

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'їзд хірургів України

Том 1

Тернопіль
“Укрмедкнига”
2002

ББК 54.5
З 59
УДК 617(063)

У збірнику збережена авторська форма поданих матеріалів.

ISBN 966-7364-99-2

© Видавництво “Укрмедкнига”, 2002.

ХІРУРГІЯ В УКРАЇНІ: ВЧОРА, СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

Сьогодні в Україні пріоритети діяльності галузі охорони здоров'я визначені посланнями Президента України Л.Д.Кучми до Верховної Ради: "Україна: поступ у ХХІ століття. Стратегія економічного та соціального розвитку на 2000-2004 роки", "Про внутрішнє та зовнішнє становище України у 2001 році", "Європейський вибір. Концептуальні засади стратегії економіки та соціального розвитку в Україні на 2002-2011 роки" та Програмою діяльності Кабінету Міністрів України.

За роки незалежності України практично сформована нормативно-правова база охорони здоров'я, яка складається з понад 950 державних нормативно-правових актів, розроблених безпосередньо та за участю Міністерства охорони здоров'я.

У ХХ столітті набули подальшого розвитку різні напрями хірургічної науки і практики, які з часом відокремилися в самостійні спеціальності.

Так, досить успішно українські лікарі працюють у галузі кардіохірургії, анестезіології, сучасне становлення яких в Україні нерозривно пов'язано з діяльністю видатного вітчизняного хірурга М.М. Амосова та розвитком української кардіохірургічної школи, фундатором якої він є. Вже на перших етапах освоєння кардіохірургії М.М.Амосов показав, що успіх хірургічного втручання на серці може бути досягнутий при використанні ендотрахеального наркозу (ЕН) із застосуванням штучної вентиляції легень (ШВЛ), м'язових релаксантів, багатокомпонентної анестезії, що не пригнічує діяльність серцево-судинної системи та функцію життєво важливих органів і систем.

На сьогодні понад 80 % усіх кардіовтручань виконуються в Інституті серцево-судинної хірургії АМН України, який очолює академік Г.В. Книшов. За роки незалежності, крім названого Інституту, в Україні успішно працюють ще 8 кардіохірургічних центрів.

Розвиток анестезіології в Україні знаходиться на високому рівні, її становлення нерозривно пов'язане із досягненнями інших спеціальностей, яким вона сприяла і завдяки успіхам яких удосконалювалася сама. Без перебільшення можна говорити про те, що розвиток анестезіології в клініці серцевої хірургії Київського НДІТіГХ (нині ІССХ АМН України) обумовив застосування знеболювання та інтенсивної терапії в інших напрямках хірургії. Анестезіологія в Україні досягла світового рівня.

Значного розвитку в останні десятиліття набула ендокринологія. Школа, створена В.П. Комісаренком, зробила великий внесок у розвиток теоретичної і клінічної ендокринології та ендокринної хірургії, основоположником якої в Україні є І.В.Комісаренко. Вперше в світі ним розроблені комбіновані методи лікування пухлин надниркових залоз із використанням інгібіторів стероїдогенезу, емболізації пухлин та метастазів, методи лікуван-

ня захворювань щитоподібної залози, особливо у дітей та у осіб, що постраждали від радіоактивного забруднення після аварії на ЧАЕС.

Період між попередніми з'їздами ознаменувався бурхливим розвитком хірургії органів черевної порожнини. Немає такого розділу, у якому не сказали б свого слова українські хірурги. В цьому аспекті роль новатора організаційних ініціатив, спрямованих на покращення результатів хірургічного лікування захворювань черевної порожнини, відводиться видатному українському хірургу академіку О.О. Шалімову, який протягом багатьох років очолював створені ним інститути, спочатку Інститут невідкладної хірургії у м. Харкові, а потім Інститут невідкладної та експериментальної хірургії у м. Києві, нині – Інститут хірургії та трансплантології АМН України, де удосконалені і розроблені найефективніші методи діагностики та хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, доброякісних і злоякісних захворювань печінки, підшлункової залози, патології судин, портальної гіпертензії, хірургічних гнійно-септичних захворювань, розробка нових хірургічних матеріалів, інструментів, методів фізичного впливу на тканини організму під час виконання хірургічних втручань.

Важливе місце займає застосування лазерної техніки в онкології, офтальмології, при операціях на шлунково-кишковому тракті, легенях, інших органах.

Основними напрямками організаційних ініціатив були спеціалізація ліжкового фонду, впровадження у практику охорони здоров'я нових медичних технологій, створення у всіх областях України відділень судинної та мікросудинної хірургії, центрів з надання спеціалізованої допомоги хворим з гастроуденальними кровотечами, деструктивними формами панкреатиту.

Надзвичайно важливими і такими, що потребують широкого впровадження, є мініінвазивні методи оперативних втручань, які розпочалися, як лапароскопічна холецистектомія, на сьогодні впроваджені у багатьох галузях хірургії (урологія, нейрохірургія, травматологія). Свідченням цього є використання відеоскопічних та мініінвазивних технологій у серцевій хірургії (перев'язка боталової протоки, аортовінцеве щунтування та ін.), судинній хірургії (резекція аневризми черевної частини аорти), трансплантаційній (донорська нефректомія під час пересаджування нирки від близького родича). Ці технології повинні бути найближчим часом широко впроваджені в клінічну практику.

Актуальною проблемою сьогодення є невідкладна хірургія органів черевної та грудної порожнин, з огляду на те, що і на сучасному етапі найчастішими хірургічними захворюваннями залишаються гострий апендицит, гострий холецистит, гострий панкреатит. Однією із провідних установ в Україні з цих питань є Харківський інститут загальної та невідкладної хірургії АМН, який на нині переріс у школу практичних та наукових хірургічних кадрів, лікувально-консультативний центр.

Як і раніше, дуже гострою є проблема своєчасної госпіталізації хворих з гострою хірургічною патологією. На жаль, її показники не поліпшилися й у 2001 р., а це – додаткові матеріальні витрати за рахунок більш тривалішого перебування хворого на спеціалізованому ліжку, збільшення летальних випадків.

Комбустіологічна служба України суттєво поліпшила якість надання допомоги постраждалим.

Для подальшого підвищення якості допомоги і поліпшення результатів лікування опікової хвороби була оновлена матеріально-технічна база практично всіх відділень і центрів; створені оптимальні умови попередження інфекції і проведення інтенсивної терапії потерпілим з опіковою хворобою в ЦРЛ, ЦМЛ з ранньою госпіталізацією в спеціалізовані відділення всіх тяжких і вкрай тяжких обпечених в перші 3-4 доби; відкриті дитячі опікові відділення або блоки для лікування дітей, а також реанімаційні відділення і блоки інтенсивної терапії обпечених. Широке застосування отримали всі види керованих повітряних середовищ, різних методів детоксикації; рання реваскуляризація оголених структур; раннє оперативне лікування потерпілих з глибокими опіками до 15 % поверхні тіла; використання дермотензії для тимчасового закриття ран, ліофілізованих ксенодермотрансплантатів, вільної пересадки складних комплексів тканин з мікрохірургічною технікою і превентивної відновної хірургії опіків; диспансеризація і обов'язкова консервативна реабілітація всіх потерпілих, що перенесли глибокі та більше 15 % поверхні тіла опіки III-а ст.

Початок третього тисячоліття – це не тільки часова межа, це і початок нового етапу у розвитку хірургії. Загальна хірургія як єдина дисципліна розподілилася на декілька окремих, більш вузьких галузей (хірургія серця та судин, легень, стравоходу, печінки, рентгеноваскулярна, мініінвазивна, пластична та ін.). Поряд з цим нові напрямки, методики, підходи до лікування найпоширеніших захворювань створюються також і на межі вузькоспеціалізованих розділів хірургії, наприклад, ендоваскулярна у поєднанні з судинною хірургією, використання мікросудинної техніки у хірургії органів травного тракту, трансплантаційні технології у хірургії тощо.

Пильної уваги потребують проблеми хірургії печінки. Незважаючи на те, що первинні пухлини печінки спостерігаються досить рідко, збільшення частоти виявлення колоректального раку зумовило більш часту появу метастазів пухлини у печінці. На відміну від інших видів метастатичного ураження органів, метастази цієї локалізації успішно виліковують при своєчасному виконанні хірургічного втручання. Це свідчить про актуальність ранньої діагностики (з використанням ультразвукового дослідження, комп'ютерної томографії, ангиографії), а також удосконалення методів операцій (гемігепатектомії, розширеної резекції печінки, в тому числі з використанням трансплантаційних технологій – *ex vivo* та ін.).

У судинній хірургії актуальним є вдосконалення методів лікування тяжких форм лімфовенозної недостатності з огляду на її поширення. Перспективним є розвиток ендovasкулярних методів діагностики та лікування різних захворювань судин.

В останні роки має місце розходження поглядів хірургів та гастроентерологів на лікування виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. У цьому не повинно бути крайніх точок зору, оскільки це не тільки несприятливо впливає на здоров'я хворих, а й загрожує їх життю. Нинішній з'їзд хірургів цю проблему повинен обговорити і прийняти відповідне рішення.

На сучасному етапі в хірургії була і залишається актуальною проблема лікування гнійно-запальних процесів м'яких тканин, органів грудної, черевної порожнини, інфекційних ускладнень в післяопераційному періоді. За статистичними даними гнійні ускладнення в 70 % випадків є безпосередньою причиною смертності хворих з хірургічними захворюваннями. Найближчим часом фахівцям необхідно направити зусилля на вирішення складних проблем лікування гнійно-септичних процесів, розробити сучасну методичку діагностики перитоніту, особливо післяопераційного, та його ускладнень. Оптимізація інтенсивного лікування сепсису вимагає організації міських та обласних гнійно-септичних центрів, що дасть можливість вирішити проблему лікування тяжких форм гострого перитоніту, кишкової непрохідності, деструктивних форм гострого панкреатиту. Гнійна інфекція була і залишається кардинальною проблемою загальної хірургії.

Безперечно, показником рівня розвитку медицини є стан розвитку трансплантології. Трансплантація органів і тканин людського організму – напрямок, який стрімко розвивається у всьому світі. Ще кілька десятиліть тому перша на планеті пересадка серця була сприйнята світовою громадськістю як суперсенсація. Сьогодні ж серце пересаджують в багатьох країнах світу, а загалом кількість таких операцій обчислюється вже десятками тисяч. Не є проблемою і пересадка нирки. А от із пересадкою печінки такої динаміки не спостерігається, зокрема в Україні. Якщо у світі виконують до 10 тисяч таких операцій щорічно, то у нас за останні п'ять років загальна кількість їх обчислюється лише кількома десятками. Непокоїть і інше: смертність при цьому залишається надто висока. Організація Інституту хірургії та трансплантології АМН України повинна надати новий поштовх для розвитку цього розділу хірургії.

Впровадження нових методів діагностики і лікування, що потребують сучасної медичної техніки, роблять медицину могутнішою (і дорожчою), обумовлюють необхідність нових підходів до організації діяльності медичних закладів і підготовки кадрів.

Перспективи розвитку хірургії пов'язані з успіхами фундаментальних досліджень в галузях біології, фізики, хімії, імунології, інших сферах людських знань, із всебічним вивченням функціонального стану життєво важливих органів і систем хворого на різноманітних стадіях розвитку патологічно-

го процесу, знанням характеру компенсаторних механізмів, що забезпечують відновлення і зберігання функцій уражених органів. Потрібно зміцнити взаємозв'язок медицини і базових наук, впровадити новітні технології, зміцнити морально-етичні позиції медиків і їхнього корпоративного духу.

Прогнози розвитку хірургії досить перспективні. Поряд із можливим відкриттям вже в найближчі десятиліття причин раку, атеросклерозу, колагенозів і розробка методів їх лікування та втілення надійних засобів профілактики інфекцій очікується можливість важливих досягнень в галузі пересадки тканин, реплантації і створення штучних органів, нових штучних матеріалів та ін. На подальший прогрес хірургії істотний вплив здійснюватиме розвиток суміжних медичних спеціальностей – анестезіології і реаніматології, трансфузіології, рентгенорадіології, онкології, трансплантології та інших дисциплін. Сприятиме її удосконаленню розвиток медико-інструментального оснащення хірургії, забезпечення медикаментами, реактивами та ін.

Відомо, що приблизно третина хворих, що знаходяться на лікуванні в хірургічних стаціонарах, можуть одержати адекватну медичну допомогу амбулаторно. За даними вітчизняних і зарубіжних авторів, до 40-50 % планових хірургічних операцій можуть бути здійснені в амбулаторних умовах, у тому числі до 80 % флебектомій з приводу варикозної хвороби нижніх кінцівок і до 60 % операцій із приводу зовнішніх гриж передньої черевної стінки. При цьому різко знижується ризик такого поширеного ускладнення післяопераційного періоду, як внутрішньогоспітальна інфекція.

Сучасна соціально-економічна ситуація в країні потребує адаптації вітчизняної охорони здоров'я до нових ринкових умов, а саме: не тільки впровадження ефективніших лікувально-діагностичних технологій, а й реструктуризації всієї організаційної моделі надання медичної допомоги, в тому числі і хірургії.

Відповідно до Концепції розвитку охорони здоров'я населення України сьогодні головними напрямками в удосконаленні організації надання медичної допомоги населенню є розвиток первинної медико-санітарної допомоги та перерозподіл частини обсягу медичної допомоги із стаціонарного сектору в амбулаторний. Первинна медико-санітарна допомога повинна стати головною ланкою при наданні медичної допомоги.

Найбільш перспективним напрямком перебудови системи медичного забезпечення на догоспітальному етапі визнано формування денних хірургічних стаціонарів, що дозволяють розширити обсяг медичної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах, раціональніше використовувати ліжковий фонд стаціонарів. Така форма надання медичної допомоги дає можливість надавати спеціалізовану хірургічну допомогу більшості хворим на догоспітальному етапі.

Варто підкреслити, що в наш час успіху можна досягти тільки колективною працею науковців, практичних лікарів та організаторів охорони здоров'я, що очолюють різноманітні напрямки науки і практики. Необхідність

такого підходу очевидна, як очевидно і те, що тільки шляхом єднання ідей і творчих зусиль можна одержати високі результати.

Для підвищення рівня організації якості та ефективності хірургічної допомоги населенню необхідно перейти від бюджетної до бюджетно-страхової медицини, активніше використовувати принципи, методи та організаційні форми нових умов господарювання, розробити і використовувати нові нормативи планування й організації роботи хірургічних кабінетів, відділень, системи удосконалення кваліфікації лікарів і середніх медичних працівників, переглянути й удосконалити систему атестації лікарів, сучасну методологію управління хірургічною службою на всіх її рівнях з використанням провідних принципів: системного підходу, програмно-цільового характеру, планування, соціальної спрямованості, менеджменту, маркетингу.

ВИРАЗКОВА ХВОРОБА

**В.Ф. Саенко, Б.С. Полинкевич, Ю.А. Диброва, А.А. Пустовит,
А.В. Щитов**

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

В связи с внедрением в клиническую практику новых противоязвенных препаратов эффективность консервативного лечения язвенной болезни в последние годы значительно возросла. Однако настораживает тот факт, что в настоящее время в хирургические стационары поступают больные с осложненными формами язвенной болезни. А ведь еще совсем недавно доктриной хирургического лечения язвенной болезни было выполнение операций при неэффективности консервативного лечения до развития осложнений. Известно, что хирургическое лечение неосложненных форм язвенной болезни дает гораздо лучшие результаты, чем операции при ее осложнениях в виде кровотечения, перфорации, стеноза. В определенной мере этому способствовало искусственно преувеличенное значение *Helicobacter Pylori* как этиопатогенетического фактора.

Анализ наших данных показывает, что на фоне уменьшения общего количества операций по поводу язвенной болезни отмечается увеличение числа вмешательств, выполняемых в связи с осложненными и “запущенными” язвами, как желудка, так и двенадцатиперстной кишки. Это, в свою очередь, требует проведения более травматичных операций, которые сопровождаются высокими цифрами осложнений и летальности и в последующем сказываются на качестве жизни пациентов.

Мы располагаем опытом хирургического лечения более 6 тысяч больных язвенной болезнью желудка и ДПК. В том числе, по поводу язвенной болезни ДПК было оперировано свыше 5 тысяч пациентов.

В комплекс предоперационного обследования включали рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта, эндоскопию с полипозиционной биопсией слизистой оболочки, исследование характера желудочной кислотопродукции, гастрокинезиографию, бактериоскопическое определение НР., а при язве болезни желудка – оптическую биопсию последней.

Показаниями к оперативному лечению язвенной болезни являлись: наличие осложнений язвы (перфорация, кровотечение, стеноз, пенетрация); длительный язвенный анамнез с частыми рецидивами; малигнизация язвы желудка; наличие каллезной язвы желудка размерами более 2,0 см, а также при отсутствии эффекта от проводимого консервативного лечения на протяжении 12 – 16 недель при впервые выявленной язве. В случаях средней или высокой степени колонизации слизистой оболочки желудка НР. проводили эрадикационную терапию.

Считаем, что операцией выбора при хронической язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются органосохраняющие вмешательства. Анализ оперативных вмешательств при хронической дуоденальной язве за последние двадцать лет показал, что количество операций за последнее десятилетие уменьшилось по сравнению с первой декадой с 2 743 до 1 548 (в 1,7 раза). При этом число селективных проксимальных ваготомий без дренирующих процедур сократилось соответственно с 1 619 за первое десятилетие до 207 – за второе (в 7,8 раза). Однако, удельный вес органосохраняющих операций с дренирующими вмешательствами повысился с 41% за первое десятилетие (1124 операции) до 86,6% во втором десятилетии (1341 операция). Следует также отметить, что в последнее время относительно часто встречаются стенозирующие язвы с массивным периульцерозным отеком и инфильтратом, при которых наряду с ваготомией в качестве дренирующей процедуры без риска для жизни больного возможно выполнение только гастроэнтеростомии.

Нами также отмечено, что в последнее десятилетие сократилось также количество вмешательств по поводу язвенной болезни желудка (более чем в 1,5 раза).

Характерно, что при этом снизился также удельный вес пилоро- и антрумсохраняющих операций и экономных резекций желудка и одновременно увеличилось число резекций 2/3 и субтотальных резекций желудка. Это объясняется тем, что нередко больные поступают на операцию с большими и гигантскими язвами, осложненными пенетрацией в соседние органы с выраженным периульцерозным отеком и инфильтратом. Иногда в подобных ситуациях оправдано выполнение гастрэктомии.

В отдаленном периоде после СПВ отличные и хорошие результаты отмечены у 81,4% удовлетворительные – у 11,8% неудовлетворительные – у 6,8%. После СПВ с дренирующей операцией – отличные и хорошие результаты выявлены у 87,7%, неудовлетворительные – у 7,8%, неудовлетворительные – у 4,7% обследованных. Рецидив язвы обнаружен у 5,6%. Среди пациентов, оперированных по поводу язвенной болезни желудка, наилучшие результаты получены после пилоро- и антрумсохраняющих его резекций.

Одним из реальных путей улучшения результатов лечения язвенной болезни является увеличение плановой оперативной активности до возникновения угрожающих жизни осложнений, а также поиск ранних прогностических признаков, по которым можно определить целесообразность хирургического лечения даже в период мнимого благополучия.

В.В. Бойко, В.П. Далавурак, Л.А. Пономарев, Н.П. Донец
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Язвенная болезнь – одно из самых распространенных в мире заболеваний, наблюдающееся, по сводным данным литературы, у 3,5-12 % всего населения. Многие из заболевших нуждаются в оперативном лечении, как в плановом порядке, так и в связи с развитием осложнений, требующих экстренных операций. По данным литературы, плановые операции по поводу язвенной болезни выполняются примерно у 17,5 человек на 100 000 населения и у 12,5 человек – в экстренном порядке.

С современных позиций патогенез язвенной болезни рассматривается как результат нарушения равновесия между факторами агрессии (соляная кислота, пепсин, нарушение эвакуации из желудка, дуодено-гастральный рефлюкс) и защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки за счет усиления первых и снижения вторых. Защитные механизмы включают в себя: слой слизи, примыкающей к эпителию, щелочной секрет эпителия (бикарбонаты), интенсивный кровоток в слизистой оболочке, способность эпителия к быстрой регенерации, простагландины, защищающие клетки, иммунную защиту, пищу.

В различные фазы пищеварения равновесие между названными факторами осуществляется согласованным взаимодействием нейроэндокринной системы. Считается, что при пилородуоденальной локализации язвы преобладают факторы агрессии, при локализации язвы в теле желудка определяющее значение имеет ослабление факторов защиты. В стенке желудка или двенадцатиперстной кишки при язвенной болезни происходят одновременно два процесса: деструкция стенки под воздействием факторов агрессии и репарация, обусловленная воздействием защитных сил организма.

Значительно возрос удельный вес хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (их осложненных форм) с совершенствованием и расширением объема оперативных вмешательств, направленных на подавление патогенетических механизмов язвообразования, но соблюдающих органосохраняющий принцип.

До настоящего времени клиника института располагает опытом хирургического лечения язвенной болезни у 2392 больных в плановом порядке, у 1185 оперированных по поводу острых желудочно-кишечных кровотечений язвенного генеза и у 387 больных, оперированных по поводу перфоративной язвы. В своей повседневной работе мы руководствовались принципом выбора наиболее адекватного оперативного пособия у каждого конкретного больно-

го на основании проведения исследований, направленных на прогнозирование патологических синдромов в дооперационном периоде и профилактику их.

Несомненно, что правильная трактовка нарушений желудочной секреции является определяющим звеном при выборе метода и объема оперативного вмешательства на желудке и во многом определяет его эффективность. С помощью проведенных исследований удалось установить существенные и достоверные различия при дуоденальной, желудочной и сочетанной локализации язвенного процесса. Кроме того, при изучении продукции пепсина и гастромукопротеидов в желудочном соке получены интересные сведения для трактовки патогенеза язвенного процесса в желудке и двенадцатиперстной кишке. Таким образом, следует выделять две основные формы язвенной болезни: язвенная болезнь желудка и язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, имеющих различия в патогенезе и клиническом течении.

Изучение частоты различных осложнений язвенной болезни у оперированных планово показало, что наиболее часто встречался стеноз привратника – 38,2 %, пенетрация язвы – 36,5 %, у части больных имелось сочетание этих осложнений. У 13,8 % обследованных в анамнезе отмечались желудочно-кишечные кровотечения, а у 7 % они повторялись от 3 до 8 раз; 14,1 % больных в прошлом перенесли ушивание перфорации язвы. Дуоденальная локализация язвы имела место у 71 % оперированных, желудочная – у 20 % и у 9 % имелась желудочная и дуоденальная язвы одновременно.

Учитывая свой многолетний опыт и данные литературы, в арсенале хирургического лечения осложненных форм язвенной болезни по строго выработанным показаниям используем как резекционные, так и органосохраняющие и органоспадающие операции в сочетании с различными видами ваготомии. За последние десятилетия органосохраняющие операции составили 69,7 %.

В клинике института разработаны и прошли широкую клиническую апробацию методики иссечения дуоденальных язв любой локализации, защищенные авторскими свидетельствами.

Послеоперационная летальность в группе планово оперированных больных составила 1,3 %. При резекционных методах – 1,6 %, при органоспадающих – 1,1 % и при органосохраняющих – 0,5 %. В результате такого подхода удалось значительно снизить количество патологических синдромов. Рецидив язвы не превышает 2 %.

Сотрудниками института разработаны методы органосохраняющего характера, основанные на локальном иссечении кровоточащей язвы, вне зависимости от ее локализации, степени пенетрации и перивисцерита в сочетании с ваготомией, в подавляющем большинстве наиболее выгодной в функциональном отношении СПВ. При выполнении этих операций язва или радикально иссекается или ее кратер после прошивания и лигирования кровоточащих сосудов выводится за просвет органа, что предотвращает возможность рецидива кровотечения как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде. Принципиальным считаем вопрос об устранении яз-

венного субстрата, т.к. его оставление, даже после промывания и лигирования сосудов и ваготомии чревато развитием рецидива кровотечения, что нередко стоит больному жизни.

Следует отметить, что послеоперационная летальность в группе больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями благодаря широкому внедрению органосохраняющих операций была снижена до 2,5 %, а после экстренных операций на высоте кровотечения до 5,3 %. Рецидив язвы у этих больных не превышает 5 %.

При хирургическом лечении перфоративных язв обязательным считаем иссечение перфорации, что позволяет надежно ушить дефект в пределах здоровых тканей и осмотреть заднюю стенку. Все это дополняется ваготомией.

УДК 616.33-002.44-06:616.342-002.44]-089

**Л.Я. Ковальчук, І.Я. Дзюбановський. І.І. Басистюк,
Р.В. Свистун, А.Д. Беденюк**

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки – поширені захворювання шлунково-кишкового тракту. За даними світової статистики [1], їх розповсюдженість серед дорослого населення досягає 6-10 %. На думку цілого ряду авторів, при хірургічному лікуванні виразкової хвороби слід віддавати перевагу резекційним методам. Однак висока летальність (4-5 %), виникнення важких форм після резекційних синдромів у (10-15 %) випадків [2,3], стійка інвалідність (3-5 %) свідчить про те, що резекція шлунка не може претендувати на роль операції вибору при ускладнених формах виразкової хвороби і повторних операціях з приводу ускладнень виразкової хвороби.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати хірургічного лікування 1430 хворих. У віці 20-49 років було 57 % і у віці 50-89 років – 43 % хворих. Переважали чоловіки (75,5 %). Виразка шлунка була у 576 (40,3 %), а дуоденальна виразка – у 854 (59,7 %) хворих. Вивчали стан секреторної і моторної діяльності шлунка і дванадцятипалої кишки – іонобалонотензіокінезіографія; інфікування слизової оболонки шлунка Нр, внутрішньошлунковий кровобіг – тетраполярна реогастрографія; локальний кровобіг за методом Л.Я. Ковальчука (1984р.), морфологічне та морфометричне дослідження стінок шлунка і дванадцятипалої кишки, імуноморфологію слизової зони виразкування і зони виразкової інфільтрації за методом Кунса, стан місцевого і загального гемостазу при кровоточивих гастродуоденальних виразках.

Результати дослідження та їх обговорення. Поєднані ускладнення мали місце у 45 % спостережених хворих. Із них одне ускладнення було у 45,2 %, два – 41,4 %, три – у 7,9 %, чотири- у 4,4 %.

За характером ускладнень виразкової хвороби пенетрація мала місце у 355 (24,8 %) хворих, стеноз – у 386 (26,9 %), кровотеча – у 363 (25,4 %) перфорація у 238 (16,6 %), малігнізація – у 88 (6,3 %). За локалізацією: шлунок – 576, дванадцятипала кишка – 854 хворих.

При вирішенні питання про показання до хірургічного лікування з приводу ускладнених гастродуоденальних виразок враховуються ризик основного захворювання, ефективність консервативного лікування.

При виборі об'єму операції при ускладнених виразках враховується вік хворого, характер ускладнень, ступінь ризику операції і вплив її на попередження післяопераційних розладів.

При власне виразках шлунка віддаємо перевагу резекціям шлунка за Більрот-I (245) та корпоральним, при яких зберігається пілороантральна частина шлунка (172). Однак при виразках шлунка, які супроводжуються хронічною дуоденальною непрохідністю, виконуємо корпоральну резекцію з формуванням дуоденальної кукси і дуоденоентероанастомозу (19). У 30 хворих з шлунковою локалізацією виразки була виконана сегментарна корпоральна резекція шлунка зі збереженням вагусної іннервації пілороантрального сегмента і пейсмейкерної регуляції дванадцятипалої кишки.

Із 854 оперованих хворих з приводу дуоденальних виразок у 246 була виконана резекція шлунка за Більрот-II, у 151 – антрум-резекція за Більрот-II в поєднанні з стовбуровою, або селективною ваготоміями, у 135 – резекція шлунка за Б-I, у 322 – селективна проксимальна ваготомія СПВ в поєднанні з дуоденопластикою (161), пілоропластикою за Фінеєм (60) і Гейнеке-Микулічем (91) і гастродуоденоанастомозом за Джабулеєм (10). СПВ у поєднанні з дренажною операцією доцільно виконувати хворим із дуоденостенозом у стадії компенсації і субкомпенсації, при умові задовільної моторної функції або при гіпомоториці з наявними резервами скоротливої здатності органа в стадії декомпенсації.

СПВ із дренажною операцією в поєднанні з сегментарною корпоральною резекцією шлунка доцільно виконувати у хворих із компенсованим і субкомпенсованим стенозом і виразкою тіла шлунка, та у хворих із декомпенсованим стенозом – при умові гіпомоторики (тонус 70 мм вод. ст.) без резервів його скоротливої функції, або в стадії вираженої гіпотонії тіла шлунка (тонус <70 мм вод.ст.) при наявності резервної здатності антрум.

При “тяжких” куксах дванадцятипалої кишки, зумовлених низькими гігантськими дуоденальними виразками, що пенетрують в головку підшлункової залози, обробка дуоденальної кукси проводилася атипово, з наступним поздовжнім її зашиванням, після попередньої екстериторизації виразки і дуоденостомії, що звело до мінімуму вірогідність неспроможності швів дванадцятипалої кишки.

Проведено аналіз повторних оперативних втручань з приводу ускладнень виразкової хвороби у 89 хворих, які перенесли нерезекційні методи оперативного лікування. Попереднім оперативним втручанням у 64 хворих було вшивання проривної виразки дванадцятипалої кишки, у 10 хворих – прошивання кровоточивої виразки, у 9 – СПВ з пілоропластикою і ізольована СПВ – у 6 пацієнтів. Причиною повторного оперативного втручання у 43 хворих був пілородуоденостеноз, у 19 – виразкова кровотеча, у 9 – повторна перфорація виразки і у 18 хворих- рецидивуючий перебіг виразкової хвороби.

При виборі методу повторного оперативного втручання дотримувалися принципу органозберігаючого та органощадного підходу. Резекційні методи було використано при локалізації виразки в антральному відділі шлунка, вираженій рубцевій деформації шлункової стінки, підозрі на малігнізацію.

Селективна проксимальна ваготомія з висіченням виразки і дуоденопластикою виконана у 50 хворих, реваготомія з пілородуоденопластикою – у 9 хворих, СПВ в поєднанні з сегментарною корпоральною резекцією шлунка і пілоро- або дуоденопластикою – у 20 хворих. Резекція шлунка за Б-І – у 5 хворих, резекція шлунка за Гаккер-Бальфуrom – у 5 хворих. Органозберігаючі та органощадні операції вдалося виконати у 79 хворих (88,7 %).

Проведено аналіз причин рецидиву захворювання. Він, на наш погляд, зумовлений неадекватною дренажною операцією, залишенням виразкового субстрату в межах травного тракту, неповною ваготомією, дефектами операційної техніки. Аналіз причин рецидиву виразкової хвороби після вшивання проривного отвору свідчить про зниження показань до радикальних оперативних втручань під час попередньої операції.

Досвід виконання повторних оперативних втручань дозволяє відмітити, що практично завжди при наявності кваліфікованої бригади хірургів є умови до виконання органозберігаючих, або органощадних повторних операцій.

Проведено повторне клінічне обстеження 72 (80,9%) хворих. До 6 місяців після операції – 54 хворих, через 1 рік – 42 хворих і 35 хворих – через 3 роки після операції.

Висновки. Збереження пілороантрального відділу шлунка при органощадних операціях, виконаних з приводу шлункових виразок і виконання органозберігаючих операцій з збереженням воротаря при дуоденальних виразках знизило частоту середніх форм демпінг-синдрому з 32,1 % до 4,5 %, тяжких форм – з 8,3 % до 3,3 %.

Розроблені нові та удосконалені вже існуючі методи оперативних втручань дозволити знизити частоту прямих післяопераційних ускладнень в 4 рази, рівень післяопераційної летальності до 0,9 %.

Література.

1. Ковальчук Л.Я., Поліщук В.М., Велігоцький М.М., Береговий О.В., Ковальчук О.Л. Вибір методів хірургічного лікування гастродуоденальних виразок.— Тернопіль-Рівне: Вертекс, 1997. – 144 с.

2. Короткий В.Н., Теплый В.В. Показания и противопоказания к радикальным операциям при перфоративных пилородуоденальных язвах // Новые технологии в хирургии. Сборник научн. работ. Киев, - 1997. - С.23-24.

3. Кузин Н.М., Алимов А.Н. Селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой в лечении дуоденальных стенозов у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 1997. - № 4. - С.38-43.

УДК 616.33-002.44-089

Я.С. Березницький, В.М. Ратчик, Д.П. Чухрієнко

МІСЦЕХІРУРГІЇ У ЛІКУВАННІ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ

Інститут гастроентерології АМН України

Вплив на слизову оболонку гастродуоденальної зони факторів агресії і зниження функціонування факторів захисту – основна патофізіологічна детермінанта в розвитку виразкової хвороби. У зв'язку із цим, нові погляди останніх років на етіопатогенез захворювання значною мірою визначають питання лікувальної тактики.

Найбільш загальною причиною виразкової хвороби на цей час вважається інфекція *Helicobacter pylori*. Тому противираzkова терапія повинна включати як антисекреторне лікування, так і антибіотики, призначені для знищення вказаних мікроорганізмів у інфікованих пацієнтів.

Стандартна ерадикаційна терапія складається з комбінації інгібітора K^+-Na^+-ATP – ази, двох протизапальних препаратів та субцитрату вісмута. В розвинутих державах при вказаному підході реінфекція розвивається менш ніж у 2 % хворих на рік.

Але, незважаючи на сучасні тенденції консервативного лікування, тяжкий перебіг виразкової хвороби, рецидивуюче або ускладне захворювання часто не залишає однозначного рішення для вибору лікувальної тактики. У цих хворих іноді тільки оперативне лікування може мати суттєвий вплив на перебіг патологічного процесу. Крім того, на вибір тактики лікування при виразковій хворобі впливає конкретна соціально-економічна ситуація, коли адекватна медикаментозна терапія є занадто дорогою та значно перевищує витрати на хірургічне лікування. Існує також група пацієнтів, рефрактерних до дії противираzkових препаратів, та пацієнтів, у яких можуть виникнути раптові ускладнення, що потребують термінового хірургічного втручання.

Таким чином, в структурі хворих на виразкову хворобу пацієнти, що підлягають хірургічному лікуванню, повинні займати значне місце.

За останні роки стійкої тенденції набуває зниження кількості планових операцій при виразковій хворобі. В той же час, за даними більшості авторів (А.А. Гринберг, 1997; Р.Е. Konahue и співавт., 1996; J. Herman и співавт.,

1998), збільшується кількість невідкладних оперативних втручань при перфораціях виразок та кровотечах з них, летальність при яких складає від 5,6 до 20,4% (N.H.Chou и співавт., 2000; T. Sillakivi и співавт., 2001; A. Garripoli и співавт., 2000; N. Cheynel и співавт., 2001) і не має тенденції до зниження.

За нашим даними, за останні 10 років кількість планових операцій зменшилася у 8-9 разів. В той же час аналіз життєвонебезпечних ускладнень виразкової хвороби в Дніпропетровському регіоні свідчить про щорічне зростання цих показників. Досвід планового хірургічного лікування виразкової хвороби, оснований на більш ніж 5 тис. операцій, дозволяє нам виробити певні закономірності в підходах до хірургічного лікування цього захворювання.

Основним завданням планового хірургічного лікування при виразковій хворобі є створення в післяопераційному періоді умов для ліквідації факторів агресії в гастродуоденальній ділянці з одночасним зниженням летальності та максимальним зменшенням побічних ефектів. При виразці дванадцятипалої кишки – це вплив на кислотопродукуючу зону, при цьому ефективність операції визначається рівнем пригнічення шлункової секреції; при виразці шлунка – вплив на зону виразкового інфільтрату, що в подальшому нормалізує трофічні порушення і створює умови для стабілізації гісто-структурних змін в слизовій оболонці шлунка.

Слід відзначити, що основним завданням ургентного оперативного втручання при перфорації або кровотечі виразки шлунка або дванадцятипалої кишки є врятування життя хворого. При цьому вибір методу оперативної допомоги і його радикальність в більшості залежать від конкретної клінічної ситуації (вік хворого, супутня патологія, ступінь оперативного ризику). В зв'язку з цим необхідно відзначити, що, незважаючи на всі можливості сучасної консервативної терапії, надто тривале медикаментозне лікування здатне призвести до глибоких морфологічних змін в зоні виразки, коли підвищується ризик будь-якої операції.

У структурі оперативних втручань при виразковій хворобі ДПК найбільш виправданими з анатомо-фізіологічних позицій у випадку, коли домінує нервовий механізм регуляції кислотоутворення, є операції із збереженням воротаря селективна проксимальна ваготомія або селективна проксимальна ваготомія з різними варіантами дуоденопластики. Превалювання гормональної ланки механізмів регуляції, яке виражається в гіперплазії гастринпродукуючих (G-) клітин та розвивається з одночасним зниженням кількості соматостатинпродукуючих (K-) клітин антрального відділу шлунка, відзначено у 10 % хворих. В даному випадку показано виконання піддіафрагмальної стовбурової ваготомії з антрумектомією як операції, що впливає відразу на обидва механізми регуляції кислотоутворення в шлунку – нервовий та гормональний.

Основною операцією при виразковій хворобі шлунка залишається резекція з тенденцією до зменшення її обсягу і збереженням пасажу по дванадцятипалій кишці, або надворатарева резекція шлунка.

Таким чином, результати фундаментальних досліджень та успіхи фармацевтичної промисловості дозволяють вважати медикаментозне лікування основним методом терапії виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Але досвід практичної роботи та тривалі спостереження за хворими дозволяють зробити висновки, що повне заперечення планового хірургічного оздоровлення хворих з важким перебігом виразкової хвороби призводить до зростання відсотку ускладнених її форм, які нерідко загрожують життю пацієнтів та розвитку низки післяопераційних ускладнень, що знижують ефект від хірургічного втручання.

УДК616.33-002.44-005.1-089-06-089

**В.І. Мамчич, В.А. Шуляренко, М.М. Шевнюк, М.М. Гвоздяк,
З.З. Парацій, В.І. Паламарчук, О.В. Шуляренко**

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шутика

Впровадження в клінічну практику високоефективних антисекреторних препаратів і схем ерадикації *Helicobacter pylori* призвело до очевидних успіхів в консервативному лікуванні виразкової хвороби (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК). Однак, всупереч сподіванням, кількість ускладнених форм ВХ (перфорації, кровотечі) значно зросла, що призводить до збільшення післяопераційної летальності. Необхідно відмітити також, що в теперішній час більше 1 % хворих ВХ помирають від ВХ без операції (М.І. Кузін, 2001 р.). Важливе значення для пацієнтів відіграють такі критерії: вартість, ефективність лікування і якість життя після операції.

Якщо технічний аспект хірургічного лікування ВХ шлунка і дванадцятипалої кишки частково вивчено, то в питаннях тактики на сучасному періоді залишаються проблеми.

Абсолютні показання до операції ускладнених форм ВХ залишаються попередніми: стеноз, перфорація виразки, кровотеча, малігнізація.

Відносні показання до оперативного лікування виникають значно рідше в теперішній час (коли використовуються високоефективні антисекреторні препарати в поєднанні з антибіотиками), однак нема підстав стверджувати, що вони відсутні. На нашу думку, ці показання наступні:

1) калькозні та пенетруючі виразки, виразки пілоричного каналу, постбульбарні виразки, які погано піддаються медикаментозній терапії;

2) гігантські виразки (2 см в діаметрі для виразок ДПК, 3см для виразок шлунку), множинні виразки, поєднані виразки, які погано піддаються медикаментозній терапії;

3) виразка шлунка або дванадцятипалої кишки, що не загоюється протягом 3-6 місяців, незважаючи на адекватне медикаментозне лікування;

4) часті загострення захворювання, які не вдається попередити сучасними препаратами (неможливість ліквідувати хелікобактерну інфекцію);

5) бажання хворого зробити операцію із фінансових міркувань, пов'язаних з високою вартістю антисекреторних препаратів, чи бажання уникнути частих загострень хвороби і ускладнень більш надійним оперативним методом, незважаючи на роз'яснення.

За останні 15 років в хірургічній клініці КОКЛ виконано більш ніж 1300 операцій з приводу ускладнених форм ВХ шлунка і ДПК, з них більше 500 ваготомій з дренажними шлунок операціями.

У передопераційному періоді у хворих з стенозуючою і пенетруючою виразками проводилось вивчення секреторної і моторно-евакуаторної функції шлунка і ДПК, дуоденогастрального рефлюксу (ДГР), ступеня обсіменіння Нр., показників місцевого і загального імунітету, Са-АТФ в м'язовій тканині шлунка, вмісту G-клітин в слизовій шлунка, ступеня дисплазії епітелію шлунка.

Передопераційна підготовка, особливо при пенетруючих, стенозуючих виразках, включала використання інфузійно-трансфузійної терапії, ерадикацію Нр., імуномодуляторів, інгібіторів лейкогрієнів, цитокінів, ГБО, лазерне опромінення, аплікацію клею на виразку, а при стенозуючих виразках – ентєральне харчування через мікросонд чи стент, поставлений в місце стенозу. При виразках шлунку оптимальною операцією була економна резекція шлунка за Б-1 із збереженням воротаря, ступінчаста, чи сегментарна резекція, за жорсткими показаннями – резекція за Б-2 в модифікації Бальфура, Ру.

При дуоденальних виразках оптимальною операцією була ваготомія з дуодено- чи пілоропластикою з видаленням виразки, в рідких випадках – резекція шлунка. На способи хірургічного лікування ВХ одержано 5 авторських свідоцтв, 1 патент РФ, 2 патенти України.

Після резекції шлунка летальність складала 2,4 %, після органозберігаючих операцій – 1,1 %.

В строки до 10 років результат хірургічного лікування виразок ДПК вивчено у 223 хворих. Відмінні і добрі результати після ваготомії відмічені у 79,8 %, задовільні – у 12,2 %, незадовільні у 8,0 % Рецидив виразки виник у 7,6 % хворих.

У клініці з 2001 року почали впроваджувати малоінвазивний лапароскопічний метод хірургічного лікування ВХ шлунка і ДПК.

**А.С. Никоненко, В.А. Грушка, И.Е. Прокопенко,
Т.Н. Никоненко, Н.Г. Головки, Ю.И. Макаренко, С.С. Лазня,
С.Н. Гулевский, В.М. Осташко**

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Запорожский государственный медицинский университет

Проблема улучшения результатов лечения язвенной болезни остается актуальной.

Одним из путей улучшения результатов как консервативного, так и хирургического лечения, на наш взгляд, является дифференцированный подход к выбору метода, не фетишизируя ни один из них. Такой подход диктуется и многообразием форм болезни – от латентных малосимптомных форм до тяжелых угрожающих жизни осложнений.

Наше сообщение основано на анализе результатов 1710 операций, произведенных в плановом порядке.

При не осложненной язвенной болезни оперативное лечение показано у больных с риском развития осложнений.

В группу риска развития осложнений включаем больных с тяжелым течением ЯБ, частыми обострениями (более 2-х раз в год), с непрерывно рецидивирующим течением болезни, гиперпродукцией соляной кислоты и нарушением нейтрализующей функции антрума, наличием длительно не заживающих язв и антрального гастрита с нарушениями регенерации, с сохранением значительного обсеменения НР и неаффективностью противоязвенной терапии.

С целью предупреждения развития осложнений у этих больных выполняли наименее травматичную операцию – изолированную СПВ, проведенную нами у 395 больных с одним летальным исходом (0,3%). Хорошие отдаленные результаты были получены у 91% больных, рецидив язвы отмечен у 8% больных.

При длительно незаживающих язвах желудка наиболее подходящей является пилоросохраняющая резекция (ПСР), которая произведена у 101 больного с 1 летальным исходом (0,9%). Хорошие отдаленные результаты отмечены у 90% больных.

При обнаружении микрофлоры проводили антибактериальную терапию в пред- и послеоперационном периоде, что позволило уменьшить степень воспалительных изменений и увеличить частоту заживления язв после ваготомии.

В случае наличия хронического гастрита с нарушением регенерации и появлением тяжелой дисплазии при язве желудка показана резекция желудка, при ЯДПК – СВ+АЭ, которая выполнена у 126 больных с 1 летальным исходом (0,8%) и 91% хороших отдаленных результатов.

У больных с осложненной дуоденальной язвой, с хроническим гастритом без дисплазии выполняли различные виды ваготомии с дренирующими операциями, которые произведены у 830 больных, летальный исход наступил у 13 больных (1,5%), отдаленные результаты были хорошими у 86% больных.

При осложненной язве желудка у 246 больных произвели резекцию желудка по Б I с 4 летальными исходами (1,6%) и хорошими отдаленными результатами у 87% больных.

Резекцию желудка по Б II выполняли при декомпенсированном стенозе и дуоденостазе – 112 операций с летальностью 2,6%, хорошие отдаленные результаты получены только у 74% больных.

Дифференцированный подход в выборе метода лечения ЯБ позволяет индивидуализировать оперативные вмешательства с применением наиболее адекватных методов в каждом конкретном случае, что привело в целом к снижению летальности до минимума (с 4% до 1,3%) и более хорошим отдаленным результатом.

УДК 616.342-002.44-06-089

**Н.Н. Велигоцкий, В.В. Комарчук, А.С. Трушин,
А.Н. Велигоцкий**

МОДИФИКАЦИИ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ АНТИРЕФЛЮКСНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ХМАПО

К настоящему времени наш опыт хирургического лечения осложненной язвенной болезни превышает 2000 операций.

Выбор операции зависит от локализации и характера язвенного поражения, и во всех случаях он основывается на удалении язвы и ликвидации осложнений язвенной болезни. С этой целью применяются различные методики иссечения или экстерриторизации язвы с пилородуоденопластикой и ваготомией.

При локализации язвы по верхней и задней стенкам двенадцатиперстной кишки (ДПК) с пенетрацией в печеночно-двенадцатиперстную связку и головку поджелудочной железы выполняется ограниченная мобилизация пилоробульбарной зоны по верхнему контуру с перевязкой правой желудочной артерии, выведение на держалке задней стенки ДПК, иссечение язвы с участками рубцовых тканей в зоне пенетрации с последующей сегментарной или субциркулярной дуоденопластикой. Такая же методика с мобилизацией ДПК по нижнему контуру применяется при расположении язвы на задне-нижней стенке.

При наличии двух язв луковицы ДПК используется методика субциркулярной дуоденопластики с полным пересечением передней стенки, мобилизацией и иссечением доступных язв задне-верхней и задне-нижней локализации.

При пенетрирующей язве больших размеров по задней стенке, недоступной для иссечения описанными выше методами, применяется методика циркулярного иссечения луковицы ДПК по нижнему краю язвы с экстерриторизацией язвы и закрытием ее сформированной культей ДПК.

При сочетании язвы ДПК с органическим стенозом нами предложены методики расширяющей дуоденопластики в трех вариантах. Первый вариант: производим ограниченное полуовальное иссечение передней стенки ДПК в проксимальном и дистальном направлении с последующим сшиванием в поперечном направлении. Второй вариант: после иссечения язвы сшиваем пилороантральный отдел желудка с медиальным краем ДПК и производим два параллельных наложенному шву разреза стенки ДПК и желудка длиной 2-3 см. После этого восстанавливаем дефект ДПК в зоне иссеченной язвы. Третий вариант: проксимальнее и дистальнее зоны стеноза из передней стенки выкраиваем два полуовальных лоскута, а целостность кишки восстанавливаем в поперечном направлении (Рац. Пр. №24, 34. АС №1009432, 1982. АС №3617451, 1983).

При низко расположенных пенетрирующих язвах ДПК, стенозирующих просвет, выполняется резекция сегмента ДПК с язвой, мобилизация задней стенки с восстановлением задне-верхней стенки и рассечением медиальной стенки для увеличения просвета культи, наложение «перемещенного» гастродуоденоанастомоза (патент Украины № 97063138 от 4.08.98).

Особого отношения требуют рецидивные язвы ДПК, которые чаще бывают осложненными. После установления причин рецидивов также возможно выполнение органосохраняющей операции в сочетании со стволовой ваготомией и интраоперационной рН-метрией.

Частой сопутствующей патологией при язвенной болезни является гастроэзофагеальный рефлюкс как одна из основных причин гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), а также дуодено-гастральный рефлюкс. Морфологической основой гастроэзофагеального рефлюкса часто служит грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, а дуоденогастральный рефлюкс развивается вследствие дуоденостаза или хронической дуоденальной непроходимости. По нашим наблюдениям, такое сочетание чаще бывает при язвенной болезни, осложненной пилородуоденальным стенозом. В таких ситуациях следует выполнять сочетанные операции, включающие, кроме удаления язвы и пилородуоденопластики, антирефлюксные операции и операции, направленные на ликвидацию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и хронической дуоденальной непроходимости. Реконструктивный этап этих вмешательств должен предусматривать такой вариант «моделирования» желудка, который учитывает его первоначальные размеры и форму, наличие недостаточности кардии (ГЭРБ), дисфункции пилорического жома (дуоденостаз) и обеспечивает хорошую послеоперационную моторно-эвакуаторную функцию без явлений регургитации.

При наличии ГЭРБ и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы считаем необходимым выполнение фундопликации по Ниссену-Розетти с крурорафией и фиксацией фундопликационной манжеты, а при необходимости – фундофренопексии.

При сочетании с дуоденостазом накладываем дополнительно антирефлюксную складку с погружением пилорического жома и антирефлюксный анастомоз и выполняем операции, дренирующие двенадцатиперстную кишку.

При язве кардиального отдела желудка, осложненной стенозом эзофагокардиального перехода, возможно иссечение язвы с ушиванием овального дефекта в виде буквы “Т”. Такая форма шва способствует восстановлению проходимости в этой зоне (патент Украины N2001021346 от 11.12.01). При осложненной язве тела желудка, если позволяют морфологические изменения стенки, выполняется клиновидное иссечение.

Органощадящие операции, основные из которых являются антрумэктомия или гемиантрумэктомия с ваготомией, применяются нами при наличии гигантской пилоробульбарной язвы с массивным перипроцессом, двойной локализацией язв в луковице ДПК и антральном отделе желудка, а также при рецидивных язвах с предельно высокими показателями секреции, отрицательной атропиновой пробой и декомпенсированным оцелачиванием.

Отличные и хорошие отдаленные результаты получены у 85,6% больных, удовлетворительные – у 7,8%, а неудовлетворительные – у 4,6%.

Выбор метода органосохраняющей операции с учетом характера и локализации язвенного процесса, коррекция гастроэзофагеального и дуоденогастрального рефлюкса позволяют улучшить функциональные результаты оперативного лечения осложненных форм язвенной болезни, уменьшить число рецидивов.

УДК : 616.33 – 002.44 – 005.1 – 089.168.7 – 089 – 035

**П.Д. Фомін, П.В. Іванчов, О.В. Заплавський, В.І. Нікішаєв,
Б.В. Борисов**

ХІРУРГІЧНА ТА КТІКА ПРИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ РЕЦИДИВНИХ ВИРАЗКАХ.

Національний медичний університет

По мірі нагромадження досвіду і вивчення віддалених результатів у оперованих хворих, яким виконані ваготомії, спостерігається тенденція до зростання числа хворих з рецидивними виразками. Найбільш частим та небезпечним ускладненням рецидивних виразок є кровотеча, частота якої становить 25-30 %.

Предметом палких дискусій при обговоренні хірургічних аспектів лікування гострокровоточивих рецидивних виразок являються: визначення показань, термінів проведення та вибір методу оперативного втручання. Розробка та впровадження у клінічну практику алгоритму вибору хірургічної тактики у хворих з гострокровоточивими рецидивними виразками і визначило мету нашого дослідження.

За останні 10 років роботи Київського міського центру шлунково – кишкових кровотеч, з приводу гострокровоточивих рецидивних виразок після різних видів ваготомій, що виконувалися в багатьох лікувальних закладах знаходилося на лікуванні 236 пацієнтів. Вік хворих – від 18 до 78, жінок 26, чоловіків – 210. Оперативне лікування проведено у 81(34,3%) хворого, серед яких чоловіків – 72(88,9%), жінок – 9(11,1%). У 24(29,6%) оперативне лікування проведено в екстремному порядку на висоті кровотечі, серед яких 14(17,3%) хворих прооперовані на висоті рецидиву кровотечі. У відстроченому порядку прооперовано 57(70,4%) пацієнтів. Помірна ступінь тяжкості геморагії була у 179(75,8%), середня – у 25(10,6%), важка – у 32(13,6%) хворих

Хірургічна тактика при гострокровоточивих рецидивних виразках є глибоко індивідуалізованою і носить активно – очікувальний характер. Труднощі вибору і визначення раціональних термінів проведення оперативного втручання при гострокровоточивих рецидивних виразках довгий час пояснювали відсутністю об'єктивних критеріїв прогнозування ефективності зупинки кровотечі, надійності гемостазу у виразці, та ризику розвитку рецидиву кровотечі. У вирішенні цих питань нові можливості відкриває широке застосування екстремної діагностичної та лікувальної фіброгастроуденоскопії, що дає змогу верифікувати джерело кровотечі, судити про надійність гемостазу в ньому, прогнозувати загрозу рецидиву кровотечі, контролювати ефективність лікувального впливу на кривавлячу виразку, а також несе інформативну цінність про характер втручання на пілородуоденальній зоні при проведенні первинної операції, та в багатьох випадках про характер проведеної ваготомії. Сучасні можливості ендоскопічного обстеження з приміненням вдосконалених мір гемостазу, та послідуочий ендоскопічний моніторинг значно підвищують практичну цінність прогнозу ризику рецидиву кровотечі, що і визначає характер подальшої хірургічної тактики.

Таким чином, після ендоскопічного обстеження отримуємо можливість поділу хворих по ступеню ризику рецидиву кровотечі на три групи. Перша – з низьким ризиком рецидиву кровотечі (мілкі тромбовані судини, дефект під фібрином); друга – з високим ризиком рецидиву кровотечі (тромбована судина, фіксований згорток крові); третя – з кровотечею, що продовжується. Найбільшої уваги заслуговує третя група пацієнтів, яка розділена на дві підгрупи: За – кровотеча зупинена; Зб – досягти ендоскопічного гемостазу не вдалося. У випадку неефективності ендоскопічних мір гемостазу, хворі подаються в операційну і після проведення короткочасної передопераційної підго-

товки, направленої на стабілізацію гемодинамічних показників, підлягають екстремному оперативному лікуванню по життєвим показам. У пацієнтів 3а підгрупи, де вдалося здійснити ендоскопічний гемостаз, вважаємо його нестійким, оскільки існує висока імовірність розвитку раннього рецидиву кровотечі. В даній ситуації хірурги, разом з ендоскопістами, індивідуально по відношенню до кожного хворого, приймають рішення про виконання ранньої відстроченої або невідкладної операції, після проведення передопераційної підготовки, в залежності від сукупності обтяжуючих факторів у плані прогнозу розвитку рецидиву кровотечі. За рештою пацієнтів 3а підгрупи, яким термінове або ранньо-відстрочене оперативне лікування не показано за пацієнтами, що відмовилися від операції і за хворими з важкою супутньою патологією у яких ризик наркозу перевищує ризик операції, а також за хворими другої групи, яким проводилися ендоскопічні мікроприємства, направлені на профілактику розвитку рецидиву кровотечі, встановлювалося спостереження хірургів та ендоскопістів з приміненням пролонгованого ендоскопічного моніторингу інтервалом 2 – 4 години у 3а підгрупі, 4 – 6 годин – у другій групі. Пацієнтам, у яких при госпіталізації відсутні сліди кровотечі (виразка під фібрином), при виконанні екстремної фіброгастроуденоскопії також проводяться ендоскопічні мікроприємства, направлені на профілактику рецидиву кровотечі з послідуочим ендоскопічним моніторингом інтервалом 12 – 24 години.

Всім пацієнтам, за якими встановлено клініко – ендоскопічне спостереження, проводиться комплексна противиразкова терапія з використанням сучасного арсеналу H2 – блокаторів гістамінових рецепторів та інгібіторів протонної помпи, консервативна гемостатична терапія, а також індивідуально визначена, з урахуванням тяжкості геморагії та її темпу, інфузійно – транфузійна терапія.

У випадку виникнення рецидиву кровотечі в групі хворих, за яким встановлено клініко – ендоскопічне спостереження, показано проведення екстремного оперативного втручання по життєвим показам, за виключенням хворих з вираженою поліморбідною патологією, які підлягають подальшому ендоскопічному моніторингу з повторним проведенням ендоскопічного гемостазу.

При гладкому перебігу постгеморагічного періоду, при відсутності розвитку рецидиву кровотечі, хворим проводиться повноцінне клініко-лабораторне, інструментальне дообстеження, доповнюються дані про тип первинної операції, проводиться остаточна корекція гіповолемії та дефіциту ОЦК на фоні консервативної гемостатичної та противиразкової терапії. При наявності морфологічно ускладнених рецидивних виразок: стеноз, пенетрація, “велетенські” виразки, ХДН – хворі підлягають оперативному лікуванню у відстроченому порядку. Хворим, у яких рецидивна виразка виявлена вперше, в анамнезі відсутні кровотечі, виразка морфологічно не ускладнена, а також хворим з вираженою поліморбідною патологією, не залежно, від наявності морфологічних ускладнень рецидивної виразки, показано проведення комплексної консервативної противиразкової і симптоматичної терапії.

М.П. Брусницына, Л.Г. Яновская

ЧЕМОУЧИТАНАЛИЗОКАЗАНИЯПОМОЩИБОЛЬНЫМС ОСТРЫМЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМКРОВОТЕЧЕНИЕМ ЯЗВЕННОЙЭТИОЛОГИИВСОВРЕМЕННЫХУСЛОВИЯХ

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

В современных социально-экономических условиях в Украине возрастает число больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, за 5 лет (1996–2000 гг.) около 10%. Соответственно возрастает и число осложнений язвенной болезни острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Количество больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями в 2000 году составило 5,04 на 10 тыс. населения (по сравнению с 1999 г увеличилось почти на 20%).

В работе анализируются статистические данные по Украине, 119 историй болезни умерших от острого желудочно-кишечного кровотечения (ОЖКК) и 131 история болезни больных с ОЖКК, находившихся в специализированном отделении института.

Статистические данные показывают колебания заболеваемости ОЖКК в 2000 г от 1,99 в Ивано-Франковской до 7,3 на 10 тыс. населения в Донецкой области. Послеоперационная летальность у этих больных составила в Украине 8,58% с колебаниями от 1,72% в Закарпатской до 16,24% в Черниговской области. Хирургическая активность у больных с ОЖКК в Украине составила 41,2% с колебаниями от 10,7% до 72%. Это свидетельствует об отсутствии в Украине единой реанимационно-хирургической тактики при ОЖКК.

В группе умерших было 67 оперированных и 52 неоперированных больных с ОЖКК в возрасте от 31 до 82 лет, лица старше 60 лет составили 67,8%.

Основными ошибками, способствующими летальным исходам, являются: позднее использование ФГДС для диагностики источника кровотечения, неправильная оценка состояния гемостаза в язве, недоучет рецидива кровотечения при большой кровопотере, неиспользование методов временного или окончательного гемостаза при ФГДС, в том числе у лиц с высоким риском операции.

У 28,8% умерших было неадекватное восполнение кровопотери, причина смерти – острая кровопотеря. У 7,2% пациентов допущено расширение объема операции. В Украине в 2000 г умерло 409 оперированных больных с ОЖКК, 391 больной – не оперированные.

Статистический анализ историй болезни умерших свидетельствует в пользу активно-выжидательной тактики и концентрации больных ОЖКК в специализированных отделениях.

Кровопотеря всегда сопровождается потерей железа. Остановкой кровотечения или операцией лечение больных не заканчиваются. У обследованных 131 больных с ОЖКК установлено, что концентрация железа у больных в ближайший послеоперационный период в среднем составляла $7,90 \pm 1,78$ мкмоль/л ($p < 0,01$), в отдельных наблюдениях была снижена до $3,97 - 5,37 - 7,16$ мкмоль/л. Общая железо связывающая способность сыворотки крови (ОЖСС) приближалась к нижней границы нормы ($48,4$ мкмоль/л). У отдельных пациентов ее величина была еще ниже. Процент насыщения ОСС железом у 80% больных был очень низким (в среднем составлял $13,06\%$).

У больных обнаружена выраженная тканевая гипоксия, на что указывало содержание меди в сыворотке крови ($34,16 \pm 2,48$) мкмоль/л; $p < 0,001$.

Исследования, проведенные в отдаленный после операции период, выявили выраженную сидеропению: концентрация железа на уровне ($4,87 \pm 1,25$) мкмоль/л; $p < 0,05$. ОСС в пределах нормы, однако процент насыщения ее железом был очень низким (от $10,25\%$ до $15,56\%$). Концентрация меди в сыворотке крови составила ($36,66 \pm 12,09$) мкмоль/л, $p < 0,05$, что свидетельствовало о выраженной тканевой гипоксии.

Таким образом, реанимационные мероприятия до и в ближайший послеоперационный период обеспечивают благоприятное выполнение операции, однако к моменту выписки из стационара организм больного еще не достигает полного восполнения гомеостаза. Нарушения затем могут перейти в хроническое состояние или декомпенсацию. У пациента развивается «вторая болезнь» – хроническая анемия с выраженной тканевой гипоксией, что способствует рецидиву ОЖКК и усугубляет сопутствующую патологию.

У 20 больных в возрасте от 35 до 62 лет после операции обнаружен выраженный остеопороз (отношение Ca/ Mg у них в среднем по группе было резко снижено – $1,36 \pm 0,16$; $p < 0,001$). Нарушения феррокинетики и кальциевого обмена обнаружены после органосохраняющих и резекционных методов операции.

Основная часть больных язвенной болезнью – люди работоспособного возраста. Профилактика и лечение нарушений феррокинетики и кальциевого обмена составляют важную социальную задачу, что решается диспансеризацией как до операции, так и после нее, контролем восстановления кислородного гомеостаза, феррокинетики и состояния кальциевого обмена.

А.Е. Борисов, В.П. Акимов, А.К. Рыбник

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В САНКТ- ПЕТЕРБУРГЕ ЗА 20 ЛЕТ

*Санкт-Петербург, Медицинская академия последипломного
образования (МАПО)*

Данные литературы свидетельствуют о больших возможностях современной противоязвенной терапии. По данным гастроэнтерологов, за последние 10 лет практически нет роста заболеваемости, уменьшается количество осложненных форм, что не совпадает с данными хирургов.

Нами проведен анализ хирургического лечения больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (кровотечения и перфорация) в Санкт-Петербурге за последние 20 лет. Всего за этот период в стационарах города пролечено 14256 пациентов с перфоративной язвой и 19755 с кровотечением язвенного генеза. Констатировано что количество больных с хроническими язвами, осложнившимися кровотечениями, увеличилось в 2,3 раза. Так, если в 1982 году в стационары города было госпитализировано 644 пациента с кровотечениями язвенной этиологии, то в 2001 году – 1504 пациентов. Количество больных с прободной язвой возросло за этот же период в 2,4 раз (в 1982 году в стационары было госпитализировано 467 пациентов с перфоративной язвой, а в 1999 году – 1129 больных).

Относительное количество больных с язвенными кровотечениями среди всех больных с острыми хирургическими заболеваниями возросло за тот же период более чем в 2,5 раза и составило в 2001 году 7,58%, в то время как в 1982 году этот показатель составлял 3,0%. При перфоративной язве этот показатель увеличился в 2,3 раза и составил в 2000 г. 6,98%, тогда как в 1982 году этот показатель составлял 2,5%.

При анализе возрастной структуры больных с перфоративной язвой выявлена следующая динамика. Количество мужчин старше 60 лет возросло в 2 раза, а число женщин того же возраста в 4,9 раза, тогда как число лиц молодого возраста практически не изменилось. Среди больных с язвенным кровотечением в возрасте до 39 лет количество мужчин возросло в 1,5 раза по сравнению с 1982 годом, а количество женщин того же возраста – в 1,2 раза. В то же время число госпитализированных с язвенным кровотечением мужчин старше 60 лет возросло в 2,4 раза, а количество женщин – в 4,2 раза. При этом среди больных молодого и среднего возраста осложнения язвенной болезни чаще встречаются у мужчин.

Послеоперационная летальность больных перфоративной язвой колебалась от 5,2% в 1993 году до 14% в 1987 году (2001г. – 5,36%), а средний

уровень летальности составил 9,6%. При кровоточащей гастродуоденальной язве послеоперационная летальность колебалась в пределах 10,0-15,7%, а средний уровень летальности составил 12,7%. В первые 6 часов от момента заболевания в стационары поступили только 24% больных.

Среди всех умерших 70,1% были в возрасте старше 70 лет, из них 36,4% – старше 80 лет, тогда как число пациентов молодого возраста (до 40 лет) составило только 2,6%. Серьезными ошибками, приводящим к увеличению летальности на госпитальном этапе, явились завышение объема операции, особенно у больных пожилого и старческого возраста, а также технические погрешности.

Таким образом, произошло увеличение осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, что говорит о необходимости более разумного подхода к консервативным методам лечения этого заболевания. Соблюдение четких критериев оценки эффективности консервативной терапии и отбора больных с высоким риском развития осложнений для оперативного лечения может помочь снизить количество осложнений и послеоперационную летальность, особенно у больных пожилого и старческого возраста.

УДК 616.33-002.44-381-002-089.

**Б.М. Даценко, С.Г. Белов, Т.И. Тамм, К.А. Крамаренко,
А.Я. Бардюк**

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ И КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Харьков

Проблема язвенной болезни, осложненной перфорацией в силу особой тяжести патологии, несущей непосредственную угрозу жизни. В последние годы актуальность задачи оказания помощи этому контингенту больных приобрела акценты в связи с существенным ростом заболевания, а также числа больных с тяжелой сопутствующей патологией и не редко с атипичными проявлениями данных осложнений. В этой ситуации применение рациональных стандартов лечебно-диагностических мероприятий позволяют свети к минимуму ошибки диагностики и тактики лечения и гарантировать их качественный уровень, особенно в условиях ургентной помощи массовому контингенту населения.

Проведен анализ результатов применения лечебно-диагностических стандартов больным язвенной болезнью, осложненной перфорацией (334 наблюдения) и кровотечением (258 наблюдений).

Диагностический алгоритм, применявшийся в клинике при перфоративной язве, предусматривал на первом этапе выявление клинических и рентгенологических симптомов прободения в сочетании с лабораторным обследованием и определением сопутствующей патологии. Правильный диагноз на первом этапе был установлен в 80,3% (276 больных). При сомнении в диагнозе обязательным являлось применение УЗИ, а в последующем и ФГДС. Последнюю выполняли после обзорного рентгенисследования живота при отсутствии пневмоперитонеума. В случае обнаружения язвенного субстрата обязательно проводилась повторная обзорная рентгенография (-скопия) живота для выявления свободного газа в брюшной полости (сочетание эндоскопии с пневмогастрографией). УЗИ и ФГДС имели определяющее значение в дифференциальной диагностике с другими заболеваниями и, особенно, с патологией, не требующей неотложной операции (острый гастрит, гепатит, отечная форма панкреатита и др., экстраабдоминальная патология). Оценка результатов применения указанных методов свидетельствует о их высокой эффективности и чувствительности – 98%. В отдельных случаях оказалось целесообразным использование лапароцентеза и лапароскопии (видеолапароскопии). При этом существенную помощь оказывает цитологическое и биохимическое исследование содержимого брюшной полости. Так, обнаружение большого количества форменных элементов крови в экссудате расценивали как показание к срочной лапоротомии. Применение указанного алгоритма позволяет избежать несвоевременного определения показаний к срочной операции, а также неоправданных вмешательств. Необходимо отметить, что имевшие место ошибки диагноза в 2% наблюдений были связаны с несоблюдением данного стандарта.

Способ выполнения операции при перфоративной язве определяли с учетом локализации язвы, характера морфологического субстрата, выраженности воспалительного перипроцесса и перитонита, а также степени тяжести и компенсации сопутствующей патологии. Основной операцией при перфорации язвы пилородуоденальной зоны являлось иссечение язвы и пилоропластика в сочетании с селективной ваготомией. В случаях желудочной локализации язвы небольших размеров с мягкими краями и незначительной зоной воспалительной инфильтрации у больных без длительного анамнеза ограничивались иссечением и ушиванием, а при выраженных морфологических изменениях в зоне перфорации, с длительным язвенным анамнезом и подозрении на малигнизацию у компенсированных больных выполняли первичную резекцию желудка. Ушивание перфоративной язвы было выполнено у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией и с разлитым гнойным перитонитом. Летальность у больных с перфоративной язвой колебалась от 0 до 7,8% и составила в среднем 3,1%.

У больных с кровотечением язвенной этиологии основу диагностики составляла ФГДС, которая одновременно являлась и важным методом в достижении гемостаза. Наиболее эффективным оказалось применение диатермоко-

агуляции в сочетании с обкалыванием раствором адреналина. Для профилактики рецидива геморрагии назначали блокаторы протонной помпы или H₂ рецепторов гистамина в комбинации с коллоидным висмутом или альмагелем. Операции на высоте кровотечения (при продолжающемся кровотечении или рецидиве) потребовались 48 больным (18,6%). При желудочной локализации язвы применяли иссечение последней или резекцию желудка (у пациентов без тяжелой сопутствующей патологии). В случаях кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки предпочтение отдавали иссечению язвы с дуоденопластикой или её прошиванием в сочетании с селективной желудочной ваготомией. Летальность составила 12,6 % и была обусловлена, прежде всего, тяжестью сопутствующей патологии у лиц пожилого и старческого возраста. Срочные операции считали показанными при нестабильном гемостазе у больных с медиогастральными язвами желудка и с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки, имевшими кровотечение в анамнезе.

Проведенный нами анализ показал, что применение лечебно-диагностических стандартов при оказании помощи больным с язвенной болезнью, осложненной перфорацией и кровотечением, позволяет снизить число ошибок и улучшить исходы лечения этой сложной категории пациентов.

УДК 616.33/342-002.45-07-089

И.Ф. Сырбу, А.В. Капшитарь, В.В. Булдышкин

ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Запорожский государственный медицинский университет

Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки является тяжелым осложнением язвенной болезни [1,2,3,4,5]. Ее частота достигает 52,5%, а летальность остается высокой и составляет 3,5-11,7% [1,2,4,5]. Несмотря на совершенствование диагностики и способов хирургического лечения, их результаты не удовлетворяют хирургов.

За период с 1998 по 2000 годы в клинику общей хирургии ЗГМУ госпитализированы 454 больных с перфоративной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 433, а женщин – 21. Пациенты трудоспособного возраста составили 371 (81,7%). Локализация перфорации в двенадцатиперстной кишке обнаружена у 75,1% пациентов, а в желудке – у 12,1%, сочетание язв желудка и двенадцатиперстной кишки – у 5,1%, “зеркальных” язв в двенадцатиперстной кишке – у 7,7%.

При отсутствии классической клинической картины перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки для установления диагноза использо-

вали дополнительные методы исследования: лабораторно-биохимические, рентгенологические, УЗИ, ФЭГДС, пневмогастроскопию, лапароцентез, лапароскопию. Все больные оперированы после кратковременной предоперационной подготовки. Объем операции избирали индивидуально.

Ушивание перфоративной язвы применяли у 54 (11,9%) пациентов с высоким риском легального исхода, обусловленного разлитым гнойно-фибринозным перитонитом в токсической и терминальной фазах, эндотоксическим шоком, тяжелой сопутствующей патологией, кахексией, подавленной иммунной системой, что диктовало выполнение минимального объема операции и сокращение сроков вмешательства. Умерли 11 больных. Причиной смерти у 3 больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией был перитонит, у 2 – бактериальный шок, а также развитие осложнений (у 1 – рецидив кровотечения из язвы и тромбоэмболия легочной артерии, у 1 – несостоятельность швов ушитой язвы и у 1 – гастроэнтероанастомоза, у 1 – гангренозный холецистит, у 1 – гнойная пневмония).

В редких случаях у 13 (2,9%) пациентов при перфорации язвы желудка значительных размеров с локализацией в теле и кардиальном отделе, подозрении на малигнизацию, сочетании с кровотечением из “зеркальных” язв, глубоко пенетрирующих язвах с наличием обширного инфильтрата, сочетании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, отсутствии признаков общего перитонита, тяжелых сопутствующих заболеваний при удовлетворительном состоянии больного и высокой квалификации хирурга, адекватном анестезиологическом обеспечении, если сроки с момента перфорации не превышали 6 часов выполняли первичную резекцию желудка. Умер 1 больной, у которого развилась острая перфоративная язва культи желудка. Релапаратомия была неэффективной.

Основному числу больных – 378 (83,2%) выполнены органосохраняющие операции – иссечение перфоративной язвы с пилоропластикой по Джадду-Хорсли или мостовидной либо радикальной дуоденопластикой со СтВ, СВ, СПВ. Альтернативой классической резекции желудка у 17 больных была антрумэктомия с СВ при циркулярных язвах двенадцатиперстной кишки, сочетающихся со стенозом и пенетрацией. Умерли 6 больных. Из них у 1 развилась несостоятельность швов после пилоропластики, у 1 – кровотечение из гастроэнтероанастомоза, у 1 – кровотечение из сосудов малой кривизны желудка, у 3 – двусторонняя абсцедирующая пневмония.

Прочие операции (иссечение язвы без ваготомии, пластическое закрытие перфоративного отверстия по Опелю-Поликарпову) выполнены у 9 (2,0%) пациентов. Умер больной с перфорацией язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки в сальниковую сумку с развитием гнойного панкреатита.

Таким образом, клиническая картина и дополнительные методы исследования позволяют диагностировать перфоративную язву желудка и двенадцатиперстной кишки в кратчайшие сроки. Выбор объема операции должен быть индивидуальным с учетом возраста, времени с момента перфорации,

сопутствующей патологии, локализации язвы. Предпочтение следует отдавать органосберегающим операциям с ваготомией.

Литература:

1. Белов С.Г., Бардок А.Я., Чефранов А.В. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки – диагностика и тактика лечения // Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости. – X., 1998.–С.80-81.
2. Гіленко І.О., Дем'янюк Д.Г., Горлачев М.І. та ін. Діагностика та лікування перфоративної виразки шлунка та дванадцятипалої кишки // Шпитальна хірургія.-2001.-№1.-С.66-68.
3. Колибаба С.С., Химич С.Д. Трудности при диагностике перфоративных гастродуоденальных язв: Матеріали VI Всеукраїнської наук.-практ. та навч.-метод. конф. завідувачів кафедр загальної хірургії медвузів України.-Вінниця, 1998.-С.67-68.
4. Тутченко М.І., Роштин Г.Г., Клименко П.М. та ін. Лікування пілородуоденальної виразки, ускладненої перфорацією // Клін. Хірургія.-1998.-№ 9-10.-С.26-28.
5. Тутченко Н.И., Асланян С.А., Роштин Г.Г. и др. Хирургическое лечение осложненной язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях больницы скорой помощи // Хирургическое лечение рецидивирующих гастродуоденальных язв и их осложнений.-Материалы респ. науч.-практ. конф.-К.-Здоров'я, 1995.-С.72-73.

УДК 616.342-002.44-089

**М.І. Тутченко, Б.І. Слонецький, Г.Г. Роштин, В.В. Ночка,
І.В. Щур, В.М. Лисенко**

МІСЦЕЛАПАРОСКОПІЧНИХ ОПЕРАЦІЙ У ЛІКУВАННІ ПЕРФОРАТИВНОЇ ВИРАЗКИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги*

Розвиток нових технологій та широкий спектр лікарських засобів дозволяє дещо переглянути окремі аспекти лікування ускладнених форм виразкової хвороби. Це, принаймні, тривалість реабілітаційного періоду, значне число післяопераційних ускладнень (4-22%) та висока післяопераційна летальність (3-10%). Мета роботи полягає у визначенні місця лапароскопічних операцій у лікуванні перфоративної виразки ДПК.

В хірургічній клініці №1 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги за 2001 рік було прооперовано 52 хворих з приводу перфорації дуоденальної виразки, з них лапароскопічно 12 хворих, що склало 23,07%. Вік пацієнтів, котрі були оперовані лапароскопічно, коливався від 18 до 30 років. Чоловіків було 10, жінок – 2. У 11 хворих виразковий анамнез був відсутній, а ще у 1 було ефективним попереднє (від 3 до 6 місяців до перфорації) проведення противиразкової терапії за традиційною схемою. Діагностика перфорації виразки ДПК базувалась на даних клінічної

картини, рентгенологічних, ендоскопічних та лабораторних методів обстеження. Традиційним у клініці при відсутності перитоніту є діагностичний алгоритм, котрий включає послідовне проведення оглядової рентгеноскопії органів черевної порожнини, ЕФГДС і, при необхідності, повторну оглядову рентгеноскопію органів черевної порожнини. При відсутності можливості проведення ЕФГДС віддавали перевагу пневмогастропресії. Такий підхід дозволив покращити верифікацію діагнозу майже у кожного десятого пацієнта. Крім того, останнім часом більш широке застосування лапароскопії при негативних результатах діагностичного алгоритму дозволило у 1 випадку виявити прикриту перфорацію виразки та ще у 1 – підтвердити діагноз гострого панкреатиту і відмовитись від ургентного втручання.

Операції виконували хірург та два асистента. Розміщення операційної бригади здійснювали відповідно до французької методики, що сприяло покращенню накладання ендощвів. Після проведення діагностичної лапароскопії оцінювали локалізацію і величину перфоративного отвору та особливості перитоніту, а також приймали остаточне рішення щодо виду втручання. Перитоніт, котрий завжди супроводжує перебіг перфорації виразки ДПК, і надалі залишається одним з провідних аргументів щодо тактики хірургічного лікування. Однак експериментально-клінічні надбання клініки свідчать, що реактивна фаза перебігу перитоніту при перфорації дуоденальної виразки не є протипоказанням до лапароскопічних втручань. Адже у ній рівень мікробної контамінації черевної порожнини не перевищує критичний і представлений в основному асоціацією стафіло-, стрептококів, ентеробактерій, що дозволяє розраховувати на ефективність лапароскопічної перитонеосанації та антибактеріальної терапії.

Умовами для виконання лапароскопічного втручання при перфорації виразки ДПК є: локалізація виразки на передній стінці (переважно цибулини); відсутність інших ускладнень виразкової хвороби (кровотеча, стеноз, ще одна виразка та ін); відсутність вираженого спайкового процесу, котрий би заважав проведенню лапароскопічного втручання; місцевий перитоніт, або реактивна фаза його перебігу; відсутність ендоскопічних протипоказань до виконання лапароскопічного втручання; відсутність тривалого (більше 1 року) виразкового анамнезу; величина перфоративного отвору до 0,5 см та виразкового інфільтрату менше половини діаметра дуоденум; відсутність важкої супутньої патології; значний досвід в оперуючій бригаді лапароскопічних втручань.

У 9 пацієнтів було проведено зашивання перфоративної виразки з перитонізацією клаптом сальника, у 3 хворих було виконано висічення виразкового субстрату з проведенням дуоденорафії. При проведенні дуоденорафії використовували атравматичні голки з монофіламентними нитками, котрі зав'язували інтракорпорально, використовуючи два голкотримачі, що покращує надійну фіксацію лігатур у браншах інструментів. При цьому віддаємо перевагу однорядним вузловим швам. Оперативне втручання завершуємо санацією черевної порожнини та її дренажуванням ПХВ – дренажем і введенням тонкого назогаст-

рального зонда. В післяопераційному періоді у пацієнтів, які оперувались лапароскопічно, ускладнень та летальності не спостерігали. Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі складала 5,8±0,4 ліжкодні.

Таким чином, оцінюючи перші результати лапароскопічних втручань у пацієнтів з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки, слід відмітити високу ефективність цього напрямку хірургічної корекції. Однак показання, вид та об'єм операції мусять бути чітко обгрунтовані з урахуванням особливостей перебігу захворювання, ефективності попередньої медикаментозної корекції, а також наявності у хірургів необхідних навичок і досвіду лапароскопічних втручань.

УДК: 616.33-002.44-092-089.15

**В.М. Короткий, І.В. Колосович, М.Ф. Фурманенко,
В.О. Красовський**

ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД У ВИБОРІ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА

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

Одним з кардинальних питань при вирішенні хірургічної тактики при шлункових ураженнях є диференційна діагностика характеру виразки. Реальна частота малігнізації хронічної виразки шлунка (ХВШ) не перевищує 1%, а основна частина “виразок”, які спочатку трактуються як хронічні, а потім – як малігнізовані, не що інше як інфільтративно-виразкова форма раку шлунка (Аруин Л.И. и соавт., 1998). Вирішення даного завдання шляхом вірогідного підтвердження доброякісного характеру виразки дозволяє клініцисту широко застосовувати поглиблене різнопланове консервативне лікування хворих на ХВШ (Шептулин А.А., 1995). У разі неефективності медикаментозної терапії це дає змогу хірургам приймати тактичні рішення, керуючись не онкологічними принципами, а виходячи з особливостей патогенезу кожного конкретного типу виразки (Кузин Н.М., Егоров А.В., 1994).

Метою нашого дослідження було покращання результатів хірургічного лікування хворих на ХВШ. Об'єкт дослідження – 201 хворий на ХВШ, оперовані у клініці у період з 1990 по 2000 рр. Чоловіки складали 73%, жінки – 27%. Вік хворих коливався від 18 до 82 років. Виразки 1-го типу за Джонсоном виявлено у 54% пацієнтів, 2-го типу – 21%, 3-го типу – 25%. У порядку швидкої допомоги поступив 151 хворий (75%). Серед ускладнених форм ХВШ (185 хворих) перфорація виразки була у 93 хворих (50%), шлунково-кишкова кровотеча – у 74 хворих (40%), органічний стеноз ворота рота – у 18 хворих (10%). У 38 хворих виявлено великі та гігантські

ХВШ. У виборі методу оперативного втручання ми керувались патогенетичним підходом, який базувався на результатах комплексного обстеження хворих до операції або під час її виконання (в умовах невідкладної хірургії). При обстеженні пацієнти та атрофії слизової оболонки шлунка (СОШ) з наступною цитологічною та гістологічною верифікацією матеріалу, вивчення кислотності шлункового вмісту та порушень моторно-евакуаторної функції (МЕФ) шлунка, діагностику *Helicobacter pylori* (НР). У хворих на ускладнену ХВШ кислотопродукцію шлунка вивчали за допомогою модифікованої методики інтраопераційної рН-метрії, а морфологічні дослідження, у тому числі і на НР, виконували під час операції експрес-методом. Усі пацієнти, які поступали у клініку на планове оперативне втручання по направленню терапевта, після детального обстеження проходили курс передопераційної підготовки, який включав, по показанням, застосування антисекреторних препаратів, цитопротекторів, гастрокінетиків, антихелікобактерну терапію тощо. Під впливом консервативного лікування ХВШ загоїлась у 55% хворих. Ці пацієнти не оперувались та були виписані на амбулаторне лікування у терапевта. У решти пацієнтів (201 хворий) на підставі отриманих клініко-інструментальних даних, залежно від типу виразки, характеру та поширеності дисрегенераторних змін (ДЗ) у СОШ, вихідного рівня кислотності шлункового вмісту та показників МЕФ шлунка, обирали оптимальну тактику оперативного лікування. Нами розроблено алгоритм патогенетичного підходу у виборі методу хірургічного лікування хворих на ХВШ, згідно з яким збереження після курсу консервативного лікування (протягом 4-6 тижнів) будь-якого типу виразки важких ДЗ з боку СОШ розцінювалось як передрак та вважалось абсолютним показанням до виконання класичної резекції шлунка (КРШ) (35 хворих). У разі відсутності важких ДЗ операцією вибору при ХВШ 1-го типу вважаємо економну резекцію шлунка (48 хворих), у тому числі і розроблену пластичну резекцію шлунка (ПРШ), у ході якої зберігалась резервуарна функція шлунка (патент України №25749 А)(23 хворих), за показаннями доповнену пілоропластиком. При поєднаних виразках шлунка та 12-палої кишки (ДПК) залежно від послідовності виникнення патологічного процесу виконували ПРШ (первинна резекція шлунка) (5 хворих) або висічення виразки ДПК з дуоденопластиком, при необхідності (гіперсекреція) доповнені селективною проксимальною (СПВ) або селективною ваготомією (при первинній виразці ДПК) (51 хворий). При виразках шлунка та ДПК, які виникли одночасно, застосовували симультанні втручання на обох органах (7 хворих). При ХВШ 3-го типу залежно від показників шлункової кислотності оптимальним вважаємо висічення пілоричної виразки з наступною гастродуоденопластиком, при необхідності (гіперацидний стан) доповнені ваготомією (55 хворих).

Після КРШ рецидив виразки (РВ) (Visick IV) зареєстровано у 2 хворих (5,7%). Виконання органозберігаючих радикальних оперативних втручань на шлунку (економна резекція шлунка) дає найкращі віддалені результати:

після ПРШ рецидивів виразки не зареєстровано, РВ після ваготомії (СПВ) розвився у 1 хворого (4,1%) на ХВШ 3-го типу, ускладнену перфорацією. Отримано прийнятні результати лікування у хворих на ускладнену ХВШ після видалення морфологічного субстрату виразки без ваготомії при умові проходження хворими обов'язкових курсів протирецидивного лікування після операції (Visick IV – 5,2%), у той час як при відсутності цих курсів частота РВ значно збільшувалась (Visick IV – 24,7%). Аналіз власних даних щодо частоти інвалідності хворих, які перенесли втручання на шлунку, вказує на те, що при первинному огляді хворих визнані інвалідами 14,3% пацієнтів після КРШ та 0,9% після ваготомії. Причому після КРШ інваліди II групи складали 40%, III групи – 60%, а після ваготомії – визнавалась лише інвалідність III групи.

Таким чином, у виборі методу хірургічного лікування хворих на ХВШ потрібно застосовувати патогенетичний підхід. Перш за все, об'єм та характер оперативного втручання на шлунку визначається важкістю та поширеністю ДЗ з боку СОШ. Епітеліальна дисплазія важкого ступеня, яка зберігається після проходження хворим курсу консервативного лікування, є показанням до виконання КРШ. Відсутність важких ДЗ у СОШ або їх позитивна динаміка дозволяють широко використовувати органозберігаючі оперативні втручання, характер яких залежить від типу виразки, виду ускладнень та важкості порушень кислотопродуруючої функції шлунка та МЕФ.

УДК:616.33-002-089

**Ю.А. Диброва, Б.С. Полинкевич, А.С. Лаврик, А.Н. Бурый,
В.В. Кучерук**

НАШОПЫТХИРУРГИЧЕСКОГОЛЕЧЕНИЯЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИЖЕЛУДКА

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

В последнее время значительно расширился арсенал противоязвенных средств, что, в свою очередь, повысило эффективность медикаментозного лечения язвенной болезни желудка. Однако по ряду причин актуальность хирургических методов лечения данной патологии не снимается с повестки дня.

Под нашим наблюдением находилось 1382 больных с язвенной болезнью желудка, из которых 1062 подверглись оперативному лечению. Мужчин было 836 (78,7%), женщин – 226 (21,3%). I тип язв были диагностированы у 851 (80,1%) пациентов, язвы II типа выявлены у 188 (17,7%) больных, язвы III типа распознаны у 23 (2,2%) пациентов. До операции проводили комплексное обследование больных, которое включало рентгеноскопию желудка и кишечника, исследование кислотопродуцирующей функции же-

лудка, гастрокинезиографию. Большое значение придавали результатам фиброгастроскопии с полипозиционной гастробиопсией. С целью повышения диагностической ценности эндоскопического исследования в клинике была разработана методика так называемой оптической биопсии.

Все случаи эпителиальной дисплазии (независимо от ее выраженности) при хронической язве желудка расценивали как потенциально опасные в плане малигнизации.

Выраженность атрофических процессов слизистой оболочки желудка, тяжесть дисплазии и метаплазии, как правило, коррелировали с состоянием кислотопродуцирующей функции желудка. Гиперсекреторное состояние желудка было отмечено нами у 28% больных с хронической язвой желудка.

По данным результатов различных методик исследования, дуодено-гастральный рефлюкс был выявлен у 16% обследованных больных.

I тип язв желудка (медиогастральные язвы) чаще всего возникают на фоне нормальной или пониженной секреции соляной кислоты. При этом возможно выполнение небольшой по объему резекции желудка. Отсутствие изменений привратника и луковицы двенадцатиперстной кишки позволяет сохранить данные анатомические образования. Этим требованиям отвечает пилоросохраняющая резекция желудка, предложенная А. А. Шалимовым (308 операций). При вовлечении в рубцовый процесс привратника выполняли резекцию желудка по первому способу Бильрота (253 операции).

При гистологической картине поверхностного гастрита, отсутствии морфологических признаков малигнизации язвы и гиперсекреторном состоянии желудка применяли органосохраняющие вмешательства. В случаях, когда язва пенетрировала в малый сальник и невозможно было избежать повреждения нерва Латарже, производили ваготомию (стволовую или селективную), клиновидное иссечение язвы и внеслизистую пилоромиотомию. Однако даже при локализации язвы в области угла желудка без грубой деформации малого сальника стремились выполнять селективную проксимальную ваготомию (СПВ). Язву иссекали со стороны просвета желудка и направляли на экспресс – биопсию. По показаниям выполняли дренирующие вмешательства (118 операций).

49 больным с локализацией язвы проксимальнее угловой вырезки при отсутствии рубцово-инфильтративных изменений в малом сальнике и функциональной состоятельности пилороантрального отдела желудка была выполнена новая операция, суть которой заключается в сегментарной резекции желудка с иссечением малой кривизны и интермедиарной зоны, сохраняя нервы Латарже и иннервируемый антральный отдел.

Наличие тяжелой формы дисплазии слизистой оболочки желудка в зоне язвы, морфологически подтвержденная малигнизация язвы являлись показанием к резекции желудка с соблюдением онкологических принципов.

При сочетанных гастро-дуоденальных язвах (II тип язв) предпочтение отдавали органосохраняющим вмешательствам с иссечением язвы желудка (37 операций) или ваготомии с экономной резекцией желудка (78 вмешательств).

Препилорические язвы (III тип) наблюдались у 23 пациентов. 10 из них проведены органосохраняющие вмешательства.

Отдаленные результаты оперативного лечения хронических язв желудка прослежены в сроки от 1 до 16 лет. Наиболее благоприятные они были после резекции желудка с сохранением привратника, Бильрот-I, а также после органосохраняющих вмешательств. Тяжелые пострезекционные синдромы были отмечены у 2,0% пациентов.

Наш опыт хирургического лечения язвенной болезни желудка убеждает, что основным методом вмешательства должна оставаться резекция желудка.

УДК: 616.33+616,342]- 00145-035-089

В.И. Лупальцов, О. Ч. Хаджиев, И.А. Дехтярук

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Харьковский государственный медицинский университет

Достигнутые успехи в области хирургического лечения перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки полностью не удовлетворяют хирургов, так как после простого ушивания перфоративного отверстия рецидив язвы наблюдается в 20-80 % случаев, кроме того, 15% больных оперируются повторно из-за развития органического стеноза выходного отдела желудка, кровотечения, пенетрации, повторной перфорации. После выполнения первичной резекции желудка и ваготомии у 64 % больных наблюдается нарушение функции культи резецированного и ваготомированного желудка, которые в 13-18% в случаях носят стойкий характер и не поддаются коррекции традиционными препаратами.

Мы располагаем результатами хирургического лечения 774 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Соотношение мужчин и женщин 6,5:1, возраст – от 16 до 85 лет. В первые 6 часов в клинику доставлено 79,7 % больных, до 12 часов – 10,1 %, до 24 часов – 5 % и спустя сутки – 5,2 % пациентов. У 287 (37 %) больных был обнаружен местный перитонит, диффузный – у 369 (47 %) и разлитой – у 121 (16 %) больных. Язвенный анамнез был отмечен у 325 (43,1 %) больных, но только 260 из них состояли на учете и получали противоязвенную терапию. Язва локализовалась в желудке у 112 (15 %) больных, в двенадцатиперстной кишке у 662 (85 %) пациентов.

При выборе операции учитывали время с момента перфорации до поступления больных в стационар, сопутствующие заболевания, возраст больных, язвенный анамнез, характер и распространенность перитонита,

наличие других осложнений язвенной болезни (пенетрация, кровотечение, стеноз, малигнизация).

Ушивание перфоративного отверстия выполнено 136 (18%) больным, иногда с тампонадой сальником на ножке по Опелю-Поликарпову. Показаниями к этому виду оперативного вмешательства считали обнаружение острой, бессимптомной язвы юношеского возраста, наличие разлитого гнойного перитонита, а также тяжелых сопутствующих заболеваний. Больным, перенесшим операцию простого ушивания перфоративного отверстия, назначали в раннем послеоперационном периоде комплексную противоязвенную терапию, включающую H₂ – блокаторы гистаминовых рецепторов (квamatел), ингибиторы протонной помпы (омепразол), антихеликобактерные препараты, (ампициллин, амоксилав, амоксициллин), препараты, создающие защитную пленку слизистой (де-нол, гастронорм) и улучшающие микроциркуляцию в слизистой желудка (реополиглюкин, гемодез, компламин, солкосерил, трентал и др.).

Первичная резекция желудка выполнена 40 (5 %) больным. Показаниями считали желудочную локализацию язвы с выраженными калезными краями и признаками малигнизации, а также при обнаружении хронической язвы пилородуоденальной зоны, стенозирующей выходной отдел желудка.

Органосохраняющие операции с одним из видов ваготомии выполнены 598 (77%) больным. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с иссечением язвы и пилоро- или дуоденопластикой выполнена 297 (38 %) больным, при невозможности выполнения СПВ выполняли селективную (246 (32 %) или стволовую ваготомию (55(7 %).

Как показали наши наблюдения, после выполнения первичной резекции желудка и ваготомии у 66,5 % больных в раннем послеоперационном периоде наблюдается нарушение функции ваготомированного и резецированного желудка. Нами на модели экспериментальной язвы желудка с ваготомией обнаружено, что в основе развития гладкомышечной недостаточности лежит нарушения обмена биогенного амина-серотонина. Включение в комплекс послеоперационной терапии серотонина адипината 1% р-ра 1мл (10мг) 2 раза в сутки внутривенно капельно на 200 мл физиологического р-ра устраняет указанные нарушения.

Таким образом, на современном этапе хирургического лечения перфоративной язвы следует стремиться выполнить органосохраняющую операцию с ваготомией отдавая предпочтение селективной проксимальной ваготомии и обязательной коррекцией гладкомышечной недостаточности в раннем послеоперационном периоде.

А.А. Пустовит, А.В. Щитов, Ю.А. Диброва

ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫХ ЯЗВЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Проблема хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки продолжает оставаться актуальной. По статистическим данным, она наблюдается в среднем у 10% населения.

При этом наиболее частым осложнением в настоящее время являются пилородуоденальные стенозы (ПДС), частота которых при дуоденальной язве достигает 36%. Характерно, что по-прежнему еще велико число пациентов, подвергающихся хирургическому лечению по поводу декомпенсированного стеноза, встречающегося примерно у трети больных, имеющих указанное осложнение.

Наряду с достижениями в этой области, связанными с внедрением органосохраняющих операций, в большей части случаев классическая резекция 2/3 желудка остается операцией выбора при данной патологии.

За период с 1989 по 1995 год нами было обследовано 182 больных с декомпенсированным язвенным пилородуоденальным стенозом. При этом общепринятая стадия декомпенсации нами была разделена на две стадии: а) неполной и б) полной декомпенсации. Основным различием между ними явилась обратимость сократительной способности желудка, определяемая при помощи баллонографии натоцак и в ответ на более мощный раздражитель, транскутанную электрогастростимуляцию (ТЭГС).

У первой группы пациентов было возможным применение органосохраняющей операции (селективная проксимальная ваготомия с различными вариантами дренирования: пилоропластика, дуоденопластика), у второй, патогенетически обоснованной являлась резекция желудка. На основании данных обследований, из 182 больных до предоперационной подготовки стадия неполной декомпенсации выявлена у 97 пациентов (53,21%), полной декомпенсации – у 85 (46,8%).

Исходя из собственных наблюдений и данных литературы о постепенном восстановлении моторики и размеров желудка после дренирующих операций, мы изучили влияние транскутанной электрогастростимуляции, энтерального зондового питания, противоязвенной терапии на улучшение моторики растянутой стенки желудка и результаты лечения.

Всем больным в предоперационном периоде проводили эндоскопическое исследование с проведением зонда за место стеноза, энтеральное питание, транскутанную электрогастростимуляцию, назначались блокаторы желудочной секреции, антацидные препараты, проводилась декомпрессия желудка.

Эффективность предоперационной подготовки определялась по данным биохимических анализов, эндоскопии. Состояние моторики желудка оценивалось на основании баллонографии натошак и в ответ на раздражитель (ТЭГС).

У 158 пациентов (86,8%) удалось улучшить моторику желудка, в том числе у 61 больного (33,5%) стадия полной декомпенсации была переведена в неполную. В этой группе больных выполнена селективная проксимальная ваготомия с дренирующими операциями.

Резекция желудка произведена 24 больным (13,4%), так как у них улучшение моторики в ответ на ТЭГС не отмечено.

Раннее послеоперационное осложнение – постваготомная атония желудка – наблюдалось у 5 больных (2,7%). Проведенные курсы ТЭГС и лекарственная терапия позволили полностью восстановить моторно-эвакуаторные нарушения.

Отдаленные результаты изучены у 172 больных в сроки от 1 до 5 лет. Рецидивы заболевания имели место у 10 больных (6%). Хорошие результаты по модифицированной шкале Visick отмечены у 85,5 % случаев.

УДК 616.33/34-002.44-005.1-089

П.Д. Фомин, О.Г. Могильный, В.М. Сидоренко

ХИРУГИЯ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Национальный медицинский университет, Киев

Введение. Актуальность исследования обусловлена высокой частотой кровотечений из желудочных язв, высокой летальностью этих больных, опасностью малигнизации желудочных язв, большими экономическими затратами на лечение больных [1, 2]. Желудочная язва осложняется кровотечением в 14,3-33,3% с общей летальностью 6,2 – 14,4% [3, 4].

Материалы и методы. С 1996 по 1999 года в Киевском центре желудочно-кишечных кровотечений находился 291 пациент с острокровотокающими желудочными язвами, из которых оперировано 126 (43,5%) пациентов, из них на высоте кровотечения – 25 (19,8%), на высоте рецидива кровотечения – 23 (17,5%), в отсроченном периоде оперированы 79 (62,7%) больных.

Выбор оперативного вмешательства зависел от локализации язвы, тяжести кровотечения, сопутствующей патологии, возраста пациента. Выполнены различные виды резекций желудка – 109 (85,5%), включая пилоросохраняющие резекции – 16 (12,7%), ваготомию с антрумэктомией – 13 (10,3%) или с пилоропластикой – 2 (1,6%), паллиативные операции на язве – 2 (1,6%).

Результаты и их обсуждение. Результаты лечения больных с острокровотокающей язвой желудка рассмотрены с учетом данных монофакторного

анализа, позволившего выделить несколько важных моментов: локализация язвенного дефекта в желудке, возраст больных, риск рецидива кровотечения и малигнизация желудочной язвы.

Роль локализации язвенного субстрата в желудке особенно высока, поскольку оказывает влияние как на степень тяжести кровотечения, так и на риск возникновения его рецидива осложнений, послеоперационную летальность, сроки выполнения оперативного вмешательства.

Ранний рецидив кровотечения составляет 19% при язвах кардиального отдела желудка, 10% при пилорических язвах, 4,1% и 3,1% – при язвах антрального отдела и тела желудка соответственно. Около 90% больных с язвами антрального отдела оперированы в отсроченном периоде; каждый четвертый больной с язвой тела желудка оперирован на высоте кровотечения, более трети больных с язвами верхней трети желудка оперированы на высоте рецидива кровотечения.

Больные пожилого и старческого возраста составили более трети больных с язвами желудка, осложненными кровотечением. Тяжелая степень кровопотери наблюдалась в 2,5 раза чаще у больных старше 60 лет, чем в более молодом возрасте.

Общая летальность составила 4,1% (умерло 12 больных): 3,6% у оперированных и 4,8% – у неоперированных. После экстренных операций летальность составила 8,4%, после отсроченных – 2,5%. Летальность после резекций достигла 4,5%, после органосохраняющих операций – 1,7%, после паллиативных операций – 50%.

Выводы. 1. Современная тактика хирургического лечения при острокровотоочащих язвах желудка, должна быть избирательной в зависимости от риска рецидива, локализации язвы и других факторов. 2. Акцент при выборе оперативного вмешательства при острокровотоочащих язвах желудка следует делать на пилоросохраняющие резекции как наиболее выгодные в функциональном отношении.

Литература

1. Братусь В.Д., Федоров Е.А., Лиссов И.Л., Фомин П.Д., Гудим-Левкович Н.В., Пищале-нко Н.Т., Сидоренко В.М. Хирургическое лечение острокровотоочащих гастродуоденальных язв // Вестник хирургии. – 1990.- Т.145, №8. – С.118-121.
2. Бритвин А.А., Шипулин П.П. Малигнизированные язвы желудка // Хирургия. – 1984. – №9 – С. 60-63.
3. Гулордава Ш.А., Селезнев В.Н. Хирургическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях язвенного генеза // Тезисы докладов 5 научной конференции хирургов Латвийской, Литовской и Эстонской ССР. – Таллин, 1985. – С. 103-105.
4. Шорох П.Г. Проблема острых гастродуоденальных кровотечений // Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии. Сборник трудов. – Минск, 1997. Т.2; – С.3-22.

М.М. Бондаренко, О.І. Новіков, О.М. Клігуненко

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ ІЗ КРОВОТОЧИВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ

Дніпропетровська державна медична академія

Проблема хірургічного лікування гострих гастродуоденальних кровотеч (ГГДК) виразкової етіології, незважаючи на досягнення вітчизняної медицини, залишається актуальною.

Впровадження сучасної індивідуально-активної (індивідуально-раціональної) хірургічної тактики дозволило знизити рівень післяопераційної летальності до 2,8% - 9,5%. Але при виконанні оперативного втручання на висоті кровотечі рівень післяопераційної летальності зростає в декілька разів. Також на рівень післяопераційної летальності впливають ускладнення виразкового процесу (пенетрація, стенозування, перфорація), супутня серцево-легенева патологія, ожиріння, цукровий діабет, різні імунодефіцитні стани. Ці фактори є причиною розвитку різних післяопераційних ускладнень, частота виникнення яких може коливатися в межах 9,1% - 60,9%.

У зв'язку з цим клініцистами приділяється особлива увага не тільки хірургічному лікуванню ускладненої виразкової хвороби, але і корекції порушень гомеостазу, пов'язаних з гострою кровотечею, анемією, хірургічним втручанням, перебігом виразкового процесу, супутньою патологією.

Проведені нами клініко-експериментальні дослідження довели, що значно впливають на перебіг післяопераційного періоду у хворих з ГГДК виразкової етіології: хірургічний стрес, пригнічення імунітету з дисбалансом імунокомпетентних клітин, порушення мікроциркуляції у зоні шлунково-кишкового шва, кукси ДПК, легенях, погіршення репаративних процесів в зоні пошкоджених хірургічним шляхом тканин, явища централізації кровообігу та циркуляторна гіпоксія. При цьому відсутність комплексної програми, спрямованої на корекцію порушень гомеостазу, супроводжується збільшенням кількості післяопераційних гнійно-септичних ускладнень до 79,1%, рівня післяопераційної летальності від цих ускладнень до 10,5%.

Поряд з активно-індивідуальною хірургічною тактикою нами запропоновано і впроваджується в центрі шлунково-кишкових кровотеч КОШМД м.Дніпропетровська комплекс заходів, спрямованих на раннє прогнозування та профілактику післяопераційних гнійно-септичних ускладнень у хворих з ГГДК виразкової етіології: 1. Визначення за допомогою статистичних методів груп хворих з різним рівнем ризику післяопераційних гнійно-септичних ускладнень. 2. Індивідуалізований підхід до визначення обсягу та методу оперативного втручання залежно від категорії ризику післяопераційних гнійно-

септичних ускладнень. 3. Цілеспрямоване використання плазмозамінника з 02-транспортною функцією (перфторану) для поліпшення газотранспортних властивостей крові, ліквідації тканинної гіпоксії, порушень мікроциркуляції, стимуляції імунітету та репаративних процесів в ділянці пошкоджених хірургічним шляхом тканин. 4. Післяопераційне лікування порушень гемодинаміки за рахунок сучасних плазмозамінників (перфторану, стабізолу, рефортану, волекаму). 5. Корекція імунодефіцитних станів за допомогою імуномодуючих препаратів (тимогену, даларгіну). 6. Застосування внутрішньосудинного опромінювання крові для стимуляції еритропоезу. 7. Передопераційна антибіотикопротифілактика; 8. Післяопераційна противиразкова та антихелікобактерна терапія.

Такий підхід до оптимізації лікувальної програми у хворих з гастродуоденальними виразками, що кровоточать, дозволив суттєво вплинути на результати хірургічного лікування за рахунок зниження частоти післяопераційних гнійно-септичних ускладнень з $(60,9\% \pm 4,3\%)$ до $(12,0\% \pm 6,5\%)$ ($p < 0,01$), при зниженні ризику післяопераційних гнійно-септичних ускладнень з $(79,1\% \pm 3,8\%)$ до $(15,8\% \pm 8,4\%)$ ($p < 0,05$). Також, починаючи з 1997 року, досягнуто зниження рівня післяопераційної летальності з 10,0% до 5,7% у 2001 році при незмінних показниках летальності серед неоперованих хворих.

УДК 616.366-002-073.585:656.61-051.

**Б.С. Запорожченко, В.І. Шишлов, В.В. Міщенко,
М.Ф. Кіторага**

ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯВИРАЗКОВОЇХВОРОБИШЛУНКА ІДВАНДЦЯТИПАЛОЇКИШКИ:ТАКТИКАІВИБІРМЕТОДУ ЛІКУВАННЯ

Український НДІ морської медицини м. Одеса

З 1990 по 2000 р. під нашим наглядом знаходилося 1470 хворих на виразкову хворобу шлунку (ВХШ) і дванадцятипалої кишки (ВХДПК). Значна частина (43%) хворих до госпіталізації у хірургічне відділення лікувались у терапевтичних стаціонарах. Аналіз показує, що за останні 5 років у терапевтичний стаціонар поступило у 3 рази, а у хірургічний – у 5 разів менше хворих, ніж за попередніх п'ять років. Відповідно зменшилась і кількість виконаних планових операцій. В той же час збільшилась кількість хворих, які поступили з виразковою кровотечею і перфоративною виразкою, а також хворих із гігантськими виразками шлунка або дванадцятипалої кишки. Це можна пояснити значним розширенням арсеналу противиразкових засобів, що підвищило ефективність медикаментозного лікування виразкової хвороби, і соціально-економічними проблемами.

Всього виконано 890 операцій, з них 489 планових і 301 ургентних. З приводу перфоративної виразки оперовано 79 хворих (виразка шлунка у 23 хворих, ДПК-у 56), при виразці, ускладненій кровотечею – 198. Прикрита перфорація виявлена у 24 хворих, усі вони були оперовані.

Показаннями до планового хірургічного лікування були стеноз вихідного відділу шлунка (105), пенетрація виразки у навколишні органи (104), підозра на малігнізацію (28), неефективність консервативної терапії (252). Спеціального добору хворих не проводили. По мірі накопичення досвіду виконували як резекцію шлунка, так і органозберігаючі операції, а при дуоденальній виразці основними методами операції були селективна проксимальна ваготомія (СПВ) і стовбурова ваготомія (СТВ) із дренажними шлунок операціями, висічення виразки або екстериторизація її. СТВ виконувалась в ургентних ситуаціях при перфоративній або кровоточивій виразці у поєднанні з економною резекцією, шлунка тільки у тих випадках, коли виконати СПВ по технічним причинам або внаслідок високої шлункової секреції (максимальна продукція кислоти більше 50 мекв/г, інтрашлунковий (рН < 1,0) було неможливо.

Із 890 операцій резекцій шлунка за Більрот-1 було 124, за Більрот –2 у модифікації Гофмейстера-Фінстерера – 79, сегментарних резекцій шлунка – 62, пілорозберігаючих операцій за О.О.Шалімовим –67, СТВ виконана 230 хворим, у тому числі у поєднанні з пілоропластиком за Гейнеке-Мікулічем – 38, за Фіннеєм – 93, з економною резекцією шлунка – 41, з висіченням виразки – 57. СПВ виконана 328 хворим, у тому числі з висіченням виразки – 87, з екстериторизацією її – 64. 11 хворих померли у ранньому післяопераційному періоді: 7 – після резекції шлунка і 4 – після СТВ та резекції антрального відділу. Післяопераційна летальність склала 1,2 %. 9 хворих померли у різні строки від причин, не пов'язаних з операцією.

Віддалені результати вивчені шляхом амбулаторного і стаціонарного обстеження у 475 хворих: у 202 після резекції шлунка і у 273 – після органозберігаючих операцій (після СТВ – у 123 хворих, СПВ – 150). Строки спостереження від 6 місяців до 10 років.

Перші 2-3 місяця після операції більшість хворих скаржились на шлунковий дискомфорт, відрижку, нестійкі випорожнення зі схильністю до поносів. Ці скарги швидше зникали у хворих після органозберігаючих операцій.

Транзиторна діарея легкого ступеня відмічалась однаково часто при всіх видах оперативних втручань, тому ми не можемо згодитись з поглядом деяких авторів про те, що діарея є специфічним ускладненням ваготомії.

Для оцінки секреторної функції шлунка проводили внутрішньошлункову рН-метрію з пробами Холандера і Кея.

Серед хворих, які перенесли резекцію шлунка, ахлоргідрія відмічена у 20,6 % (рН-7,0), гіпоацидність – у 28,6 % (рН-3-4,9), на небезпечному рівні (рН<3,0) секреція збереглась у 51,9 % хворих.

Після СТВ і резекції антрального відділу шлунка відмічено стійке пригнічення кислотопродукції: ахлогідрія виявлена у 52,3 % хворих.

При дослідженні шлункової секреції у хворих, які перенесли різноманітні види ваготомії, не виявлено переваг СПВ перед СТВ за ступенем пригнічення ними кислотопродукції: ахлоргідрія відмічена у 19,5 %, гіпоацидність – у 65,5 % збереження секреції на небезпечному рівні – у 15 % хворих. Неповна ваготомія (позитивна проба Холандера) виявлена у 18 хворих, рецидив виразки через 6-8 місяців наступив у 3-х.

Після резекції шлунка відмінні результати (за Visik) відмічені у 48 % хворих, добрі – у 21,6 %, задовільні – у 20,6 % незадовільні – у 9,8 %.

Після СТВ і резекції антрального відділу відмінний результат відмічено у 67,4 % хворих, добрий – у 19,7 % задовільний – у 10,4 % незадовільний – у 2,5 % (демпінг-синдром середньої важкості).

Після СТВ і пілоропластики відмінний результат відмічено у 59,2 % хворих, добрий – у 18,9 % задовільний – у 18,8 % незадовільний – у 2,2 % що було зумовлено стенозом ділянки пілоропластики.

Після СПВ відмінні результати відмічені у 74 % хворих, добрі – у 20 % задовільний – у 4 % незадовільний – у 2 % (рецидив виразки).

Таким чином, зниження післяопераційної летальності, покращення функціональних результатів і професійної реабілітації дозволяє віддати перевагу економним і органозберігаючим операціям при хірургічному лікуванні ВХШ і ВХДПК.

УДК 616.33-002.44-381-002-089

В.И. Бондарев, Е.Н. Василенко, Н.П. Аблицов, Д.Е. Клокол

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОМБИНИРОВАННОЙ ВАГОТОМИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Луганский государственный медицинский университет

За период с 1990 по 2000 год с использованием передней серомиотомии малой кривизны, пилорического и фундального отделов желудка с задней стволовой ваготомией (ПСМТЗСтВ) нами оперировано 127 пациентов с перфорациями дуоденальных язв. Сочетание данной операции с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу применено у 11 (8,6%), по Джадду-Хорслею у 36 (28,3%), Аусту – у 17 (13,3%), по Финнею – у 7 (5,5%), с дуоденопластикой – у 59 (46,6%) и гастродуоденоанастомозом по Джабуле – у 3 (2,4%) больных.

Отдаленные результаты в сроки от 3 до 5 лет исследованы у 123 оперированных. Оценка их проводилась на основании жалоб, данных рентгенологического исследования, гастродуоденоскопии, показателей секреторной и моторно-эвакуаторной функций желудка.

О морфологии и состоянии эвакуаторной функции судили по данным контрастного рентгенологического исследования. Желудок в большинстве случаев имел правильную форму и обычные размеры. Умеренная деформация и ригидность малой кривизны как результат серомиотомии отмечены у 101 (80,1%) пациента. Рентгенологические признаки дуоденостаза отмечены у 24 (18,9%) оперированных. Запирательная функция кардиального сфинктера оставалась удовлетворительной у всех обследованных.

Ускоренный тип опорожнения желудка отмечен у 15 (11,8%), нормальный – у 94 (74%) и замедленный – у 18 (14,2%) пациентов. Ускоренная эвакуация наблюдалась при использовании пилоропластики по Финнею в 4 (57,2%) случаях и гастродуоденоанастомоза по Жабуле – у 3 (100%) больных. Замедление эвакуации отмечено у 11 (20,5%) больных при использовании дуоденопластики. Нормализация показателей эвакуаторной функции желудка ПСМТЗСтВ с дренирующей операцией через 3 года произошла у 82% пациентов.

Для определения влияния комбинированной ваготомии на эвакуаторную функцию желудка и тонкой кишки мы применяли методику пищевого радиоизотопного гастроинтестиносканирования. Среди наблюдаемых больных у 95 (74,8%) пациентов наблюдалась нормальная скорость опорожнения. Через 30 мин в желудке оставалось ($55 \pm 2,5\%$), через 60 мин – ($10 \pm 0,8\%$), а через 75 мин – незначительные “следы” радиоконтрастной пищи. Ускорение опорожнения отмечено у 14 (11,1%) пациентов. У них, к 30 минуте исследования в желудке оставалось ($45 \pm 4,6\%$), а через 1 час – ($7,4 \pm 2,2\%$) пробного завтрака с изотопом. При замедлении эвакуации у 18 (14,1%) обследованных, объем меченых пищевых масс составил ($74 \pm 2,8\%$), ($23,2 \pm 2,6\%$) и ($6,4 \pm 0,7\%$) через 30, 60 и 75 мин соответственно. Время пассажа пищи по тонкой кишке у всех пациентов колебалось в пределах нормы и составило (145 ± 15) мин.

С целью изучения моторной активности желудка использована электрогастрография. У 113 (88,9%) больных (у 59 пациентов спустя 3 года, у 54 – спустя 5 лет) отмечен нормокинетический тип гастрограмм. Гипокинетический тип ЭГГ отмечен у 14 (11,1%) больных.

Исследование желудочного содержимого производилось фракционным методом с использованием в качестве раздражителя секрети инсулина и гистамина. У большинства больных (96(76,8%)) отмечались инертный и тормозной тип секреции. Значительное снижение дебит – часа соляной кислоты свидетельствовало о полной ваготомии. Возбудимый тип отмечен у 8 (6,3%) больных, здесь ваготомия расценена как неполная, но адекватная, в виду отсутствия клинических и эндоскопических признаков рецидива язвенной болезни. При нормальном типе секреции, выявленном у 23 (18,1%) пациентов, ваготомию считали полной.

Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и ДПК выполнено в сроки от 2 месяцев до 5 лет. В сроки от двух до 6-ти месяцев у 120 (80,3%) пациентов имелись признаки поверхностного гастрита. В период от 2 до 5 лет

процент виявлення гастритических змін зменшався до 30%. В області тіла і фундального відділа частіше спостерігалися ознаки гіпертрофічного гастрита 84 (66,1%), а в пилорическому відділі переобладали явлення атрофії. Найбільш виражені зміни слизової оболонки антрального відділа спостерігалися у 28 (22,1%) пацієнтів після пилоропластики по Джадду і були обумовлені рефлюксом дуоденального вмісту. Область привратника при використанні данної методики частіше всього мала овальну або щелеподібну форму, у 18 (14,1%) відзначено звуження привратника. Найбільш сприятлива ендоскопічна картина виявлена при використанні дуоденопластики. Привратник мав правильну форму, повністю смыкався, був легко проходним для ендоскопа. Умерена рубцева деформація ДПК відзначена у 54 (42,5%) пацієнтів. Рецидив язви задньої стінки ДПК відзначено у 4 (3,1%) хворих, перенесли висічення язви передньої стінки і зашивання язви задньої стінки.

В цілому, відмінні і хороші результати отримані у 96 (75,5%) обстежених, задовільні – у 22 (17,3%). Незадовільні результати відзначено у 9 (7,1%) хворих. З них у 4 (3,1%) хворих спостерігалися рецидив язви і у 5 (3,9%) – явлення демпінг-синдрому.

Демпінг-синдром легкої ступені після ПСМТЗСтВ з пилоропластикою по Гейнеке-Микуличу спостерігалися у 2 (1,6%) хворих, після ПСМТЗСтВ з гастродуоденоанастомозом по Жабуле – у 3 (3,1%) обстежених. Проявлення данного ускладнення усувалися застосуванням спеціальної дієти.

Таким чином, використання ПСМТЗСтВ з висіченням язви і пилоропластикою є патогенетично обґрунтованим, технічно простим і ефективним методом оперативного лікування перфоративних язв ДПК, дозволяє досягти значного покращення віддалених результатів в порівнянні з зашиванням перфорації.

УДК 616.33-002.44-005.1-089-06-089

**В.А. Шуляренко, М.М. Гвоздяк, З.З. Парацій, В.І. Паламарчук,
О.І. Тарахонич, А.В. Мусієнко, О.В. Шуляренко, Ю.Б. Мінін**

ОПТИМІЗАЦІЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, УСКЛАДНЕНОЮ КРОВОТЕЧЕЮ І СТЕНОЗУВАННЯМ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика.

Шлунково-кишкова кровотеча є найбільш частим ускладненням виразкової хвороби (ВХ) шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), при якому зберігається висока летальність. Тривале застосування H_2 -гістамінових блокаторів в лікуванні виразкової хвороби сприяє розвитку сполучної тканини в ділянці виразки з наступним стенозуванням.

Незважаючи на застосування сучасної активно-індивідуальної тактики, впровадження ендоскопічних методів тимчасового гемостазу, різноманітних методів хірургічного лікування, летальність при гострих виразкових кровотечах залишається високою, особливо у випадках, коли видалення виразки пов'язане з технічними труднощами (при пенетрації і стенозуванні, а також у осіб з важкою супутньою патологією).

Нами проведено аналіз лікування 92 хворих з пенетруючими і стенозуючими виразками шлунка і ДПК, що кровоточили. Ступінь важкості кровотечі у хворих розподілилось так: 1-ша ступінь – у 23, 2-га ступінь – у 44, 3-я ступінь – у 25 хворих. Діагностика шлунково-кишкових кровотеч при вираженому пілородуоденальному стенозі може бути затрудненою. Наявність блювання шлунковим вмістом чорного кольору з домішками крові може бути при некомпенсованому стенозі і не свідчити про шлунково-кишкову кровотечу. Відсутність кривавого блювання, анемія, мелена, порушення гемодинаміки часто зустрічаються при локалізації джерела кровотечі в постстенотичному відділі ДПК. Ендоскопічна діагностика була складною у зв'язку з неможливістю проведення ендоскопа за зону звуження, а можна оглянути лише краї виразки через звужену ділянку. Кровотрата легкого і середнього ступеня було найчастіше відмічена при компенсованій і субкомпенсованій формі стенозу. Ендоскопічна зупинка кровотечі була ефективною тільки в 48 % хворих. Лікування хворих починали з проведення консервативної терапії (місцевий і загальний гемостаз, антацидні препарати, інгібітори протеолітичних ферментів і т.п.), інтенсивна інфузійна і трансфузійна терапія були спрямовані на відновлення ОЦК, ліквідацію гіпопротеїнемії, при середньому і важкому ступенях кровотечі проводили трансфузію еритроцитарної маси, інфузії сандостатину, фібриногену, корекцію водно-електролітного балансу, мікроциркуляції, антигитокінінову і імунomodulatory терапію.

Екстрені операції виконували у хворих з профузною кровотечею, що продовжувалась, при рецидиві кровотечі в стаціонарі (2 хворих). Термінові оперативні втручання виконували у 15 хворих з нестійким гемостазом при середньому і легких ступенях крововтрати, за наявності інших ускладнень виразки (пенетрація, стенозування), відсутності ефекту від консервативної терапії.

Принциповим під час оперативного втручання вважали: видалення виразки і рубцево-змінених тканин, ліквідацію стенозу пілородуоденальної зони з наступним відновленням її прохідності, проведення заходів із профілактики стенозування і рецидиву виразки, ревізії стравохідного отвору діафрагми, дуоденоєюнального переходу і, якщо виявлена патологія, – її усунення.

При виразках шлунка, ускладнених кровотечею і стенозуванням, виконувалась резекція, при виразках ДПК – ваготомія з дуодено-пілоропластикою чи антрумектомією, рідко – резекція шлунка.

На висоті кровотечі у осіб з важким ступенем крововтрати, а також у осіб з високим операційним ризиком виконано лише висічення (2 хворих) чи прошивання (2 хворих) виразки, що кровоточить, без ваготомії.

Загальна післяопераційна летальність склала 4,5 %.

**Ф.И. Гюльмамедов, А.М. Белозерцев, С.С. Ксенофонов,
И.Д. Гудинов, А.И. Матвиенко**

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВНЫХ ПОСТБУЛЬБАРНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

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

Определенный опыт, накопленный клиникой общей хирургии №1 за длительное время по проблеме хирургического лечения послеоперационных рецидивов язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, позволяет сделать определенные выводы и обобщения.

Особые трудности у хирургов возникают при лечении осложненных кровотечением, перфорацией, стенозом и пенетрацией послеоперационных рецидивных, так называемых «низких» или «постбульбарных», язв двенадцатиперстной кишки. В клинике за последние 15 лет наблюдали 73 больных с осложненными послеоперационными рецидивными «низкими» язвами двенадцатиперстной кишки. Это составило 15,1% от общего числа больных, оперированных за указанный период по поводу язвенной болезни. Мужчин было 49, женщин – 24. Исключительно все больные – лица социально-активного, работоспособного возраста.

Особо следует выделить группу пациентов с пострезекционными осложненными «низкими» язвами культи 12-перстной кишки. Таких больных было 15. Осложнения были следующего характера: кровоточащая язва – в 20 больных (27%), перфоративная язва – в 4 больных (5,5%), стенозирующая язва – в 13 (17,8%), пенетрирующая язва – в 12,3%), кровотечение + стеноз – 19 (26%), кровотечение + пенетрация отмечены у 8 больных (11%). Малые размеры луковицы и залуковичного пространства, крайне не сложные и переменные топографо-анатомические отношения с окружающими органами и тканями, а тем более чрезвычайное их усложнение прогрессирующими рубцово-язвенными процессами в условиях перенесенных ранее операций и патологии предъявляют особые высокопрофессиональные требования к качеству повторного оперативного вмешательства.

Ключевыми моментами хирургической тактики у данной категории больных, по нашему мнению, являются:

- 1) адекватная мобилизация наиболее трудных зон луковицы 12-перстной кишки с сохранением их кровоснабжения и иннервации;
- 2) оптимальное использование карманов и псевдодивертикулов в 12-перстной кишки для последующего формирования ее культи;

3) обязательная необходимость полной обработки патологического очага (язвы): путем экстерриторизации, путем простого поэтажного прошивания, путем химической деульцерации кратера, путем местной ульцеромукозопластики;

4) пластическая реконструкция терминальных отделов холедоха и большого дуоденального сосочка, поврежденных рубцово-язвенным перипроцессом (при необходимости).

При «низких» язвах со значительным смещением и фиксацией рубцами проксимальных отделов двенадцатиперстной кишки к задней брюшной стенке мобилизуем все отделы дуоденум. Оптимальная подвижность кишки достигается путем мобилизации третьей её части. Адекватный доступ к нижней горизонтальной дуоденальной петле возможен после предварительного низведения печеночного угла ободочной кишки. Все это в последующем снимает проблему натяжения в швах культи, сохраняет экстрадуоденальные нервные взаимосвязи, а также кровоснабжение сформированной культи 12-ти перстной кишки и, в целом, обеспечивает надежную профилактику дуоденальных послеоперационных осложнений. При постбульбарных язвах у 7 больных (9,6%) формирование культи дуоденум сочеталось с одномоментной хирургической коррекцией рубцово-язвенной стриктуры большого дуоденального сосочка (2) или терминального отдела холедоха (5). При выполнении «надпривратниковой» резекции желудка культи 12-ти перстной кишки чаще обрабатывается нами по методу А.А. Шалимова, при «чрезпривратниковой» – по методу Якововичи, а при «подпривратниковой» – по Ниссену. Анализ непосредственных послеоперационных результатов показал, что все резекционные методы хирургического лечения послеоперационной рецидивной осложненной дуоденальной язвы имеют специфические осложнения, обусловленные качеством формирования культи 12-ти перстной кишки, техникой наложения желудочно-кишечного анастомоза и степенью травматизации поджелудочной железы. Следует подчеркнуть, что послеоперационный панкреатит развивался только у больных с пенетрирующими постбульбарными язвами 12-ти перстной кишки. По частоте встречаемости послеоперационные осложнения распределились следующим образом: панкреатит – 12 (16,4%), несостоятельность культи дуоденум – 7 (9,6%), несостоятельность желудочно-кишечного анастомоза – 4 (5,5%), травма желчных протоков – 3 (4,1%).

После резекции желудка отдаленные результаты, в среднем, следующие (шкала А.Н.Visic, 1948): неудовлетворительные – 2,2%, удовлетворительные – 28,3%, хорошие – 69,5%.

С учетом изложенного, становится очевидным, что правильная интерпретация всех особенностей клинических проявлений осложненного течения послеоперационного рецидива постбульбарных язв и адекватная высокопрофессиональная дальнейшая хирургическая тактика во многом обеспечивают успешность лечения этих больных.

Н.Н. Милица, Ю.И. Мартыновский, Н.Д. Постоленко

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВНЫХ ЯЗВ

Запорожский институт усовершенствования врачей

В хирургии язвенной болезни особенно тяжелыми являются послеоперационные рецидивные язвы (ПРЯ) и их осложнения, лечение которых требует учета основных патогенетических механизмов, взвешенной хирургической тактики и высокой оперативной техники.

Проведено клиническое и специальное исследование 360 повторно оперированных больных по поводу осложненных послеоперационных рецидивных язв (ОПРЯ). Изучены особенности клинического течения в зависимости от вида предшествующей операции, состояния кислотопродукции, межпищеварительной моторики и внутриполостного давления, наличия персистенции Нр, уровня иммунологической реактивности, гормональных механизмов адаптации, перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы.

ОПРЯ после предшествующего ушивания язвы выявлены у 56 %, после резекции желудка – у 4,8 %, после ваготомии – у 3,9 %.

В структуре осложнений ПРЯ на первом месте находятся ЖКК- 48,9%, пенетрирующие язвы – 15,8 %, стеноз – 14,7%, перфорация язвы – 8,9 % и болезни оперированного желудка в сочетании с рецидивом язвы – 8,3 %.

Использование многофункционального комплекса позволило получить у больных ПРЯ графическую регистрацию ряда параметров периодической моторной деятельности (ПМД) и одновременно комплексно оценить более 16 показателей структурно-секреторной интеграции органов ЖКТ. Так, после ушивания перфоративной язвы сохранялась резко повышенная кислотопродукция, с декомпенсацией кислотонейтрализующей функции антрума и закислением ДПК по 3 вариантам.

Исследование интрадуоденальных рН-грамм, с количественной оценкой параметров среды ДПК, и предложенная шкала оценки позволили выделить 3 варианта интрадуоденального закисления и прогнозировать риск развития рецидива послеоперационных язв.

Использование зонда нашей конструкции дало возможность анализировать характер ПМД, которая характеризовалась укорочением длительности цикла ПМД, дисфазией – главным образом за счет укорочения 1 и 3 фаз и увеличения продолжительности 2 фазы. Максимальное сокращение общей продолжительности цикла ПМД наблюдали при постваготомном рецидиве язвы. Коэффициент эффективности, снижается при ОПРЯ в антральном отделе в 2 раза, а в ДПК в 2,4 раза. Возрастает моторный индекс в 1,8-

2 раза, что свидетельствует о гипермоторике при ПРЯ. Наряду с этим выявляется высокая частота ДГР.

Установлено наличие НР в 64,2 %, причем преобладала частота поражений в группе больных после ушивания язвы.

Изучение иммунологического статуса выявило наличие дисбаланса иммунорегуляторных систем, преимущественно при постгастрорезекционных язвах, что требует включения иммуномодуляторов.

Отдаленные результаты хирургического лечения ОПРЯ изучены у 163 больных в сроки от 1 до 5 лет. По сумме полученных данных отличные и хорошие результаты установлены у 70,5 %, удовлетворительные – у 21,5 %, неудовлетворительные – у 8 %. В целях улучшения последствий операций разработан соответствующий комплекс мероприятий социальной и медицинской реабилитации.

Проведенные исследования позволяют сделать вывод, что в патогенезе РПЯ доминирующими являются сохранение кислотопродукции оперированного желудка в сочетании с нарушениями его моторики, внутриполостного давления с ДГР, наличием хеликобактерной контаминации, гормональной дисфункции, с активацией ПОЛ и наличием отрицательных социально-бытовых факторов. Сохранение любого из имеющихся факторов ульцерогенеза у конкретного больного после первичной операции следует считать причиной рецидивного язвообразования, которую необходимо диагностировать и устранить при повторных хирургических вмешательствах.

УДК-086.06:616.833.191-036.8

М.Г. Шевчук, Р.П. Герич, І.М. Сорочинський, А.Л. Шаповал

ОБГРУНТУВАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Івано-Франківська медична академія

Нами проведено аналіз результатів хірургічного лікування пілородуоденальних виразок після органозберігаючих операцій в поєднанні з селективною проксимальною ваготомією (СПВ) у 245 хворих за період із 1985 по 1999 роки. Переважна більшість хворих – 172 (69,9 %), були у віці від 31 до 50 років. У 209 (85 %) хворих виразка локалізувалася в дванадцятипалій кишці, у 36 (15 %) – в пілоричному відділі шлунка. Показами до операцій у 167 (68,3 %) хворих були ускладнення пілородуоденальної виразки: субкомпенсований стеноз виходу із шлунка, пенетрація і кровотеча. Неускладнені виразки, що мали торпідний характер перебігу, часті рецидиви і не піддавалися консервативному лікуванню були у 78 (31,7%) хворих.

В залежності від характеру ускладнень виразкової хвороби, локалізації виразки, топографоанатомічних особливостей в ділянці патологічного проце-

су СПВ доповнювали дренажними шлунок операціями: у 37 хворих – пілоропластиком за Гейнеке-Мікулічем, у 82 хворих – пілоропластиком за Фіннеєм, у 30 хворих гастродуоденоанастомозом за Жабуле і у 75 хворих – пілоропластиком за М.Г.Шевчуком. У 21 хворого з виразкою дванадцятипалої кишки, при відсутності моторно-евакуаторних розладів, виконали ізольовану СПВ. У хворих з пілоричною локалізацією виразки СПВ завжди доповнювали дренажною шлунок операцією з метою запобігання розвитку стенозу і рецидиву виразки. Контроль повноти ваготомії досягався за допомогою інтраопераційної рН-метрії. Післяопераційна летальність склала 0,81 %. Характер ускладнень раннього післяопераційного періоду не відрізнявся якоюсь специфічністю. Дисфагія відмічена у 4 хворих, яка протікала в легкій формі і проходила до часу виписки із стаціонару. Ефективність оперативного втручання виражалась в зниженні кислото- і пепсино продукції, нормалізації гормональних зрушень і моторно-евакуаторної діяльності шлунка. В ранній післяопераційний період найбільше зниження кислото-продукції спостерігали у хворих, яким СПВ доповнювалась пілоропластиком за Фіннеєм і М.Г.Шевчуком (БК знизилась на 90,2 %, МПК – на 79,9 %) і залишалась такою ж на наступні строки (1-5 років) після операції. В той же час у хворих з гастродуоденоанастомозом за Жабуле у віддалені строки після операції, спостерігалась тенденція до підвищення кислотопродукції в стимульованій гістаміном фазі шлункової секреції і складала $9,51 \pm 1,7$ ммоль/год, при нормі $8,81 \pm 0,93$ ммоль/год. У хворих після ізольованої СПВ концентрація пепсину знизилась в першій фазі шлункової секреції на 77,01 %, в другій фазі – на 62,0 %. Після СПВ з дренажуванням шлунка в ранній післяопераційний період і через 1-5 років зниження концентрації пепсину було найбільш виражено у хворих, яким виконували пілоропластику за Фіннеєм і за М.Г.Шевчуком. У хворих з пілоропластиком за Гейнеке-Мікулічем і гастродуоденоанастомозом за Жабуле ефект зниження пепсину був не стійким. Через 2 тижні після операції вміст пепсину в базальних порціях шлункового соку і після стимуляції гістаміном зменшився в порівнянні з доопераційним рівнем на 83,4 % і 68,4 %, а через 1-3 роки це зниження було відповідно 64,1 % і 40,99 %. При визначенні гормонів у хворих на 14-15 добу після операції спостерігали підвищення базального рівня гастрину на 47,61 %, глікогену на 31,3 % і зменшення рівня інсуліну на 22,5 %. Через 3 місяці після операції показники гастрину зменшувалися, а кількість інсуліну збільшувалась. Рівень цих показників залишався в межах раннього післяопераційного періоду. Моторно-евакуаторна функція шлунка вивчалась нами за даними рентгенологічного обстеження і непрямой електрогастрографії по М.А.Собакіну. В ранньому післяопераційному періоді відмічали зміну форми шлунка, який набував форми реторти або каскаду. Через 1-3 роки після операції спостерігали поступове відновлення тонушу шлунка і збільшення кількості пацієнтів з прискороною евакуацією. Порційно ритмічний тип евакуації для всіх обстежуваних склав 80,8 %, а безперервний, який переходив в порційний – в 11,9 %. На 12-14 день після операції показники

електрогастрограми знижуються. У віддалені строки спостереження у більшості хворих виявлена тенденція до нормалізації біоелектричної активності шлунка.

Через 1-5 років обстежено 146 пацієнтів. Найкращі функціональні результати згідно класифікації Visick отримано після СПВ в поєднанні з пілоропластикою за Фіннеєм і в модифікації М.Г.Шевчука. Відмінні і добрі результати спостерігались у 81,2 % обстежуваних, у 4 (2,7 %) хворих - задовільні. Незадовільний результат операції відмічено у 12 (8,2 %) хворих. У 5 хворих через 1-2 роки після операції виник рецидив виразки. У 4 хворих, яким по причині пілоростенозу була виконана СПВ з гастродуоденоанастомозом за Жабуле, при рентгенологічному і ендоскопічному обстеженні виявлено рестеноз з рецидивом виразки. У 5 хворих спостерігали ознаки демпінг-синдрому, причому 3 хворих визнано інвалідами II - III групи. Повторні операції проведені у 9 (6,1 %) хворих.

Таким чином, методом вибору операції при пілородуоденальних виразках вважаємо СПВ в поєднанні з дренажними шлунок операціями, з яких перевагу віддаємо пілоропластиці за Фіннеєм і в модифікації М.Г.Шевчука, при досконалому володінні техніки виконання СПВ. Повторні операції повинні бути виключно індивідуальними і виконуватися в спеціалізованих хірургічних стаціонарах.

УДК 616.33-002.44-06-001.5-005.1-0.89

Є.М. Шепетько, О.А. Повч, В.М. Сидоренко, О.І. Лісов

ДОСВІДЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПЕРФОРАТИВНИМИ ГОСТРОКРОВОТОЧИВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ВИРАЗКАМИ

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

В основу роботи покладено дані всестороннього дослідження та аналізу результатів діагностики та хірургічного лікування 172 хворих із ПГДВ, що перебували з 1982 по серпень 2001 року на лікуванні в Київському міському Центрі з надання невідкладної допомоги пацієнтам із гострими шлунково-кишковими кровотечами. Для зіставлення і порівняння особливостей клінічного перебігу, діагностики та лікування у хворих основної групи було виділено контрольну групу, яку склали 869 пацієнтів із перфоративними гастродуоденальними виразками (ПГДВ) без кровотечі.

Протягом 20-річного періоду спостережень у клініці відмічено тенденцію до збільшення кількості хворих із ПГДВ. При аналізі вікових особливостей у хворих із різними варіантами поєднання перфорації та кровотечі при виразковій хворобі встановлено, що 81 (47,1%) пацієнт із 172 були

похилого та старечого віку, що в 3,7 рази більше порівняно з пацієнтами контрольної групи з ПГДВ ($p < 0,05$).

При дослідженні особливостей локалізації ПГГДВ виявлено, що 30 (17,4%) із 172 хворих основної групи мали шлункове розміщення перфоративної гострокровоточивої виразки, причому у 26 із них спостерігалась перфорація і кровотеча з однієї і тієї ж виразки шлунка; в 3 пацієнтів – перфорувала одна, а кровоточила інша виразка шлунку, а ще в 1 хворого діагностовано перфорацію виразки шлунка, а кровотечу з виразки пілородуоденальної зони (ПДЗ). У цілому, 18 із 30 хворих з ПГВШ мали розміри виразкового субстрату більше 3,0 см (гігантські виразки шлунку). У решти 142 (82,6%) пацієнтів основної групи виявлено розміщення перфоративної гострокровоточивої виразки в ПДЗ, причому в 110 із них мала місце перфорація та кровотеча з однієї і тієї ж виразки, у 27 хворих встановлено наявність перфорації однієї, а кровотечі – з другої виразки ПДЗ (“дзеркальні виразки”), а ще в 5 – діагностовано перфорацію виразки ПДЗ, а кровотечу з виразки шлунка. Більше як у половини (у 82 із 142) хворих із ПГВПДЗ встановлено наявність гігантських виразок (займають більше 1/2 периметра ПДЗ).

При аналізі ступені важкості крововтрати в хворих основної групи, помірну ступінь мали 45(26,2%), середню – 53(30,8%) і важку – 74(43%) пацієнтів. При ретельному аналізі особливостей виникнення та клінічного перебігу ПГГДВ нами встановлено та виділено два варіанти поєднання перфорації та кровотечі:

1. Одночасний розвиток кровотечі та перфорації гастродуоденальних виразок – у 50(29,1%) пацієнтів. 2. Перфорація виразки настає в ранньому відстроченому періоді після зупинки кровотечі – у 122(70,9%) хворих. При цьому в 71(58,2%) пацієнтів перфорація виразки супроводжується рецидивом кровотечі (РК), а в 51(41,8%) – без РК.

З метою вивчення можливостей ранньої діагностики ПГГДВ нами був проведений ретельний аналіз всіх клінічних симптомів і на підставі цього виділено синдром “малих” ознак при поєднанні перфорації та кровотечі, впровадження якого в клінічну практику дозволило збільшити ранню, в перші 6 годин, діагностику даної патології в 2,9 рази: з 34,5% (I-ий період – 1982-1996 рр.) до 100% (II-ий період – 1997-серпень 2001 рр.) і розширило можливості для виконання радикальних оперативних втручань.

Із 172 хворих нами оперовано 159 (92,4%). Решта 13 (7,6%) не оперовані і померли: 6 пацієнтів – доставлені в агональному стані і померли в перші 2-4 години; у 4 хворих, старше 70 років, була діагностована ПГГДВ, однак важка крововтрата, виражена супутня патологія, інтоксикація не дозволяли виконати оперативне втручання, а застосування метода Тейлора не принесло успіху; ще в 3 пацієнтів старечого віку, через важкі супутні захворювання, неможливо було застосувати додаткові методи дослідження і діагноз ПГГДВ був установлений тільки на аутопсії.

Із 159 оперованих радикальні оперативні втручання виконані 116 (73%) хворим: резекції шлунка – 28 (24,1%), ваготомії – 88 (75,9%), а 43 (27%) пацієнтам були здійснені нерадикальні (зашивання, висічення виразки) операції. Серед 25 оперованих із ПГВШ резекційні методи застосовані у 16 (пілорозберігаючі резекції – у 7) і паліативні – у 9 осіб. Серед 134 оперованих із ПГВПДЗ резекції шлунка виконані в 12 (9%), різні види ваготомій із радикальним втручанням на виразці – у 88 (65,7%) і паліативні операції – у 34 (25,3%) хворих. При виконанні операцій явища місцевого перитоніту були в 60 (37,7%), дифузного – в 52 (32,7%) і розлитого – в 47 (29,6%) пацієнтів.

При виконанні оперативного втручання у 35 (22%) хворих, переважно з явищами розлитого перитоніту та РК, здійснювали назогастральну інтубацію кишечника, а в 22-х пацієнтів – цілеспрямовано використовували методику програмованої лапаростомії із виконанням повторних санацій черевної порожнини на 3-4-у добу після операції.

Покращення діагностики, зменшення кількості паліативних втручань, розробка та впровадження засобів інтенсивної терапії в п/о періоді дозволили протягом II-го терміну клінічних спостережень знизити п/о летальність: загальну – з 22,3% до 4,3% (в 5,2 рази), при паліативних втручаннях – з 55,9% до 22,2% (в 2,5 рази), при радикальних операціях – з 7,7% до 0%, в тому числі при резекціях шлунка – з 25% до 0%. Таким чином, покращення результатів хірургічного лікування залежить від ранньої діагностики, своєчасного виконання переважно радикальних оперативних втручань та раціонального проведення інтенсивної терапії в п/о періоді.

УДК 616.33 + 616.342] – 002.44 – 089.8

Г.А. Клименко, А.Е. Гавриков

РЕФОРМАЦИЯ РОЛИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С 1971 ПО 2000 ГОД

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В 80-е годы ушедшего века главный хирург Украины А.А. Шалимов систематически инструктировал главных специалистов здравоохранения и хирургические кафедры о том, что хирургическому лечению в патогенетическом аспекте подлежат 50% пациентов с язвенной болезнью желудка и 30% с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и что количественное соотношение плановых и неотложных операций при этом должно быть 4 : 1. В то же время главный хирург СССР М.И. Кузин уверял, что операции должны быть впереди осложнений. Однако после внедрения в лечебную практику фармацевтических H_2 -блокаторов и ингибиторов протонной помпы А.А. Шалимов в 1990 г. рекомендовал уменьшить число хирургических

вмешательств по поводу язвенных болезней желудка и двенадцатиперстной кишки до 30% и 20% соответственно. В дальнейшем открытие и преувеличение роли *Helicobacter pylori* (Hр) в этиопатогенезе и лечении язв привело к широкому применению вышеупомянутых лекарств в сочетании с эрадикацией Hр антибиотиками. На этом фоне лидирующие терапевты дали негативную оценку хирургического лечения язвенной болезни, что привело к чрезмерному сокращению числа плановых операций, но к многозначительному увеличению «дежурных» операций по поводу декомпенсированных пилородуоденальных стенозов, прободных и кровоточащих язв. Ссылаясь на публикации главного гастроэнтеролога РФ П.Я. Григорьева и соавторов (1999), М.И. Кузин (2001) подчеркивает, что после современной комбинированной терапии осложнения и рецидивы язвенной болезни возникли у 52,8% большой группы больных, находившихся под диспансерным наблюдением, а стоимость современной фармакотерапии часто превышает стоимость хирургического лечения.

Цель этого сообщения – выяснить, оправдали ли себя попытки вытеснения плановых хирургических методов с помощью новации консервативной терапии, и обосновать необходимость восстановления рациональной хирургической тактики при язвенной болезни. С этой целью проведен анализ документальных статистических данных о язвенной болезни в Харьковской области (в областную статистику «традиционно» не включены показатели деятельности ведомственных лечебных учреждений). В докладе результаты анализа будут наглядно представлены по годам, но в этих тезисах они сгруппированы по трём десятилетиям: 1) 1971–80 гг.; 2) 1981–90 гг.; 3) 1991–2000 гг.

В 1971 г. в Харьковской области зарегистрировано 19943 больных с язвенной болезнью, а впервые выявленных больных было 1456. В 2000 г. эти же показатели составляют 42713 и 3267 больных, то есть в 2,1 и в 2,2 раза больше, чем в 1971 г. В стационарах области проходили лечение на протяжении первого из указанных десятилетий 103703 больных с 1131 летальным исходом (1,1%), во втором десятилетии – 104096 больных с 1401 летальным исходом (1,35%), в последнем десятилетии – 115183 больных с 1437 летальными исходами (1,25%). Хирургическим операциям, плановым и ургентным, были подвергнуты в 1971–80 гг. 11650 больных (из них умерли 547 – 4,7%), в 1981–90 гг. 12311 больных (из них умерли 667 – 5,4%), в 1991–2000 гг. 14018 больных (из них умерли 822 – 5,9%).

По поводу прободных язв в первом анализируемом десятилетии прооперировали 4687 больных (умерли 230 – 4,9%), во втором десятилетии – 4283 больных (умерли 322 – 7,5%), в третьем десятилетии – 7130 больных (умерли 386 – 5,4%). Кроме того, в указанные десятилетия при прободных язвах отмечены летальные исходы без хирургического вмешательства у 37, 71 и 73 больных соответственно.

Статистический учёт острых желудочно-кишечных кровотечений язвенного генеза ведётся только с 1988 г. В 1988–90 гг. прооперированы по поводу

язвенного кровотечення 769 больних с 93 летальними исходами (12,1%), а у 712 аналогічних больних операції не предприняты и 98 из них умерли (13,8%). В 1991–2000 гг. аналогічні операції произведены у 2432 больних с 335 летальними исходами (13,8%), а операції не были предприняты у зареєстрованих 8032 больних и 319 из них умерли (3,97%).

Таким образом, заболеваемость и смертность от язвенной болезни к концу 20-го века увеличились (в то время как общее количество населения заметно уменьшилось). Количество больних с прободными язвами увеличилось от 411 человек в 1971 г. до 846 в 2000 г., а количество больних с язвенными кровотечениями увеличилось от 500 человек в 1988 г. до 1568 в 2000 г. Консервативное лечение язвенной болезни, несмотря на успехи применения современных средств, нельзя признать монопольным (В.П. Петров, 2001).

Заключение. Проблема неполноценной эффективности современного консервативного лечения пациентов с язвенной болезнью остається такой же актуальной, как и 20–30 лет тому назад. Терапевты в большинстве случаев продолжают либо упорно, либо нерационально лечить больних, которых уже следовало бы направить на плановое оперативное лечение, и это является одной из причин возрастания частоты смертельно опасных осложнений и «дежурных» операций. Улучшение взаимодействия между терапевтами и хирургами является одной из наиболее важных задач гастроэнтерологии. Адекватное взаимопонимание между терапевтами и хирургами имеет исключительно большое значение и для судьбы пациентов, и для воспитания молодого поколения врачей в эру внедрения «малоинвазивных» технологий в хирургию язвенной болезни.

УДК 616.342-002.44-08.

**В.М. Ватаман, І.І. Слонецький, Н.І. Іскра, Дж.Ф. Мехрабан,
І.В. Тетірко**

ОКРЕМІ ТЕНДЕНЦІЇ ТА РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ НЕЛІСКВАСТЕРПУЛЬКРІУ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРФОРАТИВНОЮ ВИРАЗКОЮ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шутики,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги*

Проблема хірургічного лікування перфораторної виразки дванадцятипалої кишки і надалі залишається далекою від остаточного вирішення, що пов'язано з дослідженням нових чинників патогенезу цього грізного захворювання, а також з цілою низкою як соціальних, так і економічних умов, котрі в значній мірі відображаються на патогенезі і ефективності самого лікування. Тому будь-які заходи щодо покращення діагностики, прогнозу-

вання та лікування пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки, що ускладнилась перфорацією, заслуговують на увагу.

Мета роботи полягає у дослідженні окремих тенденцій та ступеня інфікованості *Helicobacter pylori* (Hр) пацієнтів з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки. Комплексне обстеження хворих включало клініко-лабораторне дослідження, оглядову рентгеноскопію, ЕФГДС з прицільною множинною біопсією, дослідження кислотоутворюючої функції шлунка, гістологічне і цитологічне обстеження біоптатів слизової оболонки шлунка і дванадцятипалої кишки.

Під нашим наглядом знаходилось 86 пацієнтів, котрі були оперовані з приводу перфорації дуоденальної виразки. Серед усіх оперованих чоловіків було 80, жінок – 6. Слід відмітити, що перфоративна виразка ДПК частіше зустрічається у чоловіків (61,3%) працездатного віку (від 20 до 39 років). Лише 18 (21%) пацієнтів вперше довідались про виразкову недугу саме через її перфорацію. Враховуючи те, що у значної кількості хворих виразковий анамнез був відсутній, з метою уточнення можливості перфорації у них гострої виразки були проведені гістологічні дослідження виразки ДПК. Отримані результати засвідчили, що вона мала місце лише у 2,8%.

З метою вивчення розповсюдженості Hр-інфекції і вірогідності окремих методів діагностики було проаналізовано результати уреазного тесту, цитологічних та гістологічних досліджень. Отримані результати засвідчили, що Hр у досить значній кількості виявлені майже усіма методами. Однак термін проведення та їх частка були дещо різні: уреазний тест був позитивний у 76 хворих (88,3%); цитологічне дослідження – у 72 (83,7%) пацієнтів, а гістологічне відповідно у 70 (81,3%) випадках. Порівняльний аналіз показав переваги і недоліки кожного методу, що особливо суттєво в умовах ургентної клініки, однак їх комплексне проведення дозволяє більш повно оцінити інфікованість слизової оболонки Hр, а також визначитися у комплексності та тривалості післяопераційної реабілітації.

Найбільше число позитивних уреазних тестів було у хворих з сильним (36 пацієнтів) і середнім (24 хворих) ступенем обсіменіння слизової оболонки Hр. Цитологічне дослідження виявило високу ступінь інфікування Hр у 54,2% пацієнтів, у 23,6% мала місце середня ступінь та ще у 22,2% – слабка. Термін виконання цих двох методів дозволяє їх використовувати в невідкладній ульцерохірургії для верифікації Hр-інфекції та визначення необхідності і доцільності проведення патогенетичної ерадикаційної терапії.

Лабораторний алгоритм діагностики Hр доцільно доповнювати ще й гістологічним дослідженням, котре дозволяє оцінити і ступінь морфологічних змін слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки, що нерозривно пов'язано з адекватністю та тривалістю проведення не лише післяопераційного періоду, а, що не менш важливо, реабілітаційного етапу, чим сприятиме профілактиці негативних наслідків перебігу захворювання. Згідно з отриманими результатами гістологічного дослідження, інфікованість Hр важкого

ступеня було виявлено у 42 (60%) хворих; середнього – у 11 (16%) пацієнтів та ще у 17 (24,3%) – легкого.

Вивчення розповсюдженості Нр-інфекції у пацієнтів різного віку виявило, що найрідше вона зустрічається серед досліджених у віковому проміжку 20-29 років (68%). Найбільш сильне обсіменіння слизової оболонки Нр і більш значне її запалення спостерігали у пацієнтів віком від 51 до 60 років, що склало відповідно 94,6%.

Ще однією особливістю Нр-інфекції у пацієнтів з перфорацією дуоденальної виразки є її зв'язок з тривалістю виразкового анамнезу. Так, при його відсутності Нр зустрічається в 42% випадків, при обсіменінні переважно середнього та легкого ступеня, тоді як у пацієнтів, виразковий анамнез котрих складав від 5 до 10 років, Нр зустрічається у 91,6%, при обсіменінні середнього та важкого ступеня. Нр у переважного числа хворих виявляли у шлунку і саме в його антральному відділі, тоді як в ДПК – в основному в ділянках шлункової метаплазії. Слід відмітити, що мозаїчність розміщення Нр та вогнищеві зміни слизової оболонки шлунка і ДПК нерідко бувають підставою до хибних висновків, що є підставою до перехресного проведення інструментальної діагностики.

Таким чином, отримані результати свідчать про значну інфікованість Нр пацієнтів з перфоративною виразкою ДПК; ступінь вираженості хелікобактеріозу тісно пов'язаний з тривалістю виразкового анамнезу та віком пацієнтів. Тому для покращення наслідків хірургічного лікування цих хворих доцільно комплексно підходити не тільки до діагностики та ведення післяопераційного періоду, а також до адекватного визначення напрямків їх подальшої реабілітації.

УДК 616.342-007.271-089

О.П. Мустяц, В.М. Ходирев, В.К. Запорожець

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ВИБОРУ МЕТОДУ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВИХ СТЕНОЗІВ

Луганський державний медичний університет

Одним з найбільш важких ускладнень виразкової хвороби, що потребують хірургічного втручання, є пілородуоденальні стенози, частота яких становить 10 – 34 % (М.М. Кузін і співавт., 1994; В.С. Помєлов і співавт., 1997; Y. Bazira et al. 1996). При цьому питання вибору методу хірургічного втручання і профілактики ускладнень при цій патології залишаються проблематичними та актуальними. В останні роки частота ускладнень після операції пов'язується зі станом тонусу і регіонального кровотоку в слизовій оболонці шлунку (В.А. Грушко, 1997; Л.Я. Ковальчук і співавт., 1997 та ін.).

В роботі узагальнено матеріал комплексного обстеження тонусу шлунка у 206 хворих, у 170 з яких був наявний виразковий стеноз різного

ступеня тяжкості: у 30 (14,5 %) – стеноз, який формується, 32 (15,5 %) – компенсований, 56 (27,2 %) – субкомпенсований і 52 (25,39 %) – декомпенсований. Нами було розроблено спеціальний комплекс обстежень стану моторної функції шлунка. Він включав вивчення біоелектричної активності м'язів шлунка до і після операції за допомогою електрофізіологічних досліджень: комбінованої електроміографії, прямої та непрямой електрогастрографії. Ці обстеження проводились на електрогастрографі ЕГС-4М та двоканальному комплексі для стимульованої електроміографії ЕМГСТ-01. В клініці вдосконалено способи цих досліджень за допомогою спеціальних зондів (рац. пропозиція № 2138, 14/92), а також метод визначення регіонарного кровобігу слизової оболонки шлунка (рац. пропозиція № 2142, 15/92) за допомогою реографії (РЕГ).

З метою розширення можливостей для використання органозберігаючих операцій (ОЗО) з розширеною пілородуоденопластиком при наявності субкомпенсованого та декомпенсованого стенозів розроблено “Спосіб визначення показань до органозберігаючої операції при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненої органічним стенозом (Патент № 990 73979 від 4.10.2000). При цьому був використаний сильніший подразник м'язової стінки шлунка – електростимуляція ендogaстральним способом.

На основі одержаних досліджень виявлено три ступені порушень тонусу шлункової стінки: перший (стимульований тонус збережений) – хворі із субкомпенсованим і декомпенсованим стенозами, у яких після використання ендogaстральної стимуляції біопотенціал шлункової стінки був повністю відновлений; другий (стимульований тонус знижений) – хворі, у яких відмічено підвищення біопотенціалу шлункової стінки до 60 % від вихідного рівня; третій (атонія шлунка) – хворі, у яких було повністю відсутнє підвищення біопотенціалу шлунка навіть після проведення електростимуляції. При субкомпенсованому стенозі у 20 виявлено 1-ий ступінь порушення тонусу. Із 52 хворих з декомпенсованим стенозом у 16 визначені аналогічні зміни, у 20 – 2-й ступінь і у 16 – 3-й ступінь (атонія шлунка). Аналогічна тенденція спостерігалась і при визначенні регіонарного кровобігу слизової оболонки. Зниження показників РЕГ було в прямій залежності від ступеня тяжкості стенозу і прямо корелювало з глибиною порушень тонусу.

Спираючись на одержані результати, у хворих з компенсованим і субкомпенсованим стенозом, при нормальному тонусі шлункової стінки, нами виконана ОЗО з висіченням виразки і розширеною пілородуоденопластиком. При суб- та декомпенсованих стенозах, наявному збереженому стимульованому тонусі всієї стінки – ОЗО типу селективної проксимальної ваготомії (СПВ) або комбінованої СПВ (КСПВ) за методикою клініки (СПВ + висічення виразки + розширена пілородуоденопластика). При цьому в ранньому післяопераційному періоді у таких хворих ми застосували один із засобів електростимуляції тонусу шлунка.

Відповідно, у хворих з атонією шлунка, а також при наявності зниженого стимульованого тонусу, у яких до операцій не виявлено прихованого резерву м'язового тонусу шлункової стінки, а, відповідно, відсутня можливість його поновлення в ранньому післяопераційному періоді, ми виконували лише резекційні операції – економну резекцію 1/2 шлунка, антрумектомію з одним із варіантів ваготомії, або класичну резекцію 2/3 шлунка.

Незначні порушення функції шлунка (або його кукси) в ранньому післяопераційному періоді були у 18,2 % оперованих. Останні досить швидко минали після використання різних методів електростимуляції і медикаментозної терапії.

Таким чином, аналіз одержаних результатів дозволяє дійти до висновку, що вивчення тонусу шлунка та регіонарного кровообігу можуть бути одним із факторів, що впливає на вибір методу і обсягу оперативного втручання у хворих з виразковим стенозом, а також визначає можливість використання ОЗО.

УДК: 616.33+616.34]-005.1-002.44-08

**І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, М.І. Горлачов, В.І. Ляховський,
О.А. Крижановський, О.А. Шкурупій, Т.Г. Діхтенко,
Р.О. Ходатенко, В.І. Подлесний**

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ШЛУНКОВО-КИШКОВИХ КРОВОТЕЧ ВИРАЗКОВОГО ГЕНЕЗУ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. Кровотечі є небезпечним ускладненням виразкової хвороби, бо загрожують життю хворого. За спостереженнями Шалімова О.О. та Саєнко В.Ф. (1987), це ускладнення спостерігається у 15-20% хворих на виразкову хворобу. Серед всіх випадків гострих ШКК кровотечі виразкової природи складають 55-85% (Зайцев В.Т. та співавт., 1989). За даними Савелева В.С. і співавт. (1986), смертність у групі хворих з інтенсивною кровотечею складає 10-50%. Після операції з приводу кровотечі смертність теж залишається високою і сягає 5-15%, а серед осіб похилого віку – 25-30% .

Методи. З 1995 по 2000 р. в клініці госпітальної хірургії лікувались 943 хворих на шлунково-кишкову кровотечу. У 645 (68,3%) осіб причиною кровотечі була виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки. Вік хворих – 16-91 рік, чоловіків – 458 (71%), жінок – 187 (28,99%). У 20,3% осіб виразкова хвороба перебігала без симптомів, 163 (25,2%) в минулому лікувалися з приводу гастриту. Хворіли на виразкову хворобу 337 (52,2%) осіб.

Результати. Вибір методу лікування кожного хворого визначався такими факторами: ступенем анемії, джерелом кровотечі, характером місцевого гемостазу у виразці, тривалістю кровотечі, віком хворого, супутньою пато-

логією і ін. У роботі дотримувалися триступеневої класифікації післягеморагічної анемії, зручної в практичній роботі. На основі клінічних проявів, спостереження за хворими та даних лабораторних обстежень при госпіталізації анемія I ст. була у 279 (43,26%), II ступеня – у 247 (38,3%), III ст. – у 119 (18,45%) осіб. Необхідну інформацію про джерело кровотечі при госпіталізації хворих отримували при виконанні ФГДС. Змушені були утриматись від цього обстеження у 37 осіб. 14 хворих оперували терміново, без використання ФГДС, через прогресивне погіршення стану здоров'я, зумовлене кровотечею, що тривала.

Джерела кровотечі при ФГДС під час госпіталізації не знайдено у 43 (7%) хворих. Шляхом ФГДС та рентгенологічного дослідження встановлено, що виразка локалізувалася на задній стінці ДПК у 147 (32,2%), задньо-боковій – 221 (48,5%), на передній стінці – у 87 (9,1%). Із 142 хворих у 132 (92,2%) виразка шлунка знаходилася на малій кривизні. Виразку шлунка та ДПК знайдено у 48 осіб.

Стійкий місцевий гемостаз: похилі краї виразки, наявність складок слизової оболонки навколо виразки, нашарування фібрину, темний кров'яний згорткок у виразці – знайдено у 129 осіб (22,83%). Нестійкий місцевий гемостаз: глибока виразка з ущільненими краями, відсутність складок слизової оболонки навколо, червоний кров'яний згорткок у виразці відмічено у 242 (42,83%), наявність судини до 1-2 мм в діаметрі, прикритої таким же згортком – у 47 осіб. Підтікання крові з виразки при обстеженні відмічено у 147 (26%) госпіталізованих.

Найважливішим негативним наслідком кровотечі варто вважати зменшення ОЦК та розвиток гіповолемії. За таких умов інфузійно-трансфузійна терапія є головною в лікуванні гострої крововтрати. Необхідно підтримувати ОЦК на рівні вище критичного та не допустити зупинки “порожнього” серця.

При зупиненій кровотечі, стійкому місцевому гемостазі, анемії I ст. кров не переливали. Призначали гемостатики, переливали колоїди та кристалоїди у співвідношенні 1:1. Загальний об'єм інфузії не перевищував 160-170 % від втраченої крові. При нестійкому гемостазі у виразці і загрозі рецидиву кровотечі згадану вище терапію доповнювали переливанням 300,0 мл одноступінної свіжо-консервованої крові. При анемії II-III ст. загальний об'єм інфузійно-трансфузійної терапії складав відповідно 250-300 % крововтрати. Втрачену кров компенсували свіжоконсервованою в об'ємі 50-70% від втраченої. Колоїди та кристалоїди переливали у співвідношенні відповідно 1:2 і 1:3. Хворим з ознаками геморагічного шоку після внутрішньовенного переливання 1,8-2,0 літра рідини та стабілізації артеріального тиску вводили 200,0 реополіглокіну, 200,0 4% розчину соди. Усім хворим відразу ж назначали противиразкове лікування.

Наповнення кровоносного русла контролювали шляхом визначення ЦВТ та погодинного діурезу. Слідкували, щоб ЦВТ не перевищував 80 мм вод. ст., а погодинний діурез був не менше 40-50 мл. Ефективність гемостатичної терапії оцінювали через 5-6 годин від її початку на основі лабораторних

даних та повторної ФГДС. Консервативна терапія привела до зупинки кровотечі у 64 (43,54%) із 147 хворих, у яких під час госпіталізації кровотеча тривала. Решті 83 особам визначили показання до операції.

Після інтенсивної терапії до 3-х діб від госпіталізації оперували 49 хворих з нестійким місцевим гемостазом і загрозою відновлення кровотечі, 36 хворих з приводу рецидиву кровотечі, що настав через 1-2 доби після госпіталізації. Таким чином, в перші 3 доби оперували 182 (28%) хворих. Виконали гастротомію, прошивання кровоточивої виразки – 9; висічення виразки, пілоропластику, СТВ – 14; екстериторизацію виразки, прошивання кровоточивих судин, селективну ваготомію – 76; висічення виразки, пілоропластику, СПВ – 34; резекцію шлунка – 49 хворим. Планово оперовані 84 (13%) хворих. У 61 (9,46%) виявлені протипоказання до планової операції. Вони переведені до гастроентерологічного відділення для продовження противиразкового лікування. Утрималися від оперативного втручання з різних причин 187 (28,99%) хворих. Померли після термінових оперативних втручань 18 (9,8%) осіб.

Висновки. 1. Серед 943 хворих на шлунково-кишкові кровотечу, що лікувались в клініці за 1995-2000 рр., причиною кровотечі у 645 (68,3%) була виразкова хвороба. 2. В лікуванні хворих дотримувалися індивідуально-раціональної тактики. 3. В перші 3 доби від госпіталізації – на висоті кровотечі – оперували 182 (28%) хворих.

УДК 616.33/342-002.45-073.1

**С.М. Антонюк, В.Б. Ахрамеєв, П.Ф. Головня, Н.В. Свиридов,
И.Б. Андриєнко, А.Б. Чуков**

НАШОПЫТЛЕЧЕНИЯПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХЯЗВ

Донецкий государственный медицинский университет

Проблема хирургического лечения прободных гастродуоденальных язв до настоящего времени не утратила своей актуальности.

В клинике за последние 5 лет находилось на лечении 311 больных с перфоративной гастродуоденальной язвой. Мужчин было 289, женщин – 22.

Дуоденальные язвы диагностированы у 218 больных, желудочные – у 93.

Из 218 больных с перфоративными дуоденальными язвами все оперированы. В 40 случаях выполнено ушивание перфоративного отверстия, в 219 случаях – иссечение язвы с пилоропластикой и двусторонней стволовой ваготомией, в 21 случаях – иссечение язвы, в 24 случаях – первичная резекция желудка, в 4 случаях – пломбировка перфоративного отверстия.

Исходя из современных представлений, опыта многих хирургов и собственных наблюдений, мы считаем, что основным видом оперативного посо-

бия при перфоративных язвах 12-перстной кишки должна быть операция, включающая в себя один из видов ваготомии, иссечение язвы с пилоропластикой или без нее. Мы отдаем предпочтение стволовой ваготомии с иссечением язвы и пилоропластикой.

Простое ушивание язвы выполнялось у больных со сроком прободения свыше 6 часов. В 21 случаях мы были вынуждены прибегнуть иссечению каллезного вала вокруг перфоративного отверстия ввиду невозможности ушивания без грубой деформации луковицы 12-перстной кишки и резкого сужения ее просвета. Четверым больным мы выполнили пломбировку перфоративного отверстия: одному – прядью сальника по Опелю-Поликарпову, троим – по разработанной нами методике (удостоверение на рационализаторское предложение № 921, выданное Донецким медицинским университетом 20.01.94г.). Суть методики заключается в формировании «хоботка» из передней стенки желудка и погружении его в перфоративное отверстие. Преимуществом предлагаемой методики является медленное лизирование покрытого серой «хоботка» под действием пищеварительных соков, сшивание однородных тканей, отсутствие осложнений в результате реканализации самого «хоботка».

Осложнения в послеоперационном периоде наблюдались у 14 больных (6,3%): несостоятельность швов перфоративного отверстия – 3, стеноз начального отдела 12-перстной кишки – 1, ранняя спечная кишечная непроходимость – 3, пневмония – 2, нагноение раны – 5.

При перфоративных язвах желудка ушивание выполнено в 24 случаях, иссечение язвы, пилороластика по Гейнеке-Микуличу, двусторонняя стволовая ваготомия – 31, пилороластика без ваготомии – 8, клиновидная резекция желудка – 7, первичная резекция желудка – 18, пломбировка перфоративного отверстия – 5 (по методике клиники) – 3, по Опелю-Поликарпову – 2.

Первичную резекцию выполняли при больших каллезных язвах не позднее 6 часов от момента перфорации: при более поздних перфорациях, а также у больных пожилого и старческого возраста, с выраженной сопутствующей патологией – клиновидную резекцию желудка.

Таким образом, при перфоративных язвах, локализующихся вне пилорического отдела желудка, мы не применяем простого ушивания перфорационного отверстия.

Осложнения зарегистрированы у 11 больных: несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки – 2, несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза – 1, кровотечение из линии шва малой кривизны культи желудка – 1, несостоятельность швов перфорационного отверстия – 1, двусторонняя пневмония – 1, тромбэмболия легочной артерии – 1, нагноение раны – 4.

После операции по поводу перфоративных гастродуоденальных язв умерло 9 больных, послеоперационная летальность – 2,8%.

Таким образом, соблюдение изложенной тактики позволяет добиться, по нашему мнению, неплохих результатов в лечении перфоративных гастродуоденальных язв, что тем более важно в современных социально-экономиче-

ческих условиях и связанных с ними сложнейших проблем медицины вообще и хирургии в частности.

УДК 616.33-002.44-089+616.342.002.44-089

**О.К. Бабалич, В.П. Фесенко, О.Б. Гоманченко,
О.Г. Бутирський, О.І. Федотов, В.О. Тунік, Халед Хассуне**

ШЛУНКОВО-ДУОДЕНАЛЬНІ ВИРАЗКИ, УСКЛАДЕНІ КРОВОТЕЧЕЮ

Кримський медичний університет

В останні роки широке використання сучасних противиразкових препаратів (блокаторів протонної помпи, H_2 -гістамінових рецепторів, специфічних антибіотиків, що викликають ерадикацію *Helicobacter pylori* тощо) сприяло зменшенню числа планових операцій з приводу виразкової хвороби (А.А.Шептулин, 1995; В.М.Демидов з співавт., 1996; В.Ф.Саєнко з співавт., 1998). Однак первинна захворюваність пацієнтів залишається на високому рівні і навіть збільшується (А.К.Бабалич, 1998; А.Е.Чикин з співавт., 1999). При цьому на фоні погіршення диспансеризації і лікування через соціально-економічні проблеми у значної частини населення зростає число ускладнень, в тому числі кровотеч, що супроводжуються високою післяопераційною летальністю (А.А.Грінберг з співавт., 1995; Ю.М.Панцирев з співавт., 2000). Вона пов'язана, крім інших факторів, з тактикою і способом виконаних втручань, що і було приводом для виконання даної роботи.

У клініці загальної хірургії знаходилося на лікуванні 567 хворих з шлунково-кишковою кровотечею. Виразка дванадцятипалої кишки була у 356 (62,8%) осіб, шлунка – у 199 (35,1%) і подвійна локалізація – у 12 (2,1%). Вік хворих коливався від 17 до 60 років. Чоловіки складали 78,3% (444 осіб), жінки – 21,7% (123 осіб). Терміни надходження в стаціонар від початку кровотечі були від 2 до 24 годин у більшості пацієнтів (467; 82,4%), від 1 до 5 днів – у 93 (16,4%) і у 7 осіб (1,2%) більше 5 днів.

Діагноз верифікувався на основі анамнестичних, клінічних, лабораторних і інструментальних даних. Виконувалося ендоскопічне дослідження. За станом гемостазу хворі розподілені на 3 групи. До першої групи віднесені особи з кровотечею, що продовжується. Ці хворі оперовані екстрено, на висоті кровотечі, з застосуванням переливання крові, гемодинамічних препаратів, гемостатиків. Вказані дії починали в прийомному покої. У пацієнтів з різким порушенням гемодинаміки виконувалася так звана “операція відчаю”, яка вимагала скорочення часу і обсягу втручання. Другу групу склали хворі з нестабільним гемостазом, при якому ендоскопічна картина була представлена свіжим тромбом в судині, згустками крові в шлунку, зниженням ОЦК

до 30% і більше. Проводилася компенсація втраченої крові, стабілізація гемодинаміки, гемостатична терапія і противиразкове лікування.

Контроль гемостазу проводився шляхом введення у шлунок постійного зонду і повторним ендоскопічним дослідженням. Після покращання стану хворі оперовані через 12 – 48 годин. Інші особи, зі стабільним гемостазом віднесені до третьої групи. Вони оперовані у відстрочений період, в плановому порядку, або лікувалися консервативно. Однак необхідно пам'ятати, що і у цих хворих інколи можуть виникати рецидиви кровотечі. Всього оперовано 162 хворих (28,6%). У перші 6 годин після надходження на висоті кровотечі прооперовано 87 пацієнтів, із яких померло 10 (11,5%), через 6–24 години оперовано 22 чоловіка з летальністю 4 особи (18,2%) і через 24–48 годин – 17, із яких померло 5 (29,4%). Тут прослідковується тенденція: при активній тактиці летальність хворих нижча, ніж при збільшенні передопераційного періоду. Затримка операції і вичікувальна тактика була пов'язана з відмовою хворих і їх родичів від операції і тяжкою супутньою патологією. При зупиненій кровотечі, приблизно через 2 тижні прооперовані 29 хворих, з летальним наслідком в одному випадку (3,4%). Інші особи прооперовані у плановому порядку без летальних наслідків.

Усього померло після операцій з приводу гастродуоденальної кровотечі 22 особи (13,5%). Результати оперативного втручання залежали і від засобу втручання. Резекція шлунка виконувалася, в основному, у минулі роки і, якщо спосіб БІ супроводжувався невеликою летальністю (із 20 осіб помер один -5,0%), то після резекції за способом БП померло 5 хворих із 38 (13,1%). Резекція антрального відділу шлунка з виразкою і стовбуровою (СТВ) чи селективною (СВ) ваготомією виконана у 5 обстежених. Помер один пацієнт (20,0%). Летальність найчастіше була пов'язана з недостатністю культу дванадцятипалої кишки. Виконання резекції у старречому віці, з супутніми захворюваннями і при масивній втраті крові супроводжується значним ризиком. Тому ми намагаємося ширше використовувати ваготомію з дренажною операцією. Але у хворих з ваготомією і зашиванням виразки летальність досягає 15,1% (5 із 33), і одним із її факторів є рецидив кровотечі у 2 обстежених. Через це ми намагаємося висікати виразку, що приносить кращий результат. Летальність становила 8,7% (4 із 46). У померлих осіб цієї групи бул панкреонекроз (1) і гостра серцево-судинна недостатність (3). СПВ виконана після загоювання виразки у 3 пацієнтів. Однак під час операції “відчаю” на висоті кровотечі через масивну втрату крові і порушення гемодинаміки, у осіб похилого і старечного віку з тяжкою серцево-судинною патологією не завжди можна виконати радикальну операцію. У 16 осіб проведено прошивання виразки без ваготомії. Летальність у цій групі була найбільш високою. Померло 5 чоловік (31,2%). У одного хворого під час операції “відчаю” була виконана тільки лапаротомія, після чого настала зупинка серця. Серед неоперованих 405 хворих померло 16 (3,9%). Причина летального наслідку у 2 пов'язана з діагностичною помилкою, коли кро-

вотеча не була розпізнана у відділенні нехірургічного профілю; у 3 при поступленні був агональний стан; у 11 – смерть зумовлена вкрай тяжким станом, віком (80–90 років) з тяжкою супутньою патологією, відмовою від оперативного лікування. Такий стан обумовлений пізнім зверненням за меддопомогою і нерідко матеріальним становищем хворого.

Таким чином, виразкові гастродуоденальні кровотечі є однією із найактуальніших проблем хірургії. Для покращення результатів їх лікування необхідне повноцінне диспансерне спостереження і сучасна консервативна терапія, своєчасна госпіталізація і активна хірургічна тактика. Багато бажано виконувати органозберігаючі операції з висіченням виразки.

УДК 616.33 – 002.44 – 06:616. 342 – 002.44] – 059

**Р. Й. Васишин, Г.Г. Кабак, В.П. Ужва, І.В. Ющенко,
Я.С. Березницький, О.Є. Сірий, В.В. Белокуров, В.В. Різник**

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ВИРАЗК ШЛУНКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Дніпропетровська державна медична академія

Світові досягнення останніх років в вивченні етіопатогенетичних механізмів виникнення виразкової хвороби шлунку та дванадцятипалої кишки призвели до розробки нових лікарських препаратів, що дозволило значно поліпшити якість медикаментозного лікування і значно скоротити покази до планового хірургічного оздоровлення хворих (Рис Е.С., Звартазу Е.Е., 1998; Ткаченко Е.М., 1999). Але в той же час зростає кількість ускладнених форм виразкової хвороби, нерідко з незадовільними результатами хірургічного лікування (А.А. Грінберг, 2000; Ю.М. Панцирев, 1996).

Нами проаналізована динаміка показників хірургічного лікування виразкової хвороби за 15 років (1986 – 2000) в умовах міської клінічної лікарні. За вказаний період прооперовано 2271 хворий, із яких, в плановому порядку оперовано 1069, а 1202 пацієнтам хірургічну допомогу виконували в зв'язку з перфоративною виразкою шлунку та дванадцятипалої кишки. Тобто співвідношення невідкладних оперативних втручань до планових склало 1,1 : 1,0.

При аналізі динаміки змін встановлено, що кількість планових втручань послідовно зменшувалась із року в рік. Якщо в 1986 – 1991 р.р. виконували по 85 – 100 планових операцій на рік, то з 1996 року відмічено прогресивне зменшення їх кількості до 29 в 1996 році і далі послідовно по роках 16, 8, 16 операцій на рік. Тобто, кількість планових втручань за останні 10 років зменшилась в 5 – 6 разів. В той же час кількість втручань при перфоративній виразці мала протилежну направленість. Якщо в 1986 році виконувалось 29 операцій, то всі наступні роки цей показник незмінно наростає, склав-

ши після 1996 року більше 100 операцій на рік, а в 2000 році – 130 операцій. Тобто, кількість оперативних втручань за аналізований період виросла в 6 разів, а співвідношення кількості втручань при перфоративній виразці до планових операцій склала 8 : 1. Це дуже негативний показник в зв'язку з деякими факторами.

По – перше: післяопераційна летальність при невідкладних втручаннях в 3 – 4 рази вища, ніж при плановій хірургічній допомозі, а серед пацієнтів, що поступили пізніше 24 годин з моменту перфорації, летальність складає до 50%.

По – друге: при виконанні невідкладних операцій хірург має за мету зберегти життя хворому, а не покращення якості хірургічної допомоги. Крім того, проведення хірургічного втручання на фоні перитоніту призводить до появи вторинних ускладнень, що значно погіршує якість лікування. В більшості випадків (61%) доводилось виконувати паліативні втручання, що не ліквідують основні етіопатогенетичні фактори виразкоутворення.

По – третє: проведення хірургічних втручань з невідкладних показів в цих умовах потребують значно більших фінансових витрат, ніж планове хірургічне оздоровлення хворих.

Ми намагались проаналізувати, які причини призвели до такої динаміки в показниках лікування виразкової хвороби.

Безумовно, успіхи медикаментозної терапії незаперечні, але переносити досвід західних економічно-розвинутих країн в наші умови в повному обсязі є невірним і соціально не виправданим. Чому ми прийшли до цих висновків.

Скрутна соціально-економічна ситуація в країні, з зміною умов праці, якості життєвого рівня призводять до хронічного стресу населення. Важливим фактором, що впливає на якість лікування є недостатній фінансовий стан хворих та скрутне фінансове забезпечення лікувальних закладів.

Крім того, пропагування відмов від планового оперативного оздоровлення хворих, проведення хірургічних втручань тільки по абсолютним показанням, як це робиться в країнах з розвинутою економікою, ми, фактично, відмовляємо нашим пацієнтам в якісній медичній допомозі. До того ж одержати повноцінну комплексну медикаментозну терапію основна маса хворих не має можливості. Від планового хірургічного оздоровлення нам рекомендують відмовлятися, а невідкладна допомога не забезпечена в необхідному обсязі через фінансові негаразди.

Ми впевнені, що покращення життя населення, втілення методів економічного регулювання діяльності лікувальних закладів, підвищення загальної та санітарної культури населення, обізнаність лікарів загальної мережі в сучасних методах лікування дозволять послідовно досягти більш ефективного лікування виразкової хвороби. Але на сьогоднішньому етапі відмова від планового хірургічного оздоровлення хворих, є порушенням прав хворих на своєчасну кваліфіковану медичну допомогу.

Наш клінічний досвід більше як 5000 планових хірургічних втручань з приводу виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки дозволяє зробити наступні підсумки.

При виразковій хворобі шлунка операцією вибору повинна стати резекція шлунка по Б-І або надворотарева резекція. Планове хірургічне втручання можна рекомендувати хворим при неефективності медикаментозного лікування на протязі двох місяців, при рецидивуючому перебігу захворювання більше двох разів на рік, або метапластичних змінах слизової оболонки навколо виразки.

При дуоденальній локалізації виразки період консервативного лікування може бути більш тривалим, але часті рецидиви при проведенні лікування в повному обсязі, наявність ускладнень виразкової хвороби в анамнезі кровотеча або перфорація і рецидивуюче протікання після проведення комплексного лікування, а також стенозуючі виразки підлягають хірургічному лікуванню.

УДК 61636-004-06616329/33-005 1]-092-08

**С.Л. Рачкевич, В.В. Михайлович, І.Ю. Палфій,
А.А. Гураєвський, Я.З. Патер, Я.А. Король**

СТРАВОХІДНО-ШЛУНКОВА КРОВОТЕЧА ПРИ ЦИРОЗІ ПЕЧІНКИ: ПРИЧИН И ВИНИКНЕННЯ ТА МЕТОДИ ЗУПИНКИ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Стравохідно-шлункова кровотеча (СШК) – важке і небезпечне ускладнення цирозу печінки (ЦП), для якого характерні схильність до рецидивів, прогресування печінкової недостатності з переходом у печінкову кому.

Проаналізовано 343 спостережень кровотеч у хворих на ЦП, які перебували в центрі лікування ШКК. Серед причин кровотеч ЦП займає за своєю частотою третє місце (7,5 %) після виразкової хвороби і гострих ерозивно-виразкових езофагогастродуоденальних уражень. Більшість пацієнтів – чоловіки (69,4%), середній вік – (54,6±0,8) років. Діагноз ЦП було встановлено раніше (3,7±0,3) років назад) у 56,0% хворих, тільки 40,0% лікувалися стаціонарно з патологією печінки, 12 перенесли операції з приводу ускладнень ЦП.

Екстрене ендоскопічне дослідження виявило варикозно розширені вени стравоходу та кардіального відділу шлунка у 68,8% обстежених. Порушення цілості венозної стінки як причину кровотечі знайдено лише у 2,8% хворих. Таким чином, основним джерелом геморагії були гострі ерозивно-виразкові ураження – стравоходу (16,6% усіх хворих), шлунка (29,6%), дванадцятипалої кишки (3,2%) або їх поєднання (7,4%), часто на фоні застійної гастропатії (27,9%). У 13,5% пацієнтів діагностовано шлункову або дуоденальну хронічну виразку у співвідношенні 1:1, тоді як серед усіх пацієнтів центру лікування ШКК таке співвідношення було 1:3,5.

Основним завданням у лікуванні хворих на ЦП, ускладнений СШК, є зупинка кровотечі – безпосередньої загрози для життя хворого. За останні

десятиліття відзначається тенденція до застосування малоінвазивних рентгено-ендоваскулярних (емболізація судин, TIPS) [1, 2] та ендоскопічних (склерозація вен, накладання кліпс) [3, 4] методів гемостазу. Згідно з нашими спостереженнями, основним джерелом кровотечі є ерозії і гострі виразки, які підлягають консервативному лікуванню [5, 6], в генезі циротичних геморагій велику роль відіграють порушення згортання крові [7, 8, 9, 10].

Оптимальною тактикою у переважній більшості хворих на ЦП, ускладнений СШК, є її консервативна зупинка. Опрацьовані і застосовані в клініці стандарти консервативної зупинки циротичних кровотеч включають промивання шлунка через назогастральний зонд або ендоскоп, при тривалій кровотечі – ендоскопічну її зупинку; інтенсивну гемостатичну терапію та корекцію гемостазіологічних розладів; зниження портального тиску, корекцію гіповолемії і анемії, застосування гепатопротекторів, профілактику або лікування печінкової недостатності. Незважаючи на необхідність використання вказаного лікувального комплексу у всіх хворих, застосовувалася диференційована терапія з акцентом на особливо уражені патогенетичні ланки. Особливе значення надавалося лікуванню і профілактиці ерозій та виразок слизової шлунково-кишкового тракту. При тривалій кровотечі з вен стравоходу виконувались їх ендоскопічна перев'язка (накладання гумового кільця або металевої кліпси на кровоточивий варикозний вузол), склерозуюча терапія, що, як правило, зупиняло кровотечу. Неefективність консервативної терапії і ендоскопічних заходів для зупинки геморагії або її ранній рецидив вимагали екстреного оперативного втручання у 20 хворих. Більшість ургентних операцій доповнювалися електрокоагуляцією поверхні печінки і гепатооментофренопексією.

Застосування альтернативної консервативної терапії з диференційованою корекцією розладів системи гемостазу призвело до зниження частоти рецидивів кровотечі серед причин смерті хворих на ЦП, ускладнений СШК, з 42,6% до 28,3%. Однак загальна летальність істотно не зменшилася і склала відповідно 51,7% і 45,3% ($p < 0,05$). Померло 163 хворих (47,5%), з них 18,4% на протязі перших 24 год перебування в клініці. Основними причинами смерті були печінкова кома (63,8%), рецидив кровотечі на фоні гепатаргії (32,7%), рідше – геморагічний шок (3,5%).

Література:

- 1 Прокубовский В И , Черкасов В А, Капранов С А Эндоваскулярный катетерный гемостаз при кровотечениях в пищеварительный тракт // Хирургия – 1988 – №2 – С 24-28
- 2 Mingoli A , Modini C , Salvaton F et al femergency transjugular mtrahepatic portosystemic shunt in patients with active vanceal bleeding and hepatocarcinoma // Italian J Uf (iastroenterol -1995-Vol27,N6-P309-312
- 3 Результаты эндоскопической склеротерапии варикозно-расширенных вен пищевода у больных с декомпенсированным циррозом печени / Н Я Калита, К И Буланов, А Н Бурый, О Н Бгорова // Клінічна хірургія – 1995 – №3 – С 9-11

4 Paquet K J, Kalk J F, Klein C P, Gad H A Prophylactic sclerotherapy for esophageal varices in high-risk cirrhotic patients selected by endoscopic and hemodynamic criteria: a randomized, single-center controlled trial // Endoscopy -1994 - Vol 26, JN9 - P 734-740

5 Лечение эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта при декомпенсированных циррозах печени / Логинов А С, Блок Ю Б, Васильев Ю В и др // Советская медицина - 1989 -N1 I - С 82-83

6 Sardmi C, Ventura P, Abbati G L et al Roxatidine in the treatment of gastroduodenal mucosal lesions in hepatic cirrhosis // Recenti Progressi in Medicina -1994 - Vol 85, Nil - P 517-520

7 Mammen E B Coagulopathies of liver disease // Clin In Labor Medic - 1994 - Vol 14, N4 -P 769-780

8 Violi I, Ferro K, Basili S et al Prognostic value of clotting and fibrinolytic systems in a follow-up of 165 liver cirrhotic patients // Hepatology - 1995 - Vol 22, N 1 - P 96-100

9 Фільц О В, Кінах М В, Михайлович В В Порушення системи гемостазу та джерела геморагії у хворих на цироз печінки, ускладнений стравохідно-шлунковою кровотечею // Acta Medica Leopoliensia - 1996 - 1 11, N 3-4 - С 47-52

10 Кінах МВ, Михайлович В В Стан системи гемостазу у хворих на цироз печінки, ускладнений стравохідно-шлунковою кровотечею, за результатами автокоагуляційного тесту // Лабораторна діагностика -1997 - N 1 - С 26-29

УДК 61636-004-06616329/33-005 1]-092-08

**Н.Н. Волобуев, В.А. Шаповалов, Миах Мд. Мафизур Рахмаи,
Н.В. Воронов, Н.И. Воровский, М.А. Джафар, С.М. Кириенко,
А.В. Косенко, В.Н. Филипенко, Ю.Б. Шупта**

ВАГОТОМИЯ ВХИРУРГИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь*

Язвенная болезнь, осложненная перфорацией, встречается в 5 – 20% случаев, при летальности 5 – 7% (3,6% в Украине). Необходимо отметить, что заживление язв после их простого ушивания наступает лишь у 15-20% больных, а рецидивирует язва у 80-85% больных. Следовательно, проблема выбора оптимальной тактики лечения перфоративных язв, как в острый период, так и при их рецидиве остается актуальной до настоящего времени.

В настоящем сообщении нами рассмотрены два аспекта проблемы: возможность и целесообразность применения ваготомии с выбором ее оптимального варианта в остром периоде заболевания и при рецидиве ранее оперированных перфоративных пилородуоденальных язв (ППДЯ).

Мы располагаем опытом лечения 342 больных с ППДЯ, подвергнутых рандомизированному контролируемому исследованию, 236 больных с реци-

дивом язвы в различные сроки после ее ушивания и 839 случаев рецидива язвы по данным литературных источников, представленных для мета анализа.

Общее количество больных для рандомизации составило 270 человек: средний возраст – 34 года. Критерием оценки явился прогрессирующий перитонит в раннем послеоперационном периоде. При выполнении стволовой ваготомии и пилоропластики (СтВ и ПП) реже, чем при простом ушивании язвы отмечали прогрессирование перитонита в период до 6 часов от момента перфорации – соответственно в 2,4% и 8,8% наблюдений. Снижение относительного риска (СОР) составило 72,7%, что соответствует клинически значимому эффекту. Величина снижения абсолютного риска (САР) равна 0,05 (5%). Число пациентов, которым показано лечение для предотвращения одного неблагоприятного исхода (NNT) составило 20. Отмечены существенные различия между относительной частотой появления события: для $P = 0,957$, $p = 0,04$ (4%). При оценке тетрахорического показателя связи установлено, что величине $L^2 = 4,64$ при числе степеней свободы $p = 1$, соответствует вероятность $P < 0,05$. Следовательно, связь между выполнением СтВ и ПП и отсутствием прогрессирования перитонита при достаточно стандартном послеоперационном лечении достоверна. При осуществлении СтВ и ПП реже, чем при ушивании язвы в сроки 7-24 часа от начала заболевания отмечено прогрессирование перитонита – соответственно в 6,2% и 45% наблюдений. Относительный риск (ОР) равен 0,1, что соответствует снижению риска прогрессирования перитонита у больных после выполнения СтВ и ПП, показатель СОР равен 86,2%, что также соответствует клинически значимому эффекту. Величина САР составила 0,5 (50%). Число пациентов, которым показано лечение для предотвращения одного неблагоприятного исхода – 2. Эффективность применения СтВ и ПП в сроки 7-24 часа от начала заболевания в 10 раз выше, чем в период до 6 часов. Отмечены существенные различия между относительной частотой появления события: для $t = 2,98$ при $p = 34$ $P < 0,01$ (1%). При оценке тетрахорического показателя связи выявлено, что величине $X^2 = 6,66$ при числе степеней свободы $p = 1$, соответствует вероятность $P < 0,01$. Следовательно, связь между СтВ и ПП и отсутствием прогрессирования перитонита также достоверна. После ушивания язвы умерло 7 больных, после СтВ и ПП все пациенты живы. Из 4-х больных с прогрессирующим перитонитом, которым была выполнена СтВ и ПП ни у одного не отмечено развитие инфекционно-токсического шока.

Для мета анализа отдаленных результатов СтВ и селективной проксимальной ваготомии (СПВ) с ПП общее количество больных составило 839 человек. СтВ и ПП выполнена 428 больным, а СПВ с иссечением язвы и ПП – 411 больным. Рецидив язвы после СтВ и ПП отмечен в 7,9% случаев, а после СПВ с иссечением язвы и ПП – в 9% случаев. Необходимо было выяснить, действительно ли СтВ и ПП более эффективна для предотвращения рецидива язвы в сроки от 1 года до 9 лет, чем СПВ с иссечением язвы и ПП. ОР равен 1 при 95% доверительном интервале (ДИ) 0,5 – 1,5. СОР – 26% при ДИ 14

– 39 %, а САР – 2% при ДИ 1 – 2,5%. Число нуждавшихся в операции для предотвращения одного неблагоприятного исхода (NNT) составило 62 при ДИ 24 – 100. Отношение шансов – 1. Между относительной частотой появления события различия незначительны: для $P = 0,653$, $p = 0,3$ (30%). При оценке тетраэрического показателя связи установлено, что величине $\chi^2 = 0,858$ при числе степеней свободы $n = i$ соответствует вероятность $P = 0,05$.

СПВ и ПП, как повторная операция после ушивания перфорации была применена у 223 (89,2%) больных, СтВ и ПП выполнена у 18 (7,2%) больных, а резекционные методики использованы в 301 случае. Ранние постваготомные осложнения потребовали релапаротомии у 2,8% оперированных, а после резекции – 8% ($P < 0,05$). Отличные и хорошие результаты (по Visik) после ваготомии констатированы у 80–88% оперированных и только у 60–65% – после резекции желудка.

Таким образом, после выполнения СтВ и ПП прогрессирование перитонита в раннем послеоперационном периоде у больных, оперированных в сроки до 24 ч от начала заболевания, возникает реже, чем после ушивания язвы. Для предотвращения рецидива язвы при ППДЯ СтВ и ПП по сравнению с СПВ преимуществ не имеет. Тем не менее, в выборе оперативного вмешательства следует отдавать предпочтение, по нашему мнению, СтВ и ПП, а не СПВ, поскольку СтВ более чем другие оперативные вмешательства отвечает требованиям urgentной хирургии ППДЯ и статистически достоверно снижает риск развития послеоперационного прогрессирующего перитонита. Ваготомия у больных, ранее перенесших зашивание ППДЯ, обоснована патогенетически и может считаться методом выбора в условиях хирургических отделений, располагающих соответствующими силами и средствами.

УДК 616.33-089.48-083.3

И.И. Таранов

К ПРОБЛЕМЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ГИГАНТСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Ростовский государственный медицинский университет
г. Ростов-на-Дону, Россия*

Клиническая практика показывает, что кровотечения из гигантских гастродуоденальных язв довольно часто рецидивируют в период стационарного лечения больных. Хирургические вмешательства, выполненные на этом фоне, сопровождаются в 7–10 раз большим числом послеоперационных осложнений и летальностью, чем операции, проводимые после полноценной предоперационной подготовки. Поэтому проблема предупреждения рецидива кро-

вотечения в период предоперационного лечения является одной из актуальных в неотложной хирургии.

Под нашим наблюдением находилось 85 больных с гигантскими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, осложнившимися кровотечением. При этом у 37 чел. (43,5%) кровотечения возникли из пенетрирующих язв, у 16 лиц (18,8%) – при сочетании пенетрации язвы с пилородуоденальным стенозом, в 6 случаях (7,1%) – на фоне пилородуоденального стеноза. Все пациенты были разделены на 2 группы. При хирургическом лечении первой группы (40 чел.) применяли традиционную хирургическую тактику, у больных второй группы (35 чел.) – активную, сущность которой сводилась к расширению показаний к срочным хирургическим вмешательствам. Кроме того, у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями для предупреждения рецидива геморрагии из гигантских язв использовали внутривенные введения кваматела по 60 мг в сутки в течение 3-4 дней с последующим пероральным приемом по 40 мг в сутки до окончания стационарного лечения или до начала операции. Во второй группе показаниями к срочным операциям были: остановившееся кровотечение из пенетрирующих язв, остановившееся кровотечение из гигантской язвы при наличии других язв в желудке или двенадцатиперстной кишки, а также наличие каллезных стенок язвы и сохраняющийся выраженный болевой синдром.

Сравнение результатов лечения больных показало, что рецидив кровотечения из гигантской язвы у пациентов первой группы отмечен у 10 чел. (25,0%), во второй – у 4 чел. (11,4%). При этом у 2 больных рецидив геморрагии возник на фоне приема препарата кваматела. Во время экстренных операций выявлено, что у них имело место кровотечение из крупных сосудов дна каллезной язвы. Умерло в первой группе больных 4 пациента (12,5%), во второй – 2 чел. (5,8%).

Таким образом, для предупреждения рецидива кровотечения из гигантских гастродуоденальных язв следует расширять показания к срочным операциям. У лиц с тяжелыми сопутствующими заболеваниями с этой целью целесообразно применять препарат квамател. Однако в случаях кровотечения из крупных сосудов каллезных язв данный препарат малоэффективен.

И.В. Московченко, П.Н. Андриевский, А.Л. Дехтярь

ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТОВ

Одесский медицинский университет

Центр желудочно-кишечных кровотечений 11ГКБ

За последние 3 года нами разработаны и внедрены методы сочетанного эндоскопического и лапароскопического гемостаза при больших каллезных кровоточащих язвах желудка и ДПК. Эти методы использованы в 36 случаях у больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями. Из них язвы желудка были в 28 случаях, язва ДПК – в 8 случаях. Возраст пациентов колебался от 53 до 87 лет и составлял в среднем 70 ± 17 лет, мужчин было 26, женщин 10. По данным ургентной эндоскопии, активное кровотечение по классификации Forrest наблюдалось у 18 больных Forrest 1a, Forrest 1б у 18 больных. Язва желудка наблюдалась в 28 случаях. Из них язва кардии в 4 случаях, язва субкардии – в 9 случаях, язва тела желудка по малой кривизне – в 10 случаях, язва антрального отдела – в 5 случаях. Язва ДПК наблюдалась – в 8 случаях. Из них язва ДПК по передней стенке – у 5, язва ДПК по переднемедиальной стенке у 3. Диаметр язв желудка составлял от 1,5–2 см у 17 больных, 2,5–3 см – у 6 больных и 3–5 см – у 5 больных. Диаметр язв ДПК составлял 0,8–1 см – у 5 больных, 1–1,5 см – у 3 больных. Практически все больные имели различные виды тяжелой сопутствующей патологии и ее сочетание. При эндоскопическом исследовании всем больным проводился эндоскопический гемостаз кровоточащих сосудов. Однако, учитывая, что эндоскопический гемостаз оказался у 10 больных неэффективным, а у остальных больных был временным, использовали дополнительно лапароскопические методы прошивания язв. У 12 больных производили лапароскопические обшивания кровоточащих язв желудка и ДПК. Методика состояла в следующем: пациенту одновременно выполняли лапароскопию и эндоскопическое исследование желудка и ДПК. После обнаружения язвы при выполнении эндоскопии торец эндоскопа располагали непосредственно над язвой и освещали ее дно. Благодаря просвечиванию через стенку желудка и ДПК при выполнении лапароскопии посредством лапароскопа точно определяли проекцию язвенного дефекта со стороны брюшной полости. При этом можно визуализировать отходящий к язве аррозированный сосуд. После этого в брюшную полость вводили иглу с атравматичным шовным материалом достаточного большого диаметра Vicryl 1,0. С помощью иглодержателей под контролем лапароскопа и эндоскопа прошивали язву с кровоточащими сосудами. Узлы завязывали эстра либо интракорпорально. При локализации язв по большой

кривизне либо по задней стенке дополнительно осуществляли лапароскопическую мобилизацию желудочно-ободочной связки. У 12 больных использована оригинальная методика, заключающаяся в том, что была разработана специальная эндоскопическая игла, в которую вдевалась монофиламентная нить Vicryl 2,0, либо капрон 2,0. Сконструированная игла вводилась через биопсийный канал эндоскопа и под контролем зрения проводилась через стенку желудка либо ДПК в области язвы наружу. Под контролем лапароскопа производилось захватывание конца нити, вставленной в специальное ушко эндоскопической иглы. Конец нити выводился наружу. Затем иглой с лигатурой прокалывалась стенка желудка или ДПК в обратном направлении. Игла с нитью возвращалась в желудок. После этого повторно проводили прокалывание стенки желудка по противоположному краю язвы. Лапароскопическим зажимом захватывался второй конец нити. Этот конец отсекался от оставшейся части лигатуры, которая вместе с иглой возвращалась в желудок. Узлы завязывались интракорпорально. Подобная манипуляция повторялась для более надежного прошивания язв и лигирования кровотокающих сосудов. После этого эндоскоп и лапароскопические инструменты удалялись. Больному назначалась консервативное противоязвенная и гемостатическая терапия с эрадикацией геликобактерной инфекцией. Продолжительность эндоскопической операции составляла от 10 до 25 минут. Рецидивов кровотечения мы не наблюдали. Осложнений, связанных с прошиванием желудочной или дуоденальной стенки, таких как несостоятельность швов с перитонитом либо кровотечений мы не наблюдали. Летальных исходов не было. Сочетание эндоскопического и лапароскопического подхода и механического лигирования кровотокающего сосуда позволяет значительно уменьшить вероятность кровотечения и избежать лапаротомной операции на высоте кровотечения у больных с гастродуоденальными кровотечениями с тяжелой сопутствующей патологией.

УДК 616.33-089.48-083.3

Р.Р. Фаязов, А.Г. Хасанов, И.М. Уразбахтин

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ И ЭНДОСКОПИЧЕСКИ АССИСТИРОВАННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Башкирский государственный медицинский университет, г. Уфа, Россия

Несмотря на свою более чем вековую историю, проблема хирургического лечения перфоративных дуоденальных язв (ИДЯ) остается актуальной. Относительно большая частота, высокая летальность, а также значительное количество неудовлетворительных результатов, не имеющее тенденции к снижению, еще раз подчеркивает сложность проблемы для практического

здравоохранения. С широким внедрением Ц миниинвазивных хирургических технологий (МХТ) в тактику ведения данной категории больных появилась перспектива значительного улучшения результатов лечения.

Целью настоящего исследования явилось обоснование возможности применения МХТ и определения их эффективности в хирургическом лечении больных с ПДЯ.

Материал и методы. Клинический материал, обобщенный в работе, составили 187 больных с ПДЯ, которые были распределены на 2 группы. В первую группу (основную) включены 74 больных, перенесших операцию ушивания перфоративного отверстия ПО с применением МХТ. Из них, 23 больным выполнено лапароскопическое ушивание ПО с передней радиочастотной вагодеструкцией желудка и лапароскопическая санация брюшной полости. У 51 больного ушивание ПО выполнено через минилапаротомный доступ – т.н. эндоскопически ассистированные операции, с лапароскопической санацией брюшной полости. Во вторую (контрольную) группу включены 113 больных, которым хирургическое лечение произведено путем широкой лапаротомии. По возрасту, по полу, по локализациям, размерам ПО, а также по степени распространенности перитонита обе группы были репрезентативными.

Больным проводилось общеклинические методы исследования, обзорная рентгенография органов брюшной полости, ФЭГДС, диагностическая лапароскопия.

Как показывает наш опыт, не во всех ситуациях имеется возможность выполнения манипуляции из лапароскопического доступа. Данные ситуации возникают при локализации ПО по медиальной поверхности двенадцатиперстной кишки, при размерах ПО более 1 см в диаметре и выраженном периульцерозном процессе. В большинстве случаев из-за наличия пилоростеноза возникает необходимость выполнения пилоропластики и ваготомии желудка. В ряде случаев больные поступают с выраженными нарушениями функции органов сердечно-легочной системы и наложение продолжительного пневмоперитонеума у них вызывает побочные эффекты. В таких ситуациях, после диагностической лапароскопии и санации брюшной полости асептическим раствором, нами проводится манипуляции из мини-доступа (разрез длиной до 2-3 см), отступая на 2-3 см выше и правее пупка, что соответствует проекции ПО. Из мини-лапаротомного доступа имеется возможность как полноценного ушивания ПО, так и иссечения язвы с пилоропластикой.

Лапароскопическая ваготомия желудка при ПДЯ нами выполняется с использованием радиохирургического аппарата «Суржитрон» производства США. Как показали наши клинико-экспериментальные исследования, радиоволны имеют свойство избирательно-деструктивного воздействия на парасимпатические нервные волокна в диаметре до 2,0 см от точки воздействия волноводом. Использование радиоволн с целью проведения вагодеструкции желудка позволяет значительно сократить продолжительность операции, сохранить сосуды малой кривизны и мышечный каркас желудка.

Результаты исследования и их обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли у 5 (6,7%) больных, перенесших операцию с использованием лапароскопического ушивания ПО. В 2 случаях осложнения возникли в виде прорезывания швов, что устранено на 2 сутки через мини-лапаротомный разрез. В 2 случаях осложнения связаны с наложением пневмоперитонеума. У 1 больного в раннем послеоперационном периоде возникло кровотечение из прошитой язвы, произведено иссечение язвы из мини-лапаротомного доступа. Следует отметить, что при проведении манипуляции из мини-лапаротомного доступа случаев конверсии не наблюдалось. Среди явных преимуществ в течение послеоперационного периода следует отметить раннюю физическую активность больных, раннюю функциональную активность желудочно-кишечного тракта, маловыраженность болевого синдрома и пареза кишечника. В контрольной группе ранние послеоперационные осложнения возникли у 21 (18,6%) больного, в основном в виде нагноения операционных ран (11), эвентерации (4), ранней спаечной кишечной непроходимости (4), абсцессов брюшной полости (2), а также рецидива язвы (8), пилоростеноза (6), лигатурных свищей (4), вентральных грыж (6) в отдаленном послеоперационном периоде. Летального случая в основной группе не было, тогда как в контрольной группе умерло 4 больных, что составило 3,5% случаев.

Для оценки отдаленных клинических результатов нами использована классификация VIS1C, модифицированная Ю.М. Панцыревым и соавт. При анализе отдаленных результатов хирургического лечения отличные и хорошие результаты в основной группе получены у 15 больных, что составило 23,0% случаев, в контрольной группе данные показатели составили 17,5%. Удовлетворительные результаты констатированы в 48,0% случаев в основной группе, в 42,5% - в контрольной группе. Плохой результат наблюдался в 29,0% случаев в основной группе, в 40,0% в контрольной группе.

Выводы. 1. Эндоскопически ассистированные операции при ПДЯ по инвазивности не уступают лапароскопическому ушиванию ПО, а в случаях невозможности его выполнения и наличии противопоказания к нему является альтернативой конверсии. 2. Радиовагодеструкция желудка является оптимальным вариантом для проведения ваготомии лапароскопическим доступом, т.к. нет необходимости выполнения миотомии, отсутствуют кровотечения и задымленность операционного поля. 3. Использование МХТ в хирургическом лечении ПДЯ является весьма перспективным направлением и позволяет снизить на несколько порядков послеоперационные осложнения и летальность.

