів (таблетки флаванаболу, настойка ехінацеї або ін'єкції ербісолу) Ig G в наведених фракціях підвищувалися і з'являлися в фракціях з більшою електрофоретичною рухомістю.

Загальна кількість Ig A в сироватці крові була підвищеною і становила  $2,85 \pm 0,32$  г/л. В фракціях сироваткового білка диск-електрофореграми в ПААГ виявлялися імунні комплекси, які локалізувалися в крупнопористому гелі. В фізіологічних умовах IgA в крупнопористому гелі не виявляються. Утворення імунних комплексів пов'язане з переходом сироваткового Ig A в слизові оболонки бронхів з наступним утворенням секреторного Ig A. Останній вступає в імунологічні реакції з мікробними і аутоантигенами, утворюючи імунні комплекси, які знаходяться в секреті бронхів і частково всмоктуються в кров.

В процесі лікування вміст імунних комплексів в крупнопористому гелі знижувався, а при виздоровленні – не виявлявся. Слід відзначити, що з розвитком захворювання і в процесі лікування синтезуються Ig A з більшою електрофоретичною рухомістю. Характерні зміни наступали в фракціях IgM.

Оснoву лікування всіх хворих складала комплексна місцева і загальна антибіотикотерапія, яка включала застосування антисептичних розчинів та не менше двох антибіотиків широкого спектру дії з наступною корекцією антибактеріальної терапії залежно від результатів бактеріограми. В загальне лікування включали корекцію водно-електролітного та білкового обмінів, дезтоксикацію організму, покращення функціонального стану печінки, мікроциркуляції та реологічних властивостей крові, а в 36 хворих проводили імунокорекцію. У 23 хворих виконане дрeнування плевральної порожнини за Бюллау, а у 26 — абсцес дрeнували мікроіригатором з наступним промиванням порожнини антисептиками та антибіотиками. У 38 хворих гній з порожнини абсцесу евакуювали шляхом проведення повторних пункцій та санації бронхіального дерева за допомогою фібробронхоскопії. Радикальному оперативному лікуванню піддано 12 хворих. Всього померло 4 хворих (2 %), які мали важку супутню патологію та тотальне ураження патологічним процесом обох легень.

**Висновок.** Отримані результати вмісту Ig G, Ig A, Ig M в фракціях сироваткового білка та співставлення їх з клінічними проявами, додатковими методами дослідження дозволило доповнити і патогенетичне обґрунтувати методику комплексного консервативного хірургічного лікування, яке є пріоритетним при лікуванні абсцесів легень.

#### Література

1. Мягков И.И., Назар П.С. Хронический бронхит. — К.:3 доровье. — 1994.
2. Тернер Уорвик М. Иммунология легких. Пер. с английского. М.: Медицина. — 1982. — 336 с.
3. Василюк М.Д., Нейко Є.М., Шевчук А.Г. Ускладнені виразки шлунку та дванадцятипалої кишки. Івано-Франківськ.: Лік. — 1998. — 235 с.
4. Manchini G., Carbonare A.O., Haremans I.F. Immunochemical Quantitation of antigens by single radial diffusion // Immunochemistry. — 1965. -Vol. 2. — P. 235-254.

УДК 616-006.04-059:615.849.19.

**В.А. Привалов, А.В. Лаппа, Е.В. Кочнева, А.С. Аникина,  
М.В. Евневич, Е.В. Бахвалов, А.В. Решетников, И.Д. Залевский,  
Ю.В. Кемов**

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО СЕНСИБИЛИЗАТОРА «РАДАХЛОРИН»**

*Челябинская государственная медицинская академия,  
Челябинский государственный университет*

Вступление. Разработка новых фотосенсибилизаторов для ФДТ опухолей, характеризующихся повышенной туморотропностью и высокой эффективностью разрушения опухолевой ткани при лазерном облучении, является

актуальной. В последние годы основными субстратами для получения эффективных фотосенсибилизаторов (ФС) являются производные естественного фоточувствительного вещества хлорофилла. Среди разработанных в последнее время ФС лекарственные формы «Радахлорин» и «Радагель» имеют несомненный интерес. Доклиническое изучение фото динамической активности препарата «Радахлорин» было проведено в эксперименте на мышцах линии Balb/c с привитой в мышцу задней лапы эмбриокарциномы ТЗ6 в НИИ экспериментальной диагностики и терапии опухолей РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН РФ (А.В Решетников с соавт ,2000).

Материалы и методы. В клинике общей хирургии Челябинской государственной медицинской академии метод ФДТ с радахлорином применен у 60 пациентов добровольцев, в возрасте от 10 до 93 лет Все пациенты перед началом исследования были осведомлены об экспериментальном характере нового метода лечения и согласно протокола подписывали лист информированного согласия.

По морфологической характеристике наиболее многочисленную группу составили базалиомы с рецидивным или первично множественным характером опухолевого роста, рак нижней губы, меланома верхнего неба и гайморовой пазухи, рак молочной железы, рак щитовидной железы, рак прямой кишки, саркомы различных локализации.

Радахлорин вводился 51 больному внутривенно (1 мг/кг) либо в виде аппликации геля на кожу 10 пациентам. Быстрый пик аккумуляции в опухоли позволял начать облучение лазером через 1-2 часа после введения препарата В качестве лазерного источника применяли диодный лазер ML-662-SP с длиной волны 622 нм Использовали поверхностное облучение с открытого торца световода или через микролинзу, внутрислоежное, внутритканевое и сочетное (поверхностное и внутритканевое). Световая доза составляла от 100 до 300-400 Дж/см<sup>2</sup> Для облучения полых органов (пищевода, желудка, прямой кишки, холедоха и др.) использовались различные типы световодов с диффузорами.

Лечение проводилось под местной анестезией или внутривенным наркозом. При поверхностном облучении (рак кожи, нижней губы) обезболивания, как правило, не требовалось. Большинству пациентов проведен один курс фотодинамической терапии, повторные курсы – 9 Все пациенты до начала исследования тщательно обследовались. Лечение осуществлялось в клинике, и все больные после сеанса фотодинамической терапии в течение суток находились в затемненных палатах. Со второго дня световой режим был обычным, без каких либо ограничений.

Эффективность фотодинамической терапии оценивалась данными визуального, эндоскопического, рентгенологического, ультразвукового и цитоморфологического методов исследования Длительность наблюдения составила от 3 до 24 месяцев.

Результаты исследования и их обсуждение. Введение радахлорина не вызывало каких либо побочных явлений. Самочувствие больных оставалось стабильным. Через 20-60 минут после сеанса фотодинамической терапии

развивался отек окружающих тканей и яркая гиперемия кожи. Особенно выраженный отек отмечался на лице и волосистой части головы. Отек постепенно разрешался к 2-3 дню. В опухолях на 2-3 день развивался сухой некроз с четкой демаркационной линией между окружающей кожей и некротизированной тканью опухоли.

К концу первой недели локальные изменения отмечались только в зоне опухоли, которая представляла собой плотный струп черного цвета. Опухоли пищевода, желудка, гортани, слизистой полости рта были покрыты толстым слоем фибрина. Окружающие ткани полностью восстанавливали свой первоначальный вид к 5-7 дням.

Отторжение некрозов наступало через две-четыре недели с постепенным заживлением и эпителизацией участков на месте отторжения.

Результаты ФДТ оценивались следующим образом: полная регрессия опухоли, частичная регрессия (уменьшение опухоли на 5 %), отсутствие эффекта (уменьшение опухоли менее чем на 50 %).

Клиническое исследование показало высокую эффективность ФДТ с использованием радахлорина при лечении рака различных локализаций и меланомы. Полная регрессия опухоли достигнута у 29 из 32 больных раком кожи (91 %), в 9 % случаев отмечена частичная регрессия. У 6 больных ФДТ предпринималась для восстановления проходимости (реканализации) полого органа, у 2 больных — как этап предоперационной подготовки.

Несмотря на то, что у 7 больных полная регрессия опухоли не произошла, у 3 из них качество жизни значительно улучшилось, двум произведены радикальные операции, у 2 пациентов достигнута стабилизация опухолевого роста в течение 6-8 месяцев. Умерло 3 больных от диссеминации и роста метастазов при отсутствии локорегиональной прогрессии.

Судить об эффективности ФДТ опухолей из соединительных тканей из-за незначительного числа наблюдений не представляется возможным.

Полученные результаты являются предварительными, и все пациенты находятся под наблюдением.

Выводы. Клиническая апробация радахлорина — нового фотосенсибилизатора из группы водорастворимых тетрапиолов — свидетельствует о хороших фотофизических свойствах и высокой специфической активности его при лечении злокачественных новообразований.

**А.Д. Фаязов, С.И. Шукуров, Д.А. Джабриев, А.Б. Стамкулов,  
К. Бокиев**

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ОСТЕОНЕКРОЗОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА**

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,  
Республика Узбекистан*

Термические, посттравматические и электротермические остеонекрозы свода черепа, как правило, характеризуется обширными дефектами мягких покровов, затяжным течением, высокой опасностью развития гнойно-воспалительных внутричерепных осложнений. Изолированные ожоги свода черепа встречаются редко, обычно они сочетаются с обширными ожогами других областей.

Для определения тяжести поражения и выбора рациональной лечебной тактики важно оценить состояние костей на основании совокупности клинических признаков. Главным из них является характерный вид некротического струпа мягких тканей, его спаянность с костной тканью, обнажение кости, ее термические повреждения. Рентгенологически остеонекроз выявляется, как правило, не ранее 6-5-й недели после травмы и характеризуется повышением четкости контуров мертвевшей кости и появлением краевых узур, переходящих затем в демаркационную линию. Демаркационное воспаление губчатого вещества сопровождается разрушением его структуры и повышенной прозрачностью пространства между наружной и внутренней костными пластинками. При некрозе всей толщи кости линия демаркации формируется одновременно со стороны наружной и внутренней пластинок и выявляется более четко, чем при поражении только наружной пластинки.

Наш опыт лечения 22 пострадавших с остеонекрозами свода черепа показывает допустимость и перспективность раннего иссечения мертвевших мягких покровов и вмешательства на самой пораженной костной ткани в сроки через 2-3 недели после травмы. К этому времени более четко вырисовывается демаркационная линия между пораженной и здоровой тканями, в то же время еще не успевают развиваться гнойные осложнения. Обнаженная некротизированная кость без надкостницы является плохой основой для кожных трансплантатов, что обуславливает необходимость стимуляции образования грануляционной ткани над костной раной. Общепринятым является наложение множественных фрезевых отверстий на обнаженную кость, диаметром до 1,5 см каждое, равномерно, на одинаковом расстоянии (1,5-2,0 см) друг от друга. Глубина фрезевых отверстий определяется распространенностью остеонекроза и накладывается до появления капиллярного кровотечения. При поражении только наружной пластинки дно отверстий должно доходить до губчатого вещества костных структур, и от дальнейших активных

действий следует воздержаться. При гибели всей толщи кости ее просверливают до твердой мозговой оболочки.

При традиционной методике с выжидательной тактикой хирургическая обработка костной поверхности осуществляется в несколько этапов с ожиданием естественного самопроизвольного отторжения межфрезевых некротических тканей и последующего покрытия этих участков грануляциями, на что уходит несколько месяцев. В отличие от традиционных методов наложения фрезевых отверстий нами применен метод ранней (через 2-3 нед после получения травмы) одномоментной остеонекрэктомии на всей пораженной поверхности свода черепа, причем отверстия укладываются более тесно друг к другу. У наблюдаемых нами больных с обширными остеонекрозами костей свода черепа фрезевые отверстия накладывались на различную глубину костной ткани в 2 этапа. Через неделю из фрезевых отверстий разрастались грануляции, постепенно покрывающие кость. Не отторгнутые к этому моменту, но за счет разрыхления врастающей грануляционной тканью, межфрезевые костные перемычки удалялись механическим путем без технических трудностей и без значительного кровотечения. Тем самым достиглась ускоренная подготовка раневой поверхности к пластическому закрытию.

Таким образом, предлагаемая нами методика активного ведения больных с обширными остеонекрозами свода черепа является эффективным и обоснованным методом лечения, что позволяет значительно сократить сроки стационарного лечения и улучшить результаты хирургического лечения.

УДК: 616.24-089.87

**В.В. Яцків, О.В. Олексієнко, М.В. Яцків, В.П. Сливка,  
М.М. Хмелевський, І.В. Шкварковський, Ю.Д. Лук'ячук**

## **ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КУКСИ ГОЛОВНОГО БРОНХА ПІСЛЯ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ**

*Управління охорони здоров'я Чернівецької облдержадміністрації  
Обласна клінічна лікарня*

Неспроможність кукси головного бронха після пульмонектомії (НКГБ) – одна з актуальних проблем торакальної хірургії, про невирішеність якої свідчать високі цифри ( від 2,4% до 13,6%) ускладнень, незважаючи на більш як 90-річну історію вивчення вказаної патології.

Високий ризик виникнення НКГБ, труднощі лікування хворих після пульмонектомій нерідко являються вирішальними у встановленні показів до операцій, виборі адекватних об'ємів резекції легеневої тканини.

Проаналізовано результати лікування 52 хворих, яким проведені пульмонектомії з приводу раку легень – 48 пацієнтів, при хронічних неспецифічних

захворюваннях легень – 4 пацієнтів. Післяопераційні ускладнення – 7,6%, з них НКГБ – 5,77%. Померло троє хворих – 5,77%;

причиною смерті у двох випадках послужила НКГБ, прогресування гнійно-септичних ускладнень, поліорганна недостатність; у одному випадку-тромбемболія стовбура легеневої артерії, гостра серцево-судинна недостатність.

Кваліфікація торакальних хірургів, наявність сучасної діагностичної бази в області дозволили нам чітко визначати об'єм оперативних втручань, використовувати найбільш ефективні способи профілактики НКГБ: від додаткових ушивань кукси бронху за механічним швом, різних варіантів ручного шва з укріптям консервантами твердої мокової оболонки, дермато-, міо-, оментопластиком. Розроблено власний спосіб лапароскопічного формування пасма сальника для пластики кукси бронха, який захищений патентом (р.н.2001064194).

На жаль, жоден з приведених методів профілактики НКГБ, рівно, як і інші, за літературними даними, не можуть гарантувати від виникнення ускладнень. Різниця заключається тільки у частоті НКГБ.

Водночас, у нас визивали цікавість повідомлення про кращі результати лікування хворих з використанням більш скромного арсеналу профілактичних засобів НКГБ, аж до лігатурної перевязки кукси головного бронха після пульмонектомії.

Співставлення з результатами власної практики дозволило зробити нам основний висновок: результати успішної профілактики неспроможності кукси головного бронха після пульмонектомії залежать не стільки від виду шва, скільки від патогенетичне обґрунтованого об'єму операції.

Патогенез НКГБ обумовлений дією двох основних факторів: вираженістю патологічних змін ( специфічних, неспецифічних) бронхіального дерева, та регенеративними можливостями тканин організму. Кукса бронху заживає вторинним натягом за рахунок епітелізації лінії зрізу.

В практичній діяльності нами використовуються наступні підходи в підготовці та виконанні оперативних втручань- пульмонектомій:

- шов кукси головного бронха накладається в межах здорових тканин, для чого, при наявності інфільтрації проводиться одночасно з біопсією пухлини біопсія слизової оболонки для верифікації зони ураження; субопераційно проводиться, в сумнівних випадках, відбиток кукси бронху з цитологічним дослідженням на атипові клітини. Обов'язкова санація бронхіального дерева з визначанням чутливості до антибіотиків мікрофлори, ліквідація ендобронхіту;

- для формування короткої кукси головного бронху проводиться ізольована обробка легневих судин, у випадках перивазальної інфільтрації-внутрішньо-перикардіальна перевязка останніх;

- при неспецифічних патологічних процесах, травмах виділення кореня легені проводиться з гідропрепаровкою для формування лоскутів парієтальної плеври, які використовуються для плевризації кукси головного бронху;

- кукса повинна бути правильної форми, для чого пересічення головного бронху проводиться паралельно хрящевим кільцям;



- у випадках використання апаратів УО-60, УКЛ-60 виконується дозована компресія для запобігання роздавлювання бронха, що вимагає укріплення кукси окремими вузловим швами;

- при мобілізації головного бронха, видаленні клітковини межистіння, лімфовузлів максимально зберігаються бронхіальні артерії та їх гілки;

- кукса головного бронха потребує, у більшості випадків, ізоляції від плевральної порожнини, тобто укріплення, любим доступним способом, яким володіє хірург;

- заповнення плевральної порожнини проводиться у перші 5-6 днів після операції для попередження осумкувань. У випадках запального характеру ексудату (цитологічний, бактеріологічний аналіз) проводиться його заміна.

Опрацьована тактика дозволила нам покращити результати лікування хворих після пульмонектомій, знизити частоту ускладнень.

УДК 616.329-006.6-089.843-031:616.33

**Н.Н.Велигоцький, И.А.Винниченко, И.В.Тесленко**

## **ОДНОМОМЕНТНАЯ ЭЗОФАГОГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРИГРУДНЫХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА**

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
26 клиническая больница г.Харькова, Сумской онкодиспансер*

Эзофагопластика в настоящее время является наиболее оптимальным методом оперативного лечения онкозаболеваний пищевода на различных уровнях его внутригрудного отдела.

В отличие от толстокишечной или тонкокишечной пластики пищевода использование желудка в качестве трансплантата имеет ряд преимуществ, заключающихся прежде всего в сохранении естественной последовательности пассажа пищи по пищеварительной трубке, наложении лишь одного анастомоза (эзофагогастроанастомоз), меньшего числа возможных осложнений, восстановления удовлетворительной функции сформированного пищевода и резецированного желудка. Однако при выполнении эзофагогастропластики в случаях высокого расположения опухолей всегда возникают вопросы: достаточна ли длина желудочного трансплантата для замещения пищевода и не возникнет ли натяжение швов в зоне анастомоза с последующей их несостоятельностью?

Ограничение длины желудочного трансплантата обусловлено главным образом размерами малой кривизны желудка и фиксацией его в области пилоробульбарного перехода. Важной задачей при этом является максимальное использование размеров большой кривизны желудка, длины которой бывает достаточно для наложения анастомоза практически на любом уровне резекции пищевода.

Важным моментом является также максимальная мобилизация желудка в области фиксированного выходного отдела. С этой целью нами проводится максимальная мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру-Клермону с мобилизацией ее нижней горизонтальной ветви, частичной мобилизацией корня брыжейки тонкого кишечника, мобилизацией задней поверхности головки поджелудочной железы и созданием хорошей подвижности дуоденально-панкреатического комплекса. Оптимальным вариантом мобилизации является смещение пилоробульбарного перехода до проекции кардии, что может быть лимитировано, несмотря на хорошую мобилизацию, короткой длиной печеночно-двенадцатиперстной связки.

С целью максимального использования большой кривизны желудка для создания достаточной длины желудочного трансплантата нами разработан специальный метод его удлинения (патент Украины №30388А). Этот метод заключается в выкраивании трансплантата с помощью последовательно наложенных УО-60 4-6 танталовых швов вдоль большой кривизны желудка на расстоянии 4-5 см от ее наружного края. При этом с целью полного использования большой кривизны мы наносим в промежутках между танталовыми швами поперечные насечки серозно-мышечного слоя стенки желудка длиной по 1,5 – 2 см, а затем растягиваем стенку желудка по длине и зашиваем эти участки отдельными ручными швами. Такая методика позволяет дополнительно удлинять трансплантат на 3-4 см в каждом из промежутков между танталовыми швами, удлиняя его в общей сложности на 12-15 см.

В отличие от метода удлинения желудочного трансплантата по А.Ф.Черноусову, когда производится лишь один поперечный разрез длиной 2-2,5 см в пилорическом отделе со стороны малой кривизны до начала наложения аппаратных швов, по нашей методике этот разрез не выполняется и при этом сохраняются сосудистые ветви правой желудочной артерии, входящие в трансплантат со стороны пилорического отдела. Кроме того, нанося последовательно насечки между танталовыми швами, максимально используется вся длина большой кривизны желудка.

Применяя описанную методику, нами выполнено 114 операций при раке средне-грудного и верхне-грудного отделов пищевода. В большинстве случаев пищеводно-желудочный анастомоз накладывался на границе верхне- и средне-грудного отделов или в верхне-грудном отделе средостения. При этом в процессе мобилизации проводилась обязательная перевязка *v.azygos*. В 16 случаях анастомоз накладывался непосредственно под правым плевральным куполом, а в 7 случаях – на шее. Имели место 2 случая несостоятельности швов пищеводно-желудочного анастомоза, один из которых привел к летальному исходу, а второй закончился выздоровлением пациента. Столь небольшое число осложнений в виде несостоятельности швов анастомоза можно объяснить сохранением хорошего кровоснабжения желудочного трансплантата, применением прецизионной техники ручного шва и полным отсутствием натяжения швов в области соустья из-за хорошего запаса длины желудочного трансплантата.

При високої внутріплевральної езофагогастропластике ми закінчуємо операції подвійним дренированием правої плевральної порожнини в 11-й і VIII-й міжребер'ях по передньо- і задньо-підмишечним лініям. При цервикальних анастомозах обов'язково дренируємо резиновими випускниками глибоке клітчаточне простір шиї.

Функціональні результати сформованого по описаному способу інтраторакального шлунка достатньо хороші: число диспептичних ускладнень не перевищує 30%, демпінг-синдром легкої ступені відзначено у 22% хворих, мало місце помірного сповільнення руху їжі по внутрішньогрудному відділу з затримкою в абдоминальній частині шлунка, але, в цілому, якість життя подавляючого більшості пацієнтів хороша.

УДК: 616.24-006.6-08-036.8(477.84)

**Г.С. Мороз, Н.О. Загурська, В.В. Гуменюк, В.Й. П'ясецький,  
А.В. Яременко**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНЬ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського.  
Тернопільський обласний онкологічний диспансер*

Провести аналіз безпосередніх і віддалених результатів радикального і спеціального лікування хворих на рак легень в Тернопільській області.

Матеріал і методи. Проаналізовані результати в 140 хворих радикально оперованих і результати спеціального лікування хворих на рак легень за 1996-2001 роки.

Результати дослідження та їх обговорення: За даний період в ТОКОД поступило 3196 хворих на рак легень. В 1998 р. звичайний показник захворюваності на 100 тис. населення становив: чоловік – 87,1 випадків, жінок – 13,0; смертність: чоловік – 73,0, жінок – 9,1; стандартний показник захворюваності: чоловік – 65,0, жінок – 6,8; смертність: чоловік – 53,9, жінок – 4,7. Прооперовано всього 140 хворих (4,3 %). Проведено 42 розширені пневмонектомії з лімфаденектомією (у 5 хворих з внутрішньоперикардіальним перев'язуванням судин), 83 лоб- і білобектомії (у 9 хворих – органозберігаючі бронхопластичні операції), 15 сегментектомій і атипових крайових резекцій. Після операції померло 7 хворих (5,0 %). Охоплення спеціальним лікуванням у 1998 р. склало 33,0 % (в Україні – 32,3 %), показник летальності хворих на рак легень до року – 62,7 %, 5-річне виживання лікованих в I-II ст. – 28,8 %, нелікованих – 19,9 %; лікованих в III ст. – 12,7 %, нелікованих – 9,0 %; лікованих в IV ст. – 3,1 %, нелікованих – 2,4 %.

Висновки. 1. Протягом багатьох років показники охоплення спеціальним і радикальним лікуванням хворих на рак легень в Тернопільській області є стабільними – 33,0 % (1998 р.), в Україні – 32,3 %. 2. В практику торакального відділення ТОКОД впроваджені і продовжують удосконалюватися органозберігаючі бронхопластичні операції.

УДК: 616.329-006.6-08-036.8(477.84)

**В.І. Дрижак, В.В. Гуменюк, В.Й. П'ясецький, А.В. Яременко**

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК СТРАВОХОДУ ТА КАРДІАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського.  
Тернопільський облонкодиспансер*

Провести аналіз безпосередніх і віддалених результатів радикального і спеціального лікування хворих на рак стравоходу та кардіального відділу шлунка в Тернопільській області.

Матеріали і методи. Проаналізовані результати 35 хворих радикально оперованих і результати спеціального лікування хворих на рак стравоходу та кардіального відділу шлунка за 1996-2001 роки.

Результати дослідження та їх обговорення. За даний період в ТОКОД поступило 182 хворих на рак стравоходу та кардіального відділу шлунку. В 1998 р. звичайний показник захворюваності на 100 тис. населення: чол. – 8,14, жін. – 0,81; смертність: чол. – 4,81, жін. – 0,48; стандартний показник захворюваності: чол. – 5,88, жін. – 0,43; смертність: чол. – 3,48, жін. – 0,27. Прооперовано 35 хворих. Проведено 16 розширених гастректомій з лімфаденектомією, 10 операцій Люїса і 9 – Гарлока. Після операції померло 7 хворих (20,0 %).

Процент охоплення спеціальним лікуванням у 1998 р. становив 53,2 % (в Україні – 41,5 %). Показник летальності до 1-го року хворих на рак стравоходу, вперше зареєстрованих в 1998 році – 65,3 %.

5-річний показник виживання лікованих в I-II ст. – 11,4 %, нелікованих 9,3 %; лікованих в III ст. – 7,4 %, нелікованих – 4,0 %; лікованих в IV ст. 3,8 %, нелікованих – 2,5 %.

Висновки. Протягом багатьох років показники охоплення спеціальним і радикальним лікуванням хворих на рак стравоходу та кардіального відділу шлунка є стабільними – 53,2 % (в Україні – 41,5 %).

**Г. Гогилаидзе, З. Какабадзе, Б. Меликидзе**

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА УЧАСТКАХ ОДНО- И ДВУХРЯДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

*Грузинская государственная медицинская академия*

Успех операций на тонком и толстом кишечнике во многом зависит от метода создания межкишечного соустья. Между тем известно, что одним из частых и наиболее грозных осложнений, возникающих после его формирования, является несостоятельность швов, которая по сообщениям различных авторов (1,2,3,4,5) колеблется от 3-20% и от 25-50%. Особенно трудная ситуация наблюдается при формировании анастомоза у больных с острой кишечной непроходимостью, так как данная патология в независимости от ее патогенеза, характеризуется грубыми нарушениями мезентериального кровотока. Повреждение микроциркулярного русла кишки является тем пусковым механизмом, который включает сложную цепь патогенетических факторов. Выполнение резекции ишемизированной кишки в условиях скомпроментированного кровотока становится частой причиной несостоятельных кишечных швов, нередко вызывающей летальный исход.

Задачей данного исследования явилось изучение и сравнительная оценка гемодинамических показателей кровеносных сосудов на участке одно и двухрядных анастомозов.

За основу однорядного шва взят серозно-мышечно-подслизистый (по пирогову-Матешуку) с послойным сопоставлением сшиваемых тканей, а двухрядный шов накладывали общепринятым методом. Анастомозы выполняли по типу "конец в конец".

**Материалы и методы.** В качестве экспериментальных животных были избраны 36 беспородных собак обоего пола массой 18-20 кг. Все эксперименты проводились в условиях эндотрахеального этил-эфирного наркоза с управляемой вентиляцией легких.

Исследования проводились как на тонком, так и на толстом кишечнике. В качестве шовного материала использовали синтетические нити 4/0 (ЕТНІСкN) и хромированный кетгут размером 3/0.

Определение максимального, минимального артериального и венозного давления в интрамуральных сосудах перед и после формирования межкишечного анастомоза, проводили по методу М. З. Сигала и З.М. Сигала. Гемодинамические показатели определяли как на брыжеечном крае так и противобрыжеечном крае.

Результаты исследований и их обсуждение. Как показали исследования, артериальное давление снижается от брыжеечного к противобрыжеечному

краю кишки. Следовательно, градиенты давления  $\Delta P$  как в проксимальном, так и в дистальном отделе анастомоза, больше при однорядных анастомозах, чем при двухрядных ( $\Delta P_1$   $\Delta P_2$ ).

По общеизвестной формуле Гагена-Пуазейля, количество крови, протекающее на участках анастомозов в единицу времени для одно ( $Q_1$ ) и двухрядных ( $Q_2$ ) анастомозах будет равна:

$$Q_1 = \frac{\Delta P_1}{l} \frac{\pi R^2}{8\eta}$$

$$Q_2 = \frac{\Delta P_2}{l} \frac{\pi R^2}{8\eta}$$

где,  $l$  – длина кровеносных сосудов и оно не меняется,  $\eta$  – коэффициент вязкости крови,  $\pi = 3,14$ .

Следовательно,  $Q_1$   $Q_2$  т.е. Количество крови, протекающее на участках анастомозов в единицу времени, при однорядных анастомозах больше, чем при двухрядных анастомозах.

Выводы: Как показали исследования, в интрамуральных сосудах артериальное давление уменьшается от брыжеечного края в сторону противобрыжеечного края кишки. Количество крови, протекающее к участкам анастомоза в единицу времени, при однорядных анастомозах больше, чем при двухрядных анастомозах.

УДК 616.65-007.61-006.03-089.87

**В.В. Твердохліб, А.І. Мисак**

## **КОМБІНАЦІЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЮ ВАПОРИЗАЦІЄЮ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського*

Вступ. Доброякісна гіперплазія передміхурової залози (ДГПЗ) є одним із найнайпоширеніших захворювань чоловіків похилого віку. Близько половини їх у віці понад 65 років відзначають обструктивні симптоми, третина хворих зазнає оперативного втручання з приводу ДГПЗ.

На сьогодні серед численних хірургічних способів лікування ДГПЗ, за даними зведених міжнародних статистик, є найбільш ефективною і найчастіше застосовується трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). Вдосконалення резектоскопа для трансуретральної резекції, впровадження електровапоризації дало змогу розширити показання до ендоскопічних оперативних втручань при ДГПЗ.

Матеріали і методи. Дослідження ґрунтується на вивченні результатів хірургічного лікування 46 хворих ДГПЗ, які перебували на лікуванні у відділенні малоінвазивної хірургії Тернопільської обласної клінічної лікарні. Вік хворих варіював від 56 до 81 року. У 42 пацієнтів була діагностована II стадія, у 4-III стадія захворювання. У передопераційному періоді хворі підлягали комплексному клінічному обстеженню, в яке входило, поряд з вивченням скарг і анамнезу захворювання, визначення якості життя хворого (L) і ступеня інфравезикальної обструкції згідно з IPSS, визначення об'єму залишкової сечі (RV) і об'єму простати за допо-могою сонографічного методу (для наших хворих становив від 25 до 76 см), пальцеве ректальне обстеження, максимальної швидкості сечі (Q max), цистоскопію та урографію за показаннями.

Всім хворим виконано ТУРПЗ в поєднанні з трансуретральною вапоризацією передміхурової залози (ТУВПЗ). Оперативні втручання виконувались під епідуральною анестезією резектоскопом діаметром 24 F2 фірми "Karl Storz" з використанням вапартродів (роликкових, шипуватих).

Електродіатетрія проводилась в операційному режимі при потужності 100-250 W. Для іригації застосовували 5 % розчин глюкози. При ДГПЗ об'ємом до 40 см застосовували резекцію за методикою Vames, при об'ємі більше 40 см<sup>3</sup> – Alock і Frocks. Ефект хірургічного лікування оцінювали через 1 та 3 місяці після операцій.

Результати дослідження і їх обговорення. 1) RV до операції ( $86,7 \pm 24,8$ ) мл; через 1 місяць після операції ( $36,2 \pm 12,9$ ) мл; через 3 місяці ( $28,4 \pm 11,7$ ) мл.

2) Q max до операції – ( $8,2 \pm 2,4$ ) мл/с; через 1 місяць після операції ( $13,2 \pm 2,7$ ) мл/с; через 3 місяці – ( $16,9 \pm 3,1$ ) мл/с.

3) Середня тривалість операції – 52,4 хвилини.

4) IPSS до операції –  $22,4 \pm 3,8$ ; через 1 місяць після Операції –  $12,4 \pm 2,2$ ; через 3 місяці –  $9,4 \pm 2,2$ .

5) L до операції –  $4,6 \pm 1,2$ ; через 1 місяць після операції –  $2,8 \pm 1,3$ ; через 3 місяці –  $1,9 \pm 1,7$

6) Гематокрит до операції – ( $43,2 \pm 2,8$ ) мл/дл; через 24 години після операції – ( $41,4 \pm 3,1$ ) мл/дл;

7) ТУР-синдром розвинувся в одному випадку.

8) Тривалість післяопераційної катетеризації становила в середньому ( $24,2 \pm 5,6$ ) год у всіх хворих відновлено самостійне сечовиділення.

У хворих (6,5 %) спостерігалос часткове неутримання сечі, яке після медикаментозного та фізіотерапевтичного лікування вдалося купувати. У 4 (8,7 %) – в післяопераційному періоді виникла гематурія, яка була зупинена консервативно.

Висновок. Отримані результати дослідження підтверджують, що поєднання ТУРПЗ з ТУВПЗ в лікуванні хворих з ДГПЗ дозволяє скоротити час операції, знизивши інтраопераційну кровотечу, абсорбцію іригаційної рідини, дозволяє проводити ТУР при об'ємах ДГПЗ більше 60 см<sup>3</sup> що розширює покази до оперативного втручання з меншим ризиком самої операції.

**М.М. Багіров, М.М. Гурмак****ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ТА ЇХ  
ПРОФІЛАКТИКА ПРИ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ***Київська міська клінічна лікарня № 17*

Після пульмонектомії на місці легені залишається велика порожнина геміторакаса, яка поступово організується в фіброторакс. Формування фіброторакса починається в деяких хворих з 20-ої доби і завершується до року та більше. Фіброторакс формується за рахунок утворення сполучної тканини з плеврального ексудата багатого на білок і в меншій мірі завдяки проліферації тканин плеври. Цей процес може проходити довше при інфікуванні залишкової порожнини. Поступово зменшується об'єм плевральної порожнини, що призводить до западання та деформації грудної клітки в тій чи іншій мірі і супроводжується сколіозом грудного відділу хребта з вигином в сторону операції. Діафрагма зміщується вгору, органи черевної порожнини поступово зміщуються в грудну клітку. При правобічній пульмонектомії печінка зміщується вгору, підтягується пілоричний відділ шлунку, що веде до затримування їжі. При лівобічній пульмонектомії шлунок зміщується вгору і вліво, що прискорює проходження їжі з шлунку. Органи межистіння поступово зміщуються в сторону операції.