В.А. Карлюга, Ю.В. Грубник, В.А. Фоменко

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ОПЕРАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

*Одесский медицинский университет,
Центр желудочно-кишечных кровотечений ГКБ № 11*

С 1995г. нами проведены 48 операций у больных с перфоративными язвами двенадцатиперстной кишки. Из них у 32 больных произведено ушивание перфоративных язв в комплексе с последующей эрадикацией *Helicobacter pylori* и антацидной терапией. У 16 больных произведено лапароскопическое ушивание язв с различными видами ваготомии. Из 32 больных, которым произведено ушивание перфоративных язв, в 10 случаях производилось иссечение краев язвы с последующим ушиванием ее герметизацией линии швов сальником и фибриновым клеем, в 14 случаях произведена тампонада перфоративного отверстия прядью сальника с фиксацией его по окружности швами, в 8 случаях произведено ушивание перфоративной язвы 2 рядами серозно-мышечных швов. В 16 случаях операцию ушивания перфоративной язвы дополняли одним из видов ваготомии. В 12 случаях выполняли ваготомию по Taylor (задняя стволовая ваготомия с передней серомиотомией). В 4 случаях нами выполнена операция по Gomez-Ferrer – задняя стволовая ваготомия с резекцией малой кривизны эндостеплером GiA 30,60. В случае ушивания перфоративной язвы время операции составляло 45 ± 10 мин. В случае ушивания перфоративной язвы с ваготомией 60 ± 15 мин. Конверсия произведена нами в одном случае. Причиной конверсии послужил стеноз после ушивания перфоративной язвы, который потребовал перехода на лапаротомию с последующим иссечением язвы и пилородуоденопластикой. Применение лапароскопического ушивания перфоративных язв требует меньшего времени нахождения больных в стационаре. Сокращение срока пребывания в стационаре происходит на 2-3 дня. Значительно уменьшается количество гнойных осложнений со стороны операционных ран. Уменьшается количество послеоперационных вентральных грыж. Достигается значительный косметический эффект. Требуется меньше лекарственных препаратов за счет меньшей операционной травмы. Раньше восстанавливается перистальтика кишечника. Больные раньше начинают принимать пищу. Отмечается более быстрое восстановление и реабилитация больных. Ранние послеоперационные результаты показали, что при фиброгастроскопическом исследовании через три недели у всех больных произошло рубцевание язвы. Ранние отдаленные результаты показали, что через 1-5 лет в группе больных, перенесших ушивание перфоративных язв в сочетании с ваготомией снижение базальной секреции происходит на 60-65% максимальной сек-

рециди на 50-56%. При аналізі віддалених результатів свѣще 3-5 лет у обслѣдованих больних отмечались в 86% случаев хорошие и отличные результаты по шкале Visick. В 10% случаях результаты оценивались как удовлетворительные. Рецидив язвы наблюдался в 1 случае, что составляет 4%. Данная методика лечения требует дополнительного накопления материала для окончательных выводов. Однако, анализируя данные литературы и наши собственные данные следует отметить, что лапароскопическое ушивание язв – это перспективное направление в ургентной хирургии.

УДК.616.33+616.342]-002.44-06-089.15/.16-053.84

В. Д. Братусь, О. В. Карасова, С. М. Козлов, О. І. Лісов

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ГОСТРИХ УСКЛАДНЕНЬ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

Виразкова хвороба (ВХ) дванадцятипалої кишки (ДПК) і шлунка у осіб молодого віку складає значну частку захворювань шлунково-кишкового тракту [1,2,3]. При своєчасній діагностиці і раціональному використанні сучасних медикаментозних засобів у більшості пацієнтів настає стійкий позитивний ефект від консервативної терапії. Але більшість авторів [1,3], вважають, що ВХ у молодих осіб перебігає з деякими особливостями, які не завжди насторожують практичних лікарів щодо проведення комплексу діагностичних мір і тому у 50% хворих першим проявом ВХ є перфоративна виразка (ПВ), а у 10-50% – виразкова кровотеча (ВК) [1,2]. Питання хірургічної тактики при цих гострих ускладненнях ВХ (ГУВХ) і на даний час є предметом широких дискусій.

Нами було вивчено і проаналізовано структуру, особливості перебігу та лікування ГУВХ у 234 хворих у віці від 15 до 30 років, які знаходилися на лікуванні в Київському міському центрі по наданню невідкладної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами в 1993 та 1999 роках. У 1993 р. питома вага осіб молодого віку з ГУВХ складала 14,5% (117 із 805, в тому числі ПВ – 15 (12,8%) і ВК – 102 (87,2%)), а у 1999 році вона збільшилася у 1,3 рази, склавши 18,3% (117 із 641, ПВ – 20 (17,1%), ВК – 97 (82,9%)). Серед 234 хворих осіб жіночої статі було 29 (12,4%), чоловічої – 205 (87,6%), з чіткою тенденцією до зміни співвідношення жінок і чоловіків за роками (1:8 і 1:6). Виявлені зміни і у структурі ГУВХ при практично однаковій частоті ВК частота ПВ збільшилась у 1,4 рази, а у жінок у 1,6 рази.

За локалізацією виразка ДПК була у 213 хворих (91%), шлунка – у 16 (6,8%) і другий тип за Джонсоном – у 5 (2,2%) хворих, при цьому в

динаміці відмічено збільшення виразок ДПК в 1,5 рази, в тому числі серед ПВ – в 2,9 і серед ВК – в 1,3 рази. До розвитку ГУВХ були абсолютно здоровими 76 осіб (32,5%), відмічали дискомфорт в животі, мали так званий шлунковий анамнез з дитинства і навіть лікувалися з приводу гастродуоденіту, холецистити, холецистоангіохоліту – 100(42,7%), мали раніше встановлений діагноз і лікувалися з приводу ВХ 58 осіб (24,8%). Співвідношення вказаних груп у динаміці залишається майже однаковим як серед пацієнтів з ПВ (31,4%,45,7%,22,9%), так і з ВК (32,7%,42,2%,25,1%).

Клініка ПВ у 32 хворих (91,4%) була типовою і тільки у 3 хворих (8,6%) для диференціальної діагностики виникла необхідність у екстреній фіброгастродуоденоскопії.

Серед 199 хворих з ВК помірний ступінь геморагії мали 113(56,8%), середній – 37(18,6%), важкий – 49(24,6%) без статистично достовірних змін у динаміці за роками.

Вибір хірургічної тактики при ГУВХ був диференційованим з урахуванням особливостей виразкового ураження і характеру гострого ускладнення. При ПВ у 32 пацієнтів (91,4%) виконано радикальні, переважно органозберігаючі на основі ваготомії (90,6%) оперативні втручання (СПВ-86,2%,СВ,КВ-4,4%) з видаленням виразкового субстрату, економні резекції шлунка – у 3(9,4%). Тільки висічення виразкового субстрату з пілоро- або дуоденопластиком виконано у 3 хворих (8,6%). У 1999 році питома вага СПВ серед ваготомій зросла до 94,4% проти 72,7% у 1993 році.

При ВК із 199 хворих оперовано 50 (25,1%), при цьому завдяки широкому впровадженню ендоскопічних мід гемостазу і використанню сучасних принципів консервативного лікування ВХ. Хірургічна активність була знижена більш ніж у 2 рази (1993р.-33,3%, 1999р.-16,5%). У структурі оперативних втручань превалювали різні види ваготомій (88%) і в динаміці питома вага навіть економних резекцій шлунка знижена у 2,4 рази (1993р.-14,7% 1999р. – 6,2%), а відсоток СПВ у структурі ваготомій зріс з 62,1% (1993р.) до 86,7% (1999р.).

Летальних випадків при лікуванні ГУВХ не було.

Література

1. Мовчан К. Н. – Осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки у лиц молодого возраста.-Кафедра факультетской хирургии Военно-Медицинской Академии им.С.М. Кирова.- Ленинград.- Советская медицина.- 1991.- №5. – С. 60-61.

2. Нечай А.И., Мовчан К. Н., Зуев В.К.- Язва двенадцатиперстной кишки у людей молодого возраста.- Вестник хирургии. – 1985.- №5. – С.147-151.

3.Ефименко Н.А. и соавт. – Хирургическое лечение перфоративных гастродуоденальных язв у лиц молодого возраста.- Военно-медицинский журнал. –2000.- №7.- С.24-28.

**І.А. Тарабан, В.П. Далавурак, О.Д. Бітчук, М.Є. Водка,
Г.М. Герасимов**

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ, З УРАХУВАННЯМ ПОРУШЕНЬ СИМПАТОАДРЕНАЛОВОЇ СИСТЕМИ

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України

Виразкова хвороба – розповсюджене захворювання, при ускладненнях якого потрібно хірургічне, часто невідкладне втручання. Одним з найбільш грізних ускладнень виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) є кровотеча, яка спостерігається в 10-50% випадків. Її хірургічне лікування залишається однією із самих важких задач. Багатьма дослідниками і фахівцями визнається те, що в генезі інтра- та післяопераційних ускладнень у хворих з гострими кровотечами значну роль відіграють порушення кровообігу, що пов'язані не тільки із самою крововтратою, але й зі змінами нервової системи, а особливо з підвищеним тонусом симпатичної її частини.

Усе це свідчить на користь необхідності вивчення ряду питань, зв'язаних зі своєчасною діагностикою і правильною корекцією гомеостазу організму (у тому числі симпатoadреналової системи) в процесі до- та післяопераційної інтенсивної терапії, адекватного вибору і правильного виконання оперативного втручання. Також необхідне використання єдиної хірургічної тактики, спрямованої на зниження післяопераційної летальності і частоти післяопераційних ускладнень.

Метою проведеного дослідження було поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на виразки шлунка та ДПК, що кровоточать, з врахуванням етіопатогенетичного підходу й обґрунтуванням корекції порушень симпатoadреналової системи (САС).

Було здійснено аналіз комплексного обстеження і лікування 638 хворих, оперованих із приводу гострих шлунково-кишкових кровотеч виразкової етіології. При цьому у 302 пацієнтів реалізовано розроблений нами підхід до хірургічної тактики і лікування. У 336 хворих контрольної групи використовувався традиційний підхід до лікування. Обидві групи були представлені однорідним клінічним матеріалом, що свідчило про їх репрезентативність та зіставлення проведених в них досліджень. В обох групах відзначено переважання важких крововтрат.

Головною задачею хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка і ДПК, ускладненої кровотечею, було досягнення надійного гемостазу і лікування виразкової хвороби. Досягнення надійного гемостазу ми зв'язували з видаленням виразки, а лікування виразкової хвороби забезпечувалося інди-

відуалізованим вибором виду ваготомії та інших операцій, спрямованих на корекцію функціонального стану гастродуоденальної системи. Зважаючи на те, що, поряд з головною в етіології виразкової хвороби роллю порушень кислотопродукції та моторно-евакуаторної функції гастродуоденальної системи, важливе значення має кровобіг гастродуоденальної зони, а також стан САС організму, корекція порушень яких повинна бути обов'язковою складовою хірургічного лікування ускладненої виразкової хвороби, нами розроблено новий напрямок комплексної хірургічної корекції порушень кровобігу, моторно-евакуаторної функції та кислотопродукції у хворих ускладнені гострою кровотечею виразки шлунка і ДПК.

При цьому вважаємо, що локальне видалення виразки в поєднанні з одним з видів ваготомії є обов'язковим (базовим) методом операції, а при виявленні порушень САС останні можуть бути усунуті допоміжними операціями, що нормалізують моторику, кровобіг і кислотність ДПК, а також корегуючими симпатoadреналові реакції "повільного типу". З цього погляду нами вивчена можливість застосування періартеріальних невректomій (ПН) магістральних артерій, що кровопостачають шлунок та ДПК. Для обґрунтування показань до селективної ПН застосовували періневрально введення анестетика з наступною оцінкою кровобігу в периферично розташованій ділянці тканини. Оцінка кровобігу була здійснена за допомогою реовазографії, імплансометрії та реоплетизмографії.

Показники кровобігу шлунка та ДПК вивчені відповідно скомпроментованим зацікавленим зонам з обліком того чи іншого судинного басейну. Відзначено, що гіперваскуляризаційний ефект може досягати 25-46% від вихідного. З урахуванням виявлених порушень вихідних показників кровобігу гастродуоденальної стінки, нами розроблено класифікацію її ішемії з оцінкою відповідних показників. Так, зменшення кровобігу менш ніж на 10% визначено як ішемія легкого ступеня; від 10 до 20% – як середнього ступеня важкості та більш 20% – як важка. При важкій ішемії ділянок шлунка і ДПК перевагу віддавали видаленню ішемізованих зон, що нерідко збігалися з локалізацією виразкового дефекту та границями резекції шлунка чи ДПК. При середньоважкій ішемії вважали показаним застосування того чи іншого виду ПН. При легкій ішемії виконання ПН вважали недоцільним через збільшення обсягу операції і можливість корекції порушень медикаментозними засобами.

Ефективність ПН у ранньому післяопераційному періоді була вивчена та підтверджена за допомогою дуплексної доплерівської сонографії шляхом визначення кровобігу окремих магістральних судин черевної порожнини в 27 хворих, оперованих із приводу виразкових кровотеч.

Розробка і застосування нових способів діагностики, прогнозування і лікування дозволили нам патофізіологічно обґрунтувати індивідуалізований підхід до хірургічного лікування хворих виразкової хвороби шлунка та ДПК, ускладненої кровотечею. Впровадження запропонованого підходу сприяло

зниженню післяопераційної летальності на 2,8%, а частоти післяопераційних ускладнень – на 16,0 %. Зниженню частоти післяопераційних ускладнень та летальності сприяли, на наш погляд, оптимізований вибір термінів виконання операцій, покращання методик хірургічних втручань, більш строгий відбір пацієнтів до окремих видів операцій, удосконалення ведення післяопераційного періоду з урахуванням корекції специфічних змін у системі гомеостазу, особливо з боку САС.

УДК 616-002.44-089:577.15

**Е.М. Бакурова, Б.Г. Борзенко, А.М. Белозерцев, Т.Н. Кухнина,
З.М. Скоробогатова**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ФЕРМЕНТАТИВНЫХ ТЕСТОВ В РЕШЕНИИ ВОПРОСА ВЫБОРА ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Дисплазия слизистой оболочки при хронической язве желудка, которая в настоящее время рассматривается как непосредственный предшественник и источник опухолевого роста, может наблюдаться не только в периаульцерозной зоне слизистой оболочки, но и вне ее. Таким образом, это затрудняет раннюю диагностику опухолевого процесса. Существует необходимость сравнительного гистохимического изучения контролируемой пролиферации ткани, наблюдающейся при регенерации слизистой желудка, и нерегулируемого опухолевого роста при раке для выявления метаболических особенностей малигнизации. Уровень пролиферативной активности клеток непосредственно связан с функциональной активностью ферментных систем предшественников ДНК. Экспериментально установлено, что, влияя на метаболизм тимидина, можно влиять на обмен ДНК и связанный с ним процесс деления. Одним из ключевых ферментов метаболизма тимидина является тимидинфосфорилаза (ТФ). Фермент существует в виде анаболического и катаболического изоферментов. Катаболическая ТФ мало изучена. Анаболическая ТФ является фактором патогенеза язвенной болезни. В современной литературе не найдено работ посвящённых одновременному исследованию активности изоферментов ТФ.

Нами проведено исследование уровней ферментативной активности в сыворотке крови здоровых людей, больных язвенной болезнью и раком желудка. Параллельно изучена активность изоферментов в слизистой оболочке желудка, как в *Ircus morbi*, так и в отдалённых отделах. Установлено, что в здоровом организме активность анаболической ТФ в сыворотке крови составляет 0,06 усл. ед. При язвенной болезни наблюдается её усиление до 0,98 усл. ед., что согласуется с другими исследованиями. При раке желудка

активность анаболической ТФ нарастает до 0,14 услед. В тканях наблюдается её увеличение вносив *morbi* по сравнению с отдаленными участками СОЖ, причём при раке она на порядок превышает активность фермента в области язвенного дефекта. Наблюдается однонаправленное изменение активности анаболической ТФ в тканях и сыворотке крови. Параллельно изучена активность катаболического изо-фермента. Установлено, что в здоровом организме в сыворотке крови его активность составляет 0,3233 усл. ед., при язвенной болезни наблюдается снижение до 0,2176, при раке — до 0,0933 усл. ед. В тканях перипульцеровозной зоны её активность снижена в 1,5 раза, а в области опухолевого роста наблюдается снижение в 2,2 раза по сравнению с отдаленными отделами. Установлено, что в случае диспластических процессов в СОЖ при язвенной болезни, а также в случае раннего развития рака, когда диагноз опухолевого процесса устанавливался при гистологическом исследовании послеоперационного материала активность катаболической ТФ в сыворотке крови соответствовала таковой при раке, т. е. снижалась в 2,0 – 2,5 раза. Следовательно, катаболическая ТФ может служить маркером для ранней диагностики рака и предраковых состояний, а также использоваться в качестве биохимического критерия при решении вопроса об оперативной тактике лечения язвенной болезни желудка.

УДК 616.33-002.44-089.85-06:002.44-036.87-039

В.Г. Дуденко, В.Н. Шалдуга, С.А. Морозов

РЕЦИДИВНЫЕ ПЕПТИЧЕСКИЕ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В СОЧЕТАНИИ С ВАГОТОМИЕЙ

Харьковский государственный медицинский университет

Проблема патогенеза и хирургического лечения язвенной болезни и сегодня остается чрезвычайно актуальной. Актуальность ее возрастает, т.к. применяемые методы оперативного лечения язвенной болезни не исключают возникновения пептической язвы в зоне гастроэнтероанастомоза у 3-14% оперированных больных.

Нами изучены 113 больных с незажившими и рецидивными язвами желудка, 86 после дистальной резекции желудка и 27 — после ваготомии с дренирующей желудок операцией. Мужчин было 91, женщин — 22. Возраст — от 21 до 73 лет. Все больные были оперированы впервые по поводу язвенной болезни, которой они страдали от 3 до 20 лет. Клинические признаки язвенной болезни после перенесенной операции проявились через 2-3 года после резекции желудка, а у больных после ваготомии с дренирующей операцией — через 1,5- 2 года.

Основными методами диагностики были эндоскопические исследования, при этом следует отметить, что у 28-35% больных рентгенологическими методами исследования язвенный процесс в зоне гастроэнтероанастомоза не выявлялся. Эндоскопическая картина зоны изъязвления трофического генеза существенно отличается от пептической. Трофическая язва обычно неглубокая с неровными краями, пептическая язва – глубокая, имеет округлую форму с выраженным воспалительным процессом в слизистой оболочке вокруг нее.

Исследование секреторной функции желудка фракционным методом со стимуляцией инсулином или гистамином дает возможность провести дифференциальную диагностику между пептическими и трофическими изъязвлениями желудочно-кишечного соустья. Высокая кислотно-пептическая активность желудочного содержимого дает возможность считать изъязвления анастомоза пептическими. Высокие цифры свободной соляной кислоты и наличие хеликобактерного обсеменения установлены у 97 больных, у 16 с изъязвлениями желудочно-кишечного соустья было установлено анацидное состояние, даже после стимуляции желудочной секреции, что позволило считать их трофическими. Эти 16 больных после продолжительной интенсивной консервативной терапии были выписаны с улучшением для дальнейшего лечения в терапевтическом отделении.

Больные с пептическими изъязвлениями всегда подлежат хирургическому лечению. Больные с трофическими нарушениями в области гастроэнтероанастомоза подлежат оперативному лечению только при наличии следующих отягощающих моментов: наличие «порочного круга», сужение и резкая деформация гастроэнтероанастомоза, приводящие к нарушению эвакуации из желудка. Перед операцией, независимо от характера изъязвления, обязательным является проведение курса консервативной противоязвенной терапии с учетом патогенетических причин изъязвлений.

Стволовая ваготомия была выполнена у 21 больного пептической язвой с благоприятным послеоперационным течением. Отдаленные результаты прослежены от 2 до 10 лет, общее самочувствие больных хорошее, что подтверждает отсутствие рецидива язвенного процесса.

При выполнении реконструктивных операций ответственным моментом является выделение приводящей и отводящей кишки, выделение культи желудка с гастроэнтероанастомозом. При выделении культи желудка и гастроэнтероанастомоза было установлено наличие пенетрации язвы в соседние органы у 31 больного: в брыжейку поперечно-ободочной кишки у 4 больных, поджелудочную железу у 7, печень у 5, собственную брыжейку тонкой кишки у 13, переднюю брюшную стенку у 2 больных. У 4 больных реконструктивная резекция желудка сопровождалась резекцией поперечно-ободочной кишки в связи с пенетрацией язвы в последнюю и образованием желудочно-толстокишечного свища. Большие пептические язвы с пенетрацией в поджелудочную железу, печень, брыжейку поперечно-ободочной кишки отделяли от органа, в который они пенетрируют, с оставлением дна

язвы на этом органе. Дополнительная мобилизация культи желудка с последующей его резекцией и наложением анастомоза конец культи желудка в бок нисходящего отдела 12-перстной кишки по Финстереру произведены у 9 больных. У 6 больных был наложен желудочно-кишечный анастомоз с восстановлением непрерывности тонкого кишечника наложением анастомоза «конец в конец», с последующим формированием анастомоза по Бильрот II, исходя из ощелачивающего действия дуоденального содержимого в плане предотвращения рецидива пептической язвы. У 18 больных после удаления гастроэнтероанастомоза с частью желудка, приводящей и отводящей петлей тонкого кишечника был наложен анастомоз по Осокину.

Более высокая летальность после реконструктивных операций обоснована (6-7%). Из 113 оперированных нами больных умерло 7 (6,2%) из них 2 – от панкреонекроза, развившегося на 4 день после операции, 5 – от перитонита, развившегося в результате несостоятельности пищеводно-кишечных и желудочно-кишечных швов.

Изучение отдаленных результатов (до 10 лет) хирургического лечения 71 больного данной группы выявило рецидив пептической язвы после реконструктивной резекции культи желудка с ваготомией у 1 больного.

Основной причиной развития пептических язв является сохранение высокой секреторной активности желудка при экономной резекции без ваготомии, неадекватная ваготомия или дренирование желудка, а также эндокринная патология: полиаденоматоз, ulcerогенная аденома поджелудочной железы, вызывающая стимуляцию поджелудочной железы.

УДК 616.33 – 089

Н.Н. Волобуев

ОМЕСТЕЕЮНОГАСТРОПЛАСТИКИВСОВРЕМЕННОЙ ЖЕЛУДОЧНОЙХИРУРГИИ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

В истории применения еюногастропластики (ЕГП) в желудочной хирургии условно можно выделить три периода: I – экспериментальной разработки метода с его практической апробацией (А. П. Куприянов, 1924; Е. И. Захаров, 1938; Ф. Генлей, 1952); II – внедрение ЕГП в арсенал желудочной хирургии с ее всесторонней оценкой в свете ближайших и отдаленных результатов (в статистике 60 – 70 годов НИИ им. А.А. Вишневого, ДНИИГ, КНИИКиЭХ, клиник профессоров Е.И. Захарова, Ю.Т. Коморовского, М.И. Кузина, Ю.М. Панцьрева и др.); III – повсеместное сужение показаний к резекционным методам в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с широким внедрением ваготомии как альтернативы резекциям желудка (последнее двадцатипятилетие).

Наша клиника, 50 лет назад возглавленная одним из основоположников ЕГП Захаровым Е.И., прошла означенные этапы и накопила значительный опыт в желудочной хирургии, охватывающий более 4 000 первичных и 1162 повторных оперативных вмешательств при гастродуоденальной хирургической патологии и болезнях оперированного желудка. Проспективный критический анализ многолетнего коллективного опыта позволил нам дать сравнительную оценку применявшихся в клинике методов и способов оперативного лечения хирургических заболеваний гастродуоденальной зоны и определить их место в арсенале хирургических вмешательств.

Первичная ЕГП (ПЕГП), по нашему мнению, может иметь приоритет при язвенной болезни, раке и полипозе желудка. Из многочисленных ранее предлагавшихся модификаций кишечногогастропластических операций наиболее рациональной оказалась ЕГП по Куприянову-Захарову. Она является достаточно простой в оперативно-техническом исполнении: позволяет заместить резервную функцию культи желудка, сохранить естественные анатомо-физиологические взаимоотношения в гастро-билио-панкреато-дуоденальной зоне, обеспечивает порционный желудочно-дуоденальный транзит пищевых масс, с их кишечным пассажем в сроки, близкие к нормам, и предупреждая дуоденально-гастральный рефлюкс, становится основой профилактики клеточной метаплазии и возникновения онкопроцесса в культе желудка, столь не редких в отдаленном периоде после его резекции по методам Бильрота (Ю.Б. Ивченко).

В 50-60 годы в нашей клинике ЕГП использовалась при язвенной болезни желудка (ЯБЖ), полипозе, незапущенных стадиях рака и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) в случаях, когда характер язвенного процесса позволял безбоязненно наложить трансплантато-дуоденальное соустье. Это составляло в разные годы от четверти до трети операции в структуре оперативных вмешательств по поводу гастродуоденальной патологии. Сравнительная оценка ПЕГП и резекции желудка по Бильрот-II по всем показателям свидетельствует в пользу первой, а ее несколько большая оперативно-техническая сложность компенсируется клинико-физиологическими преимуществами (Е.И. и А.Е. Захаровы, А.И. Крадинов, А.И. Резниченко).

Начиная с 70-х годов, в мировую практику хирургического лечения ЯБДК вошел метод ваготомии и постепенно завоевал лидирующее положение. В последнее двадцатилетие мы полностью отказались от применения ПЕГП при дуоденальной локализации язвенного процесса, отдав предпочтение СПВ в сочетании, при необходимости, с дуоденопластическими дополнениями. Резекции желудка вынуждено применяются нами лишь у 10% оперируемых: при обширных язвенных пилородуоденальных инфильтратах без их тенденции к обратному развитию, при четвертой стадии пилородуоденальных стенозов, при сочетании язвенной болезни с дивертикулами двенадцатиперстной кишки или выраженными расстройствами дуоденального пассажа (гипо- и атоническими формами). Следует отметить, что в послед-

ние годы это противопоказание нами преодолевается использованием СПВ с подпривратниковым У-образным выключением дуоденального пассажа с сохранением привратника (12 операций).

Внедрение в клиническую практику последнего времени поликомпонентной патогенетической терапии ЯБДЖ и органосохраняющих оперативных вмешательств в определенной степени уменьшило, но не сняло остроты проблемы болезней оперированного желудка (БОЖ). По нашим данным, после резекций желудка БОЖ возникает у 36% оперированных, из них у 9% в тяжелой форме, определяющей необходимость хирургической коррекции. Оперативному лечению подлежат: больные с тяжелыми формами функциональных расстройств в системе пищеварения; больные со средними по тяжести функциональными формами БОЖ при их прогрессирующем течении или нестойкости результатов консервативной терапии; больные с органическими или сочетанными формами заболевания при неэффективности или бесперспективности консервативного лечения.

Логической базой реконструктивных вмешательств при функциональных формах БОЖ, возникших после резекций по модификациям Бильрот – II, стали преимущества ПЕГП – т.н. реконструктивная еюногастропластика (РЕГП) – операция редуоденизации. Она произведена у 297 больных с многолетними положительными клинико-физиологическими последствиями у 75% оперированных при ранней послеоперационной летальности в 1,7%. При БОЖ, возникших после резекций по Бильрот – I, методом выбора стоит считать реконструкцию с использованием удвоенного изо – антиперистальтического трансплантата по Поту (13 операций).

В последние годы мы отказались от применения резекционных вмешательств, в том числе и от РЕГП, а производим дегастроэнтеростомию в сочетании с СПВ и пилородуоденопластическим дополнениями (18 операций).

По поводу сочетанных форм БОЖ оперировано 103 больных. Наиболее часто наблюдалось сочетание функциональных расстройств с изъязвлениями различного генеза (82%). В таких случаях в оперативно-техническом плане должно быть предусмотрено разрешение следующих основных задач: устранение органического компонента заболевания и механизмов стимуляции продукции хлористоводородной кислоты, коррекция функциональных расстройств и предупреждение их дальнейшего прогрессирования. Эти задачи, но нашим данным, наиболее полно удается разрешить устранением недочетов предыдущего оперативного вмешательства с РЕГП (46 операций).

В онкохирургии желудка ПЕГП в нашей клинике с успехом применяется с 1952 года. Условием ее выполнения мы считаем возможность радикального удаления опухоли и подготовленность хирургической бригады к еюногастропластике. По поводу БОЖ, обусловленных рецидивным или первичным раком культи желудка, функциональными гастрорезекционными расстройствами или их сочетаниями, оперировано 164 больных. Радикальная операбельность составила 27%; при этом использовались все индивиду-

ально показанні методи реконструкції, в том числі і РЕГП – 32 операції, із них 15 редуоденизацій.

Таким образом, ПЕГП и РЕГП, пройдя испытание временем, нашли свои ниши в арсенале желудочной хирургии и могут быть рекомендованы к их более широкому применению.

УДК 616.33-002.44-089.85-06:002.44-036.87-039

О.Б. Луговий

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНУ ШЛУНКОВО-КИШКОВОЮ КРОВОТЕЧЕЮ ВІКОВОМУ АСПЕКТІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. Кровотечі з виразок дванадцятипалої кишки є одним з частих та смертельних ускладнень виразкової хвороби. Стабільно висока поопераційна летальність у осіб з підвищеним ризиком втручання спонукає до пошуку критеріїв його оцінки та підвищення безпеки операцій [2-4].

Матеріали та дослідження. Нами обстежено 234 хворих на кривавлячу дуоденальну виразку. У хворих працездатного віку у 36-и (23,1 %) випадків виразка локалізувалась на задній стінці, у 41-го (26,3 %) – на передньо-медіальній та передньо-латеральній стінках у 76-и (48,7 %), поєднана виразка ДПК та шлунка виявлена у 3-х (1,9 %). У похилому та старечому віці виявлено кровоточиву ВДК на передньо-медіальній стінці у 17-и (21,8 %), виразку передньо-латеральної стінки – у 15-и (19,2 %), а задньої стінки – у 44-х (56,4 %) пацієнтів, поєднання виразки шлунка і дванадцятипалої кишки виявлено у 2-х (2,6 %) хворих. У 195-и (83,2 %), що поступили з приводу досліджуваної патології, кровотеча була вперше, а у 39-и (16,8 %) – повторна, з них у 16-и (40,3 %) в анамнезі мали місце більше ніж дві кровотечі.

Поєднані ускладнення виразкової хвороби виявлено у 103 (44,2 %) хворих на кривавлячу виразку. Кровотеча з пенетрацією зустрічалась у 72 (69,9 %) пацієнтів. Стеноз + кровотеча діагностовані у 15 хворих (14,6 %). Пенетрація + стенозування + кровотеча відмічені у 15 (14,6 %). Кровотеча + пенетрація + стеноз + перфорація у 1 (0,9 %) хворого.

Для вибору терміну операції застосовуємо динамічний ендоскопічно-імунологічний моніторинг контролю гемостазу у виразці за ознаками розширеної шкали Фореста та стану факторів захисту слизової оболонки за вмістом SIgA у 32-х контрольної та 127-и основної групи.

Результати дослідження та їх обговорення. На основі проведених досліджень критеріями загрози раннього рецидиву кровотечі (РРК) є: 1) прогрес-

сивне зниження концентрації SIgA від рівня при поступленні, що вказує на виснаження резервів факторів захисту слизової, відсутність тенденції до загоєння виразки, триваючу деструкцію внаслідок прогресуючого дефіциту протидіючих сил; 2) поява чи стабільне утримування згустків у виразковому кратері більш ніж через шість годин з початку лікування, що свідчить про вже перенесену, рецидивуючу, іноді клінічно не діагностовану, торпідну (субклінічну, з низькими темпами крововтрати) геморагію; 3) відсутність макроскопічних ознак загоєння виразкового дефекту під впливом консервативної терапії у терміни понад 48 годин.

У 126 (53,8 %) пацієнтів, які поступили на стаціонарне лікування з приводу виразкової геморагії виявлена супутня патологія.

Усі 234 хворі були розподілені на контрольну групу – 127 хворих у лікуванні яких дотримувались традиційної тактики та 107 основної групи з індивідуально-активною тактикою. Для вибору об'єму операції застосовуємо шкалу операційно-анестезіологічного ризику Ketsky-Larsen-Goldman (1995), яка була апробована на 15 тисячах пацієнтів клініки Каліфорнійського університету у Сан-Франциско та результати аналізу ускладнень при різних об'ємах втручань за даними нашої клініки [1,5,6].

Так, при I-у класі ризику (0-5 балів) втручань за умов виконання малих операцій небезпека ускладненого перебігу складає 0,3%, при середньому об'ємі операцій – 1,6%, а при великому об'ємі – сягає 3,0 %. При II класі операційно-анестезіологічного ризику (6-12 балів) при малих операціях частота ускладнень зростає до 1,0 %, при середньому об'ємі – до 6,5 %, а при великих операціях – до 10,0 %. При третьому класі операційно-анестезіологічного ризику (13-25 балів) ризик ускладненого перебігу поопераційного періоду зростає до 3,0 % при малих операціях, до 15,0 % при середньому об'ємі і до 30,0 % при великих втручаннях. При четвертому класі ОАР (26 балів) останній зростає до 19 %, 44 % та 75 % відповідно при різних об'ємах операцій.

Застосування даної схеми оцінки ризику при виразкових кровотечах дозволило проаналізувати частоту ускладнень після різних за об'ємом операцій. Так, при умовно-радикальних операціях з мінідоступу жодного ускладнення та летальності не виявлено (прооперовано 4 хворих з четвертим класом ризику операції, та 2 з другим та третім класами ОАР). При виконанні органозберігаючих операцій у 6 пацієнтів із 63, оперованих даними способами, виникли ускладнення, що складає 9,3 %. З них при першому класі ОАР ускладнень не було (оперовано 44), при другому класі ОАР ускладнений перебіг відмічено у 1-го хворого (оперовано 18), а при третьому (1 оперований) і четвертому класі ОАР (одиноперований) мали місце 5 ускладнень та один пацієнт з четвертим класом ОАР помер. Натомість при резекційному підході при I класі ОАР мали місце два ускладнення (оперовано 27), при II класі ОАР – 5 (прооперовано 12), при третьому класі ОАР – 6 (виконано 3 операції), а при четвертому – 2 ускладнення у двох оперованих. При цьому помер один пацієнт з III класом ОАР.

Таким чином, великі за об'ємом втручання, тобто резекції супроводжуються у 3 – 5 разів вищою частотою ускладненого перебігу поопераційного періоду незалежно від класу операційно-анестезіологічного ризику, тому ми рекомендуємо наступний алгоритм вибору об'єму операції у пацієнтів з кривавячою дуоденальною виразкою. При I класі операційно-анестезіологічного ризику залежно від клінічної ситуації можливим є виконання резекцій шлунка, проте рекомендовані органозберігаючі операції, які супроводжуються меншим відсотком ускладнень. Натомість при II кл.ОАР операцією вибору на нашу думку є органозберігаючі втручання. А при високому і надмірному ризиках (III та IV класи) на нашу думку операцією вибору є умовно-радикальні операції на виразці з елементами малоінвазивної техніки.

Висновок. Комплексний підхід до вибору терміну і об'єму операції дали змогу знизити кількість п/о ускладнень у 4 рази, а рівень загальної летальності майже у 5 разів за рахунок зменшення кількості невинуватих з огляду на ранній рецидив кровотечі і ризик операції оперативних втручань.

Література.

1. Goldman L. Cardiac risk in Noncardiac Surgery. *Anesth. Analg.*, 1995; 80: P. 810 – 820.
2. Григорьев П.А., Шлевков Б.А., Яковенко Э.П. Проблемы гастроэнтерологии в гериатрии. – М.: Медицина, 1994. – 116 с.
3. Бунятян А.А. Руководство по анестезиологии. – М.: Медицина, 1997. – С. 116-133.
4. Усенко Л.В. Возрастные аспекты адаптации к операционной травме и анестезии. – К.: Здоров'я, 1992. – С. 325
5. І.Я. Дзюбановський, О.Б. Луговий Роль ендоскопічного та імунологічного моніторингу в прогнозуванні перебігу виразкової гастродуоденальної кровотечі. – Галицький лікарський вісник. – 2002. – №3. – С. 122-124
6. І.Я. Дзюбановський, О.Б. Луговий, Р.В. Свистун, В.І. П'ятночка, Р.Б. Пилипчук. Оцінка ризику оперативних втручань та знеболення в умовах гострої виразкової гастродуоденальної кровотечі у осіб похилого та старечого віку. – Науковий вісник Ужгородського університету. – Серія медицина. – Випуск 16. – 2001. – С. 132-134.

УДК 616.33-002.44-089.85-06:002.44-036.87-039

О.З. П'ятничка

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАЛЬНОЇ ТА КЛІНІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГЕМОРАГІЧНИЙ ГАСТРИТ В УМОВАХ ГОСТРОЇ КРОВОТЕЧІ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. Геморагічні гастрити є причиною кровотеч з верхніх відділів травного тракту у 13 – 15 % і займають друге місце за частотою після виразкових геморагій. Незадовільні результати їх лікування як при консервативному так і при хірургічному підходах залишаються стабільними протягом остан-

ніх років. Проте, вивченням даної проблеми займається незначна кількість дослідників [1,2,3,4].

Матеріали та методи. В клінічних умовах обстежено 130 хворих на геморагічний гастрит. Хворі були розподілені на контрольну (100) та основну (30) групи. Вивчали загальну та місцеву гемостазіологічну картини, морфологічні та імуноморфологічні особливості [5,6,7] стінки шлунка за умов різного клінічного перебігу досліджуваної патології. Всім хворим виконували екстренну езофагогастродуоденоскопію (ЕФГДС), та динамічний діагностично-лікувальний ендоскопічно-імуноморфологічний моніторинг. За умов триваючої кровотечі на момент поступлення проводили ендоскопічну зупинку кровотечі за запропонованим нами способом (позитивне рішення про видачу деклараційного патенту України, №2002042988) з наступним лікувально-діагностичним моніторингом. Прооперовано 21 хворого, а 109 ліковані консервативно.

Результати дослідження та їх обговорення. За результатами ретроспективного аналізу 89 медичних карт хворих контрольної групи та даних динамічного ендоскопічно-імуноморфологічного та морфологічного дослідження у 30 пацієнтів основної групи нами виділено три групи хворих на геморагічний гастрит, ускладнений кровотечею. До I групи увійшли пацієнти з зупиненою на момент первинного екстренного ЕФГДС кровотечею, у яких в подальшому рецидивів кровотечі не було – 85 хворих. До II групи віднесено хворих з триваючою кровотечею на момент поступлення – 14 пацієнтів. У III групу ми відокремили хворих, у яких мали місце рецидивуючі кровотечі – 31 обстежений.

На основі проведених імуноморфологічних та локальних гемостазіологічних змін нами розроблено і запроваджено алгоритм лікувальної тактики для хворих на геморагічний гастрит ускладнений кровотечею.

Так, всім хворим після верифікації діагнозу при екстремному ЕФГДС у разі триваючої кровотечі виконуємо ендоскопічний гемостаз шляхом інфільтрації підслизового шару імуномодулюючим середником. У разі зупиненої кровотечі обколюємо лише уражені ділянки. Контрольні ендоскопії проводимо усім пацієнтам як з лікувальною, так і з діагностичною метою для вивчення стану локальних факторів гемостазу та чинників захисту слизової оболонки. У разі відновлення кровотечі зниженні вмісту тканинного тромбопластину та секреторного імуноглобуліну А (SIgA) у біоптатах слизової оболонки на тлі проводимих локальних та загальних міроприємств, виконуємо повторний ендоскопічний гемостаз та продовжуємо консервативну терапію, але уже в якості доопераційної підготовки. Якщо ж при повторному ЕФГДС через 6 годин ендоскопічна картина знову попередня – хворі підлягають терміновим оперативним втручанням так як консервативні засоби є малоефективними, сприяють затягуванню доопераційної підготовки і не сприяють кращій підготовці до втручання через рецидивування кровотеч між ендоскопіями. У разі зупиненої кровотечі на контрольних ЕФГДС виконуємо лікувальні маніпуляції за нашою методикою з паралельним досліджен-

ням вказаних параметрів у біоптатах слизової оболонки. У разі зниження вмісту тканинного тромбoplastину та SIgA на фоні локальної імунотерапії та загального протисекреторного, замісного і сприяючого репаративним процесам лікування протягом першої доби, хворі підлягають відстроченим оперативним втручанням. Якщо ж вказані досліджувані параметри не змінюються або ж зростають, що вказує на збереження резервів факторів захисту та гемостазу у стінці досліджуваного органа – такі хворі підлягають продовженню локальної імунотерапії протягом перших 2 – 3 діб та традиційному лікуванню “шлункових” кровотеч з включенням антисекреторних (квamatел 80 мг/добу, омепразол 60мг/добу) та обволікаючих засобів, репаративів, корекцією крововтрати.

Висновок. Таким чином ендоскопічній та консервативній терапії, на наш погляд, підлягають пацієнти із стабільними та зростаючими показниками вмісту SIgA та тканинного тромбoplastину протягом першої доби за даними динамічного ендоскопічно-імунологічного моніторингу. У разі прогресивного падіння досліджуваних параметрів слід рекомендувати оперативне лікування на випередження рецидиву кровотечі, так як ближні результати операцій на висоті рецидиву (а іноді і не першого) є значно гіршими.

Література.

1. Братусь В.Д. Дифференциальная диагностика и лечение острых желудочно-кишечных кровотечений.- К.:Здоровья, 1991.-С.-81-127.
2. Братусь В.Д., Шерман Д.М. Геморагический шок. Патофизиологические и клинические аспекты.- К.:Наукова думка, 1989.- С.-7-23.
3. Братусь В.Д. Острые желудочно-кишечные кровотечения // Врачеб. дело.- 1992.- № 6.- С. 9-12.
4. Братусь В.Д., Фомін П.Д. Нові тенденції в лікуванні хворих з гострими шлунково-кишковими кровотечами // Журнал АМН України.- 1995. т.1. № 1.- С.106 – 118.
5. Автандилов Г.Г. Медицинская морфометрия. – М.: Медицина, 1991. – 218 с.
6. Дударь Л.В., Бычкова Н.Г. Оценка состояния местной иммунной реакции слизистой оболочки толстой кишки у больных неспецифическим язвенным колитом // Лікарська справа.- 1994.-№1.- С.81-84.
7. Кімакович В.Й., Гоп'як В.В., Бродик О.В. Імунна система шлунково-кишкового тракту в нормі та патології.- Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.- 100 с.

Б.Д. Курьязов, Б.Р. Бабаджанов

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Ташкентский государственный медицинский институт. Республика Узбекистан

Нами изучены результаты хирургического лечения 590 больных с язвенной болезнью желудка и гастродуоденальными язвами, оперированных при Хорезмской областной клинической больнице №1 г. Ургенча за период с 1996 по 2001 г. Возраст больных от 16 до 75 лет. При этом язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) выявлена у 464, а язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) – у 126 больных.

Резекция желудка с прямым гастродуоденоанастомозом (ГДА) выполнена у 62 больных: Бильрот-1 с терминолатеральным поперечным гастродуоденоанастомозом (ТЛГДА) – у 402, Бильрот-II в различных модификациях – у 48, ваготомии – у 80, СПВ с пилоропластикой по Жабулею – у 36, селективная проксимальная – у 18, селективная – у 12, СПВ с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу – у 12, стволовая ваготомия – у 2 больных.

Начиная с 1986 г. мы отдаем предпочтение резекции желудка по способу Бильрот-1 с ТЛГДА. Методика операции ТЛГДА следующая: мобилизуем ДПК по Кохеру. Культю ДПК обрабатываем ручным способом, с наложением непрерывного кетгутового и узловых серозно-мышечных швов. Желудок со стороны малой кривизны резецируем применяя аппарат УКЛ 60. Отступя 2-2,5 см от линии швов культи, ДПК сшиваем с желудком по большой кривизне. Стенку ДПК рассекаем поперечно на расстоянии 2-2,5 см. Формируем ГДА двумя рядами швов. Узкий, шириной до 2 см, щелевидный ГДА препятствует дуоденогастральному рефлюксу. Крупные пенетрирующие язвы и рубцовые сужение начальной части ДПК не препятствует наложению ГДА, так как его можно сформировать ниже, в неизмененных тканях. После резекции желудка язва хорошо заживает под влиянием консервативной терапии и в дальнейшем не рецидивирует.

Прямой ГДА накладывали при наличии достаточного диаметра ДПК и отсутствии рубцов и воспалительной деформации ее. Когда наложить прямой ГДА не представляется возможным вследствие пилоробульбарного стеноза, или наличия дивертикула ДПК прибегали к наложению терминолатерального ГДА.

Противопоказанием к наложению прямого и терминолатерального ГДА считаем дуоденостаз, пенетрирующие язвы больших размеров в головку поджелудочной железы, наличие кольцевидной поджелудочной железы.

Из 62 больных перенесших резекции желудка по Бильрот-1 с прямым ГДА послеоперационные осложнения развились у 4 (несостоятельность ГДА – 2,

кровотечение из швов по малой кривизне – 2), из них умер 1. Причиной смерти был прогрессирующий перитонит вследствие несостоятельности швов ГДА.

После резекции по способу Бильрот-1 с ТЛГДА в раннем послеоперационном периоде осложнения возникло у 6 больных: анастомозит – 3, кровотечение из линии швов малой кривизны – 2, нагноение раны – 1. Причиной анастомозита у 2 явилась погрешности во время операции. Повторно оперированы 3 больных. Умер 1 больной вследствие кровотечения из линии швов малой кривизны желудка.

В группе больных с резекцией желудка по способу Бильрот-11 осложнения возникли у 7 (несостоятельность культи – 4, панкреонекроз – 1, кровотечение – 1, пневмония – 1), 2 из них умерли. Причиной смерти 1 больного был прогрессирующий перитонит на почве несостоятельности культи, у другого – панкреонекроз. Повторно оперированы 4 больных, с благоприятным исходом.

Из 80 перенесших различного рода ваготомии в раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 38 больных: анастомозит – у 8, атония культи желудка – у 24, диарея – у 6. Повторные операции выполнены у 6 больных. Летальных исходов не было.

Всего после резекции желудка умерли 4 (0,7%) больных.

При изучении отдаленных результатов 362 больных через 1-3 года после резекции желудка по Бильрот-1 с прямым ГДА явления анастомозита наблюдались у 5, демпинг синдрома легкой степени – у 3. После наложенного ТЛГДА больные себя чувствовали хорошо, у 2 наблюдались явления анастомозита. После резекции желудка по способу Бильрот-II явления демпинг синдрома легкой и средней степени тяжести наблюдались у 9 больных, тяжелой степени – у 2.

Сопоставляя наши данные, при обследовании 66 больных после различных типов ваготомии установлено, что из 80 больных 36 отмечали тяжесть в эпигастральной области, отрыжку, непереносимость сладкой и молочной пищи, изжогу, временами рвоту. Демпинг синдром тяжелой степени наблюдали у 2 больных после стволовой ваготомии.

Таким образом, резекция желудка по способу Бильрота-1 с идеальным и терминологическим ГДА является физиологическим что, возможно у преобладающего большинства больных (462) и имеет несомненное преимущество перед способом Бильрот-II, а также разного рода ваготомии. В тех случаях, когда наложение прямого ГДА невозможно тогда, методом выбора желудочнокишечного соустья является ТЛГДА.

Г.Ж. Капанова, Н.А. Жанталинова, К.К. Амантаева

ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Казахский национальный медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова

В последние годы отмечается значительное увеличение числа больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ДПК) и, особенно, осложненных кровотечением различной степени выраженности. Надо отметить, что желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из язв желудка и ДПК последние 5-8 лет выходит на первое место среди всей ургентной патологии. Это обусловлено значительным ростом злоупотребления суррогатным алкоголем, продуктами с различными биодобавками, нитратами и консервантами, вредными химическими препаратами, бесконтрольным применением лекарственных препаратов, а также поздней выявляемостью язв у населения с низким социальным статусом. Несмотря на достижения в области медикаментозной терапии язвенной болезни желудка и ДПК, все же остается высокий процент осложненного течения заболевания (Сацукевич В.Н., 2001г.).

Применение в клинической практике эндоскопических методов остановки кровотечения дает возможность восполнить кровопотерю, компенсировать волевические и гемодинамические нарушения, возникающие после тяжелой кровопотери, что в целом обеспечивает полноценную предоперационную подготовку больного к оперативному лечению.

В нашем наблюдении находилось 43 больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии (хроническая форма) и 7 больных с острой симптоматической язвой желудка. Среди хронических язв кровотечение из язвы желудка -14; из язвы ДПК -31. По степени тяжести у 22 больных выявлена тяжелая, у 11 - средняя, у 8- легкая степени кровопотери. При первичном эндоскопическом осмотре при фиброэзофагогастродуоденоскопии (ФЭГДС), помимо установления источника кровотечения производился эндоскопический гемостаз, который производили следующими способами: диатермокоагуляция- 31 (62%) , обкалывание вокруг язвы раствором 0,25% раствора новокаина - 6 (12%); введение сосудосуживающего препарата 0,1% раствора адреналина - 9 (18%); аппликация пленкообразующими препаратами - 4(8%). Надо отметить, что перед эндоскопической остановкой кровотечения предварительно для полного гемостаза всем проводилось орошение раствором CaCl₂ 10% и 20% раствором аминокaproновой кислоты.

По данным многих источников диатермокоагуляция является наиболее эффективным методом, что было подтверждено в нашем наблюдении. Диатермокоагуляцию проводили по общепринятой методике при помощи биакти-

вной электрокоагуляции диатермозондом, и начинали от периферии к центру с прерывистыми импульсами. В 2-х случаях эндоскопический гемостаз оказался безуспешным из-за профузного кровотечения, когда определение источника кровотечения не представлялось возможным, и кровотечения из крупного сосуда на дне гигантской язвы.

Таким образом, местное воздействие механическими, физическими и химическими факторами на источник кровотечения верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволяет обеспечить окончательный гемостаз. При острых язвах – избежать оперативного вмешательства, а при длительно незаживающих, хронических язвах дает возможность тщательной подготовки больного к следующему этапу – оперативному лечению, что дает высокий процент положительной клинической динамики, снижение операционного риска, а также снижение послеоперационной летальности.

Так, из всех больных с хроническими язвами желудка и ДПК, которым проводился эндоскопический гемостаз, 18 (42%) оперированы в экстренном порядке. Отсроченные операции проведены – у 25 (58%) больных, при этом в данной группе у 6 больных с тяжелой сопутствующей патологией удалось добиться стойкого гемостаза.

При острых симптоматических язвах всем больным произведена диатермокоагуляция, которая привела к окончательному гемостазу. Эта группа больных осмотрена через 1 месяц после лечения. Рецидивов кровотечения не отмечалось, при ФЭГДС со стороны слизистой грубых морфологических изменений не обнаружено.

Среди оперированных больных умерших не было, хотя по литературным данным среди аналогичных больных летальность варьирует от 8 до 12,7%. Это мы связываем с проведением более полноценной предоперационной подготовкой, что позволяет провести оперативное лечение в более лучших условиях. И это отразилось в нашем наблюдении.

Таким образом, считаем целесообразным проведение эндоскопического гемостаза как этап предоперационной подготовки у больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии.

**Я.С. Березницький, І.І. Гриценко, М.Б. Щербиніна,
Р.Й. Василішин**

ШЛЯХОПТИМІЗАЦІЇ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА

Дніпропетровська державна медична академія

Надання медичної допомоги пацієнтам на виразкову хворобу шлунка охоплює етапи виявлення хворих, проведення диференційної діагностики та встановлення тяжкості перебігу захворювання, визначення тактики лікування, динамічне диспансерне спостереження за хворим. Метою нашої роботи є покращення медичної допомоги пацієнтам на виразкову хворобу шлунка з позицій спадкоємності між терапевтами та хірургами.

Діагностика виразкової хвороби формується на підставі клінічних даних та їх інструментального підтвердження. Клінічні критерії – це сукупність найбільш характерних скарг (біль у епігастрії, що посилюється через 30-60 хв після їжі, відрижка, нудота, блювання, що приносить полегшення, запори тощо), анамнестичних зведень з урахуванням факторів, що сприяють захворюванню (спадковість, стресові ситуації, шкідливі звички) та об'єктивних проявів (болочість у епігастрії при пальпації, симптом Менделя). Діагноз виразкової хвороби визначається глибоким дефектом слизової оболонки шлунка, що порушує її м'язову пластинку та загоюється з утворенням сполучнотканинного рубця, тому основним методом підтвердження наявності захворювання є фіброгастродуоденоскопія (ФГДС). Крім того, відповідно до “Європейських протоколів курації” обов'язково проведення множинної біопсії при ФГДС з подальшою гістологічною та цитологічною оцінкою стану слизової оболонки шлунка, а також рентгендослідження шлунка і дванадцятипалої кишки, визначення рівня кислотності у шлунку, діагностики хелікобактерної інвазії. Підтверджений клінічний діагноз додається оцінкою тяжкості перебігу захворювання. За П.Я.Григор'євим виразкова хвороба може бути легкого ступеня, коли загострення не виникають щорічно та швидко проходять навіть на амбулаторному лікуванні; середнього ступеня – загострення виникають щорічно, але у хворого відсутні ускладнення та внаслідок лікування настає ремісія; тяжкого ступеня – при відсутності стійких ремісій та наявності любого з ускладнень (кровотеча, пенетрація виразки, перфорація, стеноз).

Лікування виразкової хвороби шлунка може проводитись в амбулаторних умовах або у стаціонарі. Госпіталізацію пацієнта у стаціонар терапевтичного або хірургічного профілю визначає відсутність чи наявність ускладнень перебігу захворювання. На нашу думку, обов'язковій госпіталізації підлягають пацієнти з вперше виявленою виразкою шлунка, при неефективності лі-

кування в амбулаторних умовах, тяжкому перебігу захворювання в анамнезі, розмірах виразки понад 10 мм у діаметрі, глибині понад 3 мм, при наявності супутніх захворювань, хворі віком понад 60 років. За результатами досліджень останніх років з'ясовано, що виразкова хвороба шлунка не пов'язана зі станом передраку, а малігнізація хронічної виразки складає не більш 1 % (Сытник А.П., Наумов Б.А.,1995). Аналіз причин завищення відсотків новоутворень з хронічної виразки підтверджує, що у більшості випадків не був зроблений необхідний мінімум обстежень пацієнта для проведення диференційної діагностики, або невірно інтерпретовані дані ендоскопічного та гістологічного досліджень, на підставі яких первинно-виразковий рак шлунка розглянуто як малігнізовану виразку (Adachi Y. et al., 1999).

Таким чином, опорною точкою на перших етапах надання медичної допомоги пацієнту на виразкову хворобу шлунка повинен стати стандартизований діагностичний алгоритм виявлення доброякісного характеру виразки. Тільки після чого можливе прийняття подальших рішень щодо вибору шляху лікування. Терапевтична тактика введення хворого базується на уніфікованих лікувальних протоколах та критеріях їх ефективності. Нами розроблені такі протоколи з урахуванням амбулаторного та стаціонарного лікування в залежності від зазначених вище показів.

Базисна медикаментозна терапія містить три напрямки – корекцію секреторної активності шлунка, ерадикацію хелікобактеру та поліпшення процесів репарації шлункового епітелію. Найбільш ефективними сучасними препаратами, що суттєво пригнічують секреторну активність шлунка, визнані H_2 -гістаміноблокатори та інгібітори протоненої помпи. З першої групи використовують фамотидин 20 мг 2 рази на добу, або 40 мг 1 раз на добу. З інгібіторів протоненої помпи призначають омепразол 20 мг 2 рази на добу, лансопризол 30 мг 1 на добу, рабепразол натрію (паріет) 20 мг 1 раз на добу. Необхідно пам'ятати, що вибирають препарат тільки з однієї групи, бо сполучення препаратів з зазначених груп не має фармакологічної доцільності. При виразках у шлунку більш раціонально застосовувати препарати з групи інгібіторів протоненої помпи. Антисекреторну терапію призначають протягом всього періоду загоювання виразки. Після формування рубця в залежності від рівня вихідної кислотності шлунка доцільно використовувати підтримуючу терапію 2-4 тижні у половинній дозі, наприклад, омепразол 20 мг 1 раз на добу, фамотидин 20 мг 1 раз на добу. До стратегічних напрямків лікування виразкової хвороби відноситься ерадикаційна терапія. Згідно Маастрихтського консенсусу-2 2000 року передбачаються ерадикаційні схеми першої та другої лінії. Рекомендовано починати з терапії першої лінії, що містить інгібітор протоненої помпи у стандартній дозі двічі на добу, кларитроміцин 500 мг 2 рази на добу та метронідазол 500 мг 2 рази на добу або амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу. Ці схеми показані більшості пацієнтів. Якщо позитивний результат не одержаний, передбачена друга лінія терапії (резервна). В неї входять інгібітор протоненої помпи у стандартній дозі

двічі на добу, вісмуту субсалцилат (субцитрат) 120 мг 4 рази на добу, метронідазол 500 мг 3 рази на добу та тетрациклін 500 мг 4 рази на добу. Вважається, що сполучення цих препаратів дозволяє переборювати стійкість штамів хелікобактеру до антибактеріальних препаратів. Всі схеми призначаються протягом 7-14 днів. При наявності супутніх захворюваннях, таких як рефлюкс-езофагіт, дуодено-гастральний рефлюкс, у терапію додають засоби, що обволікають та адсорбують. Наприклад фосфалюгель, або гастрин-гель, або маолокс 1 пакетик 4 рази на добу тощо. Альтернативним варіантом є призначення цитопротекторів (вентер 0,5г 4 рази на добу).

Ендоскопічний контроль проводимо через 2 тижні від початку лікування. Зменшення розмірів виразки у 2 рази свідчить про швидке загоювання, при меншому темпі рубцювання необхідно посилити терапію імунокорекцією, синтетичними аналогами простагландинів (мізопростол), репаратантами тощо. Загальний термін лікування виразки шлунка складає 4-6 тижнів. При загоюванні виразки шлунка, контрольна ФГДС проводиться через 3 місяці, потім 1 раз на півроку. Після ендоскопічного підтвердження ремісії бажано здійснення протирецидивної терапії препаратами з цитопротективними властивостями (антацидні, що не всмоктуються; препарати, що утворюють захисну плівку – де-нол, вентер; синтетичні простагландини – мізопростол; препарати, що поліпшують стан мікроциркуляторного руслу – пентоксифілін, тощо). Проведення протирецидивної терапії за вимогою, тобто поновлення прийому звичайних доз раніше ефективного препарату при появі перших симптомів без виконання діагностичної ендоскопії, при шлунковій локалізації виразки не рекомендується.

Затримка клініко-ендоскопічної ремісії потребує продовження лікування. При відсутності ефекту лікування через 8 тижнів вирішується питання хірургічного втручання. Операцією вибору є пілорозберігаюча резекція шлунка, найближчі і віддалені результати якої мають незаперечні переваги перед іншими хірургічними методиками.

Використання клініко-діагностичного та лікувального алгоритму дає можливість виключити не виправдані затрати на діагностику та лікування пацієнтів. Раннє виявлення та лікування виразкової хвороби шлунка дозволяє запобігти або уповільнити розвиток органних уражень, які в значній мірі визначають прогноз захворювання. Внесок лікаря повинен бути досить значним в уявленні пацієнтів про необхідність дотримання відносно простих рекомендацій щодо слідкування режиму харчування та принципам дієто-терапії, відмови від пагубних звичок (куріння, алкоголь).

Таким чином, діагностика та лікування виразкової хвороби шлунка є складною медичною проблемою, в рішенні якої повинні приймати участь терапевти й хірурги. Сьогодні при лікуванні виразкової хвороби шлунка провідним є консервативний напрямок. Проте відсутність ефективності терапії протягом двох місяців, тяжкий перебіг захворювання потребують планового хірургічного оздоровлення, що має лікувальну та економічну доцільність.

**М.Г. Кононенко, О.Л. Ситнік, І.А. Даниленко, Л.Г. Кащенко,
В.І. Бугайов, В.Я. Пак, М.М. Голуб, Ю.М. В'юн,
І.М. Нечипоренко, А.І. Пустовий, І.К. Опімах**

ДІАГНОСТИКА ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Сумський державний університет

За 1989 – 2000 рр. в двох хірургічних відділеннях міської клінічної лікарні № 5 знаходилося 699 хворих на перфоративну виразку шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК). За перші 6 років поступило 272 (39,0%) хворих, за друге шестиріччя – 427 (61,0%). Жінок було 78 (11,2%), чоловіків – 621 (88,8%) – віком від 15 до 89 років: до 20 років – 44 (6,3%), до 30 – 169 (24,1%), до 40 – 183 (26,2%), до 50 – 146 (20,9%), до 60 – 62 (8,9%), до 70 – 53 (7,6%), старше 70 – 42 (6,0%). Працездатного віку було 86,4%) хворих, що свідчить про соціальну значимість проблеми.

Перфорація виразки виникла в весінні місяці у 182 (26,0%) хворих, в літні – у 206 (29,5%), в осінні – у 167 (23,9%), в зимові – у 144 (20,6%), що не співпадає з даними літератури (1) про переважно весняно-осіннім загостренням. У більшості пацієнтів (649 або 92,8%) біль виник раптово, у 50 (7,2%) – повільно. Перфорація трапилася від 0 до 6 годин – у 98 (14,0%) хворих, від 6 до 12 годин – у 166 (23,8%), від 12 до 18 годин – у 263 (37,6%), від 18 до 24 годин – у 172 (24,6%). Іррадіація болу в плече і ключицю справа відмічена у 172 (24,6%), зліва – у 34 (4,9%). Нудота була у 371 (53,0%) чоловік, блювота – у 163 (23,3%).

Виразковий анамнез виявлено у 451 (64,5%) пацієнтів: виразкою ДПК страждало 261 (57,9%), виразкою шлунка – 23 (5,1%), гастритом – 52 (11,5%) та 115 (25,5%) хворих не обстежувалися.

Тривалість захворювання до 1 року була у 101 (22,4%), до 5 років – у 132 (29,3%), до 10 років – у 116 (25,7%), більше 10 років – у 82 (18,2%), у 20 (4,4%) історіях хвороби ці дані не відмічено. У 141 (31,3%) чоловік перфорація виникла на фоні загострення виразкової хвороби.

В термін до 6 годин (І група) госпіталізовано 531 (76,0%) хворого, від 6 до 24 (II група) – 133 (19,0%), пізніше 24 годин (III група) – 35 (5,0%), що співпадає з іншими дослідженнями (2).

При огляді звертало увагу вимушене положення 292 (41,8%) хворих на правому боці з приведеними до живота ногами. Блідість шкіри спостерігалась у 506 (72,4%). Сухість язика відмічена в I гр. у 121 (22,8%), в II гр. – у 65 (48,9%), в III гр. – у 28 (80,0%). Черевна стінка не приймала участі в акті дихання (позитивний симптом Вінтера) у 591 (84,5%) пацієнта. Перистальтичні шуми кишечника в I групі вислуховувалися у всіх 531 (100,0%)

хворих, в II групі – у 114 (80,0%), в III групі – у 18 (51,4%). Ознаки подразнення очеревини були різко вираженими у 569 (81,4%) хворих: в I групі – у 455 (85,7%), в II групі – у 90 (68,0%), в III групі – 12 (34,3%).

Для підтвердження клінічного діагнозу перфоративної виразки у 544 (77,8%) виконана оглядова рентгенографія черевної порожнини. У 343 (63,1%) із них діагностовано пневмоперитонеум, у 201 (36,9%) – його не знайдено. 155 (22,2%) пацієнтам це дослідження не проводилося із-за безсумнівної клінічної картини перфорації. Проба Хенальта виконана у 33 хворих, у 15 із них вона була позитивною.

Діагностика типової перфорації виразки була, як правило, не складною. Серед 699 хворих у 52 (7,4%) попередній діагноз був помилковим, а саме: гострий апендицит – у 20, гострий холецистит – у 6, гострий панкреатит – у 19, загострення виразкової хвороби – у 3, кишкова непрохідність – у 2, шлунково-кишкова кровотеча – у 2. Це тому, що у 11 (21,2%) із них живіт був здутим, у 37 (71,2%) приймав участь у акті дихання, напруження м'язів передньої черевної стінки, причому лише однієї анатомічної зони (епігастральна, права духвинна, праве підребер'я), спостерігалось у 14 (26,9%) пацієнтів.

У 36 (69,2%) пацієнтів проведена рентгенографія черевної порожнини на наявність газу, який виявлено тільки у 10 (27,8%). 16 хворих не обстежено із-за впевненості в іншому діагнозі.

У 18 хворих оперативне втручання розпочато з доступу за Волковичем-Дьяконовим, у 2 – з нижньосерединної лапаротомії, у 2 – з лапароцентезу, у 1 – з герніотомії.

Як з'ясувалося під час операції, із 50 хворих з прикритою перфорацією виразки у 30 (60,0%) були діагностичні помилки. Вони були зумовлені тим, що перфоративний отвір прикривала печінка, сальник, фібрин.

Отже, діагностика перфоративних гастродуоденальних виразок клініко-рентгенологічна. Діагностичні помилки зумовлені прикриттям перфоративного отвору.

Література.

1. Неймарк И.И. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. -Алтай.-1988.-312 с.
2. Хаджиев О.Ч., Лупальцев В.И. Лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия. – 2001. – № 5. – С. 28 – 30.

В.И. Оноприев, Е.Г. Шарапова

ГИСТОТОПОГРАФИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ – ФУНДАМЕНТ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ

*Российский Центр функциональной хирургической гастроэнтерологии
г. Краснодар*

Вступление. Сохранение и восстановление анатомической формы гастродуоденального перехода оптимально реализуется только комплексом новых хирургических технологий, обозначенных понятием «радикальная дуоденопластика», позволяющим радикально устранить патологический очаг, сохранить или восстановить разрушенные язвой луковицу, привратник, большой дуоденальный сосочек.

Для радикальной хирургии угрожающих жизни осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки необходимы детальные знания патоморфологии осложненных дуоденальных язв. Такие сведения можно получить только в результате интраоперационного анатомического исследования язвенного очага на этапах радикальной дуоденопластики. Основные принципы технологии и результаты интраоперационного исследования хирургической патоморфологии осложненных дуоденальных язв впервые разработаны в Российском центре функциональной хирургической гастроэнтерологии РФ (В.И. Оноприев и соавт., 1980 – 2002).

Методы. Нами проведено интраоперационное и гистологическое исследование рубцово-язвенного очага с периульцерозной зоной при осложненных дуоденальных язвах у 125 больных, оперированных в РЦФХГ.

Интраоперационное исследование – это анатомическая прецизионная препаровка язвенного очага, этапы которой опережают радикальные хирургические процедуры устранения осложнений язвы, в процессе которого хирург получает все сведения об объеме язвенного повреждения важнейших анатомических структурах гастро-дуодено-панкреато-билиарного комплекса.

Для объективизации характеристики морфологических изменений в периульцерозной зоне, нами (Е.Г. Шарапова, О.Н. Понкина, 2001) предложена методика полуколичественной (ранговой) их оценки с помощью оригинальной визуально-аналоговой шкалы. Оценивались показатели фиброза, атрофии, инфильтрации и активности воспалительного процесса.

Результаты. Язвенное повреждение одной – двух дуг крово-лимфообращения двенадцатиперстной кишки формирует сегментарное ее сужение. Рубцово-язвенное сужающее кольцо (псевдопривратник) состоит из двух патологоанатомических элементов: первичной шпоры (язвы, рубца) и стенозирующей (вторичной) шпоры – удвоения стенки двенадцатиперстной кишки, возникающего в результате втяжения стенки контрлатеральным спазмом в

просвет двенадцатиперстной кишки к язве и фиксации ее наружным рубцово-спаечным кольцом.

Нами условно выделен хирургический слой язвы, он соответствует зоне минимальных морфологических изменений и проходит по границе иссечения осложненной дуоденальной язвы. Морфологическая картина хирургического слоя двенадцатиперстной кишки в зависимости от фазы обострения или ремиссии язвенной болезни может быть различна. При язвенно-деструктивных осложнениях язвенной болезни хирургический слой представлен рубцово-язвенным полем, включающим в себя рубцово-язвенный очаги воспалительно измененную перульцерозную зону на расстоянии до 1см от язвы. В фазе ремиссии при рубцово-стеногических осложнениях хирургический слой представлен рубцово-спаечным полем. Рубцово-спаечное поле – это постязвенный рубец, с внутрстеночными рубцовыми тяжами, и перидуоденальными спаечными наслоениями, распространяющимися на различном протяжении от локализации первичного очага.

В зависимости от уровня локализации рубцово-язвенного очага выделено 4 типа сегментарных деформаций: I – базальные (околопилорические); II – корпоральные (тело луковицы); III – апикальные (выходной отдел луковицы); IV – постбульбарные (околососочковые). На каждом уровне – в зависимости от локализации язвы, по окружности двенадцатиперстной кишки, т.е. по стенке выделяем еще четыре вида деформаций: – симметричные передней, задней стенки или сразу обеих стенок, т.е. целующиеся деформации ; – асимметричные большой кривизны ; – асимметричные малой кривизны; – симметричные без псевдодивертикулов и перипроцесса (псевдопилорические деформации). По окружности в ДПК выделяем четыре стенки: I – переднюю; II – заднюю; III – боковую большой кривизны; IV – боковую малой кривизны.

Дуоденальный стеноз, захватывающий два и более уровней проксимальной части двенадцатиперстной кишки, мы называем тубулярным (трубчатым). Тубулярный стеноз, включающий два или три первых уровня двенадцатиперстной кишки, называем проксимальным тубулярным стенозом (микробульбусом); стеноз, захватывающий два средних уровня, т.е. только II и III уровни луковицы медиальным тубулярным стенозом; стеноз, захватывающий два или три последних уровня проксимальной части двенадцатиперстной кишки, относим к дистальным тубулярным стенозам. Тотальный тубулярный стеноз захватывает всю проксимальную (до сосочка) часть двенадцатиперстной кишки.

Выводы. Знания закономерности морфологической обусловленности основных анатомических признаков сегментарных и тубулярных деформаций локализацией рубцово-язвенного процесса позволяют хирургу до вскрытия просвета двенадцатиперстной кишки определить точную локализацию язвы (рубца), наличие и анатомическую форму сужения двенадцатиперстной кишки, а это в свою очередь позволяет точно выбрать место дуоденотомии и выполнить оптимальный вариант пилоросохраняющей операции и предупредить повреждение привратника, терминальных отделов холедоха, большого дуоденального сосочка и магистральных сосудов.

В.П. Невзоров, В.В. Макаров**УЛЬТРАСТРУКТУРНІЗМІНИ КЛІТИН ШЛУНКА В ЗОНІ
ГОСТРОЇ ЕРОЗІЇ, УСКЛАДНЕНОЇ КРОВОТЕЧЕЮ***Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України, м. Харків*

Зміни ультраструктурної організації клітин шлунка в умовах розвитку гострого ушкодження шлунка, ускладненого кровотечею, є одним з початкових механізмів у патогенезі виникнення даної патології [1, 2].

Метою даної роботи було вивчення ультраструктурних змін клітин шлунка в зоні гострої ерозії при масивній крововтраті.

При вивченні ультраструктурних змін у зоні гострої ерозії шлунка, ускладненої кровотечею, ультраструктурні зрізи виготовляли на ультрамікромомі УМТП-6, монтували їх на електролітичні сітки та після контрастування цитратом свинцю вивчали під електронним мікроскопом ЕМВ-100 БР при прискорюючій напрузі 75 кВ. Збільшення підбиралося адекватне цілям дослідження та коливалось у межах 20000 – 50000 крат.

Гастробіоптати занурювалися у 1-% забуферний розчин чотириокису осмію при температурі 4 °С на 2-3 години для фіксації. Після фіксації клаптики тканини відмивали в буферному розчині, зневоджували у спиртах зростаючої концентрації та ацетоні, занурювали у суміш епоксидних смол (епон-аралдит). Полімеризацію блоків проводили в термостаті при температурі 60 °С протягом двох діб.

Нами проведено електронно-мікроскопічне дослідження клаптиків тканини шлунка хворих з гострими ерозіями, ускладненими кровотечею III ступеня важкості згідно з класифікацією О.О. Шалімова та В.Ф. Сасенка (1972), узятих під час фіброгастроскопії у 24 хворих. Тканина бралася із зони, що прилягає до гострого ушкодження, ускладненого кровотечею.

Ультраструктурні зміни клітин слизової оболонки шлунка, які були взяті із зони гострої ерозії, ускладненої кровотечею, мали дистрофічний характер.

Спостерігалось загальне просвітлення гіалоплазми і матриксу ядер поверхневих епітеліоцитів. Мітохондрії значно набрякали, мали округлу форму. Гранулярний ендоплазматичний ретикулум значно вакуолізований, його цистерни являють собою електронно-прозорі вакуолі. Цитоплазматична мембрана мала типову для даних клітин будову.

Ядра паріетальних екзокриноцитів слизової оболонки шлунка зберігали типову форму і розміри. Спостерігався перерозподіл хроматину з найбільшою його локалізацією вздовж ядерної мембрани.

Мітохондрії паріетальних екзокриноцитів зберігали дрібнозернистий матрикс, але кількість крипт в них була зменшена і відмічалася дезорганізованість. Цистерни гранулярного ендоплазматичного ретикулуму значно розши-

рені. На мембранах ендоплазматичної сітки виявлялися досить численні рибосоми. Мікрроворсинки внутрішньоклітинних каналців були набряклими.

Невеликі дистрофічні зміни ультраструктури головних екзокриноцитів слизової оболонки шлунка в зоні ерозій проявлялись у набряканні мітохондрій зі зменшенням кількості крипт та їх дезорганізацією, вакуалізацією цистерн ендоплазматичної мережі, зменшенням кількості рибосом, як зв'язаних з його мембранами, так і вільно розташованих у цитоплазмі. У ядрах головних екзокриноцитів не відмічалось суттєвих змін.

Висновки: 1. Зміни ультраструктурної організації поверхневих епітеліоцитів, головних і парієтальних екзокриноцитів слизової оболонки шлунка у зоні гострої ерозії, ускладненої кровотечею, знаходяться у межах фізіологічної компенсації, а описані зміни є зворотніми. 2. Враховуючи зміни ультраструктури клітин шлунка у зоні гострої ерозії, ускладненої кровотечею, вважаємо можливим використання прошивання при поодиноких гострих ерозіях з обов'язковим проведенням противиразкової терапії в післяопераційному періоді.

Література:

1. Курьин А.А., Скрыбин О.Н. Острые послеоперационные гастродуоденальные язвы. – СПб: Сфинкс, 1996. – 371 с.
2. Хохолья В.П., Саенко В.Ф., Доценко А.П., Грубник В.П. Клиника и лечение острых язв пищеварительного канала. – Киев: Здоровье, 1989. – 168 с.

УДК 616-089.843.33-002.44

**А.П. Власов, В.Т. Ипатенко, В.В. Сараев, Ю.П. Степанов,
Л.М. Мосина, Н.П. Пакшин**

ОРИГИНАЛЬНЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Мордовский госуниверситет им. Н.П. Огарева

До настоящего времени вопрос надежности анастомозов в экстренной хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки остается актуальной проблемой. Известно, что частота несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, гастроено- и гастродуоденоанастомоза после резекции желудка по поводу перфоративных язв и гастродуоденальных язвенных кровотечений достигает 5 %. Высокая частота этих грозных осложнений, ведущих в 40 – 80 % случаев к летальным исходам, объясняется явлениями некупированного перитонита, тяжелой анемизацией желудочно-кишечной стенки при кровотечениях. Немаловажное значение имеет и хирургическая техника при формировании анастомозов. Так, при использовании сквозного гемостатического шва Альберта в зоне анастомоза возникает гипоксия желудочно-кишечной стенки, что резко замедляет репаративный процесс, понижает надеж-

ность швов. Использование в качестве шовного материала кетгутовых нитей, обладающих выраженными аллергенными и сенсибилизирующими свойствами, ведет к задержке процесса регенерации тканей, развитию анастомозитов, являющихся одной из причин несостоятельности швов анастомозов.

С целью повышения надежности швов нами предложены оригинальные методики однорядного шва: эвертированный шов с широкой адаптацией подслизистой основы слизистой оболочки (изобретение), усовершенствованная методика электрохирургического асептического анастомоза (рационализаторское предложение). С целью уменьшения напряжения в швах по линии анастомоза предложены оригинальные технологии: дополнительные гипотракционные слизисто-подслизистые (патент) и серозно-мышечные (заявка на изобретение) швы. Способы анастомозирования апробированы в эксперименте на собаках, которым под наркозом моделировали перитонит или постгеморрагическую анемию, резекцию желудка, формирование гастродуоденоанастомоза различными способами: Ламбера-Альберта, Пирогова-Матешука, Кирпатовского и предложенными (эвертированный, асептический электрохирургический).

Опыты показали, что в отягощенных перитонитом или анемией условиях в тканях двухрядного анастомоза возникали выраженные изменения гомеостаза: парциальное кислорода уменьшался на 28 – 47 %, коэффициент диффузии кислорода – на 63 – 82 %, окислительно-восстановительный потенциал – на 35 – 55 % ($p < 0,001$). Активизировались процессы перекисного окисления липидов: содержание ТБК-активных продуктов, диеновых и триеновых конъюгатов повышалось на 85 – 123 % ($p < 0,001$). В тканях кишечной стенки возрастала активность фосфолипазы A_2 на 25 – 43 % ($p < 0,001$). Безусловно, активизация свободно-радикальных реакций липоперекисления и фосфолипазы A_2 приводила к снижению репаративного потенциала. Заживление двухрядных анастомозов происходило замедленно. В большинстве наблюдений определялся вторичный тип заживления с выраженными проявлениями анастомозита. Опытами установлено, что при однорядном желудочнокишечном анастомозе расстройства трофики тканей в регенерирующих структурах были выражены меньше. Это определило и характер репарации: в большинстве наблюдений регистрировалось первичное заживление раны с быстрой эпителизацией по линии швов. Исследованиями установлено и то, что наиболее четкие структурно-функциональные изменения в тканях по линии швов независимо от конструкции соустья регистрировались в первые трое суток после операции. Опыты показали, что в наблюдениях с использованием гипотракционных швов независимо от способа анастомозирования процесс репаративной регенерации протекал совершеннее, надежность швов повышалась.

Предложенные способы анастомозирования применены в клинике у 350 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (210) и желудка (140) возрастом от 28 до 74 года. В 135 случаях операции выполнены экстренно по поводу желудочно-кишечного кровотечения (76) и перфорации язвы (59). В

большинстве наблюдений (335) были выполнены резекции желудка по Бильрот-I. Сроки доставки больных с перфоративными язвами были от 3 до 76 ч с момента заболевания, с гастродуоденальным кровотечением – от 6 ч до 4 суток. У больных отмечался различной степени распространенности перитонит в реактивной или токсической фазе развития. Операция в этих случаях заканчивалась обязательной назоинтестинальной интубацией, санацией и дренированием брюшной полости. Недостаточности швов гастродуоденальных и гастроэюнальных анастомозов, анастомозитов, тяжелых парезов кишечника не наблюдали. При эндоскопическом контроле, проводимом на 5 – 7 сутки со дня операции, состояние слизистой оболочки в зоне анастомоза характеризовалось умеренной гиперемией и сглаженностью складок, наличием единичных краевых некрозов по линии контакта слизистых анастомозированных органов. Следует подчеркнуть, что благодаря применению указанных технологий почти во всех случаях имелась возможность резекции желудка по Бильрот-I, причем даже при самой сложной локализации язвы – на задней стенке двенадцатиперстной кишки, глубоко пенетрирующей в головку поджелудочной железы. Принципиальное значение для выполнения резекции желудка при таком варианте язвенной болезни имела предложенная методика мобилизации луковицы двенадцатиперстной кишки. Она состояла в выделении органа только до язвенного дефекта. Затем формировался анастомоз по краю язвы. Применение дополнительных гипотракционных швов до минимума снижало напряжение в основных швах, что в целом являлось гарантом успеха операции.

Таким образом, предложенные технологии гастродуоденоанастомоза позволяют в максимальной степени использовать репаративный потенциал тканей органов в зоне резекции, что в конечном итоге позволяет выполнять радикальные операции при тяжелых вариантах течения язвенной болезни, в том числе и угрожающих жизни осложнениях.

УДК 613.33-002.44-089:616.833.191-089.85]-089.168.7

**А.В. Пугаев, Г.Э. Погосян, М.Г. Негребов, В.В. Соболев,
О.О. Орехов, М.Г. Щетинин**

ПРИЧИНЫ РЕЦИДИВОВ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Успехи консервативного лечения пептических язв желудка и двенадцатиперстной кишки диктуют тактику применения органосохраняющих операций у больных с осложнениями пилорических и дуоденальных язв. Актуальной остаётся проблема рецидивирования язв и повторных осложнений заболевания.

Целью данного исследования является изучение причин рецидивирования язв у больных оперированных экстренно по поводу осложнений пилорических и дуоденальных язв.

В клинике госпитальной хирургии ММА им. И.М. Сеченова на базе 67 ГКБ г.Москвы с января 1991 по декабрь 2001 года выписаны после операций по поводу осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки 880 больных, из них с локализацией язв в пилорическом отделе желудка и в двенадцатиперстной кишке было 585 пациентов. Из 585 больных 107 были оперированы по поводу кровотечений, 446 вследствие перфораций язв, а остальные 32 подвергнуты оперативным вмешательствам в связи со стенозами привратника или двенадцатиперстной кишки.

Для удобства анализа все больные были разделены на 2 группы. I группу составили 350 пациентов, оперированные с января 1991 по декабрь 1997 г. У 32 больных этой группы была выполнена резекция желудка, у 20 - селективная ваготомия с одним из вариантов дренирующих желудок операций. В этой группе больных в 91 наблюдении язвы были ушиты, а у 207 пациентов - иссечены. Эрадикационную терапию, основанную на принципах Маастрихтских соглашений 1996 г. у этих больных не проводили.

Во II группу включили 235 больных, которых оперировали с января 1998 по декабрь 2001 года. У всех пациентов язвы были иссечены и операции завершали поперечной пилоро- или дуоденопластикой, или циркулярной резекцией привратника или двенадцатиперстной кишки. В послеоперационном периоде в условиях стационара или после выписки всем больным проводили адекватную эрадикационную терапию, одобренную Маастрихтскими соглашениями и на основании стандартов МЗ РФ.

Рецидивы язв выявляли эндоскопически при повторных поступлениях больных с кровотечениями (10) и на основании анкетирования при наличии жалоб и эндоскопического подтверждения патологического субстрата при амбулаторном исследовании (25). Таким образом, выявили 35 больных с рецидивами язв пилородуоденальной зоны, что составило от общего числа выписанных больных 5,9%.

У пациентов I группы рецидивы язв возникли у 27 больных, что составило 7,7%, тогда как во II группе рецидивы язв возникали в 2 раза реже - 3,4% (8 больных).

У 27 больных I группы рецидивы язв имели место после различных вариантов операций. Так после резекций желудка пептическая язва анастомоза с кровотечением возникла у 1 больного (3,1%), после селективной ваготомии у 3 (2 кровотечения) пациентов (15%), после ушивания перфораций у 6 (3 кровотечения) больных (6,59%), а после иссечения язв у 17 (5 кровотечений) пациентов (8,2%).

Из 235 больных II группы язвы рецидивировали лишь у 8 пациентов (3,4%).

У 25 больных с язвами, выявленными на основании анкетирования изучали причины рецидивирования патологии. Контрольную группу составили

10 больных, которые на основании анкетирования, не предъявляли жалоб и считали себя практически здоровыми, а язвы при эндоскопическом исследовании обнаружены не были.

Из обследованных в основной группе у 20 больных рецидивы язв возникли после ранее проведенных иссечений с поперечной пилоро- или дуоденопластикой, у 2 – после селективной ваготомии и дренирующих желудок операций, а у 3 больных после ранее выполненных ушиваний перфораций язв. У этих 3 пациентов при эндоскопическом исследовании в язвах обнаружены лигатуры, которые были удалены во время исследования без осложнений.

При рН-метрии у 16 больных с рецидивами язв выявили гиперацидность, непрерывное кислотообразование, декомпенсацию ощелачивающей функции антрального отдела желудка, а у 8 пациентов – анацидность натощак и при стимуляции декомпенсацию ощелачивающей функции антрального отдела желудка.

При гистологическом исследовании биоптатов слизистой оболочки кардиоэзофагеального перехода, антрального отдела желудка и пилорического канала у всех больных с язвенными поражениями выявлена различная степень инфицированности *Helicobacter pylori*, не зависящая от показателей рН.

Все 10 больных контрольной группы получали адекватную эрадикационную терапию и не были инфицированы *H.pylori*, тогда как проведенное противоязвенное лечение у больных с рецидивами заболевания не соответствовало медикаментозным стандартам.

Таким образом, рецидивирующее течение язвенной болезни после органосохраняющих операций чаще всего связано с неэффективной эрадикационной терапией либо с отказом от её проведения. У перенёсших ушивание прободных язв, причиной их рецидивирования могут быть резидуальные лигатуры, являющиеся субстратом, поддерживающим воспаление, препятствующим заживлению язв. Явной связи между величиной рН и рецидивированием язв не прослеживается. При эффективной эрадикационной терапии в послеоперационном периоде иссечение осложнённых язв пилорического отдела и двенадцатиперстной кишки можно считать хирургически адекватной операцией.

Е.В. Ремезюк

ПОКАЗАННЯ ТА ПРОТИПОКАЗАННЯ ДО РАДИКАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ПРОРИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ У ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ВИРАЖЕНОСТІ ПЕРИТОНІТУ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Нами обстежено в динаміці та проаналізовано безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування 130 хворих з проривними гастродуоденальними виразками (ПВ). Чоловіків було 123, жінок – 7. Виразковий анамнез до 3 років – 20,75 % хворих, до 10 років – 21,69 % хворих, більше 10 років – 16,03 % хворих, відсутній – у 41,5% хворих. Під час операції медіогастральна ПВ діагностована у 17 хворих (13 %); пілородуоденальна ПВ – у 113 хворих (87%). В термін до 6 годин з моменту перфорації госпіталізовано 39 хворих (30%), від 6 до 12 годин – 46 хворих (35,4 %), від 12 до 18 годин – 26 хворих (20 %), від 18 до 24 годин – 9 хворих (6,9%), від 24 до 48 годин – 7 хворих (5,3%), більше 48 годин – 4 хворих (3 %).

Нами проведені морфологічні, біохімічні, мікробіологічні дослідження органів та систем експериментальних тварин та хворих з ПВ. Ступінь важкості стану хворих з ПВ оцінювали з використанням методики системи АРА-СНЕ 11 W.A.Knaus і співавт. 1985 р.

Отримані дані експериментальних досліджень свідчать, що при пілородуоденальному перитоніті за умови, коли з моменту перфорації пройшло не більше 18 годин, запальні зміни в черевній порожнині та ендотоксикоз помірні, спостерігаються вогнищеві морфологічні моноорганні зрушення за типом синдрому системної запальної відповіді, що носять зворотній характер, незначна бактеріальна контамінація черевної порожнини. Якщо з моменту перфорації пройшло 24 години і більше: запальні зміни в черевній порожнині та ендотоксикоз виражені, спостерігаються морфологічні мультиорганні ушкодження – запальні та дистрофічно-некробіотичні зміни в печінці, нирках, респіраторний дистрес-синдром, ендо-міо-перикардит, синдром поліорганної дисфункції, масивна бактеріальна контамінація черевної порожнини.

Результати досліджень в клінічних умовах показали, що при пілородуоденальній ПВ, якщо з моменту перфорації пройшло не більше 18 годин, запальні зміни в черевній порожнині та прояви ендотоксикозу помірні, в перитонеальному ексудаті ведучою мікрофлорою є аероби та факультативні анаероби, незначна бактеріальна контамінація черевної порожнини, що обґрунтовує в даній ситуації можливість та показання до радикальної операції, на основі обов'язкового висічення проривної виразки і ваготомії, які позитивно впливають на перебіг перитоніту, за умови відсутності важких супутніх захворювань. Якщо з момен-

ту перфорації пройшло 24 години і більше — запальні зміни в черевній порожнині та прояви ендотоксикозу виражені, значне збільшення показників загальнотоксичних тестів і рівня токсичних метаболітів, поряд з аеробною та факультативно-анаеробною флорою домінуюче місце займають анаероби, спостерігається масивна бактеріальна контамінація, бактеріальний перитоніт, що в цій ситуації обґрунтовує показання до паліативної операції.

При виборі об'єму операції при ПВ враховували: вираженість запальних змін в черевній порожнині, ступінь поширеності перитоніту, ступінь тяжкості ендотоксикозу, характер патоморфологічних змін в зоні перфорації та виразкової інфільтрації, важкість фізичного стану, вік хворого. При пілородуоденальних ПВ висічення виразки за Джадом та дуоденопластику (ДП) за Таннер-Кеннеді, пілоропластику (ПП) за Гейнеке-Мікулічем поєднували з селективною проксимальною ваготомією (СПВ). Перевагу надаємо пілорозберігаючим оперативним втручанням з радикальною дуоденопластикою.

Радикальні оперативні втручання виконані в 122 хворих (93,8 %) з них: резекція шлунка Б-П — у 7 хворих (5,3 %), висічення ПВ з ДП та СПВ — у 81 хворого (62,3 %), висічення ПВ з ПП та СВ — у 16 хворих (12,3 %), висічення ПВ з ПП та СтВ — у 7 хворих (5,3 %), висічення ПВ з ПП — у 11 хворих (8,4 %).

Паліативні оперативні втручання — зашивання проривного отвору за Островським або Оппель-Полікарповим виконані у 8 хворих (6,15 %), з них: в термін 18-24 години з моменту перфорації — 2 хворих, 24-48 годин — у 3 хворих, більше 48 годин — у 3 хворих. Паліативні оперативні втручання проводилися при наявності поширеного гнійного та гнійно-фібринозного перитоніту в термінальній фазі та важких супутніх захворювань.

Радикальні оперативні втручання до 6 годин з моменту перфорації виконані у 39 хворих (31,9 %), в термін 6-12 годин — у 46 хворих (37,7 %), 12-18 годин — у 26 хворих (21,3 %), 18-24 годин — у 9 хворих (7,3 %), 24 — 48 годин — у 4 хворих (3,2 %). Радикальні оперативні втручання виконані при відсутності перитоніту у 9 хворих (7,4 %); при місцевому перитоніті — у 24 хворих (19,6 %): серозному — у 15 хворих, серозно-фібринозному — у 46 хворих; при поширеному перитоніті у 88 хворих (72 %): серозному — у 30 хворих, серозно-фібринозному — у 9 хворих, гнійному — у 12 хворих; при загальному гнійному перитоніті — у 1 хворого.

Післяопераційні ускладнення відмічені у 9 хворих (6,9 %), після паліативних операцій — 5,96 %, радикальних операцій — 0,94 %. Віддалені 3-5-річні результати оперативного лікування хворих з проривними гастродуоденальними виразками: радикальні операції — відмінні (Visick I) — 64,5 %, добрі (Visick II) — 25,5 %, задовільні (Visick III) — 6,1 %, незадовільні (Visick IV) — 3,9 % хворих, рецидиву виразки не спостерігали; паліативні операції, відповідно, — 14,28 %, 14,28 %, 14,28 %, 57,14 % хворих.

Таким чином, при поширеному перитоніті в результаті пілородуоденальної ПВ, якщо з моменту перфорації пройшло не більше 18 годин, ступінь ендоток-

сикозу та ступінь запальних змін в черевній порожнині дозволяють виконати радикальну операцію. Показаннями до виконання радикальної операції при про-ривних пілородуоденальних виразках є: відсутність явищ бактеріального перитоніту, паралітичної кишкової непрохідності, час з моменту перфорації не більше 18 годин, важкість стану хворого за шкалою APACHE II до 11 балів.

УДК 616.342-002.44-089

Б.С. Брискин, А.А. Алешковский

ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СТВОЛОВЫХ ВАГОТОМИЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Московский государственный медико-стоматологический университет

Проблема выбора оперативного пособия при прободных пилородуоденальных язвах составляет значительную часть неотложной хирургии. Наиболее распространённой операцией при перфоративной язве является иссечение язвы и ушивание перфорационного отверстия. Эта операция обеспечивает наиболее благоприятные непосредственные результаты, но не избавляет пациентов от язвенной болезни и различных её осложнений.

Дополнение ушивания прободной язвы стволовой ваготомией является более прогрессивным, однако необходимость выполнения ваготомий разделяется не всеми хирургами.

В условиях неотложной хирургии наиболее приемлемой следует считать стволовую ваготомию. Эта операция отличается достаточной простотой и высокой скоростью выполнения, что в условиях экстренной хирургии представляется важным. Одновременно с этим стволовая ваготомия является радикальной операцией, так как подавляет первую фазу желудочной секреции. Несмотря на это стволовая ваготомия не является идеальным хирургическим вмешательством, так как имеет ряд осложнений: послеоперационный парез желудка, возможность инфицирования заднего средостения, постваготомический атрофический гастрит, постваготомический энтероколит, дискинезия желчевыводящих путей и др.

В последнее время появился термин - адекватность ваготомии. Различные варианты расположения вагуса не позволяют, в ряде случаев, выполнить полную ваготомию. Отсутствие у дежурных хирургов соответствующих навыков также приводит к неадекватности ваготомии и дискредитации ее как метода.

Оценивая качество выполненных ваготомий, мы пришли к выводу, что из 270 операций в 190 случаях ваготомия выполнена неадекватно, и лишь в 80 случаях, выполнена качественно.

Критерием адекватности ваготомий являлось гистологическое исследование иссеченных кусочков вагуса.

С целью оценки клинической оправданности стволовой ваготомии нами проведен анализ отдаленных результатов у 80 пациентов, перенесших стволовую ваготомию за последние 10 лет. В качестве контрольной группы взято 80 пациентов, перенесших простое ушивание перфоративной язвы.

В ходе исследования установлено, что 65 человек (81,2%), перенесших стволовую ваготомию полностью выздоровели. 8 человек (10%), в возрасте старше 50 лет, продолжают страдать язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми обострениями, одному из них впоследствии была выполнена резекция желудка по поводу пенетрирующей язвы.

Что касается нежелательных последствий ваготомии, то к ним можно отнести атрофический гастрит с участками кишечной метаплазии (2 человека) и постваготомический энтероколит (5 человек), потребовавший лечения в гастроэнтерологическом отделении. Однако, у этих больных рецидива язвенной болезни не было.

В контрольной группе у 71 человека наблюдались рецидивы язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, и лишь 9 человек (11,2%) рецидивов не отмечали. Таким образом эффективность излечения от язвенной болезни после сочетания ушивания перфоративной язвы с ваготомией составляет 90%, в то время как выздоровление после простого ушивания составляет только 11,2%.

На основании проведенного анализа мы пришли к следующим выводам: 1. При перфоративных язвах иссечение и ушивание дефекта должны сопровождаться стволовой ваготомией, что значительно уменьшает число рецидивов язвенной болезни. 2. Только крайне тяжелое общее состояние пациента и терминальная фаза перитонита должны склонять хирурга к ограничению объема оперативного вмешательства простым ушиванием перфоративного отверстия. 3. Стволовая ваготомия должна сопровождаться гистологическим исследованием иссеченных стволов блуждающего нерва для подтверждения достоверности этой операции. 4. Операция стволовой ваготомии должна выполняться квалифицированными хирургами, прошедшими подготовку в специализированных клиниках.

H. Cabaj, K. Bielecki, J. Zawadzki

Х. Карабай, К. Белецкий, Й. Завадски

**BLEEKINGPEPTICULCERS-кWNEXPERIENCEIN
ENкSCкPICкBLITERATIкN**

*Медичний центр післядипломної освіти, Польща, Postgraduate Medical
Education Centre, Warsaw, Poland*

Background: Endoscopic obliteration for bleeding peptic ulcer proved its efficiency and become gold standard in treatment of complicated ulcer disease.

Methods: From February 2, 1990 to December 31, 2002 294 patients were admitted to our Department because of bleeding peptic ulcer. Bleeding gastric ulcers (GU) were found in 85 pts and bleeding duodenal ulcers (DU) in 209 pts (3 pts were found to have concomitant GU and DU). Patients were classified according to the Forrest scale: IA-11,9%, IB-30,6%, IIA-33,3%, IIB-24,1%. Within several hours of hospital admission all patients underwent gastroscopy of the upper GI tract including assessment of the bleeding site and severity and subsequent endoscopic obliteration achieved by injecting the bleeding site with 20 ml 1:10.000 adrenaline solution in 40%glucose.

Results: In 92,5% of patients bleeding stopped. Only 22 pts required urgent surgery after obliteration: GU-9 pt had gastrectomy performed, DU-13 pts underwent truncal vagotomy with pyloroplasty (VT+P) and had the bleeding ulcer underpinned. Ninety-six pts underwent elective surgery during the same hospital stay: GU (29 pts) – gastrectomy and vagotomy; DU (70 pts) – HSV in 51 cases, VT+P in 16 cases. None of the patients who underwent surgical or conservative treatment was observed to have recurrent bleeding. Overall mortality in patients with bleeding ulcers was 2,04% (5 deaths). Postoperative mortality amounted to 2,38%.

Conclusions: 1. Endoscopic obliteration proves to be a highly effective (92,5%) method in the treatment of bleeding peptic ulcers. 2. This method allows for elective surgery which significantly reduces the incidence of complications and mortality in the postoperative period.

Г.Д. Бабенков, О.О. Ольшанецький, Б.Б. Кириченко

МІСЦЕВАГОТОМІЇВ ПЛАНОВІЙ ТА УРГЕНТНІЙ ХІРУРГІЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Луганський державний медичний університет

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХДПК) за частотою і соціальною значущістю займає одне із провідних місць серед захворювань органів травлення.

В Луганській області з 1998 по 2001 роки прооперовано понад 3000 хворих з ускладненими формами ВХДПК (шлунково-кишкова кровотеча, перфорація, стенозування).

В теперішній час у плановій і невідкладній хірургії більшість хірургів Луганщини віддають перевагу органозберігаючим методам хірургічного лікування ВХДПК – стовбуровій (СТВ) і селективній проксимальній (СПВ) ваготоміям. Так, за цей трирічний період питома вага органозберігаючих втручань підвищилась з 20,7% до 52% в плановій; з 40,9% до 75,8% в ургентній хірургії ВХДПК. Внаслідок цього загальна летальність скоротилась з 6,6% до 2,2%.

Разом з тим, застосовуючи органозберігаючі методи, в першу чергу СПВ, слід пам'ятати про можливість виникнення ускладнень, із яких найбільше значення має постваготомний рецидив ВХ. В нашій області за період з 1998 по 2001 роки таке ускладнення мало місце у 6,5% хворих. Це свідчить про необхідність впровадження методик хірургічного лікування, спрямованих на підвищення ефективності СПВ, і пошуку альтернативних засобів хірургічного лікування ВХДПК.

В переважній більшості підвищення противиразкового ефекту СПВ зводилось до максимальної денервації кислотопродуруючої зони. Проте ВХ є поліетіологічним захворюванням, усуненням лише нервового впливу на кислотопродуруючу функцію шлунка досягти цілковитого противиразкового ефекту не вдається.

Нами проаналізовано результати обстеження і хірургічного лікування 353 пацієнтів з ВХДПК, у тому числі ускладненою пілородуоденальним стенозом, перфорацією та шлунковою кровотечею, оперованих в Луганській обласній лікарні та міській клінічній лікарні №4.

З метою вибору оперативного втручання здійснювали комплексне доопераційне обстеження, застосовуючи поряд із загально клінічними методами дослідження зондовим методом базальної і стимульованої секреції шлункового соку. Одночасно досліджували моторно-евакуаторну функцію рентгенологічним і кінезіографічним методами, здійснювали радіоімунологічне визначення рівня гастрину сироватки крові, вивчали особливості внутрішньо шлункового регіонарного кровобігу.

Визначення інтенсивності антро-фундального внутрішньошлункового кровобігу, рівня сироваткового гастрину в венозній крові різних відділів шлунка, дослідження моторно-евакуаторної активності дозволило оптимізувати вибір оперативного втручання

Причиною залишкової постваготомної інсулінової секреції є вплив рекурентних внутрішньостінкових гілок блукаючого нерва, які проникають в оксигенну зону шлунка з антрального відділу.

З метою блокування транспорту збагаченої гастрином венозної крові з антрального відділу до кислотопродукуючих зон шлунка було використано розроблену нами операцію циркулярної мукозектомії проксимальніше межі антрум-тіло шлунка.

Розширення СПВ за допомогою додаткового пересікання проксимальних гілок «гусячої лапки» нерва Лагерже сприяє цілковитій ліквідній залишкової інсулінової секреції і може бути одним із заходів хірургічної профілактики рецидування ВХДПК.

Доповнення СПВ циркулярною мукозектомією дозволяє отримати в післяопераційному періоді зниження секреторного потенціалу шлунка: інсулінової секреції на 50,4%, пентагастринової – на 65,4% і за ефектом співвідноситься з резекцією джерела продукції гастрину – антрумектомією.

Використання запропонованих методів підвищення ефективності СПВ дозволяє отримати відмінні і добрі результати у 94,4% хворих.

УДК 616.33-002.44-089:616-006-084

В.В. Иващенко, М.А. Койко

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА В СВЕТЕ ОНКОПРОФИЛАКТИКИ

Донецкий государственный медицинский университет им М. Горького

Несмотря на достигнутые успехи в консервативном лечении язвенной болезни /ЯБ/ в целом, единого мнения о частоте малигнизации доброкачественных язв желудка /ЯЖ/, а следовательно тактике лечения заболевания, нет. Разногласия между терапевтами и хирургами поддерживаются тем фактом, что результаты как резецирующих, так и органосохраняющих методик не всегда являются удовлетворительными. Кроме значительного количества пострезекционных синдромов, отдалённые результаты свидетельствуют о большой частоте развития злокачественных новообразований у оперированных по поводу ЯБ пациентов, особенно перенесших резекцию желудка /РзЖ/.

Тем не менее, большинство больных язвенной болезнью желудка /ЯБЖ/ оперируют, учитывая возможность малигнизации процесса. До на-

стоящего времени классическая резекция 2\3 желудка остаётся самым распространённым видом операции.

Целью нашей работы была ретроспективная оценка отдалённых результатов хирургического лечения ЯБЖ, с акцентом на онкологический аспект проблемы.

В процессе выполнения работы, мы прошли два этапа в хирургическом лечении ЯБЖ. На первом этапе, с 1979 по 1989 годы, абсолютному большинству больных с ЯЖ выполнялась классическая резекция не менее 2\3 органа. Изучены отдалённые результаты оперативных пособий (30 по способу Б(І), 59 – по способу Б(ІІ) в модификации Гофмейстера-Финстерера) у 89 больных (І группа).

Полученные данные заставили нас пересмотреть общепринятую тактику и в последующем десятилетии (второй этап) склониться в сторону снижения объёма резецируемого органа до 1\2 или 1\3. Отдалённые результаты изучены у 100 пациентов (ІІ группа), которым произведена экономная РзЖ по методике клиники (иссечение малой кривизны и формирование остроугольного анизоперистальтического гастроэнтероанастомоза на длинной петле с брауновским соустьем).

Сравниваемые группы были представлены больными с медиогастральной локализацией язв, а их доброкачественный характер был подтверждён после операций морфологически. У 75 % больных при обследовании и интраоперационно диагностированы явления явного или скрытого дуоденостаза в виде органических или функциональных нарушений двенадцатиперстной кишки /ДК/.

Рецидив язвы в І группе больных отмечен у 3,4 %, пострезекционные функциональные заболевания, такие как демпинг-синдром, синдром приводящей петли, желудочный стаз, анемия – в 23,6 % наблюдений.

Вместе с тем, среди больных этой группы, в сроки от 2 до 20 лет после операции, у 9 (10,1 %) развился рак культи желудка, а у 14 (15,7 %) – злокачественные новообразования других локализаций (толстая кишка, поджелудочная железа, почка, жёлчный пузырь).

Среди 30 больных, оперированных по способу Б(І), рак культи желудка возникал почти в 2 раза чаще, чем у оперированных по Б(ІІ).

Во ІІ группе процент рецидивов составил 3 %, у 13 % больных выявлены постгастрорезекционные заболевания функционального характера, имевшие тенденцию к снижению клинических проявлений, в зависимости от срока, прошедшего со времени операции. У двух пациентов в сроки от 3 до 8 лет после операции диагностирован рак культи желудка, что составило 2 %; ещё у одного (1 %) оперированного больного ІІ группы через 5 лет отметили развитие рака лёгкого.

Приведённые наблюдения заставляют в настоящее время при хирургическом лечении ЯЖ склоняться в пользу следующей тактики: – при ЯБЖ, протекающей в большинстве случаев с невысокими показателями кислотности, не-

обходимо выполнять экономные РзЖ, а при отсутствии патологии со стороны ДК, вплоть до клиновидных резекций. Предпочтение всё же необходимо отдавать антрумэктомии с иссечением малой кривизны. Вопрос о восстановлении непрерывности мы решаем в пользу II способа Бильрота с использованием длинной петли и брауновского анастомоза, исходя из онкологических позиций: устранения в большинстве случаев присутствующего у больных ЯБЖ дуоденостаза; профилактики рефлюкс-гастрита; наконец, учитывая возможность повторных вмешательств при развитии онкопатологии в культе желудка.

У больных, страдающих ЯБЖ быстрая и полная ликвидация кислотно-пептического фактора может являться ведущим патогенетическим фактором в активации онкогенеза в организме. В этом отношении резекцию 2\3 желудка нельзя считать патогенетически обоснованной операцией.

Неустранимый дуоденостаз и нарушение эвакуации также считаем одним из ведущих факторов онкогенеза в культе желудка. Большая частота патологических изменений ДК у больных ЯБЖ заставляет отказываться в этих условиях от восстановления гастродуоденальной непрерывности по способу Б(I).

УДК 616.342-002.44-06:616.381-002-089

Б.И. Пеев, Д.А. Смецков, В.И. Бильченко

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ ПЕРИТОНИТА

ХМАПО

В последние годы операцией выбора, при перфорации язвы 12 -перстной кишки, является иссечение язвенного субстрата с вмешательством на блуждающих нервах, что позволяет радикально излечить больного.

При наличии общего или разлитого перитонита многие хирурги воздерживаются от радикального вмешательства и отдают предпочтение ушиванию перфоративного отверстия, тем самым обрекая больного на повторную операцию. По нашим данным до 60% больных после ушивания перфоративного отверстия нуждаются в повторном оперативном пособии в отдаленном периоде из-за развивающихся у них осложнений: стенозирование, пенетрация, кровотечение, реперфорация и т.д.

За 10 лет нами прооперировано 817 больных с перфоративной язвой 12-перстной кишки. У 428 больных выявлен местный перитонит, у 167 больных – перитонит носил разлитой характер, у 222 больных – общий перитонит.

При выборе метода операции оценивалась конкретная хирургическая ситуация и степень операционного риска. Нами разработана система прогнозирова-

ния операционного риска, позволяющая оценить хирургическую ситуацию непосредственно во время операции и, тем самым, определить оптимальный объем операции. Оценка операционного риска проводится по 13-бальной шкале с учетом наличия сопутствующей патологии и степени ее компенсации; перитонита его стадии и распространенности; а также чисто хирургические ситуации и степень их сложности. Мы выделяем три степени сложности хирургической ситуации: 1 степень — первичное вмешательство на органах верхнего этажа брюшной полости, без наличия спаечного процесса, с локализацией язвы по переднему контуру пилородуоденальной зоны без воспалительной инфильтрации окружающих тканей. 2 степень — наличие умеренного спаечного процесса в подпеченочном пространстве, локализация язвы по боковым стенкам и заднему контуру с умеренной воспалительной инфильтрацией окружающих тканей, а также двойная локализация язв. 3 степень — выраженный спаечный процесс в подпеченочном пространстве, наличие множественных язв, локализация язв по заднему контуру и в постбульбарном отделе, пенетрация в соседние органы и ткани и их воспалительная инфильтрация.

Критерием для выполнения ваготомии до настоящего времени является наличие или отсутствие перитонита, так как по мнению ряда исследователей существует опасность возникновения медиастенита при выполнении ваготомии на фоне разлитого или общего перитонита. У оперированных нами больных осложнений в виде медиастенита не наблюдали. По нашему мнению опасность этого осложнения сильно преувеличена.

У 428 больных с местным перитонитом выполнено иссечение язвы в сочетании с ваготомией. У 14 (3,2%) больных были выявлены язвы задней стенки 12-перстной кишки, которые в 9 случаях были иссечены, а в 5-ушиты. У 253 больных выполнена селективная проксимальная ваготомия, у 102 больных селективная ваготомия, у 50 больных стволовая ваготомия, у 12 больных ваготомия по Хиллу-Баркеру, у 11 больных селективная дистальная антральноклеточная ваготомия.

У 167 больных с разлитым перитонитом при иссечении язвы в 6 (3,5%) случаях выявлены язвы задней стенки. Во всех случаях они были иссечены. У 43 больных выполнена СПВ, 72 — СВ. 52 — СтВ.

Из 222 больных с общим перитонитом в 3 случаях иссечение перфоративной язвы не дополнялось ваготомией из-за высокой степени операционного риска. У 39 больных выполнена СПВ, 64 — СВ, 86 — СтВ, 16 — селективная дистальная ваготомия, 14 — ваготомия по Хиллу — Баркеру.

СПВ выполнялась, как правило, у больных когда после иссечения язвы был сохранен привратник, при пилороразрушающих операциях выполнялась СтВ или СВ. У всех больных операции дополнялись декомпрессией желудка, ДПК и начального отдела тощей кишки.

При изучении ближайшего и отдаленного периодов выявлено, что у больных после СПВ ближайший послеоперационный период протекал значительно благоприятнее, однако начиная с 5 -6 месяцев после операции при

детальному вивченню значительних функціональних различий в зависимости от вида ваготомии мы не выявили, а по истечении 2-3 лет ни рентгенологически, ни эндоскопически, ни при ЭГГ невозможно было определить какой вид ваготомии был выполнен ранее.

Таким образом у больных перфоративной язвой, осложненной перитонитом, но при отсутствии высокой степени операционного риска, операцией выбора является иссечение язвенного субстрата, позволяющего выявить наличие второй язвы, с одним из видов ваготомии. Отдаленный послеоперационный период практически не зависит от вида выполненной ваготомии.

УДК 616.381-002.3+617.55+616.334-002.44+616.342-002.44

**М.С. Гойда, В.В. Власов, М.Є. Приступа, В.Г. Мартинюк,
П.А. Погурало, В.В. Мацібора**

ВИБІРОБ'ЄМУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ПРОРИВНОЇ ВИРАЗКИ

Хмельницька обласна клінічна лікарня

Вступ. Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) є розповсюдженим захворюванням. Актуальність ефективного лікування даної патології пов'язана з тим, що хворіють на виразку шлунка і ДПК переважно хворі працездатного віку. В деяких випадках виразкова хвороба шлунка і ДПК стає причиною інвалідності, а при розвитку ускладнень навіть смерті.

Одним з ускладнень перебігу виразкової хвороби шлунка і ДПК є перфорація, яка за літературними джерелами становить до 15% від усіх ускладнень. Особливістю перфорації є те, що вона виникає раптово, швидко веде до загрозових для життя пацієнта наслідків і потребує невідкладного хірургічного втручання із-за розвитку перитоніту (П). Саме цим зумовлена необхідність швидкого встановлення діагнозу, що є абсолютним показанням до невідкладної операції.

Методи. За період з 1999 по 2001 роки в Хмельницькій обласній клінічній лікарні прооперовано 61 хворого (чоловіків – 51, жінок – 10) на проривну виразку. Вік хворих становив 17 – 87 років. Перфорація виразки ДПК спостерігалася у 55 хворих, шлунка – у 4. У двох хворих встановлена перфорація гострої виразки порожньої кишки на відстані 25 – 40 см від дванадцятипало-порожнього вигину, як ускладнення медикаментозної терапії інших захворювань. Розлитий гнійний П спостерігався у 8 хворих, важкий стан у 6 з них зумовив застосування програмованої лапаростоми.

Результати. Першочергово, після виконання верхньої середньої лапаротомії і встановлення топографії проривної виразки виконували санацію і дренирування порожнини очеревини (ПО), окрім ділянки з патологічним процесом. Характер дренирування залежав від вираженості проявів П. При серозному П

обмежувалися дренажуванням порожнини тазу та підпечінкового простору. Для дренажування використовували двоканалні трубчасті дренажі або дві поліхлорвінілові трубки. Гнійний розповсюджений П вимагав дренажування усіх ділянок ПО. Дренажі виводили крізь котрапертури в XI міжреберному проміжку по задній пахвовій лінії (для дренажування верхнього поверху ПО) та в ділянці поперекового трикутника (для дренажування нижнього поверху ПО). Застосування вказаних місць, для виведення дренажів, давало змогу швидко і ефективно видалити ексудат та “промивні води” з ПО, не витрачаючи на це додаткового часу. Останнього дренажували зону першопричини П, після її усунення. ПО промивали антисептиками, робили новокаїнову блокаду брижі кишечнику.

При перфорації хронічної виразки ДПК у 53 випадках виконали видалення виразки з наступною дуоденопластиком. Під час дуоденопластики максимально намагалися зберегти клапанну функцію воротаря. Частіше застосовували дуоденопластику за методом Джада (32), мостовидну (12) та циркулярну (9). Дуоденопластику при відсутності розлитого гнійного П обов'язково доповнювали стовбуровою (26) або селективною (15) ваготомією.

У 14 хворих дуоденопластику завершили внутрішнім дренажуванням шлунка і ДПК спеціальним зондом (З), що дозволило уникнути неспроможності швів та легеневих ускладнень. Так, як застосування назоінтестинальної інтубації не завжди можливе у зв'язку з віковими особливостями, станом серцево-легеневої системи хворих і частими ускладненнями інтубаційної декомпресії в післяопераційному періоді. Нами розроблено зонди для внутрішнього дренажування шлунка і ДПК та ентєрального харчування (Патент 38325 А Україна). Зонд складається з однієї довгої тонкої трубки (мікроіригатор) з наскрізним каналом для подачі харчових сумішей в тонку кишку. В дистальному відділі мікроіригатор з'єднаний на всьому протязі своєю стінкою з двома короткими трубками. В місці сполучення трубок зонд має форму спіралі, що дозволяє створити каркас для дванадцятипалої кишки. Одна з коротких трубок на всьому протязі внутрішньої поверхні спіралі має бокові отвори. Друга коротка трубка має тільки бокові отвори поблизу торцевих отворів, що дає можливість транзитного проходження шлункового вмісту в порожню кишку. По всій довжині коротких трубок між боковими отворами розміщені оливи. Останні закріплені на зовнішній поверхні трубок і виконані з поздовжніми вирізами та отворами в них, які сполучаються з короткими трубками. Використовується зонд наступним чином. Під час операції через дуоденотомічний отвір, в порожнину ДПК, вводиться дистальний кінець зонду і просувається в початковий відділ порожньої кишки. Проксимальний кінець З виводиться крізь носовий хід. Зонди фіксують до кишки та носу. Після операції хворі отримували ентєральне зондове харчування. Зонд видалляли на 5 – 8 добу після стабілізації стану хворого і нормалізації кишкового пасажу.

У 10 (18,2%) поряд з перфорацією виразки передньої стінки ДПК спостерігалася дзеркальна виразка на задній її стінці. Останню після видалення проривної виразки зашивали вузловими швами.

В 2 випадках, за наявності гігантської виразки ДПК з пенетрацією, ускладненої перфорацією і стенозом, було виконано резекцію 2/3 шлунка за методикою Гофмейстер – Фінстерера. Також резекцію шлунка виконано 2 хворим на перфоративну виразку шлунка. Двом іншим хворим виразку шлунка було вирізано з наступним зашиванням дефекту вузловими швами, що було пов'язано з важким їх станом, зумовленим супутньою патологією.

Поодинокі перфоративні виразки порожньої кишки зашивали вузловими двохрядними швами.

У післяопераційний період хворі поряд з інтенсивною медикаментозною терапією отримували проти виразкову терапію (H_2 -блокатори, блокатори протонної помпи, антихелікобактерна терапія тощо).

Померло 2 (3,3%) хворих від прогресуючого гнійного перитоніту та токсичного шоку. Хворих обстежено через 6 місяців та 1 рік. Рецидив виразки ДПК спостерігався у 3 (5,4%) хворих, що відмовилися від проти рецидивного лікування виразки.

Висновок. 1. Лікування проривної виразки шлунка і ДПК повинно бути органозберігаючим з обов'язковим врахуванням важкості перебігу перитоніту. 2. Післяопераційний період у хворих на проривну виразку передбачає обов'язкове призначення проти рецидивного лікування виразки.

УДК 616.33/34-005.1-089-072.1

П.А. Андриевский, И.В. Московченко, А.Л. Дехтярь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛОКАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ОСТРЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Одесский медицинский университет

Городской центр желудочно-кишечных кровотечений на базе ГКБ

За восемь лет в Одесском центре желудочно-кишечных кровотечений лечилось 7733 больных с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. Из них язвенной этиологии было 2844 (56,5%) больных. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением, нами наблюдалась у 498 (17,5%) больных, из них женщин было 204 (41%), мужчин – 294 (59%). Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была верифицирована у 2346 (82%) больных, из них женщин было 805 (34,3%), мужчин 1541 (65,3%). Из этого числа 995 (35%) были больные пожилого и старческого возраста, которые имели тяжелую сопутствующую патологию, что резко увеличивало риск оперативного вмешательства. Кровотечение легкой степени с поте-

рей до 700мл объема циркулирующей крови наблюдалась у 30% больных. Кровотечение средней степени с потерей 700-1500 мл объема циркулирующей крови наблюдалось до 32% случаев, кровотечение тяжелой степени с потерей свыше 1500 мл объема циркулирующей крови наблюдалось в 38% случаев. Учитывая высокую степень риска оперативного вмешательства, группе 995 больных пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией был проведен эндоскопический гемостаз на фоне консервативного лечения с применением H₂ гистаминоблокаторов или блокаторов протонной помпы с проведением в обязательном порядке эрадикации *Helicobacter pylori* по общепринятым схемам. В этой группе больных язвенная болезнь желудка была у 290 (29,2%) больных, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки была диагностирована у 705 (70,8%) больных. Для эндоскопической остановки кровотечения использовались: лазерная фотокоагуляция АИГ-лазером с длиной волны 1,06 мкм, которая была проведена в 65% (647 больных) случаев. Нами использовалась лазерная установка «Радуга I». Подача энергии осуществлялась через кварцевое волокно. Рабочий режим в пределах 40-60 ватт, расстояние до источника кровотечения было 1,5-2 см, энергия 350-400 дж. При более низких энергиях мы сталкивались с поверхностными повреждениями стенок язвы и возникновением диффузного кровотечения, что резко осложняло манипуляцию. В последнее время у 221 больных мы сочетали лазерную фотокоагуляцию с введением фибринового клея Австрийской фирмы «Tissucol» посредством обкалывания язвенного дефекта эндоскопической иглой. Эндоскопическую гидроэлектрокоагуляцию продолжающегося кровотечения мы использовали в 22% (219 больных) случаев. Гидроэлектрокоагуляцию мы проводили посредством специального эндоскопического зонда СД-4 с одновременной подачей воды через зонд. У 60 больных (6%) применялось склерозирование зоны кровотечения эндоскопическим введением 1% этоксисклерола. У 45 больных (4,5%) зону кровотечения обкалывали фибриновым клеем. У 18 больных (1,8%) для остановки кровотечения использовали наложение эндоскопических клипс фирмы «klumpris» по предложенной фирмой методике. У 8 больных (0,7%) на зону кровотечения наносили пленкообразующие средства. В дальнейшем на вторые-третьи-пятые-седьмые сутки проводилось эндоскопическое исследование для контроля источника кровотечения и повторного локального эндоскопического гемостаза с целью профилактики возникновения повторного кровотечения, либо остановки возобновившегося кровотечения одним из вышеописанных методов. Анализируя приведенные результаты, следует отметить, что наиболее эффективным, надежным и более легко выполнимым является эндоскопический локальный гемостаз с использованием лазерной фотокоагуляции в сочетании с эндоскопическим введением фибринового клея в язвенный дефект. Лазерная фотокоагуляция позволяет остановить кровотечение, а введение фибринового клея помогает избежать рецидива кровотечения и создает более благоприятные условия для рубцевания язвы. Повто-

рний динамічний ендоскопічний гемостаз на вторіе-п'ятье сутки дозволяє уникнути рецидива кровотечення. Ефективність динамічного локального гемостазу у хворих пожилого і старшого віку в поєднанні з ерадикацією *Helicobacter pylori* і застосування блокувачів протонної помпи складала 89%, що дозволило уникнути оперативного лікування.

УДК 616.33/34-005.1-089-072.1

В.В.Бенедикт

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ПАРЕЗІВ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я.Горбачевського

В експерименті на білих щурах, в тому числі після експериментального перитоніту (іі) і динамічної кишкової непрохідності в умовах гострої кишкової непрохідності (ГКН) проведено комплексне морфологічне, гістохімічне дослідження змін в стінці тонкої кишки. В клінічних умовах у 356 хворих, в тому числі у 36 пацієнтів на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалу кишку, у 122 хворих – на ГКН, у 136 – на П та у 62 чоловік, яким була виконана лапаротомія (Л) з приводу післяопераційної вентральної грижі за допомогою електрогастро-, електроентерографії і дослідження строків появи кишкової перистальтики, відходження газів і появи акту дефекації було вивчено відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника після операції.

В умовах експериментальної ГКН було знайдено розширення усіх ланок мікроциркуляторного русла з істотним переважанням дилатації венозних структур, набряк, деструктивні та інфільтративні процеси в слизовій та м'язовій оболонках тонкої кишки, стоншення м'язової оболонки в 2 рази і збільшення підслизової основи до 165,1 %, деструктивні зміни у міоцитах і їх органелах. Паралельно було виявлено підсилення процесів оксидації в 1,7 рази і антиоксидантної системи в 1,9 рази з поступовим виснаженням останніх у наступні дні спостереження. Ці явища були пов'язані із зниженням локального кровообігу в умовах парезу в 1,5 рази. Встановлено також зменшення вмісту АТФ на 26,1 % і іонів кальцію у м'язовому шарі органа до 73,4 % порівняно з інтактними тваринами.

Експериментальний перитоніт супроводжувався вираженим повнокров'ям судин, явищами стромального та периваскулярного набряків, капіляростазамі та дрібно вогнищевими екстравазальними крововиливами. Спостерігалася дифузна інфільтрація у підслизовій та м'язовій оболонках тонкої кишки. В міоцитах відмічалися явища зернистої дистрофії. Істотне підвищення дієвих кон'югатів (в 1,5 рази) свідчило про посилення процесів

ПОЛ в стінці тонкої кишки. При цьому статистичне достовірно знижувалася активність каталази (в 1,4 рази). Вміст АТФ в стінці органа зменшувався у 2 рази. Проведений аналіз морфометричних параметрів тонкої кишки стверджує, що П викликає структурні зміни у всіх шарах стінки досліджуваного органа. Так, товщина слизової оболонки зменшувалася на 12,5 %, товщина м'язового шару знижувалася майже у 1,5 рази, а підслизова основа потовщувалася більш ніж у 3 рази.

Такі морфологічні і гістохімічні зміни в стінці тонкої кишки при явищах динамічної кишкової непрохідності в умовах експериментальної ГКН та П вказують, на нашу думку, на необхідність корекції виявлених порушень в клінічних умовах.

У хворих з різною абдомінальною патологією після операції була виявлена етапність у відновленні моторно-евакуаторної функції кишечника. Так, у пацієнтів після Л, хірургічного лікування виразкової хвороби, при ліквідації ГКН в стадії компенсації ми спостерігали три періоди: період дискоординованої діяльності кишечника (до 24 годин), період гальмування рухової активності цього органа (24-48 годин) і період відновлення моторно-евакуаторної функції. У пацієнтів на ГКН в стадії декомпенсації I, особливо, на II в 2-3 стадії захворювання ми виявили два періоди: період гальмування моторики кишечника і період відновлення його моторно-евакуаторної функції.

Враховуючи отримані експериментальні і клінічні дані, хворим на абдомінальну патологію без явищ перитоніту на першу добу після операції для гальмування рухової діяльності кишечника призначали препарати антагоністи кальцію, на другу добу проводили стимуляцію цього органа препаратами кальцію, на фоні яких, при необхідності, використовували внутрішньо порожнистий пневмомасаж шлунка, кишечника киснем (А.С.№ 1409270). Хворим на П і ГКН в стадії декомпенсації використовували з першої-другої доби після операції тільки введення препаратів кальцію і пневмомасаж шлунково-кишкового тракту. Крім цього, в комплекс лікування обов'язково включали введення розчинів АТФ, есенціале, 40 % розчин глюкози, антиоксиданти. При абдомінальній патології, яка супроводжувалася значними змінами в стінці кишечника, обов'язковою умовою є постійна декомпресія цього органа за допомогою зонда, який у наступному використовувався для проведення пневмомасажу. На необхідність цього заходу вказують результати ретроспективного аналізу 22 померлих пацієнтів на ГКН і П. Так, при виконанні операцій у цих хворих при наявності показів-декомпресія кишечника не була проведена у 40 % випадків при ГКН I більш ніж у 90 % при П. У той же час у 90 хворих на ГКН і у 75 % на П спостерігалася відсутність кишкової перистальтики, а в решті випадків – різке її пригнічення.

Такий лікувальний комплекс призводив до раннього відновлення моторно-евакуаторної функції кишечника після операції, що дозволило розпочати

ентеральне харчування з другої-третьої доби після операції у більшості пацієнтів.

Таким чином, при проведенні профілактики післяопераційних парезів кишечника необхідно брати до уваги характер основної патології, об'єм хірургічних маніпуляцій на органах черевної порожнини, ступінь патологічних змін в стінці кишечника. Лікувальний комплекс повинен бути спрямований на покращення біоенергетичних запасів міоцитів, на підсилення антиоксидантних процесів в стінці тонкої кишки, при необхідності – декомпресії цього органа, а також корекцію важливого компонента для скорочення міоцитів – іонів кальцію.

УДК 616.341-007.253-08

В.К. Логачев, Р.Р. Османов

ДУОДЕНАЛЬНЫЕ И ВЫСОКИЕ ТОНКОКИШЕЧНЫЕ СВИЩИ КАК СЛОЖНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Несмотря на высокий уровень современных хирургических знаний в области профилактики и лечения дуоденальных и высоких тонкокишечных свищей, эта проблема в полной мере сохраняет свою актуальность. Отсутствие единого мнения, унифицированной хирургической тактики, многогранность данной патологии требуют к себе самого пристального внимания врачей практического здравоохранения и научных работников.

В отделении гнойной хирургии ИОНХАМНУ с 1991 по 2001 года находилось 59 больных со свищами начального отдела кишечника, женщин – 22, мужчин – 37 (68% пациентов с этой патологией доставлены в клинику института из стационаров города и области по линии санитарной авиации). У 16 имелись дуоденальные свищи, у 43 – высокие тонкокишечные. Первичным заболеванием у 76% пациентов была язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки; у 24% – перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки.

Тактика лечения определялась в зависимости от степени нарушения кишечного пассажа (дебит + состояние отводящего отдела) и морфологических особенностей свища. При визуализации дефекта кишечной стенки проводилась обтурация свища конструкциями, разработанными в клинике института. При невозможности визуализации кишечного дефекта и локализации его в двенадцатиперстной кишке проводилось энтеральное питание больных через зонд, заведенный эндоскопически ниже уровня дефекта в стенке кишки.

Невозможность обеспечить энтеральное питание или эффективную обтурацию свища являлась показанием к оперативному лечению. Оперированы 42 больных: 18-ти из них выполнены экстренные операции (в течение первых суток с момента поступления или с момента установления диагноза); 17 пациентов оперировано на стадии несформировавшегося свища (отсроченные вмешательства) после полной компенсации состояния в результате успешной обтурации; 7 больным, у которых выполнялась обтурация, операции выполнены после эволюции несформировавшихся свищей в сформировавшиеся губовидные.

Консервативное лечение проведено у 17-ти пациентов: в 10-ти случаях были использованы обтураторы (двух- и трехэлементные); в 5-ти случаях (при неполных сформировавшихся наружных свищах) ниже свищевого отверстия, в кишку при помощи фиброгастроскопа проведен зонд, через который осуществлялось энтеральное питание (все свищи в этой группе больных закрылись в течение 12-17 суток с момента установления зонда); у 2-х больных свищи (неполные несформировавшиеся типа трубчатых, с незначительным количеством отделяемого) закрылись в результате местной терапии.

В настоящий момент в институте неотложной хирургии академии медицинских наук Украины проводятся исследования с целью улучшения результатов лечения больных с высокими и истощающими тонкокишечными свищами за счет совершенствования хирургической тактики, консервативных и хирургических технологий.

УДК 616.33-002.44-06-089

**В.Д. Братусь, П.Д. Фомин, Е. Н. Шепетько, Б.Б. Леськив,
П.В. Иванчов**

РЕИМПЛАНТАЦИЯ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ЮКСТАПАПИЛЛЯРНЫХ ЯЗВАХ

Национальный медицинский университет имени А.А.Богомольца, Киев, Украина

Введение. Хирургическое лечение осложненных юкстапапиллярных язв до настоящего времени остается сложной и до конца не решенной проблемой. Близость или вовлечение в процесс язвенной деструкции большого дуоденального соска (БДС), редкость локализации создает значительные трудности при выполнении оперативных вмешательств [1,3,5].

Технические особенности операций при осложненных юкстапапиллярных язвах требуют дальнейшего совершенствования, поскольку эти вмешательства сопровождаются значительным количеством осложнений и высокой послеоперационной летальностью [1,2,4].

Цель исследования: разработка технических приемов реимплантации БДС, снижение послеоперационной летальности и уменьшение количества послеоперационных осложнений при хирургическом лечении осложненных юкстапапиллярных язв.

Материал и методы. Объектом исследований послужили 28 пациентов с осложненными папиллярными и юкстапапиллярными дуоденальными язвами, из которых 26 больных с острым язвенным кровотечением и двое – с перфоративной язвой.

На протяжении 16-летнего периода оперировано 6 больных (1-я группа) с применением традиционной резекции желудка, а затем 22 пациента (2-я группа) по разработанным в клинике методикам: дуоденопластика или пилоропластика с СПВ и трансдуоденальным транспапиллярным дренированием холедоха, реимплантация БДС в двенадцатиперстную или тощую кишку в сочетании с селективной ваготомией, антрумэктомией и транспапиллярным трансдуоденальным или трансэональным наружным дренированием холедоха.

Трем больным 2-й группы реимплантация БДС в тощую (2) и двенадцатиперстную кишку (1) осуществлена при релапаротомии после резекции желудка по Бильрот II.

Результаты и их обсуждение. Предложена классификация околососочковых язв: а) парапапиллярная язва, когда между нижним краем ее и слизистой БДС остается мостик из слизистой ДПК шириной 2-3 мм; при этом язва может располагаться супрапапиллярно, на уровне БДС по правому или левому краю, или субпапиллярно; б) папиллярная язва, когда кратер ее захватывает лишь верхнюю часть БДС, а нижняя часть не вовлечена в процесс язвенной деструкции; в) папиллярная гигантская язва с тяжелой деструкцией БДС, расположенная так, что в центре кратера определяется отверстие ампулы фатерова соска, либо отдельно видны устья общего желчного и панкреатического протоков.

При парапапиллярных язвах может быть предпринята либо дуоденопластика с транспапиллярным трансдуоденальным дренированием холедоха (методика 1А), либо реимплантация БДС в двенадцатиперстную кишку (методика 2А) с перитонизацией линии швов стенкой приводящей петли тощей кишки, выполнением антрумэктомии с селективной ваготомией, транспапиллярного трансдуоденального наружного управляемого дренирования холедоха, наложением страховочной наружной холецисто- или холедохостомы.

При парапапиллярной язве, расположенной по верхнему контуру кишки, разработан способ органосохраняющей операции (методика 1Б), включающий ваготомию (СПВ), пилородуоденопластику с выведением язвы и наложением гофрирующих швов при тампонировании кратера мобилизованными лоскутами стенки двенадцатиперстной кишки, транспапиллярное трансдуоденальное наружное управляемое дренирование холедоха.

При папиллярном расположении осложненной язвы разработан способ реимплантации БДС в двенадцатиперстную (методика 2А) или тощую кишку, выключенную по Брауну (методика 3А), а при отдельном впадении холедоха и панкреатического протока – в тощую кишку, выключенную по Брауну (методика 3Б), с отдельным транспапиллярным наружным управляемым дренированием холедоха и панкреатического протока.

При гигантских папиллярных язвах разработан способ операции реимплантации БДС в двенадцатиперстную кишку (методика 2Б) в сочетании с папиллосфинктеропластикой, транспапиллярным трансдуоденальным наружным управляемым дренированием холедоха, укрыванием зоны реимплантации приводящей петлей тощей кишки. Разработанная методика включает: а) выведение язвы, антрумэктомия, селективную ваготомию; б) папиллосфинктеропластику, транспапиллярное трансдуоденальное дренирование холедоха; в) реимплантацию БДС в двенадцатиперстную кишку; г) выведение транспапиллярного трансдуоденального дренажа наружу, перитонизацию зоны реимплантации приводящей петлей тощей кишки.

При осложненной гигантской папиллярной язве, сопровождающейся значительной деструкцией БДС, либо при интраоперационном его повреждении, разработан способ реимплантации в выключенную по Ру петлю тощей кишки с папиллосфинктеропластикой и транспапиллярным трансюнальным наружным управляемым дренированием холедоха (методика 3В).

В 1-й группе после резекции желудка умерло 4 из 6 пациентов и послеоперационная летальность составила 60,6%. Во второй группе умерло трое больных из 22, послеоперационная летальность составила 13,6% ($p < 0.05$). Послеоперационный панкреатит развился у двух пациентов после реимплантации БДС в двенадцатиперстную кишку.

Выводы. При юктапапиллярных язвах целесообразно стремиться к применению пилоросохраняющей дуоденопластики с СПВ, трансдуоденальным транспапиллярным дренированием холедоха в сочетании с операцией Стронга.

При гигантских осложненных папиллярных и юктапапиллярных язвах с вовлечением БДС и поражением пилоруса рубцово-язвенным процессом считаем рациональным прибегнуть к реимплантации зоны БДС в двенадцатиперстную или тощую кишку в сочетании с антрумэктомией и селективной ваготомией.

Литература

1. Зайцев В.Т., Клименко Г.А., Медведев А.Л. Операционные повреждения общего желчного и панкреатического протоков при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия. – 1984. – №11. – С.29-31.
2. Курбанов К.М. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных пенетрацией в головку поджелудочной железы // Хирургия. – 1999. – №2. – С. 8-10.
3. Курыгин А.А., Тоидзе В.В. Плановая хирургия «залуковичных» язв двенадцатиперстной кишки // Вестн. хирургии. – 1989. – №7. – С.96-98.

4. Черноусов А.Ф., Ануфриев А.М., Корчак А.М., Ри Сун Хо, Степанкин С.Н. Внелуковые язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1987. – №5. – С.42-47.

5. Bowden T.A. Jr., Hooks V.H. III, Rogers K.A. Role of Highly Selective Vagotomy and Kuodenoplasty in the Treatment of Postbulbar Kuodenal kstruction // Am. J. Surg. – 1990. – V.159. – P.15-20.

УДК: 616.33-002.44-07-089

П.Г. Кондратенко, Н.Л. Смирнов

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКО-ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ КРОВОТОЧАЩИХ ЯЗВАХ ЖЕЛУДКА

Донецкий государственный медицинский университет

Любой пациент, поступающий в хирургический стационар по поводу кровотечения в просвет пищеварительного канала язвенной этиологии, является потенциальным кандидатом для выполнения оперативного лечения. Во многих случаях оперативное вмешательство выполняется в неотложном порядке в связи с развитием рецидивного кровотечения или высоким риском его возобновления. Также большое число пациентов, после развившейся геморрагии оперируются в раннем плановом порядке. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки случаи, когда в результате патоморфологического исследования операционного материала диагностируются злокачественные новообразования двенадцатиперстной кишки, являются крайне редкими. В то же время, малигнизация хронических язв желудочной локализации наблюдается довольно часто. Язвенная болезнь и злокачественные новообразования требуют различной тактики оперативного лечения и послеоперационного ведения пациентов. В связи с этим возникает необходимость максимально ранней морфологической диагностики язвенных поражений желудка.

Цель – определение тактики хирургического лечения в зависимости от результатов патоморфологического исследования язвенных поражений желудка.

Материалы и методы. Изучены материалы историй болезней 32 пациентов, поступивших в клинику госпитальной хирургии № 2 ДонГМУ по поводу острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. При поступлении у всех больных диагностирована язвенная болезнь желудка. Решающее значение в диагностике принадлежало результатам эндоскопического исследования. В последующем у всех пациентов при изучении микроскопического строения биоптатов и операционного материала обнаружены признаки злокачественного новообразования. Оперативное вмешательство выполнено у 15 пациентов, причем 6 оперированы по неотложным показаниям.

ям. С учетом интраоперационной картины радикальное оперативное лечение удалось выполнить у 6 пациентов (3 из них оперированы urgently). Среди оперированных по urgently показаниям 4 оперированы в течение первых суток с момента поступления в стационар, 1 – через 3 суток, 1 – на 6 сутки. Больные, которым оперативное вмешательство выполнялось в плановом порядке, оперированы на 12-15 сутки с момента поступления после проведения предоперационной коррекции постгеморрагических нарушений.

Результаты и обсуждение. Как показал проведенный анализ при поступлении в стационар, после выполнения urgently эндоскопического исследования в 100% случаев обнаруживались язвенные дефекты слизистой оболочки желудка, которые трактовались как хронические язвы. Однако, в 18.75% случаев имевшаяся эндоскопическая картина на момент поступления дала повод заподозрить злокачественное перерождение язвы. Хотя в последующем это не послужило поводом для отказа от оперативного лечения.

Исходя из вышесказанного можно сделать следующие выводы: 1) При поступлении больного, у которого причиной кровотечения послужила язва желудочной локализации необходимо в максимально ранние сроки получить морфологическую верификацию предполагаемого диагноза. С этой целью взятие биоптата возможно уже при выполнении первичной эндоскопии в момент поступления больного в стационар. Особенности получения биопсийного материала является обязательное взятие проб из различных участков язвенного дефекта. 2) У пациентов с высоким риском развития рецидивной геморрагии возможно проведение срочного патоморфологического исследования, что может повлиять на тактику ведения больного и на объем операции, в случае выполнения ее по экстренным показаниям. 3) При отсутствии данных морфологического исследования и при обнаружении сомнительной интраоперационной картины, данные должны истолковываться в пользу онкологического процесса с выполнением операции с учетом принципов онкологической радикальности.

Литература:

1. В.Ф. Саенко, П.Г. Кондратенко, Ю.С. Семенюк, Н.Н. Велигоцкий, Н.Я. Калита Диагностика и лечение острого кровотечения в просвет пищеварительного канала. – Ровно, 1997 г.
2. А.М. Ботвинов Острые кровотечения из верхнего отдела пищеварительного канала. – Москва, 1998 г.
3. В.П. Петров, И.А. Ерюхин, И.С. Шемякин Кровотечения при заболеваниях пищеварительного тракта. – М.: Медицина, 1987 г.

О.Є. Бобров, М.А. Мендель, В.І. Бучнів

ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯВИРАЗКОВОЇХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇКИШКИБЕЗ КИСЛОТОПРИГНІЧУЮЧИХОПЕРАЦІЙУЖІНОК

КМАПО ім. П.Л. Шутика, міська лікарня №8, м. Київ

Теоретично для будь-якого хворого виразковою хворобою дванадцятипалої кишки (ВХДПК) можуть бути запропоновані два альтернативних способи лікування – консервативний і хірургічний. При цьому, по-перше: використання хірургічного методу повинно враховувати факти зрослої ефективності консервативної терапії. По-друге: універсального засобу лікування ВХДПК не існує. І, по-третє: більшість жінок із ВХДПК мають психосоматичні порушення, схильність до тривожно-депресивних станів, внутрішньо-особисті конфлікти, які у відомій мірі, формують “ульцерогенну” ситуацію.

Матеріал і методи: Протягом 1996-2000 р. операції при ВХДПК у жінок виконували тільки по абсолютних показаннях (перфорація, декомпенсований стеноз воротаря, кровотеча і їхнє сполучення), при цьому перевагу віддавали органозберігаючим операціям із видаленням або виведенням виразки за контур травної системи без кислотопритгнічуючих операцій (ваготомії).

Нами були оперовані 41 хвора ускладненою ВХДПК у віці від 31 до 72 років. Перебіг ВХДПК у 6 із них було ускладнено перфорацією, у 19 – декомпенсованим стенозом воротаря, а в 16 хворих – профузною шлунково-кишковою кровотечею. При перфоративній виразці у всіх 6 хворих виконане висічення виразки, дуоденопластика (ДП) із зберіганням воротаря. У 12 хворих із стенозом зроблена гастродуоденопластика (ГДП) за Фінесем, а ще в 7 хворих із «цілючимися» виразками передньої і задньої стінок, ГДП за Фінесем доповнена виведенням задньої виразки за контур ДПК. Причиною кровотечі у всіх 16 хворих була виразка з локалізацією на задній стінці ДПК. Усім їм зроблене виведення виразки за контур кишки після гемостазу і ГДП за Фінесем. З цієї групи після операції померла одна хвора.

Принциповим положенням лікувальної тактики було проведення повноцінного противиразкового курсу лікування, який починали відразу після операції і продовжували в умовах гастроентерологічного відділення без виписки хворої із стаціонару. Використовували H_2 -гістаміноблокатори (ранітідін, фамотидін). Перевагу при ерадикації хелікобактерної інфекції віддавали квадротерапії (використовували комбінований препарат “Гастропак”, до складу якого входять амоксицилін, метронідазол, солі вісмуту). Ерадикацію починали на 7-10 добу після операції, терапію H_2 -гістаміноблокаторами продовжували протягом 6 тижнів після операції.

За показниками хворі консультовані спеціалістом психосоматичного відділення, і проводилася відповідна психотропна терапія.

Результати дослідження та їхнє обговорення: результати лікування в терміни від 4 місяців до 5 років простежені в 34 хворих. Рецидив ВХДПК діагностовано в однієї хворої після висічення перфоративної виразки з ДП. Ще у 8 хворих, після ГДП за Фінеєм був діагностований лужний рефлюксогастрит, успішно корегований медикаментозним лікуванням у комплексі з електростимуляцією ДПК і акупунктурою. В жодної хворої не розвився демпінг-синдром.

Висновки: 1. Рутинне виконання кислотопригнічуючих операцій при ВХДПК у жінок ми вважаємо необгрунтованим, а обсяг операції перебільшеним. 2. Застосування мінімально травматичних операцій у комплексі із сучасною терапією відкриває нові можливості в лікуванні ускладнених форм ЯБДП і дозволяє запобігти розвитку хвороб оперованого шлунка.

УДК 616.33-002.44-07-08

П.Я. Чумак, М.О. Рудий, О.П. Ковальов, А.Я. Кузнецов

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК: ВИБІР МЕТОДУ Й ОНАЙБЛИЖЧІ РЕЗУЛЬТАТИ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. Перфоративні гастродуоденальні виразки (ПГДВ) за даними статистики становлять 2,3-3,0 % і більше на 10 000 населення і є найпоширенішими серед гострих хірургічних захворювань. З кожним роком кількість хворих з цією патологією збільшується. Порівняно з попередніми роками почастишали оперативні втручання з приводу ПГДВ, особливо серед хворих похилого і старечого віку. Збільшення кількості хворих із цим грізним ускладненням можна пояснити економічними труднощами, неефективною диспансеризацією, зменшенням кількості планових операцій. Випадки пізньої госпіталізації хворих пов'язані, із труднощами діагностики, і особливо в людей похилого і старечого віку з наявною супровідною патологією, що погіршує результати лікування.

Матеріали і методи. Прооперовано 241 хворих з ПГДВ, які поступили за екстреними показаннями. Вік хворих коливався від 17 до 93 років, серед них чоловіків було 201 (83,4 %), жінок – 40 (16,6 %). Виразковий анамнез від 1 до 20 років зафіксовано в 177 (73,4 %) хворих.

Вік більшості хворих (75, 2%) – від 30 до 50 років. Близько 68% хворих раніше лікувалося консервативно. У 18% хворих з ПГДВ виразковий анамнез не був встановлений. У 125 екстрено госпіталізованих хворих

спостерігався виражений больовий синдром, а інші симптоми (блювання, печія) виявлялись не завжди. Наявність вільного газу під діафрагмою була виявлена тільки в 63%. Але детальний збір анамнезу, об'єктивні критерії сприяли своєчасному встановленню діагнозу і виконанню оперативного втручання.

Результати досліджень та обговорення. Хворі з ПГДВ поступили в стаціонар через 30 хвилин – 74 години з моменту захворювання. До 24 годин з моменту захворювання поступило 75,8%; після 24 годин – 24,2%.

Типова клініка перфоративної виразки діагностована в 189 хворих. У 52 (21,5 %) випадках клініка була нетипова: турбував біль по всьому животу – у 38, у правій половині живота – у 24, у правій здухвинній ділянці – у 8 хворих. Супровідні захворювання виявляли у 72 осіб: ураження легень – у 28, серця – у 32, печінки – у 8 і ураження нирок – у 4.

Те, що хворі оперувалися в різний час (в перші 2 години з моменту поступлення – 206 (85,5 %), пізніше 2-х години – 35 (14,5 %)), обумовлюється наявністю тяжкої супровідної патології й необхідністю її корекції.

Проведено 241 оперативне втручання: зашивання – 146, висічення й зашивання виразки з пілоропластикою – 81, первинна резекція шлунка за Гофмейстер-Фінстерером – 6, первинна резекція за Макі-Шалімовим – 3, зашивання й накладання гастроентероанастомозу – 2, зашивання й холецистектомія – 2, зашивання і апендектомія – 1. У перші 5 днів після операції спостерігалось порушення евакуації з шлунка у 18 хворих. Тому в останні роки ми надаємо великого значення саме методиці операції при перфоративній виразці. З метою профілактики порушення евакуації перфоративну виразку висікаємо в межах здорових тканин, а дефект, що утворився, зашиваємо двохранним швом у поперечному напрямку нитками, що розсмоктуються. Перший ряд – швів накладається на слизову, а другий ряд на серозно-м'язевий шар. Зашивання слід обов'язково проводити на товстому шлунковому зонді. Така операція виконана нами у 26 пацієнтів. Найближчі післяопераційні результати позитивні. У 8 хворих виконана селективна ваготомія, при якій обов'язковим правилом є збереження ніжки Латарже. Проводимо ретельне препарування з метою її максимального збереження й попередження попадання в виразковий рубець.

Перфоративна виразка шлунка діагностована в 131 (54,4 %), дванадцятипалої кишки – у 110 осіб (45,6 %). Післяопераційні ускладнення спостерігалися в 15 (6,2 %) хворих. Релапаротомія виконана в 11 пацієнтів вимушено в перші 7 днів після першої операції з приводу тромбозу здухвинних артерій (1), евентерації (1), защемлення сальника в ділянці контрапертур (1), перитоніту, що продовжується (2), ранньої спайкової кишкової непрохідності (6). Із хворих, які перенесли релапаротомію, померло 3 особи старечого віку з наявністю тяжкої супровідної патології. Після операції померло 13 хворих (5,4 %), 5 з яких поступили пізніше 24 годин із моменту захворювання. В усіх померлих хворих була наявною тяжка супровідна

патологія, яка призвела до ускладнень: інфаркт міокарда (2), тромбоемболія легеневої артерії (1), гнійний плеврит (2), серцево-легенева недостатність (8). Таким чином, характер оперативних втручань для кожного хворого був індивідуальним з урахуванням віку, наявності супровідної патології й часу, що минув з моменту захворювання до поступлення.

У післяопераційному періоді на 3-4 день, коли хворі починали приймати їжу, призначали протихелікобактерну потрійну або квадротерапію. Найбільш ефективною була квадритерапія, яка включала де-нол, амоксицилін, метронідазол і омепразол. Протихелікобактерна терапія сприяла зменшенню рецидивів виразкової хвороби у пацієнтів, яким були виконані паліативні операції.

Висновки. Кількість хворих із ПГДВ з кожним роком збільшується, а діагностика ускладнюється, особливо у хворих похилого і старечого віку. Безпосередні наслідки операції значно кращі у хворих, яким проведено висічення виразки до зони незмінених тканин і зашивання дефекту двошарним швом, у поперечному напрямку на шлунковому зонді. Ваготомія з пілоропластиком повинна бути операцією вибору, але з обов'язковим збереженням ніжки Латарже. Первинна резекція шлунка проводиться за жорсткими показаннями до 6 годин із моменту перфорації. З метою профілактики рецидиву виразкової хвороби з 3-4 дня, коли хворий починає вживати їжу, проводиться ерадикація хелікобактера.

УДК: 616.342 – 002.44 – 089

В. П. Андрющенко

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З “ТЯЖКОЮ ВИРАЗКОЮ” ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Вступ. Термін “тяжкі виразки” в хірургії дванадцятипалої кишки (ДПК) було запропоновано С.С. Юдіним (1955). Автор відносив до них клінічні випадки у ослаблених та виснажених хворих похилого або старечого віку з кальозною виразкою важкодоступної локалізації, а також при наявності масивного запального інфільтрату в зоні оперативного втручання. Хоча питома вага таких хворих в загальній структурі пацієнтів з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки є, в цілому, незначною, однак їх ніяк не можна віднести лише до казуїстичних випадків. У зв'язку з цим метою дослідження стала розробка оптимальної тактики хірургічного лікування хворих з “тяжкою виразкою” ДПК.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати оперативного лікування 27 пацієнтів з виразковою хворобою ДПК, яких було віднесено до кате-

горії тяжких випадків. Вік хворих складав від 57 до 82 років. Чоловіків було 22, жінок – 5. Тривалість захворювання на момент госпіталізації становила від 9 до 25 років. Всі хворі раніше проходили курс консервативного амбулаторного та стаціонарного лікування; в чотирьох в минулому було здійснено зашивання проривної виразки шлунка, двом пацієнтам з верифікованим діагнозом пептичної виразки гастроентероанастомозу раніше виконана резекція шлунка (РШ) з приводу виразкової хвороби ДПК.

У 19 пацієнтів відмічені клінічні ознаки стенозу вихідного відділу шлунка, з пенетрацією виразки у підшлункову залозу і характерним больовим синдромом в 12 з них. В анамнезі у 7 осіб були свідчення про наявність кровотечі.

Використані наступні методи обстеження: клінічні, лабораторні, біохімічні, рентгеноконтрастні, ендоскопічні, ультрасонографічні. У всіх пацієнтів підтверджено діагноз виразкової хвороби ДПК, ускладненої субкомпенсованим (14) та декомпенсованим (7) стенозом вихідного відділу шлунка.

Здійснено уточнення та систематизацію критеріїв “тяжкої виразки” ДПК з виділенням загальних та місцевих факторів. Так, до загальних показників було віднесено: похилий та старечий вік, аліментарне виснаження, втрата маси тіла більше 10 кг, виражена супутня соматична патологія: анемія, гіпопротеїнемія, розлади водно-електролітного балансу (істотне зниження рівня натрію і калію в плазмі крові), субклінічні прояви ниркової недостатності. Подібні зміни як об’єктивного статусу, так і лабораторно-біохімічних показників віддзеркалювали істотні порушення діяльності життєво важливих систем організму пацієнтів та виражені розлади обмінних процесів, які виникали і прогресували внаслідок тривалого перебігу захворювання та зумовлювали особливий стан організму, який можна було б визначити як патологічний гомеостаз.

До місцевих факторів “тяжкої виразки” ДПК було віднесено наступні чинники: “низька” постбульбарна виразка, глибока пенетрація виразкового субстрату в підшлункову залозу або гепатодуоденальну зв’язку, виражений щільний запальний інфільтрат або злуковий процес, тобто такі патологічні зміни, які при спробі виділення початкового відділу ДПК могли б значно ускладнити виконання втручання, збільшити його тривалість, призвести до травмування підшлункової залози та загальної жовчної протоки. Отже, наявність зазначених загальних, місцевих факторів, а також їх поєднання створювали підстави для віднесення пацієнтів до категорії “тяжких виразок” ДПК.

Результати та їх обговорення. Всім хворим було показане хірургічне лікування, яке було здійснено після проведення повноцінної передопераційної підготовки: інфузії водно-електролітних розчинів, білкових та низькомолекулярних препаратів об’ємом від 3 до 4 л, введення імуномодуляторів, гепатопротекторів, стимуляторів діурезу. Проведення такої підготовки не обмежувалось певним відрізком часу і тривало до відносної нормалізації основних лабораторних та біохімічних показників. На підставі субоперацій-

ної ревізії у всіх пацієнтів підтверджено стеноз вихідного відділу шлунка з вираженим рубцюванням в початковому відділі ДПК (22), масивний спайковий процес у підпечінковій заглибині (7), великих розмірів щільний інфільтрат (9), penetрація виразки (11). У решти хворих через значні зміни топографоанатомічних співвідношень у цій зоні було неможливим достовірно виявити та оцінити характер виразкового субстрату і його penetрації.

На підставі оцінки загальних та місцевих факторів було вирішено провести органозберігаючі оперативні втручання. Виконано двобічну стовбурову ваготомію з дренуючими шлунок втручаннями – гастроентеростомією за Петерсоном-Гакером (17) або гастродуоденостомією за Жабуле (8). При пептичній виразці гастроентероанастомозу (2) проведено двобічну стовбурову ваготомію. В після-операційному періоді у двох хворих виникла правобічна пневмонія, в одного – часткове нагноєння рани. Всі пацієнти виписані додому в задовільному стані без виражених клінічних ознак виразкової хвороби з відновленим пасажем їжі по травному каналу.

У хірургічному лікуванні хворих з “тяжкою виразкою” ДПК С. С. Юдін пропонував виконувати резекцію шлунка на виключення виразки. Хоча даний вид оперативного втручання не втратив прав громадянства і навіть має своїх прихильників, однак ця операція має ряд недоліків. Так, по-перше, РШ на виключення не гарантує усунення антрального механізму регуляції секреції шлункового соку, не нівелює тим самим патогенетичні механізми виразкоутворення, що може спричинити виникнення пептичної виразки гастроентероанастомозу і, по-друге, за об’ємом, травматичністю та тривалістю дана операція мало чим відрізняється від радикальної резекції. З огляду на це (за результатами проведених оперативних втручань у даній категорії хворих) застосовану нами хірургічну тактику слід вважати раціональною і оптимальною.

Висновок. В хірургії виразкової хвороби ДПК з “тяжкою виразкою” доцільно здійснювати патогенетично обгрунтовані оперативні втручання (ваготомію в поєднанні з дренуючою шлунок операцією), які порівняно з радикальною резекцією є менш травматичними, короткотривалими, більш безпечними і мають виражений клінічний ефект.

Е.Н. Шепетько, Б.Б. Леськив, П.В. Иванчов, Б.В. Борисов

ПИЛОРУССОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ С ВАГОТОМИЕЙ – ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Национальный медицинский университет. Киев, Украина

Введение. На протяжении последнего десятилетия мы стали очевидцами значительного успеха современного научно обоснованного консервативного (антихеликобактерного) лечения язвенной болезни. Вместе с тем частота осложненного течения и количество неотложных операций при дуоденальных язвах имеет неуклонную тенденцию к нарастанию [5]. Отдаленные результаты и последствия широко применяемых в настоящее время органосохраняющих операций далеко не всегда благоприятны [2,4,5,6,7]. В связи с этим возникла необходимость в разработке функционального пилоруссохраняющего направления в хирургии осложненных язв двенадцатиперстной кишки, совершенствовании операций с сохранением пилорического жома в сочетании с различными видами ваготомий [1,3].

Материал и методы. За период с 1983 по 2000г. выполнено 2674 вмешательства по поводу остrokровоточащей (2105) и перфоративной (569) язвы двенадцатиперстной кишки с применением органосохраняющих операций (ОСО). На высоте кровотечения из 2105 больных оперировано 625 (29,7%), на высоте рецидивного кровотечения – 283 (13,4%), неотложные операции в первые 6-12 часов после поступления при высоком риске рецидива кровотечения выполнены у 182 (8,6%), а в раннем отсроченном периоде оперировано 1015 (48,2%) пациентов.

Мы принципиально разделили типы вмешательств при ОСО на: а) пилоруссохраняющие (ПСОСО – различные виды ваготомий в сочетании с пилоруссохраняющей дуоденопластикой) – 476 пациентов (348 – с кровотечением, 128 – с перфорацией); б) пилорускорректирующие (ПКОРОСО – ваготомии с пилоропластикой, с арефлюксной клапанной пилоропластикой, с гемипилорэктомией) – 2198 пациентов (1757 – с кровотечением, 441 – с перфорацией). При неизменном пилорусе применяли дуоденопластику с сохранением пилорического жома (476) в сочетании с СПВ (394) или комбинированной ваготомией (КВ)(82). Кровотечение умеренной степени было у 97 пациентов, средней степени тяжести – у 112, тяжелое – у 139. При дуоденальных перфорациях все оперативные вмешательства были радикальными и применялись у пациентов молодого и среднего возраста без признаков распространенного перитонита. Удельный вес КВ при дуоденальных перфорациях составил 14,4%. Предложена классификация пилоруссохраняю-

щих операций, которая включает тип (поперечная, продольная), вид (мосто-видная, сегментарная) и вариант (передняя, верхняя, нижняя, задняя на 2/3-4/5 периметра двенадцатиперстной кишки, комбинированная расширяющая, клапанная).

Результаты и их обсуждения. При острокровотокащих дуоденальных язвах благодаря применению активно-индивидуализированной тактики удалось существенно снизить послеоперационную летальность, которая за весь период наблюдений составила 2,7%. Послеоперационная летальность при ОСО по поводу перфоративных язв двенадцатиперстной кишки была минимальной и равнялась 0,4%.

В ближайшем послеоперационном периоде отмечались явления гастростаза в 3,6% случаев, причем после КВ количество гастростазов было в 2,2 раза больше, чем после СПВ с дуоденопластикой. Комплексное консервативное лечение с заведением зондов для энтерального питания и разгрузки было эффективным и привело к ликвидации гастростаза в сроки от 2 до 4 недель после операции. Изучение отдаленных результатов после пилоросохраняющих операций (88) в сравнении с ваготомиями и пилоропластикой (400) показало, что количество отличных и хороших результатов (Visick I-II) было больше (95,4% и 86% соответственно), а неудовлетворительных (Visick IV) – в 2 раза меньше ($p < 0,05$). Выявлено, что частота рецидивов язвы после пилоросохраняющей дуоденопластики с СПВ или КВ в 3,3 раза меньше, чем после ваготомии с пилоропластикой (1,4% и 4,6% соответственно; $p < 0,05$).

Выводы. Целесообразность разработки и применения операций с сохранением пилорического жома и ваготомией подтверждает приоритетность такого направления в хирургии осложненных язв двенадцатиперстной кишки. Оптимальными вмешательствами при осложненных дуоденальных язвах следует считать пилоросохраняющую дуоденопластику с иссечением язвы в сочетании с СПВ или комбинированной ваготомией.

Литература.

1. Велігоцький М.М., Трушин О.С., Комарчук В.В. Нові методи хірургічного лікування шлунково-кишкових кровотеч виразкового генезу // Шляхи оптимізації лікування хворих з шлунково-кишковими кровотечами.-Львів, 2000.- С.34.
2. Кузин М.И. Актуальные вопросы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001.-№1.-С.27-32.
3. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагашбетов М.Ж. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы двенадцатиперстной кишки // Хирургия.-1999.-№4.-С.-9-11.
4. Саенко В.Ф., Пустовит А.А., Диброва Ю.А., Щитов А.В. О патогенезе рецидивов дуоденальной язвы после органосохраняющих операций // Гастроэнтерология, Вып.31.-Днепропетровськ, 2000.- С. 103-107.
5. Шевченко Б.Ф. Диагностика и лечение пострезекционных синдромов // Гастроэнтерология, Вып.31.-Днепропетровськ, 2000.- С. 247-252.

6. Konahue P.E. Parietal cell vagotomy versus vagotomy-antrectomy: ulcer surgery in the modern era // World JSurg. – 2000. – N.3, Vol.24. – P. 264-269.

7. Horzic M, Bunoza K, Maric K. Surgical resection in the treatment of bulbostenosis // Chirurgie. – 1996. – V.121, № 6. – P. 406-414.

УКД – 616.342 – 002.44-07 – 089

В.О. Шапринський, С.В. Сандер, О.А. Камінський, Н.О. Швецова
ВПЛИВ ЕНДОТОКСИКОЗУ НА ВИБІР ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ
ВИРАЗКОВОЇ КРОВОТЕЧІ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Гостра крововтрата спричиняє розлад функцій життєво важливих органів, систем детоксикації, кровопостачання і живлення слизової оболонки шлунку і 12-палої кишки. Одним з можливих механізмів патогенезу може бути розвиток ендотоксикозу.

Мета даної роботи – дослідження впливу ендотоксикозу на вибір тактики і результати лікування при виразкових кровотечах.

Було обстежено 89 хворих з кровотечами виразкової етіології. Вік хворих був від 20 до 82 років. Чоловіків було 67, жінок – 21. Пацієнти були госпіталізовані від 2 годин до 10 діб після виникнення кровотечі. При госпіталізації всім хворим проводили ретельне фізикальне обстеження, фіброезофагогастродуоденоскопію, клініко-лабораторні та біохімічні дослідження. Оперативне лікування було застосовано у 29 пацієнтів.

В доопераційному періоді ознаки ендотоксикозу були виявлені у 16 хворих. Після операції симптоматику ендотоксикозу відмічали у 27 пацієнтів. У хворих з початковим ендотоксикозом перебіг післяопераційного періоду був більш важким. В них нормалізація температури тіла, відновлення перистальтики, нормалізація лейкоцитарного індексу інтоксикації відбувались на 2-4 дні повільніше, ніж у пацієнтів, які до операції не мали ознак ендотоксикозу (13 осіб). Тривалість лікування у хворих оперованих на фоні ендотоксикозу, становила $(13,7 \pm 1,1)$ ліжко-день. В групі порівняння цей показник становив $(10,8 \pm 0,7)$ ліжко-днів ($p < 0,05$).

В групі хворих з ендотоксикозом переважали хворі, оперовані через 3 – 8 днів після госпіталізації (68,8%). В групі порівняння, навпаки, переважали хворі, яких оперували в перші два дні після госпіталізації (61,5%).

Для з'ясування механізмів розвитку ендотоксикозу при шлунково-кишкових кровотечах був проведений експеримент. Статевозрілим білим щурам (самці) внутрішньошлунково вводили гемолізовану кров. Тваринам I групи вводили 1 мл на 100 г маси тіла, II групи – 1,8 мл, III групи – 2,5 мл. При цьому імітували стан при шлунково-кишковій кровотечі з крововтратою

13%, 24% та 35% об'єму циркулюючої крові відповідно. Тваринам контрольної групи вводили 0,9% NaCl з розрахунку 1,8 мл на 100 г маси тіла.

Спостереження тривало 24 години. Загальний стан, активність, апетит, реакція на зовнішні подразники, зовнішній вигляд тварин I і II груп були аналогічні таким як у тварин контрольної групи. Концентрація сечовини в сироватці крові становила 1,6-2,0 ммоль/л, кількість лейкоцитів у периферичній крові – $13 - 18 \times 10^9$ /л.

Тварини III групи були менш активними. Апетит у них був знижений. Вони слабкіше реагували на зовнішні подразники, мали менш охайний вигляд. У цих тварин відмічали задишку, зменшення добового діурезу. Концентрація сечовини в сироватці крові у них становила 4,8-6,3 ммоль/л, кількість лейкоцитів у периферичній крові досягала $17-20 \times 10^9$ /л.

При гістологічному дослідженні легень у тварин III групи відмічали повнокрів'я, розширення судин, інтерстиціальний набряк та інфільтрація тканин, поодинокі ділянки крововиливів і деструкції слизової оболонки бронхів.

Таким чином, отримані дані дають підстави вважати, що при виливі у просвіт травного тракту достатньо великої кількості крові протягом 1-2 діб може розвинути ендотоксикоз. Розвиток ендотоксикозу у даному випадку нагадує розвиток синдрому системної запальної відповіді. Велика кількість токсинів різноманітної хімічної природи потрапляє в кровотік і впливає на життєво важливі органи (зокрема легені та нирки). Подібні зміни негативно впливають на перебіг післяопераційного періоду.

Таким чином, оперативне втручання потрібно проводити в ранній стадії виразкової кровотечі ще до розвитку ендотоксикозу.

УДК 616.33/34 – 005.1 – 085

**В.И. Никишаев, С.Г. Головин, К.В. Кузнецов, С.В. Музыка,
Ю.Г. Тертышный**

ОРГАНИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи

Введение. Проблема острых желудочно-кишечных кровотечений (ЖКК) остается актуальной для многих стран в силу того, что частота их составляет 60-172 случаев на 100000 населения (1,2), а летальность остается достаточно высокой. На современном этапе без эндоскопических методик невозможно решать вопрос о выборе рациональной тактики лечения ЖКК.

Материалы и методы. Нами изучены результаты лечения 15945 больных с желудочно-кишечными кровотечениями, среди которых источником

кровотечения была язва у 9163 пациентов, эрозивные поражения – у 2227, опухоли – у 1419, варикозно-расширенные вены пищевода и желудка – у 1078, синдром Меллори-Вейсса – у 1067, рецидивные и пептические язвы – у 391, диафрагмальные грыжи – у 230, болезнь Дъелафуа – у 177 и прочие – у 193. Этим больным было выполнено 41151 эндоскопическое исследование, в том числе почти в 65% случаях они сочетались с эндоскопическими миниинвазивными вмешательствами на источнике кровотечения. Наши клинические исследования показали высокую эффективность эндоклипирования, эндолигирования, тепловой терапии, сочетания инъекционной терапии с эндоклипированием, тепловой терапией или склеротерапией. В зависимости от квалификации врача, эффективность их составляла от 90 до 100%. При выполнении эндоклипирования мы получили наилучшие результаты. При продолжающемся кровотечении (I группа по Forrest — FI A, FI B) и наличии признаков недавнего кровотечения (II группа — FII A, FII B) обязательно проводили миниинвазивные эндохирургические вмешательства, направленные на остановку кровотечения и на профилактику рецидива. После эндоскопии определяли дальнейшую тактику лечения больных. Больные с продолжающимся кровотечением и неэффективным эндоскопическим гемостазом подлежали экстренному оперативному вмешательству. В случае отказа больного от операции или тяжелой сопутствующей патологии, при которой риск проведения наркоза был выше риска операции, проводился пролонгированный эндоскопический мониторинг с интервалами осмотров через 2-4 часа с повторным неоднократным проведением эндоскопических гемостатических мероприятий. Всем остальным больным проводился эндоскопический мониторинг через 2-4 часа для FI A, FI X, 4-6-для FI B, FII A, FII B, 12-24 часа для FII C и FIII с повторным проведением эндоскопических мероприятий, направленных на профилактику рецидива кровотечения. Определение сроков проведения оперативного вмешательства при кровотечении возможно при широком использовании экстренной диагностической и лечебной эндоскопии с применением мер гемостаза и проведения эндоскопического мониторинга, что позволяет прогнозировать риск рецидива кровотечения, своевременно его выявлять и определяет дальнейшую хирургическую тактику. Отдельную группу составляли пациенты с кровотечением из варикозных вен пищевода и кардии. Всем этим больным был применен комплекс консервативных гемостатических мероприятий, из которых эндоскопистами использованы различные способы гемостаза (склеротерапия, эндоскопическое клипирование и лигирование), что позволило избежать операций.

Результаты. Весь этот комплекс мероприятий позволил нам в последние три года статистически достоверно сократить количество операций при язвенной болезни (до 8,45%) особенно на высоте кровотечения, снизить общую и послеоперационную летальность до 1,8% и 1,6% соответственно. Применяемая нами тактика позволила избежать хирургических вмешательств у пациентов с болезнью Дъелафуа и синдромом Меллори-Вейсса.

Выводы. Применение современных эндоскопических методов гемостаза в сочетании с активным мониторингом позволяет уменьшить хирургическую активность и количество экстренных операций при кровотечениях, что приводит к снижению летальности.

Литература.

1. Katschinski B., Logan R., Kavies J., et al. Prognostic factors in upper gastrointestinal bleeding // Kig Kis Sci.- 1994.-Vol.39.-P.706-712.
2. Longstreth G.F. Epidemiology of hospitalization for acute upper gastrointestinal hemorrhage: a population-based study // Am J Gastroenterol.-1995.-Vol.90.-P.206-210.

УДК 616.342-002.44-08

**М.І. Тутченко, Б.І. Слонецький, В.М. Ватаман, І.І. Слонецький,
Н.І. Іскра, Дж.Ф. Мехрабан, І.В. Тетірко**

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТА НАПРЯМКІ ЛІКУВАННЯ ПЕРИТОНІТУ, ОБУМОВЛЕНОГО ВМІСТОМ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика,
Буковинська державна медична академія*

Перитоніт і надалі залишається одним з грізних ускладнень перебігу та лікування гострих хірургічних захворювань. Наявність перитоніту, при перфорації виразки дванадцятипалої кишки обумовлює скорочення об'єму втручання, а нерідко і спонукає до виконання паліативних операцій.

У роботі (62 собаки), крім традиційних та оригінальних методів морфофункціональних досліджень, було застосовано поліфістульний підхід у вивченні змін у шлунково-кишковому тракті при розвитку антропогенного варіанту поширення дуоденального вмісту. Мікробіологічні дослідження доповнювались вивченням футлярів усіх складових шлунка і кишечника.

Отримані результати засвідчили, що захворювання започатковується в момент інтраабдомінальної агресії як безмікробне для організму взагалі та черевної порожнини зокрема – явище, оскільки при гіперацидності дуоденальний хімус є стерильним. Факт цей зазначено нами при відповідних обстеженнях як в експерименті (16 тварин), так і в клініці (24 хворих).

Внаслідок потрапляння вмісту дванадцятипалої кишки в черевну порожнину відмітили початок розвитку комплексу різноманітних ускладнень, головним з яких – але тільки на даний термін перебігу недути (0-3 години – є синдром абдомінального шоку. На органному та міжорганних рівнях спостереження характерними ознаками для нього є миттєва атонія всіх складових шлунково-кишкового тракту. Це було встановлено в експерименті у тварин

з виключеними ділянками тонкої та товстої кишок за Thiry-Vella. Її доповнюють ще й відповідні розлади зі сторони жовчевих шляхів та відвідних протоків підшлункової залози, у піддослідних тварин з фістулою ДПК, яка гарантує отримання всього хімусу з органа, одразу після початку недуги перестає виділятися притаманний цій ділянці травного каналу вміст.

Впродовж перших 3 годин від часу ініціації недуги, за нашими даними, розпочинає формуватись ще один патогенетичний вузол. Його ми визначили як синдром мікробної прозорості – коли всі шари кишечника контамінуються бактеріальною флорою. На відміну від попереднього, цей процес є тривалим. Він започатковується в дистальних ділянках товстої кишки та поширюється в оральному напрямку, відбуваючись з чіткою орієнтацією: від слизової оболонки до серозної в усіх складових кишечника. На це вказує градієнт бактеріальної контамінації у слизово-підслизовому та серозно-м'язовому футлярах стінки всіх органів, особливо порожньої кишки. Джерелом цієї мікрофлори є саме вміст кишечника. Про це переконливо свідчить порівняння динаміки контамінаційних процесів у тонкій та товстій кишках, в яких на даний термін перебігу недуги розпочинаються кількісні та якісні зміни і у мікробному пейзажі їх вмісту.

Сумація вищенаведених розладів призводить до подолання мікрофлорою очеревинного бар'єру і започаткування бактеріальної контамінації черевної порожнини. Подальший перебіг перитоніту супроводжується синдромом спотвореної компенсації та мікробної експансії, котрі пов'язані між собою ще й через дисфункцію в ілео-цекальному відділі кишечника. Це призводить до загального збільшення контамінації кишечника, особливо його проксимальних відділів, та черевної порожнини. Виснаження компенсаторних можливостей організму призводить до остаточного розподілу кишечника на два басейни з наступним поглибленням поліорганної недостатності.

Таким чином, складність перебігу захворювання обумовлює можливість принаймі трьох напрямків для дій по здоланню недуги: протинаслідкового – коли об'єктом впливу є черевна порожнина; протиджерельного – коли санацийні заходи спрямовані на очищення кишечника та провідного – коли корекційний вплив зосереджується на відновленні мікробіоценозу кишечника та колонізаційної резистентності його слизової оболонки. Їх окреме використання для лікування перитоніту є недостатньо ефективним.

Н.А. Шор, И.В. Иоффе, И.В. Андреева, В.П. Александрин

ВЫБОРМЕТОДАОПЕРАТИВНОГОЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОЙЯЗВЫДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙКИШКИ

Луганский государственный медицинский университет

Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) является одним из наиболее распространенных заболеваний желудочно-кишечного тракта (А.А.Шалимов, В.Ф.Саенко, 1987). Частота ее не имеет тенденции к снижению, а количество осложненных язв ДПК в последнее время значительно увеличилось (С.Г.Белов, 2000). Наши наблюдения подтверждают это.

Так, за последние 10 лет в клинике лечилось 416 больных с прободными язвами ДПК, и их число возросло в 1,5 раза по сравнению с предыдущим периодом. Несмотря на более чем 100-летний период изучения язвенной болезни, до сих пор продолжается поиск оптимального метода лечения прободной язвы. Ушивание прободного отверстия в течение длительного времени считалось наиболее простым и безопасным способом хирургического лечения. Спасая жизнь больного, он в 30-60% случаев сопровождается рецидивом язвы (А.А.Ольшанецкий и соавт., 1995, В.И.Семиног, Н.Н.Гвоздяк, 1995).

Резекция желудка является радикальным методом лечения язвенной болезни, но она неприменима у больных с прободением язвы при наличии разлитого перитонита и тяжелых сопутствующих заболеваний. Наиболее эффективным способом лечения прободной язвы в настоящее время признается иссечение ее с ваготомией, что позволяет не только ликвидировать имеющееся осложнение, но и значительно снизить рецидивы язвенной болезни без увеличения количества летальных исходов (А.А.Курыгин и соавт., 1995).

Целью данной работы являлось изучение результатов хирургического лечения прободной язвы ДПК в зависимости от метода операции у 416 больных, которые находились в клинике хирургии ФПДО Луганского государственного медицинского университета за последние 10 лет. Все больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 173 больных, поступивших в период с 1991 до 1995 гг., когда широко применялось ушивание прободной язвы, во вторую группу вошло 243 больных, поступивших в период 1996-2001 гг., когда основным методом лечения стало иссечение язвы с ваготомией. Возраст больным колебался от 16 до 74 лет, средний возраст составил в первой группе $47,33 \pm 3,76$ лет, во второй группе – $40,24 \pm 4,16$ лет.

Выбор способа оперативного вмешательства зависел от локализации язвы, характера морфологического субстрата, выраженности воспалительного процесса в брюшной полости, степени тяжести состояния больного и наличия у него сопутствующей патологии. Ушивание перфоративной язвы производили в основном у больных пожилого и старческого возраста при нали-

чии разлитого гнойного перитонита или тяжелой сопутствующей патологии. Показанием к резекции желудка было сочетание перфорации язвы с пилоростенозом или с сопутствующей пенетрацией ее в поджелудочную железу. Во всех остальных случаях, даже при наличии серозно-фибринозного перитонита, производилось иссечение язвы по Джадду со стволовой ваготомией и пилоропластикой.

В первой группе ушивание перфоративной язвы было произведено 26 больным. У этих больных наблюдалось 2 осложнения (1 кровотечение и 1 подпеченочный абсцесс). Смерть наступила у одного больного. При этом средний срок пребывания в отделении составил 10,4 койко-день. У 8 больных в дальнейшем отмечен рецидив заболевания. Резекция желудка выполнена у 9 больных. Осложнение – несостоятельность культи ДПК – наблюдалось у 2 больных, один из них умер. Иссечение язвы со стволовой ваготомией и пилоропластикой произведено у 136 больных. Осложнения были у 2 (постваготомическая диарея), летальных исходов не наблюдалось. Средний срок пребывания больных в клинике составил 11,8 койко-дней.

Во второй группе ушивание язвы произведено у 4 больных. Летальный исход наступил у 1 больного (продолжающийся перитонит). Средний койко-день составил 10,4. Резекция желудка выполнена 3 больным. Несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза с летальным исходом была у 1 больного. Средний койко-день пребывания в отделении составил 19,6. Иссечение язвы с ваготомией и пилоропластикой выполнено 236 больным, при этом средний койко-день составил 14,3. В раннем послеоперационном периоде наблюдалось 4 осложнения (у 2 больных атония желудка и у 2 – дуоденостаз за счет воспалительного процесса в области наложенных швов на кишку). Летальных исходов не было.

Таким образом, у 416 больных с прободной язвой двенадцатиперстной кишки при использовании метода ушивания (32 случая) осложнения наблюдались у 9,3% больных, а смертность составила 6,2%. Резекция желудка (12 случаев) сопровождалась осложнениями у 25% и летальными исходами у 16% больных. При иссечении язвы с ваготомией (372 случая) осложнения возникли у 1,6% больным, летальных исходов не было.

Полученные данные показывают, что иссечение язвы со стволовой ваготомией и пилоропластикой должно быть методом выбора при лечении прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Ушивание язвы и резекция желудка при прободной язве двенадцатиперстной кишки должны выполняться по очень строгим показаниям.

**Ф.Г. Кулачек, О.І. Іващук, І.С. Білик, А.С. Паляниця,
В.Ю. Бодяка**

ПРОФІЛАКТИКА РЕЦИДИВУ КРОВОТЕЧІ З ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ МОЛОДОГО ТА ПОХИЛОГО ВІКУ

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

Кровоточива виразка дванадцятипалої кишки (ДПК) у хворих похилого та старечого віку (ПСВ) залишається одним із найгірших ускладнень зі всіх можливих. Особливо грізним є рецидив після спонтанної чи медикаментозної зупинки кровотечі. Операції на “висоті кровотечі” у даній категорії хворих – це летальність до 40-70%. В той же час чіткої тактики лікування хворих з ендоскопічною картиною Forrest 2a, 2b, 2c не існує.

Це пояснюється відсутністю розуміння етіопатогенетичних механізмів виникнення рецидиву, “механістичним” перенесенням лікувально-тактичних підходів для більш молодших вікових груп, що не зовсім коректно. Оскільки у 80-90% пацієнтів в наявності супутня патологія (переважно середнього та важкого ступеня, які разом з важкістю кровотечі утворюють важливі кола), два типи виразок – “стареча” та “застаріла” (і у 20-40% – неможливість верифікувати етіологічний чинник), тривалий виразковий анамнез – від 10 до 40 років, відсутність етапного реабілітаційного лікування.

Метою нашого дослідження було – на основі отриманих результатів локальної фібринолітичної (ФА) та протеолітичної активності (ПА), обстеження Н. Рупорі, вивчити доцільність використання пілобакту, тривалого підведення е-амінокапронової кислоти за допомогою власного дуоденального зонду, який фіксується зовнішнім магнітним полем для зменшення відсотка рецидиву кровотечі.

Робота виконана на 64 хворих з кровоточивою виразкою ДПК і ендоскопічною картиною Forrest 2a, 2b, 2c. У якості контрольної групи використані 16 хворих ПСВ з неускладненою виразкою ДПК. Середній вік склав $68,3 \pm 4,8$ років. Розмір виразки від 0,4 до 1,5 см в діаметрі. Переважала локалізація передньої та задньої стінок. Важкість кровотечі була від легкої до важкої.

За неускладненої виразки ФА слизової передньої стінки переважає активність задньої. Це переважання зберігається і при виникненні кровотечі.

Динаміка змін ФА передньої та задньої стінок при кровотечі різна. В передній стінці найвищі показники відмічені на 2-4 доби, а в задній на 1 добу. До 8 діб відбувається зниження ФА, але в слизовій передній стінці вона вища на 44% від рівня контрольної, а в задній стінці на 28%.

На протязі всього терміну спостерігається значне підняття показників ПА, особливо по відношенню до великомолекулярних білків та колагену.

Усі вивчаємі параметри на протязі спостереження залишаються вищими від контрольних. Пік ПА обох стінок припадає на 1 добу після кровотечі. Вища активність характерна для передньої стінки в порівнянні із задньою у всі терміни.

В порівнянні з неускладненою виразкою, при кровотечі обсіювання *H. pylori* збільшується з 70% до 74%. Найбільший ріст обсіювання *H. pylori* відмічено при “старечих” виразках. Для “застарілих” виразок більш характерним є зміна характеру флори в сторону S- подібних форм. Той факт, що у 41,67% “старечих” виразок не виявлено *H. pylori*, свідчить про наявність інших механізмів виникнення та підтримання кровотечі.

Використання пілобакту у лікуванні даної категорії хворих дозволило зменшити відсоток рецидиву кровотечі на 3,9%. Рецидив кровотечі, за використання пілобакту, настає у більш пізній час і проявляється легшим ступенем важкості. Більш доцільним є використання пілобакту у хворих із “застарілими” виразками.

Особливість використання власного дуоденального зонду полягає у введенні його під час фібродуоденоскопії через інструментальний канал ендоскопу, додатковій фіксації зовнішнім постійним магнітним полем. Тривале локальне підведення 5% е- амінокапронової кислоти дозволило знизити відсоток рецидиву на 11,2%, особливо у групах з легкою і важкою ступеню кровотечі. Окрім того, за неуспішності даного лікування, рецидив кровотечі настає в більш віддалений час, що дозволяє максимально підготувати хворого до можливої операції.

Проведені дослідження дозволяють рекомендувати використання пілобакту та локальне підведення 5% е- амінокапронової кислоти за допомогою дуоденального зонду для попередження рецидиву кровотечі з виразки ДПК у хворих ПСВ.

УДК 616.342-002.44-005.1

Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, Д.В. Попов, М.С. Картель

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ РАДИКАЛЬНОЙ ДУОДЕНОПЛАСТИКИ ВО ПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЫ ДПК

Кафедра общей хирургии, г. Красноярск

Несмотря на предложенные схемы консервативного лечения язвенной болезни ДПК, частота осложненного течения заболевания остается высокой, существующие же оперативные методы в большинстве своем носят органоразрушающий характер.

Наиболее частыми осложнениями являются перфорация и кровотечение. Зарубежная статистика свидетельствует, что перфорация осложняет

течение язвенной болезни у 5-10% больных, при этом летальность составляет 10%. Среди общего числа осложнений язвенной болезни, требующих оперативного вмешательства по абсолютным показаниям, на перфорацию приходится от 25 до 40%. Применения современного фармакологического противоязвенного арсенала существенно снизило за рубежом количество плановых операций, однако не повлияло на частоту и характер осложнений.

В нашей стране показатели заболеваемости язвенной болезнью не только не имеют тенденции к снижению, но и несколько возрастают (Л.И.Аруин с соавт., 1998 г.). В основном это касается осложненных форм ЯБ, болезней оперированного желудка. Количество кровотечений и перфораций увеличилось в 3-4 раза (А. А.Гринберг, 1997г), частота болезней оперированного желудка – в 1,8 раза (Н.Н. Крылов, 1998г).

В практической медицине резекция желудка остаётся основным методом хирургического лечения язвы желудка и в большинстве случаев язвы двенадцатиперстной кишки. Одним из основных недостатков не только классической резекции желудка, но и современных методик является послеоперационный рефлюкс-гастрит, который встречается после резекции желудка по Бильрот-I у 72,1% пациентов, а после резекции желудка по Бильрот -II у 94,6% пациентов (Саенко В.Ф. и соавт., 1985, Горбашко Л.И. и соавт., 1988. Нестеренко У.Л. и соавт. 1995; Полянцев А.А. и соавт., 1995. Miwa V. et al 1995). По данным некоторых авторов Нестеренко Ю.А. и соавт, 1995, Майстренко Н.А. и соавт, 1996), ДГР после операции Гофмейстера-Фингерера встречается в 7 раз чаще, чем до операции, и в 4 раза чаще, чем после способа Бильрот-I.

Одним из органосохраняющих методов является метод радикальной дуоденопластики. Радикальной дуоденопластикой язвенная болезнь ДПК из осложненной переводится в неосложненную т.е язвенную болезнь без язвы. Радикальная дуоденопластика предложена как метод хирургического лечения язвенной болезни ДПК В.И. Оноприевым в 1975 году.

Радикальная дуоденопластика выполняется нами с 1997 г. За этот период выполнено 128 операций, из которых 100 (78,49 %) при перфоративной язве ДПК, 11 (8,6%) – при кровоточащей язве ДПК, 17 (12,91 %) – при сочетании перфоративной язвы с кровотечением. Мостовидная дуоденопластика выполнена у 90 (71,04%) больных, сегментарная дуоденопластика – у 38 (28,96%) больных. Соотношение мужчин и женщин было 8:1 (114:14). Возраст больных от 17 до 61 года в среднем составлял 39 лет.

Варианты дуоденопластики в зависимости от локализации язвенного дефекта: 1) мостовидная дуоденопластика: передняя стенка ДПК 77 (85,72%), при язве на задней стенке 10 (11,11 %)), в случае “зеркальных” язв 3(3,17%); 2) сегментарная дуоденопластика: задняя стенка 25 (65,38%), при «зеркальных» язвах 13 (34,62%).

Среди осложнений встречались в 1 случае ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость, возникшая на 7-е сутки после сегментарной дуоденопластики, в 1 случае тромбоэмболия легочной артерии. Умер 1 (0,78%)

больной от тромбоэмболии легочной артерии и нарастающих явлений острой сердечно-сосудистой недостаточности была госпитализована на 2-ой волне кровотечения.

Поствадомические осложнения ни в одном случае не выявлены. В послеоперационном периоде больные получали эрадикационную терапию по принятым схемам лечения.

При повторном активном вызове больных осмотрено 20 пациентов (21,5%): у 2 (10 %) выявлено повторное язвообразование в ДНК у 2 (10%) признаки дуоденита с единичными эрозиями, у 3 (15%) больных выявлены признаки диффузного гастрита с умеренным дуоденогастральным рефлюксом, у 13 (65%) больных патологии не выявлено. Повторное язвообразование нами расценено как неудовлетворительная эрадикационная терапия, больные прошли повторный курс антихеликобактерной терапии по принятым схемам – у всех больных язвы зарубцевались.

В условия эндоскопического центра 15-ти больным в послеоперационном периоде в сроки до 6 месяцев выполнена эндоскопическая ваготомия по принятой методике. Эффект лечения контролировался рН-метрией аспирационно-фракционным методом. Значения рН ниже 1,3 считались гиперсекрецией (по Логинову, 1986 г.). На 2-ую процедуру эффект от проводимого течения отмечался у 4 (26,6%) больных, на 3-ю – у 7 (46,67 %) больных, без видимого эффекта 4 (26,6%) больных, что видимо объясняется особенностями топографо-анатомического расположения п.vagus. Данным пациентам проводилась медикаментозная ваготомия Н2-блокаторами и блокаторами протонной помпы.

У Д К 616.33-001.5-089

**А.І. Годлевський, В.М. Фурман, Т.С.Василик, Р.М. Горобець,
Б.І. Дударенко, А.Х. Фадель**

РАДИКАЛЬНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ ПРИ ПЕРФОРАТИВНИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗКАХ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І.Пирогова

У зв'язку з ростом частоти ускладнень виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, особливо перфорацій, проблема їх лікування набуває особливої актуальності. Єдиним методом лікування цього ускладнення є невідкладна операція. Покращення результатів хірургічного лікування перфоративних виразок шлунка та дванадцятипалої кишки (в подальшому – ДПК) зумовлене застосуванням радикальних операцій. Це пов'язано з тим, що на сьогоднішній день летальність після операцій є досить високою (5,6-24%) і не має тенденції до зниження.

У клініці факультетської хірургії за період 1993-2000 р.р. з перфоративною виразкою шлунка та ДПК лікувалося 455 хворих. Чоловіків було 404 (88,7%), жінок – 51 (11,3%). Вік хворих – від 15 до 84 р. Переважна кількість хворих – 326 (71,6%) були у віці 20-49 р. Перфорація виразки шлунка спостерігалася у 182 (40%) хворих, а виразка ДПК – у 270 (59,34%). У 96 (21,1%) хворих виразки були локалізовані у пілоричному та препілоричному відділах, по малій кривині – у 48 (10,5%), на передній стінці шлунка – у 47 (15,3%), в ділянці дна та кардії – у 4 (0,87%) і в 2 (0,4%) – на задній стінці шлунка. Виразки передньої стінки ДПК перфорували у 263 (57,8%) хворих; задньої стінки – у (1,0%) та лише у 2 випадках (0,43%) перфорації були розташовані післяампулярно. Одночасна локалізація виразок шлунка та ДПК спостерігалась у 4 хворих, в тому числі у одного хворого була і шлункова та 2 дуоденальні виразки. В одного хворого наступала перфорація пептичної виразки переднього гастроентероанастомозу. Виразковий анамнез становив у більшості хворих від 4 місяців до 30 років. У 96 (21,1%) випадках виразковий анамнез був відсутній. У 238 хворих перфорація виникла у вечірній та нічний час, а у 209 (45,9%) – у період від 6 до 18 години.

Одночасно перфорація в поєднанні з іншими ускладненнями виразкової хвороби була у 119 хворих, серед яких кровотеча була у 3 хворих (0,66%), стеноз пілоруса – у 61 (13,4%), пенетрація – 26 (5,7%). У 19 (4,1%) хворих виразка пенетрувала в головку підшлункової залози, в 3 – в жовчний міхур, в 2 – в гепатодуоденальну зв'язку. У 6 пацієнтів одночасно мали місце перфорація, стеноз та пенетрація. Прикрита перфорація виразки була у 19 (4,1%) хворих.

Доопераційний діагноз перфоративної виразки був встановлений у 424 (93,1%) хворих. Супутня патологія – спайкова хвороба очеревини, хронічний калькульозний холецистит, хронічний панкреатит, кіста яєчника, післяопераційна вентральна грижа – спостерігалась у 74 (16,2%) хворих. Після встановлення діагнозу перфоративної виразки встановлювались показання до екстреного оперативного втручання. У 3 хворих у зв'язку з категоричною відмовою від операції проводилось лікування за Тейлором. Ефект цього консервативного методу мав місце в одному випадку.

Оперативні втручання включали в себе як паліативні, так і радикальні методи. Проте зашивання перфоративного отвору виконано 205 (45,3%) хворим, а протипоказанням для проведення радикальних операцій був перитоніт. Радикальні оперативні втручання при перфоративних гастродуоденальних виразках були розподілені на резекційні та органозберігаючі. Первинна резекція шлунка виконана у 29 (6,4%) хворих. 218 (48,2%) хворим здійснено різні види ваготомій. Двобічна стовбурова ваготомія виконана 211 хворим, двобічна селективна ваготомія – 7. Висічення виразки з пластикою за Джадом-Хорслі зроблено 146 хворим, за Фінеєм – 4, за Жабуле – 1. Одному хворому з перфоративною виразкою переднього гастроентероанастомозу виконана первинна резекція шлунка за Ру. Всі виразки досліджувались гістологічно. Пе-

реважно це були хронічні виразки. У 5 хворих виявлена малігнізація виразки. В одному спостереженні знайдена малігнізація дуоденальної виразки.

Під час операції дифузний серозний перитоніт мав місце у 46 (10,2%) хворих; дифузний серозно-фібринозний – у 161 (35,6%), розлитий серозно-фібринозний – у 138 (30,5%), розлитий фібринозно-гнійний – у 107 (23,6%).

Одним з факторів ризику, що стримує хірургів від виконання радикальних операцій при перфоративній виразці, є наявність перитоніту. 92 (37,5%) хворим при перитоніті були виконані паліативні оперативні втручання. 40 (16,4%) хворим була виконана двобічна стовбутова ваготомія з висіченням виразки та дуоденопластикою. Летальність після паліативних втручань склала 6,3%; після радикальних – 1,2%. Резекційні методи при розлитому перитоніті не виконувалися.

Комплекс лікувально-профілактичних заходів (назогастральна інтубація, проведення зонду за анастомоз, санація черевної порожнини новим антисептиком “Полісан”, субопераційне використання нових антибіотиків – зинацефу), дало можливість знизити післяопераційну летальність з 6,3% до 5,4%.

Аналіз лікування 455 хворих з перфорацією гастродуоденальних виразок показав, що загальна летальність склала 6,37% (померло 29 хворих); післяопераційна летальність – 6,2%. Типовими факторами ризику, що впливають на летальність, вважаємо похилий вік пацієнтів, важкі супутні захворювання, період з моменту перфорації до оперативного лікування більше 24 годин.

Таким чином, паліативні операції не усувають причини виразкової хвороби і мають високу летальність.

Радикальні оперативні втручання, первинна резекція шлунка, двобічна стовбутова ваготомія з висіченням виразки та дуоденопластикою мають низьку післяопераційну летальність і є виправданими органозберігаючими операціями при перфоративних гастродуоденальних виразках.

УДК 616.33+616.342]-002.44-089

**Б.П. Лисенко, В.Д. Шейко, Р.Б. Лисенко, І.В. Ксьонз,
А.Л. Челішвілі**

ХІРУРГІЧНА ТА КТИКА ПРИ ПЕРФОРАЦІЯХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Незважаючи на великий вибір сучасних противиразкових препаратів, їх використання істотно не зменшило частоту такого небезпечного ускладнення виразкової хвороби (ВХ), як перфорація. Деякі хірурги вважають, що в екстреній хірургії головний принцип – порятунок життя хворого, у зв'язку з чим перевагу варто віддавати зашиванню виразок. Інші хірурги під час

операції при перфоративних виразках виконують радикальне для кожного пацієнта хірургічне втручання.

Безумовно, не може бути дискусій стосовно лікування хворих з перфоративною виразкою, що знаходяться з різних обставин у вкрай тяжкому стані. У такій ситуації навіть самі гарячі прихильники радикальних операцій зупиняться на зашиванні перфоративного отвору і всі зусилля спрямують на боротьбу з перитонітом або супутнім тяжким захворюванням.

Іншим аргументом, що виправдовує зашивання перфорації, служить існуюча думка про те, що серед перфоративних виразок в осіб молодого віку велика кількість – це так звані “німі” виразки, які вважаються гострими і потребують, на думку деяких хірургів, простого зашивання перфоративного отвору.

Серед чоловіків у віці 19-22 років, оперованих з приводу перфоративної, так званої “німої” виразки ДПК, у 70-76% виразки вважалися хірургами гострими. У дійсності захворювання носило хронічний характер, підтверджений під час операції не тільки візуально, але і при гістологічному дослідженні; крім того, хронічний характер виразкового процесу був виявлений при ретроспективному ретельному з’ясуванні анамнезу. Саме в цієї категорії хворих багато хірургів рекомендують обмежитися простим зашиванням перфоративної виразки, розраховуючи на повне одужання. Неспроможність цієї точки зору підтверджується аналізом перебігу захворювання після такої операції – у 55% цих хворих ВХ рецидивує

Аргументами на користь паліативного зашивання перфоративної виразки служать і нічний час надходження хворого, велика одночасна кількість хворих, що потребують екстреної операції, і, звичайно, професійний рівень хірурга й анестезіолога. Це більшою мірою організаційні проблеми, що вимагають свого рішення. Але, на наш погляд, необхідно заперечити тим, хто відстоює операцію зашивання перфоративної виразки, посилаючись на недосвідченість ургентних хірургів. З цього приводу можна сказати одне – потрібно організувати роботу в лікувальному закладі таким чином, щоб в ургентній бригаді був хірург, здатний виконати адекватну операцію. Не можна до нескінченності посилатися на нашу професійну неспроможність і тим самим пропагувати її.

За два останніх роки (1999-2000 р.) у невідкладному порядку з приводу перфоративної гастродуоденальної виразки в хірургічних клініках м. Полтави оперовано 236 хворих. З них 58 (24,6%) поступили пізніше 24 годин з моменту перфорації з термінальною фазою перитоніту. Таким чином, можна умовно припустити, що радикальному, патогенетично обґрунтованому виду оперативного лікування підлягало 178 (75,4%) хворих. Однак радикальні операції зроблено лише 21 хворим, що складає 11,8% від потенційно можливих. У 30 випадках хворим виконувалися висічення виразок з дуоденопластиком, що поєднувались з гастроентероанастомозом, але фактор ульцерогенезу не усувався, тому ці операції також відносяться до паліативних. Сме-

ртність після операцій з приводу перфоративної виразки склала 6,4% і представлена винятково групою хворих після зашивання виразок, які надійшли після 24 годин з моменту перфорації.

За даними ендоскопічних кабінетів, тільки двох міських лікарень, за зазначений час було оглянуто 48 хворих, яким виконувалося зашивання перфоративної виразки ДПК, рецидив захворювання – виразковий кратер на слизовій оболонці або ерозивно-виразковий бульбїт – виявлено у 40 (82,3%) хворих.

На підставі вищесказаного пропонуємо наступну лікувальну тактику у хворих з перфоративною гастродуоденальною виразкою:

1. Паліативну операцію зашивання перфоративної виразки вважати винятковою і змушеною операцією, яку виконують вкрай тяжким хворим з термінальною фазою перитоніту або тяжкою супутньою патологією. При цьому у виразок шлункової локалізації слід обов'язково висікати краї для гістологічного дослідження.

2. Радикальні операції показані хворим, що не попадають під пункт 1. Обґрунтованими вважаємо наступні види оперативних втручань: а) при виразках шлунка (I тип) – операція вибору: пілорозберігаюча резекція (типу Макі-Шалімова) або первинна резекція шлунка в оптимальній модифікації; б) при виразках шлунка (II і III тип) – операція вибору: селективна ВТ з антрумектомією або адекватна резекція шлунка в оптимальній модифікації; в) при виразках передньої стінки ДПК і нерозповсюджених перитонітах, госпіталізованих у денний час СПВ із висіченням виразки і пілородуоденопластикою; г) при виразках ДПК із поширеним перитонітом або в умовах великої кількості хворих, що очікують операції, – один з видів комбінованих селективних ВТ (типу Джексона і Бурже) у поєднанні з висіченням виразки і пілородуоденопластикою; д) при гігантських перфораціях ДПК типу відриву шлунка і при крайових перфораціях гігантських і циркулярних виразок ДПК – первинна резекція шлунка в оптимальній модифікації.

Таким чином, на сучасному етапі визначальним аспектом у виборі виду оперативного втручання при перфоративних виразках шлунка і ДПК є індивідуальний підхід, а операцією вибору – радикальне втручання, переважно органозберігаюче.

**В.К. Гусак, О.И. Миминошвили, Г.Д. Попандопуло,
О.С. Антонюк, В.П. Сопельняк**

НАРУЖНЫЕ КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

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

Как известно, образование кишечных (дуоденальных) свищей при хирургическом лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и ее осложнений может явиться следствием несостоятельности швов анастомоза после резекции желудка по Бильрот – 1, несостоятельности швов дуоденальной культи после резекции желудка по второму способу Бильрота, а также результатом прорезывания швов, наложенных на края перфоративного отверстия при прободной язве, особенно при наличии выраженного периульцерозного инфильтрата.

Нами изучены результаты лечения 23 больных с дуоденальными свищами. Все они – мужчины в возрасте от 22 до 74 лет.

Свищи культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка по поводу дуоденальной язвы по Бильрот – 2 были у 20 больных, дуоденальные фистулы после ушивания прободной язвы – у 2, после резекции желудка по Бильрот – 1 (несостоятельность швов анастомоза) – у 1.

Сроки возникновения свищей составляли от 2 до 5 суток после операции. Количество отделяемого, вытекающего наружу, колебалось в широких пределах: от умеренного пропитывания повязки в зоне дренажей, подведенных к очагу (культи двенадцатиперстной кишки гастродуоденальный анастомоз, место ушивания перфорации) до обильных выделений (1–1,5 л. и более в сутки).

Следует отметить, что лишь в одном случае имел место разлитой перитонит вследствие несостоятельности дуоденальной культи на 5 сутки после операции, во всех остальных процес ограничивался зоной подпеченочного пространства. Общее состояние больных страдало в зависимости от объема кишечных потерь и срока, прошедшего от момента операции. В этом отношении больной с распространенным перитонитом, естественно, стоит особо. Степень мацерации зависела от длительности воздействия дуоденального содержимого на брюшную стенку.

Диагностика дуоденальных свищей указанного генеза не представляет каких-либо трудностей, с учетом операции, иногда ее определенных особенностей (трудноушиваемая культи дуоденум и т. д.), характерной клиники.

В более поздние периоды решающее значение имеет фистулография, а также энтерография для исключения нарушения дуоденального пассажа как одной из причин, поддерживающих фистулу.

Консервативное лечение предпринято у 22 больных. При значительных выделениях осуществлялась активная аспирация кишечного содержимого с помощью электроотсоса, присоединенного к дренажной трубке (трубкам), при незначительных потерях ограничивались открытым ведением раны (отделяемое стекло в лоток, а кожа обрабатывалась пастой Лассара).

Если адекватная аспирация не давала эффекта, предпринималась операция, во время которой дефект туго тампонировался поролоновым obturatorом. Такая операция выполнена у 3 больных. Попытка ушить при этом повторно культю двенадцатиперстной кишки у одного больного (дефект стенки кишки хорошо визуализируется после осуществления операционного доступа) не удалось из-за инфильтрации его краев.

В результате лечения свищи самостоятельно закрылись в раннем периоде (до 3-4 недель) у больных, у остальных сформировались трубчатые свищи. В дальнейшем они зажили еще у 3 больных в сроки от 4 месяцев до 1,5 лет. Остальные 5 больных были оперированы. Мы обычно не форсируем оперативное вмешательство при данной патологии и считаем его показанным не ранее, чем через 6 месяцев после образования фистулы.

Одной из причин незаживления дуоденальных фистул мы считаем наличие выворота слизистой двенадцатиперстной кишки через дефект ее стенки, то, что мы именуем внутренним по отношению к брюшной полости эктропионом.

Во всех случаях операция заключалась в иссечении свищевого хода (после предварительного прокрашивания его любым из доступных красителей), освежении краев дефекта в стенке кишки и ушивании его двухрядным узловатым швом. В послеоперационном периоде осложнения имели место у 2 больных – нагноение раны. Все больные выздоровили.

В заключении хотелось бы подчеркнуть, что применяемая нами при определенных показаниях тампонада дефекта дуоденальной культи поролоном является легковъполнимым, малотравматичным и эффективным вмешательством, обеспечивающим лечение локального перитонита, профилактику нарушений гомеостаза, мацерации кожи и гнойных осложнений в ране, а также позволяющая осуществлять полноценное питание больного. Смена тампонов не представляла каких-либо трудностей, поскольку вокруг них быстро формировался канал за счет роста грануляционной ткани. При этом больному достаточно было перед проведением манипуляции ввести обычное болеутоляющее средство.

**В.Г. Ярешко, С.Е. Гребенников, С.А. Сицинский,
Н.Н. Чертенков**

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Запорожский государственный институт усовершенствования врачей

Анализ данных литературы свидетельствует о росте осложнений язвенной болезни, особенно таких, как перфорация язвы. По данным различных авторов, частота прободений язвы по отношению ко всему количеству осложнений язвенной болезни колеблется от 3 до 30% и занимает 4-е место в ургентной хирургии [1, 3]. Как правило, перфорация язв возникает у лиц трудоспособного возраста, что обуславливает социальное значение проблемы.

В целях снижения летальности и улучшения результатов экстренной помощи необходимо совершенствовать существующие методы хирургического лечения, которые при перфоративной язве условно разделяют на паллиативные (ушивания, когда рецидив язвы составляет до 65%), условно-радикальные (иссечение с дуоденопластикой) и радикальные (резекция желудка, экономная резекция с ваготомией, иссечение язвы с дуодено- или пилоропластикой и с одним из видов ваготомии) (2).

Нами проанализированы результаты лечения 164 больных перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) за последние 6 лет. Мужчин было 128 (78,0%), женщин – 36 (22,0%). В возрасте до 30 лет было 36 (21,9%) больных, от 31 до 40 лет – 47 (28,6%), от 41 до 60 лет – 68 (41,5%), старше 60 лет – 13 (7,9%). До 6 часов с момента перфорации поступило 19,5% больных, через 6-24 часа – 63,4%, после 24 часов – 17,0% больных. Как правило, у больных, которые поступали после 12 часов с момента перфорации, заболевание было осложнено реактивной или токсической стадией перитонита – 113 (68,9%), 9 больных поступили в терминальной стадии перитонита. Несмотря на то, что при выборе способа операции учитывали сроки с момента возникновения перфорации, наличие и распространённость перитонита, морфологический характер процесса, паллиативные операции в виде ушивания язвы или иссечения краёв язвы с ушиванием выполнены только у 12 (7,3%) больных. Необходимость использования данной операции была обусловлена высокой степенью операционного риска на фоне общего фибринозно-гнойного перитонита, явлений полиорганной недостаточности, когда на первый план выступали задачи лечения критических состояний. Первичная резекция желудка произведена у 10 (6,1%) больных. Показанием к её выполнению была перфорация пилородуоденальной язвы на фоне декомпенсированного пилоростеноза. Остальным 126 (78,8%) больным выполнены различные виды гастродуоденопласт-

тики или дуоденопластики с иссечением язвы как источника “аутоиммунной агрессии“, дополненные одним из видов ваготомии. Учитывая urgentный характер вмешательств, локализацию перфорации в препилорическом отделе, стремление к наиболее полной ваготомии, 98 больным выполнена гастродуоденопластика со стволовой ваготомией. При перфорации в области луковицы ДПК в последние годы 28 больным выполнялась селективная проксимальная ваготомия в сочетании с дуоденопластикой, сохраняя принцип непрерывности пищеварительной трубки и функциональной достаточности. Умерло после операции 5 больных, из них 3 от разлитого гнойного перитонита с явлением полиорганной недостаточности и двое больных – от тромбоза легочной артерии. Общая летальность составила 3,0%. Осложнения различного характера отмечены у 21 (12,8%) больного.

Выводы: 1. В неотложной хирургии перфоративной дуоденальной язвы необходимо стремиться соблюдать патогенетические принципы лечения язвенной болезни, принятые в плановой хирургии данной патологии. 2. Полиорганная недостаточность, обусловленная перитонитом при перфорации язвы ДПК, в большинстве случаев не является противопоказанием для выполнения радикальной противоязвенной операции.

Литература

1. В.Н.Короткий, Р.Ю.Спицын, И.В.Коросович Органосохраняющие операции при язвенной болезни, осложнённой стенозом // Зб. наук. статей по матеріалам 19 з'їзду хїрургів України. – Харків, 2000. – С.84-85.

2. Саенко В.Ф., Численко И.В. Оценка отдалённых результатов органосохраняющих операций при прободной пилородуоденальной язве // Зб. наук. праць співробітників КМАПО ім.П.Л.Шупика. – Вип.9, кн. 4. – Київ, 2000. – С.875-878.

3. Тутченко М.І., Рощин Г.Г., Клименко П.М. та інші Лікування пїлородуоденальної виразки, ускладненої перфорацією // Клін. хїрургія. – 1998. – №9. – С.26-27.

УДК 616.342-002.44-089

Ю.І. Мартиновський, М.Д. Постолеко

ЗАСТОСУВАННЯ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧИХ ОПЕРАЦІЙ З ВАГОТОМІЄЮ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПРОРИВНОЮ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНОЮ ВИРАЗКОЮ

Запорізький інститут удосконалення лікарів

Проривна пїлородуоденальна виразка – актуальна проблема у невідкладній гастрохїрургії, оскільки поміж усіх ускладнень виразкової хвороби перфорація становить від 25 до 40% (Шорех Г. П., 1996 р). Результати оперативних втручань, які виконуються в невідкладному порядку з приводу перфоративної пїлородуоденальної виразки (ППДВ), незадовільні через високу частоту

післяопераційних ускладнень, летальність, рецидиви виразки, виникнення постваготомних та пострезекційних синдромів, необхідність виконання паліативних втручань, що не впливають на патогенетичні механізми виразкоутворення (В.Н.Сацукевич, Д.В.Сацукевич, 1999). Аналіз літературних видань показує, що в пошуках більш ефективних методів оперативного лікування ППДВ були розроблені способи органозберігаючих операцій на основі видалення виразки в поєднанні з пілорозберігаючими та пілорокорегуючими методиками дуоденопластики, доповненими одним з видів ваготомії (Н.И.Тутченко та співав., 1990; А.А.Курыгин та співав., 1997; В.Н. Горбунов та співав., 1998). Збереження воротаря – важливе завдання з огляду на необхідність зменшення травматичності оперативного втручання та поліпшення віддалених функціональних результатів оперативного лікування (А.А.Грінберг та співав., 1980; Н.И.Тутченко та співав., 1992; О.В.Волков та співав., 1997). Нами проаналізовано результати хірургічного лікування 210 хворих із ППДВ за період 1998-2001 р. Чоловіки склали 177 (84,2%), жінки – 33 (15,8%). Переважали хворі молодого і середнього віку 188 (89,5%), питома вага пацієнтів літнього і старечого віку – 22 (10,5%). Виразковий анамнез встановлено у 109 (51,9%) хворих, шлунковий – відзначали у 21 (10%) пацієнтів. Перфорація була першим клінічним проявом ВХ у 80 (38,1 %) хворих. Наявність місцевого перитоніту встановлена у 40 (19,1 %) хворих, дифузного – 101 (48,1%), загального – 69 (32,8 %). У реактивній фазі перитоніту оперовані 88 (41,9%) пацієнтів, у токсичній – 102 (48,6%), у термінальній – 20 (9,5%). З метою диференційного підходу до визначення обсягу операції проводилася інтраопераційна рН-метрія з використанням комбінованого зонду оригінальної конструкції (А.с. №1468496 від 11.10.96р.) і наступним контролем повноти ваготомії під час операції, а також у післяопераційному періоді. Пілорозберігаюча дуоденопластика в поєднанні із стовбуровою ваготомією (Ств) виконана 124 (59,0 %) хворим, у 6(2,9%) вона доповнена СПВ. У 66 (31,5%) пілоропластика поєднувалась із Ств. Антрумрезекція з Ств виконана у 4(1,9%) хворих і зашивання проривної виразки в термінальній фазі загального перитоніту з важкою супутньою патологією зроблено 10 (4,7 %) пацієнтам.

Віддалені результати хірургічного лікування ППДВ вивчені в терміни від 1-го місяця до 3 років у 130 (61,9 %) пацієнтів, що були розділені на 2-і групи: у 1-ій групі 90 хворим були виконані висічення виразки та пілорозберігаюча дуоденопластика з Ств, 2-у групі 40 хворим зроблене висічення виразки та пілоропластика з Ств. Отримані результати оцінювали за класифікацією Visick у модифікації Ю.М.Панцирева, А.А.Грінберга 1979 р. Відповідно до критеріїв Visick відмінний і добрий результат у першій групі спостережень отримано у 81 (90%) пацієнта, задовільний – 7 (7,8 %), незадовільний – у 2 (2,2 %). В 2-й групі спостережень відмінний і добрий результат отриманий у 24 (60%) хворих, задовільний – у 10 (25 %) незадовільний – 6 (15%). Рецидив виразки в першій групі діагностовано у одного хворого (1,1%), в другій – у 4 (10%).

Наші спостереження показали, що при ППДВ висічення виразки з пілорозберігаючими методиками дуоденопластики в поєднанні зі стовбуровою ваготомією не приводили до стійкого порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, дванадцятипалої кишки та воротаря, значно знижували кислотно-пептичний фактор. Використовуючи даний вид операції у хворих на ППДВ молодого та середнього віку навіть в термінальній фазі загального перитоніту, ми отримали добрі результати. Вважаємо показанням до виконання зашивання перфоративної виразки в ургентному порядку наявність у хворого на ППДВ старечого та похилого віку розлитого перитоніту в термінальній фазі та тяжкої супутньої патології. Використання в післяопераційному періоді індивідуалізованої медикаментозної терапії сприяло більш швидкій реабілітації хворих у післяопераційному періоді. Аналіз віддалених результатів оперативного лікування ППДВ показав переваги використання пілорозберігаючої дуоденопластики з висіченням виразки та стовбуровою ваготомією над пілороруйнівними методиками з стовбуровою ваготомією.

УДК 616.342-002.44-089

О.Т. Гибрадзе, Б.А. Мосидзе, К.К. Куправа, Г.В. Бакурадзе

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНЫХ ПОСТВАГОТОМИЧЕСКИХ И ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННЫХ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Кутаисская краевая клиническая больница, Грузия

Проблема выбора операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК) до настоящего времени остается актуальной. Особенно остро она возникает у больных с рецидивами заболевания. По мнению большинства исследователей детальная диагностика возможна только во время операции. Однако с этим согласиться нельзя, поскольку интраоперационный поиск сопряжен с массивной травмой, удлиняется время операции. Возможны диагностические ошибки. С учетом этих факторов выявления причин повторных язвообразований должны решаться в процессе дооперационного исследования.

Материалы и методы. Располагаем опытом хирургического лечения 42 больных рецидивными язвами, развившимися в сроки от 1 года до 10 лет после операции ЯБ ДПК. Больные раньше оперированы в разных лечебных учреждениях республики. Мужчин было 80,9%, женщин 19,1%; возраст от 24 года до 87 лет. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) произведена у 18 больных с дренированием желудка (10). Задняя ствольная и передняя селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы

и дуоденопластикой, у 12 больных. Рецидивная язва локализовалась в желудке у 12 больных, в ДПК у 17 больных. Сочетание с дуодено-гастральным рефлюксом разное по объему и интенсивности диагностировано у 19 больных. У 7 пациентов с локализацией язвы в желудке отмечена атония желудка. После органосохраняющей операции демпинг-синдром легкой степени выявлен у 4 больных. У 13 больных произведена резекцирующая операция по Б-П. Пептические язвы локализовались в области анастомоза у 8 больных, в отводящей петле язвенный субстрат обнаружен у 5 больных. Из сочетанных пострезекционных расстройств нарушение эвакуации из культи желудка у 3 больных обусловлена деформацией гастроэнтероанастомоза. Демпинг-синдром средней и тяжелой степени верифицирован у 5 больных. Программа обследования изучала анамнестические данные. Всем больным рецидивными ЯБДПК проведено фиброгастродуоденоскопическое исследование и одновременно регистрировали интенсивность и объем дуоденального рефлюкса (ДГР) и рентгеноскопическое обследование, электрогастрографически изучали моторную активность антрального отдела желудка и ДПК. Исследовали кислотопродуцирующую функцию желудка, в сочетании с атропиновым тестом. Наличие *Helicobacter pylori* в желудочном соке и сыворотке крови определяли по концентрации мочевины.

Результаты и обсуждение. У больных после ваготомии с дренирующим желудком операциями (10 больных) выявлен стойкий ДГР с образованием язвенного субстрата в желудке. У 11 больных с пилоросохраняющими вмешательствами и с высокой секрецией хлористоводородной кислоты рецидивная язва локализовалась в ДПК, непрерывность кислотопродуцирующей функции желудка сохранялась. После атропиновой пробы положительного сдвига рН-среды не отмечали. У всех пациентов после ваготомии с рецидивами ЯБ ДПК отмечено моторное расстройство желудка и ДПК. При этом хроническая дуоденальная непроходимость (ХДН) разной степени обнаружена у 12 больных с желудочной локализацией язвы, у 17 больных с рецидивными язвами ДПК. Сочетание ЯБ ДПК с калькулезным холециститом выявлено у 3 больных. Из 13 больных с постгастрорезекционными пептическими язвами после обследования оставленной части антрального отдела «антрум синдром» выявлен у 2 больных. После иссечения участка антрума, непрерывность восстановлена по Б-1. У остальных 11 больных сохранилась высокая непрерывная кислотообразовательная функция культи желудка, вагусной природы. Производили серомиотомию по малой кривизне до угла Гисса с обеих сторон или двухстороннюю стволовую ваготомию, циркулярно иссекали анастомоз, восстанавливая дуоденальный пассаж. Среди наблюдаемых нами больных синдром Золлингера-Эллисона не выявлен. У 20 больных определено наличие *Helicobacter pylori*, положительный результат получен у 80,1% больных, концентрацию мочевины в желудочном соке – $1,08 \pm 0,28$ ммоль/л, в сыворотке крови – $5,3 \pm 0,42$ ммоль/л. Наш опыт показывает, что нельзя во всех случаях шаблонно применять органосохраня-

ющий или резецирующий метод ЯБ ДПК. На основании полученных данных, у больных с постваготомическими и пострезекционными язвами, когда анамнестические данные указывают на агрессивное течение заболевания, после исследования сохраненной кислотопродуцирующей функции желудка, атропиновый тест отрицательный, замедлена перистальтическая активность антродуоденального сегмента, и наблюдается учащение и объемное увеличение ДГР. Одной из ведущих причин образования язвы необходимо считать недиагностированное до операции нарушение, системы противокислотной защиты, в частности антродуоденальный кислотный «тормоз». Декомпенсированная ощелачивающая функция антрума указывает на функциональную несостоятельность части органа и начального отдела ДПК с необратимыми морфологическими изменениями, ваготомические виды вмешательства, надо полагать, усугубляют течение заболевания, показано более радикальное лечение резекцией желудка. При реконструктивных операциях, для эридикации *Helicobacteri pylori*, рекомендована целенаправленная антибактериальная терапия. Нами с 1995 года разработана система патогенетически обоснованного подхода к выбору оперативных способов у больных ЯБДПК. При нарушении ощелачивающей функции антрального отдела желудка, отсутствии ХДН производим экономную резекцию желудка с иссечением малой кривизны до субкардиального отдела, с удалением органа «мишени» (луковицы) ДПК у 102 больных. При сопутствующей ХДН производили двухстороннюю стволовую ваготомию, экономную резекцию желудка и наложение анастомоза по Ру-у 28 больных. Послеоперационные осложнения снизились с 21% до 7%. Рецидив язвообразования не отмечен. У всех пациентов отмечен оптимальный результат, приближенный к качеству жизни здорового человека.

Выводы: Современные методы исследования позволяют установить причины рецидивов язвообразования у оперированных больных ЯБДПК и целенаправленно осуществлять лечебное воздействие.

В проблеме хирургического лечения рецидивной язвы ДПК, при диагностике функционально несостоятельной части органа, сохранена дуоденальной проходимости, показано радикальное лечение экономной резекцией желудка по Б-1 в сочетании с ваготомией. При ХДН предпочтение должно отдаваться экономной резекции желудка по Ру в сочетании с ваготомией.

При хирургическом лечении постгастрорезекционных пептических язв больные должны исследоваться и оперироваться в лечебных учреждениях, располагающих достаточным арсеналом диагностических средств и опытом хирургического лечения болезней оперированного желудка.

Внедрение в хирургическую практику системы патогенетически обоснованного подхода к выбору оперативных способов у больных ЯБ ДПК и рецидивными язвами сократило послеоперационные осложнения с 21% до 7% и является эффективной профилактикой рецидивирования ЯБДПК.

**Ф.Г. Назыров, Р.Р. Саатов, Ю.И. Калиш, Ф.Н. Норкузиев,
М. Артыкниязов**

ТИПОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У БОЛЬНЫХ, РАНЕЕ ПЕРЕНЕСШИХ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ

Научный центр хирургии им. В.Вахидова МЗ РУз

Актуальность проблемы состоит в том, что остаются недостаточно изученными клиничко-морфологические особенности гастродуоденальных язв у лиц, ранее перенесших ушивание перфораций, в связи с чем вопросы выбора тактики операций до сих пор являются во многом спорными.

Целью исследования является анализ особенностей течения язвенной болезни у лиц, ранее перенесших ушивание перфораций.

Материал и методы. НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз располагает опытом хирургического лечения больных с желудочными (1467) и дуоденальными (7555) язвами. Из этого числа за период с 1975 по 2001 годы на лечении находилось 959 (10,6%) больных, ранее перенесших ушивание перфораций. Мужчин было 915 (95,4%), женщин – 44 (4,6%). При обследовании учитывались анамнестические данные, результаты интраоперационных осмотров и биопсий, данные эндоскопии (ЭГДФС), бактериологических исследований.

Результаты. Среди 959 пациентов, ранее перенесших ушивание перфоративных язв, однократное ушивание отмечено у 919 (95,8%), двукратное – у 36 (3,75%) и трехкратное – у 4 (0,4%). Таким образом, из общего числа оперированных каждый десятый ранее перенес ушивание перфораций язв, а 0,4% больных перенесли многократное ушивание. У 312 больных из 1467 оперированных по поводу хронических язв желудка имелись сочетания их с дуоденальными язвами (21,3%). Основываясь на наших прошлых исследованиях, к сочетанным относим те язвы желудка, которые возникли без гастростаза. Вторичными язвами желудка считаем язвы, образовавшиеся на фоне гастростаза, так как он является основным патогенетическим механизмом их образования. Исходя из такого определения, у 142 больных (9,7%) имелись сочетанные язвы, а у 170 (11,6%) – вторичные. В группе больных с вторичными язвами у 39 (22,9%) в анамнезе было прободение язвы, а у 3- двукратное.

Из 959 больных, ранее перенесших ушивание перфораций язв, в анамнезе отмечены кровотечения у 123 (12,8%), а 73 (7,6%) поступили с язвенным кровотечением. При эндоскопическом исследовании в 116 случаях (12,9%) обнаружена низкая, постбульбарная локализация язв, гигантские язвы отмечены у 74 (7,7%). Гиперсекреторный синдром наблюдался у 179 (18,7%) больных. Сопутствующий дуоденостаз был у 127 (13,2%) пациентов.

Морфологічне дослідження показало, що в 78% випадках виявлені виразки були лазерорезистентними. О характері морфології лазерорезистентних виразок повідомлялося раніше. У 80% хворих констатовано високе вміщення хелікобактерій в зоні виразки.

Таким чином, серед оперованих хворих по приводу виразкової хвороби більшу частину становлять пацієнти, раніше перенесені вишивання перфорацій виразки, причому, 40 з 959 (4,1%) перенесли багаторазове вишивання. Переважаюче число хворих цієї категорії страждає складними формами виразкової хвороби, у них, як правило, відзначається атипична локалізація, великі розміри виразки, досить велика частота становлять супутній дуоденостаз і гіперсекреторний синдром і поєднання, або вторинної виразки шлунка. Виходячи з цього, цілеспрямованим є вибір радикальних методів хірургічних втручань у цій групі хворих.

УДК 616-002.45-06-037

Ю.М. Фатула, Б.М. Пацкань, І.І. Курах, В.В. Ганчин

ВПЛИВ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ТА ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ПІЛОРОДУОДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

Ужгородський національний університет, Ужгородська центральна міська клінічна лікарня

На сучасному етапі численними фундаментальними дослідженнями науково обґрунтовано та загально визнано, що основними етіопатогенетичними факторами виразкової хвороби дванадцятипалої кишки є гіперсекреція соляної кислоти та інфекція *Helicobacter pylori* (Hр). Але проблема взаємозв'язку гелікобактерної інфекції, стану шлункової секреції з виникненням та рецидивуванням ускладненої виразкової хвороби, вивчена ще не достатньо і потребує подальших досліджень.

Матеріал та методи. Нами обстежено 106 хворих, з них 57 (53,8%) з перфоративними і 49 (46,2%) з гострокривоточивими пілородуоденальними виразками віком від 19 до 76 років. Чоловіків було 97 (91,5%), жінок – 9 (8,5%). Переважну більшість пацієнтів (71,7%) складали люди молодого та середнього віку (від 20 до 49 років). Усі хворі обстежені на наявність гелікобактеріозу. Гелікобактерний статус досліджувався шляхом вивчення гастробіоптатів слизової оболонки антрального або препілоричного відділу шлунка, отриманих інтраопераційно або ендоскопічно. Обстеження виконувалося паралельно двома методами: біохімічним – за допомогою швидкого уреазного тесту (Де-нол тест) та цитологічним – шляхом мікроскопії мазків-відбитків, забарвлених за Романовським – Гімзою. Стан кислотоутворюю-

ючої та кислотонейтралізуючої функції шлунка досліджений за допомогою внутрішлункової рН-метрії за Лінаром у половини хворих (25 з перфоративними і 28 з гострокровоточивими виразками) до появи цих ускладнень під час попередніх госпіталізацій з приводу загострення виразкової хвороби.

Результати. Рівень інфікованості Нр при перфоративних пілородуоденальних виразках такий же, як і при гострокровоточивих: 86% та 85,7% при обстеженні Де-нол тестом і 82,5% та 81,6% при обстеженні цитологічним методом. Дані за ступенем інфікованості (важкістю гелікобактеріозу) у Нр-позитивних хворих при перфораціях та кровотечах також подібні. За даними швидкого уреазного тесту більшість пацієнтів (53% при перфораціях та 47,6% при кровотечах) – з високим ступенем інфікованості; 28,6% та 40,5% – з середнім ступенем; 18,4% та 11,9% – з низьким. В той же час дані цитологічного методу відрізняються майже у зворотній пропорції: високий ступінь спостерігався у 8,5% хворих з перфораціями та 25% з кровотечами; середній ступінь – 34% і 32,5% відповідно, і більшість хворих (57,5% та 42,5%) з низьким ступенем. Даний факт пояснюється різною чутливістю цих методів обстеження, особливо при інтраопераційній діагностиці.

За даними рН-метрії у всіх хворих мав місце сильнокислий вміст шлункового соку. У переважної більшості обстежених пацієнтів (86,8%) спостерігалася стадія декомпенсації злуження антрального відділу шлунка. Середній показник базального рН у тілі шлунка складав $1,46 \pm 0,19$, в антральному відділі $2,23 \pm 0,58$.

Усі хворі з перфоративними та 29 (59,2%) з гострокровоточивими виразками були прооперовані. Радикальні операції виконані 37 (43%) пацієнтам (резекції шлунка – 13, ваготомії з дреноючими операціями з втручанням на виразці – 24). Умовно радикальні операції (пілоро- або дуоденопластика з втручанням на виразці) проведені 49 (57%). 20 (18,9%) хворим з крововтратою легкого ступеня, виразками невеликих розмірів, з відсутнім або нетривалим виразковим анамнезом проведена консервативна терапія.

50 Нр-інфікованим хворим, яким були виконані умовно радикальні операції, а також неоперованим пацієнтам проведена антисекреторна та антигелікобактерна терапія. У 38 (76%) з них на контрольному обстеженні через місяць констатована ерадикація Нр-інфекції. Протягом п'яти наступних років рецидивів виразкової хвороби у них не спостерігалось.

Контрольну групу склали 40 Нр-інфікованих пацієнтів, які не пройшли ерадикаційну терапію (24 з них виконані умовно радикальні операції, 10 – радикальні, 6 неоперованих хворих з виразковими кровотечами). За аналогічний період рецидив захворювання мав місце у 62,5% (25 чоловік), причому у 14 (35%) пацієнтів спостерігався також і рецидив виразкових ускладнень (стенози, пенетрації, повторні виразкові кровотечі).

Висновки. 1. Рівень інфікованості гелікобактеріозом при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненій перфорацією або кровотечею,

становить 81,6 – 82% за даними цитологічного методу та 85,7 – 86% за даними швидкого уреазного тесту. 2. Збереження гелікобактерної інфекції у хворих з перфоративними та гострокровоточивими виразками є одним з домінуючих факторів ризику рецидиву виразкової хвороби та її ускладнень, особливо при нерадикальних операціях. 3. Проведення антисекреторно-антигелікобактерної терапії з ерадикацією Нр-інфекції є однією з необхідних умов профілактики рецидивів ускладненої виразкової хвороби та покращення віддалених результатів екстрених хірургічних втручань.

УДК 616.33-089.87-06:616.089.843

К.М. Курбанов, М.Ш. Партов

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРЫХ ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

ТГМУ, Душанбе

Острые желудочные кровотечения (ОЖК) остаются одним из самых грозных осложнений язвенной болезни. До настоящего времени остаются спорными и окончательно нерешенными вопросы хирургической и лечебной тактики, выборов сроков и методов операции в зависимости от тяжести кровотечения, типа желудочных язв и степени хеликобактерной обсемененности слизистой желудка.

Целью настоящего исследования является обоснование лечебной тактики при острых желудочных кровотечениях в зависимости от типа желудочных язв и тяжести хеликобактериоза.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 82 больных с ОЖК. Мужчин было 62 (75,2%), женщин – 20 (24,4%). Возраст больных составил от 24 до 68 лет.

Согласно предложенной классификации Н. Johnson (1965) больные в зависимости от типа желудочных язв распределены таким образом; I – тип желудочных язв (медиагастральные) имелось у 41 больных (50%), II – тип (гастродуоденальные) у 24 (29,3%) больных и у 17 больных (20,7%) имело место III – тип желудочных язв (препилорические). Тяжелые степени кровотечения чаще всего наблюдалось при I – типе желудочных язв (медиагастральные) у 37 больных, несколько меньше она наблюдалось при II (13 больных) и III – типе желудочных язв (7 больных).

Для диагностики факта кровотечения и ее тяжести всем больным проводили фиброгастродуоденоскопию, регистрировали величину дефицита циркулирующей крови (ДЦК), гемограмму. Уровень хеликобактерной обсемененности слизистой желудка определяли уреазным тестом и гистологичес-

ким методом. Кислотопродуцирующую функцию желудка определяли рН – метрией.

Результаты и их обсуждение. При анализе полученных результатов установлено, что при кровопотере легкой степени ДЦК составлял $542,64 \pm 16,50$ мл ($P < 0,001$). Вместе с тем не отмечалось существенных сдвигов гематокритной величины ($41,84 \pm 0,62$); С увеличением тяжести кровопотери у больных достоверно нарастало ДЦК по сравнению с кровопотерей легкой и средней тяжести, до $1250,26 \pm 52,62$ мл и $2182,72 \pm 74,18$ мл ($P < 0,001$). Также наблюдалось выраженное достоверное уменьшение гемореологических показателей крови, особенно при тяжелой форме кровопотери ниже уровня допустимого. При исследовании кислотообразующей функции желудка установлено, что для желудочных язв I типа (медиагастральные) в 39,8% случаев наблюдалась гиперацидность во 11-й фазе желудочной секреции, в 28,2% – нормацидный тип секреции. Гипоацидный тип секреции зарегистрирован в 19,5% случаев, а анацидность – в 9,5%. Для желудочных язв II типа (гастродуоденальные) характерным было доминирование гиперацидного типа секреции наблюдавшийся в 79,8%. В 19,4% имело место нормацидный тип секреции. Для желудочных язв III типа (препилорические) характерным было наличие гиперацидного типа секреции в 42,4%, нормацидного типа – в 27,6%, гипоацидного типа – в 21,8% и анацидного типа секреции в 8,2% случаев.

Исследование уровня хеликобактерной обсемененности слизистой желудка, показало, что практически в 100% случаев (98,8%) при кровоточащих медиагастральных язвах имело место хеликобактериоз тяжелой и средней тяжести. При желудочных язвах II типа в 54% случаев наблюдались хеликобактериоз средней и легкой степени и в 26% случаев хеликобактериоз тяжелой степени. Желудочные язвы III – типа (препилорические) характеризовались, наличием хеликобактериоза легкой и средней тяжести в 48,4% случаев, тяжелая степень хеликобактериоза наблюдалось лишь в 7,3% случаев. Следует отметить, что при желудочных язвах III – типа в 84% случаев у больных диагностирован дуоденогастральный рефлюкс средней и тяжелой степени.

Предварительные полученные результаты свидетельствуют о том, что в основе патогенеза развития желудочных язв I – типа, ведущее место отводится хеликобактериозу.

При лечении желудочных язв I – типа предпочтение следует отдавать резекции желудка по Риделю и Шалимову – Макки, при отсутствии подозрения на малигнизацию язв -СВ- антрумэктомии и СПВ+циркулярное иссечение язвы. При II – типах желудочных язв предпочтение следует отдавать органосберегающим оперативным вмешательствам и экономной резекции желудка с ваготомией.

При лечении желудочных язв III – типа, предпочтение следует отдавать резекции желудка по Бильрот I или же резекции желудка по Ру.

Заключение. Таким образом результаты исследования показывают, что выбор метода и объема оперативных вмешательств при желудочных крово-

течениях зависят от типа желудочных язв, характера желудочной секреции и моторно – эвакуаторной функции желудка, а также от степени хеликобактерной обсемененности слизистой желудка.

УДК 616.33:616-002.44-089

В.И. Давыдкин, И.Н. Пиксин, Н.А. Чапаев

ДУОДЕНОГАСТРАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ДО И ПОСЛЕ ПИЛОРСОХРАНЯЮЩИХ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА

Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Россия

В последнее время большая роль в возникновении рецидива язвенной болезни отводится синдрому дуоденальной регургитации, оказывающему повреждающее действие на слизистую желудка и стимулирующему гуморальную фазу желудочной секреции (Реут А. А. и соавт., 1990; Панцырев Ю.М. и соавт., 1993; Nehra K. et al., 1999).

Диагностику дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) проводили комплексным методом (эндоскопическим, рентгенологическим и ультразвуковым). Следует отметить высокую информативность разработанной кафедрой госпитальной хирургии эхоскопии, позволяющую с большей частотой выявлять ДГР.

По данным эзофагогастродуоденофиброскопии, дуоденальная регургитация периодического характера выявлена у 22,1 % пациентов с медиогастральными язвами. При II типе желудочных язв желчная регургитация постоянного характера диагностирована у 45,8 % больных, при III типе – у 43,5 % и при IV типе – у 25,0 % пациентов. Частота ДГР была выше при возникновении осложнений, что объясняется вовлечением в рубцово-язвенный процесс пилородуоденальной зоны и функциональной несостоятельностью пилорического жома, а при локализации язвы непосредственно в кольце привратника – его анатомической несостоятельностью. При неосложненном течении язвенной болезни ДГР обусловлен дискоординацией функционирования антрального отдела желудка, привратника и начального отдела двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Рентгенологический метод диагностики ДГР, использовавшийся у 148 больных, оказался малоинформативным. Так, дуоденальная регургитация выявлена лишь у 6,1 % больных.

Наиболее эффективным и неинвазивным методом диагностики моторно-эвакуаторных нарушений гастродуоденальной зоны оказался ультразвуковой. Ультразвуковое исследование для оценки ДГР и нарушений моторики ДПК проведено 45 больным. По данным сонографии частота дуоденальной регургитации при неосложнённой язве составила 13,3 % и возростала в 1,5 раза с присоединением осложнений.

У пациентов с «истинными» желудочными язвами ДГР диагностирован у 25,0 %, с сочетанной язвой желудка и ДПК – у 40,0 %, при язвах III типа – у 40,0 %, а при множественных язвах желудка – у 25,0 % пациентов.

При исследовании функционального состояния привратника выявлено, что у больных с неосложненной ЯБЖ привратниковый жом функционирует практически как у здоровых людей. При сочетанных язвах желудка и ДПК и язвах пилорического кольца отмечена тенденция к снижению градиента раскрытия пилорического жома. Выявлена прямая зависимость градиента сокращения луковицы ДПК от диаметра просвета кишки: чем больше диаметр ДПК в фазу расслабления, тем меньше градиент сокращения. Также отмечено, что при увеличении диаметра ДПК свыше 4,0 см и снижении градиента сокращения более чем в 2 раза увеличивается частота выраженной регургитации.

Выявление дуоденогастрального рефлюкса до операции играет значительную роль в выборе способа операции, а после хирургического лечения значительно влияет на его результат. Частота и интенсивность ДГР зависит от способа восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта при резекции желудка. После РЖ по Billroth-I признаки дуоденальной регургитации отмечены у 50,0 % больных. Дуоденогастральный рефлюкс I степени диагностирован у 17,7 %, регургитация средней интенсивности – у 23,5 % и III степени – у 8,8 % пациентов. Наименьшая частота ДГР отмечена в группе больных, оперированных с применением пилоросохраняющих методик. У 14,6 % выявлена регургитация легкой степени, II степени – у 9,8 % больных. Массивного заброса желчи в культю желудка не наблюдали, что указывает на антирефлюксные свойства этой операции. Незначительное увеличение частоты дуоденальной регургитации после РЖ по J. Mikulicz можно объяснить повреждением нерва Latarjet при пенетрации язвы с развитием недостаточности или спазма пилорического жома. В этих условиях формирование желудочно-кишечного соустья в непосредственной близости к неполноценному, но сохраненному привратнику способствует возникновению желчной регургитации. В таких условиях целесообразнее выполнение резекции желудка по Roux для профилактики рефлюкс-гастрита.

Анализируя эндоскопические дооперационные данные частоты ДГР и результаты, полученные после хирургического лечения ЯБЖ, отмечен рост частоты регургитации, а отдельных больных исходный рефлюкс сохранялся или усиливался. После РЖ с сохранением пилорического жома частота ДГР возросла лишь на 2,4 %, после РЖ по Billroth-I – на 5,9 %. После пилоросохраняющих резекций желудка меньшая частота дуоденальной регургитации в культю желудка объясняется сохранностью пилорического жома, который предотвращает заброс желчи.

Значительное повышение частоты и интенсивности рефлюкса при II и III типах язв желудка у больных с пилородуоденальным стенозом доказывают несомненную роль нарушений замыкательной функции привратника в генезе ДГР. В связи с этим при выборе способа хирургического лечения

язвенной болезни желудка следует отдавать предпочтение желудочно-кишечным анастомозам, которые сохраняют пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке и корригируют дооперационный или сводят к минимуму послеоперационный желчный рефлюкс. Дуоденогастральный рефлюкс, возникший или не корригированный в результате операции, способствует формированию неблагоприятного результата операции.

УДК 616.334+616.342]-002.44-003.925]-089

М.Г. Негребов, В.В. Соболев, М.Г. Щетинин, Г.Э. Погосян

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Проблема лечения больных со стенозом выходного отдела желудка и двенадцатиперстной кишки (СВОЖ и ДК) остается актуальной в связи с отсутствием обоснованной тактики ведения пациентов и сохраняющейся высокой летальностью (10-15%). Пациенты с декомпенсированными СВОЖ и ДК страдают от недостаточности трофического статуса тяжелой и средней степеней тяжести. Помимо недостаточности трофологического статуса эти больные имеют и другие метаболические сдвиги: водно-электролитные нарушения (ВЭН), включая гипокалиемию и гипохлоремию, нарушения кислотно-основного состояния (КОС) в виде метаболического алкалоза. Нередко у больных со стенозами имеет место азотемия, связанная с гипохлоремией. Вышеназванные изменения являются причиной неблагоприятных результатов оперативного лечения. Поэтому при подготовке к операции больных со СВОЖ и ДК необходимо и полно коррегировать эти патологические состояния. ВЭН, нарушения КОС и белково-энергетическую недостаточность (БЭН) адекватно коррегировать путем инфузионной терапии практически невозможно.

Нами разработана и внедрена тактика лечения декомпенсированных СВОЖ и ДК язвенной этиологии, позволяющая более полно коррегировать БЭН и, соответственно, уменьшить число послеоперационных осложнений и летальность.

С 1996г наблюдали 32 больных с декомпенсированными СВОЖ и ДК, находившихся на лечении в хирургических отделениях ГКБ №67 г. Москвы. Наша тактика применена при лечении 16 больных.

Особенность нашей тактики заключается в том, что коррекцию БЭН, а отчасти КОС и ВЭН производили энтеральным путем сразу после установ-

ления диагноза и степени стеноза. Энтеральный доступ осуществляли путем еюностомии по модифицированной методике Witzel. Еюностомию производили из левого верхнего трансректального разреза, длиной 5см. После вскрытия брюшной полости определяли первую свободную петлю тощей кишки. В 15-20см от связки Трейтца, на противобрыжеечном крае тощей кишки продольно укладывали катетер 0,3-0,5см в диаметре, погружали его в канал из стенки кишки 4-6 серозномышечными швами. У аборального конца канала накладывали кисетный шов, в центре которого вскрывали кишку и вводили в нее катетер. Затягивали кисетный шов. Большой сальник прокалывали и через прокол проводили свободный конец катетера, установленного в тощей кишке и фиксировали катетер к сальнику в месте прокола 2-3 швами. Далее катетер выводили через косой (под углом в 45°) прокол в передней брюшной стенке слева от раны-доступа и фиксировали его к коже, не подшивая к брюшине. Рану передней брюшной стенки послойно ушивали. Таким образом, петля тощей кишки оказывалась свободно лежащей в брюшной полости, соприкасаясь с сальником, без фиксации к передней брюшной стенке. Эта методика более проста в исполнении, так как нет необходимости в фиксации тощей кишки к передней брюшной стенке, что также позволяет кишке занять свое физиологическое положение и тем самым уменьшить риск развития кишечной непроходимости в раннем послеоперационном периоде.

Сразу после обеспечения еюнального доступа у всех пациентов стартовый режим энтерального питания (ЭП) начинали с введения теплого (37-38°) физиологического раствора со скоростью введения 150-200мл в час, всего 400-500мл. При отсутствии побочных явлений (схваткообразные боли, чувство распирания) пациентов переводили на ЭП сбалансированными, 50%-ми энтеральными смесями (Изокал, Нутризон, Нутрилан, Нутрен, Пептамен) до 1000ккал в первые сутки, наращивая концентрацию и объем смеси к третьим суткам до 1500-2000ккал. Всем больным так же проводили противоязвенную и эрадикационную терапию по одной из известных схем. Проведение ЭП и противоязвенной терапии способствовало устранению желудочных потерь на 2-3 сутки после еюностомии. При этом, сохраняющиеся в первые 2-3 суток потери из желудка после фильтрации возвращали в еюностому. ЭП и противоязвенное лечение проводили не менее 3-4 недель в качестве предоперационной подготовки, до момента нормализации основных биохимических показателей: гемоглобина, общего белка, абсолютного количества лимфоцитов. При этом так же констатировали улучшение антропометрических показателей трофологического статуса.

Все больные декомпенсированным СВОЖ и ДК после подготовки были оперированы (произведены пилоро- или дуоденопластики после иссечения рубцовых тканей, либо циркулярные резекции двенадцатиперстной кишки, троим больным наложены гастродуоденоанастомозы). Из 17 пациентов подготовленных к операции с использованием ЭП умерших не было, а так же

не отмечено и осложнений. Среди 15 пациентов подготовленных с использованием традиционной инфузионной терапии умерло два пациента (несостоятельность пилоропластики в одном случае и тромбоэмболия легочной артерии в другом), а также выявлены 3 нагноения послеоперационной раны и одно наблюдение развития нижнедолевой застойной пневмонии.

Таким образом, энтеральный путь коррекции нарушений трофического статуса способствует устранению осложнений и летальности вследствие восстановления трофического статуса и иммунной защиты.

УДК 616.33:616-002.44-089

И.Н. Пиксин, Н.А. Чапаев, В.И. Давыдкин

РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарёва, Россия

Среди многих проблем современной хирургической гастроэнтерологии лечение язвенной болезни желудка занимает одно из ведущих мест. В практической медицине резекция желудка (РЖ) остаётся основным методом хирургического лечения язвы желудка: предложены различные способы РЖ с сохранением гастродуоденальной непрерывности, а также антирефлюксные методики и варианты с исключением дуоденального пассажа. Однако отчётливой тенденции к снижению послеоперационных осложнений и функциональных расстройств не отмечено. Одним из путей решения этой задачи является дифференцированный выбор способа операции с учётом патогенетического варианта заболевания на основе клинико-функциональных критериев, в частности этим требованиям в полной мере отвечают хирургические вмешательства с сохранением привратника (Горбашко А. И., 1985, 1994; Шалимов А. А., 1987). Однако до настоящего времени эти критерии чётко не разработаны.

Непосредственные результаты оперативных вмешательств при язвенной болезни желудка изучены у 236 больных. Послеоперационные осложнения наблюдались у 17,7 % после резекций с сохранением пилорического жома, у 19,1 % после резекции по первому способу Billroth'a. Специфические послеоперационные осложнения отмечены в 11,9 % случаях наблюдений. Моторно-эвакуаторные нарушения культи желудка и отводящей кишки выявлены у 7,6 %. Основными причинами моторно-эвакуаторных расстройств является угнетение моторной функции культи желудка, непроходимость анастомоза и пилороспазм после привратникосохраняющих резекций. Вторичные нарушения эвакуации на фоне тяжёлых послеоперационных осложнений (несостоятельность анастомозов, перитонит, панкреатит и т.п.) отмечены в 1,7 %.

Неспецифические осложнения диагностированы у 5,9 % больных. Релапаротомии выполнены 1,7 % больным. Летальность составила 0,85 %.

После пилоросохраняющей резекции желудка (ПСРЖ) по А. И. Горбашко отличный результат (Visick-I) отмечен у 6,3 %, хороший (Visick-II) – у 55,7 %, удовлетворительный (Visick-III) у 27,9 % больных. Неудовлетворительные результаты после пилоросохраняющей РЖ отмечены у 10,1 % пациентов: с пептической язвой гастродуоденоанастомоза (у 2), с синдромом «малого» желудка в сочетании с гипогликемическим синдромом легкой степени (у 2), с сужением анастомоза (у 1), с гастростазом (у 2), с дуоденостазом (у 1). Причиной образования пептических язв анастомоза явилась сохранённая кислотопродукция и недостаточная кислотонейтрализация. Одному больному выполнена ререзекция желудка по Hoffmeister-Finsterer, радикально излечившая больного; у второго – при консервативном лечении отмечено стойкое рубцевание язвенного дефекта.

После привратникосохраняющей резекции желудка по J. Mikulicz отличный результат отмечен у 3,9 %, хороший – у 53,9 %, удовлетворительный – у 30,8 % и неудовлетворительный – у 11,5 % обследованных. Причинами неудовлетворительных результатов были следующие состояния: синдром малого желудка в сочетании с гипогликемическим синдромом легкой степени у 1, дуоденостаз – у 1 пациента и сужение анастомоза у 1 больного. Характер пострезекционных расстройств у больных, перенесших РЖ по J. Mikulicz, практически аналогичны таковым после ПСРЖ по А. И. Горбашко.

После РЖ по Billroth-I отличные результаты отмечены 7,7 % больных, хорошие – у 44,2 %, удовлетворительные – у 36,5 %, неудовлетворительные – у 11,5 % больных. Удовлетворительные результаты отмечены у пациентов с клиникой демпинг-синдрома легкой и средней степени тяжести, дуоденогастральным рефлюксом в сочетании с гастритом культи желудка, гастростазом, гипогликемическим синдромом легкой степени. У 3,9 % больных отмечены пептические язвы гастродуоденоанастомоза, зажившие после медикаментозной терапии. У 5,8 % больных потребовались повторные операции по поводу рецидива язвы. Причиной неудовлетворительных результатов были: агастральная астения – у 1, гастростаз – у 1 пациента. У 1 больного отмечено сужение гастродуоденоанастомоза вследствие спаечного перипроцесса.

Проведенный количественный (балльный) анализ результатов резекций желудка показал, что привратникосохраняющие резекции желудка по А. И. Горбашко (597,37 баллов) и по J. Mikulicz (735,41 баллов) являются высокоэффективными методами лечения язвенной болезни желудка. Классическая резекция желудка по Billroth-I (1019,58 баллов) значительно уступает органосохраняющим вмешательствам как по функциональным результатам, так и по качеству жизни больного.

При выполнении органосохраняющих вмешательств течение отдалённого послеоперационного периода благоприятнее, частота и тяжесть расстройств меньше, а качество жизни выше, чем после РЖ по Billroth-I. Более благо-

приятные результаты в отношении демпинг-синдрома наблюдаются после резекции желудка с сохранением пилорического жома, что нужно учитывать у больных с язвенной болезнью желудка с исходным гиперкинетическим типом моторики. Это доказывает, что подход к оперативному лечению язвенной болезни должен осуществляться также и с учетом дооперационного типа моторики желудка, что позволит снизить неблагоприятные последствия резекций желудка у больных с высоким риском возникновения демпинг-синдрома. Одним из условий достижения отличного и хорошего результатов хирургического лечения язвенной болезни следует считать устранение тяжелых форм желчного послеоперационного рефлюкса. При операциях, делающих возможным массивный дуоденогастральный рефлюкс, велик риск плохих результатов, даже если в ранние сроки состояние больного оценивалось как хорошее или отличное.

Таким образом, частота различных нарушений пищеварения коррелирует от способа формирования непрерывности желудочно-кишечного тракта. При язвенной болезни желудка необходимо отдавать предпочтение пилоросохраняющим резекциям, т. к. они сопровождаются лучшими результатами, а выбор способа резекции с учетом клинико-функциональных особенностей язвы желудка позволит улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты.

УДК 616.342-002.44089

Б.С. Брискин, Е.А. Малышев

ДИНАМИКА ХЕЛИКОБАКТЕРНОЙ КОНТАМИНАЦИИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ И В МОДИФИКАЦИИ БАЛЬФУРА ПО ПОВОДУ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ

Московский государственный медико-стоматологический университет

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки занимает важное место в структуре заболеваний органов пищеварения. В современных исследованиях наряду с традиционными представлениями о патогенезе язвенной болезни двенадцатиперстной кишки существенное значение придаётся *Helicobacter pylori*-инфекции, как ведущему звену патогенеза и основному фактору рецидивирования язвенной болезни. При неэффективности медикаментозного лечения, а также при осложнённом течении язвенной болезни больным проводится оперативное лечение. Отдалённые результаты хирургического лечения не могут полностью удовлетворить хирургов и терапевтов, так как у 15-20% оперированных после резекции желудка появляются патологические синдромы, существенно снижающие трудоспособность и приводящие в 51% случаев к инвалидизации. (А.И. Горбашко,

1994) Настоящее исследование направлено на выявление возможной роли *Helicobacter pylori* в возникновении постгастрррезекционных расстройств.

Методы исследования. Всем обследованным больным в послеоперационном периоде проводили эндоскопическое исследование по общепринятой методике. Во время исследования брали биопсию слизистой оболочки культи желудка для гистологического исследования. Наличие хеликобактерной контаминации слизистой оболочки культи желудка определяли цитологическим способом (brush cytology) по методу проф. Морозова И.А.

Результаты исследования. Всего в период с 1998 по 2001г. нами наблюдалось 128 больных с диагностированной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. 65 пациентов (50,8%) обследованы до операции, а также в ранний послеоперационный период. У пациентов, обследованных до операции- 16 (12,5%) человек, брали слизь из антрального и фундального отделов желудка для цитологического исследования, а также биопсия из фундального отдела и антрального отдела. Пациентам- 49 (38,3%), оперированным по экстренным показаниям, проводили детальное гистологическое и цитологическое исследование удалённого препарата. Этим же обследуемым на 9 день после проведенного оперативного лечения выполняли эндоскопическое исследование со взятием желудочной слизи и биопсии из оставшейся части желудка. При гистологическом исследовании обращали внимание на степень активности хронического гастрита, отмечая лейкоцитарную инфильтрацию слизистой оболочки. В антральном отделе *Helicobacter pylori* выявлен у 62 (95,4%) пациентов, в фундальном отделе- у 35 (53,8%). Хронический активный гастрит в антральном отделе имел место у 57 (87,6%) обследованных, в фундальном отделе- у 18 (27,7%). Неизменённый фундальный отдел встретили у 33 (50,8%) пациентов.

При обследовании 23 пациентов через 6 месяцев после перенесенного оперативного лечения получили следующие результаты. Хеликобактерную контаминацию встретили у 12 (52,2%) обследованных, хронический активный гастрит у 3 (13,04%), хронический неактивный гастрит- у 15 (65,2%), неизменённая слизистая оболочка- у 5 (21,76%).

Через 1 год после операции обследовано 22 пациента. Наличие *Helicobacter pylori* в слизистой оболочке культи желудка определили у 10 (45,45%), сопутствующий хронический активный гастрит- у 3 (13,6%), хронический неактивный гастрит- у 17 (77,3%), признаки гастрита не выявлены у 2 (9,1%).

Через 2 года морфологическое исследование проведено 18 пациентам. При этом получили следующие данные. Обсеменённость *Helicobacter pylori* выявили у 10 (55,55%), а хронический активный гастрит- у 3 (16,7%), хронический неактивный гастрит- у 15 (83,3%)

Выводы. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки слизистая оболочка антрального отдела желудка у обследованных больных имеет изменения, характерные для хронического гастрита в разных фазах актив-

ности. Также видно, что не всегда морфологические признаки гастрита соседствуют с наличием *Helicobacter pylori*- у 3 (4,6%) пациентов при обследовании выявлен хронический неактивный гастрит, а хеликобактерной контаминации не было. При исследовании фундального отдела желудка отмечены интересные факты- у 6 (9,2%) при цитологическом исследовании определяются только *Helicobacter pylori* без сопутствующего гастрита. Это, по-видимому, подтверждает гипотезу о том, что первоначально при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки поражается антральный отдел, а затем с течением времени происходит постепенная колонизация фундального отдела желудка с развитием хронического гастрита разной степени активности. После операции отмечено, что резекция желудка не оказывает санирующего эффекта на *Helicobacter pylori*. Уровень хеликобактерной контаминации остаётся примерно одинаковым у 53% больных. Это может быть обусловлено как персистенцией штамма, оставшегося после проведенной операции, так и реинфекцией или же аутоинфицированием. Увеличение доли хронического неактивного гастрита в первые 6 мес. после операции можно объяснить реакцией слизистой оболочки культи желудка на новые условия, которые формируются после резекции желудка. Рефлюкс щелочного кишечного содержимого и его повреждающее воздействие на желудочный эпителий вызывает неспецифический иммунный ответ, который морфологически проявляется хроническим неактивным гастритом. Через 1-2 года наступает постепенная адаптация к искусственно сформированным условиям- уровень хронического неактивного гастрита остаётся практически неизменным.

УДК 616.33-002.44+616.342+616-002.1-089:612.017.1+612.015

М.Д.Василюк, А.Г.Шевчук, В.М. Федорченко, В.І.Гудивок

ХІРУРГІЧНА ТА КТІКА У ХВОРИХ З КРОВОТОЧИВОЮ ВИРАЗКОЮ ШЛУНКА ТА ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Івано-Франківська державна медична академія

Вступ. Найбільш частим ускладненням виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки є кровотеча, яка виникає майже в кожного 4-5 хворого і має схильність до рецидивування в 7,5-25,4 % пацієнтів [1,2].

Незважаючи на значні досягнення діагностики, методів комплексного хірургічного лікування, анестезіологічного забезпечення та трансфузіології, летальність при кровоточивій виразці досягає 10 %. Це пов'язано зі зростанням захворюваності виразкою у осіб старших 60 років (10-25 %), в яких у 8,5-12,8 % виникають гастродуоденальні кровотечі, а летальність досягає 40-57 % [3, 4].

Матеріали і методи. Нами піддано клінічному та інструментальному обстеженню 181 хворий з гастродуоденальною виразковою кровотечею віком від 18 до 74 років, причому 34,8 % хворих були літнього і старечого віку. Серед обстежених хворих з кровоточивою виразкою шлунка було 53 пацієнти (29,3 %) і дванадцятипалої кишки — 128 (70,7 %). З них було 117 чоловіків (67,7 %) та 64 жінки (32,3 %). У чоловіків частіше зустрічалися великі і гігантські виразки діаметром більше 3 см (79 пацієнтів), тоді як серед жінок їх було всього у 15. У 55 хворих одночасно спостерігалась пенетрація виразки, а в 27 — стеноз виходу зі шлунку. На момент госпіталізації у 86 хворих спостерігалася активна кровотеча, а у 95 вона зупинилася.

Результати та їх обговорення. Важкість крововтрати визначали за характером клінічної картини, наявністю явних і прихованих ознак кровотечі та сумарної характеристики і оцінки пульсу, артеріального тиску, показників гемоглобіну, гематокриту, ОЦК і ЦВТ. Виходячи з отриманих показників, всіх хворих, залежно від важкості крововтрати поділяли на три ступені.

Поряд з загально клінічним і інструментальним обстеженням, всім хворим проводили вивчення загального аналізу крові, сечі, рівня глюкози в крові, вмісту загального білірубину і його фракцій, АлТ, АсТ, лужної фосфатази, сечовини, креатиніну, стану згортальної і антизгортальної систем крові та ін. У 165 хворих проводилася ЕФГДС, яка дозволяла встановити локалізацію джерела і інтенсивність кровотечі та виконати у частини хворих кліпування кровоточивої судини.

Результати досліджень дозволяли доповнити і клінічно проаналізувати дані більш складних методів дослідження, за допомогою яких можна оцінити функціональний стан печінки, зокрема спектр фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в ПААГ, вміст Ig G, Ig A, Ig M в його фракціях при різних ступенях крововтрати та ін.

При аналізі спектру фракцій сироваткового білка диск-електрофореграми в ПААГ у хворих з гастродуоденальними кровотечами спостерігалися характерні зміни: виражена гіпопротеїнемія, гіпоальбумінемія, підвищення білка фракції 1, високий вміст церулоплазміну, зниження трансферину, підвищення білка фракції 13, 14, 20, 25 та зниження — у фракції 23 і 21 (фібриноген).

Паралельно у цих хворих спостерігалось підвищення імунних комплексів Ig G, які локалізувалися в крупно пористому гелі, та різке зниження Ig G в фракціях 23-21, що вказувало на ослаблення природного імунітету. Наявність Ig A в крупно пористому гелі, де локалізуються імунні комплекси, вказувало на обсіювання слизової оболонки Нр.

У 62 хворих були виконані екстренні і термінові операції. Як правило, операція у більшості хворих зводилася до висікання кровоточивої виразки з наступною пілоропластикою або проведення екстериоризації виразки. В багатьох хворих така операція доповнювалася селективною проксимальною ваготомією.

У хворих з кровоточивою виразкою шлунка частіше виконували резекцію, висікання виразки з наступним її гістологічним дослідженням. Післяопераційна летальність складала 5,7 %, тоді як при активно-очікувальній тактиці вона становила 8-9 %. У 38 хворих після відповідної консервативної терапії, спрямованої на відновлення гемодинамічних показників, було проведено планове радикальне оперативне втручання з добрими безпосередніми результатами.

У 38 пацієнтів під час ургентних операцій проводили назогастральний зонд у тонку кишку для тривалого ентерального харчування, яке дозволило у всіх хворих швидко відновити показники гомеостазу.

Висновки. Дотримання активної хірургічної тактики і проведення корекції показників гемостазу в післяопераційному періоді за допомогою застосування лактопротеїну з сорбітолом і реосорбілакту, препаратів заліза, глутаксиму, флаванаболу, імуномодуляторів та інших препаратів дозволило значно знизити летальність при кровоточивій виразці шлунку і ДПК.

Література.

1. Мамчич В.И., Гвоздяк Н.Н., Паразій З.З. Лечение острых гастро-дуоденальных кровотечений язвенной этиологии // Хирургия. – 1997. – № 9. – С. 12.
2. Василюк М.Д., Шевчук А.Г., Яворський М.І., Василюк С.М., Федорченко В.М., Дзвонковський Т.М., Курташ Л.А. Хірургічна тактика при гастродуоденальних виразкових кровотечениях та лікування постгеморагічних анемії // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія “Медицина”. -2001.-випуск 14.-С. 124-126.
3. Kubba A.K., Choudary C., Rajgopal C. Reduced long-term survival following major peptic ulcera haemorrhage // Brit. J. Swg. – 1997. – Vol. 84., N 2. – P. 265-268.
4. Choudary C.P., Eiton R.A., Palmer K.R. Age-related mortality in patient treated endoscopically for bleeding peptic ulcer // Gastrointest. Endosc. – 1995. – Vol. 41.N6. – P. 557-560.

УДК 616.33-002.44+616.342+616-002.1-089:612.017.1+612.015

А.С. Лавров

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОМОЩИ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В КИРОВОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 6 ЛЕТ

Областное управление здравоохранения Кировоградской области

Распространенность язвенной болезни среди жителей Кировоградской области в последние годы составляет 320 на 10 тыс. населения, у 2-2,5% больных течение язвенной болезни осложняется кровотечением. Область расположена в центре Украины, протяженность с Запада на Восток до 400 км, с Севера на Юг – до 100 км. В большинстве районов расстояние от населенных пунктов до ЦРБ составляет 30-40 км. Это оказывает свое вли-

яние на своевременность и качество оказания медицинской помощи населению, в том числе и при язвенных кровотечениях. В области нет высшего медицинского учебного заведения. Помощь больным с язвенными кровотечениями оказывается в хирургических отделениях ЦРБ, городских больницах и в отделении абдоминальной хирургии областной больницы. Основные проблемы, с которыми приходится сталкиваться при оказании помощи: недостаточная материальная обеспеченность лечебных учреждений, отсутствие в достаточном количестве диагностической эндоскопической аппаратуры, дефицит крови и ее компонентов, ухудшение кадровой ситуации в связи с отсутствием в некоторых районах высококвалифицированных хирургов, умеющих выполнять все виды хирургических вмешательств при осложненной язвенной болезни. Тактика, применяемая при лечении этого контингента больных, индивидуальная. В области разработаны и доведены до всех хирургов методические рекомендации по тактике и лечению больных с желудочно-кишечными кровотечениями, и требуется их четкое выполнение.

При поступлении больного в отделение проводится гемостатическая терапия в полном объеме с назначением сразу комплекса противоязвенного лечения. В тех лечебных учреждениях, где имеется эндоскопическая аппаратура, проводится экстренная или отсроченная фиброгастроуденоскопия. В ряде ЦРБ квалификация хирургов не позволяет выполнять все виды оперативных вмешательств при данной патологии, в эти лечебные учреждения для оказания квалифицированной помощи привлекаются хирурги областной больницы через территориальный центр экстренной медицинской помощи. Выезды осуществляются санитарным автотранспортом, при необходимости вместе с хирургом выезжает эндоскопист с аппаратом. Дальнейшая тактика определяется на месте.

При стабильном гемостазе больные лечатся консервативно с последующим решением вопроса о плановой операции. При массивном кровотечении, или рецидивирующем, или угрозе повторного кровотечения проводится срочное оперативное вмешательство. Чаще больные оперируются на месте. В отдельных случаях, при возможности транспортировки - транспортируются в областную больницу.

За последние 6 лет в области пролечено 2982 больных с кровотечениями язвенной этиологии. Консервативно лечилось 2308 человек (77,4%). В этой группе умерло 70 пациентов, что составило 3,0%. Основной причиной смерти явилось продолжающееся кровотечение или геморрагический шок. 12 больных поступили в критическом состоянии и реанимационные мероприятия были неэффективными. 10 человек категорически отказались от операции. 8 больных умерло в терапевтических стационарах, их не успели перевести в хирургические отделения, у 12 больных диагноз при жизни не был установлен правильно. Остальным 28 больным хирургическое лечение не было показано из-за тяжелой сопутствующей патологии: легочно-сердеч-

ная недостаточность, состояние после острого нарушения мозгового кровообращения, заболевания крови, печеночно-почечная недостаточность и др. Летальность при язвенных кровотечениях у не оперированных больных имеет тенденцию к снижению с 3,6% в 1995 году до 2,3% в 2000 году.

674 больным произведены различные виды оперативных вмешательств. Хирургическая активность составила 22,6%. Отмечается снижение хирургической активности с 25,1% в 1995 году до 19% в 2000 году. При язвенной болезни желудка применяем резекционные методики по Бильрот 1 или Бильрот 2. В некоторых случаях, из-за тяжелого состояния больных, использовались экономные резекции или иссечение язвы. При локализации гигантских язв в двенадцатиперстной кишке применяем также резекционные методы, когда операцию трудно завершить без резекции желудка, и органосохраняющие операции в различных модификациях, с обязательным удалением источника кровотечения. Только в 8 случаях хирурги произвели прошивание кровоточащих сосудов в язве из-за крайней степени тяжести больных. Четверо из этих больных умерли от повторного кровотечения. Для профилактики гнойных осложнений назначаем антибиотики широкого спектра действия, начинаем их введение перед операцией или вводим во время операции. Чаще применяем цефалоспорины III-го поколения, абактал и метрогил и продолжаем их введение в течении первых 3-х суток после операции. Это позволило резко снизить число гнойных осложнений, в том числе образование абсцессов брюшной полости и несостоятельности швов анастомозов, что привело к снижению послеоперационной летальности. Послеоперационная летальность за 6 лет в области имеет тенденцию к снижению, в 1995 году составляла 12,3%, в 2000 – 1,9%, в среднем за 6 лет составила 7,2% (Украина – 9,0-8,8%). Умерло 49 больных. Основными причинами смерти были: в 20 случаях – острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность на фоне геморрагического шока, у 8 больных – гнойные осложнения, несостоятельность швов анастомоза или культи 12-перстной кишки – у 6 больных, прочие осложнения (тромбоэмболические, панкреонекроз, ранняя спаечная кишечная непроходимость и др.) – 15 больных.

Применяя индивидуальный подход к лечению больных с язвенными кровотечениями в области, удалось снизить летальность при консервативном лечении этого осложнения, а также послеоперационную летальность.

Т.М. Федоришин, А.Б. Зіменковський

ДИСБАЛАНССТЕРОЇДНИХГОРМОНІВЯК ПРОГНОСТИЧНИЙКРИТЕРІЙУСКЛАДНЕНИХГОСТРИХ ЕРОЗІЙВІВРАЗОКТРАВНОГОКАНАЛУПАЦІЄНТІВЗ ПОЄДНАНОЮТРАВМОЮ

*Міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м.Львів
Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького*

Виникнення гострих ерозивно-виразкових уражень (ГЕВУ) травного каналу та їх ускладнень – шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) і перфорацій (П) – залишається однією з найактуальніших проблем у пацієнтів з тяжкою поєднаною травмою (ПТ) [1, 2]. Серед робіт, що присвячені біохімії, імунології, нейрофізіології, окремо стоїть вивчення нейрогуморальної модуляції реакцій організму на екзогенний стрес при ЛТ та її ускладненнях [3,4]. Добре відомо, що за рахунок стресової стимуляції кори наднирників адренокортикотропним гормоном гіпофізу активується продукція глюкокортикостероїдів, але лише в останні роки її стали розглядати з позицій дискортицизму – відносної андрогенно-естрогенної недостатності [5]. При цьому, якщо даних про зміни глюкокортикоїдів досить багато у вітчизняній і закордонній літературі, то про роль статевих гормонів при ПТ і прогнозуванні її ускладнень – значно менше [6, 7]. Метою нашого дослідження була оцінка дисбалансу стероїдних гормонів (глюкокортикоїдів і андрогенів) як прогностичного критерію при виникненні кровотеч з гострих виразок травного каналу і їх перфорацій при ПТ. Проаналізовано 112 історій хвороб мужчин з ПТ, які лікувалися в міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги з 1999 по 2000 рр. Критеріями відбору були; вік понад 16 років, виживання більше 2-х діб після травми, важкість пошкоджень більше 12 балів за шкалою Injury Severity Score (ISS), відсутність виразкової хвороби в анамнезі. Наявність ГЕВУ верхніх відділів травного каналу, ШКК і П підтверджена даними фіброгастроуденоскопій (ФГДС), операційними знахідками, результатами аутопсій. Важкість ПТ оцінювали за шкалою ISS [8]) і, за нею, усіх потерпілих розділено на три групи (ISS < 20, 20<ISS<40, ISS 40 балів). Контрольну групу склали 30 потерпілих з ГЕВУ без ускладнень. Усім хворим проведено визначення ступеня дискортицизму (дисбалансу метаболітів глюкокортикоїдів і андрогенів) шляхом розрахунку індексу андрогенності (ІА) за методом Кулачковського-Мар'єнко в модифікації Романишина. Прогностичну цінність критерію оцінювали методом розрахунку кореляційного коефіцієнта Spearman з використанням програми STATISTICA v. 5.5 STATSoft. Із усіх включених у дослідження пацієнтів у 59 верифіковано ГЕВУ верхніх відділів травного каналу, у 29 з них (49%) розвинулися ускладнення у

вигляді ШКК (11 гемодинамічно суттєвих), а у 1 – кровотеча і перфорація шлунка. Середній вік потерпілих склав $(42,5 \pm 4,2)$ роки, середній бал ISS – 27,4. Морфологічні прояви уражень слизової у вигляді множинних ерозій знайдено у 81,7%, а гострих виразок – у 18,3% випадків. За даними ФГДС і аутопсій, середній час розвитку ерозивно-виразкових процесів склав $(4,5 \pm 1,8)$ днів, а супутніх їм ШКК – $(6,8 \pm 1,9)$ днів. Порівняно з контрольною групою ($r=0,9$, $p<0,05$) встановлено вищий позитивний кореляційний зв'язок ($r=0,68$, $p<0,05$) між виникненням ускладнених ГЕВУ та низьким показником ІА ($<0,30$), який характеризує значний дисбаланс метаболітів андростероїдогенезу. Особливо чітко цей зв'язок простежується у групі хворих із важкою (ISS 40) травмою ($r=0,74$, $p<0,05$), менша кореляція знайдена у групах з ISS 20-40 і ISS <20 балів (відповідно $r=0,64$ і $r=0,60$, $p<0,05$).

Таким чином, високий ступінь дисбалансу глюкокортикоїдів і андрогенів, який проявляється низьким ІА (0,30), може бути достовірним прогностичним критерієм появи ускладнень гострих ерозій і виразок травного каналу у пацієнтів з поєднаною травмою. Виявлення його в числі інших критеріїв ризику в 1-2 добу перебування потерпілого в клініці вимагає застосування профілактичних заходів.

Література:

1. Шалимов А.А., Бойко Г.В., Роцин Г.Г., Полищук Н.Е. Концептуальные аспекты оказания неотложной помощи пострадавшим с травмой // Клин. хирургия. – 1998.-№7. – С.44-45.
2. Шейко В.Д. Перебіг травматичної хвороби при політравмі // Клин. хирургия.- 1998.- №9-10. – С. 70-73.
3. Золотухин С.Е. Активность гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы на этапе формирования полиорганной недостаточности при травматическом токсикозе // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. – №1. – С.41-44.
4. Hill AG, Hill G.L. Metabolic response to severe injury // Br.J.Surg. – 1998. – Vol.85. – P.884-891.
5. Деев В.Л. Роль кортикостероидов в патогенезе гнойно-септических осложнений и значение их определения для обоснования профилактики и лечения // Лабор. диагностика.- 1999 – № 1. – С.3-6.
6. Обут Т.А. Дегидроэпиандростерон, сетчатая зона коры надпочечников и устойчивость к стрессовым воздействиям и патологиям // Вестн.Рос.АМН. – 1998. – №10. – С.6-10.
7. Angele MK, Ayala A, Monfils BA, Cioffi WG. Testosterone and/or low estradiol: normally required but harmful immunologically for males after trauma-hemorrhage // J. Trauma. – 1998. – Vol.44, №1. – P.78-85.
8. Ksler T, Baker SP, Long W. A modification of the Injury Severity Score that both improves accuracy and simplifies scores // J.Trauma. – 1997. – Vol.43, №6. – P.922-926.
9. Кулачковский Ю.В., Марьенко Б.С. Исследование 17-кетогенных стероидов в моче // Проблемы эндокринологии и гормонотерапии. – 1964. – №1. – С. 111-116.
10. Романишин Я.Н. Патогенетическая роль нарушений межгормональных и гормонально-ферментных отношений у больных раком желудка. Автореф. дис. д-ра. биол. наук: 14.00.14 / Львів, держ. мед. ін-т. – Львів. – 1992. – 23 с.

**А.К. Ботиров, Д.М. Хакимов, Ф.Н. Нишанов, И.К. Ботиров,
З.К. Шарипов, Д.Г. Юсупов, Г.Э. Мирзабаев, М.М. Носиров**

СПОСОБ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Андижанский Государственный медицинский институт,
Андижанский филиал РНЦЭМП, Узбекистан*

“Ахиллесовой пятой” резекции желудка является несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки и анастомозов, которые являются основной причиной летальных исходов.

На наш взгляд, недостатками “классических” способов формирования культи желудка при её резекции являются: а) мобилизация желудка со стороны большой кривизны до верхней её трети, что нарушает её резервуарную функцию; пересекается ствол желудочно-сальниковой артерии, что нарушает кровообращение культи желудка; б) до формирования культи желудка производится отсечение двенадцатиперстной кишки от желудка между кишечным жомом и раздавливающим желудок зажимом и её обработка, что нередко является причиной отказа от формирования анастомоза по принципу Бильрот-I; в) на границе планируемой резекции накладывается желудочный жом и раздавливающий желудок зажимы, что в определенной степени травмирует ткани культи желудка; г) при “классической” резекции 2/3 желудка его культя значительно теряет резервуарную функцию, что часто ведет к вынужденному формированию гастроюнального анастомоза по принципу Бильрот-II.

В этой связи нами предложен новый способ резекции желудка (положительное решение на изобретение ПВ РУз ИКР 2001, №0437КФ от 25.07.2001г.).

Мобилизацию желудка начинаем с большой кривизны, оставляя 2/3 для будущей культи. На границе планируемой резекции накладываем держалки. Мобилизация производится строго пристеночно с пересечением только терминальных боковых ветвей правой желудочно-сальниковой артерии, тем самым сохраняя целостность основного ствола. Со стороны большой кривизны на удаляемую часть желудка накладываем зажим перпендикулярно оси желудка, протяженностью до 5-6 см.

При пересечении левой желудочной артерии над проксимальным зажимом необходимо оставить 0,5 см его культи для профилактики соскальзывания зажима и возникновения кровотечения.

Проксимальная часть левой желудочной артерии должна перевязываться после её прошивания под зажимом (шелковой нитью) только операто-

ром, после расслабления и повторного наложения зажима – еще одной шелковой лигатурой повторно.

Мобилизация желудка со стороны малой кривизны продолжается между зажимами с захватом заднего листка висцеральной брюшины. Перитонизация желудка осуществляется 6-7 узловыми швами.

Для облегчения мобилизации со стороны большой кривизны желудка ассистент со стороны большой кривизны должен оттягивать желудок книзу. После наложения держалок излишек нитей должен срезаться, так как они мешают дальнейшему ходу операции.

После перевязки и пересечения нисходящей ветви левой желудочной артерии со стороны малой кривизны навстречу первому накладываем второй зажим, над которым поэтапно производится иссечение малой кривизны с наложением узловых кетгутовых швов до кончика инструмента, наложенного со стороны большой кривизны желудка.

Перитонизация малой кривизны производится “П”-образными капроновыми швами. Последний шов у отверстия культи желудка не срезается и используется в качестве держалки. Накладываем вторую держалку.

Над зажимом, наложенным со стороны большой кривизны, рассекается серозная оболочка и накладываются слизисто-мышечные “гофрирующие” однорядные кетгутовые швы, после чего, диаметр отверстия культи желудка уменьшается от 5-6 см до 2,5 см, затем резецируется желудок. До закрытия передней губы анастомоза (следующим этапом) мы обязательно оставляем назогастроуденальный зонд, чтобы часть её с боковыми микроперфоративными отверстиями находилась в просвете желудка, а часть – в кишке. После этого проверяем салфеткой надежность гемостаза “киля” культи желудка.

Предложенный способ формирования культи желудка имеет следующие преимущества: 1) упрощается техника операции; 2) уменьшается травматизация тканей культи желудка; 3) сохраняется целостность основных стволов желудочно-сальниковых артерий, что позволяет обеспечить полноценное кровоснабжение сохраненных отделов желудка; 4) иссечением малой кривизны желудка осуществляется один из важных компонентов селективной ваготомии; 5) адекватно корригируется нервно-рефлекторная и гуморальная фазы желудочной секреции; 6) сохраняется значительная часть желудка со стороны большой кривизны, обеспечивая его резервуарную функцию; 7) наложение “гофрирующих” слизисто-мышечных швов обеспечивает надежный гемостаз и способствует дополнительной механической задержке пищи; 8) сохранение значительной части желудка со стороны большой кривизны расширяет показания к наложению анастомоза по принципу Бильрот-I; 9) отсечение удаляемой части желудка после формирования её культи позволяет оператору более свободно ориентироваться при формировании того или иного вида анастомоза.

С.С. Раззадорин, В.В. Комарчук

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КАРДИИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГРЫЖЕ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

ХМАПО

В клинике торакоабдоминальной хирургии Харьковской медицинской академии после дипломного образования выполнены комплексные исследования 360 больным язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с применением методик для выявления недостаточности кардии.

При оценке степени тяжести недостаточности кардии и для выявления грыжи пищеводного отверстия диафрагмы применялись рентгенорадионуклидные методы диагностики, эндоскопия, компьютерная непрерывная внутрипищеводная и внутрижелудочная рН-метрия, реография и электромиография.

При комплексном исследовании 360 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки рефлюкс-эзофагит выявлен у 88; что составляет 24,4%. У 185 больных (51%) выявлена недостаточность кардии, у 74 из них обнаружена грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

По поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в сочетании с недостаточностью кардии и грыжей пищеводного отверстия диафрагмы оперировано 112 больных. Из них у 74 произведена хирургическая коррекция грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и недостаточности кардии; у 82 – выполнены органосохраняющие операции с иссечением язвы и пилородуоденопластикой, у 30 — резекционные методики (21 из них — антрумэктомию с ваготомией).

103 операции выполнены с применением различных видов ваготомий. Селективная проксимальная ваготомия выполнена у 48 больных, стволовая ваготомия – у 6, ваготомия по Хиллу-Баркеру – у 10, селективная ваготомия – у 29, ваготомия по Бурже — у 10. При декомпенсированных стенозах, в основном, выполнялись резекционные методики, при этом антрумэктомию с различными видами ваготомий выполнены у 21 больного, резекция 2/3 желудка по Бильрот II – у 6 больных, резекция 2/3 желудка по Ру – у 3 больных. Хирургическую коррекцию недостаточности кардии и грыжи пищеводного отверстия диафрагмы проводили с учетом данных, полученных до операции. В ходе операции учитывали размеры пищеводного отверстия диафрагмы, длину брюшного отдела пищевода, угол Гиса, выраженность связочного аппарата желудка и пищевода.

При грыже пищеводного отверстия диафрагмы II-III степени после выполнения селективной проксимальной ваготомий выполняли крурофундозофагографию с фундозофагофренопексией по методике, разработанной на

кафедре торакоабдоминальной хирургии. Данная методика предполагает восстановление диафрагмального компонента механизма замыкания кардии за счет сшивания ножек диафрагмы и клапанного компонента механизма замыкания кардии при выполнении фундоэзофагофренопексии, производится также низведение абдоминального отдела пищевода необходимой длины в сфере положительного давления брюшной полости. При этом возможно создание дозированного механизма замыкания кардии.

При других видах ваготомий выполняли операцию Гарингтона с фундофренопексией. С целью коррекции недостаточности кардии при I степени расширения отверстия после селективной проксимальной ваготомии выполняли фундопликацию по Ниссену. При других видах ваготомий выполняли фундоэзофагокрурорафию по методике Г.П. Рычагова.

При резекционных методиках коррекцию грыжи пищеводного отверстия диафрагмы II-III степени производили в виде крурорафии с фундопликацией по Ниссену, крурорафии с фундоэзофагофренопексией (операция Ластаста) и операции Гарингтона с фундофренопексией. С целью коррекции недостаточности кардии при I степени расширения отверстия выполняли фундоэзофагокрурорафию при антрумэктомии и фундофренопексию при резекции 2/3 желудка по Бильрот II и Ру.

Считаем, что надежное восстановление запирающей функции кардии может обеспечить методика хирургической коррекции недостаточности кардии, предусматривающая восстановление диафрагмального и клапанного компонентов механизма замыкания кардии, низведение и фиксацию дистального сегмента пищевода необходимой длины в сфере положительного давления брюшной полости. Лучшие результаты коррекции недостаточности кардии достигнуты при крурофундоэзофагорафии с фундоэзофагофренопексией и при фундопликации по Ниссену с крурорафией и фундоэзофагофренопексией.

Показания к хирургическому лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в сочетании с недостаточностью кардии и рефлюкс-эзофагитом должны ставиться шире. Необходимо по возможности раньше прибегать к оперативному лечению с целью восстановления замыкательной функции кардии, до развития тяжелых стадий пептического эзофагита и формирования короткого пищевода.

Б.С. Полинкевич, А.Р. Бекмурадов

ОСОБЕННОСТИ ДРЕНИРОВАНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ «НИЗКИХ» ЯЗВАХ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ.

Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

В последние годы достигнуты значительные успехи в консервативном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ДПК), благодаря широкому внедрению эффективных ингибиторов желудочной секреции, а также средств, направленных на эрадикацию *Helicobacter pylori*. У ряда больных медикаментозное лечение язвенной болезни не приводит к выздоровлению или улучшению их состояния и возникает необходимость в оперативном лечении данной патологии, как в плановом, так и в ургентном порядке. Особую трудность у хирургов вызывает лечение осложненных постбульбарных язв (ПЯ).

ПЯ часто сопровождаются обширными воспалительными инфильтратами, деформацией анатомических образований панкреатодуоденальной области, стенозированием ДПК на значительном протяжении, пенетрацией язвы в соседние органы. Это, в свою очередь, приводит к резкому сужению выбора метода оперативного вмешательства, т.к. большинство из них в такой ситуации часто сопровождаются серьезными послеоперационными осложнениями.

Нами разработан и внедрен новый метод – поперечный задний позадиободочный гастроэнтероанастомоз (ГЭА) с ваготомией (положительное решение Госпатента Украины о выдаче патента от 22.01.2001 года за № 1743). Сущность метода в том, что изменено место и направление соустья, ГЭА формируется по задней стенке желудка в области пилорического жома в поперечном направлении. При таком наложении анастомоза циркулярные мышечные волокна желудка фактически не пересекаются, а только расслаиваются. Такой ГЭА обеспечивает порционную эвакуацию из желудка, т.е. выполняет функцию привратника. Это объясняется анатомо-физиологической особенностью строения циркулярного мышечного слоя пилорического отдела желудка, т.к. происходит его утолщение в дистальном направлении, функционально «сродни» привратнику.

Первым этапом операции является выполнение ваготомии. В последующем поднимается поперечная ободочная кишка кверху и выполняется мобилизация дуоденоюнального перехода путем пересечения связки Трейца и сращений. Затем рассекается бессосудистая часть брыжейки поперечной ободочной кишки и через образовавшееся отверстие подшивается максимально короткая петля тощей кишки (как можно ближе к привратнику и параллельно ему, т.е. в поперечном направлении) по задней стенке желуд-

ка. Затем накладывается желудочно-кишечный анастомоз шириной до 2,5 см, и область анастомоза фиксируется в окне брюжейки.

Принимая во внимание вышеизложенное, показаниями к предлагаемой нами операции наложения поперечного заднего позадибодочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле мы считаем:

Цслучаи, когда выполнение пилоропластики или дуоденопластики является очень сложным из-за технических трудностей (пенетрация язвы в головку поджелудочной железы, в соседние органы, при кольцевидной поджелудочной железе);

Цпри гигантских или парафатерально расположенных язвах с образованием воспалительных псевдоопухолевых инфильтратов;

Цформирование поперечного заднего позадибодочного гастроэнтероанастомоза с ваготомией целесообразно выполнять при любой локализации дуоденальной язвы, когда имеется стеноз ДПК на протяжении;

Цв практике неотложной хирургии этому методу рекомендуется отдавать предпочтение при перфоративной язве, когда периульцерозный инфильтрат стенозирует просвет кишки;

Цпри язвенных кровотечениях в комбинации с вынужденным тампонирующим язвы передней стенкой кишки;

Цпри травматическом повреждении двенадцатиперстной кишки с ее выключением из пищеварения.

По предлагаемой методике в Институте хирургии и трансплантологии АМН Украины оперировались 72 пациента (57 мужчин и 15 женщин в возрасте от 14 до 76 лет) с осложненными «низкими» язвами ДПК. Изучены после операции ближайшие и отдаленные результаты (до пяти лет). Следует отметить, что ни в одном случае спустя шесть месяцев не была выявлена язва ДПК. У одного пациента через три года выявлена пептическая язва ГЭА, причиной которого явился прием в течение длительного времени сульфаниламидных препаратов. Полученные в ходе выполнения данной работы «хорошие» и «отличные» результаты отмечены у 90,3% оперированных больных. Они свидетельствуют о надежности и эффективности разработанного нами способа.

Преимуществами нашей операции являются:

Цоперация наложения поперечного заднего позадибодочного ГЭА на короткой петле отличается относительной технической простотой в выполнении и надежностью;

Цпосле данной операции сохраняется резервуарная функция желудка и обеспечивается порционная эвакуация пищи;

Цпредложенная операция является малотравматичной;

Цотсутствует необходимость назначения целого ряда дорогостоящих медикаментозных препаратов с целью профилактики послеоперационного панкреатита и других осложнений;

Цпо нашим данным, послеоперационном периоде не развиваются такие осложнения, как демпинг-синдром, рефлюкс-гастрит, синдром приводящей петли, «порочный круг» и др.

Предложенный нами вариант дренирования желудка при осложненных луковичных и постбульбарных язвах ДПК является наиболее физиологичным, максимально удовлетворяющим требованиям, предъявляемым к оперативным вмешательствам при «сложных» язвах ДПК.

УДК: 614.883+616-039.74+616.33-005.1

**Ю.С. Семенюк, О.Л. Нестеренко, В.Д. Кордяк,
Л.М. Нестеренко, М.А. Пшеничний, І.П. Ковальчук,
І.В. Сидорчук, І.Г. Бобяк**

ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ВИЇЗНОЇ ЕКСТРЕНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ГОСТРИМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ

Рівенська обласна клінічна лікарня

Вступ. Організація надання екстреної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами (ГШКК) службою санавіації є одним з важливих аспектів ефективності загального лікувального процесу хворих. В останні роки це питання практично не висвітлюється у літературі, а вся увага приділяється організації та наданню допомоги хворим з шлунково-кишковими кровотечами в умовах високоспеціалізованих центрів, оснащених найновішою технікою та досвідченими фахівцями. Разом з тим, тактичний підхід до цієї категорії хворих значно відрізняється в умовах центру та у віддалених лікувальних закладах (Б.Р. Лозинський та ін., 1974, В.Т. Зайцев та ін. 1994).

Матеріали та методи. Нами проаналізовано результати ургентної виїзної допомоги 244 хворим з ГШКК протягом 1996-2001. Допомогу здійснювали бригадою консультантів, до складу якої входить хірург та ендоскопіст, при необхідності анестезіолог і трансфузіолог. Пацієнтів з кровотечами виразкового генезу було 196 (80,3%), ерозивним гастритом – 12 (4,9%), синдромом Малорі-Вейса – 16 (6,55%), раком шлунка – 6 (2,45%), кровотечею з варикозно розширених вен стравоходу – 4 (1,6%), іншого походження – 10 (4,1%). Чоловіків було 182 (74,6%), жінок – 62 (25,4%).

Результати. З приводу ГШКК виклик консультанта в райони області необхідний для 22% хворих (Зайцев В.Т. та ін., 1994). У Рівенській області цей відсоток становить 12,8%. Причинами звертання хірургів до обласного консультативного центру є нестача досвіду надання допомоги хворим з цією патологією та відсутність сучасного обладнання. Крім того, за останні роки кількість кровотеч в області збільшилась на 40%.

Для покращання результатів лікування хворих з ГШКК по виклику, що поступав у відділення санавіації, виїжджає хірург, котрий володіє ендоскопічними методами діагностики та лікування; при відсутності такого фахівця

бригада комплектується ендоскопістом. В останні роки практично всі райони області укомплектовані кваліфікованими анестезіологами і до консультативної бригади анестезіолог з обласного центру входить вкрай рідко.

Особливістю консультованих у районах пацієнтів є те, що це, як правило, хворі з важким ступенем крововтрати, обумовленим рецидивною кровотечею та патоморфологічною характеристикою джерела кровотечі (велетенські розміри виразкового дефекту, penetрація виразки, поєднання кровотечі та перфорації, онкологічні процеси), а також пацієнти віком до 30 років з вперше виявленою виразковою хворобою, першим проявом якої стала кровотеча.

За вказаний період у районних закладах оперовано 92 хворих, що становить 47% оперативної активності. Причому, незважаючи на значне зростання кількості кровотеч у цілому, кількість оперативних втручань зменшилась на 22%. Це можна пояснити кількома факторами. По-перше, за останні роки більшість ЦРЛ укомплектована ендоскопічною технікою та ендоскопістами; по-друге, змінився тактичний підхід до оперативного лікування кровотеч, зокрема, пацієнти з вперше виявленою та недолікованою виразковою хворобою практично не оперуються.

На виїзді перед консультантом стоїть два питання: показання до оперативного втручання та ризик розвитку рецидиву кровотечі, коли оперативне втручання не показане. Пацієнти із значним ризиком розвитку рецидиву кровотечі, а це, як правило, хворі молодого віку з вперше виявленою та недолікованою виразковою хворобою, підлягають транспортуванню в обласний центр лікування кровотеч. Крім того, транспортуються також хворі з ознаками стабільного гемостазу (F-III за класифікацією Forrest), яким показане оперативне лікування у відстроченому та плановому порядку. Всього було транспортовано 38 хворих (15,5%). Особливу категорію хворих при транспортуванні складають пацієнти з ознаками нестабільного гемостазу, оскільки транспортування пов'язане з ризиком рецидиву кровотечі. А тому при вирішенні питання транспортування, консультант повинен врахувати відстань, технічний стан автомобіля, наявність хірургічно спроможних лікувальних закладів на шляху слідування.

Показання до оперативного лікування в умовах виїзду значно ширші, ніж в умовах спеціалізованого центру. Операції підлягають хворі з виразковою хворобою з F-Ia, у ряді випадків незважаючи на вік та сутність виразкового анамнезу, хворі з F-IIa з вперше виявленими чи нелікованими виразками, що мають ознаки penetрації та розміром виразкового дефекту понад 1 см. Тобто це пацієнти, що потребують тривалого спостереження та ендоскопічного контролю і надзвичайно високим ризиком розвитку рецидиву кровотечі після застосування ендоскопічних методів гемостазу. Ці хворі, як правило, в умовах центру не підлягають оперативному лікуванню.

Об'єм оперативних втручань визначається індивідуально, проте у всіх випадках необхідно здійснити радикальне втручання на джерелі кровотечі. Джерело кровотечі має бути видалене чи виведене за межі шлунково-кишкового тра-

кту. Нами проведено 48 резекцій шлунка у тих чи інших модифікаціях Більрота, 40 органозберігаючих втручань, до яких ми відносимо і висічення виразкового субстрату без доповнення ваготомією. Останнє має значення не тільки у хворих з важкими кровотечами та вираженою супутньою патологією, а й у хворих молодого віку з вперше виявленими та нелікованими виразками. Виконано 4 втручання реконструктивного характеру. Оперативні втручання, що полягають у прошиванні кровоточивої судини у дні виразки, ми не застосовуємо, оскільки після них ризик розвитку рецидиву кровотечі вкрай високий.

Такий тактичний підхід до лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч в умовах відділення планової та екстреної консультативної допомоги дав змогу досягти стабільно невисоких цифр післяопераційної летальності – 7%.

Висновки. Надавати допомогу хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами в умовах відділень санавіації доцільно бригадами, до складу яких входить хірург та ендоскопіст.

Транспортування хворих на великі відстані можливе за умови стабільного гемостазу та наявності підготовленого санітарного транспорту з відповідним оснащенням.

Пацієнтів з продовженням кровотечі та ознаками нестабільного гемостазу необхідно лікувати оперативним шляхом, обов'язковою умовою якого є радикальне втручання на джерелі кровотечі.

УДК: 614.883+616-039.74+616.33-005.1

Ю.М. Ковальчук, Р.В. Свистун

РОЛЬ ДИСПЛАСТИЧНИХ ЗМІН ЕПІТЕЛІОСЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ В ВИБОРІ ТИПУ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ШЛУНКОВИХ ВИРАЗКАХ

Тернопільська державна медична академія ім І.Я.Горбачевського

Вступ. Резекція шлунка в різних її модифікаціях знайшла чільне місце, як метод вибору операції при шлункових виразках. Основним недоліком резекційних методик є порівняно високий і стабільний рівень післяопераційної летальності (2-5%) та значний відсоток (20-30%) післяопераційних розладів функціонального та органічного характеру, які в переважній більшості обумовлені неадекватним об'ємом оперативного лікування. На наш погляд найбільш суттєвим і вирішальним у вирішенні об'єму операції є стан слизової оболонки шлунка і вираженість диспластичних змін.

Матеріали і методи. З метою вивчення особливостей структурної перебудови змін в стінці шлунка проводили гістологічні, гістохімічні, морфометричні та імуноморфологічні методи дослідження у 175 хворих з шлунковими виразками.

Результати досліджень та їх обговорення. На основі проведеного дослідження виявлено, що у 126 хворих із 175 оперованих були наявні морфоструктурні диспластичні зміни стінки шлунка. При I типі шлункових виразок найбільш часто зустрічається помірно виражена дисплазія – у 51%. В 31% диспластичні зміни були відсутні, а важка дисплазія тільки у 18%.

II тип шлункових виразок супроводжується майже аналогічними морфоструктурними змінами. Відсутня дисплазія була у 25%, помірна виражена дисплазія у 53%, важка – у 22%.

Це дозволяє при перших двох типах шлункових виразок широко використовувати органощадячі методики.

III тип шлункових виразок супроводжується важкими диспластичними змінами у 60%, помірно вираженою дисплазією у 20%, відсутня дисплазія у 20%. Ці дані свідчать про те, що даний тип шлункових виразок особливо небезпечний в плані малігнізації. Тому при даній патології потрібно виконувати субтотальні резекції по онкологічним принципам, використовуючи арефлюксні методики.

Підхід до вибору об'єму та методики оперативного втручання носив індивідуальний характер з врахуванням органозберігаючого напряму та морфологічного субстрату.

Нами розроблений алгоритм лікувальної тактики при I типі шлункових виразок. Згідно нього при відсутності морфозмін слизової оболонки виконували сегментарно-корпоральні резекції із збереженням пілороантрального сегменту.

Коли медіогастральна виразка супроводжується помірною або важкою дисплазією з відсутністю або наявністю хронічної дуоденальної непрохідності I-ІІст. – виконували резекцію шлунка за Більрот I-ІІ. Коли дані зміни слизової оболонки поєднуються з ХДН ІІст. – виконували резекцію шлунка за Ру.

При гострих ускладненнях хронічної виразки виконували експрес-біопсію. Якщо вона благоприємна – робили сегментарно-корпоральну резекцію, при неблагоприємній чи сумнівній – класичні резекції шлунка за Більрот I-ІІ.

У 31 хворих з I типом шлункових виразок і при відсутності дисплазії і у 4 хворих з помірно-вираженою дисплазією в ділянці навколівиразкової інфільтрації і відсутності її в віддалених зонах була виконана сегментарно-корпоральна резекція шлунка з видаленням виразкового дефекту і виразкової інфільтрації з збереженням іннервованого і васкуляризованого пілороантрального сегменту. Об'єм сегментарної резекції складав в межах 3,0 см проксимальніше і дистальніше від виразкової інфільтрації. Умовою для виконання цього типу оперативного втручання були: крім перелічених морфоструктурної характеристики стінки шлунка, локалізація виразки по малій кривизні в с/з, в/з, тіла шлунка і субкардії, відсутність рубцево-інфільтративних змін в малому чепці,воротарі і дванадцятипалій кишці, наявність ДГР і хронічної дуоденальної непрохідності в стадії компенсації.

У 7 хворих з локалізацією виразки по малій кривизні, в її н/з, с/з і в/з з запально-інфільтративними змінами малого сальника, при відсутності

дисплазії (4) і помірно вираженої дисплазії (3) виразкового інфільтрату, проведена надпilorична резекція шлунка (економну за Маккі-Шалімовим).

Висновки: 1. При власне виразках шлунка (I тип Johnson), при відсутності і при помірно вираженій дисплазії слизової оболонки в ділянці навколо-виразкової інфільтрації методом вибору операції є сегментарно-корпоральна резекція шлунка з збереженням іннервованого та васкуляризованого пілороантрального сегменту. 2. У хворих з поєднаною локалізацією виразок шлунка і дванадцятипалої кишки (II тип Johnson) і при відсутності диспластичних змін і благоприємній морфологічній картині методом вибору операції є -сегментарно-корпоральна резекція шлунка, висічення дуоденальної виразки, дуоденопластика і СПВ.

УДК: 614.883+616-039.74+616.33-005.1

А.І. Суходоля, М.М. Зюбрицький, В.В. Арсенюк

ПЕРЕДНЯСТОВБУРОВАВАГОТОМІЯПРИЛІКУВАННІ ВИРАЗКИДВАНДЦЯТИПАЛОЇКИШКИ,УСКЛАДНЕНОЇ ПЕРФОРАЦІЄЮТАКРОВОТЕЧЕЮ

Кам'янець-Подільська центральна міська лікарня

Теоретичним підґрунтям виконання передньої стовбурової ваготомії (ПСВ) у лікуванні ускладненої виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) послужили наступні положення.

1. З часу відкриття хелікобактерної інфекції підвищення вмісту соляної кислоти в шлунковому соці перестало вважатись основним патогенетичним фактором розвитку пептичної виразки ДПК. Тому оперативні втручання, спрямовані на максимальне зниження концентрації соляної кислоти в шлунку, не повинні бути основною метою.

2. Передній стовбур блукаючого нерва відіграє домінуючу роль в кислотопродукції шлунка.

3. Збереження заднього стовбура блукаючого нерва в більшості випадків дозволяє забезпечити інервацію пілороантрального відділу шлунка і його моторно-евакуаторну функцію.

4. Повна вагусна денервація ДПК при виконанні ПСЕ в поєднанні з радикальною дуоденопластикою підсилює ефект зниження продукції соляної кислоти.

5. Впровадження в клінічну практику вискоєфективних антисекреторних препаратів дозволяє більш оптимістично ставитись до випадків рецидиву пептичної виразки ДПК.

Відсутність у сучасній медичній літературі даних про застосування ПСВ в лікуванні ускладнених форм виразки ДПК стала поштовхом для власного вивчення проблеми.

Проаналізовано результати хірургічною лікування 105 хворих за період з 1994 по 2000 рр., яким було виконано радикальні органозберігаючі операції з приводу перфорації виразки ДПК та виразкової кровотечі ДПК.

Серед різних видів ваготомій ПСВ виконано у 87 (82<8¹¹>) хворих віком від 18 до 78 років. Чоловіків було – 71, жінок – 16. Перфорація виразки ДПК мала місце у 49 пацієнтів, кровотеча різного ступеню важкості – у 38 пацієнтів. Слід відмітити високу частоту поєднання ускладнень. Так у 4 хворих мала місце перфорація та пенетрація (“дзеркальні” виразки), у 5 хворих – перфорація та стеноз, у 2-х – перфорація та кровотеча, у 4-х – кровотеча та стеноз, у 28 хворих – кровотеча та пенетрація у сусідні органи. Характер пагоморфологічних змін, що були викликані виразкою, обумовлював вибір способу хірургічної корекції. Висічення виразки з наступною пілородуоденопластикою при локалізації на передній стінці ДПК проведено у 43-х випадках, виключення виразки із просвіту ДПК при локалізації на задньоверхній стінці з наступною дуоденопластикою – у 35 хворих, зашивання перфоративної виразки із заднім гастроентероанастомозом – у 2-х, ліквідація виразки з антрумрезекцією – у 7 випадках. У всіх хворих операцію завершували ПСВ в поєднанні з передньою геміфундоплекцією за Дором.

Результати лікування простежені у ранньому, ближньому [2-3 місяці після операції) і віддаленому періодах.

Ранній післяопераційний період здебільшого перебігав благополучно. У 39 хворих спостерігалось збільшення виділення шлункового вмісту в межах 700-1000 мл, що контролювалось назогастральним зондом. Як правило така гіперсекреція зникала через 3-5 діб і здебільшого мала місце у хворих зі складними формами дуоденопластики. Всім хворим призначалась терапія, спрямована на ерадикацію *Helicobacter pylori*. Післяопераційні ускладнення виникли у 5 (5,7%) пацієнтів, летальних випадків не було. Середній термін перебування у стаціонарі складав 10,2 доби.

В ближньому періоді обстежено 84 пацієнти. У всіх хворих зникли клінічні прояви виразкової хвороби. Більшість з них відмічали відрижку. При рентгенологічному дослідженні у 72 і 86%) пацієнтів мало місце зниження евакуаторної функції шлунка. Кислотопродукція досліджена методом внутрішньошлункової рН-метрії. У цей період відмічалась помірна гіпоацидність і в середньому складала 2,59±0,15.

Віддалені результати в терміни від 1 до 6,5 років вивченні у 67 (77%) хворих. Критерієм оцінки служила модифікована Панциревим Ю.М. та співавторами (1987) шкала Visick. Відмінні та добрі результати лікування спостерігались у 53 (79,1%) хворих, задовільні – 9 (13,4%), погані – 5 (7,5%). Серед останніх рецидивів виразки виник у 4-х пацієнтів, стенозування ДПК з наступною хірургічною корекцією – у 1-го пацієнта. В жодному випадку не було таких порушень, як демпінг-синдром та постваготомна діарея. Дослідження кислотності шлункового соку у цих хворих показало незначне зниження рН у порівнянні з ближнім періодом, середня величина якого складала

ла $2,34 \pm 0,35$. Рентгенологічно у них спостерігалось відновлення тону су тіла шлунка, задовільні перистальтичні хвилі у його вихідному відділі, і своєчасний початок евакуації. Описані рентгенологічні ознаки мали місце як у хворих без до операційних порушень евакуаторної функції, так і у пацієнтів з вираженим стенозом та ектазією шлунка до операції.

Отримані дані дозволяють зробити висновок, що кислотопродукція після ПСВ в поєднанні з дренируемими шлунок операціями, знижується у достатній мірі, хоча і дещо менше, ніж при селективній проксимальній ваготомії, але значно відрізняється від тих хворих, яким не виконувалась ваготомія. В той же час відновлення моторно-евакуаторної функції шлунка після ПСВ наступало швидше.

Аналізуючи результати проведених досліджень, можемо стверджувати, що ПСВ технічно найбільш проста операція і може бути використана в ургентних ситуаціях, а також у хворих із запущеною патологією і важкими супутніми захворюваннями, коли фактор часу відіграє вирішальне значення.

УДК 616.33-089

**Е.П. Отурин, Л.К. Кудрявцев, В.М. Романов, Г.И. Кирсанов,
И.М. Скобелев, Н.В. Власов**

КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПЕПТИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Крымский государственный медицинский

Доказано, что инфекция *Helicobacter pylori* (HP) значительно снижает репаративные способности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (Л.И. Друин, 2000, Г.Д. Фадеенко, 2001; М. Tatsuta et al, 1999). Следовательно, эрадикация HP значительно уменьшает выраженность репаративно-деструктивных процессов в слизистой оболочке и способствует быстрейшему заживлению язвы или восстановлению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки на месте иссеченной язвы. С этих позиций можно заключить, что результаты хирургического лечения осложненных пептических гастродуоденальных язв во многом зависят от полноценной консервативной терапии, проводимой в стационаре или в послеоперационном периоде.

По современным взглядам, терапия язвенной болезни должна быть патогенетически обоснованной и направленной на следующие факторы:

- 1) заживление язвенного дефекта;
- 2) эрадикация (уничтожение) хеликобактерной инфекции и предупреждение ее рецидивов.

Согласно рекомендациям Европейской группы по изучению НР (Маастрихт, 1996; 2000), лечение инфекции НР показано обязательно при язвенной болезни в стадии обострения или ремиссии, осложненной кровотечением и, желательнo, после любых операций по поводу язвенной болезни. Те же рекомендации дает Российская группа по изучению НР (Москва, 1997) и Украинский консенсус (2000).

Для стимуляции заживления язвенного дефекта применяли 4 группы препаратов:

- 1) антациды — всасывающиеся (бикарбонат натрия) и не всасывающиеся (алмод, альмагель, фосфалюгель и др.);
- 2) селективные холинолитики (гастроцепин и др.),
- 3) блокаторы H₂-гистаминоэргических рецепторов (циметидин, ранитидин, гистодил и др.),
- 4) блокаторы «протонной помпы» (омепразол, пантопразол и др.).

Для усиления защитных механизмов слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки использовали;

- 1) обволакивающие средства (алмод, альмагель, фосфалюгель, препараты висмута: суспензия висмута субсалицилата, коллоидный субцитрат висмута или Де-Нол и др.),
- 2) моно- и поливитамины с антиоксидантными свойствами (А, Е, Три-Ви, Три-Ви плюс и др.), особенно эффективные в качестве «препаратов сопровождения» на фоне длительной медикаментозной терапии.

Для эрадикации НР использовали схему лечения на основе коллоидного субцитрата висмута (Де-Нола) в сочетании с антибиотиками (флемоксин соллютаб, амоксициллин или кларитромицин) и метронидазолом.

Резистентность НР к антибиотикам значительно влияет на исход лечения. Процент эрадикации при высокой встречаемости резистентных штаммов снижается до 30-60%. Наиболее распространена устойчивость микроорганизма к метронидазолу, хотя описаны штаммы НР, устойчивые к кларитромицину и амоксициллину. Уменьшение дозы антибактериальных препаратов или продолжительности лечения, произвольная замена элементов эрадикационной схемы заканчиваются формированием резистентности и создают проблемы для дальнейшего подбора терапии.

Необходимо отметить, что до настоящего времени не было обнаружено штаммов НР, которые были бы нечувствительны к бактерицидному действию коллоидного субцитрата висмута (Де-Нола), поэтому препарат считаем базовым в схеме эрадикационной терапии.

Нами проведено изучение обсемененности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки хеликобактерной инфекцией у больных с перфоративными и кровоточащими гастродуоденальными язвами.

Обнаружено, что НР в слизистой оболочке периульцерозной зоны при перфоративной язве встречается в 87% случаев, что свидетельствует о причастности хеликобактериоза к развитию данного осложнения. Для перфо-

ративных язв характерна средняя и высокая степень обсемененности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. У больных старше 60 лет при перфорации в слизистой оболочке периульцерозной зоны НР не выявляется. Развитие осложнений язвенной болезни у пациентов старше 60 лет зависит от возрастных особенностей организма (нарушение кровообращения в слизистой оболочке, уменьшение выработки защитных факторов, что, в конечном итоге, ведет к снижению ее резистентности к воздействию кислотно-пептического фактора и регенераторных способностей).

У больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями НР выявляется вне зависимости от возраста в 93% случаев, что также свидетельствует о причастности хеликобактерной инфекции к развитию язвенного кровотечения. Для пациентов младше 60 лет характерна высокая и средняя степень обсемененности слизистой оболочки периульцерозной зоны, и, напротив, у пациентов старших возрастных групп выявляется низкая степень обсеменения.

Таким образом, эрадикационная терапия при перфоративной язве показана только больным в возрасте до 60 лет, а больным с перфоративными язвами старше 60 лет эрадикация НР не показана. Эрадикационная терапия больным с кровоточащими язвами показана во всех возрастных группах.

УДК: 614.883+616-039.74+616.33-005.1

U.S. Egamov, S.S. kkhunova, M.M. Nosirov

INDICATORS OF PERFORATION OF GASTRODUODENAL ULCER DISEASE IN PATIENTS WITH HELICOBACTER INFECTION

Andizhan State medical institute Republic of Uzbekistan

In accordance to data of many authors during last years the incidence of stomach and duodenal ulcer disease (S and KUK) in increased among the population.

The tendency to different complications increasing is shown such as penetration, perforation, bleeding and stenosis of pyloric channel with duodenal ulcer.

During last 3 years we operated 426 patients with S and KUK. They were the patients at the age from 18 to 75: 302 from them were men and 124 – women. In 371 patients it was performed an operation by Billroth-I, in 55 – by Billroth-II in modification Hoffmaster-Finsterer. Before finishing the operation indications to drainage of abdominal cavity were defined for each patient for the aim to control of postoperative period.

The main indication for abdominal cavity drainage was the suspicion to unreliable gastroduodenal or gastrojejunal anastomosis, traumatical operation and soon. The artificial drainage of abdominal cavity was performed in 270 patients after stomach resection. Draining tubes have been removed after 3-7 days from operation.

At the 1st day mucosal-haemorrhagic excretion from abdominal cavity was visible in average amount $120 \pm 10,0$ ml, at 2nd day it was amount $67 \pm 4,65$ ml of mucosal excretions.

Usually in the majority of cases the excretion from draining tubes is finishing on 3-4 days.

In 3 patients we found in solventment of anastomosis and the excretion from draining tubes increased on 6-7 days. In those patients we had performed relaparotomy. The drainage didn't take a special role in the indication to relaparate my, but total and local condition of patient was aggravated.

In 156 patients after stomach resection the abdominal cavity drainage was not performed. The main criterias for finishing operation (the suturing of postoperative wound without drainage) were the safety of anastomosis and good self drainage of abdominal cavity.

The duration of postoperative period in patients without draining tubes proceeded perfect.

Comparing the results of postoperative treatment of those patients we noticed the earlier restoration of the functions of gastrointestinal system and the average number of days of patient's hospital stay was decreased.

So the necessity of abdominal drainage performing after stomach resection should be decided individually in dependence on volume of operation. In good performance of gastrointestinal anastomosis and total self drainage of abdominal cavity the necessity of artificial draining decreases.

УДК 616.33/342-002.44-005.1-036.11-06:616.12-073.97

І.А. Тарабан

ОСОБЛИВОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ СЕРЦЕВОГО РИТМУ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ ВИРАЗКОВОЇ ЕТІОЛОГІЇ

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України

У сучасній гастроентерології питання взаємозв'язку порушень функції вегетативної нервової системи (ВНС) у хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) є дуже актуальними. Особливого значення вони набувають при ускладненні виразкової хвороби гострими шлунково-кишковими кровотечами (ГШКК). Сама по собі імовірність виникнення порушень

ВНС підвищується у хворих із крововтратою, особливо важких ступенів, причому при некорегованому гіпертонусі симпатичної системи вони можуть призводити і до раптової серцевої смерті. Останнім часом одним з основних методів вивчення ВНС є аналіз варіабельності серцевого ритму (ВСР), що дозволяє вивчати прояви глибоких порушень діяльності регуляторних систем. ВСР обумовлена впливом на серце ВНС, медіатори якої змінюють електролітні співвідношення і електрофізіологічні властивості клітин міокарда. Серце в нормі одержує як симпатичну, так і парасимпатичну іннервацію, при цьому електрична стабільність міокарду залежить від синергізму цих двох відділів ВНС. Відомо, що парасимпатичні впливи мають протективну дію на електричну стабільність, тоді як підвищена симпатична активність – протилежну дію. Ці періодичні коливання і визначають ВСР, яка є одним з основних предикторів небезпечних для життя порушень ритму серця.

Тому метою нашої роботи було вивчення стану ВНС, за допомогою визначення ВСР у хворих, що знаходилися в клініці з приводу виразкової хвороби, ускладненої гострою кровотечею.

У клініці Інституту загальної та невідкладної хірургії АМН України нами обстежено 82 пацієнта на виразкову хворобу шлунка та ДПК, що ускладнилася гострою шлунково-кишковою кровотечею, серед яких чоловіків було 49, жінок – 33, коли 23 до 76 років. Виразки ДПК виявлено у 60 (73,2 %) хворих, виразки шлунка – у 17 (20,7 %), а в 5 (6,1%) випадках ці захворювання поєднувалися. Відповідно до прийнятої в клініці класифікації О.О.Шалімова та В.Ф.Саєнка, легка крововтрата (до 20% ОЦК) визначена в 24 (29,3 %) пацієнтів, крововтрата середнього ступеня важкості (від 20 до 30 % ОЦК) у – 32 (39,0%), важка крововтрата (більш 30% ОЦК) – у 26 (31,7 %) хворих. Контрольну групу склали 12 пацієнтів з неускладненою виразковою хворобою.

Для оцінки ВСР використовувався електрокардіографічний діагностичний комплекс CardioLab 2000. Аналіз ВСР виконували на підставі 5-хвилинного запису ЕКГ, вивчаючи її різні характеристики – ритмограму, скатерограму, векторну петлю й усереднений кардіокомплекс. ВСР оцінювали за її спектральними характеристиками – зону дуже низьких частот (VLF), зв'язану з терморегуляцією і гуморальними системами, а також зони низьких частот (LF) і високих частот (HF), потужність яких визначається симпатопарасимпатичним балансом і парасимпатичною регуляцією відповідно.

До істотних переваг даної методики можна віднести її неінвазивність, відносну простоту виконання і нетривалість, що особливо важливо у хворих з ГШКК.

Враховуючи те, що зміни ВСР тісно пов'язані з рівнем катехоламінів, проводили спільний порівняльний аналіз цих параметрів. Для оцінки функціонального стану САС виконували визначення екскреції адреналіну і норадреналіну в сечі. Непрямою характеристикою стану САС був аналіз варіабельності рівня артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.

В процесі обстеження тільки у 5 хворих відзначена розвинута нейрогуморальна регуляція. Перевага гуморальної регуляції виявлена в 9 випадках. Перевага гуморальної та симпатичної нервової регуляції встановлена у 18 спостереженнях. Превалювання гуморальної та парасимпатичної нервової регуляції було у 7 пацієнтів. Нервова регуляція з балансом вегетативних механізмів відзначена тільки в 4 випадках. Найчастіше констатували перевагу симпатичної нервової регуляції (32), рідше – парасимпатичної (7). Крім того, встановлено, що збільшення крововтрати приводить до обмеження ВСР і зниженню реакції на навантажувальні проби. З огляду на особливості обстежуваного контингенту, пов'язані з крововтратою, із усіх навантажувальних тестів індивідуалізовано застосовували ортостатичну пробу, в основному у пацієнтів із крововтратою легкого та середнього ступеня важкості.

Нами також відзначено падіння потужності високо- (HF) і низькочастотних (LF) ділянок спектра серцевого ритму, що свідчило про зниження резервів нейрогуморальної регуляції. Було встановлено, що ГШКК ведуть до неузгодженості автономної регуляції і гіперактивності симпатичних еферентних впливів з одночасним зменшенням протективних вагусних рефлексів, причому ступінь важкості крововтрати обернено пропорційно корелює з ВСР.

При виконанні оперативного втручання у хворих із кровотечами відзначена значна реакція з боку симптоадреналової системи (САС), що характеризується посиленням зазначених тенденцій. Як показали проведені дослідження, наявні компенсаторні механізми поступово втрачають резервні можливості і нерідко настає їх зрив з переходом у декомпенсацію. Декомпенсація адаптації до крововтрати відбувається як в умовах досягнутого гомеостазу, так і поза ним. Наш досвід переконує, що зупинка кровотечі є обов'язковою умовою успішного результату операції, але недостатньою, тому що виснаження САС може приводити до зриву адаптаційних механізмів і до раптової зупинки кровообігу.

Таким чином, отримані дані свідчать про доцільність застосування методики вивчення ВСР для визначення стану нейрогуморальної регуляції при ГШКК. Це може сприяти оптимізації хірургічної тактики і результатів лікування у даного контингенту хворих.

В.М. Трач, О.М. Сироїд

ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО І СТАРЕЧОГО ВІКУ З УСКЛАДНЕНИМ ПЕРЕБІГОМ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇКИШКИ

Львів

Під спостереженням знаходилося 75 пацієнтів похилого і старечого віку (середній вік $67,4 \pm 6,2$ років) з ускладненим перебігом виразкової хвороби ДПК. Чоловіків було 66 (88,0%), жінок – 9 (12,0%). Гостру виразкову кровотечу діагностовано у 41 (54,7%) хворого, перфорацію виразки – у 15 (20,0%), стеноз вихідного відділу шлунка – у 12 (16,0%) осіб. У 7 (9,3%) пацієнтів виявлено поєднання пілородуоденального стенозу з перфоративною або кровоточивою виразкою.

Супровідні захворювання виявлено у 70 (93,3%) осіб: ішемічну хворобу серця – у 48 (64,0%) хворих, гіпертонічну хворобу – у 12 (16,0%), хронічні неспецифічні захворювання легенів – у семи (9,3%), цукровий діабет – у трьох (4,0%) пацієнтів. Поєднання ускладнень виразкової хвороби ДПК зі супровідною патологією призвело до розвитку “синдрому взаємного обтяження” у 57 (76,0%) осіб.

При виборі лікувальної тактики у хворих з виразковою кровотечею враховували результати ургентної фіброгастроуденоскопії. У 33 (80,5%) пацієнтів, при відсутності геморагії з виразки здійснювали комплексну медикаментну терапію. Важкий перебіг супровідних захворювань призвів до летального наслідку в одного (2,4%) хворого з важкою крововтратою.

У восьми (19,5%) пацієнтів, у яких на час огляду кровотеча продовжувалася, застосовували методи ендоскопічного гемостазу (діатермокоагуляція, обколювання виразки етанолом або вазопресорами).

Оперовано 6 (14,6%) осіб: 4 у зв'язку з продовженням геморагії і 2 – внаслідок її рецидиву. Основним завданням операції була зупинка кровотечі, що досягалося висіченням (трьох хворих) або екстериторизацією виразки (трьох пацієнтів). Втручання завершували пілоропластикою за Фінеєм та двобічною піддіафрагмальною стовбуровою ваготомією.

При виборі способу оперативного втручання у хворих з перфоративною виразкою ДПК зважали на термін від виникнення ускладнення, загальний стан пацієнта і характер запально-інфільтративних та рубцевих змін у ділянці виразкування. Зашивання перфоративного отвору проведено у 4 (26,7%) пацієнтів, висічення виразки – у 6 (40,0%), висічення виразки з пілоропластикою за Фінеєм – у 3 (20,0%), резекцію шлунка за Більрот II – у 2 (13,3%) осіб.

Хворих з пілородуоденальним стенозом оперували у плановому порядку після відповідного приготування. У пацієнтів із субкомпенсованим стено-

зом віддавали перевагу органозберігаючим операціям: селективну проксимальну ваготомію з пілоропластиком за Фінесом виконано у 5 (41,7%) осіб. Резекцію шлунка за Більрот II здійснено у 7(58,3%) хворих з декомпенсованим стенозом. Резекцію шлунка також проводили при поєднанні стенозу з перфорацією або кровотечею (7 пацієнтів).

Всього оперовано 40 (53,3%) осіб віком понад 60 років з ускладненим перебігом виразкової хвороби ДПК. Померло двоє (5,0%) хворих: один – внаслідок гострої лівошлуночнової недостатності і один – в результаті неспроможності кукси ДПК.

Таким чином, при лікуванні пацієнтів похилого і старечого віку з ускладненнями виразкової хвороби ДПК потрібно дотримуватися індивідуальної тактики, що дозволяє отримати добрі безпосередні результати при невисокій летальності.

УДК 616.342-002.44-084:616-006.6

И.Е. Верхулецкий

КВОПРОСУОПРОФИЛАКТИКЕМАЛИГНИЗАЦИИЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙКИШКИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ряд авторов считают, что клиническое течение малигнизированных язв двенадцатиперстной кишки такое же, как и течение язвенной болезни без явлений малигнизации, и что момент перехода язвы в рак невозможно установить с помощью клинических, рентгенологических и даже эндоскопических данных [1,8].

Своевременное же выявление малигнизации язв двенадцатиперстной кишки позволяет выполнить радикальные операции, которые, к сожалению, в 36% являются непереносимыми для больных [8].

Нами изучены 4 больных, которые оперированы в клинике по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнившейся стенозом, но при гистологическом исследовании операционного материала у них выявлен раковый процесс. Все больные мужчины в возрасте старше 40 лет. Язвенный анамнез у одного больного 1 год, у 3 – от 5 до 13 лет. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у них установлена с помощью фиброгастроскопии с самого начала заболевания. Рецидивы язвенной болезни у 3 больных повторялись ежегодно, а после проведенного курса противоязвенного лечения они в течении 11 месяцев чувствовали себя хорошо. Но последний год перед операцией у каждого больного было по 3-4 обострения (включая больного с язвенным анамнезом 1 год). Лечение в гастроэнтерологических стационарах сопровождалось кратковременным (1-3 месяца) эффе́ктом. По-

следние же 1,5-2 месяца перед операцией консервативное лечение было неэффективным. Больных беспокоили выраженные боли в эпигастральной области справа, усиливающиеся после еды, в связи с чем они часто воздерживались от приема пищи, несмотря на наличие аппетита.

Последние 2-3 недели перед операцией беспокоили ежедневные рвоты пищей, принятой накануне. Отмечена потеря массы тела до 10-12 кг. При фиброгастроскопии ни у одного больного не удалось провести фиброскоп в двенадцатиперстную кишку в связи со стенозом, но у каждого обнаружен проксимальный край язвы, который распространялся на привратник. Учитывая клинические и эндоскопические данные, всем больным поставлен диагноз – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная пенетрацией и стенозом.

Во время оперативного вмешательства имел место выраженный перидуоденит. В области луковицы двенадцатиперстной кишки язвенный инфильтрат распространялся на окружающие ткани. При выделении луковицы двенадцатиперстной кишки у двух больных раскрылись язвы, пенетрировавшие в печеночно-двенадцатиперстную связку (у 1) и в головку поджелудочной железы (у 1). У 2 других больных язва не пенетрировала, но стенка луковицы в месте локализации язвы была настолько прочно сращена с прилежащими тканями, что выделять ее удавалось только острым путем. Двенадцатиперстная кишка во всех случаях пересекалась по дистальному краю язвы. Культия кишки ушивалась двумя рядами узловых шелковых швов. Затем выполнялась резекция 2/3 желудка в связи с выраженной эктазией его. При изучении препаратов во всех случаях выявлена гипертрофия стенки желудка. Луковица двенадцатиперстной кишки рубцово изменена, стенки ее плотные, утолщены, диаметр просвета до 5 мм. На задней стенке луковицы 2 препаратов имелись язвы 1-1,5 см в диаметре с плотными краями. Проксимальные края язв находились на привратнике. На 2 других препаратах язвенные дефекты до 2 см в диаметре, каллезными краями, проксимальные края, которых также находились на привратнике. Результаты гистологических исследований: в области язв двенадцатиперстной кишки и терминального участка пилорического канала элементы низкодифференцированной аденокарциномы с изъязвлением и инвазией всех слоев. Послеоперационный период у всех больных протекал удовлетворительно и они выписаны на 9-14 день. Однако через 1-3 месяца общее состояние больных стало ухудшаться. Снова появились боли в эпигастральной области и правом подреберье, не стало аппетита, нарастало истощение и через 6-12 месяцев наступил летальный исход. Анализируя данные наблюдения, а также учитывая мнение ряда авторов, мы склонны считать, что даже раннее выявление малигнизации язв двенадцатиперстной кишки не вселяет надежду на успешное излечение. Ведь даже операбельные больные подлежат тяжелому оперативному вмешательству, которое сопровождается высокой (до 60%) послеоперационной летальностью[8]. А те больные, которые перенесут эту операцию, не гарантированы от дальнейшего распространения ракового процесса.

Следовательно, там, где наблюдается нарушение периодичности рецидивов язвенной болезни, когда последующее обострение наступает через более короткий промежуток времени, чем предшествующие, и протекает с более выраженным болевым синдромом, надо думать о малигнизации язвы. Эндоскопически язва луковицы двенадцатиперстной кишки, вплотную подходящая к привратнику, также таит в себе опасность возможной малигнизации.

Таким образом, на основании клинических и эндоскопических данных следует прогнозировать возможность перехода язвы в рак в будущем и предупредить его своевременным оперативным вмешательством, которое является надежной перспективой профилактики малигнизации язв двенадцатиперстной кишки.

Литература.

1. Буценко В.Н., Анишин Н.С., Антонюк С.М. Диагностические ошибки при раке двенадцатиперстной кишки //Клин. хирургия, 1984, №5, с.40-42
2. Дерижанова И.С. Клинико-анатомические сопоставления при карциномных опухолях двенадцатиперстной кишки //Архив патологии, 1989, №4, с.53-58
3. Запорожец В.К., Чуприна В.В. К вопросу о малигнизации язв двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия, 1976, №10, с.73-74
4. Змеул В.К. Синхронный рак двенадцатиперстной кишки // Хирургия, 1986, №9, с.122-123
5. Кузин М.И. Хирургические болезни // М. -"Медицина", 1986, с.480.
6. Павлий Л.И. Два наблюдения рака двенадцатиперстной кишки // Клин. хирургия, 1990, №5, с. 43-44.
7. Папазов Ф.К., Койко М.А. Ошибки диагностики рака двенадцатиперстной кишки // Архив клинической и экспериментальной медицины, 1999, №1, с. 150-152.
8. Шаповальянц С.Г., Михвайлусов С.В., Аввакумов А.Г., Тронин Р.Ю. Хирургическое лечение рака двенадцатиперстной кишки // Хирургия, 1990, №9, с.129-131.

УДК 616.33-009.44-061 616. 842-002.44]-089-085.849.19

С.И. Баранник, О.Г. Товстолыткина

СОЧЕТАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С МАГНИТНО-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИЕЙ ПРИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Днепропетровская государственная медицинская академия

В обширной научной медицинской литературе последних лет имеются четкие указания на целесообразность применения при хирургическом лечении перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями. Несмотря на это, в практическом здра-

вохранении около половины случаев оперативных вмешательств по поводу данного осложнения заканчиваются применением того или иного способа ушивания перфоративной язвы без каких-либо радикальных операций. Такая тактика объясняется целым рядом причин: поступлением больных на операцию в поздние сроки, когда уже имелись четкие проявления перитонита, локализацией язвы в желудке, преклонным возрастом пациентов, тяжелыми сопутствующими заболеваниями и т.д. После названных операций возникает довольно обширный контингент больных с высокой вероятностью рецидива язвенной болезни, а порой и реперфорации язвы. Все это свидетельствует о необходимости поиска новых вариантов лечения указанной группы больных.

На протяжении 3 лет мы успешно применяли для лечения перфоративных язв любой локализации оперативные вмешательства в сочетании с магнито-лазерной терапией. Основанием для применения названного терапевтического фактора явились сведения многих отечественных и зарубежных авторов о том, что воздействие лазера в магнитном поле на организм человека позволяет получить противовоспалительный, противоотечный, анальгезирующий эффекты, улучшает трофику тканей в зоне воздействия за счет усиления гемомикроциркуляции, повышает общие и местные механизмы иммунной защиты. Все это необходимо для лечения язвенной болезни. Особенно выраженный положительный эффект отмечается при воздействии на биологически активные точки и зоны. Это способствует нормализации функциональных особенностей нервной системы, которая в патогенезе язвенной болезни играет ведущую роль. Чрезвычайно положительным является также чрезкожное квантовое воздействие на кровь, что значительно повышает уровень иммунно-реактивных сил организма, пластических и регенераторных процессов в тканях.

Для проведения противорецидивного лечения указанным больным мы применяли магнито-инфракрасно-лазерный терапевтический аппарат (МИЛТА-01) производства ЗАО "МИЛТА"-ПКП ГИТ, г.Москва. Сеансы терапии начинали с чрезкожного облучения крови в зоне верхушечного толчка сердца или крупных кровеносных сосудов в кубитальной области (частота – 5 Гц, экспозиция – 5 мин), затем полипозиционно облучали патологический очаг в гастродуоденальной зоне (частота – 50 Гц, экспозиция – 10 мин суммарно) и воздействовали на биологически активные точки и зоны (частота – 5 Гц, экспозиция суммарно – 10 мин). Курс лечения составлял 10 сеансов. Начинали такое лечение на третьи сутки после хирургического вмешательства.

Отдаленные результаты указанного лечения нами изучены у 120 больных, которым от 6 месяцев до 3 лет тому назад были выполнены паллиативные оперативные вмешательства по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы. Возраст больных колебался от 26 до 73 лет. Мужчин было 92(76,7%), женщин – 28(23,3%). Все обследованные распределены на 2 группы. В первую группу вошли 68 человек, которые с первых дней послеоперационного периода получали противоязвенную МИЛ-терапию. Вторую

групу склали 52 обстежених, які в післяопераційному періоді квантову терапію не отримували. В першій групі обстежених рецидиви язвенної хвороби виявлені тільки у 7(10,3%) хворих, в той час як во другій групі вони відзначені у 23(44,2%) обстежених.

Таким чином, після палиативних операцій, виконаних в зв'язі з перфоративними гастродуоденальними язвами, досить часто виникають рецидиви. При ранньому застосуванні протирецидивного лікування частота їх зменшується більш ніж в 4 рази. Найбільш раціональною вважається безмедикаментозна МІЛ-терапія. Курси такого лікування цілеспрямовано починати з перших днів післяопераційного періоду і повторювати не рідше 2 раз в рік на протязі перших 3 років. В подальшому вони можуть застосовуватися по клінічним показанням.

УДК 616 - 005 616.342 - 002.44 - 02 - 08

А.І. Суходоля, І.О. Козак, О.О. Підмурняк

ВПЛИВ ЕРАДИКАЦІЇ *HELICOBACTER PYLORI* НА РЕЗУЛЬТАТИ ОРГАНОЗБЕРІГАЮЧОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБИ

Хмельницька обласна клінічна лікарня

В консервативному лікуванні виразкової хвороби дванадцятипалої кишки (ДПК) досягнуто значного прогресу. Разом з тим, незмінним залишається відсоток ускладнень виразкової хвороби, який складає 15-20%. Сьогодні в плановій хірургії виразкової хвороби ДПК отримали перевагу органозберігаючі операції. Але і результати органозберігаючих операцій не завжди задовільні. Головним недоліком їх є післяопераційний рецидив хвороби, який складає, за даними різних авторів, 5-20%.

До теперішнього часу всі шляхи покращення результатів ваготомії були направлені на більш повну, максимально можливу денервацію кислотопродукуючої зони шлунка, а також на ретельне виконання всіх етапів операції. Значно меншу увагу приділяли впливу на інші механізми регуляції шлункової секреції, а також на *Helicobacter pylori*.

Роль Нр в хірургії і його вплив на результати органозберігаючих операцій вивчено недостатньо. Разом з тим, відомо, що бактеріальна інвазія Нр після операції не тільки відповідає доопераційному рівню, а й навіть зростає.

Метою роботи було вивчення впливу ерадикації Нр в післяопераційному періоді та нових методик органозберігаючих операцій на результати хірургічного лікування виразкової хвороби ДПК.

Обстежено і оперовано 226 хворих з виразковою хворобою ДПК. Основну групу склали 96 хворих, яким було виконано нові і удосконалені

методики органозберігаючих операцій: екстрагастральна ваготомія (ЕГВ) – 42 (патент на винахід №98010001), розширена селективна проксимальна ваготомія (СПВ) – 19, СПВ з наскрізною сероміотомією – 22, СПВ з роз'єднанням антрального відділу та тіла шлунка – 13 хворих. У хворих основної групи в до- і післяопераційному періоді визначали наявність Нр і проводили його ерадикацію. Контрольну групу складала 130 хворих, яким була виконана СПВ з ПП або ДП. Перед операцією хворим було проведено комплексне обстеження, яке включало фіброгастродуоденоскопію, рентгеноскопію шлунка та ДПК, визначення базальної (БПК), стимульованої пентагастрином (МПК) і інсуліном секреції фракційним методом. У хворих визначили Нр за допомогою уреазного і імунологічного тестів та бактеріоскопії.

За даними уреазного тесту і бактеріоскопії, інфікованість Нр різного ступеня важкості виявлена у 98% хворих основної групи. Дослідження БПК в передопераційному періоді у хворих основної групи показало, що всі хворі мало відрізнялися за значенням БПК. У хворих I групи БПК складала $5,65 \pm 0,31$ ммоль/год. До цієї групи були віднесені хворі з найнижчим рівнем інсулінової секреції – $(9,89 \pm 1,41)$ ммоль/год МПК, стимульована пентагастрином, складала $(25,24 \pm 0,20)$ ммоль/год, що свідчить про переважання у цих хворих другої фази шлункової секреції. Так як експериментально було доведено, що найбільш сильний вплив на другу фазу секреції має ЕГВ, хворим цієї групи виконували ЕГВ з ПП або ДП. У ранньому післяопераційному періоді у хворих, що перенесли ЕГВ, БПК, МПК та дебіт кислоти інсулінової секреції були знижені на 54,5%, 59,5%, 69,1% відповідно. Через рік пригнічення БПК, МПК та дебіту кислоти інсулінової секреції відносно передопераційного рівня складало 71,6 %, 79,2 %, 75,3 %. У хворих II групи перед операцією БПК $(5,89 \pm 0,39)$ ммоль/год МПК та дебіт кислоти інсулінової секреції відповідно були $(34,46 \pm 2,20)$ ммоль/год та $(21,30 \pm 3,90)$ ммоль/год. Хворим цієї групи виконували операцію розширеної СПВ з ПП або ДП. У ранньому післяопераційному періоді БПК, МПК та дебіт кислоти інсулінової секреції були знижені на 58,1 %, 54,5 %, 76,5 %. В III групу були включені хворі з БПК $(5,54 \pm 0,50)$ ммоль/год, МПК $(25,84 \pm 0,71)$ ммоль/год, дебітом кислоти шлункового соку, стимульованого інсуліном, $(15,60 \pm 1,80)$ моль/год. Хворим даної групи виконали СПВ з наскрізною сероміотомією та ПП або ДП. В ранньому післяопераційному періоді БПК була меншою порівняно з доопераційним рівнем на 45,7%, МПК – на 40,4%, дебіт кислоти інсулінової секреції – на 77%. Через рік досліджувані види шлункової секреції були меншими порівняно з доопераційним рівнем на 50,8 % та 56,9 % відповідно. В четвертій групі були виділені хворі з наступними показниками стимульованої секреції: БПК $(5,76 \pm 0,50)$ ммоль/год, дебіт кислоти інсулінової секреції $(34,60 \pm 4,30)$ ммоль/год. Хворим цієї групи виконували СПВ з роз'єднанням антрального відділу і тіла з ПП або ДП. В ранньому післяопераційному періоді БПК знижувалась на 60,6 %, МПК – на 54,3 %, дебіт кислоти інсулінової секреції – на 70 %.

Встановлено, що інфікованість Нр в післяопераційному періоді була такою ж, як і до операції, тобто органозберігаючі операції не впливали на ступінь обсіювання Нр в шлунку. Тому хворим в післяопераційному періоді призначали одну із схем лікування, спрямовану на ерадикацію Нр (де-нол – 120 мг 4 рази в день, тетрациклін 0,5 г 3 рази на день, омепразол 20 мг 2 рази на день). Призначений курс антихелікобактерної терапії проводили короткотерміново, протягом 7 –10 днів.

Розробка і впровадження нового виду органозберігаючої операції ЕГВ та удосконалення існуючих (розширена СПВ, СПВ з наскрізною сероміотомією, СПВ з роз'єднанням антрального відділу та тіла шлунка) та ерадикація Нр в післяопераційному періоді дозволила знизити відсоток рецидивів до 3,5 % в основній групі (96 оперованих) при 6,8 % в контрольній групі (130 оперованих).

УДК: 616.33+616.342]-002.44-06-089:616.36-008.64]-084

Н.П. Донец, С.Б. Пеев, В.А. Вовк

КОРРЕКЦИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Введение. Печеночная недостаточность в хирургии осложненных гастродуоденальных язв может быть как самостоятельным синдромом, так и проявлением полиорганной недостаточности. Она, как правило, возникает при тяжелых кровотечениях, сопровождающихся геморрагическим шоком, при запущенных перфоративных перитонитах, а также у больных, подвергшихся экстренному хирургическому вмешательству с исходно нарушенной функцией печени вследствие имеющегося гепатита или цирроза печени.

Важными элементами патогенеза печеночной недостаточности являются нарушения спланхического кровотока и, как следствие, нарушение функции детоксикации, а также метаболического и иммунологического гомеостаза.

Цель работы: улучшить результаты хирургического лечения осложненных гастродуоденальных язв путем профилактики и коррекции печеночной недостаточности.

Материалы и методы. За период с 1995 по 2000 г.г. в Институте общей и неотложной хирургии АМН Украины оперировано 120 больных с осложненными гастродуоденальными язвами и явлениями печеночной недостаточности. Из них у 46 (33,3%) признаки нарушений печеночной функции выявлены в дооперационном периоде.

Состояние функции печени оценивали по следующим показателям: концентрация билирубина и его фракций, аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз, щелочной фосфатазы, фибриногена и протромбина, белка плазмы крови и его фракций, альбумин-глобулиновый коэффициент. Кроме того, больным выполнялось исследование транспорта кислорода, ангиография портальной системы, а также определение острофазовых показателей в динамике лечения.

Результаты и их обсуждение. На основании проведенного анализа у больных с нарушенной функции печени отмечено повышение активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз до 1,2-2,3 мкмоль/чЧмл, щелочной фосфатазы до 4,0-9,3 мкмоль/чЧмл, снижение протромбинового индекса до 60%-42%, альбумина сыворотки крови до 20 г/л и альбумин-глобулинового коэффициента. У больных с печеночной недостаточностью, помимо вышеперечисленных нарушений, отмечено повышение уровня билирубина (до 25,3-40,5 мкмоль/л).

У больных с осложненной язвенной болезни нами выполнялось иссечение язвы с пилородуоденопластикой по методике, разработанной в клинике ИОНХ АМНУ, с выполнением одного из видов ваготомии. Для коррекции печеночной недостаточности и улучшения трофики зоны оперативного вмешательства был разработан способ, включающий канюляцию портальной системы путём реканализации пупочной вены. Было подтверждено, что дисфункция печени в связи с сокращением воротного кровотока и поражением эндотелиальной системы наблюдалась у всех анализируемых больных (100%). При этом портальная системная энцефалопатия отмечена у 29% больных контрольной группы. Особенностью развития печеночной недостаточности у большинства из них было образование портального шунта с системной циркуляцией и повышение давления в портальной вене. Для купирования «портального криза» у 23,3% больных основной группы использовали porto-портальный и системно-портальный плазмаферез по собственной методике, эффективность которого подтверждена клинически и лабораторно. Кроме того, у всех больных осуществляли внутриворотное введение вазоактивных препаратов и внутриворотную гемодилюцию. Динамическое ангиографическое обследование больных (портография) подтвердило эффективность проводимой терапии у всех пациентов. В результате применения разработанных методов коррекции печеночной недостаточности отмечено снижение летальности (на 25,6%) и количества послеоперационных осложнений (на 20,3%) у этой категории больных.

Выводы. 1. Нарушения портального кровотока при осложнённых гастродуоденальных язвах ведут к дисфункции печени и развитию портальной системной энцефалопатии. 2. Разработанные методы коррекции нарушений функций печени и портального кровотока позволили снизить послеоперационную летальность и количество осложнений.

**Б.Г. Борзенко, О.А. Верховой, Т.А. Швец, Л.В. Соколовской,
А.П. Кухто**

ВОЗРАСТНЫЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЙ МЕТАБОЛИЗМА ДНК ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ИХ КОРРЕКЦИЯ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького.

Около 6-10 % трудоспособного населения индустриально развитых стран страдает язвенной болезнью. Репаративные процессы в слизистой оболочке желудка тесно связаны с метаболизмом ДНК и её предшественников. Целью данного исследования является изучение ключевых ферментов метаболизма пуриновых и пиримидиновых предшественников ДНК: аденозиндезаминазы (АДА) и тимидинкиназы (ТК). АДА в иммунокомпетентных клетках играет роль регулятора пула аденозина и его производных. Известно, что их накопление может приводить к нарушению дифференцировки лимфоцитов и, как следствие, снижению их функции. Ранее было установлено, что снижение активности АДА в лимфоцитах сопровождается повышением сывороточной АДА.

ТК – ключевой фермент метаболизма ТМФ по "запасному" пути синтеза. Синтез ДНК из её предшественников по этому пути активируется при регенераторной пролиферации, наблюдающейся при заживлении язвы. Ранее установлена прямая зависимость между активностью ТК в тканях и в сыворотке крови. Нами проведено исследование активности ТК – маркера клеточной пролиферации, и АДА, связанной с иммунологической реактивностью лимфоцитов, в сыворотке крови здоровых людей и больных язвенной болезнью различного возраста. Учитывая тот факт, что у многих язвенных больных наблюдается нарушение иммунитета, мы исследовали АДА. О степени репарации судили по активности ТК.

Установлено, что при язвенной болезни активность сывороточной АДА повышается. Это повышение имеет возрастную динамику. В возрасте 23- 35 лет она увеличивается в 4,5 раза, в 36-45 лет активность АДА ($5,16 \pm 0,73$) нмоль/ (в 2 раза), в 46-60 лет – ($4,88 \pm 0,83$) нмоль/ (в 3 раза). Предварительные исследования показали, что повышение сывороточной АДА практически всегда сопровождается снижением АДА в лимфоцитах. Это указывает на снижение иммунитета. Активность тимидинкиназы колеблется в зависимости от возраста человека: 17-30 лет – ($3,18 \pm 0,09$) нмоль/ ; 31-40 – ($0,36 \pm 0,05$) нмоль/ ; 41-50 – ($2,17 \pm 0,14$) нмоль/ ; 51-60 – ($5,44 \pm 1,10$) нмоль/ м; 61-70 – ($2,03 \pm 0,26$) нмоль/ . Установлено резкое снижение активности ферме-

нта (приблизительно в 9 раз) в сыворотке крови здоровых людей в возрасте от 30 до 40 лет. Затем этот показатель повышается в 15 раз, достигая максимума к 50 годам. После 60 лет наблюдается небольшое (в 2,6 раза) снижение активности тимидинкиназы. При язвенной болезни установлено повышение активности ТК во всех группах, однако имеются возрастные особенности. В сыворотке крови больных язвенной болезнью желудка в возрасте от 30 до 40 лет уровень активности ТК повышен почти в 10 раз по сравнению с нормой ($(3,60 \pm 0,62 \text{ нмоль/})$). У больных в возрасте от 40 до 50 лет наблюдается увеличение активности тимидинкиназы лишь в 1,5 раза ($(3,15 \pm 0,28 \text{ нмоль/})$).

Следовательно, можно предположить, что процессы репарации активно протекают именно в период 30-40 лет. Полученные возрастные изменения активности АДА и ТК могут использоваться при послеоперационном лечении при индивидуальном назначении иммуномодуляторов и аналогичных препаратов.

УДК, 616.342-002.44-06

**В.Н. Клименко, С.М. Кравченко, А.В. Клименко,
В.В. Избицкий, А.И. Олейник, В.В. Вакуленко,
И.И. Исайчиков**

РАДИКАЛЬНАЯ ДУОДЕНОПЛАСТИКА С СЕГМЕНТАРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ТЕЛА ЖЕЛУДКА В ХИРУРГИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СТЕНОЗА ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Запорожский государственный медицинский университет.

Современное развитие хирургической гастроэнтерологии характеризуется переоценкой вопросов тактики, показаний к операции и особенно методов хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В наибольшей степени это относится к дуоденальным стенозам язвенной этиологии.

В факультетской хирургической клинике за период с 1995 по 2000 г оперированы 156 больных с осложненным течением язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Нами проанализирован опыт хирургического лечения 52 больных с декомпенсированным дуоденальным стенозом. Женщин было 8, мужчин – 44; возраст больных от 24 до 71 года. Рвота, «шум плеска» и задержка контрастной массы в желудке свыше 24 часов были у всех больных; видимая перистальтика – у 12 (23%). У 46 (89%) пациентов наблюдался дефицит массы тела, достигавший 25-31% от должного.

По данным фиброгастродуоденоскопии и рентгенологического исследований установлено: острый период течения язвенного поражения наблюдался у

64% больных, рубцовый стеноз без язвы – у 36%; язвы диаметром более 2,0 см – у 54%; две язвы («зеркальные») – у 12%. У 2/3 больных язвы располагались на задней стенке луковицы либо по её медиальному контуру. Залуживочные язвы были у 4 больных. У всех пациентов имел место «язвенный» анамнез (самый короткий – 2 года), при этом регулярно лечились у гастроэнтеролога 76%, нерегулярно – 16% и не лечились – 8%.

В настоящее время большинство хирургов при декомпенсированном дуоденальном стенозе, особенно при отсутствии какой-либо перистальтической активности, вынужденно выполняют резекцию 2/3(3/4) желудка по одному из способов Бильрота. Применение ваготомии с дренирующей операцией при этой патологии сомнительно и в настоящее время не вышло за рамки отдельных противоречивых сообщений.

В то же время классическая резекция желудка в отдаленном периоде сопровождается большим количеством расстройств (постгастрорезекционные синдромы), которые практически не зависят от квалификации хирурга и приводят к инвалидности в 10-30% случаев. Причиной этих неудач в подавляющем большинстве является удаление пилороантрального сегмента. Кроме того, при стенозе из-за резко выраженной гипертрофии стенок желудка формируемое соустье с кишкой получается всегда относительно большим. В дальнейшем при нормализации толщины стенок желудка это – одна из скрытых самостоятельных причин демпинг-синдрома разной степени тяжести.

Для получения максимального функционального результата при хирургическом лечении декомпенсированного дуоденального стеноза язвенной этиологии в клинике выполняется качественно новый вариант оперативного вмешательства. У 18(34,6%) больных (основная группа) последовательно одномоментно произведены радикальная дуоденопластика (мостовидная, циркулярная с иссечением язвы) и резекция тела желудка в объеме как при классической резекции, но с сохранением антрума, пилоруса, нервов Латарже и малого сальника; формированием фундокорпороантруманастомоза на весь просвет. Остальным 34(65,4%) больным (контрольная группа) выполнена классическая резекция желудка по Бильрот-I (4) и Бильрот-II (30).

В послеоперационном периоде летальных исходов в основной группе не было, в контрольной – умер 1 (2,9%) больной (тромбоэмболия легочной артерии). В отдаленном периоде ни у одного из оперированных основной группы не было постгастрорезекционных синдромов, наблюдалась ритмичность и порционность эвакуации. В то же время, у 8(25,5%) из 34 оперированных контрольной группы наблюдался демпинг-синдром (у 2 – тяжелой степени); щелочной рефлюкс-гастрит культи желудка и рефлюкс – эзофагит – у 9(26,4%); дисплазия слизистой оболочки желудка выраженной и умеренной степени наблюдалась у 30,4% пациентов этой группы.

Таким образом, предложенный новый подход в хирургическом лечении декомпенсированных форм дуоденального стеноза сочетает в себе достоинства резекции желудка (надежное подавление гиперпродукции соляной кис-

лоты), полное сохранение исключительно важных функциональных структур желудка (пилорус, антрум, парасимпатическая иннервация) и удаление язвы двенадцатиперстной кишки (радикальная дуоденопластика).

УДК 6166-001.17-056.24-06:(616.33+616.342-002)-005.1

И.Ф. Сырбу, А.С. Писаренко, А.В. Капшитарь, Т.И. Иванова

ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У ОБОЖЖЕННЫХ БОЛЬНЫХ

Запорожский государственный медицинский университет

Язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки относятся к числу нередких и тяжелых осложнений у больных с термическими ожогами и встречаются до 30% [1-4], а кровотечения из пищеварительного тракта – у 0,15-3% больных [4,5]. Гастроудоденальные кровотечения, перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки находятся на 3-м месте среди причин смерти [1,4].

Нами проанализированы истории болезни 52 больных с ожоговой болезнью, у которых возникли острые желудочно-кишечные кровотечения, что составило 0,88% от всего количества поступивших больных. Среди них – 34 мужчин, 18 женщин в возрасте 20-72 лет.

Гастроудоденальные кровотечения чаще возникали у больных с ожогами 2-3 ст. свыше 25-30% площади. В первый период заболевания отмечено кровотечение у 7, во второй – у 19, в третий – у 26 больных. При эндоскопическом исследовании, которое проводилось во время или вскоре после остановки кровотечения, установлено, что у 39 больных геморрагии возникли из острых эрозий желудка (28) и двенадцатиперстной кишки (13), у 5 – из острых язв (язв Курлинга), а у 5 – из хронических язв. Сочетанные поражения слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки отмечены у 6 больных. В отдельных случаях (5 человек) крупные эрозии были трудноотличимы от острых язв и окончательный диагноз был поставлен после гистологического изучения биоптического материала. Размеры язв и эрозий колебались от 0,3 до 2,5 см.

Диффузные кровотечения отмечены у 19, профузные – у 33 больных. Кровотечения легкой степени возникли у 12, средней тяжести – у 22, тяжелой – у 18 пациентов.

Симптоматика и клиника кровотечений у некоторых больных была нечеткой, т.к. само течение ожоговой болезни, сопровождающееся анемией, бледностью кожных покровов, иногда артериальной гипотонией, маскировало клиническую картину осложнения. Основными признаками геморрагии у 26 человек была кровавая рвота и дегтеобразный стул, у 12 – кровавая рвота, у 14

– мелена. У большинства больных отмечалась слабость, головокружение, бледность кожных покровов, одышка, тахикардия, снижение артериального давления, диуреза. В общем анализе крови, наряду с низкими показателями эритроцитов и гемоглобина, отмечался сдвиг формулы влево, гипо- и диспротеинемия, в коагулограмме – повышение антикоагулянтного потенциала.

У 3 больных кровотечение сопровождалось перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки (2) и пилорического отдела желудка (1). Необходимо отметить, что диагностика прободных язв трудная, ибо типичная симптоматика встречается редко. У 2 больных диагноз был поставлен при лапароскопическом исследовании, у 1 – по клиническим данным.

Вначале всем больным с желудочно-кишечными кровотечениями использовалась общепринятая гемостатическая терапия. У 12 – кровотечение остановлено эндоскопической электрокоагуляцией, причем у 5 устойчивый гемостаз появился после повторной коагуляции. Для подавления активности кислотно-пептического фактора назначали H_2 -гистаминоблокаторы и ингибиторы протонного насоса (ранитидин, омепразол), что позволило значительно повысить как внутрижелудочный, так и внутриклеточный pH [1,3] и повысить эффективность консервативного лечения.

Профузные кровотечения, не остановленные гемостатической терапией в течении 6-12 ч., несмотря на высокий операционный риск, явились показанием к экстренной операции. Прооперировано 4 больных: у 2 выполнена трубчатая резекция желудка по Бильрот 1, у 2 – ушивание эрозий с перевязкой левой желудочной артерии. Выздоровело 3 больных. С прободными язвами оперированы все больные, выполнено ушивание язвы. Умер – 1.

Таким образом, гастродуоденальные кровотечения у больных ожоговой болезнью наиболее часто возникают в период токсемии и септикотоксемии. Источником кровотечения были в основном острые эрозии, язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Для выявления источника кровотечения и возможной остановки его следует выполнить эндоскопическое исследование с электрокоагуляцией кровоточащего сосуда. Экстренная операция показана при неостановленных профузных кровотечениях и прободных язвах. Для профилактики гастродуоденальных поражений у больных с ожоговой болезнью показана консервативная терапия – H_2 -гистаминоблокаторы ингибиторы протонного насоса (ранитидин, омепразол и др.).

Литература.

1. Вихриев Б.С. Острые хирургические заболевания органов пищеварения у обожженных. Л, 1985., стр. 163.
2. Муллакандов С.А. Оперативное лечение у обожженных. Хирургия, (1985-5- с. 55-57_.
3. Чернов В.Н., Мизиев И.А. Острые язвы желудка и двенадцатиперстной кишки при ожоговой болезни. Клинич. Мед., 1998, 12, 42-44.
4. Парис Е.И., Р.М.Иванова. Желудочно-кишечные кровотечения у обожженных. /Хирургия – 198884-4-с.55-59.

5. Свешников А.И. Кровотечение из пищеварительного тракта у больных с ожогами / Хирургия-1984-4-с.59-61.

6. Котельников В.П., Морозов В.Н., В.И.Морозова. Состояние гемокоагулирующей активности крови при ожогах. Вест. Хирург.-1996-1-с.67-70.

УДК 616.34-089.1-009.11

О.В. Білик, В.Б. Рева, О.О. Алексеєнко, Г.В. Петрович

**ВИКОРИСТАННЯ ГАЛЬВАНІЧНОГО СТРУМУ В
ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ХВОРИХ З
УСКЛАДНЕНОЮ ВИРАЗКОВОЮ ХВОРОБОЮ ШЛУНКА ТА
ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ**

Буковинська державна медична академія

Завдяки значним успіхам противиразкової терапії в останнє десятиліття кількість операцій з приводу виразкової хвороби значно скоротилася. Хірургічному лікуванню підлягають в основному ускладнені форми виразкової хвороби – пенетрація, перфорація, кровотеча, малігнізація, стеноз вихідного відділу шлунка та при неефективності консервативного лікування. Серед методів хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка найбільше поширення одержала резекція 2/3 шлунка в різних модифікаціях. Менше поширені органозберігаючі операції у поєднанні з ваготомією. Значно рідше використовуються різні види ошадливих, клиноподібних, прицільних резекцій шлунка, резекцій зі збереженням воротаря.

Особливі труднощі викликає хірургічне лікування “важких виразок”. Під ними мають на увазі виразки, ускладнені пенетрацією в підшлункову залозу, печінково-дуоденальну зв’язку, жовчні шляхи та інші органи; виразки, ускладнені рубцевим перипроцесом і стенозом, що розповсюджуються на мезоперитоніальний відділ; виразки з масивними псевдопухлинними інфільтратами, виразки постбульбарної локалізації. За даними багатьох авторів, такі виразки зустрічаються від 5 до 51% випадків. Спроба видалити виразку низької локалізації при наявності пенетрації та запального інфільтрату, супроводжується значними технічними труднощами, масивною травмою підшлункової залози, пошкодженням сусідніх органів і тканин з можливим пошкодженням судин, позапечінкових жовчних шляхів, великого дуоденального сосочка. Крім того, закриття куки дванадцятипалої кишки супроводжується значними труднощами і частота неспроможності її швів з розвитком перитоніту в ранньому післяопераційному періоді досягає 10-30%. Тому пошук методів зменшення розмірів периульцерозного інфільтрату та його щільності є актуальним завданням шлункової хірургії. Це дасть можливість зменшити кількість операцій на виключення, при яких виразка не видала-

ється, та частоту ранніх післярезекційних ускладнень, яка залишається досить високою і коливається від 5 до 32%.

Одним з головних факторів ризику виникнення вищевказаних ускладнень є наявність і вираженість навколівиразкового (периульцерозного) запального інфільтрату, який частіше зустрічається при хронічних пенетруючих великих і “гігантських” виразках шлунка та задньої стінки ДПК. При резекціях шлунка в умовах масивного виразкового інфільтрату технічно ускладнюється мобілізація шлунка та ДПК. Кукса ДПК зашивається атипово, а гастроентероанастомоз накладається на тканини з елементами запальної інфільтрації, що викликає інтраопераційне прорізування швів, посилює травматизацію тканин, підвищує ризик неспроможності швів в ранньому післяопераційному періоді і виникнення поширеного перитоніту.

При проведенні консервативного (передопераційного) лікування недостатньо враховуються основні ланки патогенетичних порушень у зоні периульцерозного інфільтрату. Порушення регіонарного кровотоку, в першу чергу, не дозволяє досягти оптимальної концентрації медикаментозних препаратів у зоні виразкового ураження і в перифокальних тканинах. В зв'язку з цим виникає необхідність використання фізичних факторів, які в поєднанні з фармакологічними засобами дають можливість частково, а іноді і повністю ліквідувати периульцерозний інфільтрат. З цією метою нами використовуються електричне поле постійного струму (гальванізація) як найбільш простий та доступний метод фізіотерапії для зменшення виразкового кратеру та периульцерозної інфільтрації.

Особливістю постійного електричного поля є спрямоване переміщення заряджених часток, які знаходяться в рідинах і тканинах, тобто катіонів – до катода, а аніонів – до анода. Отже, в міжелектродному просторі при проходженні гальванічного струму змінюється активна реакція середовища: під катодом спостерігається відносно збільшення кількості іонів водню, що призводить до зсуву рН в кислий бік, під анодом – навпаки, накопичення гідроксильних аніонів сприяє зсуву рН в лужний бік. Існує пряма залежність між показниками кислотно-лужної рівноваги в тканинах і кількістю струму, який пройшов через них. Відбувається утворення біологічно активних речовин. Значні зміни стосуються АРУК – системи, гастроінтестинальні гормони якої мають багатогранну дію на шлункову секрецію і потребують подальшого вивчення.

Протягом 5-7 днів у хворих з ускладненими виразками шлунка та ДПК проводили противиразкове лікування, що включало: омепразол по 20 мг 2 рази на добу; ранітидин по 300 мг 2 рази на добу або фамотидин по 40 мг 2 рази на добу; альмагель по 1 столовій ложці 4-5 разів на добу в поєднанні з внутрішньошлунковим електрофорезом.

Клінічно на 2-3 добу у хворих відзначалось зменшення або навіть зникнення больового синдрому, що є дуже характерним, особливо при пенетраціях в підшлункову залозу, в зв'язку з чим 8 з 23 хворих від операції відмови-

лись, бо вважали себе здоровими. У них повністю зникав больовий синдром і гастрофіброскопічно підтверджувалось зменшення виразкового дефекту слизової. 15 пацієнтів були прооперовані, їм виконана резекція шлунка за Більрот-ІІ в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Периульцерозний інфільтрат у них або був відсутній, або його величина і щільність не викликали труднощів для укріплення кукси ДПК. Одному хворому виконана резекція шлунка за Більрот-І із накладанням терміно-латерального анастомозу. У всіх хворих таких ускладнень, як неспроможність швів кукси ДПК та лінії анастомозу, анастомозитів, післяопераційних панкреонекрозів, атонії кукси шлунка не спостерігалось. Хворі виписувались через 10-15 днів, що відповідає середнім статистичним нормам при хірургічному лікуванні неускладнених форм виразкової хвороби, та виконані операції в плановому порядку.

Метод не інвазивний, не потребує додаткових фінансових затрат, не має вікових обмежень, може проводитися в терапевтичних і гастроентерологічних стаціонарах різного рівня. Протипоказаннями до даної методики є підозра на малігнізацію виразки, наявність кровотечі і повного органічного стенозу та індивідуальна непереносимість електричного струму.

УДК 616.33-002.44_089:616.342-002.44

С.А. Алиев, Н.М. Аширова

ОБОСНОВАНИЕ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ЯЗВЕННОГО ГЕНЕЗА

Азербайджанский Медицинский Университет, Баку

Проблема лечения желудочно-кишечных кровотечений различной этиологии вообще и язвенного генеза в частности до настоящего времени продолжает оставаться одной из актуальных и окончательно не решенных задач хирургической гастроэнтерологии.

В клинике хирургических болезней № 1 Азербайджанского медицинского университета на базе клинической больницы скорой медицинской помощи г. Баку с 1970 по 20001 г. находились на лечении 456 больных с острым язвенным гастродуоденальным кровотечением (ЯГДК), что составило 48,3% суммарного числа больных, госпитализированных с желудочно-кишечными кровотечениями различной этиологии за указанный период. Мужчин – 338 (74,1%), женщин – 118 (25,9%). Возраст больных варьировал от 16 до 80 лет. 153 (33,5%) больных составили пациенты пожилого и старческого возраста, страдающие серьезными сопутствующими заболеваниями, которые представляли группу повышенной степени операционного риска.

Диагностика ЯГДК базировалась на данных эзофагофиброгастродуоденоскопии и результатах активно-динамического эндоскопического контроля. Эндоскопическую картину ЯГДК оценивали по классификации Forrest. У 304 (66,7%) из 456 больных установлена кровоточающая язва желудка, у 150 (32,9%) – дуоденальная язва. Сочетанная гастродуоденальная язва выявлена у 2 (0,4%) больных.

I (легкая) степень кровопотери (дефицит ОЦК до 20%) отмечена у 267 (58,5%) больных, II (средняя) степень (дефицит ОЦК до 30%) – у 124 (27,2%) , III (тяжелая) степень (дефицит ОЦК более 30%) – у 65 (14,3%) больных.

В соответствии с особенностями лечебной тактики, всех больных разделили на 2 группы. В I группу вошли 175 (38,4%) больных, которым применялась консервативно-выжидательная тактика лечения. Интенсивная консервативная терапия оказалась эффективной и способствовала временной остановке кровотечения у 50 (28,5%) больных. 27 (15,4%) больных умерли от продолжающегося профузного кровотечения и острой кровопотери. 41 (23,4%) больному выполнены экстренные операции в связи с продолжающимся кровотечением и безуспешностью консервативной терапии (у 6), рецидивом кровотечения в клинике (у 35) после его временной медикаментозной остановки. Срочные операции в течение 2-3 суток с момента госпитализации выполнены у 11 (6,3%) больных гемостазом и высоким риском рецидива кровотечения. Отстроченные операции произведены у 46 (26,3%) больных на 10-14 сутки после поступления, надежного гемостаза и полноценной коррекции показателей гомеостаза. В качестве хирургического вмешательства выполняли как органосохраняющие операции (прошивание кровоточащего сосуда или язвы), так и резекцию желудка.

Хирургическая активность в этой группе составила 56%, т.е. из 175 больных оперированы 98 человек. Послеоперационная летальность при использовании консервативно-выжидательной тактики составила 26,5%, т.е. из 98 больных умерли 26. Общая летальность составила 30,3% (т.е. из 175 больных умерли 53). Не оперированы 50 (28,5%) больных из-за высокой степени операционного риска и отказа больных от хирургического лечения. Во II группу включены 281 больной, что составила 61,6% всех обследованных. В лечении больных данной группы применяли активную хирургическую тактику с учетом комплексной интерпретации клинико-лабораторных показателей и данных локального гемостаза, полученных при активно-динамической эндоскопии. У 92 (32,7%) больных этой группы с целью остановки и профилактики рецидива кровотечения наряду со стандартными (традиционными) методами лечения использовали способ эндоскопической трансэзофагеальной медикаментозной блокады ветвей блуждающих нервов, идущих к кислотосекретирующей зоне желудка с применением спирто – новокаиновой смеси с последующей диатермической коагуляцией источника кровотечения. Медикаментозная денервация парасимпатических нервов (ваготомия) в сочетании

с диатермокоагуляцией способствовала временному гемостазу у 81 больного. У 11 (11,9%) пациентов возник рецидив кровотечения, потребовавший необходимость выполнения срочной операции у 9 из них. Временный гемостаз, достигнутый эндоскопическим методом, позволил у 59 (71%) из 83 больных предотвратить вероятность рецидива кровотечения, отсрочить оперативное вмешательство и выполнить последнее с минимальным риском на этапе планового хирургического лечения. 24 больных со стабильным гемостазом впоследствии отказались от оперативного лечения. Безуспешность комплексной консервативной терапии и развившаяся при этом выраженная постгеморрагическая анемия послужили причиной острой сердечно-сосудистой недостаточности, приведшей к летальному исходу у 16 (5,7%) больных.

Из 173 больных, которым неоперативный метод временного гемостаза проводился без лечебной эндоскопии, остановка кровотечения оказалась надежной и окончательной у 54 (31,2%). Эти больные отказались от хирургического лечения. Продолжающееся профузное кровотечение и его рецидив, а также потенциально высокий риск рецидива геморрагии послужили показаниями к экстренному (у 19), срочному (у 33) и отсроченному (у 67) оперативному вмешательству у 119 (68,8%) больных.

Хирургическая активность во II группе составила 66,5% (из 281 больного оперированы 187 больных). Послеоперационная летальность составила 12,3% (умерли 23 больных), общая летальность – 13,9% (умерли 39 больных) Летальность после прошивания кровоточащей язвы составила 34%, после резекции желудка – 13,3%

Следовательно, разработанная лечебная тактика позволила снизить частоту неотложных операций (экстренных и срочных) с 29,7% при активно-выжидательной тактике до 21,7% при активной хирургической, послеоперационную летальность с 26,5% до 12,3%, общую летальность – с 30,3% до 13,9%.

УДК 616.33+616.342-002.44-06-089

А.А. Епифанцев, Л.И. Василенко, Э.В. Якубенко, П.М. Носко

ПРОТИВОСТЕНОТИЧЕСКИЕ КОНЦЕ-КОНЦЕВЫЕ АНАСТОМОЗЫ В ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЙ ХИРУРГИИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Проблема эффективного формирования конце-концевых анастомозов (ККА) в желудочно-кишечной хирургии продолжает оставаться одной из сложных, дискуссионных и окончательно нерешенных (Ю.С.Гилевич, В.И.Оноприев, 1978; В.Н.Буценко, 1992; Л.И.Василенко и соавт. 1985,1993,1998; Н.Н.Велигоцкий и соавт.,1998; П.Симич,1979 и др.).

При анастомозировании трубчатых органов пищеварительного тракта конце-концевым анастомозом по существующим традиционным методикам двухрядным швом у 20-28% оперированных происходит сужение просвета формируемого соустья, в среднем на 1/5-1/4 часть его внутреннего просвета (диаметра) за счет воспалительного отека образуемого внутриспросветного инвагинационного шовного тканевого валика с развитием анастомозита и частичной непроходимости зоны анастомоза в раннем послеоперационном периоде. Недостаточно эффективное консервативное лечение в течение 6-10 суток может привести или к недостаточности швов сформированного анастомоза с развитием межпетлевого абсцесса и перитонита, или требует выполнения повторного вмешательства с резекцией нефункционирующего ККА и формированием нового соустья. Поэтому сужение просвета формируемого ККА послужило неоправданным отказом ряда хирургов от применения наиболее физиологичного прямого конце-концевого межкишечного анастомоза (МКА) при резекции участка кишки при травмах живота с повреждением стенки кишки и отрывом брыжейки, некрозе петель кишки при их ущемлении, странгуляционной кишечной непроходимости.

С целью расширения возможностей формирования прямого ККА на трубчатых органах желудудочно-кишечного тракта (ЖКТ): гастродуоденоанастомоза (ГДА) и МКА нами проведены секционные (на 21 трупах людей и их органокомплексах), экспериментальные (на 38 собаках) и клинические исследования (136 больных), на которых разработаны, усовершенствованы и применены у 108 больных методики формирования противостенотических ККА при традиционных (16 больных) и трубчатых резекциях желудка (ТРЖ) (28 больных), иссечение перфоративных стенозирующих пилородуоденальных язв с пилоропластикой (25 больных), формирование МКА при резекции участка поврежденной кишки и ее брыжейки (17 больных) при травмах живота и патологически измененной стенки кишки при ущемленных грыжах (12 больных) и острой кишечной непроходимости (ОКН) (10 больных). Противостенотические методики формирования ККА включали:

1) дугообразное иссечение краев стенок анастомозируемых органов (50 больных -36,8%); 2) углообразное (угловое или ромбовидное) иссечение краев стенок анастомозируемых органов (32 больных -23,5%) и 3) S-образное иссечение краев стенок анастомозируемых краев (26 больных -19,1%).

Все больные с усовершенствованными методиками ККА, в зависимости от характера произведенных операций, были условно распределены на 2 группы, которые включали: 1) различные способы резекций желудка (РЖ) и пилоропластики (69 больных) при лечении хронических и осложненных гастродуоденальных язв (ГДЯ) и 2) резекции участка кишки при различных видах патологии кишечника (39 больных). В качестве контроля в первой группе исследований проанализированы результаты лечения 19 больных с традиционными способами формирования ККА, во второй группе - 9 больных. Первую группу составили больные: с резекцией желудка по Бильрот 1-

23(16,9 %) больных, ТРЖ по В.В.Сумину- 15 (11 %), клиновидно-трубчатая резекция желудка (КТРЖ) –20(19,1%), пилоропластики по усовершенствованным нами методикам при пенетрирующих и стенозирующих ГДЯ применены у 30 (22,1 %) больных. Вторую группу составили больные: с резекцией участка кишки, поврежденной при травме, – 21(15,4 %) больных; патологически измененной кишкой при ущемленной грыже –14 (10,3 %) больных, и ОКН –13 (9,6 %) больных.

Результаты исследования.

В раннем послеоперационном периоде явления анастомозита в контрольной первой группе (после РЖ) наблюдали у 5 (26,3 %) из 19 больных, оперированных по традиционной методике. Из них анастомозит средней степени наблюдали у 3 больных (разрешены консервативно к 9-12 дню после РЖ); у 2 больных явления анастомозита были более стойкими и разрешены консервативно спустя 14-16 дней после РЖ. После применения усовершенствованных методик противостенотических ККА явления анастомозита наблюдали у 6 (4,6 %) оперированных: после РЖ по Бильрот 1 с дугообразным иссечением краев стенок анастомозируемых органов у 2 (12,4 %) из 16 оперированных; у 2 (8 %) больных из 25 оперированных после пилоропластики с дугообразным и ромбовидным иссечением краев стенок анастомозируемых органов, вследствие деформации зоны анастомоза с развитием анастомозита легкой и средней степени (разрешены консервативно на 8 и 10 сутки после вмешательства). У 2 (5,1 %) из 39 оперированных наблюдали анастомозит легкой степени во второй группе больных (с дугообразным и ромбовидным иссечением краев анастомозируемых стенок кишки после травматического повреждения кишки и брыжейки) с дугообразным. Явления анастомозита были обусловлены пристеночной брыжеечной интраоперационной гематомой при формировании ККА, сопровождались клинически умеренным вздутием живота, парезом кишечника (разрешены консервативно к 6-8 суткам после операции после приема сорбентов и водной взвеси сернокислого бария). В контрольной группе оперированных анастомозит выявлен у 1 (11,1 %) из 9 оперированных с тупой травмой живота (разрешен консервативно на 8 сутки после консервативной терапии). Из других послеоперационных осложнений (ПОО) у 7(6,5 %) оперированных отмечены нагноения в ране, у 3 (2,8 %) – гипостатическая нижнедолевая пневмония (у больных с сочетанной травмой груди и живота) разрешены консервативно. Недостаточности швов сформированных противостенотических ККА с развитием перитонита нами не выявлено.

На основании вышеизложенного можно утверждать, что разработанные нами противостенотические способы формирования ККА надежно предотвращают стенозирование соустьев. Установлено, что дугообразное иссечение краев стенок анастомозируемых органов позволяет в меньшей степени деформировать зону ККА и увеличить его периметр, в среднем, на 1,5-2,5 см. Углообразное (ромбовидное) иссечение краев стенок анастомозируемых

органов (под углом менее 110-120 градусов) позволяет в большей степени (чем дугообразное иссечение) увеличить периметр ККА на 2,5-3,5 см.

Установлено, что S-образное иссечение краев стенок анастомозируемых органов обеспечивает не только надежное увеличение периметра сшиваемых стенок, в среднем, на 2-3 см, но и предупредить развитие анастомозита за счет S-образного смещения внутрипросветного погружного тканевого валика линии швов передней и задней губы образуемого соустья. Проведенные рентгенологические и эндоскопические исследования оперированных больных подтвердили функциональную надежность усовершенствованных методик противостенотических конце-концевых анастомозов, что позволяет рекомендовать их для применения в клинической практике в плановой и ургентной хирургии.

Литература.

1. Гилевич ЮС., Оноприев В.И. Анастомозы в брюшной хирургии:Ставро-польское книзд-во,1978.-376 С.
2. Василенко Л.И., Хараберюш В.А., Борисов Б.Ф., Кирьякулов Г.С., Бетковский Б.Г., Левчук В.Я. Способ формирования анастомоза кишечника А.с. № П62408 СССР Мки А 61 17/00.- Заявка № 2880022/28-13 //Бюл. изобрет.,1985.-№ 28.-С.9
3. Буценко В.Н. Профилактика несостоятельности швов анастомоза конец в конец” // Избранные труды по экстренной хирургии брюшной полости.- Донецк,-1992.-С.90-93.
4. Василенко Л.И., Корниенко А.М., Епифанцев А.А., Якубенко Э.В. Пути повышения эффективности формирования конце-концевых анастомозов в хирургии органов желудочно-кишечного тракта /Матеріали ІІІ ювілейної навч.-метод.конференції завідувачів кафедр хірургічних хвороб стоматологічних факультетів медичних вузів України.- Полтава,1998.-С.82-84.
5. Велигоцкий Н.Н., Комарчук В.В., Тимченко К.Г., Трушин А.С., Сербул М.М., Кобылецкий Н.М. Перемещенный гастродуоденоанастомоз в хирургическом лечении пенетрирующей язвы двенадцатиперстной кишки //Клінічна хірургія.-1998.-№8.-С.14-16.
6. Симиц П. Хирургия кишечника. Медизд-во, Бухарест,1979.-С.98-127.

УДК 616.33—089

А.Б. Горпинич, А.П. Симоненков

ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Москва

Проблема хирургического лечения постгастрорезекционных и постваготомических синдромов не потеряла актуальность и в настоящее время. Накопленный коллективный опыт показал, что реконструктивные операции сложны, главным образом, из-за изменившихся топографо-анатомических соотношений в результате пенетрации язв в соседние органы, наличия мощ-

ных сращений, часто образующих сплошной конгломерат. Кроме того, у этих больных развивается серьёзное нарушение водного, солевого, электролитного и белкового баланса, нарастает общая слабость, анемия и общая кахексия на фоне выраженной адинамии (Ю.Б. Мартов и соавт., 1993, В.А. Овчинников и соавт., 2000 и др). Поэтому вопрос о выборе метода реконструктивной операции при постваготомических и постгастрорезекционных синдромах является актуальным и требует дальнейшего изучения.

Под нашим наблюдением находилось 67 больных в возрасте от 25 до 69 лет, которым были выполнены повторные операции по поводу болезни оперированного желудка.

После различных видов ваготомии в сочетании с дренирующими желудок операциями или без таковых оперировано 19 больных: у 5 пациентов ваготомия была дополнена гастродуоденоанастомозом по Жабулею, у 4 — пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, у 2 — гастроэнтероанастомозом на длинной петле, у 2 — экономной резекцией по Бальфуру. Семи больным была выполнена селективная проксимальная ваготомия.

Наиболее частой причиной повторной операции явился рецидив симптомокомплекса язвенной болезни (13 пациентов), причём у 9 из них он возник в сроки от 3 месяцев до 1 года, а у 4 — спустя много лет. У 5 больных с незажившей язвой, обнаруженной при повторной операции, ваготомия в сочетании с гастродуоденоанастомозом по Жабулею и СПВ не принесли облегчения, и они были оперированы повторно в первые 6 месяцев. В связи с этим мы считаем ошибкой выполнение подобных операций при больших пенетрирующих, а тем более кровоточащих язвах.

Рецидив имел место у 4 больных, у которых более чем после полугодового периода стойкой ремиссии возобновился симптомокомплекс язвенной болезни, причём язва рецидивировала на прежнем месте. К пептическим язвам в этой группе больных отнесли 4 пациентов, у которых язвенный симптомокомплекс развился после многолетней ремиссии. Всем 13 больным с рецидивом язвенной болезни была выполнена резекция желудка.

Среди 43 больных, которым в прошлом была выполнена резекция желудка, 35 оперированы по поводу пептической язвы анастомоза, 5 — синдрома приводящей петли, 2 — демпинг-синдрома и один — рака культуры желудка. Наиболее частой причиной пептической язвы в этой группе больных явилась экономная резекция желудка.

Методом выбора операции при пептической язве мы считаем редуоденизацию, а при отсутствии условий к выполнению таковой — реконструкцию по Ру.

При механическом синдроме приводящей петли накладываем энтероэнтероанастомоз. 5 больным с пептическими язвами после предшествовавшей гастроэнтеростомии была выполнена резекция желудка.

Важным моментом профилактики нарушений моторно-эвакуаторной функции ЖКТ в послеоперационном периоде явилось применение серотонина-адипината.

После повторной операции на желудке умер один больной.

Таким образом, методом выбора операции при пептической язве является редуоденизация, а при отсутствии условий к её выполнению — реконструкция по Ру. Профилактикой рецидива симптомокомплекса язвенной болезни после резекции желудка является её правильное техническое выполнение с соблюдением общепринятых границ удаления секреторной зоны.

УДК: 616-089+616.33-002+616.34-002+616-036.86;616-06+616.33-005.1

**О.Л. Нестеренко, В.Д. Кордяк, Л.М. Нестеренко,
М.А. Пшеничний, І.П. Ковальчук, С.М. Пшеничний,
О.А. Бельчук, В.Г. Мініч**

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВЕЛЕТЕНСЬКИМИ ВИРАЗКАМИ ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНИМИ ГОСТРОЮ КРОВОТЕЧЕЮ

Рівне

Проаналізовано результати лікування 513 хворих, що перебували на лікуванні в обласному центрі лікування шлунково-кишкових кровотеч з 1996 по 2000 рік. З них хворих з велетенськими виразками було 90 (17,5%), Виразки шлунка склали 45,5%, ДПК – 54,5%. Чоловіків було 63 (70%), жінок – 27 (30%).

Виразкова хвороба шлунка та ДПК для хірургічного фаху менш актуальною, оскільки значні успіхи консервативних методів лікування стають все більш разючими. Хірургічного лікування потребують лише ускладнені форми даної патології

У літературі поняття “велетенська виразка дванадцятипалої кишки” та “велетенська виразка шлунка” розглядаються, як правило, окремо (Волков Е.Ю, 1992, Brdiczka I.G., 1931). Для велетенських виразок ДПК характерний діаметр виразкового дефекту понад 2 см, важкий клінічний перебіг, значна частота виникнення загострень та ускладнень у вигляді пенетрації у сусідні органи, мала ефективність консервативного лікування. Велетенські виразки шлунка – це виразки діаметром понад 3 см, виразковий процес такого розміру практично у всіх випадках ускладнений пенетрацією у сусідні органи (Бачасєв І.І., 1981; Хараберюш В.Л та ін., 1991). Під час ендоскопічного обстеження ступінь гемостазу визначали за класифікацією Forrest. Пацієнтів з Forrest 1 було 20 (22,2 %), Forrest 2 – 37 (41,1 %), Forrest 3 33 (36,6 %).

Кровотечу важкого ступеня діагностовано у 23 хворих (25,5 %), середнього – у 26 (28,9 %), легкого у 41 (45,5 %).

У пацієнтів з виразковою хворобою шлунка виразковий процес найчастіше локалізувався в тілі шлунка – 32 хворих (78 %).

У хворих з виразковою хворобою ДПК чітка локалізація велетенської виразки неможлива, оскільки дефект займає, як правило, дві і більше стінок. У 32 (65,3%) виразка пенетрувала у сусідні органи, переважно у підшлункову залозу та гепатодуоденальну зв'язку. Стеноз виходу зі шлунка різного ступеня відмічений у 17 (34,7%) пацієнтів.

Враховуючи розміри виразкового процесу, ознаки пенетрації, а також інтенсивність кровотечі, пацієнти з Forrest 1 підлягали терміновому оперативному втручанню, незважаючи на важкість кровотечі та вік хворого. Методи ендоскопічного гемостазу застосовували у незначній кількості хворих, оскільки пенетруючий характер виразки призводить до ураження судини значного діаметру, і ендоскопічний гемостаз у цієї категорії хворих або неефективний, або приводить до зупинки кровотечі на незначний проміжок часу з відновленням більш інтенсивної рецидивної кровотечі (Ю.В.Грубник та співавт., 2001). Більш широко застосовували методи ендоскопічного гемостазу у хворих з Forrest 2 з метою попередження ймовірного рецидиву кровотечі. У 12 випадках застосована діатермокоагуляція та у 6 – ін'єкційні методи з введенням 70 % етанолу. Хворі з Forrest-3 підлягали оперативному лікуванню у плановому порядку.

При локалізації виразки у цибулині ДПК методом вибору вважаємо висічення виразки з мостовидною чи циркулярною дуоденопластикою (пілородуоденопластикою), з тим чи іншим методом ваготомії – 19 хворих (38,7 %). При неможливості висічення виразки виконується виведення її за межі шлунково-кишкового тракту. Проте у ряді випадків розмір виразкового дефекту чи наявність декомпенсованого стенозу зумовлюють необхідність здійснення резекційних методів з відповідним закриттям кукси ДПК. З метою зменшення ризику неспроможності швів кукси ДПК нами запропоновано метод зовнішньо-внутрішнього дренивання кукси дванадцятипалої кишки, (Деклараційний патент №38420А) суть якого полягає у накладанні термінолатерального анастомозу між куксою шлунка та ДПК на рівні нижньої третини низхідної частини, після максимальної мобілізації ДПК за Кохером. Дана методика дає змогу здійснити декомпресію кишки у куксу шлунка та додатково зміцнити лінію швів кукси ДПК задньою стінкою шлунка, тим самим запобігти розвитку неспроможності швів у післяопераційному періоді. Методика застосована у 12 хворих, і в жодному випадку неспроможності швів кукси ДПК та анастомозу не спостерігалось.

При виразковій хворобі шлунка методом вибору вважаємо резекцію шлунка за одним з методів Більрота, причому перевагу віддаємо Більрот-1. У 24 виконана резекція шлунка за Більрот-1 та у 12 – за Більрот-2, ще у 2 випадках здійснено висічення виразкового дефекту у зв'язку з вкрай важким станом хворих.

Зашивання кровоточивої виразки чи прошивання кровоточивої судини у виразці варто виконувати з метою тимчасового гемостазу як виконання

етап оперативного втручання, після чого необхідно виразку висікти чи вивести за межі травного тракту. Це сприяє досягненню надійного місцевого гемостазу, а при виконанні органозберігаючої операції з ваготомією – попередженню рецидиву виразкової хвороби у віддаленому періоді.

Частота велетенських виразок шлунка та ДПК, ускладнених кровотечею, складає біля 20%, причому такі виразки зустрічаються переважно у хворих з важкими кровотечами і у поєднанні з іншими ускладненнями виразкової хвороби (пенетрація, стеноз виходу зі шлунка).

Поєднання активної хірургічної тактики з методами ендоскопічного гемостазу дало змогу зменшити частоту післяопераційних ускладнень у 2,4 рази, летальності – у 1,8 рази, разом з тим збільшити питому вагу радикальних оперативних втручань до 90%.

При велетенській виразці ДПК доцільно виконання висічення виразки з дуоденопластиком і СПВ, при резекційних методах рекомендуємо застосування зовнішньо-внутрішнього дренивання кукси дуоденум. При велетенських виразках шлунка – резекція.

Хірургічне лікування хворих з виразковою хворобою повинно здійснюватись у плановому порядку більш широко з метою попередження утворення велетенських виразок та їх ускладнень.

Література:

- 1.Бачаев И.И. О больших и гигантских изъязвлениях желудка. //Клин. Мед.-1981.-№10.-С.60-62.
2. Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперстной кишки.//Клиническая хирургия.-1992.-№8.-С.42-44.
- 3.Грубник Ю.В., Московченко И.В., Андриевский П.Н., Фоменко В.А. Лапаро-эндоскопические операции в лечении больных с острыми гастродуоденальными язвенными кровотечениями //Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-2001.-№3.-С.27.
- 4.Митюк И.И., Годлевский А.И.Лечение «гигантских» дуоденальных язв.//Хирургия.-1989.-№10.-С.120-122.
- 5.Николаев Н.И., Старцев А.И., Гришин С.Г., Чекмазов А.И. Хирургическое лечение больных с гигантскими язвами желудка //Хирургия.-1990.-№2.-С.69-72.
- 6.Волков Е.Ю. Перфорация гигантской язвы двенадцатиперстной кишки.//Клиническая хирургия.-1992.-№8.-С.42-44.
- 7.Хараберюш В.А., Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение больных с кровоточащей гигантской язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.// Клиническая хирургия.-1991.-№8.-С.3-7.
- 8.Brdiczra I.G. //Fortschr. Rontgenstr.-1931.-Bd.44,Н.2.-S.177-181.

**В.Д. Братусь, Т.Ф. Татарчук, Н.В. Косей, С.М. Козлов,
О.І. Лісов, О.В. Карасьова**

ЕРОЗИВНО-ВИРАЗКОВІ УРАЖЕННЯ ШЛУНКАТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ЖІНОК

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Ерозивно-виразкові ураження (ЕВУ) шлунка та 12-палої кишки є однією з актуальних проблем сучасної хірургії і гастроентерології. На теперішній час відомо, що в цілому ці ураження частіше зустрічаються у чоловіків але, разом з тим, частота ЕВУ в різних вікових групах у чоловіків і жінок неоднакова. Співвідношення жінок та чоловіків з ЕВУ в молодому віці складає 1:6, у середньому – 1:1,5, а в старечому – 1,2:1 (1).

Нами вивчені та проаналізовані частота, структура та особливості перебігу і лікування ЕВУ шлунка та дванадцятипалої кишки з урахуванням стану оваріально-менструальної функції жіночого організму у 1411 жінок у віці від 17 до 88 років, які лікувались у Київському центрі невідкладної допомоги хворим з гострими шлунково-кишковими кровотечами в 1996-2000 рр.

На підставі вивчення гінекологічного анамнезу, результатів гінекологічного огляду та згідно з сучасними підходами (2) визначено відповідний період життя кожної пацієнтки. Пацієнток репродуктивного періоду було 264 (18,7 %), перименопаузального 155 (11%), постменопаузального 693 (49,1%), старечого 299 (21,2%).

В структурі ЕВУ основними видами були гострокровоточиві гастродуоденальні виразки (ГКГДВ) – у 680 (48,2%), хронічна виразкова хвороба у стадії загострення (ХВХ) – у 566 (40,1%), ерозивно-геморагічні ураження (ЕГУ) шлунка та дванадцятипалої кишки – у 126 (8,9%), перфоративні гастродуоденальні виразки (ПГДВ) – у 39 (2,8%) пацієнток. У процесі виконання дослідження нами створено базу даних хворих, подальша обробка якої проводилася за допомогою вбудованих програм варіаційної статистики програми EXCEL, ступінь достовірності відносних показників оцінювалася за методикою Fisher. Отримані дані дозволили виявити деякі закономірності розподілу та особливості перебігу ЕВУ у жінок залежно від періоду життя пацієнток. Так, у жінок із а) збереженою репродуктивною функцією частота ГКГДВ склала 18,2%, ХВХ – 59,1%, ЕГУ шлунка та дванадцятипалої кишки – 21,6%, ПГДВ – 1,1%; б) перименопаузального віку – 38,1%; 54,2%; 5,8%; 1,9%; в) постменопаузального – 59,6%; 34,6%; 3,1%; 2,7%; г) старечого – 53,5%; 28,7%; 13,1%; 4,7% відповідно. В жінок старечого віку в структурі ЕВУ переважали ГКГДВ, питома вага яких склала 53,5%, показник перфоративних виразок та ЕУ незначно підвищувався (4,7%) порівняно з постменопаузальним періодом, дещо зменшувалася питома вага

неускладненої виразки (28,7%). Відмічено достовірне збільшення питомої ваги ГКГДВ в жінок перименопаузального віку (38,1%) в структурі ЕВУ порівняно з репродуктивним (18,2%) ($p < 0.001$). Цей показник зберігає тенденцію до зростання і в перименопаузі (59,6%) ($p < 0.001$) та зберігається в старечому віці (53,5%), причому, його зниження недостовірне відносно періоду постменопаузи ($p = 0.05$). Зростання питомої ваги ГКГДВ відбувається при відповідному зниженні частки хронічної неускладненої виразки (з 59,1%-54,2% в репродуктивному та перименопаузальному до 34,6%-28,7% в постменопаузальному та старечому ($p < 0.001$)). Таке підвищення частки ускладнених форм виразкової хвороби зумовило підвищення оперативної активності з приводу ГКГДВ з 8,3% у репродуктивному періоді до 21,3% ($p < 0.05$) в перименопаузальному і до 27,5% в старечому при загальній оперативній активності з приводу ГКГДВ 21% (оперовано 143 з 680 хворих). Всім неоперованим хворим призначалася комплексна противиразкова, гемостатична, відновлювальна терапія.

Одержані дані свідчать про особливості перебігу ускладнених та неускладнених форм ЕВУ у жінок і виражену їх залежність від стану менструальної функції. На нашу думку, це може бути пов'язане з захисною дією естрогенів, які позитивно впливають на стан трофічних та репаративних процесів слизової оболонки шлунка та дванадцятипалої кишки протягом репродуктивного періоду. Зниження синтезу естрогенів під час перименопаузи та особливо під час постменопаузи призводить до значного зменшення стійкості та захисної спроможності слизових оболонок внаслідок порушення трофічних процесів, що призводить до “вирівнювання” показників захворюваності на ЕВУ серед чоловіків і жінок. До того ж, в патогенезі ЕВУ в жінок перименопаузального віку велику роль відіграють психоемоційні зміни, характерні для клімактеричного періоду. Тому вважаємо за доцільне вирішувати питання лікувальної та хірургічної тактики в пацієнок з ЕВУ з урахуванням характеру ЕВУ та стану оваріально-менструальної функції жінки. Отримані дані про особливості перебігу ЕВУ у жінок спонукають до подальших досліджень зв'язку даного факту з особливостями менструальної функції жінки, періодом, в якому знаходиться репродуктивна система, та з віковими змінами в організмі.

Література.

1. Rockall T A, Logan R F A, Kevlin H B Incidence of and mortality from acute upper gastrointestinal haemorrhage in the United Kingdom *BMJ*-1995.-V.311.-P.222-226.
2. Сметник В.П., Кулаков В.И.- Руководство по климактерию, М: МИА, 2001. – 685 с.

Я.С. Березницький, Б.Ф. Шевченко, І.Л.Верхолаз**ЛІКУВАННЯ ПЕПТИЧНИХ РЕЦИДИВНИХ ВИРАЗОК ПІСЛЯ ХІРУРГІЧНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ***Інститут гастроентерології АМН України*

Протягом 35 років (1966-2001 рр) під спостереженням знаходилося 1042 хворих пептичною або рецидивною виразкою після різноманітних хірургічних втручань, виконаних при виразковій хворобі, 970 з яких були оперовані у відділенні хірургії органів травлення.

Раніше перенесли гастроентеростомію без ваготомії 54 хворих, резекцію шлунка без ваготомії – 524, у тому числі за Більрот – I (Б-I) – 199, за Більрот – II (Б-II) – 325 пацієнтів, після органозберігаючих операцій з дренажуванням – 242 та без дренажування шлунка – 152 пацієнта.

При визначенні причин рецидиву досліджували секреторну функцію шлунка із застосуванням максимального гістамінового (або пентагастринового) тесту, а також оцінювали стан гастринродукуючих G-клітин антрального відділу шлунка, що дозволяло встановлювати повноту та адекватність ваготомії після органозберігаючих операцій. Для топічної діагностики пухлини (гастриноми) виконували УЗД черевної порожнини. При цьому дослідженні пухлина була виявлена тільки в одному випадку.

Виникнення пептичної виразки анастомозу після гастроентеростомії без ваготомії було обумовлено збереженням чинників виразкоутворення. Після резекції шлунка – це щадна резекція (175), залишений над дванадцятипалою кишкою фрагмент антрального відділу шлунка із слизовою оболонкою (59), підвищений тонус блукаючого нерва (281), синдром Золлінгера-Еллісона (9). Виникнення пептичної виразки анастомозу після різноманітних видів ваготомії з дренажними операціями, у тому числі: пілоропластики (91), гастродуоденостомії (78), гастроентеростомії (73) було обумовлено у 169 (69,8%) хворих неповною і у 73 (30,2%) неадекватною ваготомією. Рецидив виразки після СПВ без дренажування шлунка був обумовлений у 106 (69,7%) хворих неповною та у 46 (31,3%) неадекватною ваготомією.

Основним методом лікування пептичної виразки анастомозу і рецидивної виразки ДПК після ізольованої ваготомії вважаємо хірургічний. Протягом останніх 5-6 років у зв'язку з наявністю вискоєфективних противиразкових препаратів проводили курс комплексної медикаментозної терапії у хворих з неускладненою виразкою. Це дозволило у 34 (22,3%) хворих рецидивною виразкою після СПВ без дренажування шлунка досягти загоєння виразки. У віддаленому періоді з цієї групи обстежено 24 пацієнта в терміни від 1 до 5 років. Встановлено, що 17 (70,8%) хворих не мали рецидиву захворювання, у інших відзначено рецидив виразки.

Хворих пептичною або ускладненою рецидивною виразкою оперували після курсу медикаментозної проти виразкової терапії, яку проводили з метою зменшення перидульцерозного інфільтрату в тканинах і органах, у які пенетрувала виразка.

У хворих пептичною виразкою гастроентероанастомозу без ваготомії виконували реконструктивну резекцію без ваготомії, у тому числі за Б-II – у 26, за Б-I – у 16, тільки піддіафрагмальну стовбурову ваготомію – у 12 хворих. Летальність у цій групі хворих склала 3,7 %.

Виконання рerezекції шлунка при пептичній виразці анастомозу після економної резекції у 187 хворих призвело до значної кількості ускладнень і летальних наслідків (9,1%). Тому в останні роки операцією вибору при пептичній виразці на фоні щадної резекції шлунка та підвищеного тонузу блукаючого нерва стала піддіафрагмальна стовбурова ваготомія (249), яка дозволила знизити летальність при цій патології до 2,1 %.

Якщо причиною пептичної виразки після резекції шлунка була залишена частина антрального відділу шлунка, її видаляли (59). Подальший план операції залежав від наявності і ступеня інших розладів, локалізації виразки і характеру її ускладнень, проте операцію завжди доповнювали стовбуровою ваготомією. У випадку виявлення гормонально-активної пухлини її видаляли (1). При рецидивних пептичних виразках анастомозу, при наявності клінічних ознак синдрому Золлінгера-Еллісона вдавались до екстирпації кукси шлунка видаленню органа-мішені (8).

Лікування шлунково-тонко-товстокишкової фістули було тільки хірургічним, при цьому здійснювали роз'єднання органів з зашиванням (9) або резекцією (11) інших ділянок, у яких локалізувалась нориця. Операцію доповнювали стовбуровою ваготомією. У цій групі померло 2 (10%) хворих.

Засіб хірургічного втручання при рецидиві виразки після ваготомії в кожному конкретному випадку визначався багатьма компонентами: характером первинної операції, даними передопераційного обстеження, а також даними, отриманими при ревізії органів черевної порожнини і виявленою або ймовірною причиною рецидиву захворювання.

При неповній ізольованій СПВ, невеликому виразковому інфільтраті, що не викликав явищ стенозу, помірно підвищеному рівні водневих іонів виконували реваготомію за типом СПВ (12), СтВ, доповнену дренажними шлунок операціями (140).

При неадекватній ваготомії, яка характеризувалася гіперплазією G-клітин антрального відділу шлунка на фоні технічно вірно виконаної ваготомії, робили контроль повноти ваготомії, при необхідності виконували стовбурову реваготомію (87) і антрумектомію за Б-I (119).

Післяопераційна летальність у хворих з пептичною або рецидивною виразкою після ваготомії склала 0,76%.

Таким чином, проаналізовані нами клінічні спостереження дозволяють прийти до висновків, що розвиток пептичної або рецидивної виразки анасто-

мозу та рецидивної виразки дванадцятипалої кишки після ізольованої СПВ залежать від якості виконання хірургічної операції, обґрунтованості вибору її методу. Основним методом лікування цієї складної патології є хірургічний, виконання якого повинно проводитись у спеціалізованому лікувальному закладі до появи життєвонебезпечних ускладнень.

УДК 617.55-007.43

В.Ф. Дишлюк, Б.М. Іванов, В.М. Єрмак, В.І. Зуб

ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, УСКЛАДНЕНУ КРОВОТЕЧЕЮ

Чернігівська обласна лікарня

Узагальнено результати хірургічного лікування 89 осіб на виразкову хворобу (ВХ) шлунка і 12-палої кишки, ускладнену кровотечею, які перебували у хірургічному відділенні Чернігівської обласної лікарні у період 1991-2001 рр.

Вік оперованих коливався від 31 до 78 років (в середньому – $65,3 \pm 2,3$ роки), пацієнтів похилого і старечого віку було 37 (41,6 %), переважали особи чоловічої статі (75; 84,3 %).

Діагностична програма в усіх випадках передбачала клінічне обстеження, виконання лабораторних і біохімічних досліджень, фіброгастроуденоскопії (ФГДС) з оцінкою гемостазу за Forrest, інших додаткових методів діагностики та консультації суміжних фахівців.

Комплекс консервативних лікувальних заходів гемостатичну (89 спостережень; 100 %) та інфузійну (89; 100%) терапію за традиційними схемами, переливання крові та її компонентів (82; 92,1 %), використання ін'єкційних H_2 -блокаторів (51; 57,3 %) і холінолітиків (48; 53,9 %), інгібіторів протезолізу, симптоматичне лікування тощо. У 18 (20,2%) пацієнтів виконали спробу зупинки виразкової кровотечі за допомогою ендоскопічних методів.

У 43 (48,3 %) випадках оперативне втручання виконували за невідкладними показаннями, 12 пацієнтів оперували терміново після досягнення гемостазу і стабілізації гомеостазу, решта – у плановому порядку.

Показаннями до невідкладної операції були триваюча кровотеча на фоні інтенсивної консервативної терапії та рецидив кровотечі у стаціонарі. Термінові операції виконували в разі високого ризику рецидиву кровотечі, який оцінювали за даними ФГДС. У пацієнтів з ознаками надійного гемостазу показаннями до планової операції були багаторічний виразковий анамнез з неодноразовими кровотечами, супутній стеноз виходу зі шлунка, неефективність повторних курсів противиразкового лікування.

Упродовж 1991-1997р.р. операцією вибору у хворих на ВХ шлунка та 12-палої кишки вважали резекцію шлунка. В останні роки перевагу надаємо висіченню виразки з наступною дуоденопластикою і ваготомією.

Результати та їх обговорення

У 54 (60,7 %) хворих діагностували виразку 12-палої кишки, у 31 (34,8 %) – виразку шлунка, у 4 (4,5 %) – виразку шлунка і 12-палої кишки. Кровотечі важкого ступеня констатували у 40 (44,9 %) пацієнтів, у решти досліджених – кровотечі середнього ступеня важкості.

За клінічними та інтраопераційними даними, пенетруючі виразки виявлені у 42 (47,2 %) випадках (в т.ч. “гігантські” з пенетрацією в декілька органів – у 23, з евагінацією великого дуоденального соска – у 1), суб- і декомпенсований стеноз – у 9 (10,1 %), перфорація виразки – у 3 (3,4 %) спостереженнях.

Аналіз наведених даних засвідчив, що понад половину пацієнтів мали ВХ з наявністю двох і більше її хірургічних ускладнень, що свідчить про несвоєчасність звертання цих хворих за хірургічною допомогою. Водночас це мало негативний вплив на результати оперативного лікування.

Померло 7 (7,9 %) хворих. В усіх випадках констатовано “гігантські” виразки ДПК, які пенетрували в декілька органів. Цим пацієнтам виконана резекція шлунка за невідкладними показаннями з приводу триваючої кровотечі (5 спостережень) та рецидиву кровотечі (2).

Причинами смерті були декомпенсація супутньої серцевої патології на фоні важкої постгеморрагічної анемії (2 спостереження), післяопераційний панкреонекроз (1), неспроможність швів кукси 12-палої кишки і перитоніт (1), арозивна кровотеча з портальної вени (1).

Два пацієнти померло внаслідок несвоєчасно виконаних операцій. Ці хворі категорично відмовлялися від хірургічного лікування впродовж 4 і 5 днів відповідно. Причиною смерті були глибокі порушення гомеостазу та прогресуюча поліорганна недостатність на фоні багаторазових рецидивів кровотечі.

Ретроспективний аналіз наведених даних засвідчив, що впровадження в практику операції висічення виразки з дуоденопластикою і ваготомією з приводу кровоточивих виразок ДПК сприяло покращенню результатів хірургічного лікування цієї патології. Так, у період 1991-1997р.р. з приводу ВХ 12-палої кишки, ускладненої кровотечею, прооперований 31 хворий, висічення виразки, дуоденопластика і ваготомія застосовані у 2 (6,5 %) випадках. У цей період померло 5 (16,1 %) пацієнтів. З 1998р. з приводу кровоточивої виразки ДПК оперували 23 особи, серед них висічення виразки з дуоденопластикою застосували у 7 (30,4 %) чоловік. Померло 2 (8,6 %) хворих. Серед пацієнтів, яким виконали висічення виразки померлих не було.

Висновки: 1. Несвоєчасна планова оперативна санація пацієнтів на ускладнену ВХ шлунка і 12-палої кишки негативно впливає на результати хірургічного лікування цих хворих, у.т.ч. при виникненні у них виразкової крово-

течі. 2. Потребує юридичного вирішення питання відмови хворого від оперативного втручання при наявності до нього життєвих показань. 3. Впровадження операції висічення виразки і дуоденопластики, доповнені ваготомією, в практику хірургії кровоточивих виразок ДПК сприяє покращенню результатів оперативного лікування цієї патології.

УДК 616.342-002.44-005.1-053.9-089

В.В. Ганжий

ЖИЗНЕСБЕРЕГАЮЩАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ СКВОТОЧАЩИМИ ЯЗВАМИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА

Запорожский государственный медицинский университет

Самыми частыми и опасными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) являются кровотечения. За последние три года (1998-2000г.г.) в Запорожский центр желудочно-кишечных кровотечений (зав.отд. – доцент В.В.Ганжий) поступило 1093 больных с кровоточащими язвами. Из них оперировано 492 чел (45%). Выбор способа операции обуславливался локализацией язвы, а именно: 1) желудка – 22%, 2) пилородуоденальный отдел (ПДО) – 73%, 3) “залуковичная” язва – 5%.

Кровоточащие язвы ПДО желудка, особенно задней и задне-боковых его стенок, ставят хирурга перед сложным выбором способа операции и толкают его к крайне опасным вмешательствам: лигирование, прошивание сосудов; тампонирование, зашивание язвы без иссечения ее краев (рубцовой зоны) или к резекциям желудка.

От активно-выжидательной тактики лечения язвенных кровотечений мы перешли к активной, так называемой индивидуально-рациональной. В тактике выбора способа операции нами разработана и апробирована методика операций у больных язвами ПДО желудка, включая “залуковичные” язвы ДПК. Считаю ее жизнесберегающей.

МЕТОДИКА: 1. Интубационный наркоз с введением в желудок толстого зонда. Верхне-срединная лапоротомия на 1-2 см ниже пупка. Поддиафрагмальная двусторонняя стволовая ваготомия по упрощенной методике. Продолжительность этапа 5-10 мин.

2. Мобилизация начального и нисходящего отдела ДПК с головкой поджелудочной железы. Выведение ПДО желудка в просвет срединной раны, где он удерживается рукой до конца иссечения рубцово-язвенной зоны. Передняя стенка ПДО рассекается крестообразным разрезом. Вначале продольная гастродуоденотомия длиной 7-9 см по оси желудка. Разрез стенки желудка до 3 см, кишки до 5 см. Поперечный разрез передней стенки кишки

производится через язву или на уровне заднебоковых стенок кишки. Сегменты крестообразного разреза иссекаются у оснований, образуя ромбовидный дефект стенки. Вместе с сегментами удаляется рубцово-язвенная зона стенки кишки с частью пилоруса.

Если продольный разрез кишки имеет длину более 3 см, то один из сегментов кишки сохраняется для последующей гастродуоденопластики.

Язвы задней и задне-боковых стенок кишки иссекаются изнутри. Окаймляющий разрез ведется от ближнего к ней угла ромбовидного дефекта передней стенки. Отступая от края язвы на 0,7-1,5 см, после удаления рубцово-язвенной зоны между желудком и кишкой оставляем “мостик” из остатка стенки ПДО. При ширине мостика менее 3 см он удаляется с последующим наложением гастродуоденоанастомоза.

Дефекты задней стенки зашиваются поперечно однорядным узловым или П-образным швами. Передняя стенка – поперечно, двухрядными швами.

Препилорические и “залуковичные” язвы передней стенки удаляются крестообразным разрезом с ромбовидным иссечением рубцово-язвенной зоны, а язвы задней стенки экономно иссекаются через просвет ромбовидного дефекта передней стенки.

Операция заканчивается дренированием брюшной полости через проколы брюшной стенки. Срединная рана зашивается наглухо. Продолжительность – 2-го этапа 20-60 мин.

Среди неоперированных умерло 8 человек, летальность 1,6 %, среди оперированных – 14 человек, летальность – 3,2%. Причины летальности – длительное язвенное кровотечение с полиорганной системной недостаточностью.

По предлагаемой нами методике оперировано 492 больных, серьезных осложнений и летальности не отмечено. В ближайшем периоде жалоб не было. Трудоспособность больных восстанавливалась через 1,5-2 месяца. Отдаленные результаты проверяются. Сроки 1-5 лет – хорошие.

Предлагаем методику для широкого внедрения в практику.

УДК 616.33/342-002.45

В.М. Демидов, Ю.М. Котік

НАШДОСВІДКОМПЛЕКСНОМУХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІХВОРИХНАВИРАЗКОВУХВОРОБУ, УСКЛАДНЕНУПЕРФОРАЦІЮ

Одеський державний медичний університет

В ургентній хірургії хворим на перфоративну виразку (шлунка або дванадцятипалої кишки) виконують, головним чином, операцію зашивання перфорації, або, якщо це неможливе, виконується операція за Полікарповим-

Опелем. Такі методики оперативного лікування є органозберігаючими, вони прості у виконанні, можуть застосовуватись за умов розлитого перитоніту (що має місце при надходженні пацієнтів більш ніж через 6 годин після виникнення перфорації). Однак, за даними літератури, спостерігається достатньо велика кількість рецидивів виразки та повторні перфорації у пацієнтів, оперованих таким чином (1,2).

Як показав аналіз віддалених результатів, із 68 хворих, оперованих у 1999-2000 роках в першому та другому хірургічному відділенні МКЛ №2 м. Одеси, з приводу перфоративної виразки, у 12 хворих через 1 рік зареєстровано рецидив виразки (8,1 %), а ще у 3 виникла повторна перфорація (2,0 %).

При контрольному обстеженні хворих з рецидивом виразки за допомогою радіоімунологічного методу виявлено значне підвищення концентрації гастрину сироватки крові ((118,3±2,2) пг/мл, при середньому показнику (76,0±1,4) пг/мл, $p < 0,001$), та АКТГ ((76,8±1,3) пг/мл, при середньому показнику (49,5±1,5) пг/мл, $p < 0,001$), зниження вмісту ендogenousого соматостатину ((15,6±0,8) пг/мл при середньому показнику (23,0±1,6) пг/мл, $p < 0,01$), зниження показників L-, M-енкефалінів ((91,0±1,7) нг/мл, при середньому показнику (118,6±2,9) нг/мл, $p < 0,001$), гіперацидність ($pH < 1,5$) Тобто, мала місце гіперстимуляція секреції шлунка. Можливою причиною, на наш погляд, може бути недостатньо адекватна післяопераційна проти виразкова терапія. Основною причиною розвитку виразки, за сучасними поглядами, є переважання факторів агресії над факторами захисту у слизовій оболонці шлунка та дванадцятипалої кишки. Основними з факторів агресії являються соляна кислота, що виробляють паріетальні (обкладочні) клітини шлунка, та пепсин, який утворюється з пепсиногену, що виробляють головні клітини. Відомі декілька різних механізмів стимуляції секреції шлунка: гастриновий, ацетилхоліновий, гістаміновий та інсуліновий. Наведені вище дані обстеження хворих з рецидивом виразки свідчать про наявність у таких хворих гіперсекреторного синдрому за гастриновим механізмом стимуляції.

Гормон гастрин виробляється G- клітинами травного тракту, який стимулює секрецію пепсиногену, соляної кислоти та моторику шлунка. Зв'язується зі специфічним рецептором на головній клітині фундальних залоз, він активізує систему вторинних месенджерів (G- білок, аденілатциклаза, кінази фосфорилаз), що призводить до фосфоризування та наступного розщеплення молекул глюкози, з утворенням АТФ. Енергія, що виділяється при розпаді аденозинтрифосфату, йде на синтез головною клітиною пепсиногену. Він являє собою неактивну форму пепсину, що секретується у порожнину шлунка. Шляхом відщеплення за допомогою соляної кислоти кінцевого фрагменту молекули пепсиногену, утворюється активна форма – фермент пепсин.

За таких умов вважаємо за доцільне в післяопераційному періоді до традиційної схеми лікування додати синтетичний аналог лей-енкефалінів даларгін у дозі 50-55 мкг/кг ваги тіла хворого двічі на добу з інгібітором енкефаліназ натрофіном у дозі 200 мг, двічі на добу (Держпатент України,

№99031362, від 12.03.1999 р.). Завдяки включенню цих препаратів, знижується секреторна активність шлунка через пригнічення секреції гастрину та АКТГ, відбувається стабілізація показників ендогенної опіоїдної системи. Серед багатьох запропонованих операцій, ми перевагу віддаємо зашиванню перфоративного отвору, з обов'язковою перитонізацією лінії шва шматком великого сальнику. Якщо виразка велика і значно деформує вихідний відділ шлунка, виконуємо операцію за Джаддом-Хорслеєм. Запропонована хірургічна тактика і схема післяопераційної терапії, на наш погляд, є патогенетично спрямованими.

Вивчається можливість застосування ліпосом для транспорту цих препаратів. Запропоновано оригінальний спосіб отримання стабільних тривалий час ліпосом (Держпатент України №97105116 від 20.10.1997 р.), а також знайдено спосіб отримання ліпосомальних форм аналогів нейропептидів (Держпатент України №98010429 від 27.01.1998 р.). Це надасть можливість "адресної" доставки нейропептидів безпосередньо до місця призначення. Завдяки застосуванню таких препаратів у клінічних умовах, можливим буде зниження дози та кратності введення препарату, підвищення специфічності їхньої дії.

Література.

1. Мамчич В.И., Гвоздяк Н.Н., Параций З.З. и др. Повторные операции после зашивания перфоративной гастродуоденальной язвы // Клінічна хірургія. -1994.-№8.-С.12-14

2. Калиш Ю.И., Долгушкин А.Н., Норкузиев Ф.Н. Повторные операции после ранее произведенного ушивания «немой» перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія-1998.-№8.-С. 16-17

3. Спосіб лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки: Держпатент України, заявка № 99031362 / В.М. Демидов., Ю.М. Котік, С.В. Ціповяз, І.М. Клімент'єв, В.О. Марков – 3 с.

4. Спосіб одержання ліпосом: Держпатент України, заявка №97105116 / В.Н.Запорожан, В.М.Демидов, М.П. Кульбіда., О.А. Синовець, Н.Л. Синовець – 3с.

5. Спосіб отримання ліпосомальної форми нейропептиду: Держпатент України, заявка №98010429 / В.М. Запорожан, В.М. Демидов, М.П. Кульбіда, О.А. Синовець, І.М. Клімент'єв – 3 с.

**О.О. Алексеєнко, А.О. Лусте, В.П. Польовий, В.Б. Рева,
В.К. Гродецький**

ПАТОМОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ ХВОРИХ З “ВАЖКИМИ” ВИРАЗКАМИ З ВИКОРИСТАННЯ МЕЛЕКТРИЧНОГО ПОЛЯ ПОСТІЙНОГО СТРУМУ

Буковинська державна медична академія

Частота ранніх післяопераційних ускладнень у хворих, оперованих із приводу виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, досить висока – від 0,4% до 17%. Летальність при цих ускладненнях складає 12–80%. Одним з провідних факторів ризику виникнення вище зазначених ускладнень є наявність масивного периульцерозного запального інфільтрату, що утруднює виконання органозберігаючих операцій, а при резекції ускладнює мобілізацію шлунка і дванадцятипалої кишки, зашивання кукси дванадцятипалої кишки, накладання анастомозу.

З метою зменшення інфільтрату в передопераційну підготовку включений внутрішньотканинний електрофорез противиразових препаратів протягом 10 днів за методикою кафедри.

Було проведено патоморфологічне дослідження резекованих частин шлунка і ДПК із виразкою і паравиразковою зоною. Досліджено 6 макропрепаратів хворих, прооперованих у плановому порядку після передопераційної підготовки за запропонованою методикою, і 6 макропрепаратів хворих, передопераційна підготовка яких проходила за традиційною схемою.

В обох групах характер виразкового ураження був подібний (тривалий виразковий анамнез, хронічні пенетруючі виразки з частими загостреннями і вираженим больовим синдромом, неефективність консервативного лікування). У контрольній групі були виявлені наступні закономірності: у кратері усіх виразок був присутній детрит, краї кратера здебільшого склалися з грубої волокнистої сполучної грануляційної тканини, у навколівиразковій зоні (до 4–5 см від краю виразки), особливо в м'язовій тканині.

Артеріоли і прекапіляри різко звужені, у стані гіпертонусу, посткапіляри і венули різко розширені, паретичні, часто тромбовані, виражений периваскулярний набряк, діapedез еритроцитів у периваскулярній тканині. Збільшення мережі артеріоло-венулярних анастомозів, скупчення плазмоцитів, гістіоцитів, еозинофілів.

При вивченні макропрепаратів дослідної групи були виявлені відмінності: зберігається наявність детриту в кратері виразки, однак шар його набагато тонше, ніж у контрольних препаратах, а в одному випадку він практично відсутній. Біля краю виразки зменшений вміст грубої волокнистої тканини й

окремі волокна пухкої сполучної тканини. Зберігаються скупчення клітинних запальних інфільтратів, утворених лімфоїдними клітинами. Плазмоцити і еозинофіли практично відсутні. У м'язовому шарі велика кількість фібробластів, гранулоцитів із превалюванням останніх на відстані від 1 до 5 см від краю виразки. Прекапіляри й артеріоли прохідні, просвіт їх звужений у меншій мірі, ніж на препаратах контрольної групи. Периваскулярні запальні інфільтрати не зустрічаються вже на відстані 2-3 см від краю виразки, посткапіляри і венули слабо дилатовані з поодинокими тромбами, деформація судин відсутня. Відзначається запусівання артеріоло-венулярних анастомозів, дрібні поодинокі периваскулярні інфільтрати, діapedез еритроцитів відсутній. У м'язовій тканині паравиразкової зони багато фібробластів, волокон пухкої сполучної тканини, що превалюють над грубими сполучнотканинними волокнами. Міжклітинний набряк не виражений, з окремими дрібними скупченнями лімфоїдних клітин.