Легенева паренхіма перерозтягується спочатку за рахунок відкриття фізіологічних ателектазів, хоча це призводить до емфіземи, що проявляється збільшенням об'єму легені в тому числі і в медіальному напрямі, а це є нерідко причиною медіастінальної кири. В бронхіальній куксі до 7 доби в місцях швів виражені некротичні процеси з набряком і крововиливами, що спричинено травмою та ішемією. На 2 тижні відновлюється епітеліальна вистілка, формується молода грануляційна тканина. На 14 добу майже повне відновлення епітеліальної вистілки з появою багатошаруватості частково ворсинок. До 30 дб формується рубцева тканина, повне відновлення безперервності епітеліальної вистілки з наявністю багаторядності. В процесі загоєння кукси бронха беруть участь одночасно всі його стінки.

Ускладнення після пульмонектомії діляться на: ранні – до 5-7 днів, пізні – з 2-ого тижня і віддалені після виписки. Вони можуть бути обумовлені: 1). Неповним обстеженням та неадекватною доопераційною підготовкою (пропущені супутні захворювання, функціональні порушення з боку інших органів, недооцінка протяжності захворювання). В доопераційному періоді потрібно правильно оцінити: стан бронхіального дерева (наявність гнійного бронхіту потребує неодноразових промивань антисептиком з введенням антибіотика ендобронхіальне в до та післяопераційному періодах, при туберкульозному бронхіті застосування протитуберкульозного лікування, ендоскопічна оцінка



операбельності при раку легень), наявність патології в здоровій легені (емфізема легень, обструктивні захворювання легень, ЖЕЛ менше 45-50 %) можуть призвести в післяопераційному періоді до легеневої недостатності. Супутні захворювання: зі сторони серцево-судинної системи – гіпертонічна хвороба, аритмії, наявність в анамнезі інфаркту міокарда потребують до та післяопераційного лікування кардіологом та правильної оцінки перенесення операції, щоб уникнути декомпенсації серцевої діяльності; зі сторони ШКТ при наявності клініки, анамнезу виразкової хвороби шлунку, та дванадцятипалої кишки обов'язково проводиться ФЕГС та призначається противиразкова терапія протягом всього лікування; особлива увага приділяється наявності варикозу вен ніг, які служать депо тромбоутворювання, профілактика ТЕЛА проводиться призначенням антиагрегантів, антикоагулянтів прямої та непрямой дії всім після 40 років та в хворих з групи ризику застосовується тут бандажування ніг. 2). Під час операції ускладнення зв'язані з: а) з проведенням наркоз (потребує високої кваліфікації анестезіолога як під час операції, так і в ранньому післяопераційному періоді); б) технічними помилками хірурга (зайва травматизація, розкриття гнійника чи патологічного вогнища, ошкодження стравоходу, кровотеча з легневих судин та неадекватна зупинка, перев'язка та пошкодження ВПВ, стовбура ЛА, пошкодження серця, підключичевої артерії, залишення частини легені, інфікування плевральної порожнини, недотримання правил ушивання судин та головного бронха, неадекватне дренивання плевральної порожнини). 3). Ускладнення обумовлені помилками ведення післяопераційного періоду (порушення принципів лікування, несвоєчасне виявлення початкових ознак ускладнень та порушення ліжкового режиму самим хворим). 4). Ускладнення, які виникають після виписки хворих (великі фізнавантаження, зловживання спиртним, прогресування хвороби, неадекватне лікування супутніх захворювань).

За 11 років (1990-2000) нами проаналізовано результати 407 пульмонектомій, що складає 15 % від усіх торакальних операцій зроблених в клініці з приводу: злоякісних пухлин 379 (93 %), туберкульозу 7, хронічні абсцеси та гангрені 6, гіпоплазії легень 15 та ін. Сюди входять 29 (7,1 %) пластичних пульмонектомій (15 правобічних з клиноподібною резекцією біфуркації трахеї, 7 правобічних з циркулярною резекцією трахеї і анастомозом кінець в кінець (Grindlay), 5 лівобічних з циркулярною резекцією біфуркації трахеї і анастомозом трахеї з лівим головним бронхом кінець в кінець). Вік хворих склав: до 40 р (9,9 %), від 40 до 50 р (19,9 %), від 50 до 60 р (44,9 %), від 60 до 70 р. і більше (25,3 %). За останні роки значно збільшилась кількість прооперованих після 60 років. Найстарший пацієнт переніс правосторонню пульмонектомію в 78-річному віці, рік після операції стан хворого задовільний.

У 36 хв. (8,8 %) спостерігались післяопераційні ускладнення. Недостатність бронхіальної кукуси 8 хв. (1,9 %), порівняно з показниками інших клінік (1) 4-25 %; (2) 2,3-6 %; (6) 1,2-11,2 %; (3) 2,8-24,3 %. Для загоєння рани кукуси первинним натягом потрібні такі умови: загальний вік хворих, регенеративні можливості організму, імунологічна опірність інфекції, уникнення усклад-

нення клінічного протікання, супутніх захворювань та достатня доопераційна підготовка; місцеві умови (5) зміни бронха на рівні пересікання, кровопостачання стінок бронха, регідність країв бронха, їх спів ставлення, метод ушивання кукси, інфікування. При закритті кукси потрібно: дотримуватися асептичності рани, підготовляти до операції бронхіальне дерево з урахуванням патологічних змін стіни бронха таких як ракова інфільтрація, гнійний ендобронхіт, дистрофічні зміни, надмірне відкладення солей, максимальне збереження кровопостачання стінок і країв бронха, недопускання технічних помилок під час ушивання бронха (неповне прошивання бронха, чи надмірне стиснення браншів апар. УКД, УО,УС, не перпендикулярне накладення до хрящів апарата, негерметичне накладення шва та недопускання сильного патяжінбля країв рани бронха при ручному ушиванні, травматичні розриви мембрани, залишення довгої кукси бронха, прорізування шовного матеріалу). В нашій клініці віддається перевага механічному ушиванню бронха з допомогою УО-40. У 67 хв. (17,7 %) лівий головний бронх ушивався тільки з допомогою апарата УО-40; 143 хв. (37,8 %) УО-40 та додатково в ручну по Сюїту, або “П” подібними швами, нитка монофіламент-моноліт, вісгуг-3:0, тахон. Правий головний бронх ушивався у 6 хв. (1,5 %) апар. УО-40, в усіх інших випадках бронх ушивався апар. УО-40 і додатково по Сюїту або “П” подібними швами. Незалежно від сторони операції, але частіше при правосторонній пульмонекомії провадилась додатково плевризація кукси медіастінальною плеврою або лоскутом перикарда на ніжці. Із 8 хв. з недостатністю бронхіальної кукси з приводу раку легені 2 випадки спостерігались зліва. Причиною стали технічні помилки, в одному випадку апарат накладений косо, що призвело до надмірного натягу мембрани кукси, в іншому залишено довгу куксу бронха. Їм проведено повторні операції: рerezекція Суголовного бронха; клиновидна резекція трахеї. Із 6-ти випадків справа 2 після верхньої лобектомії за типом пульмонекомії; 3 після пульмонекомії; 1 після клиноподібної резекції трахеї з пульмонекомією. 3 хв зроблено повторні операції: клиноподібна резекція трахеї, циркулярна резекція трахеї, в одному випадку при наявності мікронориці проводилась електрохіміо-коагуляція країв нориці. 2 хв. померли (після верхньої лобектомії за типом пульмонекомії ТЕЛА; та пульмонекомії в 72 р. хв. ЛСН, реторакотомії їм не проводились).

Внутріплевральна кровотеча спостерігалась в 9 хв.(2,2 %): 7 хв. виконано реторакотомію, зупинку кровотечі (хоча частіше причина кровотечі не знайдена) ліквідація згорнутого гемоторакса, 2 хв. померли від внутріплевральної кровотечі, в одного злетіла лігатура з легеневої артерії, в іншого кровотеча на фоні коагулопатії при цирозі печінки.

Емпієма плеври спостерігалась у 15 хв. (3,6 %): в 10 хв. емпієма ліквідована з допомогою дренивання плевральної порожнини двома мікрокатетерами, проточним промиванням антисептиками та антибіотиками по закритій методіці, в 3 хв. проводилось полідренування за Бюлау, з багаторазовим проточним промиванням антисептиком, в 1 хв. з мікронорицею на фоні променевої терапії,

проведено електрохімікоагуляцію країв нориці, полідренування плевральної порожнини, проточне промивання антисептиком, результати задовільні, 1 хв. помер після правосторонньої пульмонектомії в 72 р. віці від ракової інтоксикації та супутньої серцевої патології.

Пневмонія єдиної легені спостерігалась у 4 хв., після проведеної антибіотикотерапії та санаційних ФБС результати задовільні.

Післяопераційна смертність склала 3,9 %. (16 хв.): ТЕЛА 1,4 % (6 хв.), ЛСН 1,9 % (8 хв.), внутріплевральна кровотеча 2 хв.

Таким чином ускладнення при пульмонектомії залежать в першу чергу від обстеження хворого, достовірного визначення перенесення операції, недопущення помилок під час операції та правильного ведення післяопераційного періоду.

#### Література

1. Кариев Т.М., Хабибулаев Т., Алиев Ш.Т. Повторные операции при бронхиальных свищах после пульмонэктомии // Клинич. хирургия. – 1985. – № 10. – С. 5-7.
2. Левашов Ю.Н., Егоров В.И., Молодцова В.П. Консервативное лечение послеоперационных дефектов культи бронхов // Вестн. Хирург. – 1988. № 7. – С. 76-80.
3. Муромский Ю.А., Бинецкий Э.С., Прищепо М.И. Укрепление задней стенки культи бронха с помощью тefлоновой ткани при резекциях легких // Хирургия. – 1986. – № 1. – С. 85-90.
4. Сербиненко Г.Н., Солодковский М.Л., Чумаченко Г.А. Клиническая характеристика состояния пациентов в отдаленный период после пульмонэктомии. Туберкулез: Респуб. межвед. сб. – К. 1992. – С. 17-18.
5. Филипов В.П., Софроний С.В. Бронхоскопический контроль-за динамикой заявления культи бронха после пульмонэктомии // Трудная хирургия. – 1980. – № 5. – С. 10-13.
6. Hirota N.Yanai N. Bronhopleural fistula following the use of automatic stapling devices for lung cancer // Japanese Journal of Thoracic Surgery. 48 (12): 1016-8,1995.
7. Grunenwald K. Spaggiari L. Technique for early bronchopleural fistula repair after lung resection // Annals of Thoracic Surgery. 63(4): 1214-5, 1997 Apr.

УДК 616.65-007.61-006.03-089.87

**Кунсулу Каляева, Татьяна Шинкарева,  
Маргарита Карунникова, Татьяна Ботова**

## **СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ ФРАКЦИИ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ**

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. Марата  
Оспанова, г. Актобе, Республика Казахстан*

Среднемолекулярные пептиды СМП являются вторичными эндогенными токсинами пептидной природы, появление их связано с активацией протеолитических ферментов крови и нарушением экскреторной функции почек. Пул СМП помимо компонентов пептидной природы включает в себя производные

олгоспиртов, глюкоуронової кислоти, деякі гормони, ліпиди і інші сполуки, всього більше 30 різних біологічно активних сполук. Накоплення СМП в кровоносній руслі, рідких середовищах організму або тканинах, викликає ряд патологічних ефектів на молекулярному, клітинному і органічному рівнях і сприяють розвитку гемодинамічних розладів, анемію і др. Метою дослідження було вивчення вмісту ліпідів фракції СМП при пульмонектомії.

Експерименти проведені на 24 собаках середньої масою 12 кг. Експериментальні тварини були розділені на 2 групи. Перша група – контроль. Тваринам другої групи проводили лівосторонню пульмонектомію. Депротейнізовану сироватку крові екстрагували сумішшю хлороформ – метанол в співвідношенні 2:1. Методом тонкослойної хроматографії на “Silufol – UV – 254” в алколюючій системі петролейний ефір – діетиловий ефір – педяна уксусна кислота (85:15:1) і виявлення хроматограм парами йода визначали рівень ліпідів.

Результати дослідження показали, що при пульмонектомії рівень ліпідів фракції СМП з 1 по 7 днів експерименту зростає. На 7-е дні відмічався максимальний підйом на 95% порівняно з контролем. Починаючи з 15-х днів реєструвалося зниження вмісту ліпідів СМП, однак, достовірність з контролем зберігалася до кінця експерименту. Отже, при пульмонектомії зростає не тільки загальний рівень фракції СМП, але і окремі компоненти, зокрема, ліпиди, що її складають.

УДК 617.51-001-089

**С.Ф. Кошак, О.В. Біляк, М.В. Шило, О.С. Петришин,  
Ю.І. Король, Т.М. Мокрий**

## **ЗАКРИТА ТРАВМА ГРУДНОЇ КЛІТКИ**

*Львівський обласний фтизіопульмонологічний центр*

На лікуванні в ЛОФПЦ з 1998-2002 рр. перебувало 326 хворих з закритою травмою грудної клітки. Чоловіків було 301, жінок – 25. Вік пацієнтів від 15 до 76 років. Характер ізольованих пошкоджень (275 хворих, 87 %): множинні переломи ребер – у 259 пацієнтів, пневмоторакс – у 179, в т.ч. напружений – у 38, гемоторакс – у 167 (46 %), перелом грудини – у 4, двобічні переломи ребер з флотацією – у 12, двобічний гемоторакс – у 12.

Поєднана травма грудної клітки виявлена у 51 пацієнта (13 %): з закритою черепно-мозговою травмою – у 18, з розривом лівого склепіння діафрагми – у 12, перикарду – у 1, селезінки – у 8, з переломами ключиці – у 4, лопатки – у 2, кінцівок – у 6.

Діагностика полягала в клінічному, рентгенологічному, торакоскопичному, бронхологічному, сонографічному, бактеріологічному обстеженнях.

Хірургічне лікування проведено на фоні протишокової терапії у 258 хворих (79%). Дренування плевральної порожнини виконано у 96 хворих, торакоскопія – у 162, в т.ч, з видаленням гемотораксу – у 62, дренування межистіння – у 22, ушивання груднини ніхромом – у 3, екстраплевральна фіксація флотації грудної стінки спицями та шинами – у 4, торакотомія з видаленням згорнутого гемотораксу, декортикації легені – у 21, зашивання розривів діафрагми – у 12, перикарду – у 1, спленектомія – у 6, ушивання селезінки – у 2.

Померло двоє чоловіків після дренування плевральної порожнини: один, 76 років – від серцево-судинної недостатності; другий, 42 років – від мозкової коми в результаті гематоми мозку.

УДК 616.65-007.61-006.03-089.87

**С.Ф. Кошак, О.В. Біляк, М.В. Шило, О.С. Петришин**

## **ЕМПІЄМА ПЛЕВРИ: КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ**

*Львівський обласний фтизіопульмонологічний центр*

З 1998 по 2002 рік на стаціонарі перебувало 426 хворих з емпіємою плеври у віці від 18 до 82 років. Чоловіків було 390, жінок – 36. Причини емпієми плеври: абсцедуюча пневмонія з бронхоплевральною корицею у 309 пацієнтів (72, 1 %), ексудативний плеврит – у 88 (21, 4 %), нагноєнням гемотораксу після закритої травми грудної клітки – у 19 (4,4 % після резекцій легень – у 10 (2,1 %).

Діагностика полягала в клініко-рентгенологічному, бронхологічному, торакоскопічному, бактеріологічному та імунологічному обстеженнях.

Лікування хворих полягало в проведенні операції дренування плевральної порожнини під місцевою анестезією. У 45 пацієнтів проводилось полідренування багатокамерних емпієм плеври, у 62 – активна аспірація, в тому числі у 36 – проточне зрошення антисептиками. При неефективності дренуючих операцій через 2-4 місяці у 8 пацієнтів виконано атипіві резекції декортикації легень з плевректоміями, у двох – торакопластики з хорошими результатами.

Після лікування померло 44 хворих. Причини смертності: поліорганна недостатність – у 19 пацієнтів, в тому числі у 2 з ВІЛ інфекцією, гангрена легені – у 14, внутрішньоплевральна і легенева кровотеча – у 2.

Найефективнішим в нашій практиці виявилось застосування внутрішньовенного пеніциліну в дозах 10-20 млн. на добу, метронідазолу, ципрофлоксацину, офлоксацину, тіотріазоліну, у 20 пацієнтів доповнене курсом оксигаротерапії.