На підставі приведених даних можна зробити висновок, що при використанні гальванізації в передопераційній підготовці поліпшується мікроциркуляція в зоні периульцерозних тканин, що виражається зменшенням спазму артеріол і прекапілярів, дилатацією венул і прекапілярів, зниженням кількості мікротромбів, запусіванням артеріо-венозних анастомозів. Значно зменшується набряк тканин периульцерозної зони, йде регенерація окремих тканинних елементів, що є ознаками розрешення запального інфільтрату.

Створюються умови для більш якісного виконання оперативного втручання, особливо при "низьких" і "важких" виразках, що дозволяє виконувати органозберігаючі операції.

Крім того, зменшення запального інфільтрату спрощує технічне виконання закриття кукси дванадцятипалої кишки, а також накладання анастомозів, що знижує ризик виникнення ранніх післяопераційних ускладнень: неспроможності кукси дванадцятипалої кишки і гастроентероанастомозу, анастомозитів і атоній кукси ДПК.

УДК 616.33-002.44+616-005.1+616-08+615.281

Я.М. Кучірка, М.Г. Гончар, І.В. Мельник

АНТИХЕЛІКОБАКТЕРНА ТЕРАПІЯ КРИВАВЛЯЧИХ ВИРАЗОК ШЛУНКА ДВАНADЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Івано-Франківська державна медична академія

Сьогодні визнання ролі *Н. pylori* в етіопатогенезі виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК) та її рецидивів не викликає сумніву. Неадекватний етіопатогенетичний підхід до лікування привів до неухильного зростання числа рецидивів та ускладнень цієї недуги, особливо кровотечі,

яка, за даними О.О.Шалімова (1997), по Україні становить 17,2%. Після того, як змінилась точка зору основної кількості дослідників виразкової хвороби стосовно етіопатогенезу, відкрились нові перспективні напрямки у лікуванні цього захворювання та його ускладнень, зокрема кровотечі. Оптимальний терапевтичний режим для ерадикації *H.pylori* все ще остаточно не визначений. Не з'ясовані об'єм і дози лікарських середників. Наукові розробки та клінічний досвід багатьох дослідників і нашої клініки показав, що на практиці доцільно використовувати тільки ті медикаментозні комбінації і схеми лікування, які забезпечують знищення *H.pylori* при тривалості курсу лікування 7-14 днів як мінімум у 80% пацієнтів і не дають побічних ефектів.

В своїх дослідженнях використовували різні курси і комбінації антихелікобактерних препаратів, об'єм і дози яких залежали від ступення обсіювання СО антрального відділу шлунка *H.pylori*.

Так, при I-II ст. обсіювання *H.pylori* призначали подвійну терапію антимікробних середників: амоксицилін – по 500 мг 4 р.д. і метронідазол – по 400 мг 3 р.д. Використання нітроїмідазолів у лікуванні *H.pylori* – інфекції пов'язано з їх здатністю знищувати хелікобактерії. Крім того, антибіотики легко розкладаються в кислому середовищі шлунка, а нітроїмідазоли своєю ефективністю не втрачають в будь-якому середовищі.

Враховуючи незначне підвищення кислотності шлункового соку у даної категорії пацієнтів, як антисекреторний препарат використовували ранітидин. В перші 3 доби по 150 мг 4 р.д., в наступні дні – по 150 мг ранком і на ніч. Курс лікування тривав 7-10 днів. При контрольній ЕГДФС у 10% хворих з виразками шлунка виявлено *H.pylori*, I ст. обсіювання. Їм призначено курс де-нолу по 240 мг 3 р.д. протягом 12-14 днів. Оперовано 4 пацієнти (2 з виразкою ДПК після рецидиву кровотечі і 2 з гігантською виразкою шлунка в плановому порядку). Середній термін перебування на лікарняному ліжку тривав 13,2 дні.

Хворим з III ст обсіювання *H.pylori* призначали триплетну терапію у таких комбінаціях: амоксицилін (по 500 мг 4 р.д.) + кларитроміцин (500 мг 3 р.д.) + омепразол (по 20 мг 2 р.д.); кларитроміцин (по 500 мг 3 р.д.) + метронідазол (по 400 мг 3 р.д.) + омепразол (по 20 мг 2 р.д.). В курс лікування включили блокатори протонної помпи, враховуючи їх синергізм до антибіотиків, а також антихелікобактерну дію. При високій кислотності, особливо у хворих з виразками ДПК, призначали H_2 -блокатори (ранітидин – по 150 мг 2 р.д. або квамател – по 20 мг 2 р.д.). В окремих випадках в другій половині курсу лікування при торпідному перебігу виразкової хвороби шлунка проводили заміну антибіотика і метронідазолу на де-нол. Курс триплетної терапії тривав 10-14 днів. Результати лікування показали, що у 18,8% хворих на виразкову хворобу шлунка настає рецидив кровотечі, одного з них оперовано. У 5 пацієнтів на виразкову хворобу ДПК (16,63%) настає рецидив кровотечі, двоє з них оперовано. При контрольній ЕГДФС у 33,33% виявлено *H.pylori* II-III ст обсіювання. Їм проведено оперативне втручання. Середній термін перебування на ліжку становив 17,6%.

Характерною особливістю хворих на виразкову хворобу з IV ст. обсіювання *H.pylori*, а разом з тим, III-IV ст. крововтрати, було значне зменшення ОЦК з вираженою втратою глобулярного об'єму. Звідси особливостями терапії були: негайне поповнення бракуючого ОЦК всіма видами терапії: інфузійно-трансфузійної; адекватна загальна гемостатична; повноцінна базисна противиразкова і 4- компонентна антихелікобактерна. Остання включала призначення 3-ох препаратів протимікробної дії: кларитроміцин + амоксицилін + метронідазол; амоксицилін + тетрациклін + метронідазол. Препарати призначались у високих терапевтичних дозах, протягом 7-10 діб. В комбінацію вводили де-нол, омепразол як антихелікобактерні препарати. Ця терапія застосовувалась при консервативному лікуванні хворих на виразкову хворобу шлунка і у пацієнтів, які були оперовані в стаціонарі. В одного хворого на 3-тю добу настав рецидив кровотечі, що послужило причиною оперативного втручання. При контрольній ЕГДФС 7 хворих з виразкою шлунка встановлено, що в усіх наступила ерадикація *H.pylori*, хоча ознаки гастриту були збережені. При лікуванні хворих з виразкою ДПК у 2 настав рецидив кровотечі – одного з них оперовано. Контрольна ЕГДФС виявила обсіювання *H.pylori* I-II ст у 42,86% хворих. Слід відмітити, що рецидив кровотечі не залежав від виду терапії. Середній термін перебування хворих в стаціонарі становив: з виразкою шлунка – 21,4 дні, з виразкою ДПК – 19,5 дні.

Висновки. 1. В комплексну терапію гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу обов'язковим є включення препаратів з антихелікобактерною дією при консервативному лікуванні та в якості передопераційної підготовки і післяопераційного лікування з метою профілактики запальних захворювань оперованого шлунка. Об'єм і тривалість даної терапії залежить від ступеня обсіювання слизової оболонки шлунка *H.pylori*. 2. Критерієм ефективності лікування є виявлення хелікобактерій при контрольній ЕГДФС. При потребі курс лікування можна продовжити в амбулаторних умовах.

УДК 616.33-089.168.1-08+616-08-039.73

І.В. Мельник, М.Г. Гончар, Я.М. Кучірка, Я.В. Кобринський
КОМПЛЕКСНЕ КОНСЕРВАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ
ПІСЛЯ ГАСТРОРЕЗЕКЦІЙНИХ ГАСТРИТІВ КУКСИ ШЛУНКА
І АНАСТОМОЗИТІВ

Івано-Франківська державна медична академія

У 10-60 % хворих виникають ранні і пізні післярезекційні розлади (В.С. Помелов та ін., 1999). Зокрема, запальні зміни кукси шлунка зустрічаються в 64,6 – 72,5 %, ділянки анастомозу – в 11,1 – 15,6 % хворих (Б.О. Мільков,

1993; Ф.І. Сапа та ін., 1996). Близько 20 % таких хворих не повертаються до роботи і перебувають на групах інвалідності, а 24 % оперованих для відновлення працездатності потребують 7-12 місяців (В.А. Голдін, 1990). Деякі автори (Л.В. Потапов та ін., 1996; Є.С. Абрагамович та ін., 1998) причиною вищеназваних ускладнень вважають обсіювання слизової оболонки кишки шлунка і ділянки анастомозу мікроорганізмами *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). В той же час, зв'язку між розвитком післярезекційних розладів і хелікобактеріями вони не спостерігали. Ряд інших вчених (А. Raczynska et. al., 1996, С.В. Лохвицький та ін., 1998; Л.Н. Іншаков та ін., 1999) повідомляють про можливість їх участі у розвитку гастриту кишки оперованого шлунка.

До сьогоднішнього дня немає чітко розробленої схеми патогенетично обґрунтованого консервативного лікування післярезекційних гастритів кишки шлунка і анастомозитів, не розроблено показання до повторного хірургічного втручання, що і стало метою нашого дослідження.

Нами було обстежено 120 хворих після перенесеної резекції шлунка із явищами гастриту кишки шлунка та анастомозиту. 55 хворих із явищами гастриту кишки шлунка і анастомозиту обстежені і пройшли курс лікування через 3 місяці після операції, 65 хворих – через 12 місяців після операції. Зокрема, 26,66 % хворим виконана операція з приводу стенозу пілоричного відділу шлунка, 25,84 % – у зв'язку із кровотечею з виразки, 14,16 % – з приводу пенетрації виразки, а 21,67 % – мали комбінацію з двох і більше ускладнень. Серед цих хворих чоловіків – 91, жінок – 29. Їх вік коливався від 21 до 76 років.

У результаті використання трьох методів діагностики (цитологічного, уреазного та імуноферментного) виявлено *H. pylori* у 67,27 % хворих через 3 місяці після операції та у 75,38 % через 1 рік. Підвищена кислотність спостерігалася у 23 % пацієнтів.

Запальні зміни слизової оболонки кишки шлунка і ділянки анастомозу підтверджені ендоскопічно і при морфологічному дослідженні. У 15,67 % хворих спостерігали явища демпінг-синдрому різного ступеня важкості. У 5 куrowаних діагностовано пептичну виразку ділянки гастроентероанастомозу. В 2 пацієнтів виявлено дисплазію II-III ступеня важкості.

При відсутності хелікобактерій спостерігалися частіше явища поверхневого гастриту. У хворих з наявною *H.pylori*-інфекцією через один рік після проведеного оперативного втручання переважають ознаки кишкової метаплазії шлункового епітелію, його атрофія, лімфоцитарна та плазмоцитарна інфільтрація підслизової основи. Потребували корекції зміни в реологічних показниках крові (зменшення гематокриту артеріальної і венозної крові, зниження вмісту білка крові і інші), імунологічного статусу (зниження абсолютної і відносної кількості циркулюючих Т-лімфоцитів, Т-хелперів, імунорегуляторного індексу та зростання Ig G, Ig M у хворих через 1 рік після операції).

Так зване базисне лікування (дієта, фізіотерапевтичні процедури, ферментні, кислотознижуючі препарати, імуномодулятори і інші) призначали хворим

без наявності *H. pylori*. Залежно від ступеня обсіювання слизової оболонки кукси шлунка *H. pylori* і показників кислотності, застосовували одно-, дво-, три- або чотирикомпонентну антихелікобактерну терапію. А саме: пероральні антибіотики кларитроміцин (клацид) – 500-1000 мг на добу, амоксицилін (флемоксин солютаб) – 500-1000 мг 2 рази на добу, тетрациклін – 500 мг 4 рази на день; нітроїмідазоли: метронідазол – 400 мг 3 рази на день, тинідазол – 500 мг 2 рази на день, кліон – 400 мг 3 рази на день; препарати вісмуту: колоїдний субцитрат вісмуту, галлат або субсаліцилат вісмуту – 120 мг 4 рази на день, де-нол – 120 мг 4 рази на день. Чотирикомпонентна терапія включала три препарати для ерадикації *H. pylori* і H_2 -гістаміноблокатор.

Після проведеного комплексного лікування з використанням антихелікобактерних препаратів відбувається помітне покращення показників імунологічного статусу та морфо-функціонального стану слизової оболонки кукси шлунка і ділянки анастомозу.

H. pylori I-II ступеня обсіювання при контрольному обстеженні було діагностовано лише у 8,11 % і 12,24 % пацієнтів відповідних клінічних груп, що потребувало повторного 7-10 – денного курсу лікування.

Висновки: 1. Однією з причин виникнення гастриту кукси шлунка і анастомозиту після резекції шлунка у 67,27 % хворих через 3 місяці і у 75,38 % пацієнтів через 12 місяців, служить *H. pylori*. 2. Вираженість морфологічних змін, порушення імунного статусу перебувають у прямій залежності від інтенсивності обсіювання хелікобактеріями слизової оболонки кукси шлунка і ділянки анастомозу. 3. Комплексна терапія хелікобактер-залежного гастриту кукси шлунка і анастомозиту повинна включати базисну корегуючу терапію і одно-, дво-, три- або чотирикомпонентне антибактеріальне лікування протягом 7-14-21 доби, залежно від важкості процесу і ступеня мікробного обсіювання. 4. Показаннями до хірургічного лікування є явища дисплазії епітелію слизової оболонки кукси шлунка II-III ступенів важкості, ускладнені форми пептичної виразки.

УДК 616.361+616.342]-007.253-07-08

**І.О. Гіленко, Д.Г. Дем'янюк, М.І. Горлачов, В.І. Ляховський,
О.А. Крижановський, О.А. Шкурупій, Т.Г. Діхтенко,
Р.О. Ходатенко, В.І. Подлесний**

ДІАГНОСТИКА ЛІКУВАННЯ ХОЛЕДОХО-ДУОДЕНАЛЬНИХ НОРИЦЬ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. За 1986-2000 роки в клініці госпітальної хірургії з приводу виразкової хвороби ДПК було прооперовано 1696 хворих. У 87% осіб виразко-

ва хвороба мала ускладнений перебіг, в тому числі пенетрацією – у 435 (25,9%) хворих.

У 37 чоловік пенетруюча виразка дванадцятипалої кишки ускладнилася утворенням холедохо-дуоденальної нориці. Вік хворих – 48-64 роки. Жінок було 12, чоловіків – 25. Виразкова хвороба в анамнезі була у 29, гастрит – у 5 госпіталізованих. В минулому були оперовані з приводу перфоративної виразки 6 чоловік. Рецидив виразки у них діагностовано через 1-2 роки. У 9 чоловік виразка ускладнювалася шлунково-кишковою, кровотечею, що лікувалася консервативно.

Методи. Діагностика холедохо-дуоденальної нориці до операції була затрудненою. Характерних клінічних ознак жовчної нориці у більшості хворих не відмічали. Підставу думати про неї давала ірадіація болю під праву лопатку у 8, у праву надключичну ділянку – у 3 осіб. Спостерігалася стійка субфебрильна температура тіла. У 15 загальний білірубін крові був 26-31 мкмоль/л.

Хворим виконували загальноклінічні обстеження, біохімічні аналізи крові, коагулограму, ФГДС, рентгеноскопію шлунково-кишкового тракту, УЗД органів черевної порожнини. Під час ФГДС у 33 осіб відразу ж за воротарем по задній та бокових стінках 12-палої кишки виявлено дефект розміром, приблизно 1,5 г 2,5 г 2 см. Відмічено значну деформацію виходу з шлунка. У 4 чоловік ДПК обстежити не вдалося. Інформативнішим виявилось рентгенологічне дослідження з дуоденальною релаксацією. У 17 обстежених зразу за воротарем барієва суміш за межами кишки утворювала безформну пляму розмірами 2 г 3-4 см. У 20 чоловік вона мала овальну форму, розміщувалася нижче воротаря, з чіткими контурами, неоднакової інтенсивності. У 13 осіб спостерігалася затримка контрасту у шлунку до 6-18 годин. У 9 чоловік місце перешкоди евакуації знаходилося нижче рівня барієвої плями, що було розцінено як дуоденальний стеноз. У 6 осіб сліди контрасту попали в жовчні шляхи, що навело на думку про наявність жовчної нориці.

Інфузійну холецисто-холангіографію виконали 11 хворим. У 1 виявили затікання контрасту за межі холедоха в термінальному відділі. Більш інформативною виявилася ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія (ЕРПХГ). Введений водорозчинний контраст після виповнення холедоха на протязі 4-5 см потрапив за його межі у 5 осіб із 7 обстежених. Таким чином, наявність холедохо-дуоденальної нориці як наслідок пенетрації виразки дванадцятипалої кишки до операції нами діагностовано у 12 чоловік. У 25 – це зроблено під час оперативного втручання з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки, ускладненої пенетрацією.

Результати. Усім хворим виконали резекцію шлунка за Гофмейстером-Фінстерером. Після закінчення мобілізації шлунка виразку розкривали. Куксу дванадцятипалої кишки формували відкритим способом. Навколо виразки був щільний інфільтрат з жовчного міхура, ободової кишки, печінково-дванадцятипалої зв'язки, головки підшлункової залози. Задня та бокові стінки ки-

шки відсутні. Виразка пенетрувала в головку підшлункової залози у 23, в головку підшлункової залози та печінково-дванадцятипалу зв'язку – у 14 чоловік. На місці penetрації виразки утворився з похилими краями дефект розмірами 3-4-5 см. У 12 осіб в верхній ділянці цього кратера знайдено дефект передньої стінки супрадуоденальної частини холедоха розміром 0,4-0,3 см. Тканина навколо дефекту ущільнена. Зонд вільно проходить в порожнину холедоха, виділяється чиста жовч. У 25 осіб на дні кратера пенетруючої виразки в ділянці головки підшлункової залози відмітили підвищення діаметром до 0,5г-0,4 см, вузької смуги слизової оболонки. При натискуванні на жовчний міхур виділяється жовч. У 10 хворих жовчна нориця віддалена від задньої стінки 12-палої кишки на 1,5-2 см, у 15 – на 3-4 см. Куксу 12-палої кишки закривали за методом О.А.Шалімова (1987) з використанням передньої стінки. До ліквідації жовчної нориці приступали лише після отримання чіткої відповіді на принципіві запитання: стан великого дуоденального сосочка (ВДС), відсутність звуження холедоха на рівні нориці, відсутність конкрементів у жовчних ходах. Прохідність ВДС перевіряли зондом з оливою завтовшки 0,3-0,4 см. Відповідь на інші питання отримували після виконання інтраопераційної холецисто-холангіографії. У 4 осіб виявили камені у жовчному міхурі, у 2 – в дистальному відділі холедоха. Стінки міхура потовщені, в ділянці шийки – рубцеві зміни. Виконали холецистектомію, камені із холедоха видалили через жовчну норицю. В усіх хворих жовчну норицю використали для формування зовнішнього дренажу холедоха. У випадку її локалізації в супрадуоденальній частині холедоха холедохостома формувалася за методом О.О.Шалімова і співавторів (1998) або Е.І.Гальперіна і співавторів (1987). Зовнішньому дренажу холедоха через норицю передувало закриття кукси 12-палої кишки. Намагаємося, щоб жовчна нориця холедоха залишалася віддаленою від стінки 12-палої кишки, що закриває куксу, на відстань 1,0-2,0 см. Якщо цю вимогу виконати неможливо – між стінкою кишки та норицею розміщували сальник на ніжці.

Дренажну трубку з холедоха видаляли на 12-15 добу. Ускладнень не спостерігали. Хворі видужали.

Висновки. 1. Ускладнення виразкової хвороби 12-палої кишки penetрацією, спостерігалось у 25,9% хворих. Деструктивний процес у виразці руйнує стінку холедоха і призводить до утворення внутрішньої жовчної нориці. 2. Ефективним методом діагностики жовчної нориці варто вважати ЕРПХГ. 3. При відсутності інших показань для втручання на холедоху методом вибору ліквідації жовчної нориці можна вважати формування на її основі зовнішньої холедохостоми.

П.О. Павлюк, М.М. Кобилецький, В.В. Шимко

ХІРУРГІЧНЕЛІКУВАННЯГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИХВИРАЗОК

Сумська обласна клінічна лікарня

За період з 1.01.2000 р. по 1.01.2001 р. у новоствореному центрі шлунково-кишкових кровотеч на базі хірургічного відділення Сумської обласної клінічної лікарні було проліковано 490 хворих з кровотечами з верхніх відділів травного каналу, з них прооперовані 88 чоловік. Причинами кровотечі, для усунення яких було необхідне оперативне лікування, були:

- виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) – 44 хворих (50%), у 12 хворих (27,3%) поєднана зі стенозуванням та у 2 (7,6%) – з пенетрацією та перфорацією виразки;

- виразкова хвороба шлунка як джерело кровотечі виявилась у 20 хворих (22,7%), поєднана з пенетрацією у 6 (30%), стенозом – у 1 (5%);

- подвійна локалізація виразок у шлунку і ДПК спостерігалась у 7 (7,95%), у 1 хворого (1,14%) поєднана з перфорацією;

- інші причини розподілились таким чином:

- пептична виразка гастроентероанастомозу – 3 (3,44%)

- рак шлунка – 4 (4,6%)

- лейоміома шлунка – 2 (2,3%)

- ерозивний гастрит – 2 (2,3%)

- поліпоз шлунка – 1 (1,14%)

- хімічний опік стравоходу та шлунка – 1 (1,14%)

Виразки за локалізацією розподілились наступним чином:

Дванадцятипала кишка: передня стінка – 49%; передньо-задня стінка – 9%; передньо-нижня стінка – 6%; задньо-верхня стінка – 6%; задньо-нижня стінка – 6%; задня стінка – 18%.

Шлунок: тіло – 41%; вихідний відділ – 29%; кардіальний відділ – 12%; субкардія – 9%; кут шлунка – 9%.

У 8 разів частіше потребували оперативного лікування виразки малої кривини шлунка, що кровоточать, і в 1,6 рази частіше – виразки передньої стінки шлунка, ніж інші локалізації.

У більшості пацієнтів виявлено виражені імунні розлади. У всіх обстежених був підвищений рівень циркулюючих імунних комплексів (ЦІК). Рівень ЦІК залежав від тяжкості ступеня крововтрати. Поряд з цим, спостерігали підвищення концентрації найбільш патогенних фракцій – середньо- та дрібномолекулярних ЦІК. Зміни клітинної ланки імунітету проявлялись зменшенням кількості Т-лімфоцитів, найбільш вираженому при III ступені крововтрати, дисбалансом субпопуляції Т-лімфоцитів з переважним зменшен-

ням вмісту Т-хелперів, кількість В-лімфоцитів була на рівні нижньої межі норми. Для характеристики аутоімунних показників використовували реакцію гальмування міграції лейкоцитів (РГМЛ), показник РГМЛ – міграційний індекс (МІ) – був значно зменшений до всіх аутоантигенів, максимально до антигену слизової оболонки ДПК. Виявлена зворотньо-пропорційна залежність між рівнем показників місцевого імунного захисту і ступенем хелікобактеріального обсіменіння слизової оболонки шлунка і ДПК.

Сучасні органозберігаючі операції (ОЗО) (ваготомія + висічення виразки) усувають агресивний пептичний фактор, видаляють виразку як джерело аутоімунної агресії, зберігають антральний і інші відділи шлунка, які виробляють місцеві і імунні фактори захисту, тому перевага віддавалась органозберігаючим втручанням, а резекційні методики використовувались тоді, коли мав місце декомпенсований стеноз зі стійким порушенням моторики шлунка. Тому для покращення результатів хірургічного лікування проводилась комплексна антихелікобактерна і імуностимулююча терапія.

Виконані наступні оперативні втручання:

- Висічення виразки з пілородуоденопластиком та одним з видів ваготомії – 33 (37,5%)
- Селективна ваготомія (СВ) з антрумектомією – 2 (2,3%)
- Реконструктивна ваготомія з висіченням гастроентероанастомозу – 2 (2,3%)
- СВ+екстериторизація виразки – 2 (2,3%)
- СВ, гастротомія, прошивання ерозій – 2 (2,3%)
- СВ, гастротомія, прошивання вен – 2 (2,3%)
- Резекція шлунка за Б-I – 30 (34%), за Б-II – 12 (13,6%)
- Гастротомія, висічення поліпу – 1 (1,1%)
- Гастректомія – 1 (1,1%)

В післяопераційному періоді померло 4 хворих, летальність склала 4,5%.

Середня тривалість перебування хворих в стаціонарі після органозберігаючих операцій в 1,3 рази менша, ніж після резекційних методик.

Сучасні органозберігаючі оперативні втручання (ваготомія + висічення виразки), на жаль, не усувають хелікобактерну інвазію, що може бути на фоні зниження місцевого імунного захисту основною причиною рецидивів виразкової хвороби в післяопераційному періоді, тому вони обов'язково повинні доповнюватись курсами антихелікобактерної терапії і імуностимулюючими препаратами для відновлення місцевого імунного захисту слизової оболонки, загального імунітету організму і ерадикації *Helicobacter pylori*.

Комплексний підхід з використанням хірургічного і терапевтичного методів лікування дає змогу зменшити число рецидивів в післяопераційному періоді і отримати відмінні і хороші віддалені результати у хворих з шлунково-кишковими кровотечами.

Ф.В. Гринчук**ХІРУРГІЧНА ТА КРИСУ КЛАДНЕННЯ ХВИРАЗКОВОЇ
ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СУПУТНЬОЮ ПАТОЛОГІЄЮ***Буковинська державна медична академія*

Останні десятиріччя характеризуються все більшим поширенням серед населення різноманітних хронічних захворювань, серед яких переважають цукровий діабет (ЦД), гломерулонефрит, цироз печінки тощо. Разом з тим, частота виникнення хірургічної патології у таких хворих, в тому числі зумовленої ускладненнями виразкової хвороби, не зменшується, а результати її лікування залишаються далекими від задовільних. Це зумовлює необхідність пошуку нових тактичних та технічних прийомів, які б дозволили виконувати максимально радикальні операції при мінімальному ризику.

В експерименті на 10 собаках ми дослідили особливості перебігу перфоративної виразки на фоні ЦД. В клінічних умовах нами обстежено 27 пацієнтів із перфоративною виразкою, серед яких у 17 були наявні різні супутні захворювання. Обстеження проводили за допомогою комплексу клінічних, біохімічних, гістологічних, мікробіологічних та електрофізіологічних методів.

Встановлено, що у тварин із ЦД має місце прискорений розвиток перитоніту, швидке наростання ендотоксикозу, порушення регенерації. Зростає агресивність перитонеального ексудату, що зумовлено переважаючою вегетацією гнилисних мікроорганізмів, перитоніт швидко поширюється. В зоні лінії швів, якими закривали перфоративний отвір, спостерігалось виражене запалення та явища альтерації, що є підґрунтям розвитку неспроможності.

Ефективним в таких умовах є розроблений в нашій клініці безперервно-вузловий шов, який володіє високою фізичною та біологічною герметичністю. Для забезпечення можливості тривалого локального впливу на лінію швів ефективним є розроблений метод місцевого підведення медикаментозних засобів (А.с. 1697760) шляхом покриття їх катетеризованим пасмом сальника, що дозволяє тривалий час після операції створювати максимальну концентрацію антибіотиків, стимуляторів регенерації у зоні швів.

Однак використання автотканин в умовах розлитого перитоніту часто неможливе. Ми розробили метод захисту швів, основу якого складає покриття швів консервованими ембріональними тканинами – твердою мозковою оболонкою або перикардом (Патент РФ 2027497). Останні практично не володіють антигенними властивостями, поступово заміщуються власною сполученою тканиною. Крім того, в процесі консервування трансплантату надаються наведені антибактеріальні властивості.

В клінічних умовах нами встановлено, що прояви захворювання у пацієнтів із поєднаною патологією (ПП) значно відрізнялись від класичних. Це проявлялось у стертості таких симптомів, як біль, напрута черевної стінки, менш виражені були зміни лейкоцитарної формули. Біохімічні показники вказували на пригнічення функції печінки, обмінний дисбаланс. У 30% пацієнтів, що поступали у стабільному стані, після операції мала місце декомпенсація супутнього захворювання із відповідними клінічними проявами та більш тривалою дестабілізацією гемодинаміки. Це зумовлює необхідність розширення показань до передопераційної підготовки, активізації детоксикаційних заходів. До них доцільно включати засоби екстракорпоральної детоксикації.

У всіх пацієнтів із ПП при явищах дифузного перитоніту нами застосований безперервно-вузловий шов та локальне підведення медикаментозних засобів у післяопераційному періоді. При наявності розлитого перитоніту використовували ембріональні трансплантати.

У 3-х випадках у зв'язку із вираженими змінами стінок шлунка, загальним перитонітом застосовували запрограмовані повторні оперативні втручання – лапароперцію. Це дозволило не лише ліквідувати прояви перитоніту, а й виконати радикальні оперативні втручання.

Застосований комплекс заходів дозволив уникнути летальних випадків та значно скоротити кількість ускладнень.

Таким чином, розвиток ускладнень виразкової хвороби у пацієнтів із супутньою патологією супроводжується вираженими порушеннями гомеостазу та декомпенсацією функції пристосувально-захисних систем. У зв'язку з цим слід розширювати показання до передопераційної підготовки, активізувати детоксикаційні заходи. Лінія швів в умовах дифузного та розлитого перитоніту потребує додаткового захисту та закріплення, для чого ефективними є розроблені нами методи. Застосування запрограмованих повторних операцій дозволяє запобігати ускладненням та збільшувати радикальність втручань.

УДК 616.342-002.44-005.1

О.І. Іващук

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ КРОВОТОЧИВОЇ ДУОДЕНАЛЬНОЇ ВИРАЗКИ У ХВОРИХ СТАРШЕ 60 РОКІВ

Інститут хірургії та трансплантології АМН України

Виникнення кровотечі з виразки дванадцятипалої кишки (ДПК) у хворих похилого та старечого віку (ПСВ) ставить перед хірургом значно більше проблем, ніж у лікуванні молодших вікових груп. Це пояснюється наяв-

ністю 2 типів виразок – “старечої” і “застарілої”, присутністю у 90% супутньої патології, відсутністю не менш як у 30-40% етіологічного чинника, особливостями перебігу кровотечі і виникнення її рецидиву, соціально-економічними аспектами тощо.

Наш матеріал складає 135 хворих з кровоточивою виразкою ДПК і 32 хворих з неускладненою виразкою старше 60 років (середній вік $68,7 \pm 4,6$). Окрім того, експеримент виконано на 20 безпородних собаках.

Отримані нами результати свідчать, що, порівняно з неускладненою виразкою, при кровотечі обсіювання *H. pylori* збільшується з 70% до 74%. Найбільший ріст обсіювання *H. pylori* відмічено при “старечих” виразках. Для “застарілих” виразок більш характерним є зміна характеру флори в сторону S-подібних форм. Характерним є той факт, що у 41,67% “старечих” виразок не виявлено *H. pylori*.

Дослідження пристінкової кислотності у даної категорії хворих показало – чим важче ступінь кровотечі, тим менший рівень рН, але показники все одно відносяться до гіпоацидного стану. Наявність у хворих “старечої” виразки не супроводжується зниженням рН при виникненні кровотечі, а ось при “застарілій” виразці суттєве зниження рН шлунка супроводжується зростанням градієнту кислотності шлунка та ДПК з 1,79 до 2,39.

Вивчення локальної фібринолітичної та протеолітичної активності слизової дванадцятипалої кишки виявило наступне. За неускладненої виразки фібринолітична активність слизової передньої стінки переважає активність задньої. Це переважання зберігається і при виникненні кровотечі. Динаміка змін фібринолітичної активності передньої та задньої стінок при кровотечі різна. В передній стінці найвищі показники відмічені на 2-4 доби, а в задній на 1 добу. До 8 діб відбувається зниження фібринолітичної активності, але в слизовій передньої стінки вона вища на 44% від рівня контрольної, а в задній стінці – на 28%.

Динаміка змін протеолізу в терміні до 8 діб характеризувалось значним підняттям показників протеолітичної активності, особливо по відношенню до великомолекулярних білків та колагену у всі терміни спостереження. Усі досліджувані параметри на протязі спостереження залишаються вищими від контрольних. Пік протеолітичної активності обох стінок припадає на 1 добу після кровотечі. Вища активність у всі терміни характерна для передньої стінки.

У зв'язку із широким використанням антибіотиків для лікування супутньої патології у хворих ПСВ нами отримано експериментальні результати вивчення мукозної мікрофлори порожньої та здухвинної кишок при кровотечі середнього ступеня важкості. Встановлено значні зміни аеробної та анаеробної мікрофлори різних відділів тонкої кишки, які більш вагомі зі сторони перших. При використанні антибіотиків ці зміни ще разючіші, що вимагає суворих показань для їх використання.

Нами запропоновано комплекс лікування, спрямований на досліджені етіопатогенетичні ланки кровоточивої дуоденальної виразки у хворих похи-

лого та старечого віку і включає як консервативний, так і оперативний компоненти.

З метою зменшення явищ ендотоксикозу в результаті розкладання крові у просвіті кишечника використано сорбент ентеросгель. Відмічено покращання загального самопочуття, більш швидка нормалізація біохімічних показників крові за середнього та важкого ступеня кровотечі.

Застосування пілобакту у комплексному лікуванні хворих ПСВ із кровоточивою хронічною виразкою ДПК зменшує відсоток рецидиву кровотечі на 3,9%. Виникнення рецидиву кровотечі при використанні пілобакту настає в більш пізній термін і дозволяє “виграти” час для проведення інтенсивної терапії та підготовки до можливого оперативного втручання.

Для зниження відсотку рецидиву кровотечі у хворих похилого і старечого віку з кровоточивою виразкою задньої стінки цибулини ДПК і ендоскопічною картиною нестійкого гемостазу (F2a) запропоновано тривале локальне підведення 5% е-амінокапронової кислоти за допомогою розробленого дуоденального зонду, який фіксується зовнішнім магнітним полем. Це дозволило знизити відсоток рецидиву на 11,2%, а також відстрочити рецидив, особливо в групах з легким і важким ступенями кровотечі.

Запропонована класифікація кровоточивої виразки ДПК у хворих ПСВ з врахуванням важкості крововтрати і наявної супутньої патології. Виходячи із даної класифікації, визначена лікувальна тактика – консервативна, оперативна, активно-вичікувальна. Дана класифікація є функціональною, тобто при зміні ступеня крововтрати чи важкості супутньої патології лікувальна тактика буде мінятися. Запропонована класифікація та лікувальна тактика дозволила зменшити летальність з 15,7% до 11,2%.

Впроваджено новий спосіб дуоденотомії, який дозволяє не тільки широко виконати ревізію і встановити джерело кровотечі, а й одночасно перетворюється в один із етапів локального гемостазу кровоточивої виразки.

Також розроблені і впроваджені у клінічну практику методи локального гемостазу: при виразках різних розмірів цибулинної локалізації, гігантській післяцибулинній, пенетруючій в підшлункову залозу. На нашу думку, виконання більш радикальних оперативних втручань недоцільно для даних хворих – летальність зростає в 2-4 рази.

Таким чином, лікування хворих старше 60 років із кровоточивою дуоденальною виразкою має проводитись за іншими принципами, ніж хворих молодших вікових груп. На перше місце виходить врятування життя хворому, тобто лікування кровотечі, а вже потім – лікування виразкової хвороби. Комплекс лікувальних заходів має бути різним залежно від типу виразки.

Я.І. Пузич

ПРОРИВНА ВИРАЗКА ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ

Славута

Проаналізовано історії хвороби 25 хворих, старших 60 років, що перебували на лікуванні в хірургічному відділенні з приводу проривних виразок. 18 хворих були віком від 60 до 70 років, 7 хворих – старші 70 років, 2 з них – старший 80 років. Чоловіків було 18 (72 %), жінок 7 (28 %). Середній вік всіх хворих складав 67,6 років. Найчастіше госпіталізація хворих у стаціонар спостерігалася у вересні (6), рідше у жовтні (1).

Щодо термінів від моменту прориву виразки і до поступлення в стаціонар, то до 6 годин госпіталізовано 7 хворих (28 %), від 7 до 24 годин поступило 9 хворих (36 %) і після 24 годин – 9 хворих (36 %).

Міських жителів було 6 (24 %), сільських 19 (76 %). Даний факт особливо насторожує, його слід пов'язати з цілим рядом проблем, які сьогодні переживають сільські жителі (низький рівень життя, відсутність транспорту тощо).

Своєчасна госпіталізація хворих з проривною виразкою має вирішальне значення в прогностичному плані лікування хворих похилого віку.

Серед вищевказаних факторів, що впливають на пізню госпіталізацію хворих, суттєву роль відіграють діагностичні помилки на всіх етапах надання медичної допомоги [7].

За даними ряду авторів, відсоток помилок при діагностиці проривних виразок у хворих похилого віку сягає більше 60 %. Обумовлені ці помилки цілим рядом причин, а саме: нетиповість клініки, наявність супутньої патології, що є характерним для цієї категорії хворих.

У 10 хворих не спостерігалася типової клінічної картини проривної виразки, у них не було напруження м'язів передньої черевної стінки, болі локалізувалися в нижніх відділах живота і тенденції до посилення не мали. Симптом «кинджального» болю в животі спостерігався лише у 7 хворих.

У 6 хворих мали місце диспептичні розлади. Підвищення температури тіла хворих при поступленні в стаціонар не спостерігалася. При лабораторному обстеженні кількість лейкоцитів у більшості хворих залишалася в межах норми, проте у 15 хворих відмічався зсув лейкоцитарної формули вліво.

У 16 хворих виразка знаходилася в шлунку, у 9 – в дванадцятипалій кишці. Проривна виразка дванадцятипалої кишки у всіх хворих розміщувалася на передній стінці і прорвалася у вільну черевну порожнину. Щодо шлунка, то виразка локалізувалася також на передній стінці, тільки у 1 хворого на задній і прорвалася в сальникову сумку.

Якщо вести мову про клінічні групи хворих при прориві виразки, то у 18 хворих мала місце «німа» виразка, тобто виразка виникла у віці понад 60 років. І тільки у 7 хворих в анамнезі відмічено тривалий виразковий анамнез.

Слід відмітити, що серед усіх хворих у 19 (76%) мала місце виражена супутня патологія, яка в певній мірі обумовлює своєрідність клінічної картини основного захворювання, а також негативно впливає на перебіг післяопераційного періоду. У 14 хворих спостерігалася серцево-судинна патологія, у 4 – легенева і у 1 – хронічний алкоголізм.

Основним методом діагностики проривних виразок шлунково-кишкового тракту є рентгенівський, який проведено лише у 15 хворих (!). Серед обстежених синдром «пневмоперитонеум» виявлено у 60% спостережень.

Щодо лікувальної тактики, то, незважаючи на 120-річну історію хірургії проривних виразок, до сьогоднішнього дня актуальним залишається питання вибору методу оперативного втручання і дискусії з цього приводу ще не закінчені. У нашому випадку всім хворим проведено зашивання проривної виразки, що відповідає основній вимозі – врятуванню життя таким хворим [2-5].

Перед операцією особливу увагу ми надавали активній підготовці хворих, компенсації життєво важливих функцій організму.

Серед ускладнень, що спостерігалися в післяопераційному періоді, слід відмітити формування міжпетлевого абсцесу у 1 хворого і у 2 – нагноєння операційної рани з евентерацією.

Середній ліжкодень перебування хворих в стаціонарі дорівнював 10,4 дня. Померло 6 хворих, що складає 24%.

Висновки. 1. Частота проривних виразок шлунка і дванадцятипалої кишки у хворих похилого віку становить більше 10 %. 2. Вирішальне значення в прогностичному плані хірургічного лікування цієї категорії хворих відіграє своєчасна госпіталізація. 3. Методом вибору хірургічного лікування проривної виразки у хворих віком понад 60 років є вшивання виразки.

Література.

1. Бачев И.И. Прободные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: влияние локализации на течение заболевания и прогноз // Вестник хирургии. – 1992. – №2. – С. 127 – 130.
2. Гоер Я.В., Тутченко Н.И., Клименко П.Н. и др. Хирургическая тактика при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. – 1992. – №4. – С. 24-25.
3. Комарницкий Е.С., Лагода В.В., Казимиров О.А. и др. Хирургическое лечение перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. – 1993. – №9-10. – С. 22-23.
4. Кульчиев А.А., Дзасохов С.В. Современные способы хирургического лечения перфоративной пилородуоденальной язвы // Клінічна хірургія. – 1992. – №1. – С.43 – 45.
5. Миколок В.В., Лаврик А.С. Хирургическое лечение больных с осложнённой язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. 1996. – №4. – С. 10-12.
6. Милица Н.Н. Клинический анализ хирургического лечения осложненной рецидивной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки // Клінічна хірургія. – 1996. – №10. – С. 32-33.

7. Плешнов В.Т., Ладнюк Б.П., Забросаев В.С. Анализ летальности при прободных гастроуденальных язвах // Вестник хирургии. – 1991. – №3. – С. 11-13.

8. Слонецький В.І. Стіввідношення стратегії й тактики у проблемі хірургічного лікування перфоративної виразки дванадцятипалої кишки // Український медичний часопис. – 1998. – № 2. – С. 58 – 61.

УДК 616.33/342 – 002.45 – 053.9

**А.М. Хаджибаев, З.М. Низамходжаев, С.С. Ганиходжаев,
А.М. Хусанов, О.М. Гуламов**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Научный центр хирургии им. В. Вахидова, Республика Узбекистан

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки продолжает привлекать к себе внимание, о чем свидетельствуют многочисленные публикации в периодической печати, тематика научных конференций, симпозиумов и съездов хирургов. Это объясняет повсеместным распространением, особенностями течения и социальным значением язвенной болезни. Присущей осложнения нередко требуют хирургического лечения. В отделении хирургии пищевода и желудка Научного Центра Хирургии им. акад. В. Вахидова МЗ РУз с 1991г. по 2001г. находились на лечении 1920 больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Мужчин было 1589 (82,7 %), женщин – 331 (17,3 %). По возрасту больные распределены следующим образом до 19 лет – 150 (0,8 %) больных, от 20–44 лет – 1169 (61,0 %) больных, от 45–59 лет – 468 (24,3 %) от 60 до 74 лет – 126 (5,7 %) больных. Всем больным при поступлении проводились общеклинические методы исследования: общий анализ крови, мочи, биохимия крови, коагулограмма. Проводилось эндоскопическое исследование, которое позволило определить размеры, локализацию язвы и при наличии осложнений, их характер. Проводилось рентгеноконтрастное исследование желудка, на котором также определялись размеры локализация язвы, эвакуаторная функция желудка, определяли наличие или отсутствие дуоденостаза. С целью выбора хирургического лечения нами была изучена желудочная секреция методом Холандера-Кея. У 618 (32 %) больных размеры язвы были до 1 см, у 923 (48 %) больных от 1 до 2 см и у 379 (20 %) больных были установлены гигантские язвы от 2 и более см. В дооперационном периоде путем вычисления анамнеза заболевания и учитывая данные инструментальных исследований выявили следующие осложнения: кровотечения в анамнезе – 571 (29,7 %) больной, перфорация в анамнезе – 269 (14 %) больных, стенозы различной степени компенсированные – 395 (20,5 %), субкомпенсированные – 437 (22,8 %),

декомпенсированные – 202(10,5 %). У 384 (20 %) больных диагностированы дуоденостаз различной степени у 768(40 %) больных определяли гиперсекреторный синдром различной формы. Интраоперационно у 1275(66,4 %) больных была установлена пенетрация язвы, чаще всего в головку поджелудочной железы и печеночно-двенадцатиперстную связку. По характеру выполнений операций больные распределены следующим образом: резекция желудка по Бильрот I – 234 (12,2 %) больных, резекция желудка по Бильрот II на длинной петле в передиободочно с Брауновским анастомозом – 371(19,3 %) больных, резекция желудка по Бильрот I с поддиафрагмальной стволовой ваготомией – 10(0,5 %) больных, резекция желудка по Бильрот II в сочетании с поддиафрагмальной стволовой ваготомией – 20(1 %) больных, резекция желудка по Бильрот I с термилолатеральным анастомозом в нашей модификации в сочетании с поддиафрагмальной стволовой ваготомией выполнена у 21(1,1 %) больных, у 1264(65,8 %) больных выполнена резекция желудка по Бильрот I термилолатеральным анастомозом в нашей модификации. В послеоперационном периоде наблюдались следующие виды осложнений: нагноение послеоперационной раны у 159(8,2 %) больных, недостаточность швов анастомоза – 16(0,8 %), недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки – 17 (0,8 %) случаев, кровотечение 15(0,7 %) случаев послеоперационные панкреатиты – 2(0,1 %) случая, анастомозиты – 31(1,6 %) случая, различные виды пневмонии – 41(2,1 %). По поводу различных видов послеоперационных осложнений была произведена релапаротомия в 36 (1,8 %) случаях. Летальность после наших операций составила 1,6 %. Таким образом, резекция желудка на наш взгляд отстается патогенетически обоснованным и радикальным способом лечения дуоденальных язв. Кроме того, резекция желудка является предпочтительной операцией при незаживших, рецидивных язвах, у больных после ушивания перфоративных язв и наиболее радикальным при кровоточащих язвах. Резекция желудка в нашей модификации обладает следующими преимуществами: уменьшает возможность возникновения дуоденальной несостоятельности, исключает применять резекцию “на выключения” при “трудных” язвах, сохраняет пассаж через двенадцатиперстной кишки, обеспечивает порционность эвакуации из культи желудка, препятствует обратному забросу дуоденального содержимого в культю желудка. Перечисленные преимущества метода способствовали расширению показаний к его применению.

Б.Н. Курьязов, Б.А. Рузметов**ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ КУЛЬТЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ И ГАСТРОДУОДЕНАНОСТОМОЗА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИЙ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И РАКА ЖЕЛУДКА**

Ургенчский филиал I Ташкентского государственного медицинского института, Республика Узбекистан

При возникновении несостоятельности швов после резекции желудка практические хирурги и даже опытные клиницисты оказываются в трудном положении в выборе дальнейшей хирургической тактики. В надежде улучшения, нередко проводят напрасную выжидательную тактику, теряя при этом много полезного времени и оперируют поздно, когда уже развился распространенный гнойный перитонит.

Под нашим наблюдением находились 19 больных с несостоятельностью швов культи двенадцатиперстной кишки /НКД, 8 больных/ и гастродуоденоанастомоза /ГДА, 11 больных/ после резекции желудка по первому и второму способу Бильрота в различных модификациях по поводу язвенной болезни желудка /4/ и двенадцатиперстной кишки /11/, а также рака желудка /4/. Возраст больных 20-59 лет. Мужчин было 16, женщин - 3.

При подозрении на возникновение несостоятельности швов проводили УЗИ брюшной полости. При этом у 13 больных выявили скопление жидкости в эпигастральной области. Кроме этого для диагностики этого осложнения через зонд в желудок вводили или давали пить красящие вещества /метиленовая синь/. В сомнительных случаях, кроме рентгенологического исследования, проводили разведение краев срединной раны на протяжении 3-4 см, расширяли контрапертуру в правом подреберье и ревизию области гастродуоденоанастомоза или культи двенадцатиперстной кишки.

При установлении несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки, расширяли разрез в правом подреберье для широкого дренирования области несостоятельности швов и проводили динамическое наблюдение, усиливали консервативное лечение. При прогрессировании перитонита с появлением затека содержимого по правому флангу, проводили экстренную релапаротомию. Во время релапаротомии дренировали дефект культи двенадцатиперстной кишки. Отграничивали дефект тампонами и перчаточными трубочными дренажами от свободной брюшной полости. Установили постоянный зонд в приводящей петле ГЭА и проводили постоянную аспирацию. Для разгрузки приводящей петли ГЭА накладывали межкишечный Брауновский анастомоз.

Трем больным, с большой потерей дуоденального содержимого /более 1,5 л в сутки/ и резким истощением, накладывали микроеюностому для энтерального питания и обратного вливания дуоденального содержимого в тощую кишку.

При ограничении процесса с образованием инфильтрата в правом подреберье проводили консервативное лечение/6 больных/: постоянная аспирация через зонд содержимого желудка и приводящей петли ГЭА, переливание крови, белковых кровезаменителей, физиопроцедуры /СВЧ, УВЧ/, солевые растворы и т.д.

При НКД больным придавали положение тела на левом боку с приподнятым головным концом, т.е. проводили лечение с использованием постурального дренажа. Проведенное комплексное лечение у 8 больных с НКД позволило предупредить развитие дистрофии, деструкции ткани и раздражение кожи. Все больные выздоровели.

6 больным с несостоятельностью швов ГДА и отграничением процесса в комплексном лечении применяли трансназальное энтеральное зондовое питание /ТНЭЗП/. Из 6 больных умерли 2 от разлитого перитонита.

У 5 больных с истечением большого количества дуоденального и желудочного содержимого, при релапаротомии, для максимальной разгрузки двенадцатиперстной кишки и сокращения дебита свища, выключали зоны ГДА из пассажа пищи, накладывая ГЭА с Брауновским соустьем в сочетании с наложением микроеюностомы для энтерального питания.

Через микроеюностому вводили капельно со скоростью 50 капель в мин. воду, бульон, молоко, белковые кровезаменители, аспирированное содержимое желудка и двенадцатиперстной кишки совместно с питательными смесями объемом до 4-5 л в сутки.

Из 5 больных с несостоятельностью швов ГДА, у которых была применена эта методика, отмечено выздоровление у 4. Один больной умер от перитонита, в связи с поздней повторной операцией.

Из 19 наблюдаемых нами больных с несостоятельностью швов умерли 3 /15, %/ от несостоятельности швов ГДА.

Выводы. 1. При несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки показана активная выжидательная тактика. При прогрессировании перитонита необходима экстренная релапаротомия с выявлением и дренированием места несостоятельности и активным отсасыванием желудочно-кишечного содержимого. 2. При полных и упорно незаживающих свищах с большой потерей дуоденального содержимого необходимо накладывать микроеюностому для энтерального питания. 3. При несостоятельности швов гастродуоденоанастомоза показана активная хирургическая тактика – экстренная релапаротомия, выявление и дренирование области несостоятельности, выключение зоны гастродуоденоанастомоза из пассажа содержимого путем накладывания гастроэнтероанастомоза с Брауновским соустьем и микроеюностомы.

Ю.И. Калиш, Р.Ш. Юлдашев, Д.Г. Бурибаев, К.Х. Хатамов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОКРОВОТОЧАЩИХ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ У ЖЕНЩИН

Научный центр хирургии им. В. Вахидова, Республика Узбекистан

Повсеместный рост заболеваемости язвенной болезни, особенно, числа осложненных форм диктует целесообразность изучения ее особенностей у женщин, тем более при острокровотокащих дуоденальных язвах.

В 1975-2000 гг в НЦХ им. академика В.Вахидова МЗ РУз оперированы 7555 больных с осложненными дуоденальными язвами. Из них 709 (9,4%) поступили с кровотечением (мужчин – 575, женщин – 134) различной степени тяжести.

У женщин, поступивших с кровотечением, в 41% случаях в анамнезе уже были его эпизоды, тогда как у мужчин они встречались реже – (27,1%). У женщин отмечались более высокая встречаемость гигантских дуоденальных язв – (29,1%), и их “низкой” локализации – (22,4%). Для сравнения отметим, что у мужчин гигантские и “низкие” язвы наблюдались – в 16,3% и 17,04% соответственно.

Показания к экстренной операции при ОКДЯ ставили при: продолжающемся струйном (Forrest 1a) кровотечении, диффузном кровотечении (Forrest 1б) средней и тяжелой степени, неустойчивом гемостазе и рецидиве кровотечения, наступившем в стационаре, последний имел место в 21,1% случаев (у 25 из 134 женщин и у 125 из 575 мужчин).

За последнее десятилетие намечена тенденция к смене активно-выжидательной тактики на активно-индивидуализированную.

Все операции по срокам их выполнения у пациентов с острокровотокащими дуоденальными язвами условно разделили на 3 группы. Это неотложные (экстренные), срочные и отсроченные операции.

Ниже мы приводим анализ результатов двух тактик, используемых в нашем центре с 1975 по 2000гг. т.е. активно-выжидательной и активно-индивидуализированной.

В эти сроки всего госпитализировано 1190 больных с ОКДЯ (мужчин 1003, женщин 187), а в экстренном порядке оперировано 306 (мужчин – 239, женщин – 67). Таким образом, число экстренно (вынужденно) оперированных составило 25,7%. Остальные оперированы планово (отсрочено), либо от операции отказались (или к ней не было показаний).

Если проследить результаты (послеоперационная летальность и оперативная активность среди экстренно оперированных по поводу ОКДЯ), то выявляется ряд существенных различий, зависящих напрямую от принятой тактики.

В период с 1975г по 1988г мы, как и большинство хирургов придерживались активно-выжидательной тактики.

В этот период поступило 502 пациента с ОЖДЯ, из которых экстренно оперированы 156, т.е. 31% (среди мужчин – 32,8%; женщин – 23,7%).

С 1988 года по настоящее время нами избрана активно – индивидуализированная тактика, суть которой, помимо известных факторов состояла из двух основных моментов.

Это применение для профилактики рецидива кровотечения кваматела (фамотидин, фирма “Гедеон-Рихтер”, Венгрия) в дозе 40-80мг 3-4 раза в сутки внутривенно капельно на протяжении 3-4 дней.

Коагуляция точечным электродом дна язвы, что вызывает отек тканей, способствуя тромбированию сосуда и остановке кровотечения.

Основная цель – профилактика рецидива кровотечения, которую трудно предотвратить при использовании активно – выжидательной тактики.

В целом применение нового подхода позволило уменьшить процент оперированных на высоте кровотечения с 31% до 21,6%.

В основном нами выполнялись резекционные способы хирургического лечения 357(88,6%), из них у 43 в сочетании с трункулярной ваготомией. Наиболее благоприятные результаты мы отметили после выполнения дистальной резекции по первому способу Бильрота или различные варианты термино-латеральных анастомозов (ТЛА).

Таким образом, мы считаем, что лечебная тактика при кровоточащих язвах ДПК у женщин, должна быть, как и у мужчин сугубо индивидуальной. Значительное число осложнений, более высокая встречаемость “низких”, гигантских язв, требует более раннего их хирургического лечения, искусственное затягивание сроков операций у женщин приводит к весьма тяжелым последствиям. Выбором способа операции кровоточащих язв ДПК, должны быть радикальные способы хирургического вмешательства.

УДК 616.33/.343-002.44-089

**Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов, Ш.А. Худайбергенов,
А.Р. Шаюсупов**

РЕКОНСТРУКТИВНАЯ ХИРУРГИЯ ПЕПТИЧЕСКИХ ЯЗВ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗ СОЧЕТАННЫХ С ДРУГИМИ СИНДРОМАМИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Научный центр хирургии им. В.Вахидова, Республика Узбекистан

Впервые возникновение пептической язвы после гастроэнтеростомии описал Н. Braun в 1899 г., а после резекции желудка – Н. Haberer в 1929 г.

С тех пор, и до настоящего времени эта патология по частоте встречаемости занимает первое место среди заболеваний оперированного желудка. Пептические язвы гастроэнтероанастомоза сочетаются с другими синдромами заболеваний оперированного желудка довольно часто, хотя в литературе они упоминаются вскользь. Мы не встретили работ, посвященных конкретно этой патологии с глубоким изучением клиники, диагностики и хирургической тактики.

НЦХ им. В.Вахидова МЗ РУз, располагает опытом хирургического лечения 7872 больных с дуоденальными, 1496 желудочными язвами, 1283 – радикальных вмешательств по поводу опухолей желудка и 800 реконструктивных операций при заболеваниях оперированного желудка, оперированных за период с 1976 по 2001 г. Из 800 пациентов с заболеваниями оперированного желудка у 268 имели место пептическая язва гастроэнтероанастомоза.

В основу этого сообщения положены результаты хирургического лечения 57 пациентов с пептическими язвами гастроэнтероанастомоза сочетанных с другими синдромами заболеваний оперированного желудка, что составило 21,3%. Мужчин было – 51, женщин – 6, средний возраст их составил $43,6 \pm 1,53$ лет. В плановом порядке поступили 47 больных, экстренно 10. Все они ранее были оперированы в различных учреждениях республики, в том числе и у нас, по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка, а также её полипа. Язвенный анамнез в среднем при этом составил $11,2 \pm 1,02$ лет. Первичными операциями были различные способы резекции желудка, ваготомии, а также неадекватные, уже на сегодняшний день различные способы пилоропластики или гастроэнтеростомии.

Изучение результатов хирургического лечения показало, что эта патология имеет право на существование т.к. имеет свою клинику, типологические особенности, в том числе и морфологические, особенности диагностики, а, следовательно, должна быть своя тактика в зависимости от сочетания с тем или иным синдромом и перенесенной ранее операции.

В наших наблюдениях пептическая язва гастроэнтероанастомоза сочеталась с одним синдромом в 45 случаях (рецидивной язвой двенадцатиперстной кишки – 19, синдромом приводящей петли – 12, незажившей язвой двенадцатиперстной кишки – 4, холециститом – 3, гастростазом – 3, стенозирующим рефлюкс-эзофагитом – 1, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы – 1, дуоденостазом – 1 и опухолью тонкой кишки в зоне брауновского соустья – 1), с двумя синдромами в 10 (рецидивная язва двенадцатиперстной кишки + синдром приводящей петли – 2, демпинг-синдром + синдром приводящей петли – 2, демпинг-синдром + холецистит – 1, синдром приводящей петли + aberrantная панкреас – 1, синдромом Маллори-Вейса + грыжей пищеводного отверстия диафрагмы – 1, вторичной язвой желудка + гастростаз – 1, язвенная болезнь желудка + холецистит – 1 и холецистит +

аденома панкреас – 1) и с тремя синдромами в 2 (рецидивная язва двенадцатиперстной кишки + гастростаз + дуоденостаз – 2).

Более чем у половины больных 37 (64,9%) пептическая язва гастроэнтероанастомоза возникла в течение первых 3-х лет после первичной операции.

С учетом характера ранее перенесенных операций, согласно классификации Б.В.Петровского и нашими дополнениями больные были распределены на 3 группы: первая – 22 (38,6%) пациентов после резекции желудка, вторая – 12 (21,1%) после ваготомии с экономной резекцией или дренирующими желудок операциями, третья – 23 (40,3%) после пилоропластики или гастроэнтеростомии.

При хирургическом лечении больных с заболеваниями оперированного желудка мы придерживаемся мнения К.И.Мышкина и соавт. (1982), считающих реконструктивными – операции, при которых создается новое анастомозирование (дренирование), корригирующими – операции, при которых пассаж содержимого в кишечник остается прежним.

Реконструктивные операции выполнены у 52(91,2%) больных, корригирующие у 5(8,8%). Как показали отдаленные результаты лечения реконструктивной операцией выбора при пептических язвах гастроэнтероанастомоза в сочетании с другими синдромами заболеваний оперированного желудка должна быть трансформация гастроэюнального анастомоза в гастродуоденальный, т.е. редуоденизация, которая выполнена у 6. При наличии дуоденостаза оптимальны реконструктивная операция по Smith-Payne (1) или Ру (5). При постваготомных синдромах и после пилоропластики или гастроэнтеростомии (при которых первично резекция желудка не производилась) операцией выбора была резекция желудка по Бильрот-I (16), а при наличии дуоденостаза по Smith-Payne (6) или Ру (1). Корригирующей операцией выбора должна быть двухсторонняя тункулярная ваготомия (4). Преимуществом этой корригирующей операции является то, что она технически несложная и легко переносится больными.

У 35 (61,4%) больных послеоперационный период протекал гладко. Грозными осложнениями в ближайшем послеоперационном периоде были: недостаточность швов гастродуоденоанастомоза (3), недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки (3), панкреонекроз (2), недостаточность швов энтероэнтероанастомоза (1), спаечная тонкокишечная непроходимость (1), продолжающийся перитонит (1), некроз культи пузырного протока (1). Релапаротомия выполнена 5 больным. Летальность составила 12,3% (7), из них 3 после экстренных операций. Причинами её были: перитонит (3), острая легочно-сердечная недостаточность (1), острая сердечно-сосудистая недостаточность (1), острая печеночно-почечная недостаточность (1) и острая почечная недостаточность (1).

Ю.И. Калиш, Р.Ш. Юлдашев
АТИПИЧНЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА

Научный центр хирургии им. В. Вахидова, Республика Узбекистан

За последнее десятилетие отмечен рост числа так называемых “трудных”, “трудноудаляемых”, “неудаляемых” язв желудка (Черноусов А.Ф., 2000, Жерлов Г.К., 2001, Диброва Ю.А., с соавт., 2002.).

К таковым относятся гигантские (по размеру), множественные (по числу) и проксимальные (по локализации в кардии и субкардии). Их мы обозначили как атипичные язвы желудка (АЯЖ).

Следует отметить, что в широко распространенной классификации желудочных язв Johnson H. (1957, 1965) о них нет никаких упоминаний.

Мы располагаем опытом хирургического лечения 425 больных с АЯЖ, результатами до и послеоперационной верификации этих язв и специальных методов исследования.

1. АЯЖ характеризуются значительным полиморфизмом. Так в изолированном виде гигантских язв было 179; множественном – 80, проксимальном – 90 (всего 349). У остальных 76 (17,8%) они сочетались.

2. Частота перерождений колеблется 7,5% до 44,4% и была значительно выше, чем при язвах I типа (медиагастральных).

3. Столь же значительно колеблется частота пенетраций этих язв: от 20% (при множественных) до 77,7% (при гигантские множественные в проксимальном отделе), составив в среднем 48,9%.

4. Результатами рентгенологических, эндоскопических исследований и данных операционных находок было выявлено, что частота сочетаемости АЯЖ с дуоденальными составила 31,7%.

5. Кровотечение из АЯЖ – наиболее частое осложнение. Из 425 оперированных больных у 141 (33,2%) причинами госпитализации было кровотечение различной степени. 55% (77) были оперированы в экстренном порядке (72 выполнены радикальные вмешательства, а 5 – паллиативные), 64 – в отсроченном (на 12-14 сутки).

6. Больных с перфорацией АЯЖ мы не наблюдали и лишь в 1,6% случаев имело место сочетание перфорации с кровотечением.

7. Говоря о лечебной тактике, мы хотим подтвердить свое согласие с мнением Петрова В.П. (2001), что следует ставить “более жесткие показания к хирургическому лечению язв желудка”, тем более атипичных. Выявление АЯЖ диктует настоятельность раннего хирургического лечения, ибо весьма велик риск кровотечения и перерождения.

8. Консервативная терапия у пациентов с АЯЖ, учитывая их более старший возраст ($50,0 \pm 0,6$ лет), чем при язвах I типа ($45,7 \pm 0,7$ лет), наличие

ряда сопутствующих заболеваний, должна рассматриваться как предоперационная подготовка.

9. Выбор способа хирургического лечения АЯЖ – широк: от резекции желудка (лестничный, трубчатый) до проксимальной резекции и гастрэктомии. Он в равной мере идентичен как при кровотечении из АЯЖ (экстренные операции), так и в условиях плановой хирургии.

Паллиативные операции (иссечение язвы, ушивание кровоточащей язвы и прочие) должны проводиться только в крайних случаях, в критических для пациентов ситуациях.

УДК 616.33-002.44-089

Ф.Н. Норкузиев, Ю.И. Калиш, Р.Р. Саатов, М. Артыкниязов

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, РАНЕЕ ПЕРЕНОСИМЫМИ УШИВАНИЕ ПЕРФОРАЦИЙ ЯЗВ

Научный центр хирургии им. В. Вахидова, Республика Узбекистан

Вступление. Причины и выбор метода хирургического лечения больных, ранее перенесших многократное ушивание перфоративных гастродуоденальных язв, изучены недостаточно ввиду малочисленных личных наблюдений. Продолжают оставаться спорными вопросы о предпочтительности той или иной операции.

Материалы и методы. В клинике НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз за период с 1975 по 2001 годы на лечении находилось 1467 больных с желудочными и 7555 больных с дуоденальными язвами. Из этого числа 959 (10,6%) составляют больные, ранее перенесшие ушивание перфораций. Мужчин было 915 (95,4%), женщин – 44 (4,6%). Обследование включало анамнестические данные, результаты интраоперационных осмотров и биопсий, эндоскопии (ЭГДФС), бактериологических исследований.

Результаты. Из 959 пациентов, ранее перенесших ушивание прободных язв, однократное ушивание было у 919 (95,8%), двукратное – у 36 (3,75%) и трехкратное – у 4 (0,4%). Таким образом, из 9022 оперированных каждый десятый ранее перенес ушивание перфораций язв, а 0,4% больных перенесли многократное ушивание.

В этой группе больных язвенные кровотечения были в анамнезе у 123 (12,8%), а 73 (7,6%) поступили с язвенным кровотечением. В 116 случаях (12,9%) обнаружена низкая локализация язв, гигантские язвы отмечены у 74 (7,7%). Гиперсекреторный синдром наблюдался у 179 (18,7%) больных. Сопутствующий дуоденостаз был у 127 (13,2%) пациентов.

В 78% случаях обнаруженные язвы отнесены к лазерорезистентным. О типологии лазерорезистентных язв сообщалось ранее. У 80% больных констатировано высокое содержание хеликобактерий в зоне язв.

Стенозирование пилородуоденальной зоны наблюдалось у 636 больных из 959 (66,3%), пенетрация язвы – у 397 (41,4%), сочетание пенетрации со стенозированием – у 223 (23,3%). Вторичные язвы желудка отмечены у 170 больных (11,6%). Перечисленное явилось показанием к выполнению операций.

Операцией выбора у данной категории больных считаем резекцию желудка, так как, во-первых, у этих больных в анамнезе уже была операция однократного или многократного ушивания перфорации, язвенная болезнь прогрессирует, во-вторых, подавляющее число этих пациентов страдает осложненными формами заболевания, с гигантскими, каллезными и атипичными язвами.

Резекцию по первому способу Бильрота выполнили в 192 случаях, различные варианты термино-латеральных анастомозов (ТЛА) – в 357 случаях, второму способу Бильрота у 205 больных. Сочетание резекции по Бильрот-1 со стволовой ваготомией выполнили у 48 больных, а комбинацию резекции по второму способу Бильрота со стволовой ваготомией – у 43. Другие виды вмешательств разные варианты ваготомии выполнены у 114 больных, в том числе симультанные – в 17 случаях.

Послеоперационный период протекал благоприятно, без существенных осложнений.

Таким образом, выбор тактики радикальной операции у данной категории больных связан со сложным характером язвы и оправдан благоприятным послеоперационным течением и полнотой излеченности.

УДК 616.33-002.44-089

**А.М. Хаджибаев, З.М. Низамходжаев, Б.А. Саидханов,
Д.Э. Болтаев**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕЦИДИВНОЙ ЯЗВЫ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Научный Центр хирургии им. В.Вахидова, Республика Узбекистан

Вступление. Одной из наиболее тяжелых форм заболеваний оперированного желудка, развивающихся после различных оперативных вмешательств по поводу хронических гастродуоденальных язв, является рецидив язвенной болезни (Вахидов В.В. с соавт., 1993; Хаджибаев А.М. с соавт., 1999; Калиш Ю.И. с соавт., 2001).

По данным отечественных и зарубежных авторов, до сих пор остается высокой частота послеоперационных осложнений реконструктивных и корригирующих операций при рецидиве язвенной болезни, достигая от 5,8 до 38,2 %, которая обусловлена комплексом причинных факторов: глубоким нарушением обменных процессов, сложностью и травматичностью операции, снижением иммунного фона и регенераторно – репаративных свойств организма (Черноусов А.Ф., Богопольский П.А., 1996; Майстренко Н.А., Мовчан К.Н., 2000; Taylor T.V., 1992).

Материалы и методы. В отделении пищевода и желудка НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз с 1990 по 2001 г. выполнено 178 реконструктивных и корригирующих операций больным с рецидивом язвы оперированного желудка (пептические язвы соустья, незажившие и рецидивные язвы двенадцатиперстной кишки, а также вторичные язвы желудка).

Для изучения результатов хирургического лечения больные распределены на контрольную и основную группы (121 и 57 больных соответственно). В контрольную группу включены больные, которым применялась схема традиционной подготовки и послеоперационного ведения. Основную группу составили пациенты, которым проводился комплекс мер профилактики ранних послеоперационных осложнений (эндоскопическая гемоапликация, иммуностимуляция и гипербаротерапия).

Возраст больных колебался от 19 до 74 лет. Подавляющую часть больных составили пациенты наиболее трудоспособного возраста – 20 – 44 года. Соотношение мужчин к женщинам в обеих группах было 9 : 1.

Основным видом рецидива язвы оперированного желудка в обеих группах явилась пептическая язва соустья и тощей кишки (около 78 %). В процессе обследования больных применялись как традиционные методы исследования, так и современные инструментальные исследования; исследования основных показателей иммунитета и изучение газового состава крови.

На основании клинико – инструментальных и специальных исследований установлено, что у 70 % больных обеих групп отмечались большие размеры язвенного кратера и периульцерозного воспалительного инфильтрата (2 – 4 см и 4 – 6 см соответственно). Частота пенетрации язвенного инфильтрата в соседние структуры составила 81,7 %. У 48 % больных в обеих группах выявлена гипоксемия различных степеней. При изучении основных иммунологических показателей (16 больных контрольной группы и 45 основной) у 45 % больных выявлен вторичных иммунодефицит.

Результаты. Все больные после предоперационной подготовки подвергнуты реконструктивным и корригирующим операциям. Из 178 больных 20 оперированы по экстренным показаниям (16 по поводу продолжающегося кровотечения и 4 – по поводу перфорации пептических язв). В обеих группах основными видами повторных операций явились реконструктивные резекции по I и II способу Бильрота (92 %). У 22 (12,3 %) больных

повторные операции дополнялись 2-сторонней стволовой ваготомией. В 24 (13,5 %) случаях интраоперационно выявлен оставленный “антрум” в культе двенадцатиперстной кишки.

Ранние послеоперационные осложнения в контрольной группе отмечались у 39,1 % больных. Частота специфических осложнений (недостаточность швов анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки, анастомозиты, послеоперационные панкреатиты) составила 26 %. Раневые осложнения наблюдались у 15,6 % больных. Летальность составила 4,8 %.

После применения комплекса мер профилактики и лечения (аутогемоапликация в предоперационном периоде, направленная на уменьшение язвенного кратера и купирование болевого синдрома; иммуностимуляция для коррекции вторичного иммунодефицита и гипербаротерапия, направленная на уменьшение кислородной задолженности тканей) осложнений у больных основной группы удалось снизить общую частоту ранних послеоперационных осложнений до 17,7 %, а частота специфических осложнений составила 6,6%. Летальность составила 2,2 %.

Вывод. Реконструктивные операции при рецидиве язвы оперированного желудка должны производиться в специализированных центрах, располагающих возможностью тщательной предоперационной подготовки и послеоперационного ведения с применением комплекса мер профилактики ранних послеоперационных осложнений.

УДК: 616.342-002.44-084-089:615.849.19

Х.А. Акилов, Г.В. Хан, Ю.И. Макаров

**ЛАЗЕРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ХИРУРГИИ
ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ
ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НА ФОНЕ
ГИПЕРСЕКРЕТОРНОГО СИНДРОМА**

Научный Центр хирургии им. В.Вахидова, Республика Узбекистан

Радикальное удаление язвы, устранение причин нарушения эвакуации из желудка и избыточной продукции соляной кислоты является целью любого хирургического вмешательства при осложненных формах язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) с гиперсекреторным синдромом (ГС) частота, которого по данным различных авторов колеблется – от 9,6% до 50,98%. Под ГС мы понимаем показатели базальной продукции соляной кислоты (БПК) более 10 мэкв/час и максимальной продукции соляной кислоты, стимулированной гистамином (МПКг), более 25 мэкв/час.

Резекция желудка относится к “условно чистым” операциям и сопровождается развитием инфекционных осложнений в 4,4-10,0% и летальностью после плановых вмешательств в 2-5%. Одним из перспективных, не медикаментозных методов профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений, является применение низкоинтенсивного лазерного излучения (ЛИ).

С целью определения спектра и частоты послеоперационных осложнений ЯБДПК с ГС и эффективности применения ЛИ нами проведен ретроспективный анализ лечения 2720 больных с осложненными формами ЯБДПК, оперированных в плановом порядке за последние 10 лет. Частота ГС составила 21,4% (583 больных). Контрольную (I) группу составили 269 больных, лечение которых осуществлялось традиционными методами. В основную (II) группу включено 314 больных, на этапах хирургического лечения которых была использована программа полилазерного облучения (ПЛО) (Ю.И.Калиш и соавт., 1988). Сущность ее заключается в предоперационном курсе лазеротерапии полупроводниковыми лазерами (длина волны 890 нм, частота излучения 80 Гц, время 128 сек., 5-6 сеансов); применении во время операции высокоэнергетических лазеров CO₂-лазер («Скальпель-1») и АИГ-неодимовый с контактными сапфировыми наконечниками («Medilas-100») для рассечения спаек, полых органов, наложения соустьей; послеоперационном курсе лазеротерапии послеоперационных ран полупроводниковыми лазерами и чреззондовом облучении зоны анастомоза гелий-неоновым лазером в сканирующем режиме (доза облучения 10 Дж/см², время 15-20 минут, 3-4 сеанса).

По половому, возрастному признаку, длительности заболевания и показаниям к операции (осложненные формы ЯБДПК) группы были сопоставимыми. Гиперантральный тип ГС наблюдался у 113 больных I группы (БПК_{ср.} - $6,27 \pm 0,25$; МПК_{г.ср.} - $31,1 \pm 0,65$) и у 88 - II группы (БПК_{ср.} - $8,5 \pm 0,13$ мэкв/час; МПК_{г.ср.} - $28,1 \pm 0,19$ мэкв/час). Пангиперсекреторный тип ГС, при котором чрезмерно увеличивалась как БПК (ср. - $18,4 \pm 0,64$ и $15,2 \pm 0,29$ мэкв/час), так и МПК_г (ср. - $32,9 \pm 0,76$ и $34 \pm 0,42$ мэкв/час) - у 156 и 226 больных соответственно. Мы являемся сторонниками резекции желудка по первому способу Бильрота, как более выгодной в физиологическом плане операции, которая была выполнена 120 больным (44,6%) в I группе и 252 (80,3%) II группы, в том числе в сочетании со стволовой ваготомией (СтВ) у 55 больных первой и 64 - второй соответственно. Показанием в РЖ по Бильрот-II считаем только тяжелую степень дуоденостаза. Данная операция была выполнена у 119 больных (44,2%) I группы и 62 (19,7%) - второй, в сочетании со СтВ - у 70 и 24 больных соответственно. СтВ с дренирующей желудок операцией выполнена 18 (6,7%) больным I группы (у 5 пилоропластика по Джабуле, 13 - гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным соустьем). Селективная проксимальная ваготомия выполнена нами 12 (4,5%) больным I группы.

При анализе спектра и частоты послеоперационных осложнений установлено, что гнойно-воспалительные осложнения возникли у 22 больных

(8,2%) I группы (недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки (3), недостаточность швов гастродуоденоанастомоза (2), нагноение послеоперационных ран (17)) и у 12 (3,8%) II группы (0, 2 и 10 соответственно). Летальность в I группе составила 1,1% (3 больных – недостаточность швов гастродуоденоанастомоза (1), недостаточность швов культи двенадцатиперстной кишки (2)). В основной группе умер 1 больной (0,3%), причиной смерти, которого явилась молниеносная форма крупозной пневмонии, осложнившаяся абсцессом легкого и нарастающей легочно-сердечной недостаточностью.

Моторно-эвакуаторные нарушения наблюдались в виде гастростаза на фоне атонии культи желудка после СтВ и анастомозита после РЖ по Бильрот-1 у 47 (17,5%) больных I группы и у 11 (3,5%) второй. Рассечение полых органов лазерным лучом и чреззондовое облучение культи желудка с зоной анастомоза гелий-неоновым лазером у больных II группы позволило сократить частоту данного осложнения в 5 раз, сроки восстановления моторно-эвакуаторной функции желудка культи желудка и проходимости соустья.

После лазерного рассечения полых органов мы не наблюдали ни одного кровотечения в просвет органа, имевшее место у 4 (1,5%) больных контрольной группы.

Таким образом, при сравнении характера и частоты ранних послеоперационных осложнений в группах, очевидно неоспоримое преимущество применения программы ПЛО на этапах оперативного лечения больных ЯБДПК с ГС. ЛТ в дооперационном периоде приводит к уменьшению воспалительного язвенного инфильтрата, что значительно облегчает выполнение таких этапов операции, как мобилизация двенадцатиперстной кишки и погружение ее культи. Программа ПЛО способствует сокращению числа гнойно-воспалительных осложнений в 2 раза, летальности более чем в 3 раза, сроков пребывания больных после операции, экономии медикаментов и перевязочных материалов.

УДК 616.33-002. 44-007.61

Р.Ш. Юлдашев, Ю.И. Калиш, Д.Г. Бурибаев, Ф.Н. Норкузиев

ГИГАНТСКИЕ ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ

Научный Центр хирургии им. В.Вахидова, Республика Узбекистан

К гигантским дуоденальным язвам (ГДЯ) относят язвы диаметром более 2 см. (Гладких В.Г., 1988, Доценко А.П., 1989, Оноприев В.И., 1995, Гвоздяк Н.М., 1998, Ярема И.В., 1998, Майстренко Н.А., 2000).

Нами изучены некоторые типологические особенности ГДЯ в сравнении с язвами двенадцатиперстной кишки (ДПК) «обычных» размеров (менее 2см).

В 1975-2000гг в НИЦХ им. академика В.Вахидова МЗ РУз оперированы 7555 больных с осложненными дуоденальными язвами. Из них у 548(7,3%) они были гигантскими (мужчин-439, женщин-109).

Следует отметить ряд отличительных особенностей ГДЯ в сравнении с язвами «обычных» размеров.

Средний возраст лиц с ГДЯ выше такового при «обычных» язвах ($46,9 \pm 0,8$ лет, $34,8 \pm 1,3$ лет, соответственно).

Чаще чем «обычные», ГДЯ осложняются в анамнезе прободением (14,8%) и кровотечением (22,6%), тогда как при «обычных» язвах они составили 9,7% и 8,7% соответственно.

В 21,4% случаев причиной госпитализации ГДЯ язва, было кровотечение, что в три раза больше чем при «обычных» дуоденальных язвах (6,7%).

Кардинальной особенностью ГДЯ является такое их осложнение как пенетрация, которая имела место у всех 548 оперированных больных.

В большинстве случаев (65,7%) пенетрация ГДЯ сочетались со стенозированием выхода из желудка различной степени, что и служит вероятной причиной низкой диагностической возможности как рентгенологического, так и эндоскопических методов исследования.

Кроме этого, почти у половины 248 (45,3%) больных гигантские дуоденальные язвы были низкой локализации, т.е. постбульбарные. При «обычных» потсбульбарные язвы были в 11,6%. Сопутствующий дуоденостаз был отмечен у лиц с ГДЯ в 13,7%.

Болевой синдром при ГДЯ можно сравнить только с таковым при почечной колике или панкреатите. Он естественно, зависит от обширности и глубины язвы и пенетрации в соседние органы.

Вместе с тем, как показал анализ нашего материала, возможно без болевое течение ГДЯ. Это, как правило, пациенты старших возрастных групп, у которых образование язв связано с ишемией, обусловленной склеротическими изменениями и трофическими расстройствами в слизистой оболочке желудка.

Консервативное лечение ГДЯ не дает желаемого эффекта, несмотря на современные лекарственные препараты из группы Н-2блокаторов. В этой связи многими хирургами оно рассматривается как фактор только предоперационной подготовки.

Наличие 100% пенетрации ГДЯ, высокая сочетаемость их со стенозированием (65,7%), дуоденостазом (13,7%), «низкой» локализацией (45,3%), гиперсекреторным синдромом дает нам основание для выполнения резекционных способов их хирургического лечения.

Ф.Н. Норкузиев, Ю.И. Калиш, Р.Р. Саатов

ОСОБЕННОСТИ И ВЫБОР СПОСОБОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ, РЕЗИСТЕНТНЫМИ К ЛАЗЕРОТЕРАПИИ

Научный Центр хирургии им. В.Вахидова, Республика Узбекистан

По данным М.И.Кузина, 2001 г. “на сегодняшний день в мире насчитывается более 500 лекарственных препаратов и 100 методов лечения язвенной болезни 12-перстной кишки и тем не менее 15-20% больных нуждаются в оперативном лечении”.

Таким образом, неоспоримо, что консервативная терапия, хотя и позволила уменьшить число больных, нуждающихся в оперативном лечении, однако у 12-18% из них она не даёт желаемого эффекта.

Анализ литературы позволил нам обобщить понятие о резистентности дуоденальных язв к лекарственной и лазеротерапии следующим образом:

- отсутствие заживления (рубцевания) дуоденальных язв,
- рецидив заболевания в течении 3-х месяцев.

В отделении лазерной хирургии с 1992 по 2002 году было оперировано 1630 больных по поводу различных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Среди них было выделена группа лиц (мужчин-142, женщин-42), у которых лазеротерапия оказалась не эффективной. Их мы определили как группу пациентов с лазерорезистентными дуоденальными язвами (ЛРДЯ). Среди них 71 получил курс полупроводниковой лазеротерапии (ППЛТ), 86- гелий-неоновой лазеротерапии (ГНЛТ) и 27 в их сочетании.

По возрастным группам больные были распределены следующим образом: до 19-1,63%, 19-44-82,1%, 45-59-12%, 60 лет и старше 4,3%.

По нашим данным факторами или причинами резистентности к проводимой лазеротерапии были: пенетрация – 12,62%, дуоденостаз – 10,68%, низкая локализация язвы – 9,8%, гиперсекреторный синдром – 8,75% , гигантские язвы – 9,78%. Как правило эти факторы сочетались: почти у каждого второго больного.

Установлена также важная роль *Helicobacter pylori* как причины лазерорезистентности дуоденальных язв. НР обнаружены у всех обследованных больных. Достаточно часто (55,6%) выявлялись грибы рода *Candida*. Другие микроорганизмы, представленные энтеробактериями, обнаружены лишь у 22,2%.

Таким образом, наиболее частыми изолятами из желудочного содержимого больных с лазерорезистентными дуоденальными язвами явились НР и *Candida spp.* Частота выделения этих микроорганизмов и обсемененность ими обследованных больных сравнивалось с больными с обычными дуоденальными язвами.

Отсюда следует вывод о необходимости сочетания лазеротерапии с противохеликобактерным лечением (с применением комбинации 2-3-х антимикробных препаратов). Высокая частота ассоциации НР с *Candida* указывает на необходимость включения в комплекс антимикробной терапии и антигрибковых препаратов.

Высокая сочетаемость дуоденостаза, “низкой” локализации ДЯ и гиперсекреторного синдрома дали нам основание для выполнения резекции желудка (по первому способу Бильрота – 78,77%, второму – 14,67% и в комбинации с ваготомией – 6,56%.

УДК 616.36

Г.И. Йулдашев, З.Ю. Худайберганов

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Хорезмский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан

В отделении неотложной хирургии Хорезмском филиале Республиканского Научного Центра экстренной медицинской помощи с 1999 по 2001 годы находились на стационарном лечении 306 больных с гастродуоденальными кровотечениями. Мужчин было 82%. По возрастному составу преобладали больные от 21 до 51 лет (87,4%). Старше 51 лет было 12,6%. Таким образом, наш материал показывает, что гастродуоденальными кровотечениями в основном страдают лица наиболее трудоспособного возраста, что делает вопрос особенно актуальным. Преобладающее большинство больных поступили в стационар в первые 12 часов с момента проявления кровавой рвоты (82,5%). При отсутствии кровавой рвоты с наличием дегтеобразного стула больные зачастую поступали позже 12 часов. Это обстоятельство свидетельствует о том, что больные с дуоденальными кровотечениями при отсутствии кровавой рвоты поступают в стационар в поздние сроки и в более тяжелом состоянии, чем больные с желудочными кровотечениями.

Как правило, при госпитализации больных с гастродуоденальными кровотечениями перед врачом стоит вопрос выявления источника кровотечения, количества кровопотери, продолжается ли кровотечение и выбора рационального метода окончательной остановки кровотечения.

Для выявления источника кровотечения большое значение имеют анамнестические данные о желудочном заболевании и применения вспомогательных методов клинических исследований на высоте кровотечения (фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка). Нами установлено, что причиной кровотечения послужили следующие заболевания: язвенная болезнь

желудка — 74, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки — 220, геморрагический гастрит — 12. Кровотечение средней тяжести и тяжелой степени наблюдалось в 78% случаев.

Для оценки степени и тяжести кровотечения мы, кроме показателей АД, пульса, количество эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, определяли дефицит объема циркулирующей крови (ОЦК), почасовой диурез. Эти показатели определялись на протяжении первых 10-24 часов проведения интенсивной терапии и активного почасового наблюдения за больными. Результаты исследований показали, что дефицит ОЦК в среднем колебался от 570 до 2000 мл, почасовой диурез — 60-90 мл/час, гематокрит был равен 24-29%, эритроциты — 2900000, гемоглобин — 51 г/л. Эти параметры оставались заметно сниженными и свидетельствовали о значительном нарушении гомеостаза и невосполненной кровопотере.

Для решения вопроса о том, продолжается ли кровотечение в момент госпитализации, всем больным в приемном отделении проводили тонкий зонд через носоглотку в желудок. Содержимое желудка аспирировали и постоянно промывали ледяной водой. В дальнейшем, по цвету отделяемого из зонда судили о продолжающемся кровотечении. Одновременно у больных определяли гемодинамические показатели с подсчетом количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, дефицита ОЦК и почасового диуреза.

Консервативное лечение включало постоянное промывание желудка ледяной водой, переливание отмытой эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы, криоцитата, введение аминокaproновой кислоты, хлористого кальция. Консервативное лечение оказалось эффективным у 137 больных (44,8%).

Показания к экстренным оперативным вмешательствам были установлены у 169 больных (55,2%). Поводом для экстренной операции послужили снижение гематокрита (24%), гемоглобина (70-75 г/л), эритроцитов (2400000), дефицит ОЦК (1600 мл), почасовой диурез (50-40 мл/час). Следует отметить, что хирургическая тактика в каждом отдельном случае была индивидуальной в зависимости от тяжести больного и степени кровопотери.

Так, из 169 оперированных больных удалось произвести резекцию желудка с полным удалением кровоточащей язвы желудка (932) и двенадцатиперстной кишки (125), иссечение кровоточащей язвы желудка произведена 4 больным, язвы двенадцатиперстной кишки — 2, обшивание и перевязка кровоточащего сосуда язвы желудка — 3 больным, гастротомия с последующей перевязкой сосудов желудка при геморрагическом гастрите у 3 больных. После операции умерли 5 больных (2,9%). Причинами смерти послужили ДВС — синдром, двухсторонняя пневмония, острая сердечно-сосудистая недостаточность. Среди неоперированных больных летальность составил 0,8%.

Таким образом, следует отметить, что основной причиной гастродуоденальных кровотечений служит язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Наиболее тяжелую группу больных составляют больные с крово-

течениями из двенадцатиперстной кишки вследствие позднего обращения. Для диагностики кровотечения из желудочно-кишечного тракта большое внимание заслуживают экстренная гастродуоденофиброскопия и рентгеноскопия желудка на высоте кровотечения. Вставление тонкого зонда в желудок позволяет проконтролировать интенсивность кровотечения и одновременно проводить локальную гипотермию желудка путем промывание ледяной водой. Включение в комплекс консервативных лечебных мероприятий переливание препитата улучшает результаты лечения.

УДК 616.342-002.45-085

Д.М. Ашуров

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Таджикский государственный медицинский университет, Таджикистан

Конец ушедшего столетия ознаменовался существенным изменением представленный о патогенезе язвенной болезни, что позволило разработать эффективные методы лечения этого заболевания и его осложнения (П.Я. Григорьев, с соавт. 2001; А.А. Ильченка, 2001; H Li. Et all, 1998; K Kobayachi et all, 1999). Ввиду высокой рискованности и летальности до 16-30 % (1-3) хирургического лечения, поиск альтернативных методов с применением современных технологий и средств терапии дуоденальных язвенных кровотечений являются актуальным.

Цель исследования: оценка эффективности антихеликобактерной терапии при комплексной терапии дуоденальных язвенных кровотечениях (ДЯК). В клинике хирургической болезни № 1 на базе ГКБ СМП г. Душанбе обследовано 103 больных с дуоденальными кровотечениями, среди них мужчин было 87, женщин 26 в возрасте до 59 лет – 83, старше 60 лет – 30.

В основной группе 56 больных, в том числе 7 с продолжающимся кровотечением, 49 с эндоскопическими признаками состоявшегося кровотечения была применена гемостатическая, инфузионно-трансфузионная, противоязвенная терапия: с применением H2 блокаторов, гистаминовых рецепторов и антихеликобактерных препаратов. С последней целью применялась тройная или квадротерапия с включением препаратов висмута. Лечебная эндоскопия (склеротерапия – у 41, электрокоагуляция у 11 больных, криовоздействие – у 2) производилась на фоне комплексной консервативной терапии.

Контрольную группу составляли 47 больных с ДЯК, которым производилась аналогичное лечение за исключением антихеликобактерной терапии. Эти больные лечились в клинике до внедрения обязательной антихеликобактерной терапии. Среди 56 больных основной группы с дуоденальным яз-

венным кровотечением, после применения эндоскопических способов гемостаза у 48 (85, 7 %) было достигнуто окончательной остановки кровотечения. Однако 8 (14,3 %) из них на фоне продолжающегося (2) и рецидива кровотечения были оперированы в экстренном порядке.

Среди больных контрольной группы, получавших аналогичное лечение без применения антихеликобактерной терапии результаты были менее эффективными. Среди них несмотря на проведенную комплексную консервативную терапию рецидив кровотечения возник у 11 больных (23,4 %), в связи с чем им потребовалось выполнение экстренного хирургического вмешательства.

Наши клинические наблюдения свидетельствуют об эффективности сочетания эндоскопических методов гемостаза и антихеликобактерной терапии в комплексе лечения ДЯК, благодаря которому в 85,7 % случаев удалось остановить кровотечение и предотвратить рецидива кровотечения.

Таким образом, комплексное лечение с применением современной эндоскопической технологии и антихеликобактерной терапии может послужить альтернативной хирургическому лечению при некоторых формах дуоденальных язвенных кровотечениях.

Литература.

1. Гринберг А.А., Ермолов А.С., Затевахин Н.И., Нестеренко Ю.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Хирургия. – 1990. – №2. – С. 81-83.
2. Курбонов К.М. Комплексная диагностика и хирургическое лечение осложненных дуоденальных язв. – Клинико-экспериментальное исследование: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Душанбе, 1997. – 42с.
3. Луцевич Э.В., Ярема И.В., Попов Ю.П. Диагностика и лечение желудочно-кишечных кровотечений // Хирургия. – 1991. -№3. –С.39-43.

УДК 616.33-002.44-089

**А.А. Кульчиев, В.А. Елоев, А.Я. Харахаш, А.А. Морозов,
С. Мамиев**

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ КРОВОТОЧАЩИХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ

Северо-Осетинская Государственная медицинская академия

Улучшение результатов лечения острых кровотечений из пилородуоденальных язв зависит не столько от совершенствования техники существующих и разработки новых способов хирургических вмешательств, сколько от принятой лечебной тактики и обоснованности показаний к применению того или иного пособия.

В клинике кафедры хирургических болезней ФПДО СОГМА РСО-Алания при острых пилородуоденальных кровотечениях разработана активная

дифференцированная лечебная тактика. Она основывается на строгом индивидуальном подходе к отбору показаний, сроков и методов оперативных вмешательств с учетом всех основных факторов: тяжести и степени кровопотери, опасности рецидива кровотечения, характера и места локализации язвенного процесса, возраста и сопутствующей патологии, степени операционного риска. Пациенты с развившимся рецидивом кровотечения составляют большинство летальных исходов и послеоперационных осложнений. Эти больные представляют собой кардинальный вопрос хирургической тактики при кровотечениях пептической язвы, определяющий принципиальную возможность снижения общей и послеоперационной летальности. В связи с этим, прогноз рецидива кровотечения по анамнестическим и клинико-эндоскопическим факторам имеет немаловажное значение. К факторам риска рецидива кровотечения по нашему мнению относятся: возраст старше 60 лет, обильная кровавая рвота, повторные кровотечения, тяжелые сопутствующие заболевания – декомпенсация, геморрагический шок при поступлении, эндоскопическая оценка – FkRREST II-A.

По нашим данным, сочетание любых трех из этих факторов приводит к рецидиву кровотечения в 65% случаев, четырех факторов 85%, и пяти-шести факторов у всех больных в ближайшие 3-5 суток с момента поступления в стационар. На основании вышеизложенного хирургическая тактика лечения больных с язвенными пилородуоденальными кровотечениями может быть предложена в виде следующего алгоритма действий: а) продолжающееся кровотечение – экстренная операция; б) остановившееся кровотечение с угрозой рецидива – срочная операция – 12-24 часа; в) без угрозы рецидива – плановая операция. При выборе оптимального способа хирургического вмешательства по поводу кровоточащей пилородуоденальной язвы учитываем степень операционного риска, который определяем по разработанной в клинике схеме. Для конкретизации хирургической тактики всех больных делим на 5 групп. В первую группу включены больные с профузным кровотечением из пилородуоденальной язвы, выявленной эндоскопически и оцененной как FkRREST I-A. Этим больных оперируют в течение 2-3 часов от момента поступления. Во вторую группу входят больные с продолжающимся диффузным кровотечением FkRREST I-B, для которых консервативный, в том числе эндоскопический гемостаз не эффективен, а также пациенты, у которых развился рецидив кровотечения в стационаре. Попытки повторного эндоскопического гемостаза у этих больных считаем нецелесообразным. Этим больным также выполняем экстренные операции.

К третьей группе относим больных с остановленным кровотечением F – I Б; F – II А; F – II Б, но с высоким риском рецидива геморрагии. Этим больных оперируем в течение 12-24 часов с момента поступления. Больные четвертой группы: пожилой и старческий возраст с декомпенсированной сопутствующей патологией, а также больные в агональном состоянии. Для

этих больных непереносимо даже минимальное по объему вмешательство. Этой группе больных проводим неоперативный гемостаз с применением эндоскопических методов.

Больные пятой группы, это невысокий риск рецидива кровотечения, они ведутся консервативно. В клинике под наблюдением находилось 425 больных с язвенным пилорoduоденальным кровотечением, у 84 (19,7%) больных проведены экстренные и неотложные вмешательства, с применением различных видов ваготомии, органосохраняющих и органощадящих операций. Мужчин было 315 (74,1 %), женщин было 110 (25,4%). Возраст больных колебался от 19 до 82 лет, средний возраст составил 56 лет. Длительный язвенный анамнез у 237(55,7%), у 81 больного (19%) в анамнезе отмечены кровотечения язвенной этиологии, у 72 больных (17%) кровотечение явилось первым проявлением язвенной болезни. Из больных по экстренным показаниям оперировали 33 (33,9%) больных, умерли 3 (9%). Показаниям и к экстренной операции были профузное кровотечение у 24 (29,6%), рецидив кровотечения в стационаре у 9(27%). В неотложном порядке оперировано 51 больной (60,7%). Показанием к неотложным операциям был высокий риск рецидива кровотечения. Все больные оперированы через 12-24 часа поступления, умерли 3 (5,8%). Из всех больных, оперированных по экстренным и неотложным показаниям умерли 6 (7,1%). Причинами смерти явились: у 3-х больных – отек легких, у 1 – панкреонекроз, 1 – тромбоз эмболия легочной артерии, 1 – инфаркт миокарда. Характер выполненных операций при кровоточащей пилорoduоденальной язве в зависимости от степени операционного риска: СПВ + иссечения язвы + ПП – 8; ТВ + иссечение язвы + ПП – 36; ТВ + прошивание сосуда + ПП – 14; ТВ + антрумэктомия – 26.

Выводы: 1. Перспективы лечения больных с язвенными пилорoduоденальными кровотечениями связаны с внедрением активной дифференцированной тактики. 2. Активная дифференцированная тактика основана на объективном прогнозе риска рецидива кровотечения и степени операционного риска. 3. Деление больных на клинические группы способствует выбору адекватной лечебной тактики. 4. Органосохраняющие и органощадящие операции, дополненные ваготомией являются патогенетическим методом хирургического лечения кровоточащих пилорoduоденальных язв.

**Г.В. Буренко, В.М. Меллін, Ю.О.Супрун, Б.І. Паламар,
П.О. Шпита, В.А. Куценко, М.М. Стець, О.В. Бездітний**

ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНОЇ ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ ШЛУНКА ТА ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

Проведено аналіз результатів лікування 2478 хворих, з них 1551 оперованих з приводу ускладненої виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, 927- лікованих методом мікрохвильової резонансної терапії (МРТ). Серед оперованих хворих виразка шлунка була у 334(21,6 %), дванадцятипалої кишки в 1217(78,4 %).

Планово оперовано 666 хворих, при перфорації- 705, кровотечі-181. Виконано 575 резекцій шлунка (334 при виразковій хворобі шлунка), 684-органозберігаючих операцій та 292- паліативних (зашивання перфорацій). Загальна післяопераційна летальність склала 7,2 %, після планових операцій - 1,5 %.

Розробка та впровадження в клінічну практику МРТ, започаткованих разом з тимчасовим науковим колективом "Відгук", показало її високу лікувальну та економічну ефективність. В більшості випадків дозволяло відмовитися від застосування дорогокоштовних фармакологічних противиразкових препаратів. В середньому після 10 сеансів лікування неускладнених виразок дванадцятипалої кишки у 80 % хворих вдалось досягнути повного, а у 16 %- часткового загоєння виразок. Позитивні результати досягнуті і у 30 % хворих з кальозними та поверхневопенетруючими виразками ускладнених функціональним стенозом.

У хворих після курсу лікування МРТ була менш виражена периульцерозна інфільтрація тканин, що полегшувала під час операції маніпуляції в зоні виразки. МРТ також була використана 210 хворих після зашивання перфоративних виразок: у 162 після хірургічного втручання, у 48- через 1-3 років після операції. Проведення курсу МРТ з перших днів після операції супроводжувалось зменшенням інтенсивності больового синдрому, раннім поновленням перистальтики кишок. За даними ендоскопічного контролю після 10 сеансів МРТ у 78,1 % спостерігалось загоєння виразки.

В нашій клініці запропоновано новий спосіб передньої поздовжньої гастродуоденостомії (авт. свід. №1664292), який полягає у створенні анастомозу між розтинами по довжині передніх стінок цибулини дванадцятипалої кишки і антрального відділу шлунка над місцем стенозу. Розмір анастомозу не обмежується шириною кишки, шви перекиваються навернутим шлунком, що забезпечує їх безпеку. Завдяки напряму розтинів не пошкоджують во-

локна поздовжніх м'язів і зберігають порційну евакуацію шлункового вмісту. Зазначена операція в поєднанні з селективною проксимальною ваготомією виконана 26 хворим. Безпосередні і віддалені результати добрі.

З метою покращення евакуаторної функції кукси шлунка, попередження її швидкого опорожнення та виникнення синдрому відвідної петлі в клініці використана модифікація операції Гофмейстера-Фінстерера, при якій формують конусоподібної форми куксу, яка під кутом 30° впадає у відводячу петлю анастомозованої кишки. Віддалені результати вивчені на підставі клінічних, рентгенологічних, ендоскопічних досліджень у 102 хворих, з яких у 86 % були добрі, в 14 %- задовільні.

Найкращою виявилась виконана за означеною методикою антрумектомія, доповнена селективною ваготомією.

Найбільш вразливим місцем резекції шлунка та антрумектомії вважається обробка та закриття кукси дванадцятипалої кишки при низькорозташованих виразках, пенетруючих в підшлункову залозу. В таких випадках під час мобілізації кишки, як правило, при відкритому просвіті, шляхом відсічення від рубцево зміненої капсули підшлункової залози відділяють декілька міліметрів її задньої стінки, нижче кратеру виразки.

Просвіт кишки закривають зшивання бокових стінок ввертаючим безперервним швом, починаючи з нижнього кута, серо-серозні шви також накладають на бокові стінки, при цьому, нижній з них "П"-подібний або напівкисетний, підхоплює краєць задньої стінки. Методика забезпечує закриття кукси за рахунок зближення і зашивання незмінених бокових стінок, без порушення кровобігу. При її використанні випадків недостатності кукси дванадцятипалої кишки не було.

Використання мікрохвильової резонансної терапії в комплексному лікуванні виразкової хвороби, застосування нового способу гастроентеростомії, модифікація методу формування кукси шлунка та обробки і закриття кукси дванадцятипалої кишки при антрумектомії та резекції шлунка дозволяє покращити безпосередні і віддалені результати хірургічного лікування виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки.

Ю.М. Фатула, Б.М. Пацкань, І.І. Курах, В.В. Ганчин

ВПЛИВ ГЕЛІКОБАКТЕРНОЇ ІНФЕКЦІЇ НА ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПЕРФОРАТИВНИХ ТА ГОСТРОКРОВОТОЧИВИХ ПІЛОРОДУДЕНАЛЬНИХ ВИРАЗОК

*Ужгородський національний університет, Ужгородська центральна міська
клінічна лікарня*

На сучасному етапі численними фундаментальними дослідженнями науково обґрунтовано та загально визнано, що основними етіопатогенетичними факторами виразкової хвороби дванадцятипалої кишки є гіперсекреція соляної кислоти та інфекція *Helicobacter pylori* (Hр). Але проблема взаємозв'язку гелікобактерної інфекції, стану шлункової секреції з виникненням та рецидивуванням ускладненої виразкової хвороби, вивчена ще не достатньо і потребує подальших досліджень.

Матеріал та методи. Нами обстежено 106 хворих, з них 57 (53,8%) з перфоративними і 49 (46,2%) з гострокровоточивими пілородуоденальними виразками віком від 19 до 76 років. Чоловіків було 97 (91,5%), жінок – 9 (8,5%). Переважну більшість пацієнтів (71,7%) складали люди молодого та середнього віку (від 20 до 49 років). Усі хворі обстежені на наявність гелікобактеріозу. Гелікобактерний статус досліджувався шляхом вивчення гастробіоптатів слизової оболонки антрального або препілоричного відділу шлунка, отриманих інтраопераційно або ендоскопічно. Обстеження виконували паралельно двома методами: біохімічним – за допомогою швидкого уреазного тесту (Де-нол тест) та цитологічним – шляхом мікроскопії мазків-відбитків, забарвлених за Романовським-Гімзою. Стан кислотоутворюючої та кислотонейтралізуючої функції шлунка досліджений за допомогою внутрішлункової рН-метрії за Лінаром у половини хворих (25 з перфоративними і 28 з гострокровоточивими виразками) до появи цих ускладнень під час попередніх госпіталізацій з приводу загострення виразкової хвороби.

Результати. Рівень інфікованості Hр при перфоративних пілородуоденальних виразках такий же, як і при гострокровоточивих: 86% та 85,7% при обстеженні Де-нол тестом і 82,5% та 81,6% при обстеженні цитологічним методом. Дані за ступенем інфікованості (тяжкістю гелікобактеріозу) у Hр-позитивних хворих при перфораціях та кровотечах також подібні. За даними швидкого уреазного тесту більшість пацієнтів (53% при перфораціях та 47,6% при кровотечах) – з високим ступенем інфікованості; 28,6% та 40,5% – з середнім ступенем; 18,4% та 11,9% – з низьким. В той же час дані цитологічного методу відрізняються майже у зворотній пропорції: високий ступінь спостерігався у 8,5% хворих з перфораціями та 25% з кровотечами; середній ступінь – 34% і 32,5% відповідно, і більшість хворих (57,5%

та 42,5%) з низьким ступенем. Даний факт пояснюється різною чутливістю цих методів обстеження, особливо при інтраопераційній діагностиці.

За даними рН-метрії у всіх хворих мав місце сильнокислий вміст шлункового соку. У переважної більшості обстежених пацієнтів (86,8%) спостерігалася стадія декомпенсації злуження антрального відділу шлунка. Середній показник базального рН у тілі шлунка складав $1,46 \pm 0,19$, в антральному відділі $2,23 \pm 0,58$.

Усі хворі з перфоративними та 29 (59,2%) з гострокровоточивими виразками були прооперовані. Радикальні операції виконані 37 (43%) пацієнтам (резекції шлунка – 13, ваготомії з дренуючими операціями з втручанням на виразці – 24). Умовно радикальні операції (пілоро- або дуоденопластика з втручанням на виразці) проведені 49 (57%). 20 (18,9%) хворим з кровотротою легкого ступеня, виразками невеликих розмірів, з відсутнім або нетривалим виразковим анамнезом проведена консервативна терапія.

50 Нр-інфікованим хворим, яким були виконані умовно радикальні операції, а також неоперованим пацієнтам проведена антисекреторна та антигелікобактерна терапія. У 38 (76%) з них на контрольному обстеженні через місяць констатована ерадикація Нр-інфекції. Протягом п'яти наступних років рецидивів виразкової хвороби у них не спостерігалось.

Контрольну групу склали 40 Нр-інфікованих пацієнтів, які не пройшли ерадикаційну терапію (24 з них виконані умовно радикальні операції, 10 – радикальні, 6 не оперованих хворих з виразковими кровотечами). За аналогічний період рецидив захворювання мав місце у 62,5% (25 чоловік), причому у 14 (35%) пацієнтів спостерігався також і рецидив виразкових ускладнень (стенози, пенетрації, повторні виразкові кровотечі).

Висновки. 1. Рівень інфікованості гелікобактеріозом при виразковій хворобі дванадцятипалої кишки, ускладненій перфорацією або кровотечею, становить 81,6 – 82% за даними цитологічного методу та 85,7 – 86% за даними швидкого уреазного тесту. 2. Збереження гелікобактерної інфекції у хворих з перфоративними та гострокровоточивими виразками є одним з домінуючих факторів ризику рецидиву виразкової хвороби та її ускладнень, особливо при нерадикальних операціях. 3. Проведення антисекреторно-антигелікобактерної терапії з ерадикацією Нр-інфекції є однією з необхідних умов профілактики рецидивів ускладненої виразкової хвороби та покращення віддалених результатів екстрених хірургічних втручань.

**М.Г. Кононенко, О.Л. Ситнік, І.А. Даниленко, Л.Г. Кащенко,
В.І. Бугайов, В.Я. Пак, Ю.М. В'юн, А.І. Пустовий, Г.П. Тригуб,
к.К. Пестун, С.Л. Петренко**

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ПЕРФОРАТИВНУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНУ ВИРАЗКУ

Сумський державний університет, Сумська міська клінічна лікарня № 5

Прооперовано 699 хворих, перитоніт виявлено у 378 (54,0 %): місцевий – у 107 (28,3 %), дифузний – у 188 (49,7 %), розлитий – у 59 (15,6 %), загальний – у 24 (6,4 %). Серозний перитоніт був у 70 (18,5 %), серозно-фібринозний – у 268 (70,9 %), фібринозно-гнійний – у 40 (10,6 %) хворих.

В дванадцятипалій кишці (ДПК) виразка локалізувалася у 490 (70,1 %), в пілоричному відділі – у 126 (18,0 %), в препілоричному відділі – у 48 (6,9 %), в антральному відділі – у 31 (4,4 %), в субкардіальному відділі – у 4 (0,6 %) пацієнтів. Перфорація гострих виразок діагностована у 21 (3,0 %), прикрита перфорація – у 50 (7,1 %) оперованих. Стеноз вихідного відділу шлунка виявлено у 80 (11,4 %) хворих: компенсований – 18, субкомпенсований – 49, декомпенсований – 13.

Після ретельної санації черевної порожнини розчинами до 12 – 15 л виконували втручання на шлунку чи ДПК. Зашивання перфоративного отвору проведено у 99 (14,2 %) хворих, в тому числі по розробленій нами методиці (А.с. № 43538А), лише з гострою виразкою або тяжкою супутньою патологією на фоні розлитого перитоніту; виразка вирізана з пілоро- або пілородуоденопластикою (в останні три роки за розробленою власною методикою (а.с. №42349А)) у 305 (43,6 %) чоловік.

У хворих на проривну пілородуоденальну виразку оптимальним втручанням вважали вирізання виразки з пілоропластикою (пілородуоденопластикою) та ваготомією. Такі операції проведені у 265 (37,9 %) хворих: дренажні втручання з різними видами селективної ваготомії – у 219 (31,3 %), з стовбуровою ваготомією – у 31 (4,4 %), з селективною проксимальною ваготомією – у 15 (2,2 %). Деякі автори (1) в таких випадках оптимальною методикою вважають стовбурову ваготомію.

У 27 (3,9 %) хворих з пілородуоденальним стенозом і проривною виразкою без розлитого перитоніту виконана резекція шлунка: за Більрот I – у 10, за Більрот – II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера – у 9, в модифікації Бальфура – у 8. У 3 (0,4 %) хворих зі стенозом проведена циркулярна резекція ДПК.

Під час втручання в пілородуоденальній зоні у 137 (19,6 %) хворих знайдена друга виразка, а саме на задній стінці ДПК. У 23 (16,8 %) із них вже було стенозування цієї ділянки. Втручання продовжувалось в серед-

ньому 2 години 5 хвилин, перебування у відділенні інтенсивної терапії – 1,7 доби. На протязі 4-5 діб проводилася інфузійна терапія, декомпресія шлунка, стимуляція кишечника. Для антибіотикотерапії використовували ампіцилін, гентаміцин, а при тяжкому перебігу – метрагїл, цефалоспорїни, меропенєми. Перебування в стаціонарі склало 13,0 дїб.

Рїзні ускладнення діагностовано у 116 (16,6 %) прооперованих (по даним лїтератури (2) – 7,9 %), їз-за чого вони перебували в лїкарні в середньому 21,2 дїб. Запальнї ускладнення були у 6: у 2 – дифузний перитонїт внаслїдок неадекватної санації та дренажування черевної порожнини, у 2 – їнфільтрат, у 2 – абсцес черевної порожнини. Неспроможнїсть швїв трапилася у 7 (1,0 %), їз яких у 4 була проведена релапаротомїя. Гастроплегія не менше 5 дїб виявлена у 11 (1,6 %) хворих пїсля пїлоропластики з селективною ваготомїєю. Евентрація була у 3 оперованих. У 13 (1,9 %) хворих діагностовано ускладнення з боку органїв дихання: гострий бронхїт (5), пневмонїя (6), ексудативний плеврит (2). У 5 хворих спостерїгали енцефалопатїю, у 2 – гостре порушення мозкового кровообїгу. 6 хворих оперували на 6, 7,9, 11 добу з приводу спайкової непрохїдностї тонкої кишки, спайки роздїленї ї трансназально їнтубована тонка кишка. У двох чоловїкїв діагностовано гострий панкреатит середньої тяжкостї. У 11 (1,6 %) хворих виникла кровотеча (у 9 – в просвїт шлунково-кишкового тракту, у 2 – у черевну порожнину, що потребувало релапаротомїї). У 4 хворих пїсля зашивання проривної виразки розвинулося стенозування, в зв'язку з чим у двох хворих вимушено накладений гастроєюноанастомоз ї у одного виконано резекцію шлунка.

Їз 699 прооперованих померло 24 (3,43 %), їз яких 14 були старше 60 рокїв, у 20 була супутня патологія, причому у 16 їз них в стадїї декомпенсації. Їз збїльшенням термїну від початку захворювання до оперативного втручання летальнїсть прогресивно пїдвищувалася: їз 531 хворого, що госпїталїзовано до 6 годїн померло 2 (0,37 %), від 6 до 24 годїн їз 133 – 14 (10,52 %), пїзніше 24 годїн їз 35 хворих померло 8 (22,85 %). Пїсля зашивання перфоративного отвору їз 99 оперованих померло 11(11,2 %), пїсля вирїзання виразки з пїлоропластикою їз 305 – 11 (3,6 %), пїсля пїлоропластики з ваготомїєю їз 265 померло 2 (0,7 %). Пїд час втручання у кожного їз померлих був перитонїт, зокрема у 11 фїбринозно-гнїйний. Безпосередня причина смертї: серцево-судинна недостатнїсть (14), тромбоемболїя легеневої артерїї (5), ендотоксичний шок (3), геморагїчний шок (2).

Таким чином, результати лїкування залежать від термїну з початку захворювання до оперативного втручання, наявностї фїбринозно-гнїйного перитонїту та супутнїх захворювань.

Лїтература.

1. Курьгїн А.А., Перегудов С.И. Спорные вопросы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв //Хирургия. – 1999. – № 6.–С. 15-19.
2. Шилєнок В.Н., Зєльдїн Э.Я., Приступа Ю.В. Лечение прободных гастродуоденальных язв // Хирургия. – 1999. – № 2. – С. 11-13.

И.А. Криворучко, В.А. Вовк, С.Б. Пеев, И.В. Белозеров
УРГЕНТНАЯ ХИРУРГИЯ ПАТОЛОГИИ КАРДИАЛЬНОГО
ОТДЕЛА ДНА ЖЕЛУДКА

*Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, Харьковский
государственный медицинский университет*

Вступ. Хирургическое лечение патологии кардиофундальной зоны остаётся сложной проблемой современной хирургии, особенно при возникновении показаний к ургентному оперативному вмешательству по поводу жизнеопасных осложнений основного патологического процесса (Е.А. Вагнер и соавт, 1998) Во многих случаях отсутствует чёткая диагностика источника кровотечения из-за технических сложностей выполнения информативного эндоскопического исследования. Проблемами хирургического вмешательства являются технические сложности манипуляций в области дна и кардии, большая частота послеоперационных осложнений по сравнению с операциями при патологии других отделов желудка (Stein H.J. et al., 2000).

Материалы и методы. В клинике Института общей и неотложной хирургии АМН Украины в период с 1990 по 2000 годы в ургентном порядке оперировано 84 больных по поводу патологии кардиального отдела и дна желудка. Показания к хирургическому вмешательству были следующие: язвенная болезнь желудка, осложнённая кровотечением – 23, перфорацией – 1, синдром Меллори-Вейсса с кровотечением – 25, с разрывом желудка – 2; рак желудка, осложнённый кровотечением – 14, перфорацией – 2; кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода – 12; лимфосаркома желудка с кровотечением – 2; лейомиома желудка – 2; полип желудка – 1.

Результаты исследований и их обсуждение. При синдроме Меллори-Вейсса необходимость в применении операции возникает при профузных кровотечениях и полных разрывах стенки кардиального отдела желудка. Кровоточащие дефекты при этом наиболее часто локализуются дистальнее кардиального жома и распространяются до серозной оболочки желудка с образованием субсерозных гематом. Рациональным методом достижения гемостаза в таких случаях считаем прошивание разрывов слизистой на всю их глубину узловыми швами через гастротомный доступ в передней стенке тела желудка. При необходимости имеется возможность ревизии всего желудка, вплоть до луковицы двенадцатиперстной кишки. В послеоперационный период умерло 5 (18,3 %) больных.

При язвах кардиального отдела и дна желудка выполняем иссечение язвы и один из видов ваготомии, селективной и стволовой виды дополняем внеслизистой пилоропластикой по Бурдену-Шалимову. Значительные сложности возникают после иссечения язв кардиального отдела желудка при

восстановлении целостности просвета пищеварительного тракта. Для того чтобы избежать нарушения проходимости кардиоэзофагального перехода, а также недостаточности швов применяем разработанные в нашей клинике методики ушивания, включающие эзофагофундопликацию и френопексию. В послеоперационный период умерло 4 (16,7 %) больных.

Технически и тактически сложной является проблема лечения кровоточащих опухолевых образований дна желудка, и особенно кардиального его отдела. Во многом отрицательные результаты хирургического лечения обусловлены распространением опухоли на кардиальный жом и абдоминальный отдел пищевода. Следует учитывать также истощение больных злокачественным процессом, стремление оперирующего хирурга к радикальной операции при наличии технических условий. Надёжный гемостаз в таких случаях может обеспечить только иссечение опухолевого образования или резекция проксимальный отдела желудка. В послеоперационный период умерло 6 (28,6 %).

В качестве экстренного оптимального оперативного вмешательства при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода применяем скелетизацию абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка, гастротомию с прошиванием вен пищевода и желудка. Послеоперационная летальность составила 5 (41,7 %) больных.

Выводы. 1. Наименьшей летальностью и количеством послеоперационных осложнений при патологии кардиального отдела и дна желудка сопровождаются urgentные операции, обеспечивающие гемостаз при минимальном объёме вмешательства. 2. В urgentных случаях для достижения гемостаза, снижения летальности и количества послеоперационных осложнений возможно более широкое применение иссечения патологических субстратов с последующей радикальной операцией (при необходимости). 3. Неотложные первичные радикальные хирургические вмешательства по поводу опухолевых поражений кардиального отдела и дна желудка следует производить при компенсированном состоянии систем организма.

УДК[616.33-002.44+616.33-005.1+616.342]:616-078

В.Ю. Соколов, В.Й. Качмар

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФРАКСИПАРИНУ У ПРОФІЛАКТИЦТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ КРОВОТОЧИВІХ ВИРАЗОК ШЛУНКА ТА ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Буковинська державна медична академія

Кількість виразкових гастродуоденальних кровотеч залишається практично незмінною протягом останнього десятиріччя. Саме це грізне ускладнення

є причиною високої смертності, пов'язаної з виразковою хворобою. Летальність при цьому складає за даними більшості авторів, 6,5-28 % і лише в спеціалізованих установах хірургічного профілю її показники коливаються в межах 2-5 % (Матійко А.С., 2000; Сьота Л.О., 2000; Суходоля А.І., 1999; Повч О.А., 1999). За період з 1990 по 1998 рр. в Україні щорічно оперується 23-24 тисячі хворих із приводу виразкової хвороби з летальністю 2,7-3,2 %, у тому числі 4,2-4,7 тисяч (18,3-19,0% від кількості оперованих) хворих із кровотечами, що ускладнюють перебіг виразкової хвороби, із летальністю 9,1- 9,9 %, це зумовлює соціальну значимість проблеми (Матійко А.С., 2000). Особливість виразкових кровотеч — їхня масивність, тривалість і рецидиви через короткі проміжки часу, що сприяє виникненню розладів гемостазу та розвитку тромбоемболічних ускладнень, особливо у післяопераційний період. Тромбози судин мозку визначають розвиток інсультів в 75-80 % випадків. Тромбоемболію легеневої артерії (ТЕЛА) знаходять в 16 % всіх розтинів, а діагностують при житті тільки в 30 % випадків. Післяопераційні тромбози та тромбоемболії складають в абдомінальній хірургії 29 %. (Тарабарін О.О., 1999).

У клініці госпітальної хірургії БДМА за період з 1996 по 2000 роки знаходились на лікуванні 126 хворих із шлунково-кишковими кровотечами. З них 100 (79,36 %) чоловіків та 26 (20,64 %) жінок у віці від 18 до 70 років. До 20 років -11 (8,73 %) хворих, від 21 до 50 - 95 (75,40 %), від 51 до 70 років - 20 (15,87 %), 37 хворих оперовано в термін до 7 діб з моменту госпіталізації (29,37 %), 89 хворих буловилікувано або досягнуто ремісії захворювання в середньому на 2 роки. Важливе значення надавали виявленню супутніх, особливо, серцево-судинних захворювань. Показаннями до оперативного лікування вважали відсутність ефекту від консервативної терапії, ендоскопічних гемостатичних засобів; профузну кровотечу, рецидив кровотечі протягом 3-7 діб.

Із 126 пацієнтів з ВХ ураження шлунка спостерігалось в 44 випадках, у 82 виразки розташовані у різних ділянках ДПК. При цьому у 72 хворих виразковий дефект локалізувався на задній стінці, у 16 - постбульбарному відділі ДПК, у 14 хворих мали місце «дзеркальні» виразки передньої та задньої стінок, у 36 перебіг захворювання супроводжувався стенозуванням вихідного відділу пілородуоденальної ділянки. Кровотеча 1 ступеня мала місце - в 35 випадках (27,78 %). 2-го ступеня - у 62 хворих (49,21%), 3-го ступеня - у 29 пацієнтів (23,01%), при цьому спостерігалися явища геморагічного шоку 1-3 ступеня у 47 хворих (37,3 %).

Консервативна інтенсивна терапія дозволила зупинити кровотечу у 89 пацієнтів. Троє хворих померло під час консервативного лікування від масивної та тривалої крововтрати на фоні важкої супутньої патології; 37 були оперовані, їм виконані невідкладні оперативні втручання.

Показники тромбоеластографічного дослідження крові у оперованих хворих свідчать про скорочення часу реакції у обстежуваних хворих на 10 %, часу утворення згустку — на 32 %, часу формування фібринтромбоци-

тарної структури згустку – на 36 %. Зростання індексу тромбодинамічного потенціалу на 90 % вказує на наявність структурної гіперкоагуляції. Агрегаційна активність тромбоцитів різко підвищена, дезагрегація тромбоцитарних агрегатів відсутня, ретрактильна здатність тромбоцитів у значній мірі підвищена, коагуляційний компонент гемостазу змінений в бік гіперкоагуляції за рахунок посилення активності усіх трьох фаз згортання крові.

Мета представленої роботи полягала у дослідженні ефективного методу корекції стану тромбонебезпеки на фоні масивної крововтрати для профілактики післяопераційних тромбоемболічних ускладнень.

Дослідження були виконані у 32 оперованих хворих з виразковою хворобою шлунка та ДПК з виявленим станом тромбонебезпеки.

Для профілактики тромбоемболічних ускладнень ми застосували фраксипарин (Sanofi-Syntelabo, Франція) підшкірно у добовій дозі 0,3 мл (2850 МЕ) на фоні гемодилуції з позитивним балансом 10 % від розрахункової кількості введених розчинів за добу. Коагуляційний компонент гемостазу і фібринолізу оцінювався за показниками тромбоеластографії суцільної крові, дослідження проводили протягом доби через 1 годину, 2, 3, 6, 12, 18, 24 з моменту введення препарату. Фраксипарин вводили у параумбілікальну ділянку живота після завершення оперативного втручання. Максимальний ефект дії фраксипарину спостерігали через 2 години після введення, він продовжувався протягом 18-24 годин. При цьому реєстрували збільшення часу реакції та утворення згустку втричі. Також спостерігали значне зниження максимальної амплітуди тромбоеластограми та фібринолітичної активності крові.

Профілактичне застосування фраксипарину у вказаній категорії хворих дозволило уникнути важких тромбоемболічних ускладнень у післяопераційний період та летальних випадків від ТЕЛА. У трьох випадках ми спостерігали клінічно мікротромбози у ділянці гомілкових м'язів, які – консервативно виліковані застосуванням консервативних традиційних заходів без негативних наслідків. При співставленні аналогічної групи хворих, яким для профілактики застосовували гепарин у добовій дозі 15000-20000од. на 3-4 введення ми спостерігали 2 випадки ТЕЛА з летальним кінцем та один випадок інфаркту міокарда. Отримані результати свідчать про ефективність лікувальної тактики при застосуванні фраксипарину у післяопераційний період у хворих із виразковими кровотечами.

А.В. Зоря, І.І. Басистюк, М.І. Швед, А.Д. Беденюк**ХІРУРГІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ
ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ***Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського,
обласний гастроентерологічний центр*

Вступ. За останні два десятиріччя досягнуто значних успіхів у з'ясуванні етіології та патогенезу виразкової хвороби (ВХ), впроваджено високо-ефективні противиразкові препарати з антисекреторним та антихелікобактерним механізмом дії, органозберігаючі оперативні втручання з радикальним видаленням виразкового субстрату. Проте, захворюваність на виразкову хворобу зростає, а частота хірургічних ускладнень, післяопераційної летальності та інвалідності не має помітної тенденції до зниження [1,2].

Матеріали і методи. Проаналізовано матеріали статистичної звітності з лікування ВХ у лікувальних закладах Тернопільської області за останні 10 років. На базі обласного гастроентерологічного центру (ОГЦ) вивчено ефективність різних схем терапевтичного та хірургічних способів лікування ВХ у 1044 хворих у віці 17-61 років на основі поглибленого клінічного та лабораторно-інструментального досліджень. Серед них виразкова хвороба шлунка (ВХШ) спостерігалась у 31 % хворих, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ВХ ДПК) у 69 %. Під час фіброезофагогастроуденоскопії та інтраопераційно проводили забір біопсійного матеріалу із періульцерозної зони, антрального відділу та тіла шлунка, досліджували морфометричні показники, ступінь обсіювання слизової *Helicobacter pylori* (HP), стан клітинного та гуморального імунітету. Загальну оцінку результатів терапевтичного і хірургічного методів лікування проводили за модифікованою класифікацією [3], яка відповідає вимогам і принципам загальної диспансеризації. Статистичну обробку отриманих даних проводили на персональному комп'ютері АМК-К6-2-500 з використанням пакету програм Statistica 5,0.

Результати досліджень, їх обговорення. Аналіз даних статистичної звітності свідчить, що за останні 10 років в Тернопільській області спостерігається неухильне зростання захворюваності на виразкову хворобу та її поширеності. Так, якщо по області показник захворюваності на виразкову хворобу у 1991 році становив 79,5 на 100 тис. населення, то вже у 2001 році він збільшився до 281,5 на 100 тис. населення. Відповідна динаміка спостерігається і серед показників поширеності виразкової хвороби: у 1991 році – 1593,9 на 100 тис. населення, у 2001 році – 3106,6 на 100 тис. населення. Така ситуація зумовлена зниженням життєвого рівня людей, несприятливими соціально-економічними проблемами, забрудненням навколишнього середовища, дією гіпоксії, ксенобіотиків, стресу [4], що приводить до зниження імунної резистентності організму.

Сучасне лікування ВХ при постійних рецидивах хвороби та лікуванні загрозливих для життя ускладнень є достатньо дороге, навіть при застосуванні найбільш дешевих препаратів. Зниження купівельної спроможності пацієнтів призводить до відмови від призначених лікарем сучасних схем противиразкової терапії чи не дотримання повного курсу лікування, а також своєчасного оперативного лікування. Не менш шкідливим є застосування хворими самолікування поширеними у рекламі антисекреторними засобами без звертання до лікаря. Всі ці фактори призводять до збільшення частоти ускладнень виразкової хвороби. За останні 10 років відмічено зростання частоти шлунково-кишкових кровотеч на 137,7 %, перфорації – на 70,3 %, стенозу пілоричного відділу шлунка у стадії декомпенсації на 18 %.

Результати обстеження показали, що у 68 % хворих на ВХ спостерігалася високий та середній ступінь колонізації НР. При проведенні комп'ютерної інтрагастральної рН-метрії у 52,3 % обстежуваних хворих спостерігалася помірна гіперацидність, у 31,8 % – виражена гіперацидність і лише у 15,9 % – нормативність. Виявлена у хворих імунологічна недостатність підтверджувалася зниженням показників кількісного вмісту Т-лімфоцитів і особливо регуляторних субпопуляцій Т-лімфоцитів – Т-супресорів, що свідчило про Т-клітинний імунодефіцит. Спостерігалось збільшення вмісту В-лімфоцитів. Паралельно із зміною кількісного вмісту Т, В-лімфоцитів спостерігалось збільшення НК- клітин, що можна розглядати як компенсаторну реакцію в гострій фазі рецидиву виразкової хвороби. Вміст імуноглобулінів у сироватці крові відображав функціональний стан В-лімфоцитів. Було виявлено підвищення рівня імуноглобулінів трьох класів (М, G, E) при зниженні вмісту IgA. Зростання вмісту ПЖ ($P < 0,001$) підтверджувало наявність у хворих з активною виразкою імунозапального процесу. Дисбаланс імунних показників у хворих на виразкову хворобу є вторинним імунодефіцитним станом [4], зумовленим пошкоджуючою дією на організм несприятливого фактора (НР) [5,6].

Встановлено залежність важкості перебігу ВХ від імуноморфологічних та морфометричних критеріїв оцінки виразкового процесу.

У хворих з високим ступенем ерадикації НР найбільш ефективною схемою лікування була однотижнева квадритерапія з використанням омепразолу 40 мг/добу, де-нолу 480 мг/добу, кларитроміцину 500 мг/добу, амоксициліну 2000 мг/добу. Після проведеного курсу лікування ерадикація НР склала 91 %. За даними інтрагастральної рН-метрії після лікування нормоцидність відмічалась у 63,6 % хворих, помірна гіперацидність у 13,6 % хворих та у 22,7 % – помірна гіпоацидність.

Проте даний лікувальний комплекс повністю не нормалізує гуморальний імунітет і не ліквідує імунне запалення в слизовій гастродуоденальній зоні. Це вимагає необхідності тривалого курсового лікування імунокоректорами у хворих на ВХ. Після завершення антихелікобактерної терапії протягом двох тижнів призначали альтан – новий вітчизняний імуномодельою-

чий препарат рослинного походження. Санація гастродуоденальної слизової оболонки від Нр та включення в лікувальний комплекс альтану сприяють покращенню у хворих на ВХ імунологічної реактивності організму.

У фазі повної клініко-морфологічної ремісії захворювання спостерігалося покращення імунологічних параметрів, які, проте, не досягали рівня показників контрольної групи.

Для закріплення досягнутого ефекту подальше лікування таких хворих необхідно продовжувати на поліклінічному або санаторно-курортному етапі реабілітації.

Зважаючи на сучасні тенденції у лікуванні хворих на ВХ, а також соціальні проблеми, в області зменшилось число планових оперативних втручань при даній патології. Якщо у 1996 році планово з приводу виразкової хвороби в області було прооперовано 3,6 на 10 тис. населення, то вже у 2000 році – 1,4 на 10 тис. населення. Сьогодні в області оперативне лікування ВХ проводиться, як правило, тільки при її ускладненнях. Частка ургентних операцій при ВХ за 2001 рік склала 74,4 %. Підходи до хірургічного лікування відповідають сучасним вимогам – переважають органозберігаючі та органощадні резекційні операції, які дозволяють зберегти пасаж по дванадцятипалій кишці і функцію воротаря.

Хворі з виразковою кровотечею, зупиненою консервативно, а також після паліативних та умовно-радикальних оперативних втручань, продовжували лікування у терапевтичному гастроентерологічному відділі ОГЦ за рекомендованою нами вище кватритерапією із використанням препарату альтан та наступним заповненням карти динамічного спостереження її проведенням реабілітаційних заходів за місцем проживання.

З метою покращення послідовності в діагностиці та лікуванні хворих на ВХ в ОГЦ розроблено карту динамічного спостереження за хворими на ВХ. В даній карті передбачено диференційований ступеневий стандарт обстеження, лікування хворих та реабілітації і вторинної профілактики захворювання як в ОГЦ, так і на вторинному та первинному рівнях надання допомоги. Такий підхід дає можливість прослідкувати якість диспансерного спостереження хворих на ВХ та своєчасно виявляти недоліки на різних етапах лікування. Контроль за проведеною терапією здійснювали за допомогою відміток у картах динамічного спостереження за хворими на ВХ.

Розроблені схеми лікування і диспансерного нагляду дали змогу покращити безпосередні та віддалені результати лікування ВХ.

Висновки. 1. Рівень захворюваності на виразкову хворобу та її гострих ускладнень зростає, що свідчить про важливість розвитку та організаційного вдосконалення гастроентерологічної служби, актуальність подальших наукових досліджень з цих проблем. 2. Раннє виявлення і комплексна терапія забезпечує загоєння більшості виразок і зменшує необхідність у планових операціях. При важкому перебігу ВХ і у випадках тривалої (протягом 3-х місяців) резистентності до медикаментозної терапії показано оперативне лі-

кування. 3. Використання при виразковій хворобі у комплексній схемі лікування імуномодуляторів покращує ефективність ерадикаційної терапії, підвищує резистентність слизової оболонки гастродуоденальної зони до РН-інвазії. 4. Впровадження етапності при наданні спеціалізованої терапевтичної та хірургічної допомоги хворим на ВХ під егідою ОПЦ дозволило суттєво підвищити ефективність лікування.

Література.

1. Златкина А.Р. Лечение хронических болезней органов пищеварения. – М.: Медицина, 1999. – 334 с.
2. Аруин Л.И. Helicobacter pylori и хронизация гастродуоденальных язв // Клиническая медицина.-2000 – № 3. – С. 60-64.
3. Ю.Т. Коморовский, И.И. Басистюк, И.Я. Дзюбановский, И.Ю. Корчинский Сравнительная оценка эффективности методов хирургического лечения дуоденальных язв // Врачебное дело.-1989.-№ 1.-С.79-82
4. Циммерман Я.С., Телянер И.И. Концепция патогенеза язвенной болезни и перспективы ее излечения. // Рос. журнал гастроэнтерологии, колонопроктологии. – 1998. – № 3. – С. 35-40.
5. Чернушенко Е.Ф. Диагностика вторичных иммунодефицитных состояний // Журнал практичного лікаря. – 2000. – № 1. – С.6-10.
6. Пасечников В.Д., Чуков С.З. Воспалительный и иммунный ответы слизистой оболочки желудка на инфекцию Helicobacter pylori // Клин. мед. – 2000. – № 11. – С. 9-13.

УДК. 616.33/342-002.44-089-06

**А.М. Хаджибаев, Ф.Б. Алиджанов, А.Т. Эрметов, А.Х. Шарипов,
У.Р. Жамилов**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ УРГЕНТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи,
Республика Узбекистан*

За период 2001-2002 гг. в отделении абдоминальной хирургии РНЦЭМП МЗ РУз находилось на лечении 370 больных с ургентными осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Из них у 132 больных наблюдалось гастродуоденальное кровотечение, у 208 больных – перфорация язвы, у остальных 30 больных – сочетание нескольких осложнений. Мужчин было – 926, женщин – 74.

Всем больным с желудочно-кишечным кровотечением при госпитализации проводилось экстренное эндоскопическое исследование с определением локализации язвы и интенсивности кровотечения. Последняя оценивалась по классификации J.A. Forrest.

Показанием к экстренной операции считаем длительное или активное кровотечение из язвы, а так же рецидивирование кровотечения.

Вмешательство при длительных и рецидивных кровотечениях приобретает характер операции отчаяния и летальность после него в два раза выше, по сравнению с отсроченными операциями.

Угрозу рецидива представляют большие по размерам и глубокие язвы, покрытые свежим рыхлым тромбом (II а и II б по классификации J.A. Forrest), а также их локализация в зоне крупных сосудистых ветвей. Опасными в отношении рецидива являются также большие с длительным язвенным анамнезом и повторными кровотечениями, в том числе большие в пожилом и старческом возрасте.

В зависимости от клинико-эндоскопических особенностей кровоточащих язв при остановившемся кровотечении у 67 больных выполнены экстренные или ранние отсроченные операции. В 6 случаях из них выполнялось прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой. 61 больному выполнено различные виды резекции желудка: по Бильрот-1 – 18, по Бильрот-I с наложением терминолатерального гастродуоденоанастомоза в модификации Хачиева Л.Г. больным и резекция по Бильрот-II – 14 больным.

В послеоперационном периоде у 7 больных отмечались осложнения. Из них у 5 больных – недостаточность гастродуоденоанастомоза, у 2 больных – недостаточность культи двенадцатиперстной кишки. Послеоперационная летальность составила 4 (4,8 %) случая. Из 208 больных с перфорацией в 179 случаях выполнено ушивание перфоративной язвы, у 12 иссечение язвы с пилоропластикой и у 4 больных, учитывая выраженность сужения пилорoduоденальной зоны после ушивания язвы, операция завершена наложением обходного гастроэнтероанастомоза в сочетании со стволовой ваготомией. 13 больным, учитывая отсутствие разлитого перитонита при наличии каллезной язвы, пенетрирующей в поджелудочную железу и суживающей просвет двенадцатиперстной кишки, выполнено резекцию желудка.

В послеоперационным период проводилась длительная внутриаортальная катетерная антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Послеоперационные осложнения наблюдались у 17% больных. Летальность составила 11 %.

У 2 больных, принятых в клинику по поводу язвенного кровотечения и критического стеноза пилорoduоденальной зоны, на фоне выраженных расстройств белкового и водно-электролитного обмена наблюдалась гастрогенная тетания. Эти больные после остановки кровотечения консервативными мероприятиями и коррекции водно-электролитного и белкового обмена подвргнуты оперативным вмешательствам. Одному больному выполнена резекция желудка, другому учитывая интермиттирующие стадии ХПН, выполнено наложение ГЭА с ЭЭА по Вельфлеру.

Таким образом, основное значение в улучшении результатов лечения больных с осложненными формами язвенной болезни являются экстренные или ранние отсроченные вмешательства. Также необходимо отметить, что более активная хирургическая тактика не только предотвращает рецидив заболевания, но и расширяет границы применения радикальных операций.

УДК. 616.33/342-002.44-089-06

**А.М. Хаджибаев, З.М. Низамходжаев, Ю.Р. Маликов,
Ф.Г. Назыров, Х.А. Акилов**

СОВРЕМЕННАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

Научный центр хирургии им. В. Вахидова, Республика Узбекистан

Вступление. Рост числа язвенных кровотечений, большие противоречия в литературе, касающиеся многих вопросов диагностики и тактики лечения при этих осложнениях, большой процент осложнений и летальности требуют проведения дальнейшего анализа ЭТОЙ проблемы.

Материалы и методы За период с 1976 по 2001гг. в отделении хирургии пищевода и желудка НЦХ им. В. Вахидова находилось на лечении 2152 больных с язвенным желудочно-кишечным кровотечением, которые составили 48,8 % от числа всех кровотечений из верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. У 1404 (65,2 %) причиной кровотечения явилась язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Результаты исследований и их обсуждение. Все поступающие к нам больные с клиникой кровотечения из верхнего отдела пищеварительного тракта или же подозрением на него в первые же часы подвергались экстренному эндоскопическому исследованию с целью уточнения источника кровотечения и определения его интенсивности.

Согласно принятой у нас эндоскопической классификации J. Forrest (1987 г.) больные распределились следующим образом: I гр.(F-I-A) — 233 (16,6%) ; II гр.(F-I-B) — 338 (24,1%); III гр. (F-II-A) — 308 (21,9%); IV гр. (F-II-B) — 352 (25,1%); V гр.(F-II-C)—173 (12,3%). У 249 больных I, II и III групп проводилась попытка эндоскопической остановки кровотечения (в основном с помощью диатермокоагуляции). Причем способ эндоскопического гемостаза мы склонны рассматривать как некую возможность хотя бы временно стабилизировать состояние больных с активным кровотечением. Проведенный анализ показал, что у 22 (8,8%) пациентов кровотечение эндоскопическим путем остановить не удалось, а у еще 63 (25,3%) больных в ближайшие 3-4 суток кровотечение возобновилось.

С учетом результатов эндоскопического исследования тяжести и интенсивности возникшего кровотечения нами и определялась хирургическая тактика. В последнее десятилетие мы придерживаемся активной хирургической тактики, т.е. экстренное оперативное вмешательство выполняем всем больным с активным кровотечением или же с угрозой его рецидива в ближайшее время. Это в основном больные I, II и III групп.

По экстренным показаниям на высоте кровотечения оперированы 378 (26,9%) пациентов: 154 – резекция желудка по второму способу Бильрота, 31 – резекция желудка по первому способу Бильрота, 155 – резекция желудка с наложением терминалатерального гастродуоденоанастомоза в модификации Л.Г. Хачиева, 32 – трункулярная ваготомия с иссечением язвы или ее прошиванием и пилоропластикой по Финнею, гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащей язвы – у 6 больных.

У 607(43,2%) больных проводилась консервативная гемостатическая и противоязвенная терапия с широким применением H_2 -блокаторов (гистодил, зонтак, квамател и др.). Часть пациентов, 419(29,8%), после проведения обследования, включающего рентгенологическое обследование и изучение секреторной активности желудка фракционно-зондовым методом по способу Холландера-Кея, оперировались в плановом порядке. В отношении объема оперативного вмешательства мы являемся приверженцами резекции желудка.

Вывод. Таким образом, у больных оперированных по экстренным показаниям, общие и местные ранние послеоперационные осложнения наблюдались в 24,6% случаев, причем недостаточность швов наблюдалась у 1,5 больных. Среди больных, оперированных на высоте кровотечения, летальность наблюдалась нами у 1,5% больных. Среди больных, оперированных на высоте кровотечения, летальность составила 9,8%.

УДК. 616.33/342-002.44-089-06

**А.М. Хаджибаев, З.М. Низамходжаев, Ю.Р. Маликов,
А.Й. Тухтакулов, И.Р. Таштурдиев**

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ПЕРФОРАЦИЕЙ ЯЗВЫ

Научный центр хирургии им. В. Вахидова, Республики Узбекистан

Вступление. Одним из распространенных и опасных осложнений язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является перфорация язв.

Результаты хирургического лечения на сегодня пока еще не могут считаться удовлетворительными, сохраняется высокая летальность при данном

осложнении. Это явилось основанием для анализа представленного клинического материала.

Материалы и методы. За период с 1991 по 2001 гг. в отделении хирургии пищевода и желудка НЦХ им. В. Вахидова МЗ РУз находилось на лечении 124 больных с перфорацией дуоденальной язвы. Мужчин было 111 (89,5 %), женщин – 13 (10,5 %). Диагностика перфоративных язв включала в себя, кроме клинической симптоматики, обзорную рентгеноскопию и рентгенографию брюшной полости. При спорных рентгенологических данных в диагностический комплекс включали экстренную эзофагогастродуоденофиброскопию, пневмогастрографию и в 3 случаях использовали диагностическую лапароскопию.

Результаты исследований и их обсуждение. У 98 больных наблюдалась типичная клиническая картина перфоративной язвы с наличием свободного газа под диафрагмой. У 11 больных, вследствие несоответствия между клиническими симптомами и данными рентгеноскопии и рентгенографии брюшной полости (отсутствие свободного газа под куполом диафрагмы), произведена эзофагогастродуоденофиброскопия. У 7 больных этой группы при повторном рентгенологическом контроле появился свободный газ под куполом диафрагмы. Эти случаи расценены как прикрытая перфорация. 10 больным наряду с этим выполнено экстренное ультразвуковое исследование брюшной полости и была диагностирована свободная жидкость в отлогах местах брюшной полости. 3 больным с сомнительной клинической картиной и данными исследования произведена экстренная лапароскопия, позволившая верифицировать наличие прикрытой перфорации. У 2 больных наблюдался редкий положительный симптом Подлаха и Вигиацио. У этих пациентов не отмечалось свободного газа под диафрагмой, отсутствовала свободная жидкость в брюшной полости при УЗС. Диагноз был установлен во время лапаротомии.

Тактика хирургического лечения перфоративной язвы, по-нашему мнению, определяется сроками перфорации, возрастом больного, выраженностью язвенного перифокального воспаления, степенью распространенности перитонита, сопутствующей патологией. Показанием к ушиванию перфоративной язвы, считаем, поздние сроки, выраженную перифокальную инфильтрацию вокруг язвы, тяжелые сопутствующие заболевания, пожилой возраст больных и гнойный перитонит. Ушивание перфоративной язвы нами выполнено у 691 (55,6 %) больных.

Первичная резекция желудка должна выполняться только в тех случаях, когда перитонит носит местный характер и находится в реактивной фазе. Необоснованное расширение объема экстренной операции при перфоративной язве, по нашему мнению, неуклонно ведет к увеличению числа осложнений и летальности. Резекция желудка нами выполнена у 55 (44,4 %) больных. Послеоперационные осложнения наблюдались у 23 пациентов (18,5 %). Наиболее грозными осложнениями среди наших больных оказались

продолжающийся перитонит у 1 больного с ушиванием перфорации и острая сердечно-сосудистая недостаточность у 4, приведшие к летальному исходу (4,0).

Таким образом, соблюдение диагностического и лечебного алгоритмов, индивидуальный подход в каждом конкретном случае перфоративной язвы позволяют улучшить результаты, снизить процент осложнения и летальности у данной категории больных.

УДК 616.33/34-005.1+616.132.2-008.641

**В.Г.Мішалов, Л.Ю.Маркулан, А.А.Бурка,
Е.В.Бородин, І.М.Лещинин, В.Л.Валецький**

ШЛУНКОВО-КИШКОВІ КРОВОТЕЧІ У ХВОРИХ НА РЕВМАТИЗМ, ЩО ОТРИМУЮТЬ ТРИВАЛИЙ ЧАС НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЗАСОБІВ

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

Вступ. Шлунково-кишкові кровотечі (ШКК) займають провідне місце в ургентній абдомінальній хірургії. Незважаючи на досягнення сучасної медицини, єдиної тактики в лікуванні ШКК не вироблено. За даними літератури середній вік хворих, в яких кровотеча зупинилась під впливом консервативної терапії 40 років, вік померлих хворих від даної патології – 60 років і більше.

Зі збільшенням віку хворих зростає кількість супутньої патології (ішемічна хвороба серця, цукровий діабет, ревматологічні захворювання тощо), яка погіршує перебіг ШКК. Летальність за даними різних авторів складає від 8 до 25 %.

При лікуванні супутньої патології часто використовують нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ), які є основою тривалої базисної терапії у хворих на ревматизм. Однак ці препарати мають побічний негативний вплив на слизову оболонку шлунка. Механізми цього впливу вивчені недостатньо. Вони, вірогідно, є наслідком як прямого, так і непрямого патогенного ефекту, що провокує загострення виразкової хвороби, гастриту та порушення моторики шлунка. Одним із найбільш тяжких ускладнень є ШКК. В той же час проблема профілактики та лікування ШКК у хворих на ревматизм, що отримують НПЗЗ, залишається недостатньо розробленою.

Матеріали і методи. Нами досліджено 70 хворих з ШКК, які приймали НПЗЗ (жінок – 45 (64,2 %), чоловіків – 25 (35,8 %)). Причиною кровотечі у 2 (2,9 %) хворих була виразкова хвороба шлунка, у 25 (35,7 %) виразкова хвороба ДПК, у 1 (1,4 %) рак шлунка, у 38 (54,3 %) – ерозивно-

виразкові ураження шлунка, у 2 (2,9 %) – синдром Меллорі-Вейса, у 2 (2,9 %) – варикозно розширені вени стравоходу.

Діагноз кровотечі було встановлено на основі клінічних даних (загальна слабкість, блідість шкіри, тахікардія, гіпотонія, блювання “кавовою гущею”, мелена, холодний піт), лабораторних даних – анемія, інструментальних методів дослідження – зондування шлунка, ЕГДС.

Для оцінки інтенсивності кровотечі використовували класифікацію за Форестом:

Активна кровотеча – ІА, ІВ, ІС – 15 (21,4 %) хворих;

Зупинена кровотеча із ризиком рецидиву ІІА, ІІВ, ІІС – 14 (20,0 %) хворих;

Повністю зупинена ІІІА, ІІІВ – 41 (58,6 %) хворий;

Причину кровотечі не з'ясовано – ІV – 0 (0 %) хворих.

При підозрі, чи явній клініці ШКК проводили зондування шлунка, при виділенні по зонду рідини типу кавової гущи чи крові проводили промивання шлунка холодною водою, холодним розчином амінокапронової кислоти, а також вводили по ньому 10 % розчин кальцію хлориду, тромбін. Однак, при підозрі на кровотечу із варикозно розширених вен стравоходу, чи раку шлунка, що розпадається, а також при тромбуванні арозивної судини від промивання шлунка утримувались. Одночасно проводили консервативну парентеральну терапію: гемостатики – дицинон (етамзилат натрію), свіжозаморожена плазма, кріопреципітат, розчин амінокапронової кислоти, сандостатин, противиразкові препарати (антагоністи H₂-рецепторів в/в) 2-3 доби, потім омепразол per os, сукральфат або препарати вісмуту. Компенсація крововтрати – введення відмитих еритроцитів, еритроцитарної маси. В подальшому проводилась ЕГДС для виявлення джерела кровотечі, спроби зупинки її та оцінки ступеня надійності гемостазу. Застосовували три методи ендоскопічної зупинки кровотечі. У більшості випадків (68 – 97,1 % хворих) розпочинали з обколювання джерела кровотечі (0,1 % розчин адреналіну), при неефективності гемостазу проводили біполярну діатермокоагуляцію (24 – 34,3 % хворих). При великому калібрі судини, що кровоточить, або неефективності попередніх методів виконували кліпування (5 – 7,1 % хворих). У 2 (2,9 %) хворих з кровотечами з варикозно розширених вен стравоходу проводили склерозування (вводили тромбовар перед встановленням зонду Блекмора).

Завдяки консервативній терапії та ендоскопічним методам, що застосовували, гемостаз був досягнутий у 59 (84,3 %) хворих; 2 хворих померли від стрімкої кровотечі (один на тлі гепатаргії із варикозно розширених вен стравоходу, другий – на тлі обширного гострого інфаркту міокарда). У зв'язку з рецидивом кровотечі та невдалими спробами гемостазу 9 (12,9 %) хворих прооперовано. Субтотальну резекцію шлунка виконали у 1 (1,4 %) хворого на рак шлунка, резекцію 2/3 шлунка – у 2 (2,8 %) хворих на виразку шлунка, селективну проксимальну ваготомію з дуоденопластиком – у 3

(4,2 %) хворих і стовбурову ваготомію з пілородуоденопластикою – у 3 (4,2 %) хворих на виразку дванадцятипалої кишки.

Висновки. Всього померло 8 (11,4 %) хворих; серед оперованих – 2 (2,8 %) хворих (один – від тромбоемболії легеневої артерії, другий – від прогресуючої серцево-судинної недостатності). Решта хворих померли від прогресування основної патології.

Результати проведенного дослідження свідчать, що ризик ерозивно-виразкових ушкоджень, які ускладнюються кровотечею у хворих на ревматизм, що отримують НПЗЗ, досить високий. Тому, при призначенні цих препаратів, необхідно проводити профілактичні заходи, та ендоскопічний моніторинг стану верхніх відділів шлунково-кишкового тракту.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ

І.Д. Герич, А.С. Барвінська, В.С. Савчин, І.В. Стояновський

ПРОЛОНГОВАНААНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХГНІЙНО-СЕПТИЧНИХУСКЛАДНЕНЬ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Принциповим питанням стратегії лікування хірургічної інфекції є попередження реінфекції, яка виникає у низки пацієнтів після закінчення повноцінного курсу антибіотикотерапії на фоні трьох головних причин: порушення імунного статусу (тривала госпіталізація, супутній цукровий діабет, вік понад 60 років, медикаментозна супресія), скомпроментованого локального захисту (обширна ранова поверхня, тривале загоснення рани) чи етіологічних особливостей збудника хірургічної інфекції. Сьогодні, з огляду на обмежені терапевтичні можливості корекції системної та локальної ланок протиінфекційного захисту організму, найефективнішим методом попередження та лікування рецидивної інфекції вважається пролонгована антибіотикопрофілактика (ПА) – спосіб тривалого пригнічення та остаточної ліквідації збудника хірургічної інфекції депо-формами антибіотиків.

Мета роботи – на підставі відкритого проспективного непорівняльного дослідження оцінити ефективність застосування препарату Ретарпен-2,4 для ПА гнійно-септичних ускладнень.

Матеріали та методи. Первинно ПА Ретарпен-2,4 апробували впродовж 1998-1999 рр. у пацієнтів з діабетичною стопою: хворі основної групи (18 осіб) отримували курс АП, пацієнтів контрольної групи (20) лікували традиційно. На другому етапі дослідження (2000-2002 рр.) ефективність ПА Ретарпен-2,4 вивчали у чотирьох категорій хворих: 1) з гнійно-септичною патологією на ґрунті декомпенсованого цукрового діабету (38 осіб), 2) з некротизуючим фасциїтом (24), 3) після перенесеного важкого бактеріологічно доведеного сепсису (5), 4) з торпідно-рецидивним фурункульозом (26). ПА здійснювали наступним чином: Ретарпен-2,4 вводили внутрішньом'язово що 27 днів упродовж періоду стаціонарного та 3-х місяців амбулаторного лікування; через 6 та 12 місяців після завершення терапії ін'єкували по одній дескалаційній дозі препарату (2,4 г). Клінічну ефективність ПА оцінювали катамнестично за критеріями T.R. Beam, K.N. Gilbert, C.M. Kunin (1993). Результати опрацьовували за допомогою пакетів прикладних програм для варіаційно-статистичного аналізу даних медико-біологічних і епідеміологічних досліджень.

Результати дослідження. Первинна апробація засвідчила 94,5 % ефективність ПА: впродовж року спостереження лише в одній пацієнтки основної групи внаслідок порушення режиму ПА на 4 місяць після завершення курсу амбулаторного лікування виник дерматолімфангіт, який було ліквідовано

консервативними заходами. В контрольній групі у 7 хворих (35 %) виникли гнійні ускладнення, усі з них довелося лікувати оперативно, в тому числі була проведена одна ампутація нижньої кінцівки. Після успішної апробації ПА почали застосовувати в різних групах пацієнтів з ризиком реінфекції та скомпрометованим імунним статусом. Клінічна ефективність ПА в групі хворих з гнійно-септичною патологією на ґрунті декомпенсованого цукрового діабету склала 92,2 %: віддалені післяопераційні гнійно-запальні ускладнення стверджено у 7,8 % випадків. Через рік з часу виписки оглянуто 10 з 24 пацієнтів (41,7 %) з некротичним фасцітом – жодних епізодів гнійно-септичних ускладнень не стверджено.

Особливо перспективно виглядала ПА у постсептичних хворих з огляду на тривале септичне виснаження, важку медикаментозну супресію, перенесену поліорганну недостатність, наявність тліючих вогнищ інфекції та зміну резидентної автофлори. Спостереження в постсептичному періоді (максимально 1 рік після одужання) засвідчило позитивний ефект ПА – в усіх пацієнтів (100 %) спостерігалася нормотермія, були відсутні будь-які інфекційні ускладнення та захворювання.

Ще однією перспективою для застосування ПА є так звані проблемні, схильні до рецидивування інфекції (бешиха, фурункульоз та ін.). Схема їх лікування, розроблена в нашій клініці, передбачала антибіотикотерапію, протизапальну терапію, застосування комплексу пробіотик + пребіотик, місцеве лікування, на фоні ПА Ретарпенон-2,4. Впродовж 12 місяців спостереження стверджено 100 відсоткову ефективність – у жодного з 26 пацієнтів рецидивів захворювання не було.

Водночас, до позитивів ПА слід віднести зменшення кількості післяопераційних гнійно-септичних ускладнень, можливість безпечного загоєння ран в амбулаторних умовах, відсутність рецидивів дерматолімфоангіту, відсутність висхідного цистопієліту у катетеризованих, відсутність побічної дії та ін.

Висновки. Висока клінічна ефективність (92,2-100 %) та безпечність ПА Ретарпенон-2,4 дозволяє рекомендувати цю методику як дієвий засіб профілактики післяопераційних гнійно-септичних ускладнень та лікування проблемних (рецидивних) інфекцій.

**І.Д. Герич¹, В.В. Ващук¹, О.М. Дворчин², І.А. Ритвінський²,
Б.І. Лисович², В.Р. Оберанець², Т.П. Кирик¹**

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ЦЕФОПЕРАЗОНУ-КМП ТА АМІКАЦИНУ-КМП В ЛІКУВАННІ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ АБДОМІНАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького (1),
Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги м. Львова (2)*

Мета роботи – на підставі відкритого проспективного багатоцентрового непорівняльного дослідження оцінити ефективність застосування комбінації препаратів Цефоперазон-КМП та Амікацин-КМП у лікуванні гнійно-септичних ускладнень абдомінальної патології (ГСУАП).

Матеріали та методи. Клінічний матеріал склали 90 хворих з ГСУАП, які в 2001-2002 рр. лікувалися в КМКЛШМД м. Львова. Було 42 жінки (46,7 %) та 48 чоловіків (53,3 %). Вік хворих коливався від 18 до 86 років (в середньому – 49,64±18,033 р.). Усі пацієнти були оперовані з приводу гострої абдомінальної патології, ускладненої: перитонітом (44 випадки; 48,9 %), абсцесами чи запальними інфільтратами черевної порожнини (36; 40 %) або гнійними органічними ураженнями (10; 11,1 %). В післяопераційному періоді в усіх хворих впродовж 7-14 днів (в середньому – 10 днів) парентерально застосовували комбінацію Цефоперазон-КМП (по 1,0 г двічі на добу) + Амікацин-КМП (по 0,5 г двічі на день). Комплекс обстеження містив конвенційну фізикальну оцінку стану пацієнтів, динамічний контроль основних клінічно-лабораторних і функціональних параметрів, які визначали за загально визначеними методиками, мікробіологічне дослідження (культивування на стандартних середовищах і мікроскопічна ідентифікація флори, визначення її чутливості до протимікробних середників диско-дифузійним методом). Клінічну ефективність лікування оцінювали за критеріями T.R. Beam, K.N. Gilbert, C.M. Kunin (1993), бактеріологічну – за шкалою J. Robinson (1989). Результати статистично опрацьовували за допомогою пакетів прикладних програм для варіаційно-статистичного аналізу даних медико-біологічних і епідеміологічних досліджень “GraphPad InStat 3.00 for Windows 95” (GraphPad Software, San Kiego, California USA, www.graphpad.com).

Результати дослідження. Клінічну ефективність Амікацину-КМП і Цефоперазону-КМП оцінювали у 88 пацієнтів, позаяк 2 особи (2,2 %) померли впродовж 48 годин з часу залучення до дослідження і згідно з критеріями Solomkin et al (1992) були потрактовані як невідповідні дослідженню випадки, а отже були виведеними поза межі дослідження. Загалом, клінічна ефективність Амікацину КМП і Цефоперазону КМП при ГСУАП склала 92,1 %, у т.ч. рівень виздоровлення сягнув 86,4 % (76 осіб), рівень клінічного покращання –

5,7 % (5 осіб). Підгрупу, у якій було неможливо оцінити ефективність застосування препаратів Амікацин-КМП і Цефоперазон-КМП склали 7 пацієнтів (7,9 %), які померли внаслідок каскадних ГСУАП, що не піддавалися лікуванню досліджуваними препаратами. Водночас, узагальнена оцінка застосування препаратів Амікацин-КМП і Цефоперазон-КМП у відокремленій із загальної популяції дослідження підгрупі хворих з критичними параметрами гомеостазу (Мангеймський індекс перитоніту – III, модифікований індекс АРАСНІ II 15 балів, індекс важкості панкреатиту – III) дозволила ствердити клінічну ефективність тестованих препаратів на рівні 41,6 % (5 з 12 випадків). Цей показник ми потрактувати як клінічно суттєвий, позаяк прогнозована летальність пацієнтів при зазначених гомеостатичних параметрах формування групи коливається в межах 50-100 %.

Позитивний бактеріологічний ефект Амікацину-КМП і Цефоперазону-КМП стверджено у 95,4 % хворих з ГСУАП (42 з 44 випадків бакконтролю), у т.ч. елімінацію – у 18 (42,9 %), правдоподібну елімінацію – у 24 випадках (57,1 %). У двох пацієнтів (4,5 %) відзначено елімінацію з суперінфекцією – зникнення первинного інфекційного чинника з наступною колонізацією іншого патогена (*St. aureus*). Випадків рецидиву та персистенції інфекції не було.

Незважаючи на незначну пропорцію серед збудників ускладненої гострої абдомінальної інфекції проблемних грам-від'ємних асоціацій, протей та псевдомонади констатовано абсолютну клінічну та бактеріологічну ефективність Амікацину-КМП і Цефоперазону-КМП стосовно цієї групи патогенів.

Побічних ефектів, пов'язаних з досліджуваними препаратами, не спостережено.

Висновки. Стверджена висока клінічна (92,1 %) та бактеріологічна (95,4 %) ефективність Амікацину-КМП і Цефоперазону-КМП дозволяє рекомендувати комбінацію цих антибіотиків для егіотропного лікування пацієнтів з ГСУАП в якості препаратів першої лінії вибору.

УДК 617.55-002.3-085.28

В.Ф. Саенко

ПРИНЦИПЫАНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОЙИНФЕКЦИИ

г. Киев

Неконтролируемое применение антибиотиков, изменчивость самих микроорганизмов, недостаточный внутрибольничный эпидемиологический контроль приводят к возвращению доантибиотиковой эры.

По крайней мере, три микроорганизма распространились в лечебных учреждениях и стали опасными полирезистентными патогенами, приводящими

к неизлечимым инфекциям: *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus faecium* и *Pseudomonas aeruginosa* (Великая Тройка).

Борьба с абдоминальной инфекцией должна включать в себя два основных направления: антибиотикопрофилактику и антибиотикотерапию.

Антибиотикопрофилактика направлена, прежде всего, на предупреждение возникновения инфекции в послеоперационной ране и включает в себя применение цефалоспоринов I поколения, вводимых однократно в ударной дозе за час до операции, что создает высокую концентрацию препарата в тканях брюшной стенки к моменту разреза. С целью антибиотикопрофилактики не должны применяться цефалоспорины третьего поколения. Это приводит к возникновению резистентных штаммов.

Антибиотикотерапия должна начинаться как можно раньше, проводится с учетом источника инфицирования брюшной полости, вида возбудителя. При этом следует подчеркнуть, что целенаправленная монотерапия также эффективна, как и комбинация антибиотиков.

При тяжелых формах абдоминальной инфекции (распространенные формы перитонита, инфицированный панкреонекроз и др.) оправданным является дезэскалационная терапия. При этом лечение начинается с применения максимально возможных доз карбапенемов (тиенам, меронем) для предупреждения быстрого прогрессирования инфекции, раннего развития полиорганной недостаточности. Антибактериальная терапия должна быть модифицирована (деэскалация) после получения данных микробиологического исследования. При этих формах оправданным является внутриаартериальное введение карбапенемов.

Важным компонентом антибактериальной терапии является противогрибковая терапия. Необходимо отметить, что возрастающее использование антифунгальных препаратов привело к возникновению противогрибковой резистентности, наиболее важной из которых является устойчивость грибов *Candida* к флюконазолу (дифлюкану). Это ставит вопрос определения чувствительности к флюконазолу.

Для повышения ее эффективности антибактериальная терапия должна сочетаться с такими подходами как селективная деконтаминация кишечника, раннее энтеральное питание, иммуномодуляция. Необходимо учитывать, что антибиотики подавляют инфекцию, но не лечат воспаление и, как следствие, антибактериальную терапию следует дополнять противовоспалительной терапией.

Несмотря на всю важность изложенных положений, не нужно забывать, что хорошие антибиотики не спасают плохую хирургию. Хирург является одним из основных иммуномодуляторов и хорошая хирургическая техника является наиболее важным определителем уровня послеоперационной инфекции.

В.В. Бойко, И.А. Криворучко

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ, МИКРОБИОЛОГИИ И АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Одной из наиболее сложных проблем urgentной хирургии в настоящее время является лечение гнойно-некротических процессов брюшной полости и их осложнений. Следует констатировать, что в настоящее время резко увеличилось число больных с инфицированными формами панкреонекроза, прободением ЖКТ, перитонитом различной этиологии, сепсисом и развивающейся мультиорганной недостаточностью (МкF), сохраняется стабильно высокая летальность (30-80 %), которую демонстрируют самые авторитетные отечественные и зарубежные клиники. Разумеется, спасение жизни больного в этих случаях зависит не только от своевременной диагностики и эффективности хирургического вмешательства, но и комплекса лечебных мер, направленных на профилактику генерализации инфекции, развития послеоперационных осложнений и фатальной дисфункции органов и систем.

По современным воззрениям (A.B. Nathens et al., 1996; Sandra N. McGill et al., 1998), абдоминальный сепсис (АС) является системной воспалительной реакцией организма в ответ на развитие первоначально деструктивного (воспалительного) и вторично инфекционного процесса в органах с различной локализацией в брюшной полости или забрюшинном пространстве. При этом мы, как и другие авторы, выделяем три типа абдоминальных инфекций, характер течения которых характеризуется определенной универсальностью и закономерностью развития биологических механизмов воспалительной реакции организма в ответ на развитие гнойно-некротического процесса в брюшной полости:

1) распространенный гнойный перитонит, возникающий вследствие деструкции органа или его перфорации, а также запущенной острой непроходимости кишечника;

2) послеоперационный распространенный перитонит вследствие формирования и прорыва гнойника в свободную брюшную полость, и несостоятельности зоны ранее наложенных швов и анастомозов;

3) гнойно-некротический панкреатит вследствие инфицирования некрозов поджелудочной железы или развития забрюшинной септической флегмоны.

Хотя патогенез МкF при АС многосторонний, в последние годы широко обсуждаются некоторые его ключевые моменты: кислородное состояние клетки; адгезия нейтрофилов к эндотелию и последующая их трансэндотелиальная миграция; повреждение кишечного барьера, ведущее к транслокации бактерий или эндотоксинов; гипервоспаление с последующей иммуносупрессией и генерализацией инфекции.

Исследования, проведенные как в нашей клинике, так и в других центрах, подтверждают полимикробный характер АС с участием широкого спектра аэробных и анаэробных грамотрицательных и грамположительных бактерий. Основными возбудителями инфекционных заболеваний и осложнений у хирургических больных являются грамотрицательные бактерии, основное место среди которых занимают представители энтеробактерий (*E.coli*, *Proteus* spp., *Klebsiella-Enterobacter-Serratia*), псевдомонады, а также неспорообразующие анаэробы, особенно бактероиды. В общей структуре АС грамположительные микроорганизмы составляют около одной трети. При интраабдоминальных процессах различной локализации установлено преобладание анаэробных микроорганизмов (бактероиды, фузобактерии, пептококк, клостридии) в ассоциации с аэробами. Следует отметить, что в микробиологической структуре интраабдоминальных инфекционных осложнений, развивающихся в послеоперационном периоде или во время пребывания больного в стационаре, особое значение приобретают госпитальные штаммы возбудителей: коагулазонегативные стафилококки, энтерококки, энтеробактер, палочка сине-зеленого гноя, ацинетобактер и псевдомонады. Эти микроорганизмы отличаются высокой и поливалентной резистентностью к антибиотикам, что крайне затрудняет эффективное лечение больных. Огромную проблему в этом отношении представляют грамотрицательные микроорганизмы, например, *Acinetobacter* spp., устойчивый ко многим антибактериальным препаратам. Эффективны против этих возбудителей лишь карбапенемы, некоторые цефалоспорины и аминогликозиды (нетилмицин).

Основные принципы антибактериальной терапии (АБТ) при лечении АС заключаются в следующем: АБТ является обязательным дополнением хирургического лечения; АБТ должна быть направлена на профилактику реинфекции и обладать хорошей проникающей способностью в патологический очаг; АБТ должна обязательно проводиться с учетом наличия побочных токсических реакций препарата, что имеет немаловажное значение при развитии МкF; АБТ должна назначаться до получения микробиологического анализа с учетом оценки интраоперационных данных и знания возможных возбудителей АС; АБТ является основным методом лечения нозокомиальных инфекций (пневмония, уроинфекции и пр.), лечение которых может представлять больше сложностей по ряду причин (тяжесть состояния пациентов, частое выделение двух и более возбудителей, резистентность многих микроорганизмов к традиционно применяемым при лечении абдоминального сепсиса таким антибиотикам, как цефалоспорины, аминогликозиды, пенициллины и пр.).

В докладе подробно обсуждаются как клиническое значение резистентности микроорганизмов, так и рациональные схемы антибиотикотерапии АС.

Литература

1. Nathens A.B., Marshal J.S. Sepsis, SIRS, and M₁KS: what's in a name /Word J Surg. – 1996. – Vol. 20, № 4. – P. 386-391.
2. Sandra N. McGill, Najma A. Ahmed, Nicolas V. Christou. Endotelial Cells: Role in Infection and Inflammation/Word J Surg. – 1998. – Vol. 22, № 2. – P. 171-178.

С.Д. Шаповал, Б.М. Даценко

ФОРМИРОВАНИЕ ЛЕЧЕБНОЙ ПРОГРАММЫ У БОЛЬНЫХ СЕПСИСОМ

*Запорожский государственный институт усовершенствования врачей,
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Актуальность проблемы сепсиса в настоящее время определяется несколькими причинами: значительной частотой заболевания, отсутствием тенденции к снижению летальности и, следовательно, значительным экономическим ущербом (1, 2, 3, 4, 5).

Целью исследования было формирование основ лечебной программы у больных сепсисом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 287 больных сепсисом, которые находились на лечении в гнойно-септическом центре г. Запорожья и клинике хирургии и проктологии ХМАПО за период 1991-2001 гг. Во всех случаях причиной сепсиса явились тяжелые хирургические заболевания мягких тканей.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализируя структуру хирургического сепсиса, следует отметить, что он, как правило, развивается у больных с воспалительными заболеваниями мягких тканей. Рассредоточение таких больных по другим лечебным учреждениям, имеющим хирургические стационары, безусловно, приведет к изменениям структуры штаммов госпитальных возбудителей.

Следовательно, алгоритм лечения больных сепсисом должен начинаться с организации профильных стационаров, оснащенных отделением РИТ.

Фундамент для получения эффекта от интенсивной терапии закладывает оперативное санирование первичного очага инфекции. Хирургическая обработка первичного очага должна осуществляться по типу его радикального иссечения, а последующее местное лечение ран рационально осуществлять лекарственными препаратами на гидрофильной основе, разработанными в Украине.

Антибактериальная терапия (АБТ) продолжает играть важнейшую роль в лечении. Выбор схемы АБТ (до получения результатов бактериологического исследования) осуществляется в зависимости от локализации очага инфекции на основании известных вариантов доминирования микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам, тяжести состояния и иммунного статуса больного.

Следует отметить, что "центральный" путь введения антимикробных средств является обязательным у пациентов с сепсисом.

Инфузионная терапия предназначается для восстановления адекватной тканевой перфузии, коррекции гомеостатических расстройств, снижения концентрации токсических субстанций и медиаторов септического каскада

(низкомолекулярные декстраны, плазмозаменители, пентоксифиллин, антикоагулянты, добутамин или допамин и др.).

Крайне важным компонентом лечения является питательная поддержка. При этом не менее 80 % вводимого калоража должно приходиться на энтеральный путь, исходя из оптимальных величин суточного калоража 40-50 ккал/кг.

Проведение детоксикационных мероприятий является обязательным компонентом комплексной интенсивной терапии.

В зависимости от выраженности объективных маркеров эндотоксикоза (пептиды средней молекулярной массы, циркулирующие иммунные комплексы и др.) и клинической картины заболевания следует применять интра- или экстракорпоральные методы детоксикации в сочетании с энтеросорбцией.

Коррекция иммунных нарушений у больных сепсисом должна быть направлена на восполнение недостающего звена иммунной защиты и проводиться только после данных иммунограммы. Показана заместительная терапия путем введения больным свежезамороженной плазмы, а также пассивная иммунотерапия с помощью нормальных иммуноглобулинов (интраглобулин, пентаглобулин), антистафилококкового гаммаглобулина в стандартных дозировках, особенно, если у больных обнаруживается низкий уровень В-лимфоцитов.

Повышение антиокислительного потенциала организма обеспечивается назначением “прямых” антиоксидантов, а также “опосредствованных” препаратов, угнетающих избыточно активированные процессы свободно-радикального окисления.

Вопрос о включении глюкокортикоидов в лечебную программу до сих пор является дискуссионным. С расшифровкой механизмов контроля синтеза и секреции цитокинов появились новые аргументы в пользу их применения, но уже в весьма умеренных дозах: 60-120 мг преднизолона или 200 мг гидрокортизона в сутки.

Использование моноклональных антител не привело к снижению летальности среди больных сепсисом и в настоящее время дальнейшее их испытание прекращено.

Выводы. 1. Предложенный алгоритм формирования лечебной программы у больных сепсисом необходимо использовать в профильных хирургических стационарах. 2. Усилия клиницистов должны быть сосредоточены на ранней диагностике сепсиса, полноценной обработке первичного очага инфекции и проведении терапии, основанной на принципах доказательной медицины.

Литература

1. Bone BC, Balk RA, Cerra F.B. Refined definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis /Crit. Care Med. – 1992. – № 20. – P. – 864-874.
2. Salvo J., de Cian W., Musicco M, et al. The italian sepsis study: preliminary results on the incidence and evolution of SIRS, sepsis, severe sepsis and septic shock /Intensive Care Med. – 1995. – № 21. – P. – 244-249.
3. Саенко В.Ф. Сепсис/Сепсис и антибактериальная терапия: Сб. стат. и реферат. – К., 1997. – С. 4-6.
4. Кузин М.И. Синдром системного ответа на воспаление/Хирургия.– 2000.–№ 2.–С. 54-59.
5. Светухин А.М., Саркисов Д.С., Жуков А.О. Хирургический сепсис – определение понятия/Матер. междунар. конф. “Раны и раневая инфекция”.– М., 1998. – С. 235-237.

В.К. Огоновський, В.П. Андрющенко, О.І. Палій

РАЦІОНАЛЬНААНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКАВ АБДОМІНАЛЬНІЙХІРУРГІЇ

*Львівський медичний університет ім. Д. Галицького,
Клінічна лікарня Львівської залізниці*

Вступ. Гнійно-септичні ускладнення (ГСУ) є актуальною проблемою абдомінальної хірургії, оскільки виникнення їх супроводжуються істотним погіршенням перебігу післяопераційного періоду і післяопераційною летальністю, яка досягає 60 % і більше. У запобіганні ГСУ великі надії покладались на ефективність антибіотикопрофілактики, які проте, справдились не повністю. Слід зазначити, що існують різні підходи щодо її проведення. Це стосується як вибору самих антибактеріальних препаратів, термінів та шляхів їх введення, доз і тривалості курсів, так і питань поєднання та взаємовпливу антибіотикопрофілактики з іншими профілактичними заходами. Розроблення оптимізованих підходів до вирішення даної проблеми стало метою нашого дослідження.

Матеріали і методи. Проведено проспективне спостереження за 2128 хворими, яким виконувались оперативні втручання на органах черевної порожнини та передній черевній стінці в період з 1996 по 2000 рр. При цьому у 1275 (59,9 %) пацієнтів хірургічні втручання супроводжувались розкриттям просвіту порожнистих органів, тобто згідно з прийнятими критеріями вони відносились до числа “умовно чистих”, “забруднених” або “брудних”. “Забруднені” і “брудні” оперативні втручання виконувались переважно за екстремними показаннями і становили 32,8 % (324 і 375 операцій відповідно) в загальній групі спостережень.

Призначення антибактеріальних препаратів значною мірою має емпіричний характер і воно ґрунтується на ймовірному мікробному спектрі в тому чи іншому органі, який, однак, може змінюватись. Оскільки в абдомінальній хірургії переважає ендогенне забруднення, було вивчено мікробну флору жовчі у хворих з гострим та хронічним холециститом, шлункового та дуоденального вмісту при виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки, а також випоту черевної порожнини у пацієнтів з гострим апендицитом та кишковою непрохідністю.

З метою порівняння ефективності різних антибіотиків відокремлено дві рандомізовані групи хворих, яким проводились “забруднені” або “брудні” оперативні втручання. В першій – (180 осіб) застосовували ампіцилін з гентаміцином. Друга група (268 осіб) отримувала цефазолін. При інфікуванні черевної порожнини товстокишковою флорою пацієнтам в обох групах додатково призначався метрогіл.

Антибіотики вводили внутрішньовенно на операційному столі після виконання лапаротомії і оцінки характеру запального процесу, що поряд з

іншими факторами мало значення для вибору антибактеріальних препаратів. При тривалості оперативного втручання понад дві години антибіотики вводили повторно. При значному забрудненні операційного поля або черевної порожнини, за умов проведення “брудних” операцій, хворим додатково вводили внутрішньовенно ципринол.

У зв'язку з тим, що тривалість курсу антибіотикотерапії пов'язана зі зростанням числа випадків їх побічних дій та збільшенням матеріальних витрат, у хворих з гнійними процесами черевної порожнини було вивчено можливість скорочення курсу антибіотикотерапії до профілактичного.

Пацієнтам, яким проводились “чисті” оперативні втручання, профілактичну антибіотикотерапію не призначали. У випадках операцій з приводу післяопераційних вентральних гриж, зважаючи на можливість “дрімаючої” інфекції, застосовували 1-2-разове введення антибіотиків.

В усіх випадках антибіотикопрофілактику поєднували з комплексом інших профілактичних заходів. Важливого значення надавали старанній санації черевної порожнини, об'єм і кратність якої залежали від ступеня забруднення рани чи черевної порожнини. Тампонаду операційного поля застосовували лише у випадках гнійно-некротичних процесів, коли некротичні зміни поширювались на оточуючі тканини. Дренування операційних ран гумовими випускниками не проводили. У випадку гострої кишкової непрохідності або перитоніту виконували інтубацію тонкої кишки. Назоінтестинальний зонд, крім декомпресії, використовували для раннього ентерального живлення. У хворих з деструктивними гнійними процесами з першого дня застосовували УФО автокрові та трансфузію свіжозамороженої плазми, що сприяло підвищенню неспецифічної реактивності організму хворих.

Результати досліджень та їх обговорення. Впровадження розробленого комплексу профілактичних заходів дозволило суттєво знизити число ГСУ. Так, серед хворих, яким виконувались “чисті” оперативні втручання, ГСУ спостерігались лише в одному (0,1 %) випадку. У групі пацієнтів, яким проводили “умовно чисті”, “забруднені” і “брудні” операції, ГСУ відмічено у 12 (0,9 %) хворих, що було майже удвічі менше, ніж за попередні роки. Летальність, спричинена ГСУ, становила 0,06 %.

Ефективнішим було застосування цефазоліну. В цій групі ГСУ було констатовано лише у 3 (1,1 %) випадках. При призначенні ампіциліну з гентаміцином зазначені ускладнення виникли у 6 (3,3 %) пацієнтів. Необхідність антибіотикопрофілактики підтвердили також результати проведених бактеріологічних досліджень. Колонізацію флори підтверджено у 84,1 % випадків при гострому холециститі, у 45,8 % – при хронічному холециститі, у 94 % – при гострому апендициті, у 62,5 % – при кишковій непрохідності та у 33,3 % – при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки. Серед полімікробних асоціацій переважала грамнегативна флора, яка у 78,3 % була чутливою до цефазоліну, у 61,2 % до гентаміцину і у 43,3 % до ампіциліну.

Старанне проведення комплексу профілактичних заходів дозволило обмежитись профілактичним курсом антибіотикотерапії у 322 (88,5 %) хворих, яким проводились “брудні” оперативні втручання.

Висновки. 1. Високий ступінь вірогідності забруднення рани ендогенною бацилярною флорою, що є особливістю абдомінальної хірургії, складає підґрунтя до проведення антибіотикопрофілактики. 2. В комплексі профілактики післяопераційних ГСУ антибіотикопрофілактику слід розглядати як один з компонентів, який не замінює, а суттєво доповнює його. 3. Реалізація розробленого підходу дозволяє обмежитись профілактичним курсом призначення антибіотиків у більшості хворих з гнійними процесами, тим самим зменшивши матеріальні витрати та число побічних реакцій.

УДК 616.366-002-085.33.032

Н.И. Изимбергенов, Б.С. Жакиев, Б.Ж. Каримова, А.А. Шангереева

РЕГИОНАРНАЯЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯАНТИБИОТИКО- ТЕРАПИЯПРИГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХОРГАНОВБРЮШНОЙПОЛОСТИ

Республика Казахстан, г. Актобе

Поиск путей повышения эффективности антибактериальной терапии остается актуальной проблемой, поскольку от ее разрешения во многом зависит успех лечения. Неудовлетворенность результатами традиционных методов антибактериальной терапии в последние годы привели к разработке эндолимфатического введения антибиотиков в гнойной хирургии, что позволяет более активно воздействовать на патогенные факторы в очаге воспаления (Панченков Р.Т. и соавт., 1984; Левин Ю.М., 1986; Лохвицкий С.В. и соавт., 1986; Буянов В.М. и соавт., 1991).

Однако терапевтическая эффективность этого способа зависит от анатомо-физиологических особенностей лимфотока органов и систем, вовлеченных в воспалительный процесс. Это объясняется расположением заинтересованных органов “в стороне” от магистральных лимфопутей. Поэтому для получения желаемого эффекта от эндолимфатической терапии при патологии органов брюшной полости возникает необходимость непосредственного введения препаратов в регионарное лимфатическое русло.

Для выявления эффекта проникновения лекарственных средств в регионарную лимфатическую систему органов брюшной полости и очаг воспаления нами проведены сравнительное изучение фармакокинетики антибиотика в крови и в тканях, вовлеченных в воспалительный процесс при различных способах введения в эксперименте.

Эксперименты выполнены на 20 кроликах (масса 2-3 кг) после моделирования острого осложненного холецистита по методике Ю.М. Лопухина.

Животных разделили на 2 серии (по 10 в каждой) в зависимости от пути введения антибиотика (бруламицин 5 мкг/кг однократно). Препарат вводился в клетчатку круглой связки печени (КСП) после предварительной лимфостимуляции и внутримышечно (ВМ). Концентрация антибиотика определялась микробиологическим методом диффузии в агар в крови, в стенке желчного пузыря, в печени, в брюшине и в регионарных лимфоузлах через 1,3,6,12 и 24 ч после введения препарата.

При сравнительном изучении выявлено, что максимальная концентрация антибиотика в крови создается уже с первых часов при введении препарата в клетчатку КСП ($22,7 \pm 2,75$ мкг/мл), что в 2,1 раза превышает таковую при ВМ введении ($p < 0,01$) и сохраняется на достаточном терапевтическом уровне в течение 12 часов ($3,68 \pm 0,31$ мкг/мл). При ВМ введении концентрация антибиотика через 6 часов резко снижается (до $1,7 \pm 0,1$ мкг/мл).

Аналогичная картина наблюдается при изучении концентрации бруламицина в тканях, вовлеченных в воспалительный процесс. При введении антибиотика в клетчатку КСП создается высокая концентрация бруламицина в ткани печени ($21,9 \pm 4,78$ мкг/мг), в стенке желчного пузыря ($16,04 \pm 1,83$ мкг/мг), в брюшине ($24,6 \pm 2,67$ мкг/мг) и сохраняется в течение 6 часов, а через 12 часов концентрация антибиотика в 2-3 раза превышала минимальную подавляющую концентрацию /МПК/. К 24 ч определяются лишь следы препарата. При ВМ введении содержание бруламицина в печени и в брюшине определяется только в первые часы, в стенке желчного пузыря в течение 6 ч, причем концентрация его в 3-4 раза меньше, чем при введении антибиотика в клетчатку круглой связки печени.

Представляет интерес содержание бруламицина в регионарных лимфоузлах при указанных способах введения. При введении антибиотика в клетчатку КСП в регионарных лимфоузлах создается достаточная терапевтическая концентрация антибиотиков ($5,4 \pm 1,32$ мкг/мг) и сохраняется в течение 12 часов, а при ВМ введении в регионарных лимфоузлах активность препарата вообще не определяется.

Полученные данные в эксперименте показывают, что высокие концентрации антибиотиков достигаются при регионарном введении препаратов через круглую связку печени и сохраняются длительное время не только в крови, но и в очаге воспаления.

Учитывая результаты этих экспериментальных исследований, нами разработан способ регионарной эндолимфатической антибиотикотерапии перитонита акушерско-гинекологического генеза путем канюляции круглой связки матки.

В клинике регионарную эндолимфатическую антибиотикотерапию мы использовали в комплексном хирургическом лечении 66 больных с острым осложненным холециститом и 40 больных с пельвеоперитонитом гинекологического происхождения.

Контрольную группу составили 86 больных с аналогичными патологиями. Они получали антибиотики внутримышечно и внутривенно.

Регионарну ендолімфатическу антибіотикотерапію здійснювали шляхом введення антибіотиків в канюліровану во время операції клітчатку КСП і круглої зв'язки матки після попередньої лімфостимуляції (хімотрипсин або лідаза) з допомогою звичайної внутрішньої системи зі швидкістю 20-30 кап. в хв 2 рази в добу.

Критеріями припинення антибіотикотерапії слугувала нормалізація клініко-лабораторних показувачів.

В процесі лікування відзначено, що у хворих основної групи порівняно з контрольною покращення загального стану і зменшення ознак інтоксикації настає значно раніше, ніж свідчували нормалізація температури тіла, лейкоцитоза, лейкоцитарного індексу інтоксикації і маси середніх молекул крові.

Використання регіонарної ендолімфатическої антибіотикотерапії в комплексному лікуванні гострого ускладненого холецистита і пельвеоперитоніта гінекологічного походження дозволило знизити частоту післяопераційних гнійних ускладнень з 35,5 % до 10,7 % і скоротити терміни післяопераційного перебування хворих в стаціонарі з $(17,9 \pm 1,69)$ до $(14,1 \pm 1,07)$ годин.

Таким чином, регіонарне ендолімфатическе введення антибіотиків через клітчатку круглої зв'язки печінки і матки, забезпечуючи високу і тривалу концентрацію препаратів в крові і в тканинах вогнища запалення, є найбільш оптимальним методом антибіотикотерапії при гнійно-запальних захворюваннях органів черевної порожнини.

УДК 616.74-001.4 002-08-084

В.С. Шевченко, С.В. Малик

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ ХВОРОБИХ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Гнійна інфекція на сьогодні продовжує залишатися однією з найскладніших проблем в медицині і в хірургії, зокрема, набувши в останні роки медико-соціального та державного значення. Ця актуальність значно обумовлюється постійним зростанням питомої ваги хворих з захворюваннями чи ускладненнями, причиною яких є гнійна інфекція. За даними О.П. Кабана (1990), В.Ф. Саєнка та співавт. (1992), В.С. Шевченка (1996) понад 35 % хворих в стаціонарах лікуються з цією патологією.

В останні роки звертає на себе увагу постійне зростання питомої ваги гнійно-запальних процесів, спричинених синьогнійною паличкою, вульгарним протеем, клебсієлами, які сприяють обтяженню клінічного перебігу захворюван-

ня за рахунок суттєвого порушення субклітинного метаболізму, дисфункції життєво важливих органів та гомеостазу (О.Б.Черномордик, 1998; О.Б. Мілонов та співавт., 1990; М.Д. Подільчак та співавт., 1992; Н.Д. Желіба, 1995 та інші).

Не зменшуючи значення “стафілококового госпіталізму” (М.І. Кузін, Б.М. Костюченко, 1990), слід зазначити зростання ролі серед внутрішньогоспітальної інфекції грамнегативних бактерій, особливо синьогнійної палички. За цих обставин досить часто виникає схильність до генералізації гнійного процесу на тлі токсикоалергічних реакцій чи ендотоксичного шоку (Б.М. Даценко, 1985; В.С. Шевченко, 1996; М.П. Павловський та співавт., 1996). Цьому значною мірою сприяє здатність грамнегативних бактерій знижувати показники неспецифічної резистентності, гальмувати міграцію макрофагів, змінювати бактерицидну активність фагоцитів та пригнічувати реакцію специфічного імунітету (М.І. Кузін та співавт., 1990; R.S. Moccuskey, et al., 1996).

Вплив негативних чинників на організм хворого обумовлює розвиток гіпоксії зі збільшенням концентрації катехоламінів та інших біологічно активних речовин, що сприяє в подальшому виникненню таких грізних ускладнень, як печінково-ниркова недостатність, виразкова кровотеча, дистрофія паренхіматозних органів, інколи розвиток місцевих некрозів в цих органах. Всі ці зміни суттєво порушують клітинний метаболізм та гомеостаз хворого, нерідко набуваючи незворотного характеру, не зважаючи на комплексне інтенсивне лікування (С.Б. Медведцький та співавт., 1991; В.С. Шевченко, 1996; С.В. Малик, 1998 та інші).

Серед численних спроб підвищення терапевтичного ефекту антибіотикотерапії досить перспективним слід вважати напрям створення нових лікарських форм. Серед них заслуговує на увагу використання ліпосом (аграсом) з ліпідними комплексами, до яких можливе залучення лікарських речовин. В.С. Шевченко та співавт. (Патент України № 7191 від 22 грудня 1994 року) в клінічній практиці з метою лікування та профілактики розвитку гнійно-запальних ускладнень з боку легеневої системи застосували за допомогою ультразвукового інгалятора інгаляції ліпосом (аграсом) у сполученні з антибіотиками рифампіцином, гентаміцином, ліцетин-стандартом та ектерицидом. Вперше з метою лікування запально-гнійних ускладнень з боку органів черевної порожнини (гострий холецистит, жовчний перитоніт, перфоративна виразка) та інфікованих ран застосовано сполучення антибіотиків із блокаторами H_1 -рецепторів гістаміну (Патент на винахід “Спосіб лікування генералізованих інфекційних процесів у хірургічних хворих”, № 20347А, 6А61В 17/00 від 15.07.1997 року).

Для місцевого лікування гнійно-запальних ускладнень з боку органів черевної порожнини при гострих хірургічних захворюваннях чи травмах використовуємо закінчення операції ретельною санацією та дрениванням черевної порожнини дренажними трубками, виведеними назовні через допоміжні контрапертури з подальшим застосуванням розчинів ліпосом з антибіотиками та ектерицидом (ампіциліну 0,5 г, гентаміцину 80 мг, біологічно

активного розчинника ектерициду 200 мл). Ця суміш в кількості 50-100 мл використовувалася двічі на добу протягом раннього післяопераційного періоду. Патогенетичною підставою для використання саме такої суміші були результати бактеріологічних досліджень – наявність грамнегативної флори, чутливої до перелічених антибіотиків в 83-93 % та грампозитивної флори – в 61-64 %. Використання в комплексному лікуванні даної методики сприяло скороченню середнього ліжко-дня на 4,8 доби, клінічному покращенню післяопераційного періоду – більш помітному відновленню гомеостазу, відсутності токсикоалергічних реакцій, зниженню притаманних цій патології ускладнень.

Для місцевого лікування ран використовували суміш ампіциліну 0,5 г, гентаміцину 80 мг, 1 % розчину димедролу 10 мл, поліетиленоксиду 10 мл та 0,9 % розчину хлориду натрію 200 мл, або ж ліпосом з антибіотиками, розчинених в 200 мл ектерициду. Зрошені цією сумішшю пов'язки накладали на рани двічі на добу протягом перших п'яти-шести днів після хірургічного їх лікування. В подальшому зміна пов'язок виконувалася один раз на три-чотири доби. Ці суміші володіли чіткими антибактеріальними властивостями, особливо до стафілокока та грамнегативної флори, здатністю до позитивної зміни клінічного перебігу ранового процесу.

При використанні ектерицидних розчинів ампіциліну бактерицидний ефект відносно протеус мірабіліс збільшувався у 124, бактеріостатичний – у 62 рази, золотавого стафілокока відповідно у 2068 та 1034 разів, кишкової палички у 3,98 та 3 рази.

Показанням до комплексного лікування гнійних ран м'яких тканин з використанням ектерицидних розчинів антибіотиків були нагноєння післятравматичних гематом, інфіковані рани, в тому числі і при відкритих переломах довгих кісток, післяін'єкційні абсцеси, хронічний остеомієліт та гнійничкові захворювання шкіри – фурункули та карбункули.

УДК : 616-089.168.1

**О.П. Мартиненко, І.А. Акперов, Г.І. Гребенчиков,
О.В. Костирний, С.В. Саймурзанова, В.Й. Шатковський**

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ РОЗПОВСЮДЖЕНОГО ГНІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Республіканська клінічна лікарня, м. Тирасполь, Молдова

Вступ. Існує думка, що лише хірургічні технології сприяли досягненню певного успіху в лікуванні розповсюдженого гнійного перитоніту [РГП].

Теоретично привабливе використання антибіотиків за традиційного закритого ведення черевної порожнини мало вплинуло на покращення результатів лікування захворювання [3].

Мета роботи – апробація хірургічних технологій, які сприяють біодоступності антибіотиків до органів черевної порожнини.

Матеріали і методи. Масмо досвід лікування 128 хворих з РГП. У 53 пацієнтів застосовано закрите ведення черевної порожнини після першого хірургічного втручання, у 75 – відкрите. Останнє складалося з “керованої” лапаростомії та програмованих щодобових лапаросанацій. Щадне виконання санацій та керованість лапаростомії забезпечувались запропонованим нами спіралеподібним наскрізним швом черевної стінки [1].

Всім хворим призначали так звану емпіричну антибактеріальну терапію, яка включала цефалоспорины 2-3 покоління, аміноглікозид та препарат з груп метронідазолу. В останні роки перевагу надаємо монотерапії карбопенемами. У 75 хворих виконано 183 лапаросанацій, у тих, хто видужав в середньому було $(2,2 \pm 0,2)$ санації на одного пацієнта.

У 15 хворих в програму лапаросанації включено введення у верхню мезентерійну артерію половини добової дози антибіотика.

Результати досліджень та їх обговорення. Летальність в групі хворих з закритим веденням черевної порожнини склала 51 %, з відкритим – 24 % ($p < 0,05$).

На тлі лапаросанацій, під час яких також контролювали саногенез РГП, вже на 3-5 добу складались дані для достовірного прогнозу захворювання. Отже, антибіотикотерапія є суттєвим чинником в терапії перитоніту. Зменшення летальності за РГП вдвічі пояснюємо комплексною дією саногенетичних механізмів, де лапаростомія виконує важливу роль – знімає гіпертензію в черевній порожнині. Тільки за цієї умови нормалізується кровобіг в органах черевної порожнини і стає можливим транспорт антибіотиків до них. Декомпресія черевної порожнини сприяє нормалізації кишкової моторики, чим перериває розвиток ентеральної недостатності [2].

З 15 хворих, яким під час лапаросанацій в мезентерійну артерію вводили антибіотики, помер один (7 %). Ми продовжуємо вивчати ефективність регіонарної антибіотикотерапії РГП, маючи перші дані на користь того, що якість лапаросанацій зменшить їх кількість.

Висновки. 1. Лапаростомія при лікуванні РГП зокрема створює умови для біодоступності антибіотиків до органів черевної порожнини. 2. Під час лапаросанацій доцільно вводити антибіотики у верхню мезентерійну артерію.

Література

1. Акперов И.А., Грибенчиков Г.И., Додул А.П. и др. “Профилактика и лечение эвентраций” / Клин. Хирургия. – 2000. – № 11. с. 62-63.
2. Caldwell C.B., Ricotta I.I. Changes in visceral blood flow with elevated . intraabdominal pressur / ISurg. Res. –1987. – Vol.43. – p. 14-20.
3. Wittmann K.H. Intra-Abdominal Injections / Hoechst. – 1991. – p. 84.

**Б.О. Мільков, В.П. Польовий, М.М. Гресько, В.В. Білоокій,
Р.І. Сидорчук, С.П. Польова, І.Т. Бурденюк**

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ТА СІСТЕМИ ІМУННОЇ СИСТЕМИ ПРИ ПЕРИТОНІТІ

Буковинська державна медична академія

Антибіотикотерапія є однією з складових частин комплексного лікування гострого гнійного перитоніту. Проведені на 229 білих щурах експериментальні дослідження, у яких викликали перитоніт шляхом введення в очеревинну порожнину автокалу (за С.С. Ременником, 1965), показали, що лікування антибіотиками сповільнює утворення антитіл до хірургічної мікрофлори, в порівнянні з нелікованими тваринами. Встановлена кореляційна залежність між показниками титру специфічних антитіл та ступенем генералізованої інтоксикації. Введення імуномодуляторів і імунокоректорів викликає стимулювальний ефект через 4-5 діб від початку їх застосування.

Експериментальні дослідження на білих щурах (164 тварини) показали, що через 10 діб перебігу перитоніту у тварин, які вижили, титр антитіл до мікроорганізмів значно перевищував такий у здорових тварин. Введення гіперімумної плазми таких тварин внутрішньом'язово щурам, хворим на перитоніт, призводило до того, що вже через 12 год зменшувалась інтенсивність ендотоксикозу, підвищувався титр антитіл до чинників, якими викликалося дане захворювання. Така тенденція відсутня при введенні сироватки здорових та нелікованих щурів.

15 хворим на розповсюджений гнійний перитоніт внутрішньовенно вводили полівалентну гіперімумну плазму (по 150-180 мл, 1-2 рази на добу), яку виготовляли з крові донорів, що перенесли (від 3 до 18 місяців тому) розповсюджений гострий гнійний перитоніт. У донорів був високий (не менше ніж 1:64) титр антитіл до мікроорганізмів, які найбільш часто виявляються у хворих на перитоніт. Через 48-72 год перебігу перитоніту у них підвищувався титр протиінфекційних антитіл, покращувався загальний стан.

При занедбаному перитоніті для деконтамінації очеревинної порожнини застосовують як одноразову, так і повторні відкриті її санації. Проведені експериментальні дослідження на тваринах (68 білих щурів) з вивчення стану імунітету в процесі проведення повторних відкритих санацій очеревинної порожнини (при каловому перитоніті) показали, що він пригнічується (в порівнянні з одноразовою санацією) при терміні його розвитку до 24 год і достовірно підвищується при терміні після 72 год перебігу перитоніту. Такі дані вказують на необхідність використання повторних відкритих санацій очеревинної порожнини тільки при занедбаному розповсюдженному перитоніті.

У 50 хворих на гострий гнійний перитоніт мікробну контамінацію очеревинної порожнини визначали бактеріологічним методом, за допомогою якого

виділяли та ідентифікували аеробні та анаеробні мікроорганізми. Імунно-лабораторні обстеження включали визначення абсолютної кількості лімфоцитів у $X \times 10^9$ /л, відносної та абсолютної кількості Т-, В- і О- лімфоцитів, активних Т-лімфоцитів, ефекторного індексу Т-лімфоцитів, відносної кількості Т-супресорів та Т-хелперів, імунорегуляторного індексу, вмісту імуноглобулінів класів М, G, А у сироватці крові, фагоцитарної активності нейтрофільних гранулоцитів, фагоцитарного індексу, рівня циркулюючих імунокомплексів, титру комплементу, титру природних антигін, а також показники пероксидного окиснення ліпідів (ПОЛ), окиснювальної модифікації білків (ОМБ), антиоксидантного захисту (АОЗ). Встановлено, що у хворих мали місце зміни факторів та механізмів неспецифічного та специфічного імунного протипфекційного захисту, визначалась активізація процесів ПОЛ, ОМБ, АОЗ, показники якої можуть служити індикатором ендогенної інтоксикації та характеризують перебіг перитоніту в післяопераційному періоді. Особливо глибокі порушення цих показників виражені при занедбаному перитоніті III Б ступеня тяжкості перебігу (за класифікацією А.А. Шалимова и соавт. (1981), Б.О. Милькова и соавт. (1991), Ю.П. Спиженко, Б.О. Милькова и соавт. (1997)).

Використання повторних відкритих санацій очеревинної порожнини у хворих на перитоніт III-Б ступеня тяжкості перебігу призводить до деконтамінації мікрофлори з очеревинної порожнини, сприяє покращанню факторів та механізмів неспецифічного та специфічного протипфекційного захисту.

Активність процесів ПОЛ, ОМБ, АОЗ, в процесі перебігу перитоніту в ранньому післяопераційному періоді, залишається високою. Проведені експериментальні дослідження та клінічна апробація одночасного введення даларгіну та тіосульфату натрію в комплексному лікуванні розповсюдженого перитоніту показали, що дані препарати сприяють покращанню стану процесів ПОЛ, ОМБ, АОЗ.

Експериментальні дослідження (11 серій стендових експериментів та 56 на безпородних собаках) з вивчення впливу ентеросгелю як сорбента гнійного ексудату показали, що він володіє високою мікросорбційною та детоксикаційною ефективністю впродовж трьох діб. Свідченням цього є зниження популяційного рівня мікроорганізмів та ступеня токсичності перитонеального ексудату (за парамеційним тестом, питомою електропровідністю сироватки венозної крові, мікробною контамінацією очеревинної порожнини). Внутрішньоочеревинне застосування шовкового контейнера з ентеросгелем та гентаміцином сульфату знижує ступінь ендогенної інтоксикації в процесі перебігу експериментального перитоніту та зменшує рівень мікробної контамінації очеревинної порожнини, що є позитивним при розповсюдженому занедбаному перитоніті. Внутрішньоочеревинне застосування дренажного пристрою (рац. пропозиція №1/2001, видана БДМА) з ентеросгелем та гентаміцином сульфату в післяопераційному лікуванні хворих на місцевий перитоніт сприяє більш швидкому зменшенню проявів інтоксикації, нормалізації показників факторів та механізмів неспецифічного та специфічного імунного протипфекційного захисту організму хворих.

**В.И. Лупальцов, А.Я. Циганенко, В.В. Минухин,
В.Н. Васильченко, Н.И. Коваленко, И.А. Сенников**

ОБОСНОВАНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ АНТИАНАЭРОБНОЙ ТЕРАПИИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ВЕДЕНИИ БОЛЬНЫХ СПЕРИТОНИТОМ

Харьковский государственный медицинский университет

Неудовлетворенность современным состоянием лечения острого перитонита обуславливает необходимость поиска новых тактических подходов к его лечению, что невозможно без этапа экспериментальных исследований. В последние годы выявлено, что неспорообразующие анаэробные микроорганизмы высеваются при перитоните чаще, чем предполагалось раньше.

На кафедрах хирургических болезней и микробиологии, вирусологии и иммунологии ХГМУ была изучена антибактериальная активность и возможность использования для лечения перитонита препарата нитазола из группы нитроимидазолов как в эксперименте, так и в условиях клиники.

В опытах *in vitro* нами установлена высокая чувствительность к нитазолу грамотрицательных анаэробных неспорообразующих бактерий, а также анаэробных грамположительных кокков и спорообразующих клостридий: минимальная подавляющая концентрация составляет 4-6 мкг/мл.

Нитазол обладает антибактериальной активностью не только к неспорообразующим микроорганизмам, а также в отношении ряда факультативных анаэробов (*E. coli*, *S. aureus*, *Klebsiella*), чем принципиально отличается от метронидазола. Нитазол воздействует на стандартные клинические штаммы, выделенные у больных из перитонеального экссудата, а также штаммы, являющиеся резистентными ко многим антибиотикам.

Отмечено усиление антибактериального действия нитазола при его комбинированном применении с антибиотиками. Так, в отношении *E. coli* наиболее эффективны комбинации нитазола с гентамицином, сизомицином, ампициллином; в отношении *S. aureus* – со стрептомицином, ампициллином, карбенициллином, оксациллином, метициллином. При сочетанном применении с нитазолом дозы антибиотиков можно снизить в 8-16 раз, при этом их бактерицидное действие сохраняется. Антибактериальное действие нитазола в сочетании с гентамицином изучено на экспериментальных моделях стафилококкового и эшерихиозного перитонита у мышей: животным 1-й серии вводили нитазол в сочетании с гентамицином, причем дозу нитазола снижали в 4 раза по сравнению с минимальной бактерицидной, а гентамицина – в 16 раз по сравнению с терапевтической. Животным 2-й серии вводили гентамицин в дозе, уменьшенной в 16 раз, а животным 3-й серии – нитазол в дозе, уменьшенной в 4 раза. На 5-е

сутки погибли 100 % животных 3-й серии, во 2-й серии летальность составила 90 %, в 1-й серии – 50 % ($P < 0,01$).

В клинике хирургических болезней ХГМУ в 1998-2001 гг. было проведено сравнительное изучение действия нитазола у 86 больных с острым деструктивным аппендицитом, осложненным местным серозным перитонитом. На основании результатов экспериментальных исследований нитазол включен в комплексную антибактериальную терапию 44 больных, контрольную группу составили 42 больных, получавших традиционную терапию.

Из экссудата выделены: *E. coli* – у 44 (55 %) больных, *S. aureus* – у 13 (16,2 %), *P. aeruginosa* – у 12 (15 %), *Proteus* – у 5 (6,2 %), *Klebsiella* – у 2 (2,5 %), *S. epidermidis* – у 2 (2,5 %). *E. coli* была чувствительной к гентамицину, канамицину, мономицину, полимиксину В, карбенициллину; *Proteus* – к канамицину, мономицину, гентамицину, полимиксину В; *Klebsiella* – к канамицину, мономицину, полимиксину В, левомицетину, карбенициллину; *S. aureus* – к канамицину, мономицину, гентамицину, карбенициллину; *P. aeruginosa* – к гентамицину и полимиксину В. В связи со сложностью проведения качественного и количественного анализа анаэробных бактерий, посев на анаэробные среды не производили.

Изучался уровень молекул средней массы (МСМ), лейкограмма. При поступлении у всех больных уровень МСМ был выше нормы – $0,320 \pm 0,040$ ус.ед. ($N - (0,240 \pm 0,060)$) отмечался лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

В послеоперационный период больным первой группы проводили антибактериальную терапию: антибиотиком выбора применяли гентамицин внутривенно по 2,4-3,2 мг/кг 3 раза в сутки в комбинации с нитазолом в суппозиториях по 0,12 г 3 раза в сутки. Курс лечения составлял 6-7 сут.

В первой группе отделяемое по дренажу из брюшной полости исчезало в среднем через 2 суток после операции, нормализовались температура тела и изучаемые показатели крови (МСМ – $(0,250 \pm 0,050)$ ус.ед., нормализовались показатели лейкограммы). Осложнений и побочных реакций не отмечено, наблюдалось лишь 2 эпизода гипертермии. Во второй группе отделяемое по дренажу из брюшной полости исчезало в среднем через сутки после операции, изучаемые показатели крови приближались к показателям нормы только к моменту выписки на 9-10 сутки (МСМ на 3 сутки $(0,340 \pm 0,040)$ ус.ед., на момент выписки $(0,260 \pm 0,050)$ ус.ед.). Отмечено 2 случая нагноения послеоперационной раны и 4 случая инфильтратов послеоперационного рубца. Средний койко-день в 1 группе составил 8,2, во 2 группе – 9,4.

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о высокой интенсивности нитазола в комплексной терапии больных с перитонитом.

**В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, А.А. Стасенко, В.В. Кучерук,
Э.В. Горшевикова**

ПРИЧИНЫ СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ БОДОЧНОЙ КИШКИ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Введение. Гнойно-септические осложнения развиваются у 50-80 % больных острой обтурационной непроходимостью толстой кишки (ООНТК). В структуре послеоперационной летальности они составляют от 42 до 78 %. Хирургическое лечение ООНТК с низким операционным риском возможно только в 3 % случаев, кровотечения, перфорации и тяжелая интоксикация могут привести к росту летальности до 10-20 %. Ведущая роль в развитии септических осложнений отводится транслокации бактерий и их токсинов через кишечную стенку. Клиническое значение бактериальной транслокации (БТ) до настоящего времени не определено. Мы изучили некоторые патофизиологические аспекты развития септических осложнений при ООНТК в экспериментальных и клинических условиях. Цель работы: изучение особенностей развития БТ при обтурационной непроходимости толстой кишки, состояния кишечного барьера и иммунной реакции, профилактика септических осложнений.

Материалы и методы. 90 белых крыс, весом 250-300 г, были разделены на 6 групп. В контрольной группе (15 крыс) изучен состав слизи тонкой и толстой кишок (в исследуемых группах через 48 часов от начала эксперимента), идентифицирована флора тонкой и толстой кишок, брюшной полости, лимфоузлов брыжейки, ткани печени, селезенки и легких. Определялся уровень интерлейкина (ИЛ)-VI в портальной и периферической крови. Использована модель ООНТК. В I группе животных (15) производилась перевязка правой половины толстой кишки на уровне тонко-толстокишечного перехода, во II группе (15) – на уровне сигмовидной кишки, в III группе (15) в просвет тонкой кишки вводилась заранее приготовленная взвесь содержимого слепой кишки в концентрации 10^6 колониеобразующих единиц (КОЕ). У всех животных изучались те же параметры, что и в контрольной группе через 72 часа от начала эксперимента. В IV и V группах (по 15) изучено влияние препаратов, улучшающих цитопротекцию кишечной стенки.

Клинический этап исследования основан на анализе лечения 365 больных ООНТК. Проведена сравнительная оценка стандартной методики многоэтапных вмешательств с применяемой в клинике одномоментной, предусматривающей интраоперационный лаваж тонкой и толстой кишок, использование кишечных цитопротекторов, селективной деконтаминации. Обоснованы

принципы предоперационной подготовки, показания к различным видам оперативных вмешательств, использованию короткой и длинной интубации кишечника. Стандартная методика применена у 209 больных за период с 1979 по 1987 год, усовершенствованная – у 156, которые лечились с 1988 по 2001 год.

Результаты исследований и их обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что при ООНТК развивается феномен избыточной колонизации проксимальных отделов тонкой кишки флорой толстой кишки. При высоком объеме колонизации создаются условия для развития БТ, следствием чего является проникновение кишечной флоры в органы брюшной полости и легкие. Наибольшая концентрация их отмечается в лимфоузлах, легких и печени. Моделирование процесса колонизации тонкой кишки толстокишечной флорой (III группа) демонстрирует критические показатели микробного обсеменения. При бактериологическом исследовании установлено, что в I группе посевы из брюшной полости были положительными у 43 %, лимфоузлов брыжейки – 52 %, портальной крови – 21 %, периферической у 13 %, а высокий уровень ИЛ отмечен у 100 % животных. Во II группе через 72 часа показатели составили – 18 %, 26 %, 11 %, 7%, соответственно, а высокий уровень ИЛ отмечен у 57 %. В III группе животных уже через 24 часа показатели составили 67 %, 78 %, 43 %, 17 %. При использовании препаратов, улучшающих кишечную цитопротекцию, удается снизить вероятность и тяжесть септических осложнений.

Результаты клинических исследований продемонстрировали, что в первой группе больных с опухолями правой половины толстой кишки септические осложнения возникли у 16 (30,7 %), умерло – 12 (23,1 %). Во второй группе осложнения отмечены у 8 (22 %), умерло – 8 (22 %). При непроходимости левой половины ободочной кишки осложнения отмечены у 95 больных первой группы, что составило 60,5 %, умерло – 41 (26,1 %). Во второй группе септические осложнения возникли у 31 больного (25,8 %), умерло – 12 (10 %). Активная перистальтика кишечника у больных I группы наступила, в среднем, через 6 суток, II – 3,8 суток. Средняя продолжительность пребывания в стационаре для больных первой группы после первого этапа операции составила 19,4 суток, а с учетом завершающего этапа – 63; у больных второй группы – 13,5 суток.

Выводы. 1. Бактериальная транслокация – ведущее звено в развитии септических осложнений при ООНТК. 2. Комплексный подход к проведению предоперационной подготовки, в ряде случаев, позволяет добиться основного принципа – консервативного разрешения острого процесса, с последующей радикальной одномоментной операцией. 3. Использование препаратов, улучшающих кишечную цитопротекцию позволяет снизить вероятность и тяжесть септических осложнений при ООНТК.

**С.Д. Шаповал, Н.А. Ярешко, С.А. Сицинский, Д.Ю. Рязанов,
И.Л. Савон, В.Б. Мартынюк, А.В. Захарчук**

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Запорожский государственный институт усовершенствования врачей

Введение. Вопросы комплексного лечения абдоминального сепсиса (АС) регулярно освещаются в отечественной и иностранной печати [2, 3, 6].

Сложности лечения АС определяются многими факторами, среди которых следует отметить тяжесть состояния больных, как правило, полимикробный характер инфекции, высокий уровень резистентности к традиционным антибиотикам, быстрое развитие устойчивости микроорганизмов в процессе лечения [4, 5].

Особенности АС состоят также в том, что быстро включаются механизмы эндогенной транслокации микроорганизмов и токсинов, приводящие к развитию инфекционно-токсического шока и полиорганной недостаточности, а также то обстоятельство, что после первой лапаротомии остаются множественные или резидуальные очаги инфекции [1].

Несмотря на развитие научных представлений о сепсисе, вопросы лечения АС в хирургии остаются до настоящего времени предметом, требующим специального изучения.

Целью исследования явилась разработка мероприятий, направленных на лечение синдрома кишечной недостаточности у больных АС.

Материалы и методы. В течение последних 5 лет в клинике оперировано 48 больных АС (29 мужчин, 19 женщин) в возрасте от 26 до 79 лет. Во всех случаях причиной АС являлся панкреонекроз с перитонитом. Предоперационная подготовка и последующее лечение проводились в ОРИТ. Оперативный доступ осуществлялся из широкого лапаротомного доступа.

Результаты исследования и их обсуждение. Не останавливаясь на вопросах хирургической тактики и антибактериальной терапии, акцентируем внимание на профилактике и лечении синдрома кишечной недостаточности. Последний, как известно, является не только важным компонентом АС, но и основным фактором патогенеза ПОН.

Даже при самой эффективной санации органов брюшной полости у больных с АС нарушение барьерной функции желудочно-кишечного тракта при синдроме кишечной недостаточности создаёт условия для неконтролируемой транслокации условно-патогенных микроорганизмов и их токсинов для поддержания септического процесса.

Нами разработан ряд мероприятий, являющихся стратегическими направлениями по лечению синдрома кишечной недостаточности у больных АС.

Следует подчеркнуть, что успех лечения невозможен без метаболической поддержки и оптимального транспорта кислорода – как интегрального, так и спланхического.

Коррекция нарушений функции желудочно-кишечного тракта в послеоперационном периоде у больных с АС состояла в следующем:

- дренирование ЖКТ;
- восстановление моторики кишечника;
- раннее энтеральное питание;
- оптимальная системная антибиотикотерапия;
- экстракорпоральные методы детоксикации;
- применение энтеропротекторов (сандостатина).

Особое значение имеет устранение внутрикишечного давления, связанного с патологической секвестрацией в просвете кишечной трубки критических объёмов. Несмотря на то, что открытые методы дренирования через гастро-, энтеро-, аппендикоцекостомы не утратили своего практического значения и в наши дни, мы вынуждены были отказаться от них вследствие большого числа осложнений.

Методом выбора считаем закрытое дренирование всей тонкой кишки либо проксимальных её отделов, когда зонд проводится в кишечник антеградно. Для предупреждения инфицирования трахеобронхиального дерева, в ряде случаев, накладываем микротрахеостому. По нашему мнению, ссылки на низкую эффективность закрытого дренирования вследствие необходимости в постоянной активной аспирации по зонду против градиента давления, а также дислокации зонда с развитием аспирации в дыхательные пути несколько преувеличены.

Особое значение в профилактике и лечении синдрома кишечной недостаточности у больных АС имеет своевременное назначение сандостатина.

Опыт применения препарата в нашей клинике позволяет считать его не только эффективным в лечении панкреатита и свищей ЖКТ, но и системным энтеропротектором и адаптогеном пищеварительной системы.

Применение сандостатина эффективно не только для подавления секреции кислоты и пепсина в желудке, секреторной функции поджелудочной железы и выброса гастроинтестинальных гормонов, но и блокирует процессы цитокиногенеза и снижает давление в портальной венозной системе.

Нам представляется, что практическая реализация алгоритма коррекции синдрома кишечной недостаточности у больных с АС наряду с комплексом общей интенсивной терапии обеспечила выживаемость 87,5 % пациентов. В раннем послеоперационном периоде умерло 6 больных (летальность 12,5 %), доставленных в клинику в терминальной стадии общего перитонита с явлениями полиорганной недостаточности трёх и более систем организма.

Выводы. 1. Синдром кишечной недостаточности у больных АС является одним из важнейших патогенетических факторов, определяющих исход заболевания. 2. Для устранения внутриклеточного давления следует отдавать

предпочтение закрытому методу дренирования тонкой кишки. 3. В комплексе проводимой терапии больным АС назначение сандостатина является обязательным.

Литература

1. Гельфанд Е.Б., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Абдоминальный сепсис / Русский медицинский журнал. – 1998. – № 6 – С. 697-706.
2. Десятерик В.І., Кривицький Ю.М., Шаповалок В.В. Синдром системної запальної відповіді на запалення, сепсис та поліорганна недостатність у хворих, оперованих з приводу деструктивного панкреатиту / Клін. хірургія. – 2001. – №4. – С. 24-26.
3. Кузин М.И. Синдром системного ответа на воспаление / Хирургия. – 2000. – №2. – С. 54-59.
4. Решетников Е.А., Чуванов М.В., Денисов А.Ю., Шипилов Г.Ф. Экстракорпоральная детоксикация в комплексном лечении хирургического сепсиса / Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 71-73.
5. Руднов В.А. Сепсис. Эволюция представлений, необходимость унификации терминологии и критериев диагноза / Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 36-40.
6. Brucker K.A., Colonna P., Bearson B.L. Nomenclature for aerobic and facultative bacteria/ Clin. Infect. Dis. – 1999. – № 29. – P. 713-723.

УДК 616.381-072.1-346.5-002-08

**Д.В. Шестопапов, П.О. Татарчук, І.Б. Клішевіч, О.І. Федотов,
О.Ф. Безруков, Халед Хассуна**

ЗАСТОСУВАННЯ ПРИБОРІВ ДЛЯ ЗАКРИТТЯ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГНІЙНИЙ ПЕРИТОНІТ

Кримський медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Лікування гнійного перитоніту лишається важкою та до кінця невирішеною проблемою черевної хірургії. Летальність від цього захворювання, за даними різних авторів складає від 20 до 50 %. Це обумовлено тим, що хірурги покладають занадто великі надії на антибіотики останніх поколінь і на діаліз черевної порожнини через дренажі. Однак не завжди дренивання черевної порожнини вирішує поставлені для нього задачі. Особливо, коли мова йде про так звані “злипливі” перитоніти, що схильні до утворення міжпетлевих, підпечінкових і інших абсцесів черевної порожнини. Тому лікування резидуальної інфекції пов’язане з методикою завершення операції.

В даний час для рішення питання про “ведення” перитоніту використовують зашивання рани з дренажами з метою створення умов для відтоку ексудату і введення антибіотиків; зашивання рани з дренажами для промивання черевної порожнини антисептиками, що протікають зверху вниз (проточний діаліз); зближення країв рани (напівзакритий метод) з установкою дренажів

по бічних каналах із промиванням останніх і аспірацією рідини через них і через рану передньої черевної стінки; зближення країв рани з використанням різних пристосувань чи зашивання її провізорними швами з повторними програмованими ревізіями і санаціями черевної порожнини; відкритий спосіб із введенням тампонів з метою створення відтоку через рану. Кожний зі способів має визначені показання, переваги і недоліки.

Зашивання рани наглухо з дренажами, на наш погляд, може бути застосоване при місцевому дифузному перитоніті із серозним чи серозно-гнійним ексудатом, коли з моменту виникнення перитоніту пройшло не більш 12 годин. При цьому небезпека злипання кишечника, що може призвести до формування абсцесів, невелика. При запущених перитонітах зашивання рани з дренажами для пасивного відтоку ексудату не завжди приводить до бажаного результату, тому що дренажі швидко відмежуються, перестають виконувати свої функції, не перешкоджають скупченню ексудату в черевній порожнині й утворенню абсцесів. На нашу думку, з огляду на анатомію черевної порожнини, її неможливо адекватно дрениувати при загальному гнійному перитоніті. У цих випадках необхідно віддати перевагу методу лапаростомії (лапароаперції). Програмоване етапне промивання черевної порожнини варто проводити при важких формах розповсюдженого гнійного перитоніту, при високій схильності петель кишечника до злипання й утворення абсцесів у замкнених просторах.

Варто розрізнити відкрите лікування з застосуванням тампонів (лапаростомію без повторних ревізій і санацій черевної порожнини) і метод програмованого етапного промивання, подібні тим, що рани передньої черевної стінки не зашивають цілком. При цьому рану залишають напіввідкритою, хоча вона може бути закрита П-подібними швами, але ми не бачимо в цьому сенсу, тому що через добу доводиться знімати шви і розкривати рану для повторної ревізії. Вважаємо більш доцільним зближати стінки рани за допомогою різних пристроїв.

В даний час багато абдомінальних хірургів віддають перевагу методу програмованої лапаростомії з застосуванням різних зближувачих пристроїв.

У нашій клініці розроблений апарат для зближення рани передньої черевної стінки, що був застосований при лікуванні 15 хворих із запущеними формами перитоніту методом лапаростомії. Технічне рішення апарата захищене позитивним рішенням за заявкою № 2000020671 про видачу Патенту України від 05.06.2000 р.

Розроблений апарат у порівнянні з запропонованими раніше пристроями має ряд значних переваг: він виконаний із пластику з легкими металевими фіксаторами з медичної сталі, простий у застосуванні, скорочує час для туалету черевної порожнини і її закриття. Апарат складається з двох спиць, що прошивають, двох закріплюючих спиць пристроїв з фіксаторами, і зближують фіксуєчі поперечні планки. Стерилізація спиць проводиться в сухожаровій шафі, а інші елементи пристрою піддаються хімічній обробці в розчині С-4 протягом 10-20 хвилин.

Спосіб полягає в наступному: після санації і дренивання черевної порожнини, відступивши від країв рани на 1,5-2 см, через усі шари по обидва боки паралельно рані проводяться спиці, що зміцнюються у фіксуючих пристроях за допомогою фіксаторів. Далі на петлі кишечника укладається перфорована поліетиленова плівка, поверх якої укладаються марлеві тампони з антисептиками. Потім, з'єднуючи фіксуючі елементи апарата зі зближуючою планкою, зближаємо стінки рани на потрібну відстань і закріплюємо елементи фіксаторами.

При застосовуваній нами методиці повторні санації проводяться через добу доти, поки перитоніт не завершиться. Крім того, по латеральних каналах залишаються дренажі для пасивної аспірації і введення антибіотиків. У середньому проводиться 3-6 санацій перед остаточним закриттям черевної порожнини. Для аспірації кишкового вмісту на тлі динамічного парезу проводиться інтубація кишечника.

У двох випадках, після проведених програмних лапаростомій рани зашивати наглухо було неможливо, тому що у хворих відзначали гнійно-некротичні процеси по краях рани на всю товщу. У цих випадках черевна порожнина була ізольована від навколишніх тканин, щоб уникнути продовженого перитоніту твердою мозковою оболонкою (ТМО). ТМО підшивалася з боків до незміненої очеревини таким чином, щоб відмежувати петлі кишечника від зони запалення. Перфораційні отвори на оболонці не вироблялися. Рани були зашиті після некротомій і стихання запального процесу. При зашиванні на дно рани поміщали кільцевий дренаж для проточного і фракційного діалізу.

З 15 хворих вмерло троє. Двоє хворих у старечому віці загинули в перші три доби від серцево-судинної недостатності. Один хворий загинув на тлі триваючого перитоніту.

Таким чином, лапаростомія є методом вибору при запущених фазах перитоніту. Запропонована нами методика лапаростомії з використанням розробленої конструкції може бути застосована в абдомінальній хірургії при лікуванні запущених перитонітів.

УДК 616.37-084

**А.І. Годлевський, О.Є. Каніковський, О.О. Жупанов,
А.А. Жмур, В.А. Кацал, О.С. Стукан**

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ НЕКРОТИЧНИХ ФОРМ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Незадовільні результати лікування хворих на некротичні форми гострого панкреатиту обумовлені передусім постнекротичними гнійними ускладненнями, профілактика яких є пріоритетною у комплексному лікуванні.

У факультетській хірургічній клініці Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова за період з 1991 до 2001 рр. оперативно лікувалося 146 хворих на гострий некротичний панкреатит. Серед обстежених жінок було 91 (62,3 %), чоловіків – 55 (37,7 %), – середній вік становив $44,8 \pm 12,7$ років. Загальна післяопераційна летальність склала 15,8 % (23). У всіх померлих хворих діагностовано гнійно-некротичні ускладнення. Діагноз гострого некротичного панкреатиту був підтверджений клінічними, інструментальними і лабораторними методами.

Всім хворим у комплексному лікуванні використали антибактеріальні препарати. Перед операцією у 106 хворих (перша група) вводили метронідазол у комбінації з абакталом та зинацефом (або мецоцефом), натомість у 38 хворих (друга група) використали цефазолін (клафоран), канаміцин, гентаміцин. У двох антибіотики перед операцією не вводили. Порівнюючи результати оперативного лікування, ми констатували зменшення кількості післяопераційних гнійних ускладнень з 47,3 % (18) (друга група) до 15,1 % (16) (перша група), що пояснило зменшення кількості повторних оперативних втручань відповідно з 55,3 % (21) до 27,4 % (29). У післяопераційному періоді проводили ротацію антибіотиків разом зі використанням цифрану (14), максипіму (17), тієнаму (12), меропенему (5), нізоралу (11), дифлюкану (16).

Для профілактики транслокації кишкової мікрофлори, що є доведеним основним шляхом інфікування у хворих на гострий панкреатит за умов невикористання інвазивних методів діагностики і лікування, у 62 (42,5 %) ми використали гастроентеросорбцію суспензією полісорбу, селективну деконтамінацію кишечника з відновленням його бар'єрної функції, інгібітори перекисного окислення ліпідів, раннє череззондове харчування. Порівнюючи частоту післяопераційних гнійних ускладнень серед цих хворих (16,1 % (10)), ми констатували їх зменшення відносно 84 хворих, яким не використані методи профілактики транслокації кишкової мікрофлори (28,6 % (24)).

Для профілактики інфекційних ускладнень ефективним було використання у 54 (37 %) хворих методик збільшення місцевої концентрації антибактеріальних препаратів у тканині підшлункової залози і перипанкреатичній клітковині шляхом їх ендолімфатичного введення, інтрадуоденального та інтраорганного електрофорезу, через мікроіригатор у порожнину малого сальника. Стверджено зменшення кількості релапаротомій, порівняно з 92 (63 %) хворими, яким ці методи не використані, з 41,3 % (38) до 25,9 % (14).

Таким чином, доведена ефективність антибактеріальної терапії у хворих на некротичні форми гострого панкреатиту. Використання методів збільшення концентрації антибіотиків у підшлунковій залозі та перипанкреатичній клітковині і профілактики транслокації кишкової мікрофлори разом з введенням антибактеріальних препаратів, які впливають на неклостридіальну анаеробну мікрофлору, призводить до зменшення післяопераційних гнійних ускладнень та кількості повторних операцій.

**Г.Е. Полунин, В.И. Шаламов, Н.И.Томашевский, В.А. Лыков,
В.И. Волков**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДООПЕРАЦИОННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ТОЛСТОЙ КИШКЕ

Донецкий государственный медицинский университет

За последние десятилетия в хирургическом лечении рака толстой кишки достигнуты значительные успехи (J.G. Guillem, A.M. Cohen, 1999; S.S. Yoon, 2000). Однако, даже в специализированных стационарах, частота гнойных осложнений составляет 20-55 %, а летальность 6,6-15 %, причем основной ее причиной является несостоятельность анастомозов и перитонит (В.Д. Федорова, 1987; В.И. Лупальцов, 2000, J.P. Arnaud 1999; F. Kuckerling, 1999) и до настоящего времени остается нерешенным вопрос предупреждения нагноительных процессов, которые всегда связаны с угрозой для жизни больного. Кроме того, появление гнойно-септических осложнений приводит к значительной пролонгации послеоперационного периода (Csiky M. et al, 1997) и росту материальных затрат (В.К. Огоновский и соавт., 1992).

Изучены результаты лечения 396 больных, оперированных по поводу рака ободочной кишки (РОК). Больные были разделены нами на 2 группы. Первую группу составили 262 больных, оперативное лечение которым выполнялось на фоне обычной предоперационной подготовки, включающей введение глюкозированных и солевых растворов до 1,5 литров в сутки, витамина С, реологически активных средств и неоадьювантную химиотерапию. В случаях выраженных клинических проявлений перифокального воспаления (ПВ) в этой группе использовался гентамицин или цефазолин. Вторую группу составили 134 больных, в аналогичную предоперационную подготовку которых включали цефоперазон-КМП – цефалоспориновый антибиотик 3-го поколения, обладающий широким спектром действия и высокой антибактериальной активностью. Цефоперазон-КМП практически в неизменном виде выводится почками на 20-30 %, а печенью на 70-80 %, что позволяет считать его наиболее предпочтительным препаратом при операциях на кишечнике. Цефоперазон-КМП вводили по 1 грамму 2 раза в сутки, внутримышечно в течение 5 дней.

Обе группы сопоставимы по половому и возрастному признаку, локализации и стадиям опухолевого процесса, гистологическому строению удаленных препаратов, частоте и характеру сопутствующей патологии. Эффективность проведенного дооперационного лечения оценивалась применением объективных методов обследования в сочетании с данными клинического наблюдения – нормализацией температуры, уменьшением или полным исчезновением

болевого синдрома, улучшением пассажа по кишечнику, уменьшением интоксикации, улучшением показателей клинических и биохимических анализов, уменьшением размеров опухоли при УЗИ исследовании, сравнительной морфологической оценкой удаленных препаратов.

Научные разработки кафедры доказывают, что ПВ имеет место при любой форме и стадии рака ободочной кишки, однако выраженные клинические проявления наблюдались у 52 ($19,8 \pm 2,5\%$) пациентов 1-й группы и 37 ($27,6 \pm 3,9$) % у 2-й ($p < 0,05$). Нормализацию температуры на 2 сутки после начала проводимого лечения у больных с выраженным ПВ мы наблюдали у 12 ($23,1 \pm 5,8$) % пациентов из 52 1-й группы и 30 ($81,1 \pm 6,4$) % из 37 2-й. Несмотря на проводимое лечение 8 ($15,4 \pm 5,0$) % больных 1-й группы оперированы на фоне субфебрильной температуры.

Уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома в 1-й группе наблюдали в ($76,3 \pm 2,6$) % случаев, во 2-й группе этот показатель составил ($94,0 \pm 2,0$) %, у оставшихся 6 % больных 2-й группы он объяснялся наличием сопутствующей хирургической патологии.

Клинические проявления кишечной непроходимости (КН) наблюдали у 102 ($38,9 \pm 3,0$) % пациентов 1-й группы и 56 ($41,8 \pm 4,3$) % 2-й ($p < 0,05$). В 1-й группе из 102 пациентов явления КН удалось полностью разрешить 43 ($42,2 \pm 4,9$) % больным, во 2-й – 53 ($94,6 \pm 3,0$) % из 56 больных.

Уменьшение интоксикации и улучшением показателей клинических и биохимических анализов в 1-й группе наблюдали у 179 ($68,3 \pm 2,9\%$) больных, во 2-й – 126 ($94,0 \pm 2,0\%$).

УЗИ контроль за размерами опухоли показал, что частичной регрессии опухоли удалось достичь: в 1-й группе 43 ($42,2 \pm 4,9$) % больным, во 2-й – 53 ($94,6 \pm 3,0$) % больным.

Сравнительная морфологическая оценка удаленных препаратов показала, что во 2-й группе дооперационная антибиотикотерапия приводит к почти полному исчезновению из инфильтрата в опухоли полиморфноядерных нейтрофильных лейкоцитов и способствует развитию фибропластических реакций, разрастанию волокнистой соединительной ткани, особенно часто на границе с опухолью.

Выводы. Дооперационная антибиотикотерапия показана всем больным РОК, так как последняя способствует не только снижению ПВ, но и уменьшению размеров опухоли за счет ликвидации воспалительного отека тканей. Использование цефалоспоринового антибиотика 3-го поколения – цефоперазона-КМП позволило уменьшить количество послеоперационных гнойно-септических осложнений в хирургическом лечении РОК на 16,4 %, увеличить количество радикально оперированных больных на 10,6 %, снизить летальность на 3,3 %.

**Г.В. Бондарь, Ю.В. Думанский, А.В. Ворота, В.Х. Башеев,
С.Э. Золотухин, Г.Г. Псарас**

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

Донецкий областной противоопухолевый центр

Несмотря на проведение различных мероприятий, направленных на раннее выявление опухолей наружных локализаций, к которым относится и рак прямой кишки, больные с распространёнными и запущенными формами заболевания составляют более половины от впервые выявленных (1,2). Различного рода воспалительные процессы осложняют течение опухолей прямой кишки в 4-12,2 % случаев (2, 3). В структуре послеоперационных осложнений у больных раком прямой кишки гнойно-септические осложнения занимают лидирующее место, летальность от их прогрессирующего течения остаётся высокой и достигает 47 %. Всё это, во многих случаях, вынуждает хирургов выполнять многоэтапные, порой симптоматические оперативные вмешательства (3, 4). Перспективным методом профилактики и лечения послеоперационных воспалительных осложнений является эндолимфатический способ введения антибиотиков (4, 5, 6), который используется в Донецком областном противоопухолевом центре в течение 15 лет.

В отделении проктологии за период с 1988 по 2000 годы проведено оперативное лечение 2430 больным со злокачественными опухолями прямой кишки. На дооперационном этапе перифокальный воспалительный процесс осложнил течение болезни у 112 пациентов. Эндолимфатическая антибиотикотерапия этим пациентам проводилась в течении 5-8 суток. После её проведения состояние больных улучшалось, снижалась, либо нормализовывалась температура тела, уменьшался болевой синдром, явления интоксикации. Наряду с этим происходили положительные сдвиги со стороны клинических и биохимических показателей крови. Всем больным были выполнены оперативные вмешательства, которые у 96 (85,3 %) больных носили сфинктерсохраняющий характер выполнены различные виды резекций прямой кишки с сохранением естественного пассажа по кишечнику. В связи с переходом опухоли на анальный канал 7 (6,2 %) больным произведена брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, 9 (8 %) – симптоматические операции в связи с распространённостью опухолевого процесса. Для предупреждения развития гнойно-септических осложнений 74 (62,7 %) больным эндолимфатическая антибиотикотерапия была продолжена в послеоперационном периоде. В результате проведенного лечения послеоперационный период протекал гладко у 86 (73,6 %) больных, осложнения воспалительного характера наблюдались у 29 (21,5 %), умерло от их прогрессирования 6 (4,9 %) больных.

При выполнении сложных, расширенных и комбинированных операций у 96 больных во время операции возникли различного рода осложнения (перфорация опухоли или стенки кишки, вскрытие параректального абсцесса, резекции соседних органов со вскрытием просвета), создающие угрозу обширного инфицирования брюшной полости. После проведения в ближайшем послеоперационном периоде эндолимфатической антибиотикотерапии гнойно-септические осложнения развились лишь у 18 (18,6 %) больных этой группы. Умерло от их прогрессирования 2 (2,1 %) человека.

При развитии осложнений гнойно-септического характера в послеоперационном периоде у 153 больных к проведению эндолимфатической антибиотикотерапии приступали сразу после их диагностирования. У 61 (39,8 %) больных отмечались абсцессы и нагноившиеся гематомы малого таза, у 32 (20,9 %) – нагноения послеоперационной раны, у 38 (24,6 %) – гнойные параколические свищи, у 22 (14,3 %) – разлитой гнойный перитонит. Сочетание различных осложнений наблюдались в 57 (37,2 %) случаях. Антибиотикотерапию проводили со сменой препаратов и их комбинации с учетом чувствительности к ним выделенной пиогенной флоры из очагов воспаления. Она комбинировалась с местными противовоспалительными мероприятиями, направленными на санацию гнойного очага. После проведения эндолимфатической антибиотикотерапии нормализовывалась температура тела, уменьшалась местная болевая реакция и явления воспаления. Значительно быстрее происходило отграничение и санация пресакральных абсцессов и нагноившихся гематом малого таза, послеоперационные раны очищались в более короткие сроки (5-7 дней) и хорошо гранулировали.

Таким образом, использование эндолимфатической антибиотикотерапии для профилактики и лечения гнойных воспалительных осложнений, возникающих в течение болезни, при хирургическом вмешательстве и в послеоперационном периоде является надежным и высокоэффективным способом противовоспалительной терапии, значительно улучшающим ближайшие результаты лечения больных раком прямой кишки.

Литература

1. Кутяков М.Г., Баскаков В.А., Ермолаев В.А. Осложненный рак толстой кишки / Хирургия. –1997. –№4. –С.79-81.
2. Клиническая оперативная проктология; Руководство для врачей / Под ред. В.Д. Фёдорова, Г.И. Воробьева, В.Л. Ривкина. – М.: ГНЦ проктологии, 1994. –432 с.
3. Федоров В.Д., Одарюк Т.С., Амелин В.М. и др. Хирургическое лечение больных раком прямой кишки, осложненным воспалительным процессом / Хирургия. –1987. –№7.– С.75-79.
4. Бондарь Г.В., Яковец Ю.И., Башеев В.Х. и др. Эндолимфатическая антибиотикотерапия воспалительных осложнений рака ободочной кишки /Клин. хирургия. –1990. –№2. – С.32-33.
5. Спизженко Ю.П. Лимфатическая система в условиях воспаления и хирургической агрессии / Клин. хирургия. – 1990. –№ 5. – С.44-46.
6. Цыб А.Ф., Хмелевский Я.М., Словентатор В.Ю. и др. Эндолимфатическая антибактериальная терапия гнойно-септических послеоперационных осложнений у онкологических больных / Хирургия. – 1987. – С. 138-141.

А.О. Лінник

**АПАРАТНА ЛІМФОДИЛЮЦІЯ ТА СТИМУЛЯЦІЯ
ГУМОРАЛЬНОГО ДРЕНАЖУ ТКАНИН У КОМПЛЕКСНОМУ
ЛІКУВАННІ ЗАПАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ ЧЕРЕВНОЇ
ПОРОЖНИНИ**

Чернігівська обласна лікарня

За період 1995-2001 рр. проліковано 182 хворих, яким проведено 1820 сеансів апаратного впливу на лімфатичне русло. Протокол маніпуляції передбачав попередню гідродермію зовнішньої поверхні стегна фізіологічним розчином в кількості 400 мл з додаванням 1% розчину нікотинової кислоти та добової дози антибіотика. Сеанси лімфостимуляції проводили шляхом пневмокомпресії обох нижніх кінцівок апаратом АПКУ-5 в режимі подвоєної біглої хвилі при тиску в манжетах не більше 40-60 мм ртутного стовпчика протягом 40-60 хвилин. Процедура виконувалась щоденно. Після перших 4-5 сеансів відзначалось різке загострення запального процесу з подальшим поступовим його регресом.

При неефективності перших 4-5 сеансів ставились показання до оперативного втручання. В таких випадках застосування апаратної лімфодилюції з медикаментозним навантаженням відіграло суттєву позитивну роль в передопераційній підготовці хворих. Впровадження в практику цієї методики дозволило значно інтенсифікувати лікувальний процес, досягти економії лікарських засобів в середньому на 30 % без зниження загального клінічного ефекту.

УДК-616.381-002.3-031.81-083-031.81-085.281:378.147

Н.А. Ярешко

**АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ РАЗЛИТОГО ГНОЙНОГО
ПЕРИТОНИТА: МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРЕПОДАВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ОБЩЕЙ ХИРУРГИИ**

Запорожский государственный медицинский университет

За последние 10-15 лет достигнуты большие успехи в изучении патогенеза и микробиологии разлитого гнойного перитонита. Более ясной стала роль суперинфекции, в частности, анаэробных возбудителей в возникновении и развитии перитонеального воспаления [1,2].

На большом клиническом материале (нами обследовано 262 больных с разлитым гнойным перитонитом) установлено, что тяжесть течения заболевания и высокий процент летальности связаны прежде всего с появлением многочисленных штаммов патогенной флоры, резистентной к широкому кругу антибактериальных препаратов, причём это увеличение происходит за счёт микроорганизмов, считавшихся ранее условнопатогенными. Подтверждена отягощающая роль неспорообразующих анаэробных микроорганизмов в течении разлитого гнойного перитонита, их "безразличие" к большинству антибиотиков.

По нашим данным, частота выделенных микроорганизмов в перитонеальном экссудате достигает 95,6 %. При этом в 77,8 % обнаруживалась смешанная аэробно-анаэробная инфекция. Среди полученных штаммов 70,8 % составляют грамотрицательные бактерии. В ассоциациях микробов из аэробов чаще всего высеивались: кишечная палочка (80,4 %), протей (60,3 %), стафилококки (64,1 %), стрептококки (59,7 %), синегнойная палочка (31,2 %), клебсиелла (18,7 %), энтеробактер (16,4 %), ацинетобактер (10,1 %), цитробактер (6,7 %); из анаэробов: бактероиды (79,4 %), фузобактерии (57,1 %), вейлонелла (27,3 %), пептококки (19,8 %), пептострептококки (19,2 %), клостридии (9,7 %), эубактерии (7,4 %), лактобациллы (6,1 %).

Исследования по изучению чувствительности вышперечисленных микроорганизмов к применяемым в настоящее время антибиотикам показали, что в 84,4-91,6 % случаев как аэробы, так и анаэробы чувствительны к цефалоспорином 2-3 генерации (цефокситин, цефтриаксон, цефотаксим); в 86,5-93,7 % – к имипиенам (тиенам). Эти антибиотики возможно использовать в качестве антибактериальной монотерапии при разлитых гнойных перитонитах.

Другие группы антибиотиков необходимо комбинировать. Выявлена высокая чувствительность к современным полусинтетическим пенициллинам: карбенициллину – у Gr+ и Gr- аэробных возбудителей и клостридий (65,7-68,4 %); азлоциллину, амоксиклаву, а также к цефалоспорином 1 генерации (цефазолин) – у аэробных Gr+ возбудителей (70,3-82,1 %); к аминогликозидам (амикацин) и фторхинолонам (офлоксацин, ципрофлоксацин) – у Gr- аэробов (71,8-82,4 %). В то же время к этим антибиотикам малочувствительны анаэробные неспорообразующие бактерии, в частности, бактероиды (27,6-46,8 %). Более эффективными в отношении неспорообразующих анаэробов остаются линкомицин и клиндамицин – чувствительны 66,4 % штаммов.

Результаты проведенных исследований широко используются при лечении больных с разлитым гнойным перитонитом, а также в учебном процессе на кафедре общей хирургии. Студенты 3 курса медицинского факультета, врач-интерны при изучении вопросов антисептики, хирургической инфекции имеют возможность на клиническом материале оценить особенности течения воспаления в зависимости от участия аэробноанаэробных возбудителей, особенности микробиологической клинической диагностики, значение бактериологических исследований для выбора рациональной антибиотикотерапии

хирургической инфекции, в частности, разлитого гнойного перитонита, дифференцированно подходит к назначению различных групп антибиотиков.

Литература

1. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдошенко Н.Л. Перитонит. – М.: Медицина, 1992. – 224 с.
2. Зайцев В.Т., Донец Н.П., Климова Е.М. и др. Новые аспекты лечения перитонита / Клин. хирургия. – 1996. – № 2 – 3.– С.25.

УДК 616.34–007.253–07–08

І.В. Люлько, С.О. Косульников

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЗОВНІШНІХ КИШКОВИХ НИРИЦЯХ

Дніпропетровська державна медична академія

Зовнішні кишкові нориці продовжують бути грізним ускладненням при абдомінальній хірургії. Розвиток неспроможності анастомозу і інші причини перфорації кишечника залежно від “висоти” локалізації ведуть до смерті в 20-60 % (Жебровський В.В., 2000).

Актуальність лікування хворих з кишковими норицями привела до необхідності створення в 1986р. обласного центру на базі клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова в Дніпропетровську. За останні роки кількість хворих з норицями значно зменшилась в порівнянні з періодом 1985-1995 рр., коли госпіталізували від 50 до 80 хворих за рік, а в окремі роки до 100 хворих з усієї Дніпропетровської, а також прилеглих областей. Кількість хворих, яких приймали в центр, в 1996 -2001 р. становила 132 особи (від 20 до 30 за рік). За віком хворі від 15 до 85 років, в середньому – 55,7 років. Чоловіки склали 63 %, жінки – 37 %.

Етіологічні фактори дуже різні – починаючи від післятравматичних ускладнень, операцій в черевній порожнині (інколи без втручань на кишечнику) і до пролежнів від “забутих” чужорідних предметів в черевній порожнині.

Методи і способи, які розробляються для лікування кишкових нориць обов’язково необхідно проводити в комплексі з адекватною антибактеріальною терапією.

Мікрофлора: кишкові грам- і грам+ бактерії – кишкова паличка, фекальний стрептокок, бактероїди і анаеробні бактерії. Особливо слід зупинитися на клінічному значенні визволення бактеріального ендотоксину, яке виникає при підвищеній загибелі бактеріальних клітин в результаті призначення антибіотиків. Накопичення великої кількості ендотоксину супроводжується розвитком цитокінового каскаду, який призводить до розвитку ендотоксину-шоку. Результати багатосторонніх лабораторних досліджень, інструментальних

та клінічних досліджень підтверджують гіпотезу, згідно з якою ендотоксин виділяється у великих кількостях під впливом дії антибіотиків в основному із грамнегативних збудників, але вживання антибіотиків необхідне при сепсисі. Отже, має клінічне значення ступінь індукування токсинування різними групами антибіотиків. Доведено, що найменш за все сприяють викиду ендотоксинів антибіотики групи карбапенемів (тіснам), далі за ступенем викиду йдуть фторхінолони (цифран) і аміноглікозиди. Більш за все накопичується ендотоксин при призначенні цефалоспоринів (Саєнко В.Ф., 1999, 2000). Цефалоспориновий ендотоксичний шок неодноразово спострігався після розтину і широкого дренивання гнійних вогнищ у нашій клініці.

Немаловажно враховувати і те, що додаткове призначення аміноглікозидів або поліміксину одночасно із цефалоспорином гальмує викид ендотоксину і перешкоджає розвитку ендотоксичного шоку. Пошук ефективних схем лікування тяжкої септичної патології продовжується в провідних клініках, які займаються цією проблемою. Теорія транслокації бактерій дуже добре доповнює старі істини етапного розвитку перитоніту після перфорації порожнистого органа – через 6 годин після перфорації можливі радикальні операції із накладанням кишкового шва. Через 12 годин відбувається розвиток перитоніту і більше ніж через 24 години – тяжкі форми перитоніту.

Одним із пояснень цих явищ може служити те, що при перфорації порожнистого органа в черевну порожнину одночасно потрапляє велика кількість біфідо- і лактобактерій, які представляють більшість флори кишечника та володіють антагоністичною активністю по відношенню до умовно-патогенних бактерій протягом 5-6 годин, після чого гинуть в умовах запалення, що розвивається.

Виходячи з цих позицій, виникло 2 погляди або направлення стосовно деконтамінації кишечника. Перший – антибактеріальний шлях, тобто знищити усю флору кишечника перед операцією або в процесі лікування хворого (хоча практично це не можливо) і в першу чергу загинуть саме антагоністи – представники нормальної флори біфідо- і лактобактерії. Другий шлях – більш новий підхід, полягає у наповненні кишечника нормальною мікрофлорою, яка відновлює слизову оболонку, стимулює імунітет, запобігає бактеріальній транслокації за рахунок пригнічення умовно-патогенної мікрофлори. Однак остаточного рішення це питання поки що не має.

Представляємо схему антибактеріальної терапії, яка розроблена нами залежно від стану хворого. При умовно “брудних” операціях при кишкових норицях (сформовані нориці, без ознак перитоніту і абсцесів черевної порожнини) з урахуванням мікрофлори проводиться повноцінна терапія 6-7 діб фторхінолонами (цифран, ципрофлоксацин із доданням метранідазолу або кліндаміцину), цефалоспоринами 2-3 покоління із додаванням метронідазолу або кліндаміцину. Альтернатива – ефективна до застосування потрійна терапія: амоксиклав (уназин) плюс аміноглікозиди 3 покоління плюс метронідазол

(кліндаміцин). Планові операції на товстій кишці повинні поєднуватися із селективною деконтамінацією кишечника: поліміксин, левоміцетин та ін. При “брудних” операціях (кишкові нориці на фоні перитоніту; абсцеси черевної порожнини) проводилась потрійна терапія: пеніциліни 3-го покоління (гіперацилін (тазобактам) + аміноглікозиди 3-го покоління + метронідазол. Цефалоспорины 2-го покоління + метронідазол (або кліндаміцин) + аміноглікозиди 3-го покоління або азтреонам. Подвійна терапія: фторхінолони (цифран) + метронідазол (або кліндаміцин). Цефалоспорины 3-4 покоління (фортум, максипін) + метронідазол або кліндаміцин. Монотерапія – карбопенемі (тіенам, меропенем).

Крім того, під час лікувального процесу необхідно додавати антикандидозні препарати типу флюконазолу.

P.S. 1. Точна антибіотикотерапія проводиться після одержання результатів посіву із ран, крові, сечі, бронхіального секрету і т.п. При виявленні *S. aureus* MRSA призначати ванкоміцин або рифампіцин.

Розроблені методи лікування кишкових нориць, адекватна комплексна терапія дозволили знизити смертність до 10-12 % при високих несформованих норицях.

УДК 617.55-007.43:616-07-002:616.33

**В.В. Жебровський, Ф.М. Ільченко, О.Г. Лунін,
І.В. Каминський**

АНТИБІОТИКИ У ПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНЬ З БОКУ РАНИ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ГРИЖ ЖИВОТА

Кримський державний медичинський університет

Нагноєння післяопераційної рани – основна причина рецидивів гриж передньої черевної стінки. У зв'язку з цим профілактика інфікування рани при операціях з приводу гриж живота має велике значення. У хворих з первинними грижами, при котрих грижесічення відносять до “чистих” операцій, одноразове введення антибіотиків зараз же перед операцією з метою попередження ускладнень з боку рани досить обгрунтоване, оскільки воно основане на понятті “періоду незахищеності” (Maels) (іншими словами періоду самої операції), протягом якого повинна утворюватися максимальна концентрація препарату в ділянці операційної рани, що попереджує ймовірне інфікування.

При післяопераційних та рецидивних вентральних грижах (ПВГ) в ділянці грижових воріт (ГВ) у 50-60 % хворих, за даними гістологічних досліджень, відсічених під час операції тканин, виявляються вогнища хронічного запалення (ВХЗ) та “дрімаюча інфекція”, іноді і при відсутності їх клінічних проявів. У

цьому стані, у зв'язку з високим ризиком інфікованості цих вогнищ, показані терапевтичні, а не профілактичні режими призначення антибактеріальних засобів. Але антибіотикотерапія до операції повинна бути строго обґрунтованою, оскільки багаторазове введення антибіотиків при планових операціях може супроводжуватись такими ускладненнями, як токсичні та алергічні реакції, імунодепресія та ін., що несприятливо відображується на перебізі післяопераційного періоду у цілому.

У даній роботі розглянуті особливості раціонального призначення антибіотиків у хворих з ПВГ на підставі діагностики ВХЗ в ділянці грижі за даними термографічного (КТ) та ультразвукового (УЗД) дослідження передньої очеревинної стінки (ПОС). Підставою до застосування термографії для діагностики ВХЗ у хворих з ПВГ було те, що це – один з сучасних неінвазивних методів дослідження, що дозволяє діагностувати запальний процес у тканинах (Возіанов О.Ф та співавт., 1993; Зеновко Г.І., 1998). При УЗД можливе з'ясування структури та топографії цього запального вогнища.

Обстежено 53 хворих з ПВГ. З них 39 – жінки, 14 – чоловіки. У 12 хворих грижі були середніми, у 35 – обширними, у 6 – гігантськими. Причиною утворення грижі у 37 хворих було нагноєння рани. Для КТ застосовували комплекс “SIT-INFRA-П”. УЗД проводили на апараті фірми “SIEMENS” датчиками 3,5-5 МГц. При КТ проводили локально-проекційне дослідження ділянки грижі та оточуючих її тканин з описом термоморфологічних і термофункціональних показників. У разі виявлення патологічної гіпертермії в ділянці ПОС оцінювали вираженість запального процесу за градієнтом температур у симетричних кутках країв грижових воріт (ГВ) ($\Delta T C^\circ$).

За даними КТ, залежно від виразності запального компонента у тканинах грижових воріт відокремлені чотири групи хворих з ПВГ: з відсутністю запальних змін, а також незначним, помірним та вираженим їх проявом. Ознаки ВХЗ були відсутніми у 6 хворих. Утворення ПВГ у цих хворих не було пов'язане з нагноєнням рани. Ступінь прояву запального компонента характеризувався $\Delta T C^\circ$ у симетричних кутках грижових воріт справа та зліва у межах $1,2 \pm 0,1$. Після фільтрації зображення контури цих кутків гіпотермії на термограмі та їх розміри відповідали формі та розмірам грижового дефекту за клінічними даними та даними УЗД. Незначно виражений запальний компонент в ділянці ГВ виявлено у 18 хворих. Нагноєння рани та лігатурні нориці існували перед появою ПВГ в цій групі у 9 хворих. У зоні грижових воріт при КТ визначались 1-2 локальних вогнищ гіпертермії з $\Delta T C^\circ 2,1 \pm 0,3$. У 17 хворих мав місце помірно виражений запальний компонент в ділянці грижі. Формування гриж у цих хворих супроводжувалось нагноєнням рани, появою лігатурних нориць, інфільтратом післяопераційної рани, тривалою наявністю сером. В ділянці грижі при КТ були в наявності одиночні або множинні кутки гіпертермії вогнищового або дифузного характеру, різноманітних розмірів та локалізації з $\Delta T C^\circ$ до $2,9 \pm 0,7$. У 11 хворих з ПВГ, з подібною клінічною та термографічною характеристикою, $\Delta T C^\circ$ склав $3,4 \pm 0,4$, що характеризувало виражені запальні зміни в ділянці грижі.

Ці дані дозволили обґрунтувати показання до вибору засобу застосування антибіотиків у хворих з ПВГ до операції. При відсутності або незначній вираженості запального компонента по краях ГВ проводили антибіотикопротекцію шляхом введення добової дози цефалоспоринів за 30–60 хвилин до операції. При виражених запальних змінах у тканинах призначали антибіотикотерапію. Проводили 4–5 сеансів внутрішньоорганного електрофорезу з антибіотиками цефалоспоринового ряду. Після закінчення курсу антибіотикотерапії проводили повторну КТ. Ця методика була апробована у 28 хворих. З них $\Delta T C^{\circ}$ знизився до $1,9 \pm 0,9$ у 21 хворого. У 5 хворих курс електрофорезу з антибіотиками був продовжений, оскільки визначався $\Delta T C^{\circ}$ ГВ більш ніж $2,1 \pm 0,3$, що свідчило про збереження вираженого запального процесу у тканинах ділянки грижі. У 2 хворих ця методика антибіотикотерапії була неефективною. За даними УЗД в цих випадках були виявлені ознаки обмежених абсцесів, що потребувало їх хірургічної санації. Після операції антибіотики застосовувались за традиційними схемами.

У порівнянні з результатами лікування другої групи хворих з ПВГ, де антибіотикотерапія не застосовувалась, ускладнення з боку рани в обстеженій групі хворих спостерігались рідше, їх кількість знизилась з 15,7 до 12,3 %. З 7 пацієнтів з ускладненнями у 5 хворих була серома, у 1 – гематома, у 2 – лігатурна нориця. Нагноєння рани не було.

Таким чином, диференційований вибір засобу застосування антибіотиків до операції у хворих з ПВГ з врахуванням даних КТ та УЗД є патогенетично обґрунтованим, практично доцільним та сприяє зниженню частоти гнійно-запальних ускладнень з боку рани після грижосічення.

УДК 616.37-002.4-085+615.281

І.О. Ковальська

АНТИБІОТИКИ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Центр хірургії печінки, жовчних шляхів та підшлункової залози,
Національний медичний університет ім.О.О. Богомольця, м. Київ*

Вступ. Неухильне збільшення кількості хворих деструктивним панкреатитом, велика частота різноманітних внутрішньоочеревних та екстраабдомінальних ускладнень визначають актуальність проблеми антибактеріальної терапії та антибіотикопротекції при панкреонекрозі [ПН]. Основними шляхами інфікування панкреатичних некрозів є транслокація кишкової мікрофлори, поширення інфекції з жовчних шляхів, ранні та неадекватні оперативні втручання. Питання про раціональне застосування антибіотиків в останні

роки набуває великої значимості в зв'язку з використанням багатократних програмних втручань [1-3]. Ці оперативні втручання є додатковим чинником ризику інфікування при ПН. Варто враховувати і ту обставину, що застосування сучасної інтенсивної терапії дозволило знизити летальність у гостру фазу панкреатиту (панкреатогенний шок), однак при цьому зросла можливість формування різних гнійно-септичних постнекротичних ускладнень ПН [1,2,5].

Мета: показати оптимальні препарати із групи антибіотиків у комплексному лікуванні гострого деструктивного панкреатиту [ГДП].

Завдання – визначити антибіотики вибору при ГДП, основні напрямки його дії.

Матеріали і методи. Досліджували наступні напрямки: 1) деконтамінація кишечника за допомогою пероральних антибактеріальних і антифунгіцидних засобів, що діють переважно в просвіті кишки; 2) використання антибактеріальних препаратів, що селективно накопичуються у вогнищах некрозу підшлункової залози (ПЗ); 3) характер та якісний склад мікрофлори панкреатичних некротів та випоту черевної порожнини, отриманих під час операцій. Для рішення поставленої задачі досліджувана група хворих із 87 пацієнтів з ГДП одержувала лікування в зазначених напрямках.

Результати досліджень та їх обговорення. Сприятливі умови для розвитку панкреатичної інфекції визначаються наявністю некротичних тканин різної локалізації, масштабом некротичного ураження, характером кровопостачання тканин. При дослідженні мікробіологічного спектра панкреатичних некротів та випоту черевної порожнини патогенна мікрофлора виявлена у 58,6 % хворих: діагностовано інфікований некротичний панкреатит у 38 хворих, абсцес підшлункової залози та нагноєння постнекротичної кісти у 15 хворих. При цьому виявлена перевага мікроорганізмів кишкової мікрофлори (*E.coli* в 25,2 %, *Klebsiella spp.*-25,4 %, *Pseudomonas aer.* –11,1 %), полімікробна культура зустрічалася значно частіше, ніж мономікробна, також у 8,8 % висівалась *Candida albicans*. Виділення при ГДП мікроорганізмів, характерних для колонізаційного спектра товстої кишки, є вагомою основою для ствердження, що мікрофлора кишкового тракту в умовах його парезу і ушкодження бар'єрної функції – одне з основних джерел інфікування некротизованої тканини ПЗ (також транслокація мікрофлори може відбуватися трансмурально, гематогенним і контактним шляхами з дванадцятипалою кишкою або біліарного дерева) [4, 5].

При оцінці накопичуваності антибіотиків в тканині ПЗ з'ясувалося, що найкраще проникають у вогнища некротів метронідазол (99 %) і пефлосаксин (89 %), а гірше усього аміноглікозиди (13 %). Згодом показаний ріст проникнення пефлосаксину, імipенему і метронідазолу у вогнища некрозу [1,3,4]. Особливо ефективно внутрішньовенне введення імipенему в дозах 0,5 грама 3 рази на добу (кожні 8 годин) або абакталу в дозах 0,8 г 2 рази (кожні 12 годин).

У порівнянні з групою, що не одержувала препарати за схемою (де летальність була близько 30 %), у групі з такою схемою лікування летальність була 12,2 %.

Висновки. Діагноз ГДП є абсолютним показанням для призначення антибактеріальних препаратів, які створюють ефективну бактерицидну концентрацію в зоні ураження і діють на етіологічно значимих збудників. Очевидним є комбінація двох напрямків профілактики інфікування некрозів ПЗ та лікування хворих з ГДП: деконтамінація кишечника (за даними мікробіологічних досліджень антибактеріальні препарати повинні охоплювати різні грамнегативні та грампозитивні аеробні та анаеробні мікроорганізми) та придушення флори в крові і вогнищах некрозу, з обліком висівальності із вогнищ некрозу. Обмеження площин панкреатичних та парапанкреатичних некрозів є важливим моментом профілактики гнійних ускладнень. Антибіотиками вибору при ГДП треба вважати карбапенеми, цефалоспорины III та IV поколінь + метронідазол; фторхінолони + метронідазол; захищені уреїдопеніциліни (піперацилін/тазобактам).

ГДП – фактор ризику розвитку грибової суперінфекції, а це визначає необхідність включення антифунгальних препаратів (флуконазолу) в програму лікування цієї групи хворих.

Література

1. Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Бурневич С.З., Гельфанд Е.Б., Брюхов А.Н., Бражник Т.Б. Антибактериальная терапия при отдельных формах абдоминальной хирургической инфекции /Медиа Медика: Москва, 2000.–С.3-6
2. Земсков В.С., Ковальская И.А., Крючина Е.А. Современные подходы к лечению острого панкреатита /Клінічна хірургія. – 1999. –№ 11.– С. 5-8.
3. Саенко В.Ф., Ломоносов С.П., Зубков В.И., Андреевцев С.А., Горшевикова Э.В. Антибактериальная терапия больных с инфицированным некротическим панкреатитом /Клінічна хірургія. – 2000. – №8. –С. 5-8.
4. Ho H.S., Frey C.F. The role of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis. Arch Surg 1997; 132: 487-93.
5. Gianotti L, Munda R, Gennari R. et al. Effect of different regimens of gut decontamination on bacterial translocation and mortality in experimental acute pancreatitis. Eur J Surg 1995; 161[2]: 85-92.

УДК. 617.55-089-084-085.33

Б.О. Матвійчук, Й.Г. Голик, І.А. Ритвинський, Ю.Й. Голик

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКАВНЕВІДКЛАДНІЙ АБДОМІНАЛЬНІЙХІРУРГІЇ

Львівський медичний університет ім. Данила Галицького

Гнійно-запальні ускладнення після ургентних операційних втручань на органах черевної порожнини залишаються складною і не до кінця вирішеною проблемою. Частота ускладнень складає від 7,2 до 17 % [1]. Крім подовженого ліжкодня, вони негативно впливають на загальне самопочуття пацієнта, на

процес лікування взагалі і вимагають значних матеріальних затрат як для лікувальної установи, так і для самого пацієнта. У багатьох клініках впродовж останніх років набула широкого застосування антибіотикопротифілактика нагнійних ускладнень.

Особливо потребують такої протифілактики ургентні пацієнти з патологією органів черевної порожнини, оскільки значна частина з них – особи похилого і старечого віку з різноманітною супутньою патологією і зниженим імунним захистом.

Але зводити всі протифілактичні заходи до одного введення антибіотиків є неправильним. Дуже важливим є суворе дотримання правил асептики і антисептики в операційних, нетравматичне і недовготривале виконання оперативних втручань та заходи по підвищенню імунного захисту пацієнта [4].

У поданій роботі наведені дані про застосування антибіотиків з протифілактичною метою пацієнтам, які лікувалися в хірургічній клініці ФПДО на базі 1-го хірургічного відділу ЛШМД м. Львова в 2000 році. Протифілактична антибіотикотерапія проводилася 385 пацієнтам, яких прийняли у відділ у невідкладному порядку [з гострим холециститом – 78 пацієнтів, перфоративною виразкою шлунка і дванадцятипалої кишки – 39, кишковою непрохідністю – 24, гострим апендицитом – 190, защемленою грижею – 54]. Чоловіків було 212, жінок – 173 у віці від 16 до 86 років.

Залежно від умов оперативні втручання поділяли на: чисті [78,20,2 %], умовно чисті [86, 22,3 %], забруднені [182, 47,4 %] і брудні [39, 10,1 %]. Всім пацієнтам застосовували антибіотики цефалоспоринового ряду внутрішньовенно і метронідазол. Пацієнтам з групи чистих і умовно чистих операцій першу дозу (1,0) антибіотика вводили на операційному столі до розтину шкіри, другу (1,0) – перед зашиванням черевної стінки. Пацієнтам з групи забруднених і брудних операцій, крім антибіотиків, двічі вводили по 100 мл метрогілу. Така схема введення антибактеріальних препаратів дала можливість утримувати необхідну їх концентрацію в організмі пацієнта впродовж всієї операції. Пацієнтам двох останніх груп введення антибактеріальних препаратів мало не тільки протифілактичний, але й лікувальний характер.

Контролем ефективності антибіотикопротифілактики служила оцінка ретроспективного аналізу історій хвороб пацієнтів з аналогічною патологією, оперованих у 1999 році.

Якщо до застосування антибіотиків в групах чистих і умовно чистих операцій гнійно-запальні ускладнення спостерігалися 0,9-1,3 % випадків, а в групах забруднених і брудних від 6,4-18 %, то після антибіотикопротифілактики в перших групах ускладнень не було, а в двох останніх їх кількість зменшилась: у забруднених – до 3,3 %, а в брудних – до 9,2 %.

Крім антибіотикопротифілактики надавали важливе значення нетравматичному і нетривалому проведенню оперативних втручань та використанню відповідного шовного матеріалу. В клініці відмовилися від кетгуту як шовного матеріалу і широко використовується тільки синтетичний, широко проводиться

промивання рани розчином фурациліну після зшивання апоневрозу. При цьому завжди вимиваються дрібні згустки крові і від'єднані часточки підшкірної жирової клітковини, які можуть бути добрим середовищем для розвитку гнійно-запального процесу.

Висновки. 1. Застосування антибіотикопрфілактики гнійно-запальних ушкоджень зменшує їх частоту в 2-3 рази. 2. Суворе дотримання правил асептики і антисептики, щадне оперативне втручання, промивання рани перед зашиванням шкіри є важливим запобіжним заходом розвитку гнійно-запальних ускладнень. 3. Застосування препаратів, які покращують реактивність організму, ослабленим і похилим пацієнтам є також важливим заходом прфілактики гнійно-запальних ускладнень після операції.

Література

1. Подильчак М.Д., Огоновский В.К. Некоторые вопросы профилактики гнойно-воспалительных осложнений после операции на органах брюшной полости /Клиническая хирургия. – 1990.–№ 1.– с. 60-63.
2. Хлебников Е.П., Блатун Л.А., Макаренко Р.В., Елагина Л.В., Куциди Е.В. Антибиотико-профилактика в плановой хирургии /Антибиотики и химиотерапия.– 1990.–Т. 36, № 5.–с. 42-43.
3. Саенко В.Ф., Голопыхо Л.М., Викторов А.П. Антибиотикопрфилактика в абдоминальной хирургии / Клиническая хирургия – 1992.– № 2.– с. 54-57.
4. Вишневикий В.А., Яковлев В.П., Ахмедов С.М., Макаренко Р.В. Новый способ антибиотико-профилактики в хирургии печени /Антибиотики и химиотерапия. – 1993.–Т. 38, № 6.–с. 51-55.

УДК 616-053.2/5.616[-078.617.55-089

**О.А. Данилов, В.Ф. Рибальченко, М.І. Юрченко, О.М. Урін,
Н.В. Науменко, О.П. Кузьменко, О.М. Горбатюк, О.А. Марусов,
А.О. Нех**

МІКРОБНИЙ МОНІТОРИНГ ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ВАБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ ДІТЕЯ ЧОГОВІКУ

*Київська медична академія післядипломної освіти ім П.Л. Шупика,
Київська міська дитяча клінічна лікарня №1*

Раціональний вибір антибактеріальних препаратів для лікування хворих дітей з хірургічною патологією (невідкладною та плановою) має важливе клінічне та економічне значення, оскільки антибіотики відносяться до найбільш широко використовуваних лікарських засобів.

Проте, незважаючи на значні успіхи клінічної мікробіології, етіотропна раціональна антибактеріальна терапія в початковому періоді залишається емпіричною. Підґрунтям призначення емпіричної на початковому етапі антибактеріальної терапії є природні дані чутливості мікроорганізмів до антибіотиків без урахувань шпитальної резистентності до різних груп. Природний процес

селекції мікроорганізмів під дією антибактеріальних препаратів призводить до втрати чутливості з розвитком резистентних штамів.

На сьогоднішній день доцільним та раціональним є проведення моніторингового мікробіологічного контролю флори у хворих, а також внутрішньошпитального обстеження з врахуванням структури відділень (хірургічного та інтенсивної терапії).

В роботі наведений досвід хірургічного лікування 596 хворих, із яких у 550 проведених ургентні операції з приводу деструктивного апендициту, та 46 з хворобою Гіршпрунга та атрезією ануса і прямої кишки.

Гострий гнійний процес черевної порожнини (апендицит та перитоніт) на початковому етапі передопераційної підготовки потребує введення антибактеріального препарату, а тому ефективність базисного антибактеріального препарату впливає на результати лікування.

Всі хворі підлягали комплексному моніторинговому мікробіологічному обстеженню (плановим хворим мазки з зів та носа, сеча та кал на патогенну флору, а ургентним хворим під час операції – вміст черевної порожнини).

У 46 планових хворих з вродженими вадами розвитку товстої та прямої кишок патогенної флори не виділено. Ми маємо досвід використання таких антибіотиків: цефалоспориної (2,3 генерації) за 30' до операції + метронідазол на початку операції + нетромідин. Курс антибактеріальної терапії до 10 діб, ускладнень не спостерігали.

За результатами моніторингового мікробіологічного обстеження в ургентних хворих: апендицит, деструктивний апендицит, апендикулярний перитоніт – встановлено, що у 43,63 % досліджень патогенна флора не виділена. Мікрофлора ідентифікована у 56,37 % всіх обстежених хворих. Залежно від груп встановлений відсоток ідентифікованої флори, так в I-й групі з гострим апендицитом у 8,7 %, в II-й групі з деструктивним апендицитом у 100 %, в III-й групі з перитонітом апендикулярного характеру у 57,14 %. Встановлено також наступний відсоток патогенної флори – E.Coli 51,61 %, λ гемолітичний стрептокок 38,71 %, Стрептокок Fecalis 9,68 %.

При вивченні чутливості мікрофлори до антибактеріальних препаратів встановлена найбільша чутливість до препаратів цефалоспоринів (2,3,4 генерацій) і аміноглікозидів, а менша – до напівсинтетичних пеніцилінів.

Використовували антибактеріальну терапію. При гострому апендициті індивідуально – цефазолін/гентаміцин залежно від мезаденіту. Деструктивний апендицит з обмеженим перитонітом – цефалоспориної (2,3) + метронідазол. Поширений перитоніт-цефалоспориної (2,3) + метронідазол + гентаміцин.

Таким чином, велика кількість посівів без росту свідчить не про стерильність ексудату, а про необхідність застосування нових спеціальних методик дослідження. Антибактеріальна терапія цефалоспоринів та аміноглікозидів на сучасному рівні дозволяє знизити рівень післяопераційних ускладнень та бути економічно вигідною.

В.Н. Чернов, Б.М. Белик

НОВЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ И РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННОГО ГНОЙНОГО ПЕРИТОНИТА

Ростовский государственный медицинский университет, Россия

Клинический анализ касается 167 больных 16-78 лет с распространенным гнойным перитонитом (РГП), программа исследований у которых на разных этапах лечения включала комплекс иммунологических (определение в содержимом тонкой кишки концентрации секреторных иммуноглобулинов), бактериологических (содержимое тонкой кишки, экссудат брюшной полости, портальная и системная венозная кровь), морфологических и электронно-микроскопических (на материале краевых биопсий печени, взятых во время операции, и на материале срочных аутопсий) исследований. Общая послеоперационная летальность составила 18,0 % (умерли 30 больных).

Проведенными исследованиями установлено, что развитие РГП и нарастание тяжести эндотоксикоза у больных последовательно определяют нарушение барьерной функции тонкой кишки на фоне угнетения факторов секреторного иммунитета ее слизистой оболочки и избыточной бактериальной колонизации просвета тонкой кишки, массивной транслокации симбионтной микрофлоры из гастроинтестинального тракта в брюшную полость и портальное кровеносное русло, повреждение ретикулоэндотелиального барьера (РЭБ) печени, "прорыв" инфекционно-токсических агентов в системную гемодинамику с развитием токсико-септического шока (ТСШ) и органических расстройств. При этом бактериальный спектр перитонеального экссудата, портальной и системной венозной крови в полной мере определяется поступающими из просвета кишечника микроорганизмами.

Анализ полученных результатов позволил нам выделить три стадии РГП.

I стадия РГП – реактивная (отражает реакцию организма на начальном этапе развития абдоминальной инфекции). Патогенетически ей соответствуют достаточная состоятельность барьерной функции тонкой кишки и печени, отсутствие признаков транслокации симбионтной микрофлоры во внутренние среды организма. Отличительный клинический признак этой стадии – отсутствие пареза кишечника.

II стадия РГП – стадия острой энтеральной недостаточности. Патогенетически ей соответствуют повреждение барьерной функции тонкой кишки и достаточно высокий уровень транслокации симбионтной микрофлоры из просвета кишечника в полость брюшины и портальное кровеносное русло (наличие портальной бактериемии установлено в $(32,4 \pm 4,4)$ % наблюдений). Отличительный клинический признак этой стадии – стойкий парез кишечника.

III стадия РГП – стадия токсико-септического шока и полиорганной недостаточности. При этом в зависимости от степени дисфункции основных органов и систем у больных с РГП выделяем стадию III А (компенсации) и стадию III Б (декомпенсации). Патогенетически III стадии соответствуют несостоятельность барьерной функции тонкой кишки, массивная транслокация симбионтной микрофлоры из просвета кишечника во внутренние среды организма, повреждение РЭБ печени, “прорыв” инфекционно-токсических агентов в системную гемодинамику с развитием ТСШ и органических нарушений (наличие портальной бактериемии установлено в $(65,9 \pm 4,3) \%$ наблюдений, системной бактериемии – в $(34,1 \pm 4,2) \%$ наблюдений). Патогномичный клинический признак этой стадии – паралич кишечника, рефрактерный к медикаментозной стимуляции.

Обязательным компонентом лечебной программы у больных с РГП, наряду с хирургическим вмешательством и интенсивной терапией (включая методы энтеральной, интра- и экстракорпоральной детоксикации), являлась рациональная антибактериальная терапия. В стратегическом плане после хирургического устранения источника перитонита задача антибактериальной терапии заключалась в лечении резидуальной инфекции и профилактике реинфицирования брюшной полости симбионтной микрофлорой в условиях нарушенной барьерной функции кишечника. При этом у больных с РГП наиболее эффективным являлось проведение антибактериальной терапии в комплексе с назоинтестинальным дренированием тонкой кишки, методами активной энтеральной детоксикации (кишечным лаважом, энтеросорбцией, интестинальным введением лекарственных смесей) и внутрипортальной трансфузионной терапией.

При выборе схемы антибактериальной терапии у больных с РГП всегда соблюдали принцип этапности лечения. В качестве средств первоначальной терапии назначали препараты широкого спектра действия с учетом стадии и клинического течения заболевания, идентификации локализации и характера первичного очага инфекции, предполагаемой при этом микрофлоры и прогнозируемой чувствительности возбудителя к антибиотикам. При проведении эмпирической антибактериальной терапии, как правило, использовали комбинацию аминогликозида с бета-лактамным антибиотиком или линкозаминами с присоединением антианаэробного препарата имидазолового ряда. В ряде клинических ситуаций при наиболее тяжелых формах абдоминальной хирургической инфекции проводили монотерапию с использованием новых высокоэффективных антибактериальных препаратов широкого спектра действия – защищенных антисинегнойных пенициллинов (тазобактам), цефалоспоринов III поколения, карбапенемов (имипенем, меропенем), гликопептидов (ванкомицин) либо в комбинации одного из этих препаратов с антианаэробным средством. Первую коррекцию избранной схемы терапии осуществляли спустя 24–36 часов после забора исследуемого материала на основании данных антибиотикограммы, повторную – на 3–4 день после полной бактериологической идентификации возбудителя и уточнения антибиотикограммы. Учитывая высокую степень инфицирования портального кровеносного русла симбионтной

микрофлорой у больных со II-III стадиями РГП, у этой категории пациентов, наряду с традиционным парентеральным (внутривенным) введением антибактериальных препаратов, осуществляли также их внутрипортальное введение посредством трансумбиликальной катетеризации воротной вены.

Таким образом, выбор программы рациональной антибактериальной терапии у больныхс РГП должен проводиться с учетом клинической стадии заболевания. При этом наиболее эффективным у больныхс РГП является проведение антибактериальной терапии в комплексе с назоинтестинальным дренированием кишечника, методами активной энтеральной детоксикации (деконтаминации) и внутрипортальной трансфузионной терапией.

УДК 617.52-001/-002]-089

**О.О. Тимофеев, О.П. Весова, О.В. Горобець, В.В. Камінський,
В.Л. Леснухін, Жеззіні Аднан Аббас, Д.В. Мельничук,
С.В. Вітковська, М.В. Ковальов, Д.О. Зиков**

ЛКУВАННЯ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТРАВМАТИЧНИХ УШКОДЖЕНЬ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ

Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика

Аналіз історій хвороб осіб, що звернулися в клініку щелепно-лицевої хірургії Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика для надання невідкладної спеціалізованої стоматологічної допомоги з 1996 по 2000 роки, показав, що якщо в середині 60-х років в клініці лікувалося 38 % хворих з гострими запальними захворюваннями та 18 % з травматичними ушкодженнями, то в 1986 році їхня кількість становила, відповідно, 67 % та 16 %, а в 2000 р. – 72 % та 21 % хворих. Серед усіх пацієнтів, що звернулися в клініку, в стаціонар із запальними захворюваннями в 2000 році було госпіталізовано 39 % хворих. З них: з гострим процесом – 29 %, з хронічними запальними процесами – 10 %.

В останні роки відмічено ріст хворих із хронічними запальними захворюваннями, що можна пояснити зміною характеру мікрофлори та розвиненням стійкості мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, які донедавна вважались антибіотиками резерву.

Поширення високопатогенних та стійких до антибіотиків мікроорганізмів призводить до виникнення важких форм запальних захворювань щелепно-лицевої ділянки, що супроводжувались клінічно вираженою інтоксикацією, порушенням імунологічного статусу організму, які проявляються дуже низьким вмістом гуморальних та клітинних факторів імунітету, сприяють розвитку грізних ускладнень (сепсис, медіастиніт, тромбофлебіт та ін.).

Причинами росту кількості хворих із запальними захворюваннями щелепно-лицевої ділянки, на нашу думку, є:

- пізня звертальність, що пов'язана із недостатньою санітарно-просвітницькою роботою серед населення;
- помилки на догоспітальному етапі лікування, а нерідко – і самолікування;
- стереотип, що встановився в призначенні медикаментозної терапії (пеніцилін, стрептоміцин, сульфадиметоксин, норсульфазол та ін.);
- пізня діагностика захворювань та розвинувшися ускладнень, а, відповідно, і неправильна тактика лікування.

В комплексну терапію гнійно-запальних захворювань необхідно включати оперативне втручання (видалення “причинного” зуба, розкриття гнійника, секвестректомію та ін.), дезінтоксикацію, антибіотики (визначаючи характер мікрофлори та її чутливість до хіміопрепаратів), сульфаніламідів пролонгованої дії, імунотерапію (трофосан, лізоцим та ін.), специфічну та неспецифічну гіпосенсибілізуючу терапію, симптоматичне та фізіотерапевтичне лікування.

Незважаючи на успіхи, досягнуті в лікуванні зламів нижньої щелепи, кількість запальних ускладнень коливалась від 11 % (в 1970 р.) до 18 % (в 2000 р.). Ефективність впливу протимікробних препаратів на патогенну мікрофлору значно знизилась, тому ми спробували з'ясувати причину та механізм розвитку запального ускладнення. Відомо, що одним з факторів, які сприяють розвитку посттравматичного остеомієліту нижньої щелепи, є терміни звертання хворих за спеціалізованою допомогою. Чим пізніше від моменту травми потерпілих приймають в стаціонар, тим частіше в них виникають ускладнення. Але помічено, що й навіть у хворих, госпіталізованих в перші дні після травми, також нерідко розвивається посттравматичний остеомієліт.

Значну роль у розвитку посттравматичних ускладнень відіграє неточна (невірна) репозиція кісткових уламків та слабка міжщелепова їх фіксація, відмова від проведення (навіть за показаннями) хірургічного методу лікування переломів або використання для остеосинтезу замість сучасних матеріалів (титанові мініпластини) – застарілих (спиця Кіршнера, дріт з титану та нержавіючої криці та ін.). Слід так само звертати увагу на правильність вибору методу лікування перелому, своєчасність зняття міжщелепової гумової фіксації або апарата, фіксуючого фрагменти щелеп. Раннє зняття фіксації та шинуючого пристрою збільшує кількість інфекційних ускладнень. До інфікування гематоми, яка знаходиться між кістковими уламками, призводять наявність зуба в щільній зламу, а також зяюча комірка після видалення зуба. Після видалення зуба з лінії перелому необхідна ретельна хірургічна обробка післяопераційної рани. При пошкодженні нижньої щелепи в ділянці кута може виникнути інтерпозиція (впровадження) жувальних м'язів, що призводить до з'являння уламків та наявності щільності між кістковими фрагментами. Вміст ротової порожнини (слина, мікроорганізми та ін.) стікає по кісткових поверхнях в глибину рани. Інфікуванню кісткової рани сприяють також вогнища хронічної одонтогенної інфекції (зруйновані та пародонтитні зуби, пародонтит, назубні

відкладення та ін.). При наявності цих вогнищ інфекції посттравматичний остеомієліт виникає значно частіше, ніж у хворих з санованою порожниною рота. Частота посттравматичних запальних ускладнень має пряму залежність від виду (уламковий або лінійний злам) та характеру пошкодження нижньої щелепи (розрив судинно-нервового пучка), ступеня зміщення кісткових фрагментів, стану оточуючих м'яких тканин (відкриті переломи значно частіше інфікуються), а також від порушення потерпілими лікарняного режиму в період лікування та гігієнічного стану порожнини рота.

Відзначено, що поєднана черепно-мозкова травма несприятливо відбивається на перебізі посттравматичних ускладнень. Практично майже у кожного третього (30 %) хворого розвиваються посттравматичні ускладнення. Останні частіше виникали у хворих похилого та старечого віку, а також потерпілих із супутньою патологією (серцево-судинні та професійні захворювання, цукровий діабет, злоякісні пухлини будь-якої локалізації та ін.), при хронічній інтоксикації алкоголем та у наркоманів.

Використання для медикаментозного лікування антибіотиків широкого спектра дії сприяє попередженню виникнення посттравматичних запальних ускладнень, але тільки за умови проведення адекватного місцевого лікування та правильного відношення до зуба, що знаходиться в лінії зламу. Для профілактики ускладнень ми широко використовуємо засоби, які підвищують імунологічну резистентність організму (трофосан, лізоцим, біокальцевіт та ін.), фізіотерапевтичні методи лікування (електро- та фонофорез, міліметрове електромагнітне випромінювання, озокерит та ін.). Для регенерації пошкоджених нервів використовуємо вітчизняний препарат – кверцетин. За показаннями проводили хірургічні методи лікування переломів щелеп з використанням мініпластин з титану та титану, вкритого окисом алюмінію або кєрґапом. Порошок та гранули кєрґапу в чистому вигляді, а також спільно із антибіотиками та сріблом з успіхом використовуються для заповнення кісткових посттравматичних дефектів щелеп при видаленні зуба з лінії зламу та проведенні хірургічної обробки кісткової рани. Для лікування гнійних ран м'яких тканин ми широко використовуємо вітчизняні багатокомпонентні мазі (нітацид, стрептонітол, офлокаїн, мірамістин, пантестин та ін.).

Використання комплексної терапії дозволило скоротити строки перебування хворих в стаціонарі, знизити кількість випадків переходу гострих процесів в хронічні, запобігти виникненню рецидивів захворювань та розвитку посттравматичних ускладнень.

А.В. Макаров, М.С. Уманець, А.Ю. Ващенко, М.М. Уманець

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЗАЦЕМЛЕНИМИ ДІАФРАГМАЛЬНИМИ ГРИЖАМИ З ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

*Інститут хірургії та трансплантології АМН України,
КМАПО ім. П.Л. Шупика*

Узагальнений досвід хірургічного лікування зацемлених діафрагмальних гриж (ДГ) за період 1997-2000 рр. Всього за цей період прооперовано 602 хворих з ДГ різної локалізації, в тому числі з приводу грижі стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) – 558 (92,5 %), травматичні ДГ купола діафрагми – 31 (5,3 %), парастернальні грижі щілини Ларрея – 13 (2,25 %).

Зацемлення ГСОД встановлено у 2-х хворих, при травматичних ДГ у 12 хворих. У 1-го хворого спостерігали ізольоване зацемлення сальника при парастернальній грижі щілини Ларрея.

Зацемлення при травматичних ДГ наставало в строки від 9 днів до 40-ка років з моменту отримання різного роду травм. При цьому у всіх хворих цієї групи був розрив лівого купола діафрагми.

Клінічні ознаки при зацемленні ДГ різноманітні і залежать від того, який орган змістився до грудної порожнини, ступеня його здавлення в грижових воротах, наявності перфорації порожнистого органа. Найбільш загрозливою, як ми переконалися, є перфорація шлунка в плевральну порожнину, коли хворі госпіталізуються в стані плевропульмонального шоку і підлягають лікуванню від неіснуючих у них захворювань: інфаркту міокарда, тромбозу мезентеріальних судин, кишкової непрохідності, гідропневмотораксу, легеневої кісти з проривом в плевральну порожнину, раку легенів з розпадом тощо.

Своєчасна діагностика та здійснення термінової операції – єдино можливі засоби збереження життя хворого. Помилки в діагностиці цього складного хірургічного захворювання призводять до непередбачених наслідків.

Ефективність хірургічного втручання залежить від вибору хірургічного доступу, послідовності його виконання, адекватного дренивання плевральної та черевної порожнин, середостіння, а також проведення інтенсивної антибактеріальної терапії.

Ми застосовували такі доступи: торакальний у 8-ми хворих, торакоабдомінальний у 4-х, абдомінальний у 3-х.

Із 6-ти хворих з зацемленням шлунка спостерігали перфорацію шлунка в ліву плевральну порожнину. Цим хворим виконано резекцію шлунка в межах здорових тканин з подальшим низведенням кукси шлунка в черевну порожнину.

У 2-х хворих з защемленням товстої кишки, в тому числі з ріхтерівським защемленням і перфорацією, каловою емпіємою виконано резекцію товстої кишки з анастомозом “бік в бік”. У решти хворих проводили ревізію защемлених органів і при їх життєздатності низводили в черевну порожнину.

Пластику купола діафрагми виконували після висікання країв змінених тканин грижових воріт, уникаючи при цьому натягуванню та прорізуванню швів. Враховуючи термін заживлення діафрагми (30 діб), використовували шовний матеріал, що не розсмоктується. Операцію завершали широким дрениванням органів плевральної та черевної порожнин, середостіння з адекватним постійним зрошенням розчинами антисептиків.

В післяопераційному періоді, паралельно з загальноприйнятими заходами боротьби з шоком і інтоксикацією, парезом кишково-шлункового тракту проводили антибактеріальну терапію з імунокорекцією.

При тяжких септичних станах достатньо виправдана потужна антибактеріальна монотерапія, що проводиться відразу з моменту прийняття хворого в стаціонар до одержання результатів посіву і антибіотикограми з наступним переходом на комбіновану терапію антибіотиками, після верифікації збудника і визначення його чутливості.

У хворих з клінікою сепсису ми призначали антибіотик “Тіенам”, який є оптимальним і, на наш погляд, найбільш ефективним препаратом для проведення емпіричної сучасної антибіотикотерапії. Залежно від стану хворого призначали від 2-х до 4-х грамів на добу. Після виявлення збудника, визначення його чутливості в більшості випадків переходили на антибіотики цефалоспоринового ряду, чергуючи їх з гентаміцином.

Померло двоє хворих. В одного з них в анамнезі туберкульоз легенів, гіпоплазія нижньої частки лівої легені, серцево-легенева недостатність. В іншого хворого невчасно розпізнаний гнійний перикардит.

Лікування таких хворих проводиться у відділенні реанімації та інтенсивної терапії.

**Г.А. Васильев, И.П. Шлапак, Г.В. Буренко, Б.И. Паламарь,
А.А. Тихонов, П.С. Максименко, Т.И. Рябчун, П.А. Шпита,
В.М. Меллин, Ю.А. Супрун, В.Р. Антонив**

РАННЯЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика,
Национальный медицинский университет им. А.А. Богомольца, Киевская
городская клиническая больница № 3*

Современные достижения в интенсивной терапии значительно снизили частоту летальных случаев, обусловленных ранними сердечно-легочными осложнениями при тяжелых острых панкреатитах (ТОП), и сейчас лидирующей причиной тяжести заболевания и летальности стала вторичная панкреатическая инфекция (Lumsdem A., Bradley E.L., 1990; Wilson C., Imrie C.W., 1991). Вторичная инфекция (инфицирование некроза, абсцесс или инфицированная псевдокиста поджелудочной железы) присоединяется в 3-12 % всех случаев острого панкреатита (Bittner R. et al., 1987; Widdison A.L., Karanjia N.K., 1993; Beger H.G. et al., 1997). У больных с некротическим панкреатитом частота септических осложнений увеличивается до 40-70 %

(Widdison A.L., Karanjia N.K., 1993; Beger H.G. et al., 1997; Isenmann R., Buchler M.W., 1994). Присоединение вторичной инфекции при ТОП увеличивает летальность до 55-82 % (Schwarz M. et al., 1994; Luiten E.J.T. et al., 1995). Тем не менее, рациональность профилактического применения антибиотиков при ТОП дискутируется уже более полувека (Isenmann R., Buchler M.W., 1994; Pederzoli P. et al., 1993).

В данной работе проведен анализ историй болезни 368 больных с ТОП, лечившихся в отделении интенсивной терапии за последние 10 лет. Состояние больных в ближайшие 48 часов после поступления в отделение по шкале Рансона (Ranson J.H.C. et al., 1976) колебалось от 3 до 6 баллов, в среднем $3,70 \pm 0,81$. По шкале Глазго (Blamey S.L. et al., 1984; Balthazar E.J. et al., 1985) состояние больных при поступлении колебалось от 3 до 7 баллов, в среднем $3,91 \pm 0,93$. Оперативное вмешательство с целью дренирования общего желчного протока, панкреатнекрэктомия, удаление токсического экссудата, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства были осуществлены у 82 больных. Во время первой лапаротомии у всех больных проводился забор материала (экссудат брюшной полости, некротические ткани поджелудочной железы, жировая клетчатка забрюшинного пространства) на бактериологические исследования. У 24 (29,72 %) больных все пробы на бактериологические исследования оказались стерильными. Из 174 положительных проб в 126 пробах (72,41 %) были определены грамотрицательные аэробные микроорганизмы: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella*

и *Enterobacter* spp. В остальных пробах была выделена грамположительная флора (*Enterococcus faecalis*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*), только лишь в 4 пробах (3,1 %) внутрибрюшного экссудата были выявлены грибки (*Candida albicans*). При бактериоскопическом исследовании у 14 больных в пробах были выявлены кокки, которые в аэробных условиях на питательных средах не дали роста, что позволяет отнести их к анаэробным микроорганизмам. Мономикробная инфекция выявлена в 59 пробах (45,7 %), а в остальных 54,3 % случаев была культивирована полимикробная. Таким образом, наши исследования подтверждают данные других авторов, что вторичный воспалительный процесс при тяжелых острых панкреатитах чаще всего вызывается полиморфной микробной инфекцией и возможно в сочетании с анаэробной флорой. В связи с этим профилактическая антибактериальная терапия должна включать антибиотик или сочетание антибактериальных средств, воздействующие одновременно на грамотрицательную и грамположительную и анаэробную флору.

При выборе профилактической антибактериальной терапии при ТОП важно учитывать не только спектр антибактериального действия препаратов, но и их способность проникновения в ткань поджелудочной железы, а также принимать во внимание возможные побочные действия. С точки зрения спектра антибактериального действия препаратов и способности проникать в воспаленную ткань поджелудочной железы антибиотики можно разделить на 3 группы. 1-я группа – антибиотики, не достигающие эффективной концентрации в ткани поджелудочной железы при парентеральном введении (ампициллин, цефалоспорины первого поколения, аминогликозиды, цефуроксим). Во 2-ю группу входят препараты, достигающие бактерицидной концентрации в ткани поджелудочной железы, но эффективны они только лишь против отдельных микроорганизмов – мезлоциллин, пиперациллин, метронидазол, перфлорксацин, цефалоспорины третьего поколения (цефотоксим, отаксим, цефтазидим, цефтизоксим, цефатоксим). К 3-й группе можно отнести антибиотики, которые при парентеральном введении достигают эффективной концентрации в поджелудочной железе и оказывают бактерицидное действие на большинство возможных возбудителей: имипенем и фторхинолоны (Krewelow V. et al., 1993; Bassi C. et al., 1994).

Учитывая вышеизложенное, последние 5 лет у больных с ТОП, имевших при поступлении оценку по шкале Рансона или Глазго 3 и более балла, мы применяли раннюю внутривенную профилактическую антибиотикотерапию (139 больных). Фортум (имипенем+циластатин) по 500 мг каждые 8 часов был применен у 76 больных, а у 63 больных было применено сочетание цефтазидима (по 2 г каждые 8 часов) и метронидазола (по 500 мг через 6 часов). Превентивная антибиотикотерапия проводилась до 7-14 дней в зависимости от состояния больных и последующих результатов бактериологических исследований. Из всего числа больных (368 случаев) умерло 59 (16,03 %). Для сравнительного анализа была взята контрольная группа из 139 больных с идентичной тяжестью заболевания при поступлении по шкале Рансона и Глазго, одинаковым возрастом, полом, этиологией панкреатита и получавших такую

же терапию (коррекция водно-электролитного баланса, КЩР, парентеральное питание, постоянный назогастральный дренаж, антациды, блокаторы H₂-рецепторов, антиоксидантные препараты и пр.), но не получавших указанной превентивной антибиотикотерапии. Анализ показал, что в группе с профилактической антибиотикотерапией отмечается меньше септических осложнений (12,95 % в сравнении с 26,62 %, P<0,05), а также отмечается и меньшая летальность (9,35 % в сравнении с 17,99 %, P=0,03). В группе больных (76), получавших фортум, в сравнении с больными (63), которые получали цефтазидин с метрагилом, отмечена тенденция к снижению септических осложнений (9,21 % и 14,47 %, соответственно; P 0,05) и летальности (7,94 % и 12,69 %, соответственно; P 0,05).

На основании полученных данных кажется вполне благоразумным больным с ТОП (3 и более балла по шкале Рансона или Глазго) назначать раннюю парентеральную терапию антибиотиками широкого спектра, такими как карбапенемы (фортум) или цефалоспорины третьего поколения (цефтазидим) в сочетании с метронидазолом.

Литература

1. Lumsdem A., Bradley E.L. Secondary pancreatic infections. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1990, 170:459-467.
2. Wilson C., Imrie C.W. Systemic effects of acute pancreatitis. In: Johnson C.K., Imrie C.W. (eds) *Pancreatic Disease*. Springer, London, 1991, pp. 287-297.
3. Bittner R., Block S., Buchler M., Beger H.G. Pancreatic abscess and infected pancreatic necrosis. Different local septic complications in acute pancreatitis. *Kif. Kis. Sci.*, 1987, 32:1082-1087.
4. Widdison A.L., Karanjia N.K. Pancreatic infection complicating acute pancreatitis. *Br. J. Surg.*, 1993, 80:148-154.
5. Beger H.G., Rau B., Mayer J., Pralle U. Natural course of acute pancreatitis. *World J. Surg.*, 1997, 21:130-135.
6. Isenmann R., Buchler M.W. Infection and acute pancreatitis. *Br. J. Surg.*, 1994, 81:1707-1708.
7. Schwarz M., Buchler M., Meyer H. et al. Effect of antibiotic treatment in patients with necrotizing pancreatitis and sterile necrosis. *Pancreas*, 1994, 9:802.
8. Luiten E.J.T., Hop W.C.J., Bruining H.A. Controlled clinical trial of selective decontamination for the treatment of severe acute pancreatitis. *Ann. Surg.*, 1995, 222:57-65.
9. Pederzoli P., Bassi C., Vesentini S., Campedelli A. A randomized multicenter clinical trial of antibiotic prophylaxis of septic complications in acute necrotizing pancreatitis with imipenem. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1993, 176:480-483.
10. Ranson J.H.C., Rifkind K.M., Turner J.W. Prognostic signs and non-operative peritoneal lavage in acute pancreatitis. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 1976, 143:209-219.
11. Blamey S.L., Imrie C.W., Neil J., Gilmour W.M., Carter K.C. Prognostic factors in acute pancreatitis. *Gut*, 1984, 25:1340-1346.
12. Balthazar E.J., Ranson J.H., Naidich K.P., Megibow A.J., Caccavale R., Cooper M.M. Acute pancreatitis: Prognostic value of CT. *Radiology*, 1985, 156:767-772.
13. Zimmermann A.W., Katona B.G., Jodhka J.S., Williams R.B. Ceftriaxone-induced acute pancreatitis. *Ann. Pharmacother.*, 1993, 27:36-37.
14. Buchler M., Malfertheiner P., Friess H., Isenmann R., Vanek E., Grimm H. et al. Human pancreatic tissue concentration of bactericidal antibiotics. *Gastroenterology*, 1992, 103:1902-1908.
15. Bassi C., Pederzoli P., Vesentini S., Falconi M., Bonora A., Abbas H. et al. Behavior of antibiotics during human necrotizing pancreatitis. *Antimicrob. Agents Chemother.*, 1994, 38:830-836.
16. Krewelow B., Koch K., Ktto C., Franke A., Reithling A.K. Penetration of ceftazidime into human pancreas. *Infection*, 1993, 21:229-34.

**А.І. Годлевський, О.В. Гончаренко, Айман Рашид, О.С. Стукан,
О.М. Чепляка**

ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ЖОВЧНИЙ ПЕРИТОНІТ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Проаналізовано результати хірургічного лікування хворих, яким проведено 468 операцій на жовчному міхурі та загальній жовчній протоці. Післяопераційний жовчний перитоніт виник в 10 (2,1 %) випадках. Причиною його було витікання жовчі з ложа жовчного міхура (4) та повз дренаж загальної жовчної протоки (2), випадання дренажу з холедоха (2), з місця ушкодження загальної жовчної протоки (1) та з ділянки неспроможності швів холедоходуоденоанастомозу (1).

Клінічний перебіг жовчного перитоніту проявлявся болями в правому підребер'ї або по всій черевній порожнині, які віддавали в праву надключичну ділянку. Спостерігались нудота, блювання, зберігались та зростали явища парезу кишечника. Визначались симптоми подразнення очеревини. Через дренажі збільшувались патологічні виділення жовчі. Лейкоцитоз збільшувався з зсувом формули вліво, зростали показники сечовини, креатиніну та білірубіну.

Для уточнення знаходження дренажу загальної жовчної протоки в ранньому післяопераційному періоді виконували холедохографію. При сумнівах в діагнозі проводили ревізію підпечінкового простору через контрапертуру правого підребер'я або розводили верхній кут лапаротомної рани. Під час релапаротомії ложе жовчного міхура коагулювали або прошивали, а для зменшення жовчної гіпертензії дренивали загальну жовчну протоку. При витіканні жовчі повз дренажну трубку її додатково фіксували та герметизували. Після випадання дренажу з загальної жовчної протоки його встановлювали на попереднє місце. Ділянку неспроможності холедоходуоденоанастомозу зашили з додатковою герметизацією великим чепшем. В одній хворій з пошкодженням загальної жовчної протоки і виниклим її стенозом виконана реконструктивна операція зі створенням гепатикоєюноанастомозу з сполученням Брауна на виключеній привідній петлі за Шалімовим.

В післяопераційному періоді проводили детоксикаційну та антибактеріальну терапію. Для боротьби з печінковою недостатністю та ендотоксикозом застосовували холесорбцію, ентеросорбцію, кишкову деконтамінацію, пентоксифілін, гормонотерапію, спленін.

Від печінково-ниркової недостатності помер 1 хворий.

Для профілактики жовчного перитоніту субопераційно вводили через дренажі загальної жовчної протоки забарвлену речовину для виявлення додаткових жовчних ходів і герметичності самих дренажів. Підпечінковий

простір дренували спареними трубчастими дренажами. Перед видаленням дренажа з холедоха в усіх випадках проводилось введення стерильного провідника (волосінь) на 1-3 доби. При наявності проявів жовчного перитоніту за допомогою цього провідника проводилось повторне дренування загальної жовчної протоки.

Таким чином, жовчний перитоніт є одним з найважчих ускладнень холецистектомії та оперативних втручань на позапечінкових жовчних протоках. Для профілактики його виникнення потрібно адекватно дренувати підпечінковий простір спареними трубчастими дренажами, надійно фіксувати дренаж загальної жовчної протоки, виявляти додаткові жовчні ходи, а також профілювати неспроможність швів білеодигестивного анастомозу.

УДК 616-002.3/4-084:616.37-002-036.11-06(048)

О.И. Бондарчук, Т.А. Кадошук

ПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Винницький державний медичний університет ім. Н.И. Пирогова

Профилактика и лечение инфекции в хирургии поджелудочной железы (ПЖ) остается одной из самых актуальных проблем, так как частота гнойно-септических осложнений при остром деструктивном панкреатите достигает 65 %.

Наблюдали 728 больных ОП. Из них 60 пациентов с легким течением заболевания, 286 – со средним и 382 – с тяжелым. В систему контроля тяжести течения воспалительного процесса ПЖ были введены модифицированные критерии J.H. Ranson. Больные с тяжелым течением заболевания были разделены на две группы. В первую вошли 239 пациентов с преимущественно передней разгерметизацией протоковой системы ПЖ и поступлением панкреатического сока в брюшную полость. Во вторую – 143 с преимущественно задней разгерметизацией протоковой системы и поступлением панкреатического секрета в забрюшинное пространство (ЗП).

Лечение больных ОП включало интенсивную индивидуальную комплексную терапию. С целью профилактики и лечения гнойных осложнений ОП использовали внутримышечное, внутривенное, эндолимфатическое и внутрижелудочное введение антибактериальных препаратов (АП). Состав антибиотиков был довольно многообразен. Особое значение придавали назначению метронидазола или нитазола, как широкоспектральных АП.

По нашим экспериментальным данным, при ОП в следствии развития полиинтоксикации и ПКН, желудочно-кишечный тракт (ЖКТ) становится главным источником бактериемии и прицельной транслокации микроорганизмов в очаги деструкции с током лимфы и крови. Внутрижелудочное

введение АП, по нашему мнению, позволяет в определенной мере блокировать развитие микрофлоры в верхних отделах ЖКТ. Это перекрывает транспротоковый путь инфицирования очагов воспаления деструктивных тканей ПЖ и пораженной при преимущественно задней разгерметизации протокой системы ПЖ забрюшинной жировой клетчатки. С этой целью разработана схема применения препаратов, включающая введения через назогастральный зонд метронидазола или нитазола в сочетании с плохо всасывающимся через слизистую оболочку антибиотиком обладающим эффективным действием на анаэробную микрофлору.

Внутримышечное или внутривенное введение АП направлено на борьбу с микрофлорой, поступающей в кровяное русло не только из кишечника, но и с других источников, и оказывает лечебное действие на очаги гнойного поражения не только в самой ПЖ но и в ЗП. Мы не отдавали предпочтения какому-нибудь одному методу введения АП, а сочетали их в комплексе.

Анализ применения показал, что в развитии гнойных осложнений важную роль играет тяжесть течения заболевания. Так, при легком течении заболевания мы не наблюдали ни у одного из 60 пациентов гнойных осложнений независимо от методов введения препаратов. При этом у больных со средним течением заболевания частота гнойных осложнений достигала 21,3 %. Такой же показатель был у группы пациентов которым АП назначали внутримышечно или внутривенно. Дополнение такого введения АП энтеральным путем снижало количество осложнений до 16,8 %. При тяжелом течении ОП число гнойных осложнений достигло 61,5 % у пациентов которым применяли только парантеральные пути применения АП. При дополнении внутривенного метода введения внутрижелудочным путем АП частота гнойных осложнений снизилась почти на половину. Использование всех четырех путей введения АП позволило снизить гнойные осложнения до 12 %.

Таким образом, лечение ОП должно быть комплексным. Включать с первых часов заболевания профилактическое применение АП путем их внутривенного, эндолимфатического и внутрижелудочного введения. Препаратами выбора должны быть метронидазол или нитазол в сочетании с антибиотиками. Отсроченное лечение, один вид введения антибактериальных препаратов, длительная ПКН, преимущественное поражение головки и тела ПЖ, разгерметизация протоковой системы ПЖ в ЗП являются наиболее неблагоприятными факторами которые способствуют возникновению гнойных осложнений при ОП.

**Р.И. Новикова, А.Г. Гринцов, В.В. Хацко, А.Д. Шаталов,
М.П. Новиков**

ТЕХНОЛОГИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АБДОМИНАЛЬНОМ СЕПСИСЕ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, ДОКТМО

До настоящего времени летальность при хирургическом сепсисе составляет 21,2-53,3 %. Увеличение частоты сепсиса связано с увеличением числа антибиотико-устойчивых и антибиотико-зависимых штаммов-возбудителей, расширением объема операций с интенсивной инфузионной терапией. Абдоминальный сепсис (АС) отличается особой тяжестью течения в связи с неконтролируемой бурной воспалительной реакцией из-за “сожительства” в организме грамотрицательной и грамположительной флоры, аэробов и анаэробов, бактериоидов, грибов и вирусов.

Нами проанализирован опыт лечения 98 оперированных пациентов с АС, которые разделены на группы: 1-я – ургентная с высокой степенью инфицирования (перитонит, панкреатит, кишечная непроходимость) – 42 чел.; 2-я – послеоперационная (с несостоятельностью швов анастомозов и др.) – 21 чел.; 3-я – с другими осложнениями послеоперационного периода – 35 чел.

В клинике при назначении антибактериальной терапии важна последовательность решений. В день поступления больного целесообразно эмпирическое назначение антибиотика в комплексном лечении. “Бактериологический паспорт” каждого отделения выделяет лидирующие группы микробов (стафилококк, стрептококк, клебсиеллы, энтеробактер). При каждой патологии учитывается специфика инфицирования (кишечная палочка, синегнойная и др.). Назначали монотерапию антибиотика широкого спектра с медленной элиминацией. В случае отсутствия эффекта через 72 часа добавляли второй антибиотик. Тяжелое состояние больного, нарастающая клиника тяжелого АС к 5-6 дню требуют замены антибиотика.

Профилактическое назначение антибиотиков в хирургии продолжает оставаться дискуссионным вопросом. Однако оно показано при тяжелых воспалительных процессах. Парентеральный антибиотик подходит лучше, чем оральный, так как он должен создавать и поддерживать достаточную концентрацию во всех опасных участках, с достаточной концентрацией в плазме крови в течение всего опасного периода. Лучше вводить антибиотик продленного действия с длительным периодом распада. Чем продолжительнее операция, тем длительнее должна поддерживаться достаточная концентрация антибиотика в тканях организма.

В настоящее время наиболее надежными для профилактики являются цефалоспорины III-IV поколения с медленной элиминацией – цефтриаксон

(офромакс, роцефин) и карбопинеми (тиенам, меропием) – перед операцией 0,5 или 1 г. Введение антибиотика продолжается в течение 2 дней послеоперационного периода. По нашим данным, такая тактика позволяет снизить число послеоперационных гнойных осложнений у тяжелых больных с 18,7 до 3,1 %.

Сложность антибактериальной терапии в настоящее время можно объяснить тем, что чувствительность возбудителей гнойной инфекции к антибиотикам постоянно меняется и преимущественно снижается. Мы отказались от ряда традиционных антибиотиков (пенициллин, стрептомицин, тетрациклин, ампициллин и др.), так как их чувствительность снижена с 70 до 26 %. На смену им пришли карбопинеми, цефалоспорины, фторхинолоны.

Наши задачи при лечении АС можно сформулировать так: целенаправленный выбор препарата; микробиологический мониторинг; соблюдение фармакокинетических признаков терапии; соблюдение системного введения антибиотиков, сочетая с деконтаминацией желудочно-кишечного тракта и местное применение бактерицидных средств; коррекция гемодинамики, инфузионный режим.

Хорошие результаты дает комбинация цефалоспоринов III поколения с антианаэробными антибиотиками: клафоран, цефтриаксон, роцефин, фортум, ципробай. Тиенам считается “глубоким резервом” при лечении АС. Такое лечение позволило снизить число послеоперационных осложнений у больных с АС с 18,7 до 3,1 %, а летальность – с 26,5 до 4,2 %.

Таким образом, эффект лечения гнойно-септических осложнений у хирургических больных находится в прямой зависимости от ранней диагностики, профилактического назначения антибиотиков и рациональной операции. Обязательным дополнением к адекватной антибактериальной терапии должна быть патофизиологически обоснованная интенсивная корригирующая терапия.

УДК: 616.381-002: 616.45-085.246.2

Р.І. Сидорчук, О.А. Карлійчук

КОЛОСАНАЦІЙНА АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА АБДОМІНАЛЬНОГО СЕПСИСУ

Буковинська державна медична академія

Абдомінальний сепсис на сучасному етапі стає однією з найбільш загрозливих патологій в сучасній хірургії. Цей синдромокомплекс є не тільки характерною рисою розлитого перитоніту, але й супроводжує більшість гострих запальних захворювань живота (R.K. Schwartz et al., 1999). Питання визначення поняття абдомінального сепсису, а особливо його антибіотикопротекції, зокрема доцільності її проведення, технології, шляхів введення та препаратів набуває важливого значення.

Метою роботи було визначити доцільність проведення антибіотикопротекції при абдомінальному сепсисі, порівняти ефективність препаратів, шляхи та терміни їх застосування, провести економічну оцінку методу. Здійснена експериментально-клінічна апробація методу колосанації при гострих холециститах.

Робота має експериментально-клінічний характер. Використано різноманітні методи мікробіологічного моніторингу. Оцінка результатів здійснювалась за допомогою програм Statistics™ for Windows та MSExcel 2000. Об'єктом дослідження були 47 експериментальних тварин та 52 хворих з гострою патологією живота, що супроводжувалась розвитком абдомінального сепсису.

Встановлено, що навіть при гострому неускладненому холециститі у 71,15 % хворих та у 82,98 % експериментальних тварин розвивається транзиторна чи стала бактеріємія. Причиною цього у переважній більшості випадків є транслокація мікрофлори з порожнини кишкового тракту. Профілактичне введення антибактеріальних препаратів дозволяє знизити цей відсоток до 19,15 % у тварин і до 13,46 % у хворих. Найбільш ефективним для антибіотикопротекції є комбіноване застосування парентерального введення препаратів та застосування колосанаційних заходів.

УДК:616.345:616.381-072.1

В.В. Грубник, В.В. Величко

РАЗВИТИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ

*Одесский государственный медицинский университет,
Областная клиническая больница, Отделение гастроэнтерохирургии хирургии*

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-й троакар, выполняли диагностическую лапароскопию. В случае правосторонней колэктомии вводили 2-й троакар в правой подвздошной области, 2 троакара в левом и правом подреберьях. При левосторонней резекции кишки 2-й троакар вводили в правой подвздошной области, 3-й – в левом подреберье, 4-й – в левой мезогастральной области. После лапароскопической мобилизации кишки и лигирования 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 “Rexterity” и “Smith & Nephew”). В околопупочной 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 “Rexterity”), 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 пневморукава.

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 Гартмана), 3 (9,4 %) превентивных 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 гемиколонэктомии, 1 (16,6 %) левосторонняя гемиколонэктомия и 1 (16,6 %) резекция сигмовидной кишки.

Результаты исследований и их обсуждение. 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: 616.381-002/-003.217-022.7-08-084

С.М. Чуклін, А.А. Переяслов

СПОНТАННИЙ БАКТЕРІАЛЬНИЙ АСЦИТ-ПЕРИТОНІТ: СТРАТЕГІЯ ЛІКУВАННЯ ПРОФІЛАКТИКИ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Спонтанний бактеріальний асцит-перитоніт (СБП) є важким ускладненням у хворих на цироз печінки в стадії декомпенсації і спостерігається в 10-30 % випадків. Летальність при цьому складає 40-50 %. Аналіз спостереження більше ніж за 400 хворими на цироз печінки і даних літератури дозволив узагальнити результати застосування антибіотиків при СБП.

У клінічній картині СБП частіше спостерігали біль у животі, болючість при пальпації живота, гіпертермію, порушення функції нирок, лейкоцитоз, артеріальну гіпотонію, парез кишок. Водночас у 25 % хворих перебіг СБП може бути асимптомним. Тому верифікація діагнозу здійснюється з допомогою цитологічного і бактеріологічного досліджень. Діагностичний парацентез потрібно проводити: 1) у всіх хворих на цироз печінки з асцитом при надходженні в клініку; 2) під час госпіталізації: при місцевих чи системних ознаках інфікування (біль у животі, блювання, діарея, парез кишок, лихоманка, лейкоцитоз, септичний шок), печінковій енцефалопатії, змінах функції нирок; 3) у хворих з асцитом і кровотечею в просвіт травного каналу.

Першим етапом у розвитку СБП може бути виникнення бактеріального асциту – знаходження при дослідженні в асцитичній рідині мікроорганізмів при відсутності запальної реакції (кількість поліморфноядерних лейкоцитів нижче 0,25 Г/л) та інших виявів загального чи місцевого інфікування.

У 40 % хворих в асцитичній рідині не знаходять мікроорганізмів. Тому при кількості поліморфноядерних лейкоцитів більше від 0,25 г/л у хворого ймовірна наявність СБП, що потребує відповідного лікування. СБП в основному мономікробна інфекція. При бактеріологічному дослідженні ми знаходили: *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Streptococcus A*, *Streptococcus fecalis*, *Staphylococcus aureus*.

Емпірична антибіотикотерапія повинна починатися відразу після встановлення інфікування без відомостей про конкретний мікроорганізм. Повинні застосовуватись середники з низькою нефротоксичністю. Рекомендується використовувати: 1) цефатаксим; 2) енханцин (амоксцилін + клавуланова кислота); 3) офлоксацин. Аміноглікозиди не призначаються.

Через 2 дні потрібно клінічно і з допомогою парацентезу (кількість поліморфноядерних лейкоцитів) визначити ефективність лікування. При неефективності терапії потрібно змінити антибіотик, а також розглянути можливість вторинного перитоніту.

Прогноз у хворих, які перенесли епізод СБП, залишається дуже серйозним. Через 1 рік живуть тільки близько 40 % хворих. Причиною смерті у цих пацієнтів є печінкова недостатність, повторний епізод бактеріального перитоніту, шлунково-кишкова кровотеча. Тому ці хворі є вірогідними кандидатами для трансплантації печінки.

Високий рівень летальних вислідів виправдовує використання профілактичних засобів у пацієнтів, які схильні до цього ускладнення.

Для попередження рецидиву СБП найкращим є пролонговане застосування перфлюксацину у дозі 400 мг на добу для селективної деконтамінації кишок.

Особливо високий ризик розвитку СБП у хворих на цироз печінки при шлунково-кишкової кровотечі і низькій концентрації білка в асцитичній рідині. З метою профілактики інфікування призначають норфлюксацин перорально чи комбінацію інших антибактеріальних засобів (ципрофлюксацин, офлоксацин, енханцин).

Вироблена стратегія антибіотикотерапії і профілактики СБП дозволяє зменшити летальність до 10-25 %.

А.А. Переяслов¹, С.М. Чуклін¹, Т.М. Іванків², А.Т. Чикайло²

ІНТРААРТЕРІАЛЬНААНТИБІОТИКОТЕРАПІЯУХВОРИХНА ГОСТРИЙПАНКРЕАТИТ

¹Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,

²Львівська обласна клінічна лікарня

Проблема попередження і лікування гнійно-септичних ускладнень є одним з актуальних питань сучасної панкреатології. У 40-60 % хворих із важким перебігом гострого панкреатиту (ГП) відбувається інфікування вогнищ панкреонекрозу. Гнійні ускладнення ГП об'єднують дві відносно різні клінічні групи – інфіковані некрози й абсцеси. У більшості випадків інфікування викликає мікрофлора кишок – грамнегативні штами, анаероби [1,2,3]. Одностайної думки щодо застосування антибіотиків у хворих на ГП немає.

Матеріали і методи. В основу роботи покладено результати лікування 28 хворих із важким перебігом ГП. Хворих розділено на дві групи: 1-ша – 17 пацієнтів, яким антибіотики вводили внутрішньовенно, і 2-га – 11 пацієнтів із інтраартеріальним введенням антибіотиків. Катетеризацію черевного стовбура аорти здійснювали за Сельдінгером. При надходженні важкість ГП (згідно з критеріями Ranson) склала $6,7 \pm 1,2$ у першій групі і $6,8 \pm 1,5$ – у другій ($p < 0,05$). Середні значення кількості лейкоцитів і температура тіла не відрізнялися у цих групах. Для профілактики гнійно-септичних ускладнень використовували офлоксацин у дозі 400 мг/добу або цефтріаксон – 2 г/добу в поєднанні з метронідазолом (1500 мг/добу). Усім хворим проводили динамічне ультрасонографічне дослідження, комп'ютерну томографію. Наявність або відсутність контамінації вогнищ некрозу підтверджували за допомогою тонкоголкової пункції під контролем ультрасонографії.

Результати досліджень та їх обговорення. Температура тіла і кількість лейкоцитів у крові знижувалась швидше у пацієнтів другої групи ($p < 0,05$). Протягом першого тижня некрози були стерильними у всіх пацієнтів. Протягом другого тижня серед пацієнтів першої групи у 5 (29,4 %) підтверджено інфікування вогнищ некрозу, з них в одного діагностовано септицемію. У пацієнтів другої групи контамінацію вогнищ некрозу верифіковано у 2 (18,2 %). Найчастіше інфікування спричинялось *E. coli* (4 хворих). У двох пацієнтів при мікробіологічному дослідженні виявлено асоціацію мікроорганізмів (*Proteus vulgaris* + *Moraxella lacunata* + *Candida*).

Оперовано 9 пацієнтів, з них 6 (35,3 %) першої і 3 (27,3 %) – другої групи. Показанням до оперативного втручання у пацієнтів першої групи були флегмона заочеревинного простору (3 хворих), абсцеси (2 хворих) і некроз поперечної ободової кишки (1 хворий). У пацієнтів другої групи показанням до оперативного лікування були абсцеси (2 хворих) і поширені стерильні

некрози (1 хворий). Повторні оперативні втручання виконано у двох пацієнтів першої групи.

Померло 5 (17,9 %) хворих, зокрема 3 (17,6 %) з першої і 2 (18,2 %) з другої групи.

Обговорення. Цефалоспоринові антибіотики 3-ї генерації мають широкий спектр дії у відношенні до грамнегативних і грампозитивних мікроорганізмів. Хоча різні представники цієї групи антибіотиків мають подібну активність проти однакових бактерій, проте існують деякі вагомні відмінності: цефотаксим і цефтріаксон менш ефективніші проти *Pseudomonas spp.* порівняно з цефтазидимом (антибіотиком другого покоління). Фторхінолони (ципрофлоксацин і офлоксацин) мають високий рівень активності щодо грам-негативних бактерій, включаючи *Pseudomonas spp.*, проте вони помірно активні супроти грампозитивної флори, з високою частотою резистентності до цих антибіотиків серед стафілококів. Чутливість до фторхінолонів анаеробної флори також недостатня. Тому введення антибіотиків груп цефалоспоринів і фторхінолонів повинно поєднуватися з інфузією метронідазолу, який поєднує достатню протианаеробну активність з високою проникністю в паренхіму підшлункової залози.

Окрім вираженого антибактеріального ефекту, фторхінолони, зокрема ципрофлоксацин, здатні зменшувати місцеве накопичення прозапальних цитокінів, зокрема ІЛ-6 та ІЛ-8 (4). Подібні ефекти мають і цефалоспоринові антибіотики, які здатні пригнічувати експресію матричної РНК ІЛ-1 і зменшувати вміст міслопероксидази в легенях (5).

Внутрішньоартеріальне введення антибіотиків попередило розвиток інфікування вогнищ некрозу у 81,2 % пацієнтів, крім того такий шлях введення ліків сприяв обмеженню некротичного процесу, що підтверджувалося результатами комп'ютерної томографії.

Висновок. Внутрішньоартеріальне застосування антибіотиків є безпечним і ефективним методом попередження і лікування гнійно-септичних ускладнень гострого панкреатиту.

Література

1. Bassi C, Falconi M, Girelli R. et al. Microbiological findings in severe pancreatitis / *Surg. Res. Commun.* -1989. -Vol. 5. -P. 1-4.
2. Вьчлер М, Малфертгейнер Р, Фріесс Н. et al. Human pancreatic tissue concentration of bactericidal antibiotics /*Gastroenterology.* -1992. -Vol. 103. -P. 1902-1908.
3. Powell J.J., Miles R., Siriwardena A.K. Antibiotic prophylaxis in the initial management of severe acute pancreatitis /*Br. J. Surg.* -1998. -Vol. 85. -P. 582-587.
4. Galley H.F., Nelson S.J., Rubbels A.M., Webster N.R. Effect of ciprofloxacin on the accumulation of interleukin-6, interleukin-8, and nitrite from a human endothelial cell model of sepsis / *Crit. Care Med.* -1997. -Vol. 25. -P. 1392-1395.
5. Mercer-Jones M.A., Hadjiminias K.J., Heinzelmann M. et al. Continuous antibiotic treatment for experimental abdominal sepsis: effects on organ inflammatory cytokine expression and neutrophil sequestration /*Br. J. Surg.* -1998. -Vol. 85. -P. 385-389.

Б.М. Даценко, Т.І. Тамм, С.Г. Белов, О.Б. Даценко

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКАВАБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Застосування антибіотиків для попередження розвитку післяопераційних гнійних ускладнень є значним компонентом комплексної програми профілактики інфекцій в абдомінальній хірургії. Проблема ця має важливе медичне та соціально-економічне значення: інфекційні ускладнення продовжують строки лікування, збільшують його вартість та підвищують післяопераційну летальність.

Показником до застосування профілактичної антимікробної терапії враховували встановлений заздалегідь високий ступінь ризику розвитку інфекції, пов'язаний з операцією або інвазивним діагностичним втручанням. Така антимікробна профілактика може бути місцевою або загальною. Прикладом місцевої профілактики є введення у пряму кишку та піхву перед гемороїдектомією або роз'єднанням ректовагінальної нориді пінних аерозолів, що містять антимікробні препарати – сульйодовізолу, диоксизолу та ін.

Суть загальної (системної) антимікробної профілактики полягає у досягненні ефективних концентрацій антибіотика в зоні хірургічного втручання в період її мікробного забруднення та підтримки бактерицидного рівня препарату протягом всієї операції та перших 3-4 годин післяопераційного періоду, тобто в цей вирішальний відрізок часу стається розмноження бактерій та адгезія їх на клітинах господаря. Така профілактика необхідна, коли хірург заздалегідь впевнений, що “зустрінеється” з інфекцією під час операції з приводу проривної виразки та дистанційного розриву кишки, при ГКН обтураційного генезу в ранні (перші 6 годин) строки. Прямим показником є усі ургентні операції з приводу запальних захворювань – апендициту, гострого холециститу, защемлення грижі та ін.

Антибіотикопрофілактика показана також при операціях з приводу непрохідності кишечника, злоякісних пухлин, а також у хворих, які тривало приймали H_2 -блокатори.

В колоректальній хірургії профілактика антибіотиками необхідна, причому вона мусить поєднуватися з якісною механічною очисткою кишки.

За дворічний період (2000-2001 рр.) проаналізовані результати антибіотикопрофілактики в абдомінальній хірургії при виконанні планових і ургентних операцій у хворих з неускладненими (локалізованими) формами деструктивного холециститу (33 спостереження), защемленої грижі (27 спостережень), проривної виразки (19 спостережень) та раком товстої кишки (47 спостережень, з яких 19 – випадки раку, ускладненого непрохідністю). Контрольну групу склали хворі з аналогічного характеру патологією, яким антибіотикопрофілактика гнійних післяопераційних ускладнень не проводилась.

При виборі антибіотика в кожному конкретному випадку урахували спектр його дії, тривалість терапевтичної (бактерицидної) активності в рані, яка пригнічує ріст даного збудника, а також вартість і небезпеку розвитку резистентності та побічних ефектів.

При “короткострокових” операціях з приводу апендициту, защемленої грижі, проривної виразки звичайно буває достатньо однієї дози антибіотика; доза ця вводиться під час премедикації. При 2-годинних та більш тривалих операціях інтраопераційно вводиться друга доза препарату; рідше застосовуються режими 3 та 4-разового введення (через 6 та 12 годин післяопераційного періоду).

Для профілактики ранової інфекції частіше призначають цефалоспорини 1 або 2 покоління (препарати 3-го покоління дорожчі та застосовуються для лікування), які мають достатній спектр бактерицидної активності проти основних пілогенних збудників (особливо стафілококів) та відрізняються низькою токсичністю. Так, при флегмонозному апендициті цефазолін вводять внутрішньовенно за 10–15 хвилин до операції в дозі 1 г, при гангренозному апендициті одномоментно вводять 0,5 г метронідазолу.

В колоректальній хірургії, де великий ризик гнійних ускладнень, з профілактичною метою прагнуть застосовувати тіenam, який вводять внутрішньовенно в дозі 1 г при премедикації, далі інтраопераційно через 3 години 1 г, далі – по 0,5 г через 8 та 16 годин. Крім високої антимікробної активності, в широкому спектрі дії тіenam має низьку ендотоксин-формууючу здатність, що має важливе значення при операціях з приводу obtураційного раку товстої кишки, ускладненого кишковою непрохідністю.

Вивчення природи ранової інфекції та ступеня ризику її розвитку, а також застосування профілактичних заходів, включаючи антибіотики, дозволяє поліпшити показники з числа післяопераційних ускладнень, незалежно від категорії рани. При початковій умовно забрудненій рані (незначний дефект кишкової трубки без значного витоку при строках до 6 годин) частота розвитку післяопераційної інфекції в рані або черевній порожнині знижена з 8,3 до 4,7 %. При забруднених ранах цей показник поліпшено з 14,4 до 8,3 %, а при інфікованих ранах – з 22,3 до 13,7 %. Попередження інфекції має важливе економічне значення як на етапах застосування профілактичних доз (замість лікувальних), так і при послідовному лікуванні виникаючих післяопераційних ускладнень.

**М.П. Захараш, Р.А. Тышко, Н.В. Мальцев, В.Б. Короленко,
В.А. Дубовой**

МИКРОФЛОРА ПРИ ОСТРЫХ ПАРАПРОКТИТАХ

г. Киев

Острый парапроктит (ОП) является распространенной ургентной проктологической патологией (1,2). Бесспорно основная роль в этиологии и патогенезе гнойного воспаления при ОП принадлежит микрофлоре. Развитие анаэробного парапроктита (АП) в современной литературе связывается с присоединением более агрессивной, в частности анаэробной флоры (3, 4, 5). Тот факт, что основная летальность от промежностной патологии в проктологических отделениях обусловлена АП, которая по данным разных авторов составляет 22-100 %, подчеркивает актуальность проблемы (6).

Проведено микробиологическое исследование материалов от 42 больных с неосложненными ОП, без сопутствующей патологии, которая может привести к угнетению общего или местного иммунитета. Средний возраст пациентов 42 года. Среди обследованных мужчины составили 69 %, женщины 31 %. Материал из полости абсцесса отбирался пункционным методом, с соблюдением анаэробных условий забора и транспортировки. Идентификация проводилась методом микроскопии, газожидкостной хроматографии (ГЖХ) и культивирования микробов по стандартным методикам. На этапе экспресс-диагностики, в материалах, исследованных методом ГЖХ, выявлено наличие летучих жирных кислот, которые являются бесспорным признаком жизнедеятельности анаэробных бактерий. При культивировании из материалов выделено разнообразную, аэробно-анаэробную микрофлору. При этом анаэробные микробы значительно преобладали над аэробными по количеству видов. Из исследованного материала выделено: неспорообразующие анаэробные бактерии (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides thetaiotaomicron*, *Bacteroides vulgatus*, *Peptococcus niger*, *Prevotella melaninogenica*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas*, *Fusobacterium necrophorum*, *Peptostreptococcus*), *Clostridium perfringens*, *Clostridium difficile*, *Clostridium histolyticum*, *Clostridium septicum*, факультативные анаэробы (стафилококки, эшерихии, энтерококки, протей) и аэробные бактерии.

Выделенный при “банальных” ОП спектр микробов оказался практически идентичен микрофлоре при АП. Результаты исследования позволяют говорить о парапроктите как о местной или локальной анаэробной инфекции и ставят под сомнение целесообразность употребления термина “анаэробный парапроктит” для определения распространенных форм парапроктитов, и определяют необходимость поиска истинных механизмов развития генерализованной инфекции.

**Ю.Л. Волянский, С.В. Бирюкова, В.Ф. Дьяченко,
З.Г. Старобинец, А.М. Марющенко, Ю.А. Ягнюк, Н.Ф. Дзюбан,
А.И. Ягнюк, В.И. Чернявский**

ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ АНАЭРОБНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

*Институт микробиологии и иммунологии им. И.И. Мечникова АМН Украины,
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В настоящее время роль анаэробных микроорганизмов в развитии патологических процессов различной локализации не вызывает сомнений. Доказано также, что они во взаимодействии с факторами неспецифической и специфической защиты организма обеспечивают колонизационную резистентность, а продукты их жизнедеятельности, в частности, летучие жирные кислоты и фосфолипаза A_2 участвуют в синтезе биологически активных медиаторов и в поддержании гомеостаза макроорганизма (Белобородова Н.В., 2000; Boris S., Barbes C., 2000; Вальшев А.В., Елагина Н.Н., Бухарин О.В., 2001).

Этиологическая структура абдоминальных анаэробных хирургических инфекций чрезвычайно полиморфна с возможным преобладанием аспорогенных грамотрицательных бактерий, облигатных анаэробных кокков или клостридий в зависимости от локализации очага поражения и путей попадания инфекта (Резван С.П., Сидоренко С.В., Буданов С.В., 1995; Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И., Кира Е.Ф., Баскаков В.П., 1995).

Целью работы явилось изучение этиологической структуры хирургических заболеваний органов брюшной полости и чувствительности к антибиотикам выделенных культур для определения оптимальных схем этиопатогенетического лечения.

В динамике развития патологического процесса были обследованы больные с гнойно-воспалительными осложнениями после оперативного вмешательства по поводу острого и хронического холецистита, желчнокаменной болезни, парапроктита, аппендицита.

Проведено бактериологическое исследование патологического материала от 67 больных с гнойно-воспалительными очагами органов брюшной полости и 69 больных с послеоперационным перитонитом с подозрением на анаэробную инфекцию. Отбор, транспортировку материала, выделение и идентификацию возбудителей осуществляли в соответствии с нормативными документами.

Результаты бактериологического исследования выявили, что облигатные анаэробные микроорганизмы выделены в монокультуре и ассоциациях у 78 больных с патологией органов желудочно-кишечного тракта (64,8 %). По

видовому составу преобладали бактероиды, преимущественно *B. fragilis* – 45,9 %, пептострептококки – 19,2 % и клостридии (преимущественно слабо-токсигенные *C. perfringens*) – 18,5 %.

Микробные ассоциации из двух и более видов облигатно и факультативно анаэробных микроорганизмов обнаружены в 58,6 % проб. Обращает на себя внимание, что бактероиды чаще всего выделялись в ассоциации с энтеробактериями (43,8 %) и энтерококками (28,4 %).

При развитии послеоперационного сепсиса из крови было выделено 12 культур облигатных анаэробных микроорганизмов: бактероиды – 6, пептококк – 2, пептострептококки – 4 культуры. Малое количество положительных гемокультур указывает на необходимость одновременного обязательного изучения состава микрофлоры первичного очага инфекции.

При подозрении на анаэробную инфекцию в силу сложности проведения бактериологического анализа и определения антибиотикограммы возбудителей часто антибиотики назначаются лечащими врачами эмпирически.

Результаты многолетнего мониторинга за антибиотикочувствительностью циркулирующих анаэробных микроорганизмов свидетельствуют об устойчивости бактероидов и превотелл к пенициллинам, аминогликозидам, цефалоспорином I-III поколений и чувствительности 60-90 % штаммов к левомецитину, рифампицину, макролидам. Анаэробные кокки сохраняют высокую чувствительность к большинству антибиотиков, за исключением аминогликозидов. Обращает внимание, что в последние годы формируются штаммы анаэробных кокков, устойчивых к препаратам выбора – метронидазолу и бензилпенициллину. Настораживает также снижение чувствительности штаммов *C. perfringens* к препаратам пенициллинового ряда, которые обычно используют для купирования клостридиальных инфекций.

Выводы. 1. Анаэробные микроорганизмы составляют существенную часть возбудителей гнойно-воспалительных инфекций органов желудочно-кишечного тракта – 64,8 %. 2. Наблюдается изменение антибиотикочувствительности циркулирующих штаммов в направлении повышения резистентности анаэробных кокков и клостридий к препаратам выбора.

**И.Я. Макшанов, А.А. Полинский, И.В. Хильмончик,
Ю.Г. Лукашевич**

ДИМЕКСИД В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ

*Государственный медицинский университет, 4-я городская клиническая
больница, г. Гродно*

Диметилсульфоксид (димексид, ДМСО) – органический растворитель, обладающий весьма широким спектром фармакологического действия.

Биологические свойства ДМСО, которые объективно обосновывают применение его в профилактике и лечении абдоминальной инфекции:

- обладает антисептическим действием;
- оказывает положительное местное и системное воздействие при воспалительных процессах;
- обладает способностью проникать через клеточные мембраны (в том числе микроорганизмов), не нарушая их структурной целостности;
- активный переносчик антибактериальных препаратов вглубь тканей и внутрь микробной клетки;
- повышает активность антибиотиков в 4-6 раз;
- способен накапливаться в воспаленных тканях в значительно больших количествах, чем в нормальных;
- обладает десенсибилизирующим и антианафилактическим эффектом.

В клинике общей хирургии ГрГМУ ДМСО в целях профилактики и лечения абдоминальной инфекции применяется более 25 лет.

Исследования, проведенные в клинике, показали, что аптечный димексид, отпускаемый во флаконах по 50 или 100 мл, имеющий герметическую упаковку, стерилен: посеvy из 10 флаконов по 10 проб роста микроорганизмов не дали. Это подтверждается бактериологическими исследованиями М.В. Даниленко и соавторов (1984).

Таким образом, ДМСО обладает бактерицидным и бактериостатическим действием на большинство аэробных микроорганизмов.

Экспериментальные исследования (Mason, 1971) свидетельствуют о том, что токсичность димексида очень низкая, $D_{L_{50}}$ для животных при различных способах введения составляет от 3 до 28 г/кг массы тела.

Рецептурный справочник врача под редакцией И.О. Чакмана (1982) рекомендует при сепсисе, наряду с интенсивной терапией, ежедневно вводить внутривенно 30 % раствор ДМСО по 100 мл. Кстати, 30 % раствор димексида не вызывает повреждения эндотелия, мезотелия и эпителия слизистых.

Краткий обзор литературы, собственные исследования и клинические наблюдения позволяют утверждать, что димексид в комбинации с антибактериальными

препаратами весьма эффективен в профилактике и лечении абдоминальной инфекции, при этом возможно местное, внутривенное и комбинированное введение раствора ДМСО.

Весьма широко в клинике применяется ДМСО в целях профилактики и лечения перитонита. При оперативных вмешательствах на толстой кишке, при деструктивном холецистите и аппендиците, при травмах живота с повреждением полых органов, когда вероятность развития послеоперационного перитонита достаточно высокая, профилактика его осуществляется следующим образом: при завершении оперативного вмешательства в брюшную полость вводятся 1-2 ниппельных микроирригатора. В послеоперационном периоде внутримышечно или внутривенно назначаются антибиотики и метронидазол, а через микроирригаторы 3 раза в сутки вводятся по 20 мл 30 % раствора димексида и 100-200 мг диоксидина.

Профилактическое введение антибактериальных препаратов и димексида производится на протяжении 3-4 суток.

Описанная система профилактики перитонита позволяет практически на параметр снизить вероятность развития послеоперационного перитонита.

Так же часто димексид применяется при лечении острого гнойного перитонита. Местный перитонит в основном лечится путем внутрибрюшного введения 3-4 раза в сутки 30 % раствора ДМСО по 20 мл в комбинации с диоксидином и хлорамфениколом. При подозрении на гнилостную инфекцию применяются клиндамицин и метронидазол внутривенно.

При распространенных формах перитонита внутрибрюшное введение ДМСО комбинируется с в/венным капельным введением 0,3 мл/кг массы тела в 400 мл 5 % раствора глюкозы. Внутривенное введение ДМСО не вызывает побочных явлений, за исключением специфического чесночного запаха в выдыхаемом воздухе. Антибактериальная терапия проводится в соответствии с бактериологическим исследованием.

За последние 3 года в клинике находилось на лечении 157 больных гнойным перитонитом, летальность составила 1,9 %, в том числе при распространенном перитоните – 3,6 % (98 больных, смертельных исходов 3).

ДМСО весьма активно применяется при лечении острого панкреатита. Так, за последние 3 года в хирургических отделениях 4-й городской клинической больницы находилось на лечении 980 больных острым панкреатитом, ДМСО применялся в системе комплексной терапии (0,3-0,5 мл/кг массы тела внутривенно капельно) у 81 больного с деструктивными формами, в том числе у 32 из 38 оперированных. Общая летальность составила 0,51 %, при деструктивных формах панкреатита – 6,17 %.

Таким образом, ДМСО в комбинации с интенсивной и антибактериальной терапией весьма эффективен в профилактике и лечении абдоминальной инфекции.

С.А. Алиев**ОПТИМИЗАЦИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С
ВНУТРИБРЮШНЫМИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ
ОСЛОЖНЕНИЯМИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА***Азербайджанский медицинский университет, г. Баку*

Внутрибрюшные гнойно-септические осложнения колоректального рака представляют одну из наиболее сложных и актуальных проблем оперативной колопроктологии, которые составляют 38,6-78,7 % и в 40-60 % случаев являются причиной летальности (В.И. Кныш и соавт., 1981; 1985; Г.А. Ефимов и соавт., 1984; Н.А. Яицкий и соавт., 1998; С.А. Алиев, 1999; А.А. Захарченко и соавт., 2000; Н.В. Мун и соавт., 2000; В.В. Дарвин и соавт., 2001).

В настоящей работе представлен анализ результатов хирургического лечения 70 больных с внутрибрюшными гнойно-воспалительными процессами и перитонитом различной степени распространенности, развившимися при стенозирующем раке ободочной кишки, осложненном obturatorной непроходимостью и перфорацией кишечной стенки, что составило 12,9 % всех обследованных (544). Возраст больных колебался от 24 до 76 лет. Мужчин было 32, женщин – 38. Среди этих больных стенозирующий рак правой половины ободочной кишки наблюдали у 15, поперечной ободочной – у 3, левой половины – у 52. У 43 из 70 больных причиной перитонита была перфорация опухоли (у 32) и диастатический разрыв (у 11) различных сегментов ободочной кишки, у 27 – несостоятельность швов толстокишечных анастомозов после радикальных операций. Местный перитонит был у 7, диффузный – у 38, распространенный – у 25. Хирургическую тактику, выбор адекватного объема, метода и оптимального срока оперативных вмешательств определяли дифференцированно с учетом степени распространенности перитонита и тяжести состояния больных. Декомпенсированная степень острой толстокишечной непроходимости у 43 больных (с манифестацией симптомов распространенного перитонита у 15 из них) послужила показанием к экстренной операции, которая выполнена в течение 3-6 часов с момента поступления их в клинику. У 32 из этих больных установлена перфорация стенки ободочной кишки в зоне опухолевого поражения, у 11 – проксимальнее места obturации. Соблюдая принципы онкологического радикализма с учетом операбельности опухоли, преобладающему большинству больных (у 30 из 43 – 70 %), с перфоративными опухолями (25) и диастатическими разрывами (5) ободочной кишки выполнены первично-радикальные операции без одномоментного восстановления непрерывности толстой кишки, считая их наиболее оптимальными и патогенетическими обоснованными. У больных с перитонитом (25) и межпетельными

абсцессами (2), обусловленными несостоятельностью швов толстокишечных анастомозов, объем релапаротомий сводился к разобщению межкишечных соустьев, наложению одно- или двуствольной коло(илео)стомы, вскрытию и дренированию гнойных полостей, которые производились на 5-6 сутки после первой операции. Ретроспективный анализ причин несостоятельности швов толстокишечных анастомозов после первично-радикальных и одномоментно-восстановительных операций показал, что у 24 из 27 больных указанные осложнения возникли после оперативных вмешательств, выполненных по неотложным показаниям, причем у 20 с левосторонней локализацией опухолевого процесса.

Учитывая особенность внутрибрюшной микробной контаминации, важное значение придавали методам рациональной антибактериальной терапии, которая наряду с полноценной и радикальной хирургической санацией первичного гнойного очага, а также интенсивной детоксикационной и адекватной корригирующей терапией является одним из необходимых условий, обеспечивающих эффективность комплексного лечения больных данной категории (Е.Б. Гельфанд и соавт., 1998). Антибактериальное лечение проводили по 3 схемам с использованием антибиотиков аминогликозидового ряда и цефалоспоринов трех поколений. 22 больных (I группа) получали гентамицин по 5 мг/кг в сутки и метронидазол по 2 г в сутки. 30 больным (II группа) назначались один из цефалоспориновых антибиотиков I или II поколения: цефазолин (кефзол) или цефатоксим (клафоран) по 4 г в сутки и метронидазол по 2 г в сутки. 18 больных (III группа) получали только цефалоспориновый антибиотик III поколения – цефтриаксон (триаксон) по 2 г в сутки и метронидазол по 2 г в сутки. Профилактическую дозу антибактериальных препаратов назначали за 1 ч до операции (по 1 г внутривенно) с переходом в антибиотикотерапию после вмешательства с применением 1-3 дозы препаратов с интервалом 8-12 ч.

Учитывая ведущую роль толстокишечной бактериальной флоры в микробной контаминации брюшной полости, нами разработан и апробирован способ интраоперационной “закрытой” (“асептической”) декомпрессии и внутрипросветной ирригации толстой кишки, сконструировано устройство для осуществления методики (патент на изобретение № J 20010025 от 11/I-2001). Предложенный способ позволяет осуществить полноценную и управляемую декомпрессию толстой кишки путем активной непрерывной (или циклической) аспирации, что способствует не только механической очистке, но и селективной деконтаминации кишечника. Проведение процедуры с использованием различных антисептических и антибактериальных средств повышает ее эффективность. Критериями оценки результативности методики явились количественное и качественное определение бактериальной контаминации выпота брюшной полости и экссудата из дренажных трубок. Из 70 больных после операции умерли 29. Послеоперационная летальность составила 41,4 %. Причинами смерти явились полиорганная недостаточность, глубокий эндотоксикоз, печеночная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Разработанная схема антибактериальной терапии позволила снизить частоту послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений за последние 5 лет с 36,5 до 29,4 %. Таким образом, разработка и внедрение комплексной системы пред-, интра- и послеоперационной профилактики и лечения внутрибрюшных гнойно-септических осложнений является одним из перспективных путей оптимизации результатов лечения больных с осложненным колоректальным раком.

УДК: 616.342-089

Г.А. Султанов, М.А. Эфендиев

КОМПЛЕКСНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПЕРФОРАТИВНЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Азербайджанский медицинский университет, г. Баку

Несмотря на значительный прогресс в хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, широкое применение в последние два десятилетия новых противоязвенных лекарственных препаратов, разработку и внедрение различных видов органосохраняющих операций, лечение гастродуоденальных язв до настоящего времени продолжает оставаться актуальной и окончательно нерешенной проблемой гастроэнтерологии. Стабильно сохраняющийся высокий уровень заболеваемости у лиц молодого и среднего возраста, заметный рост частоты осложненных форм заболевания, различные патологические синдромы, возникающие после хирургического лечения и требующие нередко повторных вмешательств, и необходимость трудовой реабилитации больных делают проблему более актуальной и сложной еще и в социальном плане.

В основу настоящего сообщения положены непосредственные результаты хирургического лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией и перитонитом различной степени распространенности у 28 больных в возрасте от 15 до 46 лет. Все пациенты были мужского пола. Длительность язвенного анамнеза составила до 3 лет – у 9 больных, от 3 до 5 лет – у 13, от 5 до 7 лет – у 6. Диагностика перфоративных гастродуоденальных язв осуществлялась на основании клинической картины заболевания, рентгенологических и эндоскопических данных и результатов ультразвуковой эхолокации брюшной полости. Всем больным выполнили органосохраняющую операцию, объем которой сводился к ушиванию перфоративной язвы. С целью оптимизации непосредственных результатов хирургического

лечения в пред- и послеоперационном периоде важное значение придавали рациональной антибактериальной терапии, которая составила один из важных компонентов комплексной системы профилактики гнойно-воспалительных осложнений. Выбор вида антибиотиков и длительность их применения определяли индивидуально с учетом характера бактериального пейзажа гноя и микробной контаминации брюшной полости, а также отделяемого из дренажных трубок. Превентивный курс антибиотикопрофилактики заключался в введении 1 дозы цефалоспоринов и метронидазола непосредственно перед операцией, которые сочетали с внутривенной инъекцией диоксидина из расчета 60 мл 0,5 % раствора препарата в 100 мл 5 % растворе глюкозы или гемодеза. Интраоперационную санацию брюшной полости осуществляли путем лаважа с использованием различных антисептических средств (фурацилин, хлоргексидин, диоксидин) и завершали введением 1 г канамицина.

Антибактериальную терапию проводили с применением одного из цефалоспориновых антибиотиков I или II поколения: цефазолина или клафорана 4 г в сутки, которые вводили за 1 час до операции внутривенно 1,0 и 3 дозы препарата с интервалом 8 ч после оперативного вмешательства.

У всех больных парентеральное применение антибиотиков сочетали с внутривенной инъекцией метронидазола (или флагила) и внутривенным введением канамицина по 1 г 2 раза в сутки.

Для обеспечения эффективности хирургического лечения антибактериальную терапию сочетали с применением антихеликобактерных препаратов. Учитывая высокую антихеликобактерную активность и тканевую пенетрацию применяли антибиотик из группы макролидов – кларитромицин. Использовали схему “тройной” терапии с ингибиторами протонной помпы: ранитидин висмута-цитрат в стандартной дозе 2 раза, кларитромицин 500 мг 2 раза, метронидазол по 500 мг 2 раза в сутки. Продолжительность курса антибактериальной и антихеликобактерной терапии в среднем составила 7-14 дней.

С целью коррекции тканевой гипоксии, которая является одним из ведущих патогенетических звеньев гнойного перитонита, в комплекс послеоперационной терапии включили также экстракорпоральную оксигенацию аутокрови с последующей реинфузией, проводимую по разработанной нами методике. Летальных исходов не было.

Таким образом, разработанная схема комплексной антибактериальной терапии, проводимой в пред- и послеоперационном периоде, позволила снизить частоту гнойно-воспалительных осложнений у больных с перфоративной гастродуоденальной язвой с 12,3 до 7,1 %.

АешРабиаАхмад

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ К ПРИМЕНЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

Введение. Антибактериальная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения больных с острым панкреатитом (ОП), наряду с хирургическим вмешательством и интенсивной терапией (С. Bassi et al., 1994).

Наличие современных высокоэффективных к устойчивым штаммам микроорганизмов антибиотиков и антисептиков позволило снизить количество инфицированных панкреатитов и снизить гнойные осложнения в послеоперационном периоде. Несмотря на достигнутые успехи в лечении ОП, летальность остается очень высокой (В.С. Савельев и соавт., 1983, П.Я. Чумак, 1998, А.А. Шалимов и соавт., 1997).

В настоящее время установлено, что в процесс вовлекаются все органы и системы и развивается полиорганная недостаточность (ПОН). Летальность при ОП от ПОН находится в прямой зависимости от числа органов, вовлеченных в процесс. При изолированной недостаточности одного органа летальность больных не выходит за пределы 20%, при недостаточности двух органов она достигает 60-70 %, а при недостаточности трех органов и более она практически составляет 100 % (А.Л. Костюченко и соавт., 2000).

Материалы и методы. В клинике факультетской хирургии УМСА за 2001-20024 гг. под наблюдением находилось 15 больных, оперированных по поводу ОП. Среди них было 10 мужчин и 5 женщин в возрасте от 29 до 76 лет. Все 15 больных были оперированы по экстренным показаниям. Диагноз у всех больных верифицировали на основании клинико-лабораторных данных, результатов рентгенологического и ультразвукового исследований. Во время выполнения оперативного вмешательства из очага некроза ПЖ, парапанкреатической клетчатки, забрюшинного пространства и экссудата брюшной полости забирали материал для бактериологического исследования и определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам и антисептикам. Бактериологическое исследование материала проводили на кафедре микробиологии, вирусологии и иммунологии УМСА. В послеоперационном периоде взятие исследуемого материала осуществляли врач-хирург и перевязочная медицинская сестра. Кожу вокруг раны и (или) дренажную трубку обрабатывали антисептиком, удаляли некротические массы, гной, детрит с помощью стерильной салфетки. Материал взяли с помощью стерильного тампона, которым осуществляли круговые вращательные движения от центра раны к периферии. Из дренажных трубок отделяемое засасывали одноразовым

шприцом в количестве 1-2 мл и помещали в стерильную пробирку. Материал был доставлен в лабораторию в течение часа и немедленно посеян на питательные среды.

Результаты. Нами проведено изучение бактериологических анализов (патогенных микроорганизмов, чувствительности к антибиотикам и антисептикам) у 15 больных ОП во время операции и в послеоперационном периоде. У всех больных выявляли *E. coli*, *Streptococcus faecalis* (Enterococcus) и *Staphylococcus spp.*, у 4 больных были выявлены *Anaerobic spp.* (*Bacteroides*) и у 2-х повторно оперированных больных выявляли *Klebsiella spp.* и *Pseudomonas spp.*

У всех больных проведена антибактериальная терапия в различных комбинациях, с учетом высеваемости микроорганизмов и способности антибиотиков проникать в некротизированные ткани и секрет ПЖ (В.Ф. Саенко и соавт., 2001). Антибиотики с высокой липофильностью хорошо проникают и накапливаются в ткани ПЖ (офлоксацин, ципрофлоксацин), цефалоспорины III поколения и антианаэробные препараты активно проникают в перитонеальном экссудате и клетчатке забрюшинного пространства (J.J. Byrne et al., 1989).

С целью борьбы с инфекцией, уменьшения концентрации патогенных микроорганизмов и обеспечения высокой концентрации антибиотиков в очаге некроза, нами проведена целенаправленная санация ложа ПЖ, парапанкреатической клетчатки и забрюшинного пространства растворами антисептиков, с учетом чувствительности микроорганизмов к антисептикам.

Мы определяли чувствительность микроорганизмов к некоторым антисептикам (хлоргексидин, эктерицид, фурациллин, хлорофиллипт, колларгол и коллоидал силвер). Четыре плюса (++++) были поставлены на коллоидал силвер, три (+++) на колларгол, по одному (+) на хлоргексидин и хлорофиллипт и минус (-) возле эктерицида и фурациллина. Наилучшие результаты лечения получены у больных, у которых осуществляли целенаправленную санацию растворами антисептиков, и выздоровление наступило быстрее, чем тех больных, у которых не определяли чувствительность микроорганизмов к антисептикам.

Выводы. 1. Определение чувствительности высеваемых микроорганизмов к антисептикам не менее важно, чем к антибиотикам у больных с ОП. 2. Целенаправленная санация ложа ПЖ, парапанкреатической клетчатки и забрюшинного пространства растворами антисептиков, с учетом чувствительности микроорганизмов к антисептикам, позволила уменьшить риск релапаротомии у больных, оперированных по поводу ОП.

**А.М. Белозерцев, А.А. Епифанцев, В.В. Яроцк, И.Д. Гудинов,
О.Н. Федорчук, М.Н. Башмаков**

ПРОФИЛАКТИКАГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙПРИТОЛСТОКИШЕЧНОЙ ЭЗОФАГОПЛАСТИКЕ

Донецкий государственный медицинский университет

Одним из способов медицинской реабилитации больных с рубцовым стенозом пищевода и желудка после химических ожогов является толстокишечная эзофагопластика, прочно вошедшая в клиническую практику.

За последние 10 лет отдаленные результаты реконструктивно-восстановительной операции на пищеводе существенно улучшились. Получив возможность естественного приема пищи, 89 % наших больных в сравнительно короткий срок (2-3 месяца) устраняли дефицит массы тела, обретали физическую силу, достаточную для активной трудовой деятельности. Профессию сохранили 64 % оперированных, сменили профессию – 21 %, оставили работу – 4 %, домашней трудовой деятельностью занимаются 3 %. Продолжили обучение и получили специальность – 8 % реабилитированных больных. Полное восстановление трудоспособности отмечено у 80,1 % больных. Третья группа инвалидности по основному заболеванию сохранилась у 10,9 %, II группа инвалидности, определенная по совокупности заболеваний, – у 5,4 % больных.

Восстановление утраченной функции пищеварительного тракта вследствие химического ожога, трудоспособности и социальной полноценности достигнуто благодаря применению комплекса лечебно-профилактических мероприятий, разработанных в клиниках с участием хирургов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, диетологов.

Толстокишечная эзофагопластика, как объемная реконструктивно-восстановительная операция, всегда таит в себе опасность возникновения послеоперационных осложнений, причины которых мы разделили на четыре группы.

1. Осложнения, не связанные с техникой операции: острая сердечно-сосудистая недостаточность, заболевания дыхательных путей.

2. Осложнения, связанные с техникой операции: пневмоторакс, некроз трансплантата, кровотечение, несостоятельность швов анастомозов, развитие свищей и стенок пищеводно-кишечного анастомоза.

3. Гнойно-воспалительные осложнения, не связанные с техникой операции: нагноение ран передней брюшной стенки, шеи, флегмона шеи.

4. Функциональные осложнения. Нарушение функции искусственного толстокишечного пищевода за счет свищей и стеноза анастомоза на шее, рефлюкса желудочного содержимого, нарушение проходимости анастомозов.

Такое разделение осложнений имеет условный характер, ибо все они в той или иной мере обусловлены как тактическими недостатками, так и техническими дефектами хирургического пособия.

Среди осложнений, связанных с техникой операции, наиболее опасным является некроз трансплантата, обусловленный нарушением его кровоснабжения. Выбор участка толстой кишки для формирования трансплантата нужной длины с надежным кровоснабжением всегда зависит от ангиоархитектоники органа. Применяемые нами способы контроля жизнеспособности трансплантата до пересечения магистральных сосудов во всех случаях позволяли правильно сделать выбор участка и адекватно оценить надежность оставляемых в качестве сосудистой “ножки” артерию и вену. За последние 10 лет некроз трансплантата из 196 больных имел место в 1 случае.

Особенно грозным осложнением толстокишечной эзофагопластики является несостоятельность внутрибрюшных анастомозов и возникший вследствие этого перитонит. Это осложнение чаще всего возникало по причине нарушенного внутривисцерального кровоснабжения по линии формирования анастомоза. Выключение у анастомоза 2-3 прямых артерий толстой кишки чревато нарушением кровоснабжения соответствующего участка кишки. Такое осложнение было отмечено у 3 больных: у 2 – несостоятельность коло-колоанастомоза, у 1 – гастроколоанастомоза. Все больные выздоровели.

Нами разработаны в целях профилактики этого осложнения варианты межкишечного и кишечнo-желудочного анастомозов, характеризующиеся достаточным герметизмом и надежным кровоснабжением.

Наиболее частым осложнением, связанным с техникой операции, является несостоятельность пищеводно-толстокишечного анастомоза на шее. Это осложнение имело место у 10,9 % наших больных.

И хотя осложнение не сопровождается серьезным расстройством здоровья, тем не менее появление свищей и последующего стеноза анастомоза затягивает сроки окончательного выздоровления больных и требует дополнительных оперативных вмешательств.

В настоящее время разработаны модификации формирования анастомоза на шее, позволившие уменьшить число осложнений на шее до 3 %.

В результате совершенствования комплекса предоперационной подготовки больных, тактических и технических приемов операции и интенсивного послеоперационного ведения больных, число осложнений снизилось до 16 %, а летальность составила 1,4 %.

**Г.К. Кухто, П.Ф. Гюльмамедов, В.И. Черний, В.П. Шано,
А.Н. Нестеренко, Н.М. Енгенов, Ю.В. Карпенко, А.П. Кухто**

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ЯТРОГЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Донецкий государственный медицинский университет

Термин “ятрогенные повреждения” в последние годы широко распространен и является предметом многочисленных дискуссий, что связано, в первую очередь, с ростом числа операций, а также ростом количества эндоскопических манипуляций и исследований на толстой и тонкой кишках.

Количество больных с повреждением толстой кишки во время гинекологических операций составило 48 человек, во время урологических операций – 19 человек, с повреждением толстой кишки во время эндоскопических манипуляций – 3, с химическими ожогами – 2. Всего – 72 больных с повреждением толстой кишки. У 19 больных повреждение не было обнаружено во время операции, что привело к послеоперационному каловому перитониту – у 7 больных, у 12 – к абсцессу малого таза и формированию каловых свищей. У этой категории больных с явлениями тяжелой интоксикации и септическим состоянием потребовалось отключение пассажа кишечного содержимого. В группе гинекологических больных было 4 летальных исхода. В ходе динамического микробиологического мониторинга установлен спектр назокомиальной флоры (НФ) у больных с ятрогенными повреждениями кишечника, в результате чего получены следующие результаты: золотистый стафилококк – 70,6 %, кишечная палочка – 11,76 %, протей – 11,76 %, энтерококки и коринебактерии по 5,88 %.

Согласно спектру полученных данных антибиотикорезистентности для интраоперационной антибиотикопрофилактики (ИАП) у больных с ятрогенными повреждениями толстой и тонкой кишок использовали цефалоспорины 2 и 3-го поколений (Зинацеф в дозировке по 1,5 г в сутки 2 раза, клафоран по 1-2 г каждые 12 часов, фторхинолоны в сочетании с метронидазолом, цефтриаксон по 1г 2 раза в сутки, ципринол по 0,5 г 2р/сутки внутривенно капельно, цефотаксим (цефобид) по 1 г 2 раза в сутки. ИАП как компонент анестезиологической защиты (АЗ) предполагала внутривенно введение на этапе вводного наркоза первой дозы антибиотиков с последующим их введением в течение 48-72 часов.

Своевременная ИАП препаратами, “перекрывающими” спектр назокомиальной флоры, позволила сократить в 2-4 раза сроки превентивного применения антибиотиков, снизить частоту послеоперационных инфекционных осложнений на 40 %. Таким образом, наряду с классическими составляющими анестезиологического пособия, ИАПИ следует считать принципиально важным

компонентом АЗ у больных с ятрогенными повреждениями толстой и тонкой кишок.

Анализ клинических наблюдений и осложнений ближайшего и отдаленного послеоперационного периода позволяет нам предложить следующее тактическое решение возникающих вопросов:

1. Повреждения прямой кишки, независимо от размеров, сопровождаются значительным инфицированием малого таза и последующим развитием абсцессов, что обуславливает необходимость отключения пассажей кишечного содержимого путем формирования 2-ствольной колостомы. Необходимо также адекватное дренирование малого таза, с последующим внутривенным введением цефалоспоринов 2-го или 3-го поколения в сочетании с аминогликозидами. Если есть сомнение в распространении инфекции, необходимо также, кроме дренажных трубок, ввести тампон по Микуличу. Такая тактика позволяет создать лапаростому с последующим лаважом полости малого таза.

2. При десерозировании прямой, ободочной и тонкой кишок на длительном протяжении считаем необходимым восстановление серозной оболочки. Если возникают технические сложности, особенно при повреждении и мышечной оболочки, поврежденный участок лучше резецировать или отключить пассаж кишечного содержимого через поврежденный участок. Обязательным считаем с профилактической целью введение внутривенно капельно зинацефа в дозе 1,5 г 2 раза в сутки в сочетании с цефалоспорином 2-го или 3-го поколений. Повреждение всей стенки тонкой кишки, особенно в нескольких местах на фоне выраженного спаечного процесса, у половины из наблюдаемых больных осложнилось несостоятельностью швов, с последующим формированием высоких тонкокишечных свищей. Анализ результатов лечения осложнений ближайшего и отдаленного послеоперационных периодов позволяет сделать вывод, что при развитии гнойно-воспалительных процессов в полости малого таза необходимо провести антибактериальную терапию, включающую в себя комбинацию норфлоксацина и цефалоспоринов 3-го поколения.

3. Таким образом, правильная тактика антибактериальной терапии наряду с адекватным хирургическим лечением имеет решающее значение для медицинской и социальной реабилитации больных с ятрогенными повреждениями кишечника.

**Ф.И. Гюльмамедов, Г.Ж. Кухто, В.И. Шаламов,
А.Н. Нестеренко, П.Ф. Гюльмамедов, А.П. Кухто**

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА

Донецкий государственный медицинский университет

В клинике общей хирургии № 1 ДонГМУ с 1997 по 2001 годы находилось на лечении 243 больных неспецифическим язвенным колитом (НЯК) и болезнью Крона (БК) от 16 до 67 лет, при этом неспецифический язвенный колит был у 178 – 73 % а БК у 65 – 27 %. Среди 35 человек прооперированных по поводу БК отмечено 5 летальных исходов (18,3 %). Развитие гнойно-септических осложнений (ГСО) наблюдалось у 66 (27 %) больных.

Развитие (ГСО) у больных НЯК и БК является закономерным при определённой тяжести заболевания. Данная категория больных относится к группе высокого риска развития ГСО вследствие иммунозависимой патологии, длительная терапия глюкокортикостероидами обуславливает наличие иммунного дистресса, что в сочетании с селекцией антибиотикорезистентной микрофлоры позволяет отнести данных больных к группе иммуноскомпрометированных лиц, когда в результате проводимой ранее терапии наблюдается распространение антибиотикорезистентных штаммов и быстрое развитие генерализованных форм гнойной инфекции. Развитие ГСО у 66 больных (27 %) обусловило ухудшение общего состояния вплоть до тяжелого и крайне тяжелого. Гипертермическая реакция у изучаемой категории больных была обусловлена как обострением основного процесса, так и ГСО. Диагностика ГСО основывалась на исследовании в динамике фагоцитарной активности, лейкоцитов, абсолютного количества лимфоцитов, лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) количества тромбоцитов, уровня фибриногена, среднемолекулярных олигопептидов, ядерного индекса Даштаянца. Ретроспективный анализ 25 историй болезней больных с ГСО определил оптимальный антибактериальный эффект при применении внутривенно комбинации фторхинолонов и метрогила. Введение препаратов начиналось при первых признаках развития ГСО в дооперационном периоде, продолжалось интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде. Выполнялся бактериальный мониторинг внутрибрюшинного экссудата. Дальнейший выбор (смена) антибактериальной терапии осуществлялся на основании результатов бактериологического исследования, а также согласно данным бактериального мониторинга, нозокомиальной флоры отделения. Оптимизация антибактериальной терапии проводилась иммуномодулирующими препаратами. В зависимости от степени и вида выявленных нарушений иммунного статуса использовали индукторы

интерферона (циклоферон 250 мг 1 раз в сутки через день по схеме) либо проводили заместительную терапию донорским иммуноглобулином в средней дозе 1 мл на 10 кг массы через день до 4-6 раз. У больных с явлениями иммунопаралича наблюдалась очень быстрая генерализация инфекции с развитием признаков синдрома полиорганных нарушений (СПОН). В этой ситуации комплекс детоксикации и иммунокоррекции дополнялся методами квантовой гемотерапии ультрафиолетовым облучением крови (УФОК) и внутрисосудистым лазерным облучением крови (ВЛОК). Летальные исходы при БК были обусловлены прогрессированием основного заболевания у троих больных, что привело к развитию послеоперационного перитонита, у двоих больных прогрессированием СПОН.

На основании проведенного анализа мы пришли к заключению, что прогностически наиболее информативными и значимыми по результатам бактериального мониторинга для развития ГСО следует считать нарастание лимфопении, увеличение ЛПИ, ЯИ, сдвиг влево при лейкопении. Наиболее грозным прогностическим признаком является увеличение уровня фибриногена, при одновременном уменьшении количества альбумина, тромбоцитопения, токсическая зернистость нейтрофилов, нарастание анемии, анизоцитоза, пойкилоцитоза.

Учитывая вышеизложенное, за 1-2 суток перед радикальной операцией больным назначалась стартовая антибактериальная терапия, на основании данных бактериального мониторинга, продолжающаяся интраоперационно и в ближайшем послеоперационном периоде, что позволило в течение последних двух лет избежать тяжелых ГСО.

Оптимальным методом радикального хирургического лечения данной категории больных считаем субтотальную колэктомия с отдельной илео- и сигмостомой. В последующем проводилось комплексное лечение отключенных отделов кишечника. При достижении стойкой ремиссии проводилось восстановительное хирургическое лечение по предложенной в клинике методике на (патент № 39747). Во всех случаях восстановительное лечение удалось провести без осложнений, в частности без развития нагноительных процессов. По предложенной методике прооперировано 7 больных.

Выводы. Больные НЯК и БК относятся к категории иммуноскомпрометированных, склонных к быстрой генерализации инфекции с ГСО. Антибактериальная терапия у этой категории больных должна проводиться на основании данных бактериального мониторинга, нозокомиальной флоры риска. Антибиотиками выбора следует считать фторхинолоны в сочетании с метрогилом. Коррекция иммунного статуса – непременное условие эффективности лечения. Оптимизация лечения предполагает прогнозирование риска развития ГСО и проведение предупредительной антибактериальной терапии до развития ГСО. Прогностически наиболее значимыми следует считать изменения формулы белой крови, уровень фибриногена, альбумина, тромбоцитопению.

А.В. Пепенин, Р.В. Бондарев, А.П. Базяк, А.Л. Наден

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Луганский государственный медицинский университет

Несмотря на большое число исследований, посвященных разработке методов лечения острого панкреатита (ОП), проблема антибактериальной терапии больных с указанной патологией остается трудной, до конца не решенной и по-прежнему находится в центре внимания хирургов. Сложность в определении тактики антибактериальной терапии состоит в высокой антибиотикорезистентности микробной флоры, изменчивости микробного пейзажа брюшной полости, полимикробной этиологии инфекционно-воспалительного процесса и быстром развитии антибиотикорезистентности.

Согласно существующим данным, гнойно-некротические поражения поджелудочной железы (ПЖ) и окружающей клетчатки с наличием в них патогенных микроорганизмов в концентрации $1 \times 10^5 - 1 \times 10^9$ в 1 г ткани обуславливает возникновение инфицированного некротического панкреатита. При некротическом панкреатите (НП) длительностью 1 нед. инфицирование выявляют у 25 % больных, 2 нед. – у 36 %, 3 нед. – у 70 %, 4 нед. – у 46 %, при более длительном течении НП – у 35 % (Beger H.Z. et al., 1986).

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей антибиотикотерапии у больных с ОП.

Материалом при проведении клинических исследований послужили 240 пациентов с ОП. Женщин было 157 (65,4 %), мужчин 83 (34,6 %). Среди наблюдаемых больных у 161 пациента диагностирован отечный, у 69 пациентов деструктивный, у 10 – гнойный панкреатит.

Все пациенты разделены на две группы: первую составили 147 больных с легкой и средней степенью тяжести ОП; вторую – 93 пациента, которым выполнены различные оперативные вмешательства (оценку тяжести состояния больных с ОП оценивали с использованием методики системы АРАСНЕ-II).

Диагноз ОП устанавливали на основании данных клинических, лабораторных и результатов инструментальных методов обследования.

Основными клинико-морфологическими формами панкреатической инфекции является инфицированный панкреонекроз – 79 наблюдений, панкреатогенный абсцесс, флегмона забрюшинного пространства – 37 наблюдений, нагноение псевдокисты ПЖ – 12 наблюдений.

В микробном пейзаже патологического материала, взятого из очагов некроза ПЖ, абсцессов ПЖ, брюшной полости, забрюшинного пространства преобладали энтеробактерии (кишечная палочка, протей, энтеробактер, клебсиелла). Частота выявления их у всех аэробных бактерий составила 66,5 %, патогенные кокки отмечены в 24,3 %, псевдомонады – 9,2 %. Смешанная форма была представлена в основном следующими микробными ассоциациями:

кишечная палочка, золотистый стафилококк; кишечная палочка, протей; кишечная палочка, синегнойная палочка, протей; стафилококк, протей и синегнойная палочка. Среди наблюдаемых больных у 5 человек были выделены следующие микроорганизмы: неклостридиальные анаэробные грамотрицательные палочки гр. *Bacteroides* – 2, а из них у одного – бактероиды гр. *B. fragilis* и у одного – *B. melaninogenicus*. У двух человек выявлены грамположительные кокки гр. *Peptostrepto-coccus* sp. и у одного пациента была выявлена факультативно анаэробная микрофлора.

Изучая биологические свойства антибиотикограмм популяций микроорганизмов, выделенных у патологического очага в динамике течения патологического процесса, установлено, что в 19 % случаев выявлено присоединение новых штаммов, а у 12,7 % наблюдалась смесь возбудителей, чаще других встречающихся при синегнойной инфекции (75 % случаев).

Исследование чувствительности микроорганизмов к антибиотикам показало, что штаммы золотистого стафилококка были резистентны в пределах от 41,3 % до 97,7 % случаев. Вся грамотрицательная микрофлора также была весьма устойчива к широко используемым антибиотикам (68,4 % – 94,4 %). Наиболее эффективным из изучаемых препаратов оказались тиенам, амикин, максипин, офлоксацин.

Следует подчеркнуть, что штаммы, вызывающие патологический процесс в ассоциациях, обладали разной чувствительностью к антибиотикам. Поэтому было целесообразно исследовать чувствительность к антибиотикам не только каждого выделенного штамма в отдельности, но и определить этот показатель для каждой конкретной ассоциации.

В настоящее время существуют два подхода к применению антибактериальных препаратов: профилактический и лечебный. С профилактической целью антибактериальные препараты назначали больным с ОП в связи с высоким риском развития постнекротических септических осложнений.

В этой связи с легкой степенью тяжести ОП (56 наблюдений) применяли цефалоспорины II-III поколения (клафоран, цефотаксим). Длительность терапии составила 7-10 суток.

Основными антибактериальными препаратами в группе пациентов со средней степенью тяжести (91 больной) являлись фторхинолоны (ципрофлоксацин) в сочетании с метронидазолом. Продолжительность антибактериальной терапии (АТ) составила 10-14 дней.

В группе оперированных больных (тяжелая степень) проводили целенаправленную антибактериальную терапию при идентификации возбудителя и определения его чувствительности к антибиотикам.

Следует отметить, что у 80 % больных со средней тяжестью и во всех наблюдениях при тяжелой степени тяжести ОП было проведено два-три курса АТ. Общий курс лечения составил 4-8 недель. Оптимальными по спектральному диапазону для панкреатической инфекции являлись карбапенемы (тиенам и меронем). Получены хорошие результаты при использовании цефалоспорины последней генерации – максипима.

Г.Д. Бабенков, С.М. Усов, В.В. Потій, В.В. Долгополов

КОМПЛЕКСНЕ ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО ДИФУЗНОГО ПЕРИТОНИТУ

Луганський державний медичний університет

Гострий перитоніт – одна з найбільш актуальних проблем у невідкладній хірургії. Незважаючи на удосконалювання хірургічної техніки, використання сучасних методів детоксикації та антиінфекційної терапії летальність при різних формах перитонітів залишається високою і складає від 16 до 90 %. У зв'язку з цим проводиться подальший пошук методів, які б у комплексі заходів сприяли покращенню результатів лікування.

Роботи останніх років показали, що в патогенезі гострого перитоніту значна роль належить стану імунної реактивності організму, перекисному окисленню ліпідів та стану антиоксидантного захисту.

Було проведено комплексне обстеження 57 хворих з перитонітом у віці від 16 до 70 років, причинами якого стали гострий апендицит (56,1 %), перфоративна виразка (15,8 %), гострий холецистит (7,0 %), гостра кишкова непрохідність (7,0 %), післяопераційний перитоніт (14,1 %).

Усім хворим було проведено оперативне втручання, що складалося з ліквідації джерела перитоніту, санації і дренивання черевної порожнини. У хворих з дифузним розлитим перитонітом застосовували метод керованої перитонеостомії. При проведенні програмних санацій черевної порожнини основними розчинами, що санують, були 0,1-0,05 % водяний розчин хлоргексидину (у 42,1 % випадків) і фурациліну 1:5000 (у 26,3 %). У 24 хворих розчини були активовані апаратом Valkion (Гетеборг, Швеція, зареєстрований Комітетом по новій медичній техніці МОЗ України № 342/97).

У комплексі обстеження хворих було проведено бактеріологічне дослідження ексудату з черевної порожнини для виявлення виду мікрофлори і визначення її чутливості до антибактеріальних препаратів, вивчено стан системного й місцевого клітинного і гуморального імунітету (у т.ч. вміст у сироватці крові і перитонеальному ексудаті Т і В-лімфоцитів і їх субпопуляцій, імуноглобулінів основних класів і циркулюючих імунних комплексів), визначали функціональну активність нейтрофілів за НСТ-тестом, оцінювали стан перекисного окислення ліпідів та антиоксидантного захисту.

Усі оперовані хворі отримували комплексне лікування, що включало антибактеріальні препарати, застосування засобів, спрямованих на корекцію метаболічних порушень, відновлення імунного статусу, моторно-евакуаторної функції кишечника.

Клінічну ефективність лікування оцінювали за ступенем і тривалістю інтоксикації, наявністю інфекційних ускладнень у післяопераційному періоді, рівнем післяопераційної летальності.

При бактеріологічних дослідженнях встановлено, що в більшості хворих перитоніт був полімікробним. У 86 % спостережень виділена мікрофлора була стійка до багатьох антибіотиків (пеніциліни, аміноглікозиди, макроліди та ін.) Ведучу роль відігравали грамнегативні збудники, головним чином ентеробактерії (*E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.* та ін.). Частота виділення грампозитивних мікроорганізмів складала менш ніж 25 %.

Аналіз стану системного імунітету виявив зменшення вмісту Т-лімфоцитів на фоні зниження їхньої функціональної активності, особливо виражені в перші 5-7 днів після операції. Поряд з цим відзначалося збільшення кількості В-лімфоцитів і зниження вмісту IgA і IgG.

Вміст циркулюючих імунних комплексів був істотно підвищений в перші 5 днів після операції, а потім поступово знижувався.

Відзначено порушення поглинальної активності нейтрофілів і підвищення їхньої активності в НСТ-тесті.

Був обчислений коефіцієнт лінійної кореляції r_{xy} між окремими показниками системного імунітету і показниками ступеня інтоксикації, що дозволило встановити кореляційну залежність між рівнем інтоксикації і ступенем імунодефіциту.

Дослідження місцевого імунітету показали, що до операції, а також у першу добу після неї, відбувається збільшення абсолютного числа імунокомпетентних клітин у перитонеальному ексудаті, особливо збільшення кількості нейтрофілів, а також збільшення вмісту IgG. Разом з тим, відзначалося зниження функціональної активності макрофагів і нейтрофілів.

Спостерігалось підвищення активності перекисного окислення ліпідів, особливо у перші 5 днів, та зниження активності ферментів антиоксидантного захисту (супероксиддисмутази). Був відмічений значний позитивний вплив Valkion-терапії на стан перекисного окислення ліпідів та імунну резистентність. У хворих, що отримували у комплексі лікування Valkion-терапію швидше знижувалась активність перекисного окислення ліпідів та відновлювався антиоксидантний захист, зростала кількість Т-лімфоцитів, фагоцитарна активність нейтрофілів і макрофагів.

Аналіз отриманих результатів свідчить про необхідність включення в комплекс лікування хворих з гострим гнійним перитонітом заходів, спрямованих на корекцію системного і місцевого імунітету, антиоксидантної терапії на фоні адекватної антибактеріальної терапії з використанням сучасних антибактеріальних препаратів.

И.В. Гусак

СТРАТЕГИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АБДОМИНАЛЬНОГО СЕПСИСА

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Развитие представлений о синдроме системного воспалительного ответа (ССВО) как общебиологической реакции позволило расширить границы нашего понимания сути сепсиса, определяя не истинную бактериемию как его главный отличительный признак, но как системную воспалительную реакцию, вызванную доказанной инфекцией. Число больных с обширными гнойно-воспалительными заболеваниями органов брюшной полости не имеет тенденции к снижению, сохраняет высокую летальность (30-80 %), что определяет высокую актуальность проблемы абдоминальной инфекции (Саенко В.Ф. и соавт., 2000; Белобородов В.Т., 2001). Группу абдоминальных инфекций, таких как: 1) распространенный гнойный перитонит, развивающийся вследствие деструкции полого органа и запущенных форм кишечной непроходимости; 2) послеоперационный перитонит, обусловленный, как правило, несостоятельностью швов анастомозов или прорыва внутрибрюшных абсцессов; 3) гнойно-некротический панкреатит вследствие инфицирования некрозов поджелудочной железы или развития септической флегмоны забрюшинной клетчатки, в настоящее время относят к осложненной абдоминальной инфекции и определяют как абдоминальный сепсис (АС) (Гельфанд Б.Р. и соавт., 1996; Mustard P.A. et al, 1991).

Основная роль в лечении АС отводится адекватному хирургическому вмешательству, однако источник инфицирования при АС не всегда может быть адекватно устранен или ограничен в один этап, что требует повторных вмешательств с динамическим подходом к выбору тех или иных лечебных схем, в том числе и антимикробной терапии. Антибактериальная терапия (АБТ) дополняет хирургическое вмешательство, но не заменяет его.

Задача антибактериальной терапии в комплексном этиотропном лечении больных с АС заключается в блокаде системной воспалительной реакции на уровне экзогенных микробных медиаторов. В клиническом смысле это прежде всего предотвращение персистирования, генерализации и рецидива инфекционного процесса в брюшной полости или забрюшинном пространстве.

Объем и этапность АБТ абдоминального сепсиса определяется полимикробным характером интраабдоминальной инфекции с участием широкого спектра аэробных и анаэробных грамотрицательных и грамположительных бактерий. Преобладают грамотрицательные бактерии группы энтеробактерий, псевдомонады, неспорообразующие анаэробы (бактероиды, пептококки), нередко в ассоциации с аэробами. При развившихся послеоперационных

осложнениях следует учитывать госпитальные штаммы микроорганизмов (метициллинустойчивые стафилококки, энтерококки, ацинетобактер).

Стратегия АБТ абдоминального сепсиса должна быть двухэтапной.

I этап – максимально раннее начало лечения наиболее эффективным антибиотиком или их комбинацией. Выбор определяется тяжестью состояния пациента, локализацией инфекции и возможными возбудителями – целесообразно использование карбапенемов, фторхинолонов, цефалоспоринов IV поколения, ингибиторзащищенных пенициллинов.

II этап – начинается после получения результатов бактериологического исследования.

Этапность лечения поддерживается динамическим микробиологическим контролем с учетом постоянно меняющейся чувствительности микрофлоры к действию антибактериальных препаратов.

Основным путем АБТ является парентеральный. Пероральные препараты назначают в дополнение к парентеральным. Это относится к селективной деконтаминации кишечника и противогрибковым препаратам. Общая длительность АБТ у больных с АС в большинстве случаев требует длительного, до 3-4 недель, лечения, при котором необходима 2-3-кратная смена режима назначения препаратов. “Золотым стандартом” для антимикробного лечения АС является применение аминогликозида с бета-лактамым антибиотиком и антианаэробным препаратом. Лечение продолжают до нормализации температуры тела в течение 4-7 дней и появления признаков разрешения инфекции.

Следует помнить, что сохранение системной воспалительной реакции на фоне рациональной АБТ должно нацеливать клинициста не к смене антибиотика, а к поиску очага рецидивирующей инфекции вследствие неадекватной хирургической санации или формирования альтернативных (внебрюшных) очагов инфекции (нозокомиальные пневмонии, ангиогенная инфекция).

К возможным путям оптимизации антибактериальной терапии абдоминального сепсиса следует отнести:

- динамический микробиологический контроль;
- целенаправленный выбор препаратов с учетом полимикробного характера процесса;
- сочетание системного введения антибиотиков с селективной деконтаминацией желудочно-кишечного тракта и применением противогрибковых препаратов;
- коррекцию системных нарушений гомеостаза и детоксикацию;
- соблюдение фармакокинетических принципов терапии.

**А.В. Чурилов, С.В. Кушнир, А.Д. Попандопуло, В.Г. Синченко,
И.Ю. Гошкодеря**

ПРЯМАЯ ДЛИТЕЛЬНАЯ ЭНДОЛИМФАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ВГНОЙНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины

Введение. Осложненные формы гнойных воспалительных заболеваний придатков матки составляют 5-7 % в структуре воспалительных заболеваний гениталий. Актуальность проблемы обусловлена не только тяжестью самой патологии, но и отсутствием единого подхода к лечению данной группы больных. На сегодняшний день основным видом лечения остается хирургический, который направлен на максимальное устранение очага воспаления. Учитывая то, что 30,2 % больных с данным видом патологии находятся в возрасте 25-35 лет, поиск новых подходов к лечению, позволяющему сохранить репродуктивную функцию, становится все более актуальным. Нами была разработана методика подготовки к органосохраняющему хирургическому лечению, основным этапом которого является введение антибактериальных препаратов непосредственно в лимфатическое русло.

Анатомически лимфатическая система делится на две составляющие – лимфатические сосуды и лимфатические узлы. Главной функцией сосудистой части является образование и транспорт лимфы. Лимфатические капилляры резорбируют из межклеточного пространства органов и тканей продукты жизнедеятельности, белки, эмульсии, коллоиды, микроорганизмы и их токсины, некоторые лекарственные препараты, гормоны и другие вещества. Лимфатические узлы играют важную роль в поддержке нормального состояния организма. В них происходит выработка почти всего спектра гуморальных и клеточных факторов иммунитета человека. Также происходит обмен жиров, белков, витаминов и гемоглобина, разрушение эритроцитов, вырабатываются лейкоцитарный фактор, прокоагулянты и фибринолитические вещества, цитомедин. Лимфатические узлы обладают барьерной и очистительно-фильтрационной функцией. Лимфатическая система первая реагирует на микробную инвазию, поэтому от ее барьерных функций зависит, какой будет воспалительный процесс – генерализованный или локализованный. При массивной инвазии и высокой вирулентности микрофлоры лимфатическая система теряет свои барьерные свойства, становясь местом размножения и распространения инфекции. Это обусловлено ее малой доступностью для антибактериальных препаратов при обычных способах введения. Масса большинства антибиотиков колеблется в пределах 800-1500 Д, тогда как в лимфатическую систему из межклеточного пространства резорбируются вещества с массой 10 кД и больше. Таким образом, антибиотики из межклеточного пространства попадают в венозное, а не в лимфатическое русло.

При создании высоких концентраций антибактериальных препаратов в лимфатической системе происходит ее санация и прерывается лимфогенный путь дессиминации и размножения возбудителя, восстанавливается дренажная, резорбтивная, барьерная, иммунная, гемоцитопоэтическая и др. функции, что в конечном итоге имеет важное значение в поддержании гомеостаза организма. Так же экспериментально установлен, “лимфоцитарный” механизм доставки антибиотиков к очагу воспаления, когда лимфоциты, находящиеся в лимфатических узлах, эффективнее, чем лимфоциты крови, способны “нагружаться” антибиотиками, что повышает их доставку к очагу воспаления. Под действием эндолимфатической антибиотикотерапии нормализуется время свертывания крови, исчезают продукты дегидратации фибрина и фибринмономерные комплексы, улучшается микроциркуляция и создаются условия для лучшей доставки антибиотиков к пораженным тканям.

Материалы и методы. В отделении хирургии малого таза ИНВХ АМН Украины с 1998 по 2000 год находилось 120 больных с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки в возрасте от 25 до 35 лет. По заболеваниям больные распределялись следующим образом: односторонний пиовар – 28, двухсторонний пиовар – 7, одностороннее гнойное тубовариальное образование – 26, двухстороннее гнойное тубовариальное образование – 11, односторонний пиосальпинкс – 22, двухсторонний пиосальпинкс – 26. Нами была использована стандартная методика катетеризации эфферентного лимфатического сосуда на бедре. Для инфузии использовали растворы антибактериальных препаратов широкого спектра действия. С нашей точки зрения наиболее оптимальным является введение инъекционных форм фторхинолонов или цефалоспоринов третьего поколения (цефтриаксон 1,0). Объем вводимого лекарственного препарата составлял от 30 до 100 мл. Инфузию производили один раз в сутки. Количество инфузий составляла от 5 до 7 раз.

Результаты исследований и их обсуждение. Из 120 больных, находившихся под нашим наблюдением, 70 были подвергнуты хирургическому лечению. 19 (27,14 %) больным были выполнены органосохраняющие операции. Следует отметить, что одним из показаний для выполнения органосохраняющих операций являлось отсутствие родов в анамнезе. Все больные в послеоперационном периоде продолжали получать эндолимфально антибактериальные препараты до 5-6 суток послеоперационного периода. Осложнений и летальности не было. У 50 больных на фоне проводимой прямой длительной антибактериальной терапии по данным ультразвукового исследования наступил регресс патологических образований в области придатков матки. Нормализовались клиничко-лабораторные и биохимические показатели. В течение последующего года у 12 наступила маточная беременность, у 1 – трубная беременность.

Выводы. Таким образом, предложенная нами методика лечения осложненных форм гнойных воспалительных заболеваний придатков матки с использованием прямой длительной эндолимфальной антибактериальной терапии

позволяє збільшити процент виконання органосохраняючих операцій у жінок репродуктивного віку з відсутністю родов в анамнезі, а в деяких випадках обмежитися проведенням консервативної терапії.

УДК 617.55-06:616.381-002.3-089

В.В. Максим'юк

ВИБІРСАНАЦІЇОЧЕРЕВИННОЇПОРОЖНИНИПРИ ГОСТРОМУПЕРИТОНІТІ

Буковинська державна медична академія

Одним з невід'ємних етапів оперативного втручання при гострому перитоніті, незалежно від стадії захворювання і його характеру, є здійснення санації очеревинної порожнини (СОП), адекватність проведення якої прямо пропорційно впливає на результати лікування даної категорії хворих.

Нами розроблений метод локальної пролонгованої інтраперитонеальної сорбції і проведена оцінка його ефективності. В експерименті на 23 безпородних собаках, в умовах перитоніту, до лінії швів на сліпій кишці підводили контейнер з сорбентом з наведеними антибактеріальними властивостями. При мікробіологічних дослідженнях встановлено, що ініціація експериментального перитоніту у собак зумовлюється змішаними полімікробними аеробно-анаеробними асоціаціями патогенних та умовнопатогенних мікроорганізмів. Етіологічно значимих концентрацій на 48 год досягали *E. coli* ($6,44 \pm 0,48$ lgКУО/г) та *Bacteroides fragilis* ($6,99 \pm 0,28$ lgКУО/г), частота зустрічальності яких склала 100 % і 93,7 % відповідно. Відмічено також динамічну зміну кількісного та якісного складу патогенної мікрофлори. Проведені дослідження свідчать, що застосування запропонованого методу значною мірою пригнічує розвиток каскаду запально-деструктивних змін при експериментальному перитоніті у собак. Концентрація мікроорганізмів в ексудаті у тварин, яким до зони найбільшого ураження підводили контейнер з сорбентом, була на 2-3 порядки нижчою. На відміну від контрольної в дослідній групі анаероби становили меншу частку від загальної кількості мікроорганізмів. В контейнері з сорбентом визначались полімікробні асоціації в субетіологічно значимих концентраціях ($4,23 \pm 0,42$ lgКУО/г), а в місцях його підведення морфологічні ознаки деструктивного процесу були виражені менш глибоко в порівнянні з сусідніми ділянками.

В клінічних умовах обстежено 14 хворих з розлитим та загальним перитонітом 3 Б та 4-го ступеня важкості, в комплексному лікуванні яких застосовувався розроблений метод локальної пролонгованої інтраперитонеальної сорбції за умов проведення запрограмованих санацій очеревинної порожнини.

Результати клінічних досліджень вказують на те, що, за умов використання локальної сорбції, ступінь вираженості запальних процесів у очеревинній порожнині уже протягом перших двох днів суттєво знижується. Через 24 год. відмічається зниження кількості мікроорганізмів в середньому на 2,5-3 порядки – $(4,38 \pm 0,37) \lg \text{КУО/г}$. При дослідженні сорбенту встановлено, що кількість мікроорганізмів в ньому була в середньому на 2,5 порядки вищою в порівнянні з ексудатом і сягала етіологічно значимих величин – $(6,91 \pm 0,43) \lg \text{КУО/г}$. Слід відмітити і той факт, що в сорбенті визначався більш широкий спектр мікроорганізмів. Це свідчить про збереження сорбентом функціональної активності протягом 48 год, оскільки якісний склад ексудату динамічно змінюється, з періодичним домінуванням окремих видів мікроорганізмів на певному етапі розвитку гнійно-деструктивного процесу в очеревинній порожнині. У всіх хворих з 3-4 доби спостерігалось стійке зниження проявів ендогенної інтоксикації.

В експериментальному аспекті розглянуто можливість та доцільність використання медичної жовчі як складової розчинів для СОП, враховуючи цілий ряд її позитивних властивостей: бактерицидність по відношенню до багатьох аеробних та анаеробних мікроорганізмів, здатність до безпосереднього розщеплення фібрину S, поверхневу активність, ізоосмолярність до плазми крові, спроможність потенціювати дію багатьох антибіотиків.

На 25 безпородних собаках проведено порівняльний аналіз ефективності 3-кратної СОП з використанням різних промивних розчинів: 10 % жовчі, 0,02 % декаметоксину, 0,9 % натрію хлориду. Встановлено, що використання 10 % розчину жовчі призводить до зменшення бактеріальної забрудненості ОП на 78,7 %, 0,02 % декаметоксину – на 88,8 %, 0,9 % натрію хлориду – на 67,2 %. Відмічено більш повне вимивання відмежованих скопичень мікроорганізмів, а також пролонгований бактерицидний ефект при включенні жовчі в склад промивної рідини. При морфологічному дослідженні встановлено абсолютну інтактність впливу жовчі на цілісність мезотеліальних листків очеревини.

Проведені нами дослідження свідчать про можливість і доцільність використання жовчі як складової розчинів для СОП, враховуючи її виражені бактерицидну та бактериостатичну дії без негативного впливу на мезотелій. Використання в комплексній терапії гострого перитоніту розробленого методу локальної пролонгованої інтраперитонеальної сорбції попереджує дію мікроорганізмів та їх токсинів на очеревину, що сприяє зменшенню запального процесу в очеревинній порожнині.

В.В. Андрієць, А.М. Гринчук

ЛОКАЛЬНААНТИБАКТЕРІАЛЬНАТЕРАПІЯВПРОФІЛАКТИЦІ ТА ЛІКУВАННІНЕСПРОМОЖНОСТІКИШКОВИХШВІВ

Буковинська державна медична академія

Профілактика та лікування неспроможності лінії кишкових швів – одна з важливих проблем, від якої залежать результати оперативних втручань на порожнистих органах травлення. Складність проблеми полягає в тому, що після накладання швів можливість впливу на зону з'єднання майже відсутня. Медикаментозні препарати, які вводяться внутрішньом'язово чи внутрішньовенно, якщо і попадають в тканини зони з'єднання, то тільки в незначній концентрації. Перешкоджає цьому і порушення в цій зоні кровопостачання внаслідок тромбозу судин, мікроциркуляторних розладів. Це свідчить про доцільність локального підведення до лінії швів медикаментозних препаратів, які могли б проявити свою дію безпосередньо в зоні з'єднання.

Особливого значення захист лінії швів набуває у хворих з поєднаною патологією, оскільки частота розвитку неспроможності лінії швів та перитоніту в них недопустимо висока. Ми вважаємо, що у таких хворих при операціях на кишечнику лінія швів і анастомозів потребує закріплення, при чому не стільки з метою підвищення фізичної герметичності, скільки забезпечення біологічної герметичності внаслідок високої агресивності внутрішньокишкової мікрофлори. Перевагу при цьому слід надавати тим способам, які володіють не просто механічним захистом, а забезпечують антимікробну дію по лінії швів.

На кафедрі факультетської хірургії Буковинської державної медичної академії розроблено та використовуються в практичній діяльності ряд методик, які дозволяють локально впливати на перебіг репаративної регенерації по лінії швів на порожнистих органах. Перший метод, запропонований І.Ю. Полянським та співавт. (А.с. №1697760), полягає в покритті лінії швів стінки органа чи лінії швів анастомозу клаптем великого чепця, між листками якого вводять тонкий катетер, один кінець якого підводять до тієї частини чепця, яка фіксована до лінії швів, а другий кінець через контрапертуру виводиться на передню черевну стінку. В післяопераційному періоді через виведений назовні кінець катетера в товщу чепця, який покриває лінію швів, вводимо розчини антибіотиків, антисептиків, препаратів, що стимулюють регенерацію та ін. Введені лікарські препарати накопичуються в чепці, звідки потрапляють на поверхню органа, покриту чепцем, де проявляють свою місцеву дію.

Другий – це розроблений нами (заявка на патент № 96072911) спосіб захисту лінії швів, в основі якого лежить покриття їх перикардом плодів, який консервованій таким чином, щоб не лише зберегти його структуру, механічну міцність, але й надати йому наведених антимікробних властивостей. Завдяки

антимікробним властивостям, консервованій перикард сприятливо діє як на лінію швів, так і на навколишні ділянки стінки, знижуючи вираженість процесів запалення, стимулюючи репаративні процеси.

Для забезпечення можливості тривалого локального впливу на місцеві процеси в ураженій ділянці кишки нами також запропоновано (патент № 29668 А) спосіб, в основі якого лежить катетеризація брижової артерії. Для цього, при резекції ураженої ділянки кишки, мобілізацію останньої проводять таким чином, щоб сформувався конус брижі з однією артерією. Після накладання міжкишкового анастомозу краї брижі зашивають так, щоб конус з виділеною артерією знаходився збоку. Тонкий катетер з заглушкою на кінці вводять у виділену артерію і проводять у напрямку кореня брижі до місця розгалуження магістральних артерій. В місці введення навколо артерії з катетером проводять 8-подібну шовну лігатуру з матеріалу, що добре розсмоктується, яку не зав'язують. Вільний кінець катетера виводять через окремий отвір на передню черевну стінку і фіксують до шкіри окремим швом. В цьому ж місці на передню черевну стінку через окремі проколи виводять кінці нитки, яка розміщена навколо артерії з катетером. Нитку зав'язують на "бантики" так, щоб фіксувати верхівку конуса брижі до внутрішньої поверхні передньої черевної стінки, не порушивши при цьому прохідність катетера. Через виведений назовні кінець катетера за допомогою спеціального пристрою в артеріальне русло кореня брижі кишки вводять необхідні медикаментозні препарати, які попадають до зони з'єднання.

Після того, як необхідність у локальному підведенні медикаментозних препаратів до зони з'єднання відпадає, катетер без перешкод видаляють, а виведені кінці ниток туго зав'язують, що виключає можливість кровотечі з катетеризованої артерії.

Також нами розроблений спеціальний пристрій (заявка на патент № 96072914) – багатофункціональний зонд. На певній відстані від його вільного кінця знаходяться дві манжетки, які роздуваються через спеціальні канали, другий отвір яких знаходиться на протилежному кінці зонда. Манжетки, після проведення зонда в ділянку анастомозу, роздуваються так, щоб повністю перекрити просвіт кишки, не здавлюючи значно її стінки. В проміжку між манжетками на зовнішню поверхню зонда відкривається канал, через який є змога локально підводити до зони з'єднання медикаментозні препарати і відсмоктувати рідину, що секретується. Таке перекриття просвіту виключає можливість попадання до зони з'єднання вмісту орального відділу кишечника, а підведення медикаментозних препаратів дозволяє зменшити прояви запалення, стимулювати регенерацію, впливати на мікрофлору. Евакуація вмісту з розміщених орально від зони з'єднання ділянок кишки досягається за допомогою окремого, ізольованого просвіту зонда, що має численні отвори, останній з яких – в безпосередній близькості від проксимальної манжетки.

Для проведення раннього ентєрального харчування, введення поживних речовин у відділ кишки, розміщений дистальніше анастомозу, служить

окремий, ізольований канал у зонді, отвори якого знаходяться за дистальною манжеткою. Використання запропонованих способів профілактики неспроможності лінії швів дає можливість знизити пошкоджуючу дію запальної реакції по лінії швів, забезпечити оптимальні умови для перебігу регенераторних процесів, добитися формування пухкого сполучнотканинного рубця по лінії з'єднання, який не деформує стінку, не викликає порушення рухливості та моторики органа.

УДК 616.381-002-006

**І.Ю. Полянський, Ф.В. Гринчук, В.В. Андрієць,
В.В. Максим'юк, С.П. Бродовський**

НОВПРИНЦИПИАНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇТЕРАПІЇПРИ ЗАПАЛЬНО-ДЕСТРУКТИВНИХПРОЦЕСАХВОЧЕРЕВИННІЙ ПОРОЖНИНІ

Буковинська державна медична академія

Недостатня ефективність лікування хворих з запально-деструктивними процесами в очеревинній порожнині багато в чому зумовлена схематичністю уявлень про характер патологічних процесів, які перебігають у тканинах, абсолютизацію ролі сталого мікробного чинника, відсутністю об'єктивних даних про зміну його характеру та шляхів контамінації, недостатньою обґрунтованістю і, часто, неадекватністю антибактеріальної терапії, яка проводиться.

Проведені нами експериментальні та клінічні дослідження виявили нові дані про етіологію та деякі ланки патогенезу запального процесу, змусили переглянути сталі уяви, дали змогу розробити нові принципи антибактеріальної терапії при запально-деструктивних процесах в очеревинній порожнині.

Запальний процес, за нашим переконанням, розпочинається як захисна, компенсаторно-приспосувальна реакція організму, яка за певних умов переходить у пошкоджуючу, що призводить до деструкції тканин, значних порушень гомеостазу.

Мікроорганізми є не стільки найбільш частим етіологічним чинником запалення, скільки провідним компонентом ініціації та запуску нових ланок патогенезу запалення. Їх патогенний вплив на тканини реалізується як через виділення токсинів, так і шляхом запуску імунних компонентів запальної реакції, ініціації процесів пероксидного окислення та ін.

Характерно, що в процесі розвитку запального процесу проходить зміна не тільки кількісного, а й видового складу мікроорганізмів, які висіваються з ексудату. Етіологічно значимої концентрації поступово досягають найбільш агресивні та вірулентні штами, особливо анаероби. Це зумовлює необхідність проведення

динамічного мікробіологічного моніторингу і відповідної корекції антимікробних засобів. Можна з певною мірою вірогідності стверджувати, що запальний процес в очеревинній порожнині викликають одні мікроорганізми, підтримують його прогресування інші, а в термінальній стадії переважають, як правило, анаероби та найпростіші.

Важливе значення у розвитку септичних ускладнень при запально-деструктивних процесах в очеревинній порожнині має контамінація мікроорганізмів. При дослідженні шляхів розповсюдження мікроорганізмів із зони первинного ураження нами виявлено, що на початкових етапах генералізація мікроорганізмів проходить через венозні та лімфатичні судини парієтальної очеревини. Першим органом-бар'єром та мішенню ураження для них є легені, запально-деструктивні процеси в яких у подальшому сприяють виникненню дистрес-синдрому. В міру прогресування та розповсюдження запального процесу, зниження бар'єрних властивостей стінки кишечника, головним шляхом розповсюдження мікроорганізмів стає система ворітної вени та вісцеральні лімфатичні судини. Бар'єром для генералізації бактеріємії через ворітну вену є печінка. Прояви запалення у стромі печінки, дистрофічні та дегенеративні зміни гепатоцитів виявлені нами вже через 6-8 год з часу моделювання перитоніту. Прогресування їх може призводити до зниження бар'єрних властивостей печінки, розвитку печінкової недостатності.

Для мікроорганізмів, які розповсюджуються через вісцеральні лімфатичні судини, бар'єром є вісцеральні лімфатичні судини, контамінацію мікроорганізмами яких ми виявили вже через 4-6 год з часу моделювання перитоніту. Через 8-12 годин мікроорганізми у значній концентрації висіяні з лімфи грудної протоки, що є доказом прориву ними лімфатичного бар'єру.

Прорив мікроорганізмами печінкового та лімфатичного бар'єрів призводить до генералізованої бактеріємії, проявляється ураженням різних органів, у першу чергу легень та нирок, розвитком поліорганної недостатності.

Виявлені динамічні зміни мікробного чинника запального процесу, наявність різних шляхів контамінації мікроорганізмів з очеревинної порожнини, змусили нас переглянути деякі принципи антибактеріальної терапії у таких хворих.

Проведені дослідження свідчать, що тільки своєчасне оперативне втручання, завданнями якого є усунення причини перитоніту, ефективна санація очеревинної порожнини та забезпечення можливості локального впливу на перебіг запального процесу, може сприяти високій ефективності антибактеріальної терапії, попередженню чи зменшенню генералізації бактеріємії та поліорганної недостатності.

Нами вдосконалені всі етапи оперативного втручання, розроблені методи санації очеревинної порожнини при розповсюджених формах перитоніту, які дозволяють зменшити її мікробну забрудненість майже на 85 %, визначені показання до використання та вдосконалена техніка програмованих повторних розкриттів очеревинної порожнини.

Розроблено комплекс консервативних заходів, направлених на корекцію тих ланок патогенезу запального процесу, які є ведучими на кожному етапі його розвитку. Антибактеріальну терапію проводимо з врахуванням не тільки можливої зміни мікрофлори у зоні запалення, а й шляхів її розповсюдження. Доведена ефективність насичення обгрунтовано вибраними антимікробними препаратами всіх шляхів контамінації мікроорганізмів. Окрім введення препаратів у систему порожнистої вени, вважаємо за необхідне проведення ендопортальної антибактеріальної терапії. Нами розроблений спосіб такої терапії, доведена її ефективність.

Важливим є насичення антимікробними препаратами як парієтальної ланки лімфатичної системи, що можна досягти їх введенням у лімфатичні судини нижніх кінцівок, так і вісцеральних лімфатичних вузлів. Для цього нами розроблено (патент № 2051622) спосіб, який дає змогу значно знизити контамінацію мікроорганізмів цим шляхом.

Для попередження контамінації мікроорганізмів з просвіту кишечника широко використовуємо його інтубацію з підведенням антимікробних препаратів та сорбентів, для чого зробили багатоканальний зонд.

Такий підхід до обгрунтованої цілеспрямованої антибактеріальної терапії дозволив значно покращити лікування – летальність при розлитих формах перитоніту зменшилась з 20,8 до 5,9 %.

Таким чином, проведені дослідження свідчать, що в процесі розвитку запально-деструктивних процесів у очеревинній порожнині періодично проходить зміна мікробного етіологічного чинника, що необхідно враховувати при виборі антимікробних препаратів. Підвищити ефективність антибактеріальної терапії у таких хворих, зменшити небезпеку генералізації бактеріємії, розвитку поліорганної недостатності можливо шляхом обгрунтованого вибору антимікробних препаратів та створенням їх високої концентрації на всіх шляхах контамінації мікроорганізмів. Свочасне оперативне втручання, направлене на усунення причини перитоніту, ефективну санацію очеревинної порожнини та забезпечення можливості локального впливу на перебіг запального процесу є невід'ємною складовою антибактеріальної терапії у хворих з запально-деструктивними процесами в очеревинній порожнині.

Б.Н. Иванов

ЭНДОЛИМФАТИЧЕСКАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Черниговская областная больница

За период 1995-2000 годы проведено лечение 161 больного с осложненным течением абдоминальной патологии, в комплекс которого входила эндолимфатическая антибиотикотерапия. Женщин было 66, мужчин – 95, возраст колебался от 14 до 78 лет. Все больные первично оперированы в других лечебных учреждениях области и нозологически распределялись следующим образом: язвенная болезнь – 33, желчнокаменная болезнь – 36, деструктивный аппендицит – 45, абсцессы печени – 12, абсцессы брюшной полости – 11, прочие – 24.

После проведения стандартных методов обследования и хирургической коррекции выполняли катетеризацию коллекторного лимфатического сосуда на нижней конечности, преимущественно на стороне поражения. Лекарственные препараты подавались в автоматическом режиме со скоростью 0,6-1,2 мл в час. Базовым раствором служил 0,025 % новокаин в объеме 200 мл с разовой допустимой дозой антибиотика. Неудачных катетеризаций и осложнений не было. Средний срок лимфоносыщения ($13,4 \pm 1,2$) дня. Умерло 15 больных, летальность 9,3 %. Экономический эффект от внутрелимфососудистой антибиотикотерапии составил 25 % без супрессии клинических результатов.

УДК: 616.37-002-02

**О.С. Бобров, Ю.С. Семенюк, М.А. Мендель, В.Ю. Зоргач,
В.І. Зубаль, І.М. Ігнатов**

АГРЕСИВНА УЛЬТРАСОНОГРАФІЯ З АНТИБІОТИКОТЕРАПІЄЮ КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

КМАПО ім. П.Л. Шупика, міська лікарня № 8, клініка “Медиком”, м. Київ

Інфікування панкреатичного некрозу – найбільш важливий фактор ризику, який обумовлює на 2-3 тижні від початку захворювання другий пік летальності у хворих з важким гострим некротичним панкреатитом (ГНП). Загальновізвано, що інфікований панкреатичний некроз потрібно оперувати.

Дискутабельним залишається питання про доцільність виконання операції при неінфікованому, “стерильному” ГНП, при наростанні ознак синдрому поліорганної недостатності (ПОН).

Мета дослідження – оцінити роль консервативного лікування з комбінованою (системною і місцевою) антибіотикотерапією у хворих із ГНП. Інфікування підшлункової залози (ПЗ) підтверджували тонкогоччатою пункцією (ТП) під контролем ультразвукографії (УСГ) з аспірацією вмісту з зон панкреатичного некрозу або рідинних і порожнинних утворень. Виявлення при бактеріологічному дослідженні інфекції вважали абсолютним показанням до операції. Хворих із “стерильним” ГНП лікували консервативно.

У період 1998-2000 рр. у клініці знаходилося на лікуванні 584 пацієнти з гострим панкреатитом. У 96 (16,4 %) був діагностований ГНП, із них спочатку в 47 (48,9 %) був “стерильний” ГНП (група 1), а в 49 (51,1 %) – інфікований ГНП (група 2). При об’єктивній оцінці стану – середній бал за шкалою APACHE-II був $9,7 \pm 1,6$ і $12,5 \pm 2,1$, а за критеріями Ranson $4,2 \pm 0,7$ і $5,3 \pm 1,4$ відповідно. Синдром ПОН був діагностований у 22 (46,8 %) хворих 1-ї групи й у 26 (53,1 %) хворих 2-ї групи. Розміри зон некрозу у хворих обох груп були практично однакові (від 30 до 65 % за Baltazar-Bradly, 1995).

Антибіотикотерапію вважали обов’язковим елементом комплексного лікування в усіх хворих із ГНП. Застосовували комбінацію шляхів введення антибіотиків (внутрішньовенний, для системної терапії, місцеве введення в зони некрозу при їх ТП під контролем УСГ і пероральне або череззондове введення в просвіт травної системи).

У панкреатичній інфекції переважала грампозитивна флора. При дослідженні аспірату, отриманого при ТП флора в 96 % хворих була чутлива до тіенаму, у 89 % – до ципрофлоксацину й у 82 % – до офлоксацину. У процесі лікування тільки в 2 (4,2 %) із 47 хворих із спочатку “стерильним” ГНП, незважаючи на комбіновану антибіотикотерапію, наступило його інфікування, що потребувало оперативного лікування, тому вони були переведені в 2 групу. У інших 45 (45,8 %) вдалося запобігти інфікуванню зон некрозу і домогтися дисипації рідинних утворень та інфільтратів у зоні підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини.

Летальність – 2,2 % (1 із 45) у групі хворих із “стерильним” ГНП, пролікованих консервативно, проти 9,8 % (5 із 51) у групі оперованих пацієнтів з інфікованим ГНП.

Отримані результати свідчать про перспективність консервативного лікування з обов’язковою комбінованою антибіотикотерапією з емпіричним призначенням найбільш ефективних препаратів (тіенам, ципрофлоксацин, офлоксацин) у хворих із “стерильним” ГНП. Така лікувальна тактика дозволяє запобігти інфікуванню зон панкреатичного некрозу в 95,7 % хворих із первинно “стерильним” ГНП, навіть при його важкому перебізі. Абсолютним показанням до хірургічного лікування варто вважати тільки інфікований ГНП, доведений при ТП під УСГ контролем.

Д.К. Мухаббатов, К.М. Курбанов, Н.М. Даминова

ПРИМЕНЕНИЕ “ТАХОКОМБ-А” В СОЧЕТАНИИ С АНТИБИОТИКАМИ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В КОЛОПРОКТОЛОГИИ

ТГМУ им. Абуали ибн Сино, г. Душанбе

Введение. Несмотря на совершенствование хирургической техники и повышения эффективности современных антибиотиков, проблема профилактики послеоперационных инфекционных осложнений в колопроктологии продолжает оставаться актуальной, поскольку число этих осложнений недопустимо высоко (15-55 %), а в 40-60 % случаев являются причиной послеоперационной летальности.

Послеоперационному инфицированию брюшной полости способствуют различные факторы: внешние факторы, сопутствующие заболевания (сахарный диабет, гиповитаминоз, нарушение коагуляционных свойств крови), осложнение раны, состояние больного (пожилой возраст, нарушения иммунной защиты организма), неадекватное лечение (недостаточный гемостаз и антибиотикотерапия)

Значительное количество послеоперационных осложнений связано с нарушением герметичности сформированных анастомозов и повышенной обсемененностью микробами просвета толстой кишки.

Одним из методов, направленных на решение данной проблемы, является местное использование антибактериальных препаратов по принципу иммобилизации в пластические материалы (биологических клеев и клеевых смесей, фибриновые клеи) при наложении толстокишечных анастомозов.

Целью настоящего исследования является определение эффективности применения раневого покрытия “Тахокомба” в сочетании с антибиотиками при операциях на толстой кишке.

Материалы и методы. В основу настоящей работы положен анализ результатов хирургического лечения 120 больных, оперированных на разных сегментах толстой кишки с наложением анастомозов. Возраст больных колебался от 27 до 63 лет (средний возраст $40,6 \pm 2,7$ года). Мужчин было 56,7 %, женщин – 43,3 %. В возрасте старше 60 лет было 19 больных, у которых имелись сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, 4 больных страдали сахарным диабетом. У 10 % (12) больных была произведена правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза, у 19 % (23) резекция илеоцекального угла с наложением илеоасцендоанастомоза. У 7 % (8) резекция поперечно-ободочной кишки с наложением анастомоза конец в конец, у 5 % (6) резекция левого изгиба и нисходящей ободочной кишки с наложением трансверзосигмоидного анастомоза. При

этом у 33 % (41) больных произведена резекция ректосигмоидного отдела, у 18 % (23) резекция сигмовидной кишки с наложением анастомоза конец в конец и у 7 % (8) левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзо-ректальных анастомозов.

В зависимости от применения антибиотиков больные разделены на 2 группы, равноценные по характеру основного заболевания, полу и возрасту.

В 1-й группе (контрольной), включающей 58 больных (40,8 %) операции на ободочной кишке выполняли по традиционной методике, антибактериальную терапию, длительностью от 5 до 10 суток, проводили в течении 1-3 суток до операции и 5-7 суток после нее.

Во 2-й группе (основной) 62 (59,2 %) больным для повышения физической и биологической герметичности сформированных анастомозов линии швов покрывали пластинами “Тахокомба” в сочетании с аппликацией антибиотиков.

При этом во время наложения анастомоза ее линии припудривали порошками канамицина (1 г) и метронидазола (500 мг).

Для оценки эффективности методов проведены клинико-биохимические, УЗИ и функциональные исследования.

Результаты исследований и их обсуждение. Основное внимание при анализе результатов хирургического лечения больных с патологией толстой кишки уделялось профилактике гнойно-воспалительных осложнений и нарушений моторно-эвакуаторной функции толстой кишки.

Несостоятельность швов анастомоза в основной группе наблюдалась в 2 случаях, из них в первом – с развитием толстокишечного свища, во втором – с образованием абсцесса брюшной полости. В тоже время в контрольной группе эти показатели соответственно были худшими, так вышеуказанные осложнения наблюдались в 6 случаях. Кроме того, у больных были сильно развиты инфильтраты воспалительного характера, сопровождающиеся повышением температуры тела и клиникой частичной кишечной непроходимости. Несмотря на проведение консервативных мероприятий, 1 больному потребовалась релапаротомия. Летальный исход имел место у 1 (1,2 %) больного пожилого возраста. Другая больная умерла на 10 день от тромбоза легочной артерии и еще одной больной умер от несостоятельности швов анастомоза и перитонита после релапаротомии.