Імунологічне обстеження, проведене у 46 хворих, характеризувалось депресією показників клітинного імунітету – зниженням кількості (Е – РУК) та пригніченням функціональної активності Т-лімфоцитів (РБТЛ з ФГА), значним

зростанням показників гуморального імунітету – різким зростанням циркулюючих імунних комплексів (ЦК), імуноглобуліну Е (ІЕ) та вмісту мікробних антитіл до найпоширеніших збудників. Після проведеного лікування виявлено підвищення РБГЛ з ФГА і Е – РУК, зниження рівня ЦК, і Е і мікробних антитіл

УДК 617.51-001-089

**Ю.Д. Кошак, І.Т. П'ятночка**

## **ДІАГНОСТИКА ПОЄДНАНОГО РАКУ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**

*Тернопільський обласний протитуберкульозний диспансер*

На стацілікуванні перебувало 286 хворих на рак легень. Поєднання з туберкульозом легень спостерігалось у 142 пацієнтів. Здебільшого це були чоловіки (80,2 %/ у віці від 18 до 77 років. У 78 хворих (54,9 %) рак легень поєднувався з активним туберкульозом: у 28 випадках відмічена інфільтративна форма, у 21 – вогнищева, у 13 – дисемінована, у 6 – фібрознокавернозний, у 1 – циротичний туберкульоз, у 2 – туберкулома. Мікобактерії туберкульозу виявлено в 61 пацієнта (79 %). При неактивному туберкульозі рак легень діагностовано у 64 хворих (45,1 %). Центральна форма раку легень була у 79,6 %, периферична – у 18,4 %, канцероматоз – у 2 % випадків.

Клінічна симптоматика поєднаних уражень визначалася злоякісним процесом, а не туберкульозом легень. В перший місяць з появою симптомів туберкульозу легень виявлено 48 % хворих, від 1 до 3 місяців – 28 %. Рак легень до місяця діагностовано у 10,2 % випадків, від 1 до 6 місяців – у 29 %.

У хворих з пухлинами легень спостерігались: довготривалий біль в грудній клітці на боці ураження 1 за ходом великих трубчастих кісток (25,9 %), кровохаркання, задишка при навантаженні і спокої, що не співпадало з поширеністю процесу, частіше гектична температура. При центральному раку легень симптоматика була значно більше виражена, ніж при периферичному.

В плані діагностики поєднаних уражень найбільш інформативним був рентгенологічний метод. Пухлина частіше локалізувалась в правій легені (56 %), у верхніх частках – в 69 % випадків, частіше в 2-3 сегментах, а зліва – в 18 % спостережень в 10 сегменті. При активному туберкульозі легені пухлина знаходилась в тій же легені, частіше в сегменті поблизу або в зоні специфічного процесу. В протилежній легені рак виявлено в 30 % випадків. При неактивному туберкульозі пухлина виявлена на боці ураження в 63 % випадків. Порожниста форма раку легень встановлена в 16,5 % спостережень. Порожнини мали товсті бухтоподібні внутрішні стінки, часто з рівнем рідини. Ателектаз частки або сегменту спостерігали у 36,8 % хворих, звуження бронхів – в 29,3 %.

Фібробронхоскопії проведені у 86 хворих з поєднаними ураженнями. Прямі ознаки пухлини виявлені у 49 % обстежених, непрямі – у 29 %, ендобронхіти

специфічного та неспецифічного характеру – у 34 % випадків. Лише 7 % хворих не мали патологічних змін в бронхіальному дереві.

Цитологічне дослідження харкотиння проведене всім хворим. У 61,3 % пацієнтів виявлено ракові клітини, в 67,1 % – мікрогеморагію, в 48,8 % – метapлазію епітелію. Браш-біопсія з бронхів в 78 % виявила ракові клітини. Найбільш результативним стало дослідження харкотиння після бронхоскопії 5-10 разів, особливо з використанням ацетилцистеїну, карбоцистеїну в поєднанні з вібромасажем грудної клітки.

За нашими даними рак у хворих на активний туберкульоз спостерігається в 3 рази, а у осіб з неактивними специфічними змінами в 6 разів частіше, ніж серед населення взагалі.

УДК 617.51-001-089

**С.П. Галич, Н.Ф. Дрюк**

## **МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЛОЖНЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины (г. Киев)*

Хирургическое лечение больных с обширными дефектами тканей области головы и шеи представляет собой сложную задачу. С одной стороны это обусловлено функциональной значимостью этих зон с наличием жизненно важных образований, крупных магистральных сосудов, нервных стволов и сплетений, а с другой стороны расширенные оперативные вмешательства в этих зонах требуют от хирурга овладения навыками сосудистой хирургии, микрохирургии и пластической хирургии. При обширных глубоких поражениях результаты традиционных методов хирургического лечения (аутодермопластика, филатовский стебель и др.) не могут быть признаны удовлетворительными. Между тем своевременное закрытие тканевых дефектов области головы и шеи полноценными тканями с автономным кровоснабжением позволяет предотвратить тяжелые осложнения, а иногда спасти жизнь пострадавшему.

Мы располагаем опытом свободной микрохирургической пересадки и транспозиции сложно-составных лоскутов у 41 пострадавшего с обширными посттравматическими дефектами, глубокими ожогами и рубцовыми трансформациями тканей в области головы и шеи. Термические ожоги и послеожоговые рубцовые трансформации отмечены у 32 пострадавших: в 3 случаях наблюдали контактный термический ожог лицевой части черепа с повреждением содержимого глазницы, верхней челюсти и крыльев носа; у 6 пострадавших отмечен термический и электроожог теменной и затылочной областей); термический

ожог у 7 и электроожог у 3 пациентов; у 13 пострадавших отмечена рубцовая трансформация с приводящей контрактурой шеи.

У 9 пациентов отмечены посттравматические дефекты тканей головы, причем у 3 обширные скальпированные раны теменной и затылочной области вследствие укуса собаки. У 12 пациентов гнойно-некротический дефект тканей головы сочетался с некрозом кортикальной пластинки свода черепа. Возраст пациентов варьировал от 7 до 60 лет. Площадь пораженных тканей составляла до 300 см кв.

Тактика хирургического лечения и выбор трансплантата определялись дифференцированно с учетом локализации дефекта повреждения глубоких структур и особенностей раневого процесса. У больных с дефектами тканей и рубцовой деформацией шеи устраняли контрактуру с радикальным иссечением нежизнеспособных и рубцово измененных тканей и транспозицией сложно-составных лоскутов на питающей сосудистой ножке из смежных областей. У 7 пациентов с этой целью использовали кожно-фасциальный лоскут боковой поверхности грудной клетки, а у 13 применили лоскут широчайшей мышцы спины (ЛШМС). Размещение в реципиентной зоне васкуляризированного комплекса тканей создавало оптимальные условия для восстановления функции глубоких анатомических структур, обеспечивало хороший и удовлетворительный функциональный и косметический результат операции.

Особую трудность представляло лечение больных с обширными дефектами головы. Во всех случаях добиться закрытия всего имеющегося дефекта с помощью транспозиции лоскута не представлялось возможным и выполнялась свободная пересадка лоскута или двух лоскутов на одной питающей ножке. В двух случаях у пациентов с поражением лицевой части черепа использовали на одной питающей артерии ЛШМС и фрагмент передней зубчатой мышцы. Одному больному с дефектом теменной и затылочной областей вследствие электроожога выполнена пересадка полилоскута с включением в его состав ЛШМС, кожно-фасциального лоскута боковой поверхности грудной клетки и фрагмента передней зубчатой мышцы. В двух случаях для анастомозирования использовались лицевая артерия и вена, а в остальных случаях височные сосуды.

Для повышения жизнеспособности пересаживаемых трансплантатов при пересадке полилоскутов операции выполняли в два этапа. На первом этапе формировали и поднимали лоскут в донорской зоне, полностью выделяя его из окружающих тканей без пересечения его сосудистой ножки. На втором этапе (2-3 сутки) после радикального удаления измененных тканей в реципиентной зоне осуществляли свободную пересадку выделенного комплекса. Это позволило снизить травматичность всей операции, сократить ее продолжительность, избежать излишней кровопотери, а также улучшить и более объективно оценить кровообращение в периферических отделах трансплантата во время операции.

В раннем послеоперационном периоде у 3 больных возник артериальный тромбоз анастомоза, а у 2 венозный. Все тромбозы были своевременно диаг-



ностированы и выполнена тромбэктомия с реанастомозированием. В послеоперационном периоде некротические осложнения различной степени отмечены у 4 пациентов, причем в 2 случаях в дальнейшем потребовалась кожная пластика.

У 37 пациентов в отдаленном периоде получен хороший и удовлетворительный косметический результат операции. В целом же необходимо отметить, что транспозиция и свободная микрохирургическая пересадка сложных комплексов тканей во всех случаях позволили добиться главной цели операции – купировать гнойно-некротический процесс, устранить рубцовую контрактуру, закрыть имеющийся тканевой дефект и предотвратить возможные тяжелые осложнения.

УДК 618.12-089.844

**И. А. Назаренко**

## **НОВЫЙ МЕТОД В ПЛАСТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ МИКРОХИРУРГИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ**

*Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев*

Институт располагает опытом более 350 операций по поводу женского бесплодия. Из них 286 реконструктивных и пластических операций при трубном бесплодии были выполнены с применением микрохирургической и эндоскопической техники. За последний период в связи с тенденцией к малотравматической хирургии большинство операций выполнялось с использованием эндохирургической техники.

С приобретением опыта эндохирургии и при сравнении с опытом применения только микрохирургии, было установлено, что в определенных случаях выполнение операции микрохирургическим способом предпочтительнее, так как имелась возможность более качественного восстановления проходимости маточных труб. Последнее достигалось за счет отказа от метода Бруа, использования нитей высоких условных номеров, специальных микрохирургических инструментов и более мощного оптического увеличения. Соблюдение вышеизложенных условий нам представляется особенно важным при работе с такими легкоранимыми структурами как фимбрии.

Для устранения недостатков лапаротомии и лапароскопии и сохранения достоинств микрохирургического метода, нами был предложен комбинированный способ выполнения операции и разработан соответствующий алгоритм. На первом этапе с помощью эндовидеохирургического метода выполнялся адгезиолизис брюшной полости и органов малого таза, фимбриоли-зис «нежно» спаянных фимбрии или сальпинготомия ампулярной окклюзии и последующая тубоскопия.

В случаях окклюзии интрамурального или истмического сегментов маточной трубы и тубоскопических изменениях I степени было показано выполнение

реконструктивной операции в объеме минилапаротомии с наложением тубокоорнуального или истмоистмического анастомоза микрохирургическим 2-х рядным швом нитью 7/0 – 8/0. При наличии запаянных в ампулярном отделе фимбри и тубоскопических изменениях слизистой трубы II-III степени, когда высвобождение фимбри эндоскопическим методом было затруднено, маточная труба выводилась на переднюю брюшную стенку через лапароскопический прокол. Под оптическим увеличением выполнялась микрохирургическая фимбриопластика или терминальная сальпингостомия атравматичной нитью 7/0 – 8/0.

Изменение начальных участков слизистой трубы IV степени и наличие гидросальпинкса III-IV степени считалось показанием к выведению маточной трубы на переднюю брюшную стенку аналогичным способом с целью изучения состояния мукозы маточной трубы по протяжению до среднеампулярного участка. В большинстве случаев при данной патологии выполнялась лапароскопическая тубэктомия. При ситуациях, когда пациентка в принципе была не согласна на двухстороннее удаление маточных труб и лечение методом IVF, выполнялась трансверзальная или латеральная микрохирургическая сальпингостомия с применением методики «лепестков» или «ловушки».

После операции всем больным проводился курс антиадгезивной терапии по схеме клиники, которая заключается в использовании конкретных лечебных мероприятий в зависимости от вида выполненной операции и характера спаечного процесса.

Комбинированный метод оперативного лечения путем сочетания эндо-и микрохирургии был использован при операциях на 15 маточных трубах.

Небольшой опыт выполнения операций и сроки наблюдения за пациентками не позволяют делать окончательный вывод об эффективности лечения, однако 3 случая доказанной текущей внутриматочной беременности можно считать обнадеживающим фактором для внедрения данного метода.

УДК 616.329: 617 – 001.17 – 06

**С.С.Ксенофонов**

## **ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ И ПОСТОЖОГОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВОДА**

*Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

Создание искусственного пищевода в современных условиях перестает быть только технической социально-обусловленной проблемой обеспечения естественного пассажа пищи. Все большее внимание уделяется физиологическим аспектам эзофагопластики, особенно в свете отдаленных результатов. И здесь, выраженность, распространенность и длительность хронического постожогового воспаления в аутопищеве, особенно в зоне будущего проксимального (шейного,

глочного) анастомоза трансплантата, делают проблему ожоговой болезни и постожоговых состояний пищевода ощутимо насущной. Исходя из этого, определена цель – выявить причины функционально-органических осложнений и послеоперационных неудач в зависимости от выбора первичной пластической операции, четко обозначить и показать их взаимную связь и сроки наступления. В основе значительных воспалительных изменений, заканчивающихся тяжелыми рубцовыми перерождениями тканей, у больных с ожогами пищевода лежат: 1. Факторы повреждающего действия самого химического реагента; 2. Пищеводно-глочный рефлюкс; 3. Морфо-функциональные сопряженные состояния в новой системе «искусственный –естественный пищевод». Сам по себе, развивающийся немедленно после получения ожога, пищеводно-глочный рефлюкс, в зависимости от степени его выраженности, включается в порочный патофизиологический круг и усугубляет повреждающее действие самого химического (термического) агента. Если последний разрушает стенку пищевода (на ту или иную глубину) в сроки от первых часов до 45 суток, то следующий параллельно с ним и за ним пищеводно-глочный рефлюкс сопровождает течение ожоговой болезни пищевода значительно более продолжительное время (по нашим данным, в среднем, до 2-х лет). Наблюдается 59 больных, перенесших ранее химические ожоги пищевода – 29 женщин и 30 мужчин. Все пациенты были социально-активного, трудоспособного возраста. Применяемую нами диагностическую программу строили исходя из двух принципов – максимальная детализация и однозначность диагноза, а также, строгая онкологическая направленность диагностических исследований. Проводили рентгенологические, эндоскопические исследования, выполняли радиосцинтиграфию пищевода, использовали эзофагоманометрию баллонографическим методом с помощью полостного пневмотензиографа. Весь полученный фактический материал обработан с помощью вариационной статистики, используя пакеты компьютерных программ. Больные поступали в клинику спустя один-полтора месяца и более после ожоговой травмы пищевода. У 23 больных (до их поступления в клинику) проводилось лечение бужированием, которое затем было прекращено в связи с невозможностью проведения бужей даже малого калибра или в связи с осложнениями бужирования (у 9 больных). Трое больных лечились бужированием более 3 лет, но безуспешно. Клинический спектр болезни складывался из типичных и атипичных симптомов, а также осложнений болезни. У 5 % наших больных наблюдалось бессимптомное течение ожоговой болезни пищевода и последующего постожогового эзофагита. Наличие таких бессимптомных форм показывает настоятельную необходимость применения инструментальных методов исследования в диагностике этого патологического состояния. В развитии дальнейших послеожоговых состояний пищевода, несомненно, ведущая роль принадлежит резистентности его, защитным механизмам органа, куда мы относим три уровня: просветный, или полостной (клиренс просвета пищевода), эпителиальный (эпителиальное сопротивление его слизистой оболочки) и соединительно-тканый. Единственным механизмом, обеспечивающим клиренс просвета пищевода и, соответственно, быстроту

опорожнения пищевых масс, слюны, жидкости, является перистальтическая активность его. Практически у всех больных мы установили нарушения перистальтической активности пищевода (так называемой физиологической подвижности его) и более того, зафиксировали развитие антирефлюксной перистальтики (у 20 больных). На фоне пропульсивных и непропульсивных (которые встречались более часто) волн, мы отметили наличие хаотических, неупорядоченных сокращений стенки органа, расцененных нами как антирефлюксная перистальтика. Одной из наиболее частых причин постожоговых эзофагитов является патологически развивающийся (сразу же после ожога) желудочно-пищеводный рефлюкс. Расстройства механизма функционирования кардиального жома были связаны, по нашим данным, с одной стороны – с наличием укороченного (как следствие ожоговой травмы) пищевода, а с другой стороны – с нарушением сложного нейрорефлекторного механизма акта глотания (запускающего моторную подвижность пищевода и последующего функцию кардии), особенно у больных с высокими коррозивными поражениями области гипофаринкса и входа в пищевод. Клинические проявления этой патологии зависели не только и не столько от степени анатомических и функциональных нарушений кардии, сколько от глубины поражения жома и от уровня секреторной и эвакуаторной функции желудка. Отмеченное нами (8 пациентов) развитие пептического постожогового рефлюкс-эзофагита у больных с резко выраженной дисфагией, но без анатомических и функциональных нарушений кардии, подтверждает это. При этом условия для рефлюкса создавались значительной продольной тракцией пищевода при тяжелой дисфагии, а также замедленным продвижением болуса через кардию в момент её рефлекторного физиологического открытия при глотании. Однако нарушения функции кардии не являются единственной причиной постожоговых эзофагитов. Немаловажную роль в их развитии играют застои пищи в пищеводе (как следствие нарушение подвижности его), хроническая травматизация его пораженной части плохо обработанной, острой и горячей пищей. Влияние этих факторов на развитие и поддержание воспаления тем большее, чем тяжелее дисфагия. Нарушения подвижности пищевода и постожоговый желудочно-пищеводный рефлюкс являются наиболее частыми осложнениями ожоговой болезни пищевода и должны учитываться при диагностике и лечении постожоговых его состояний. Воспалительный процесс в пищеводе (его глубина, площадь и длительность) – единственный фактор в развитии и тяжести дисфагии, способствующий дальнейшему развитию рубцовой ткани (с 3-5 недель) в позднем периоде после ожога пищевода. В свою очередь, задержка транзита пищи усиливает эзофагит. Таким образом, постожоговое сужение и укорочение пищевода, недостаточность функции кардии являются одновременно и следствием, и причиной постожогового (хронического) эзофагита. Важным является лишь то, насколько обратимы изменения, служащие причиной дисфагии, и, заключительное суждение об этом можно вынести только минимализировав эзофагит с помощью консервативных мероприятий. Иначе ошибки в определении дальнейшей лечебной тактики у каждого конкретного

більшого неизбежні. В цілому, система діагностических заходів дозволила нам визначати перспективи розвитку постожогових запалювальних процесів в органі і прогнозувати дальніші ісоходи тех или інших методів лічення. Решаючим при цьому у больних с бессимптомним течієнем ззофагита был весь комплекс діагностических заходів в цілому. В цілому, полученніє нами данніє дають основу заклочити, що правильний учет и логическая інтерпретация, визначеніє уровня значимости во всей последуюющей лічєбної тактике такого состоїання, как постожоговий ззофагит, обеспєчат успех хірургической реабілітациі пищєвода при его ожоговой болєзни.