Результаты исследования показывают, что применение раневого покрытия “Тахокомба” в сочетании с аппликацией антибиотиками в зоне анастомоза при операциях на толстой кишке способствовало снижению гнойно-воспалительных осложнений в раннем послеоперационном периоде от 14,2 % в контрольной до 8,6 % наблюдений в основной группе больных.

Вывод. Применение пластин “Тахокомба” в сочетании с аппликацией антибиотиками является высокоэффективным методом профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений у больных с колопроктологическими заболеваниями.

**А.Ф. Медведенко, А.Л. Вороной, А.Г. Осипов, Н.А. Синепупов,
А.Л. Сабодаш, В.В. Волков**

ЗНАЧЕНИЕМИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГОМОНИТОРИНГАВ ВЫБОРЕРАЦИОНАЛЬНОЙАНТИБИОТИКОТЕРАПИИУ БОЛЬНЫХСГНОЙНЫМПЕРИТОНИТОМ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Современную антибактериальную терапию отличает практически неограниченная возможность выбора препарата из огромного арсенала антибиотиков, которых в настоящее время известно более двадцати классов. Проблема выбора антибиотиков связана не столько с доступностью препаратов, сколько с их антибактериальной эффективностью. Чтобы сделать правильный выбор препарата, необходимо располагать сведениями о возбудителе и его чувствительности к антибиотикам. Однако, учитывая реалии ургентной хирургии, мы вынуждены вначале проводить эмпирическую антибиотикотерапию до получения результатов из лаборатории, поскольку промедление с назначением антибиотиков этим больным может иметь тяжелые последствия. Для повышения эффективности эмпирической и последующего перехода к рациональной антибиотикотерапии возникает необходимость в сведениях о наиболее часто встречающихся в нашем стационаре возбудителях и их чувствительности к антибиотикам.

С этой целью на протяжении последних пяти лет в клинике введена система инфекционного мониторинга, позволившая проанализировать видовой состав микрофлоры, изучить и сопоставить морфологические, культурные, биохимические свойства микроорганизмов, полученных из отделяемого из брюшной полости, исследовать чувствительность их к широкому набору антибиотиков.

Забор отделяемого из брюшной полости во время операции производит хирург двумя стерильными тампонами. Один из тампонов используем для микроскопии, а другой – для посева. Материал, взятый одним из тампонов, наносили на стерильное предметное стекло, окрашивали по Грамму и микроскопировали практически через тридцать минут после забора. В результате получали предварительную информацию о наличии бактериальной флоры, грибов, микробных ассоциаций, степени бактериального обсеменения, характеристики тинкториальных (грам+, грам-) и морфологических (палочки, кокки) свойств бактерий. Микроскопирование нативного материала является одним из методов диагностики анаэробной инфекции (в виду отсутствия анаэрогена) при дальнейших “стерильных” посевах в анаэробной атмосфере. Исходя из полученной информации, назначалась эмпирическая антибиотикотерапия.

Материал для бактериологического исследования засеивали на: 5 % кровяной агар, сахарный бульон и среду контроля стерильности. Для выделения микроорганизмов в виде колониеобразующих единиц посев на чашку с 5 % кровяным агаром производили методом тампон-петля. Засеянные жидкие и плотные питательные среды термостатировали при температуре идентификации. В результате получали окончательный результат роста микрофлоры в монокультуре или микробной ассоциации, оценивалась степень бактериальной “загрязненности” материала. При микроскопии окончательно определяли тинкториальные и морфологические свойства бактерий, получали предварительные данные о росте грибов. А при учете культуральных свойств проводилась предварительная родовая идентификация. С учетом полученных данных проводилась коррекция эмпирической антибиотикотерапии.

Спустя 48 часов от момента забора материал из первичной культуры исследовался методом непрямого определения чувствительности к антибиотикам, что позволяет окончательно учесть результаты антибиотикочувствительности и переходить к рациональной или целенаправленной антибиотикотерапии.

За последние 5 лет произведено 3748 исследований видового состава микрофлоры у больных с гнойным перитонитом: *St. aureus* получен в 32 % случаев, *St. Epidermidis* – в 19,8 % , *St. Saprothiticus* – 2,1 % , *Strep. Pyogenes* – 11 % , *Strep. Faecalis* – 4,1 % , *E. coli* – 7,8 % , *Klebsiella* – 4,2 % , *Enterobacter cloacae* – 3,7 % , *Enterobacter aerogenes* – 2,8 % , *Pseudomonas aeruginosa* – 6,8 % , *Acinetobacter baumannii* – 2,7 % .

Несмотря на возрастание роли грамположительных бактерий в этиологии возникновения гнойных перитонитов, проблемными возбудителями по-прежнему остаются грамотрицательные микроорганизмы семейства энтеробактерий (до 20 %) и группы неферментирующих бактерий: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*.

Микроорганизмы, вызывающие и поддерживающие гнойный процесс в брюшной полости выделялись как в монокультуре (91 %), так и в ассоциации (7,1 %).

Анализ антибиотикограмм показал, что грамотрицательные аэробные микроорганизмы семейства энтеробактерий и группы неферментирующих бактерий до 90 % резистентны к цефалоспорином II-III поколений: цефотаксиму, цефтриаксону, цефокситину. От 85 до 96 % крайне резистентны к гентамицину, к аминогликозидам III поколения: нетилмицину (12 %), амикацину (28 %). К фторхинолонам: офлоксацину (60 %), ципрофлоксацину (65 %). Наименьший уровень резистентности определен к тиенаму (1 %).

Анализ антибиотикограмм грамположительных бактерий показал, что резистентность к цефалоспорином II-III поколений составляет в среднем 25 %. Устойчивость к препаратам группы аминогликозидов значительно различается. Так к гентамицину 58 %, к амикацину 2 %, нетилмицину 8 %. Уровень резистентности к фторхинолонам 40 %, к тиенаму 5 %. Большинство антибиотикограмм как грамположительных, так и грамотрицательных аэробных

микроорганизмов семейства энтеробактерий и группы неферментирующих бактерий свидетельствуют о высокой устойчивости их к цефалоспорином II-III поколений и фторхинолонам. Наиболее чувствительны данные микроорганизмы к амикацину, нетилмицину и тиенаму.

Литература

1. Трещинский А.И. Принципы рациональной антибактериальной терапии: Сборник статей и рефератов. – Киев, 1997. – с.115-121.
2. Палий Г.К., Ковальчук В.П., Кравец В.П. Сравнительное изучение эффективности анти-септиков, применяемых для профилактики инфекционных осложнений/Клиническая хирургия. – 1993. – № 1. – с.11- 3.
3. Шалимов А.А., Грубник В.В., Ткаченко А.И., Осипенко О.В. Инфекционный контроль в хирургии. – Киев: PC World Ukraine, 2000.
4. Smith A.L. Principles of Microbiology. 10th ed. Times Mirror/Mosby. 1985.

УДК 616.36/.37-036.12-085.849.19

**Н.А. Синенупов, Ф.К. Папазов, Г.Г. Пилюгин, А.Л. Вороной,
О.В. Розенко, Д.Н. Синенупов**

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Донецкий медицинский университет им. М. Горького

Среди различных направлений комплексного лечения больных панкреонекрозом антибактериальная терапия и профилактика занимает одно из проблемных и актуальных мест.

В настоящее время необходимость антибактериальной профилактики и терапии у больных деструктивными формами панкреатита практически не вызывает серьезных возражений, тогда как выбор адекватного антибактериального режима и продолжительность терапии остаются предметом серьезных дискуссий [3, 4, 5].

Иммуносупрессивный эффект антибиотиков известен давно. Однако в каждом конкретном случае действие антибиотиков на иммунную систему больного будет определяться характером примененного препарата, его дозировкой, временем начала и продолжительностью применения, а также особенностями резистентности организма [1]. Целью настоящего исследования явилась оценка оптимального подбора антибиотиков и эффективность различных режимов антибиотикотерапии у больных панкреонекрозом.

Эмпирическое назначение антибиотиков нередко малоэффективно и не предупреждает развития гнойно-септических осложнений. Данное обстоятельство позволило нам использовать метод иммунологического подбора антибиотиков с целью оптимизации антибактериальной терапии и профилактики

при панкреонекрозе [2]. Иммунологический подбор антибиотиков включал 4 этапа: 1-й – изучение иммунного статуса больного до введения антибиотиков с целью определения исходных иммунологических данных; 2-й – собственно иммунологический подбор вида и дозы антибиотика по иммунологическим показателям повторных иммунологических тестов, подобно 1 этапу, 3-й – определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом дисков; 4-й – повторные иммунологические тесты. Первые два этапа проводятся одновременно и дают ответ уже через 2-4 часа. 3-й этап проводится параллельно с предыдущими двумя.

В клинике находилось на лечении 56 больных с различными формами панкреонекроза, которым проводилась антибактериальная терапия в различных режимах. Диагноз панкреонекроза верифицирован на основании клинических и лабораторных исследований, ультрасонографии, лапароскопии, компьютерной томографии, микробиологического исследования крови, некротических тканей забрюшинного пространства, перитонеального экссудата, центральной лимфы. Критериями выбора лечебной тактики у больных панкреонекрозом являлись этиология, масштаб поражения органов забрюшинного пространства и брюшной полости, фаза развития деструктивного процесса, тяжесть состояния больного.

Объем и длительность проводимой консервативной терапии и показания к операции определялись в зависимости от степени тяжести панкреонекроза, данных комплексной оценки характера поражения поджелудочной железы по методике В.С.Савельева.

В 1 группу включено 34 больных панкреонекрозом, которым проводилась антибактериальная терапия с внутривенным использованием антибактериальных препаратов “первой очереди”: цефалоспорины 1-2 поколения + аминогликозиды + метронидазол; аминогликозиды + полусинтетические пенициллины. Препаратами резерва являлись цефалоспорины 3 поколения или фторхинолоны.

Во 2 группу вошло 22 больных, которым была проведена антибактериальная терапия с использованием метода иммунологического подбора антибиотиков, которые вводились внутривенно, в круглую связку печени и эндолимфатическим путем.

Микробиологическая характеристика идентифицированных возбудителей представлена возбудителями грамотрицательного и грамположительного спектра. Основными представителями грамположительных возбудителей были стафилококки и энтерококки, грамотрицательных – энтеробактерии.

Анализ антибиотикочувствительности показал, что препаратами выбора для наиболее часто идентифицированных возбудителей гнойно-септических осложнений панкреонекроза являются карбапенемы (именем 96 % чувствительных штамов), цефалоспорины III поколения (цефотаксим – 58 %, цефтриаксон – 66 %, ингибиторзащищенные пенициллины – 82 %). Суммарная чувствительность бактерий к антибиотикам (I очереди) у больных 1 группы варьировала от 18 до 58 %.

Оптимизированная тактика подбора и проведения антибактериальной терапии, использование методик позволяющих создать бактерицидную концентрацию в зоне деструкции поджелудочной железы и забрюшинной клетчатке, позволяет достичь лучших результатов в лечении деструктивного панкреатита и уменьшить количество осложнений и летальных исходов в 2,5 раза.

Література

1. Кашкин К.П., Караев З.О. Иммунная реактивность организма и антибиотическая терапия. – 1. 1984.
2. Коваленко П.П., Лымарь Н.П., Коваленко А.П. и др. А.С. 951786 СССР.
3. Ho H.S., Frey C.F. /Arch. Surg. – 1997 – Vol. 132 – P.487-493.
4. Krammer K.M., Lery H./ Pharmacotherapy. – 1999 – Vol. 19. №5. – P. 592-602.
5. Sainio V., Kempainen E., Puollakkainen P. Et al Lancet . – 1995. – Vol. 346. №9. – P. 663-667.

УДК 616-001.4:617.55

М.Д. Романов, О.В. Торгашов

ПЕРИОПЕРАЦИОННАЯАНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХОСЛОЖНЕНИЙПРИТРАВМАХЖИВОТА

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Россия

Одной из важных причин неудовлетворительных результатов хирургического лечения травм живота являются гнойно-воспалительные осложнения вследствие раневой и иной нозокомиальной инфекции. Доказано, что даже при самом тщательном соблюдении асептики уже на первой минуте после разреза в 8 % случаев чистая рана может быть подвергнута микробной контаминации; к концу первого часа операции этот показатель достигает 18 %, а на первой перевязке почти у половины больных с поверхности раны высеваются бактерии. В связи с этим неотъемлемой частью профилактики гнойных осложнений при травмах живота является периоперационное применение антибиотиков.

Под нашим наблюдением находилось 105 пациентов с травмой живота. Средний возраст больных составил 30,3 года; мужчин среди них было 93 (88,6 %), женщин – 12 (11,4 %). Изолированная травма живота наблюдалась у 50 (47,6 %) пациентов, из них у 50 % имелось повреждение внутренних органов. Всего травмы с повреждением внутренних органов составили 51,4 % (54 случая) от общего числа больных. Сочетанная травма наблюдалась у 55 (52,4 %) пациентов, в том числе повреждения грудной клетки и ее органов зафиксированы у 49 (46,7 %) и 22 (21 %) пострадавших имели черепно-мозговую травму.

Ранения в брюшную полость были в 42 (40 % от общего числа) случаях, из них в 29 (27,6 %) наблюдениях зафиксировано повреждение внутренних

органов. Чаще всего имелось повреждение печени – у 14 (13,3 %), затем селезенки – у 13 (12,4 %), тонкой – у 8 (7,6 %) и толстой кишки – у 3 (2,9 %), большого сальника – у 4 (3,8 %) пациентов; в 3 (2,8 %) случаях зафиксировано повреждение желудка и в 2 (1,9 %) забрюшинное повреждение мочевого пузыря.

В группу сравнения вошли 50 (47,6 %) пациентов с травмой живота, из них у 25 (50 %) имелись повреждения органов брюшной полости; основную группу составили 55 человек (52,4 %), повреждения органов брюшной полости обнаружены у 29 (52,7 %) больных. Пациентов с сочетанной травмой в группе сравнения и основной было, соответственно, 22 и 23 человека. Таким образом, состав пациентов в группах существенно не различался по характеру повреждений, не было также существенной разницы в возрасте и поле пострадавших.

Для предотвращения контаминации и размножения микроорганизмов в ране, а также профилактики послеоперационных гнойных осложнений в основной группе использовали цефуроксим, который вводили по 1,5 г за 10–15 мин перед операцией (внутривенно во время вводного наркоза), затем по 750 мг внутримышечно с интервалом в 8 часов в течение суток. В группе сравнения интраоперационная профилактика не проводилась, после операции вводились внутримышечно ампициллин по 1,0 г 4 раза в сутки и гентамицин по 80 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней.

При операциях по поводу повреждений полых органов, инфицированного гемоперитонеума, перитонита антибиотикотерапию продолжали в зависимости от конкретной ситуации под контролем степени контаминации раны (отделяемого из брюшной полости) путем количественного определения содержания микробных тел.

Клиническую эффективность антибиотикопрофилактики считали хорошей при отсутствии признаков инфекции с ежедневной оценкой течения послеоперационного периода в баллах и вычислением индекса риска гнойно-воспалительных осложнений (ИР). При этом учитывали общее состояние, температуру тела, тахикардию, характер и количество отделяемого из брюшной полости по дренажам, состояние послеоперационной раны, наличие патогенной микрофлоры в мазках из раны и отделяемом из брюшной полости, характер заживления раны. При нарастании ИР переходили на антибиотикотерапию.

При анализе эффективности методов профилактики в основной группе отмечены более быстрые темпы снижения ИР, лишь в одном случае наблюдали воспаление слабой интенсивности (инфильтрат) послеоперационной раны, в связи с чем введение цефуроксима продолжали в течение 3 суток. Один больной оперирован с благоприятным исходом по поводу ранней спаечной непроходимости кишечника.

В группе сравнения 3 больным выполнена релaparотомия (послеоперационный перитонит, поддиафрагмальный абсцесс и подкожная эвентрация), и у всех 3 наблюдалось нагноение послеоперационной раны с последующим

ее заживлением у 2 пациентов вторичным натяжением. При осложненном течении послеоперационного периода в данной группе подключали другие антибактериальные препараты (в т.ч. фторхинолоны, метронидазол и др.), плазмаферез и другие эфферентные методы лечения.

Высокая лихорадка в течение первых двух суток отмечена у 2 пациентов основной группы и у 5 в группе сравнения. Субфебрилитет в течение последующих дней также дольше сохранялся в группе сравнения, хотя в клинико-биохимических анализах крови, за исключением лиц с осложнениями, признаков воспаления не наблюдалось. У остальных пациентов послеоперационный период протекал без особенностей. Сроки госпитализации в группах (за исключением релапаротомий) статистически достоверно не различались.

Таким образом, периоперационное применение антибиотиков при хирургическом лечении травм живота с профилактической целью имеет определенные преимущества перед стандартной схемой антибиотикопрофилактики, а осуществление мониторинга ИР с контролем степени контаминации раны и отделяемого из брюшной полости являются основой для продолжения антибиотикотерапии в послеоперационный период.

УДК 616.711.8-089.166-06

М.А. Янчук, В.В. Балицкий

РАЦИОНАЛЬНААНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКАГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬПРИОПЕРАЦІЯХЗПРИВОДУ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХКУПРИКОВИХХОДІВ

Хмельницька обласна клінічна лікарня

Вступ. Епітеліальний куприковий хід як аномалія розвитку шкіри, що невідома її носію і не має ніяких клінічних проявів, при спеціальних обстеженнях практично здорових дітей і осіб молодого віку зустрічається в 0,5-1 % випадків (Рівкін В.Л., Александров В.Б., 1982).

Клінічно епітеліальний куприковий хід проявляється з того моменту, коли виникають його гнійні ускладнення. У чоловіків дане захворювання зустрічається майже в 3 рази частіше, ніж у жінок, і при цьому переважають пацієнти віком до 30 років (Дульцев Ю.В., Рівкін В.Л., 1988).

Під час застосування сучасних методів оперативного лікування гнійних ускладнень епітеліального куприкового ходу та заходів по профілактиці післяопераційних ускладнень частота їх залишається досить високою і складає 10-22 %. Крім того, враховуючи, що дана патологія зустрічається, в основному, серед осіб молодого і працездатного віку, актуальність цієї проблеми залишається великою і вимагає подальшого вивчення та створення нових раціональних методів лікування (Дульцев Ю.В., Рівкін В.Л., 1988).

Матеріали і методи. За період з 1998 по 2001 роки в проктологічному відділенні Хмельницької обласної клінічної лікарні прооперовано 46 пацієнтів з епітеліальним куприковим ходом. З них 6 пацієнтів були прооперовані в стадії гострого запалення, 12 пацієнтів – в стадії хронічного запалення, 18 – в стадії ремісії і 10 – без ознак клінічних проявів захворювання.

Всім хворим за 1-2 доби до оперативного втручання проводилась ретельна епіляція волосся в ділянці куприка та міжсідничної складки з наступною їх обробкою милом і розчином 96 % спирту. До операції, інтраопераційно та в післяопераційний період протягом 3-х діб проводилась антибіотикопрофілактика гнійних ускладнень із використанням цефалоспоринів II-III покоління (клафоран, зінацеф, цефтріаксон). Крім того, готували антибактеріальний розчин, до складу якого входив фурацилін і димексид у співвідношенні 1 : 4, діоксидин та цефтріаксон, за допомогою якого інтраопераційно тричі проводилась обробка операційної рани. Також впродовж всього післяопераційного періоду пов'язки із даним розчином використовувались для догляду за післяопераційною ранюю.

Оперативні втручання виконувались під субдуральною анестезією розчином анекаїну і полягали у радикальному висіченні тканини ходів і гнійних заплівів із підшиванням країв рани до дна. При цьому накладалось не більше 6-8 швів, відстань між якими складала не менше 2 см. Зав'язування вузлів проводилось дозовано з найменшою компресією прилеглих тканин. Чітко співставляли краї шкіри під час зав'язування вузлів, враховуючи при цьому довжину і глибину міжсідничної складки та кут, під яким сідниці відходять від середньої лінії крижово-куприкової ділянки. Шви знімали на 9-10 добу. Крайній нижній шов за Донаті знімали на 5 добу. Всі хворим у післяопераційний період проводились сеанси УВЧ-терапії на ділянку післяопераційної рани.

Результати. В результаті проведеного лікування і спостереження за хворими в післяопераційний період встановлено, що в жодного з пацієнтів не виникли післяопераційні гнійні ускладнення. У всіх хворих загоєння ран відбувалось первинним натягом, розходження країв рани не відмічалось, що сприяло формуванню лінійного косметичного рубця в ділянці куприка. У віддалені терміни (1-3 роки) після проведених оперативних втручань під час контрольних оглядів пацієнтів не було встановлено рецидивів захворювання.

Висновки. 1. Застосування активної антибіотикопрофілактики із використанням цефалоспоринів II-III покоління, а також комплексного антибактеріального розчину, до складу якого входить фурацилін, димексид, діоксидин та цефтріаксон, до операції, інтраопераційно та в післяопераційний період запобігає виникненню гнійних ускладнень після операцій з приводу епітеліальних куприкових ходів. 2. Радикальне висічення тканини ходів з наступним накладанням швів на краї рани на відстані не менше 2 см один від одного сприяє адекватному дренажу післяопераційної рани та дозволяє уникнути її нагноєнь після операції. 3. Дозоване зав'язування вузлів з найменшою компресією прилеглих тканин запобігає їх ішемії та некрозу і сприяє формуванню лінійного косметичного рубця в ділянці куприка.

Л.Я. Ковальчук, В.О. Шідловський, І.Я. Дзюбановський
АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА В ХІРУРГІЇ
ХОЛЕЦИСТИТИВ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Проблема профілактики післяопераційних нагноєнь у плановій хірургії органів черевної порожнини впродовж багатьох років не втрачає своєї актуальності. Незважаючи на застосування найсучасніших заходів профілактики, число цих ускладнень не має тенденції до зменшення [1]. Вагомим методом є профілактичне застосування антибіотиків [1,2,3].

Обґрунтовано показання до профілактичного застосування антибіотиків у плановій хірургії жовчних проток на основі аналізу 4200 історій хворіб пацієнтів, оперованих у плановому порядку на жовчних протоках у хірургічних клініках Тернопільської медичної академії. Вивчали характер і частоту гнійно-запальних ускладнень операцій залежно від вірогідної контамінації операційного поля, важкості патологічного процесу в жовчних протоках, віку хворих, наявності супутніх захворювань.

Серед пацієнтів було 83 % жінок і 17 % чоловіків віком від 17 до 89 років. Пацієнтів старших 60 років було 33 %.

Залежно від характеру захворювань хворі розподілені на 3 групи: хронічний калькульозний холецистит (ХКХ), калькульозний холецистит, ускладнений холедохолітіазом без клінічних проявів обтурації жовчних проток (КХХЛ), калькульозний холецистит, ускладнений холелітіазом і механічною жовтяницею (КХМЖ).

Виконані операції за ступенем вірогідності інфекційного забруднення операційного поля розділили на три групи:

1. Чисті – операції без розкриття просвіту жовчних проток і порушення асептичності (холецистектомія).

2. Умовно-чисті – операції з розкриттям просвіту жовчних проток, дванадцятипалої чи тонкої кишки, вміст яких не виливався в операційну рану (холецистектомія з ревізією жовчних проток, холедоходуодено- чи ентеростомією, холецистоентеростомією).

3. Забруднені – операції, в ході яких вміст жовчних проток чи кишок витікав в операційне поле (холецистектомія з ревізією жовчних проток, холедоходуоденостомія, трансдуоденальна папілосфінктероластика, холецистоентеростомія, реконструктивні операції).

Із виконаних операцій відсоток чистих становив 60, умовно-чистих – 17 і забруднених – 23.

Серед гнійно-запальних ускладнень операцій на жовчних протоках виділяли нагноєння післяопераційної рани, абсцес чи абсцеси черевної порожнини, перитоніт.

Із загальної кількості чистих операцій ускладнення виявлені у 1,6 % пацієнтів, або 15,3 % від усіх ускладнень, при умовно-чистих операціях вони становили 17,3 % від загальної кількості, а ускладнення після них виявлені у 9,7 %, що становить 26,9 % від усіх діагностованих. У структурі ускладнень переважали нагноєння операційної рани (76,4 %). Операцій при забрудненому операційному полі виконано у 22,8 %, що ускладнились гнійними процесами у 15,8 % випадків. Це становить 57,8 % від зареєстрованих ускладнень. Аналіз наведених даних свідчить про те, що інструментальна ревізія жовчних проток підвищує вірогідність гнійних ускладнень з 1,6 % до 5,2 %, а витікання вмісту жовчних проток чи кишок в операційне поле – на 7-18 %. Переважають нагноєння післяопераційної рани, абсцес черевної порожнини, перитоніт. Досліджено мікрофлору патологічних вогнищ. Грамнегативні штами виявлені у 91,5 % пацієнтів (*P. aeruginosa* – 29, *Klebsiella* – 19, *Citrobacter* – 15, *E. coli* – 12) і грампозитивні у 7-8,5 % (*S. epidermidis* – 4, *S. aureus* – 3). Отже, виділена мікрофлора входить у спектр антибактерійної дії цефалоспоринів III покоління і карбапенемів.

З результатів аналізу можна стверджувати, що лікувальне застосування антибіотиків недостатньо ефективне. Проте порівняно з хворими, котрим антибіотики не призначали, різниця в кількості ускладнень і у відсотках при умовно-чистих і забруднених операціях суттєва і становить від 3 % до 8 %. Значно складніше визначити вплив на частоту гнійних ускладнень таких факторів, як вік пацієнтів, супутні хвороби і поліморбідність хворих, тривалість операції та ін. Як правило, у пацієнтів з гнійними ускладненнями операцій поєднувалось кілька таких факторів. Серед тих, які найчастіше зустрічались, були: вік понад 60 років, хвороби дихальної та серцево-судинної систем, ожиріння, цукровий діабет, недостатність надниркових залоз, гіпотиреоз, злоякісні пухлини, тривалість операції більше 2 год, тривалий передопераційний період, у часі менше місяця після перенесеного гострого запального процесу в жовчних протоках, жовтяниця.

Висновки. 1. Факторами ризику розвитку гнійних ускладнень операцій на жовчних протоках є вік пацієнтів понад 60 років, поліморбідність, ожиріння, цукровий діабет, надниркова недостатність, гіпотироз, злоякісні пухлини, жовтяниця, тривалість операції більше 2 год, повторні і реконструктивні операції, тривалий передопераційний період, оперативне втручання через 1 міс після перенесеного гострого холециститу. 2. Розкриття в ході операції просвіту жовчних проток збільшує ризик розвитку гнійних ускладнень майже у три рази, а накладання білодигестивного анастомозу – в 4-10 разів. 3. Лікувальне призначення антибіотиків у післяопераційний період малоефективне і не запобігає розвитку гнійних післяопераційних ускладнень. 4. Показаннями до профілактичної антибактерійної терапії є наявність факторів ризику розвитку післяопераційних гнійних ускладнень, особливо їх поєднання, а також операції з розкриттям просвіту жовчних проток, дванадцятипалої та тонкої кишок. Пріоритетною є антибіотикотерапія одним з препаратів широкого спектра дії.

Література

1. Кузин М.И., Вандяев Г.К., Мухаметбаева М.И. и др. Профилактическое применение антибиотиков в плановой абдоминальной хирургии // Хирургия. – 1986. – № 3. – С. 7-11.
2. Огоновський В.К., Подільчак М.Д., Винниченко Б.І. Профілактика виникнення безпосередніх та віддалених ускладнень після виконання резекції шлунка / Клінічна хірургія. – 1994. – № 8. – С. 22-24.
3. Kaiser A.B. Antimicrobial prophylaxis in surgery medical intelligence/ N.Engl.J.Med.– 1986. – № 315. – P. 1129-1137.

УДК 616.345-007.272-089

А.П. Радзіховський, П.І. Гордійчук, О.Л. Триліс, А.В. Шевченко

АДЕКВАТНІСТЬ ЕМПІРИЧНОЇ АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИБУРАЦІЙНИЙ ТОВСТОКИШКОВІЙ НЕПРОХІДНОСТІ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України

Вступ. Зростання захворюваності на рак товстої кишки, відсутність єдиної лікувальної доктрини, високий рівень (53-86,7 %) розвитку післяопераційних ускладнень (А.М. Тетдоев, А.В. Поляков, 1990; В.В. Кулемин и соавт., 1994; С.А. Алиев, А.А. Ашрафов, 1997; С.Е.Н. Scott-Conner, K.S. Scher, 1987; Kh. Stoianov, A. Atanasov, 1993) і висока (31,1-43,8 %) летальність (Д.Г. Ушверидзе и соавт., 1996; Г.А. Султанов и соавт., 1997; Б.С. Брискин и соавт., 1999; П.Д. Фомін і співавт., 2001; S. Machenzie et al, 1992; Н.К. Nazarian et al, 1993; Kh. Stoianov et al, 1996) при обтураційній товстокишкової непрохідності (ОТКН) є причиною постійної уваги спеціалістів до даного розділу ургентної хірургії. У хворих на ОТКН особливо важливого значення набувають питання профілактики та лікування інфекційних ускладнень. Емпірична антимікробна терапія є важливим аспектом ведення інтраабдомінальних інфекцій поряд з хірургічним методом лікування і коригуючою інтенсивною терапією. Антимікробна терапія при даному захворюванні повинна проводитися у лікувальному режимі, і щоб досягти потрібного спектра активності, в практиці використовуються різні комбінації антимікробних препаратів.

Матеріали і методи. За невідкладними ознаками у період 1999-2001рр. оперовано 186 хворих на ОТКН. Переважна більшість оперованих хворих – 133 (71,5 %) – похилого та старечого віку. Переважали хворі жіночої статі – 102 (54,8 %) над чоловічою – 84 (45,2 %). У 165 (88,7 %) хворих поряд із основною патологією мала місце супутня, у 2/3 діагностовано два і більше супровідних захворювання. Кишкова непрохідність у 16,6 % випадків виникла внаслідок пухлини правої половини ободової кишки, у 26,3 % випадків внаслідок її локалізації у лівій половині ободової кишки, у 39,2 % – при локалізації пухлини в сигмоподібній кишці і у 17,7 % випадків стенозуюча пухлина локалізувалася в прямій кишці. Обов'язковим компонентом передопераційної

терапії у приведеній категорії хворих було емпіричне призначення антимікробної терапії, тобто до отримання результатів бактеріологічного дослідження у конкретного пацієнта. Для оцінки її адекватності хворі розподілені на дві рандомізовані групи, які розрізнялися лише за складом емпіричної антимікробної терапії. I-шу групу склали 87 хворих, яким внутрішньовенно вводилися один із цефалоспоринів I-III покоління (цефазолін, цефуроксим, цефтріаксон) по 1 г тричі на добу і метронідазол по 0,5 г тричі на добу, а II-гу групу – 84 хворих, яким внутрішньовенно вводили один із фторхінолонів (ципрофлоксацин, офлоксацин) по 0,2 г два рази на добу і метронідазол по 0,5 г тричі на добу. У передопераційний період вказані препарати вводилися за 30-40 хв до операції. Оцінювали адекватність призначеної антимікробної терапії на основі результатів мікробіологічного дослідження вмісту черевної порожнини, забраного інтраопераційно, виділення та ідентифікація мікроорганізмів виконувалися згідно наказу МОЗ за № 535 від 22.04.1985р. Чутливість мікроорганізмів оцінювали дискодифузним методом у відповідності до стандартних критеріїв.

Результати. За результатами бактеріологічного дослідження перитонеального вмісту у 95 (51,1 %) хворих була виділена та ідентифікована мікрофлора. Серед хворих I-ї групи позитивні бактеріологічні результати отримані у 42 із 87 хворих, а у II-ї групі – у 48 із 84 хворих. У переважній більшості (67,4 %) випадків була виявлена асоціація аеробно-анаеробних патогенів, а у 32,6 % виділена монокультура. Статистичної різниці за характером виявленої мікрофлори між досліджуваними групами не визначено.

По частоті виділення переважно зустрічалися наступні патогени:

- грамнегативні (*E. coli*, *Enterobacter spp.*, *Klebsiella pneumoniae*);
- грампозитивні (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus spp.*, *Streptococcus spp.*);
- анаероби (*B. fragilis*, інші *Bacteroides spp.*, *Peptostreptococcus spp.*).

Результати чутливості виділених патогенів до призначеної емпіричної антимікробної терапії були наступними. У хворих I-ї групи чутливість до цефазоліну складала 59,5 %, до цефуроксиму – 57,1 % і до цефтріаксону – 66,6 %. За результатами дослідження у приведеній групі хворих проводилася корекція антимікробної терапії з включенням аміноглікозидів чи препаратів фторхінолону.

У хворих II-ї групи чутливість виділених патогенів до призначення ципрофлоксацину складала 81,2 %, а до офлоксацину – 87,5 %. За результатами дослідження потреби у проведенні корекції антимікробної терапії не було, за винятком 4-х хворих, яким призначено протитрибковий препарат – дифлюкан в дозі 400 мг на добу.

Висновок. Використання цефалоспоринів I-III покоління на етапі емпіричної антимікробної терапії у хворих на ОТКН не завжди є ефективним. Призначення препаратів фторхінолону, а особливо офлоксацину, є обґрунтованим, але не виключає необхідність проведення бактеріологічних досліджень з вивченням антибіотикограми.

Р.Б. Костирко, О.В. Волошинський, І.М. Шевчук, І.І. Тітов**АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ ПАНКРЕАНЕКРОЗІ***Івано-Франківська державна медична академія*

Проблема бактеріальних ускладнень хірургічної патології в Україні, як і в багатьох країнах світу, в останні роки, незважаючи на впровадження нових препаратів, стає дедалі актуальнішою, що пояснюється зростанням стійкості мікроорганізмів до антибіотиків. Так, в структурі летальних наслідків при панкреанекрозі гнійно-септичні ускладнення та сепсис складають до 78 %. Необхідність застосування антибіотикопротекції чи терапії в комплексному лікуванні хворих з гострим панкреатитом сьогодні не викликає сумнівів в жодного спеціаліста, тоді як вибір антибактеріальних засобів та схем їх застосування є прерогативою лікаря і залишаються предметом серйозних дискусій.

Матеріали та методи. Нами проведено аналіз розвитку гнійно-септичних ускладнень у 115 хірургічних пацієнтів з гострим панкреатитом, що мав деструктивний характер, які лікувалися в умовах відділення гастрохірургії або реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) ОКЛ. Всі хворі були розділені на три групи згідно схем антибактеріальної терапії, що застосовувались. До першої групи віднесені хворі, що одержували в комплексі терапії цефотаксим + гентаміцин, до другої – цефтріаксон + амікацин, до третьої – ципрофлоксацин + метронідазол. Діагноз панкреанекрозу і його інфекційних ускладнень верифікований на основі комплексного обстеження, що включало дані клінічних і лабораторних методів, лапароскопію, комп'ютерну томографію, мікробіологічне дослідження крові, лаважної рідини з вмісту сальникової сумки, аспірату з трахео-бронхіального дерева і сечі. Взятий матеріал висівали на кров'яний агар протягом 2 годин після забору. Виділені культури ідентифікували за комплексом морфологічних і біохімічних ознак з використанням ідентифікаційних систем "Enterotest 1", "Enterotest 2", "Neferment test" і "Staphy test" ("Lachema", Брно, Чехія). Чутливість до антибіотиків визначали за допомогою паперових дисків (НИЦФ, Санкт-Петербург, Росія). Аналіз чутливості культур до антибіотиків проведено з використанням спеціалізованої комп'ютерної програми WHkNET.5.

Результати досліджень та їх обговорення. Аналіз груп хворих, об'єднаних згідно схем антибіотикотерапії показав відсутність суттєвих відмінностей в групах за клінічними формами гострого панкреатиту, віком, статтю і важкістю хворих. Оперативна тактика для всіх груп була однаковою. Вона передбачала пріоритетне використання малоінвазивних методик на всіх етапах захворювання – від шоку і ферментної ендотоксемії до розвитку локальних постнекротичних і гнійних ускладнень та виконання лапаротомії, зазвичай, при розвитку септичних ускладнень панкреанекрозу.

Вибір препаратів для антибактеріальної терапії продиктований шляхами інфікування і відповідно спектром збудників. Колонізація асептичного вогнища деструкції при панкреатиті проходить за рахунок умовно-патогенної флори шлунково-кишкового тракту, що підтверджено результатами мікробіологічного дослідження – у 76 (93,8 %) посівах висіяли *E.coli*, *Ps.aeruginosa*, *Pr.mirabilis* і тільки у 5 (6,2 %) *St aureus*. Тому препаратами вибору були антибактеріальні засоби з переважною дією на грамнегативну флору. Антибіотики призначали з 5-го дня захворювання, враховуючи, що від початку захворювання до розвитку гнійних ускладнень проходить час, а невіправдане призначення терапії веде до селекції стійких штамів мікроорганізмів і, як наслідок, погіршення прогнозу. Дослідження показало однакову ефективність антибактеріальної терапії в другій і третій групах, та достовірно нижчу ефективність комбінації цефотаксим + гентаміцин. Препарати групи карбапенемів призначали при неефективності антибактеріальної терапії чи ознаках повторного інфікування, що проявлялось погіршенням загального стану хворого, повторним підняттям температури, змінами картини крові, появою в легенях інфільтратів і ін., а також стійкості збудників до препаратів основної схеми, підтвердженої мікробіологічним дослідженням. Поряд з цим за результатами мікробіологічного дослідження високу чутливість до тіенаму зберігало 67 % висіяних штамів. У 4 пацієнтів (3,5 %) з висіяним *St.aureus* виникла потреба в призначенні ванкоміцину (ванміксан – “Sanofi”, Франція). Останній призначали в середній добовій дозі – 2 г, внутрішньовенно та 500 мг на добу інтраабдомінально при проведенні пролонгованого перитонеального діалізу. В усіх випадках застосування ванміксану швидко отримано позитивний клінічний ефект. Важливим в curaції даної категорії хворих є попередження приєднання госпітальної інфекції, перш за все нозокоміальної пневмонії.

Висновки. 1. У хворих з деструктивними формами панкреонекрозу виявляється, переважно, грамнегативна мікробна флора. 2. При проведенні антибактеріальної терапії у даної категорії хворих, перевагу слід віддавати комбінації цефалоспоринів II генерації і вище з амікацином чи метронідазолом. При використанні гентаміцину результати лікування гірші. 3. При неефективності вищенаведених схем антибактеріальної терапії слід вдатися до монотерапії тіенамом. 4. При виявленні стафілококової флори найкращий терапевтичний ефект досягається застосуванням ванкоміцину (ванміксану).

Е.В. Пережогин, С.Н. Петров, А.А. Хватов

ОСОБЕННОСТИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ РЕЗЕРВУАРОВ

Военно-медицинская академия, г. Санкт-Петербург

Широкое применение в хирургии рака прямой кишки сфинктеросохраняющих операций, сопровождающихся наложением низких колоректальных или колоанальных анастомозов, выявило ряд негативных функциональных последствий, характерных для подобных вмешательств. В современной литературе эти расстройства описываются как “синдром низкой передней резекции” и могут наблюдаться у 25-46 % больных (R. Mennigen et al., 1992, Т.С. Одарюк и соавт., 2000). Значительное улучшение функциональных результатов достигается в таких случаях формированием J-образных толстокишечных резервуаров, что требует, вместе с тем, надежной профилактики возможных гнойно-воспалительных осложнений (R. Park et al., 1986, A. Berger et al., 1992).

Резервуарная техника использована нами у 27 пациентов, больных раком прямой кишки в возрасте от 36 до 68 лет. Всем больным была выполнена брюшно-анальная резекция. Среднее расстояние от анокутанной линии до нижнего края опухоли составило $(8,1 \pm 1,3)$ см. Стадия Kukes A отмечена у 12 больных, Kukes B – у 8, Kukes C – у 7. Формирование J-образных толстокишечных резервуаров в 16 случаях выполнено с помощью ручного шва, а у 11 пациентов использовали линейный stapлер GIA 50 Premium “Auto Suture”. Всем больным перед операцией внутривенно вводили 1,0 антибиотиков цефалоспоринового ряда и 100,0 метрогила. Вмешательства завершались дренированием пресакрального пространства, брюшной полости и наложением защитной трансверзостомы.

Осложнения гнойно-воспалительного характера отмечены у 6 больных. Наиболее характерными были ограниченные нагноительные процессы в полости малого таза, выявленные у 3 больных. В 2 случаях они были обусловлены некрозом стенки резервуара, еще у одного пациента развилась несостоятельность колоанального анастомоза. Клинико-эндоскопические признаки воспаления резервуара отмечены в 1 наблюдении. У остальных 2 больных диагностировано нагноение раны передней брюшной стенки. Все внутритазовые гнойно-воспалительные осложнения были ликвидированы сочетанием местной противовоспалительной терапии и дистального лаважа низведенной ободочной кишки и J-образного резервуара с использованием превентивной трансверзостомы.

Представляется, что риск развития гнойно-воспалительных осложнений при применении резервуарной техники определяется, в основном, расстройствами кровоснабжения мобилизованного сегмента дистального отдела нисходящей ободочной кишки и не связан с возможной интраоперационной контаминацией.

А.Ю. Анисимов, Ф.Ш. Галяутдинов, А.Ф. Галимзянов

РОЛЬМИПЕНЕМА-ЦИЛАСТАТИНАНАТРИЯВ ХИМИОТЕРАПИИРАСПРОСТРАНЕННОГОПЕРИТОНИТА

*Казанская государственная медицинская академия,
Больница скорой медицинской помощи г. Казани*

Вступление. Ни в коей мере не умаляя ведущей роли в борьбе с эндогенной интоксикацией (ЭИ) при распространенном перитоните (РП) возможно более ранней операции, интра- и послеоперационной санации брюшины, а также достижений службы интенсивной терапии и экстракорпоральной гемокоррекции, следует, однако, признать, что антибактериальная терапия (АТ) по-прежнему остается в центре внимания специалистов. АТ при РП в определенном смысле играет такую же роль, как остановка кровотечения при геморрагическом шоке. Ее задача – этиотропное воздействие, блокирующее системный воспалительный каскад на уровне его экзогенных микробных медиаторов. Именно поэтому вследствие неэффективной АТ в два раза увеличивается летальность при РП.

Материалы и методы. При анализе материалов клиники за период с 1981 по 2001 годы выяснилось, что из 26720 операций на органах брюшной полости 2357 (8,8 %) были выполнены по поводу РП различной этиологии, общая летальность составила 18,2 %.

Микробиологический пейзаж перитонеального экссудата у наблюдаемых нами больных представлен следующими микроорганизмами: *Escherichia coli* (52,1 %); *Staphylococcus* (18,8 %); *Pseudomonas aeruginosa* (16 %); *Proteus vulgaris* (8,1 %); *Klebsiella* (3,1 %); другие возбудители составили 1,9 %. Кроме того, отмечены ассоциации вышеперечисленных микробов с неспорообразующими анаэробами группы *Bakteroides* (46,2 %). Из 2357 больных РП 276 (11,7 %) пациентов с массивным каловым загрязнением брюшины (сумма баллов по шкале АРАСНЕ II не менее 20; Мангеймский индекс перитонита от 20 и выше) лечили открытым способом. Все они имели клинические и интраоперационные признаки анаэробной неклостридиальной инфекции.

АТ столь широкого спектра, как правило, достигалась стандартной комбинацией: цефалоспорины (цефазолин 3-4 г/сут; цефалексин 1-2 г/сут), аминогликозиды (канамицин сульфат 1-2 г/сут; гентамицин сульфат 2,4-3,2 мг/кг), препараты метронидазола (метрогил, клион, флагил по 0,5 г в 100 мл 3 раза в сутки).

Использовали следующие пути введения (в различных сочетаниях):

- 1) местный (внутрибрюшной) – в 82 % случаев;
- 2) общий: а) внутривенный – в 73 % случаев; б) внутримышечный – в 32 % случаев; в) эндолимфатический антероградный – в 5,7 % случаев; г) эндолимфатический ретроградный – в 3 % случаев; д) лимфотропный внутритканевый – в 6 % случаев.

Результаты. Анализируя соотношение “стоимость–эффективность” на нашем клиническом материале, мы исходили из следующих расчетов.

Стоимость (в ценах на сентябрь 1999 года) 1 флакона кефзола 44 рубля, упаковки (10 ампул) гентамицина сульфата – 19 рублей, 1 флакона метрогила – 98 рублей. Таким образом, стоимость пятидневного курса стандартной комбинированной АТ составила 2388 рублей. На первый взгляд – значительная экономическая выгода!

Однако, как показала практика, ни в одном клиническом случае справиться с внутрибрюшной инфекцией за 5 суток не удалось. Это требовало длительной АТ, неоднократной смены препаратов, а подчас обращения к более дорогому антибиотику. За счет возникновения различных осложнений сроки пребывания в стационаре увеличивались и общая стоимость лечения значительно возрастала.

Неудовлетворённость результатами стандартной АТ побудила нас включить в схему лечения 69 больных РП имипенем-циластатин натрия. Возраст пациентов колебался от 15 до 72 лет. Среди них мужчин было 54 (78,3 %), женщин – 15 (21,7 %). Всех их неоднократно оперировали по поводу различных осложнений: внутрибрюшные абсцессы, гнойно-некротическая флегмона забрюшинной клетчатки, несостоятельность швов полых органов, кишечные свищи, спаечная непроходимость кишечника, панкреонекроз.

В 48 (69,6 %) клинических наблюдениях тиенам применили в качестве “препарата отчаяния”, после неоднократной смены антибиотиков, когда, казалось, надежды уже не было. У 21 (30,4 %) больного – в виде стартовой монотерапии внутривенным курсом (1,5 г/сут) в течение 7 суток. Все больные, получавшие тиенам в виде стартовой монотерапии, выздоровели. Следует отметить, что температурная кривая у них не превышала нормальных цифр уже со вторых-третьих суток послеоперационного периода, который протекал без тяжелых осложнений. Летальность составила 17,4 % (12 из 69 больных).

В контрольную группу вошли 17 больных РП, получавших комбинированную АТ без использования тиенама. У 9 (52,9 %) из 17 было отмечено прогрессирование перитонита. Это потребовало повторного оперативного вмешательства. Нагноение послеоперационных ран в этой группе развилось у 8 (47,1 %) пациентов. Летальность составила 58,8 %. Причинами смерти явились преимущественно гнойно-септические осложнения и полиорганная недостаточность.

Выводы. 1. По своей клинической и бактериологической эффективности имипенем-циластатин натрия при использовании его в режиме монотерапии РП не уступает комбинированной АТ, проводимой по стандартным схемам. 2. Применение имипенема-циластатина натрия в комплексной лечебной программе РП обосновано как в виде стартового антибиотика, так и в продолжении АТ. 3. При лечении РП не следует рассматривать имипенем-циластатин натрия как препарат глубокого резерва, назначая его только больным в критическом состоянии, когда отсутствует эффект от комбинированной АТ. 4. Ранняя

монотерапия тиенамом помогает снизить риск развития резидуальной инфекции, уменьшить количество осложнений, сократить летальность, а для пациентов с благоприятным исходом – сроки пребывания в стационаре. 5. Из декларированных в печати побочных эффектов ни один, кроме аллергической крапивницы (1 больной), характерной практически для всех известных поливалентных антибиотиков, нами не отмечен. 6. Экономическая эффективность применения препарата должна оцениваться по показателю отношения курсовой дозы к стоимости затрат на весь курс лечения пациентов в стационаре. При лечении больных РП тиенамом этот показатель значительно ниже, чем при использовании традиционной комбинации антибиотиков.

УДК 616.33-002.44

**А.П. Власов, В.В. Сараев, В.Т. Ипатенко, Ю.П. Степанов,
Н.П. Пакшин**

ЭЛЕКТРОХИРУРГИЧЕСКАЯ МЕТОДИКА ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева, Россия

Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки при резекции желудка по второму способу Бильрота и гастрэктомии наблюдается в 0,4-9 % случаев, а летальность достигает 50 % (Карман Н.В. и др., 1976; Никитин Н.А., 2001). Причинами несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки могут быть: инфицирование “замкнутой септической полости” при лигатурно-инвагинационном методе обработки культи, нарушение моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки, обуславливающее повышение внутрипросветного давления, действие пищеварительных ферментов, нарушение питания дуоденальной стенки вследствие сдавления интрамуральных сосудов, приводящее к гипоксии кишечной стенки вплоть до некроза. Нарушение питания может быть связано с использованием многорядных швов при перитонизации культи двенадцатиперстной кишки (Навроцкий И.Н., 1972).

Анатомо-топографические соотношения пилородуоденальной зоны, при которых может быть применена лигатурно-инвагинационная методика обработки культи двенадцатиперстной кишки, позволяют видоизменить способ обработки и перитонизации ее серозо-мышечными швами. Нами отработана на трупном материале, а затем в эксперименте на животных следующая методика электрохирургической безлигатурно-эвагинационной обработки культи двенадцатиперстной кишки (заявка на изобретение). После мобилизации желудка и двенадцатиперстной кишки в объеме планируемой резекции или гастрэктомии желудок отсекается от двенадцатиперстной кишки по зажиму

Кохера, под который предварительно подводится полипотомная петля. Затягивая полипотомную петлю под зажимом Кохера, производят одновременное снятие его с кишечной стенки. На стенку двенадцатиперстной кишки накладывается кисетный или S-образный шов по А.А. Русанову. При тракции концов нити кисетного шва кверху производят инвагинацию культи двенадцатиперстной кишки в ее стенку. Завязывают концы нитей вокруг наконечника полипотомной петли, подсоединяют активный электрод электроножа к осевой тяге полипотомной петли. Перемещая одновременно скользящую каретку полипотомной петли кверху, производят ампутацию эвагинированной в стенку органа культи двенадцатиперстной кишки. Затягивая узел кисетного шва, выводят наконечник полипотомной петли из серозо-мышечного шва.

Данная методика направлена на предотвращение развития несостоятельности швов двенадцатиперстной кишки за счет оптимизации репаративного процесса, что складывается из ряда благотворных компонентов. Во-первых, методика позволяет ликвидировать “замкнутую септическую полость” вокруг инвагинированной культи двенадцатиперстной кишки (шов однорядный), во-вторых, предотвращение возможного кровотечения из нелигированных интрамуральных сосудов культи при электрохирургическом методе обработки органа определяет возможность отказаться от наложения многорядных серозо-мышечных перитонизирующих швов, в-третьих, (что следует из второго пункта), наложение однорядного серозо-мышечного или S-образного шва обуславливает уменьшение сосудистых расстройств в стенке двенадцатиперстной кишки, а точнее в зоне эвагинированной культи. С целью ликвидации “замкнутой септической полости” и предотвращения кровотечения из интрамуральных сосудов культи двенадцатиперстной кишки, как было указано выше, нами применен метод реампутации культи с помощью полипотомной петли после эвагинации ее в стенку органа. Обязательным элементом при указанном способе считаем трансназальное ретроградное дренирование ее двухпросветным зондом с непрерывной активной аспирацией дуоденального содержимого блоком микрокомпрессора в течение 2-3 суток. Подобное дренирование позволяет контролировать полноту гемостаза в ампутированной культе двенадцатиперстной кишки, устраняет гипертензию в просвете кишки, способствует сохранению кровообращения в интрамуральных сосудах в зоне эвагинации культи.

Экспериментальная апробация показала, что заживление раны в области культи при предложенном способе ее обработки сопровождалось ускорением протекания воспалительной реакции, которая проявлялась быстрой миграцией клеточных элементов на раневую поверхность и дифференцировкой их в соединительноткань, то есть при данном способе угнетается альтеративный процесс и стимулируется репаративный. Заживление раны протекало по типу первичного натяжения. Отмечена достаточная сила биологической консолидации (по тесту пневмопрессии) в критические этапы (1-3 суток) послеоперационного периода. В отдаленные сроки осложнений не отмечено. При традиционном же способе в ранний послеоперационный период по линии швов определялись

биодеградаційні явища, що приводило до пролонгування першої фази заживлення. Зачастую спостерігалося заживлення рани вторичним натягненням. Як показали біохімічні та біофізичні дослідження в основі цього лежали різкі розлади трофіки тканин в регенеруючих структурах. Фізична герметичність швів в критичні етапи була різко знижена.

В клініці метод успішно застосовано у 44 хворих язвенною болістю дванадцятипалої кишки (24) і раком шлунка (20), яким була виконана резекція шлунка по Більрот-ІІ або гастректомія. Жінок було 18 (40,1%), чоловіків – 26 (59,9%), вік хворих – від 27 до 76 років. Осложнень, пов'язаних з використанням описаної методики обробки культи дванадцятипалої кишки, не спостерігали. Спосіб простий в виконанні, доступний початковим хірургам, застосовується при “трудних” дуоденальних язвах, а також в тяжких перифокальних запальних або спайкових процесів умов. Немаловажне значення для благополучного перебігу раннього післяопераційного періоду у хворих при даній методиці мав раннє відновлення моторної функції кишечника. Слід підкреслити, що спосіб з успіхом може бути застосований і при відеолапароскопічних операціях на шлунку.

Таким чином, результати всебічної анатомо-фізіологічної оцінки електрохірургічного безлігатурно-зважувального способу обробки культи дванадцятипалої кишки з усією переконливістю свідчать про доцільність його широкого застосування в практичній діяльності.

УДК 616-089.86:61634:615.014.67

А.І. Ошовський, О.А. Вільцанюк

ВИБІР ШЛЯХІВ ВИКОРИСТАННЯ АНТИМІКРОБНИХ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛІКУВАННІ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

За даними літератури, гнійно-септичні ускладнення при лікуванні гострої кишкової непрохідності сягають 77,6% випадків (І.Д. Беломар, Е.П. Отурин, 1996). У 4,2-46,6% випадків (В.К. Гусак, 1996; В.М. Мельник, 1996; Ю.Б. Куцик, 2001) це пов'язано з біологічною неспроможністю міжкишкового анастомозу.

Проведені експериментальні дослідження показали, що у просвіті кишечника у ділянці формування анастомозу виникає явище надлишкової бактеріальної колонізації. Концентрація бактерій на 4-6 порядків перевищує

фізіологічну межу. Найбільші кількісні зміни спостерігали серед симбіонтної мікрофлори і, у першу чергу, грамнегативних факультативно-анаеробних і аеробних бактерій. На цьому фоні значно знижується кількість біфідобактерій і лактобактерій, які відповідають за колонізаційну резистентність та пригнічення росту гнильних та гноєтворних мікроорганізмів.

У зоні анастомозу прогресують дегенеративно-дистрофічні зміни: виражений набряк та дифузна лейкоцитарна інфільтрація всіх шарів стінки. Серозна оболонка покривається нашаруваннями фібрину з множинними геморагіями. У м'язовому шарі – тромбоз судин, дистрофічні зміни клітин м'язового шару, які характеризуються фрагментацією окремих м'язових волокон, руйнуванням ядер, наявністю без'ядерних клітин. В підслизовому шарі спостерігали вогнищеві та паравазальні крововиливи, набряк строми. Головні зміни розповсюджувались на слизову оболонку і характеризувались набряком, лімфоїдно-клітинною інфільтрацією з вираженим порушенням функціональної здатності ентероцитів за рахунок дистрофічних змін.

На фоні запальних змін стінки кишки виникає порушення бар'єрної функції слизової оболонки. Найбільша кількість бактерій знаходиться у слизі, який оточує ворсинки, у тісному контакті з епітелієм слизової оболонки. Однак і у клітинах покривного епітелію під базальною мембраною, і у власній пластині слизової оболонки знаходили переважно грамнегативні палички та коки, рідше грампозитивні коки. При формуванні міжкишкових з'єднань вже через добу після операції значна кількість бактерій спостерігається між зшитими тканинами, у шовних каналах навколо лігатур, у місцях відкладення фібрину.

Прогресування дегенеративно-дистрофічних змін у стінці кишки, явищ надлишкової бактеріальної колонізації зони анастомозу призводить до створення умов бактеріальної транслокації та розвитку післяопераційних гнійно-септичних ускладнень. Тому важливе значення для попередження розвитку ускладнень мають заходи, спрямовані на підвищення біологічної герметичності анастомозу.

Зазвичай, для профілактики післяопераційних ускладнень використовують парентеральний шлях введення антибактеріальних препаратів. Однак циркуляторні розлади, які виникають при кишковій непрохідності і в зоні анастомозу, перешкоджають транспорту антибактеріальних засобів безпосередньо у зону співвустя, внаслідок чого створити в стінці кишки їх терапевтичну концентрацію неможливо. Як показали результати експериментів, у серії дослідів з парентеральним введенням антибактеріальних засобів кількість бактерій у зоні анастомозу не зменшувалась, що сприяло активному інфікуванню черевної порожнини.

При внутрішньокішковому введенні антибактеріальних препаратів у вигляді суспензії концентрація мікроорганізмів у зоні анастомозу значно зменшувалась, однак інфікування черевної порожнини зберігалось.

Найбільш ефективним виявилось підведення антибактеріальних субстанцій за допомогою біорозчинного пристрою з запрограмованим звільненням

активних речовин (Патент №41529А від 17.09.01). У цій серії дослідів інфікування черевної порожнини було достовірно нижчим ($p < 0,05$), ніж в попередніх, за рахунок зниження внутрішньокішкової концентрації мікроорганізмів.

Клінічні дослідження показали, що в групі хворих з кишковою непрохідністю на фоні парентерального введення антибактеріальних препаратів у післяопераційному періоді виникають такі ускладнення як перитоніт, абсцеси черевної порожнини, нагноєння післяопераційних ран. В групі хворих, де парентеральне введення антибіотиків поєднувалось з підведенням до зони анастомозу антибактеріальних засобів за допомогою розробленого біорозчинного пристрою внутрішньоочеревинних ускладнень не спостерігалось.

Таким чином, внутрішньокішкове використання антимікробних засобів, підведених до зони анастомозу за допомогою біорозчинного пристрою дозволяє знизити відсоток виникнення гнійно-септичних ускладнень при лікуванні хворих з гострою кишковою непрохідністю.

УДК 616.381-002-085.28

І.Я. Дзюбановський, М.Й. Ткачук

АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ РАНОВИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯ АПЕНДЕКТОМІЇ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Післяопераційні ускладнення після апендектомії, незважаючи на те, що майже всі хворі отримують антибактеріальну терапію складають 3-15 %.

За двадцятирічний період виконано 5060 апендектомій. Гострий катаральний апендицит спостерігався у 25 % (1665) хворих, флегмонозний – у 53 % (2682), гангренозний – у 15 % (759), гангренозно-перфоративний – у 7 % (354) хворих.

У 87 % пацієнтів апендектомію було виконано через доступ за Мак-Бурнесом, у 13 % – серединним. У 39,7 % хворих на гострий апендицит був виявлений перитоніт.

Усім хворим виконувалися обов'язкові лабораторні та інструментальні дослідження за загальноприйнятими стандартами діагностики з ультрасонографічним моніторингом органів черевної порожнини і післяопераційної рани.

Метою антибіотикопрофілактики є досягнення не повної ерадикації мікробів, а зменшення кількості попадання в рану мікроорганізмів нижче порогового рівня, коли захисні сили макроорганізму самостійно здатні справитися з інфекцією.

В зв'язку з таким підходом, профілактичне застосування антибіотиків проводили при оперативному лікуванні різних форм гострого апендициту.

При катаральному і флегмонозному апендицитах (умовно чисті операції) як правило, достатньо одноразового введення зинацефу 1,5 г за 30 хвилин

до операції внутрішньом'язово або під час введеного наркозу з додатковим введенням препарату в дозі 0,75 г двічі з інтервалом в 8 годин.

Антибіотикопрофілактика та антибіотикотерапія показана при всіх деструктивних формах гострого апендициту ("забруднені операції") в повному обсязі. Це зв'язано з тим, що при деструктивному апендициті з явищами перитоніту в 27 % були висіяні ентеробактерії, в 37 % – анаероби. А тому, схема антибіотикопрофілактики дещо була видозмінена: внутрішньовенно вводили зинацеф в дозі 1,5 г за 30-60 хвилин до розрізу і продовжували вводити препарат після операції протягом 3-5 днів в дозі 0,75 г кожні 8 годин в поєднанні з внутрішньовенним введенням 0,5 г метронідазолу та гентаміцину 4,5 мг/кг/добу.

Частота ранових ускладнень після апендектомії з проведенням антибіотикопрофілактики складала 0,7 %, а без антибіотикопрофілактики – 2,8 % (при умовно чистих операціях), тоді як при "забруднених операціях" – 3,1 % і 10,9 % відповідно.

Таким чином, сучасний методологічний підхід до антибіотикопрофілактики післяопераційних ранових ускладнень після апендектомії розмежовує антибіотикопрофілактику – антибіотикотерапію ранової інфекції та антибіотикопрофілактику ранової інфекції.

УДК 616.381-002.3-08

В. Логачев

КОМПЛЕКСНАЯАНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯТЕРАПИЯ РАЗЛИТОГОГНОЙНОГОПЕРИТОНИТА

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины

Разлитой гнойный перитонит (РГП) является наиболее грозным осложнением острых хирургических заболеваний и оперативных вмешательств в абдоминальной хирургии, сопровождающихся летальностью от 15 до 70 %, не имеющей тенденции к снижению в последние годы. Среди причин летальности пациентов с разлитым гнойным перитонитом (РГП) на первое место выходят состояния, обусловленные продолжением патологического процесса, в свою очередь обусловленного недостаточно эффективным антибактериальным воздействием (интоксикация, полиорганная недостаточность). Это побуждает хирургов к разработке методов лапаростомии, запрограммированной релaparотомии или лапароперции. В то же время многократные повторные вмешательства сопровождаются формированием грыжевых дефектов, образованием кишечных свищей.

Материалы и методы исследования. Было проведено изучение результатов санации брюшной полости при РГП у 50 пациентов: 22 пациента вошли в основную группу, а 28 – в контрольную группу. Тактика ведения больных

в первые 48 часов определялась в зависимости от субоперационной оценки: отек и гиперемия брюшины, состояние кишечной стенки, наложения фибрина, характер экссудата, и заключалась в местной (перитонеальный лаваж) и общерезорбтивной антибактериальной терапии. В контрольной группе лаваж брюшной полости осуществлялся растворами фурациллина и перекиси водорода, общерезорбтивная терапия проводилась комбинациями метронидазол + цефтриаксон + гентамицин или метронидазол + ципринол. В основной группе к традиционным промывным средам при лаваже добавлялся раствор мирамистина 0,01-0,05 %, а антибиотикотерапия проводилась комбинацией цефтазидим-КМП + амикацин-КМП, метронидазол + цефтазидим или монотерапия цефтазидимом-КМП. Показания к повторным вмешательствам определялись в контрольной группе на основании субъективной оценки хирурга, в основной – мониторингом послеоперационного течения.

Результаты и их обсуждение. При гладком послеоперационном течении перитонита на 3-и сутки отмечалась положительная динамика клинических и лабораторных показателей. Отсутствие таковой или отрицательная динамика свидетельствовали о продолжении гнойно-воспалительного процесса брюшины, требовавшего дополнительных лечебных процедур, заключавшихся в санационной релапаротомии на 2-3 сутки. Сравнение данных контрольной группы оказалось не в пользу повторных вмешательств. Летальность составила 1/3 пациентов по сравнению с j при традиционном методе, число осложнений было несколько меньшим (1/3 против 3/8), но качественно осложнения запрограммированных релапаротомий – кишечные свищи – были более тяжелыми и, в большинстве случаев, требовали повторных вмешательств в дальнейшем.

Тактика ведения пациентов основной группы: субоперационный лаваж с применением на заключительном этапе 0,01-0,05 % раствора мирамистина двукратно, назначением с первых послеоперационных суток антибиотиков III поколения в достаточных дозах, определение показаний к запрограммированной релапаротомии на основании клинико-лабораторного анализа динамики послеоперационного периода. Объем повторного вмешательства кроме санации брюшной полости по вышеописанной методике включал обязательное укрепление цекоэктомы, использование для интубации кишечника. Внедрение такой тактики и техники оперативного лечения перитонита позволило снизить послеоперационную летальность с 8 из 28 (28,6 %) до 5 из 22 (22,7 %), а число осложнений с 10 из 28 (35,7 %) до 5 из 22 (22,7 %).

Выводы. 1. Субоперационный лаваж брюшной полости во многом определяет течение послеоперационного периода и результат лечения больных с РГП. 2. Показания к запрограммированным повторным санационным вмешательствам должны определяться на основании клинико-лабораторного мониторинга послеоперационного течения. 3. Отсутствие положительной клинико-лабораторной динамики в послеоперационном периоде на 3 сутки является показанием к санационной релапаротомии. 4. Назначение в послеоперационном периоде антибиотиков III поколения позволяет улучшить результаты лечения РГП и сократить количество повторных вмешательств.

І.В. Ярема**ЕНДОЛІМФАТИЧНААНТИБІОТИКОТЕРАПІЯВХІРУРГІЇ***Московський державний медико-стоматологічний університет*

Лімфатична система, при запаленні, є потужним бар'єром на шляху поширення інфекції, який можна було б підсилити за допомогою антибактерійної терапії. Однак, при дрениванні грудної лімфатичної протоки у 127 хворих нами було виявлено, що застосування антибіотиків в терапевтичних дозах, при традиційних методах введення не призводить до накопичення препаратів в лімфатичній системі, через їх кристалоїдні властивості. Цей факт вимагав пошуку такого методу введення антибіотиків, який дозволив би створити і підтримувати тривалий час терапевтичну концентрацію препарату без збільшення дози вводимого антибіотика.

Анатомічні дослідження показали, що можна використовувати колекторні лімфатичні судини для підведення лікарських речовин до групи задіяних в запальному процесі лімфатичних вузлів.

Проведені нами експериментальні дослідження на 47 безпородних собаках, 28 кроликах і 21 мавпі породи Макака Резус підтвердили, що традиційні методи введення антибіотиків не забезпечують достатньої їх концентрації в лімфатичній системі; при цьому є сприятливі анатомічні умови для введення антибіотиків через периферичні колекторні лімфатичні судини в лімфу; доказали, що з допомогою одноразового ендолімфатичного введення гентаміцину чи оксациліну, чи цефалоспоринів вдається досягти високих терапевтичних концентрацій протягом доби в лімфі і від 1 до 3 днів – в лімфатичних вузлах. Анатомічно і рентгенологічно доказана можливість підведення контрасту, а відповідно і антибіотиків, в ретроградному напрямку по грудній лімфатичній протоці до молочної цистерни і деяких лімфовузлів верхньої половини живота.

На основі анатомічних досліджень ми розробили три методи ендолімфатичної антибіотикотерапії: антеградний, ретроградний, поєднаний. Їх доцільність підтверджена даними фармакокінетики антибіотиків в лімфі і лімфатичних вузлах. За допомогою антеградного методу вдалося отримати високі терапевтичні концентрації антибіотиків в центральній лімфі протягом доби, а в заочеревинних лімфатичних вузлах протягом 1-3 днів. При введенні речовини через катетер в грудну лімфатичну протоку відбувається ретроградне переміщення препарату до лімфовузлів грудної і черевної порожнини, що підтверджується анатомічними особливостями будови грудної лімфатичної протоки, експериментальними даними введення антибіотиків в грудну протоку і за результатами вивчення кінетики препаратів при ретроградному їх введенні в лімфу хворих перитонітом. Поєднаний метод дозволяє досягнути накопичення антибактеріальних препаратів не тільки в лімфатичних вузлах, що лежать на шляху

фізіологічного руху лімфи, але і в лімфатичних вузлах, що знаходяться поза цими шляхами наприклад в брижових лімфатичних вузлах, що дуже важливо при перитоніті.

В клінічних умовах накоплено досвід застосування ендолімфатичної антибіотикотерапії в комплексі лікувальних заходів у 4506 хворих з різними запальними захворюваннями. Діапазон використання ендолімфатичної антибіотикотерапії досить широкий. Запропонований метод застосовувався нами при гострому ускладненому холециститі – у 659, деструктивному панкреатиті – у 437, запаленні геніталій – у 1081, перфоративній виразці шлунка – у 242, сепсисі – у 129, остеомієліті – у 287, пневмонії – у 355 хворих та інших тяжких і тривалопротікаючих захворюваннях.

Найбільш складним розділом хірургії є лікування хворих на розлитий гнійний перитоніт. Ми застосували метод ендолімфатичного введення антибіотиків при розлитому перитоніті різної етіології у 136 хворих, з яких померло 20, що були в критичному стані з поліорганною недостатністю.

Застосуванням ендолімфатичної антибіотикотерапії вдалося зупинити запальний процес і досягнути його регресу з повним клінічним виздоровленням у 156 хворих з апендикулярним інфільтратом, у 119 – з апендикулярним абсцесом, у – 905 при місцевому перитоніті апендикулярного походження і у 1081 – при запаленні геніталій.

Ми маєм досвід лікування 129 хворих хірургічним сепсисом, з явищами інтоксикації, порушення метаболізму, розладами периферичного і центрального крово- і лімфообігу, ураженням печінки, нирок, серця, яким в комплексі лікувальних заходів проводилась антеградна, ретроградна або поєднана антибіотикотерапія. Позитивний ефект такого лікування спостерігався у 121 хворого. Він залежав від проведення інтенсивної терапії, що включала ендолімфатичне введення антибіотиків разом з традиційними способами їх введення, від застосування заходів, спрямованих на зниження інтоксикації, виведення токсинів із організму і від регуляції імунної відповіді організму.

Створення високих концентрацій антибіотиків не тільки в регіонарних лімфатичних вузлах, але і у віддалених, стало вагомою передумовою для використання ендолімфатичної антибіотикотерапії 355 хворим з гострими абсцедуючими і затяжними пневмоніями. Метод дозволив в 2-3 рази скоротити терміни лікування і досягти повного клініко-рентгенологічного виздоровлення у 90 % таких хворих, які до цього довго і безуспішно лікувались різними антибіотиками.

Таким чином, ендолімфатичне введення антибіотиків дозволяє швидко досягти високих і тривалих терапевтичних концентрацій препарату в лімфі, лімфатичних вузлах і крові, що посилює такий потужний бар'єр на шляху розповсюдження інфекції, яким є лімфатична система. Завдяки ендолімфатичній антибіотикотерапії вдалося покращити результати лікування хворих з гострими запальними процесами черевної та грудної порожнини.

ХІРУРГІЯ ПЕЧІНКИ

**А.А. Шалимов, Н.Я. Калита, О.Г. Котенко, М.Ю. Шагидулин,
О.В. Васильев**

РЕЗЕКЦИЯ КАК ОДИН ИЗ РАДИКАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

По литературным данным, частота очаговых поражений печени (ОПП) составляет 1,38-1,86 %, при этом в 33,3 % наблюдений встречаются кисты различного происхождения, в 25,6 % – доброкачественные опухоли. В связи с быстрым ростом большинства объемных образований, потенциальной возможностью сдавливания жизненно важных внутри- и внепеченочных анатомических структур, приводящих к развитию портальной гипертензии, механической желтухи с явлениями печеночной недостаточности, а также возникновением ряда других осложнений (профузные кровотечения, инфекционные процессы), диагностика и лечение ОПП остаются наиболее актуальной проблемой в хирургической гепатологии.

С 1990 по 2000 г. в Институте хирургии и трансплантологии АМН Украины выполнено 197 резекций печени больным с доброкачественными ОПП (141 женщина, 56 мужчин) в возрасте от 11 до 79 лет.

Статистическая обработка результатов выполнялась с использованием компьютерной программы Excel-2000.

Диагностику ОПП проводили при помощи УЗИ, КТ, ЯМР-томографии, ангиографии, пункционной биопсии; функциональные резервы печени оценивали в соответствии с шкалой Stone.

Гемангиомы печени выявлены у 93 (47,2 %) больных, непаразитарные кисты – у 47 (23,8 %), поликистоз – у 6 (3,0 %), резекции печени по поводу эхинококка выполнены 39 (19,9 %) больным, фиброаденомы диагностированы в 10 (5,1 %) случаях, липоматоз печени имел место у 2 (1,0 %) пациентов.

По поводу доброкачественных опухолей, ОПП в клинике выполнено 85 (43,1 %) анатомических и 112 (56,9 %) атипичных резекций. Анатомические резекции определяли в соответствии с классификацией (Н. Bismuth, 1982): расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 3, правосторонняя гемигепатэктомия – 12, расширенная левосторонняя гемигепатэктомия – 2, левосторонняя гемигепатэктомия – 19, левосторонняя лобэктомия – 17, трисегментэктомия – 2, бисегментэктомия – 16, сегментэктомия – 12. В 2-х случаях левосторонняя лобэктомия была дополнена бисегментэктомией.

В 1 наблюдении гемангиомы правой доли печени больших размеров лечение проводили в 2 этапа. После проведенной ангиографии и рентгеноэндоваскулярной эмболизации правой печеночной артерии спустя 3 недели выполнили правостороннюю гемигепатэктомию.

Послеоперационные осложнения отмечались у 29 (14,7 %) больных: паренхиматозное кровотечение – в 2 (1,0 %) случаях, что требовало проведения релапаротомии и коагуляции раневой поверхности печени, наружный желчный свищ – 4 (2,0 %), краевой некроз печеночной паренхимы – 1 (0,5 %), абсцесс печени – 2 (1,0 %), околопеченочные абсцессы – 7 (3,6 %), плеврит – 5 (2,6 %), пневмония – 6 (3,0 %), острый тромбоз вен нижних конечностей – 2 (1,0 %).

Отмечен большой удельный вес послеоперационных осложнений в первые 5 лет работы (1990-1994 гг. – 21 (10,6 %) наблюдение). По мере совершенствования техники резекций печени и использования современных методик рассечения печеночной паренхимы при помощи ультразвукового аппарата “Алока-SUS 201 К” (Япония), аргонового скальпеля фирмы “Joring” (Германия), количество послеоперационных осложнений уменьшилось в 8 раз (4,1 %). Послеоперационная летальность составила 1,5 %.

Таким образом, ранняя диагностика, рациональная хирургическая тактика, использование современных методик рассечения печеночной паренхимы позволяют улучшить результаты лечения больных с доброкачественными объемными поражениями печени.

УДК 616.36-006.6-089

**В.Ф. Саенко, Н.Я. Калита, О.Г. Котенко, Л.С. Белянский,
Н.В. Манойло, О.В. Васильев**

ПЕРВИЧНЫЙ И МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ РАК ПЕЧЕНИ – ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Рак печени, по литературным данным, составляет 0,16-0,7 % всех злокачественных опухолей, причем частота метастатических опухолей в 30 раз превышает количество первичных. В последние годы широкое распространение получило хирургическое лечение очаговых злокачественных поражений печени (ОЗПП) в комбинации с внутриартериальной и системной химиотерапией.

Нами проведен анализ результатов резекций печени у 91 больного, выполненных в Институте по поводу первичного и метастатического рака печени. Мужчин было 38, женщин – 53, их возраст – 9 до 75 лет.

Первичный рак печени выявлен у 44 (48,3 %) больных, рак желчного пузыря с прорастанием в печени – у 10 (11,0 %), метастатический колоректальный рак – у 34 (37,4 %) и рак желудка – в 3 (3,3 %) наблюдениях.

У 44 больных первичным раком печени, по классификации TNM, I стадия выявлена у 3 (6,8 %), II – у 10 (29,7 %), III – у 14 (31,8 %), IV А – у 16 (36,4 %), IV Б – у 1 (2,3 %).

При метастатическом колоректальном раке, по классификации Gennari, I стадия выявлена в 23 (67,6 %) случаях, II – в 6 (17,6 %), III – в 5 (14,7 %). Синхронное поражение отмечалось у 28 (82,4 %) больных, метастазы в сроки от 1 до 2,5 лет – у 6 (17,6 %). Первичная опухоль одинаково часто локализовалась в прямой и ободочной кишках. Метастазы и первичные опухоли имели одинаковое гистологическое строение.

В клинике 91 больному с ОЗПП выполнено 34 (37,4 %) атипичных и 57 (62,6 %) анатомических резекций. Анатомические резекции выполняли с учетом классификации (H. Bismuth, 1982). Атипичные резекции производили при метастатических опухолях, занимающих незначительную часть сегмента и расположенных вдали от крупных сосудов и желчных протоков, а также при цирротически измененной печени, пораженной первичным раком, когда необходимо учитывать не только величину резецируемого органа, но и функциональные резервы остающейся печеночной паренхимы. Резекцию выполняли не менее 1-1,5 см от края патологического очага.

Анатомические резекции – 57 (62,2 %): расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – 12, правосторонняя гемигепатэктомия – 4, левосторонняя гемигепатэктомия – 8, левосторонняя лобэктомия – 7, бисегментэктомия – 7, сегментэктомия – 12, трисегментэктомия – 3. В 2 случаях левосторонняя лобэктомия была дополнена сегментэктомией, в 1 – бисегментэктомией. У 1 больной была выполнена правосторонняя гемигепатэктомия с левосторонней лобэктомией.

У 3 больных расширенную правостороннюю гемигепатэктомию выполняли в условиях временного выключения печеночного кровотока и окольного кава-кавального шунтирования по методу F.G. Fortner (1981).

Осложнения у оперированных по поводу ОЗПП отмечались в 23 (25,3 %) наблюдениях. Интраоперационные осложнения – у 7 (7,7 %): травма крупных сосудов с кровопотерей 3000-3800 мл – у 5 (5,5 %) больных, повреждение желчных протоков – у 2 (2,2 %). Послеоперационные осложнения – у 16 (17,5 %): паренхиматозное кровотечение – у 2 (2,2 %), наружный желчный свищ – у 2 (2,2 %), печеночная недостаточность – у 2 (2,2 %). У 1 (1,1 %) больного возник рецидив инфильтративной формы гепатоцеллюлярного рака после сегментэктомии; неспецифические осложнения – у 9 (9,9 %): плеврит – у 6 (6,6 %), поддиафрагмальный абсцесс – у 3 (3,3 %) больных.

Секвестрации оставшейся части печеночной ткани в послеоперационном периоде не наблюдали благодаря соблюдением правил анатомичности резекций с учетом интраорганный архитектоники и использованием, в большинстве случаев, современных способов рассечения печеночной паренхимы (ультразвуковым аспиратором, аргоновым скальпелем). Послеоперационная летальность составила 7,7 %.

По данным большинства авторов, летальность при ОЗПП колеблется от 3 до 20 %, а при сопутствующем циррозе печени возрастает до 60 %; курабельность же невысока и колеблется от 3 до 30 % (по нашим результатам анализа, за исследуемый период операбельность составила 17,5 %).

Таким образом, наши наблюдения позволяют сделать ряд выводов: результат лечения больных с ОЗПП зависит от ранней диагностики, гистологической формы ракового процесса и адекватной лечебной тактики в условиях специализированного лечебного учреждения.

УДК 616.36-006-089

**М.П. Павловський, Т.І. Шахова, В.М. Лазько, Ю.П. Довгань,
В.Г. Жемела, Т.М. Іванків**

ПЕРВИННИЙ І МЕТАСТАТИЧНИЙ РАК ПЕЧІНКИ. ДІАГНОСТИКА І МОЖЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Серед злоякісних пухлин печінки найчастіше трапляється рак. Первинний рак печінки (гепатоцелюлярний, холангіоцелюлярний) діагностується переважно пізно або виявляється випадково через відсутність специфічних симптомів перед тим, як пухлина досягне великих розмірів або виникнуть її ускладнення. Якщо показання до оперативного лікування первинного раку печінки (ПРП) опрацьовані, то доцільність оперативного лікування метастазів печінки залишається предметом дискусій. У хворих із злоякісними пухлинами органів черевної порожнини виявлення метастазів у печінці часто обмежує активність хірургів, радикальність операцій, що не завжди є обґрунтованим. Продовження терміну виживання хворих при радикальному лікуванні метастатичного раку печінки доводить доцільність пошуків удосконалення цих методів лікування.

Ми провели аналіз результатів обстеження і лікування 2638 хворих на злоякісні пухлини органів черевної порожнини. У 508 (19,3 %) з них виявлені метастази в печінці, у 46 (1,7 %) – первинний рак печінки.

Частота метастазів у печінку, залежно від локалізації пухлини в органах черевної порожнини, складала: підшлункова залоза – 26, 1 %, шлунок або його кукса після резекції – 29, 2 %, печінка, жовчновивідні шляхи – 22, 8 %, жовчний міхур – 49,6 %, товста і пряма кишки – 16,1 %, інші локалізації раку – 18,2 %. Одночасно питома вага метастазів колоректального раку складає близько половини (46,2 %) всіх вторинних злоякісних пухлин.

Достатньо інформативними методами діагностики є ультрасонографія (УСГ) і комп'ютерна томографія (КТ), які при необхідності доповнювались прицільною пункційною біопсією (тонкоголковою – для цитологічного дослідження або трепанобіопсією – для експресгістологічного дослідження) та імуноферментною діагностикою. Загальна чутливість УСГ при ПРП становила 97,2 %, при МРП – 52,5 %. При метастазах, діаметр яких є більшим ніж 15 мм, чутливість методу підвищувалась до 84,9 %. Діагностичні помилки траплялися

при гіпернефромі правої нирки і великій пухлині правої надниркової залози, які розцінювались як первинний рак печінки. Верифікація діагнозу проводилась субопераційно.

Множинні метастази виявлені у 42,6 % хворих, поодинокі (2-4) – у 16,3 %, солітарні – у 15,8 %. Тільки у правій частці метастази діагностовано у 36,8 % хворих на колоректальний рак, тільки у лівій – у 8,8 %. При інших локалізаціях пухлини – відповідно 20,6 % у правій і 12,7 % у лівій частках. У 34,2 % хворих були уражені обидві частки.

У 3,1 % хворих метастази в печінку виявлені швидше від встановлення локалізації первинної пухлини. Синхронна діагностика пухлини і метастазів здійснена у 87,3 % хворих, метакронна – у 10,5 %. Метахронні метастази виявлені у термін від двох місяців до чотирьох років.

Оперовано 72 хворих – 41 (89,6 %) із 46 хворих на первинний рак печінки і 31 (5,8 %) із 508 хворих із метастатичним раком печінки. Їм виконані: правобічна (5) та лівобічна (7) гемігепатектомія, атипові резекції печінки (20), енуклеація вузлів (9). Радикальні операції на метастазах виконані у 26 хворих з метастатичним раком. У 21 випадку операції були синхронними – одночасно з видаленням первинної пухлини, у 5 – метакронними. При поверхневому розташуванні солітарних або поодиноких метастазів у пацієнтів з великим обсягом операції на первинній пухлині – панкреатодуоденальна резекція, видалення синхронних пухлин із різних органів та ін., у 11 хворих використали поверхстову термодеструкцію (циторедукцію) метастазів.

Морфологічна структура ПРП відповідала холангіоцелюлярному раку у 24 хворих, у 14 виявили гепатоцелюлярний рак, та у трьох – лімфосаркому. При дослідженні пухлин і метастазів колоректальної зони у 92,7 % встановлена аденокарцинома різного ступеня диференціації.

Ускладнення у післяопераційному періоді розвинулись у 7 (9,7 %) хворих, але жодне з них не було пов'язане з термодеструкцією метастазів. Померло 3 (4,2 %) хворих після атипової резекції печінки та гемігепатектомії від гострої печінкової недостатності та тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА).

У 15 хворих з неоперабельними метастазами колоректального раку в печінку ми застосували внутрішньоартеріальну поліхіміотерапію (ВАПХТ). Використовували фторурацил, цисплатин, доксорубіцин, мітоміцин С, які вводили за допомогою інфузатора протягом 8-12 годин через ангиографічний катетер, проведений в печінкову артерію під рентгенконтролем. У 13 хворих досягнули стабілізації і часткової регресії пухлинного процесу, зменшення болювого синдрому, покращання якості та продовження тривалості життя.

Таким чином, при первинному раку, солітарних і поодиноких (синхронних і метакронних) метастазах у печінку показане їх видалення, що забезпечує радикальність операції. При поверхневій локалізації невеликих метастазів або при неможливості їх видалення виконується термо- або кріодеструкція пухлини. Синхронне видалення або термодеструкція метастазів не збільшує кількості післяопераційних ускладнень і летальних випадків, а підвищує

можливість наступного хіміотерапевтичного лікування і покращує прогноз. ВАПХТ продовжує термін виживання і поліпшує якість життя хворих на рак печінки.

УДК 616.36-006.6-089

**В.А. Вишневский, Н.А. Назаренко, Р.З. Икрамов, В.В. Егорова,
Д.А. Ионкин, Т.И. Тарасюк**

ОБШИРНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ВЫСОКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ РИСКОМ

Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва

Обширные резекции печени, благодаря значительному прогрессу, наблюдаемому в хирургии печени в последние годы, перестали быть уделом отдельных высококвалифицированных гепатологических центров. В тоже время, выполнение обширных анатомических резекций у больных с высоким хирургическим риском, обусловленным как сложными топографо-анатомическими взаимоотношениями опухоли и магистральных сосудистых структур печени, так и низкими функциональными резервами печени, особенно при развитии угрожающих жизни осложнений представляет чрезвычайные трудности.

В Институте хирургии им. А.В. Вишневского обширные резекции печени (ОРП), к которым мы относим гемигепатэктомии и расширенные гемигепатэктомии, выполнены 223 больным. При этом в 66 случаях операции выполнены больным с высокой степенью хирургического риска. В 34 случаях высокий риск был обусловлен наличием цирроза печени (в 11 – постнекротического и в 23 – билиарного, в сочетании с механической желтухой); в 8 наблюдениях – необходимостью выполнения операции в экстренном и срочном порядке в связи со спонтанным разрывом опухоли и массивным внутрибрюшным кровотечением (3), наличием синдрома гемобилии (2), развитием абсцедирования новообразований печени (3). У 20 пациентов с гемангиомами печени высокий хирургический риск был обусловлен гигантскими размерами гемангиом (свыше 20 см) и опасностью развития неконтролируемых интраоперационных кровотечений. 2 пациента страдали тяжелой формой ишемической болезни сердца, что потребовало выполнения в качестве первого этапа хирургического лечения аортокоронарного шунтирования. 2 оперированных пациента были в возрасте свыше 70 лет, что повышало риск операции в связи с наличием комплекса сопутствующих заболеваний и снижением соответственно возрасту регенераторной активности печени.

Общая послеоперационная летальность в группе больных с высоким риском составила 15,2 % и определялась, главным образом, неблагоприятными

исходами у пациентов, оперированных на фоне массивных кровотечений при спонтанном разрыве опухоли (умерло 2 из 3 больных), а также у больных, перенесших правостороннюю гемигепатэктомию по поводу гепатоцеллюлярного рака на фоне цирроза печени в стадии В по Child (5 из 10 оперированных). В группе больных с гигантскими гемангиомами не было ни одного летального исхода.

Анализ полученных результатов позволяет резюмировать следующее.

1. Больные с билиарным циррозом печени и механической желтухой ниже 150 мкмоль/л сохраняют высокий функциональный резерв печени и достаточно благополучно переносят выполнение ОРП.

2. Необходим тщательный отбор больных с постнекротическим циррозом печени для выполнения ОРП. Оценка функционального резерва печени с учетом современных методик – лидокаинового теста, исследования уровня протеина С, наряду с традиционными биохимическими и коагулологическими параметрами позволяет выделить группу больных с чрезвычайно высоким риском (стадии В и С по Child). Для повышения дооперационного функционального резерва печени показано выполнение портальной венозной эмболизации (ПВЭ).

3. У больных старческого возраста для подготовки к выполнению правосторонней гемигепатэктомии необходимо выполнение ПВЭ.

4. Больным с гигантскими гемангиомами печени для уменьшения объема интраоперационной кровопотери целесообразно выполнение дооперационной РЭО печеночной артерии, питающей гемангиому; интраоперационное использование аппарата “Cell Seiver”, а также, в ряде случаев – применение методик полной сосудистой изоляции печени.

УДК 616.36-089

К.М. Курбанов, М.К. Гулов, Б.И. Назаров

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СКРЫТОЙ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОБЪЕМНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Введение. Множественные эхинококковые поражения печени, большие и гигантские кисты, охватывающие одну или обе доли печени, способствуют уменьшению массы печеночных клеток, что в свою очередь, сопровождается нарушением функции печени. Следует отметить, что большинство больных с большими и гигантскими кистами печени долгое время не обращаются за хирургической помощью, что очевидно связано с адаптацией печени к сложившейся ситуации.

В последние годы печеночная недостаточность (ПН) рассматривается как понятие клинико-лабораторное, что связано с тем, что она в основном проявляется нарушением биохимических показателей, функциональных проб печени и в начальных стадиях своего развития практически не имеет специфических клинических признаков. В связи с этим не клинические признаки, а морфологические и биохимические изменения клеток тканей печени являются ориентиром в диагностике начальных стадий ПН (Беляев Л.Б., 1991., Брискин Б.С. и соавт., 1991).

Ведущая роль в ранней диагностике скрытой ПН принадлежит оценке функционального состояния печени с помощью дыхательных коферментов никотинамидадениндинуклеотида (НАД), никотинамидадениндинуклеотидфосфата (НАДФ) и фермента ксантин оксидазы (КО) (Беляев Л.Б., 1991) в печеночной ткани, а также ультраструктурной характеристике изменений ткани печени при объемных образованиях печени.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 64 больных с объемными образованиями печени (ООП). Мужчин было 52 (81,2 %), женщин 12 (18,8 %). Возраст больных составил от 26 до 74 лет. Структура ООП выглядела следующим образом: большие и гигантские эхинококковые кисты одной (40) или обеих долей печени (12) были у 52 больных, множественные эхинококковые поражения печени – у 8 больных, абсцессы печени – у 1, гемангиома печени – у 2 и у 1 больного – болезнь Кароли.

Для диагностики ООП применяли УЗИ, компьютерную томографию, лапароскопию, пункционную и интраоперационную краевую биопсию печени, обзорную рентгенографию печени и органов брюшной полости. Для ранней диагностики скрытой ПН при ООП в ткани печени с помощью гистохимических методик определяли содержание коферментов НАД, НАДФ и фермента КО, а также малонового диальдегида (МДА) и диеновых конъюгат (ДК) по методике Сухопара Ю.В. (1987). Для ультраструктурной диагностики степени повреждения гепатоцитов проводили стереометрический анализ относительного объема митохондрий, лизосом, липидов методов точечного отчета.

Результаты. Для диагностики скрытой ПН при ООП для морфологической и функциональной диагностики широко использовали пункционную и интраоперационную биопсию. В первой группе больных (42) с ООП (одной доли печени) показатели коферментов, фермента были следующие: НАД $0,600 \pm 0,018$ отн. ед., НАДФ – $0,220 \pm 0,012$ отн.ед., КО – $0,270 \pm 0,06$ отн.ед. У больных этой группы содержание МДА и ДК в печеночной ткани были равны – $2,8 \pm 0,2$ нм/мг, $0,1 \pm 0,32$ ед. Е. В ткани печени выявлено зернистую дистрофию с лейкоцитарной инфильтрацией, умеренное расширение портальных трактов, лимфоидно-гистацитарную инфильтрацию, утолщение глиссоновой капсулы.

У больных (24) с ООП (обеих долей) показатели кофермента и фермента были следующее: НАД – $0,503 \pm 0,020$ отн. ед. НАДФ – $0,111 \pm 0,4$ отн.ед. КО – $0,178 \pm 0,04$ отн.ед. Содержание МДА составило $3,3 \pm 0,3$ нм/мг, ДК – $1,78 \pm 0,42$ ед.Е.

В препаратах печени обнаружена зернистая дистрофия, при которой гепатоциты увеличены в объеме, распространено крупноканальное ожирение, дисконтакт гепатоцитов, участки некроза.

Анализ полученных результатов показал, что количество коферментов и продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ) в ткани печени изменяются в зависимости от функционального состояния печени. Понижение количества коферментов НАД, НАДФ и фермента КО, повышение продуктов ПОЛ в ткани печени должно рассматриваться как фактор ПН, даже при нормальных биохимических показателях.

Заключение. Таким образом, результаты исследования показывают, что у больных с ООП практически во всех случаях наблюдается скрытая ПН, в связи с чем в пред и в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики прогрессирования ПН целесообразно применение антиоксидантной и магнитолазерной терапии печени, которое способствует более активному восстановлению функции органа.

УДК 616.36-002.8-08-073.7

Y.S. Genyk, R. Mateo, L. Sher, R.R. Selby, N. Jabbour

THE KUTC KME AFTER LIVING K K N K RLIVER TRANSPLANTATI K NINAKULTANK PEKIATRIC PATIENTS

*Division of Hepato-Biliary Pancreatic Surgery and Abdominal Organ Transplantation,
USC University Hospital and Children's Hospital Los Angeles,
University of Southern California, Los Angeles, California, USA*

Although the liver waiting list increases in number, the supply of cadaveric organs remains relatively unchanged resulting in increased waiting time and worsening medical acuity of the recipient (Trotter, et al). In pediatric patients this problem was resolved by the successful application of living donor liver transplantation (LKLT). As for the adult patients, this option is now under scrutiny by the transplant community (Abecassis, et al). In this study we present our experience and long term outcome after LKLT in both adult and pediatric patients.

Methods. Between September 1998 – April 2002, sixty-six LKLTs were performed in 41 adults and 25 children. We analyzed the clinical course, long-term morbidity (biliary, infectious and disease recurrence), recipient and graft survival, as well as donor complications.

Results. Donors' age ranged from 18 to 57 years. Patients donated either right lobe (RL) (n=45), left lobe (LL) (n=3), left lateral segment (LLS) or extended LLS (n=17), or whole liver domino graft (n=1). Seven RL and three LLS donors were Jehovah's Witnesses (JW) who rejected to consent to a

blood transfusion. Only one (1,5 %) out of the 65 donors (domino transplant excluded) received a transfusion of packed red blood cells. Mean hospital stays were 7,2 days (RL), 7,7 days (LL), and 5,4 days (LLS). Two RL donors required Roux-en-Y patch to the common hepatic duct at the orifice of the right bile duct origin to prevent a narrowing at the bile duct bifurcation. This reconstruction was done at the time of the initial donor operation. Two donors (3,1 %) had wound infection, 1 (1,5 %) – brachial plexus injury, and 3 (4,6 %) – developed incisional hernia. There has been no postoperative hepatic or biliary morbidity. Presently, all donors are healthy with mean follow-up of 545 days (range, 53-1305 days).

Adult recipients. Recipients' age ranged from 17 to 67 years. Thirty-nine adults received right liver lobe (RL), one – left lobe (LL), and one – whole liver as part of a domino transplant from the patient with familial amyloidosis. Eight patients were JWs and did not receive blood products. There were no incidents of primary graft nonfunction. One patient (2,4 %) was retransplanted for hepatic artery thrombosis with a cadaveric graft. Four patients (9,8 %) were reexplored for early bile leaks (2 anastomotic and 2 cut liver surface). Two patients (4,9 %) developed biliary casts, managed by revision of Roux-en-Y in one, and by interventional radiology manipulations in another. Six patients (14,6 %) developed late biliary strictures, and all were managed by placement of temporary percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) catheters. Four patients (9,8 %) died from septic complications at 17, 18, 69, and 77 days post-transplantation. Those transplanted for hepatitis C (n=18) had a recurrence rate of 72,2 % at six month post-transplant, all with stable graft function. Overall patient and graft survival in the adult population was 90,2 % and 87,8 %, respectively, with a mean follow-up of 492 days (range, 53-1104 days).

Pediatric recipients. Children's age ranged from 4 months to 16 years. Seventeen patients received LLS or extended LLS, six – RL, and two – LL. There were no incidents of primary graft nonfunction or vascular thrombosis. Three (12 %) were reexplored for early bile leak from the cut liver surface. Two (8 %) had bile duct strictures managed by revision of Roux-en-Y in one, and placement of PTC catheters in another. One child (4 %) lost the graft to Epstein-Barr viral hepatitis and chronic rejection after 9 months, and was retransplanted with an in-situ split-liver graft. One patient (4 %) died from post-transplant lymphoproliferative disorder (PTLK) and pulmonary Aspergillus infection after 4 months. Overall patient and graft survival in the pediatric population was 96 % and 92 %, respectively, with a mean follow-up of 611 days (range, 138-1305 days).

Conclusions. LKLT in children remains the superior option with excellent outcome. Adult-to-adult LKLT can be performed safely in both donor and recipient with satisfactory long-term results, and has become a valuable option. The incidence of biliary complications in the adult LKLT recipients appeared to be relatively high. Careful selection of candidates and performance of both donor and recipient operations are mandatory.

References

1. Trotter J.F., Wachs M., Everson G.T., Kam I. Medical Progress: Adult-to-Adult Transplantation of the Right Hepatic Lobe from a Living Konor / New Engl. J. Med., 2002. – 346. – p. 1074-1082.
2. Abecassis M., Adams M., Adams P., et al. Consensus Statement on Live krgan Konors / JAMA. 2000. – 284. – p. 2919-2926.

УДК 616.36-004-06-089

О.Г. Котенко

РЕЗУЛЬТАТЫ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИИ ЦИРРОЗА ПЕЧЕНИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Вступление. Одним из наиболее эффективных способов декомпрессии вен портальной системы является формирование декомпрессивных сосудистых анастомозов. Для этого используют неселективное шунтирование (портокавальный, центральный спленоренальный и спленоренальный анастомоз бок в бок) и селективную декомпрессию вен пищевода и желудка (дистальный спленоренальный или гастрокавальный анастомоз) [1]. Неселективное шунтирование эффективно снижает давление в воротной вене и варикозных венах гастроэзофагеальной зоны, однако часто сопровождается развитием печеночной недостаточности и тяжелых форм портосистемной энцефалопатии [4]. Целью операций селективного шунтирования является избирательная декомпрессия вен пищевода и желудка, сохранение портальной перфузии печени и венозной мезентериальной гипертензии [5]. Преимуществом селективного шунтирования считают низкий уровень портосистемной энцефалопатии, однако сохранение селективности шунта является весьма сложной проблемой [2,3]. Единого мнения о преимуществе, эффективности, выживаемости и уровне качества жизни при шунтирующих операциях нет. Изменения гемодинамики печени после селективных и неселективных шунтов изучены недостаточно.

Материалы и методы. За 15-летний период с 1987 по 2001 г. изучены результаты шунтирующих операций, выполненных 70 больным с рецидивирующим кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Комплексные гемодинамические исследования выполнены в дооперационный период, через 10-14 дней (6-8) и 12-24 месяцев после операции. Ультразвуковую доплерофлоуметрию проводили с помощью аппарата "Ultramark-9". Все больные исследовались утром натощак. Датчик располагали в правом подреберье. Измерения производились на стволе печеночной артерии. Определяли: систолический и диастолический пики, среднюю и объемную скорость кровотока, индекс резистентности. Портальную вену визуализировали таким образом, чтобы угол между сосудом и датчиком был менее 60°. Максимальную скорость портального кровотока и диаметр воротной вены измеряли на выдохе

в течение 2-3 секунд. Линейную и объемную скорость кровотока, а также индекс обструкции, рассчитывали по методу Moriyasu F. Корригированное синусоидное давление рассчитывали как разницу между заклиненным и свободным давлением в печеночной вене. Индекс портальной перфузии синусоидных сосудов оценивали по результатам динамической сцинтиграфии коллоидными частицами ^{99m}Tc с помощью гамма-камеры “Фо-гамма”, оснащенной радиационным компьютером СМ-14. Статистическая обработка данных проводилась с использованием компьютерной программы “Excel-2000”.

Результаты исследования и их обсуждение. За 15-летний период с 1985 по 1999 г. шунтирующие операции выполнены 70 больным. Произведено 38 операций дистального спленоренального анастомоза (ДСРА), из них у 18 использовали стандартную методику операции (ДСРА_{ст.}) W.K. Warren, у 20 – модифицированную (ДСРА_{мод.}) K. Inokuchi, у 7 – ДСРА_{мод.} в сочетании с операцией разобщения портогастроэзофагеального венозного кровотока, у 3 – ДСРА_{ст.} в сочетании с брюшным лимфовенозным анастомозом. У 32 больных выполнены операции парциального шунтирования: Н-образный мезентерикокавальный анастомоз – у 8, центральный спленоренальный анастомоз – у 10, спленоренальный анастомоз по типу “бок в бок” – у 12, нижнебрыжечно-ренальный анастомоз – у 2.

Результаты отдаленных наблюдений показали, что в течение 12-24 мес. после формирования ДСРА_{ст.} уменьшался объемный кровоток в воротной вене вследствие потери портальной перфузии через развивающиеся венозные коллатерали. С помощью ангиографии и интраоперационных исследований установлено, что основными путями потери крови воротной вены являлись: трансгастральный, транспанкреатический и трансмезоколонияльный. Рецидив кровотока в ранний послеоперационный период развился в обеих группах с одинаковой частотой: после наложения ДСРА_{ст.} – у 2 больных (11,1 %), ДСРА_{мод.} – у 2 (10,0 %). В одном случае (5,5 %) после наложения ДСРА_{ст.} кровотечение развилось в поздний послеоперационный период. Причиной рецидива кровотока в ранний послеоперационный период явились: тромбоз анастомоза (2), гипертензия в левой почечной вене (1) и невыраженность коротких желудочных вен (1); в поздний – вены трансгастрального пути коллатерального кровотока.

Сохранение портальной перфузии печени после селективного шунтирования обеспечивало стабильное функциональное состояние печени в течение 1 года по сравнению с дооперационным (суммарный балл Child-Pugh: исходный – $6,6 \pm 1,2$; через 1 год – $5,4 \pm 0,9$). Через 3 года после операции уровень функционального состояния печени соответствовал предоперационному. Адекватная декомпрессия венозной системы верхнего отдела желудка приводила к исчезновению признаков портальной гастропатии после ДСРА. Через 6-12 мес. после операции частота портальной гастропатии снизилась с 65,8 до 15,8 %, через 24 мес. – до 3,7 %. Разработанная тактика позволила с помощью операций селективного шунтирования получить хороший и удовлетворительный результат в лечении рецидивирующего кровотока из варикозно

расширенных вен гастроэзофагеальной зоны у 27 (84,4 %) больных. При этом летальность составила 15,8 % (6 больных). Уровень портосистемной энцефалопатии через 24 мес. составил 16,7 % (4 больных). Выживаемость в течение 1 года после ДСРА составила 71,1 % (27 больных), 3 лет – 60,5 % (23 больных), 5 лет – 52,6 % (20 больных), 10 лет – 28,9 % (11 больных).

При выполнении парциального шунтирования использовали ветви воротной вены: верхнюю брыжеечную, селезеночную и нижнюю брыжеечную. Главной целью считали сохранение гепатопетального кровотока в воротной вене. Установлено, что оптимальным размером анастомоза, обеспечивающим сохранение антеградного кровотока в воротной вене, является 8-10 мм. Соустье больших размеров приводило к трансформации анастомоза из парциального в тотальный с изменением антеградного кровотока в воротной вене на ретроградный с последующим развитием гемодинамических изменений спланхического кровообращения, характерных для тотального шунтирования.

Анализ результатов парциального шунтирования показал, что из 32 оперированных больных в ранний послеоперационный период умерло 5 (15,6 %), рецидив кровотечения развился у 4 (12,5 %) больных, тромбоз анастомоза – у 4 (12,5 %), частота клинической энцефалопатии через 24 мес. составила 35,3 % (6 больных). Через (6-12) мес. уровень портальной гастропатии снизился с 56,3 % до 18,8 %, через 24 мес. – до 5,9 %. Результат парциального шунтирования оценивали по динамике изменений варикозно расширенных вен гастроэзофагеальной зоны: хороший результат операции отмечен у 16 (59,3 %) больных, удовлетворительный – у 7 (25,9 %), неудовлетворительный – у 4 (14,8 %). Выживаемость в течение 1 года после парциального шунтирования составила 62,5 % (20 больных), 3 лет – 34,4 % (11 больных), 5 лет – 21,8 % (7 больных), 10 лет – 3,1 % (1 больной).

Вывод. Разработанная нами тактика выполнения шунтирующих операций высокоэффективна, так как позволила достичь хорошего и удовлетворительного результатов у 50 (71,4 %) больных. Летальность составила 15,7 % (умерли 11 больных).

Литература

1. Grace N.K., Conn H.K., Resnik R.H. et al. Kistal splenorenal vs. portal-systemic shunts after hemorrhage from varices: A randomized controlled trial /Hepatology. – 1988, – vol.8. – P. 1475-1481.
2. Jacobs K.I., Rikkers L.F. Indications and results of shunt operations in the treatment of patients with recurrent variceal hemorrhage /Hepatogastroenterology. – 1990. – Vol. 37. – p. 571-574.
3. Inokuchi K., Beppu K., Koyanagi N. et al. Exclusion of nonisolated splenic vein in distal splenorenal shunt for prevention of portal malcirculation /Annals Journal of Surgery. – 1984, vol. 200. – P. 711-717.
4. Moriyasu F., Nishida K., Ban N. et al. Measurement of portal vascular re-sistence in patients with portal hypertension /Gastroenterology. – 1986. – Vol. 90, № 3. – P. 710-717.
5. Henderson J.M., Millikan W.J., Wright-Bacon L. et al. Hemodynamic differences between alcoholic and nonalcoholic cirrhotics following distal splenorenal shunt: effect on survival? /Annals Journal of Surgery. – 1983, vol. 198. – P. 325-334.

**В.І. Русин, Ю.Ю. Переста, А.В. Русин, О.О. Болдижар,
М.І. Чаварга**

ВИБІР МЕТОДУ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ НА ФОНІ ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ

Ужгородський національний університет, кафедра госпітальної хірургії

Чимало вузлових питань хірургічної корекції портальної гіпертензії (ПГ) на фоні цирозу печінки (ЦП) дотепер носять полемічний характер. Потребують чіткої відповіді питання терміну виконання оперативного втручання, послідовність та об'єм операцій, визначення їх залежності від змін портопечінкової та центральної гемодинаміки, їхній вплив на результати лікування.

На вибір методу хірургічного лікування ПГ при ЦП впливають наступні фактори: 1) ступінь печінкової недостатності; 2) стан портопечінкової гемодинаміки; 3) стан центральної гемодинаміки (ЦГД); 4) наявність портосистемної енцефалопатії (ПЕ); 5) наявність та ступінь варикозного розширення вен (ВРВ) стравоходу; 6) величина печінки; 7) ступінь спленомегалії та вираженість гіперспленізму; 8) наявність асцити; 9) активність цитолітичного процесу в печінці; 10) точна патоморфологічна причина портальної гіпертензії; 11) кровотеча в анамнезі з ВРВ стравоходу та шлунка; 12) ступінь крововтрати з ВРВ стравоходу (на висоті кровотечі).

З урахуванням вищевказаних чинників за період з 1993 по 2001 роки нами проліковано 221 хворого на ЦП з явищами ПГ, 163 з яких лікувалися в ОКЛ м.Ужгорода, 58 – у реанімаційних відділеннях ЦРЛ Закарпатської області, де допомогу їм надавали співробітники кафедри госпітальної хірургії УжНУ та ендоскопісти ОКЛ. 111 хворим допомога надавалася ургентно, 110 хворих поступили на обстеження та лікування у плановому порядку.

Усіх пацієнтів згідно класифікації Чайлда-Туркотта розділено на три групи: “А” – хворі з компенсованим ЦП (69 пацієнтів), “В” – пацієнти з субкомпенсованим ЦП (61 хворий) та “С” – хворі з декомпенсованим ЦП (91 пацієнт). 47,96 % хворих мали II ступінь ВРВ стравоходу, 35,75 % хворих – III ступінь, 14,03 % – I ступінь, у 2,26 % хворих не спостерігалася ВРВ стравоходу та шлунка. Кровотеча в анамнезі відмічалася у 87,8 % хворих. Пацієнтів розділено на 3 групи: I-а – 12,2 % хворих без ознак кровотечі з ВРВ стравоходу в анамнезі, II-а – 50,2 % пацієнтів, у яких спостерігалася одна кровотеча в анамнезі, III-а – 37,6 % хворих, в яких в анамнезі спостерігалася дві або більше кровотеч. У 64,3 % пацієнтів при зверненні у клініку спостерігався асцит, який у 23,1 % хворих вдалося ліквідувати, у 5,9 % хворих його вдалося зменшити, а в 53,1 % незважаючи на лікування асцит зменшити не вдалося. Гіперспленізм різного ступеня виявлено у 94,1 % пацієнтів. Клінічні ознаки ПЕ виявлено у 32 (14,5 %) хворих, причому в 4 (12,5 %) з них мали місце

субклінічні ознаки ПЕ, у 8 (25 %) встановлено I-у стадію ПЕ, ще 2 поступили у стадії печінкової коми I-II ст. на фоні гострої кровотечі, яку вдалося зупинити медикаментозно. У 7 хворих в анамнезі виконано порожнинні операції роз'єднувального типу, у 2 – видалення селезінки на фоні кровотечі з ВРВ стравоходу.

Судинно-шунтуючі операції виконані 84 хворим, із яких 69 були зі ступенем “А” та 15 – зі ступенем “В” печінкової недостатності. Їм виконано 8 операцій дистального спленоренального, 12 проксимального спленоренального шунтування, 40 спленоренальних автовенозних шунтуючих операцій, 12 спленокавальних та 12 мезентерикокавальних шунтувань. Післяопераційна летальність становила 3,6 %.

”А” ступінь печінкової недостатності у хворих на ЦП є достатньою передумовою для виконання їм порожнинних втручань, якими є різні види судинно-декомпресивних операцій.

Наявність “В” ступеня печінкової недостатності вимагає більш диференційованого підходу до вибору методу хірургічного лікування. Так, за умови збільшених розмірів печінки, гіпер- чи нормокінетичного типу ЦГД і збереженої контрактильної функції міокарда, відсутності ознак ПЕ та асцит у пацієнтам показані планові селективні судинно-шунтуючі операції з розкриттям позаочеревинного простору та перев'язкою панкреатичних гілок селезінкової вени, блокуванням лівої та правої шлункових вен. При наявності незмінених розмірів печінки та переважної фіксації радіофармпрепарату (РФП) у центрі печінки, наявності субклінічних ознак ПЕ виправданими є дозовані мезентерикокавальні Н-подібні алло- або автовенозні анастомози з перев'язкою лівої і правої шлункових вен. При наявності ознак клінічної ПЕ, транзиторного асцит, зменшених розмірів печінки, різкому зниженні накопичення РФП печінкою, значній фіксації РФП селезінкою на фоні вираженої спленомегалії можливі тільки ендovasкулярні оперативні втручання, ендоскопічна склеротерапія (ЕС). При відсутності спеціального обладнання для подібних хірургічних втручань в умовах гіпер-чи нормокінетичного типу ЦГД можливе використання роз'єднувальних операцій, краще шлунково-стравохідних дисекцій.

Хворі з “С” ступенем печінкової недостатності є непридатними до виконання їм порожнинних оперативних втручань, їм показана екстрена чи планова ЕС з метою зупинки чи попередження кровотеч із ВРВ стравоходу.

Нами прооперовано у плановому порядку 28 хворих зі ступенем “В” печінкової недостатності, яким було виконано модифіковану нами операцію Hasab-Raquet (деваскуляризації). У 31 випадку на висоті кровотечі ми виконали роз'єднувальну операцію Паціори. З них 18 мали “В”, а 13 – “С” ступінь печінкової недостатності. Показами до планової операції деваскуляризації служили зменшені розміри печінки, “В” ступінь печінкової недостатності, зниження накопичення РФП печінкою, підвищена фіксація РФП у селезінці на фоні вираженої спленомегалії, транзиторний асцит, субклінічні ознаки ПЕ, гіпер- або нормокінетичний тип ЦГД. Протипоказом до операції

вважаємо декомпенсований ЦП. Роз'єднувальні операції виконувалися на висоті кровотечі через неефективність консервативної терапії та ЕС навіть на фоні декомпенсованого ЦП при будь-якому типі ЦГД, незважаючи на виражений гіперспленізм та асцит. При цьому летальність склала 62,5 % проти нульової при операції Hasab-Raquet. Навіть дещо модифікований нами варіант операції Паціори (перев'язка лівої шлункової вени та артерії з прошиванням субкардіального переходу) дав летальність 66,6 %. При цьому, ні при роз'єднувальних, ні при операціях деваскуляризації повного спадання ВРВ стравоходу не відмічається у 35 % і 32,2 % хворих відповідно. У той же час, використання ЕС та медикаментозного лікування майже у 88 % хворих сприяє зупинці кровотечі, хоча летальність по мірі збільшення ступеня печінкової недостатності та ступеня крововтрати збільшується з 10 % до 33,3 %.

УДК 616.36-002.8-08-073.7

Г.Ю. Мошковский, М.Е. Ничитайло

ОПЫТ ЧРЕСКОЖНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ СОНОГРАФИИ У БОЛЬНЫХ САБСЦЕССАМИ ПЕЧЕНИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев

Проанализированы результаты лечения абсцессов печени различной этиологии, другой очаговой гнойной патологии путем транскутанных инвазивных вмешательств под контролем ультразвука с 1991 по 2001 г.

Нами обследованы 358 пациентов с очаговой гнойной патологией печени, из них у 315 выявлены абсцессы, у 19 и 24, соответственно, нагноившиеся кисты и гематомы.

Ультразвуковые исследования и чрескожные вмешательства выполнялись под контролем сонографии с использованием диагностического аппарата "SSK-630" фирмы "Aloka" (Япония), оснащенного линейным пункционным датчиком.

Для инвазивных вмешательств применялись иглы Chiba (16-20 g), металлические проволочные проводники, пластиковые дилататоры, катетеры различных конструкций и модификаций.

Нами изучены, уточнены, систематизированы и обобщены ультразвуковые признаки очаговой гнойной патологии в различные сроки, разработаны показания, противопоказания, варианты доступов, рационализована техника чрескожных пункций и дренирований под контролем ультразвука.

Инвазивные вмешательства применены у 315 больных.

Пункции выполняли при размерах абсцессов до 3-4 сантиметров, количество вмешательств - 1-10, в среднем - 5, частота - один раз в сутки.

При гнойных очагах больше 4 сантиметров осуществлялось наружное дренирование, предпочтительнее двумя дренажами, для создания аспирационно-промывной системы. Наличие множественных (чаще всего холангиогенных) абсцессов служило показанием к использованию комбинации методик.

Для орошения и промывания полостей абсцессов использовали растворы антисептиков, в ряде случаев (густое содержимое, секвестры тканей и т. д.) – чресдренажное введение протеолитических ферментов.

В комплекс лечения больных с множественными абсцессами, очагами больших размеров и тяжелым общим состоянием, наряду с местной и системной внутривенной антибактериальной терапией, проводимой у всех пациентов, включали эндолимфатическую терапию (35 наблюдений).

Лечение считали успешным в том случае, если после его применения не выполнялось хирургическое вмешательство.

Из 105 больных, у которых применили пункционный метод, успех достигнут у 92. В случаях дренирования лечение было успешным у 198 пациентов из 210. Положительный суммарный эффект достигнут в 92,1 % наблюдений.

Причинами неэффективности чрескожного малоинвазивного метода лечения абсцессов у 25 больных были сообщения с просветом желудочно-кишечного тракта, желчного пузыря, мультифокальность поражений, наличие билиарной обструкции, многокамерных полостей, нагноение организованных гематом.

Описанные в литературе возможные осложнения в наших наблюдениях не отмечены. Летальных исходов не было.

Результаты исследований свидетельствуют о высокой эффективности пункций и дренирований под контролем сонографии. По нашему мнению, транскутаные вмешательства, контролируемые УЗИ, являются методом выбора в лечении абсцессов печени, особенно у пациентов пожилого возраста и с выраженной сопутствующей патологией.

УДК 616.36-002.951.21-089

К.К. Курбанбердиев, К.К. Курдов, Н.Х. Комеков

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ КОМПЬЮТЕРНОТОМОГРАФИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

г. Ашгабат

В клинике общей хирургии Туркменского госмединститута обследовано и прооперировано 191 больного с эхинококкозом печени.

Больные подвергались комплексному обследованию, включая эхографию (УЗИ), компьютерную томографию (КТ) и бактериологические методы.

Неосложненная форма болезни обнаружена у 104 (54,5 %) и с осложнениями – у 87 (45,5 %) больных, из них: нагноение кисты – у 30 (34,5 %), нагноение с образованием цистобилиарного свища – у 43 (49,4 %) и образование цистобилиарного свища – у 14 (16,1 %). Часто нагнаиваются кисты, содержащие дочерние и внучатые пузыри.

Неосложненные эхинококковые кисты печени при УЗИ имели гомогенную гипоанэхогенную структуру, при КТ их плотность составила $(6,63 \pm 0,87)$ ($p < 0,001$) условных единиц по Хоунсфилду (Н), в то же время, нагноившиеся кисты при эхографии имели гетерогенную, гиперэхогенную структуру и при КТ плотность равнялась $(19,9 \pm 3,4)$ ($p < 0,01$) Н.

У больных с множественным эхинококкозом печени с нагноением одной из кист вначале удаляем ненагноившуюся кисту, затем гнойную, что позволяет соблюдать принципы асептики и антисептики во время операции.

Одним из важных моментов операции по поводу эхинококкоза печени, осложненного нагноением и образованием цистобилиарного свища, является визуальное обнаружение и надежное ушивание цистобилиарных свищей, т.к. узкое отверстие желчного свища может остаться незамеченным.

Во время операции стенку фиброзной полости дополнительно освещаем гибким световодом ОС-150, после чего улучшается видимость фиброзной стенки полости печени и отверстия цистобилиарного свища.

Применение разработанной нами методики интраоперационной хроматической визуализации отверстия цистобилиарного свища путем введения в холедох 20 мл синего раствора индигокармина позволяет визуально локализовать и надежно ушить отверстие цистобилиарного свища.

Во время операции, в зависимости от характера выделяемой желчи из отверстия цистобилиарного свища фиброзной полости печени, нами выделены 2 группы больных.

У 21 больного (I группа) из отверстия цистобилиарного свища выделялась светло-желтая, без примеси, жидкая желчь. При бактериологическом исследовании флора не выделена.

У 19 больных (II группа) из цистобилиарного свища выделялась зеленовато-желтого цвета мутная желчь. При бактериологическом исследовании желчи высеяны: кишечная палочка (12), чувствительная к гентамицину; стафилококк (7), чувствительный к гентамицину, ампициллину и оксациллину.

У больных II группы больных антипаразитарную обработку остаточной полости дополняли ее антимикробной санацией 1 % раствором диоксидина, в послеоперационный период антибиотикотерапию проводили с учетом чувствительности микробов к антибиотикам.

Таким образом, обследование больных с эхинококкозом печени с использованием УЗИ и КТ выявляет нагноение эхинококковой кисты печени; бактериологическое исследование желчи из цистобилиарного свища обнаруживает инфицированную форму болезни. Эти данные должны быть приняты во внимание при оперативном лечении эхинококкоза печени.

Ф.Г. Назиров, Ф.А. Ильхамов

ЭХИНОКОККОЗ В УЗБЕКИСТАНЕ: СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ

Министерство здравоохранения Республики Узбекистан

Гидатидозный эхинококкоз является тяжелым, хронически протекающим паразитарным заболеванием. Этот ларвальный гельминтоз продолжает оставаться серьезной медицинской проблемой во многих странах мира в связи с большим числом больных, существованием обширных эндемичных районов и значительным социально-экономическим ущербом, наносимым этой инвазией здоровью населения.

Наша страна также относится к числу регионов, являющихся эндемичным в отношении эхинококкоза. По данным литературы 90-х годов 20-столетия, распространенность эхинококкоза в Республике Узбекистан, выявленная по обращаемости населения за медицинской помощью, составляла 4-9 человек на 100.000 населения. За год в республике выполнялось более 1,5 тысячи операций по поводу эхинококкоза. При этом у 25-40 % больных обнаруживаются осложнённые формы заболевания. Частота послеоперационных осложнений и рецидивов составляет 20-30 %, летальность – 2-5 %.

С целью выявления истинной картины распространения заболевания среди населения различных регионов страны, согласно приказов Министерства здравоохранения № 351 от 31.07.2001 г. и № 73 от 15.02.2002 г., был проведен анализ количественного и качественного состава больных эхинококкозом, получивших стационарную медицинскую помощь в ЛПУ районного, городского, областного и республиканского уровня.

Результаты исследований установили, что в целом по стране в 2000 г. выявлено 4636, а в 2001г. – 4242 больных различными формами эхинококкоза, из них оперированы, соответственно, 4430 (99,6 %) и 4089 (96,4 %) человек.

По данным 2001 года, среди 4089 больных, оперированных по поводу эхинококкоза, у 2924 (71,5 %) было изолированное поражение печени, у 879 (21,5 %) – сочетанное поражение печени и легких, у 286 (7 %) – эхинококкоз других органов. Среди оперированных было 836 (20,4 %) детей, 3253 (79,6 %) юношей и взрослых. Женщин – 2081 (50,9 %), мужчин – 2008 (49,1 %). 3681 (90 %) больных оперированы по поводу первичного, 408 (10 %) – по поводу рецидивного (или резидуального) эхинококкоза. У 1041 (25,5 %) больных отмечено осложнённое, у 3048 (74,5 %) – неосложнённое течение заболевания. У 246 (6 %) больных в послеоперационном периоде отмечены те или иные осложнения, умерло 21 (0,5 %) больных.

Анализ количества больных, оперированных в 2000-2001 гг. по поводу эхинококкоза, показал, что ежегодно 29,9-30,6 % больных эхинококкозом

оперируются в центральных районных (городских) больницах, 5,3-13 % – в городских больницах областных центров, 25,7-27,5 % – в областных больницах, 7,1-15,7 % – в учреждениях системы экстренной медицинской помощи республиканского и областного уровня, 1-1,9 % – в ЛПУ системы Главного управления здравоохранения г.Ташкента, 20,8-21,5 % – в ЛПУ республиканского подчинения.

Таким образом, ежегодно каждый шестой больной эхинококкозом оперируется в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его областных филиалах, каждый пятый – в специализированных хирургических клиниках республиканского подчинения, каждый четвертый – в областных больницах, каждый третий – в центральных районных (городских) больницах. За два года заметная динамика в количестве больных, оперированных по поводу эхинококкоза, появилась только лишь за счет более чем двукратного увеличения больных, прооперированных в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его областных филиалах. За счет этого в 2,5 раза (с 13 до 5,3 %) снизилось количество больных, оперированных в городских больницах областных центров.

Анализ результатов хирургического лечения эхинококкоза в различных ЛПУ показал, что при среднереспубликанском показателе послеоперационной летальности 0,5 %, в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его областных филиалах он был равен 0,8 %, в областных больницах и ЛПУ республиканского подчинения – 0,6 %. Показатель послеоперационной летальности в учреждениях системы экстренной медицинской помощи республиканского и областного уровня, превышающий средние показатели по республике в 1,6 раз можно объяснить тем, что у каждого второго (44,4 %) больного, оперированного здесь, имели место те или иные дооперационные осложнения, тогда когда в среднем по республике осложненный эхинококкоз диагностирован у каждого четвертого (25,5 %) больного. Также высокий показатель послеоперационной летальности (0,6 %), превышающий таковой по республике в 1,2 раза, зафиксирован в областных больницах и специализированных клиниках республиканского подчинения. Как в областных больницах, так и в республиканских клиниках это объясняется тем, что в этих учреждениях самые высокие показатели (соответственно 11 % и 16,9 %, по республике – 10 %) относительного количества больных, оперированных по поводу рецидивного (или резидуального) эхинококкоза. Помимо этого, у 27,6 % больных, оперированных в республиканских клиниках, имели место осложнённые формы эхинококкоза.

Примерно такие же соотношения показателей обнаружены при анализе частоты послеоперационных осложнений. Наибольший показатель частоты послеоперационных осложнений (8,2 %), превышающий таковой по республике (6 %) в 1,4 раза, зафиксирован в клиниках республиканского подчинения. Это также объясняется наибольшим по республике относительным

количеством больных, оперированных по поводу осложнённого, а также рецидивного (и резидуального) эхинококкоза. Настораживает тот факт, что в городских больницах г. Ташкента, где в год оперируются от 43 (в 2000 г.) до 79 (2001 г.) больных, при «нулевом» показателе летальности зафиксирован второй по величине (7,6 %) показатель частоты послеоперационных осложнений, превышающий таковой по республике (6 %) в 1,3 раза. Этот факт трудно объяснить в связи с тем, частота случаев осложнённого течения заболевания (16,5 %, в среднем по республике – 25,5 %), а также больных с рецидивным (или резидуальным) эхинококкозом (6,3 %, в среднем по республике – 10 %) в этих учреждениях были самыми низкими по республике. Это диктует необходимость разработки организационных мер по направлению потока больных в те специализированные клиники, где имеется необходимый лечебно-диагностический, а самое главное, квалифицированный кадровый потенциал, способный максимально обеспечить положительные результаты и наилучшие показатели хирургического лечения эхинококкоза.

Мероприятия, направленные на улучшение результатов лечения эхинококкоза взаимосвязаны, но они могут быть условно разделены на две группы: первая – организационные мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию природных очагов заболевания, разрыв цепи передачи возбудителя заболевания от постоянного хозяина к промежуточному и обратно; вторая группа, состоящая из профилактических и лечебно-диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление заболевания, своевременную организацию хирургического лечения с целью снижения показателей послеоперационных осложнений, инвалидности и смертельных исходов. Немаловажную роль в проведении мероприятий второй группы имеют целенаправленные массовые медицинские осмотры населения в эндемичных зонах и своевременное направление выявленных больных в специализированные медицинские учреждения, имеющие опыт и потенциал для всестороннего обследования больных и проведения хирургического лечения с применением современных лечебно-диагностических и профилактических технологий.

Таким образом, с целью улучшения результатов лечения эхинококкоза, уменьшения вреда, наносимого этим гельминтозоонозом народному хозяйству и показателям здоровья населения, необходимо:

1. Обеспечить повсеместную регистрацию и учета всех случаев выявления эхинококкоза, доведение информации до местных учреждений системы Госсанэпиднадзора.

2. Наладить постоянную связь и взаимодействие учреждений системы Госсанэпиднадзора и ветеринарной службы с целью ликвидации природных очагов эхинококкоза и разрыва цепи передачи возбудителя заболевания от постоянного хозяина к промежуточному и обратно.

3. Возобновить проведение массовых медицинских осмотров населения с выездом в те регионы, где зафиксированы наибольшие показатели заболевае-

мости и высокая частота осложнённого течения болезни. Отсутствие источников значительных финансовых средств, необходимых для этих мероприятий, привели к тому, что ныне проведение массовых целенаправленных медицинских осмотров практически приостановлено. Одним из путей решения этой проблемы является привлечение к ней областных и районных хокимиятов, а также – спонсорских, в том числе и международных, организаций.

4. Одним из относительно малозатратных методов раннего выявления больных эхинококкозом является обязательное комплексное обследование всех членов семьи заболевшего, а также лиц, проживающих на одной территории с ним при идентичных социально-бытовых условиях.

5. Немаловажным моментом в улучшении показателей хирургического лечения эхинококкоза является оптимизация направления потоков больных. Основным учреждением, где должны оперироваться больные эхинококкозом, должны быть областные больницы, клиники медицинских ВУЗов в областных центрах; при осложнённых случаях, требующих неотложных лечебно-диагностических мероприятий – областные филиалы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и отделения экстренной медицинской помощи при ЦРБ/ЦГБ. В исключительных случаях, при неосложнённом течении заболевания, при условии наличия хорошо оснащенной лечебно-диагностической базы и квалифицированных специалистов (хирургов, анестезиологов-реаниматологов) следует допускать проведение плановых операций по поводу эхинококкоза в хирургических отделениях ЦРБ/ЦГБ.

6. Всех жителей города Ташкента и Ташкентской области целесообразно направлять в специализированные отделения соответствующего хирургического профиля при ЛПУ республиканского подчинения (Научный центр хирургии, клиники медицинских ВУЗов г. Ташкента, Республиканская клиническая больница №1, научный центр нейрохирургии). Все больные с осложнённым течением любых форм и локализаций эхинококкоза из г. Ташкента, Ташкентской и ближайших районов Сырдарьинской области, нуждающиеся в проведении неотложных лечебно-диагностических мероприятий, должны направляться в Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи.

M. Ryska, *J. Peregrin, F. Vmna, *H. Filipovb

**TREATMENT OF HEPATIC ARTERY OCCLUSION EARLY AFTER
LIVER TRANSPLANTATION**

**ЛІКУВАННЯ ТРОМБОЗУ ПЕЧІНКОВОЇ АРТЕРІЇ У РАННІ
СТРОКИ ПІСЛЯ ТРАНСПЛАНТАЦІЇ ПЕЧІНКИ**

*Transplant surgery department, * Radiodiagnostic and intervention radiography department, Institute for clinical and experimental medicine, Prague, Czech Republic*

Інститут клінічної та експериментальної медицини, м. Прага, Чехія

Hepatic artery thrombosis or stenosis (HATS) early after liver transplantation is occurred in 3-6 % of the adult patients, in children is more often. Untreated HATS leads to the graft lost nearly in 100 % and to the mortality of patients early after transplantation. HATS are the common cause of primary graft non-function and retransplantation.

Material and method. In the period of 7 years (4/1995-5/2002) 257 orthotopic liver transplantations in the Institute for clinical and experimental medicine in Prague were provided in 246 patients with the survival curve (Kaplan-Meier) of 79,1 % (1998) – 94,4 (2001). HATS in the early period after transplantation we noted in 9 cases (3,5 %). Doppler ultrasonography as a method of the first choice in the patients with the elevation of transaminases was followed by selective arteriography. Urgent reoperation for hepatic artery occlusion was indicated in all but one patients (uncontrolled systemic infection in one patient was the contraindication for urgent reoperation).

Hepatic artery thrombosis in 6 patients and stenosis in 2 patients during laparotomy was occurred. Thrombectomy in 3 patients and reanastomosis in 4 patients was done. In one patient with massive peripheral hepatic artery thrombosis only graft exploration was provided and retransplantation was indicated.

Results. Urgent reoperation and thrombectomy in 3 and reanastomosis in 4 patients in HATS was done in 8/9 patients and leads to graft as well as patient survival in 7 cases. In one case the massive peripheral hepatic artery thrombosis was occurred and patients indicated to retransplantation.

HATS as a cause of the fatal liver graft failure was in 2 cases (22,2 %): the first patient died after urgent retransplantation and the second patient urgent liver graft was at first not available, the retransplantation was contraindicated later on because of uncontrolled systemic infection and patient died.

Conclusion. HATS is very serious complications in the early postoperative period. It is the cause of the liver graft failure. Urgent diagnosis and treatment is the only way to give the chance for graft and patient to survive.

В.Ф. Саенко, Л.С. Белянский, В.А. Рогожин, Н.В. Манойло

ЭТАПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

*Институт хирургии и трансплантологии, лечебно-диагностический центр
“Здоровье людей пожилого возраста” АМН Украины, г. Киев*

При метастазировании колоректальной карциномы наиболее часто поражается печень. У 38 % умерших от метастазов опухоли прямой кишки печень является единственным пораженным органом. Средняя продолжительность жизни при метастатическом поражении печени без выполнения хирургического вмешательства составляет 6 месяцев, а системная химиотерапия без выполнения операции продлевает жизнь до 9 месяцев. Диагностика метастазов печени на резектабельной стадии и правильно выбранная тактика могут быть эффективным методом лечения значительного количества больных и достичь 5-летнего уровня выживаемости 30-40 %.

В Институте хирургии и трансплантологии АМН Украины за период 1990-2001 гг. резекция печени при метастазах колоректального рака была выполнена 68 пациентам. Из них было 22 мужчин и 46 женщин, в возрасте от 35 до 75 лет (средний возраст – 53 года). Предоперационное обследование включало в себя общеклинические тесты, ультразвуковое исследование, ангиографию, компьютерную томографию брюшной и грудной полостей, ЯМР-томографию. У 47 (70 %) больных определяли уровень раково-эмбрионального антигена до и в разные сроки после операции и химиотерапии. Функциональные резервы печени оценивали с помощью биохимических тестов.

Первичная опухоль одинаково часто локализовалась в ободочной и прямой кишках. Синхронное поражение опухолевым процессом печени было в 82,3 %, метакронные метастазы в сроки от 1 года до 2,5 лет – в 17,6 %. Метастатическое поражение правой доли наблюдали в 52,9 %, левой – в 20,6 %, в 26,5 % были поражены обе доли. I стадия метастатического процесса отмечена у 23 пациентов (67,6 %), II стадия – у 6 (17,6 %), III стадия – у 5 (14,7 %).

Объем резекции определяли, исходя из локализации, размеров, глубины расположения и количества метастазов. Контроль за локализацией и границей пораженных сегментов осуществляли интраоперационным ультразвуковым исследованием с последующим картированием и расчетом объема остающейся части печени. У 56 пациентов выполнены симультанные операции на кишечнике и печени. Резекции печени проведены у 68 больных, из них 38 (56 %) – анатомические: расширенная правосторонняя гемигепатэктомия (8), левосторонняя гемигепатэктомия (4), бисегментэктомия (12), трисегментэктомия (8), резекция 1-го сегмента (6). Атипичные резекции выполнены у 30 (44 %) больных.

У 18 больных с билобарными поражениями применили тактику этапных резекций печени. Цель метода – подготовка больных к обширной резекции печени. При этом после резекции первичной опухоли толстой кишки удаляли наиболее пораженную часть печени или перевязывали магистральную ветвь воротной вены этой доли. Отмечено, что объемный кровоток левой доли печени после перевязки правой ветви воротной вены спустя 2 недели достигает уровня кровотока неизменной печени, а гипертрофия ее развивается через 4 недели. После перевязки левой ветви воротной вены уровень кровотока правой доли печени через 3 недели превышает уровень кровотока здоровой печени в 1,5 раза, а гипертрофия ее развивается через 4-5 недель. Промежуток времени до развития гипертрофии использовали для проведения селективной внутриартериальной или системной внутривенной полихимиотерапии. Перевязка левой ветви воротной вены выполнена у 10, правой – у 8 больных. Удаление II и III сегментов левой доли печени с перевязкой левой ветви воротной вены и последующей трисегментэктомией правой доли печени выполнено у 7 больных. Превентивная перевязка левой ветви воротной вены с последующей левосторонней гемигепатэктомией и правосторонней бисегментэктомией – у 3 больных. Перевязка правой ветви воротной вены и последующая правосторонняя гемигепатэктомия в комбинации с бисегментэктомией левой доли печени – у 6, а в комбинации с левосторонней бисегментэктомией и удалением I сегмента – у 2 больных. Интраоперационные осложнения отмечены у 4, послеоперационные – у 9, умерло 2 больных.

При мультинодулярных поражениях и невозможности проведения радикальных операций выполняли криодеструкцию метастазов (16 больных).

Послеоперационная летальность в группе с синхронными метастазами составила 5,9 % (3 больных), послеоперационные осложнения, не повлекшие летального исхода, наблюдались у 12 больных (20,6 %). Показатели выживаемости в этой группе составили: 1 год прожили 45 больных (80,4 %), от 1 до 2-х лет – 34 (62 %), от 2-х до 3-х лет – 28 (50,9 %), от 3-х до 4-х лет – 25 (45 %), от 4-х до 5-ти – 23 (41 %), более 5-ти лет – 22 (39,2 %).

В группе больных с метахронным метастазированием после операции умерло 2 больных, послеоперационные осложнения, не повлекшие тяжелых последствий, отмечены у 6. Прожили 1 год 8 больных (67 %), 2 года – 6 (50 %), 3 года – 4 (33 %). Через 12 месяцев после операции повторное метастазирование, позволившее выполнить оперативное вмешательство, отмечено у 2, через 18 месяцев – у 1.

Наш опыт показывает, что резекция печени является эффективным методом лечения метастазов колоректального рака.

Ю.Г. Старков, В.А. Вишневский, Д.А. Ионкин, К.В. Шишин

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРИОДЕСТРУКЦИИ И СПОЛЬЗОВАНИЯ АППАРАТА “КРИО-6 ERBE” ПРИ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва

Цель: оценить возможность применения криодеструкции при очаговых образованиях печени.

Материалы и методы. Для проведения криохирургического воздействия на печени используются различные доступы: лапаротомный, лапароскопический и транскутанный. Выбор оперативного доступа является важнейшим вопросом, определяющим эффективность использования криотехнологии. У большинства пациентов криохирургическое воздействие необходимо производить лапаротомным доступом, поскольку именно полноценная визуальная, пальпаторная и интраоперационная ультразвуковая оценка позволяет достичь наиболее полной ревизии, кроме того, криодевитализация является составной частью оперативного вмешательства наряду с резекцией печени. Мы не имеем опыта применения транскутанного криовоздействия.

Считаем, что показаниями к криохирургическому воздействию при очаговых образованиях печени являются:

Ц злокачественные образования печени, имеющие центральное расположение, прорастающие магистральные сосуды и желчные протоки, радикальное удаление которых невозможно;

Ц множественные метастазы печени с билобарным распространением,

Ц трудные для удаления метастатические узлы небольших размеров в оставшейся после резекции паренхиме печени;

Ц доброкачественные образования печени с центральным расположением, требующие выполнения обширных резекций печени;

Ц неverifiedированные новообразования печени (при условии использования всех возможных диагностических методик);

Ц для девитализации части паразита, которую невозможно удалить (альвеококк, эхинококк);

Ц рак желчного пузыря (обработка среза печени после адекватного хирургического вмешательства).

К настоящему времени мы имеем небольшой собственный опыт криодевитализации очаговых поражений печени – 20 пациентов с использованием одного из современных аппаратов “КРИО-6 ERBE” (Германия). Данная методика была применена у 7 больных при метастазах колоректального рака, при наличии паразитарных кист – у 6, при гемангиоме – у 6, при метастазах рака желудка – у 1.

Методические принципы эффективной криодевитализации очаговых образований печени:

Ц детальная интраоперационная ревизия, включающая ультразвуковое исследование с определением объемов предстоящей резекции и криодеструкции;

Ц выбор траектории проведения криозондов и расчет их необходимого числа в зависимости от объема образования и соотношения с магистральными сосудами;

Ц ультразвуковой контроль за установкой криозондов и игл-термоиндикаторов,

Ц ультразвуковой и температурный мониторинг распространения фронта замерзания, полноты криовоздействия и характера кровотока в прилежащих сосудах;

Ц температура девитализации образования печени должна быть не выше минус 50 °С, распространение фронта замерзания – на весь узел плюс 5 мм, для достижения эффективной девитализации необходимо применение двойного криоцикла с промежуточным размораживанием;

Ц с гемостатической целью температура в резецируемой ткани должна быть ниже 5 °С, при доброкачественных образованиях может быть применен один цикл замораживания.

Ц контроль за температурой тела пациента и использование подогревного коврика для предотвращения общего охлаждения (при обширных объемных участках криовоздействия, расположенных вблизи крупных сосудов). Лапароскопическая криодеструкция может быть использована при солитарных, преимущественно поверхностно расположенных очаговых поражениях. Лапароскопическая криодеструкция была применена нами у 7 пациентов (при метастазах колоректального рака – 1 пациент, при метастазе рака желудка – 1, при гемангиомах – 4).

Необходимым условием проведения криодеструкции, особенно при лапароскопическом доступе, является использование интраоперационного ультразвукового контроля, задачами которого являются: достижение наиболее полной ревизии, контроль за установкой криозондов и игл-термоиндикаторов, мониторинг распространения фронта замерзания и характера кровотока в прилежащих сосудах.

Результаты. Нами были отмечены следующие осложнения применения криодеструкции (n=20): абсцесс печени – 2; тромбоз нижней полой вены – 1 (сдавливание вены на подпеченочном сегменте); почечная недостаточность (при центральном расположении) – 1; асцит (при множественных метастазах колоректального рака) – 1.

Малый опыт применения данного вида воздействия не позволяет нам говорить о его эффективности. Однако и наши наблюдения позволяют говорить о возможности достижения терапевтических параметров криодеструкции и относительной безопасности методики, а также о проникновении в самые труднодоступные участки паренхимы печени, вероятности воздействия на узлы, расположенные на магистральных сосудах без нарушения кровотока.

Необходимо оговориться о технологических недостатках метода, которые и определяют границы его применения, – длительность операции и недостаточная мощность криозондов.

УДК 616.361-006-089.12

**С.А. Шалимов, А.А. Литвиненко, В.В. Черный, С.А. Лялькин,
А.А. Литвиненко, Ю.А. Жуков, О.М. Калюта**

РОЛЬ КРИОХИРУРГИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕ РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ ПЕРВИЧНЫХ И МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Институт онкологии АМН Украины, г. Киев

Введение. Наиболее эффективным и единственным радикальным методом лечения очаговой патологии печени является резекция. Однако, резектабельность печени как при первичных опухолях, так и при метастазах не превышает 10–15 % и сопровождается значительным количеством осложнений. В последнее время широкое применение во многих областях хирургии и онкологии, в том числе при лечении опухолей печени, нашла криогенная деструкция.

Материалы и методы. Криохирургическое вмешательство произведено 63 пациентам в возрасте от 20 до 69 лет (средний возраст 52,3 года), 29 мужчин и 34 женщины. Из них в связи с первичным раком печени у 18 больных, метастатическими опухолями – у 27 больных и у 18 больных с опухолями желчного пузыря с прорастанием в печеночную паренхиму. Во всех случаях диагноз был морфологически верифицирован. Указанным пациентам в силу распространенности процесса и наличия сопутствующих заболеваний радикальное хирургическое вмешательство (резекция печени) выполнить не представлялось возможным. Размеры новообразований варьировали от 1,5 до 10–12 см в диаметре. В группе больных со вторичными опухолями большинство пациентов имели метастазы колоректального рака. В данной группе у 10 пациентов с метастазами метастазами криохирургическая деструкция выполнялась как самостоятельный метод, у остальных 17 с синхронными метастазами в комбинации с удалением первичной опухоли.

Криохирургическое вмешательство проводили с помощью базовой универсальной криохирургической установки «Криоэлектроника-4». Техническое выполнение самого низкотемпературного воздействия у всех указанных категорий больных существенно не отличается, за исключением времени экспозиции, зависящей в основном от размеров новообразования. Температуру аппликатора снижали до минус 185–196 °С и контролировали ее на цифровом табло установки. Продолжительность криовоздействия составляла 5–45 минут (в зависимости от размера очага). В некоторых случаях выполняли криогенную

деструкцію в два і навіть в три цикли, а також поєднали криовоздействие з алкоголізацією очагів. С метою постійного і найбільш адекватного контролю за процесом криогенної деструкції від початку до повного його завершення нами використана інтраопераційна сонографія.

Результати. Криодеструкція добре переносилася хворими. Як-либо ускладнень, безпосередньо пов'язаних з криовоздействием, відзначено не було. Післяопераційні ускладнення спостерігалися у 5 хворих (8 %). Летальність складала 3 % (2 хворих в групі з метастатическими опухольми). Проаналізовані результати лікування 58 хворих, з яких малися свідчення к моменту оформлення роботи. В течение 6 місяців живі всі; в групі з первинним раком печінки 1-літня виживаемість складала 53 %, 2-літня – 18 % і 3-літня – 6 %. Медіана виживаемості складала 13 місяців. В групі з метастатическими опухольми 1-літня виживаемість була 87 %, 2-літня – 48 %, 3-літня – 17,3 %, медіана виживаемості 20 місяців.

Висновки. Таким образом, криодеструкція є достатньо ефективною і безпечною методикою, добре переноситься хворими і поєднується з іншими видами спеціального лікування, в частині, з хіміоемболізацією. При неможливості радикальної резекції криодеструкцію можна вважати методом вибору в лікуванні даного контингенту хворих.

УДК 616.36-031-07-08

**Т.І. Шахова, В.М. Лазько, Т.Є. Баб'як, В.І. Коломійцев,
В.Г. Жемела, М.П. Павловський**

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ВОГНИЩЕВИХ УРАЖЕНЬ ПЕЧІНКИ ДОБРОЯКІСНОГО ГЕНЕЗУ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Вогнищеві ураження печінки (ВУП) доброякісного генезу об'єднують як порожнисті (рідинні) утвори – непаразитарні і паразитарні кісти, полікістоз, абсцеси, гематоми, так і тканинні – доброякісні пухлини (гемангіоми, аденоми).

Малоінформативність клінічної симптоматики, латентний перебіг багатьох захворювань та труднощі інструментального обстеження печінки довгий час ускладнювали діагностику та диференційну верифікацію доброякісних і злоякісних ВУП. Несвоєчасне встановлення діагнозу спричиняло виникнення ускладнень захворювання (перитоніт, нагноєння, кровотеча). Удосконалення та широке використання променевих методів візуалізації – ультрасонографії (УСГ), комп'ютерної томографії (КТ), ядерномагнітнорезонансної томографії (ЯМРТ) значно покращили виявлення безсимптомних форм доброякісних ВУП, засвідчили ріст захворюваності на окремі нозології і дозволили переглянути тактичні підходи у лікуванні рідинних утворів гепатобілярної ділянки.

Мета роботи – опрацювати алгоритм діагностики доброякісних ВУП, визначити оптимальні сучасні, зокрема малоінвазивні, методи для скорочення термінів лікування і зменшення кількості ускладнень.

За останні 10 років на обстеженні і лікуванні перебувало 132 хворих на доброякісні – ВУП. Доброякісні ураження трапляються в 4,2 рази рідше, ніж злаякісні і склали 19,2 % усіх (686) ВУП. Чоловіків було 49, середній вік складав $(46,5 \pm 2,9)$ років, жінок – 83, середній вік – $(51,8 \pm 2,2)$ років.

Обстеження проводили двома етапами. Першочергово всім пацієнтам виконували загальноклінічні, лабораторні дослідження, рентгеноскопію та УСГ. Чутливість УСГ при ВУП, діаметр яких більший ніж 10 мм, складає 92,8 %. На цьому етапі діагноз встановлено у 93,2 % хворих. При недостатній інформативності попередніх досліджень, переважно з метою диференційної діагностики та для уточнення топографо-анатомічних особливостей, на другому етапі застосовували пункційно-голкову аспірацію (ПГА) під контролем УСГ. Окрім цього, проводили КТ, ЯМРТ, лапароскопію та імуноферментну діагностику. Для пункційного дослідження, що виконували за власною методикою без використання спеціального датчика з центральним отвором, застосовували тонко-голкову аспіраційну біопсію (голки Chiba або Luer-a 19G, 22G) та трепано-біопсію (ріжучі голки “Monoject”, “Unicut”).

Рідинні утвори визначено у 106 (80,3 %) хворих. Серед них: бактерійні абсцеси печінки (БАЛ) діагностовано у 50 (47%) хворих, непаразитарні кісти печінки (НКП) – у 35 (33 %), ехінококові (ЕКП) – у 21 (20 %) хворих. У трьох пацієнтів був полікістоз печінки. Тканинні ВУП верифіковано у 26 (19,7 %) хворих – гемангіоми (17), аденоми (9).

Гемангіоми печінки спостерігалися у 6 разів частіше у жінок, ніж у чоловіків, ЕКП – у 3,7 разів і НКП – у 2 рази частіше. У чоловіків домінували БАЛ (6,5:1). Серед хворих на НКП у 26 були симптоми кісти, у інших 9 виявлялися як супровідна патологія. Розмір абсцесів складав 4,0–15,0 см, солітарних та паразитарних кіст – 5,0–9,0 см. За кількістю домінували поодинокі (1–3) рідинні вогнища.

Під динамічним УСГ спостереженням перебувало 57 хворих при виявленні безсимптомних непаразитарних та неінфікованих кіст, гемангіом, розмір яких не перевищував 5,0 см у діаметрі.

Оперовано 91 (68,9 %) хворих – анатомічні й атипові резекції печінки, енуклеація, фенестрація кіст, закрита та напівзакрита ехінококектомія. Післяопераційні ускладнення виникли у 7,3 % хворих, летальність – 2,2 %.

Малоінвазивне пункційно-аспіраційне лікування застосували у 41 хворого з рідинними ВУП, зокрема, у 28 хворих з БАЛ, у 9 хворих із НКП та у 4 – з ЕКП. Втручання виконували під УСГ-контролем. Перша ПГА має переважно діагностичний характер, дозволяє візуально оцінити отриманий вміст з наступним бактеріологічним, цитологічним і біохімічним дослідженням. Під час кожного втручання намагалися максимально аспірувати екссудат, порожнину БАЛ санували антисептичними розчинами і вводили антибактерійні препарати

широкого спектру дії. Малоінвазивне лікування БАЛ обов'язково доповнювалося антибактерійною терапією. При НКП після спорожнення кісти вводили 96° етиловий спирт у об'ємі 1/10 аспірованого вмісту. Ускладнень, зумовлених виконанням маніпуляції, не спостерігали. Кількість пункцій з інтервалом 1-3 доби, складала від 1 до 12 при БАЛ та 1-6 при кістах печінки. Ефективність лікування оцінювали за клініко-лабораторними показниками і контрольними УСГ обстеженнями кожні 2-3 доби. Внаслідок відсутності позитивної динаміки після 3-4 ПГА оперовані двоє пацієнтів на БАЛ та троє на НКП. Одужали всі хворі. Рецидиви протягом одного року спостереження не визначалися.

Висновки. 1. Основу комплексної діагностики хворих на ВУП доброякісного генезу складає УСГ (чутливість 92,8 %). 2. Безсимптомні непаразитарні та неінфіковані кісти, гемангіоми, розмір яких не перевищує у діаметрі 5,0 см, підлягають динамічному спостереженню. 3. Пункційно-аспіраційне лікування є домінуючим у хворих на солітарні інфіковані ВУП та непаразитарні кісти від 5,0 до 9,0 см у діаметрі. 4. Застосування малоінвазивних маніпуляцій не спричиняє важких ускладнень та летальності, скорочує терміни госпіталізації хворих. 5. Оперативне лікування залишається методом вибору при ехінококових кістах та пухлинах, а також при великих (більше, як 9,0 см) рідинних ВУП.

УДК 616.36-002.9

М.Е. Ничитайло, Ю.А. Фурманов, А.Н. Литвиненко, О.Н. Гулько

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КИСТАХ ПЕЧЕНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ МЕТОДА ЭЛЕКТРОТЕРМОАДГЕЗИИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев

Традиционные оперативные вмешательства на печени сопровождаются значительной операционной травмой, требуют длительного периода реабилитации. Поэтому закономерным явилось стремление хирургов произвести оперативное вмешательство эндовидеохирургическим способом. Специфика лапароскопических операций на печени требует надежных методов гемостаза и соединения тканей.

Совместно с Институтом электросварки НАН Украины (руководитель проекта академик Б.Е. Патон) нами разработан метод электротермоадгезии биологических тканей. В его основе лежит принцип использования термической энергии для соединения тканей. В результате воздействия высокой температуры происходят резкое испарение внеклеточной и внутриклеточной жидкости, разрыв клеточных мембран и образование однородного субстрата. Визуально этот процесс наблюдается как формирование коагуляционной пленки.

Нами разработаны специальные лапароскопические инструменты, позволяющие адекватно сопоставить ткани и произвести их электросварку, а также инструмент для пункции жидкостных образований с последующей герметизацией пункционного отверстия.

В клинике произведено 62 оперативных вмешательства больным с паразитарными и непаразитарными кистами лапароскопическим способом с использованием метода электротермоадгезии. У 17 больных был диагностирован гидатидный эхинококкоз. Остальные 45 пациентов были с идиопатическими кистами печени.

Нами были отобраны больные с эхинококковыми кистами в первый период жизнедеятельности паразита (по М.Ю. Гилевичу, 1990) Помимо этого, немаловажную роль играет фактор локализации кист. Доступной локализацией кист для лапароскопических операций считаем III, IV, V, VI сегменты печени и размеры до 10-12 см в диаметре. Эти условия позволяют соблюсти принципы миниинвазивности и апаразитарности при выполнении лапароскопических операций.

Карбоксиперитонеум накладывали по общепринятой методике из верхнего параумбиликального доступа. В зависимости от размеров и локализации образований выбирали точки для проведения манипуляционных троакаров.

Во всех случаях эхинококкоза печени первым этапом производили пункцию кисты с последующей герметизацией пункционного отверстия с помощью метода электротермоадгезии. Техника пункции имеет первостепенное значение для соблюдения принципа апаразитарности операции. После пункции и эвакуации содержимого кисты производили антипаразитарную обработку полости кисты гипертоническим раствором хлорида натрия в режиме ирригации.

При небольших кистах (6-7 см) нам удалось в 2-х случаях выполнить перикистэктомии. Желчные протоки и кровотокающие сосуды ложа кисты обрабатывали с использованием метода электротермоадгезии по ходу операции специальным лапароскопическим зажимом. К ложу подвели дренаж, который удаляли на 3-4 сутки после операции.

В 15 случаях после антипаразитарной обработки удаляли хитиновую оболочку после вскрытия фиброзной капсулы. С целью выявления остатков кутикулярной оболочки и желчных свищей проводили эндовидеоскопию остаточной полости. При обнаружении желчных свищей выполняли их электротермоадгезию. Для ускорения ликвидации остаточной полости у 4 больных проводили её тампонаду большим сальником.

При непаразитарных кистах оперативное лечение заключалось в иссечении внеорганической части капсулы кисты с последующей коагуляцией оставшейся части с применением метода электротермоадгезии. Остаточную полость дренировали наружу. Дренаж удаляли на 2-3 сутки после операции.

В послеоперационный период из осложнений отмечено желчеистечение из остаточной полости эхинококковой кисты в одном случае, которое самостоятельно прекратилось на 5-е сутки.

Среднее время пребывания в стационаре составило 5 суток. В послеоперационный период проводилось УЗИ в динамике с целью контроля остаточной полости и выявления рецидива. За время наблюдения рецидивов не обнаружено.

Таким образом, лапароскопические методики хирургического лечения кист печени служат альтернативой традиционным оперативным вмешательствам. Применение метода электротермоадгезии при данных операциях позволяет провести надежный гемостаз и соединение тканей и, кроме того, сократить операционное время, уменьшить себестоимость оперативного вмешательства.

УДК 616.361-006-089.12

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

ОПУХОЛИВНЕПЕЧЕНОЧНЫХЖЕЛЧНЫХПРОТОКОВ. КЛАССИФИКАЦИЯ.СОВРЕМЕННЫЕПРИНЦИПЫЛЕЧЕНИЯ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

За период с 1992 по 2000 г. в клинике находилось 338 больных с опухолями внепеченочных желчных протоков (ОВЖП) различной локализации. Женщин было 166 (49,1 %), мужчин – 172 (50,9 %), возраст – от 22 до 84 лет, средний возраст составил 61 год.

Радикальные оперативные вмешательства выполнялись в зависимости от уровня поражения ВЖП, распространенности опухолевого процесса, состояния больного и составили 35,5 % (116).

Все опухоли разделены, согласно нашей классификации, на проксимальные, центральные, дистальные и терминальные.

При проксимальной локализации опухоли, с преимущественным поражением правого долевого протока ($T_{2-3}N_0M_0$), в двух случаях выполняли резекцию развилки долевого протока печени с правосторонней гемигепатэктомией. Поражение левого долевого протока, в свою очередь, преследует левостороннюю резекцию печени с развилкой долевого протока, что было выполнено у трех больных.

Оперативное лечение опухолевого поражения бифуркации протоков ($T_{1-2}N_0M_0$) включало резекцию развилки долевого протока. Такие операции выполнены 24 больным. В 13 случаях операция закончена наложением бигепатикоюнонастомоза на выключенной из пассажа пищи петле тощей кишки, в 7 наблюдениях в анастомоз были включены от 4 до 7 сегментарных протоков печени. В 4 случаях, в связи с техническими трудностями, а также из-за тяжести больного, операция была закончена наружным дренированием долевого протока печени с последующим реконструктивным этапом.

Всего с проксимальной локализацией опухолей прооперировано 101 (29,9 %) больного.

При центральной локализации опухоли в 58 (17, 2%) случаях от нижнего уровня развилки долевых протоков печени до верхней границы двенадцатиперстной кишки ($T_1-T_2N_0M_0$) 14 больным была произведена резекция гепатохоледоха с опухолью. В 3 случаях при инвазии опухолью ($T_3N_0M_0$) верхнего края головки поджелудочной железы выполняли дорзальную панкреатодуоденальную (верхнюю локальную) резекцию с центральным отделом желчного протока.

Поражение опухолью дистального отдела ВЖП отмечено у 48 (14,2 %) больных. Радикальным оперативным вмешательством при данной локализации опухоли ($T_1-T_2N_0M_0$) является только панкреатодуоденальная резекция (ПДР) в классическом ее варианте, которая была применена в 10 случаях.

Опухоль терминального отдела ВЖП отмечена в 133 (39,3 %) наблюдениях. В эту группу вошли больные с опухолями большого дуоденального сосочка (БДС) и ампулы гепатохоледоха. Радикальные оперативные вмешательства выполнены 62 больным, что составило 46,6 % в данной группе.

При опухолях БДС до 1 см в диаметре ($T_{ins}N_0M_0$, $T_1N_0M_0$) в 28,6 % (38) случаев выполняли расширенную трансдуоденальную папилэктомию с лимфаденэктомией. При опухолях БДС до 2 см ($T_2N_0M_0$), ампулы гепатохоледоха ($T_{1,2}N_0M_0$) 4 больным выполнили вентральную ПДР. Опухоли более 2 см в диаметре ($T_{2,3}M_0$) с прорастанием в головку поджелудочной железы удаляли посредством как стандартной ПДР, так и по методике Traverso. Всего при опухолях терминального отдела ВЖП выполнено 24 ПДР. Опухоль ВЖП считали неоперабельной при наличии видимых регионарных и отдаленных метастазов при прорастании опухолью стенки воротной вены на протяжении более 3 см или более 50 % ее окружности, при поражении бифуркации воротной вены ($T_{2-3}N_1M_1$).

Паллиативные вмешательства произведены 178 больным. Выбор метода зависел от состояния больного, местных условий, локализации и распространенности опухолевого процесса.

Предпочтение всегда отдавали малоинвазивным методам желчной декомпрессии. Так, наиболее приемлемым методом декомпрессии желчных протоков при проксимальных опухолях ВЖП является чрескожная чреспеченочная холангиостомия (24). Данная процедура выполнялась у заведомо неоперабельных больных.

Однако чаще (55) мы вынуждены были прибегнуть к реканализации и наружному дренированию долевых желчных протоков, дополняя эту операцию наложением гастростомы для возвращения желчи в желудочно-кишечный тракт. При неоперабельных опухолях центральной локализации в 3 наблюдениях удалось выполнить эндобилиарное дренирование (3).

Основными и наиболее физиологичными методами желчной декомпрессии являются билиодигестивные анастомозы, которые применялись при неопера-

бельных случаях и локализации опухолевого процесса в дистальном и терминальном отделах ВЖП.

Всего выполнено 86 билиодигестивных оперативных вмешательств.

Надо отметить, что качество жизни больных после внутреннего желчеотведения значительно лучше, хотя продолжительность жизни остается такой, как и после наружного дренирования желчных протоков.

Общая послеоперационная летальность составила 14,8 % (40 больных).

УДК 616.36-006-085.032.13/.28

**Р.С. Голощапов, Л.С. Коков, Д.А. Ионкин, С.В. Алимпиев,
Т.И. Тарасюк**

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОВЕДЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ РЕГИОНАРНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВИЧНЫМИ И МЕТАСТАТИЧЕСКИМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ

Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва

Цель: оценить эффективность регионарной внутриартериальной химиоэмболизации в комбинированном лечении первичного и метастатического рака печени.

Материал и методы: за период с 1996 по январь 2002 год в отделении Рентгенхирургических методов диагностики и лечения Института хирургии им. А.В. Вишневского регионарная внутриартериальная химиоэмболизация выполнена у 24 пациентов с первичным и метастатическим раком печени: первичная гепатоцеллюлярная карцинома (n=6), метастазы карциноида поджелудочной железы (n=4), метастазы карциноида анального канала и тощей кишки (n=2), метастазы колоректального рака (n=12). Средний возраст пациентов $58 \pm 8,7$ лет. Произведено 45 операций, в среднем 2-3 курса химиоэмболизации в год с интервалом 1 месяц.

Методика регионарной артериальной химиоэмболизации заключалась в селективной катетеризации правой или левой ветви печеночной артерии по Сельдингеру, 3 дневной инфузии через установленный катетер 5-фторурацила в дозе 2,0 г/сутки (суммарная доза 6,0 г) с последующей химиоэмболизацией печеночной артерии суспензией доксорубицина (40-60 мг/кг) и сверхжидкого липиодола (10,0 мл).

Всем пациентам до проведения регионарной внутриартериальной химиотерапии выполняли радикальную операцию по удалению первичного опухолевого очага (сроки 4-6 месяцев), а также циторедуктивные операции на печени в объеме от сегментэктомии до гемигепатэктомии.

Результаты лечения оценивали по показателю средней продолжительности жизни больных.

Результаты: всем больным регионарная внутриартериальная химиоэмболизация выполнена успешно.

Средняя продолжительность жизни пациентов с первичной гепатоцеллюлярной карциномой составила $24,6 \pm 6,8$ мес., с метастазами рака толстой кишки в печени – $(29,25 \pm 5,1)$ мес., с метастазами злокачественного карциноида – $(32,4 \pm 12,6)$ мес.

Осложнения химиоэмболизации заключались в развитии постэмболизационного синдрома (боль и тяжесть в эпигастральной области первые 1-3 суток после ХЭПА (70 %), тошнота и рвота (30 %), транзиторной лихорадки до $38,7^\circ\text{C}$ в течение 3-5 суток после химиоэмболизации (17 %) и абсцедирования метастатических очагов (4 %). Для лечения абсцессов печени проводили чрескожное чреспеченочное их дренирование и санацию, что успешно было выполнено.

Заключение: Комбинированное лечение местно-распространенного гепатоцеллюлярного рака, рака толстой кишки и злокачественного карциноида, осложненных метастатическим поражением печени (циторедуктивная операция + регионарная внутриартериальная химиоэмболизация) является эффективным и увеличивает продолжительность жизни пациентов до 2 лет и более.

УДК 616.36-006.6-085.832.9

**С.А. Шалимов, А.А. Литвиненко, В.В. Черный, С.А. Лялькин,
Ю.А. Жуков**

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ КРИОДЕСТРУКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ПЕЧЕНИ

Институт онкологии АМН Украины, г. Киев

Введение. Лечение метастазов рака в печень остается трудной задачей хирургической онкологии. Разработка методик, способных оказать положительное влияние на прогноз без увеличения количества осложнений лечения, является актуальной.

Материалы и методы. Лапароскопическая криодеструкция метастатических новообразований печени произведена 10 больным в возрасте 42-78 лет (средний возраст $55,6$). Во всех случаях вследствие распространенности процесса, наличия сопутствующих заболеваний или возраста выполнить радикальное хирургическое вмешательство (резекция печени) не представлялось возможным. При выявлении единичных метастатических узлов, незначительных размеров (до 3 см в диаметре) выполняли криодеструкцию через гильзу лапароскопа. Иногда указанную манипуляцию производили во время самой

диагностической лапараскопии. Сам процесс деструкции осуществляли с помощью специально разработанных криолапароскопических инструментов с вакуумной термоизоляцией. Дистальная часть инструмента соединена с криохирургическим аппаратом “Криоэлектроника-4”. Наконечник инструмента устанавливается в центре опухоли, после чего начинается процесс охлаждения его до заданной температуры (-190°C). После замораживания зоны опухолевого роста, которую контролируем визуально через лапароскоп, проводим отогрев аппликатора автоматически. Дальнейший отогрев опухоли происходит самопроизвольно. В тех случаях, когда опухоль превышает указанные размеры, выполняем криогенную деструкцию с отдельного доступа размером не более 2 см непосредственно в проекции опухоли.

Результаты. Послеоперационный период протекал без особенностей. Каким-либо специфических осложнений, связанных с низкотемпературным воздействием, не наблюдалось. Послеоперационной летальности отмечено не было.

Выводы. Криодеструкция метастазов рака в печень с использованием лапароскопии является малотравматичной методикой, хорошо переносится больными, имеет короткий оперативный и послеоперационный период.

УДК-616.36

Г.Й. Йулдашев, З.Ю. Худайбергенов

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЭХИНОКОККОВОМ ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Хорезмский областной филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан

Частота прорыва эхинококковой кисты в желчные пути, по данным ряда авторов, колеблется от 6 до 63 %. Послеоперационная летальность при тяжелых формах достигает 47 %.

За последние 12 лет нами проперирована 392 больных по поводу эхинококкоза печени. При этом прорыв эхинококковой кисты в желчные пути имел место у 25 (6,4 %) больных. Из них у 19 пациентов наблюдался прорыв содержимого эхинококковой кисты в желчные пути и у 6 больных – прорыв эхинококковой кисты центральной локализации со сдавливанием желчных путей. Характерные симптомы прорыва эхинококковой кисты в желчные протоки – боль в правом подреберье, токсикоаллергическая реакция, повышение температуры тела и желтуха. Сложностей в диагностическом плане не было. Диагноз установили на основании клиники, гипербилирубинемии, УЗИ. Расхождений дооперационного и интраоперационного диагноза не было.

При механической желтухе, вызванной сдавливанием желчных протоков растущей кистой (6) проводили эхинококкэктомиию по общепринятой методике.

Из 19 больных с тяжелой формой прорыва эхинококковой кисты в желчные пути, сопровождающейся механической желтухой, наряду с эхинококкэктомией также выполнено оперативное вмешательство на желчных путях – холедоходуоденоастомоз (ХДА) с дренированием холедоха через кисту после тщательной санации выполнен у 2 больных, ХДА с ушиванием фистулы и полным капитонажем остаточной полости – у 7, ХДА с аментопластикой – 9 больных, ХДА с цистоеюностомией – у 1. Умерло 2 больных, доставленных в отделение в тяжелом токсикоаллергическом шоковом состоянии.

Таким образом, тщательный анализ клинических проявлений и применение современных методов диагностики механической желтухи позволяют своевременно установить причину и оперировать больных в возможно ранние сроки. Оперативная тактика при эхинококкозе печени, осложненном механической желтухой, должна быть индивидуализирована в каждом конкретном случае и преследовать цель как лечение основного заболевания и восстановление адекватного желчеоттока.

УДК 617.55-001.4

Ю.Г. Шапкин, Ю.В. Чалык, Д.Н. Давыдов

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРОВ В ХИРУРГИИ ПЕЧЕНИ

Саратовский государственный медицинский университет

Клиника располагает 25-летним опытом применения лазерных скальпелей в хирургии повреждений и заболеваний печени. У 318 пациентов выполнены операции по поводу травмы печени, у 940 – по поводу холецистита и у 36 – по поводу эхинококкоза и опухолей (в том числе метастатических) органа.

Использовали CO_2 - (“Скальпель-1”) и АИГ- (“Радуга”) лазеры.

Длина ран и площадь обрабатываемой поверхности не имели существенного значения для проведения лазеркоагуляции. Глубина раны затрудняет манипуляции, при этом луч лазера падает по касательной, что существенно снижает мощность воздействия. Кроме того, в глубине такой раны невозможно осуществить обескровливание (чаще всего способом сдавливания) ткани – необходимое условие эффективности лазерного гемостаза.

Лазер на аллюмо-иттриевом гранате (АИГ) обладает несомненным преимуществом перед CO_2 -лазером. Более выраженная проникающая способность позволяет надежно коагулировать обширные раневые дефекты, в том числе при развитии гипоккоагуляции, а также сосуды и желчные ходы диаметром 1-2 мм.

Несомненным техническим преимуществом является наличие у АИГ-лазеров гибкого световода, тогда как СО₂-лазер имеет жесткий, шарнирный.

Плоскостные раны ложа желчного пузыря обрабатывали расфокусированным лучом диаметром 0,5-1,0 мм. Наиболее трудным при обработке ран печени было обеспечение временного гемостаза на период воздействия. При нахождении в ране сосудов и желчных ходов диаметром более 2 мм клипшировали их танталовыми клипсами, придельно прошивали после завершения обработки или прошивали края печеночными швами с последующей лазеркоагуляцией.

Не наблюдали возобновления крово- и желчеистечения из коагулированных ран.

УДК 616.36-002.951.21-07-073.4-8.

Ю.Р. Камалов, В.А. Сандриков, С.В. Готье, О.Г. Скипенко

АБДОМИНАЛЬНОЕУЛЬТРАЗВУКОВОЕ(УЗ) ИССЛЕДОВАНИЕПРИАЛЬВЕОКОККОЗЕПЕЧЕНИ

Российский научный центр хирургии РАМН

Вступление. Цель исследования – изучить возможности современных методов абдоминального УЗ исследования в обследовании больных альвеококкозом печени.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-инструментальное и лабораторное обследование 7 первичных больных альвеококкозом печени и 2 больных рецидивом альвеококкоза печени после ее резекций (всего 9 больных). 7 больных были оперированы. В 3 случаях выполнены обширные резекции печени. В одном случае – ортотопическая трансплантация печени; у остальных больных произведены реканализация внутрипеченочных долевых желчных протоков и гепатикокавернозное соустье на сквозных чреспеченочных дренажах, паллиативная резекция печени, эксплоративная лапаротомия.

Абдоминальное чрескожное УЗ исследование выполнялось в пред- и послеоперационный периоды на диагностических системах Acuson 128 X/P 10 M (США) и Logiq 700 MR GE Medical Systems (США) конвексными датчиками частотой 3,5-4 МГц. Интраоперационное УЗ исследование проводилось при использовании УЗ прибора “SSK-500 Aloka” (Япония) I-образным линейным датчиком частотой 7 МГц. В протокол УЗ исследования входили сканирование в оттенках серой шкалы, цветное доплеровское картирование скоростей и энергии кровотока, спектральное (импульсно-волновое) доплеровское исследование. Проанализированы серошкальные и доплеровские характеристики альвеококковых поражений печени, состояние абдоминальных сосудов (сосуды печени, нижняя полая вена, брюшная аорта, сосуды почек), точность

абдоминального УЗ исследования в оценке сегментарной локализации альвеококкоза печени и его внепеченочного распространения, значение интраоперационного УЗ исследования, а также роль УЗ исследования в ранний и отдаленный послеоперационный период.

Результаты исследований и их обсуждение. При УЗ исследовании в оттенках серой шкалы альвеококкоз печени характеризовался наличием экзогенных с нечеткими и неровными контурами образований, в центре которых, как правило, выявлялись неправильной формы ан- или гипоэхогенные зоны, за которыми могло наблюдаться усиление акустического сигнала. В экзогенных участках альвеококкоза печени отмечались неправильных формы и размеров экзогенные включения, за некоторыми из которых имела акустическая тень. При цветном и спектральном доплеровских исследованиях эти образования были аваскулярными. Тщательные серошкальное и доплеровские исследования позволяли достоверно судить о состоянии внутри- и внепеченочных портальных вен, печеночных и нижней полой вен, брюшной аорты и ее висцеральных ветвей (изменение нормального анатомического расположения и диаметра, сдавливание, прорастание, тромбоз), надежно выявлять обструкцию внутрипеченочных желчных протоков и УЗ признаки портальной гипертензии. У 2 из 9 больных выполнение резекции печени не представлялось возможным (поражение более шести сегментов). У этих же больных отсутствовали признаки внутрипеченочной обструкции желчных протоков, что исключало необходимость их дренирования. Данные чрескожного УЗ исследования об абдоминальной локализации альвеококковых поражений и наличии абдоминальной лимфаденопатии полностью совпали с результатами интраоперационного обследования. Интраоперационное УЗ исследование было полезным для уточнения взаимоотношений очаговых поражений и сосудов печени. В послеоперационный период УЗ исследование являлось достоверным методом оценки эффективности выполненной операции, выявления ранних и поздних послеоперационных осложнений.

Выводы. УЗ характеристики очаговых поражений печени при альвеококкозе в сочетании с данными анамнеза и лабораторного обследования дают возможность установить этот диагноз без выполнения прицельной биопсии с гистологическим исследованием полученного материала. Абдоминальное комплексное УЗ исследование позволяет судить об обширности поражения печени и абдоминальной распространенности при альвеококкозе, снижая необходимость выполнения рентгеновских методов обследования (КТ, АГ, МРТ), дает возможность выбрать адекватную тактику лечения. Этот инструментальный метод является ведущим при обследовании больных альвеококкозом в послеоперационный период.

Ю.М. Кошель, О.Б. Зубков

ДОСВІДХІРУРГІЧНОГОЛІКУВАННЯЕХІНОКОКОВИХ УРАЖЕНЬПЕЧІНКИ

Одеський державний медичний університет

Ехінококоз печінки є тяжким паразитарним захворюванням, що супроводжується різними ускладненнями. Летальність при ускладнених формах ехінококозу печінки досягає 7-8 %. Одним з ендемічних районів ехінококозу є Одеська область. Слід відзначити, що в останні роки відмічається значне збільшення кількості хворих на ехінококоз печінки. Так, коли у 1996 році у відділення гастрохірургії Одеської обласної лікарні було госпіталізовано 17 хворих, у 1997 році – 15, то у 1999 році – 40, у 2000 році – 42.

На лікуванні у гастрохірургічному відділенні у 1999-2000 роках перебувало 66 хворих, з них 41 жінка (63 %) та 25 чоловіків (37 %). За віковою ознакою хворі розподілялись таким чином: до 20 років – 8 (12 %), 21-30 – 12 хворих (18 %), 31-40 – 23 (19,7 %), 41-50 – 15 (22,7 %), 51-60 – 11 (16,7 %), 61-70 – 3 (4,5 %), понад 70 років – 4 (6,4 %).

З усієї кількості хворих одноразово було госпіталізовано 53 % від загальної кількості, тоді як відсоток повторних госпіталізацій склав 47 %. З них після лапаротомії госпіталізовано 11 хворих (32 %), після пункційних втручань – 23 (68 %). Більше 2 разів було госпіталізовано 6 хворих у зв'язку з нагноєнням залишкової порожнини.

За локалізацією ехінококового ураження хворі розподілялись таким чином:

1. Права частка – 48 спостережень (75 %).
2. Ліва частка – 8 (12,5 %).
3. Сполучення лівої та правої часток – 5 (7,8 %).
4. Комбіноване ураження органів черевної порожнини – 3 (4,7 %).

Поєднане ураження печінки та легень спостерігалось у 16 випадках (24 %).

Найбільш часто відмічалась локалізація ехінококової кісти у VI, VII та VIII сегментах – 75 %. Ліва частка була уражена у 12,5 %, права та ліва разом – у 7,8 %, поєднані ураження з іншими органами черевної порожнини склали 4,7 %.

У 44 хворих було по 1 кісті (75 %), у 12 (20 %) – 2 кісти, у 2 хворих (5 %) спостерігались множинні кісти.

Діаметр кіст у більшості хворих (50 %) коливався від 5 до 10 см, у 18,8 % – до 5 см, у 9,4 % хворих – від 10 до 15 см, у 21,8 % хворих – більш як 15 см.

Вмістом ехінококових кіст у 36 спостереженнях (61 %) була звичайна ехінококова рідина, у 2 – геморагічна рідина, у 16 випадках (27 %) – гнійна рідина, в 5 випадках (8,5 %) – ехінококова рідина, змішана із жовтю.

Для діагностики захворювання використовувались лабораторні (показники крові, реакція латекс-аглютинації) та інструментальні (оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, ультразвукове дослідження) метод.

Усі хворі були оперовані в обласній клінічній лікарні. Напівзакрита ехінококектомія з капітонажем порожнини або пластикою сальником на ніжці виконана у 22 випадках (30 %).

4 хворим було виконано відкриту ехінококектомію, що пояснювалось локалізацією кіст в ділянки задньодіафрагмальної поверхні печінки у важкодоступних місцях, а також місцях, розташованих небезпечно близько біля судинно-трубчастих структур печінки. Ідеальна ехінококектомія проведена в 1 хворого. У 3 випадках (4,1 %) виконана крайова резекція печінки разом з кістами, у 2 спостереженнях – ехінококектомія у поєднанні з операцією на жовчних шляхах (холецистектомія, холедохотомія).

В 11 % виконана лапароскопічна ехінококектомія з дренажуванням порожнини кісти. 33 хворим проведено пункційне дренажування кіст під контролем ультразвукового дослідження.

Порожнина кісти під час операції оброблялась розфокусованим лазерним променем потужністю до 20 Вт (вуглекислотний лазер Т-20/01), або на установці “Райдуга-1” (10-15 Вт). При обробці лазерним променем відбувається знепліднення сколексів, припиняється виділення жовчі з дрібних проток. Використовувались також і звичайні методи обробки порожнини кісти: розчин фурациліну (1:5000), 0,2 % – розчин хлоргексидину – в 11 хворих, гіпертонічний розчин хлористого натрію (10 %) з перекисом водню (3 %) – в 14 хворих. При пункційному методі для знепліднення вмісту використовувався 96 ° етиловий спирт або розчин гіпохлориту натрію.

У післяопераційний період у 5 хворих сформувалася жовчна норичія, в 5 випадках спостерігалось нагноєння залишкової порожнини.

Середній ліжко день хворих на ехінококоз печінки склав 19,3. У групі хворих з використанням лазерного опромінювання середній він становив 16,8, при застосуванні традиційних методів обробки – 23,2.

Висновки. 1. В останні роки відмічається стійка тенденція до зростання захворюваності на ехінококоз печінки. 2. Використання лазерного опромінювання для обробки порожнини кісти дозволяє скоротити термін перебування хворих у стаціонарі.

М.А. Кахаров, Н.Д. Мухитдинов

ОПРИЧИНАХНАГНОЕНИЯОСТАТОЧНОЙПОЛОСТИПОСЛЕ ЭХИНОКОККЭКТОМИИИЗПЕЧЕНИ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Республика Таджикистан относится к одному из эндемических очагов эхинококкоза, где частота заболеваемости неуклонно растет. Это сопровождается увеличением числа оперативных вмешательств и, как следствие, количества послеоперационных осложнений. Одним из наиболее частых осложнений, характерных для эхинококкэктомии из печени без удаления фиброзной капсулы, является нагноение с формированием остаточной полости, которое зачастую требует проведения повторного оперативного вмешательства.

С целью выявления причин, способствующих возникновению нагноения остаточной полости, нами проанализированы результаты 350 оперативных вмешательств по поводу неосложненного эхинококкоза, выполненных в ГКБ №1 г. Худжанда (200 больных) и ГКБ №3 г. Душанбе (150 больных). Среди указанного контингента больных нагноение остаточной полости констатировано у 31 пациента. Детальный анализ историй болезни и наши собственные наблюдения позволили сформулировать ряд предрасполагающих факторов, способствующих нагноению:

1. Нагноение с формированием остаточной полости более характерно для оперативных вмешательств, при которых фиброзная капсула паразитарной кисты не удаляется, при больших размерах эхинококковой кисты, ликвидации остаточной полости паразитарной кисты методом капитонажа.

2. Как правило, происходит нагноение толстой, кальцифицированной фиброзной капсулы с ригидными стенками, содержащей дочерние пузыри.

3. Способ антипаразитарной обработки остаточной полости не оказывал существенного влияния на частоту возникновения осложнения.

4. Локализация эхинококковой кисты, когда она, имея большие размеры, располагается большей частью интрапаренхиматозно таким образом, что вокруг нее толщина печеночной ткани не превышает 1-1,5 см и к периферии от кисты остается участок паренхимы печени. Такая локализация кисты способствует возникновению гнойно-воспалительных осложнений даже после выполнения радикальной перикистэктомии.

Последнее обстоятельство нами тщательно проанализировано и произведено морфологическое и электронномикроскопическое исследования периферически расположенного участка паренхимы печени. Установлено, что во всех наблюдениях имелся парагидатидозный очаговый цирроз печени вследствие нарушения трофики и интоксикации продуктами жизнедеятельности эхинококковой кисты. При электронномикроскопическом исследовании это

проявлялось фиброзированием паренхимы и наличием пучков коллагеновых волокон в перисинусоидальном пространстве. Этот признак, описываемый как “капилляризация синусоидов”, характерен для цирроза печени. Такая локализация кисты имелась у 13 из 31 пациентов, 3 из которых произведена радикальная операция – перицистэктомия.

Таким образом, поиск путей улучшения результатов эхинококкэктомии из печени и профилактики гнойно-воспалительных осложнений должен быть направлен на выполнение радикальных оперативных вмешательств с полным удалением фиброзной капсулы как источника инфицирования и рецидива заболевания. Наиболее приемлемым вариантом радикальной операции является тотальная перицистэктомия, а в некоторых случаях при солитарных кистах указанной выше локализации оправдана резекция печени.

УДК 616.36-002.951.21-089-072.1-073:615.837.3

М.Я. Насиров, Г.С. Мамедханов, Г.Х. Ахмедов

К ПРОФИЛАКТИКЕ ОБРАЗОВАНИЯ ЖЁЛЧНЫХ СВИЩЕЙ ПРИ ЭХИНОКОККЭКТОМИИ ИЗ ПЕЧЕНИ

Азербайджанский медицинский университет

Принимая во внимание тот факт, что до 51 % случаев в полость кисты при эхинококкозе печени (ЭП) открывается жёлчный свищ (А.Д. Тимошин, 1992), становится ясным, что для предупреждения формирования в послеоперационный период жёлчных свищей, имеющих место в 11,6 % случаев (В.М. Алиев, 1981, А.А. Мовчун 1997), до сих пор не предпринимается решительных и адекватных мер.

С этой точки зрения, начиная с 1999 года, в 4-й ГКБ им. Ф. Эфендиева применяется запатентованный нами интраоперационный экспресс-способ выявления жёлчных свищей на фиброзной капсуле при эхинококкэктомии из печени (патент на изобретение Гос. Ком. по науке и технике РА № р970048). Исследованию подвергнут 21 больной с диагнозом ЭП в возрасте 20–65 лет, среди которых 10 мужчин и 11 женщин. Во время операции после удаления элементов эхинококкового пузыря остаточная полость обрабатывалась и осушалась традиционными способами. Затем на поверхность фиброзной капсулы наносился предлагаемый реактив (ванадийсодержащее соединение). Через 3 минуты экспозиции мелкие и невидимые невооружённым глазом свищевые ходы окрашивались в отличный от фоновой окраски зелёный цвет, что и служило указателем на место жёлчевыделения. Обнаруженные таким образом у 11 больных жёлчные свищи мелкого и среднего калибров отдельно ушивались П-образными швами из нерассасывающегося материала. В послеоперационный

період ни у одного из этих 11 больных не наблюдалось формирования жёлчного свища.

Данный способ эффективен, безопасен, прост и надёжен, что позволяет широко применять его в клинической практике в целях профилактики такого грозного и трудно поддающегося лечению консервативными мероприятиями осложнения после эхинококкэктомии из печени, как печёночные свищи с жёлчеистечением.

УДК 571.1+612.017:616.006-07+615.849

**Б.С. Запорожченко, І.В. Міщенко, В.І. Шишлов, М.Ф. Кіторага,
І.Є. Бородаєв, В.В. Урядов, А.А. Горбунов**

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ПЕЧІНКИ ПРИ КРІОХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ

Український НДІ морської медицини, м. Одеса

У кожного третього онкологічного хворого, незалежно від локалізації первинної пухлини, виявляються метастази в печінку (1). При цьому у 18-83,9 % випадків спостерігається функціональна недостатність печінки, яка значно погіршує перебіг основного захворювання (2).

Наявність метастатичних уражень печінки робить проблематичним проведення радикальних операцій при пухлинних захворюваннях колоректальної зони і потребує або резекції частини печінки з метастазами, або електродеструкції окремих поодиноких, невеликих за розмірами метастатичних вузлів. Альтернативним видом втручання при цих ситуаціях може бути кріодеструкція метастазів. Ефект кріохірургічної дії при метастазах печінки не викликає сумніву і має ряд переваг: дозволяє зруйнувати заданий об'єм тканини, відрізняється порівняно меншою травматичністю і виключає кровотечу, сприятливо впливає на стабілізацію основних ланок функціонального стану печінки завдяки посиленню репаративних процесів, стимулює імунний статус, збільшує тривалість та покращує якість життя хворого (3).

Метою нашого повідомлення є вивчення віддалених результатів хірургічного лікування колоректального раку з метастазами та впливу кріодеструкції метастазів на функціональний стан печінки.

Проведено аналіз основних показників функціонального стану печінки у 74 хворих колоректальним раком, у яких були діагностовані метастази у печінку. Чоловіків було 39, жінок – 35 у віці від 46 до 75 років. У 24 хворих первинна пухлина локалізувалась у прямій кишці, у 31 – у сигмовидній і нисхідній кишках, у 19 – в області сліпої та висхідної кишок. Таким чином,

частіше всього метастазування у печінку спостерігалось при лівосторонньому раку.

У крові хворих при госпіталізації у клініку визначалась активність ферментів аланін-і аспартатамінотрансфераз (АлТ, АсТ), лактатдегідрогенази (ЛДГ), рівень тригліцеридів, загального холестерину, глюкози крові, загального білка, альбуміну, азоту сечовини, загального білірубіну, непрямой і прямої його фракцій, лужної фосфатази.

При метастатичному ураженні печінки спостерігалось збільшення активності АлТ, АсТ, ЛДГ, лужної фосфатази, підвищення рівнів глюкози, азоту сечовини, загального білірубіну та його фракцій (прямого і непрямого) в 1,5; 2,9; 1,7; 1,1; 1,4; 1,3; 2,2; 3,0; 1,8 разів відповідно. В той же час відмічалось зменшення вмісту загального білка, альбуміну, тригліцеридів в 0,8 рази. Загальний холестерин досягав нижньої границі норми. Дані показники розцінювались нами як клініко-лабораторні ознаки функціональної печінкової недостатності.

Для кріохірургічного лікування метастатичних новоутворень печінки нами застосовувалась установка "Кріоелектроніка-4" з температурою на робочій поверхні аплікатора – 192 °С.

Кріохірургічне втручання проводилось наступним чином. Базуючись на даних ультразвукового обстеження і комп'ютерної томографії, визначали наявність та розміри метастазів у печінці, підбирали відповідний аплікатор, задавали адекватну програму кріодії. Виконували лапаротомію. Шляхом інтраопераційного екстреного патогістологічного дослідження проводили верифікацію метастатичного ураження печінки. Виводили кріоустановку на заданий режим роботи. Час кріогенної дії коливався від 3 до 5 хв. з наступним відігріванням зони заморожування та повторним циклом кріодеструкції, що дозволяло одержати більш ефективний результат.

Об'єм і вид основного хірургічного втручання залежав від локалізації пухлини і розповсюдженості онкологічного процесу. Хворим виконувалась черевнаанальна або передня резекція прямої кишки, резекція сигмовидної кишки, правостороння чи лівостороння геміколектомія, операція Гартмана.

У 29 хворих колоректальним раком з метастазами у печінку, крім основного оперативного втручання, виконувалась електрокоагуляція або хірургічне видалення метастазів (контрольна група).

Кріохірургічна деструкція солітарних метастазів у печінці, як доповнення до основного етапу операції, виконана у 41 хворого, множинних – у 4 (основна група). Розміри метастатичних новоутворень були від 1 до 3 см.

Безпосередні та віддалені результати вивчені у всіх хворих. Летальних випадків у ранньому післяопераційному періоді не було.

У контрольній групі через три тижні після втручання АлТ, АсТ, ЛДГ, лужна фосфатаза мали тенденцію до збільшення по відношенню до вихідного рівня в 1,1-1,3 раза. Вміст загального білірубіну, особливо прямої його фракції, азоту сечовини, глюкози крові знизились, але були вищими за норму. Показники білкового та ліпідного обміну за цей час не досягли референтних величин.

Тривалість життя склала 12 ± 6 місяців. Основною причиною смерті була генералізація онкопроцесу.

В основній групі наприкінці III-го тижня АлТ, АсТ, лужна фосфатаза, загальний білірубін, його пряма фракція достовірно знизилась ($p < 0,05$) майже до нормальних величин. Всі інші показники мали тенденцію змін до норми. Віддалені результати лікування хворих основної групи були такі: у 20 (44,4%) хворих, яким проводилась кріодеструкція метастазів печінки, тривалість життя склала 15 ± 3 місяця після операції. У решті 25 (55,6%) хворих у строки 36 ± 3 місяця ($p < 0,05$) ознак генералізації ракового процесу не спострігалося, якість життя у них була задовільною. У 6-ти хворих цієї групи у строки від 1,5 до 3-х років після операції виконана діагностична лапароскопія. Нових метастатичних осередків не виявлено. У зонах кріодеструкції метастатичних вузлів печінки визначались ледве помітні фіброзні ділянки, які були верифіковані гістологічно.

Таким чином, кріохірургічний метод має безсумнівні переваги перед хірургічним видаленням метастатичного раку печінки, а при поодиноких метастазах він може стати методом вибору з високою ступінню радикальності.

Литература

1. Шалимов С.А., Литвиненко А.А. Кріогенная деструкция метастатического поражения печени /Науковий вісник Ужгородського університету. -Серія:Медицина.-1999.-Вип.10.-С.226-227.
2. Самойлов В.А., Салюков Ю.Л., Гладенко А.А., Седельников О.В., Шутов В.Ю. Опыт использования кріодеструкции в лечении метастатического рака печени /Аналы хирургической гепатологии.-1998.-Т.3.-№3.-С.326.
3. Даценко Б.М., Сандомирский Б.П., Тамм Т.И., Даценко А.Б., Мурадов Т.Р. Локальная кріодеструкция печени / Аналы хирургической гепатологии.-1998.-т.3.-№3.-С.269.

УДК 616-084,616-002 3.616-089 168.1-06,617-089; 616 995.121;616.36

Т.Г. Гульмурадов, М.Г. Паллаев, Р.Х. Саидов

ПРОФИЛАКТИКАГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙВХИРУРГИИЭХИНОКОККОЗАПЕЧЕНИ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Современное комплексное лечение больных эхинококкозом печени основано на применении постоянно совершенствующихся хирургических методов лечения. Однако нередкие неудовлетворительные результаты лечения, частые послеоперационные осложнения и рецидивы заболевания настоятельно требуют поиска новых путей улучшения результатов оперативного лечения эхинококкоза печени

Аналізу було підвергнуто 150 больних, оперированных в 1992-2002 г. в отделении экстренной хирургии Городской клинической больницы скорой

медицинской помощи г. Душанбе. Основную группу составили 50 больных, подвергнутых операции в 1997-2002 гг. с применением разработанных мер профилактики послеоперационных осложнений, в контрольную группу вошли 100 больных, оперированных в 1990-1996 гг. Первичный эхинококкоз печени в обеих группах (90 %) встречался намного чаще рецидивного (5 %) и резидуального (5 %), одиночное поражение печени (64,5 %) преобладало над множественным (35,5 %). Неосложненный эхинококкоз был у 90 (60,0 %), осложненный – у 60 (40,0 %) больных.

Профилактика гнойно-септических осложнений в контрольной группе проводилась назначением антибиотиков широкого спектра действия в дооперационном периоде при наличии осложненного эхинококкоза и в послеоперационном периоде у всех больных в течение 7-14 дней. Послеоперационные осложнения в этой же группе имели место у 42,0 %, в том числе осложнения воспалительного характера – у 7,9 %. В структуру послеоперационных осложнений вошли пневмония (4 %), перитонит (1,8 %), сепсис (0,5 %), нагноение остаточной полости (17 %), гнойные и желчные свищи (4 %). Такие же осложнения имели место в различных сочетаниях у 21 % оперированных.

В основной группе в комплексе мер профилактики гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде проводились УФО (ультрафиолетовое облучение) крови, антибактериальная и гормонотерапия и назначения гепатопротекторов. Во время операции применялась санация остаточной полости 0,05 % раствором Уре-султана, ультразвуковая кавитация остаточной полости, транспеченочное дренирование остаточной полости и канюляция пупочной вены. В послеоперационном периоде продолжали промывание остаточной полости через дренажные трубки растворами антисептиков, введение антибиотиков непосредственно через канюлированную пупочную вену, УФО крови и направленный транспорт антибиотиков в эритроцитарных телях.

При хирургическом лечении 50 больных закрытая эхинококкэктомия произведена у 15,3 %, открытая – у 81 % и сочетание этих методов у 3,7 %. Полная ликвидация остаточной полости при открытой эхинококкэктомии произведена у 17 (36 %) больных, уменьшение размеров остаточной полости с оментопластикой и наружным ее дренированием у 77 (63 %), из них дренирование одной трубкой – у 33 (15 %) и сквозной сменной транспеченочной трубкой у 10 (27 %). В основной группе больных, которым проводились комплексные профилактические меры, послеоперационные гнойно-септические осложнения развились у 5 (10 %) больных. В структуре осложнений нагноение остаточной полости было у 1, поддиафрагмальный абсцесс с реактивным плевритом – у 2 и нагноение послеоперационной раны – у 2 больных.

Снижение частоты гнойно-септических осложнений в основной группе больных по сравнению с контрольной в послеоперационном периоде мы связываем с внедрением новых методик лечения, включающих ультрафиолетовую иммунокоррекцию, транспеченочное дренирование остаточной полости кисты, применение редонового дренажа при выполнении полузакрытой

эхинококкэктомии, ультразвуковую кавитацию остаточной полости во время операции, канюляцию пупочной вены для введения антибиотиков и направленный транспорт антибиотиков в эритроцитарных тенях.

Таким образом, применение комплексных мер профилактики позволяет значительно снизить частоту и тяжесть гнойно-септических послеоперационных осложнений после эхинококкэктомии печени.

УДК 615.837.8;616-08;616,995.121, 616.36

Т.Г. Гульмурадов, М.Г. Паллаев, Р.Х. Саидов

НИЗКОЧАСТОТНЫЙ УЛЬТРАЗВУК В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

С целью профилактики послеоперационных осложнений при эхинококкэктомии из печени и рецидива заболевания у больных с нагноившимся эхинококкозом печени нами был разработан способ интраоперационной санации остаточной полости эхинококковой кисты с применением низкочастотного ультразвука.

После эвакуации содержимого эхинококковой кисты и удаления хитиновой оболочки остаточная полость заполняется 0,05 % раствором Уре-султана. Далее в раствор погружается специальный ультразвуковой инструмент – волновод, соединенный с ультразвуковым генератором аппарата УЗНЧ (ультразвука низкой частоты) “Альвеола”. После включения генератора излучающая поверхность инструмента, погруженного в раствор, начинает вибрировать с частотой 44 кГц и амплитудой до 45 мкм. Постепенно перемещая инструмент на расстоянии 4-5 мм от поверхности фиброзной капсулы производят ультразвуковую кавитацию. Длительность обработки составляет около 6-10 минут при работе ультразвукового инструмента в режиме высокой интенсивности (80 %).

В основу разработанного способа положено использование физических процессов – акустической кавитации и микропотоков, возникающих в интенсивных ультразвуковых полях жидкости, что губительно действует не только на микрофлору, но и на зародышевые элементы эхинококка, оказывая сколексоцидный эффект. Наши экспериментальные и клинические исследования позволили установить, что при экспозиции 6-7 минут низкочастотный ультразвук вызывает механическое повреждение всех протосколексов и ацефалоцистов, выявляемых при микроскопии. Помимо этого отмечается ускорение отслоения фибрина и некротических тканей от фиброзной оболочки и усиленное проникновение Уре-султана в толщу фиброзной капсулы.

Нами интраоперационная санация остаточной полости при нагноившемся эхинококкозе печени низкочастотным ультразвуком проведена 32 больным. Специфических осложнений связанных с повреждающим действием ультразвука и токсическим влиянием препарата Уре-султан на ткань печени зафиксировано не было. Нагноение остаточной полости отмечено лишь у одного больного. Рецидива болезни в сроки до 3-х лет не наблюдения не было. В контрольной группе больных (25) с нагноившимся эхинококкозом печени, оперированных традиционным методом, после операции нагноение остаточной полости отмечено в 5 случаях, рецидив заболевания в отдаленные сроки наблюдался в 3 случаях.

Следовательно, сравнительная оценка результатов хирургического лечения нагноившегося эхинококкоза печени свидетельствует о высокой эффективности ультразвуковой обработки (УЗНЧ) остаточной полости эхинококковых кист печени.

УДК 616-084,616-002 3.616-089 168.1-06,617-089; 616 995.121;616.36

Б.Р. Бабаджанов, Ф.Р. Якубов, М.Б. Бабаджанов

ЛАЗЕРНАЯ ХИРУРГИЯ ГИДАТИДОЗНОГО ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

*Ургенчский филиал, Ташкентский Государственный медицинский институт,
Республика Узбекистан*

Актуальность проблемы. Гидатидозный эхинококкоз является распространенным паразитарным заболеванием в республиках Центральной Азии, Закавказья и Южной Америки.

В Узбекистане интенсивный показатель заболеваемости эхинококкозом печени составил 29 человек на 1000 населения, и каждый год по поводу этого заболевания оперируются 1-1,5 тыс. человек, а у 25-45 % из них возникают различные осложнения.

Материал и методы. Для изучения результатов лечения было выбрано 521 больных эхинококкозом печени. Из них первичный эхинококкоз был у 484 и рецидивный – у 37. Одиночные кисты – у 457 и множественные – у 64.

Сочетанное поражение выявлено у 92 больных, у 27 в брюшной полости, у 24 – в селезенке и у 6 – в диафрагме.

Неосложненный эхинококкоз печени был у 302 больных и осложненный – у 106, в том числе нагноение – у 122, перфорация – у 29 и обызвествление – у 15.

В лечении 262 больных эхинококкозом печени применяли лазерную медицинскую аппаратуру.

С целью объективной оценки результатов лечения больные были распределены на 3 группы.

В первую группу включено 139 больных, оперированных углекислотным лазером в сочетании с низкоинтенсивным лазером. Во вторую – 123 оперированных АИГ-неодимовым лазером. В третью вошло 259 больных, оперированных традиционным методом (контрольная группа).

Группы больных были составлены по возрасту, полу, тяжести основной и сопутствующей патологии.

До операции каждый больной прошел полное обследование. Производился и обычный анализ крови с подсчетом эозинофилов. По мере необходимости производилось рентгенологическое исследование.

Высокоэнергетическим лазером (СО₂ и АИГ) пользовались при лапаротомии, рассечении спаек и ткани печени, при расположении кисты в глубине паренхимы, при вскрытии фиброзной капсулы паразита, обработки остаточной полости.

Низкоэнергетические лазеры применяли после завершения основного этапа операции, проводили облучение ГНЛ методом сканирования со скоростью светового пятна 1см /с, продолжительностью 12-15 минут. Потом в послеоперационном периоде проводили наружное облучение с помощью полупроводникового лазера “Узор” в импульсном режиме методом сканирования со скоростью 0,5-0,6 см/с. Время облучения 3-5 минут, продолжительность курса лечения 5-7 дней.

Кроме того, проводили чрездренажное лазерное облучение остаточной полости печени (ЧДЛООПП) в сочетании с вакуумным сканированием остаточной полости печени у 17 пациентов с осложненным эхинококкозом печени.

Методика проведения ЧДЛООПП по нашей модификации (профессора Бабаджанова Б.Р.)заключается в следующем: остаточная полость печени, дренированная наружу, перед облучением промывается раствором антисептика до прозрачного отделяемого. Моноволокнистый световод, диаметром 200-300 мкм, вводится в полость через наружный дренаж. Время полного сеанса облучения 30-40 минут. Сеансы проводятся в послеоперационном периоде ежедневно. Курс лечения 7-12 сеансов.

Результаты и обсуждение. Преимущества лазерной эхинококкэктомии печени определяли по иммунному статусу пациента, по результатам эхотомографии, рентгенологических исследований и иммунологических тестов. Течение послеоперационного периода зависело от объема и характера операции, способа завершения, а также применения современных технических средств. Стерилизующий эффект высокоэнергетических лазеров в комбинации с низкоинтенсивным гелий-неоновым лазером создает условия для более быстрого заживления остаточных полостей, закрытия свищей и позволяет сократить сроки стационарного лечения.

При изучении характера осложнений в послеоперационном периоде установлено следующее: свищ с желчеистечением, кровотечения, образования непаразитарных кист, обтурация желчевыводящих путей, нагноение остаточной полости.

У 259 пациентов, оперированных традиционными методами, отмечено осложнения в 52 случаях. Из них нагноение остаточной полости – у 18, кровотечение – у 1, желчный свищ – у 8, рецидив – у 21, непаразитарная киста – у 3 пациентов.

При выполнении лазерной эхинококкэктомии печени осложнения возникли у 15 больных. Соответственно у 6 – рецидив, у 1 – желчный свищ, у 4 – непаразитарная киста, у 4 – нагноение остаточной полости.

А при использовании в сочетании низкоэнергетического лазера осложнения встречались в 8 случаях. Из них рецидив – у 4 больных, у 2 – желчный свищ, у 2 – непаразитарная киста.

Таким образом, при выполнении лазерной эхинококкэктомии удельный вес осложнений уменьшился почти в 4 раза, эффективность хирургического лечения зависела от качества гемо- и холестаза, стерилизации полости кисты, в связи с использованием высокоинтенсивных лазеров. В послеоперационном периоде применение низкоинтенсивных гелий-неоновых лазеров способствовало более быстрому заживлению остаточных полостей и стимуляции процессов репарации.

Все это создает условия для более благоприятного течения клинического процесса и позволяет сократить сроки стационарного лечения на $10,0 \pm 2$ дня, рецидивы заболевания, случаи инвалидности.

УДК:616.36-089.87

В.А. Сипливый, А.В. Береснев

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Харьковский государственный медицинский университет

Введение. Применение современных методов исследования – ультразвуковой эхографии (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) повысило уровень диагностики очаговых поражений печени, требующих хирургического лечения. Широкому клиническому применению хирургических методов при лечении очаговых поражений печени способствовали достижения в изучении физиологии и процессов регенерации печени, разработка технических аспектов ее резекции.

Методы. Хирургическое лечение проведено нами у 71 больного с очаговыми поражениями печени.

По поводу кавернозной гемангиомы оперировано 18 больных. Мужчин было 5 (27,8 %), женщин – 13 (72,2 %). Возраст больных колебался от 28 до 72 лет, средний возраст составил 47,2 года. Клиническое течение гемангиом

проявлялось чувством тяжести или болями в правом подреберье, диспептическим синдромом. У 14 (77,8 %) больных отмечена иррадиация болей в спину.

Гемангиомы у 6 (33,3 %) больных располагались в левой доле, у 12 (66,7 %) – в правой. Размеры опухоли колебались от 5 до 25 см. В двух случаях гемангиома занимала всю правую долю печени.

По поводу кистозных поражений печени оперирован 41 больной, из них 25 больных с непаразитарными кистами и 16 больных эхинококкозом печени. Мужчин было 16 (39 %), женщин – 25 (61 %). Возраст больных колебался от 16 до 70 лет. Кисты локализовались в правой доле печени у 25 (58,6 %) больных, в левой доле – у 12 (29,3 %), и у 4 (9,7 %) больных кисты разного диаметра определились в обеих долях печени. Основным клиническим проявлением кист печени явились: у 22 (33,6 %) больных – чувство тяжести в правом подреберье, у 11 (26,8 %) – постоянная боль в правом подреберье и эпигастрии, иногда с иррадиацией в плечо или лопатку, у 8 (19,6 %) – деформация передней брюшной стенки вследствие крупных размеров кист.

Основным методом диагностики кист печени явилось ультразвуковое исследование и (или) компьютерная томография. Минимальный диаметр кист составил 6 см, максимальный – 22 см.

При первичных злокачественных новообразованиях печени (гепатоцеллюлярный рак) оперировано 7 больных, при метастатических опухолях – 5 больных.

Результаты: При гемангиомах печени сегментарные реакции S III выполнены – у 2 больных, S IV-V – у 3 больных, S V-VI – у 2, S VI-VII – у 3, S VII-VIII – у 2 больных, резекция левой доли – у 4 больных, расширенная правосторонняя гемигепатэктомия – у 2 больных. Для резекции печени использовали усовершенствованный нами срединный лапаротомный доступ при локализации опухоли в левой доле или правосторонний лоскутный подреберный доступ при локализации опухоли в правой доле.

При гистологическом исследовании резецированных препаратов у всех больных было выявлено кавернозное строение гемангиом.

Послеоперационные осложнения отмечены у 2 больных. В одном случае на 8 сутки после операции выявлен поддиафрагмальный абсцесс, что потребовало релапаротомии. Больная выздоровела. У одной больной на 10 сутки после резекции левой доли печени развились явления тромбоэмболии легочной артерии, что послужило причиной смерти. Послеоперационная летальность составила 5,6 %. Летальности в период с 1996 по 2002 г. не наблюдалось.

При непаразитарных кистах печени у 7 (28 %) больных выполнена сегментарная резекция, у 18 (48 %) – энуклеация кисты, у 2 (8 %) – левосторонняя гемигепатэктомия. У больных с поликистозом печени выполнена фенестрация кист, что позволило купировать болевой синдром, сохранить паренхиму печени.

При эхинококкозе печени у 10 (62,5 %) больных выполнена резекция печени, у 6 (37,5 %) – перидистэктомия.

При гистологічному дослідженні непаразитарних кіст в одному випадку виявлено рак *in situ*. Летальних ісходів в групі хворих з кістами печінки не було.

При опухольях печінки виконані різні види резекції печінки. Умер один хворий після розширеної правосторонньої гемігепатектомії (удалено опухоль вагою 3 кг).

Висновки: Хворі з очаговими ураженнями печінки підлягають хірургічному лікуванню. В випадках виявлення очагового утворення діаметром до 3-4 см слід рекомендувати динамічне спостереження з регулярним УЗД і КТ-контролем. При будь-яких змінах в "поведінці" утворення (рост, зміна щільності) показано резекцію печінки. При злоякісних опухольях резекція печінки забезпечує достатньо тривале лікування або паліативний ефект при метастатичних опухольях.

УДК: 616-002.951.21-072.1:615.849.19

С.Г. Четверіков

ЛАПАРОСКОПІЧНО ОПЕРАТИВНЕ ВТРУЧАННЯ ХВОРИХ НА ЕХІНОКОКОЗ ПЕЧІНКИ

Одеський державний медичний університет, Обласна клінічна лікарня

Вступ. Єдиним ефективним методом лікування ехінококозу печінки є оперативний. Медикаментозна терапія низькоєфективна, супроводжується великим числом побічних ефектів і ускладнень (1, 2). Нові перспективи в лікуванні ехінококозу печінки відкриває використання лапароскопічних ехінокок-ектомій (3).

Мета – поліпшення результатів хірургічного лікування хворих на ехінококоз печінки шляхом використання малоінвазивних лапароскопічних оперативних втручань.

Матеріали і методи. У хірургічній клініці Одеського державного медичного університету з вересня 1997 року по теперішній час виконано 43 лапароскопічних втручань у хворих на ехінококоз печінки. Серед них було 24 чоловіки та 19 жінок у віці від 10 до 58 років. Середній вік хворих – $32,4 \pm 4,8$ рік. 6 пацієнтів оперовані з приводу супровідного ехінококозу легень. 3 хворим виконана торакотомна ехінокок-ектомія з легені і у 3 – торако-скопічна. 5 пацієнтів мали симптоми холангіту і холестатичного гепатиту.

Показаннями до ендоскопічної ехінокок-ектомії були невеликі розміри кіст (до 10 см у діаметрі), їхнє поверхнєве розташування по вісцеральній або діафрагмальній поверхні печінки, кісти лівої частки печінки. Нами використовувалися апаратура та інструментарій фірм "Martin", "Karl Storz", "Ethicon".

Операції робили під ендотрахеальним наркозом. Використовували 3 троакари. Троакар діаметром 10 мм вводили в навколосупушковій ділянці. Додаткові троакари вводили під лапароскопічним контролем у підреберній ділянці, у точці, що безпосередньо знаходиться над кістою (10 мм троакар) і по передній пахвовій лінії (5 мм троакар). Пацієнту надавали фаулеровського положення. Після цього в черевну порожнину вводили турунди, змочені 5 % розчином бетадіну, якими обкладали зону навколо кісти, піддіафрагмальний, або підпечінковий простір залежно від локалізації кісти.

Наступним етапом була пункція кісти товстою голкою з повною аспірацією вмісту кісти вакуум-відсмоктувачем. Потім через цю ж голку (не виймаючи її з порожнини кісти) вводили в залишкову порожнину 5 % розчин бетадіну. Після експозиції протягом 5 хвилин знову робили повну аспірацію вмісту кісти. Обробку повторювали двічі. Потім стінку кісти в найбільш стоншеному її місці розкривали за допомогою електрокоагуляційних ножиць. Висікали надлишки фіброзної капсули зі стоншеною печінковою паренхімою. Оболонки паразити видаляли з порожнини кісти електровідсмоктувачем або ендоскопічним затискачем, поміщали їх в ендоскопічний мішок і в такий спосіб видаляли з черевної порожнини.

Важливим етапом лапароскопічної ехінококектомії є ревізія залишкової порожнини. Контролювалася повнота видалення хітинової оболонки паразита. При виявленні перфорантних жовчних проток ми робили їхню коагуляцію за допомогою електродіатермокоагуляції або лазерної коагуляції волокном світловода в контактному режимі з використанням неодимового АП-лазера при вихідній потужності випромінювання 15–30 Вт і експозиції 20–40 с. Стінки фіброзної капсули обробляли розчином бетадіну або розфокусованим лазерним випромінюванням неодимового АП-лазера при щільності потужності випромінювання 150–250 Вт/см² і поглиненій дозі 300–400 Дж/см². Дренування залишкової порожнини виконували однією або двома поліхлорвініловими трубками для її санації в післяопераційному періоді. Потім із черевної порожнини видаляли турунди і дренивали піддіафрагмальний або підпечінковий простір у залежності від локалізації кісти.

Дренаж із залишкової порожнини витягали на 8–25 добу після операції залежно від розмірів залишкової порожнини і після обов'язкового ультразвукового контролю. Всім хворим у післяопераційному періоді призначався мебендазол по 50 мг/кг маси тіла протягом 7–14 днів.

Результати. Лапароскопічне видалення ехінококових кіст печінки вдалося у всіх 43 пацієнтів. Середня тривалість операції була 54,7±12,2 хвилини (від 40 до 120 хвилин). Пацієнти переходили до звичайної дієти на другу добу після операції. Середня тривалість перебування в стаціонарі склала 4,3±2,1 дня (від 2 до 9 днів). Летальність була нульовою, проте в 8 (18,6 %) ми спостерігали ускладнення. У 5 пацієнтів спостерігалася підтікання жовчі по дренажу з залишкової порожнини. У 2 хворих жовчовитікання припинилося самостійно на 2–3 добу після операції, а в 3 пацієнтів була виконана ендоскопічна

папілосфінктеротомія. Нагноєння залишкової порожнини діагностовано у одного хворого. Це ускладнення зажадало пункції і дренивання кісти під контролем УЗД, після чого настало видужання. У 2 пацієнтів спостерігалось нагноєння в ділянці троакарного проколу. Всі пацієнти спостерігалися нами протягом 4-36 місяців після операції (у середньому 18 місяців). Рецидив ехінококозу печінки діагностований в одного хворого (2,3 %).

Висновки. Лапароскопічна ехінококектомія може з успіхом використовуватися в лікуванні ехінококозу печінки при наявності в пацієнтів поверхнево розташованих ехінококових кіст. Удосконалювання методики лапароскопічної ехінококектомії, зокрема засобів обробки залишкової порожнини і заходів щодо профілактики засівання навколишніх тканин, дозволить вважати лапароскопічну ехінококектомію операцією вибору в хворих на ехінококоз печінки. Комплексна терапія з використанням бензилімідазольних карбаматів дозволяє зменшити частоту рецидивування ехінококозу.

Література

1. Лапароскопическая эхинококэктомия печени / Хамидов А.И., Меджидов Р.Т., Хамидов М.А. и др. / Эндоскопическая хирургия.-1998.-№1.-С.16.
2. The effect of albendazole on the prevention of secondary hydatidosis / Erzurumlu K, Hokelek M, Gonlusen L. et all / Hepatogastroenterology. -2000. -N1-2, Vol.47.-P.247-250.
3. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts /Seven R, Berber E, Mercan S. et all / Surgery.-2000.-N1. Vol.128.-P.36-40.

УДК 616.36-001-089

**С.А. Гешелин, А.А. Бабур, В.И. Гирля, В.Л. Зимовский,
Н.В. Мищенко, А.В. Седой, А.В. Иванько**

ХИРУРГИЯ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Одесский государственный медицинский университет, Одесская ГКБ № 1

Число травм печени, особенно сочетанных, в последние годы увеличивается, а летальность остаётся высокой. По данным некоторых авторов [1-8], летальность при изолированных повреждениях печени составляет от 2,8 до 46,7 %, а при сочетанных повреждениях печени и других органов – до 84,6 %.

При анализе 319 наблюдений за больными с травмами печени, находившимися в клинике с 1980 по 2001 год, у 155 пациентов выявлены сочетанные повреждения печени и других органов (48,5 %). Клиника сочетанных повреждений зависела от характера и тяжести травмы, особенностей повреждения других органов, объёма кровопотери и степени шока. Своевременность диагностики травм печени, особенно сочетанных, затруднялась полиморфностью клинической картины. Для уточнения диагноза у 87 больных проведен лапароскопический анализ, результаты которого в 82 наблюдениях оказались достоверными. У

56 больных выполнена комбинированная лапароскопия. В остальных наблюдениях диагностика основывалась на клинических признаках и результатах рентгенологического и ультразвукового исследований. Диагностика травм печени значительно затруднялась при сочетанной черепно-мозговой травме.

Из 319 больных с повреждениями печени оперированы 304. Им выполнены следующие операции: ушивание и пластика ран печени с использованием неизолированного сальника – у 171 больного; сочетанная шовно-оментопластика с применением гемостатической губки – у 58; шовно-клеевая оментопластика с применением гемостатической губки – в 33; ушивание ран печени с пластикой круглой связки – у 17; только ушивание раны – у 20 пациентов. В 5 наблюдениях раны печени не ушивались в связи с их небольшим размером и отсутствием кровотечения. 15 пострадавших, доставленных в агональном состоянии, не оперированы. При сочетанных повреждениях печени одновременно выполнены следующие операции: 17 холецистэктомий, 9 спленэктомий, 5 нефрэктомий, 6 резекций тонкой кишки. В остальных наблюдениях выполнено ушивание ран. При обширных повреждениях печени наряду с гемостазом у 5 больных с целью преодоления жёлчной гипертензии выполнили холецистостомию, в одном наблюдении – дренирование общего жёлчного протока. Для доступа к диафрагмальной поверхности печени в 31 наблюдении применили рассечение круглой и серповидной связок по методике, предложенной С.А. Гешелиным (1960). После операций умерло 33 больных (10,3 %), из них 4 – с изолированными травмами печени и 29 – с сочетанными повреждениями. Причины смерти: шок и кровопотеря – 26, перитонит – 7.

Отдельного рассмотрения заслуживают принципы гемостаза при повреждениях печени. С практической точки зрения, важно различать временную и окончательную остановку кровотечения, а, характеризуя окончательный гемостаз, следует определить основные, вынужденные и дополнительные способы.

Временная остановка кровотечения – существенный, иногда решающий этап операции, который позволяет выиграть время, необходимое для того, чтобы аспирировать излившуюся кровь, оценить объём кровопотери, получить информацию о характере повреждений и источнике кровотечения, принять решение о способе операции и частично возместить кровопотерю.

Если глубокие раны располагаются на выпуклой, поддиафрагмальной поверхности печени, пальцевое сдавливание ткани технически неосуществимо. Тогда временный гемостаз осуществляется путем сдавливания печёчно-двенадцатиперстной связки с проходящей в ней печёчной артерией и воротной веной. Временный гемостаз достигается ценой обескровливания и гипоксии всей печени. Прекращение артериального и портального кровотока в течение 5-25 мин, как правило, переносится без осложнений.

Основными способами окончательной остановки кровотечения следует считать гемостатические швы и изолированную перевязку сосудов в ране. Если калибр кровоточащего сосуда составляет более 3 мм, надёжный гемостаз

может быть обеспечен только гемостатическими швами или лигатурой сосуда. Конструкция гемостатических швов Кузнецова и Пенского, Опделя, Жордано, Брегадзе, Варламова, Бабура, Телкова, Альперовича, Робинсона-Батчера и др. предусматривает равномерное сдавливание ткани печени и предупреждает прорезывание нитей. Прорезыванию швов препятствуют “подкладки” из синтетических тканей, серповидной и круглой связок, сальника, лоскута диафрагмы, широкой фасции бедра. Если рана глубокая и источником кровотечения оказывается сосуд, расположенный в глубине, прошивание тканей не обеспечивает надёжного гемостаза. Единственно надёжным способом в этом случае является изолированная перевязка кровеносного сосуда по Тон-Тхат-Тунгу.

При выявлении лишённых питания участков печёночной ткани показана резекция секвестрирующихся сегментов. Наиболее простым и наименее травматичным вариантом оказывается атипичная “резекция-обработка” по В.С. Шапкину. Тампонада раны марлей и гепатопексия по Хиари-Алферову-Николаеву относятся к вынужденным компромиссным способам гемостаза.

К дополнительным методам гемостаза относятся тампонада раны сальником, мышцей, круглой связкой, в которой механические факторы усиливаются биологическими – выделением тромбокиназы. Укрепление линии швов диафрагмой или серповидной связкой препятствует прорезыванию швов при более тугом их завязывании. Диатермокоагуляция, коагуляция лучом лазера или плазменным факелом приводят к остановке кровотечения из сосудов, диаметр которых не превышает 2 мм. Цианакрилатный клей, гемостатическая губка, Э-АКК могут рассматриваться лишь как вспомогательные средства остановки паренхиматозного кровотечения. Ни один из дополнительных методов гемостаза не может применяться в качестве основного способа остановки профузного кровотечения.

Литература

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Лечение травм печени / *Анналы хирургической гепатологии*. – 1998. – Т. 3, № 3. – С. 174.
2. Гешелин С.А. Неотложная онкохирургия. – К.: Здоров’я, 1988. – 200 с.
3. Земсков В.С., Радзиховский А.П., Панченко С.Н. Хирургия печени. – К., 1985. – 152 с.
4. Матяшин И.М., Глузман А.М. Шов печени по Бабуру. *Справочник хирургических операций*. – К., 1979. – С. 113, 292.
5. Петровский Б.В. Хирургическая гепатология. – М., Медицина, 1972. – 352 с.
6. Тон Тхат Тунг. Хирургия печени. – М.: Медицина, 1967. – 239 с.
7. Шалимов А.А., Шалимов С.А. Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. Хирургия печени и желчевыводящих путей. – К.: Здоров’я, 1993. – 512 с.
8. Шапкин В.С., Гриненко Ж.А. Закрытые и открытые повреждения печени. – М.: Медицина, 1997. – 183 с.

**И.В. Мухин, А.М. Дудин, Н.Ю. Черняк, А.Д. Шаталов,
В.В. Хацко, Н.П. Лиховид**

ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, ДОКТМО

Диагностика и лечение повреждений печени продолжают оставаться по многим причинам актуальной проблемой экстренной медицины.

С 1974 по 2000 г. в абдоминальном отделении клиники факультетской хирургии им. К.Т. Овнатаяна находился на лечении 441 больной с механическими травмами различных органов брюшной полости. Из них у 63 (14,3 %) человек имело место повреждение печени различного генеза. Среди пострадавших преобладали мужчины (76,6 %) в возрасте от 20 до 45 лет.

У 38 (60,3 %) больных повреждения печени возникли в результате закрытой травмы живота, у 25 (39,7 %) – в результате нанесения ран холодным или огнестрельным оружием. В рассматриваемой группе пациентов изолированные повреждения печени встретились у 28 человек (44,5 %), сочетанные – у 35 (55,5 %) пострадавших, в том числе у 12 из них диагностированы торако-абдоминальные ранения.

Основными жалобами больных являются боли в правом подреберье, болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в той же области. Точность диагностики повреждений печени выше при более широком применении УЗИ, с помощью которого удалось установить локализацию повреждений печени у 84 % пациентов.

Особое значение в предоперационной диагностике травмы печени придается широко применяющемуся в клинике методу лапароцентеза с проведением в брюшную полость “шарящего катетера” и проводника.

В клинике за многие годы в 96 % случаев не было диагностических ошибок при выполнении лапароцентеза “шарящим катетером” и проводником.

Для лечения повреждений печени, на фоне проведения противошоковых мероприятий и возмещения кровопотери, используется оперативное вмешательство, которое необходимо выполнить в наиболее ранние сроки. В основу операций на печени положены принципы, предусматривающие радикальный гемохолестаз, иссечение нежизнеспособных тканей, дренирование над- и подпеченочного пространства, профилактику осложнений. Оптимальным оперативным доступом, применяемым для осмотра раны печени и ревизии органов брюшной полости, является срединная лапаротомия,

Целесообразно проводить щадящую хирургическую обработку ран. Влажным марлевым тампоном очищают раневую поверхность от сгустков крови, отторгающихся участков и инородных тел. Размозженные края следует иссечь,

свободно висящие куски отсекают, ибо в противном случае рана может нагноиться и заживление будет происходить вторичным натяжением. Это создаст условия для возникновения различных осложнений (абсцедирование, перитонит, позднее кровотечение и др.).

Первостепенное значение при ведении больных с травмированной печенью придается эффективному гемостазу, как временному, так и окончательному. В нашей клинике разработана и используется с 1980 года методика последовательного применения способов временного и окончательного гемостаза. Для временного гемостаза накладывают зажим на печеночно-двенадцатиперстную связку. Прекращение артериального и портального кровотока переносится без осложнений в течение 5-20 минут. Это позволяет провести тщательную ревизию раны, иссечь нежизнеспособные ткани, прошить и перевязать сосудисто-секреторные элементы. После снятия зажима проводят контроль гемо- и холестаза.

Основными показаниями к резекции печени являются ранения печени с повреждением долевых и сегментарных сосудов и нежизнеспособность ее ткани при размозжении.

После оперативного вмешательства по поводу травмы печени может возникнуть ряд послеоперационных осложнений. Их можно разделить на специфические (связанные с повреждением печени) и неспецифические. В первую группу можно отнести аррозивное кровотечение, гемобилию, желчные или желчно-бронхиальные свищи, очаговые некрозы и абсцессы печени, желчный перитонит. Профилактику гемобилии и вторичного кровотечения следует проводить во время операции (резекция некротизированных участков, надежный гемохолестаз, дренирование желчных путей).

Из больных с травмами печени, находившихся на лечении в клинике, умерло 8 человек, что составило 12,7 %. Причиной смерти у 4 из них было массивное кровотечение, у 3 – перитонит, у 10 – печеночно-почечная недостаточность.

Таким образом, на основании результатов клинических наблюдений мы пришли к следующему заключению. При закрытых повреждениях печени для оценки состояния пострадавших необходимо использовать лечебно-диагностический алгоритм. Основной принцип хирургического лечения повреждений печени – это использование минимальных по объему оперативных вмешательств, но высоконадежных в плане кровотечения. Необходимым компонентом на завершающем этапе хирургического вмешательства является билиарная декомпрессия.

**Д.І. Вознюк, Б.І. Дударенко, О.С. Стукан, П.В. Рижій,
А.А. Жмур, О.В. Вознюк, М.С. Полубудкін**

ТРАВМАПЕЧІНКИ

Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова

За останні 10 років у клініці факультетської хірургії Вінницького державного медичного університету ім. М.І. Пирогова лікувалось 130 хворих з приводу пошкоджень печінки.

Чоловіків було 99, жінок – 31, 76,5 % постраждалих були у працездатному віці (20–40 років). Травми на виробництві одержали 7 (5,4 %) осіб, побутові травми – 123 (94,6 %). В одного з них було вогнепальне кульове поранення печінки. В стані алкогольного сп'яніння доставлено 86,2 % постраждалих.

Відкриті пошкодження печінки діагностовано у 87 травмованих, в тому числі ножові – у 86, вогнепальні – у одного. Закриті травми – у 43 (33,1 %) випадках, причиною їх були: автодорожна катастрофа (23), падіння з висоти (10), стискання (5), удар в живіт тупим предметом (5). Ізольовані пошкодження печінки виявлено у 76 (58,5 %) травмованих, а поєднані – у 54 (41,5 %), в тому числі у 28, крім печінки, були пошкоджені: грудна клітка і діафрагма – 7, нирки – 4, кишка – 10, жовчний міхур – 3.

Травма печінки поєднувалась з пошкодженням кісток скелета у 6 випадках. Торакоабдомінальні поранення діагностовано у 4 випадках.

В строки до 6 годин з моменту травми госпіталізовано 107 постраждалих, до 12 годин – 11, до 24 годин – 4. Один пацієнт із закритою травмою печінки прийнятий в клініку через дві доби з моменту травми.

Діагностика відкритих пошкоджень печінки не викликає значних труднощів, оскільки необхідність виконання лапаротомії дозволяє під час ревізії встановити правильний діагноз.

При закритих травмах після оцінки загальноклінічних даних переважного інформативного значення набуває лапароцентез із введенням в черевну порожнину “пошукового” катетера та лапароскопа. Він проводиться, як правило, в операційній і поєднувався з інтенсивною протишоковою терапією. Операцію починали з верхньої серединної лапаротомії з одночасним забором крові з черевної порожнини у флакони і проведенням субопераційної реінфузії.

При травмах печінки на гепатодуоденальну зв'язку накладали турнікет для тимчасового гемостазу або ж проводили пальцеве її перетискання. Цей хірургічний прийом допомагав виявити місце максимальної кровотечі і її зупинки.

Пошкодження правої частки печінки спостерігалось у 85 (65,4 %) травмованих, лівої – у 43 (33 %), обох часток – у 2 (1,6 %). У 94 постраждалих

рани печінки були поверхневими, у 17 – глибокими, у 19 – скрізними. Множинні тріщини і розриви печінки виявлено у 38 постраждалих, відкрив хвостатої частки печінки спостерігався в одному випадку.

У 99 пацієнтів гемостаз вдалося виконати шляхом накладання на рану швів Кузнецова-Пенського. При глибоких ранах в 27 випадках накладання швів поєднувалось з тампонадою печінкової рани сальником на ніжці.

Використання вільного сальника в одному випадку призвело до його некрозу. З 19 випадків скрізних поранень печінки у 2 ушита тільки одна рана, друга не діагностована. Показаннями до резекції печінки, використаної у 9 постраждалих, були розчавлення і відрив її тканини, а в одному випадку – відрив хвостатої частки печінки з подальшим прикриттям ранової поверхні сальником.

Дренування жовчних шляхів при масивних пошкодженнях і резекції печінки виконано у 42 % випадків.

Помилки, допущені до і під час оперативних втручань у 14 хворих, призвели до різних ускладнень в післяопераційний період. Їм виконано релапаротомію. Загрозу життю хворих, обумовлену недостатнім гемостазом, виявлено у 3 пацієнтів. Гнійно-запальні ускладнення діагностовано у 8 хворих, з них піддіафрагмальний абсцес – у 5, абсцес печінки – у 3. У 2 хворих розвинувся прогресуючий жовчний перитоніт, в одного – гостра ниркова недостатність. На фоні тривалої анемії у 5 пацієнтів виникла евентрація. Померло 11 травмованих.

Висновки: 1. За нашими даними, серед травм печінки переважають відкриті ножові поранення, діагностика яких не викликає значних труднощів. 2. У діагностиці закритих травм печінки основну роль відводимо лапароцентезу з введенням в черевну порожнину “пошукового” катетера та лапароскопа. 3. З метою відновлення гострої крововтрати при травмах печінки під час операції реінфузію крові вважаємо також головним протишоковим заходом. 4. Основними причинами летальності після травм печінки в післяопераційний період є гнійно-запальні ускладнення.

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, А.Ф. Элин, А.А. Васильев

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ПЕЧЕНИ

Донецкий государственный медицинский университет

Вступление. В настоящее время ультразвук применяется не только в диагностических целях, но и в качестве хирургического пособия – в виде малоинвазивных вмешательств [1, 2, 3]. Пункционные методики под УЗ-контролем позволяют применять данное диапевтическое вмешательство у различных категорий больных, в том числе у лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией и высокой степенью операционно-анестезиологического риска, так как являются менее травматичным и не требуют общего обезболивания [4, 5]. Интервенционная сонография позволяет наряду с другими малоинвазивными операциями достигать низких цифр летальности и осложнений.

Материалы и методы. За период с 1998 года УЗИ печени произведено 3567 больным. 93 (2,6 %) больным с полостными образованиями печени были выполнены чрескожная пункция и аспирация либо дренирование под контролем УЗИ. Ультразвуковое исследование проводилось на аппарате “ULTRAMARK-4 PLUS” (фирмы ATL, США) конвексным датчиком на 3,5 мГц. Пункционные вмешательства под ультразвуковым контролем проводили методом “free hand” под местной анестезией раствором новокаина с премедикацией седативными и наркотическими препаратами.

Результаты исследований и их обсуждение. Из 3567 больных, которым было произведено УЗИ печени, у 306 (8,6 %) диагностированы полостные и объемные образования печени: у 127 больных – гемангиомы (113 – смешанные и 14 – кавернозные), у 67 – кисты, у 78 – абсцессы, у 34 – образования опухолевого генеза.

Гемангиомы на сонограммах были представлены гиперэхогенными образованиями с ровными контурами, неоднородным содержимым связаны с сосудами. У 35 (27,6 %) пациентов гемангиомы были единичными и имели размеры от 1,5 до 5,0 см в диаметре. У 92 (72,4 %) пациентов они носили множественный характер (2-3 и более) и имели размеры от 1,0 до 3,5 см в диаметре.

Кисты визуализировались как анэхогенные образования с ровными четкими контурами, наличием капсулы, однородным содержимым давали позади себя акустическое усиление. У 49 (73,1 %) больных кисты были единичными, у 16 (26,9 %) – множественными. У 2 (3 %) больных диагностированы эхинококковые кисты. У 24 (35,8 %) больных диаметр кисты был менее 3 см, а у 43 (64,2 %) – более 3 см.

Абсцессы печени обычно носили холангиогенный характер и на сонограммах определялись как гипоехогенные образования с ровными, чаще нечеткими контурами, неоднородным содержимым. У 32 (41 %) больных диаметр абсцесса печени был менее 3 см, а у 45 (59 %) – от 3 до 5,0-6,0 см и более. У 14 больных абсцессы имели неправильную треугольную форму с размытыми контурами, плохо отграниченными от окружающей паренхимы печени и классифицировались нами как начальные признаки формирования абсцесса.

У 34 больных были выявлены опухолевые образования: 12 больных – протоковый рак ворот печени, 6 – рак головки поджелудочной железы, 17 – образования вторичного характера (метастазы печени). На сонограммах опухолевые образования определялись в виде гипо- или гиперэхогенных узлов различного диаметра с неровными контурами и неоднородным содержимым.

86 больным с полостными образованиями печени (45 – абсцессы и 41 – кисты) были выполнены чрескожная пункция и аспирация либо дренирование под контролем УЗИ. Однократная пункция с аспирацией содержимого была выполнена у 6 пациентов с абсцессом и у 13 – с кистой печени. У остальных больных манипуляции завершали дренированием полостных образований, использовали катетеры “pig tail”.

При obturационной желтухе опухолевого генеза с блоком на уровне ворот печени или терминального отдела общего желчного протока под контролем УЗИ 7 больным была выполнена чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС).

После выполнения чрескожных манипуляций осложнения отмечены у 2 % больных – спонтанная миграция дренажа после ЧЧХС. Этим пациентам ЧЧХС выполнена повторно. Летальных исходов не было.

Вывод. Анализ полученных данных свидетельствуют о высокой эффективности применения диагностической и интервенционной сонографии у больных с заболеваниями печени.

Литература

1. Борисов И.В., Шевченко С.Г., Емельянова Т.П., и др. Ультразвуковая диагностика абсцессов печени Довреждения и заболевания органов и тканей: Тез. докл. научно-практич. конференции хирургов, травматологов Северо-Запада Российской Федерации, 15-я – Петрозаводск, 1992. – С. 87-89.
2. Лексунов И.В., Хейн И.В., Шевченко С.Г., Балашов А.Т. Ультразвуковая диагностика заболеваний печени Научно-практич. конференция хирургов Республики Карелия, посвященная 50-летию Великой Победы, 18-я: Тез. докл. – Петрозаводск, 1995. – С. 106.
3. Балашов А.Т. Чрескожные интервенционные манипуляции (ЧИМ) под ультразвуковым контролем (УЗК) в диагностике и лечении объемных поражений печени (ОПП) /Избранные вопросы клинической хирургии. Научно-практическая конференция хирургов Республики Карелия совместно с Санкт-Петербургским научно-исследовательским институтом скорой помощи им. проф. И.И. Джанелидзе, 21-я: Тез. докл. – С. Пб., 1998. – С. 85-86.
4. Шевченко С.Г., Борисов И.В. Роль прицельной чрескожной пункционной биопсии в дифференциальной диагностике опухолей гепатопанкреатодуоденальной зоны /Материалы I Международного конгресса специалистов ультразвуковой диагностики Европейского Севера России и стран Баренц-Евроарктического региона: Эхография. – 2000. – Т. 1, № 3. – С. 357.

В.Г. Ярешко, С.Г. Живиця, І.П. Шмигаль, Ахмад Алі Атфі

РОЛІ ІНТЕРВЕНЦІЙНОЇ СОНОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ПАТОЛОГІЇ ПЕЧІНКИ

Запорізький інститут удосконалення лікарів

Актуальність. Пройшовши діагностичний шлях розвитку, ультразвукові дослідження (УЗД) доповнили арсенал так званих малоінвазивних втручань, що відносно УЗД отримало визначення інтервенційної сонографії (ІС). Найбільш ефективно ІС використовується в плановій і ургентній гепатобіліарній хірургії та при ускладненнях післяопераційного періоду (1,2). Це також дозволило відтіснити на другий план і навіть виключити з плану обстежень цієї патології такі діагностичні методи, як релаксаційна дуоденографія, внутрішньовенна холангіографія, радіоізотопні дослідження та інші, а за ефективністю ІС не поступається ні одному з відомих методів малоінвазивної хірургії (3,4).

Матеріали і методи. Визначивши пріоритети в сторону розвитку малоінвазивних технологій, створивши міський центр малоінвазивної хірургії, нами проаналізовані результати 138 втручань під УЗ контролем у 94 хворих за два роки роботи. Втручання ІС можна умовно розділити на дві групи: діагностичні та лікувально-дренажні. Кожна з них на етапах лікування може доповнити одна одну залежно від патології, перебігу післяопераційного періоду та інших факторів. Втручання проводились під контролем сонографа "Combison-320" із використанням пункційного адаптера і методу "free hend" (вільної руки), під місцевою анестезією розчином новокаїну або лідокаїну з потенціюванням фентанілом та димедролом. Для профілактики кровотеч під час і після операції застосовувався дицинон.

Діагностична ІС у вигляді трепанг-біопсії печінки застосована у 18 хворих на гепатит різного ступеня активності (вірусний гепатит – 13, автоімунний – 2, алкогольний – 3); у 7 хворих на мультилобулярні та монолобулярні цирози печінки, у 7 – на гемангіоми печінки; в 11 – на первинний та метастатичний рак печінки. Морфологічна верифікація діагнозу, цитологічна, полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) дозволили прооперувати з цієї групи двох пацієнтів з гемангіомами та одного з раком печінки. У 4 хворих на вірусний гепатит при негативному результаті обстеження крові на маркери вірусів у біоптатах печінки методом ПЛР діагностовано ДНК та РНК вірусів В і С.

Лікувально-дренажні втручання під УЗ-контролем проведено у 37 хворих з абсцесами (24) та кістозними новоутвореннями (13) печінки. В групі хворих з абсцесами у 7 діагностовано внутрішньопечінкові (холангіогенні), у 4 – підпечінкові справа (паравезикальні), у 13 – правосторонні піддіафрагмальні (у 4 випадках – холангіогенні, у 7 – післяопераційні). У 3 хворих з внутрішньопечінковою локалізацією гнійника невеликих розмірів (3-5 см) позитивний клінічний ефект досягнуто одноразовою пункцією. У всіх інших випадках

абсцеси дренивались двома трубками з наступним проточним лаважем два рази на добу розчинами антисептиків та антибіотиків з урахуванням чутливості мікрофлори. Динаміка перебігу контролювалась УЗД, клінічно-лабораторними показниками. Незважаючи на достатньо великі строки лікування (від 2 до 6 тижнів), така тактика увінчалась успіхом в усіх хворих без ускладнень та летальних випадків.

При кістозних утвореннях печінки (15) у 13 випадках відзначено кісти непаразитарного походження, одна хвора була з полікістозом та один – з ехінококозом печінки. У двох хворих з кістами проведено тільки одноразові пункції з цитологічним дослідженням матеріалу. Решту кіст дренивали однією або двома трубками (залежно від діаметра) з подальшим проведенням склеротерапії 96 % етиловим спиртом, охолодженим до -20°C . Розміри кіст складали від 5 до 13 см, тривалість перебування дренажів була від 2 до 3 тижнів. При цьому повністю порожнина кісти облітерувалась у 6 хворих, в інших випадках їх обшир зменшився в 3-4 рази від початкового діаметру. Хворій з тотальним полікістозом печінки впродовж 3 останніх років проводяться багаторазові пункції вмісту різноманітних відділів печінки. Хворому з ехінококовою кістою в порожнину вводився 86 % розчин гліцерину.

У представленій групі хворих лапаротомні втручання не проводились, ускладнень ІС також не відмічено.

Втручання на печінці у вигляді черезшкірної біліарної декомпресії при механічній жовтяниці виконувались при протоковому раку воріт печінки, раку підшлункової залози, хронічному рецидивному холангіті. Всього виконано 46 операцій у 38 хворих.

Висновки. Оперативні втручання під ультразвуковим контролем визначили своє місце у сучасній малоінвазивній хірургії, особливо при патології печінки, а подальший її розвиток пов'язаний з удосконаленням технічного забезпечення та підготовки кваліфікованих кадрів в умовах спеціалізованих центрів.

ІС в біліарній хірургії дозволяє скоротити кількість післяопераційних ускладнень та летальних випадків, якісно поліпшити діагностику захворювань з одночасним проведенням морфологічних, вірусологічних, цитологічних та рентгенологічних досліджень, а ведення хворих у до- та післяопераційному періоді економічно значно вигідніше, ніж традиційні лапаротомні операції.

Література

1. Гринцов А.Г., Зубов А.Д., Чирков Ю.Є., Шаталов А.Д. Возможности чрескожных пункционных вмешательств под ультразвуковым контролем в диагностике и лечении заболеваний печени / Наук. вісник Ужгородського університету.-Ужгород.-Вып.10.-С.49-50.
2. Дяченко В.В. Чрескожная чреспеченочная холангиография и эндобилиарные вмешательства у больных с обтурационной желтухой / Клін. хір.-1997.-№3-4.-С.11-14.
3. Шкроб О.С., Кузин Н.М., Дадвани С.А., Ветшев П.С. Малоинвазивные вмешательства в лечении механической желтухи/ Хирургия.-1998.-№9.-С.31-36.
4. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Лукичев О.Д., Макаров Ю.И. Чрескожные чреспеченочные желчеотводящие вмешательства у больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой / Анналы хирургической гепатологии.-1998.-Т.3.-№3.-С.68-69.

М.К. Гулов, К.М. Курбонов

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ПАТОГЕНЕЗ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НЕОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

Обтурационная желтуха нередко осложняет желчекаменную болезнь, в этом случае резко нарушается функция печени, развивается печеночная недостаточность (ПН).

Целью настоящего исследования является изучение морфологических и биохимических показателей функции печени, степени токсичности плазмы крови, а также роли процессов свободнорадикального окисления липидов в патогенезе печеночной недостаточности.

Материалы и методы. Всего обследовано 24 больных с холедохолитиазом, осложненным механической желтухой. Токсичность плазмы крови оценивали по уровню молекул средней массы (МСМ), который определяли скрининг-методом, малоновый диальдегид (МДА) определяли тиобарбитуратовой кислотой, диеновые конъюгаты (ДК) – по методике Стальной. Вышеописанные исследования, включая биохимические, проводили на 1-3 сутки после поступления, а также на 11-14 сутки после разрешения желтухи. Для более глубокого анализа изменений в ткани печени проводились гистологическое и гистохимическое исследования биоптатов печени. С этой целью широко использовали пункционную и краевую интраоперационную биопсию печени. После этого в ткани печени с помощью гистохимических методик (Диксон М., Узбб Э., 1982) определяли содержание никотинамидадениндинуклеотида (НАД), никотинамидадениндинуклеотидфосфата (НАДФ), ксантиноксидазы (КО). Определение содержания коферментов и фермента в препаратах ткани печени проводили с помощью цитофотометрического метода.

Результаты. Все больные (24) на основании общепринятых клинических параметров были разделены на 3 группы с учетом показателей морфологических и биохимических изменений в печени.

В первую группу (I степень ПН) вошло 8 больных со средней продолжительностью желтухи – 5 дней. Токсичность плазмы крови не превышала 0,2 ед. Уровень билирубинемии не выходило за пределы 98 ммоль/л, наблюдалось умеренное повышение содержания печеночных ферментов. Также наблюдалось повышение концентрации ДК – $(0,1 \pm 0,42)$ и МДА – $(3,4 \pm 0,1)$ нм/мг, что свидетельствует об активности процессов перекисного окисления липидов.

Показатели коферментов НАД, НАДФ и фермента КО в печеночных тканях были следующие: НАД – $(0,602 \pm 0,022)$ отн. ед., НАДФ – $(0,330 \pm 0,014)$ отн. ед., КО – $(0,270 \pm 0,007)$ отн. ед.

Во вторую группу (II степень ПН) вошло 10 больных, при этом концентрация МСМ составила 0,4 ед., уровень билирубина – до 200 мкмоль/л, щелочная фосфатаза в 2-3 раза превышала норму. Значительные сдвиги наблюдались в показателях ПОЛ. Так, содержание ДК составило $(1,83 \pm 0,52)$ ед. Е, а МДА – $(3,9 \pm 0,2)$ нг/мг. Все эти показатели статистически достоверно ($P < 0,05$) отличались от соответствующих параметров в I-й группе. У этой группы больных показатели коферментов были следующие; НАД – $(0,505 \pm 0,023)$ отн. ед., НАДФ – $(0,212 \pm 0,010)$ отн. ед., КО – $(0,179 \pm 0,006)$ отн. ед.

В третью группу вошло 6 больных, у 4 из которых длительность желтухи превышала две недели. Больные поступали в тяжелом состоянии с выраженными признаками ПН. При этом уровень МСМ превышал 0,4 ед., уровень билирубинемии доходил до 400 ммоль/л, выраженные изменения наблюдались в показателях ферментов печени, что свидетельствует о значительном цитолизе и холестазае. Наблюдалось увеличение ДК – $(2,3 \pm 0,31)$ ед. Е, что свидетельствовало о повышенном образовании свободных радикалов, МДА – $(4,2 \pm 0,3)$ нм/мг. Наблюдалось значительное снижение уровня коферментов и ферментов в печеночной ткани: НАД – $(0,491 \pm 0,015)$ отн. ед., НАДФ – $(0,112 \pm 0,006)$ отн. ед., КО – $(0,166 \pm 0,009)$ отн. ед.

Анализ полученных результатов показал, что, в зависимости от тяжести ПН, наблюдается повышение содержания МСМ, ферментов печени и продуктов ПОЛ. Особо ранние изменения, характерные для начальных стадий ПН, возникают в ткани печени. При этом количество коферментов в ткани печени изменяется в зависимости от функционального состояния печени. Снижение количества ферментов печени соответствовало тяжелым изменениям печеночной ткани, это должно расцениваться как фактор печеночной недостаточности даже при нормальных биохимических показателях.

Заключение. Таким образом, при механической желтухе наблюдаются выраженные изменения в печени. Глубина нарушений функции гепатоцитов зависит от степени поражения печеночной ткани токсическими продуктами, образовавшимися в результате повышенного образования свободных радикалов, гипербилирубинемии, интоксикации и т.д. Для уменьшения частоты осложнений и летальности при механической желтухе и ПН средней и тяжелой степеней на первом этапе целесообразно выполнение малотравматичных декомпрессионных вмешательств с последующей комплексной детоксикационной и антиоксидантной терапией.

**А.Д. Зубов, А.Д. Шаталов, В.В. Хацко, И.В. Мухин,
И.Ф. Полулях, Д.М. Губанов**

ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЧРЕСКОЖНЫХ И ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ПЕЧЕНИ И СЕЛЕЗЕНКИ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, ДОКТМО

Жидкостные образования печени и селезенки (кисты, абсцессы и др.) относятся к категории относительно редких заболеваний. Внедрение в клиническую практику малоинвазивных технологий открыло новые возможности их радикального лечения (1, 2).

С 1991 года в диагностическом центре ДОКТМО были выполнены чрескожные аспирации с дренированием кист у 84 чел, абсцессов печени – у 53 чел, кист селезенки – у 17 чел. Вмешательства проводились под ультразвуковым контролем (УЗ-аппарат Kornier AI-5200) с использованием цветного доплеровского картирования (ЦДК).

Использовали местную анестезию (лидокаин, ксилонест, ксилокаин) по ходу пункционного канала. В сложных случаях, а также при беспокойном поведении пациента, применяли нейролептанальгезию. Для пункции большинства очагов глубиной до 15 см применяли иглы 20-22G.

Единичные или множественные абсцессы печени диаметром до 3 см чрескожно аспирировали под контролем УЗИ или КТ и вводили адекватный объем раствора антисептика. При диаметре абсцесса более 3 см применяли чрескожное дренирование с установлением одного или двух полихлорвиниловых дренажей.

Аспирацию содержимого абсцесса выполняли как можно быстрее для исключения резорбции гноя в поврежденные при пункции мелкие сосуды и желчные протоки. Рецидивы абсцессов отмечались у 5 % пациентов и были связаны с длительным (более 7 суток) стоянием дренажа, выходом дренажной трубки из полости гнойника, большим размером абсцесса (более 10 см).

Дискутабелен вопрос о паразитарной (эхинококковой) природе образования как противопоказании к пункционному вмешательству. В нашей практике имели место 6 успешных лечебно-диагностических пункций эхинококковых кист печени.

Использование ЦДК для выбора безопасного акустического окна значительно (на 34 %) снизило риск кровотечения. В 2 случаях, когда при ЦДК выявили геморрагию в брюшную полость, гемостаз осуществили путем лазерной фотокоагуляции (Nd-YAG лазер Fibertom). В клинике проведены лапароскопические операции при непаразитарных кистах селезенки (НКС) у 8 больных

(4 женщины и 4 мужчины в возрасте от 29 до 54 лет). У 5 пациентов кисты выявлены при ультразвуковом исследовании (УЗИ) и у 3 – при КТ-исследовании. Операции выполняли под общим эндотрахеальным наркозом. Использовали стандартные наборы для операции фирмы “Wolf”. Троякары в брюшную полость вводили через 3 точки: 1-я – под или над пупком (для проведения троакара диаметром 10-11 мм и лапароскопа); 2-я – по срединной линии на 3-4 см ниже мечевидного отростка, через нее вводили основные инструменты; 3-я – на расстоянии 3-5 см ниже левой реберной дуги по передней аксиллярной линии.

У 3 чел. киста располагалась на верхнем полюсе селезенки по передней поверхности, у 5 – на нижнем полюсе и выходила за границы органа. Диаметр кист – от 3 до 9 см. Сначала выполняли под ультразвуковым контролем пункцию и эвакуацию содержимого кисты с последующим срочным цитологическим исследованием резецированного участка стенки кисты. После уточнения диагноза стенки кисты, выходящие за границы селезенки, отсекались. Часть капсулы кисты, которая оставалась на паренхиме селезенки, обрабатывалась диатермокоагуляцией и в двух случаях была покрыта биологическим клеем. К ложу резецированной кисты подводился дренаж. Лапароскопическую цистэктомия при непаразитарных кистах печени выполнили у 16 пациентов (9 женщин и 7 мужчин) в возрасте от 32 до 60 лет. Диаметр кист – от 4 до 12 см. Кровопотеря во время операции была незначительной. Через 3 месяца при контрольном УЗИ жидкостных образований в области операции не отмечалось.

Таким образом, малоинвазивные операции при жидкостных образованиях печени и селезенки под ультразвуковым и лапароскопическим контролем являются перспективным направлением современной абдоминальной хирургии. Применение лапароскопической цистэктомии при кистах наиболее целесообразно в связи с малотравматичностью, радикальностью, хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Литература

1. Андреев А.А., Прядко А.С., Грах С.И. Лапароскопические вмешательства при кистах и абсцессах печени / *Анналы хир. гепатологии*. – М., 1998. – Т. 3, № 3. – С. 259.
2. Чемодуров Н.Т., Волобуев Н.Н., Летюк В.И. Видеоэндоскопические возможности лечения очаговых и диффузных поражений печени / *Збірник наук. праць співробітників КМАПО ім. П.Л.Шупика*. – Київ, 2000. – Вип. 9, кн.4. – С. 746-748.

**І.В. Люлько, С.О. Косульников, С.І. Карпенко,
С.О. Тарнопольський, К.В. Кравченко**

АБСЦЕСИ ПЕЧІНКИ І ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ – МАЛОІНВАЗИВНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ

*Дніпропетровська державна медична академія,
Центр гнійно-септичної хірургії обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечнікова*

Діагностика і лікування абсцесів печінки й інших органів черевної порожнини є складною проблемою хірургії – відсутність видимих, чітких патогномічних симптомів захворювання, їх відносна рідкісність (від 0,08 до 0,36 %), низька пильність загальних хірургів і терапевтів відносно можливості розвитку абсцесів. Це призводить до довготривалого неефективного лікування, супроводжується тяжкими ускладненнями, такими, як прорив абсцесу в черевну порожнину і піддіафрагмальний простір, розвиток холангіту, ексудативного плевриту, а також зумовлює високу летальність. Внаслідок запізнілої діагностики при лікуванні поодиноких абсцесів печінки летальність сягає 30 %, а при великій кількості абсцесів – 80 %.

Широке застосування УЗД (ультразвуквої діагностики) і КТ (комп'ютерної томографії) відкрило шлях до розвитку малоінвазивної хірургії в лікуванні цієї важкої патології. Черезшкірне пункційне і троакальне дренивання стало переконливою альтернативою традиційним відкритим способам дренивання.

У відділенні гнійно-септичної хірургії обласної лікарні ім. І.І. Мечнікова за останні 10 років (з 1990 по 2000 р.) абсцеси печінки виявлено у 54 із 5234 хворих, які лікувалися, що становить приблизно 1 %. Жінок було 30 (56 %), чоловіків – 24 (44 %). Середній вік хворих становив $52,6 \pm 6,1$ року.

Причинами розвитку абсцесу печінки найчастіше були гнійно-запальні захворювання органів черевної порожнини, а також післяопераційні ускладнення. Протягом останніх 5 років спостерігається не тільки постійне зростання загальної кількості хворих з абсцесами печінки як післяопераційними ускладненнями, але і їх розвиток при гнійно-запальних захворюваннях м'яких тканин, тяжких ангінах, пневмонії і вазогенному сепсисі (у наркоманів і при використанні внутрішньосудинних катетерів).

У 49 (90,7 %) пацієнтів абсцеси були поодинокими, причому у 45 з них локалізувалися в правій частці печінки, а у 38 – в її VI-VII сегментах. У 2 хворих гнійні вогнища правої частки проривалися в правий піддіафрагмальний простір і утворювали додатковий абсцес. У 5 хворих (9,3 %) спостерігали декілька (до 5) абсцесів печінки.

В останні роки розвиваються способи малоінвазивного лікування рідинних утворів сальникової сумки при деструктивних панкреатитах. Ми спостерігали 15 хворих з гострими рідинними утворами сальникової сумки розмірами від

8 до 20 см в діаметрі, яких лікували пункційним способом. Дані УЗД свідчили при цьому про відносну збереженість підшлункової залози. Пункція даних утворів проводилась через шлунково-ободову зв'язку, що потребує чітких знань про локалізацію даних органів. Ускладнень в наших спостереженнях не було навіть при дислокації катетера, що вимагало його перестановки у трьох випадках. Окрім того, ми маємо досвід пункції селезінки, незважаючи на те, що уявити собі мінімальне поранення селезінки важко. Однак ситуація примусила нас провести пункцію у хворого з абсцесами верхнього і нижнього полюсів селезінки. Оперативне видалення селезінки як загальновизнаний спосіб лікування був протипоказаний (хворий 17 років, з декомпенсованим трикамерним серцем). Дренування за розробленим нами способом було вдалим, хворого виписано із хірургічного відділення через 15 діб.

Методика прицільної черезшкірної пункції абсцесів досить проста. Після виконання діагностичної томографії (або сонографії) вибиралась томограма, де гнійний осередок розташований найближче до поверхні тіла, а також максимально віддалений від плеврального синуса і вільної черевної порожнини. Проводилась необхідна розмітка, а потім пункція в асептичних умовах за допомогою стилет-голки. При необхідності виконували УЗД і КТ – контроль позиції голки. Після появи із просвіту голки патологічного виділення самофіксує рентгеноконтрастний дренаж, за Селдінгером, вводили в порожнину абсцесу. Такі дренажі досить стійкі і не деформуються поміж ребрами при дихальних екскурсіях і дислокації завдяки формі “pigtail”. Маніпуляція проводиться під місцевою анестезією розчинами 2 % лідокаїну або 0,5 % анекаїну. Абсцеси до 4 см в діаметрі були дреновані одним катетером. Абсцеси більшого розміру і піддіафрагмальні запливи дреновали 2-ма дренажами з подальшим налагодженням проточного діалізу.

У всіх хворих тричі в динаміці проведено мікробіологічні дослідження виділень із порожнин абсцесів печінки. У 12-ти хворих (26,1 %) висівалась кишкова паличка, в 11-ти (23,9 %) – золотистий стафілокок. Рідко виявлялись протей, стрептокок, паличка синьозеленого гною, ентеробактерії, бактероїди. В 4-х випадках (8,7 %) мікрофлора змішана, в 3-х (6,5 %) – мікроорганізми не виявлені. У однієї хворої в виділенні із абсцесу печінки виявлено рясний висів дріжджоподібних грибків, що підтвердило наявність кандидозного сепсису як причини утворення абсцесу. Етапне мікробіологічне дослідження виявило, що використання малоінвазивного пункційного дреновання сприяє бактеріальній деконтамінації швидше ніж дреновання відкритим способом: на 6-ту добу стерильними виявились проби у 72,7 % проти 47,6 %; на 10-ту добу – у 96,9 % проти 80,9 %. Це можна пояснити проведенням діалізу абсцесів за допомогою 400-1200 мл 0,15 % електролітного розчину гіпохлориту натрію, який проводили протягом 3-4 діб. Потім проточний діаліз замінювали фракційним.

Наші дослідження показали, що у більшості випадків пункційне дреновання є вичерпним способом лікування, при якому не треба проводити наркоз, значно полегшується післяопераційний період, суттєво зберігаються кошти.

Таким чином, гнійна хірургія не є винятком в тенденції переходу від високотравматичних операцій до малоінвазивних. Треба підкреслити, однак, що простота методу уявна і можливі ускладнення – дислокація, злам дренажу, гематома печінки, кровотеча, гемобілія, пневмоторакс. Ось чому такі маніпуляції потребують кваліфікованих фахівців і високоточної техніки. Сукупність цих умов дає можливість радикально поліпшити результати лікування не тільки абсцесів печінки, а і інтраабдомінальних абсцесів іншої локалізації.

УДК: 616.12-008 331.1+616.149-008 341.1

**В.В. Бойко, І.А. Криворучко, Ю.Б. Григоров, І.А. Тарабан,
Ю.В. Авдосьєв**

КЛІНІКО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕОБГРУНТУВАННЯ ПОРТОКАВАЛЬНОГОШУНТУВАННЯЗВИКОРИСТАННЯМ МІНІІНВАЗИВНИХВТРУЧАНЬУЛІКУВАННІУСКЛАДНЕНЬ ПОРТАЛЬНОЇГІПЕРТЕНЗІЇ

Інститут загальної та невідкладної хірургії АМН України

Вступ. Синдром портальної гіпертензії є одним з найбільш складних захворювань хірургічної гепатології. Більш ніж у 70 % пацієнтів спостерігаються летальні наслідки в результаті виникнення ускладнень цього захворювання. Основними причинами летальних наслідків є кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу та шлунка, прогресуюча печінкова недостатність [1]. Надання допомоги хворим цієї категорії, у межах ургентної хірургії, характеризується постійним удосконалюванням з впровадженням мініінвазивних методик [2].

В Інституті загальної та невідкладної хірургії АМН України (ІЗНХ АМНУ) розроблено хірургічну тактику з використанням ряду мініінвазивних втручань, що дозволило зменшити відсоток летальності та забезпечити досягнення стабільності у стані хворих з ускладненнями портальної гіпертензії. Така тактика включає застосування консервативних методів у поєднанні з ендovasкулярними втручаннями.

Невирішеним залишається питання стосовно досягнення стійкого зниження портального тиску та стійкого гемостазу. Особливо важливо зробити це в умовах ургентної ситуації. Найпоширенішим способом корекції портального тиску є створення портокавальних анастомозів. Подібні оперативні втручання супроводжуються значним відсотком летальності в зв'язку з великим обсягом втручання, що недоцільно в ургентній ситуації. Зупинка кровотечі з варикозно розширених вен стравоходу, особливо у випадках рецидиву, потребує ургентної операції, що також супроводжується високою летальністю.

У зв'язку з вирішенням даної проблеми, перевага віддається трансюгулярному портокавальному шунтуванню з використанням стентів [3]. Дана методика може бути використана в умовах ургентної ситуації.

Матеріали і методи. Дана стаття є результатом дослідження надання допомоги 38 хворим віком від 38 до 74 років із синдромом портальної гіпертензії, ускладненим кровотечею, на фоні цирозу печінки та судинної печінкової недостатності (16 хворих), і ускладненим холестатичною печінковою недостатністю з прогресуючим діуретико-резистентним асцитом (22 хворих).

Хворим виконано мініінвазивні втручання, що включали трансумбілікальну катетеризацію ворітної вени (ТУКВВ) з проведенням автогемотрансфузії, рентгеноендоваскулярну емболізацію селезінкової, печінкової та лівої шлункової артерій, поетапний парацентез.

В ІЗНХ АМНУ в 1997 р. на 7 безпородних собаках проведено експериментальне дослідження з вирішення даної проблеми. Їм було виконано трансюгулярне внутрішньопечінкове сполучення за допомогою лазерного випромінювання. Як генератор лазерного випромінювання використано АП-лазер потужністю 20-100 Вт. Дослідження проведено в умовах ангиографічного кабінету із використанням спеціального двопросвітного катетера з обтураційним балоном. Кровопостачання по ворітній вені припинялось за допомогою судинних затискачів. Тунелювання печінкової паренхіми проводилось шляхом вапоризації з утворенням каналу. При морфологічному дослідженні виявлено швидку ендотелізацію створеного каналу. Дану методику виконано в умовах візуального контролю за дією лазерного випромінювання на печінку.

З метою катетеризації лівої шлункової вени виконано трансюгулярну, транспечінкову катетеризацію і емболізацію лівої шлункової вени шматочками пінополіуретану та розчином тромбовару, що може бути надійним варіантом зупинки кровотечі в умовах ургентної ситуації.

Результати досліджень та їх обговорення. Пацієнтам з портальною гіпертензією, холестатичною печінковою недостатністю та напруженим діуретико-резистентним асцитом виконано трансумбілікальну катетеризацію ворітної вени з одномоментним (у 9 хворих) видаленням крові у кількості 150-250 мл, проведенням гемосорбції та подальшою гемотрансфузією. Одночасно в систему ворітної вени вводили розчини спазмолітиків, дезагрегантів, нікотинову кислоту чи ксантинолу нікотинат. Видалення асцитичної речовини проводили поетапно, 1-3 л за добу з корекцією водно-електролітного та білкового обміну. При вираженому цитолітичному процесі у печінці призначали гормони. Такий підхід дозволив досягти зниження тиску в системі ворітної вени до 70-120 мм вод. ст., що контролювалось за допомогою манометрії, та відновлення печінкового кровотоку до помірної стадії порушень (контрастування венозних відгалужень 2-3 порядку). У випадках неможливості зниження портального тиску хворим виконували ендоваскулярну емболізацію селезінкової артерії – 14 хворих. У двох пацієнтів з прогресуючим асцитом виконано ендоваскулярну паренхіматозну стовбурову емболізацію печінкової артерії. Після стабілізації

стану проводили ряд реабілітаційних заходів, направлених на прискорення репаративних процесів печінки. Для цього використовували гепатотропні препарати, вітаміни, проекційне черешшкірне опромінення печінки та селезінки лазерно.

У 7 хворих з кровотечею із варикозно розширених вен стравоходу, обумовленою судинною печінковою недостатністю, використано зонд-обтуратор для зупинки кровотечі. У решті хворих кровотеча зупинилась самостійно або після консервативних методів. Кровотеча середнього ступеня важкості спостерігалась у 11 хворих, важкого ступеня – у 5 хворих. У 4 хворих відмічено цитолітичний процес з підвищенням білірубину та показників трансаміназ.

Хворим даної групи проведено трансумбілікальну катетеризацію ворітної вени з постійним контролем за порталним тиском. При підвищенні тиску у ворітній вені більше 120 мм вод. ст. проводили видалення крові у флакон з концентруючим розчином з наступною гемотрансфузією після змішання її з 1 % розчином кальцію. Всім хворим проведено гемостатичну терапію. В клініці з метою зниження “портального тиску” застосовано нову методику лікування хворих із гострою кровотечею – ТУКВВ у поєднанні з корекцією кровотоку по селезінковій артерії. В одному випадку виконано емболізацію лівої шлункової вени після її трансумбілікальної катетеризації у поєднанні з редукцією селезінкового кровотоку.

5 хворим для зупинки кровотечі виконано ендovasкулярну редукцію кровообігу по селезінковій артерії. У 4 хворих з рецидивом кровотечі виконано ендovasкулярну паренхіматозну емболізацію лівої шлункової артерії. Після стабілізації стану та досягнення стійкого гемостазу проводили реабілітаційні заходи.

Висновки. Застосування мініінвазивних технологій є перспективним напрямком лікування ускладнень портальної гіпертензії. Найбільш доцільним є впровадження в клінічну практику лазерного внутрішньопечінкового портокавального шунтування, що є відносно дешевим та ефективним методом корекції портальної гіпертензії.

Література

1. Буланов К.И., Чуклин С.Н. Декомпенсированный цирроз печени. – Львов, 1999. – 192с.
2. Гранов А.М., Рыжков В.К., Таразов П.Г. Отдаленные результаты эмболизации печеночной и селезеночной артерий при циррозе печени / Хирургия. –1991. – № 11. – С. 84-87.
3. Rossle M. et al. The transjugular intrahepatic portosystemic stent-shunt procedure for variceal bleeding / The new England journal of medicine. 1994. – Vol.330. – № 3. – P.165-171.

А.Е. Борисов, В.П. Земляной, С.А. Аяганов

ОСНОВНЫЕНАПРАВЛЕНИЯВЛЕЧЕНИИАСЦИТИЧЕСКОГО СИНДРОМАУБОЛЬНЫХЦИРРОЗОМПЕЧЕНИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Лечение больных циррозом печени, осложненном асцитическим синдромом, относится к числу наиболее сложных проблем современной медицины. Многообразии патогенетических расстройств, возникающих при этом заболевании, тяжесть состояния пациентов и социальные условия жизни подавляющего большинства больных ограничивают возможности использования традиционных хирургических методов и требуют разработки доступных малоинвазивных вмешательств, способных оказать эффективную помощь этим пациентам.

Этапность и последовательность применения различных лечебных методов при циррозе, осложненном асцитическим синдромом, приобретает особое значение и зависит от преобладания и выраженности того или иного синдрома.

Первоочередной задачей в лечении цирротического асцита является коррекция портальной и лимфатической гипертензии. Эти синдромы тесно связаны между собой и взаимоотягощают течение каждого. Наличие портальной гипертензии приводит к гиперпродукции лимфы в печени, что в конечном итоге оказывается причиной тяжелых расстройств в системной лимфодинамике. В свою очередь, эти расстройства усугубляют нарушения органной лимфодинамики, способствуя росту портального давления и прогрессированию дистрофических процессов в пораженном органе.

В качестве декомпрессивных вмешательств у 90 больных была использована разработанная в клинике операция дуктолиза грудного протока в сочетании с перевязкой левой внутренней яремной вены (ЛВЯВ). Выделение протока из окружающих склерозированных тканей позволяло уменьшить проявления механической недостаточности лимфатической системы, а перевязка ЛВЯВ способствовала улучшению дренажной функции грудного протока. Операция носит достаточно универсальный характер, поскольку ее выполнение возможно и в тех ситуациях, когда наложение лимфовенозного анастомоза не представляется возможным по анатомическим или функциональным причинам. Из общего числа оперированных больных уменьшение объема свободной жидкости в брюшной полости отмечено у 71, полное ее исчезновение – у 4, а у 15 – эффекта от операции получено не было. Все больные, у которых был достигнут клинический эффект, относились к функциональным группам В и С по Child-Paquet (соответственно, 52 и 19).

Вторым приоритетным этапом лечения следует признать эмболизацию ветвей чревного ствола, направленную на снижение портального давления и подавление патологической гиперпродукции лимфы в печени. Из 156 больных циррозом печени и асцитическим синдромом у 93 (59,6 %) произведена эмболизация собственной печеночной артерии, среди которых у 61 в сочетании

с эмболизацией селезеночной артерии; у 7 (4,5 %) – общей, у 10 (6,4 %) – одномоментно собственной и общей, у 22 (14,1 %) выполнена периферическая эмболизация артериального русла печени в сочетании с редукцией кровотока по собственной печеночной артерии и в 24 (15,4 %) случаях осуществлена эмболизация чревного ствола. У всех 18 пациентов с транзиторным асцитом после эмболизации достигнут эффект полной его ликвидации. Из 126 больных перманентным асцитом у 18 больных стабильным асцитом он был полностью купирован, в 35 случаях достигнуто его значительное уменьшение. В 71 наблюдении перманентного прогрессирующего асцита получен эффект его стабилизации, а у двоих больных он уменьшился.

Проведенные исследования показали, что у 23 (8 %) больных циррозом печени развивается синдром Бадда-Киари. Возникающая при этом кавальная гипертензия усугубляет течение портальной гипертензии и способствует значительному прогрессированию патологической гиперпродукции лимфы в перисинусоидальных пространствах Диссе. У этих пациентов асцитический синдром сопровождается упорным течением и довольно часто оказывается резистентным к применению комплексной консервативной терапии. Исходя из этого, выявленная кавальная гипертензия нуждается в адекватной коррекции, которую целесообразно осуществлять на третьем лечебном этапе.

В качестве оптимального малоинвазивного метода, направленного на снижение кавальной гипертензии, можно применить разработанную в клинике баллонную окклюзию инфраренального отдела нижней полой вены (БОНВ). Используемый в этом методе принцип борьбы с конкурентным кровотоком, позволяет снизить давление в позадипеченочном отделе нижней полой вены и тем самым облегчить отток крови из печени. В результате такого воздействия удается уменьшить выраженность портолимфатической гипертензии и получить положительный клинический эффект.

БОНПВ выполнена 51 больному. У 15 пациентов эта операция осуществлена в “чистом” виде, а в остальных случаях она являлась этапом в комплексном лечении асцита и сочеталась с другими эндоваскулярными и оперативными вмешательствами. Клинический эффект после изолированной баллонной окклюзии инфраренального отдела нижней полой вены выражался в полной ликвидации асцита у 2 больных с его перманентной стабильной формой, существенное уменьшение объема асцитической жидкости констатировано в 3 случаях (перманентный стабильный – 2 и перманентный прогрессирующий – 1), и у 7 пациентов с перманентным прогрессирующим асцитом он уменьшился на фоне стабилизации патологического процесса. У 3 больных с марантическим асцитом после операции наблюдалось дальнейшее прогрессирование асцитического синдрома и печеночно-почечной недостаточности.

Описанные три этапа лечения асцита при циррозе печени имеют базовое значение, но последовательность их использования не должна носить характер доктрины, поскольку разнообразие клинических форм этого заболевания в ряде случаев может менять намеченные планы и требовать использования индивидуального подхода в выборе рациональной лечебной тактики.

В.В. Михайлович, О.Т. Гірняк, З.Ф. Смагло, А.С. Цимбала

ДІАГНОСТИКА ЦИРОЗУ ПЕЧІНКИ ТА ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМУ ОБСТЕЖЕННІ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Ультразвукове обстеження є інформативним, доступним методом діагностики патології печінки (1, 2). При цирозі печінки (ЦП) важливим є виявлення ультрасонографічних ознак портальної гіпертензії (3).

Обстежено ультрасонографічно 76 хворих на ЦП, яких госпіталізовано ургентно з стравохідно-шлунковою кровотечею (55,3 %) або зі скаргами на збільшення об'єму живота, жовтяницю, біль в правому підребер'ї (44,7 %). Середній вік пацієнтів $54,5 \pm 1,5$ років, переважали чоловіки (65,8 %) хворих. Діагноз ЦП встановлено раніше у 51,3 %, морфологічно підтверджено в клініці інтраопераційною (9,6 %) або лапароскопічною (15,8 %) біопсією печінки, на автопсії (14,5 %). Основними об'єктивними симптомами ЦП були гепатомегалія (65,9 % хворих), асцит (56,9 %), жовтяниця (43,1 %), спленомегалія (13,8 %). При ендоскопічному дослідженні варикозні вени стравоходу кардії виявлено у 61,5 %

Хворі обстежувались апаратами HITACHI EUB-410 та SIEMENS-400 конвексним абдомінальним датчиком з частотою 3,5 МГц. Виділено наступні ультрасонографічні симптоми, які дозволили підтвердити або встановити діагноз ЦП. У всіх хворих виявлено характерну зернистість печінки на фоні підвищеної ехогенності, яка зумовлюється розсіюванням променя внаслідок дистрофії гепатоцитів та зменшення кількості судин в печінці. У 18,9 % хворих структура печінки була грубозернистою, частіше зустрічається її дрібнозернистість (81,1 %). При біліарному ЦП відзначено специфічну зернистість паренхіми печінки за рахунок розширених жовчних капілярів. Зерниста структура печінки не є патогномонічною для ЦП, а нерідко зустрічається при її інших захворюваннях та може бути на фоні нормальної або пониженої ехогенності. Виявлення вузлів в паренхімі органу при симптоматичі ЦП і виключенні злоякісних захворювань у 3 хворих вказувало на постнекротичну форму ЦП, що було підтверджено морфологічно при прицільній пункційній біопсії вузлів. Типовим для ЦП є невиражений судинний рисунок печінки (23,0 %).

Печінка у хворих на ЦП була збільшеною (58,8 %), що проявлялося виступанням її правої частки з-під реберної дуги на $4,8 \pm 0,5$ см, зменшеною (20,0 %) або нормальною (21,2 %). Горбиста поверхня органа (у 13,5 % хворих), як правило, поєднувалась з асцитом, зменшеними розмірами, заокруглений край був у 25,4 %.

На портальну гіпертензію при ультразвуковому обстеженні вказували спленомегалія (43,2 %), асцит (29,7 %), збільшені діаметри судин портальної системи. Нерідко при обстеженні хворих з асцитом ультрасонографічно не підтверджено даних про портальну гіпертензію і виявлено інші причини

скупчення рідини в черевній порожнині (рак яєчників, серцева недостатність, карциноматоз очеревини та метастази черевної порожнини). При ЦП *v. portae* була розширена до $(14,35 \pm 0,43)$ мм (у контрольній групі 23 хворих з жовчнокам'яною хворобою – $(12,23 \pm 0,380)$ мм, $p < 0,01$), *v. lienalis* – до $(11,43 \pm 0,51)$ мм, (контроль – $(9,52 \pm 0,48)$ мм, $p < 0,05$), *v. mesentenca sup.* дорівнювала $(11,0 \pm 82)$ мм. Особливу діагностичну цінність має превалювання діаметру *v. lienalis* над *v. portae*, виявлене у 6,8 % хворих на ЦП. Це пов'язано з існуванням колатерального кровообігу через *v. gastrica sin.* і у всіх спостереженнях супроводжувалось варикозними венами стравоходу при фіброезофагогастроуденоскопії. Такий симптом вказує на вираженість портальної гіпертензії і загрозу рецидиву стравохідно-шлункової кровотечі. Реканалізацію пупкової вени (симптом Крювельє-Баумгартена) виявлено у 5,4 % обстежених. Конкременти в жовчному міхурі і хронічний холецистит діагностовано у 18,9 % хворих на ЦП. При активній фазі ЦП ультразвукове обстеження дозволяє підтвердити паренхіматозний характер жовтяниці.

Таким чином, поєднання ультразвукових ознак ураження печінки (підвищена ехогенність, зерниста структура, невиражений судинний рисунок паренхіми, заокруглений край, горбиста поверхня, зменшений або збільшений розмір) та портальної гіпертензії (спленомегалія, асцит, розширення судин портальної системи) дозволяє з високою точністю діагностувати ЦП.

Література

1. Бурков С. Ультразвуковая диагностика органов пищеварения (Часть 1. Печень): Клиническая лекция / Врач.-1995.- №4.- С.79.
2. Биссет Р.А.Л., Хан А.Г. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследовании: Пер. с англ, Мед. Редактор С.И.Пиманов,- Витебск Белмедкнига, 1997, – 272 с.
3. K.Seitz, W-Wermke, K.Haag. Sonography in Portal Hypertension and TIPS /Falk Foundation e.V., 1998-. 64 p.

УДК:616.36-004-076

В.А. Сипливый, В.Д. Марковский, А.Г. Петюнин

РОЛЬКОЛИЧЕСТВЕННОГОАНАЛИЗАТКАНИПЕЧЕНИВ ОЦЕНКЕФУНКЦИОНАЛЬНЫХРЕЗЕРВОВПРИЕЕЦИРРОЗЕ

Харьковский государственный медицинский университет

Введение. Оперативное лечение больных циррозом печени всегда связано с высоким риском. По нашему мнению, результаты хирургического лечения, прогноз для больного циррозом в большой мере зависят от характера морфологических изменений печени, ее функциональных резервов.

Материалы и методы. Проведен анализ морфологических изменений печени 124 больных циррозом, перенесших оперативное лечение, с использованием

количественного анализа. Определяли площадь гепатитов, площадь соединительной ткани, стромально-паренхиматозное соотношение, объем гепатоцитов в состоянии некроза, объем гепатитов в состоянии деления.

Одновременно изучена частота развития печеночной недостаточности, послеоперационная летальность, продолжительность жизни больных циррозом в зависимости от выделенных морфологических типов цирроза.

Результаты: На основе количественного анализа нами выделено три типа морфологической картины цирроза, отражающие ее функциональные резервы.

I тип (цирроз А-типа) – цирроз мономультилобулярного типа со слабо выраженными признаками паренхиматозной и стромальной активности. Стромально-паренхиматозное соотношение составляет $(0,285 \pm 0,019)$, объем гепатоцитов в состоянии некроза – $(9,36 \pm 0,63)$ %, в состоянии деления – $(10,23 \pm 0,57)$ %.

II тип (цирроз В-типа) – цирроз мономультилобулярного типа с умеренно выраженными признаками паренхиматозной и стромальной активности. Стромально-паренхиматозное соотношение составляет $(0,617 \pm 0,031)$, объем гепатоцитов в состоянии некроза – $(15,57 \pm 0,71)$ %, в состоянии деления – $(15,34 \pm 0,48)$ %.

III тип (цирроз С-типа) – цирроз с резко выраженными признаками паренхиматозной и стромальной активности, чаще мультилобулярного типа. Стромально-паренхиматозное соотношение составляет $(1,344 \pm 0,089)$, объем гепатоцитов в состоянии некроза – $(23,9 \pm 0,75)$ %, в состоянии деления – $(11,07 \pm 0,58)$ %.

При анализе непосредственных результатов оперативного лечения установлено, что у больных с циррозом А-типа печеночной недостаточности и летальных исходов не наблюдалось. При циррозе В-типа печеночная недостаточность наблюдалась у 64 % больных, а летальность составила 16 %. При циррозе С-типа печеночная недостаточность наблюдалась у всех больных, а летальность достигала 88,8 %.

При изучении выживаемости больных циррозом печени в отдаленные сроки после операции дистального спленоренального шунтирования наилучшие результаты получены у больных с А-типом циррозов. Все 100 % больных живы более 5 лет. У больных с морфологической картиной цирроза В-типа пятилетняя выживаемость составила 48 %. Ни один больной с циррозом С-типа не жил более трех лет.

Выводы: Количественный анализ морфологических изменений печени при ее циррозе позволяет оценить ее функциональные резервы. Степень морфологических изменений в печени является главным фактором, определяющим непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения больных циррозом.

П.К. Холматов, Н.Е. Шомадов

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Таджикский государственный медицинский университет

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является наиболее тяжелым осложнением портальной гипертензии. Несмотря на большое число предложенных методов лечения летальность при развитии этого осложнения составляет 22-84 %.

Из 248 больных с синдромом портальной гипертензии, находившихся на обследовании и лечении за период с 1989 по 1998 г., 124 поступили с острыми пищеводно-желудочными кровотечениями. Внутривенный блок портального кровотока установлен у 96 (77,4 %), внепеченочный – у 28 (22,6 %) пациентов. Лечебная тактика у таких больных преследовала следующие задачи: 1) проведение интенсивной заместительной и гемостатической терапии; 2) установление источника геморагии; 3) остановку кровотечения. При тяжелом кровотечении и наличии шока начинали лечение с восполнения объема циркулирующей крови изотоническими кристаллоидными растворами. В последующем проводили коррекцию анемии эритроконцентратом, коагулопатии – свежезамороженной плазмой и гипопротейемии – раствором альбумина. Одновременно выполняли срочную фиброэзофагогастроскопию с целью установления источника кровотечения.

При экстренной эзофагогастроскопии у 110 (88,7 %) больных выявлено продолжающееся кровотечение, у 14 (11,3 %) диагностирован устойчивый гемостаз. Для остановки кровотечения из вен пищевода у 72 пациентов применялась баллонная тампонада зондом Блекмора в сочетании с внутривенным введением вазопрессина. Временная остановка кровотечения была осуществлена у 63 больных, из которых у 55 пациентов после удаления зонда кровотечение не возобновилось. Для профилактики рецидивов геморагии после баллонной тампонады проводили лечение вазоактивными средствами. Комплексное применение пропранолола и нитропрепаратов было более эффективным при сравнении с вазопрессином и сандостатином. Эндоскопическая склеротерапия 0,5 % раствором этоксисклерола с последующей баллонной тампонадой пищевода в течение 12 часов позволила остановить кровотечение из варикозных вен пищевода у 19 (82,6 %) из 23 больных. Консервативное лечение рассматривали как этапное и приводили в период времени, который был необходим для восстановления больного и подготовки к хирургическому вмешательству.

Срочная операция из-за неэффективности консервативного лечения и склеротерапии выполнена 24 пациентам (21,8 %). Рецидивы кровотечений, развившиеся после эндоскопического и медикаментозного лечения, обусловили,

необходимость срочного оперативного лечения еще у 11 пациентов. Девять больных с неустойчивым гемостазом признаны бесперспективными для хирургического лечения в связи с развитием анурии или печеночной комы. Им проводилась баллонная тампонада пищевода, внутривенная инфузия вазопрессина и эндоскопическая склеротерапия. Все больные этой группы погибли.

В связи с тяжестью состояния в большинстве случаев выполнены минимальные по объему операции, направленные на разобщение портокавальных коллатералей, гастротомия, циркулярное прошивание кардиальных и пищеводных флэбэктазий по Петрову. После гастротомии с прошиванием варикозных вен погибли 9 из 12 пациентов. Сосудистые анастомозы удалось выполнить у трех больных.

После остановки кровотечения хирургическая коррекция портальной гипертензии в плановом порядке осуществлена у 66 пациентов, у 12 больных с противопоказаниями к хирургическому лечению проведен курс эндоскопической склеротерапии. Различные виды портокавального анастомоза выполнены у 51 больного, операция Пациора у 5, силенэктомия – у 6, перевязка селезеночной артерии, прошивание параэзофагеальных вен – у 4.

Выбор портокавального шунтирования определялся функциональным состоянием печени, анатомическими особенностями портальной системы, наличием асцита и гиперспленизма. У 22 больных выполнен аутовенозный мезентерикокавальный “Н”-анастомоз небольшого диаметра (8-10 мм), позволивший осуществить частичную декомпрессию портальной системы с сохранением гепатопетального кровотока в воротной вене. Дистальный спленоренальный анастомоз наложен у 10 больных без асцита и тяжелой печеночной недостаточности. Центральный спленоренальный анастомоз выполнен у 11 пациентов, атипичные венные шунты – у 7. Послеоперационная летальность после наложения сосудистых анастомозов составила 13,6 %.

Выживаемость больных в отдаленный период после шунтирования в значительной мере зависела от степени сохранения портальной перфузии печени и была выше после дистального спленоренального и аутовенозного мезентерикокавального анастомозов.

УДК 616.36-002.2-089

О.О. Ольшанецкий, В.І. Авершин, С.П. Чайкін

ХІРУРГІЧНІВТРУЧАННЯВКОМПЛЕКСІЛІКУВАННЯ ХВОРИХНАХРОНІЧНИЙАКТИВНИЙГЕПАТИТ

Луганський державний медичний університет

У патогенезі хронічного активного гепатиту (ХАГ) мають місце поєднані порушення в системі імунітету, регіональної лімфогемодинаміки, метаболізму

з наступним розвитком гепатоцелюлярної недостатності. У силу зазначених причин програма лікування хворих на ХАГ повинна включати комплекс заходів, спрямованих на корекцію порушень в імунній системі, лімфогемодинаміці, що мають провідну роль у розвитку цитолізу.

Спостерігалось 263 хворих на ХАГ. Було виділено 16 найбільш інформативних клінічних, 18 біохімічних показників, 15 показників клітинного і гуморального імунітету, рео- і доплерографії. Отримані дані оброблялися методом комп'ютерного багатофакторного аналізу.

У комплексі лікування поряд із традиційною програмою консервативного лікування застосовувалися оперативні втручання, спрямовані на корекцію основних патогенетичних механізмів ХАГ.

Показанням до операції вважали середньої важкості і важкі форми захворювання, що не мали позитивної динаміки перебігу і не піддавалися стійкій стабілізації в умовах консервативного лікування.

Було прооперовано 74 хворих, виконано 161 втручання. Спленектомію (16) проводили при високому титрі антитіл до печінкової тканини незалежно від ступеня збільшення селезінки, при порушенні гемодинаміки в системі печінкової артерії і ворітної вени, при лімфопортальній гіпертензії.

Екстракорпоральну детоксикацію (плазмаферез, лімфосорбцію) виконували при високому рівні цитолізу, ендотоксикозі, високому рівні білірубінемії на фоні холестазу (32). З метою корекції печінкової гемодинаміки приводили ендovasкулярну емболізацію печінкової артерії спіралями Гіантурко (17). Періартеріальну невротомію (загальної печінкової артерії) і резекцію передньої пластинки печінкового сплетення (14) застосовували при порушенні внутрішньопечінкової гемодинаміки (за даними реографії) і гепатоцелюлярного метаболізму. Дренування грудної лімфатичної протоки (26), резекцію лімфатичних вузлів у воротах печінки і зв'язці (10) виконували при лімфатичній гіпертензії. При холестазі, що не купірувався, проводили декомпресію жовчних шляхів (46). Залежно від переважання зазначених порушень застосовували різні поєднання втручань.

Сорбційна детоксикація дозволяє значно і швидко знизити рівень автоімунної агресії, інтенсивність цитолізу і, тим самим, зменшити гепатоцелюлярну недостатність. Ефект сорбційної детоксикації значно зростає при проведенні УФО і лазерного опромінення крові.

Спленектомія, емболізація селезінкової артерії, втручання на нервах збільшують інтенсивність гемодинаміки печінки до 30 %. Зовнішнє дренування жовчних шляхів, як самостійне, так і в поєднанні з невректомією, знижувало рівень білірубінемії більш ніж на 40 %.

Таким чином, проведення комплексу оперативних втручань дозволяє значно швидше, ніж у хворих групи зіставлення, знизити активність (агресивність) основних патологічних процесів, що розвиваються в печінці при ХАГ, зменшити резистентність до консервативного лікування у 76 % хворих.

**В.Н. Старосек, А.К. Влахов, И.И. Фомочкин, А.Н. Скоромный,
О.В. Бобков, М.Г. Горовец**

**ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ГЕМОДИНАМИКУ И
МОРФОСТРУКТУРУ ПЕЧЕНИ, БИОХИМИЧЕСКИЕ И
ЦИТОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ТРАВМЕ ПЕЧЕНИ**

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Возможность использования методов озонотерапии в экстренной хирургии в настоящее время широко изучается. Однако исследований, посвященных изучению влияния озона (O_3) на состояние тканевой гемодинамики, кислородного режима, био- и цитохимические процессы при травме печени (ТП), в доступной литературе мы не встретили.

Цель представленной работы – изучение воздействия озонированного физиологического раствора (ОФР) 0,9 % NaCl на гемодинамику и морфоструктуру печени, уровень молекулярных продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), состояние ферментов антиоксидантной системы (АОС), активность аминотрансфераз (АлАТ, АсАТ), уровень молекул средней массы (МСМ) в крови, цитохимические показатели нейтрофильных гранулоцитов крови (активность дегидрогеназ: ЛДГ, СДГ, α -ГФДГ, Г-6-ФДГ) при экспериментальной травме печени (ЭТП) у беспородных собак. Исследуемые показатели определяли общепринятыми методами. ОФР готовили методом барботирования кислородно-озоновой смесью, полученной на озонаторе «Озон-М-5», и вводили внутривенно капельно в дозе 0,01 мг O_3 /кг массы тела в концентрации O_3 1,3-1,5 мг/л. В контрольной серии опытов вводили стандартный изотонический раствор.

Результаты наших исследований показали, что при ЭТП, сопровождающейся повреждением около 1/3 её массы, возникают выраженные сдвиги физиологических, функциональных, биохимических и морфологических параметров как органа, так и организма в целом. Уже в ближайшие часы посттравматического периода ЭТП наблюдаемое значительное уменьшение локального кровотока и стойкое выраженное падение PO_2 как в зоне травмы, так и в неповреждённых отделах печени сопровождается усугублением некробиотических процессов в зоне повреждения, дисциркуляторных и дегенеративных – в неповреждённых отделах, что подтверждено гистологическими и электронномикроскопическими исследованиями. Развиваются ишемия и гипоксия тканей органа, происходят значительная активация процессов ПОЛ и угнетение АОА с дальнейшим ростом дисбаланса в системе ПОЛ/АОС, свидетельствующие о дезадаптации эндогенных приспособительных механизмов равновесия между про- и антиоксидантными составляющими кислородного гомеостаза в условиях

травмы. Одновременно возрастает уровень эндогенной интоксикации, существенно повышается активность аминотрансфераз с низким соотношением АсАТ/АлАТ, характеризующим уровень гепатоцитоллиза. Параллельно происходит изменение активности ключевых ферментов основных путей утилизации глюкозы, обеспечивающих клетку энергией. Угнетаются пентозомонофосфатный путь и цикл Кребса (подавление активности СДГ, α -ГФДГ и Г-6-ФДГ). Дальнейшая метаболическая адаптация тканей печени к острой агрессии и гипоксии сопровождается переключением на анаэробный путь гликолиза (рост активности ЛДГ). Статистически достоверные количественные сдвиги указанных параметров косвенно характеризуют уровень нарушения энергетического метаболизма в тканях печени в условиях травмы. Показанная в наших исследованиях прямая зависимость между прогрессированием патологических сдвигов исследуемых параметров и длительностью посттравматического периода отражает особенности развития и глубину патологического процесса при ТП. Полученные на модели ЭТП результаты явились обоснованием для выработки эффективных мер коррекции патологических сдвигов как общего, так и интраоперационного тактического плана.

Результаты наших экспериментальных исследований свидетельствуют о том, что одной из таких лечебных мер, способной влиять на различные звенья развития патологического процесса при ТП, является парентеральное введение терапевтических доз озона. Введение ОФР в начале посттравматического периода оказывало отчётливое биорегуляторное действие на исследуемые параметры. В печени отмечено закономерное увеличение тканевого кровотока и повышение напряжения кислорода. На фоне продолжающейся незначительной интенсификации процессов ПОЛ происходила компенсация эндогенных резервов и адаптационно-компенсаторных реакций АОС, о чём свидетельствовали относительная стабилизация активности каталазы и СОД и оптимальный баланс системы ПОЛ/АОС – равновесие между про- и антиоксидантными составляющими кислородного гомеостаза. Нормализация последнего как один из эффектов применения O_3 является регулирующим фактором структурно-функционального состояния мембран, регулируя активность мембраностроенных ферментов. Введение O_3 нивелировало рост активности маркеров повреждения печени – АсАТ и АлАТ. Направленность изменений активности ключевых ферментов основных путей утилизации глюкозы была такой же, как и в опытах без применения O_3 , но количественные сдвиги существенно отличались от контрольных показателей в меньшую сторону. Действие O_3 при ЭТП препятствовало сдвигам в активности дегидрогеназ в нейтрофильных гранулоцитах периферической крови, оказывало стабилизирующее влияние на основные пути окисления глюкозы, сохраняя тем самым энергетический потенциал клеток. Наиболее выраженный положительный эффект в наших исследованиях при ЭТП O_3 оказывал на уровень эндотоксемии, он проявлялся в стойком снижении концентрации МСМ в сыворотке крови и сохранении этого показателя на уровне исходного.

Таким образом, полученные результаты исследований парентерального применения медицинского O_3 на модели ЭТП в раннем посттравматическом периоде позволяют использовать его в качестве патогенетически обоснованного лечебного фактора в общей схеме интенсивной терапии пострадавших с ТП.

УДК 616.36-004-089-06

**Н.В. Назаров, О.Б. Зубков, Б.В. Гречко, Ю.Н. Кошель,
А.А. Васильев**

ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ АНАСТОМОЗОВ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

ГКБ № 11, г. Одесса

В повседневной клинической практике оценка функционального состояния наложенных декомпрессивных сосудистых анастомозов у больных портальной гипертензией (ПГ) представляет значительные сложности. Для решения этой актуальной задачи нами применен метод разведения электроимпедансных индикаторов. По Сельдингеру или через большую подкожную вену бедра в бедренную вену вводится интрадьюссор с клапаном с боковым каналом для введения индикаторов. В нижнюю полую вену выше впадения печеночных вен вводится катетер с парными кольцевыми электродами (ПДЭМ-1) для измерения электрического сопротивления крови (ЭСК), регистрация которого осуществлялась с помощью реоплетизмографа РПП-203. Через боковой канал интрадьюссора импульсно вводят индикатор – 2-3 мл 7 % раствора соды и регистрируют ЭСК в нижней полой вене (ΔZ_1). После основного этапа операции – наложение сосудистого анастомоза, в одну из брыжеечных вен либо в селезенку вводят 5-10 мл индикатора, часть которого, проходя через вновь созданное соустье, вызывает изменения ЭСК в нижней полой вене (ΔZ_2). По отношению $\alpha = (\Delta Z_2 / \Delta Z_1) * (V_1 / V_2) * 100$ %, где V_1 – количество индикатора, вводимого в нижнюю полую вену, V_2 – количество индикатора, вводимого в мезентериальную систему, определяют степень разгрузки портальной системы в процентах.

Комплексные гемодинамические исследования методом РЭИ проведены у 24 больных с ПГ. У 10 диагностирована внепеченочная форма ПГ, у 14 – цирроз печени (ЦП). 6 больным выполнен селективный мезентерикокавальный анастомоз со вставкой, 3 – прямой портокавальный анастомоз (ПКА), 4 – прошивание варикозно расширенных вен пищевода, остальные лечились консервативно. У больных ЦП кровоток печени составлял $(1,5 \pm 0,2)$ л/мин, при внепеченочной форме ПГ – $(1,1 \pm 0,1)$ л/мин, после наложения анастомозов существенно не менялся. При наложении прямого ПКА отмечалось

существенное снижение общего печеночного кровотока с $(1,5 \pm 0,2)$ л/мин до $(0,9 \pm 0,1)$ л/мин. У этой же группы больных при перевязке вен пищевода отмечался рост гемодинамики с $(1,1 \pm 0,1)$ л/мин до 1,4 л/мин, что свидетельствует о степени функциональной значимости сброса крови через эту систему коллатералей. У двух пациентов зарегистрировано тромбирование анастомоза. В зависимости от выбора метода вмешательства, кровоток через вновь созданное соустье составлял от 13 до 75 % объема портальной системы. Полученные показатели коррелировали с динамикой снижения венозного давления в портальной системе и степенью редукции кровотока через пищеводные коллатерали по данным ЭФГДС. Кроме того, наличие катетера в нижней полой вене во время операции позволяет хирургу легко ориентироваться в ее анатомии, а через интрадьюссор в бедренной вене проводить послеоперационную инфузионную терапию.

Метод РЭИ у больных ПГ позволяет получить информацию о функционировании анастомозов минимального диаметра, количественно измерить степень разгрузки портальной системы как во время операции, так и в динамике.

УДК 616.36-002+616.33-005.1

**А.А. Виноградов, И.В. Андреева, В.А. Самчук, С.М. Полищук,
Е.Д. Боярчук, С.А. Некрасов, О.А. Виноградов, Н.Н. Куричая,
А.И. Чемерин**

К ВОПРОСУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Луганский государственный педагогический университет им. Тараса Шевченко

Одной из многих причин печеночной недостаточности является цирроз печени (ЦП), этиопатогенетической основой которого, по данным большинства отечественных и зарубежных исследователей, чаще бывает вирусный гепатит. За последние годы произошел резкий подъем заболеваемости вирусным гепатитом С (HVC). Прогнозы отечественных и зарубежных авторов весьма пессимистичны. Полагают, что за период 1998-2008 гг. заболеваемость HVC повысится на 92 %. Число случаев печеночной недостаточности увеличится на 102-126 %, а летальность – на 126 %. В этой связи актуальным направлением гепатологии является разработка эффективных способов лечения острой и хронической печеночной недостаточности, в частности пересадка печени.

С целью определения типичной топографии цирротических измененных участков печеночной паренхимы, сосудов секреторно-сосудистой ножки и печеночных протоков в условиях ЦП, а также, исходя из этого, уровня

резекции, авторы провели исследование на 10 препаратах печени, взятых от трупов людей, у которых прижизненно был диагностирован ЦП. По данным анамнеза, в 7 случаях причиной ЦП был вирусный гепатит (ВГ), а в 3 – хронический алкоголизм. Исследование проводили путем отдельной инъекции сосудов секреторно-сосудистой ножки и печеночных протоков 10 % раствором желатина, окрашенного черной тушью, белой и желтой гуашью. Фиксацию осуществляли в 10 % растворе нейтрального формалина, приготовленного на фосфатном буфере. Выполняли макро- и микропрепаровку элементов сосудисто-секреторной ножки и гистомикроскопическое исследование печеночных клеток и микроциркуляторного русла. Гистологические срезы толщиной 10, 20, 30 и 50 мкм изготавливали с помощью замораживающего микротом.

В результате проведенного исследования установлено, что цирротическое изменение печени имеет более или менее выраженный очаговый характер. По периферии печени процесс распространен более однородно. Однако в проекции связок по диафрагмальной поверхности печени и в приграничных зонах левой и правой долей печени изменения выражены в меньшей степени. Оказалось, что в зонах смежного кровоснабжения рядом лежащих сегментов печеночная ткань также изменена меньше. Однако эта тенденция справедлива для печени, пораженной хронической алкогольной интоксикацией. При вирусном гепатите установлена сравнительная однородность печеночной ткани во всех отделах. Однако степень выраженности процесса имела мозаичную картину, для которой характерно чередование печеночных долек с более или менее выраженными изменениями. Последнее зависело от состояния терминальных сосудов секреторно-сосудистой ножки, участвующих в формировании микроциркуляторного русла. Установлено, что при магистральной форме строения секреторно-сосудистой ножки процент пораженных печеночных долек был выше в 2-3 раза, чем в участках со смешанной формой строения, и в 3-4 раза выше, чем в участках с рассыпной. Кроме этого, на характер распространения цирротических изменений оказывала влияние продолжительность заболевания ВГ или алкоголизмом. Выявлена обратно пропорциональная зависимость степени изменения печеночной ткани от времени заболевания ВГ и прямо пропорциональная – от времени алкоголизации организма.

Согласно предварительным данным проведенного исследования печеночная ткань при ЦП вирусной этиологии имеет тенденцию к восстановлению. Поэтому мы полагаем, что трансплантация печени не может быть абсолютным показанием при лечении печеночной недостаточности. В этой связи, по-видимому, целесообразна имплантация печеночных клеток, выращенных из клеток самого больного. Такую имплантацию целесообразно осуществлять в зонах с рассыпной формой строения секреторно-сосудистой ножки в качестве самостоятельной операции или в сочетании с частичной резекцией печени или ее доли.

О.Л. Ткачук

ПРОФІЛАКТИКА ПЕЧІНКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ПРИ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ТРИВАЛИХ МЕХАНІЧНИХ ЖОВТЯНИЦЬ

Івано-Франківська державна медична академія

Вступ. Результати хірургічного лікування довготривалих жовтяниць не завжди є задовільними. Збільшення тривалості холестазу веде до прогресивного зростання частоти ускладнень і летальності. Часто хворі, стан яких до операції був відносно компенсованим, після операції виявляють клінічні ознаки наростаючої гепатоцелюлярної недостатності.

Досвід практичних хірургів та наукові дослідження показують, що після хірургічного лікування тривалої механічної жовтяниці закономірно спостерігається погіршення загального стану хворих у ранній післяопераційний період. Причиною цього є не лише фактор операційної травми, але, головним чином, ті морфологічні та функціональні зміни, які відбуваються у печінці внаслідок біліарної декомпресії. Синдром біліарної декомпресії (СБД) описаний, але вивчений недостатньо. Клінічні спостереження та експериментальні дослідження до цього часу не дали однозначного пояснення, що лежить у природі даного клінічного явища.

Узагальнення результатів досліджень різних авторів дозволяє виділити три основні теорії патогенезу СБД:

- теорія гідравлічного ушкодження паренхіми печінки, деструкції структури печінкових балок, що призводить до некрозу частини гепатоцитів);
- теорія “залипання” дрібних жовчних проток внаслідок декомпресії, що сприяє підтриманню холангіту в післяопераційний період;
- інтоксикаційна теорія, що пояснює погіршення стану хворих викидом токсичних продуктів у кров внаслідок посилення кровотоку в печінці.

Попри численні дослідження змін печінкового кровотоку і його експериментальної корекції при обтураційних жовтяницях та цирозах печінки, ми не знайшли досліджень, які б пов'язали СБД і явища реперфузії паренхіми печінки внаслідок зменшення периферичного судинного опору після хірургічної ліквідації жовчної гіпертензії. Водночас було б природним пов'язати ці клінічні синдроми і розглядати холестаз та наступну декомпресію як ішемічно-реперфузійний синдром з пошкодженням паренхіми внаслідок оксидантного стресу, активації ПОЛ з подальшим розвитком гепатоцелюлярної недостатності. Такий підхід дає змогу розробити засоби профілактики СБД, удосконалити хірургічну тактику при механічних жовтяницях, знизити кількість ускладнень і летальних випадків після хірургічного лікування хворих з тривалим підпечінковим холестазом.

Мета дослідження. Розробити патогенетично обґрунтоване комплексне хірургічне лікування тривалих механічних жовтяниць.

Результати досліджень. Основним напрямком профілактики СБД ми вважаємо повільний темп декомпресії жовчних шляхів, що досягається застосуванням передопераційної пункційної холангіостомії у хворих, яким планується формування білодигестивного анастомозу, а також використанням антигравітаційної дренажної системи власної конструкції при операціях зовнішнього дренирування холедоха. Додатково до цього застосовуємо антиоксидантну терапію препаратами ліпоевої кислоти (Берлітiон®) в комплексі з детоксикацією та корекцією метаболізму. З метою регіонарної інфузії гепатопротекторних препаратів застосовуємо катетеризацію порталльної венозної системи печінки через бужування пупкової вени або введення катетера у вени великого сальника.

Порівняння показників цитолітичного синдрому, продукції маркерів перекисного окиснення ліпідів та середньомолекулярних пептидів у дослідній (85 хворих) та контрольній (20 хворих) групах підтверджує переваги обраної схеми лікування даного контингенту хворих. Динаміка клінічних показників, зокрема летальності та тривалості післяопераційного лікування, також має виражену тенденцію до покращання.

Таким чином, проведені дослідження підтверджують ключову роль ішемічно-реперфузійного компонента у розвитку синдрому білярної декомпресії. Патогенетичний підхід до лікування тривалих механічних жовтяниць вимагає комплексного застосування хірургічних та нехірургічних засобів спрямованих на обмеження шкідливого впливу коливань паренхіматозного тиску та судинного опору після виконання хірургічного дренирування жовчних шляхів.

УДК 616.36-089

А.С. Никоненко, А.А. Ковалев, К.А. Ковалев

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА

Запорожский государственный медицинский университет

Синдром порталльной гипертензии (ПГ) имеет клиническое значение только при наличии варикозно расширенных вен (ВРВ) пищевода. Поскольку кровотечение из этих вен сопровождается высокой летальностью, частыми рецидивами, прогрессированием печеночной недостаточности и сокращает ожидаемую продолжительность жизни больных, основной задачей при лечении синдрома ПГ является профилактика первого пищеводного кровотечения (первичная профилактика), а также профилактика его рецидива (вторичная профилактика).

На показания к операции и выбор способа хирургического вмешательства влияет степень гепатоцеллюлярной и полиорганной недостаточности, которые в той или иной мере всегда присутствует при данной патологии.

Целью исследования было разработать показания и изучить результаты хирургической профилактики кровотечения из ВРВ пищевода в зависимости от степени гепатоцеллюлярной недостаточности и внепеченочных осложнений у больных с синдромом портальной гипертензии.

Материалы и методы. Было обследовано 87 пациентов с синдромом ПГ (43 мужчины и 44 женщины) в возрасте от 14 до 65 лет, которые находились на лечении в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета на протяжении 1984-2001 гг. У 61 больного причиной формирования ВРВ пищевода был цирроз печени, у 24 наблюдали допеченочную форму ПГ, у 2 – синдром Бадда-Хиари. Пищеводное кровотечение различной степени тяжести (от 1 до 3 эпизодов) в анамнезе имели 32 (36,7 %) больных. Хирургическая профилактика кровотечения выполнена у 18 больных.

С целью профилактики кровотечения у 13 больных с нарушением печеночно-клеточных функций, соответствующих классу А и В по Child (группа №1), выполняли операцию порто-системного шунтирования (у 3 больных в качестве первичной профилактики, у 10 – в качестве профилактики рецидива кровотечения). У 7 больных этой группы был наложен дистальный венозный сплено-ренальный анастомоз (ДСРА), у 2 – Н-образный сплено-ренальный анастомоз с использованием протеза Gore-Tex диаметром 0,8 см (Н-СРА), у 4 – Н-образный сплено-ренальный анастомоз с использованием центральной вены левого надпочечника по разработанной в клинике методике.

У 5 больных циррозом печени, портальной гипертензией и декомпенсацией печеночно-клеточных функций (стадия С по Child) выполнена ортотопическая трансплантация печени (ОТП) – группа № 2. 3 больных этой группы имели в анамнезе кровотечение из ВРВ пищевода, у 2 больных анамнеза пищеводного кровотечения не было. В настоящее исследование не включены 3 больных с первичной гепатоцеллюлярной карциномой печени без признаков портальной гипертензии, которым также была выполнена ОТП.

Результаты. В группе больных, перенесших селективное портосистемное шунтирование, в раннем послеоперационном периоде умерло 3 больных (23,1 %) – все после наложения ДСРА. Рецидив пищеводного кровотечения в раннем или отдаленном послеоперационном периоде наступил у 3 (у 2 после ДСРА, у 1 – после Н-образного шунтирования протезом Gore-Tex). Осложнений после наложения Н-образного сплено-супрарено-ренального анастомоза не наблюдали. 1-годичная выживаемость в этой группе больных составила 69,2 % (9 больных). В настоящее время живы 6 (из них 1 живет более 15 лет). Судьба двоих неизвестна. Причиной смерти больных в отдаленном послеоперационном периоде была печеночно-клеточная недостаточность в связи с прогрессированием цирроза печени.

В группе больных, перенесших операцию ОТП, в раннем послеоперационном периоде умерли 2 (у 1 причиной смерти была полиорганная недостаточность в результате кровотечения и синдрома первично-нефункционирующего трансплантата, у 1 – массивная воздушная эмболия сосудов головного мозга). Оба летальных исхода являлись следствием ятрогенных осложнений. Ранний послеоперационный период у остальных 3 больных, перенесших ОТП, протекал без существенных осложнений. У этих реципиентов была достигнута хорошая медицинская и социальная реабилитация. В последующем, через 3 года, 1 реципиент умер от алкоголизма и диссеминированного туберкулеза. Функция печеночного трансплантата у него нарушена не была. 2 реципиента в настоящее время живы (сроки наблюдения – более 3 лет). Признаков печеночной недостаточности и портальной гипертензии у них нет, социально реабилитированы.

Обсуждение. Кровотечение из ВРВ пищевода является частым осложнением синдрома портальной гипертензии с неблагоприятным ближайшим и отдаленным прогнозом. Летальность при 1-м кровотечении может превышать 50 %, рецидивы кровотечения наблюдаются более чем в 45 %. Негативные последствия кровотечения из вен пищевода заключаются в прогрессировании печеночно-клеточной недостаточности и развитии различных внепеченочных осложнений, что сокращает ожидаемую продолжительность жизни больных при естественном течении цирроза примерно с 15 до 5 лет.

Необходимость хирургической профилактики рецидива после первого эпизода пищевода кровотечения не вызывает сомнений. При обсуждении показаний к первичной профилактике (т.е. профилактике первого кровотечения) следует принимать во внимание многие факторы, а именно: (1) степень увеличения и внешний вид варикозных узлов в пищеводе и в области дна желудка (эндоскопические критерии неустойчивого гемостаза), (2) уровень повышения давления в воротной вене (что в клинических условиях очень сложно), (3) стадию гепатоцеллюлярной недостаточности по классификации Child, (4) наличие внепеченочных осложнений цирроза (таких, как почечная недостаточность, портосистемная энцефалопатия, асцит, спонтанный бактериальный перитонит), (5) развитие гепатоцеллюлярной карциномы (цирроз-рак).

Наиболее эффективным методом хирургической профилактики пищевода кровотечения признано селективное портосистемное шунтирование, однако эта операция применима только у пациентов с сохраненной гепатоцеллюлярной функцией (классы А и В по Child). Отрицательными свойствами портосистемного шунта являются ухудшение портального кровотока, прогрессирование хронической печеночной недостаточности и развитие портосистемной (шунтовой) энцефалопатии.

У больных с декомпенсированными печеночно-клеточными функциями (класс С по Child) и наличием прогрессирующих внепеченочных осложнений цирроза единственно возможной операцией, радикально нормализующей метаболические и гемодинамические расстройства, является такая операция, как трансплантация печени.

В.К. Рыжков, В.А. Кащенко, Д.В. Распереза, А.В. Карев

КОНЦЕПЦИЯ ИНТЕНСИВНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЕ ПРИ ВАРИКОЗНО-ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

Эндоскопическое лечение при портальной гипертензии представляет собой механизм достижения важной стратегической цели – ликвидации потенциально опасных источников кровотечения. Существуют различные тактические подходы при планировании лечебной эндоскопической программы. Одни авторы продолжают отстаивать исключительно интравазальную технику склеротерапии. При этом наиболее важное значение придают поочередному склерозированию венозных стволов, подчеркивая недопустимость одновременного “выключения” всех венозных пищеводных магистралей. Одним из вариантов подобной тактики является так называемая “точечная склеротерапия”, заключающаяся в остановке кровотечения путем введения склерозанта на ограниченном участке с источником геморрагии. Однако подобный подход, несомненно увеличивающий частоту достижения гемостаза, по сравнению с консервативными мероприятиями характеризуется высокой частотой рецидивов кровотечения как из прежнего, так и из других источников. Другая тактическая концепция эндоскопического лечения связана со стремлением осуществить как можно более раннее воздействие на большей площади пищевода и кардии, “несущей” большинство потенциальных источников кровотечения. Мы называем подобный подход интенсивным эндоскопическим лечением (ИЭЛ).

Целью работы явилась оценка эффективности ИЭЛ в профилактике и лечении кровотечений портального генеза. Проанализированы результаты лечения и обследования 96 больных с синдромом портальной гипертензии (42 женщины, 54 мужчины, средний возраст 51 год). У 84 человек портальная гипертензия была обусловлена циррозом печени, у 12 – внепечёночным портальным блоком. В соответствии с классификацией Child, 4 пациента отнесены к функциональной группе Child A, 57 – Child B и 35 – Child C. ИЭЛ включало два основных метода и их сочетание – склеротерапию и лигирование. В ходе ИЭЛ стремились осуществить как можно более раннее воздействие на большей площади пищевода и кардии, “несущей” все потенциальные источники кровотечения. Решение данной задачи начинали с процедуры эндоскопического лигирования. Использовали от 8 до 12 лигатур. В дальнейшем проводили сеансы (интра- и паравазальной) склеротерапии в объеме от 20 до 35 мл за процедуру. Вне зависимости от локализации источника кровотечения выполняли полный объем сеанса ИЭЛ. Одному пациенту выполняли от 3 до 6 сеансов до достижения эффекта эрадикации или исчезновения эндоскопических факторов риска (F_{0-1} , RWM-).

ИЭЛ использовали у 72 пациентов, поступивших в экстренном порядке. В соответствии с классификацией Child 39 пациентов отнесены к функциональной группе Child B и 33 – Child C. У 24 больных использовали только сеансы эндоскопической склеротерапии, у 48 больных первые сеансы были представлены процедурой лигирования.

Общая частота рецидива кровотечения в течение 1 года во всей группе составила 25 %. В группе изолированной склеротерапии показатель оказался 42 %, а в случае комбинированного лечения (лигирование и склеротерапия) – 17 % ($p < 0,05$). Рецидив геморрагии чаще наблюдали в течение первых 3 месяцев от начала лечения и у больных функциональной группы Child C. Источником рецидива кровотечения в 67 % явились ВРВ кардиального отдела желудка. При возникновении рецидива из кардиальных вариксов у больных функциональной группы Child B ставили показания к оперативному или эндоваскулярному лечению (трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование TIPS – 3, чрескожная чреспеченочная эмболизация вен желудка – 2, операция Таннера-Пацiorы – 1, транссекция пищевода и деваскуляризация кардиального отдела желудка – 1). У больных группы Child C продолжали эндоскопическое лечение (точечная склеротерапия, введение цианокрилатов) или использовали зонд обтуратор Блекмора.

В плановом порядке ИЭЛ проведено 91 пациенту с целью уменьшения угрозы рецидива кровотечения. До проведения эндоскопического лечения все пациенты перенесли пищеводно-желудочное кровотечение в других стационарах города.

В течение 1 года частота рецидива кровотечения во всей группе составила 24 %, при сочетании лигирования и склеротерапии – 12 %. У большинства пациентов рецидив развился в ранние сроки лечения (в течение 3 месяцев), когда эффект эррадикации вен ещё не был достигнут.

При возникновении рецидива из кардиальных вариксов ставили показания к эндоваскулярному и оперативному лечению. Эндоваскулярные вмешательства выполнены у 14 больных: трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS) – у 6, чрескожная чреспеченочная эмболизация вен желудка – у 1. У двух пациентов сформирован дистальный спленоренальный анастомоз, у одного больного – мезентерикокавальный шунт.

Выживаемость пациентов в течение 6 месяцев составила 88,2 % и в значительной степени зависела от функциональной группы по Child (Child B – 94 %, Child C – 62 %).

Таким образом, лечебный эндоскопический подход является важным элементом в комплексной мультимодальной программе профилактики и лечения кровотечений портального генеза. Необходимы дальнейшие исследования для сравнения ИЭЛ с другими методами лечения данной категории больных.

П.К. Холматов, Н.У. Усманов, В.Ш. Шарипов

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ВАРИКОЗНЫХ ВЕН ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ЦИРРОЗЕ ПЕЧЕНИ

Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе

В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ с 1991 по 1999 г. находились на лечении 86 больных с декомпенсированным циррозом печени (ЦП), осложненным острым пищеводно-желудочным кровотечением (ОПЖК). Летальность составила 40 %. За период с 1991 по 1999 г. (36 наблюдений) летальность удалось снизить до 26 % за счет совершенствования тактики и использования новых методик лечения. Скрининговым методом диагностики в ургентной ситуации по-прежнему остается ЭГДС, на основании которой верифицируется диагноз, определяется тактика. В комплексе консервативных мероприятий с 1993 г. применяем сандостатин (12 наблюдений). Наиболее эффективным способом введения препарата является интранодулярная эндолимфатическая инфузия через лимфоузел поверхностного пахового коллектора (уменьшение кратности инъекций, дозировки, сохранение терапевтической концентрации препарата в течение 24-72 ч). Эндоскопические способы гемостаза (интравенное введение склерозирующих препаратов, электрокоагуляция, паравазальное инъекционное введение коагулянтов, ангиотензоров) применяли в 18 случаях. Остановить геморрагию удалось в 82 % наблюдений, при этом устойчивый гемостаз достигнут в 65 %. Перспективы и тактика дальнейшего лечения определялись на основании комплексной оценки выраженности синдромов цитолиза, белковой недостаточности, холестаза и мезенхимального воспаления. Расчет суммарного индекса функции печени S позволял определить степень гепатаргии (прогностический ориентир переносимости фактора наркозно-хирургической агрессии). 80 % пациентов отнесены к категории С по Чайлд-Туркотэ.

Неэффективность консервативного лечения, рецидив кровотечения определяли показания к экстренной операции. Мы стремились избежать выполнения травматичных вмешательств, сопряженных с лапаротомией и прошиванием кровоточащих сосудов. Высокая летальность (80 %) объясняется развитием необратимых явлений гепатоцеллюлярной недостаточности в раннем послеоперационном периоде. При ОПЖК имеется крайне низкий уровень переносимости инвазивных способов гемостаза.

Разработка теории портально-лимфатической гипертензии (Д.Л. Пиковский, Б.В. Алексеев, 1982), широкое внедрение в клиническую практику вмешательств на грудном лимфатическом протоке (ГЛП) позволили расширить арсенал операций в комплексном лечении ОПЖК. С целью снижения

давлення в порталній системі застосовували зовнішнє або внутрішнє дренирування ГЛП (9 спостережень). Зупинки ОПЖК вдалося досягти в 78 % спостережень за допомогою корекції лімфатичного компонента гіпертензії. Для значущого числа пацієнтів такої способ хірургічної корекції був єдиним можливим через крайню тяжкість стану. Після купірування ОПЖК, досягнення максимально можливої компенсації функції печінки і придушення активності цирротичного процесу визначали необхідність наступного етапу хірургічної корекції порушень порто-печінкового кровообігу (селективні декомпресійні порто-кавальні анастомози) в плановому порядку.

Таким чином, широке використання ендоскопічних методів досягнення гемостазу і можливостей сучасної фармакотерапії (сандостатин), позитивні аспекти ендолімфатичного введення препаратів і застосування патогенетично обґрунтованих малоінвазивних операцій на ГЛП дозволяють покращити безпосередні результати комплексного лікування ОПЖК з варикозних вен у хворих з декомпенсованим ЦП.

УДК: 616.36-001-089.168.1-06-084

А.Г. Іфтодій, В.П. Польовий, В.К. Гродецький

ПОПЕРЕДЖЕННЯ РАНИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКОПЛЕНЬ ПРИ ТРАВМАХ ПЕЧІНКИ

Буковинська державна медична академія, м. Чернівці

У зв'язку із зростанням у світі кількості технічних засобів і збільшенням внаслідок цього числа пошкоджень різного характеру, травми печінки займають одне з провідних місць у невідкладній хірургії. В загальній структурі вони складають 8,2-21,8 % пошкоджень органів черевної порожнини і супроводжуються, залежно від супровідних травм, летальністю до 80 % пацієнтів (А.Е. Романенко, 1985). Враховуючи наявність у таких хворих супутніх пошкоджень інших органів і систем, післяопераційні ускладнення у них сягають від 8-12 до 84,6 % випадків, що, безумовно, погіршує результати хірургічного лікування даної категорії хворих. Частота гнійних ускладнень після ушивання травм печінки, не має тенденції до зниження. Лікування цих ускладнень викликає значні труднощі і не завжди завершується успішно (В.А. Вишневічкий і соавт., 1993).

Антибіотикопрофілактика є одним із важливих компонентів комплексного лікування хворих із травматичними пошкодженнями печінки. Однак при травмах печінки для профілактики гнійно-септичних ускладнень антибіотикотерапія не завжди ефективна, враховуючи збільшення числа таких хворих (М.Ю. Нічитайло і співавт., 1999).

Результати лікування хворих із закритою травмою печінки залежать від важкості пошкодження, своєчасності діагностики, термінів виконання оперативних втручань, методики зупинки кровотечі та зашивання ран. Особливий вплив на перебіг післяопераційного періоду мають види швів ран печінки та вибір шовного матеріалу.

У структурі післяопераційних ускладнень близько 30 % становлять ускладнення гнійно-запального характеру, пов'язані з шовним матеріалом. Присутність мікробного фактора в зоні швів печінки збільшує ступінь запальної реакції тканини печінки, що призводить до погіршення її репаративних процесів (В.С. Качурин и соавт., 1991). З іншого боку, наявність нерозсмоктувального шовного матеріалу створює додаткове джерело хронічного запалення. Взаємодія цих факторів значно послаблює біологічну герметичність і механічну міцність швів. Наслідком цього є неспроможність швів на фоні гнійно-запальних ускладнень, утворення спайкового процесу (А.П. Власов, 1991).

Нами проведені експериментальні дослідження з вивчення адаптаційних змін регенерації травми печінки та динаміки мікробної контамінації в зоні зашивання травматичної рани печінки залежно від виду швів та шовного матеріалу. Апробація антимікробних полімерних розсмоктувальних матеріалів (полісорб, вікріл, дексон, біосин, монокріл, софсилк, седжигат, макромед МГ та ін.) в експерименті (10 безпородних собак) проведена при чистих, умовно-чистих та бактеріально забруднених оперативних втручаннях, забрудненість яких викликали 1 % зависом автокалу (контрольну групу склали 5 собак, яким рани печінки ушивали кетгуттом на такому ж фоні забруднення). Як наслідок, в основній групі, де застосовувались для ушивання рани печінки нитки "Капромед" МГ в поєднанні з гальванізацією зони печінки, післяопераційні гнійно-запальні ускладнення не спостерігались (контроль проводився шляхом релaparотомії на 5 добу післяопераційного періоду). В контрольній групі виявлені гнійні ускладнення ранової поверхні печінки у двох собак (40 %).

За останні 6 років у хірургічному відділенні № 1 Чернівецької лікарні швидкої медичної допомоги лікувалось 78 хворих з різними пошкодженнями печінки, які підлягали оперативному лікуванню. З них 17 – жінок і 62 чоловіки. Для встановлення діагнозу використовувались інструментальні методи – рентгенографія, лапароцентез, лапароскопія, ультразвукова діагностика, а також біохімічне дослідження крові (відмічено підвищення активності трансаміназ, що вказує на пошкодження печінки, оскільки при пошкодженні інших органів черевної порожнини їх активність відповідає показникам норми (А.А. Шалимов и соавт., 1993)).

Усім хворим виконана термінова лапаротомія з верхньо-серединного доступу. Для ушивання ран печінки використовували атравматичні шовні матеріали на основі полігліколевої кислоти типу Кехон, ЕТНІСкN, VICRIL.

При глибоких ранах печінки операція полягала в дренажуванні дна рани печінки латексною багатоканальною дренажною трубкою, над якою проводилось ушивання рани традиційними швами. При ранах, локалізованих на діафрагмальній

поверхні печінки операцію завершували передньою або задньою гепатопексією з подальшим широким дрениванням над- і підпечінкового простору без укривання лінії швів автотканинами. Всім хворим в ранній післяопераційний період проводили гальванізацію зони печінки густиною струму $0,05 \text{ мА/см}^2$ протягом 60 хв впродовж 5-7 днів.

У післяопераційний період виникли наступні ускладнення: печінкова недостатність – 2 випадки, жовчний перитоніт – 1, вторинна кровотеча – 1, абсцеси печінки та піддіафрагмального простору – 3, реактивний плеврит – 4.

Таким чином, при пошкодженнях печінки з розривом її паренхіми комплекс заходів, які включають в себе дренивання глибоких ран печінки латексними дренажами, гальванізація зони печінки щільністю електричного поля постійного струму $0,05 \text{ мА/см}^2$ протягом 60 хвилин, а також використання сучасного атравматичного, антимікробного шовного матеріалу, сприяють швидшому загоєнню ранової поверхні печінки і зменшенню кількості післяопераційних ускладнень.

УДК-616.33-005.1

В.П. Земляной, Е.Н. Виноградова, Н.Н. Свистунов, С.А. Аяганов

ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХЕ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

В течение последних лет отмечается рост заболеваемости желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и опухолями панкреатодуоденальной зоны, проявляющимися желтухой на фоне непрерывного роста числа больных вирусными гепатитами (ВГ). Растет и число хирургических заболеваний панкреатодуоденальной зоны у больных ВГ, частота которых составляет до 24 %.

Дифференциальная диагностика механической желтухи (МЖ) и ВГ остается трудной задачей, особенно в случаях, когда МЖ развивается без болевого синдрома. Диагностика МЖ у больных ВГ становится еще более сложной задачей. В доступной нам литературе мы не смогли найти достаточного освещения данного вопроса.

Изучены клинико-anamnestические и лабораторные данные у 202 больных желтухой: у 27 с холестатическим вариантом течения ВГ В и С (1 группа), у 136 человек с МЖ (2 группа) и у 39 человек с МЖ развившейся на фоне хронического ВГ (3 группа). В дальнейшем при сравнении клинической картины холестатической формы ВГ и МЖ 2 и 3 группы были объединены и составили 4 группу.

Для определения диагностической ценности полученных данных был применен анализ, основанный на непараметрических методах оценки, который

позволяет обнаружить существенные различия, когда критерий t их не выявляет.

Была разработана диагностическая таблица, включающая 22 из изученных показателей, по которым производилась дифференциальная диагностика желтухи, и дана характеристика их информативности в виде диагностических баллов (ДБ). Для каждого показателя весь ряд значений был разделен на диапазоны с целью определения их диагностической значимости.

Вероятность патологического состояния у каждого больного определялась суммой ДБ (СДБ). Полученная сумма со знаком (-) или (+) отражала вероятность течения патологического процесса у данного пациента.

Были рассчитаны СДБ для всех больных 1 группы и для 40 больных (случайная выборка) из 4 группы, которые составили соответственно, в 1 группе $(32,4 \pm 14,6)$, а в 4-й $(29,6 \pm 12,5)$ ($p < 0,00001$). Максимальное значение в 4 группе было равно -2 , тогда как минимальное значение для 1 группы составило $+2$. Таким образом, значения СДБ, расположенных в диапазоне от -54 до -2 с почти 100 % вероятностью соответствовали диагнозу МЖ, а значения в диапазоне от $+2$ до $+71$ с такой же вероятностью свидетельствовали о ВГ. Причем принадлежность больного к той или иной группе была тем выше, чем далее от нулевого значения находилась СДБ. 95 % всех значений СДБ в 1 группы находились в диапазоне от $+3$ и более, для 4 группы от -7 и меньше.

На этой основе был разработан алгоритм дифференциальной диагностики желтухи.

У всех пациентов с холестатическим синдромом неясной этиологии вычислялся СДБ с помощью диагностической таблицы. При значении СДБ $\leq +10$ считали, что вероятность МЖ достаточно высока, и дальнейший диагностический поиск был направлен на определение билиарной гипертензии с помощью инструментальных методов исследования. При значении СДБ ≥ 10 полагали, что высока вероятность ВГ и дальнейшее обследование было направлено, в первую очередь, на определение маркеров ВГ с помощью иммуноферментного анализа.

Разработанный алгоритм был использован в процессе дифференциальной диагностики у 106 больных с желтухой. Среди них было 80 женщин и 26 мужчин в возрасте от 16 до 91 года ($67,3 \pm 15,2$).

Всем больным рассчитывался СДБ по диагностической таблице. У 4 (3,8 %) СДБ оказался выше 0 ($+6, +13, +23, +38$). У этих пациентов был заподозрен ВГ. При серологическом исследовании у 3 был выявлен HbsAg, что подтвердило диагноз ВГ. У одного больного была диагностирована МЖ (СДБ $+6$).

У 102 (96,2 %) больных СДБ был отрицательным и находился в пределах от -72 до -7 , в среднем $(-43,5 \pm 12,8)$. При дальнейшем обследовании у 101 больного была выявлена билиарная гипертензия, что подтвердило диагноз МЖ. Из этого числа пациентов у 3 наблюдался сопутствующий хронический ВГ В (СДБ составил $-56, -44$ и -33), у 1 обнаружен хронический активный ВГ С (-7). И лишь у 1 больного с отрицательным значением СДБ констатирован только ВГ.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность разработанного диагностического алгоритма выявления МЖ, протекающей на фоне острого ВГ.

УДК 616.366-3.7-06-002-008.5-08:615.35+

Г.Ж. Капанова, К.К. Амантаева

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕЧЕНОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы

Рост числа больных осложненными формами желчнокаменной болезни и неудовлетворительность результатами ее хирургического лечения определяют актуальность данной проблемы. Одной из причин, омрачающей результаты хирургического лечения является печеночная недостаточность, развивающаяся в послеоперационном периоде, несмотря на проводимую декомпрессию желчевыводящих путей. В этом плане актуальна разработка оптимальных и наиболее приемлемых методических подходов к решению вопросов комплексного лечения механической желтухи доброкачественного генеза. Для профилактики печеночной недостаточности всем испытуемым больным в комплексном лечении применялась низкочастотная лазерная терапия в красном диапазоне спектра при помощи установки "Галомед" с длиной волны 0,632 мкм, мощностью 20 мВт, частотой 150 Гц по 15 минут ежедневно с момента поступления в стационар чрескожно на область печени. В послеоперационном периоде в течение 10-12 суток лазерная терапия проводилась 3-м группам больных, каждая из которых составляла 25 пациентов из числа оперированных больных. Хирургическое вмешательство проводилось различными методами, задачей его была адекватная декомпрессия желчевыводящих путей. Лазерную терапию проводили тремя способами: внутривенно на аппарате "АЛОК" при помощи специальных апиrogenных световодов, вводимых в обычную иглу для внутривенных вливаний; эндохоледохоэально при помощи специального проводника, вводимого в дренаж холедоха, интраумбиликально.

Результаты эффективности лазерной терапии оценивали по характеру и длительности течения раннего послеоперационного периода, наличию осложнений, изменениям биохимических и иммунологических показателей крови. Оценивая результаты послеоперационных осложнений надо отметить, что в основной группе (без лазерной терапии) осложнений было больше, чем в контрольной (23,2 % против 14,1 %). Анализ биохимических показателей показал, что в группе сравнения, независимо от вида оперативного вмешательства показатели общего билирубина нормализовывались к 11-13 суткам.

Дисбаланс белковых фракций сохранялся и выглядел следующим образом: альфа-2-глобулины (11-12,45 %), бета-глобулины (11,57-14,73 %), гамма-глобулины – (15,43-23,56 %). Альбумины варьировали в пределах от 47 до 56 %. После интенсивной послеоперационной терапии показатели белковых фракций нормализовались, однако у больных, оперированных позже 7 суток с момента поступления, – они оставались выше нормы. Активность щелочной фосфатазы и фибринолитической активности нормализовалась к 10 суткам. В группах с лазерной терапией до операции биохимические показатели находились в одинаковых пределах с группой контроля, однако после операции показатели протромбинового индекса и щелочной фосфатазы снижались быстрее и варьировали в пределах нормы уже к 5-6 дню, особенно при эндохоледохеальной и интраумбиликальной лазерной терапии. Показатели аминотрансфераз и билирубина нормализовались к 7-8 дню по сравнению с контрольной группой (10-11 сутки).

Параллельное изучение функциональной активности системных макрофагов по данным стимулированного и спонтанного теста восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-теста) до операции в испытуемых группах не имела достоверных различий ($p > 0,05$). Однако при обследовании индекса стимуляции (ИС) после операции выявлено, что у больных с тяжелым течением послеоперационного периода ИС была вдвое ниже, чем у пациентов с гладким течением (0,22+0,04 против 0,43+0,05), в группах с лазерной терапией разница в 1,3 раза (0,19 против 0,32+0,05). Различия достоверны ($p < 0,05$). Данный факт свидетельствует, что уже до операции у больных со стандартным лечением имело место снижение резервных возможностей циркулирующих фагоцитов. После операции угнетение усиливается в связи с основным заболеванием, операционной травмой, наркозом, однако в группах с лазерной терапией угнетение менее глубокое и с положительной динамикой снижения билирубина, сопровождалось активацией фагоцитов под действием лазерной терапии.

Таким образом, в прогностическом плане большую значимость представляют не отдельные показатели спонтанного и стимулированного НСТ-теста, а показатель ИС, отражающий резервные возможности фагоцитарной системы.

Полученные результаты исследований указывают на целесообразность использования НСТ-теста для прогнозирования течения желчнокаменной болезни. Нами установлена высокая эффективность низкочастотной лазерной терапии, проявляющаяся уменьшением прогрессирования деструктивных процессов в печени у больных механической желтухой литогенной этиологии, быстрой нормализацией состояния больных и показателей функциональной активности печени. Трансумбиликальная и эндохоледо-хеальная лазерная терапия за счет прямого воздействия на печеночную ткань и внутрисосудистое лазерное облучение вследствие стимуляции иммунокомпетентных клеток являются наиболее эффективными методами для профилактики развития послеоперационных гнойных осложнений и развития печеночной недостаточности.

А.Н. Ниязметов**ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО ФАКТОРА ПРИ ЦИРРОЗЕ
ПЕЧЕНИ, ОСЛОЖНЕННОМ ПИЩЕВОДНЫМ
КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

*Хорезмский областной филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи (РНЦЭМП), г. Ургенч, Республика Узбекистан*

Целью нашего исследования является изучение в экологически неблагоприятных условиях в зоне Приаралья (в частности, по Хорезмской области) причины циррозов печени, осложненных пищеводным кровотечением.

Мы установили, что за последние 10 лет уровень заболеваемости инфекционным гепатитом заметно снизился по сравнению с 1975-1989 гг., однако следует отметить, что заболеваемость хроническим гепатитом за 5 лет 1985-1989 гг. имеет тенденции к повышению. В 1990 году зарегистрировано 1840 больных с хроническим гепатитом, а в 1999 г. – 3364. Цирроз печени можно определить как прогрессирующее или, реже, непрогрессирующее диффузно-хроническое полиэтиологическое заболевание печени, которое является конечной стадией развития неблагоприятно протекающих форм хронического гепатита, следствием затруднения оттока желчи или крови из печени или генетически обусловленных метаболических дефектов и характеризуется значительным уменьшением массы функционирующих клеток печени, резко выраженной фиброзирующей реакцией, перестройкой структуры паренхимы и сосудистой сети печени. Кровотечение возникает в периоде портального гипертонического криза, когда внезапно нарастание портального давления вызывает разрыв аневризматически расширенной пищеводной или реже желудочной вены с атрофированным эластическим каркасом. Вероятность кровотечения тем выше, чем больше размеры варикозных узлов.

Таким образом, для клинициста в свете новейших открытий в гепатологии наиболее важна возможность дифференцированного этиологического подхода к диагностике и лечению хронических гепатопатий, несмотря на подчас значительную однотипность основных патологических реакций печени при поражениях самой различной этиологии.

О.В. Кравченко, О.Н. Дорошенко, О.В. Зінченко, Г.Ю. Бука

ТОНКОГОЛКОВАПУНКЦІЯГІДРОФІЛЬНИХУТВОРІВ ПЕЧІНКИТАПІДШЛУНКОВОЇЗАЛОЗИПІДКОНТРОЛЕМ СОНОГРАФІЇ

*Луганський державний медичний університет,
Луганська обласна клінічна лікарня*

Серед малоінвазивних технологій в системі надання допомоги хворим із патологією печінки, жовчних шляхів і підшлункової залози особливе місце займають черезшкірні пункційні втручання під ультразвуковим контролем. Інтервенційна сонографія дозволяє визначити остаточні результати лікування, підтримувати низькі цифри летальності й ускладнень, властивих малоінвазивним операціям. Ультразвукові дослідження з набуттям досвіду розширили свої можливості відносно діагностики та обсягів оперативних втручань.

Протягом останнього часу спостерігається тенденція до зростання числа гідрофільних утворів (ГУ) печінки та підшлункової залози. Це обумовлено широким впровадженням в клінічну практику сонографічних методів візуалізації, а також майже 100 % скринінгу населення. Завдяки використанню сонографії у лікуванні ГУ певне місце посіли малоінвазивні методи пункції та дренивання.

Втручання проводилися під контролем сонографа "Combison-320-5" із використанням пункційного адаптера і методу "free hand". Всі маніпуляції виконувалися під місцевою анестезією розчинами новокаїну або лідокаїну.

Кісти печінки непаразитарного генезу діагностовано у 18 хворих (більшість жінки – 15, середній вік – від 24 до 75 років). Характерними ознаками кіст були такі сонографічні ознаки: наявність ехонегативного утвору з чіткими, рівними контурами, тонкою стінкою, відсутність внутрішніх відображень. Діаметр кіст становив від 4 до 9 см. Всі кісти пунктовані, кількість пункцій становила від 1 до 4 на кожну з інтервалом 2-3 доби без постійного дренивання. Об'єм отриманої рідини становив від 10 до 350 мл. В одному випадку з порожнини кісти було одержано жовч (що розцінювалось як протокова кіста), в інших – аспіровану прозору серозну рідину. В 6 випадках після евакуації рідини вона більше не накопичувалася, при контрольній сонографії через 1 місяць ГУ в печінці не було. В 12 випадках застосували склерозуючу терапію. Як препарат для цієї терапії використовували 96 % етиловий спирт в обсязі 50-75 % аспірованої рідини. Після маніпуляцій спостерігали одне ускладнення (крововилив у порожнину кісти), яке було ліквідовано за допомогою 3 пункцій під сонографічним контролем.

З метою вивчення ефективності тонкогалкової пункції (ТГП) у комплексній терапії абсцесів печінки проведено дослідження результатів лікування

68 хворих за період 1996–2000 рр. Чоловіків було 54 (79 %), їх вік – 17–79 років, жінок – 14 (21 %), вік – 14–80 років.

За патогенезом абсцеси поділялися на холангіогенні – 28 (41 %); “метастатичні” – 12 (17,6 %); нагноєні утвори печінки – 28 (41 %), з-поміж них посттравматичні – 20 (29,4 %) та інфіковані кісти – 8 (5,8 %). Перша аспірація є діагностично-лікувальною, дозволяє оцінити характер ексудату з наступними цитологічним, мікробіологічним дослідженнями і визначенням чутливості збудника до антибактерійних препаратів. Під час кожного втручання максимально евакуйовували гнійний вміст, обсяг якого у різних пацієнтів складав від 10 до 250 мл, санували порожнину антисептичним засобом (діоксидин, розчин натрію гіпохлориту) і вводили антимікробний препарат широкого спектра дії (зинацеф, цефазолін, клофаран). Кількість пункцій залежала від розмірів абсцесів, їх чисельності, особливостей клінічного перебігу і сягала від 1 до 12 з інтервалом 1–3 доби. При незначних розмірах ГУ віддавали перевагу пункційному лікуванню. При вмісті більш ніж 100–150 мл, та поверхневому розташуванні ГУ застосовували зовнішнє дренивання порожнини абсцесу. Значне місце займають посттравматичні поодинокі та множинні ГУ (20 хворих – 29,4 %), пункційне дренивання яких особливо показане та ефективне на фоні травматичної хвороби і після перенесеної лапаротомії. Ускладнень, зумовлених пункцією, не спостерігали.

Інтервенційну сонографію використано при лікуванні 36 хворих з кістами підшлункової залози. Однократну пункцію з аспірацією вмісту проведено 8 пацієнтам. У 22 хворих із постнекротичними кістами підшлункової залози (у 2 – із нагноєнням) виконано пункційну аспірацію. При цитологічному дослідженні вмісту кіст у препаратах виявлено лейкоцити, еритроцити, клітини з наявністю проліферативних та дегенеративних змін. Клітин з ознаками атипії не було. При біохімічному дослідженні відзначено збільшення вмісту амілази до 150–250 г/лг, хоча при цистографіях потрапляння контрасту в протокову систему залози виявлено тільки в одному випадку. Тоді, коли було виявлено сполучення кісти з протоковою системою залози і вона швидко накопичувала рідину (28 хворих – 77,7 %), виконували оперативне втручання лапаротомним методом. У неоперованих хворих склеротерапію проводили за вищевикладеною методикою.

У 2 хворих при ускладненні захворювання механічною жовтяницею (МЖ) і вираженим больовим синдромом пункція кісти призвела до регресії МЖ. Після поліпшення стану, зниження білірубінемії хворих було виконано оперативне втручання лапаротомним методом.

У 4 хворих із ознаками стенозу шлунка та дванадцятипалої кишки пункція кісти підшлункової залози та аспірація вмісту призвели до відновлення пасажу їжі. Це дозволило виконати оперативне втручання в більш сприятливих умовах.

Таким чином, застосування інтервенційної сонографії в 122 хворих дозволило підвищити точність діагностики, поліпшити результати лікування, а в 94 (77 %) пацієнтів уникнути лапаротомії й інтубаційного наркозу, що призвело до скорочення термінів лікування і дало вигідний економічний ефект.

Г.А. Клименко

ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ АРТЕРИЙ ПЕЧЕНИ*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В хирургии и трансплантации печени одним из существенных обстоятельств является топографическая анатомия её артериальной системы. С целью уточнения этой анатомии проведён анализ рентгенограмм, полученных при селективной целиакографии и ангиографии верхней брыжеечной артерии, выполненных при клиническом обследовании 110 пациентов. Типичное артериальное снабжение печени из чревного ствола выявлено только у 62 из 110 больных, что составляет 56,4 %. У остальных 48 больных (43,6 % случаев) отмечены различные анатомические варианты, наиболее общими из которых были следующие:

1. Смещение левой печёночной артерии. Этот вариант отмечен у 23 больных (21 %), причём в 5 случаях левая печёночная артерия отходила от общей печёночной артерии, то есть до ответвления от неё желудочно-двенадцатиперстной артерии, в 17 случаях – от левой желудочной артерии и в 1 случае – от левой нижней диафрагмальной артерии.

2. Добавочная левая печёночная артерия из левой желудочной артерии, существовавшая наряду с типичной по происхождению, но мелкой по калибру левой печёночной артерией; отмечена у 5 больных (4,5 % случаев).

3. Смещённая правая печёночная артерия; отмечена в 5 наблюдениях (4,5 % случаев), причём во всех этих случаях правая печёночная артерия отходила от верхней брыжеечной артерии.

4. Добавочная правая печёночная артерия; обнаружена в 12 случаях (11 %). В 5 случаях она начиналась от верхней брыжеечной артери, в 5 случаях – от чревного ствола и в двух случаях – от желудочно-двенадцатиперстной артерии.

Таким образом, аберрантная левая печёночная артерия обнаружена ангиографически у 25,5 % больных, причём в 21 % случаев она была единственной артерией, снабжающей всю левую долю печени. Аберрантная правая печёночная артерия обнаружена у 15,5 % больных, причём в 4,5 % случаев кровоснабжение всей правой доли печени осуществлялось только за счёт смещённой правой печёночной артерии. Кроме того, у 5 больных (4,5 %) вся печень получала кровоснабжение из смещённой общей печёночной артерии, которая начиналась в этих случаях от верхней брыжеечной артерии. Чревный ствол при этом посылал только две крупные ветви – левую желудочную и селезёночную артерии. Отмечены также 2 случая (1,8 %), когда чревная и верхняя брыжеечная артерии начинались от аорты в виде общего ствола, и 1 случай (0,9 %), в котором чревный ствол вообще отсутствовал, а общая печёночная, левая желудочная и селезёночная артерии были самостоятельными ветвями аорты.

І.Р. Трутяк, А.І. Папст, Л.Ф. Чепіль, О.В. Королук, О.Я. Голуб
ПОШКОДЖЕННЯ ПЕЧІНКИ ПОЗАПЕЧІНКОВИХ ЖОВЧНИХ
ШЛЯХІВ

*Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львівська міська клінічна лікарня № 8*

Вступ. Незважаючи на удосконалення діагностики і техніки оперативних втручань, летальність при травмах печінки і жовчних шляхів становить 12-60 %.

Матеріали і методи. Серед зростання числа травмованих і поранених частота пошкоджень печінки також має тенденцію до збільшення. Так, якщо за десятирічний період до 1992 р. в клініці поєднаної і комбінованої травми 8-ї МКЛ перебувало 92 потерпілих з пошкодженнями печінки, в тому числі 74 – із закритою травмою і 18 – із проникаючими пораненнями, то за останні 5 років пошкодження печінки було в 78 хворих (із них у 59 – проникаючі поранення, в тому числі у 4 – вогнепальні). При проникаючих пораненнях живота, окрім печінки, були пошкоджені: діафрагма (10), шлунок (8), ободова кишка (8), тонка кишка (5), дванадцятипала кишка (3), селезінка (3), підшлункова залоза (2), портална вена (2) і нижня порожниста вена (2). При закритій травмі живота, окрім печінки, у 8 хворих була пошкоджена селезінка і у 2 – підшлункова залоза.

Жовчний міхур у 7 пацієнтів був пошкоджений при проникаючих пораненнях і у 15 – при закритій травмі живота. За видом пошкодження у 8 спостереженнях стверджено забій (контузю) жовчного міхура, у 5 – відриви від ложа і у 2 – розриви жовчного міхура. Позапечінкові жовчні протоки були пошкоджені у 2 наших хворих із пораненнями живота.

Результати досліджень і їх обговорення. Важкість стану хворих була зумовлена обширністю пошкоджень печінки, масивністю крововтрати, супровідними пошкодженнями інших органів, а також пізніми термінами госпіталізації і невідповідною медичною допомогою на дошпитальному етапі. Всім хворим з ранами черевної або грудної стінки ревізували рановий канал і при виявленні проникаючого поранення живота діагноз уточнювали під час лапаротомії. При закритій травмі живота, окрім травмогенезу і клінічного дослідження, діагностично інформативними були УЗД, лапароцентез із “блукаючим” катетером і лапароскопія.

При анатомо-топографічному дослідженні шляхом наповнення судин і жовчних шляхів рентгеноконтрастною масою взятих на автопсії травмованих печінок встановлено, що при закритій травмі розриви печінки проходять по найслабших місцях її паренхіми, паралельно і між порталними комплексами (вена, жовчна протока, артерія) та системою печінкових вен без пошкодження великих судин. При цьому пошкоджується значна кількість дрібних судин,

котрим багата паренхіма. Це дало нам підстави вважати, що при закритій травмі живота зашивання розривів печінки є основним способом зупинки кровотечі.

Приблизно 50-60 % субкапсулярних розривів і поверхневих ран паренхіми печінки під час операції не кровоточать і не потребують накладання швів. Незначна кровотеча із таких ран може бути ефективно зупинена звичайною компресією паренхіми печінки. Дифузна кровотеча із глибоких колото-різаних ран і лінійних тріщин, без пошкодження основних часткових та сегментарних судин і жовчних протоків, зупиняється гемостатичними П-подібними або 8-подібними швами, накладеними на всю глибину рани. При глибоких ранах з пораненням сегментарних судин шви на паренхіму печінки не створюють надійного гемостазу, а стиснена швами паренхіма печінки некротизує і є підґрунтям для формування кісти або абсцесу. В таких випадках перед зашиванням рани печінки прецизійно прошивали і перев'язували кровоточиву судину. Для тимчасової зупинки масивної кровотечі із печінки застосовували перетискання гепатодуоденальної зв'язки з компресією її паренхіми. Якщо при перетисканні гепатодуоденальної зв'язки масивна кровотеча не зупиняється і є велика заочеревинна гематома, то слід запідозрити пошкодження печінкових вен. Зупинити кровотечу із печінкових вен можна накладанням судинного затискача на порожнисту вену нижче печінки, а потім вище затискача ввести у порожнисту вену катетер із роздувним балоном, який перекриває просвіт судини над печінкою. Тоді після мобілізації печінки можна перев'язати короткі печінкові вени і відновити основну часткову вену.

Слід зазначити, що пошкодження печінкових вен супроводжується високою летальністю, а відомі на сьогодні способи зупинки кровотечі технічно складні і недосконалі. В нашому спостереженні пацієнт із масивною травмою печінки із пошкодженням печінкових вен помер від швидкої профузної кровотрати, яку не вдалось вчасно компенсувати.

Розчавлення паренхіми і глибокі тріщини з відривом окремих фрагментів і пошкодженням часткових та сегментарних судин є показанням до резекції печінки. Як правило, це атипова резекція, яка полягає у висіченні нежиттєздатних тканин печінки із пересіченням і перев'язкою судин та жовчних проток, які проходять до пошкодженої ділянки.

Контузії жовчного міхура характеризувалися крововиливами в його стінку без перфорації органа. Така патологія хірургічних маніпуляцій на жовчному міхурі не потребувала, однак вона може бути причиною розвитку гострого холециститу. У всіх випадках поранень (7) і розривів (2) жовчного міхура операцією вибору була холецистектомія, дренажування підпечінкового простору. Повні відриви жовчного міхура з пошкодженням міхурової артерії потребували холецистектомії, однак у 2 пацієнтів, в яких жовчний міхур був відірваний від печінкового ложа тільки в ділянці дна, виконано його пришивання.

Пошкодження позапечінкових жовчних шляхів є однією з найскладніших для хірургічної корекції патологій органів черевної порожнини. У 2 наших

хворих причиною пошкодження проток було проникаюче поранення живота: в одного пацієнта були пошкоджені печінка, жовчний міхур і печінкова протока (тип I за Н. Bismuth), в іншого – печінка, права печінкова артерія, ворітна вена (на половину її діаметра) і повністю пересічена загальна печінкова протока на рівні злиття її правої і лівої гілок (тип II за Н. Bismuth). В обох випадках виконали відновну операцію – зшивання печінкових проток “кінець в кінець” на зовнішньому дренажі, який попереджує неспроможність швів анастомозу і створює каркас для профілактики стенозування. Особливістю операції у одного нашого пацієнта було те, що вона виконувалася на фоні крововтрати внаслідок профузної кровотечі із правої печінкової артерії і ворітної вени. Тому перш за все була перев’язана права печінкова артерія і зашита ворітна вена. Після зняття турнікету з гепатодуоденальної зв’язки спричинені ним ознаки гострого порушення печінкової гемоперфузії спонтанно елімінувалися. В післяопераційний період з’явилися ознаки печінкової недостатності, які були ліквідовані стандартною консервативною терапією.

При циркулярних дефектах стінок жовчних проток протяжністю понад 2 см методом вибору вважаємо гепатикоєюностомію на виключеній за Roux петлі тонкої кишки із зовнішнім дрениванням жовчних шляхів.

Найбільш важким ускладненням пошкоджень печінки в післяопераційний період була тривала кровотеча, яка мала місце у 2 хворих і потребувала релапаротомії. Ускладненнями більш пізнього післяопераційного періоду були абсцеси печінки (4), підпечінковий абсцес (2) і гемобілія (2). Померло 12 хворих (15,4 %). Основні причини смерті – крововтрата і поліорганна недостатність – викликані множинними і поєднаними пошкодженнями.

Висновки. Найбільш доступними та інформативними допоміжними методами діагностики пошкоджень печінки слід вважати лапароцентез з пошуковим катетером, лапароскопію і УЗД. Основним методом лікування хворих із закритою та відкритою травмами печінки слід вважати оперативне втручання: зашивання ран і атипovu резекцію печінки. Своєчасна діагностика, диференційований вибір операції та виконання низки технічних прийомів при пошкодженнях позапечінкових жовчних проток дозволяють отримати неускладнений перебіг післяопераційного періоду і добрі віддалені результати.

УДК 616-003.215-07

И.П. Гусейнов

ДИАГНОСТИКА ПЕЛИОЗА ПЕЧЕНИ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Пелиоз (кровавая киста) печени (ПП) – очень редкое заболевание, по поводу которого имеются лишь единичные клинические наблюдения.

Заболевание полиэтиологическое, в его основе могут быть интоксикация, передозировка лекарственных препаратов, отравления тяжелыми металлами и др.

Клиническая картина заболевания также полиморфна: боли различного характера в животе, повышение температуры, желтуха, анемия (при разрыве кисты-узла наблюдаются кровотечения, перитонит), лейкоцитоз.

Основной морфологический субстрат – это резкое расширение синусоидов печени локального, многофокусного характера с образованием поверхностных или глубоких кист (кровоавых кист) различных размеров. Кисты содержат кровь.

С целью оптимизации диагностики у 8 больных с подтвержденным диагнозом ПП в возрасте от 9 до 72 лет, мужчин – 5, женщин – 3, изучена эхоморфологическая картина печени с использованием ультразвукового аппарата “Алока SSK-630”. Множественный характер поражения был у пяти больных, из которых у одного была поражена селезенка. Поверхностное расположение пелиозных узлов было у трех и глубокое – у пяти больных.

В начальном периоде развития заболевания (при поверхностных узлах) обнаруживается эхонегативный очаг в печени неправильной овальной формы, без наличия капсулы, с однородной эхоструктурой. При глубоких поражениях определяется эхонегативный очаг овальной формы, с эхонегативной полосой, указывающей на наличие свернувшейся и жидкой крови (возможно, отсюда возникло название кровавая киста). В последующем присоединяются дополнительные образования узлов, что на эхотомограмме находит свое отражение в виде появления эхонегативного полициклического образования в форме “цветка” (каждый лепесток напоминает в разрезе синусоид). В дальнейшем отмечается расширение эхонегативной зоны за счет перифокального кровоизлияния в синусоиды. При разрывах узлов эхонегативный очаг на УЗИ напоминает гемангиому печени (очаг “покрыт” эхопозитивной сеткой, напоминающей гемангиому).

Во всех случаях имеют место увеличение размеров печени, образование типичных эхонегативных пелиозных узлов в селезенке с ее увеличением.

Следовательно, ультразвуковые изменения при пелиозе печени свидетельствуют о стадийности развития заболевания, начиная от появления солитарных пелиозных узлов (солитарная форма) до диффузного их распространения на ткань печени (диффузная форма), разрыва узла (осложнение) и вовлечения в патологический процесс селезенки.

Вышеприведенные данные свидетельствуют о том, что в начальной стадии можно диагностировать пелиоз печени с помощью УЗИ, вовремя оказать помощь и предотвратить дальнейшие осложнения.

В.І. Гребенюк, А.Г. Іфтодій**КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХОЛЕСТАТИЧНУ ПЕЧІНКОВУ НЕДОСТАТНІСТЬ ПРИ ЖОВЧНОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБІ В РАННІЙ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОД***Буковинська державна медична академія*

Проведено аналіз 58 історій хвороб пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою, у яких перебіг гострого холангіту ускладнювався розвитком холестатичної печінкової недостатності. Ступінь вираженості механічної жовтяниці та гострої печінкової недостатності, що її супроводжує, визначали за класифікацією В.П. Зиневича та співавт. До цієї групи увійшли хворі з III-IV ступенями механічної жовтяниці. Найчастіше холестатична печінкова недостатність розвивалась у хворих старшого віку (61-80 років). За нашими даними, цю групу пацієнтів переважно складали чоловіки – 43 хворих (74,14 %).

Для проведення аналізу клінічної ефективності запропонованих методів лікування хворі були поділені на 3 групи. Основну групу хворих (17) склали хворі, у яких базисна медикаментозна терапія доповнювалась в ранній післяопераційний період зональним внутрішньотканинним електрофорезом з інтрахоledoхеальним введенням антимікробних препаратів. Електроди розташовувались на шкірно (10) або один електрод вводився в дренаж хоledoха (7). 1-шу контрольну групу склали 25 пацієнтів, яким проводились лише загальноприйнятні методи лікування. До 2-ї контрольної групи увійшло 16 пацієнтів, яким, крім базисної терапії, виконувався внутрішньотканинний електрофорез з нашкодрним розташуванням обох електродів. Антимікробні засоби вводились внутрішньовенно або внутрішньом'язово.

Передопераційна підготовка містила лікувальні заходи, спрямовані на нормалізацію порушених функцій печінки, метаболізму, енергетичного балансу, гемодинаміки, зменшення інтоксикації. Хворим вводили розчини глюкози (10-40 %) з інсуліном (1 ОД на 4 г глюкози), декстрини та розчини амінокислот (альбумін 20 %, аміностерил N-Нера 5 та 8 %, іностерил АЕ та ін.), дія яких спрямована на корекцію електролітного, лужного, білкового балансів. Обов'язково призначались антибактеріальні препарати, частіше комбінацію 2-х антибіотиків, з урахуванням їх гепато- та нефротоксичності, а з метою детоксикації – неогемодез, реополіглокін, проводилась корекція водно-електролітного балансу. Для покращання метаболічної, антиоксидантної, пігментної функцій печінки широко застосовували ліпотропні речовини, глутамінову кислоту, вітамінотерапію (введення вітамінів груп В, С, А, К, Е, К). Підготовку до операції проводили з урахуванням стану серцево-судинної та легеневої систем. За показаннями призначали кардіотонічні, антиаритмічні препарати, коронаролітики, діуретики.

Об'єм оперативного втручання залежав від стану хворого, стадії печінкової недостатності та компенсації супровідних захворювань. Переважно обходились мінімальним об'ємом оперативних втручань, метою яких було видалення джерела патологічного процесу та декомпресія жовчних проток.

В ранній післяопераційний період у хворих основної групи продовжувалась інтрахоledoхеальна санація введенням антибіотиків (частіше ампіциліну або цефалоспоринів на 10-20 мл підігрітого 0,25 % розчину новокаїну) або 10-20 мл 0,5 % розчину діоксидину з інтрахоledoхеальним розташуванням одного з електродів (7) або інтрахоledoхеальним введенням тих самих антибіотиків, розчинених в 100 мл 0,9 % розчину NaCl з частотою 10-20 крапель/хв. з черезшкірною гальванізацією протягом 60-90 хвилин. Сеанси внутрішньотканинного електрофорезу розпочинались в кінці 1-ї – початку 2-ї доби після оперативного втручання.

Використання комплексного лікування в ранній післяопераційний період у хворих на холестатичну печінкову недостатність при жовчнокам'яній хворобі дозволило вже в першу добу різко зменшити мікробне забруднення жовчі з 400×10^8 до 176×10^8 одразу після сеансу гальванізації, кількість ускладнень гнійно-септичного характеру зменшилась на 9,6 %, дебіт жовчі у хворих основної групи зростав у 2,2-2,6 рази після сеансів гальванізації, слідова стимульована секретія жовчі спостерігалась протягом 6-10 годин. Навіть в першу добу після операції, при явищах вираженої печінкової недостатності, коли була “блокована” секреторна функція печінки, спостерігалася суттєва різниця між жовчовиділенням у хворих різних груп. Воно є більшим у пацієнтів основної групи, причому макроскопічно виділяється темна жовч, тоді як у хворих 1-ї контрольної групи жовч слабозабарвлена, так звана “біла жовч”. З 6-7 доби зовнішнє жовчовиділення різко зменшується, що пов'язано з відновленням пасажу жовчі у дванадцятипалу кишку.

Незважаючи на інтенсивну терапію в ранній післяопераційний період, в 27,58 % випадків в 1-й контрольній групі у хворих на печінкову недостатність при жовчнокам'яній хворобі отримано летальні результати внаслідок прогресування серцево-судинної недостатності (18,75 %), перитоніту (6,25 %) та гепатаргії (75 %).

Запропонована методика з використанням стимулювальної дії електричного поля постійного струму на секреторну функцію печінки дозволила запобігти летальним випадкам в основній групі, раніше відновити секреторну функцію печінки в післяопераційний період та скоротити післяопераційний ліжко-день на $7,72 \pm 1,24$, загальний ліжко-день – на $10,45 \pm 1,64$.

Висока лікувальна та економічна ефективність розробленого нами методу лікування, технічна простота, невелика вартість надає можливість застосовувати його в будь-яких хірургічних відділеннях з метою покращання результатів лікування хворих на холестатичну печінкову недостатність при жовчнокам'яній хворобі.

В.Н. Старосек, А.К. Влахов

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОКОМПОНЕНТНЫХ МАЗЕЙ НА ГИДРОФИЛЬНОЙ ОСНОВЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАН ПЕЧЕНИ

*Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского,
г. Симферополь*

При тяжёлой травме печени (ТП), сопровождающейся обширным или множественным повреждением её ткани, когда не всегда бывает возможность произвести качественную первичную хирургическую обработку ран печени (П), хирурги вынуждены прибегать к тампонаде раны П марлевыми салфетками. Эти обстоятельства влекут за собой прогнозируемое формирование очагов некроза ткани П в повреждённых участках с нарушенным питанием, что, в свою очередь, обуславливает высокий риск возникновения абсцессов, аррозивных кровотечений, прогрессирование перитонита. В этих условиях необходимо применение препаратов местного воздействия, обладающих одновременно антимикробным, дегидратирующим действием и направленной некротической активностью, но не оказывающих повреждающего действия на такую высокочувствительную ткань, какой является паренхима П. Публикации о влиянии многокомпонентных мазей на гидрофильной основе на раны паренхиматозных органов единичны и малоинформативны. Известно, что подобные препараты в силу высоковыраженных сорбционных свойств могут оказывать повреждающее действие на тканевые структуры паренхиматозного органа, клетки которого из-за избыточной потери воды снижают свою жизнеспособность и могут даже погибнуть вследствие гиперосмолярного шока (Даценко А.Б., 1997). В этих ситуациях необходимо использовать лекарственные средства, лечебное действие которых не имело бы побочного эффекта в виде неконтролируемой высокой дегидратирующей активности препарата.

Целью наших исследований явилось изучение эффективности местного действия и степени биологической инертности комбинированных мазевых препаратов на гидрофильной основе на морфо-функциональное состояние печёночной ткани на экспериментальной модели ТП у собак. В наших исследованиях использована многокомпонентная мазь Офлотримол-П (Ляпунов Н.А и соавт., 1994), в состав которой входят: проксанол-268 (20 %), пропиленгликоль (40 %), полиэтиленоксид-400 (ПЭО-400) (32 %), антибиотик широкого спектра действия – 0,1 % офлоксацин, протеолитический фермент – 2 % протеаза-С и местный анестетик – 3 % тримекаин. Созданная основа обладает достаточно высокой осмотической активностью, но не оказывает повреждающего действия на ткани за счет быстрого проникновения внутрь молекул пропиленгликоля, а затем и ПЭО-400, что обеспечивает осмотическое

равновесие между цитоплазмой клеток и окружающей их мазью. Проксанол-268 обеспечивает ее совместимость с протеазой-С, которая сохраняет свою активность. Офлоксацин (антибиотик фторхинолонового ряда) высоко эффективен в отношении как грамотрицательных, так и грамположительных, а также анаэробных бактерий.

В качестве препарата сравнения использовали мазь Левомиколь, в состав гидрофильной основы которой входит смесь ПЭО-400 и ПЭО-1500 в соотношении 4:1, содержащую антибиотик левомецетин. Функциональное состояние П контролировали показателями маркеров повреждения органа – АлАТ, АсАТ, КФ и ПОЛ (по уровню МДА). Морфологическую сохранность П оценивали по ультраструктуре гепатоцитов. Биопсию ткани П в сроки 1, 3 и 5 суток производили из зоны травмы и из неповреждённого края органа.

Результаты наших исследований показали, что ТП приводит к значительной активации процессов ПОЛ и существенному увеличению активности АлАТ и КФ в цитозольной части гепатоцитов. Относительная стабильность уровня АсАТ в процессе опытов свидетельствует о том, что исходная тяжесть повреждения митохондриального аппарата гепатоцитов сравнительно невелика и практически не снижает их возможности к продукции АТФ, обеспечивающей быструю нормализацию функциональной активности П. Местное лечебное воздействие исследуемых мазевых препаратов оказывает ингибирующий эффект на процессы ПОЛ и нормализует уровень активности АлАТ и КФ, при этом многокомпонентная основа офлотримола-П обладает сравнительно мягким и равномерным действием на интенсивность реакций ПОЛ и активность ферментов-маркеров повреждения гепатоцитов, что обеспечивает более эффективную нормализацию их в динамике по срокам наблюдения. Воздействие на рану П Офлотримолом-П не оказывало прямого повреждающего действия на ультраструктуру гепатоцитов, их форму, состояние клеточных поверхностей и межклеточных контактов. Вместе с тем, при использовании мази Левомеколь обнаружены выраженные изменения ультраструктуры гепатоцитов неспецифического характера, сводившиеся к разрежению гиалоплазмы, просветлению митохондриального матрикса, значительным нарушениям целостности мембранных элементов эндоплазматической сети. Исследуемые препараты обеспечивали быстрый лизис и элиминацию некротических тканей на фоне подавления воспалительной реакции тканей. Отсутствие морфологических признаков гепатоцитов при воздействии офлотримолом-П способствовало более ранней активации в них репаративных процессов.

Результаты наших экспериментальных исследований являются обоснованием для дальнейшего клинического изучения эффективности многокомпонентных мазевых препаратов на гидрофильной основе, в частности офлотримола-П, в комплексном лечении тяжёлых травм П и их гнойных осложнений.

А.О. Османов, Б.О. Алиев, Ш.Р. Меджидов, М.З-Г. Магомедов

ПОСТЭХИНОКОККЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПЕЧЕНИ

Дагестанская государственная медицинская академия, Россия

Наряду с достигнутыми определенными успехами в комплексном лечении эхинококкоза печени, нельзя не заметить, что данные об отдаленных результатах лечения эхинококкоза печени незначительны и многие авторы в основном, ограничиваются приведением случаев рецидива заболевания и выявления остаточных полостей в разные сроки послеоперационного периода (Алиев В.М. и соавт., Вафин А.З., 1993; Вафин А.З. и соавт., 1999; Ахмедов М.Г., 1998; Morel ph. at ae, 1988 и др).

Клиническая практика крупных хирургических клиник, где выполняются операции по поводу эхинококкоза печени, показывает, что существует целый ряд функциональных и морфологических нарушений, которые не изучены в достаточной степени, причиняют больным боль, создают определенный дискомфорт, снижают трудоспособность и в целом существенным образом влияют на качество жизни больного.

Для всестороннего изучения состояния больных после перенесенной операции на печени по поводу эхинококкоза нами проведено обследование 667 пациентов, оперированных в хирургических клиниках Дагестанской государственной медицинской академии за последние 10 лет. Алгоритм обследования состоялся из двух этапов: догоспитального и госпитального. В результате проведенного нами диагностического алгоритма 667 больным после эхинококкэктомии печени те или иные функциональные механического или же органического порядка изменения со стороны печени, и окружающих ее структур и органов были выявлены у 194 (29,1 %) больных. Таким образом, у ряда больных, точнее в 29,1 % случаях операция по поводу эхинококкоза печени не приносит ожидаемого результата.

В связи с многообразием патологических состояний после перенесенной операции на печени по поводу эхинококкоза, мы считаем необходимым и своевременным введение в клиническую практику термина “постэхинококкэктомический синдром”. Под этим собирательным понятием следует объединить больных с различными видами патологических состояний после операции по поводу эхинококкоза печени.

Среди 194 больных, находившихся под нашим наблюдением “постэхинококкэктомический синдром” в виде функциональных расстройств отмечен у 90 пациентов, что составляет 13,4 % от общего количества обследованных больных и 46,4 % в группе пациентов с “постэхинококкэктомическим синдромом”. Механические расстройства после операции на печени по поводу эхинококкоза были выявлены у 13 пациентов, что составляет от общего

числа обстежених хворих 1,9 %, а серед структури виявленої патології – 6,7 %. Органічна форма “постехінококкэктомического синдрому” мала місце в 91 випадку, 13,6 % від загальної кількості обстежених хворих і 46,9 % серед патології оперованої печінки з приводу її ехінококкового ураження.

Считаємо, що введення в клінічну практику нового терміна “постехінококкэктомический синдром”, в поняття якого входять всі виникаючі патологічні стани після ехінококкэктомии печінки, дозволить своєчасно проводити профілактичні і лікувальні заходи, направлені на запобігання виникненню вказаних станів і суттєво покращити результати лікування.

УДК: 616.36-002.3-022.7

Т.Є. Баб’як, В.Г. Жемела, Т.М. Іванків, М.П. Павловський

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЛІКУВАННЯ БАКТЕРІЙНИХ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Своєчасна верифікація та лікування бактерійних абсцесів печінки залишається складною і невирішеною проблемою гепатології. Впровадження малоінвазивних технологій змінило діагностичну програму і дозволило переглянути конвенційну хірургічну тактику при цій патології. Протягом 1990-2000 років у клініці на обстеженні та лікуванні перебувало 100 хворих на абсцеси печінки. Діагноз встановлювали ґрунтуючись на клініко-лабораторних показниках, ультрасонографії, комп’ютерній томографії та рентгеноскопії. Обов’язково ми виконували черезшкірну тонкоголкову аспірацію вмісту з наступним бактеріологічним і цитологічним дослідженням. У лікуванні перевагу надавали пункційно-голковій аспірації під контролем ультразвуку, яку застосували у 38 (38 %) пацієнтів. Результати засвідчили, що пункційно-аспіраційні втручання є безпечними, ефективними та повинні розглядатися як альтернатива оперативному дренованню. Для внутрішньоартеріальної інфузії антибіотиків було відібрано вісім (8 %) пацієнтів зі 100. Ми хочемо наголосити на дуже важливому значенні внутрішньоартеріальної антибіотикотерапії і вважаємо її методом вибору у хворих на множинні абсцеси печінки.

Вступ. Бактерійні абсцеси печінки (БАП) залишаються однією із найважливіших гнійно-деструктивних нозологій у гепатології. Своєчасна їх верифікація та вибір адекватного методу лікування є ще невирішеними і породжують контраверсійні погляди вчених. Оперативне розкриття і дреновання БАП детермінує ризик виникнення післяопераційних ускладнень до 55 %. Високими

є показники летальності: при солітарних абсцесах 10-30 %, при множинних – 40-80 % [1,2,3]. Використання ультрасонографії (УСГ) та комп'ютерної томографії (КТ) для виконання черезшкірних малоінвазивних маніпуляцій дозволило покращити топічну і диференційну діагностику БАП та переглянути конвенційну хірургічну тактику [4,5]. Поряд з цим, актуальності набуває раціональне застосування антимікробних препаратів з огляду на спектр їх дії, чутливість мікрофлори та шляхи введення. Традиційне внутрішньовенне призначення антибіотиків в окремих випадках є малоефективним, що спонукало науковців зосереджувати увагу на селективній внутрішньоартерійній та інтрапортальній інфузії медикаментів. Окремі повідомлення в літературі свідчать про доцільність регіонарної антибіотикотерапії при абсцесах печінки, проте невеликий досвід використання цих заходів потребує подальшого клінічного спостереження [6,7,8].

Матеріали і методи. З метою вивчення ефективності пункційно-голкової аспірації (ПГА) та внутрішньоартеріального введення протимікробних середників у комплексній терапії БАП проведено дослідження результатів лікування 100 хворих за період 1990-2000 років. Чоловіків було 72 (72 %) віком 17-79 років, жінок – 28 (28 %) у віці 14-80 років.

Для систематизації цієї нозології у клініці опрацьовано наступну класифікацію абсцесів печінки (Павловський М.П., Баб'як Т.Є, 2001 р.):

1. За клінічним перебігом: а) гострі; б) хронічні.
2. За етіологією: а) бактерійні; б) паразитні; в) грибкові; г) специфічні.
3. За патогенезом: а) холангіогенні; б) “метастатичні” (септикопемічні); в) нагноєні утвори печінки: посттравматичні (нагноєння гематоми), інфіковані кісти, нагноєні пухлини, туберкульозні гранульоми і сифілітичні гуми; г) криптогенні; д) контактні.
4. За кількістю: а) поодинокі (1-3) гнійні вогнища; б) множинні (4 і більше).
5. За локалізацією: а) абсцеси правої частки печінки; б) абсцеси лівої частки печінки; в) абсцеси обох часток печінки.

За патогенезом абсцеси поділялися на холангіогенні – 39 (39 %); “метастатичні” – 29 (29 %); нагноєні утвори печінки – 17 (17 %), з поміж них посттравматичні – 13 (76,4 %) та інфіковані кісти – чотири (23,6 %); криптогенні – 15 (15 %). Складовими діагностичної програми були: анамнез, який дозволяв апріорно визначити генез захворювання; клініко-лабораторне обстеження; з променевих методів – передовсім УСГ, крім цього КТ і рентгеноскопія. При умові чіткої візуалізації гнійного вогнища діаметром більше 2,0-3,0 см виконували пункцію з наступним цитологічним і мікробіологічним дослідженням отриманого матеріалу. З лікувальною метою застосували: ПГА у 38 (38 %) хворих, в одного – поєднано з черезшкірним дрениванням; консервативну терапію за допомогою антибактерійних препаратів двох фармакологічних груп у 36 (36 %); оперативне розкриття і дренивання абсцесу у 17 (17 %), завершене катетеризацією пупкової вени у двох пацієнтів; внутрішньоартерійну антибіотикотерапію (ВА) у восьми (8 %), в одному

випадку як доповнення до пункційно-аспіраційних втручань і черезшкірне дренивання в одного (1 %) хворого.

Результати та їх обговорення. Черезшкірну ПГА виконано при “метастатичних” БАП у 13 (34,2 %) пацієнтів, при криптогенних – в 11 (29 %), при нагноєних утворах печінки – в 11 (29 %) і при холангіогенних – у трьох (7,8 %); поодинокі абсцеси були у 37 (97,4 %) та множинні – в одного (2,6 %). Абсцеси правої частки печінки визначались у 27 (71,1 %) хворих, лівої – у дев'яти (23,7 %) та в обох частках – у двох (5,2 %). У 26 (68,4 %) пацієнтів розміри гнійних вогнищ складали 5,0-15,0 см в діаметрі, у 12 (31,6 %) – 3,0-5,0 см. Маніпуляцію виконували під контролем ультразвукового апарата, оснащеного пункційним трансдосером. Голку вводили, у залежності від локалізації патологічного процесу, у правому підребер'ї, через міжреберний проміжок, інколи в епігастрію. Увагу зосереджували на виборі оптимальної траєкторії проходження голки з урахуванням мінімальної відстані від шкіри до абсцесу і так, щоби на шляху пункційного каналу не було великих судин, жовчних проток та порожнистих органів. Перша аспірація є діагностично-лікувальною. Дозволяє оцінити характер ексудату з наступним цитологічним, мікробіологічним дослідженням і визначенням чутливості збудника до антибактерійних препаратів. Під час кожного втручання максимально евакуйовували гнійний вміст, обсяг якого у різних пацієнтів складав від 10,0 до 250,0 мл, санували порожнину антисептичним середником (розчин фурациліну, натрію гіпохлориту) і вводили антимікробний препарат широкого спектру дії (метронідазол, заноцин, цефазолін, лінкоміцину гідрохлорид). Кількість пункцій залежала від розмірів абсцесів, їх чисельності, особливостей клінічного перебігу і сягала від 1 до 12 з інтервалом 1-3 доби. Персистуюча лихоманка, біль у правому підребер'ї та епігастрію, лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, контрольні ультразвукові дослідження, які виконували кожні дві доби, дозволяли визначити показання для повторних ПГА.

Ускладнень, зумовлених маніпуляцією, не спостерігали. Двом (5,2 %) із 38 хворих на холангіогенні та посттравматичні поодинокі БАП після неефективних пункцій виконали оперативне розкриття і дренивання абсцесів. Усі пацієнти одужали. Середня тривалість перебування у стаціонарі склала 25-30 дб.

Протягом останніх двох років у клініці апробовано ВА для якої було кваліфіковано шестеро (75 %) хворих на холангіогенні БАП і двоє (25 %) – на посттравматичні. Множинні абсцеси діагностовано у шести (75 %) пацієнтів, поодинокі – у двох (25 %). Показання: 1) відсутність позитивної клінічної динаміки від традиційного парентерального введення антибіотиків протягом 6-8 дб; 2) дуже важкий стан хворих з ознаками печінкової та ниркової недостатності; 3) значна площа гнійної деструкції паренхіми печінки з вогнищами до 3,0 см у діаметрі; 4) неможливість проведення черезшкірних пункцій чи оперативного розкриття БАП. Операцію виконували у рентген-операційній, під місцевим знеболюванням 0,5 % розчином новокаїну. У всіх випадках використовували метод Селдінгера, трансфеморально справа. У шести (75 %)

пацієнтів катетеризували загальну печінкову артерію, у двох (25 %) – черевний стовбур аорти. Для лікування застосовували протимікробні середники широкого спектру дії та згідно результатів бактеріограми: фторхінолони (заноцин, ципрїнол), цефалоспорици (мефоксін, рефлін), лінкоміцину гідрохлорид і метрогіл. Препарати вводили за допомогою дозатора зі швидкістю 30-60 мл/год, дотримуючись добової та курсової дози. Для профілактики тромбозу щоденно перед і після інфузії катетер промивали гепариновим розчином. Ефективність терапії оцінювали за клініко-лабораторними критеріями: послаблення болю у правому підребер'ї, зменшення розмірів печінки при гепатомегалії, зниження температури тіла до субфебрильної протягом перших 2-3 діб від початку ВА, суб'єктивне покращання самопочуття пацієнтів, нормалізація лейкоцитарної формули крові та сповільнення швидкості осідання еритроцитів. Серед біохімічних показників значення надавали рівню загального білка, амінотрансфераз, лужної фосфатази, концентрації креатиніну і сечовини. Обов'язковим було УСГ дослідження, яке виконували кожні три доби, при необхідності – КТ, що давало змогу простежити регресію абсцесів у печінці, наявність або відсутність гнійного вмісту. Тривалість ВА залежала від динаміки захворювання і сягала 8-1 діб. Ускладнень не було, як зумовлених втручанням, так і від перебування катетера в артерії. З восьми хворих помер один (12,5 %) на холангіогенні множинні БАП внаслідок прогресування поліорганної недостатності. Інших пацієнтів ми виписали зі стаціонару у задовільному стані. При контрольних УСГ обстеженнях через два тижні, один і два місяці не стверджено рецидиву захворювання.

Висновки. 1. Пункційно-голкава аспірація під контролем УСГ є високо-ефективною альтернативою оперативного розкриття і дренивання БАП. Методика є абсолютно безпечною для хворих, дозволяє уникнути ускладнень, не супроводжується летальністю і скорочує термін госпіталізації пацієнтів на 10-15 діб. 2. Внутрішньоартерійне введення антибіотиків доцільно розглядати як метод вибору самостійної медикаментозної терапії БАП чи як один із основних заходів у комплексному лікуванні хворих на множинні абсцеси печінки. Визначення чітких показань для ВА та удосконалення технічних аспектів маніпуляції вимагає подальшого опрацювання.

Література

1. Диагностика и лечение абсцессов печени с использованием компьютерной томографии / Ф.И. Тодуа, В.С. Помелов, М.Ю. Вилявин, Т. Фазекаш/Советская медицина. – 1990. – № 12. – С. 23-27.
2. Chou FF., Sheen-Chen SM, Lee TY. Rupture of pyogenic liver abscess / American Journal of Gastroenterology. – 1995. – Vol. 90. – № 5. – P. 767-770.
3. Robert E. Glasgow, Sean J. Mulvihill. Hepatic abscess / Current Surgical Therapy / John L. Cameron. – 6 th ed., St. Louis, Mosby, 1998. – P. 314-321.
4. Ch Yu S., Hg Lo R., Kan PS., Metreweli C. Pyogenic liver abscess: treatment with needle aspiration / Clinical Radiology. – 1997. – Vol. 52. – № 12. – P. 912-916.
5. Giorgio A., Tarantino L., Mariniello N. et al. Pyogenic liver abscesses: 13 years of experience in percutaneous needle aspiration with US guidance / Radiology. – 1995. – Vol. 195. – № 1. – P. 122-124.

6. Гранов А.М., Борисов А.Е. Эндovasкулярная хирургия печени – Л: Медицина, 1986. – 224 с.
7. Троицкий И.Л., Хеда Н.И., Трещалин Г.А. Применение интравортального введения лекарственных средств при некротических процессах в печени, поджелудочной железе и перитонеальных состояниях различной этиологии / Научный вестник Ужгородского университета, серия “Медицина”. – 1999. – № 10. – С. 200-201.
8. Ультразвуковая диагностика и инвазивные вмешательства под контролем сонографии у больных с абсцессами печени / Мошковский Г.Ю., Бахарев А.М., Ничитайло М.Е., Щербина С.И. / Украинский журнал малоинвазивной та эндоскопической хирургии. – 1997. – Vol. 1. – № 2. – С. 31-34.

УДК 616-003.215-07

М.М. Табола, І.М. Тоцький, В.А. Мороз, Л.М. Бриндіков

БЕЗПОСЕРЕДНІ РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МЕТАСТАЗІВ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКУ ТА РАКУ ШЛУНКА В ПЕЧІНЦІ

Хмельницький обласний онкологічний диспансер

Вступ. Виявлення метастазів в печінці як до операції, так і під час неї змушує хірурга або відмовитися від операції, або звести її тільки до експлоративної лапаротомії, так як це є занедбаний раковий процес (IV стадія захворювання). Між іншим, тільки розширенням об'єму операції, шляхом виконання комбінованого хірургічного втручання можливо досягти підвищення виживання онкологічних хворих. Хірургічний метод залишається єдиним методом лікування при метастатичному ураженні печінки, даючи також шанс на продовження життя хворим.

Питання про лікування метастазів колоректального раку в печінці до кінця не вирішене. Публікації, які є по даній темі, розрізненні, нечисленні, а також суперечливі.

Розширення об'єму хірургічних втручань у хворих на колоректальний рак, який дає метастази в печінку, в теперішній час є одним з шляхів підвищення операбельності та виживання хворих.

Методи. У відділенні абдомінальної хірургії Хмельницького обласного диспансеру у 1999-2002 роках виконано 17 операцій на печінці: при солітарних метастазах раку – 11, гемангіомах великих розмірів – 3, полікістозі печінки – 3.

До цього часу подібні операції виконувалися спорадично з видаленням невеликих поодиноких метастазів.

Виконані операції:

1. Правобічна гемігепатектомія – 2 (1 – метастаз раку прямої кишки, операція БАР у 1995 році; 1 – при гемангіомі великих розмірів).
2. Видалення лівої частки печінки – 2 (1 – метастаз раку прямої кишки, операція БАР у 1995 році; 1 – полікістоз).
3. Резекція правої частки печінки – 3 (1 – гемангіома, 2 – полікістоз).

4. Резекція лівої частки печінки – 1 (гемангіома).
 5. Гастректомія з резекцією лівої частки печінки – 1.
 6. Субтотальна дистальна резекція шлунка за Бальфуром з резекцією лівої частки печінки – 3.
 7. Лівобічна геміколектомія з резекцією правої частки печінки – 1, лівої частки печінки – 1.
 8. Правобічна геміколектомія з резекцією правої частки печінки – 2.
 9. Резекція сигмовидної кишки з резекцією правої частки печінки – 1.
- Первинні пухлини знаходилися в шлунку у 4 хворих, прямій кишці – у 2, товстій кишці – у 5 хворих (права половина – 2, ліва половина – 2, сигмоподібна кишка – 1).

Метастазами уражена права частка печінки у 5 хворих, ліва частка – у 6 хворих. При раку шлунка метастази в лівій частці печінки – у 4 хворих, колоректального раку в правій частці печінки – 5, у лівій частці – 6 хворих.

Гістологічно – аденокарциноми різного ступеня диференціювання. Вік хворих від 48 до 72 років, чоловіків – 7, жінок – 10.

Також чотирьом хворим з множинними метастазами у печінці, які неможливо було видалити, проведена субопераційна електрокоагуляція метастазів, катетеризація пупочної вени з регіональною внутрішньопечінковою хіміотерапією.

Електрокоагуляція метастазів проводилась біполярною спеціальною голкою, що дає можливість коагулювати метастази не тільки на поверхні, але й у паренхімі печінки.

Для регіонарної хіміотерапії застосовувались препарати фторурацил, доксорубіцин, цисплатин, на фоні гепатотропної терапії, імунотерапії (лаферон).

Метастазами колоректального раку уражалася права частка печінки, раку шлунка – ліва частка. Розміри видалених метастазів від 2 до 12 см в діаметрі. Час повторних операцій після радикальної коливається від 7 місяців до 7 років.

Післяопераційних летальностей та ускладнень не було. Всім прооперованим хворим з приводу раку, проводились курси ад'ювантної хіміотерапії препаратами: фторурацилом, фторафуром (капсули), цисплатином, доксорубіцином – на фоні лаферону, тималіну. Один хворий амбулаторно приймав UFT. Дані препарати використовувалися у різних сполученнях та дозах залежно від місця первинного знаходження пухлини та загального стану хворих.

Результати. Серед прооперованих хворих померлих не було, як і післяопераційних ускладнень. Краще проходив післяопераційний період у хворих після комбінованих операцій з великими резекціями печінки, ніж після великих резекцій печінки і гемігепатектомій.

Із 17 прооперованих хворих 13 живуть і по сьогоднішній час. Двоє хворих живуть більше 2,5 років. Померло 4 хворих: 2 – від генералізації на 7 і 11 місяці; 2 – від супутньої серцево-судинної патології. При обстеженні у оперованих хворих нових вогнищ метастазування в печінці не виявлено.

З доброякісними пухлинами всі прооперовані хворі живі по теперішній час і працюють.

Хворі (4) після електрокоагуляції метастазів в печінці та регіонарної внутрішньопечінкової хіміотерапії всі живі. Відповідно, живуть 6, 7, 8, 11 місяців після операції. Періодично проводяться курси хіміотерапії (фторурацил, цисплатин), імунотерапії, гепатотропної терапії. Амбулаторно фітотерапія, фторафур одна капсула 2 рази на добу.

Висновок. Покращання показників віддаленого виживання хворих можливе тільки при вдосконаленні ранньої діагностики і виконанні хірургічного втручання на більш ранніх стадіях захворювання, а також шляхом більш широкого впровадження комбінованих методів лікування.

Наш невеликий досвід хірургічного лікування хворих з колоректальним раком та раком шлунка з метастазами в печінці показує, що радикальні операції можливі при умові наявності поодиноких метастазів. Такі операції на печінці можливі і повинні виконуватися в хірургічних відділеннях обласно-диспансерів при відповідній підготовці лікарів.

СЕРЦЕВО-СУДИННА ХІРУРГІЯ

**Г.В. Кнышов, Р.М. Витовский, А.М. Воробьева,
В.П. Захарова, Е.В. Руденко, З.Т. Баланник**

ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ СЕРДЦА

*Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины
Киевская медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика*

Первичные опухоли сердца (ПОС) представляют собой малоизученную область клинической медицины, что объясняется редкостью данной патологии, чрезвычайной полиморфной ее клинической картиной и сложностью прижизненной диагностики. Подавляющее большинство сообщений представляют описание единичных случаев заболевания. В последние годы наметилась явная тенденция к росту частоты этой патологии, что, возможно, связано, как с неблагоприятной экологией, так и с улучшением диагностических возможностей.

По состоянию на 1.01.2002 года в ИССХ АМНУ наблюдалось 433 больных с первичными опухолями сердца. Среди наблюдавшихся пациентов в 7 % выявлены злокачественные опухоли (31 случай). В остальных же 93 % – доброкачественные опухоли (ДОС) (402 больных): в подавляющем большинстве случаев (391) – миксомы сердца, в остальных (11) – другие доброкачественные новообразования.

Изучение динамики выявления миксом сердца показало, что из 391 больных на первое десятилетие приходится 26 больных, на второе – 134, на третье – 231 пациент. Отмечен также рост количества выявляемых злокачественных опухолей сердца (ЗОС). В предыдущем десятилетии их было 8, а в последующем – 23. При этом отмечена тенденция к росту удельного веса ЗОС с 5,6 до 9,1%.

Выявлено значительное разнообразие локализации МС с наиболее частым поражением левого предсердия (ЛП). Возраст больных с МС колебался от 7 до 72 лет и в среднем составил $44,5 \pm 3,5$ года. Опухоль наблюдалась в три раза чаще у женщин, чем у мужчин.

Среди ЗОС на первом месте по встречаемости стоят рабдомиосаркомы и ангиосаркомы (по 9 случаев (31,2 %)). Лейомиосаркома наблюдалась у 6 больных (17,2 %). В 4 случаях выявлены злокачественные миксомы (13,8 %) и по одному пришлось на фибросаркому, хондросаркому и липосаркому (по 3,4 %). Возраст пациентов со злокачественными опухолями колебался от 12 дней до 64 лет и в среднем составил $28,6 \pm 2,5$ лет, что значительно отличается от возрастных характеристик пациентов с ДОС.

Как при ДОС, отмечался значительный полиморфизм локализации ЗОС, причем левые отделы сердца в два раза чаще поражались злокачественными новообразованиями, чем правые.

Первичная диагностика опухолей сердца в настоящее время основана, в основном, на данных ЭхоКГ, которая дает информацию о локализации и

распространенности процесса. При этом можно выделить дифференциально-диагностические признаки, позволяющие определить злокачественный характер роста – атипичная локализация и прикрепление (93,1 %), малоподвижность (62,0 %), отсутствие ножки (79,3 %), тесная взаимосвязь с сердечными структурами (24,1 %), интрамуральный рост опухоли (20,7 %), неровные контуры (72,4 %).

Удаление МС выполнено у 384 больных. При установлении диагноза МС вопрос о показаниях к операции решали безотлагательно и, как правило, операцию выполняли в течение 1-3 суток с момента госпитализации больного. О необходимости экстренной операции может свидетельствовать факт дооперационной гибели 7 больных на ранних этапах нашей работы вследствие обтурации опухолью предсердно-желудочковых клапанов.

На радикальность операции при удалении миксом большое влияние оказывает выбор оптимального доступа к опухоли для снижения вероятности фрагментации опухоли и адекватная обработка опухолевого ложа, что очень важно для профилактики возможных рецидивов заболевания.

В связи с этим, мы провели анализ частоты фрагментации 339 миксом ЛП при их удалении, которая возникает чаще всего по причине недостаточного подхода к миксому. Из 120 больных с левопредсердным доступом миксомы ЛП были удалены фрагментами у 42 пациентов, что составило 37,8 %.

Кроме того, при использовании указанного доступа значительно усложняется радикальное удаление опухолей, исходящих наиболее часто из межпредсердной перегородки, а необходимость исключения мультицентрического роста миксом все равно требует проведения правой атриотомии.

Именно поэтому мы отдаем предпочтение подходу к новообразованиям ЛП через правое предсердие (ПП) и межпредсердную перегородку (МПП). Этот доступ применен в 210 случаях. У 6 больных с большими миксомами ЛП нами применялся Т-образный разрез межпредсердной перегородки в направлении к септальной створке трехстворчатого клапана. Это позволяло чаще всего удалять опухоль независимо от ее размера без технических трудностей. Об этом свидетельствуют всего 37 (17,6 %) случаев фрагментации МС при их удалении доступом через ПП и МПП, что гораздо меньше по сравнению с левопредсердным.

Однако иссечение опухолей, исходящих из области устья правых легочных вен или прилежащей зоны при этом доступе, было либо затруднено, либо невозможно. Поэтому у 3 больных с миксомами ЛП мы были вынуждены использовать сочетание указанных доступов правой атриотомии и септотомии с левой атриотомией.

Кроме того, у 6 больных с большими (до 8-10 см) миксомами ЛП мы применили чрездвухпредсердный доступ, который позволил полностью избежать фрагментации опухоли и заключался в одномоментном рассечении правого предсердия с переходом на правую верхнюю легочную вену и последующим переходом на межпредсердную перегородку с ее косым рассечением.

39 пациентов погибли после удаления миксом сердца. Летальность составила 10,8 %. При этом за последние 5 лет выполнено 143 операции с летальностью 2,8 %.

Анализируя отдаленные результаты удаления МС у 309 больных и роль радикальности операции в возникновении 6 (1,9 %) рецидивов миксомы, следует отметить, что из 93 больных, у которых не иссекали место ее фиксации, рецидив возник у 5 (5,3 %). Из 216 больных, у которых широко иссекали место фиксации и дополнительно обрабатывали его, рецидив заболевания возник у 1 (0,5 %). При этом следует отметить, что первично у этой больной наблюдались множественные миксомы, локализующиеся в обоих предсердиях и левом желудочке.

30 из 31 больного с ЗОС были подвергнуты операции. Из них с искусственным кровообращением – 25, без ИК – 1. Операция закончилась экзплативной торакотомией в 4 случаях. Один пациент с рабдомиосаркомой погиб в предоперационном периоде.

Варианты операции обуславливались особенностями локализации и распространенности новообразований. Анализируя особенности операции, мы условно разделили их по радикальности на условно радикальные – 14 больных, с частичным удалением ЗОС – 12 больных и экзплативная торакотомия – 4 пациента.

Особенности локализации и распространенности ЗОС значительно осложняли хирургические вмешательства и в 8 случаях, помимо удаления ЗОС, требовали дополнительных хирургических манипуляций (всего их 10), включая пластику стенок предсердий – 4, пластику клапанов – 3, пластику межпредсердной перегородки – 2 и протезирование трехстворчатого клапана – 1.

При хирургическом лечении 30 больных на госпитальном этапе умерли 10 (33,3 %).

Таким образом, наш опыт показывает важность проблемы совершенствования диагностики и хирургического лечения ПОС сердца. При этом особое внимание должно быть уделено обеспечению ранней диагностики заболевания.

УДК 605.12.-04.354.03

Л.Л.Ситар, В.В.Попов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ СОЧЕТАННЫХ МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА

Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины, Киев

Хирургическое лечение ревматического сочетанного митрально-аортальных пороков сердца (РСМАП) в условиях искусственного кровообращения является собой один из сложных разделов хирургии приобретенных пороков сердца

(1,2,5). Ввиду выраженности, как правило, деструктивных изменений на клапанах сердца (кальциноз, грубый фиброз створок и подклапанных структур) чаще приходится прибегать к их замене ввиду невозможности выполнения клапаносберегающих операций (3,4). Целью сообщения является ознакомление с состоянием проблемы хирургического лечения ревматически сочетанных митрально-аортальных пороков (РСМАП) в условиях искусственного кровообращения.

Материалы и методы. В Институте сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины с 1 января 1981 года до 1 сентября 2001 года находилось на хирургическом лечении по поводу РСМАП 974 пациентов, которым было выполнено: двойное протезирование клапанов (n=717), протезирование аортального и клапаносохраняющая процедура (как правило, открытая митральная комиссуротомия) на митральном клапане (n=147), протезирование митрального клапана и клапаносохраняющая процедура на аортальном клапане (как правило, аортальная вальвулотомия) (n=92) и клапаносохраняющие процедуры на митральном и аортальном клапанах одновременно (n = 18). Мужчин было 452, женщин 522. Возраст больных колебался от 22 до 62 лет (средний 44,2 лет). 227 (23,3%) пациентов относились к III классу по Нью-Йоркской классификации, 747 (76,7%) – к IV классу. Этиологической причиной пороков явился ревматизм.

Сопутствующий трикуспидальный порок, потребовавший коррекции во время операции отмечен у 272 (28,4%) пациентов, у 126 из которых он носил органический характер. У 78 (8,0%) больных ранее была выполнена закрытая митральная комиссуротомия. Все операции выполнялись в условиях искусственного кровообращения и умеренной гипотермии (28-32 С). В последние годы мы уделяем особое внимание защите миокарда. Предпочтение с 1994 года отдаем использованию комбинированной фармакохолодовой кардиоopleгии с преимущественно ретроградным путем подачи кардиоopleгического раствора (как правило, рецептура Saint Thomas) с инициальным введением раствора из расчета 20 мл/кг веса.

При наличии трикуспидального стеноза выполнялась комиссуротомия, дополняемая аннуллопликацией трикуспидального клапана одним, либо двумя полукушетными швами по методике Н.М.Амосова – Де Вега. При относительной трикуспидальной недостаточности (регургитация на клапане + 1,5 и более) также выполнялась аннуллопликация трикуспидального клапана.

Использованы при имплантации в митральную позицию: шаровые; полушаровые; монодисковые откидные протезы (ЭМИКС, МИКС, ЛИКС, ПЛАНИКС, ЭЛМАК); двухстворчатые протезы типа Saint Jude Medical, биоклапан. У 58 (6,9%) пациентов в левом предсердии отмечен тромбоз левого предсердия и ушка, у 18 из которых он был массивным (занимал более 1/3 объема предсердия, не считая ушка).

При имплантации в аортальную позицию использованы: шаровые; монодисковые откидные протезы ЭМИКС, МИКС, ЛИКС, ПЛАНИКС, ЭЛМАК);

двухстворчатые протезы типа Saint Jude Medical , биоклапан . Имплантация осуществлялась отдельными П-образными швами с хлорвиниловыми трубочками, либо с тефлоновыми прокладками в местах ослабленного фиброзного кольца (наличие кальциноза + 3).

Результаты и их обсуждение. Из 974 последовательно оперированных пациентов на госпитальном этапе

(в сроки 30 дней после операции) умерло 253. 20-летний опыт не в полной мере отражает прогресс в хирургии РСМАП за последние годы. Так, за последние 4 года (с 01.01.1997 до 01.01.2001) госпитальная летальность составила: 1) при сочетанном митрально-аортальном протезировании 13,2% (76\10), 2) при протезировании митрального клапана и клапаносохраняющей процедуры на аортальном клапане 6,8%(44\3), 3) при протезировании аортального клапана и клапаносохраняющей процедуры на митральном клапане 12,5% (40\5), 4) при клапаносохраняющей процедуре на обоих клапанах 0% (8\0).

Полученные результаты снижения госпитальной летальности были определены применением ряда новшеств, позволивших снизить частоту осложнений, в первую очередь сердечной недостаточности.

Заключение. Хирургическая коррекция РСМАП является эффективной процедурой, сопровождающейся низкой госпитальной летальностью особенно в случаях сохранения клапанов. Представляется важным направлять пациентов на хирургическую коррекцию в III функциональном классе по Нью-Йоркской классификации, исключая, как правило, осложненные формы, при которых наблюдаются наиболее высокие факторы риска госпитального этапа. При имплантации протезов предпочтение отдаем использованию двухстворчатых протезов типа Saint Jude, Carbomedics, а также моностворчатых моделей типа МИКС. При отсутствии выраженных дегенеративных изменений на клапанах предпочитаем выполнение клапаносохраняющих процедур.

Литература

1. Амосов Н.М., Бендет Я.А. Терапевтические аспекты кардиохирургии // Киев – 1983
2. Кнышов Г.В., Бендет Я.А. Приобретенные пороки сердца // 1998- Киев
3. Ситар Л.Л., Попов В.В. Хирургическая коррекция митрального стеноза, осложненного массивным тромбозом левого предсердия. Грудная хирургия – 1983 – N 6 – С. 75-76
4. Мальшев Ю.И., Тарасов А.И., Колышев В.А. Выбор размера и профиля протеза митрального клапана // Грудная хирургия – 1989 – N 1 – С. 16 – 24
5. Ситар Л.Л., Попов В.В., Бешляга В.М., Антощенко А.А. "Монодисковые протезы при двухклапанном протезировании: сравнительная эффективность различных типов протезов" V Наукова Конференція Асоціації серцево-судинних хрургов України. – 1997 С. 155 – 156

**В.А.Сандриков, Л.М.Кузнецова, Н.Л.Черепенина,
Т.А.Буравихина, Б.В.Кузнецов, Г.В.Ревуненков**

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА

Российский научный центр хирургии РАМН, г. Москва

Острая и хроническая ишемия миокарда, обусловленная не только коронарной патологией, но и рядом других заболеваний, сопровождается изменением диастолической функции миокарда и, в частности, изменением жесткости. Доказано, что увеличение жесткости миокарда является важным патогенетическим звеном в развитии недостаточности кровообращения. В этом случае рост жесткости поврежденных участков миокарда уменьшает дискенизию некротического сегмента, что приводит к увеличению сердечного выброса. В тоже время, при увеличении мышечной жёсткости желудочков ухудшается их заполнение притекающей кровью.

Процессами расслабления и оценки диастолической жёсткости миокарда занимались и занимаются многие исследователи как у нас в стране, так и за рубежом.

Однако проблема оценки диастолической функции миокарда остаётся крайне сложной и определенного ответа не имеет.

Методы исследования. Обследовано 2513 пациентов с заболеваниями сердца. Стеноз и недостаточность митрального клапана – 641, стеноз и недостаточность аортального клапана – 327, ишемическая болезнь сердца – 1232, врожденные пороки сердца – 288, трансплантация сердца – 25. Все больные оперированы в условиях искусственного кровообращения. Пациенты обследовались до операции, интраоперационно и на 15-20 сутки после операции. 864 пациента обследованы в отдаленном послеоперационном периоде (более 3 лет).

Методы исследования диастолической функции миокарда можно подразделить на инвазивные и неинвазивные. Инвазивные – регистрация кровотока и давления в полостях сердца и магистральных сосудах, построение «P-Q» диаграмм и расчёт кривой Хилла. Неинвазивные методы оценки диастолической функции миокарда : эхокардиография, ядерные исследования, компьютерная томография 4-го поколения. Полученные результаты обработаны статистически с учётом достоверности и корреляционных связей.

Результаты исследования. Прежде чем перейти к выполнению ряда исследований по оценке диастолической функции миокарда нами были поставлены следующие вопросы, требующие своего разрешения.

1 – какие методы наиболее точны в оценке диастолической функции миокарда? 2 – существует ли единый показатель оценки диастолической

функции миокарда? З – какое практическое значение имеет оценка диастолической функции миокарда?

На основании полученных нами данных были сделаны ряд предположений относительно оценки диастолической жесткости миокарда. Так, общими механизмами адаптации сердца при его повреждении мы считаем: *интрацеллюлярные* – клеточный уровень основанный на реакции компенсации и восстановления межклеточных структур, клеток. В основе снижения сократительных характеристик могут лежать как структурные изменения, так и нарушения электромеханического сопряжения и организации цитоскелета миоцита; *интракардиальные* – гиперфункция, гипертрофия участков миокарда вне зоны ишемии; *экстракардиальные* – повышение ОПС, «централизация кровотока».

Оценивая динамику диастолической жесткости через построение dP/dK и dp/dV , мы отметили, что у пациентов с гипертрофией миокарда (независимо от причин перегрузок – перегрузка сердца объемом или сопротивлением) жесткость миокарда в 3–4 раза выше, чем у больных без гипертрофии сердечной мышцы. В то же время для оценки диастолической функции миокарда необходимо знание таких параметров как эластические свойства миокарда, среднего давления в левом предсердии, сердечного ритма, интервала P–Q, конечного диастолического и конечного систолического объёмов левого желудочка, давления в аорте и лёгочной артерии. Все эти факторы влияют на изменение наполнения левых отделов сердца и, конечно же, на диастолическую функцию миокарда. Исследуя с помощью эхокардиографии, а в последнее время и с помощью векторного мультисигментного катетерного датчика кровотока в легочных венах и трансмитральный кровоток, мы пришли к заключению о возможности оценки диастолической жесткости миокарда.

Так, в норме $e/a = 1$, $IVRT = 70-100$ ms, $s/d = 1$, а $IVRT/RR = 0,08$. Эти же величины характерны и для умеренной степени диастолической дисфункции левого желудочка. В тоже время при легкой степени $e/a < 1$, но $IVRT/RR$ остаётся практически без изменения $= 0,08$. Трансмитральный кровоток при гипертрофическом типе составляет $e/a < 1$, $IVRT = 100$ мс, $IVRT/RR = 0,08$. Реструктивный тип характеризуется $e/a = 2$, $IVRE < 70$ мс, $s/d \ll 1$, $IVRT/RR \ll 0,08$, а КДД $= 15$ мм рт.ст.

На основании проведенных исследований мы считаем, что гипертрофия миокарда сопровождается изменением, в первую очередь, механической диастолической дисфункцией, которая определяется следующими факторами: изменением конечного систолического и конечного диастолического объёмов, изменением и увеличением жесткости самого миокарда, являющегося следствием развития фиброза.

Выводы. В фазу диастолического расслабления соотношение геометрии «желудочка–давления» являются экспоненциальными и представляют эффективную диастолическую жесткость на тот объём, который измеряется в период исследования. Измерение этого показателя даёт характеристику всего графика «давление–объём», независимо от величины КДО.

**Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, Л.В. Попов, А.Н. Блеткин,
А.Г. Ломакин**

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Научно-исследовательский институт грудной хирургии.
Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова*

Частота постинфарктных аневризм левого желудочка (ПАЛЖ) у больных перенесших острый инфаркт миокарда достигает 35%. Развивающаяся сердечная недостаточность является крайне неблагоприятным фактором и свидетельствует о высокой степени инвалидизации не только пораженного участка сердечной мышцы, но и всего миокарда в целом. Снижение сократительной способности, нарушения геометрии и диастолической функции на фоне неадекватной внутрисердечной гемодинамики обуславливают низкую выживаемость (30-40% в течение 5 лет) при этой патологии. Ведущим методом при лечении ПАЛЖ является хирургический. Актуальными проблемами остаются адекватность объема и выбора метода пластики левого желудочка.

За период с 1990 по настоящее время прооперировано 557 больных с ПАЛЖ в возрасте от 28 до 72 лет. Причиной развития аневризмы у всех пациентов являлся трансмуральный инфаркт миокарда, вследствие окклюзионного поражения проксимальных отделов передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии. Поэтому во всех случаях операция по поводу ПАЛЖ была дополнена прямой реваскуляризацией миокарда в максимально необходимом объеме (среднее количество шунтов 2,2).

В 95,6 % (328) случаев отмечались различного вида нарушения ритма в дооперационном периоде. Практически все пациенты отнесены к 3-4 функциональному классу по NYHA. По локализации аневризмы передней стенки выявлены в 24,8% случаев, с вовлечением верхушечно-перегородочного сегмента – 74,3%, аневризмы задней стенки в 1,8 % случаев. У одного пациента выявлены аневризма левого и правого желудочков. Тромбы в полости левого желудочка обнаружены у 48,8% больных.

Хирургическое вмешательство при аневризмах верхушечно-перегородочной локализации требует удаления рубцово-измененной части межжелудочковой перегородки, это возможно при модифицированной операции по Кор с использованием аутоэнодокардиальной заплаты (Kor V. 1989, Kor V.1997), завершающим этапом которой выполняется укрытие заплаты верхушкой правого желудочка двухрядным непрерывным швом. При этом не используются различные чужеродные заплаты, что, несомненно, является одним из достоинств метода. Использование кисетного шва по Jatene (Jatene A. 1985, Cox 1997), позволяет максимально воссоздать геометрию полости левого желудочка.

Таким способом было оперировано 62% пациентов. В остальных случаях после резекции ПАЛЖ была выполнена линейная пластика или пликация. Общая госпитальная летальность составила 6,64 %

Эффективность операций определяли на основе комплексного клинического обследования. В отдаленном периоде отмечено значительное увеличение контрактильности миокарда, существенное уменьшение или отсутствие зон акинезии, восстановление геометрических соотношений полости желудочка. Показатели пятилетней выживаемости составили 83,5%.

Хирургическая тактика при лечении ПАЛЖ должна основываться на использовании дифференциального подхода к выбору адекватного метода вентрикулопластики, и прямой реваскуляризации миокарда в максимально необходимом объеме.

УДК 612.17:612.26.-06:612.273.2

Ю.В.Белов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РАССЛАИВАЮЩИХ АНЕВРИЗМ ГРУДНОГО И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ АОРТЫ

РНЦХ РАМН, Москва

В отделении хирургии аорты и ее ветвей с 1993 по 2001 г. оперировано 204 больных с аневризмами грудного и торакоабдоминального отделов аорты. Из них у 20 (10%) было острое расслоение аорты. 16 (7,8%) больных оперировано. 4 (20%) умерло до операции от разрыва аорты.

Среди оперированных больных этиологическими факторами развития аневризм аорты были: кистомедионекроз Эрдгейма (4 больных – 25%), синдром Марфана (3 – 18,7%), кистомедионекроз в сочетании с атеросклерозом (8 – 50%), атеросклероз (1 больной – 6,3%).

По Стенфордской классификации острое проксимальное расслоение аорты наблюдалось у 10 (62,5%) больных, а дистальное – у 6 (37,5%).

Показаниями к операции при остром проксимальном расслоении аорты явились: синкопальное состояние (2), подострая тампонада сердца (1), гемоперикард (2), острая аортальная недостаточность (2), гемомедиастинум (1), переходящий геми- или нижний парапарез (2). При дистальном расслоении аорты показаниями к операции были разрыв аневризмы в брюшную полость или в забрюшинное пространство (2), острая почечная недостаточность (2), острая окклюзия инферренальной аорты (1), гемоторакс (1).

При проксимальном расслоении аорты больным были выполнены следующие операции:

Протезирование восходящей аорты и аортального клапана клапаносодержащим кондуитом с реплантацией устьев коронарных артерий в бок сосудистого протеза по Бенгаллу Де Боно – 3 (у 1 больного в сочетании с двойным АКШ),

Операция Каброля – 3 (у 1 больного в сочетании с АКШ одной артерии),

Операция Бенгалла Де Боно в сочетании с протезированием дуги аорты и низведением части сосудистого протеза в нисходящую аорту по Борсту («хобот слона») – 1,

Супракоронарное протезирование восходящей аорты – 2 (у 1 больного с пластикой аортального клапана),

Протезирование восходящего отдела и дуги аорты линейным протезом выполнено 1 больному, однако через 5 часов после операции, в виду острого ретроградного расслоения аорты на уровне синусов Вальсальвы и аортальной недостаточности произведена замена АК синтетическим протезом с пластикой аорты.

При дистальном расслоении аорты протезирование ее нисходящего отдела выполнено 3 больным, а 3 пациентам осуществлено протезирование торако-абдоминальной аорты по Крауфорду.

Рассмотрены различные варианты хирургической техники и обеспечения операций на конкретных клинических примерах.

2 (12,5%) больных умерли в раннем послеоперационном периоде после операции Каброля от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности. Остальные 14 выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Больные с острым проксимальным или дистальным расслоением аорты при наличии угрожающих жизни осложнений нуждаются в экстренной операции.

Объем хирургического вмешательства зависит от характера расслоения, состояния аортального клапана и ветвей аорты.

Результаты экстренных операций не отличаются от вмешательств, выполненных в плановом порядке.

УДК616.12-001.4

**А.Г.Гринцов, А.И.Терменжи, О.Н.Ступаченко,
С.И.Гюльмамедов, В.В.Кравец**

РАНЕНИЯ СЕРДЦА

*Клиника факультетской хирургии им. К.Т. Овнатяна
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение*

За период с 1969 по 2001 год находилось на лечении 168 больных с ранениями сердца. Из них мужчин – 146, женщин – 22, в возрасте от 16 до 61 года. Колото-резаные ранения отмечены у 157 пациентов, у 11 – огнестрельные.

У 7 пострадавших – закрытые повреждения сердца. Оперативное лечение проведено у 154 пострадавших.

На основании опыта выработан алгоритм диагностики и лечебной тактики, следуя которому у данной категории больных достигнуты высокие положительные результаты – летальность в среднем составила 16 %, которая за последний десятилетний период снизилась до 9 %. Причиной неудач явилась несвоевременная доставка пострадавших в клинику, выраженный геморрагический шок, множественные сочетанные ранения и сопутствующая соматическая патология.

Наиболее достоверные в диагностическом плане клинические признаки, которые могут заставить заподозрить ранение сердца следующие.

Во-первых, проникающий характер раны и локализация ее в пределах так называемой опасной зоны (по Грекову). Сверху 2-е ребро, слева – средняя подмышечная линия, снизу – реберная дуга и справа – правая парастеральная линия. Однако мы обращаем внимание и на «атипичное» расположение, что отмечено у 11 пациентов на спине, у 21 – в правой половине грудной клетки и у 8 – в подложечной области.

Во-вторых, общее состояние больного, которое колебалось от удовлетворительного (у 56 пациентов) до агонального (у 37). Наиболее часто отмечался беспокойный блуждающий взгляд, бледность кожных покровов, холодный липкий пот.

Третье – кровотечение. Обычно оно наблюдается при больших ранах и чаще внутриплевральное. При этом руководствуемся цифрами артериального давления. Показатели гематокрита, гемоглобина и эритроцитов крови считаем малоинформативными ввиду малых сроков с момента ранения. Наружное кровотечение с пульсацией само по себе указывает на ранение сердца.

Раны же небольших размеров чаще проявляются тампонадой, при которой наблюдаются резкое снижение артериального давления, повышение центрального венозного давления и глухость сердечных тонов при аускультации (триада Бека).

У больных с удовлетворительным состоянием и неясной симптоматикой углубляли обследование.

При рентгенологическом методе обращается внимание на симптомы гемоперикарда, проявляемые расширением и увеличением интенсивности сердечной тени и сглаженностью сердечных дуг, симптомы пневмоперикарда и снижение пульсации вплоть до полного ее отсутствия, выявляемое при рентгеноскопии.

Электрокардиография являлась информативной только при тампонаде сердца и при повреждении венечных артерий. Наибольшую ценность метод представляет собой в послеоперационном периоде для раннего выявления ишемических изменений в миокарде, развития постоперационного перикардита и повреждения внутрисердечных структур.

Эхокардиография, примененная у 12 больных, позволила быстро обнаружить наличие крови и сгустков в полости перикарда и снижение пульсации.

Последним звеном алгоритма диагностики, являющимся одновременно первым в лечебной тактике, является торакотомия, показанная при неясном диагнозе и невозможности исключить ранение сердца.

Наиболее рациональной считаем стандартную передне-боковую слева, выполненную у 147 больных. У 7 больных выполнена срединная стернотомия.

Перикардотомия и ревизия полости перикарда является обязательной при любых сомнениях относительно направления раневого канала и выполняется в первую очередь. При технических трудностях предварительно накладываем держалки по обе стороны от раны с натяжением последних в противоположные стороны (по Беку). Обязательна ревизия противоположной стороны для исключения сквозного характера ранения. Рана ушивается одним движением вкол-выкол во всю толщу миокарда отдельными узловыми, иногда П-образными швами атравматичной иглой.

При прорезывании швов, возникающем при миокардиодистрофиях в качестве укрепляющего пластического материала, используем лоскут перикарда или предкардиальную клетчатку. У 2 больных использована тефлоновая заплата. При ушивании предсердий и ушка используем зажим Сатинского, диссектор. Полость перикарда ушиваем редкими швами. Внизу полости проводим контрапштуру 1-1,5 см для создания оттока в послеоперационном периоде.

У 8 больных выполнены так называемые операции – реанимации по пути следования в операционную. У 5 пострадавших удалось восстановить сердечную деятельность и закончить оперативное пособие.

Высокая смертность при огнестрельных ранениях обусловлена большим, «дырчатым» дефектом с обширной зоной некроза, контузии и молекулярного сотрясения. Однако положительный результат достигнут в 4 случаях. Применялся шов с более широким захватом с использованием лоскута перикарда или синтетического материала.

В ближайшем послеоперационном периоде проводим продленную ИВЛ до полного восстановления гемодинамики, адекватное обезболивание и специфическую противовоспалительную терапию. Ведение больных проводится по режиму лечения постинфарктных больных совместно с реаниматологом и кардиологом.

**Л.Л. Ситар, В.В. Попов, І.М. Кравченко, А.А. Антощенко,
В.П. Захарова**

РОЗШАРОВУЮЧІ АНЕВРИЗМИ ГРУДНОЇ АОРТИ: ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ

Інститут серцево-судинної хірургії АМН України, м. Київ

Гостре розшарування грудної аорти виникає як ускладнення гіпертонії та атеросклерозу, синдрому Марфана та кістомедіонекрозу, коарктації аорти, дво-тулкового аортального клапана. Хворі помирають внаслідок розриву аорти (тампонада серця, гемоторакс), гострої серцево-судинної недостатності або внаслідок гострого розладу кровообігу головного мозку, вісцеральних органів та нижніх кінцівок. Слід пом'ятати, що до 50 % хворих помирає у продовж перших двох діб і до 90% – протягом першого місяця від початку розшарування, тобто в гострій та підгострій стадії []. При переході захворювання в хронічну стадію хворі помирають внаслідок серцево-судинної декомпенсації, зумовленої недостатністю аортального клапана або ж від розриву аневризми аорти.