УДК: 618.19-089.87-089.844

**М.Ф. Дрюк, М.М. Дрюк, С.П. Галич, В.І. Кірімов,  
Д.М. Крушин**

## **ВІДНОВЛЕННЯ ГРУДЕЙ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ ТА ПРИ ІНШИХ ДЕФЕКТАХ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ – ВИБІР МЕТОДУ**

*Інститут хірургії та трансплантології АМН України*

Рак молочних залоз (МЗ) посідає по частоті перше місце серед усіх випадків злоякісних пухлин у жінок. Близько 60 % хворих складають жінки працездатного віку (Бурдина Л.М., 1992). З покращенням якості лікування цієї патології збільшилося п'ятирічне виживання пацієнтів, яке на сьогодні досягає 90 % при першій стадії захворювання, 70 % – при другій і 40 % при третій. Основним методом хірургічного лікування раку молочних залоз в Україні залишається радикальна мастектомія та її модифікації.

Радикальна мастектомія не призводить до одужання, оскільки “замінює” рак на тяжкий естетичний дефект (Шарова О.Н. та ін., 2001). Видалення молочної залози призводить до формування у жінки “реакції тяжкої втрати”. Реконструкція грудей після мастектомії практично усуває постмастектомічний психосоціальний дефект (Коренькова Е.В., Боровиков А.М., 1997). За даними європейських авторів понад 80 % жінок у віці до 35 років після мастектомії хочуть відновити груди, у віковій групі до 65 років ця частка становить близько 46 % (Koguenoja M.L., 1998). За даними російських авторів (Шарова О.Н. та ін., 2001) цей відсоток становить близько 10, що інший раз свідчить про недостатність інформованості населення у країнах СНД про можливість і безпечність реконструктивних операцій.

В той же час за останнє десятиріччя реконструкції жіночих грудей після мастектомії стали рутинними операціями у США та країнах Європи. Там, за статистичними даними Американського товариства пластичних хірургів (ASPS) у 2000 році хірургами членами ASPS виконано 78832 операцій по реконструкції жіночих грудей.

Необхідність відновлення грудей виникає також у випадках вродженої патології (гіпоплазія, синдром Поланда), або ж деструкції молочної залози внаслідок гнійно-запального процесу в т.ч. введення гелю з метою корекції її об'єму.

Сьогодні операції по відновленню грудей в Україні виконуються дуже рідко і фактично ми перебуваємо ще на початку вирішення цієї дуже важливої медичної і соціальної проблеми. Вкрай необхідно змінити відношення пацієнтів і онкологів до цієї проблеми, а також проведення низки інших організаційних заходів.

У процесі реконструкції молочної залози виділяють два етапи: створення узвишся молочної залози та реконструкцію сосково-ареолярного комплексу (САК) доповненого при необхідності корекцією відновленої або контрлатеральної залози.

На сьогодні методом вибору при реконструкції грудей може бути установка імплантату, тканинного експандера, з наступною імплантацією протеза, чи пересадка складного комплексу тканин або комбінація однієї чи декількох технік використання протезів, на думку більшості авторів, технічно найбільш простий метод реконструкції грудей, при якому під шкірою або під великим грудним м'язом розміщують імплантат.

Висока ціна імплантатів при сучасних соціально-економічних умовах в Україні не дозволяє даному методу знайти широке розповсюдження. Тому пріоритетним напрямком в реконструкції жіночих грудей є використання власних тканин, тим більше, що цей метод має суттєві переваги.

При виконанні реконструкції жіночих грудей з використанням аутоканин застосовують наступні методики: транспозицію клаптя найширшого м'яза спини (КНМС), транспозицію або вільну пересадку поперечного клаптя прямого м'яза живота (TRAM-клапоть), вільну мікросудинну пересадку сідничного клаптя.

В роботі проаналізовані методи відновлення грудей після мастектомії та при інших дефектах молочної залози у 27 хворих за період з 1998 по 2001 рік з використанням власних тканин та імплантатів. Крім того, при визначенні критеріїв вибору методу відновлення грудей після мастектомії у хворих на рак МЗ ми врахували досвід виконаних нами разом з співробітниками Інституту онкології АМН України одномоментних з мастектомією реконструкцій МЗ у 35 хворих.

Найчастіше для пластики грудей використовували TRAM-клапоть, який вважається сьогодні "золотим стандартом", завдяки таким достоїнствам як найбільші з можливих обсяг і площа клаптя для відновлення грудей великого розміру без використання імплантатів, можливість забезпечити косметичний рубець у донорській зоні внизу живота, який легко сховати одягом, можливість одномоментної редукції живота і поліпшення його контурів. Розроблені показання до використання КНМС як самостійний метод реконструкції МЗ або ж в поєднанні з імплантатом. Відновлення МЗ з використанням імплантатів,

експандер-імплантат після мастектомії, резекції МЗ з приводу гнійно-некротичного процесу, а також при вроджених дефектах виконано у 11 хворих.

При індивідуалізованому виборі методу та хірургічної техніки реконструкція та пластика грудей достатньо безпечна та ефективна з естетичної точки зору операція і є ефективним методом реабілітації хворих з тяжкими естетичними дефектами МЗ.

УДК 616.351-08:615.832.9:615.031

**М.П. Захараш, В.Б. Короленко, В.Н. Мальцев,  
К.В. Жороленко**

## **ЛОКАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Национальный медицинский университет, Дорожняя клиническая больница №1  
ст. Киев*

Использование холода в лечебных целях известно с давних времен. Применение локального охлаждения органов замедляет темп обменных процессов в пораженных тканях, что приводит к экономному расходу запасов питательных веществ находящихся в клетках и межклеточной жидкости. Кроме того, угнетается всасывание продуктов распада тканей, образующихся в результате операционной травмы; в области охлаждения понижается потребление кислорода. Учитывая эти свойства, а также противовоспалительное и обезболивающее действие холода, представляет большой интерес применение локальной управляемой гипотермии для лечения заболеваний прямой кишки (трещины, проктиты, сфинктериты, анальный зуд, прокталгия) и использование в послеоперационном периоде после промежностных операций.

Экспериментальные исследования, проведенные нами, показали, что управляемая локальная гипотермия прямой кишки более чем в два раза уменьшает выраженности послеоперационного воспалительного процесса.

Как источник холода использовали термоэлектрическую установку "Ярослава". Методика проведения локальной гипотермии прямой кишки заключалась в следующем: через 12-18 часов после оперативного вмешательства на прямой кишке в нее вводят предварительно обработанный мазью аппликатор, соединенный с регулируемым источником холода (установка "Ярослава"). Диаметр аппликатора 1,0-1,5 см, длина до 8 см. Локальную гипотермию проводили при температуре аппликатора +5 °С в течении 20 минут. Уже через 5-7 минут болевой синдром в прямой кишке уменьшался, через 15-20 мин. практически полностью исчезал у всех больных. Затем аппарат переключали на прогревание аппликатора до 38 °С в течении 10 минут. При прогревании происходит резкое расширение сосудов, обусловленное ответными импульсами

нервной системы на первоначальное охлаждение. Через 1-2 мин. после начала действия источника тепла расширение сосудов принимает более интенсивный характер, обусловленный местной реакцией на нагрев для увеличения теплоотдачи. Цикл смены температурного воздействия повторяли дважды. Уменьшенный охлаждением воспалительный процесс и снятый болевой синдром со значительно улучшением, после прогревания кровообращением, создает хорошие условия для заживления послеоперационной раны. Уже после одного сеанса гипотермии у больного исчезают боли в прямой кишке, не требуется введение анальгетиков и наркотических препаратов, акт дефекации протекает безболезненно. У данной группы больных ни разу не возникло осложнений со стороны мочевыводящих путей.

Применение управляемой локальной гипотермии в послеоперационном периоде у больных, оперированных по поводу геморроя, позволило снизить послеоперационный койко-день с 9,2 до 3,1; у больных, после иссечения трещины анального канала с 7,2 до 2,7г. У 985 больных, с использованием локальной гипотермии при разных температурных режимах, проведено амбулаторное консервативное лечение следующих заболеваний: анальный зуд – 197 больных; прокталгия – 315 больных; трещины анального канала, сфинктериты – 177 больных; проктиты – 296 больных. Курс лечения составлял 10 сеансов.

У всех больных получен хороший непосредственный результат лечения. Учитывая хорошие результаты применения локальной управляемой гипотермии прямой кишки можно рекомендовать метод лечения в лечебно-профилактических учреждениях.

УДК 616.329: 617 – 001.17 – 06

**В.В. Власов**

## **ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАПОБІГАННЯ ВИНИКНЕННЯ СЕРЕДИННОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ**

*м. Хмельницький*

Біла лінія живота (БЛ) є частим місцем оперативної агресії, після якої існує реальна загроза виникнення післяопераційної вентральної грижі (ПОВГ). Розглядаючи причини виникнення 456 випадків ПОВГ різної локалізації встановлено, що частіше грижа виникала на місці серединної лапаротомії (78,5%). У 29,4% спостережень ПОВГ утворилася в неускладнений післяопераційний період, без відомої на то причини. В той же час 85% цих хворих були жінками.

Зважаючи на зазначене вище та літературні повідомлення про будову передньобічної стінки живота (ПСЖ), можна припустити існування топографо-анатомічних передумов виникнення ПОВГ.



Для уточнення особливостей будови структур ПСЖ виконано дослідження на 116 нефіксованих трупах дорослих людей. Дослідження виконано шляхом препарування ПСЖ, ін'єкції судин, його документації.

Під час проведеної роботи було встановлено, що біла лінія живота (БЛ) частіше має I форму, з розширенням в ділянці пупка (Т.Ф.Лаврова,1979). Встановлено, що у жінок, незалежно від типу будови тіла, ширина БЛ вірогідно ( $p < 0,05$ ) більша, ніж у чоловіків. Тільки у чоловіків брахіморфної будови тіла ширина БЛ на рівні пупка наближається до її розмірів у жінок з їх доліхоморфним і мезоморфним типами будови тіла ( $p < 0,05$ ).

Отримані результати свідчать, що БЛ у жінок на всіх досліджуваних рівнях ширша, ніж у чоловіків ( $p < 0,05$ ). Одночасно можна стверджувати, що розміри БЛ на рівні пупкового кільця (ПК) незалежно від статі завжди більші, ніж на інших ділянках ПСЖ і залежать від розмірів ПК.

Таким чином, результати топографо-анатомічного дослідження структур ПСЖ у людей підтверджують існування морфологічних передумов виникнення ПОВГ, що вимагає їх врахування під час виконання середньої лапаротомії.

На практиці, візуально чи пальпаторно, встановити розміри БЛ на живій людині досить складно, що зумовлено різною іноді досить значною товщиною підшкірної жирової клітковини ПСЖ. Беручи до уваги цей факт, ми зацікавилися можливістю встановлення розмірів БЛ за допомогою ультразвукового (УЗД) дослідження ПСЖ.

Встановлення ширини БЛ проведено за допомогою ультразвукового апарата фірми "Siemens", лінійним датчиком 7,5 МГц на 65 хворих (чоловіки – 27, жінки – 38) віком від 25 до 75 років, яким планувалася лапаротомія з приводу хірургічної абдомінальної патології. Порівняння даних, отриманих під час ультразвукового та топографо-анатомічного досліджень, принципових відмінностей не виявило ( $p < 0,05$ ).

Вищезазначене дозволило розробити діагностично-профілактичний комплекс заходів із запобігання виникнення середньої ПОВГ. Комплекс налічує три діагностичних і два профілактичних етапи. Перший діагностичний етап (ДЕ) відбувається під час первинного огляду і передбачає загальну конституційну, статеву характеристику хворого ще до моменту прийняття рішення про необхідність абдомінального оперативного втручання.

Другий ДЕ передбачає встановлення (візуально, пальпаторно і УЗД) розмірів БЛ і ПК до виконання лапаротомії. Отримані результати будуть використані під час вибору методу зашивання лапаротомної рани (ЛР).

Перший профілактичний етап (ПЕ) передбачає обов'язковий розтин ПК та видалення осифіката рубця (при наявності), що забезпечує рівноцінно міцні краї ЛР. Далі виконується корекція абдомінальної патології.

На третьому ДЕ передбачається врахування розмірів БЛ і ПК, а в разі необхідності вимірювання сили опору країв ЛР (після видалення осифіката рубця) для вибору методики її зашивання.

Другий ПЕ включає застосування експериментальне обґрунтованого методу зашивання ЛР (В.В. Власов, 2000). Традиційне зашивання ЛР виконували при

відсутності топографо-анатомічних передумов для виникнення ПОВГ і ширині БЛ меншій ніж 2 см. У тих випадках, коли ширина БЛ була більшою за 2 см або діаметр ПК перевищував 1 см, при зашиванні ЛР використовували пластику апоневрозу за методикою Сапежка-Бауліна. Якщо під час операції ЛР інфікувалася, застосовували поліспастові шви, бо пластика апоневрозу за методикою Сапежка-Бауліна підвищувала ризик гнійного запалення внаслідок утворення замкнених порожнин в рані. При зашиванні ЛР після видалення осифіката, якщо сила опору країв ЛР була менша 10,0 Н, рану зашивали вищезазначеними способами. У тих випадках, коли сила опору країв ЛР була більша 10,0 Н, рану зашивали поліспастовими швами з підсиленням їх іммобілізацією за допомогою деепітелізованої автодермальної стрічки. Стрічку проводили на рівні Іspinalis і пупкового кільця через параректальний фасціальний вузол. Кінці стрічки зшивали між собою та апоневрозом у помірному натягу. В деяких випадках до лінії швів лапаротомної рани підшивали автодермальну деепітелізовану датку.

Розроблений діагностично-профілактичний комплекс заходів із запобігання виникнення серединної ПОВГ застосовано у лікуванні 173 хворих на хірургічну абдомінальну патологію, що дозволило зменшити відсоток її утворення з 14 до 3,4.

Таким чином, виникнення серединної вентральної грижі в неускладнений післяопераційний період зумовлено топографо-анатомічними особливостями будови передньобічної стінки живота і потребує їх врахування під час операції. Впровадження в практику розробленого діагностично-профілактичного комплексу заходів, із запобігання виникнення післяопераційної вентральної грижі, дозволить покращити результати лікування хворих після серединної лапаротомії.

УДК 616.351-08:615.832.9:615.031

**М.М. Багіров, М.І. Линник, В.В. Мальований**

## **ЕТИОТРОПНЕЛІКУВАННЯГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬЛЕГЕНЬТАПЛЕВРИ**

*Київська медична академія післядипломної освіти*

Співвідношення мікробів при емпіємі постійно змінюється. Так за даними деяких авторів (1,2) анаероби в монокультурі висіваються в 48 %, анаероби в асоціації з аеробами в 33 %, аероби 16 %. Бактеріологічний аналіз емпієм, які були результатом легеневої інфекції виявив полімікробну та змішану природу збудників, включаючи і аеробні та анаеробні бактерії. Останні висівають в 75 % випадків.(2,3,4,5).

Методи лікування гострих гнійно-деструктивних захворювань залежать від етіологічного фактора, локалізації та розповсюдження патологічного процесу,

фази захворювань наявності ускладнення, загального стану хворого. Лікування повинно бути спрямоване на усунення перелічених факторів.

Лікувальні заходи при гнійно-деструктивних плевро-легеневих захворюваннях розділити на наступні групи: санація вогнища інфекції (порожнина абсцесу легень або плевральної порожнини); дія на мікробну флору; дезінтоксикаційна терапія та покращення кровообігу; відновлення дренажної функції трахеобронхіального дерева; підвищення імунологічної реактивності організму.

Нами проведено аналіз лікування 107 хворих, що перебували на лікуванні у відділенні торакальної хірургії клінічної лікарні №17 за останні 4 роки.

В якості обов'язкового методу проведення екстреної допомоги хворим цієї групи проводилось дренування інфікованої порожнини. Такий активний метод лікування необхідний: при всіх гнійних захворюваннях плеври; стійко колабованій легені; при наявності бронхіальних норичь.

Після дренування проводився рентгенографічний або рентгеноскопічний контроль. Дренаж вважається правильно поставленим, якщо в порожнині плеври не залишається рідини нижче дренажної трубки. Додаткове дренування проводилось при багатокамерних емпіємах за кількістю гнійних порожнин.

Значна увага надавалась призначенню антибіотиколікуванню. Емпірична антибіотикотерапія розпочиналась до отримання результатів бактеріологічного аналізу вмісту абсцесу або застосуванням антибіотиків широкого спектру дії.

Постійний моніторинг флори у цієї категорії хворих має важливе значення для призначення емпіричної антибіотикотерапії при госпіталізації хворого та корекції її в процесі подальшої антибактеріальної терапії.

Хворі, за якими ми вели спостереження, були розподілені на дві групи — перша група – хворі перебували на лікуванні в 1997-98 рр. і друга – хворі, які перебували на лікуванні в 1999-2000 рр. Це зроблено з метою проведення постійного моніторингу мікрофлори та проведення корекції емпіричної антибактеріальної терапії. Посіви вмісту плевральної порожнини проводились при госпіталізації хворого у відділення методом трансторакальної голкової аспірації, а в динаміці – шляхом посіву виділень з дренажу. Використання цих методів дозволяє достовірно говорити про збудника інфекційного процесу у хворого.

В 71 % випадках росту аеробної флори не виявлено, однак, враховуючи наявність відповідної клініки у хворих та наявність гнійних виділень через дренажі можна думати про анаеробний характер мікрофлори у цієї категорії хворих

При аналізі захворювань у цієї категорії хворих виявлено, що в основному це локальні або субтотальні форми емпієм плеври без бронхіальної норичі. Тільки в 9 випадках із 40 була емпієма з бронхіальною норичею. Це погоджується з теоретичними уявленнями про анаеробну етіологію гнійно-деструктивних захворювань легень.

У 17,9 % хворих первинно у вмісті плевральної порожнини знайдено *Pseudomonas aeruginosa*. В 100 % випадків це були хворі з поширеними гнійно-деструктивними захворюваннями легень, ускладнених емпіємою плеври з

бронхіальною норицею та супутньою тяжкою патологією – цукровий діабет, наркоманія – захворювання, які супроводжуються важкими імунологічними розладами.

При отриманні культури збудника в плевральних виділеннях проводилось визначення чутливості флори до антибактеріальних препаратів. Гемолітичний стрептокок виявився чутливим до еритроміцину та рифампіцину, проте й стійкий до всіх антибактеріальних препаратів щодо яких проводилось дослідження. Ентеробактер виявився чутливим до цефотаксиму та ципробаю. Враховуючи незначний процент виявлення цієї флори при емпіємах плеври визначити закономірності чутливості цієї флори до антибактеріальних препаратів неможливо. *Pseudomonas aeruginosa* найбільш часто була чутлива до поліміксину, ципробаю та тиснаму, рідше до гентаміцину та ципрофлоксацину.

Основним етіологічним фактором емпієм плеври залишається *Pseudomonas aeruginosa* (1998-17,9 %, 2000-17,6 %). З'явилась флора, якої раніше не було – *Klebsiella pneumoniae* (6,7 %) і *Acinetobacter* (2 %). Це говорить про те, що етіологія емпієм плеври постійно змінюється і необхідно проводити постійний моніторинг флори для корекції етіотропної терапії.

Суттєво змінилась чутливість флори до антибіотиків.

Висновки. 1. Враховуючи постійну мінливість флори при емпіємі плеври, необхідний їй постійний моніторинг з метою застосування раціональної етіотропної терапії. 2. До отримання відповіді мікробіологічного дослідження доцільне застосування у хворих з емпіємою плеври таких антибіотиків як амікацин, ципробай, в поєднанні з препаратами, що діють на анаеробну флору – метронідазол або кліндаміцин.

Література.

1. Вишневикий А. А., Акылбеков И. К. Анаэробная неклостридиальная инфекция в этиологии гнойных заболеваний легких и плевры. Всесоюзный симпозиум “Анаэробная неклостридиальная инфекция в гнойной хирургии”, Тернополь, 1989. – С. 75-76.
2. Вишневикий А. А., Акылбеков И. К., Борисова О. К., Павлова М. В., Косая В. Обязательная анаэробная неспорообразующая микрофлора при эмпиеме плевры // Сов. Медицина. 1991. – № 5. – С. 57-59.
3. Даниленко М. В., Коваль И. И., Мехиа Х., Федоренко В. П., Звезденкин О.А. Характер микрофлоры при острых гнойно-деструктивных заболеваниях легких и плевры. Клин. Хирургия. – 1989. – № 10. – С. 5-7.
4. LeMense GP. Strange C. Sahn SA. Kivision of Pulmonary and Critical Care Medicine, Medical University of South Carolina, Charleston 29425, USA. Empyema thoracis. Therapeutic management and outcome. Source. Chest. 1995 Jun.
5. Martella AT. Santos GH. Keartment of Surgery, Albert Einstein College of Medicine, Montefiore. Medical Center, Bronx, NY 10461, USA. Recortication for chronic postpneumonic empyema. Journal of the American College of Surgeons. 180(5): 573-6, 1995 May.

**А.В. Косенко****СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАНИЯ  
ЯЗВЕННОЙ И ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ***Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского*

В нашей клинике с 1980 по 2000 г. по поводу сочетания язвенной и желчекаменной болезнью (ЖКБ) было оперировано 85 пациентов, что составило 19,2 % от числа всех симультанных операций, выполненных у нас за тот же период. Мужчин было 18 (22,1 %), женщин – 67 (78,9 %). У 7 больных (8,2 %) ЖКБ сочеталась не только с язвенной болезнью, но и с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы. Возраст больных был от 18 до 63 лет. Средний возраст женщин составлял  $(4,4 \pm 1,43)$  года, мужчин –  $(45,4 \pm 1,54)$  года.

Показанием к симультанной операции на органах гепатобилиарной системы было выявление в предоперационный период или интраоперационно конкрементов в желчном пузыре или протоковой системе, а также заболевания Фатерова сосочка. Такая выявленная патология угрожает реальной опасностью развития в послеоперационный период известных осложнений, включая и деструктивные формы острого холецистита. Из факторов, провоцирующих обострение холецистита, следует отметить ИВЛ, применение наркотических анальгетиков, длительное послеоперационное голодание, наличие назогастрального или назоинтестинального зонда, которые зачастую сопутствуют ходу операции и ближайшего послеоперационного периода. Поэтому мы удаляем желчный пузырь во всех случаях при обнаружении в нем конкрементов с обязательной интраоперационной ревизией желчных протоков.

При выявлении у больных язвенной болезни показания к симультанной операции были следующими: осложненное течение язвенного процесса (перфорация (у 2 больных) или кровотечение (у 2) по анамнестическим данным, субкомпенсированный (у 10) или декомпенсированный стеноз (16) и т.д.); сочетание выраженного болевого синдрома с высокими показателями желудочной секреции при безуспешности регулярного консервативного комплексного лечения (у 52); демпинг-синдром тяжелой (у 1) и средней степеней (у 2). В стационаре были выполнены следующие оперативные вмешательства: изолированная СПВ в сочетании с холецистэктомией (ХЭ) – у 31 больного, в сочетании с ХЭ и холедохотомией – у 16, с ХЭ и трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой – у 2, с реконструктивными операциями на холедохе – у 3; СПВ или ТВ с дренирующей операцией в сочетании с ХЭ – у 15, в сочетании с ХЭ и вмешательством на холедохе – у 5; резекция желудка в сочетании с ХЭ – у 3, с ХЭ и вмешательством на холедохе – у 6, с реконструктивными операциями на холедохе – у 1; реконструктивные операции на желудке сочетались с ХЭ в 3 случаях.

Доказано, что любое оперативное вмешательство является стрессом для организма, вследствие которого у 85-100 % больных возникают острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта. Это связано с выбросом глюкокортикоидов во время выполнения операции, которые обуславливают нарушение микроциркуляции в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки, что снижает ее устойчивость к действию соляной кислоты. Наличие перечисленных факторов во много раз повышает вероятность возникновения экстренных осложнений язвенной болезни в послеоперационный период.

Различные осложнения после плановых симультанных операций возникли у 3 (3,53 %) наших пациентов. В том числе анастомозит – у 1, несостоятельность швов анастомоза – у 1, абсцесс брюшной полости – у 1. У 2 (2,35 %) больных по поводу послеоперационных осложнений произведена релапаротомия (при несостоятельности швов анастомоза и перитоните).

Из 85 больных после проведенных симультанных операций умер 1 (1,85 %) Причиной летального исхода было возникновение несостоятельности швов гастроэнтероанастомоза с развитием множественных абсцессов брюшной полости.

При анализе послеоперационных осложнений и летальности выявлено, что только у одного пациента послеоперационное осложнение было связано с симультанным этапом (подпеченочный абсцесс после трансдуоденальной папиллосфинктеротомии и дренирования холедоха) Произведено вскрытие абсцесса, пациент выздоровел

Частота послеоперационных осложнений симультанных операций, выполненных в нашей клинике, составила 3,53 %, а послеоперационная летальность – 1,18 %. Это сопоставимо с аналогичными цифрами при плановых операциях, выполненных при язвенной болезни, – 3,8 и 0,28 % соответственно, при ЖКБ – 4,1 и 0,17 %.

Выводы. В плановой хирургии комплексное послеоперационное обследование позволяет выявить сочетанные заболевания и заранее определить объем вмешательства, провести соответствующую предоперационную подготовку. 2. Симультанные операции в незначительной степени осложняют оперативное вмешательство и не оказывают существенного влияния на его исход. 3. Выполнение симультанных операций не приводит к увеличению частоты послеоперационных осложнений и летальности, что позволяет рекомендовать их для более широкого применения.

**М.Д. Романов, А.Г. Голубев**

## **ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕМИКРОДРЕНИРОВАНИЕВ ЛЕЧЕНИИАБСЦЕССОВЛЕГКИХ**

*Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева*

Одним из малотравматичных методов лечения абсцессов легких является Трансторакальное микродренирование (ТТМД) с последующей управляемой санацией, который разработан и применяется нами с 1982 года. Этот метод использован у 176 из 1723 пациентов с абсцессами легких. Применение активных методов локального лечения абсцессов легких у 148 больных сочетали с использованием экстракорпоральной гемокоррекции.

Основными показаниями для ТТМД служили недостаточная эффективность бронхологических методов санации, прогрессирование нагноения, сопровождающееся нарастанием признаков гнойной интоксикации; наличие в полости пристеночных секвестров; расположение абсцессов в доступной для пункции зоне легкого. ТТМД проводили под эндоскопическим контролем

Изучение непосредственных исходов применения ТТМД у больных с острыми абсцессами легких показало, что в 82 % случаев наблюдалось полное выздоровление, тогда как в группе сравнения – в 63,1 %, прогрессирование заболевания в основной группе отмечено у 9 % в группе сравнения – у 11 % и здесь же умерли 3 больных (1 %). Летальных исходов в основной группе не было. При управляемой санации 0,06 % раствором гипохлорита натрия выздоровление наступило у 50 % больных с хроническими абсцессами легких, прогрессирование нагноения отмечено у 12,5 и у 18,8 % – достигнута стойкая ремиссия.

В случаях блокирования дренируемого бронха секвестром, густым гнойным детритом при проведении управляемой санации гангренозных абсцессов через микродренаж переходили на дренирование полости двухпросветной трубкой. Санация растворами антисептиков проводилась через микродренаж с активной аспирацией через основной канал.

Добавление лазеротерапии к управляемой санации раствором гипохлорита натрия у 52 пациентов значительно улучшало динамику местного процесса, повышало бактерицидный эффект от местного применения гипохлорита натрия в отношении патогенных микроорганизмов. Вероятно, механизм усиления бактерицидного эффекта гипохлорита натрия реализуется через активацию микроциркуляторных процессов в тканях стенки абсцесса вследствие лазерного облучения, что способствует более глубокому проникновению препарата и его резорбции.

При сочетании чрездренажной лазеротерапии с управляемым лаважем и местной непрямой электрохимической детоксикацией у больных с острыми

гнойними абсцессами легких выздоровление зафиксировано у 16 из 18 пациентов (89 %); переход в хроническую форму отмечен у 2 больных. У больных с гангренозными абсцессами лечение с использованием данного способа привело к выздоровлению в 11 из 14 наблюдений, умерло 2 больных. Применение лазеротерапии в сочетании с санацией раствором гипохлорита натрия у больных с хроническими абсцессами легких в 75 % привело к выздоровлению (в том числе у 60 % к полному выздоровлению), умер 1 пациент. Лучшие результаты достигнуты при комбинировании методов активного местного лечения с эфферентно-квантовой терапией.

Таким образом, применение ТТМД с управляемой санацией гипохлоритом натрия и чрездренажной лазеротерапией является методом выбора при неэффективности бронхологических методов санации. Высокий клинический эффект управляемой санации раствором гипохлорита натрия, на наш взгляд, обусловлен механическим очищением полости гнояника, местным антиоксидантным и бактерицидным действием, а также общим детоксикационным эффектом из-за резорбции части раствора через слизистую бронхов и трахеи. Чрездренажная лазеротерапия удачно дополняет этот метод, способствуя усилению бактерицидного эффекта и стимуляции репаративных процессов в очаге поражения.

УДК 616.3 002-005 2-074-053

**О.В. Лігоненко**

## **КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТУ ПОХИЛОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ**

*Українська медична стоматологічна академія*

Ускладнення після операцій з приводу гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) відносяться до ряду складних і повністю невирішених проблем сучасної хірургії. Незадовільні результати хірургічного лікування ГДП у хворих похилого та старечого віку примушують хірургів шукати нові шляхи діагностики цієї важкої патології.

Нами обстежено стан гемостазу 89 хворих похилого та старечого віку з ГДП та проведено патоморфологічні дослідження 44 хворих, які померли від цієї патології.

Хворий обстежували при госпіталізації, на 1, 3, 7 добу після операції та перед випискою. Згортальна система крові вивчалася шляхом проведення досліджень тромбоцитарного і коагуляційного гемостазу. Про агрегацію тромбоцитів судили по куту агрегації (а), часу агрегації (Т), підсумковому індексу агрегації тромбоцитів (ПАТ) Коагуляційну ланку гемостазу оцінювали за часом рекальцифікації плазми, тромбіновим-протромбіновим часом,



активовано-частково-тромбопластиновим часом (АЧТЧ), концентрацією фібриногену, фібринолізом еуглобулінів.

Наші дослідження показали, що у хворих ГДП до операції збільшується кут агрегації тромбоцитів –  $(54,82 \pm 2,34)^0$  ( $p < 0,05$ ), ШАТ –  $80,53 \pm 3,6$  ( $p < 0,05$ ), час агрегації скорочується до  $(13,0 \pm 0,71)$  хв ( $p < 0,05$ ). При підвищенні агрегаційних властивостей тромбоцитів відбувалося скорочення часу рекальцифікації плазми  $(112,3 \pm 5,72)$  с ( $p < 0,02$ ), протромбінового –  $(21,42 \pm 0,81)$  с ( $p < 0,01$ ), тромбінового –  $(10,36 \pm 1,0)$  с ( $p < 0,05$ ), АЧТЧ –  $(43,81 \pm 2,72)$  с ( $p < 0,05$ ) відносно контролю. Концентрація фібриногену збільшилася –  $(5,43 \pm 7,25)$  г/л ( $p < 0,001$ ), лізис еуглобулінів уповільнився –  $(207,3 \pm 7,25)$  хв ( $p < 0,05$ ).

На першу добу після операції час агрегації зменшився до –  $(12,73 \pm 0,82)$  хв ( $p < 0,001$ ), зріс кут агрегації –  $(54,03 \pm 2,45)^0$  ( $p < 0,05$ ), ШАТ –  $76,01 \pm 3,48$  ( $p < 0,02$ ), час рекальцифікації плазми –  $(104,3 \pm 8,83)$  с ( $p < 0,05$ ), протромбінований час –  $(20,71 \pm 1,63)$  с ( $p < 0,001$ ), тромбінований час –  $(10,16 \pm 1,21)$  с ( $p < 0,02$ ), АЧТЧ –  $(40,91 \pm 3,28)$  с ( $p < 0,05$ ), відносно вихідного рівня. Фібриноген плазми порівняно з контролем, був підвищений до  $(5,93 \pm 0,79)$  г/л ( $p < 0,001$ ), час еуглобулінового фібринолізу збільшився –  $(220,0 \pm 11,36)$  хв ( $p < 0,01$ ). У хворих, які одужували на момент виписки, вищеперераховані показники були вірогідно змінені.

У померлих хворих при патоморфологічному дослідженні судин підшлункової залози виявлено: в артеріях усіх калібрів відмічене неоднакове потовщення внутрішньої оболонки через розщеплення внутрішньої еластичної пластинки і розростання сполучної тканини. В окремих артеріях великого та середнього калібрів зустрічалися організовані та васкуляризовані тромби. Своєрідні зміни артерій спостерігалися у осередках тканинного і жирового некрозів і в прилеглих до них тканин. Стінка їх у частині чи у всій окрузі були інфільтровані лейкоцитами, які виявлялися і в оточуючій тканині. Лейкоцитин часто пронизували усю товщу судинної стінки, їх спостерігали у просвіті судини серед волокон фібрину. М'язові волокна середньої оболонки частково або повністю некротизовані. В артеріях малого калібру мав місце некроз м'язової і зовнішньої оболонки, уся стінка судини мала вигляд гомогенної білкової маси, але внутрішня еластична пластинка, як правило, була збережена, хоча відмічалось її потовщення і фрагментація. Подекуди білкові маси виявилися і у внутрішній оболонці, у них інколи можна було бачити лейкоцити. У надзвичайно набряклій переваскулярній тканині помітна велика лейкоцитарна інфільтрація.

Поряд з цим, досить часто виявляли тромбоз вен, переважно малого калібру, і капілярів. При дослідженні серійних зрізів виявлено, що затромбовані вени йдуть і у зону некрозу. У венах, що знаходились поблизу осередків гнійного розплавлення мертвої залозистої тканини, стінки були різко набряклі, розрихлені і густо інфільтровані лейкоцитами.

Висновки. 1. При ГДП суттєво вражається система гемостазу. 2. для запобігання порушень згортальної системик крові при ГДП в післяопераційний період необхідно широке використання антикоагулянтної терапії.

**Д.Ю. Рязанов, І.П. Шмигаль**

## **ЗМІНИБІОХІМІЧНОГОСКЛАДУЖОВЧІУХВОРИХНА МЕХАНІЧНУЖОВТЯНИЦЮ**

*Запорізький державний інститут удосконалення лікарів*

Вступ. Вивчення біохімічного складу жовчі у хворих з патологією гепатобіліаропанкреатичної системи (ГБПС) не знайшло широкого застосування в практиці лікувальних закладів [1, 2, 3]. Разом з тим, вивчення особливостей складу жовчі при механічній жовтяниці дозволяє з'ясувати ланки патогенезу жовчнокам'яної хвороби [4, 5, 6].

Нами проведено дослідження, метою якого стали вивчення та оцінка біохімічних порушень жовчі у оперованих хворих з жовчнокам'яною хворобою (ЖКХ) та злякисним ураженням ГБПС, ускладненими механічною жовтяницею, встановлення чинників, які виявляють вплив на зміну складу жовчі.

Матеріали і методи. Досліджувались міхурова жовч, яку отримували інтраопераційно, та дренажна жовч, забір якої здійснювався на другу та сьому добу після операції при зовнішньому дренаванні жовчних проток у хворих з ускладненою формою ЖКХ, куди віднесені особи з гострим (29 чоловік) або хронічним калькульозним холециститом (35 чоловік), ускладненими холедохолітазом, гострим холангітом, механічною жовтяницею, а також 5 пацієнтів з постхолецистектомічним синдромом (всього 69 чоловік). У хворих із злякисними пухлинами ГБПС досліджувалася тільки міхурова жовч (19 випадків). Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб, показники біохімічного складу жовчі яких оцінювали як норму. Віддалені результати вивчені у 24 хворих з ускладненим перебігом ЖКХ. Для вивчення віддалених результатів використовували дуоденальний вміст, що одержували при зондуванні. Статистична обробка даних проводилася методом варіаційної статистики з оцінкою вірогідності результатів за критерієм t-Стьюдента, застосуванням кореляційного аналізу між показниками біохімічного складу жовчі, показниками запалення та рівнем білірубінемії в динаміці післяопераційного періоду. Для обчислення використовували комп'ютер "Pentium-II" із застосуванням програм Stalgraphics і Statist.

Визначення загального вмісту жовчних кислот (ЗВЖК) та холестерину (ХС), а також триглікоксиданових (ТГХ) та диглікоксиданових (ДГХ) жовчних кислот, в жовчі проводили за методиками В.П. Мірошниченко із співавт. (1978, 1980 р.) з подальшим обчисленням холатохолестеринового коефіцієнта (ХХК) та коефіцієнта гідроксиляції жовчних кислот (ТГХ/ДГХ).

Результати дослідження та їх обговорення. Хворі з пухлинами ГБПС оцінювалися як особи з холестатичним процесом, бо у них рівень гіпербілірубінемії був найвищим, а запальні зміни в жовчовивідній системі – найменшими і

зустрічалися у 1/3 хворих цієї групи. Внаслідок досліджень встановлено, що у цих хворих в міхуровій жовчі відзначається збільшення вмісту ЗВЖК ((47,0±8,53) г/л) та фракції ТГХ жовчних кислот ((29,80±5,86) г/л, а також

Підвищення рівня ХС ((3,90±0,78) г/л), ХХК (10,30±0,62) та коефіцієнта ТГХ/ДГХ (2,40±0,30), при цьому вміст ДГХ жовчних кислот не відрізнявся від норми ((17,4±4,56) г/л).

Критерієм для оцінки впливу запалення на зміну складу жовчі стала міхурова жовч хворих з флегмонозним та гангренозним запаленнями у стінці жовчного міхура при ускладненому перебізі. При цьому відзначалося виразне зниження вмісту ((3,80±1,42) г/л), фракції ТГХ ((1,66±0,88) г/л) та ДГХ ((2,31±0,78) г/л) жовчних кислот, ХС ((0,61±0,23) г/л). Величина ХХК (5,63±0,64) була нажчою, а ТГХ/ДГХ (1,22±0,13) – нажчою норми.

Зміни всіх показників холатоутворення дренажної жовчі хворих на ЖЖХ, одержаної на 2-гу добу після операції, були аналогічними тим, що спостерігалися в міхуровій жовчі, тобто відзначалося зниження вмісту (3,21±0,31 г/л) та їх фракцій (ТГХ – (1,90±0,18) г/л, ДГХ – (1,30±0,19) г/л), а також зниження ХХК (5,58±0,32); вміст ХС (0,63±0,07) та коефіцієнт ТГХ/ДГХ (2,16±0,17) була вищими норми.

В жовчі, отриманій на 7-му добу після операції, відзначалося зростання всіх показників порівняно з порцією, одержаною на 2-гу добу, крім відношення ТГХ/ДГХ (2,03±0,34), що знизилося. Вміст ЗВЖК став вищим норми в 1,5 раза (9,12±0,91) г/л, тобто збільшився, порівняно з 2-ю добою, в 2,8 раза; вміст ТГХ жовчних кислот перевищував норму в 2,1 раза ((5,95±0,63) г/л), а показник порівняно з 2-ю добою – в 3,1 раза; вміст ДГХ кислот вірогідно не відрізнявся від норми і перевищував аналогічний показник 2-ї доби в 2,4 раза ((3,16±0,42) г/л). Вміст ХС достовірно перевищував норму ((1,15±0,11) г/л). Незважаючи на зростання вмісту ХС у ранній післяопераційний період, відзначалося збільшення величини ХХК (7,79±0,59).

Зміни складу жовчі у віддаленний післяопераційний період характеризувалися нормалізацією вмісту ЗВЖК ((7,60±1,56) г/л), фракції ТГХ кислот ((3,00±0,57) г/л) порівняно з аналогічними показниками хворих на 7-му добу після операції, а вміст ХС ((0,87±0,18) г/л) перевищував норму. Вміст ДГХ жовчних кислот ((4,77±0,69) г/л) зріс порівняно з 7-ю добою післяопераційного періоду і перевищував норму. ХХК (7,18±1,56) не змінився і залишився нижчим норми. Коефіцієнт ТГХ/ДГХ (0,68±0,04) нормалізувався.

Висновки. 1. Холестатичний процес в жовчовивідних шляхах характеризується збільшенням вмісту в жовчі холестерину, жовчних кислот та їх фракцій, коефіцієнта пдроксиляції жовчних кислот та величини холатохолестеринового коефіцієнта. 2. Запалення в жовчовивідних шляхах характеризується зниженням вмісту холестерину, жовчних кислот та їх фракцій, величини холатохолестеринового коефіцієнта та коефіцієнта гідроксиляції жовчних кислот. 3. Коефіцієнт гідроксиляції жовчних кислот є здебільшого показником холестазу.

## Література

1. Барамия Г.Ш., Кабалоева Д.М., Панченко А.И., Ивашкин В.Т. Биохимия желчи при некоторых заболеваниях пищеварительной системы // Клиническая медицина. – 1984. – Т. LXII, № 10. – С. 51-55.
2. Бочарова Л.В. Метаболизм желчных кислот // Советская медицина. – 1985. – № 5. – С. 84-87.
3. Мирошниченко В.П., Громашевская Л.Л., Касаткина М.Г., Козачёк Г.А. Определение содержания желчных кислот и холестерина в желчи // Лабораторное дело. – 1978. – № 3. – С. 149-153.
4. Мирошниченко В.П., Гайдай В.Н. Определение суммарного содержания три- и диоксиглуконных желчных кислот в желчи с помощью реакции Петтенкоффера // Лабораторное дело. – 1980. – № 7. – С. 448.
5. Чулин С.П., Никифоров С.Б., Тюрюмин Я.Л., Грацких Г.А. Новые подходы к ранней диагностике, патогенезу и лечению холестеринового холелитиаза. – М.: МАИ, 1994. – 173.
6. Шелекетина И.И. Современные представления о генезе и принципах типирования желчных конкрементов (обзор литературы) // Журн. АМН України. – 1996. – Т. 2, № 4. – С. 631-643.

УДК 616.724-002.3

**І. Гук, Ф. Мюльbacher**

## **ВІДЕНСЬКИЙ ЦЕНТР ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ – АВСТРІЙСЬКИЙ ДОСВІД ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРОК**

*Віденський університет, Австрія*

Background. End stage renal disease (ESRD) can be successfully treated by kidney transplantation. Our single center experience with regard to survival rate will be presented. Author personal experience with 500 kidney transplantation and ischemia/reperfusion injury in organ transplantation will be discussed.

Methods. Since 1965 kidney transplantations is performed in Vienna Transplant Center. The procurement of a suitable organs (cadaveric and living-donors) in Austria has been improved. Survival rates, surgical experience and pathophysiology of ischemia were analyzed.

Results. Multiple organ procurement became a standard approach in Euro-Transplant countries, including Austria. There are 25 donors per million population in Austria but only 12,7 in Germany and only 4,5 in Greece. More as 3500 kidney transplantations were performed at Vienna Transplant Center. About 200 such procedures are performed per year in the last two decades. Five years graft survival of living-donor compare with cadaver transplant is superior continuously over the 5-years period. The morbidity rate is less 5%. The preliminary data on superoxide and nitric oxide kinetics underline the importance of understanding ischemia/reperfusion phenomena to avoid graft dysfunction.

Conclusion. Our single center experience will be presented. Some new data on reperfusion phenomena in solid organ transplantation will be discussed.

**I. Гук**

## **ОЦІНКА БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В АВСТРІЙСЬКИХ УНІВЕРСИТЕТАХ**

*Віденський університет, Австрія*

**Background.** Evaluation of quality of work in surgical society is based on clinical and scientific output To evaluate biomedical output a new score system was initiated within the Medical Faculty of the University of Vienna and results are presented at an annual meeting

**Methods.** Scientific quality of the publications is calculated on the basis of impact factors of journal ranking The impact factor of a journal is the average frequency of citations per year of an article published in that particular journal. Clinical evaluation is based on catalogues of operations performed and voluntary examination in a special surgical field.

**Results.** Total scientific output increased in Austria during the last decade achieving higher than Germany but lower than Switzerland When a comparison of the three Medical Faculties in Austria (Graz, Innsbruck and Vienna) for the clinical part and for pre-clinical basic science institutions was performed, the Innsbruck preclinical institutes remain more efficient than the other boths groups in Austria. A certain amount of operations is needed to pass an examination at national and European board

**Conclusions.** Scientific and clinical standards in teaching institutions should be kept high allowing candidates to succeed in competition for top position Adaptation to the European Union recommendations concerning surgical training should be included in the future.

## РІЗНЕ

- В.В. Андрущенко, Р.И. Гребеник, Н.Н. Золотарев, С.Д. Вовк, В.И. Гоцуляк.  
ГЕПАТОЕЮНОСТОМИЯ – МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ  
БОЛЬНЫХ  
С ЖЕЛТУХОЙ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА ..... 678
- Р.Т.Меджидов, М.А.Алиев, Г.А.Сагидуллаева. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА  
ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ ..... 679
- Р.Т. Меджидов, М.А. Алиев, М.А. Хамидов, З.Р. Хабибуллаева. ПРИЧИНЫ  
НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫХ ИСХОДОВ В ЖЕЛЧНОЙ ХИРУРГИИ ..... 681
- Ю.Ю. Ярославська, І.Г. Лісова. МАЛОІНВАЗИВНІ МЕТОДИ ХІРУРГІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СІАЛОЛІТІАЗ ..... 683
- Н.Л.Володось, И.П.Карпович, В.И.Троян, А.В.Чинилин, Ю.В.Калашникова,  
В.Е.Шеханин, С.Н.Володось, Н.Н.Стромилов, В.Н.Царенко. АОРТО-  
БРОНХИАЛЬНЫЕ СОУСТЬЯ  
С МАССИВНЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ: ЧЕТЫРЕ НАБЛЮДЕНИЯ  
УСПЕШНОГО ЭНДОВАСКУЛЯРНОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ..... 685
- О.Э. Михневич, С.М. Харсика. ФОРМИРОВАНИЕ ОПОЗИЦИОННОГО ЗАХВАТА  
ПЕРВОГО ПАЛЬЦА ПРИ АНОМАЛИЯХ РАЗВИТИЯ КИСТИ ..... 688
- Є.С. Готько. ДО ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ РАКУ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ У ЧОЛОВІКІВ  
690
- И.Е.Соловьев, В.Г.Стовба. УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ИРРИГОСКОПИЯ В  
КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОГО  
КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ..... 692
- І.В. Шумлянський, Ф.О. Генеральчук, Р.П. Шустик, В.Й. Штримайтис, О.Є.  
Заєць.  
ДОСВІД ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ЕМПІЄМОЮ ЖОВЧНОГО  
МІХУРА ..... 693
- І.Й. Євстахевич, Я.І. Виговська, Ф.П. Інденко<sup>1</sup>, Ю.Л. Євстахевич, М.П.  
Павловський<sup>1</sup>, В.Ф. Інденко, В.О. Логінський, М.М. Семерак, О.М. Полікша<sup>2</sup>.  
ХІРУРГІЯ  
СЕЛЕЗІНКИ, ВЛАСНИЙ ДОСВІД ..... 695
- О.Є. Малевич, Д.В. Чернов, О.А. Комок. КОМП'ЮТЕРНЕ МОДЕЛЮВАННЯ В  
ОЦІНЦІ МОЖЛИВОСТЕЙ ФІКСУЮЧИХ ПРИСТРОЇВ ПРИ ОСТЕОСИНТЕЗИ  
ПЕРЕЛОМІВ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ ..... 697
- Т.Т. Ковтун, В.І. Шатковський. ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВЕЛИКИМИ І  
ВЕЛЕТЕНСЬКИМИ СЕРЕДИННИМИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИМИ ВЕНТРАЛЬ-  
НИМИ ГРИЖАМИ ..... 698
- И.Я. Макшанов, Г.Г. Мармыш, И.Т. Цилиндзь. ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ..... 701
- Ю.А. Аблицов, С.С. Харнас, Ю.В. Павлов, В.Б. Лощёнов, В.К. Рыбин, А.Ю.  
Аблицов, И.Н. Завражина. ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ ЛАЗЕРНАЯ  
СПЕКТРОСКОПИЯ (ОПТИЧЕСКАЯ БИОПСИЯ) В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ  
ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКОГО ..... 703

Ю.В. Павлов, Ю.А. Аблицов, Л.В. Чистов, В.К. Рыбин, А.Ю. Аблицов. ТРАНСТОРАКАЛЬНАЯ АСПИРАЦИОННАЯ БИОПСИЯ ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ .....	705
С.В.Малик. ДЕЯКІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ОБТУРАЦІЙНОЇ ЖОВТЯНИЦІ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ .....	707
М.Ю. Болгов. АВТОМАТИЗАЦИЯ ХРАНЕНИЯ И ОБРАБОТКИ ДАННЫХ ОБ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ .....	708
Ж.Н. Саргулова, Б.У. Утегалиев. ВВОДНЫЙ НАРКОЗ И СОСТОЯНИЕ КРОВО- ОБРАЩЕНИЯ В ХИРУРГИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	710
Т.М. Укыбасова, А.А. Шангараева, Б.Ж. Каримова. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ КАНЮЛЯЦИЯ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ МАТКИ ДЛЯ РЕГИОНАРНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ .....	712
А.А. Виноградов, В.П. Левина, И.В. Андреева, С.И. Тишин, В.В. Павленко. ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО КАНАЛА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ГРЫЖ ЗАПИРАТЕЛЬНОГО КАНАЛА .....	713
И.В. Криворотько. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КИШЕЧНОЙ СТЕНКЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО МОЧЕВОГО РЕЗЕРВУАРА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ .....	716
Н.Л. Кернесюк, А.В. Гетманова, И.В. Вилкова, Н.И. Шаталов, А.А. Шаныгин. ПРИНЦИПЫ И ТЕХНИКА МИКРОХИРУРГИИ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРИСТАЛЬТИРУЮЩИХ ОРГАНОВ ЖИВОТА И ТАЗА .....	717
В.И. Оноприев, С.Э. Восканян, Г.Ф. Коротько, С.Р. Генрих, И.Н. Корсаков. ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ .....	718
И.В. Гомоляко, В.М. Шевченко, Л.В. Березовчук, А.П. Мазур, В.В. Силантьев, Н.Е. Клочкова. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ДЫХАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ ПНЕВМОНИИ .....	720
М.Н.Кернесюк. МИКРОХИРУРГИЯ БРЮШНОЙ ЧАСТИ МОЧЕТОЧНИКА ..	722
Т.А. Джаркенов, С.Ж. Сахипов, Н.А. Акатаев, С.Н. Жариков. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ХОЛАНГИТЕ У БОЛЬНЫХ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ .....	723
И.Н. Гришин, А.В. Воробей, Н.Н. Чур. ПРОБЛЕМА ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯТРОГЕННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ .....	725
А.Н. Беляев, С.А. Беляев, В.П. Тумайкин, Г.А. Лобанов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВНУТРИПОРТАЛЬНЫХ ИНФУЗИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕПЕЧЕНОЧНОГО ХОЛЕСТАЗА .....	726
К.В. Шапатава, Т.К. Иванишвили, М.Т. Гургенадзе, Д.В. Микеладзе. О РОЛИ НЕКОРРЕГИРОВАННОЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИ- МОСТИ В РАЗВИТИИ ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ..	727
А.Х. Файзуллоев, Х.А. Бобоев. ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ	

ТРАНССФИНКТЕРНЫХ СВИЩЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	730
А.А. Касымов, Н.Б. Рузметов. ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА .....	731
А.П. Підпригора, Ю.А. Підпригора, В.В. Калиновський. МЕТОДИКА ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАКРИТИХ ПОШКОДЖЕНЬ ДВНАДЦЯТИ- ПАЛОЇ КИШКИ .....	733
И.А. Абушкин. ТОТАЛЬНЫЙ АГАНГЛИОЗ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА .....	734
А.В. Воробей, И.Н. Гришин, В.Н.Подгайский, А.С. Бондарь, А.М. Фурсевич. СОСУДИСТЫЕ АСПЕКТЫ ЭНТЕРО- И КОЛОПЛАСТИКИ .....	736
О.Б.Боднар, І.Пастернак, С.І.Басистий, С.Г. Бабіч. ПОРУШЕННЯ ТКАНИННОЇ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ ТА КОЛАГЕНОЛІТИЧНОЇ АКТИВНОСТЕЙ СТРУКТУР ОЧЕРЕВИННОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ РОЗВИТКУ ЗЛУКОВОГО ПРОЦЕСУ ..	737
В.О.Безруков. ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РЕФЛЮКСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО ПРИ НАЛОЖЕНИИ БИЛИОДИГЕСТИВНЫХ АНАСТОМОЗОВ .....	738
Н.М. Бондаренко, С.И. Баранник, Г.Е. Хапатьяко, В.Н. Барвинский. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПРОНИКАЮЩИХ РАНЕНИЙ ЖИВОТА .....	740
Ю.А. Сухомлин, О.Н. Ступаченко, В.В. Юрьев, Г.А. Супрун. ЭЗОФАГОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ПИЩЕВОДА .....	741
І.В. Шкварковський, О.В. Алексеєнко, В.В. Яцків. РЕЗУЛЬТАТИ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ОМЕНТОПЛАСТИКИ ШВІВ КУКСИ БРОНХА .....	743
М.В. Суховій, П.В. Ющенко, Є.В. Авер'янов, О.І. Сопко, С.М. Терехов, В.П. Вознюк, В.В. Томілін, І.В. Лозян. ОСОБЛИВОСТІ ГЕМОСТАТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УРГЕНТНИХ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ГЕМОФІЛІЮ .....	745
О.В. Ротар. ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ КРОВОПОСТАЧАННЯ ТА ОКСИГЕНАЦІЇ АНАСТОМОЗІВ ТОВСТОЇ КИШКИ .....	746
Ю.А. Фурманов, А.А. Ляшенко. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОСВАРКИ КАК МЕТОДА СОЕДИНЕНИЯ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИИ ЖКТ .....	747
В.О.Шапринський, О.І.Гладищенко. ЛІКУВАННЯ ЕНТЕРАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ТА ЕНДОГЕННОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ ПРИ СПАЙКОВІЙ КИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ .....	749
В.В. Скиба, Ю.С. Лісайчук, О.Ю. Тарапон, І.А. Сухін, І.М. Савицька. НОВІ МОЖЛИВОСТІ БЕЗШОВНОГО З'ЄДНАННЯ БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН .....	750
М.С. Скрипніков, В.І. Ляховський, І.О. Гіленко, Ю.О. Максимук. ПОТЕНЦІЙНІ РЕЗЕРВИ АРТЕРІЙ ЛЕГЕНЕВИХ ЗВ'ЯЗОК І СУМІЖНИХ З НЕЮ ОРГАНІВ	752
В.І. Цимбалюк, М.В. Квасніцький. ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З НЕЙРОФІБРОМАТОЗОМ .....	754
І.В. Ярема, М.В. Вацик. ДРЕНУВАННЯ ГРУДНОЇ ЛІМФАТИЧНОЇ ПРОТОКИ, ЯК МЕТОД ІМУНОРЕАНІМАЦІЇ У ХВОРИХ З АСТМАТИЧНИМ СТАТУСОМ	756



Ю.Л. Куницкий, В.Н. Буценко, Л.И. Василенко, И.Ю. Филиппенко. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ОРГАНОВ ГЕПАТОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ..	758
I.B. Микуляк, М.Й. Халак. ГІСТОМОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ТКАНИНИ ЛЕГЕНІ ПРИ ПІ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ З ДОПОМОГОЮ НАДВИСОКОЧАСТОТНОГО (НВЧ) ВИПРОМІНЮВАННЯ .....	760
А.А. Воробьев, А.Г.Бебуришвили, И.В.Михин, В.И.Ишанкулов. НОВЫЕ СЕРОЗНЫЕ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ, ВЫПОЛНЕННЫХ ЛАПАРОТОМНЫМ ДОСТУПОМ .....	762
М.П. Павловський. ПРОБЛЕМИ ДЕОНТОЛОГІЇ В ХІРУРГІЇ ПЕРЕХІДНОГО ПЕРІОДУ .....	763
А.С. Лаврик, А.Н. Бурый, А.С. Тывончук, А.П. Стеценко. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ МЕТОДОМ ИМПЛАНТАЦИИ БАЛЛОНА В ЖЕЛУДОК .....	765
А.С. Лаврик, О.С. Тивончук, О.П. Стеценко, О.Ф. Бубало. БАНДАЖУВАННЯ ШЛУНКА ПРИ МОРБІДНОМУ ОЖИРІННІ ЧЕРЕЗ МІНІЛАПАРОТОМНИЙ РОЗРІЗ .....	767
Калиева Кунсулу, Тайманова Роза, Дадабаева Баян, Мурзагалиев Мурадым. УРОВЕНЬ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ КАК КРИТЕРИЙ СТЕПЕНИ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА .....	768
В.В. Россіхін, В.В. Лапшин, О.В. Бухмін. ПСИХОСОМАТИЧНА ОСНОВА ДІЙСНОХІРУРГІЧНОЇ ХВОРОБИ НИРКИ .....	769
О.В. Долгополов. ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ПОШКОДЖЕНЬ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА .....	770
А.М. Бабко. РАННІ ВЕГЕТАТИВНО-ТРОФІЧНІ ПОРУШЕННЯ У ХВОРИХ З СИНОВІТОМ КОЛІННОГО СУГЛОБА РЕВМАТОЇДНОГО ГЕНЕЗУ .....	771
В.Я. Купрата. УКРАЇНСЬКІ ТА АМЕРИКАНСЬКІ МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ І ХІРУРГІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ХВОРИХ .....	772
Ф.Ф. Агаев, С.Ю. Махмудова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЧРЕЗБРОНХИАЛЬНЫХ БИОПСИЙ ПРИ ДИССЕМИНИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ЛЕГКИХ .....	774
Ф.Ф. Агаев, Ф.Ф. Агаева. ДИАГНОСТИКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ БРОНХОВ И ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ЭНДОБРОНХИАЛЬНЫХ БИОПСИЙ .....	776
Я.П. Фелештинський, М.П. Черенко, Ю.В. Ігнатовський, С.М. Піотрович. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГРИЖ ЖИВОТА ГІГАНТСЬКОГО РОЗМІРУ З ВИКОРИСТАННЯМ ПОДВОЄНОЇ ПОЛІПРОПІ- ЛЕНОВОЇ СІТКИ .....	778
А.ф. Медведенко, Г.Г. Пиллогин, А.А. Алексеенко, С.В. Скубенко, Е.С. Беседин, В.В. Волков. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	780
М.П.Комский, О.Е.Малевич. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ЛИМФОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ .....	782
І.П. Хоменко, Я.Л. Заруцький, В.М. Денисенко, Е.В. Світличний, І.В.Собко.	

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК .....	784
І.Є. Алещенко <sup>1</sup> , Т.І. Даньшин <sup>2</sup> , М.А. Мендель <sup>3</sup> , І.С. Максакова <sup>4</sup> , С.С. Гречаний <sup>3</sup> , І.В. Сорокіна <sup>5</sup> . КЛІНІЧНИЙ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ БІОІМПЛАНТАТІВ “ТУТОПЛАСТ” У ХІРУРГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ .....	786
В.В. Скиба, С.Й. Хмельницький, І.А. Сухін, О.О. Амбруш. НОВІ МОЖЛИВОСТІ ЦІАНАКРИЛАТНОГО АДГЕЗИВУ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІІ .....	788
Д.С. Губанов, Д.М. Губанов. ФЭГДС КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ МЕТОД В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ АХАЛАЗИИ КАРДИИ	790
І.П. Хоменко, Я.Л. Заруцький, В.М. Денисенко, Е.В. Світличний, І.В. Собко. ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ УШКОДЖЕНЬ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ ПРОТОК .....	792
С.М. Василюк, В.О. Кавин, В.І. Гудивок, Л.А. Курташ, І.В. Біцька, Н.В. Василюк. ПРОФІЛАКТИКА НАГНОЄННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ РАНИ ТА ІНШИХ ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРОЮ ХІРУРГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ .....	794
З.І. Витвицький. АБСЦЕСИ ЛЕГЕНЬ І ЗМІНИ ФАКТОРІВ ГУМОРАЛЬНОГО ІМУНІТЕТУ .....	795
В.А. Привалов, А.В. Лаппа, Е.В. Кочнева, А.С. Аникина, М.В. Евневич, Е.В. Бахвалов, А.В. Решетников, И.Д. Залевский, Ю.В. Кемов. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛАЗЕРНОЙ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ НОВОГО СЕНСИБИЛИЗАТОРА «РАДАХЛОРИН» .....	797
А.Д. Фаязов, С.И. Шукуров, Д.А. Джабриев, А.Б. Стамкулов, К. Бокиев. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБШИРНЫХ ОСТЕОНЕКРОЗОВ КОСТЕЙ СВОДА ЧЕРЕПА .....	800
В.В. Яцків, О.В. Олексієнко, М.В. Яцків, В.П. Сливка, М.М. Хмелевський, І.В. Шкварковський, Ю.Д. Лук'янчук. ПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ НЕСПРОМОЖНОСТІ КУКСИ ГОЛОВНОГО БРОНХА ПІСЛЯ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ .....	801
Н.Н.Велигоцкий, И.А.Винниченко, И.В.Тесленко. ОДНОМОМЕНТНАЯ ЭЗОФАГО- ГАСТРОПЛАСТИКА ПРИ ПОРАЖЕНИИ ВНУТРИГРУДНЫХ ОТДЕЛОВ ПИЩЕВОДА .....	803
Г.С. Мороз, Н.О. Загурська, В.В. Гуменюк, В.Й. П'ясецький, А.В. Яременко. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНЬ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ .....	805
В.І. Дрижак, В.В. Гуменюк, В.Й. П'ясецький, А.В. Яременко. РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК СТРАВОХОДУ ТА КАРДІАЛЬНОГО ВІДДІЛУ ШЛУНКА В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ .....	806
Г. Гогилаидзе, З. Какабадзе, Б. Меликидзе. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА УЧАСТКАХ ОДНО- И ДВУХРЯДНЫХ АНАСТОМОЗОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА .....	807

В.В. Твердохліб, А.І. Мисак. КОМБІНАЦІЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЮ ВАПОРИЗАЦІЄЮ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ .....	808
М.М. Багіров, М.М. Гурмак. ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНЬ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА ПРИ ПУЛЬМОНЕКТОМІЇ .....	810
Кунсулу Каляева, Татьяна Шинкарева, Маргарита Карунникова, Татьяна Ботова. СОДЕРЖАНИЕ ЛИПИДОВ ФРАКЦИИ СРЕДНЕМОЛЕКУЛЯРНЫХ ПЕПТИДОВ НА ФОНЕ ОСТРОЙ ГИПОКСИИ .....	813
С.Ф. Кошак, О.В. Біляк, М.В. Шило, О.С. Петришин, Ю.І. Король, Т.М. Мокрий. ЗАКРИТА ТРАВМА ГРУДНОЇ КЛІТКИ .....	814
С.Ф. Кошак, О.В. Біляк, М.В. Шило, О.С. Петришин. ЕМПІЄМА ПЛЕВРИ: КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ .....	815
Ю.Д. Кошак, І.Т. П'ятночка. ДІАГНОСТИКА ПОЄДНАНОГО РАКУ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ .....	816
С.П. Галич, Н.Ф. Дрюк. МИКРОХИРУРГИЧЕСКАЯ АУТОТРАНСПЛАНТАЦИЯ СЛОЖНЫХ КОМПЛЕКСОВ ТКАНЕЙ ДЛЯ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ДЕФЕКТОВ И ДЕФОРМАЦИЙ ОБЛАСТИ ГОЛОВЫ И ШЕИ .....	817
И. А. Назаренко. НОВЫЙ МЕТОД В ПЛАСТИЧЕСКОЙ И РЕКОНСТРУКТИВНОЙ МИКРОХИРУРГИИ МАТОЧНЫХ ТРУБ .....	819
С.С.Ксенофонтов. ОЖОГОВАЯ БОЛЕЗНЬ И ПОСТОЖОГОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ПИЩЕВОДА .....	820
М.Ф. Дрюк, М.М. Дрюк, С.П. Галич, В.І. Кірімов, Д.М. Крушин. ВІДНОВЛЕННЯ ГРУДЕЙ ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ ТА ПРИ ІНШИХ ДЕФЕКТАХ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ – ВИБІР МЕТОДУ .....	823
М.П. Захараш, В.Б. Короленко, В.Н. Мальцев, К.В. Жороленко. ЛОКАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРЯМОЙ КИШКИ .....	825
В.В. Власов. ТОПОГРАФО-АНАТОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАПОБІГАННЯ ВИНИКНЕННЯ СЕРЕДИННОЇ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ВЕНТРАЛЬНОЇ ГРИЖІ .....	826
М.М. Багіров, М.І. Линник, В.В. Мальований. ЕТИОТРОПНЕ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-ДЕСТРУКТИВНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ .....	828
А.В. Косенко. СИМУЛЬТАННЫЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ СОЧЕТАНИЯ ЯЗВЕННОЙ И ЖЕЛЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ .....	831
М.Д. Романов, А.Г. Голубев. ТРАНСТОРАКАЛЬНОЕ МИКРОДРЕНИРОВАНИЕ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ЛЕГКИХ .....	833
О.В. Лігоненко. КЛІНІКО-МОРФОЛОГІЧНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ У ПОХИЛОМУ ТА СТАРЕЧОМУ ВІЦІ .....	834
Д.Ю. Рязанов, І.П. Шмигаль. ЗМІНИ БІОХІМІЧНОГО СКЛАДУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА МЕХАНІЧНУ ЖОВТЯНИЦЮ .....	836
І. Гук, Ф. Мюльbacher. ВІДЕНСЬКИЙ ЦЕНТР ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ – АВСТРІЙСЬКИЙ ДОСВІД ТРАНСПЛАНТАЦІЇ НИРОК .....	838
І. Гук. ОЦІНКА БІОМЕДИЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ В АВСТРІЙСЬКИХ УНІВЕРСИТЕТАХ .....	839

