Діагностиці та лікуванню вище вказаних ускладнень присвячене наше дослідження.

Матеріали і методи. Із 1980 по 2002 рр. спостерігалось 202 хворих з розшаровуючими аневризмами грудної аорти. Відповідно до Стенфордської класифікації розшарування типу А, з початком розшарування від ступок аортального клапана і поширенням до біфуркації аорти (тип I і II по Ке Бакеу) – було у 172 хворих; тип В з початком від лівої підключичної артерії до біфуркації аорти (III тип по Ке Бакеу) – 30 хворих. Хворих у гострій та підгострій стадії захворювання (до 1 міс.) було: тип А 102, тип В – 16, в хронічній – відповідно 70 і 14. Вік хворих – від 21 до 72 років ($45,6 \pm 5,1$), чол. – 153, жін. – 49.

Діагностика розшаровуючих аневризм базувалась в основному на основі анамнестичних, загальноклінічних та спеціальних методів дослідження (рентген, ехокардіографія, зондування серця, аортографія). Основними причинами розшаровуючих аневризм аорти були гіпертонія і атеросклероз, синдром Марфана, кістомедіонекроз, коарктація аорти та 2-ступковий аортальний клапан.

Серед неоперованих за різними причинами хворих в гострому і підгострому періоді померло 31 із 42 (73,3 %) хворих типу А і 2 із 12 (16,6 %) типу В.

Оперовано з розшаровуючими аневризмами аорти 148 хворих, в т.ч. 132 – тип А і 15 – тип В. У гострій та підгострій стадії оперовано 77 хворих типу А і 3 типу В, в хронічній відповідно 55 і 12. Невідкладні операції виконувались у випадках гострої серцево-судинної недостатності з ознаками тампонади серця, гемотораксу. Операції виконувались в умовах штучного кровообігу і гіпотермії 26-28°C. Корекція дуги аорти 25 хворих виконувалась в умовах глибокої гіпотермії (16-18°C) з ретроградною церебральною перфузією. Методика Бенталла [] з нашою

модифікацією виконана в 86, супрокоронарне протезування висхідної дути аорти [] з ресуспензією аортального клапана – в 44, методика Kavid – в 2 хворих.

Протезування низхідної аорти виконано в 15 хворих з розширкуючими аневризмами аорти типу В.

Результати досліджень та їх обговорення. Серед 132 оперованих хворих із розширкуючими аневризмами типу А померло 24 (17,3 %), в тому числі 19 із 77 (24,6 %) – оперованих в гострій та підгострій стадії і 5 із 55 (9,1%), оперованих в хронічній стадії захворювання. Серед 15 оперованих хворих з розширкуючими аневризмами типу В померло 4, в.ч. в гострій стадії 1 із 3 і 3 із 12 – в хронічній.

Причинами летальності були кровотеча – 5, крововилив, набряк мозку – 6, гостра серцево-судинна – 6, дихальна – 6, печінково-ниркова недостатність – 5.

Віддалені результати вивчені в 108 із 120 (90 %) виписаних із клініки хворих після проведеного оперативного лікування в строки від 6 міс. до 12 років. Хороший-віддалений результат виявлено у 73 (67,5 %), задовільний у – 18 (16,6 %), незадовільний – 5 (4,6 %), померло – 12 (11,1 %).

Причинами незадовільних результатів та смертей у віддаленому періоді були хронічна міокардіальна недостатність, аневризмоутворення з розривом черевної аорти, інфаркт міокарда внаслідок відриву псевдоаневризм вінцевих артерій, ішемічний та геморагічний інсульт.

Висновки. 1. Гостре розширування висхідної аорти з недостатністю аортального клапана (тип А) супроводжується надзвичайно високою смертністю внаслідок розриву аорти, важких розладів кровообігу та ішемії життєво важливих органів і систем. 2. Невідкладне оперативне втручання (операція Бенталла або супрокоронарне протезування висхідної і дути аорти з ресуспензією аортального клапана) пов'язане з високим ризиком і забезпечує виживання 75,4 % оперованих осіб. 3. Розширкуючі аневризми низхідної грудної аорти (тип В) доцільно оперувати в плановому порядку, за виключенням випадків гіпертонії, резистентної до інтенсивної гіпотензивної терапії із загрозою розриву аорти та ішемії вісцеральних органів і нижніх кінцівок.

Література

1. Anagnopoulos C.E., Prabhakar M.J.S., Vittle C.E. Aortic dissections and dissecting aneurysms. – Am. J. Cardiology – 1972 v. 30 P. 253-273
2. Bentall H.H., Ke Bono A.A. technique for complete replacement of the ascending aorta. Thorax 1968; 23: 338-9.
3. Cawford E.S., Kirklin J.W., Naftel K.C., Svensson L.G., Coseli Js, Safi H.J. Surgery for acute dissection of ascending of aorta. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1992; 104: 46-59.
4. Kouchoukas N.T., Wareing T.H., Murphy S.F., Perilo J.B. Sixteen-year experience with aortic root replacement: results of 172 operations. Ann. Surg. 1991: 214: 308-20.
5. Gott V.L., Laschinger J.C., Cameron K.E., Kiets H.C., Greene P.S., Gillinov A.M., et. Al. The Marfan syndrome and the cardiovascular surgeon. 1996; 10: 149-58.
6. Sytar L., Kravchenko I., Popov V., Beshlyaga V., Slabchenko K. "Prosthetic replacement of the aortic root by surgery of the dissecting aneurysms of ascending aorta" Cardiovascular Engineering/ 2000 vol 5 N 2p. 105.
7. Sytar L., Knyshov G., Kravchenko I., Popov V., Slabchenko K., Atamanyuk M. "Surgical treatment of ascending aorta aneurysms" 11 World Congress of cardio-Thoracic Surgery, 2001, Sao Paulo, p.51.

**Р.Й. Лекан, М.Ф. Зіньковський, В.В. Лазоришинець,
А.Г. Горячев**

ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКАРДІАЛЬНИХ КОНДУЇТІВ ВІДНОВЛЕННІ ЛЕГЕНЕВОГО КРОВООБИГУ

*Одеський державний медичний університет МОЗ України
Інститут серцево-судинної хірургії АМН України*

Використання кондуїтів (кондуїт – штучна судина, яка виступає в якості стовбура легеневої артерії) між правим шлуночком (ПШ) і легеневою артерією (ЛА) дозволяє відновити адекватний кровообіг в системі легеневої артерії серед таких уроджених вад серця (ВВС), як тетрада Фало (ТФ) з аномальним розгалуженням вінцевих артерій (АРВА) на вихідному тракті правого шлуночка (ВТШШ); транспозиція магістральних судин (ТМС) в поєднанні з дефектом міжшлуночкової перегородки (ДМШП) і стенозом легеневої артерії (СЛА), загальним артеріальним стовбуром (ЗАС), транспозиційним типом подвійного відходження магістральних судин (ПВМС) від правого шлуночка (ПШ) із стенозом легеневої артерії (СЛА), ПВМС від лівого шлуночка (ЛШ), атрезією легеневої артерії (АЛА) і дефектом міжшлуночкової перегородки (ДМШП), а також із коригованою транспозицією магістральних судин (КТМС) і стенозом ЛА.

Мета роботи: узагальнення 22-річного досвіду використання різних кондуїтів при корекції ВВС, вивчення віддалених результатів із визначенням перспективів розвитку данного методу лікування.

Матеріал і методи. Аналізу підлягали 102 хворих, яким з 1978 по вересень 2001 року в ІССХ АМН України були виконані радикальні операції з імплантацією екстракардіального кондуїта у вигляді єдиного або паралельного виходу із ПШ. Вік хворих коливався від 3 місяців до 22 років (в середньому $10 \pm 4,5$), а маса тіла коливалась від 6 до 67 кг (в середньому $22,5 \pm 5,5$).

Операція Растелі виконана у 26 хворих з ТМС, ДМЖП, і СЛА. При хірургічному лікуванні атрезії легеневої артерії з ДМЖП кондуїт імплантований у 23 хворих, у 14 із них – клапаневмісний як елемент радикальної корекції вади і у 9 – безклапанний з метою розширення звужених легеневих артерій. Під час виконання радикальної корекції (РК) тетради Фало (РКТФ) 26 хворим виконана імплантація кондуїта в ВТШШ. У більшості із них (22 – випадки) вона використовувалась для шунтування ВТШШ в ділянці аномального проходження крупної вінцевої артерії у зв'язку з неможливістю трансвентрикулярного усунення інфундибулярного звуження. Різні типи кондуїтів використовувались в якості паралельного екстракардіального тракту відтоку із венозного шлуночка при РК КТМС з вираженим підклапанним фіброзно-м'язовим стенозом ЛА (12 випадків). Трьом хворим кондуїт був імплантований при загальному артеріальному стовбурі і трьом – при РК *Hemitruncus arteriosus*. У 7 випадках кондуїт використаний для корекції ПВМС від ПШ з мальпозицією ЛА, а також у двох випадках – при ПВМС від ЛШ.

Діаметр кондуїтів складав від 10 до 26 мм (в середньому 18 ± 4 мм), довжина – від 6 до 14 см (в середньому 10 ± 2 см). У 61 випадку був використаний клапанвмісний кондуїт, в 41 – бесклапанний. Використовувались три види кондуїтів – синтетичний (15), комбінований (8) і біологічний (79), із яких : гетерографтів – 8, гомографтів – 37, автографтів – 34.

Автоперикард в якості живого, інертного з імунологічної точки зору, доступного матеріалу для кондуїтів залишається популярним в хірургії ВВС. На початку епохи використання кондуїтів ми користувалися синтетичними протезами: порожнисті трубки із дакрона і тефлона, а в подальшому – із протезами з біологічних матеріалів (свинячий або бичачий перикард). Дані протези готували в двох варіантах: вміщуючі і невміщуючі клапани, в якості яких використовували або механічні протези (типу Б'юрок-Шалі), або біологічні – свинячі аортальні та легеневі.

Починаючи з 1992 р., ми широко використовуємо гомографти. Вони являються кондуїтами природньої конструкції, які відповідають всім анатомо-функціональним вимогам протезування. Стерилізацію здійснювали в живильному антибіотичному середовищі (ЖАС) з подальшим бактеріологічним контролем і після проведення серологічного скринінгу трупної крові.

Результати. В ранньому післяопераційному періоді померли 20 хворих. Госпітальна летальність склала 18,8 %. Госпітальний післяопераційний період протікав сприятливо при гемодинамічно досконалих клапанвмісних кондуїтах. У віддаленому післяопераційному періоді результати операцій простежені у 69 пацієнтів із 87 виписаних із інституту, що склало 80 %. Строки спостереження склали від 1 до 20 років (в середньому $12 \pm 4,5$ роки). На момент останнього обстеження добрий результат відмічено у 44 (64 %) хворих. В дану групу увійшли хворі із бесклапанними автоперикардальними кондуїтами і легеневими гомографтами. Функціональний стан їх відповідав I класу згідно з класифікацією NYHA. У 10 (14 %) пацієнтів результат визнаний незадовільним, а у 5 з них була виконана повторна операція. Незадовільний результат в усіх цих пацієнтів пов'язаний із прогресуванням кальцинозу і вираженим ступенем обструкції імплантованих гетерографтів, комбінованих і гомоаортальних кондуїтів

Усі пацієнти, яким був імплантований легеневий гомографт, увійшли в групу хворих з добрим результатом. Крім того, легеневий гомографт формується як біфуркаційний протез, тому може забезпечити значні технічні переваги при пластиці гілок ЛА. Узагальнення нашого і світового досвіду використання гомографтів дозволило віддати перевагу саме цьому виду кондуїта при тих гемодинамічних умовах, де необхідне використання клапанного кондуїта.

В цілому представлені дані свідчать, що ідеальне вирішення проблеми кондуїтів для лікування складних ВВС ще не знайдено. Пошук нових можливостей можна вести в двох напрямках: удосконалення методик, які дозволяють обійтись без кондуїта (маневр Лекомпте), або розробка нових методів стерилізації і зберігання гомотрансплантатів, які дозволять забезпечити тривале функціонування біопротеза в організмі хворого.

Ф.Ш. Бахритдинов, Ш.М. Камипов, А.М. Масудов

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОАРТЕРИАЛЬНЫХ КОНДУИТОВ В КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

В настоящее время в коронарной хирургии все более перспективным становится использование аутоартериальных кондуитов.

Целью этой работы явился поиск наиболее оптимальных трансплантатов в хирургии коронарных артерий.

В отделениях хирургии сосудов и хирургии ИБС в период с апреля по октябрь 2000 года было выполнено 10 операций прямой реваскуляризации миокарда с использованием аутоартериальных кондуитов.

Нестабильная стенокардия была диагностирована у 3 (30 %) больных, у остальных 7 (70 %) больных она имела стабильное течение. Постинфарктный кардиосклероз был обнаружен у 9 (90 %) пациентов, повышение АД отмечено у 5 (50 %), недостаточность кровообращения у 2 (20 %), и нарушения ритма сердечной деятельности у 1 (10 %) больного. Недостаточность коронарного кровообращения по данным ЭКГ в покое была выявлена у 6 (60 %) больных. Сократительная способность миокарда по данным ЭхоКГ у 4 (40 %) больных составила ниже 50 %, а у остальных – выше этого значения.

По данным КВГ у всех больных обнаружено поражение двух и более коронарных артерий, по данным селективной ангиографии внутренняя грудная артерия (ВГА) с обеих сторон была без изменений.

ВГА была использована во всех случаях для реваскуляризации передней нисходящей артерии (ПНА).

Правая желудочно-сальниковая артерия (ПЖСА) в 2 (20 %) случаях была использована для реваскуляризации правой коронарной артерии, забор ПЖСА осуществлялся через верхне-срединную минолапаротомию, а транспозицию этого кондуита производили через диафрагмотомию в полость перикарда.

В 3 случаях маммарнокоронарное шунтирование (МКШ) ПН А сочеталось реваскуляризацией огибающей и правой коронарной артерий аутовенозными кондуитами,

В 5 случаях МКШ сочеталось реваскуляризацией одной коронарной артерии.

Послеоперационный период у всех больных проходил без осложнений. Субъективно все больные отметили улучшение. Сократительная способность миокарда по данным ЭхоКГ возросла в среднем на 6-10%. По данным ЭКГ у всех отмечено улучшение коронарного кровообращения.

Таким образом, применение аутоартериальных трансплантатов открывает широкие перспективы в коронарной хирургии и улучшает результаты хирургического лечения ИБС.

**Г.В.Кнышов, А.М.Воробьева, В.Б.Максименко, О.И.Моргунов,
З.Т.Баланник, С.И.Вовянюк, Е.Я.Беспалова, А.Н.Гуртовенко,
А.А.Крикунов**

ВЛИЯНИЕГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙПЕРФУЗИИНА ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ

Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН Украины, г.Киев

Известно, что гипертермия усиливает крово- и лимфообращение, стимулирует антитоксическую функцию печени, обладает бактерицидным, бактериостатическим и вируцидным эффектом и успешно применяется при лечении ряда патологий: сифилиса, гонореи, бруцеллеза, псориаза, онкозаболеваний (Курпешов, 1996; Ash, 1997; Zablow, 1997). В работах Amestad (1995), Katschinski (1999), Yamashita (2000), Morita (2001) показано влияние гипертермии на некоторые показатели иммунитета.

Целью работы явилось изучение влияния различных температурных режимов гипертермической перфузии (ГП) на иммунобиохимический потенциал больных инфекционным эндокардитом (ИЭ).

Метод ГП применен при операциях на открытом сердце с использованием искусственного кровообращения (ИК) у 30 взрослых пациентов с ИЭ, оперированных по поводу приобретенных пороков сердца. Основной этап операции с ИК проходил в условиях умеренной гипотермии ($t_{\text{центр}}^0 = 28-30 \text{ }^\circ\text{C}$). Затем больных согревали до $38-38,5 \text{ }^\circ\text{C}$ (группа 1, $n=17$) или $39-39,5 \text{ }^\circ\text{C}$ (группа 2, $n=13$) и поддерживали эту температуру на протяжении 30 минут. Иммунобиохимические исследования проводили на 8 этапах: I – до операции, II – после премедикации, III – после выполнения основного этапа операции, перед согреванием больного, IV – в конце гипертермического этапа перфузии, V – через 1 час после окончания перфузии; VI – через сутки, VII – 3 суток, VIII – 10 суток после операции. Контрольную группу составили практически здоровые лица ($n=20$). Материалом для иммуно-биохимических исследований служила венозная кровь, сыворотка и плазма крови. Показатели иммунного статуса (ИС) исследовали согласно рекомендациям Р.В.Петрова (1992). Активность протеиназ и ингибиторов определяли по методам К.Н.Веремеенко и соавт. (1980, 1988). Наличие вирусной инфекции, ИЛ-6 определяли методом ИФА с использованием тест-систем «Вектор-Бест» и UBI MAGIWEL, микроорганизмы – стандартными микробиологическими методами.

Результаты Развитие и течение ИЭ определяется этиологическим фактором и реактивностью организма. До операции у 23,3% больных выявлен *St.epidermidis*, у 3,3% больных – Грам-негативная флора. 1 больной был с активной формой ревматизма. HBS-антиген выявлен у 10% больных, серопозитивными

по HCV были 13,3% больных, цитомегаловирусу (ЦМВ) и вирусу простого герпеса I-II типов (ВПГ) – все больные (100%). Наши исследования показали, что у больных группы 1 снижался титр IgG к ВПГ от 1:11000 на I этапе до 1:8000 к VIII этапу и не изменялся к ЦМВ (1:6750 и 1:6700). Во 2 группе (ГП при 39-39,5 °С) титр IgG к ВПГ до операции был равен 1:2200 и снизился к VIII этапу до 1:1800; снижение титра антител к ЦМВ было трехкратным (до операции – 1:2160, 10 суток – 1:700).

Изучение динамики изменений показателей ИС больных 1 и 2 групп выявило повышение количества лейкоцитов после операции и тенденцию к нормализации к VIII этапу. Относительное количество лимфоцитов к 10 суткам после операции увеличивалось в обеих группах, но оставалось ниже, чем в контрольной. Значение относительных показателей Т-лимфоцитов (в контроле – 39,4±0,6) на 10 сутки в группе 1 (49,7±2,2) на 18,2 % превышало дооперационные значения (P<0,01), а в группе 2 (43,8±0,9, P 0,1) имело тенденцию к нормализации. Изменение субпопуляционного состава Т-лимфоцитов после операции с применением ГП проявлялось снижением относительного количества Т-хелперов на III-V этапах и Т-супрессоров на IV- VII этапах в обеих группах. На 10 сутки (VIII этап) количество клеток в субпопуляциях вернулось к дооперационным значениям. Реакция бласттрансформации лимфоцитов (РБТЛ) с ФГА, КонА на 10 сутки вернулась к дооперационному уровню. РБТЛ с антигенами ткани сердца, повышенная на III-IV этапах на 70-75%, к VIII этапу снижалась. РБТЛ с аллергеном *St aureus* на 10 сутки в группе 2 снизилась на 20,5 % по сравнению с I этапом, а в группе 1 – на 5,0 %.

Уровень ЦИК у больных группы 2 (ГП при 39-39,5 °С), в отличие от группы 1, снизился на 10 сутки в 3,7 раза по сравнению с дооперационным, до уровня контроля, что является прогностически благоприятным признаком.

Хронический воспалительный процесс у больных ИЭ характеризуется стабильным повышением уровня ИЛ-6 в сыворотке крови (до операции в группе 1 – 29,8±7,9 пг/мл, в группе 2 – 23,4±7,9 пг/мл по сравнению с 9,37±0,02 пг/мл в контроле (P<0,05)). У больных группы 1 уровень ИЛ-6 оставался повышенным до 10 суток после операции (39,18±12,26 пг/мл), а у пациентов группы 2 (ГП при 39-39,5 °С) снизился почти до показателей контрольной группы – 11,37±0,01 пг/мл. В плазме крови больных ИЭ, по сравнению с контрольной группой, в 1,6 раз повышена активность катепсина К (P<0,01), в 1,4 раза – трипсиноподобных протеиназ (P<0,01), в 1,9 раз – α₁-ингибитора протеиназ (α₁-ИП) (P<0,01). ГП при 38-38,5 °С не влияла на состояние системы протеиназы-ингибиторы, а при 39-39,5 °С – способствовала более быстрой нормализации ее показателей. На 10 сутки после операции в группе 2 активность трипсиноподобных протеиназ снизилась по сравнению с дооперационным уровнем на 11,2%, α₁-ИП – на 7,2%, а катепсина К – на 49,3% (P<0,01) и достоверно не отличалась от показателей в контрольной группе.

Таким образом, наши исследования показали, что применение ГП при 39-39,5 °С у хирургических больных с ИЭ способствует нормализации показателей

клеточного иммунитета, снижению и нормализации уровня ЦИК, концентрации ИЛ-6, активности протеолитических ферментов и α_1 -ИП. Все вышеизложенное свидетельствует об уменьшении интенсивности воспалительного процесса, активации и мобилизации иммунобиохимического потенциала. Применение гипертермической перфузии при кардиохирургических операциях является перспективным методом в лечении больных ИЭ и профилактики у них гнойно-септических осложнений и рецидивов.

УДК 504.04-56.24-016

**К.Б. Бабаджанов, А.А. Хикматов, М.М. Махмудов,
М.М. Зуфаров**

ДИНАМИКА ТЕНЗИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ОБСТРУКЦИЙ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Естественное течение изолированных обструкций выходного отдела правого желудочка (ВОПЖ) изучено у 32 больных с диагнозом, подтвержденным зондированием полостей сердца, ангиокардиографическим и эхокардиографическим исследованием. Возраст больных при 1-м обследовании составлял $12,62 \pm 0,77$ лет, при 2-м $16,59 \pm 0,83$ лет. Катетеризация полостей сердца с АКГ была выполнена двухкратно у 26 (81,25 %) больных и у 6 (18,75%) – неоднократно в сроки до 14 лет (в среднем $44,3 \pm 7,47$).

Между двумя исследованиями у больных происходил рост давления в полостях сердца. При 1-м обследовании величина систолического давления в правом желудочке (ПЖ) колебалась в пределах 35-180 (в среднем $100,53 \pm 7,40$) мм рт.ст.: диастолическое давление – $8,1 \pm 1,18$ (от 6 до 15) мм рт.ст. Повышению систолического давления в ПЖ соответствовало достоверное ($p < 0,05$) увеличение градиента систолического давления (ГСД) между ПЖ и ЛА возрастал еще в среднем на 17,4 %, подтверждая прогрессирующее течение порока.

Хронологически, в среднем через $44,3 \pm 7,47$ мес. После первичного обследования значительно снижался процент больных с умеренным (с 9,37 % до 6,25) и выраженным (с 31,87 % до 12,5 %) стенозами за счет увеличения их числа в группе с резким (с 68,75 % до 81,25 %) стенозом. Повторное определение ГСД между ПЖ и ЛА показало наиболее частое и заметное его возрастание у больных с первоначальным значением более 25 мм рт.ст., т.е. степень увеличения ГСД между ПЖ и ЛА находился в прямой зависимости от выраженности исходной обструкции. У больных с первоначальным градиентом давления менее 25 мм рт.ст. с возрастом он не менялся.

Эти данные наглядно демонстрируют, что с удлинением продолжительности срока наблюдения за естественным течением болезни отмечалась явная тенденция к углублению процесса, приводящего к глубоким, необратимым изменениям в сердце и повышающие риск хирургического вмешательства. При этом естественное течение порока зависит от типа обструкции и степени нарушений гемодинамики. При изолированном клапанном стенозе ЛА ГСД между ПЖ и ЛА менее 50 мм рт.ст. операция не показана, и больные подлежат динамическому наблюдению. При комбинированном клапанно-инфундибулярном и изолированном стенозе ВОПЖ, компенсаторные возможности ПЖ истощаются быстрее, поэтому операция показана уже при ГСД между ПЖ и ЛА более 30 мм рт.ст. и более. Так, с течением времени, в среднем через 3,5 года, значительно снижается процент больных с умеренным и выраженным комбинированным клапанно-инфундибулярным стенозом (с 29,41 % до 5,88 %) за счет увеличения их числа в группе с резким стенозом (с 70,59 % до 94,12 %) ВОПЖ. Характер естественного течения порока у детей диаметрально противоположны таковым у пациентов более старшего возраста и взрослых. При этом вероятность нарастания ГСД между ПЖ и ЛА менее 25 мм рт.ст. у взрослых со временем незначительна и, наоборот, у больных с выраженным или резко выраженным стенозом, особенно у детей, значительна.

УДК 504.04-56.24-016

К.Б. Бабаджанов, А.А. Хикматов, М.М. Махмудов

ТАКТИКАХИРУРГИЧЕСКИХВМЕШАТЕЛЬСТВПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХОБСТРУКЦИЯХПУТЕЙОТТОКА КРОВИИЗПРАВОГОЖЕЛУДОЧКАСЕРДЦА

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ Рuz

В Центре к 2002 году у 295 больных в возрасте 4-40 (в среднем $15,7 \pm 0,41$) лет выполнены реконструктивно-восстановительные операции при врожденных изолированных стенозах легочной артерии (ЛА) и выходного отдела правого желудочка (ВОПЖ).

Наибольшую группу (221-74,9 %) составили больные с изолированным клапанным стенозом ЛА (ИКСЛА), возраст которых в среднем был равен $15,9 \pm 1,35$ годам. У 166 (75,1 %) из них выполнена легочная вальвулопластика на «открытом» сердце, у 55 (24,8 %) – транслюминальная легочная баллонная вальвулопластика (ТЛБВП). Анализ послеоперационных результатов показывает значительную зависимость исходов вмешательств от условий обеспечения операций. Наилучшие результаты были получены при коррекции ИКСЛА путем ТЛБВП и, наоборот, худшие – получены после операции на «открытом» сердце. На основании полученных результатов мы считаем, что при ИКСЛА

всем больным показана ТЛБВП только при отсутствии эффекта после повторной ТЛБВП им показана коррекция порока на «открытом» сердце в условиях искусственного кровообращения (ИК). В нашем наблюдении повторная ТЛБВП выполнена у 5,3 % больных с ИКСЛА с хорошими результатами. Мы в своей практике при ИКСЛА с 1995г. отказались от операции в условиях умеренной гипотермии, а с 1998 г. и от операции в условиях ИК

При комбинированных клапанных и инфундибулярных стенозах ВОПЖ хирургическое вмешательство проводилось 56 (18,9 %) больным в возрасте от 6 до 39 лет (в среднем $17,12 \pm 1,93$ года). Ц)и этом ТЛБВП выполнены у 31 (55,36 %) пациента, а у 25 (44,64 %) больных произведена коррекция порока в условиях Ж. Хорошие результаты получены после ТЛБВП, чем у оперированных в условиях Ж. ТЛБВП эффективна при преобладании клапанного компонента порока. Выполнение ТЛБВП оправдана также при комбинации «тубулярного» типа инфундибулярного стеноза с критическим клапанным стенозом или при тяжелом клиническом состоянии больного; у этой категории больных ТЛБВП является паллиативной, подготавливающей процедурой, проводимой перед хирургической коррекцией порока. Независимо от адекватности выполненный ТЛБВП и приема бета-эдреноблокаторов результаты баллонной вальвулопластики у большинства пациентов старшего возраста остаются неудовлетворительными. Мы считаем, что у этих больных целесообразно выполнять коррекцию порока в два этапа: вначале произвести дилатацию клапанного стеноза, переводя комбинированный стеноз в обычный инфундибулярный; при неэффективности выполнить повторную ТЛБВП для устранения остаточного сужения легочного клапана и только после этого производить хирургическую коррекцию порока в условиях ИК. Применение двухэтапной тактики значительно способствуют снижению осложнений и неудачных исходов операций.

Хирургическое вмешательство при изолированных инфундибулярных стенозах ВОПЖ выполнено у 18 больных в возрасте 8-23 лет (в среднем $14,9 \pm 0,8$ года). У 14 (77,7 %) больных операция произведена на «открытом» сердце; из них у 4 (28,6 %) в условиях умеренной гипотермии, у 10 (71,4 %) в условиях ИК. Четверым (22,2 %) больным с инфундибулярным стенозом ВОПЖ «первым» этапом была выполнена ТЛБВП. Двое больных (одна из оперированных закрытым – баллонным методом и другая, оперированная под гипотермией) в связи с отсутствием эффекта оперированы повторно в условиях ИК. Неудовлетворительные результаты ТЛБВП при инфундибулярном стенозе ВОПЖ объясняется тем, что в наших наблюдениях больные были старшего возраста с выраженными стенозами. Операции в условиях ИК, в отличие от коррекции в условиях умеренной гипотермии, прошли гладко и довольно в короткие сроки. После операции больные были выписаны в удовлетворительном состоянии. В связи с этим мы с 1995 г отказались от коррекции инфундибулярного стеноза ВОПЖ в условиях умеренной гипотермии. Анализ результатов

операций при инфундибулярных стенозах ВОПЖ свидетельствует, что реконструкция ВОПЖ у пациентов с инфундибулярным стенозом ВОПЖ показана больным без гипоплазии правого желудочка. Устранение инфундибулярного стеноза ВОПЖ должна осуществляться в условиях минимальной травматичности доступом через правое предсердие и/или ЛА.

Выводы. 1. Тактика лечения больных с врожденной изолированной обструкцией ВОПЖ должна быть хирургической. При этом выбор метода коррекции и условий ее обеспечения определяются анатомическими особенностями порока. 2. ТЛБВП является альтернативой хирургическим методам коррекции ИКСЛА. Она эффективна при клапанных стенозах независимо от возраста больных и степени выраженности обструкции при отсутствии гипоплазии фиброзного кольца и ствола ЛА. 3 При комбинированных клапанных и инфундибулярных стенозах ВОПЖ целесообразно применение методики двухэтапного лечения, вначале необходимо произвести баллонную вальвулопластику клапанного отверстия, переводя комбинированный стеноз в инфундибулярный; через 3 мес. – 1 год повторная диагностически-лечебная ТЛБВП и только после этого – устранение остаточного сужения ВОПЖ в условиях ИК. 4 При инфундибулярных стенозах ВОПЖ показана реконструктивная операция в условиях ИК доступом через правое предсердие и/или ЛА.

УДК 616.127/13-007.64/-089

**Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, Л.В. Попов, С.П. Паша,
А.Н. Блеткин, А.Г. Ломакин**

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Научно-исследовательский институт грудной хирургии
Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова*

Выключение части миокарда из эффективной работы левого желудочка, в результате острого инфаркта миокарда и развития постинфарктной аневризмы, приводит к снижению как систолической, так и диастолической функций. Морфологические изменения миокарда и в первую очередь межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, значительно ускоряют развитие геометрических изменений левого желудочка, снижение сократимости резидуальных сегментов до критического уровня. Применение “золотого стандарта” диагностики, как вентрикулография, эхокардиография и стресс-эхокардиография, позволяют с высокой степенью достоверности визуализировать форму постинфарктной аневризмы левого желудочка, ее локализацию, размеры, наличие тромботических масс в полости, оценить митральную недостаточность, кинетику стенок, зоны асинергии и посегментарное сокращение миокарда.

Методы: Проведен анализ результатов у 215 пациентов, оперированных за последние 12 лет по поводу ишемической болезни сердца, осложненной развитием постинфарктной аневризмы левого желудочка с вовлечением межжелудочковой перегородки. Возраст больных от 28-72 лет (средний 49,5 лет).

Во всех случаях резекция аневризмы была дополнена прямой реваскуляризацией миокарда в максимально необходимом объеме (среднее количество шунтов 2,15). В 95,6%(328) случаях отмечались различного вида нарушения ритма в дооперационном периоде. Практически все пациенты отнесены к 3-4 функциональному классу по NYHA. Из оперативных методов, получивших распространение, мы остановились на модифицированной операции по Кор с использованием аутоэндокардиальной заплаты (Kor V.1989, Kor V.1997), завершающим этапом которой выполняли укрытие заплаты верхушкой правого желудочка двухрядным непрерывным швом на тefлоновых прокладках.

Результаты: Общая госпитальная летальность составила 4,2% (9). Эффективность операций определялась на основе сравнительного анализа клинического обследования как до, так и после операции.

Основой хирургического вмешательства при аневризмах верхушечно-перегородочной локализации является удаление рубцово-измененной части межжелудочковой перегородки. При этом, выключение более чем 2/3 длины межжелудочковой перегородки во время операции, может привести к развитию сердечной недостаточности и формированию синдрома «малого выброса» (Mills 1993, Salati 1993, Salati 1995). Значимой проблемой остается вопрос о функциональной значимости «переходной зоны» между рубцово-измененными тканями и сокращающейся частью миокарда, определения степени инвалидизации миокарда. Определение степени жизнеспособности миокарда в «сумеречной зоне» производилась с помощью однофотонной эмиссионной томографии (99m Tc – МИБИ) в покое, и с нагрузочным тестом добутамином. Изменения сократимости миокарда оценивали при фазово-амплитудном анализе, основываясь на интегральном показателе сократительной способности миокарда – фракции выброса. По данным ЭхоКГ, радионуклеидной (99m Tc – эритроциты) и рентгеноконтрастной вентрикулографий у(17) 7,9% пациентов отмечалось резкое снижение ФВ ниже 25%, у (148)68,8% ФВ составила 25-40%, и у (50)23,3% была выше 40% (через 1,5 месяца после операции). Отмечено существенное улучшение кинетики стенок левого желудочка (особенно оставшейся части межжелудочковой перегородки), значительное увеличение показателей общей и региональной сократимости миокарда (увеличение ВФ в среднем в 2,5 раза от уровня исходных данных). Динамика показателей характеризующих геометрию (конечно- диастолический и конечно-систолический индексы и размеры, индекс сферичности ЛЖ, и др) и диастолическую функцию (Ve/Va, LVCI) свидетельствовали о хирургическом моделировании полости левого желудочка максимально приближенной к физиологичной.

Вывод: функциональное восстановление левого желудочка в результате хирургического моделирования зависит от степени инвалидизации миокарда в дооперационном периоде и адекватности объема оперативного вмешательства.

Ф.Ш. Бахритдинов, Ш.М. Камилов, С.А. Бабаджанов

ПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ. ПЕРВЫЙ ОПЫТ

Научный Центр Хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ РУз г. Ташкент

Целью исследования явилось уменьшение интра- и постоперационных осложнений и улучшение результатов хирургического лечения ИБС.

В отделении хирургии сосудов и хирургического лечения ишемической болезни сердца было оперировано 16 больных ИБС на бьющемся сердце. Все больные были мужского пола. Средний возраст больных составил 54,5 лет. Нестабильная стенокардия была диагностирована у 3 (18,7%) больных, а у остальных – было диагностировано стабильное течение стенокардии. Постинфарктный кардиосклероз был обнаружен у 12 (75%) больных, гипертоническая болезнь – у 10 (63,3%) больных, недостаточность кровообращения – у 3 (18,7%) больных. По данным ЭКГ нарушение коронарного кровообращения было выявлено у 10 (63,3%) больных. По данным ЭхоКГ сократительная способность миокарда у 1 (6,2%) больного была ниже 40 %, у 10 (63,3%) от 40 до 50%, и у остальных 5 (31,3%) больных – выше 55 %.

По данным КВГ у всех больных было обнаружено поражение 2 и более коронарных артерий. Всем больным было произведена прямая реваскуляризация миокарда на работающем сердце. Реваскуляризация одной коронарной артерии была выполнена у 3 (18,7%) больных, реваскуляризация двух коронарных артерий у 7 (43,7%) больных и у 6 (37,6%) больных реваскуляризация трех коронарных артерий. Маммарнокоронарное шунтирование с использованием левой внутренней грудной артерии (ВГА) было выполнено у 9 (56,2%) больных. Применение правой желудочно-сальниковой артерии имело место в 2 (12,5%) случаях для реваскуляризации правой коронарной артерии, в 1 случае реваскуляризация передней нисходящей артерии была выполнена применением левой ВГА, а реваскуляризация огибающей артерии – аутовенозным шунтом с нисходящего отдела грудной аорты через передне-боковую торакотомию.

У 1 (6,2%) больною на второй день после операции наступил летальный исход вследствие тромбоэмболии легочной артерии. Все остальные больные были экстубированы в течении 6-10 часов после операции. Клиническое улучшение было достигнуто у всех больных. Сократительная способность миокарда по данным ЭхоКГ увеличилась в среднем на 6-8%, по данным ЭКГ у всех больных, у которых до операции была обнаружена хроническая ишемия миокарда отмечена положительная динамика.

Таким образом, прямая реваскуляризация миокарда на работающем сердце является методом выбора у больных с низким резервом сократительной способности миокарда и снижает риск развития интра- и послеоперационных осложнений.

О.В. Вятченко-Карпінська, С.О.Гур'єв, С.Г. Білогривенко

АНАЛІЗІНФОРМАТИВНОСТІПІДВИЩЕННЯПОКАЗНИКІВ РІВНЯТРАНСФЕРУКРОВІУПОСТРАЖДАЛИХЗ ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ СЕРЦЯ, ЯК КОМПОНЕНТУ ПОЛІСИСТЕМНОГО ПОШКОДЖЕННЯ

*Український НПЦ екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
МОЗ України*

Останні десятиріччя відзначені значною кількістю та великим обсягом надзвичайних ситуацій природного та техногенного характеру, при тому в зв'язку із розвитком високих технологій, техногенна небезпека постійно зростає.

Характерною рисою травматизму сьогодення є постійне збільшення числа множинних і поєднаних травм, яких відрізняє тяжкий перебіг, подовжені терміни лікування у стаціонарі, високі показники інвалідності і летальності.

Цьому виду патології притаманні специфічні зміни в усіх системах травмованого організму. Поєднана травма (ПТ) – складний патологічний процес, обумовлений пошкодженням кількох анатомічних областей, що проявляється глибокими змінами всіх видів обміну речовин, змінами центральної нервової системи організму, внаслідок чого виникає тяжка патологія – травматична хвороба (ТХ) нерідко протікає на фоні первинного та вторинного пошкодження серця, яке грає важливу роль у патогенезі захворювання і суттєво впливає на його перебіг та прогноз.

Причиною травми серця (ТС) можуть бути як проникаючі, так і непроникаючі поранення – різні механічні впливи на грудну клітку і її забій або стиснення, падіння з висоти, вплив забійної повітряної хвилі і т.д. (1, 2, 4).

В механізмі виникнення травми – тяжкого ураження серця, приймає участь низка факторів: локалізація травми грудної клітки, сила поштовху, його направлення, гідродинамічний вплив крові, що знаходилася у серцевій порожнині. Забій серця може виникнути, як з травматичним зломом ребер, так без пошкодження скелету грудної клітки. (3, 5).

Загально визнаними критеріями, на підставі яких встановлюється діагноз закритої травми серця, крім ретельно зібраного анамнезу з урахуванням механізму травми, даних клінічного обстеження, є дані інструментальних методів обстеження – електрокардіографія (ЕКГ), ехокардіографія (ЕхоКГ), рентгенографія (Ро-графії) органів.

Слід відзначити, що раніше вважалось, ступінь зростання ферментів крові є приблизним показником тяжкості ураження і міокарду сам по собі має досить невелике прогностичне значення (3). Амінотрансферази широко розповсюджені в організмі і представляють ферменти, приймаючі участь в переносі аміногруп від α -аміно до α -оксокислот.

Аспартатамінотрансфераза (АсАТ) широко представлена з досить високими концентраціями у серці, печінці, скелетних м'язах, нирках, еритроцитах. Пошкодження будь-якої з цих тканин може призвести до підвищення концентрації АсАТ в сироватці крові. Після травми (у т.ч. внаслідок оперативного втручання) можливе помірне (не більше, як у 10 разів) підвищення рівню ферментів.

Аланінамінотрансфераза (АлАТ) міститься в великих концентраціях у печінці, в меншій кількості у скелетних м'язах, нирках, серці. Помірне підвищення рівню АлАТ спостерігається при тяжкій травмі організму, але значно менше, ніж у випадках з АсАТ (6).

Після травми серця нерідко спостерігається незначний набряк печінки, обумовлений правощлуночковою серцевою недостатністю і, відповідно, незначне підвищення рівню АлАТ (6). Слід відмітити, що при первинному порушенні функції печінки АсАТ і АлАТ збільшуються приблизно у рівному ступені. Такий самий ефект спостерігається при інфаркті міокарда, емболіх легеневої артерії. Але, на жаль, у відкритих та доступних аналізу джерелах наукової інформації відсутні дані щодо інформативності змін показників рівню трансферу крові у постраждалих із закритою травмою серця.

Метою дослідження було прослідкувати ступінь підвищення амінотрансфераз у хворих на закриту травму серця (ТС) і оцінка інформативності цього показника.

Матеріали та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 22 хворих з закритою травмою серця (ЗТС), це складає невеликий відсоток (0,30%) від всіх травмованих, що поступили у центр політравми Українського НПП екстреної медичної допомоги з діагнозом поєднаної травми – 7121 пацієнт. Ці хворі склали основну групу (ОГ). З метою об'єктивізації досліджень нами був зроблений відбір масиву спостережень у обсязі 22 постраждалих з закритою травмою серця, у яких не було значних пошкоджень інших органів та систем, що супроводжується підвищенням рівня трансферазу крові. Із всіх пацієнтів з ЗТС 19 травмованих склали чоловіки, 3 – жінки. Вік хворих коливався від

20 до 89 років, що у середньому складає (45,4+1,7) рік. Середній ліжкодень був 10,6 днів. Відносно малий термін перебування у стаціонарі у таких тяжких хворих пояснюється великим відсотком летальності.

Серед методів дослідження хворих з ЗТС ми користувалися загальноприйнятими методиками: детального аналізу стану хворих, операційних втручань, інтенсивного спостереження, хворим проводилося повторне ЕКГ-дослідження, рентгенологічне дослідження грудної клітки, в деяких випадках ехокардіологічне дослідження (ЕхоКГ), біохімічне визначення ферментів крові в динаміці.

В якості групи порівняння (ГП) обстежені хворі з відкритими пораненнями серця. Їх кількість складає також 22 пацієнти. У ГП – 21 чоловік, 1 – жінка. Вік обстежених коливався від 15 до 49 років, у середньому – (32,1+8,9) років. Всі хворі ГП були виписані з стаціонару.

Щоб травма серця, незалежно від механізму її отримання, не оказувала впливу на результати проведених досліджень, обстежено 10 хворих, що знаходилися у стаціонарі з діагнозом закритої травми грудної клітки (група ЗТГК).

Постраждали ГП і ЗТГК були обстежені тими ж методами, що і ОГ.

Статистична обробка матеріалів проводилася методом порівняння середніх з використанням критерія Ст'юдента і методом альтернативного вар'ювання.

Результати досліджень і їх обговорення. Більшість обстежених хворих ОГ було доставлено до стаціонару на протязі першої години після отримання травми – 17 осіб. Але незважаючи на швидкі терміни госпіталізації, 5 постраждалих померло. Всі ці хворі були після ДТП – тобто мав місце механізм прямого удару. У 6 хворих з моменту початку захворювання до госпіталізації в лікарню пройшло більше 1, “золотої” години – часу, коли надання медичної допомоги найбільш ефективне. Серед цих хворих померло 4 пацієнта, тобто 2/3 травмованих ПТ з ЗТС, госпіталізованих з запізненням. При цьому видно наскільки ефективним є надання саме невідкладних заходів.

11 пацієнтів з 22 в ОГ померли, 11 – виписані з стаціонару. Безпосередньою причиною смерті в усіх випадках був тяжкий стан хворих після отриманої ПТ, а не ураження серця, яке звичайно мало вплив на летальний вихід. У ГП всі хворі були виписані додому.

Найбільш частою причиною ЗТС були дорожньо-транспортні пригоди (ДТП) – 13 пацієнтів (57,14%). На другому місці – падіння з висоти – 6 випадків (28,57%), на третьому – кримінальна травма – (14,29%). В ГП 21 випадок – 95,55% обстежених травмовані внаслідок кримінальної травми, 1 випадок – побутова травма -(4,45%) обстежених ГП.

З допоміжних методів обстеження хворим з ОГ проводилося ЕКГ – дослідження. Привертала до себе увагу тахікардія (до 150 ударів в 1 хвилину). З ЕКГ-графічних змін у хворих ОГ переважали перенавантаження передсердь та шлуночків (41,18%), блокада правої ніжки пучка Гіса (17,00 %), синдром ранньої реполяризації (29, 49%), порушення ритму серцевої діяльності по типу екстрасистолії (23,53%), або фібриляції передсердь (5,88%).

Елевація або депресія сегменту ST спостерігалася у 29,41% випадків. Більшість хворих з такими змінами на ЕКГ померли (4 з 5). Це свідчить про тяжкість подібних ушкоджень серця, які мають інфарктподібний клінічний перебіг захворювання. Останній висновок – на рівні тенденції, припущення, оскільки кількість хворих з вказаними змінами на ЕКГ недостатня для статистичної обробки матеріалу.

У хворих ГП відмічено тахікардію 85-120 ударів за 1 хвилину, на ЕКГ спостерігалось найчастіше перенавантаження передсердь, шлуночків (28,57% хворих), блокада правої ніжки пучка Гіса (46,86%), елевація сегменту ST (57,14% випадків).

Для підтвердження вказаних вище припущень ми досліджували рівень деяких біологічних показників, які відображають пошкодження серця на тлі загальної травматичної хвороби. В нашому дослідженні динаміка показань амінотрансфераз у хворих ОГ суттєво не відрізнялась від ГП.

В обох випадках (як у ОГ, так і в ГП) мова іде про пошкодження серця. Ми вирішили виключити компонент загального травматичного ураження і порівняти цікавлячі нас показники в обстежених групах з такими же у хворих на закриту травму грудної клітини без ураження серця.

Ми спостерігали підвищення рівню амінотрансфераз у багатьох обстежених хворих. Максимальні значення ферментів не перевищували 1,4-1,8 ммоль\л.

Підвищення рівню амінотрансфераз не являється специфічним тестом, проте непрямно свідчить про сумарне пошкодження.

В клінічній практиці для оцінки ступеню пошкодження міокарду значення має не самий рівень підвищення ферменту, доцільніше рахувати коефіцієнт співвідношення рівней амінотрансфераз сироватки крові (АсАТ/АлАТ). Високе значення даного показника характерне для ураження міокарду, а зниження при ураженні інших органів, зокрема печінки. Для порівняння у здорових осіб рівень вказаного коефіцієнту може коливатися у широкому діапазоні, здебільше 0,50-4,50.

Підвищення рівню аспарагінової і аланінової амінотрансфераз при пошкодженні міокарду спостерігається на 2-3 добу захворювання. Тому ми вважали доцільним порівняти рівень коефіцієнту співвідношення при поступленні, на другий, третій день перебування у стаціонарі у обстежених хворих.

Значення коефіцієнту в групах обстежених хворих не відрізняється одне від одного. Немає добових різниць значень коефіцієнта і також різниці між травмованими пацієнтами і здоровими особами.

Висновки: 1. Інформативність дослідження рівня трансферу крові у постраждалих з ЗТС, як компоненту ПП значно підвищується у комплексі оцінки з електрофізіологічними дослідженнями. 2. Проведене дослідження виявило доцільність для клінічної оцінки, діагностики, лікування ЗТС при ПП спиратися не тільки абсолютні значення рівней амінотрансфераз на першу, другу, третю добу захворювання, а на коефіцієнт їх співвідношення. 3. Зростання коефіцієнту співвідношення АсАТ/АлАТ у постраждалих з ЗТ, як компоненту ПП вказує на значне пошкодження міокарду і є негативною прогностичною ознакою.

Література

1. Барамія Н.М., Вітюк Т.В., Білогривенко С.Г. та ін., "Наш досвід лікування поранень серця" – Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П.Л. Шупика – Київ, 2000 р., т.1, с.381-385.
2. Барамія Н.М., Вітюк Т.В., Білогривенко С.Г. та ін., "Поранення серця і перикарду при кримінальній травмі" – "Проблеми військової охорони здоров'я". Збірник наукових праць Української військової академії. Випуск 5 . – Київ, 1999 р., с.256- 260.
3. Вагнер Е.Л. "Закрытая травма груди мирного времени".- М., "медицина", 1969р., 186с.
4. Вятченко-Карпінська О.В., Соколов М.Ф., Гур'єв С.О., Білогривенко С.Г., "Деякі тенденції клінічного перебігу закритої травми серця"- "Український журнал екстремальної медицини", 2001р., №3,с.65-67.
5. Голиков А.П., Борисенко А.П. "Клиника, диагностика и некоторые вопросы патогенеза травматического поражения сердца".- Терапевтический архив. 1976 р., №9, с.88-94.
6. Дж. Ф. Зилва, П.Р. Пэннел, "Клиническая химия в диагностике и лечении".- М «Медицина», 1988 г., 527 с.
7. Фетисова Т.В., Фролькис Р.А., "Биохимия инфаркта миокарда", – Киев, «Здоров'я», 1976 р.

І.І. Сухарев, А.Б. Доміняк, Ю.І. Ящук, Г.Г. Влайков

ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ЧЕРЕВНІЙ ЧАСТИНІ АОРТИ ТА ПЕРИФЕРИЧНИХ АРТЕРІЯХ

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, м. Київ

Незважаючи на досягнення судинної хірургії, частота виникнення порушень прохідності реконструйованих артерій досить висока (від 58 до 70 %) як у ранньому, так і в пізньому післяопераційному періоді (А. С. Затевахин, 1995; В. Т. Allend та ін., 1996). Кількість хворих, яким показано виконання повторної реконструктивної операції, з кожним роком збільшується і становить у теперішній час від 23 до 45 % від тих, кому потрібне втручання на судинах (А.В. Покровский, 1996; А. Nevelstin, 1995). Такі втручання більш складні, мають свою специфіку, часто супроводжуються більш високим ризиком для життя хворих.

Метою дослідження було комплексне розв'язання проблеми оптимізації хірургічного лікування ускладнень після виконання реконструктивних операцій з приводу оклюзивного ураження аорти та магістральних артерій.

Для вирішення поставлених завдань узагальнений клінічний досвід лікування 649 хворих із різними ускладненнями, що виникли після виконання 4926 реконструктивних операцій на черевній частині аорти та периферичних артеріях. У працездатному віці були 83 % пацієнтів. Супровід захворювання діагностовані у 84,7 % пацієнтів.

Для обстеження хворих застосовували комплекс неінвазивних та інвазивних методів, найбільш інформативними з них були ультразвукові та рентгеноконтрастні.

Показаннями до виконання повторної реконструктивної операції були: тромбоз трансплантата – у 296 (45,6 %) хворих, реоклюзія артерій після їх реконструкції та дезоблітерації – у 98 (15 %), інфікування алотрансплантатів та венозних шунтів – у 132 (20,3 %), несправжня аневризма анастомозів і трансплантатів – у 105 (16,1 %), кровотеча з анастомозів внаслідок технічних помилок – у 18 (2,7 %). Залежно від строків виникнення післяопераційних ускладнень хворі були розподілені на три групи (за J. Fontene): з безпосередніми, ранніми та пізніми ускладненнями. Найбільш часто ускладнення спостерігали у віддаленому післяопераційному періоді – у 52,9 % хворих. Безпосередньо після операції спостерігали переважно тромбоз, кровотечу та інфікування трансплантатів, у віддаленому періоді – пізній тромбоз, реоклюзію, несправжню аневризму анастомозів та інфікування трансплантатів. У найближчому післяопераційному періоді тромбоз виник у 132 (44,5 %) хворих, у ранньому – у 61 (20,6 %), у віддаленому – у 103 (34,7 %). Внаслідок зазначених ускладнень ішемія нижніх кінцівок III-IV стадії виникла у 591 (91 %) хворого. Основними причинами появи тромбозу в найближчому та ранньому після-

операційному періоді були технічні та тактичні помилки, яких припускалися під час виконання першої операції, а в пізньому періоді – прогресування оклюзивного процесу.

Причинами виникнення несправжньої аневризми анастомозу, за даними гістологічного дослідження, є дегенеративні зміни стінки артерії в зоні формування анастомозу на тлі прогресування атеросклерозу, що виявлене у 74,7 % хворих, а також інфікування анастомозу – у 25,3 %.

Основними патогенетичними чинниками раннього інфікування трансплантатів є: висока вірулентність золотистого стафілокока у хворих із виразково-некротичним ураженням дистальних відділів кінцівки, а в пізньому післяопераційному періоді – активація епідермального стафілокока, кишкової палички та різних мікробних асоціацій у хворих за наявності змін імунної системи.

Прогресуюча ішемія нижніх кінцівок, спричинена гострим тромбозом, є абсолютним показанням до виконання операції. За наявності технічних помилок, як правило, здійснювали тромбектомію з усуненням причин тромбозу. Таку тактику застосували у 58 (44 %) хворих. Це втручання малотравматичне, технічно нескладне, результат його хороший (у 75,8 % пацієнтів). У переважній більшості – 81 (55,3 %) хворих втручання було спрямоване на реконструкцію анастомозів та артерій відтоку. Так тромбектомію плюс реконструкцію анастомоза й артерій відтоку здійснили у 28,4 % спостережень, тромбектомію з реконструкцією на двох рівнях (аорто-стеговому та стегово-підколінному) – у 19 %, заміну шунта з реконструкцією анастомозів – у 7,4 %.

Із приводу тромбозу аорто-стегового шунта в ранньому та пізньому післяопераційному періоді виконано 190 операцій у 164 хворих, в тому числі тромбектомію з протеза – 17 (15,5 %) втручань, тромбектомію з реконструкцією шляхів відтоку, зокрема, стегово-підколінне шунтування – 55 (38,5 %), ендартеректомію з протеза з реконструкцією шляхів відтоку – 12 (6,3 %), заміна частини протеза – 29 (15,5 %), повторне аорто-стегове шунтування з реконструкцією шляхів відтоку – 27 (14,2 %), стегово-підколінне шунтування – 50 (26,3 %). При реоклюзії після дезоблітерації артерії обґрунтоване застосування шунтувальних операцій з реваскуляризацією внутрішньої клубової артерії та глибокої артерії стегна.

Вибір тактики хірургічного лікування несправжньої аневризми аорти визначається насамперед її етіологією, локалізацією та спроможністю дистального артеріального русла. Оптимальним методом хірургічного лікування неінфікованої несправжньої аневризми вважаємо її резекцію із заміною протеза та реконструкцією артерій відтоку. Для лікування інфікованої несправжньої аневризми анастомоза запропонований спосіб білатерального аорто-стегового позаанатомічного шунтування. Інфікування трансплантата, незалежно від наявності супутньої бактеріємії, вважаємо абсолютним показанням до проведення хірургічного лікування.

Під час вибору методу та строків виконання повторної операції брали до уваги: локалізацію ділянки інфікування, поширення гнійного процесу на

анастомози, збереження прохідності протеза, ступінь недостатності кровопостачання, анатомічну можливість здійснення обхідного шунтування, стан хворого, тяжкість гнійної інфекції. За наявності локального інфікування розроблений спосіб етапної реконструкції: реваскуляризацію кінцівки здійснюють шляхом аорто-внутрішньоклубового шунтування, кровообіг у нижній кінцівці відновлюють через її колатералі з глибокою артерією стегна та підколінною артерією. Після усунення вогнища інфекції на стегні через 4-6 міс виконували другий етап операції – пряме клубово-стегове шунтування. При тотальному інфікуванні біфуркаційного протеза розроблений спосіб автовенозного аорто-стегового біфуркаційного або однобічного шунтування з авотканинним захистом ділянки анастомозів.

Під час аналізу найближчих результатів повторних реконструктивних операцій відзначено, що кінцівка була збережена у 80,3% пацієнтів, при цьому у 76,7 % досягнута її реваскуляризація. Летальність становила 8,2 %. Після виконання повторного реконструктивного втручання протягом 1 року жили 91,6 % пацієнтів, 2 років – 86 %, 5 років – 75 %, 10 років – 51 %. Основною причиною смерті хворих були кардіологічні ускладнення (у 43,8 % спостережень), тромботичні (у 23,3 %), гострі порушення мозкового кровообігу (у 12,3 %).

Прохідність шунтів після виконання повторних втручань аналізували у чотирьох групах хворих. Прохідність аорто-стегового шунта залежала від ступеня збереження дистального русла. Кращі результати відзначені у хворих за збереження прохідності по глибокій та поверхневій стегових артеріях: через 5 років були прохідні 84,6 % аорто-стегових шунтів. Якщо у хворих включали в кровотік реконструйовані глибоку та поверхневу стегові артерії, протягом 5 років були прохідні 51,5 % шунтів, а після дворівневої реконструкції – 43 %. Найбільш низькою була прохідність стегово-підколінних (гомількових) шунтів: через 5 років були прохідні лише 28 % з них. Пахвово-стегові шунти не функціонували більше 24 міс. Запропоновані нами способи аорто-стегового автовенозного, клубово-стегового білатерального алошунтування дозволили забезпечити прохідність протягом 5 років відповідно 62,4, 50,2 та 45 % шунтів.

Таким чином, виконання повторних реконструктивних операцій на черевній частині аорти та магістральних судинах оправдане, високо-ефективне, дозволяє у 71 % пацієнтів усунути безпосередні, а у 83,7 % – пізні ускладнення, збільшити тривалість періоду працездатності та значно поліпшити якість життя пацієнтів з оклюзивними захворюваннями.

А.С. Никоненко, А.В. Губка, В.И. Перцев, Л.П. Карнаух

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АНЕВРИЗМАХ БРЮШНОЙ АОРТЫ

*Кафедры госпитальной хирургии (проф. А.С. Никоненко)
Запорожский государственный медицинский университет*

Лечение аневризм брюшного отдела аорты — одна из самых актуальных проблем современной ангиохирургии. Актуальность хирургического лечения обусловлена увеличением частоты атеросклероза, являющегося основной причиной данной патологии, а также пожилым возрастом больных, тяжелыми сопутствующими заболеваниями, несвоевременной диагностикой, что приводит к высокой летальности.

Цель исследования — выработка хирургической тактики при аневризмах брюшной аорты и анализ хирургического лечения.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 172 больных с аневризмами брюшной аорты. Возраст больных — от 38 до 88 лет, преимущественно — мужчины.

Все больные имели тяжелые сопутствующие заболевания: ИБС — 100 % больных, из них в 52 % случаев — стенокардия III—IV функционального класса; артериальную гипертензию, хроническую ишемию головного мозга и облитерирующие поражения сосудов конечностей.

У большинства наблюдаемых (154 больных) причиной развития аневризмы был атеросклероз, аортоартериит с кальцинозом и распадом — у 9, аневризма после ножевого ранения — у 1 и аневризмы проксимальных анастомозов после аорто-бедренного шунтирования — у 6 оперированных.

Тотальная аневризма брюшной аорты выявлена у 7 больных, инфраренальная аневризма с поражением бифуркации аорты, подвздошных артерий — у 165 больных.

Операции проводились в плановом порядке у 87 больных, с разрывом аневризмы — у 71 больного, 14 больных с разрывом аневризмы не оперировались из-за агонального состояния.

С разрывами аневризмы 46 больных оперировались по линии санитарной авиации и 25 больных в отделении хирургии сосудов.

В диагностике аневризм использовали клиническое обследование, УЗИ брюшной аорты, КТ и МРТ брюшной полости, аортографию.

Резекция аневризмы выполнена у 158 больных, с ее протезированием в подвздошные артерии (90 больных) и бедренные артерии (62 больных).

Реимплантация нижней брыжеечной артерии в протез производилась всегда при проходимости ее устья. Реимплантация почечной артерии произведена 2 больным.

У 6 больных с аневризмой проксимального аорто-бедренного анастомоза накладывался новый анастомоз конец аорты — в конец протеза, бранши проводились рядом со старым протезом и формировались новые анастомозы — либо с протезом конец-в-конец, либо с бедренной артерией в зависимости от проходимости магистральных артерий.

Результаты. При неосложненных аневризмах положительные результаты достигнуты у 86,0 % оперированных, летальность составила 14,0 %. При разрывах аневризм результаты лечения были значительно хуже, 14 больных умерли без операции. После операции или на операционном столе умерло 34 больных (55,0 %), что обусловлено тяжелым геморрагическим шоком, большой кровопотерей, анурией, тяжелой сердечно-сосудистой недостаточностью и недостаточным обеспечением препаратами крови.

Летальность при операциях по линии санитарной авиации превысила летальность в отделении в два раза.

Выводы. Наличие аневризмы брюшной аорты является абсолютным показанием к оперативному вмешательству.

Оперативное лечение должно выполняться в плановом порядке, после предоперационной подготовки.

Для улучшения результатов лечения больных с разрывами аневризм брюшной аорты необходима более ранняя диагностика и своевременное оперативное пособие.

УДК: 617.58-005.4-089.12

Н.Ф.Дрюк, А.В.Самсонов

НЕПРЯМЫЕ МЕТОДЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ КАКАЛЬТЕРНАТИВААМПУТАЦИИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины

Непрямые методы реваскуляризации при хронической ишемии нижних конечностей можно назвать “хирургическим хобби” отдельных клиник или может даже отдельных хирургов как в Украине, так, вероятно, и в других странах СНГ. В странах дальнего зарубежья эти методы используются исключительно редко. Социальные последствия переходного состояния экономики нашей страны обуславливают тот факт, что большинство больных с облитерирующими заболеваниями обращаются за помощью в поздних стадиях заболевания. Угроза потери конечности высокая и ограничены возможности полноценной, но дорогостоящей консервативной терапии. Поэтому применение альтернативных методов заслуживает внимания хирургов.

В отделении микрососудистой и пластической хирургии ИХиТ АМНУ с 1983 накоплен значительный опыт (более чем 180 больных) применения различных непрямых хирургических методов реваскуляризации при окклюзионных поражениях артерий сегмента голени-стопы или сочетанного поражения также бедренного подколенного у больных с облитерирующим эндартериитом и атеросклерозом. Отсутствие адекватных артериальных путей оттока вынуждают часто признавать такие формы заболевания неоперабельными, поскольку результаты традиционных методов лечения часто неудовлетворительные.

Можно выделить определенные этапы и динамику разработки и применения этих методов в нашей клинике:

- свободная микрососудистая пересадка большого сальника на голень;
- свободная микрососудистая пересадка сложно-составных (кожно-мышечных лоскутов) на стопу или голень;
- дистракционная компактотомия большеберцовой кости по А.Илизарову;
- ротационная (фрезевая) остеотрепанация (РОТ) костей в т.ч. в сочетании с другими методами (поясничная симпатэктомия, экономная ампутация и некрэктомия, фасциотомия, создание аутогемозкстравазатов, перекрывающихся гематом мягких тканей области реваскуляризируемого сегмента, пластика глубокой артерии бедра).

У всех пациентов была критическая ишемия конечности III-IV стадии (по Fontaine). Выполнение реконструктивных операций на сосудах у всех больных было признано невозможным или неперспективным, как правило, в связи с поражением периферических путей оттока У 12 пациентов операция была альтернативной неизбежной ампутацией единственной конечности. Опубликованные нами ранее данные свидетельствуют о высокой эффективности, особенно в отдаленные сроки, операцией микрососудистой пересадки большого сальника и сложных кожно-мышечных лоскутов. Однако сложность техники операции, необходимость специальной подготовки хирургов и дорогостоящего оборудования ограничивает широкое использование этих методов и приводит их в категорию операций резерва. В свою очередь, значение и место РОТ, компактотомии большеберцовой кости значительно возрастает, как операции технически простой, доступной с минимальным риском осложнений, продолжительным эффектом и возможным повторным применением. РОТ выполнена нами у 62 больных атеросклерозом (60 %) и эндартериитом (40 %) с критической ишемией III IV ст. (по Fontaine) в том числе у 52 % случаев в сочетании с профундопластикой, поясничной симпатэктимией и др. дополнительных операций. Хорошие и удовлетворительные результаты (снижение уровня ампутации) удалось получить в 62 % случаев в сроки наблюдения до 3-х лет. Перспективность РОТ обусловлена использованием этого метода как в качестве «последнего шанса» спасения конечности от неизбежной ампутации при отсутствии анатомических условий для применения реваскуляризирующего трансплантата или наличия клинических противопока-

заний к такой операции, так и в комбинации с традиционными реконструктивными операциями на сосудах для повышения их эффективности. Наши наблюдения показали, что сочетание ROT с консервативной терапией препаратами простагландина E, в частности алпростаном, позволяет приблизиться по эффективности к результатам микрососудистых пересадок реваскуляризирующих лоскутов.

Заключение: непрямые методы реваскуляризации при критической ишемии нижней конечности, как альтернатива ее высокой ампутации при «неоперабельности» или «неперспективных» поражениях периферических сосудов, по своей эффективности сравнимы с традиционными методами реконструкции сосудов.

УДК 616.137.83-007.272-0.89.168.1-0.6]-0.84

**В.К. Гусак, В.Н. Пшеничный, А.А.Иваненко, А.А. Штугин,
Г.Н. Лившиц, О.Н. Ковальчук, В.Н. Пузанов, Н.В. Адаменко,
А.В. Басацкий, Д.Л. Винокуров**

ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, г. Донецк

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой поздних тромботических реокклюзий сосудов, что в большинстве случаев приводит к рецидиву тяжелой ишемии и ампутации нижней конечности.

В клинике, с целью выяснения причин неблагоприятных исходов реконструктивно-восстановительных операций при критической ишемии нижних конечностей анализированы отдалённые результаты оперативного лечения больных с окклюзионными заболеваниями сосудов.

В отделении хирургии сосудов ИНВХ проанализированы отдаленные результаты реконструктивно-восстановительных операций в сроки от 1 года до 12 лет у 225 больных (123 больных с поражением артерий бедренно-подколенного сегмента и 102 больных с поражением аорто-подвздошного сегмента). У 40 больных бедренно-подколенные реконструкции выполнены в сочетании с аорто-глубокобедренным шунтированием, при этом в 34 случаях дистальный анастомоз бедренно-подколенного шунта был наложен с проксимальной порцией подколенной артерии, в остальных 6 – с задней большеберцовой артерией. Изначально у 59,4% больных имелась 3 степень, а у 40,6% – 4 степень ишемии (по классификации А.В. Покровского). Средний возраст составил 54,9 года.

Все больные были обследованы с помощью ультразвуковых методов диагностики (ультразвуковая доплерография и дуплексное сканирование), а также –

цифровой субтракционной ангиографии. На основании данных ультразвуковой доплерографии с поэтажной сфитмоманометрией рассчитывались индексы регионарного систолического давления, включая лодыжечно-плечевой индекс (ЛПИ).

Для оценки роли поражения сосудистого русла в генезе поздних тромботических осложнений у больных были предложены и анализированы исходные индексы окклюзии каждой артерии.

Всем больным с синдромом Лериша был имплантирован тканый фторлон-лавсановый протез ПО «Север» (Санкт-Петербург). Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 41 (40,2%) больного. Тромбоз протеза в отдалённом периоде возник у 20 больных. 11-ти из них выполнены повторные операции с восстановлением кровотока у 8. 10-ти больным с тромбозом протеза выполнены ампутации конечностей. Инфицирование протеза развилось у 2 больных (тотальное инфицирование на первом году и инфицирование зоны дистального анастомоза на 3-м году после операции). Оба больных оперированы повторно: выполнено удаление бифуркационного протеза и двустороннее подмышечно-бедренное шунтирование и резекция дистального анастомоза с обходным атипичным шунтированием. Ложные аневризмы анастомозов развились у 5-ти больных, причем у одного из них – всех трёх анастомозов. Все больные успешно оперированы повторно. Всего из обследованной группы больных в отдаленном периоде после реконструктивной операции ампутацию конечности перенесли 22 (21,6%) больных (на стороне критически ишемизированной конечности – 19, контрлатеральной – 3). Умерло 32 (31,4%) больных. У 11-ти смерть была связана с перенесенной операцией: у 5-ти наступил тромбоз протеза, приведший к ампутации, у 3-х развилось инфицирование протеза, и у 3-х – ложные аневризмы анастомозов с разрывом. Среди других причин смерти наиболее частыми были инфаркт миокарда, инсульт и злокачественные новообразования.

В отдаленном послеоперационном периоде после бедренно-подколенных реконструкций в 60% (74 больных) случаев развился тромбоз шунта с последующей ампутацией в 39,2% (29 больных). Из 83 (67,5%) больных с изолированной реконструкцией бедренно-подколенного сегмента у 56 (67,5%) дистальный анастомоз был сформирован с подколенной артерией выше щели коленного сустава, у 27 (32,5%) – ниже суставной щели, из них в 14 (51,9%) случаях выполнено бедренно-берцовое шунтирование. Наибольшее количество тромботических осложнений отмечено к исходу первого года и на 4-ом году после операции. Тромбоз после бедренно-подколенных проксимальных реконструкций развился у 32 из 56 больных (57,4%), после бедренно-подколенно-дистальных – у 8 из 13 больных (61,5%), после бедренно-берцовых – у 8 из 14 больных (57,1%). В то же время, процент ампутаций был в 2 раза выше при бедренно-дистальных реконструкциях, по сравнению с проксимальными.

Таким образом, процент отдаленных тромбозов зоны реконструкции при бедренно-подколенных реконструкциях был в 3,6 раза выше чем при аорто-подвздошных (60% и 19,6%), а процент ампутаций в 1,8 раз выше (39,2% и 21,6%). Анализ причин поздних тромботических реокклюзий свидетельствовал о существенной роли локальных гемодинамических нарушений в конечности.

**В. Г. Мишалов, В. А. Черняк, Н. Ю. Литвинова, В. М. Селюк,
А. И. Осадчий, Г. А. Костромин, Ю. И. Кошевский,
Д. В. Демидюк**

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОСУДОВ СЕРДЦА, ВЕТВЕЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ

Национальный медицинский университет им. О.О. Богомольца, г. Киев

Сочетанное поражение коронарных, брахиоцефальных и магистральных артерий нижних конечностей является проявлением системного заболевания — атеросклероза. По нашим данным поражение магистральных артерий гемодинамически значимым атеросклеротическим процессом встречаются у 1,3% мужчин в возрасте от 55 лет и у 1,1% женщин в возрасте от 60 лет. Анализ отечественной и зарубежной литературы показал недостаточную изученность распространенности, диагностики и лечения сочетанных окклюзионно-стенотических поражений сосудистых бассейнов сердца, экстракраниальных артерий и магистральных артерий нижних конечностей.

За период с 1997 по 2001 год под нашим наблюдением находилось 254 больных, оперированных по поводу атеросклеротического поражения сосудов нижних конечностей, ветвей дуги аорты и коронарных артерий. У 111 (43,7%) из них имелся распространенный атеросклероз, затрагивавший, как минимум, еще 1 сосудистый бассейн. У 28 (11%) было выявлено поражение 3-х сосудистых бассейнов-коронарного, брахиоцефального и нижних конечностей. Мужчин было 20 (71,4%), женщин 8 (28,6%). Средний возраст больных составлял $64 \pm 3,2$ года. Анализ последовательности развития клинических проявлений мультифокального атеросклероза у этой группы больных показал, что у большей части — у 12 (42,9%) больных начало заболевания проявилось клиникой ИБС, у 9 (32,1%) — хронической недостаточностью мозгового кровообращения, у 7 (29%) — синдромом перемежающейся хромоты. У 10 (35,7%) пациентов заболевание проявлялось сначала только клиникой поражения одного сосудистого бассейна и лишь в последующие 1-3 года присоединялись симптомы поражения других бассейнов, а у 18 (64,3%) имелись симптомы сочетанного поражения двух и более сосудистых бассейнов с превалированием симптомов артериальной недостаточности одного органа. 53,6% (15 пациентов) страдали проявлениями стенокардии, хронической недостаточности мозгового кровообращения или нижних конечностей в течении 10 лет и более. В 8 (28,6%) случаях давность заболевания облитерирующим атеросклерозом была от 5 до 10 лет, в остальных 5 (17,9%) — до 5 лет. Стенокардия III-IV класса (ФК) выявлена нами у 21 (75%) больных. У 17 (60,7%) пациентов была сопутствующая гипертоническая болезнь, у 19 (67,9%) в анамнезе — инфаркт

миокарда. Коронарография проведенная у этих пациентов выявила поражение то 1 до 3-х коронарных артерий.

Диагностика множественных атеросклеротических поражений включали в себя использование ультразвуковой эхолокации, магнитно-резонансной томографии, рентгенконтрастной ангиографии.

Тактика лечения зависела от выраженности коронарной недостаточности, недостаточности мозгового кровообращения и ишемии нижних конечностей. Однако, приоритетным мы считаем восстановление кровотока в первую очередь по экстракраниальным сосудам. Несмотря на наличие критической ишемии нижних конечностей у 4-х (14,3%) больных вначале выполняли дилатацию коронарных артерий и их стентирование, а у 3-х (10,7%) – АКШ. У остальных 21 (75%) пациента вначале выполнялась реконструкция экстракардиальных отделов. Так, у 16 (57,1%) из них выполнена дилатация коронарных артерий и стентирование, у 5 (17,9%) – АКШ.

Поражения сонных артерий выявили у 19 (67,9%), подключичных – у 4-х (14,3%), позвоночных – у 3-х (10,7%), плечевого ствола – у 2-х (7,1%) больных. С учетом этого, каротидная эндартерэктомия (КЭ) проведена 16 (57,1%) из них, реваскуляризация внутренней сонной артерии дистальнее места окклюзии щитовидной артерией – у 3-х (10,7%), бифуркационное аорто-сонно-подключичное стентирование у 2-х (7,1%), сонно-подключичное шунтирование у 1 (3,4%), транспозиция позвоночной артерии в сонную у 1 (3,4%).

Структура окклюзионно-стенотического поражения сосудов нижних конечностей включала: одностороннее поражение: повздошно-бедренного сегмента у 12 (43,9%), бедренно-подколенного – у 8 (28,6%); двустороннее: бедренно-подколенных сегментов у 6 (21,4%), подколенно-берцовых сегментов у 2-х (7,1%) пациентов. Всего было поражено 36 артериальных сегментов на 56 конечностях. Выполненные операции на сосудах нижних конечностей включали шунтирующие операции на 17 конечностях, эндартерэктомия – на 9-и.

Результаты хирургического лечения оценивали по показателям госпитальной летальности, количеству послеоперационных осложнений и степенью потери трудоспособности пациентов. Так, операционной летальности у 28 больных с мультифокальным поражением 3-х и более сосудистых бассейнов не было. Летальность в раннем послеоперационном периоде составила 3,4% (1 больной), причем причиной смерти была тромбоэмболия легочной артерии. В структуре осложнений раннего послеоперационного периода тромбоз реконструированных артерий был у 5 (17,9%) больных, из которых 4 (14,3%) были повторно оперированы, а 1 (3,4%) – трижды. Вторым по значимости осложнением раннего послеоперационного периода был инфаркт миокарда, возникший у 2 (7,1%) больных, причем после операций на сосудах нижних конечностей, при их критической ишемии. Третьим серьезным осложнением являлось развитие острой недостаточности мозгового кровообращения по ишемическому типу после одномоментной двусторонней КЭ из ВСА. Причиной данного осложнения явилась эмболизация интракраниального отдела ВСА

атеросклеротической бляшкой, оторвавшейся из устья плечевого ствол на 7-е сутки после операции.

В позднем послеоперационном периоде от 6 мес. до 5 лет летальность оперированных больных составила 7,1% (2 больных). Причиной смерти у 1-го больного был несчастный случай, у 1-го—рак желудка. Единственным осложнением позднего послеоперационного периода, связанного с оперативным вмешательством были тромбозы реконструированных сегментов на нижних конечностях, что наблюдались у 6 (21,%) больных, причем 5 (17,9%) из них перенесли ранее эндартерэктомию. Все больные были повторно прооперированы с применением методов шунтирования. Ампутации конечностей в позднем послеоперационном периоде были проведены у 2 (7,1%) пациентов, у 1 (3,4%) из них ампутация проведена на раннее не оперированной конечности.

Таким образом проведенное исследование позволило нам сделать следующие выводы:

1. Среди оперированных по поводу облитерирующего атеросклероза больных поражение 3-х сосудистых бассейнов составляет 11%.

2. Наиболее доступным и широко распространенным методом скрининг диагностики атеросклеротического поражения различных артериальных бассейнов является ультразвуковой, а для решения вопроса об оперативном вмешательстве при наличии поражения 3-х сосудистых бассейнов необходима рентгенконтрастная ангиография.

3. Стратегия оперативных вмешательств у таких больных зависит от степени выраженности мозговой или коронарной недостаточности. Приоритетным считаем первоначальное восстановление кровотока по экстракраниальным артериям.

4. Использование малоинвазивных методов лечения (рентгенэндоваскулярная дилатация и стентирование сосудов) позволяет снизить риск летальности у тяжелых больных с сочетанным поражением сосудов.

УДК 616.137.83-007.272-0.89.168.1-0.6]-0.84

Г.Р.Нурмухамедов, А.В.Трынкин

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Научный центр хирургии им. акад. В.Вахидова МЗ Р Уз, г.Ташкент

В основу работы положено наблюдение за 41 больным, находившимся в отделении хирургии сосудов НЦХ МЗ РУз с клиникой стеноза чревного ствола. Возраст больных колебался в пределах 28-56 лет. 25 пациентов были женского пола, 16 – мужского. Интравазальное поражение чревного ствола отмечалось у 9 больных, из них у 2 причиной окклюзионного поражения послужил

атеросклероз, у 7 – неспецифический аорто-артериит. Экстравазальная компрессия, повлекшая за собой нарушения кровообращения в чревном стволе была у 32 пациентов. Давность заболевания колебалось от нескольких месяцев до 10 лет. Обычно болезнь медленно прогрессировала. До обращения в клинику все больные многократно обследовались и лечились в терапевтических стационарах. Все больные имели различные хронические заболевания органов брюшной полости, из них у 3 в анамнезе выполнены резекции желудка, не приведшие к выздоровлению.

Все обследованные больные жаловались на боли в эпигастральной области после приема пищи или же на высоте пищеварения, у 10 боли носили опоясывающий характер. У 30 пациентов возникало чувство распирания и тяжести в животе, у 12 – имело место расстройство физиологических отправления (4 больных – диарея, у 8 – запор). 32 пациента указывали на стойкую потерю массы тела, из них у 20 потеря в весе за 1-1,5 года составила до 10 кг. Аускультативно у 88 % больных выслушивался систолический шум в проекции чревного ствола, что было подтверждено данными УЗИ, с характерным турбулентным кровотоком через суженное кольцо устья чревного ствола. Ангиографически у 31 из обследованных больных выявлен стеноз чревного ствола до 50 %, у 7 больных имела место его окклюзия и у 3 больных стеноз составил менее 50 %.

Все 41 больной были оперированы. 20 была выполнена декомпрессионная операция за счет рассечения срединной дугообразной связки диафрагмы. 12 больным произведена спланхниканглионэктомия. У остальных больных применялись чисто сосудистые операции: реимплантация устья чревного ствола в аорту – 2: трансаортальная эндарэктомия из устья – 2; протезирование синтетическим протезом – 2; протезирование аутовеной – 2; и одному больному была выполнена оригинальная операция по нашей методике по типу непрямо́й истмопластики. Полное исчезновение болей после операции в ближайшие сроки получено у 33 больных. Значительное снижение болей в интенсивности – у 5 больных, и у 3-х операция особого эффекта не дала. Положительные результаты документированы контрольными ультразвуковыми и ангиографическими исследованиями.

Из послеоперационных осложнений в 3 случаях отмечены поверхностные раневые нагноения. Летальности не отмечалось. Таким образом, выбранная тактика лечения больных со СХАИ позволила добиться успеха у 92,7 % пациентов.

**Н.А. Сафронков, В.Н. Шкуропат, Н.А. Бежнар, С.В. Яворский,
К.А. Цурбан, И.А. Чекулаева, О.М. Панченко**

ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕОККЛЮЗИЯМИ АРТЕРИЙ АОРТО-ПОДВЗДОШНО- БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА

ГКБ №4 г. Донецка

Повторные реконструктивные операции с реокклюзией, ранее оперированного сегмента сложны, как из-за значительного операционного риска так и технических трудностей их выполнения. За период 1995г.-2000г. в нашей клинике выполнено 136 повторных реконструктивных операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте у 124 больных.

Мы придерживаемся классификации IVollmar, выделяя немедленные, ранние и поздние реокклюзии. Немедленные ретромбозы наблюдались у 12 больных (9,7%). Анализируя повторные операции считаем причиной немедленных ретромбозов технические погрешности и переоценку возможности дистального русла. Ранние ретромбозы (до 1 года) наблюдались у 27-больных (21,8%). По нашему наблюдению причиной ретромбоза явилось нарушение гемокоагуляции и технических погрешностей не выявлено. Больные в послеоперационном периоде не принимали антикоагулянты и антиагреганты. Поздние реокклюзии наблюдались у 85 (68,5%) человек, причиной которых явилось в основном прогрессирование атеросклероза а также развитие аневризм, анастомозов.

Немедленные ретромбозы сопровождалась стремительной декомпенсацией кровообращения (II Б, III А степени по Савельеву). Что вынуждало выполнять urgentные оперативные пособия. У 3-х (25%) причиной ретромбоза явились технические погрешности накладывания анастомозов, у 4-х (33,3%) причиной явилось эмболия пристеночными тромбами из терминального отдела аорты. У 3-х (25%) больных причиной ретромбоза явился неадекватный объем оперативного вмешательства, который был устранен продолженной профундопластикой до II-III деления глубокой артерии бедра. А у остальных 2-х (16,7%) ретромбоз наступил по причине недостаточности дистального русла, что в итоге привело в ампутации н/конечности.

Клинических ранние ретромбозы проявлялись двумя формами ишемии: (I Б, II А по Савельеву) – 16 (59,3%) человек. Острая ишемия как правило развивалась у больных где причиной ретромбоза явилось нарушение гемокоагуляции. Этим больным выполнялась тромбэктомия из протеза с последующей адекватной антикоагулянтной терапией. У 4-х (14,8%) больных с острой ишемией причиной ретромбоза явилась инфицирование эксплантата и , как следствие, несостоятельность дистального анастомоза с последующим образованием гематомы и тромбирование магистрального русла. Этим больным выполня-

лось экстраанатомическое шунтирование: через мышечную лакуну у 1-го человека, и через запирающее отверстие, у 2-х больных. Подострая ишемия развивалась как правило у больных с тромбозами проксимального анастомоза и эксплатата, но дистальный анастомоз был проходим, и ретроградный кровоток по бедренным артериях сохранялся. Этим больным как правило выполнялось реконструкция путей “притока” или повторное шунтирование. При поздних реокклюзиях в большинстве случаев отмечалась подострая форма ишемии 76 (89,4%) человек. Острая форма ишемии, как правило, развивалась у больных с отсутствующим дистальным кровотоком (по данным ангиографии) и сегментарным давлением в обл. лодыжек ниже 40 мм. рт.ст. Этим больным, 9 (10,6%) человек, выполнена первичная ампутация. Основными показаниями к повторной реконструктивной операции с подострой формой ишемии служили: реокклюзия аорты, аневризма анастомоза и выраженное атеросклеротическое поражение магистрального русла.

Так 10 (11,8%) больных были реокклюзии брюшного у 4 (4,7%) больных наблюдалось аневризматическое расширение в области проксимального анастомоза аорто-бифemorального шунта. У 8 (9,4%) больных было выявлено ложная аневризма в обл. дистального анастомоза. Тромбозы шунтов по причине реокклюзионных процессов в обл. проксимального анастомоза наблюдались у 15 (16,7%) человек. у 25 (29,4%) больных причиной тромбоза шунта послужило развитие процессов реокклюзии в дистальном анастомозе. У 6-ти (17,1%) пульсация в обл. магистрального анастомоза сохранялась, однако ишемия в раннем послеоперационном периоде оставалась подострой.

Так, за период 1995-2000 гг после повторных операций на подвздошно-бедренном сегменте умерло 7 человек, что составило 5,6%. Причиной смерти в большинстве случаев явилось острая сердечно-сосудистая и легочная недостаточность. У 1-го больного развился уросепсис вследствие ятрогенного повреждения мочеточника. Всего ампутаций выполнено – 20 (16,1%) больным, остальным 97 (78,3%) больным удалось восстановить кровоток.

Таким образом, по нашим данным повторная реконструктивная операция с целью восстановления магистрального кровотока оправдана и позволяет избавить больных от неизбежной тяжелой инвалидности в 78,3 % случаев.

**О.В. Артеменко, В.М. Кучер, В.П. Грабарчук, С.П. Бородавко,
М.В. Вітів, М.М. Гвоздяк, Д.С. Бородавко**

ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКЦІЇ ЕКСТРААНАТОМІЧНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ ШУНТІВ

Київська обласна клінічна лікарня

Екстраанатомічне артеріальне шунтування (ЕШ) з 1995 до 2000 р. виконано у 48 хворих (чоловіки – 42, жінки – 6, середній вік – 8,3 роки) з оклюзіями аорто- клубових сегментів та ішемією спокою, що склало 6% від кількості прямих реконструкцій. Усім пацієнтам ЕШ виконувались при наявності загальних протипоказань до прямих реконструкцій (в тому числі в терміни до 3-х місяців після перенесених трансмуральних інфарктів міокарда та гострих порушень мозкового кровообігу). Накладено 34 пахвово-стегнових (ПСШ) та 14 стегново-стегнових надлобкових шунтів (ССШ) алотрансплантатами типу “Север” діаметром 10 мм.

З ускладненнями через 4-36 місяців звернулось 9 пацієнтів із тромбозом ПСШ, 2 пацієнти з тромбозом ССШ та 4 – із секвестрацією функціонуючих ПСШ.

Тромбози ПСШ та гостра ішемія кінцівки виникали через 8-36 місяців після операції у зв’язку з порушенням відтоку по глибокій артерії стегна при початковій оклюзії поверхневої стегнової артерії. В усіх випадках виконана авто-венозна профундопластика та тромбектомія шунтів зондом Фогарті. Проте в 1 випадку (8 міс. після операції) для цього знадобилось додаткове виділення шунта на тулубі та видалення неоінтими на всьому протязі шунта, що є досить складною процедурою через неможливість адекватного контролю якості неоінтимектомії.

Повторна операція у 1 хворого із ССШ викликана оклюзією (через 3 роки) контралатеральної клубової артерії та тромбозом шунта. Виконано аорто-глибоко-стегнове протезування. Через 4 місяці виникла секвестрація тромбованого ССШ, останній видалено з загоєнням надлобкового каналу через 12 діб. У другого хворого розвилась оклюзія автовенозного ССШ (через 3 роки), у нього також було виконано клубово-стегнове протезування. Обидва пацієнти первинне оперовані в інших клініках.

Секвестрація у вигляді випинання петлі подовженого протеза виникла у 4 пацієнтів через 4-16 місяців з моменту операції. У цих випадках резековано секвестровані та інфіковані петлі з підшиванням нового алотрансплантанта кінець в кінець в залишені проксимальний та дистальний відділи протеза, проведеного в незмінених тканинах. Повне загоєння пролежнів та каналів відмічено на 10-21 день. У випадках секвестрація протеза була обумовлена реакцією відторгнення при пізньому інфікуванні. Заміна протеза ускладнилась аналогічною реакцією. Протези видалені з наступною ампутацією кінцівки.

Вважаємо обґрунтованим виконання повторних реконструктивних операцій при ускладненнях ЕШ з метою відновлення або збереження адекватного кровотока в кінцівках. Секвестрація ЕШ в більшості випадків не супроводжується інфікуванням трансплантата по всій його довжині, що дозволяє виконати резекцію та заміну секвестрованого сегмента. У випадках ускладнень тромбектомії ЕШ доцільна заміна всього протеза.

УДК 616.13-004.6+611.137.86.91-089

І.М. Гудз

ЕФЕКТИВНІСТЬ НАПІВЗАКРИТИХ ДЕЗОБЛІТЕРАЦІЙ ПРИ ПОШИРЕНИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ОКЛЮЗІЯХ СТЕГНА

Івано-Франківська державна медична академія

Поширення оклюзійного процесу із поверхневої стегнової на проксимальний сегмент підколінної артерії знижує компенсаторні можливості глибокої артерії стегна і спонукає до проведення ревазуляризації кінцівки. На сьогоднішній день в більшості клінік України операцією вибору при згаданому типі оклюзії є проведення стегново-підколінного автовенозного реверсивного шунтування. У таких випадках використання автологічного матеріалу позбавляє пацієнта можливої у майбутньому більш дистальної автологічної реконструкції, яка є цілком реальною через прогресування облітеруючого атеросклерозу. Мета даного дослідження – оцінити реальні можливості напівзакритих тромбоендартеректомій (НЗ ТЕЕ) в оперативному лікуванні тотальних оклюзій поверхневої стегнової артерії із поширенням їх на підколінну артерію.

За 1995-2000 роки у 59 хворих було проведено НЗ ТЕЕ із використанням кільцевих дезоблітераторів. У 32 (54,2 %) хворих було констатовано ІІ стадію хронічної артеріальної недостатності (ХАН) за Fontaine, у 9 (15,2 %) – ІІІ і у 18 (30,6 %) – ІV стадію. Практично кожен другий хворий мав супровідну патологію (ІХС або цукровий діабет). У 35 (59,35 %) хворих НЗ ТЕЕ виконано за типом неконтрольованої (тільки із доступу до проксимального сегменту підколінної артерії), а у 24 (40,7 %) – виникала потреба ревізії біфуркації стегнової артерії з метою видалення залишку оклюзійного циліндра (в окремих випадках його загальна довжина складала більше 30 см). Після успішного виконання НЗ ТЕЕ та фіксації дистального шару інтими артеріотомії зашивали у 31 (52,5 %) хворих із використанням дакронової латки, у 18 (30,5 %) випадках – аутовенозної латки, а у 10 (17 %) хворих – неперервним боковим швом у нашій модифікації. Для оцінки ефективності проведених втручань використано загальноприйняті показники прохідності (ПП) та збереження кінцівки (ПЗК), які вираховували протягом 5 років після втручання. При

порівнянні переваг того чи іншого способу зашивання підколінної артерії було вивчено діагностичні можливості кольорового дуплексного сканування.

Внаслідок проведення НЗ ТЕЕ нами отримано безпосередні добрі результати у 86,4 % хворих, задовільні – у 11,9 % і незадовільні у 1,7 % пацієнтів. Найкращі результати спостерігали у хворих, які до втручання мали Пв стадію ХАН – у 90 % випадків відбулась зміна її на Па стадію. У хворих із III стадією перехід її у компенсовані стадії відмічено у 8 випадків, а із IV стадією – у 2/3 випадків. На час виписки із стаціонару у 58 хворих із 59 констатовано прохідність дезоблітерованих сегментів і величини ПП та ПЗК на цей час склали по 98,3 %. До кінця першого року показник ПП знизився до 75,2 %, через 2 роки після втручання – до 57,6 % і залишався на тому ж рівні до кінця 5 року. Порівнюючи прохідність після НЗ ТЕЕ та стегново-підколінних автовенозних шунтувань (для усунення впливу суб'єктивного фактора врахували результати втручань, виконаних тільки автором роботи), варто зазначити, що переваги шунтувань почали проявлятися під кінець 2 року і до кінця 5 року склали 22,2 % ($P < 0,05$).

Нами проведено аналіз впливу ряду факторів на ранні та віддалені результати НЗ ТЕЕ. При цьому виявилось, що наявність у пацієнтів супровідного цукрового діабету та факторів ризику (паління, гіперхолестеринемія) робить статистично достовірний негативний вплив на частоту реоклюзій у віддаленому періоді. Також встановлено, що величини ПП та ПЗК у всі строки спостереження знаходились у прямій залежності від кількості прохідних артерій гомілки.

Обстежуючи ділянку реконструкції у віддаленому періоді після НЗ ТЕЕ з допомогою кольорового дуплексного сканування, ми виявляли у кожного хворого виражені турбуленції в зоні зашивання підколінної артерії із використанням латок. Тому ми ретельно вивчили вплив способу зашивання підколінної артерії на зміни ПП і констатували, що у хворих, яким було імплантовано дакронові латки, частота реоклюзій у продовж першого року була на 4,2 – 9,2 % ($P 0,05$), а з 2 до кінця 4 року – на 14,4 % ($P 0,05$) вищою, ніж після використання автовенозних латок (випадків інфікування зони реконструкції після застосування дакронових латок не спостерігали). Таким чином, використання дакронових латок для зашивання підколінної артерії після дезоблітерації несе ряд переваг (вкорочення тривалості операції, відпадає потреба додаткових розрізів у зоні ішемії, зберігається велика підшкірна вена) і достовірно негативного впливу на частоту пізніх тромбозів не мало.

Оскільки у більшості хворих інтраоперативно було констатовано стенотичне ураження дистальної частини підколінної артерії і внаслідок використання латок для зашивання артеріотомії неминуче виникають перепади внутрішніх діаметрів артерії від дезоблітерованої зони до дистально стенотично зміненої, то нами проведено вивчення можливості зашивати артерію після НЗ ТЕЕ боковим швом без латки (при діаметрі артерії – не менше 6 – 7 мм). Клінічні наслідки вивчення впливу зашивання артерії без латки показали, що величина ПП у таких пацієнтів на кінець першого року склала 88,9 %, для

хворих із дакроновою латкою – 72,7 %, автовенозною латкою – 76,9 %. Надалі до кінця 3 року величина ПП для трьох груп склала відповідно 88,9 %, 46,3 % та 60,7 %, що переконливо свідчить про переваги зашивання проксимального сегмента підколінної артерії після дезоблітерації боковим швом. Поясненням такого факту можуть служити дані кольорового дуплексного сканування зони зашивання артерії: у жодному випадку після зашивання артерії без латки не було констатовано турбулентних потоків кровотоку та ознак швидкого розвитку гіперплазії інтими.

Таким чином, представлені вище результати вказують на те, що НЗ ТЕЕ незаслужено витіснені шунтуючими операціями для відновлення прохідності стегново-підколінного артеріального сегмента. Враховуючи фізіологічність, економічність та ряд інших переваг поширених дезоблітерацій, при належному оволодінні вони можуть бути використані в якості операції вибору при згаданому типі оклюзійного процесу.

УДК 616.13-004.6+611.137.86.91-089

А.Б. Доміняк, Ю.І. Ящук

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕСПРАВЖНІХ АНЕВРИЗМ АНАСТОМОЗІВ

Інститут хірургії та трансплантології АМН України, м. Київ

Мета – оптимізувати методи дослідження та хірургічної корекції несправжньої аневризми анастомозу (НАА). Наш досвід базується на лікуванні 122 хворих з НАА (1977–2001 рр.), яким здійснено 129 повторних втручань, що склало 3,4% первинних і 17,2% повторних операцій. НАА виникла у строки від 2. міс до 18 років після операції. Це ускладнення виникло після реконструктивних операцій на черевній частині аорти (ЧЧА) та периферичних артеріях у 112 хворих, аневризми ЧЧА та клубовин артерій – у 7 і травми магістральних судин – у 3. У 77 (63,1%) хворих аневризма локалізувалась на анастомозі протеза зі стегновою артерією в пахвинній ділянці. На аортального анастомозу чи клубової артерії виявлена у 36 (29,1%) хворих; гомовенозного шунта (4), розволокнення протеза (3); сумісно з НАА виявлена справжня аневризма ЧЧА (2). Причинами виникнення НАА були прогресування основного захворювання з дегенеративними змінами стінки артерії на місці формування анастомоза – в 74,5% спостережень, інфікування анастомоза – в 25,4%. Клінічними ознаками НАА були: біль у поперековій ділянці (29,5%), наявність пульсуючого утворення (60,9%), систолічний шум над НАА (40%); симптоми ішемії кінцівки (57,8%); тромбоз бранші протеза на боці аневризми, що спричинило тяжку ішемію кінцівки (38,5%). Інфікування НАА спостерігали у 31 (25,4%) хворих, у 9 (7,3%) виникла арозивна кровотеча з аортального анастомозу і у 5 (4,1%) – з дистального, у 23 (19%) хворих виявлені ознаки розшарування

НАА, що підтверджено під час операції. Повний відрив протеза від аорти спостерігали у 8 (6,5%) хворих з НА проксимального анастомозу, у 15 (12,3%) – з НА дистального анастомозу – пульсуюча гематома та порушення регіонарної гемодинаміки. Застосування УЗД сканування НАА дозволяє встановити її локалізацію, розміри, форму та наявність тромботичних мас, наявність рідини в зоні анастомозу, зниження ехогенності тканин навколо протеза побічно свідчать про його інфікування. Ангіографічно виявлені у 88% хворих прямі ознаки: наявність утворення неправильної форми в ділянці анастомозів чи протезів; чи непрямі – нечіткість контурів судин, а також наявність протеза. Комп'ютерна томографія з точністю 92% дозволяє визначити стан НАА в трьох площинах, форму, розміри з точністю до 1 мм, наявність тромба в її порожнині. Присутність рідини та газу в ділянці анастомозу і алопротезу є патогномонічною ознакою інфікування НАА. Виявлення НАА незалежно від її локалізації є абсолютним показанням до виконання повторної операції. Оптимальним методом хірургічного втручання з приводу НАА є резекція її із заміщенням усього або частини протеза із застосуванням внутрішньопросвітнього гемостазу за допомогою балонних катетерів, формування адаптаційного співствя та реконструкцією судин відтоку. При наявності на двох рівнях використовували одночасну реконструкцію проксимального та дистального анастомозів з повною заміною протеза і проведенням його бранш по фіброзному каналу. Складність проблеми лікування інфікованої НАА зумовлена необхідністю вирішення одразу трьох завдань; усунення аневризми, видалення інфікованого протеза і, найбільш складне, вибору безпечного нетрадиційного способу реваскуляризації кінцівки з розміщенням протеза поза зоною інфікування. Зважаючи на різномітність форм ураження і локальних умов, нами розроблені оригінальні модифікації позаанатомічного шунтування, використання автотканинних трансплантатів та автотканинного захисту анастомозів під час хірургічного втручання з приводу інфікування НАА. У 4 хворих з інфікованою НА аортального анастомоза застосовано розроблений спосіб аорто-стегнового білатерального шунтування. У хворих з інфікованою аневризмою дистального анастомоза застосували оригінальні методи: аорто-внутрішньоклубове шунтування – 6 операцій; клубово-глибокостегнове протезування – 9. При тотальному інфікуванні аортальної та стегнової НА у 7 хворих здійснили аутовенозне аорто-стегнове шунтування з резекцією аневризми, вилученням протеза та захистом анастомозів автотканинним клаптом. Головними проблемами під час виконання повторної операції з приводу НАА є своєчасне (до виникнення арозивної кровотечі) усунення ускладнення та нестача аутотканинного пластичного матеріалу для лікування інфікованої аневризми. В найближчому післяопераційному періоді реваскуляризація нижніх кінцівок була досягнута у 98 (80,3%) хворих, рецидивів ішемії – у 2 (1,6%), ампутації виконані у 6 (4,9%); померли 16 (13,1%).

Отже, застосування в клініці сучасних методів діагностики НАА дозволило виявити її у 96% хворих, а використання розроблених методів повторних реконструктивних операцій усунути небезпечні ускладнення та відновити кровопостачання нижніх кінцівок у 80,3%.

В.К. Гусак, В.П. Шано, Е.В. Иванова

ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АНГИОХИРУРГИИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, г. Донецк

Гнойно-септические осложнения в ангиохирургии приводят к летальному исходу у 25-80 % оперированных больных (Ю.Э. Восканян 1999г., А.А. Иваненко 1996г.) и потере конечности более чем у 60 % больных. Результаты их лечения и профилактики нельзя признать удовлетворительными, а их частота за последние 15 лет не имеет существенных тенденций к снижению и остаётся в пределах 2-6 %. Основной процент инфицирований (около 80 %), происходит интраоперационно (К. Хелл 1997г.). клиническими факторами риска являются длительность операций более 3-х часов (Ю.Э. Восканян 1999г.), трансфузия донорской крови и её компонентов, реинфузированной крови (А.И. Трещинский 1998г., А.И. Воробьёв 2000г.).

С целью улучшения результатов лечения и профилактики гнойно-септических осложнений проведен ретроспективный анализ историй болезни 380 пациентов, оперированных в Донецком сосудистом центре. Интраоперационно вводили антибиотики (зинацеф 1,5 г, цефтриаксон 1,0 г) 210 больным. В этой группе инфицирование развилось у 17 (8 %) больных, тогда как у оставшихся 170 пациентов – 28 (16,4 %). Развитие пневмоний и инфекций мочевыводящих путей в послеоперационном периоде у больных, получивших антибиотики, не выявлено.

В альтернативу использованию донорской крови и её компонентов, для нивелирования аллогенной иммуносупрессии проводили предоперационную заготовку аутокрови. У 15 больных с исходным Hb не ниже 120 г/л, Ht не менее 37% выполнялась эксфузия 400 мл аутокрови в день операции. После фракционирования больным возвращали плазму до операции, а полученную эритроцитарную массу – после становки кровотока. 200 мл эритроцитарной массы с гемоконсервантом, маннитом, реополиглюкином позволяют заготовить 700 мл аутогенной трансфузионной среды, которая эффективно возмещает потерю 700 мл крови. Дополнительно возмещение кровопотери проводилось введением кровезаменителя с функцией переноса кислорода – перфторана (7 больных) и гидроксипропилкрахмала – рефортана (15 больных). У пациентов, получивших с целью восполнения кровопотери аутокровь, перфторан и рефортан, гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде не выявлено.

Таким образом, применение этих методик позволило оптимизировать противомикробную защиту, предупредить развитие гнойных осложнений, улучшить результаты лечения ангиохирургических больных.

А.С. Никоненко, А.В. Губка, В.И. Перцов, Л.П. Карнаух, А.Н. Матерухин, Т.П. Котова, В.А. Губка

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОККЛЮЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

*Кафедра госпитальной хирургии (проф. А.С.Никоненко)
Запорожский государственный медицинский университет*

Окклюзионно-стенотические поражения брахиоцефальных артерий приводят к развитию хронической ишемии головного мозга, а затем и к инсульту, который по данным литературы в 20-50% случаев приводит к летальному исходу.

Целью исследования является изучение причин поражения брахиоцефальных артерий, разработка показаний к хирургическому лечению, изучение результатов хирургического лечения.

За период с 1983 по 2001 год в клинике госпитальной хирургии Запорожского государственного медицинского университета находилось 570 больных, которым выполнено 860 различных оперативных вмешательств по поводу окклюзионно-стенотических поражений брахиоцефальных артерий. Мужчин было 258 (45 %), женщин – 312 (54,7%). Возраст больных колебался от 25 до 73 лет. Длительность заболевания от 1 года до 15 лет.

По данным патоморфологических исследований причиной поражения сосудов был атеросклероз у 43,1%, патологическая извитость на почве атеросклероза и гипертонической болезни – 21,9%, патологическая извитость на почве аорто-артериита или фиброзно-мышечной дисплазии – у 25,4%, гипоплазия позвоночных артерий – у 6,4% и аорто-артериит – у 3,2%

Изолированные поражения были у 53,4% (304 больных) и множественные у 46,6% (266 больных).

Артериальная гипертензия была у 34% больных, ИБС у 43,3%. II степень хронической мозговой недостаточности была у 28%, III – у 35% и IV – у 37% больных.

Выявления окклюзионно-стенотического поражения проводили на основании клинических данных неврологического и офтальмологического обследования, УЗДГ со сканированием и транскраниальной доплерографии, ангиографии, КТ или МРТ головного мозга.

Показанием к операции является наличие ишемии II-IV степени с доказанным поражением брахиоцефальных артерий. У больных I степени при доказании гемодинамически значимом стенозе или патологической извитости также показано оперативное лечение.

Всем больным выполнено оперативное вмешательство. Так, у 205 больных выполнена эверсионная эндартерэктомия из устья ВСА, у 40 больных эндар-

терэктомия из продольной артериотомии с заплатой или без нее. Резекция патологической извитости была выполнена у 269 больных. У 56 больных выполнена десимпатизация и артериолиз артерий при их гипоплазии или аорто-артериите.

Положительным моментом эверсионной эндартерэктомии является то, что нет порочного продольного рассечения стенки внутренней сонной артерии, при ушиваний которого может образоваться стеноз или за счет гиперплазии неоинтимы он может сформироваться в отдаленном периоде. При резекции избытка артерии анастомоз накладывается со здоровым участком артерии. Формируется сразу широкое соустье, за счет рассечения общей сонной артерии, что исключает вшивание заплаты.

При резекции извитости позвоночных артерий, вшиваем ее в прежнее устье, в устье цитошейного ствола или общую сонную артерию.

При множественном поражении брахиоцефальных артерий одномоментная реконструкция сонной и позвоночных артерий выполнена у 220 больных.

Одномоментно на двух сонных артериях реконструкцию не производили.

Непосредственные хорошие и удовлетворительные результаты отмечены у 526 больных (92,3 %), умерло 4 больных (0,7%) от инсульта, связанного с тромбозом реконструированного участка артерии Летальные исходы были на этапе освоения этих операции. Последние 20 лет летальных исходов не было У 6 больных (1,0 %) наблюдался интраоперационный ишемический инсульт с развитием легкого неврологического дефицита, купировавшегося в течение 1-2 недель У 34 больных (5,9%) клиническая картина осталась без динамики В отдаленном периоде (5 лет наблюдения) хорошие результаты отмечены у 65,2% больных, удовлетворительные – у 17,8%, без динамики – у 8,2% и умерли 8,8% больных (от инсульта 5,2%, от инфаркта – 3,6%)

Таким образом, хирургическое лечение поражений экстракраниальных артерий восстанавливает кровоток в головном мозге, снимает или уменьшает явления хронической ишемии, предотвращает развитие инсульта у большинства больных Это лечение должно быть широко внедрено в практику лечения больных с цереброваскулярной недостаточностью. При поражении нескольких артериальных бассейнов оперативное лечение должно быть направлено на максимальное восстановление кровотока.

Д.Н. Крушин, Ю.Э. Полищук, А.В. Самсонов

ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ГРУДНОГО ВЫХОДА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г.Киев

В опубликованных в последнее время работах, посвященных нарушению кровотока в вертебро-базиллярном бассейне (ВББ) отсутствуют данные о пациентах с сочетанным поражением церебральных сосудов и нейрососудистых нарушений со стороны верхних конечностей при синдроме грудного выхода (СГВ).

Мы располагаем опытом хирургического лечения более 370 больных с СГВ с 1980 по 2001 г. У 73-х больных выявлена осложненная артериальная форма СГВ. Признаки нарушения кровоснабжения в вертебробазиллярном бассейне выявлены у 21 пациента, однако, ретроспективно анализируя данную категорию пациентов, на первых этапах исследований указанные выше симптомы, являясь недоминирующими в общей картине заболевания, нередко оставались неучтенными на фоне преобладающих ишемических расстройств со стороны верхних конечностей.

Причинами компрессии были: добавочное шейное ребро – в 6 случаях, аномалия 1 -го ребра и наличие дополнительных фиброзных структур с компрессией в области реберно-ключичной щели – у 15 больных.

При контрастной ангиографии экстракраниальных сосудов выявлены следующие варианты поражения позвоночной артерии (ПзА): гипоплазия – в 6 случаях, извитость и аномальные перегибы ПзА в сочетании с поражением подключичной артерии (ПА) – в 12 случаях.

В 3-х случаях мы наблюдали окклюзионное поражение ПзА в сочетании с нейрокомпрессионным синдромом грудного выхода

При превалировании симптомов мозговой недостаточности первым этапом выполняли коррекцию мозгового кровотока. С приобретением опыта при выборе тактики оперативного лечения рассматривалась возможность одномоментной коррекции нейрососудистых нарушений верхних конечностей и восстановления нормальной гемодинамики в вертебробазиллярном бассейне.

Во время операции после декомпрессии зоны грудного выхода (резекция добавочного шейного ребра выполнена в 6-ти случаях, резекция 1 -го ребра – у 15 пациентов) производился артериолиз ПА и ревизия ее ветвей на всех сегментах. В 9 случаях после декомпрессии были устранены перегибы и натяжения ПА и ПзА, препятствующие нормальному кровотоку.

В 3 случаях произведена резекция аневризматически измененной стенки ПА с последующей реимплантацией позвоночной артерии в ПА. У 3-х больных с сочетанным поражением ПзА окклюзионного характера первым этапом

выполнена резекция начального отдела ПзА и ее реимплантация в ПА. В связи с необходимостью назначения антикоагулянтной терапии декомпрессия грудного выхода одновременно не выполнялась, ее производили через 3-6 мес, после первой операции.

Таким образом, всем пациентам была произведена декомпрессивная операция с ревизией подключичной артерии и ее ветвей, а также реконструктивный сосудистый этап при показаниях.

Результаты лечения оценивались с учетом исходного состояния больных, функционального восстановления верхней конечности в динамике и коррекции клинических симптомов, обусловленных нарушением мозгового кровообращения. Улучшение состояния со стороны верхних конечностей отмечено у всех больных, однако полного восстановления функции у двух пациентов добиться не удалось из-за позднего обращения в клинику и стойких нейро-сосудистых расстройств, развившихся до операции. Субъективное улучшение состояния со стороны головного мозга отметили 18 больных (86 %) – уменьшились частота, интенсивность и продолжительность церебральных приступов, отпала необходимость консервативного лечения. Трое больных (в сроках наблюдения до 3-х лет) ухудшения самочувствия не отмечают, однако не удовлетворены отсутствием ожидаемого эффекта от операции, что отразилось на психоэмоциональном статусе пациентов.

Компрессионное поражение нейро-сосудистых структур в зоне грудного выхода нередко сочетается с различными сосудистыми аномалиями и гемодинамическими расстройствами в вертебро-базиллярном бассейне. В процессе прогрессирования заболевания происходит формирование патологических психосоматических состояний, поэтому залогом успешного лечения является раннее выявление причин заболевания и оказание квалифицированной хирургической помощи.

УДК 616.136 – 007.64 – 089] – 07

В.А. Черняк, В. М. Селюк, А. И. Осадчий, Н. Ю. Литвинова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМА ОРТЫ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ КОРОНАРНОГО И БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО БАССЕЙНОВ

Национальный медицинский университет им. О. О. Богомольца, г. Киев

Аорта является основным местом аневризматического поражения в организме человека, а его осложнения – опасны для жизни. Частота летальных исходов прямо пропорциональна размерам аневризм, выраженности поражения, а также сопутствующей сосудистой патологии. Особую группу больных составляют

пациенты, у которых имеют место сочетанные атеросклеротические поражения различных бассейнов и аневризмы аорты (АА). Атеросклероз как системное заболевание поражает одновременно несколько сосудистых бассейнов с клинической манифестацией в одном из них при бессимптомном течении в других или синдромом “взаимного отягощения”. Несмотря на значительное число работ посвященных распространенности поражений двух сосудистых зон, сведения о частоте поражения трех и более бассейнов у этого контингента больных крайне малочисленны.

Материалы и методы. За период с 1997 по 2001 год под нашим наблюдением находилось 43 больных АА с выраженной сочетанной сердечно-сосудистой патологией в возрасте от 64 до 86 лет. Все больные разделились на 4 группы: с разрывом АА – 18 (41,9 %), расслоением – 4(9,3%), тромбозом – 3 (9,3%), и АА без осложнений – 18 (41,9 %). Основной причиной нарушения кровообращения по экстракраниальным артериям был атеросклероз сонных и позвоночных артерий. При этом поражение сонных артерий отмечалось у 31 (72%), позвоночных – у 3 (7%) и сочетанное поражение артерий каротидного и вертебро-базилярного бассейнов у 9 (21%). Бессимптомное течение мозговой ишемии было у 6 (14%) больных, транзиторные ишемические атаки выявлены у 21 (48,8%), дисциркуляторная энцефалопатия у 10 (23,3%), а остаточные явления перенесенного инсульта имелись у 6 (14%).

Диагностическая программа зависела от очередности предполагаемого оперативного вмешательства. Так, у 25 (58%) больных с осложненными формами АА использовали неинвазивные методы исследования: ультразвуковую эхолокацию и магнитно-резонансную томографию. У 18 больных (41,9%) с неосложненными формами АА алгоритм диагностики включал в себя также ангиографию, УЗД сердца и радиоизотопные методы исследования. При выявлении окклюзионно-стенотических поражений брахиоцефальных артерий оценивали локализацию, распространённость, степень выраженности и состояние сосудистой стенки последних. Комплексное обследование включало в себя также изучение функции сердца и внешнего дыхания, лабораторных данных. Особое внимание уделяли результатам УЗД сердца, в частности, оценке сократительной способности миокарда. Таким образом получали полную информацию о характере АА, локализации и глубине поражения коронарных и экстракраниальных артерий.

Очередность операции определялась ее срочностью. Так, 25 (58,1%) больных с разрывом, расслоением и тромбозом АА оперировали в порядке неотложной помощи; остальным: 16 больным (37%) выполнена плановая аневризмэктомия после операции на ветвях дуги аорты, 2-м пациентам (5%) – сочетанные одномоментные операции на аорте и сонных артериях.

Тактика лечения пациентов с хронической недостаточностью мозгового кровообращения: у 27 (62,8%) выполняли каротидную эндартерэктомию, у 9 (21%) – протезирование сонных и подключичных артерий, у 4 (9%) – транспозицию верхней щитовидной артерии во внутреннюю сонную по разра-

ботанной методике, у 3 (7%) – реконструкцию позвоночных артерий. Мероприятия по неспецифической защите мозга проводили с учетом степени нарушения артериального кровообращения мозга.

В подготовку больных к плановым операциям в обязательном порядке включали предоперационную заготовку аутокрови в количестве 400 мл. При этом средний объем гемотрансфузий составил 1,2 литра. Условием окончания реконструкции аорты было обязательное восстановление кровотока по висцеральным ветвям аорты и почечным артериям. Так, протезирование почечных артерий выполнили у 6 (14%), верхней брыжеечной артерии – у 2 (4,7%), одномоментную реконструкцию этих сосудов разработанным методом – у 1 (2,3%) больного. Нижнюю брыжеечную артерию (НБА) восстановили у всех 43 больных.

Результаты. Общая летальность составила 14% (6 больных). 4 (9,3%) больных умерло во время выполнения операций по поводу разрыва АА, 2 (4,7%) – в раннем послеоперационном периоде на 2-е и 6-е сутки. Причинами смерти были: геморрагический шок – у 5 (11,6%) больных, острый инфаркт миокарда (ИМ) – у 1 (2,3%). Среди других осложнений раннего послеоперационного периода, не вызвавших летальных исходов были: острая почечная недостаточность – у 6 (14%), ИМ – у 3 (7%), послеоперационные пневмонии – у 4 (9,3%), острые нарушения мозгового кровообращения – у 2 (4,7%), желудочно-кишечные кровотечения – у 2 (4,7%). В раннем послеоперационном периоде хорошие результаты получены у 35 (81,3%) пациентов, удовлетворительные – у 2 (4,7%), неудовлетворительные у 6 (14%). Результаты хирургического лечения больных в отдаленном периоде (6 мес.-3 года) оценивали во время планового обследования неинвазивными методами. Хорошие результаты в отдаленном периоде получены у 28 (65%), удовлетворительные – 12 (28%), неудовлетворительные – у 3-х (7%).

Выводы. 1. Все больные с выявленными аневризмами аорты должны быть обследованы в отделениях сердечно-сосудистой хирургии с целью диагностики сопутствующих поражений других сосудистых бассейнов. 2. Тактика хирургического лечения АА и сочетанных поражений брахиоцефальных артерий должна быть строго индивидуальной, в зависимости от стадии основного заболевания. 3. При неосложненных АА первичной операцией выбора является реконструкция экстракраниальных артерий. 4. Принципиальным считаем применение малотравматичных оперативных методик, основанных на внутримешковом протезировании АА и минимальном времени ишемии внутренних органов и конечностей. 5. Реваскуляризация висцеральных артерий, исходящих из аневризмы, в том числе и нижней брыжеечной артерии, должны выполняться у всех больных.

Х.А.Акилов, Ф.Ш.Бахритдинов, А.В.Трынкин, З.З.Каримов

**ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С
СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И
БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ**

Научный центр хирургии им. академика В.В.Вахидова МЗ РУз, г. Ташкент

Цель: улучшение результатов хирургического лечения больных с сочетанными поражениями коронарных и брахиоцефальных артерий.

Материал и методы: В отделении хирургии сосудов Научного центра хирургии МЗ Р Уз наблюдалось 22 больных с поражениями такого типа. Мужчин было 17 (77,3%), женщин – 5 (22,7%). Этиологическим фактором возникновения заболевания во всех случаях явился атеросклероз. 12 больных при поступлении предъявляли жалобы стенокардитического характера. Поражения ветвей дуги аорты у них было случайной находкой. 10 больных поступили с клиникой недостаточности мозгового кровообращения, ИБС у них была обнаружена после специального исследования. Для выявления этапности лечения поражения различных артериальных бассейнов, мы ставили перед собой задачу выявления зоны максимальной ишемии того или иного артериального бассейна, что предопределяло первоочередность хирургического вмешательства. Методика обследования включала в себя как рутинные, так и специальные исследования. Наиболее оптимальными из последних мы считаем ультразвуковую сонографию, доплерометрические и доплерографические методики, изотопные исследования и рентгеноконтрастную аортоангиографию и коронаровентрикулографию. У 14 больных (63,7%) после проведенных исследований, наиболее ишемизированной зоной оказался миокард. У остальных 8 пациентов (36,3%) преобладали ишемия головного мозга. Выполнено 19 операций. Трое больных не оперированы в связи с тяжестью общего состояния или отказа их от операции. 7 больным выполнено аорто-коронарное шунтирование (2 – одним шунтом, 2 – двумя шунтами, 1 – тремя и 2 – реваскуляризацией миокарда за счет внутренней грудной артерии без использования искусственного кровообращения). 9 больным выполнены различные реконструктивные операции в бассейне ветвей дуги аорты (аорто-сонное аутовенозное шунтирование – 2, аорто-сонное шунтирование синтетическим протезом – 3, реимплантация подключичной артерии в сонную – 2, эндартерэктомия из внутренней сонной и позвоночной артерии – 1, перекрестное сонно-сонное шунтирование – 1. 3 больных оперированы в сроки от 8 месяцев до 1 года после первичной операции: двум после аорто-коронарного шунтирования выполнено вмешательство на дуге аорты (аорто-сонное шунтирование – 1, эндартерэктомия из общей сонной артерии – 1), одной пациентке после реимплантации подключичной артерии в сонную через 9 месяцев выполнено аорто-коронарное шунтирование. Все время после первичной операции больные находились под нашим наблюдением и активной медикаментозной терапией. Никаких осложнений и летальности нами не отмечено.

**Л.Я.Ковальчук, І.К. Венгер, А.В. Левицький, О.В. Шідловський,
В.В. Шкробот**

ПЕРИФЕРІЙНА ГЕМОДИНАМІКА ТА КОЛАТЕРАЛЬНИЙ КРОВОТІК ПРИ ВИБОРІ ОБ'ЄМУ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОКЛЮЗІЙ СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. Оперативне лікування атеросклеротичних уражень стегно-підколінного сегмента є методом вибору, особливо при розвитку критичної ішемії нижніх кінцівок [3, 4]. Але у 40–45 % випадків результати реконструкцій залишаються негативними [1, 2]. Основною причиною цього є недостатньо повна оцінка регіонарної та периферійної гемодинаміки, неврахування особливостей колатерального кровотоку. Останні, слід відмітити, ще й залежать від особливостей центральної гемодинаміки та стану вегетативної нервової системи.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 182 хворих з атеросклеротичною оклюзією артерій стегно-підколінного сегмента (СПКС) та критичною ішемією нижніх кінцівок (КІНК). Всі хворі підлягали оперативному лікуванню. У пацієнтів з метою вивчення стану периферійної гемодинаміки (ПГ) використовували оклюзійну венозну плетизмографію та УЗДГ. Для визначення типу центральної гемодинаміки (ЦГ) та особливостей вегетативного гомеостазу (ВГ) додатково хворих обстежували за допомогою тетраполярної грудної реографії, математичного аналізу структури серцевих скорочень (Р.М. Баєвський і співавт., 1984).

За поширеністю оклюзійного процесу СПКС хворі розподілялись за класифікацією А.С. Ніконенко. До I типу належало 9 (4,95 %), II типу – 69 (37,91 %), III типу – 56 (30,77 %), IV типу – 36 (19,78 %), V типу – 12 (6,59 %) пацієнтів. За ступенем вираженості КІНК хворі були класифіковані наступним чином: IIIa тип було виявлено у 79 (43,41 %), IIIб – у 70 (38,46 %), IV – у 33 (18,13 %) пацієнтів. Остання ступінь КІНК найчастіше була виявлена при поширених оклюзіях СПКС (III та V) – у 26 хворих. При локальних оклюзіях без стенозування чи оклюзії глибокої артерії стегна (ГАС) (I, IV та частково II типи) найчастіше зустрічався IIIa ступінь – у 68 хворих. Але слід відмітити, що при локальних оклюзіях СПКС із супровідним ураженням ГАС (II тип) збільшувалась частка хворих із IIIб та IV ступенями КІНК – 26 і 4 випадки відповідно.

За даними тетраполярної грудної реографії та математичного аналізу серцевих скорочень за Баєвським хворі розподілялись за типом ЦГ та станом ВГ. Пацієнти з переважанням симпатичного компоненту у ВГ (98 хворих (53,85 %)) у 63 (64,29 %) випадках мали гіпертонічний тип ЦГ, у 28 (28,57 %) – еукінетичний тип ЦГ і у 7 (7,14 %) – гіпокінетичний тип ЦГ. При перевазі

парасимпатичного компоненту у ВГ (84 хворих (46,15 %)) більшість хворих мали гіпокінетичний тип ЦГ – 49 (58,33 %); у 30 (35,71 %) випадках було виявлено еукінетичний тип ЦГ, а у 5 (5,95 %) – гіперкінетичний тип ЦГ.

Про особливості периферійного кровотоку в артеріях стегно-підколінного сегмента робили висновок за показниками УЗДГ та венозної оклюзійної плетизмографії. При обстеженні даними методами враховувались стан ВГ та тип ЦГ.

Результати та їх обговорення. Локальна оклюзія артерій СПКС за умови інтактності ГАС (I, IV та частково II типи) спричиняє зміни лінійних параметрів (ЛП) кровотоку (пікові систолічна та діастолічна швидкості, систоло-діастолічний індекс) в межах стенотично-оклюзійних ділянок. Функціональні показники (ФП) магістральних артерій (об'ємна швидкість кровотоку та індекс резистентності) змінені мінімально. Це пояснюється зростанням ЛП кровотоку ГАС, що, в свою чергу, стабілізує ФП кровотоку на підколінній та на артеріях гомілки. Це свідчить про мінімальне ураження дистального русла, що пояснює невелику частоту хворих із даними типами оклюзії з IV ступенем КІНК.

Ситуація змінюється у гіршу сторону, коли до локального ураження СПКС приєднується стеноз чи оклюзія ГАС. У цьому випадку разом із ЛП кровотоку уражених ділянок магістральних артерій змінюються ФП дистальних сегментів. Це зумовлено зниженням усіх доплерівських показників ГАС та зменшенням її компенсаторної функції. При гіперкінетичному типі (в меншій мірі – при еукінетичному) ЦГ ФП не наближаються до критичного рівня за рахунок більш вищих ЛП кровотоку. У хворих з гіпокінетичним типом ЦГ та з переважанням парасимпатичного компонента у ВГ ФП різко знижуються, особливо в ділянці дистальних сегментів, досягаючи при цьому критичних значень. Це спричиняє збільшення частоти розвитку IV ст. КІНК.

При поширеному ураженні СПКС (III та V типи) стенотично-оклюзійним процесом зміни периферійного кровотоку різко виражені у всіх групах хворих. Необхідно відмітити, що ЛП погіршувались у меншій мірі, аніж ФП. Найбільш складна ситуація у хворих з гіпокінетичним типом ЦГ та з переважанням парасимпатичного компоненту у ВГ – ФП перебувають на граничних рівнях. При наявності гіперкінетичного типу ЦГ з переважанням симпатичного компоненту ВГ функціональний стан підтримується за рахунок ЛП. Але у даної групи хворих реактивність периферійних судин різко знижувалась при IV ст ішемії. Саме тому при поширеному ураженні стенотично-оклюзійним процесом СПКС частіше виникає остання IV ступінь розвитку КІНК.

У пацієнтів із переважанням парасимпатичного компоненту у ВГ стан значно погіршувався при усіх типах ЦГ. Необхідно відмітити, що у таких хворих було виявлено відкриття артеріовенозних шунтів, особливо при наявності гіпокінетичного типу ЦГ, що було підтверджено збільшенням венозної ємності та швидкості кровотоку у глибоких венах гомілки з появою у них пульсуючого компоненту.

Отже, у хворих з локальною оклюзією СПКС (I та IV типи) показана реконструктивна операція за протяжністю оклюзованого сегмента для

виконання прямої ревазуляризації. При наявності гіпокінетичного типу ЦГ та переважанні парасимпатичного компоненту у ВГ необхідно у таких хворих реконструкцію доповнювати операцією з метою непрямой ревазуляризації (профундопластика). При наявності вираженого периферійного опору у хворих з переважанням симпатичного компоненту у ВГ показано виконання поперекової симпатектомії як доповнюючої операції.

У хворих з локальною оклюзією СПКС з поєднаним ураженням ГАС стегна у всіх випадках показана профундопластика, при наявності можливості – формування анастомозу між І перфорантом ГАС та низхідною артерією коліна, особливо при гіпокінетичному типі ЦГ. У хворих з переважанням симпатичного компоненту у ВГ та в умовах кінцевих стадій КІНК необхідне формування артеріовенозних нориць; поперекову симпатектомію в даних умовах виконувати не бажано. При аналогічних проявах КІНК у хворих з гіпокінетичним типом ЦГ та переважанням парасимпатичного компоненту у ВГ показано здійснити непрямую ревазуляризацію за рахунок відновлення кровотоку у басейні ГАС.

При поширеному ураженні СПКС (III та V типи), якщо немає можливості здійснити пряму ревазуляризацію нижніх кінцівок, виконують профундопластику, формування анастомозу між І перфорантом ГАС та низхідною артерією коліна. За таких умов у хворих-ваготоніків бажане виконання поперекової симпатектомії. Остання показана і при еукінетичному типі ЦГ у хворих-симпатотоніків, якщо високі показники периферійного опору.

Висновки. Пряма ревазуляризація шляхом ендартеректомії, стегно-дистального автовенозного чи алошпунтування показана у всіх випадках при наявності КІНК. Коли немає можливості відновити прямий магістральний кровотік у СПКС, показано здійснювати непрямую ревазуляризацію шляхом виконання профундопластики та формування анастомозу між І перфорантом ГАС та низхідною артерією коліна з метою покращання колатерального артеріального кровопостачання нижньої кінцівки. У хворих з гіпер- та еукінетичним типами ЦГ та переважанням симпатичного компоненту у ВГ при наявності високих показників периферійного судинного опору необхідне виконання поперекової симпатектомії. Поперекова симпатектомія не показана у хворих з IV стадією КІНК. У хворих-ваготоніків з гіпокінетичним типом ЦГ реконструктивні операції необхідно доповнювати поперековою симпатектомією. У хворих-симпатотоніків з гіпер- та еукінетичним типами ЦГ в умовах IV стадії КІНК необхідне формування артеріовенозних нориць.

Література

1. Арбузов И.В., Селищев В.В. Причины ретромбозов и выбор метода повторной ревазуляризации нижних конечностей при бедренно-подколенных окклюзиях // Матеріали XIX з'їзду хірургів України. – Харків, 2000. – С. 173–174.
2. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И. Реконструктивная хирургия поздней реокклюзии аорты и периферических артерий. – М., 1993. – 157 с.
3. Спиридонов А.А. Состояние ангиохирургии в России и перспективы ее развития (сообщение первое) // Анналы хирургии. – 1996. – № 2. – С. 47–51.
4. Сухарев И.И. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом. – Киев, 1995. – 295 с.

А.И. Трегубенко, Ю.А. Трегубенко, А.Г. Иванов, В.Н. Абашкин
РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА
ПРИ ОККЛЮЗИЯХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВЫХ
СЕГМЕНТОВ

*Кафедра хирургических болезней с постдипломной подготовкой Одесского
медуниверситета*

Облитерирующие заболевания артерий бедренно-берцовой зоны занимают ведущее место среди заболеваний периферических сосудов бедра и голени и нередко приводят к тяжелой артериальной недостаточности, стойкой потере трудоспособности и нередко к инвалидизации.

Течение заболевания при неадекватной терапии характеризуется прогрессированием ишемических проявлений и неизбежной ампутацией конечности, которая достигает 37 %. Летальность при ампутации на уровне бедра колеблется от 10,2 до 49 %, а в последующии 5 лет смертность достигает 60-70 %.

В лечении больных облитерирующими заболеваниями периферических сосудов основным является хирургическое восстановление нарушенного магистрального кровообращения.

Однако с ростом количества реконструктивных операций, при общем увеличении нуждающихся в них больных, возникла другая важная проблема – профилактика послеоперационных осложнений, среди которых наиболее частыми являются ретромбозы оперированных сосудов, возникающие в 25-30 % случаев.

Применяемые с целью профилактики тромботических осложнений антикоагулянты, фибринолитическая терапия, препараты, улучшающие реологические качества крови, позволяют на сегодняшний день считать данную проблему не до конца решенной и требующей дальнейшего изучения.

Мы располагаем опытом 580 операций на аорто-подвздошно-бедренном сегменте, при этом 456 больных были с окклюдизирующими поражениями брюшной аорты и артерий нижних конечностей. У больных с окклюдизирующими поражениями в 312 случаях были выполнены односторонние реконструкции: аорто-бедренные – в 97, подвздошно-бедренные – в 152, эндартерэктомия из подвздошно-бедренного сегмента – в 28, перекресное подвздошно-бедренное шунтирование – у 35 больных. Двусторонние реконструкции аорто-бедренного-подколенного сегментов выполнены у 278 больных. При этом бифуркационно-бедренное шунтирование – у 97 больных, подвздошно-бедренное – у 54, бедренно-подколенное – у 27 больных. При проведении первичных операций проводился комплекс мероприятий, направленных на профилактику поздних осложнений реконструктивных вмешательств.

Так с целью профилактики тромбозов проводилось детальное изучение путей оттока с применением ультразвуковых методик для определения адекватной тактики реконструкции бедренных артерий. При «плохих» путях оттока из глубокобедренного-подколенного сегмента и недостаточном приросте лодыжечного индекса давления после аорто-бедренной реконструкции (менее чем на 0,2) производились этапные бедренно-подколенно-берцовые шунтирования.

Поражение дистального артериального русла голени и стопы служило показанием к проведению реваскуляризирующей остеотрепанации в 21 случае.

Для профилактики прогрессирования атеросклеротического процесса больным после операции назначались антиатерогенные препараты и производился динамический контроль за состоянием дистальных анастомозов с целью раннего выявления их стенозов.

Для профилактики ложных аневризм анастомозов мы дополнительно укрепляли линию швов, особенно после эндартерэктомии и при атероматозе и кальцинозе стенки реконструктивных артерий.

С целью предупреждения возможного инфицирования до операции и после проводилась антибиотикотерапия мощными препаратами.

В отдаленные сроки после операции тромбозы шунтов реконструированных артерий наблюдались в 84 случаях.

При этом, после односторонних аорто-бедренных реконструкций отмечено у 12, при подвздошно-бедренных – в 21, при подвздошно-бедренных и берцовых шунтах – в 51 случаях.

Операцией выбора при тромбозах шунтов мы предпочитаем закрытую тромбэктомии с реконструкцией дистального анастомоза.

Улучшение результатов хирургического лечения атеросклеротического поражения аорты, подвздошных и бедренно-подколенных сосудов зависит от правильно выбранного вида и объема оперативного вмешательства, а также от техники выполнения операции.

Основываясь на собственных данных мы выделили наиболее частые погрешности при реконструктивных операциях способствовавших развитию осложнений в послеоперационном периоде: это неадекватная оценка характера поражения сосудистых бассейнов притока и оттока.

Гемодинамическое несоответствие при значимой разнице диаметров протезов в аорто-подвздошной зоне и бедренной артерии. Использование отечественных синтетических протезов в бедренно-подколенной позиции при непригодности для шунтирования аутовены.

Учитывая собственный опыт и во избежание осложнений, а также повышение эффективности реконструктивных операций необходимо всесторонне оценить макрогемодинамику в пораженной конечности, исходя из этого выбрать соответственный вид и объем оперативного вмешательства и качественно провести операцию.

Л.В. Березовчук, М.В. Костылев, П.И. Никульников

**ИЗМЕНЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ
ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С
АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ
ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ ВЕТОК ДУГИ АОРТЫ ПО
ДАНЫМ ЭЭГ**

Институт хирургии и трансплантологии АМН НАН Украины

У 5-ти больных с атеросклеротическим поражением экстракраниальных ветвей дуги аорты была исследована биоэлектрическая активность головного мозга с применением функциональных нагрузочных проб – пробы с гипервентиляцией и пробы с нитроглицерином. Биоэлектрическая активность регистрировалась при помощи 8-канального электроэнцефалографа “Era-9” итальянской фирмы “Biomedika”. Запись электроэнцефалограммы проводилась в соответствии с международной системой 10-20% в темном экранированном помещении с закрытыми глазами в сидячем положении. Регистрация относительной мощности ритмов в лобно-височных отделах головного мозга осуществлялась при помощи анализатора спектра ««Berg-Fourier Analyzer». Статистическая обработка данных проводилась при помощи непараметрического критерия различия для двух зависимых выборок Т – критерия Вилкоксона. Результаты исследования показали, что у больных наблюдается снижение мощности всех основных ритмов на стороне поражения и повышение мощности основных ритмов на противоположной стороне головного мозга. Анализ реактивности головного мозга на применение функциональных проб показал, что при пробе с гипервентиляцией в левом полушарии наблюдается повышение относительной мощности альфа-ритма на 2-ой минуте на 20 % (N- 52%) и на 3-ей минуте на 110 % (N-53%). В период восстановления, на 1-ой минуте после гипервентиляции в левом полушарии наблюдается снижение относительной мощности тета-ритма на 38 % (N-37%). При пробе с нитроглицерином на 2-ой минуте в правом полушарии головного мозга наблюдается повышение относительной мощности тета-ритма на 10,5 % (N- 44%), и на 3-ей минуте снижение относительной мощности тета-ритма в левом полушарии головного мозга на 23% (N-40%). Полученные результаты свидетельствуют о сохранении реактивности головного мозга у больных с атеросклеротическим поражением экстракраниальных ветвей дуги аорты на применение функциональных проб, что, в свою очередь, может говорить о целесообразности проведения у них хирургической коррекции.

**І. К. Венгер, О.І. Орап, С.Я. Костів, Л.В. Шкробот, А.Р. Вайда
В.В. Шкробот**

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНІЙ ОКЛЮЗІЇ СОННИХ АРТЕРІЙ ТА АОРТО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. Для попередження ішемічних розладів головного мозку і для ліквідації ішемії нижніх кінцівок при поєднаних оклюзіях необхідна реконструкція обох артеріальних басейнів. Хірургічні підходи до відновлення кровообігу по брахіоцефальних артеріях і аорто-стегновому сегменті [1], що існують на даний час, не попереджують розвитку порушень мозкового кровообігу [2].

Мета роботи. Розробити оптимальну хірургічну тактику при поєднаній атеросклеротичній оклюзії брахіоцефальних артерій та аорто-стегнового сегмента.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження базуються на досвіді обстеження та лікування 167 хворих облітеруючим атеросклерозом артерій нижніх кінцівок із II Б, III і IV стадіями хронічної ішемії (за А. В. Покровським 1978 р). У 45 хворих діагностовано гемодинамічно значимий стеноз або оклюзію сонних артерій. Дослідження артеріальної системи здійснювали методом дуплексного сканування, також використовували тетраполярну грудну реографію (ТГР).

Результати дослідження. Атеросклеротична оклюзія аорто-стегнового сегмента сприяє зміні типу центральної гемодинаміки. При проведенні реконструкції аорто-стегнового сегмента у частини пацієнтів відбувається трансформація типу центральної геодинаміки у 52-56 %. Слід відмітити, що останнє спостерігається при всіх типах центральної гемодинаміки.

У хворих із доопераційним гіперкінетичним типом після реконструкції аорто-стегнового сегмента у 27,65 % випадків відбувається трансформація в еукінетичний тип і в 19,41 % випадків – у гіпокінетичний тип. Після реконструкції аорто-стегнового сегмента у групі хворих з доопераційним гіперкінетичним типом ЦГД було виявлено наступну динаміку її параметрів: у тих хворих, у яких після операції зберігався гіперкінетичний тип гемодинаміки, показники ударного індексу (УІ) і систолічного індексу (СІ) були в 1,2 та 1,3 рази вищими, ніж до оперативного втручання: до операції УІ – $41,3 \pm 2,3$ мл/м², після операції $48,98 \pm 3,1$ мл/м²; СІ відповідно – $3,6 \pm 0,13$ л/хвм² та $4,05 \pm 0,51$ л/хвм²; поряд із тим загальний судинний опір (ЗПСО) та периферичний судинний опір (ППСО) знижувався в 1,2 раза: до операції ЗПСО – $163,43 \pm 9,66$ кПас/л, після операції – $137,44 \pm 9,26$ кПас/л; ППСО відповідно – $90,26 \pm 8,97$ с/л/м² та $75,46 \pm 6,69$ с/л/м².

У випадках, коли після операції мав місце еукінетичний тип ЦГД, відмічалось незначне зниження ударного індексу та підвищення загального та питомого периферичного судинного опору: УІ після операції становив $40,69 \pm 2,7$ мл/м², СІ – $3,14 \pm 0,13$, ЗСПО – $171,95 \pm 9,89$ кПас/л, ППСО – $99,38 \pm 9,24$ с/л/м². Гемодинамічні параметри пацієнтів, в яких після операції сформувався гіпокінетичний тип, характеризувались зниженням УІ та СІ у 1,2 раза з одночасним аналогічним підвищенням ЗПСО і ППСО: УІ після операції – $32,1 \pm 3,1$ мл/м², СІ – $2,78 \pm 0,22$ л/хвм², ЗПСО – $187,17 \pm 10,2$ кПас/л, ППСО – $125,98 \pm 10,0$ с/л/м².

Особливості центральної гемодинаміки у повній мірі мають вплив на гемодинаміку екстракраніальних судин. Так, в умовах гіперкінетичного типу мозкова фракція (МФ) досягає рівня $16,19 \pm 1,48$ % при загальній швидкості кровотоку (ЗШК) по екстра краніальних артеріях $974 \pm 60,58$ мл/хв. Мозковий судинний опір відповідає ЗПСО і становить $904,42 \pm 61,52$ дин/с. При гіпокінетичному типі ЦГД МФ та ЗШК нижчі у 1,2 раза, ніж при гіперкінетичному, і становлять відповідно: $13,75 \pm 0,91$ % та $839,11 \pm 60,45$ мл/хв, а МСО зростає у порівнянні із гіперкінетичним типом у 1,3 раза: МСО – $1214,38 \pm 83,71$ дин/с.

Аналогічні зміни спостерігаються і при трансформації доопераційного гіпокінетичного типу у гіпер- та еукінетичний тип.

Стеноз екстракраніальних судин підвищує опір судин і впливає на швидкість кровотоку. Таким чином створюються умови для розвитку ішемічного інсульту. Ризик його появи підвищується при проведенні реконструкції аорто-стегнового сегмента, адже у 52–56 % випадків після реконструкції аорто-стегнового сегмента змінюється тип ЦГД. Найнебезбечніша ситуація виникає при трансформації гіперкінетичного у гіпокінетичний тип ЦГД, при даній ситуації МФ зменшується майже на 15 % при підвищеному МСО, що може призвести до розвитку ішемічного інсульту.

Висновок. Отже, при поєднаних оклюзіях екстракраніальних судин та аорто-стегнового сегмента, враховуючи вказані дослідження при трансформації гіперкінетичного типу в еу- чи гіпокінетичний, слід проводити спочатку реконструкцію на екстракраніальних судинах, а згодом на рівні аорто-стегнового сегмента. У випадках, коли зміни ЦГД не відбувається, послідовність реконструкції в обох судинних басейнах не має значення.

**Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, В.А. Надал, С.Я. Костів,
Шкробот В.В.**

ПОПЕРЕДЖЕННЯВИНИКНЕННЯСИНДРОМУ ОБКРАДАННЯПРИРЕКОНСТРУКЦІЇАОРТО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Вступ. Атеросклеротична оклюзія аорто-стегнового сегмента зустрічається у 30-42% від загальної кількості хворих із патологією магістральних судин [1]. Єдиним методом попередження прогресування патології є її хірургічна корекція [3]. В той же час реконструкція аорто-стегнового сегмента в ряді випадків не сприяє покращення кровообігу: ішемія залишається або ж прогресує. Прогресування ішемії здебільшого проявляється в перші тижні післяопераційного періоду, хоча, інколи, і у більш віддалений період [2]. Єдиною можливою причиною є виникнення синдрому обкрадання. Останній зумовлений значно вищим периферичним судинним опором на одній із нижніх кінцівок, що створює умови для виникнення дефіциту кровопостачання у ній, з одночасним збільшенням кровообігу на контрлатеральній кінцівці.

Матеріали. У клініці судинної хірургії ТДМА із 2000 р. по 2002 р. було оперовано 38 хворих із двосторонньою атеросклеротичною оклюзією аорто-стегнового сегмента, у віці від 49 до 67 р із III ст. хронічної ішемії (Покровський А.В. 1978 р.). У передопераційному періоді, крім даних аортографії, оцінювались: кількісні показники доплерограм – пікову систолічну швидкість (ПСШ), пікову швидкість ретроградного кровотоку (ПРШ), час прискорення (Тп), час гальмування (Тг); напівкількісні показники доплерограм – індекс пульсації (ІР), демпінг-фактор (ДФ), швидкість прискорення (А), швидкість гальмування (К); величину регіонарного систолічного тиску (РСТ) на гомілкових артеріях та постоклюзійного венозного тиску (ПОВТ) на великогомілковій вені, кісточково-плечовий індекс (КПІ), що визначались на ультразвуковому доплерографі ALKKA-SSK 2000.

Обстеження проводились на двох сегментах: аорто-клубовому та стегно-підколінному обох нижніх кінцівок.

Результати. При остеженні у 12 хворих (1 група) було виявлено показники, що відрізнялись від решти 26 хворих (2 група). Так визначаючи кількісні показники доплерограм при нормі ПСШ $0,45 \pm 0,08$ м/с даний показник у 1-й групі становив $- 0,19 \pm 0,09$ м/с, у 2-й групі $- 0,29 \pm 0,17$ м/с; Тп при нормі $0,12 \pm 0,01$ с у 1-й групі $- 0,16 \pm 0,03$ с, у 2-й групі $- 0,14 \pm 0,08$ с; Тг при нормі $0,15 \pm 0,03$ с у 1-й групі $- 0,41 \pm 0,07$ с, у 2-й групі $- 0,46 \pm 0,3$ с. При визначенні напівкількісних показників доплерограм: Аст у нормі становить $- 4,61 \pm 0,24$ м/с, у 1-й групі $- 1,35 \pm 0,01$ м/с, у 2-й групі $- 3,24 \pm 0,35$ м/с;

Кст відповідно $2,14 \pm 0,4$ м/с, $0,42 \pm 0,4$ м/с, $1,01 \pm 0,9$ м/с; А/Кст відповідно – $2,14 \pm 0,14$, $3,13 \pm 0,3$, $3,19 \pm 0,3$; РІ відповідно – $8,3 \pm 3,5$, $0,9 \pm 0,2$, $1,5 \pm 0,8$; ДФ становить відповідно – $1,1 \pm 0,4$, $0,1 \pm 0,05$, $0,2 \pm 0,14$; КСІ у нормі – $131,5 \pm 5,8$ мм рт.ст., у 1-й групі – $27,7 \pm 5,7$ мм рт.ст., у 2-й групі – $37,8 \pm 2,4$ мм рт.ст.; КПП відповідно – $1,11 \pm 0,1$, $0,15 \pm 0,03$, $0,32 \pm 0,04$; ПОВТ відповідно – $12,7 \pm 2,1$ мм рт.ст., $16,2 \pm 2,7$ мм рт.ст., $14,1 \pm 3,4$ мм рт.ст.

Хворим 1 групи було проведено УЗДГ обстеження дистальних відділів артеріального русла нижніх кінцівок. Показники визначались на загальній стегновій артерії (ЗСА) та підколінній артерії (ПКА). Були отримані наступні дані: ПСП на ЗСА – $11,5 \pm 0,45$ м/с, на ПКА – $6,1 \pm 0,15$ м/с; ОШК відповідно – $245 \pm 21,6$ мл/хв, $26,5 \pm 7,7$ мл/хв; РІ – $5,4 \pm 2,1$, $1,3 \pm 0,2$; Тп – $0,18 \pm 0,04$ с, $0,18 \pm 0,04$ с; ДФ на ЗСА не визначається, на ПКА – $0,2 \pm 0,1$.

Показаннями до проведення доповнюючих операцій на артеріях нижніх кінцівок вважали наявність високого периферичного опору, що визначався показниками доплерограм.

Біфуркаційне аорто-стегове шунтування було виконано у 38 хворих, у 12 останнє було доповнено: 1) ультразвуковою ендартеректомією із поверхневої стегової артерії – 3 випадки; 2) стegno-стеговим автовенозним шунтуванням – 4 випадки; 3) стegno-стеговим алошунтуванням – 3 випадки; 4) стegno-підколінним автовенозним шунтуванням – 2 випадки.

Саме додаткова реконструкція аорто-стегового сегмента на одній із нижніх кінцівок дає можливість зменшити периферичний судинний опір та попередити синдром обкрадання, тобто створити оптимальні умови для функціонування обох бранш аорто-стегового алошунта.

Висновки. Отже, диференційований підхід до вибору об'єму оперативного лікування при реконструкції аорто-стегового сегмента дозволяє в багатьох випадках попередити та зменшити частоту розвитку синдрому обкрадання.

Література

1. Ю. А. Буров, Ю. Г. Микульская. Возможности ультразвуковой доплерографии в диагностике атеросклеротических поражений аорты и подвздошных артерий // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия – 1998г. – №6 – С. 48-51.
2. А. А. Гуч. Изменения регионарной гемодинамики после реконструктивных операций на аорто-подвздошном сегменте // Материалы 19-го съезда хирургов Украины – С. 192-193.
3. В. Н. Пшеничный. Хирургия сочетанных поражений аорто-подвздошного и бедренно-подколенного сегмента при критической ишемии нижних конечностей // Материалы 19-го съезда хирургов Украины – С. 223-224.

В.Т.Бурий**ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ***Вінницький державний медичний університет ім. М.І. Пирогова*

Тромбоз глибоких вен ніг (ТГВн) – розповсюджене захворювання, його частота складає 0,1 % населення. ТГВн, не являючись сам по собі загрозою для життя, понад 90 % є джерелом емболій легеневої артерії, яка, за даними автопсій, є причиною смерті у 7,2 %, а у людей похилого віку цей показник набагато вищий. Основною причиною ТЕЛА є недостатня профілактика гострих тромбозів.

Особливої уваги заслуговує профілактика у післяопераційних хворих. Поява нових хірургічних технологій, удосконалення техніки оперативних втручань, високий рівень сучасної анестезії і реанімації сприяють зниженню операційної летальності. На цьому фоні ТГВн і ТЕЛА є домінуючими післяопераційними ускладненнями, і ця загроза значно збільшується при обширних операціях із застосуванням міорелаксантів, тривалого ліжкового режиму, особливо у хворих з венозною патологією і схильних до тромботичних ускладнень. У 96,1 % оперованих хворих тромбоутворення розпочинається в глибоких венах гомілок.

Для профілактики ТЕЛА в нашій клініці використовуються кава-фільтри “СОТ”. За останні 5 років встановлено 77 кава-фільтрів (постійних – 35, тимчасових – 42). В минулому помічалось захоплення цією методикою, що часто призводило до неоправданого їх встановлення і збільшення кількості ускладнень. На даний час в клініці показання до встановлення кава-фільтрів звужені і вони встановлюються: при рецидивуючій ТЕЛА і наявності флеботромбозу, у людей з тромбофілією, при наявності протипоказань до проведення антикоагулянтної і фібринолітичної терапії. В країнах, де профілактика ТЕЛА на достатньому рівні, потреба в кава-фільтрах значно менша. Як вказують ряд авторів, особливо перспективним є стимуляція венозного кровотоку інтермітуючою пневматичною компресією ніг (ППКн). Метод заслуговує серйозної уваги, але він не одержав широкого розповсюдження в нашій країні. Це пов'язано з ментальністю населення (купити здоров'я в аптеці), інертністю лікарів (основні надії в лікуванні покладають на фармакотерапію), стримане ставлення чиновників до впровадження новітніх вітчизняних технологій. За одностайними висловлюваннями ряду авторів [1], ППКн не дає ускладнень і необхідна в найбільш небезпечні щодо венозного стазу періоди: операції, сну, похилого і старечого віку, обмеження активних фізичних рухів. Автори [2] використовують надувну панчошу, повітря в яку накачували компресором або роликовим насосом. Робочий цикл складався з фази стиску до 60–80 мм. рт.ст.

і фази розслаблення. Відмічали зменшення тромбозів порівняно з контрольною групою в 5 разів і більше.

Нами з 1972 року використовується більш досконалий стаціонарний пристрій[3], який включає компресор і ряд пневмоманжет, розміщених на ступнях і циркулярно на гомілкях та стегнах у вигляді панчіх або колготок. Пневмоманжети через регульовані клапани послідовно з'єднані між собою. Повітря подається в манжету на ступні після досягнення відповідного тиску переходить в суміжну проксимальну пневмоманжету і так послідовно до крайньої пневмоманжети (регуляція індивідуальна, найчастіше 40-15 мм рт.ст.), після чого послідовно від ступні в прокстимальному напрямку відкриваються випускні клапани і тиск в пневмоманжетах падає. Наступний цикл створює тиск в пневмоманжетах за типом "біжучої хвилі" в прокстимальному напрямку, що стимулює лімфовенозний відтік і запобігає рефлюксу при клапанній неспроможності. Пристрій використовувався нами у 142 хворих з хронічною лімфовенозною неспроможністю. В усіх хворих досягли позитивних результатів лікування, покращання стану здоров'я наставало на 48,3 % (р 0,05) швидше, порівняно з контрольною групою.

З 1980 р. нами також використовується мобільний "Пристрій для стимуляції венозного кровообігу" [4] у вигляді чобіт або колготок з сандалями, в підошви яких вмонтовано пружинний компресор, що під масою тіла в час крокування послідовно помпує повітря в пневмоманжети від ступні в прокстимальному напрямку. Разом з тим пружина включає механізми, які синхронно полегшують крокування, оптимально термостабілізують повітря в манжетах, вентилують шкіру ніг. Пристрій використовувався нами у 48 хворих з хронічною лімфовенозною і серцево-судинною неспроможністю, у вагітних. Результати були хороші і відмінні.

Ряд авторів і фірм вказують на позитивний ефект при застосуванні панчіх дозованої компресії в профілактиці гострих тромбозів і варикозного розширення вен ніг. На кафедрі розроблений і з успіхом впроваджений "Пристрій для регульованої компресії на тіло стрічкових пов'язок" [5] у вигляді рамки з пружинами і затискачами, які фіксують і регулюють натяг кожної циркулярної стрічки пов'язки відповідно до конфігурації ноги. В більшості дотримувались слідуючого градієнта тиску: на ступні – 18 мм рт. ст., на гомілці – 14 мм рт. ст. на стегні – 10 мм рт. ст.

Висновки. 1. Частота тромботичних ускладнень вимагає профілактики венозного стазу системи нижньої порожнистої вени. 2. Комплексна профілактика ТЕЛА повинна включати стимуляцію венозного кровотоку пневмоманжетними пристроями. 3. В ходячих профілактика венозного стазу системи нижньої порожнистої вени в групах ризику повинна здійснюватись мобільними пристроями за типом "біжучої хвилі".

Література

1. Малиновский Н.Н. Возможна ли надежная профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений? // Хирургия 2001 – С. 1. 6-11.
2. Hills N. et al. Prevention of deep vein thrombosis by intermittent pneumatic compression of Calf. Br. Med J 1972; 1: 131-135.

3. Бурый В.Т., Караванов Г.Г. Компрессионно-массажное устройство нижних конечностей. Удостоверение на рац. предложение № 21/74 (17.06.1974г.). Дорожная клиническая больница Львовской ж.д.

4. А.с. СССР № 852328 МКЛЗ А 61 Н 9/00, 07.08.1981. Бюл. № 29. Устройство для стимуляции венозного кровообращения нижних конечностей/ Митюк И., Бурый В.Т.

5. Патент № 28850 А МПК 6 F 13/00 за 2000 р. Пристрій для регульованого тиску стрічкових пов'язок на тіло. / Мітюк О.І.

УДК: 617-089+616.14-005.6:7+616.131

А.Л. Захарьян

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБОЭМБОЛИЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Профилактика тромбоэмболий легочной артерии (ТЭЛА) у хирургических больных является одной из актуальных и сложных проблем современной клинической медицины. Предупреждение ТЭЛА в послеоперационном периоде основана на профилактике развития тромбоза системы нижней полой вены. Это может быть достигнуто: атравматичностью выполнения оперативного вмешательства, назначением препаратов снижающих свертываемость крови, активным ведением послеоперационного периода, своевременной коррекцией развившихся гиповолемических состояний, эластической компрессией глубоких вен нижних конечностей. Однако указанные методы профилактики флеботромбозов не всегда эффективны, особенно у больных, так называемой, группы риска: онкологическими заболеваниями, избыточным весом, варикозным расширением вен и посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей. К наиболее эффективным методам профилактики ТЭЛА относятся установка постоянных и временных кава-фильтров. Однако показания и противопоказания к этому методу остаются дискуссионными. Изучение отдаленных результатов постоянных кава-фильтров выявило ряд существенных недостатков. К ним относятся сложность и травматичность техники имплантации фильтров в нижнюю полую вену, невозможность удаления последних после того, как опасность эмболии ликвидирована, развитие у ряда больных синдрома нижней полой вены. В связи с этим проводятся исследования, направленные на разработку кава-фильтров для временной эндоваскулярной или интраоперационной профилактики тромбэмболии легочной артерии [1, 2].

Нами разработаны ряд устройств для временной эндоваскулярной и интраоперационной частичной окклюзии нижней полой вены. Из них временный кава-фильтр (патент Украины № 3769-ХП от 23. 12. 93г.) представляет собой арматурный проволочный каркас цилиндрической формы с инертным покрытием,

перпендикулярно оси симметрии которого закреплен фильтр, выполненный из рассасывающего материала викрилаацелона. Временный кава-фильтр устанавливается под рентгенологическим контролем в нижнюю полую вену дистальнее устья почечных вен через бедренно-подвздошный венозный сегмент при помощи специально разработанного устройства.

Для интраоперационной частичной пликация нижней полую вены разработана рассасывающая клипса, состоящая из двух прижимных частей, одна из которых прямая, а другая волнистая. Устройства изготовлены из рассасывающего материала (кетгут) и покрыты медицинским клеем МК-6 либо МК-7. Клиническому применению временных кава-фильтров предшествовали хронические эксперименты, выполненные на 72 беспородных собаках обоего пола. У 26 животных выполнялась интраоперационная частичная окклюзия задней полую вены, в 52 случаях кава-фильтр установлен эндоваскулярным методом. Прижизненная каваграфия выполнялась во всех случаях.

Методика установки временной кава-клеммы была следующей. Под эндотрахеальным наркозом выполняли срединную лапаротомию, обнажали заднюю полую вену. Каудальнее на 1 см от устьев почечных вен устанавливали клемму так, чтобы прямая бранша была проведена под задней стенкой вены, а изогнутая – создавала ее частичное сдавление за счет компрессии передней стенки. Брюшную стенку послойно ушивали наглухо.

Временная кава-клемма применена в лечении 4 больных с тромбэмболиями мелких ветвей легочной артерии. Трое больных, в возрасте 58-65 лет, были оперированы по поводу больших размеров фибромиомы матки с компрессией подвздошных вен и у одной больной, 22 лет, после кесарева сечения развился подвздошно-бедренный флеботромбоз с тромбэмболией и легочной артерии. Причиной тромбэмболий у первых трех больных были диагностированные на УЗИ, флотирующие тромбы в нижней полую и подвздошных венах. У всех больных выполнена срединная лапаротомия, пликация нижней полую вены временной клеммой и удаление тромботических масс из нижней полую и подвздошных вен. Для этого у одной больной выполнена венотомия нижней полую вены, у 2 – подвздошных вен, и у одной – потребовалось выполнение дополнительного бедренного доступа.

Временный кава-фильтр трансвенозным доступом (бедренно-подвздошным) установлен у 10 больных: 8 женщин и 2 мужчин в возрасте 55-67 лет, у которых в послеоперационном периоде развился подвздошно-бедренный флеботромбоз и тромбэмболия мелких ветвей легочной артерии. Все больные были оперированы по поводу доброкачественных и злокачественных опухолей брюшной полости.

Морфологические исследования показали следующее. В течение первых суток после клипирования у собак задней полую вены наблюдался спазм и отек. В последующем, до 30 дня, отмечалось утолщение интимы и медиа за счет образования соединительной ткани с продольной ориентировкой волокнистых структур. Количество новообразованной ткани находится в прямой зависимости

от степени сжатия сосуда клипсой. Так, в наблюдениях со сближением стенок сосуда до соприкосновения отмечалось утолщение интимы и меди, последние были утолщены. Разрастание соединительной ткани происходит как в субэндотелиальном слое, так и в меди и сопровождается частичным разрушением эластических структур (истончение, фрагментация и потеря продольной ориентировки эластических волокон) внутренней эластической мембраны.

К 60 дню после установки клеммы во всех наблюдениях, кеттутовая основа клипсы была разрушена и представлена небольшими инкапсулированными фрагментами. Просвет задней полый вены был такого же диаметра, как и до установки клипсы.

Морфология нижней полый вены после установки временного кава-фильтра была следующей. В первые сутки после установки в местах фиксации ножек фильтра к ее стенке отмечается отек интимы. Последний постепенно уменьшается, начиная с 7-го дня после имплантации. Концы опорных ножек ни в одном случае не вышли из просвета сосуда, и не наблюдалось пристеночных тромбозов полый вены.

При гистологическом исследовании через 3 и 6 месяцев после установки фильтра тромбоза вены не отмечено ни в одном случае. На пристеночных участках фильтра в местах фиксации ножек отмечается разрастание соединительной ткани, без деформации просвета вены. Полное рассасывание «улавливающей» части кава-фильтра происходит к 4 месяцу.

В клинической практике осложнений при установке временных кава-фильтров не было без повторных ТЭЛА. По нашим данным, объективные данные о состоянии кава-фильтра можно получить методом ультразвукового дуплексного сканирования нижней полый вены. В отдаленные сроки наблюдения необходимость выполнения илеокаваграфии потребовалось только 2 больным. После установки временного кава-фильтра или клипирования нижней полый вены всем больным проводилась гепаринотерапия, переливание реополиглюкина, трентала. Непрямые антикоагулянты назначали в течение 3-4 месяцев под контролем протромбинового индекса крови. Критерием отмены антикоагулянтной терапии было ультразвуковое исследование нижней полый вены с регистрацией полного восстановления скорости кровотока. В группе оперированных больных с подвздошно-бедренным флеботромбозом в отдаленные сроки наблюдения во всех случаях отмечена полная проходимость венозного сегмента. Только у 1 больной клинически отмечен незначительный отек бедра, обусловленный развитием недостаточности клапанного аппарата подвздошной вены, что подтверждено ультразвуковым дуплексным сканированием и илеокаваграфией.

Клиническое наблюдение за 10 больными с установленными временными кава-фильтрами в течение 5 лет показало следующее. Полное восстановление функции подвздошно-бедренного венозного сегмента произошло у 2 больных, которым в качестве альтернативы оперативного лечения флеботромбоза применен метод регионарной фибринолитической терапии. Однако результаты

последней во многом зависят от длительности флеботромбоза и протяженности окклюзии. У 8 больных в отдаленные сроки после имплантации кава-фильтра, по данным илеокаваграфии и ультразвукового исследования нижней полой и подвздошной вен, отмечена частичная реканализация подвздошно-бедренного сегмента с повреждением клапанного аппарата. В этих случаях у больных отмечалась клиническая картина посттромбофлебетического синдрома, однако ни у одного из них не отмечено развития трофических язв.

Применение временных кава-фильтров у больных с подвздошно-бедренными флеботромбозами надежно предотвращает риск ТЭЛА и в тоже время не имеет осложнений, характерных для постоянных кава-фильтров. Методы установки временных кава-фильтров могут быть как оперативные, так и эндоваскулярные. Способ установки необходимо решать в зависимости от возраста больного, причины флеботромбоза, тяжести состояния. Во всех случаях после имплантации кава-фильтра необходима длительная антикоагулянтная терапия и многократный УЗИ – контроль нижней полой и подвздошной вен.

Литература

1. Гервазиев В.Б., Карпенко А.А. Эндоваскулярная профилактика тромбэмболии легочных артерий (кава-фильтр «Волан»). – Хирургия, 1995. – №1, с. 31-34.
2. Гервазиев В.Б., Карпенко А.А. Проблемы эндоваскулярной профилактики тромбэмболии легочной артерии и кава-фильтр «Волан» // Ангиология и сосудистая хирургия, 1998. – №2, с. 124-130.
3. Савельев В.С., Яблоков Е.Т., Кириенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий. М., 1990.

УДК 616.131- 005.7+616.12.331.1- 02: 616.131- 005.7]-07-08-084

**В.Г.Мішалов, О.І.Осадчий, В.А.Черняк, В.М.Селюк,
Л.В.Кулик, Л.Ю.Маркулан, С.В. Бейчук, Д.В. Демидюк,
Д.М. Соловйов, В.М. Дроганов**

ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПРАКТИЦІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця

Тромбоемболія легеневої артерії (ТЕЛА), незважаючи на прогрес у гемостазіології, впровадженні профілактичних заходів у практику лікувальних закладів з використанням низькомолекулярних гепаринів (НГ), в структурі смертності поступається тільки серцевосудинним та онкологічним захворюванням.

Частота венозних тромбозів (ВТ) на 100000 населення складає близько 160 випадків, кожний третій випадок ускладнюється ТЕЛА. Четверта частина

всіх випадків ТЕЛА є вислідом хірургічних втручань, в 5% випадках призводять до післяопераційної летальності.

Метою нашого дослідження стало проведення аналізу причин виникнення ТЕЛА та методів її попередження і лікування.

За період 1996-2001р.р. в стаціонари багатопрофільної ЦМКЛ та КЛ № 9 м.Києва було госпіталізовано 199313 хворих, з них 10676 (5.3%) хірургічного профілю. Загально-клінічна смертність склала 4168 (2.1%). Аналіз причин смертності виявив серед померлих групу 1119 (34.4%) у яких діагноз ТЕЛА був встановлений або підтверджений при патологоанатомічному дослідженні і не фігурував як основний. Причому у 196 (17,5%) хворих ТЕЛА мала масивну та субмасивну форму. З терапевтичних стаціонарів померлих було 1096 (97.9%), хірургічного профілю – 23 (2.1%). З них оперативне втручання проведено у 6 (26.1%) на черевній попожвині, 5 (21.7%) на органах грудної порожнини, 5 (21.7%) урологічні втручання, 3 (13.0%) гінекологічні втручання, 4 (17.4%) ортопедичні операції. Серед чинників, що призвели до виникнення ТЕЛА мали значення наступні: вік 40 років, гострий тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, надмірна вага (індекс маси тіла $25\text{кг}/\text{м}^2$), серцева недостатність III-IV ФК NYHA, порушення серцевого ритму, катетеризація центральних вен упродовж трьох діб, наявність ендокардіальної кардіостимуляції, об'ємні оперативні втручання завдовжки більше години. Встановлено, що ризик виникнення ТЕЛА багатократно підвищувався при наявності двох і більше факторів.

Лікування хворих з ТЕЛА проведено у 2130 пацієнтів. Тромбоемболія дрібних гілок спостерігалась у 2018 (94.7%) хворих – I група, масивна та субмасивна її форми виявлені у 112 (5.3%) хворих – II група. Традиційно лікування хворих проводилось з використанням антикоагулянтної терапії та наступним вживанням непрямих антикоагулянтів – (I група), та з використанням тромболітиків і оперативного лікування – (II група). Особливу увагу було приділено профілактиці виникнення тромбоемболії легеневої артерії у клініці внутрішніх хвороб та при оперативних втручаннях. З метою їх попередження профілактично хворим із категорії групи ризику призначався НГ клексан 40 мг на добу, рання активізація післяопераційних хворих та використання еластичних панчох. Хворим з патологією системи нижньої порожнистої вени (НПВ) після уточнення діагнозу як запобіжний захід рекомендовано проведення однієї із операцій – видалення великої підшкірної вени при тромбофлебитах, операція Троянова, варіанти модифікацій операції Лінтона, ендоскопічне видалення перфорантних вен. Всього 330 (2.7%) оперативних втручань. Така тактика в останні три роки дозволила практично виключити виникнення ТЕЛА у цієї категорії хворих. З часу заснування клініки госпітальної хірургії у 1998 році запроваджено надання спеціалізованої допомоги хворим з ТЕЛА. Всього проліковано 112 хворих з масивною та субмасивною формами ТЕЛА – (II група). Середній вік хворих склав $49\pm 6,4$ р. в межах від 19 до 72 років. За даними клінічного обстеження тиск у легеневій артерії у хворих до лікування був $45 - 85$ мм.рт.ст. ($65\pm 12,6$ мм рт.ст.), загальний легеневий опір 965 ± 234

дин/см/с⁻⁵, ДРаО₂ 65±11 мм рт.ст. Хірургічне лікування проведено у 31 (27,6%), в т.ч. і з використанням штучного кровообігу у 24 (77,4%) пацієнтів. 81 (72,3%) пацієнту проведена тромболітична терапія активаторами плазміногену (актилізе) та стрептокіназою, в т.ч. 13 (11,6%) на фоні імплантації кавафільтрів. Така тактика була виправдана у хворих з гострою формою ТЕЛА та наявності флотуючих тромбів у системі НПВ. Добрих результатів вдалось досягти у 86,3% пацієнтів: тиск в ЛА впав до 36,6±12,6 мм рт.ст, ДРаО₂ в середньому підвищився до 91±11 мм рт.ст. при загально-легеневому опорі 301±123 дин/см/с⁻⁵. Добрих та задовільних результатів вдалось досягти у 83,9% пацієнтів: тиск в ЛА понизився до 36,6±12,6 мм рт.ст, ДРаО₂ в середньому підвищився до 91±11 мм рт.ст. при загальному легеневому опорі 301±123 дин/см/с⁻⁵.

Висновки. Завдяки концентрації зусиль з надання спеціалізованої допомоги хворим з ТЕЛА в одному центрі та розробленому методу профілактики тромбоемболічних ускладнень серед хворих багатопрофільної лікарні з погляду на групи ризику, вдалося значно поліпшити профілактику та результати лікування: частоту ускладнень у вигляді ТЕЛА в хірургічній практиці знизити у 10 разів – до 0,06%; госпітальну смертність у хворих з діагнозом ТЕЛА зменшити до 16,1% . Активне використання тромболітиків для лікування ТЕЛА дозволило вдвічі підвищити ефективність лікування та зменшити ризик формування післятромбоемболічної легеневої гіпертензії.

УДК: 616.143.81/86-003.6-007.272-084.168]-095.5

**Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, А.В. Левицький,
Ю.Ю. Свідерський**

КОРЕКЦІЯ КЛАПАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ГЛИБОКИХ ВЕН У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБО- ФЛЕБІТИЧНОГО СИНДРОМУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

У структурі венозної патології посттромбофлебітичний синдром нижніх кінцівок (ПТФС НК) зустрічається у 23,80 % випадках. Трофічні виразки на фоні вторинного варикозного розширення підшкірних вен з'являються у 72,00 % хворих та є наслідком розвитку клапанної недостатності комунікантних й глибоких вен. У даній ситуації консервативне лікування має позитивний ефект у 8,00 % хворих. Оперативне лікування передбачає корекції клапанної недостатності глибоких вен за рахунок формування додаткового внутрішньо-венозного клапана.

Обстежено 32 хворих на ПТФС НК із хронічною венозною недостатністю III ст. та розвитком трофічних виразок. Клапанну недостатність апарату глибоких вен виявлено шляхом УЗ-доплерографії. При використанні останньої

методики до уваги брали пробу дистальної компресії, дихальну пробу, модифіковану пробу Вальсальви. Пристінковий електричний опір стінки вени вивчали за методом Венгера І. К. і співавт. (1997).

Корекція клапанної недостатності глибоких вен оперативним шляхом проводилась усім 32 хворим: 23 (71,87 %) – за методом М.Ф. Дрюка (1998), 9 (28,13 %) – запропонованим у клініці способом. Останній здійснювали наступним чином: у проекції ділянки глибокої вени із зміненим клапаном виконували доступ до вени; останню виділяли на протязі 8–12 см з усіма колатеральними гілками, що впадають у неї; одну з венозних колатералей діаметром не менше 1,5–2,0 мм обирали для пластики, для чого пересікали її на віддалі 1 см від гирла; дистальний кінець перев'язували; із фрагменту стінки обраної венозної колатералі формували клапан, основу якого складала перехідна складна між колатераллю та глибокою веною; від останньої в дистальному напрямку зі стінки впадаючої венозної колатералі викроювали клапоть, поздовжній діаметр якого на j частину перевищував діаметр коригованої глибокої вени, а поперечний – не перевищував його; сформований таким чином клапоть переміщували у просвіт коригованої глибокої вени відповідно до напрямку фізіологічного відтоку крові з подальшою фіксацією його окремими швами.

Про ефективність лікування, крім покращання клінічних ознак (зменшення або/і усунення розпираючого болю при ході, набряку, повного або часткового загоснення трофічних виразок), робили висновок за змінами показників венозного кровотоку за допомогою ультразвукової доплерографії.

При визначенні електричного опору венозної стінки було виявлено, що дана величина на внутрішній та зовнішній поверхні стінки вени була неоднорідною і склала $0,49 \pm 0,13$ кОм та $0,37 \pm 0,16$ кОм. Це зменшувало тромбогенність сформованого клапана, оскільки саме зовнішня поверхня венозної колатералі після операції створювала контактуючу з кровотоком поверхню внутрішньовенозного клапана.

З наведених даних можна зробити висновок про те, що корекція клапанного апарату глибоких вен нижніх кінцівок запропонованим способом не призводить до стенозування коригованої вени. Це значно оптимізує венозну гемодинаміку в даному сегменті, порівняно із аналогічними показниками після корекції за відомим способом. Одночасно зменшується тромбогенність ділянки реконструкції клапанного апарату, що має велике значення у флебохірургії.

А.Б. Доминяк, Ю.И. Ящук

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ ТРОМБОЗОВ АОРТОБЕДРЕННЫХ И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев

Целью настоящей работы является изучение результатов хирургического лечения 262 больных с поздними изолированными и комбинированными тромбозами аортобедренных (АБ) и бедренно-подколенных шунтов (БПШ), оперированных в институте хирургии и трансплантологии с 1989 по 2001 год. Сроки наступления тромбозов – от 6 мес до 13 лет, все пациенты – лица мужского пола, средний возраст – $58,8 \pm 2,4$ лет.

Раннее 76 пациентам выполнены реконструкции на 2-х уровнях, из которых 49 – наряду с АБШ было произведено одностороннее БПШ, у 19 – двустороннее БПШ и у 8 – профундопластика ЭТЭ из БП сегмента. В диагностике реокклюзий использовалась УЗДГ, УЗ-сканирование артерий, ангиография и радионуклидная сцинтиграфия. Основной причиной позднего тромбоза АБШ были: стеноз проксимального анастомоза АБШ – 18 (6,9 %) случаев; стеноз проксимального анастомоза плюс стеноз обеих дистальных анастомозов – 29 (10,0 %); стеноз дистального анастомоза при проходимости периферичности русла – 70 (26,7 %); стеноз дистального анастомоза плюс прогрессирование атеросклероза в бассейне оттока – 145 (50,4 %). При анализе состояния дистального артериального русла установлено, что окклюзия поверхностной бедренной артерии (ПБА) и I сегмента подколенной артерии (ПА) – 70 (26,7 %); окклюзия 1-й артерии голени – 117 (45 %); 2-х – 43 (16,4 %); 3-х – 20 (7,8 %). Артерии голени были проходимы у 35 (13,5 %) больных, следовательно у 180 (68,7 %) пациентов отмечено плохое артериальное русло. При определении показаний к повторным операциям нами учитывалось общее состояние больного и местная операбельность. Так, по нашему мнению все повторные операции были разделены на группы: 1-я группа – изолированная тромбэктомия; 2-я – тромбэктомия с реконструкцией дистального анастомоза; 3-я – повторное АБШ или протезирование; 4-я – комбинированные операции, когда основные методы операции сочетались с повторным или первичным БПШ, или реваскуляризация конечности через систему ГАБ и с другими методами операции. Выполнение изолированной тромбэктомии при поздних тромбозах АБШ ограничено. Показаниями как к самостоятельной операции, по нашему мнению, являются свежие тромбозы с давностью от 1 суток до 6 мес. а также отсутствие окклюдующего или стенотического поражения в артериях путей притока и оттока. Тромбэктомия нами выполнена у 14 больных. Показаниями для повторного АБШ являлись: а) тромбоз основной и обеих бранш протеза; б) невозможность получения адекватного кровотока после выполненной

тромбэктомии из-за поражения аорты выше проксимального анастомоза, аневризмы проксимального анастомоза, критический стеноз или окклюзия контрлатеральной подвздошной артерии; в) низкий уровень проксимального анастомоза. В соответствии с вышеуказанным, нами у 90 (34,4 %) произведено повторное АБШ, у 10 – замена основной бранши бифуркационного протеза и у 26 (9,9 %) – одностороннее АБШ.

Из-за полиморфизма причин, приведших к тромбозу у большинства наших пациентов, выполнены комбинированные операции 86 (32,8 %). У 59 пациентов тромбэктомия из шунта сочеталась с резекцией дистального анастомоза и реваскуляризацию конечности через системы ГАБ после расширенной пластики ГАБ, переналаживания дистального анастомоза. Резекция части протеза, реконструкция артерий оттока произведена 27 пациентам, из них 11 – реимплантация ГАБ в протез. Двойные реконструкции: АБШ и БПШ выполнены 19 (7,3 %) больным. Тромбэктомия из протеза и реконструкция дистального анастомоза у 49 (18,7 %) дополнена БПШ, профундопластика и эндартерэктомия (ЭТЭ) из бедренно-подколенного сегмента у 8 (3 %) больных. В ближайшем послеоперационном периоде у 21 (8 %) пациентов отмечены тромбоз зоны реконструкции, у больных с поражениями дистальных артерий, что потребовало выполнения ампутации конечности у 17 (6,4 %) из них. От кардиальных осложнений умерло 6 (2,2 %) больных. Реваскуляризация нижних конечностей достигнута у 239 (91,2 %) пациентов. В отдаленном послеоперационном периоде наблюдались 240 пациентов. К концу 6-го года наблюдения тромбоз АБШ у 29,8 % больных, у 70,2% АБШ оставались непроходимыми, ампутация произведена у 16,8 % больных. Рубцовая (интимальная) гиперплазия дистального анастомоза наряду с прогрессированием атеросклероза являются основными причинами поздних тромбозов.

Таким образом, активная хирургическая тактика у больных с поздними тромбозами АБ и БП шунтов в большинстве случаев позволяет получить хорошие и удовлетворительные результаты в отдаленном послеоперационном периоде.

УДК:617.58-005.6-084:546.57

Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, О.В. Шідловський

СУДИННО-ТРОМБОЦИТАРНИЙ МЕХАНІЗМ ТРОМБОУТВОРЕННЯ В СИСТЕМІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРОМБОЗУ СЕГМЕНТА РЕКОНСТРУКЦІЇ

Тернопільська державна медична академія І.Я. Горбачевського

Вступ. Переваги хірургічного лікування атеросклеротичної оклюзії стегно-підколінного сегмента не є предметом дискусії. Але негативом являється той

факт, що кожна четверта операція на судинах супроводжується ускладненнями в ранньому післяопераційному періоді. Основну частку серед них займає тромбоз сегмента реконструкції, який, за даними різних авторів (Іващенко В.В., 1993; Сухарев П., 1993), коливається в межах 45 %-60 %.

Серед причин тромбозу сегмента реконструкції деякі автори (Грицок і співав., 1994) вважають зміни гемостазу, які розвиваються під час операції, зміни мікроциркуляції (Гуч, 2000; Іващенко В.В., 1993) при хірургічних маніпуляціях, особливості периферичного артеріального русла. Поряд з цим звертається увага на технічні особливості реконструктивних операцій при оклюзії стегно-підколінного сегмента, вибір їх об'єму (Ю.С. Силаев, 1990). Слід відмітити, що кожна із вказаних причин відіграє певну роль у розвитку тромбозу сегмента реконструкції, і їх враховують при проведенні операції. В той же час не звертається увага на такий важливий компонент процесу тромбування, як судинно-тромбоцитарний механізм тромбоутворення.

Матеріали. Нами обстежено 112 пацієнтів із атеросклеротичним ураженням стегно-підколінного сегмента: I група – ізольована оклюзія поверхневої стегнової артерії – 24 (21,45%); II група – оклюзія поверхневої стегнової артерії, стеноз чи оклюзія глибокої артерії стегна – 31 (27,67%), III група – поширена оклюзія поверхневої стегнової артерії, глибокої артерії стегна, підколінної артерії, та артерій гомілки – 15 (13,4%); IV група – ураження загальної стегнової артерії та підколінної артерії – 26 (23,21%); V група – оклюзія підколінної артерії та артерій гомілки – 16 (14,27%).

Усі хворі чоловіки віком від 39 до 60 років. У переважної більшості хворих 98 (87,5%) відмічалась III ст. хронічної ішемії нижніх кінцівок за класифікацією рекомендованою другим Європейським консенсусом з Хронічної Критичної Ішемії нижніх кінцівок (2001р): у 65 (58,03%) пацієнтів IIIA ст., та у 33 (29,46%) – IIIB ст. У 14 (12,5%) пацієнтів – II ст. хронічної ішемії нижніх кінцівок.

У 64 (57,1%) пацієнтів діагностували супровідну патологію різного ступеня вираженості. Серед них: серцево-судинна та дихальна системи – 43(67,19%) пацієнти; патологія шлунково-кишкового тракту – 11 (17,2%) пацієнтів; сечовидільної системи – 6 (9%) пацієнтів; ендокринні захворювання – 4 (6,25%) пацієнти.

Результати. Пристінковий біопотенціал артерії, не ураженої патологічним процесом, складає $0,43 \pm 0,08$ кОм., біопотенціал стінки артерії, що уражена атеросклерозом, збільшується в 3,5 рази і залежить від ступеня ішемії – чим він вищий, тим значніше зростає пристінковий біопотенціал і досягає рівня $1,53 \pm 0,12$ кОм. Біопотенціал ендартеректомованої поверхні артерії значно підвищується і знаходиться на рівні $1,98 \pm 0,22$ кОм. функціонуючої автовени і алопротеза, відповідно – $0,78 \pm 0,13$ кОм. і $2,61 \pm 0,12$ кОм.

Для досягнення вказаної мети ендартеректомовану ділянку артерії, автовену та алопротези насичували електролітним сріблом.

Ендартеректомовану ділянку реконструкції та автовенозний шунт насичували інтраопераційно розчином електролітного срібла за допомогою ультразвуку, що дало можливість знизити пристінковий потенціал, відповідно, до показників: $0,78 \pm 0,05$ кОм, та $0,62 \pm 0,09$ кОм.

Тканини синтетичного трансплантата насичували електролітним сріблом перед операцією. Пристінковий біопотенціал функціонуючого алопротеза склав $1,62 \pm 0,21$ кОм.

Хворим були проведені наступні операції:

А. Ендартеректомія із загальної та (або) поверхневої стегнової артерії: 19 та підколінної артерії: 13 (10 хворих I групи, 5 хворих II групи, 4 хворих III групи, 5 хворих III групи, 8 хворих IV групи);

Б. Автовенозне шунтування: стегно-стегнове 20, стегно-підколінне 15, стегно-великогомілке 7 (14 хворих I групи, 10 хворих II групи, 18 хворих IV групи);

В. Алопротезування стегно-стегнове 16, стегно-підколінне 16, стегно-великогомілке 6 (16 хворих II групи, 6 хворих III групи, 16 хворих V групи).

У пацієнтів, яким була проведена ендартеректомія та автовенозне шунтування, відмітили по одному тромбозу сегмента реконструкції, що у процентному співвідношенні склало, відповідно, – 3,125% та 2,38%.

У двох пацієнтів після алопротезування (5,26%) на першу та другу доби поопераційного періоду виник тромбоз сегмента реконструкції.

Висновки. 1. Біопотенціал та тромбогенність реконструйованої артерії значно вищі від біопотенціалу судини, не ураженої атеросклеротичним процесом. 2. Зниження активності судинно-тромбоцитарного механізму гемостазу сегмента реконструкції досягається створенням від'ємного біопотенціалу, шляхом насичення реконструйованої судини електролітним сріблом. 3. Активний вплив на судинно-тромбоцитарний механізм гемостазу електролітним сріблом дозволяє знизити частоту тромбозу сегмента реконструкції у 4 рази.

Література

1. В.П. Хохоля, Л.Н. Ненова. Прогнозирование заболеваемости, развития хирургической службы и приоритетных научных исследований в области ангиохирургии в УССР на период 2010 года // Клин. хирургия. – 1991. – №1. – С. 43-45.

2. В.В. Иващенко. Является ли реконструктивная хирургия ключом к решению проблемы острых тромбозов артерий конечностей атеросклеротической этиологии // Вестник хирургии им. Грекова. – 1993. – Т. 150, №1. – С. 32-35.

3. Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер. Тромбогенність судинних трансплантатів // Галицький лікарський вісник. – 1999. – № 3. – С. 62-63.

А.К. Баратов

ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ

*Кафедра хирургических болезней № 2 Таджикского государственного
медицинского университета им. Абуали ибн-Сино Душанбе,
Республика Таджикистан*

Среди травм нижних конечностей особое место отводится сопутствующим повреждениям сосудов (1-4). Обусловлено это тем, что при травме магистральных артерий нередко развивается декомпенсация кровообращения с последующей ампутацией или летальным исходом (5-7). Травматические повреждения артерий голени имеют свои особенности, так как отмечается определенная зависимость между характером травмы, количеством пораженных артерий и уровнем их повреждения, с одной стороны, и степенью ишемии, хирургической тактикой и исходами лечения – с другой (8, 9).

Цель работы: изучение особенностей ишемии нижней конечности (ИНК) в зависимости от характера и локализации повреждений артерий голени.

Материал и методы. В исследование включено 60 больных (мужчин – 52, женщин – 8) с травмами голени в возрасте от 8 до 54 лет. Закрытая тупая травма была в 2 случаях; открытые травмы – у 58 пострадавших, в том числе: огнестрельные ранения (24), колото-резаные (22), раздавленные и разможенные (12). В зависимости от характера повреждения было выделено 3 группы: изолированная травма одной из артерий голени (38), повреждение обеих артерий (11) и ранение всех трех артерий голени (11). Диагностика ИНК основывалась на клинических данных, дополнительные методы исследования применялись редко из-за тяжести состояния пострадавших и отсутствия условий. Сроки поступления пострадавших: до 8 ч – 39 больных; 8-24 ч – пациентов, а от 1 до 15 суток – 15 больных.

Результаты. Повреждения одной из артерий голени встречались в основном при колото-резаных ранениях, а тяжелые травмы в большинстве случаев сопровождались повреждениями не менее двух артерий голени. У 27 больных была сопутствующая травма нервов, у 47 – сопровождающих вен и у 31 – переломы костей. Среди 38 больных I группы декомпенсации кровообращения не наблюдалось, последнее компенсировалось за счет интактных артерий. Во второй группе с повреждениями обеих артерий голени на любом уровне (при интактной малоберцовой артерии) во всех случаях имелась декомпенсация кровообращения. Малоберцовая артерия не обеспечивала адекватное кровоснабжение голени и стопы II, наконец, в III группе, при ранениях всех трех артерий голени ишемия носила тяжелый характер, тем более, что у всех пострадавших имела место тяжелая травма с массивным повреждением мышц и переломами костей, которые способствовали разрушению всех коллатеральных путей.

Сроки обращения больных имели важное значение во II и III группах. Напротив, в I группе, даже при поступлении пострадавших в сроки свыше 24 часов, кровообращение конечности оставалось компенсированным. У 3 больных II группы и 2 пациентов III группы, госпитализированных через 24 часа и более от момента получения травмы, имелась влажная гангрена. Им выполнена первичная ампутация конечности. В общей сложности 11 (18,3%) больным произведена первичная ампутация, в том числе в 6 случаях показаниями к ней явились крайне тяжелое состояние пострадавших, обширные раздавленные и разможенные раны с разрушением всех анатомических структур. 45 пациентам (из 49) произведена реваскуляризация конечности. 4 больным по различным причинам кровообращение не было восстановлено; в течение недели у них развилась гангрена, и им выполнена вторичная ампутация. Следовательно, из 60 больных исследуемых групп в 45 случаях (75%) удалось спасти конечности. Суммарная частота ампутаций составила 25%.

Тяжесть ишемии конечности, хирургическая тактика и прогноз зависят от таких факторов, как: число артерий, выключенных из кровообращения; сроки поступления больных и характер травмы.

Литература

1. Гаиров А.Д., Урунбаев Д.У., Дададжанова Ф.А. Особенности хирургической тактики при сочетанных костно-сосудистых ранениях // *Ангиология и сосудистая хирургия*, 1999. – N 2. – С. 57-62.
2. Кукуруз Я. С. Особенности хирургической тактики при огнестрельных ранениях магистральных сосудов конечностей на этапах медицинской эвакуации. В кн.: «Современные аспекты военной медицины». – Киев, 1995. – С. 175-176.
3. Нгуен Хань Зы. Ранения крупных периферических кровеносных сосудов и их последствия. – М.: «Медицина», 1985. – 192 с.
4. Rasmadze A. Vascular injuries of the limbs: a fifteen-year Georgian experience // *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 1999 Sep; 18(3): 235-9.
5. Baratov A. Revascularization of arterial injuries of the low extremities // *Cardiovascular Engineering* 2002 Mar; 7(1): 63-4.
6. Moniz M.P., Imbrellaro M.P., Stevens S.L. et al. Concomitant orthopedic and vascular injuries as predictors for limb loss in blunt lower extremity trauma // *Am. Surg.* 1997 Jan; 63(1): 24-8.
7. Reber P.U., Patel A.G., Sapio N.L. et al. Selective use of temporary intravascular shunts in coincident vascular and orthopedic upper and lower limb trauma // *J. Trauma* 1999 Jul; 47(1): 72-6.
8. Radonic V., Baric K., Petricevic A. et al. War injuries of the crural arteries // *Br. J. Surg.* 1995 Jun; 82(6): 777-83.
9. Xenakis T.A., Beris A.E., Chrysovitinos J.P. et al. Nonviable injuries of the tibia // *Acta orthop. Scand. Suppl.* 1995 Jun; 264: 23-6.

І.К. Венгер, В.Б. Гощинський, А.В. Левицький**ІНТРАОПЕРАЦІЙНЕ ВИКОРИСТАННЯ ВАЗАПРОСТАНУ ЯК
МЕТОДУ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРОМБОЗУ СЕГМЕНТА
РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІД ЧАС РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ НИЖНІХ
КІНЦІВОК У ХВОРИХ ЗАТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЮ
ОКЛЮЗІЄЮ АРТЕРІЙ СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА***Тернопільська державна медична академія ім. І. Я. Горбачевського*

Вступ. Необхідність виконання реконструктивних операцій при критичній ішемії нижніх кінцівок доведена на практиці [1, 2]. Але в умовах некротично-трофічних змін м'яких тканин функціональний стан периферійного судинного русла значно погіршується, що проявляється неадекватною реакцією на реваскуляризацію. Це, в свою чергу, у 19–25 % випадків призводить до виникнення післяопераційних тромбозів сегмента реконструкції та дистального артеріального русла, що у 30–35 % таких хворих змушує виконати ампутацію кінцівки [3, 4]. Шляхів корекції периферійного судинного русла запропоновано багато: це і багатоплановна об'ємна доопераційна підготовка хворих, інтраопераційне введення в дистальне артеріальне русло гепарину, інтенсивна післяопераційна терапія вазодилаторами, антикоагулянтами, препаратами для покращання тканинного обміну.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 53 хворих з атеросклеротичною оклюзією артерій стегно-підколінного сегмента. До уваги брали результати, отримані при визначенні швидкості локального внутрішньошкірного кровотоку на рівні першого міжпальцевого проміжку тилу ступні методом М. Mutanobu (1982) в модифікації Л. Я. Ковальчука (1983, 1984). Також використовували дані ультразвукової доплерографії, отримані на задній великомілкової артерії, а саме – індекс резистентності периферійного судинного русла (RI) та об'ємну швидкість кровотоку в тканинах (V_{vol}). У всіх обстежених спостерігався III ступінь хронічної ішемії тканин без некротично-трофічних розладів м'яких тканин, але за показниками ультразвукової доплерографії були початкові ознаки декомпенсації дистального артеріального русла.

Хворих було поділено на 2 групи. Слід відмітити, що хворим обох груп до операції проводилась стандартна багатопланова підготовка, яка включала упродовж 3–5 днів внутрішньовенне введення 2 % пентоксифіліну 10 мл/добу, реополіглокіну 400 мл/добу, 1 % нікотинової к-ти 4 мл/добу. До 1-ої групи належало 35 (66,04 %) хворих, які в післяопераційному періоді перебували на інтенсивному курсі консервативної терапії, який включав антикоагулянти, вазодилаторні та препарати для покращання тканинного обміну (دوزи препаратів відповідали стану реваскуляризованої кінцівки). 2-а група включала

18 (33,96 %) хворих, яким під час операції у поверхневу стегнову артерію та глибоку артерію стегна вводили по 20 мг вазапрану в кожну, після операції хворий наступної доби отримував 40 мг вазапрану інтраартеріально на фоні післяопераційного курсу антикоагулянтами, вазодилататорами та препаратами для покращання тканинного обміну (дози препаратів відповідали стану реваскуляризованої кінцівки).

Результати та їх обговорення. Швидкість регіонарного внутрішньошкірного кровотоку та показники ультразвукової доплерографії на задній великогомілковій артерії (RI та V_{vol}) визначали до операції, на 1-у, 3-ю та 7-у добу після операції; також дані показники вмірювались у контрольній групі хворих.

На 1 добу післяопераційного періоду швидкість регіонарного внутрішкірного кровотоку у 1-ої групи хворих підвищилась на 21,13 % порівняно із доопераційним показником, у 2-ої групи – на 31,34 %. Відносно ж контрольного показника швидкість була знижена на 14,88 % та 7,71 % відповідно. У 1-ої групи хворих в подальшому швидкість регіонарного внутрішкірного кровотоку поступово зростала і на 7 добу перевищувала доопераційний показник на 26,59 % та була нижчою контрольного на 11,05 %. У 2-ої групи хворих виражене зростання даного показника спостерігалось вже на 3 добу післяопераційного періоду і утримувалось з незначною тенденцією до підвищення до 7 доби. У цієї групи пацієнтів швидкість регіонарного внутрішкірного кровотоку перевищувала доопераційний показник на 39,33 % та була нижчою контрольного показника на 2,10 %.

Аналогічні зміни відбувались з показниками ультразвукової доплерографії. І якщо RI знижувався поступово, то V_{vol} більш швидше реагувала на реваскуляризацію кінцівки – на 1 добу у 1-ої групи хворих зростала на 58,17 % відносно доопераційного показника, то у 2-ої групи – на 59,76 %. Значно більша різниця проявлялась в подальшому і на 7 добу післяопераційного періоду становила у 1-ї групи пацієнтів 89,24 % та у 2-ї групи – 110,76 %. Останнє вказує на значно кращий стан периферійного судинного русла на мікроциркуляції у 2-ої групи хворих відносно 1-ої групи. Це підтверджується зміною RI протягом після-операційного періоду. RI знижується вже на 1 добу після операції у 2-ої групи хворих на 13,93 %, в той же час у 1-ої групи він знижується тільки на 7,38 %.

Дані звукової доплерографії, а також показник швидкості регіонарного внутрішньошкірного кровотоку у 2-ої групи хворих на першу добу післяопераційного періоду вказують на кращу реакцію периферійного судинного русла на реваскуляризацію нижніх кінцівок. Очевидно, такий ефект зумовлений інтраопераційним введенням в поверхневу та глибоку стегнові артерії вазапрану. Оскільки дія препарату комплексна та довготривала, повторне внутрішньоартеріальне введення потенціє його вплив на мікроциркуляцію нижніх кінцівок. Останнє підтверджується значним покращенням RI та V_{vol} вже на третю добу післяопераційного періоду, зберігаючи тенденцію позитивної динаміки в подальшому. В першій групі хворих показники стану периферійного русла хоч

і покращуються відносно доопераційних, але є гіршими від аналогічних у другій групі пацієнтів. Особливо помітна різниця на сьому добу післяопераційного періоду. Це пояснюється не тільки тривалою дією вазопростану, а й наявністю у першій групі хворих двох пацієнтів з тромбозом сегмента реконструкції і одного з тромбозом дистального судинного русла.

Висновки. Інтраопераційне введення вазопростану в дистальне судинне русло сприяє значному покращенню показників периферійного кровотоку вже на першу добу після ревазуляризації. Повторне введення вазопростану на наступний день після операції потенціє його дію, стабілізуючи при цьому позитивну динаміку відновлення функції дистального судинного русла. При збільшенні швидкості регіонарного внутрішньошкірного кровотоку вазопростан не впливає на регуляторні механізми мікроциркуляції, що підтверджується зростанням об'ємної швидкості кровотоку та зменшенням індекса резистентності на задній великогомілкової артерії. Використання вазопростану під час операції дає можливість зменшити частоту розвитку тромбозів у ранньому післяопераційному періоді.

Література

1. Белов Ю.В., Гавриленко А.В., Косенков А.Н., Сагандыков И.Н. Сравнительная оценка бедренно-бедренного и бедренно-подколенного шунтирования в свете отдаленных результатов // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 1996. – № 1. – С. 98–106.
2. Сухарев И.И. Хирургия атеросклероза сосудов у больных сахарным диабетом. – Киев, 1995. – 295 с.
3. Colburn M., Moore W. Myointimal hyperplasia // *Vascular Surgery: a comprehensive review* / Edit. by W.S. Moore. – W.B. Saunders company, 1993. – P. 673–693.
4. Linhart J., Roztocil K. Kiagnosis and therapy of sub-critical limb ischaemia // *International Angiology*. – 1996. – V. 15, № 2. – P. 32.

УДК:616.36-004+616.831

Л.В. Березовчук, М.В. Костылев, Н.Я. Калита

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПО ДАННЫМ ЭЭГ

Институт хирургии и трансплантологии АМН НАН Украины

Факторами, влияющими на функциональное состояние головного мозга при циррозе печени, являются церебротоксические вещества, накапливающиеся в крови, в первую очередь, азот аммиака. Кроме этого, негативное влияние на функциональное состояние головного мозга при циррозе печени оказывают гипоксия, гипогликемия, нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена. Учитывая вышеизложенное, 70-ти больных была исследована корреляционная связь между частотой усвоения ритма световых вспышек

при фотостимуляції і некоторими біохімічними показателями крові. Біоелектрична активність головного мозку реєструвалася при допомозі 8-канального електроенцефалографа "Ера-9" італійської фірми "Biomedika". Запис електроенцефалограми (ЕЕГ) проводилася в відповідності з міжнародною системою 10-20% в темному екранірованному приміщенні з закритими очима в сидячому положенні. Статистична обробка даних проводилася при допомозі поліхорического показателя зв'язи (ППС), достовірність якого оцінювалася за критерієм Пірсона.

Результати досліджень показали, що найнижчий ППС був виявлений між частотою усвоєння ритма і активністю ферментів. Так ППС між активністю аланінамінотрансферазою (АлАТ) і аспартатамінотрансферазою (АсАТ) і частотою усвоєння ритма світлових всплесків становив 0,097 і 0,042 відповідно. ППС між частотою усвоєння ритма і вмістом в крові інших складових рівнявся: для калію – 0,127; для натрію – 0,171; для гемоглобіну – 0,118; для глюкози – 0,19; для мочевины – 0,195. Всі ці кореляції були недостовірні ($p < 0,95$). Достовірна кореляція по ППС була виявлена лише між частотою усвоєння ритма світлових всплесків і вмістом в крові азоту амміаку і загального білірубину – ППС становив 0,131 і 0,270 відповідно. Як при низьких вмістах цих речовин в крові, так і при найбільшій їх концентрації (0,41-0,45 мг % азоту амміаку і до 42,5-50,0 мкмоль/л загального білірубину) найбільш виражене усвоєння ритма світлових всплесків у хворих циррозом печінки спостерігалося на частотах 3Гц і 9Гц.

Таким чином, дані частоти усвоєння ритма можна використовувати як додатковий діагностичний критерій наявності печінкової енцефалопатії при оцінці функціонального стану головного мозку у хворих циррозом печінки в стадії декомпенсації по даним ЕЕГ.

УДК 575.854-616.151.5-575.116.4

І.В. Дмитрів

ДЕРМАТОГЛІФІКА ЯК МЕТОД ЕФЕКТИВНОЇ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБІТУ І ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН

Івано-Франківськ

Гострий тромбофлебіт (ТФ) та варикозне розширення вен (ВРВ) нижніх кінцівок – захворювання, що можуть ускладнюватися важкими гемодинамічними змінами аж до порушення здоров'я пацієнта в цілому. Своєчасно проведена доклінічна діагностика та профілактично-лікувальні заходи дозволяють попередити їх. У виникненні ВРВ та розвитку ТФ значна роль належить генетичним

факторам, оскільки ця патологія -мультифакторіальна (Нейко Є.М., Ковальчук Л.Є, 2002р.). Застосовані генетичні методи можуть дати об'єктивну оцінку спадкової схильності до ТФ і ВРВ. Серед останніх заслуговує на увагу дерматогліфічне (ДГ) дослідження, в зв'язку з тим, що одержані показники корелюють з генетично детермінованими ознаками захворювань і підлягають обробці за допомогою дискримінантного (ДА) та канонічного аналізу (КА) (Гусева І.С., 1986р., Мельничук Г.М., Осипчук М.М., 2001р.).

Враховуючи те, що при будь-яких порушеннях в геномі змінюється фенотип ДГ комплексу, метою дослідження було встановлення ступеня ризику розвитку ТФ та ВРВ на основі комп'ютерних програм ДА і КА.

Методи: ДА і КА дерматогліфів, окремо для жіночих і чоловічих вибірок, проводився у 240 осіб, 80 з яких склали контрольну групу. Вивчено 46 якісних і кількісних ДГ характеристик, але математичний аналіз здійснено за 37 характеристиками у жінок, та 35 – у чоловіків, оскільки, дев'ять з них виявились епізодично.

Підтвердження діагнозу ТФ здійснено за допомогою об'єктивних методів, УЗД, термометрії. Всім пацієнтам з ТФ, паралельно, проводилось дослідження первинного і вторинного гемостазу, при чому забір крові здійснювався з ліктьової вени та вен хворої кінцівки, кількісне визначення адгезивних розчинних молекул – 1, показників перекисного окислення ліпідів до оперативного втручання та на сьомий день після нього.

Результати. За даними ДА три досліджувані групи (хворі ТФ, хворі ВРВ, контроль) достовірно відрізнялись за значеннями 46 ДГ характеристик у чоловіків – з ймовірністю помилки $P = 0,0001$, у жінок – $P < 0,00001$. Міру внеску кожної ДГ характеристики в належності до сукупності оцінювали за значенням статистики Уїлкса. Для перевірки гіпотези про однорідність трьох груп обстежених побудовано два фактори (лінійні комбінації всіх характеристик), з допомогою яких можна достовірно розділити дані групи: в чоловічій вибірці з ймовірністю помилки – 0,000072 за значенням першого фактора, за значенням другого – 0,011828; у жінок, відповідно, – 0,00005 та 0,04875. Значення головних факторів визначають положення точки (центроїда) для кожної сукупності (групи). Так, центроїдом групи ТФ у жінок є точка з координатами [1,508;

0,406]; ВРВ – [-0,139; -1,214]; контрольно – [-1,454; 0,640], у чоловіків, відповідно: ТФ – [1,260; -0,452]; ВРВ – [-0,135; 1,19]; контроль – [-1,106; -0,727]. Належність кожної особи до групи визначається найнижчою відстанню (Махаланобіса) від точки даного зразка – дерматогліфіка до центроїда груп.

Наступним етапом ДА і КА було проведення класифікації за допомогою коефіцієнтів класифікаційних функцій для кожної з трьох груп і стандартизованих коефіцієнтів дискримінантних функцій. Особу відносимо до тієї групи, де значення класифікаційної функції є найбільшим.

Перевірка належності досліджуваних осіб до вибірок дала наступні результати: відсоток правильних класифікацій до груп ТФ – ВРВ – контроль у чоловіків становив 85,37% – 82,50% – 70,0%; у жінок – 87,80% –

75,67% -76,92%. Вимірявши відстані Махаланобіса кожної людини до центроїда, бачимо, що з 5 жінок, віднесених на першому етапі до групи ТФ, троє належали до групи ВРВ і двоє – до контролю, з шести чоловіків, відповідно по три. Подіні дані отримані при перевірці груп ВРВ і контролю. Отже, здійснені ДА і КА дозволили уточнити результати класифікації.

Одержані результати корелювали з клініко-лабораторними даними обстежених.

Висновки. 1. На основі дискримінантного аналізу встановлено інформативні характеристики ДГ, за якими можна розділити обстежених пацієнтів на групи спадково схильних до ТФ, ВРВ. 2. Вимірювання відстаней Махаланобіса дозволило віднести досліджувану особу до певної групи: ТФ, ВРВ, контроль. 3. Одержані стандартизовані коефіцієнти та коефіцієнти лінійних класифікацій можуть використовуватись у практичній діяльності лікаря для прогнозування виникнення та розвитку ТФ і ВРВ, з наступною розробкою комплексу профілактичних заходів щодо запобігання їх виникнення.

УДК: 616.137.83-005.6

**А.А. Иваненко, В.Н. Пшеничный, Г.Н. Лившиц, Н.В. Адаменко,
С.Г. Лившиц**

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВЕ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛЕРИША

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, г. Донецк

Реконструктивные операции при синдроме Лериша, являясь одним из этапов комплексного лечения больных, у многих из них дают временный эффект. Спустя более или менее длительный период времени наступает рецидив ишемии, обусловленный окклюзией трансплантата или нижележащих отделов сосудистого русла.

Цель исследования – обосновать необходимость и эффективность повторных и многократных реконструктивных операций в комплексном лечении больных с облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей.

Материал и методы. В Донецком сосудистом центре за период с 1990 по 2000 г.г. выполнено 737 реконструктивных операций при синдроме Лериша. За это же время в связи с рецидивом ишемии повторно оперировано 57 больных, что составило 7,7 % по отношению к первичным операциям. У 7 больных исходная ишемия конечности соответствовала II степени, у 50 – III-IV степени (по классификации А.В. Покровского), 32 больных перенесли двухстороннюю реконструкцию, 12 – одностороннюю и у 13 аорто-бедренная реконструкция одномоментно была дополнена бедренно-подколенной на стороне более выраженного поражения. Сроки возникновения повторной ишемии колебались

от 1 месяца до 10 лет, но у большинства больных (41) ишемия развилась в течение первых четырёх лет после операции. У 43 больных рецидив ишемии был обусловлен окклюзией аорто-бедренного трансплантата, у 8 пациентов возникла окклюзия поверхностной бедренной артерии ниже места реконструкции и у 6 – окклюзия бедренно-подколенного шунта после двухэтажной реконструкции. Рецидив ишемии наступил остро у 13 больных и по типу хронической ишемии – у 44. Среди последних ишемия Пб степени отмечена у 12, III степени – у 28 и IV степени – у 4 больных.

Повторные операции на аорто-бедренном сегменте выполнены 43 больным, на бедренно-подколенном – 14, в том числе многократные (от двух до четырех) – 10 больным. Наиболее часто выполнялась тромбэктомия с реконструкцией дистального анастомоза или дополнительная реконструкция бедренно-подколенного сегмента. При реокклюзии бифуркационного трансплантата производили повторную аорто-бедренную реконструкцию. Тромбэктомией из протеза удавалось ограничиться в основном при остром тромбозе линейного протеза или бранши бифуркационного.

Из 57 больных у 43 (75,4 %) восстановлен магистральный кровоток, у 10 наступил ретромбоз реконструированного сегмента в раннем послеоперационном периоде, но 8 из них оперированы повторно с восстановлением кровотока, 4 больным выполнены ампутации конечности. Таким образом, реваскуляризация конечности оказалась успешной у 51 (89,5 %) больного. Отдалённые результаты в сроки от 1 до 10 лет изучены у 24 больных. За этот период умерло 3 (12,5 %) больных, ампутации конечности выполнены у 7 (29,2 %).

При изучении отдалённых результатов первичных аорто-бедренных реконструкций в сроки до 10 лет тромбоз трансплантата нами выявлен у 28 % больных. В то же время для повторных операций в клинику поступило лишь 7,7 % пациентов. Это свидетельствует о том, что большинство больных с рецидивом ишемии остаются на местах, где им выполняется ампутация конечности или продолжается безуспешная консервативная терапия. Изменить эту ситуацию может хорошо налаженная диспансеризация оперированных больных в сосудистом центре с периодическим ультразвуковым контролем.

Рецидив ишемии не всегда обусловлен окклюзией трансплантата: у части больных ишемия развивается вследствие прогрессирования окклюзионного процесса в дистальном артериальном русле. В то же время окклюзия трансплантата не всегда приводит к рецидиву ишемии в связи с развитием коллатеральной компенсации. По этой же причине у 5 поступивших больных, несмотря на окклюзию трансплантата, степень ишемии снизилась по сравнению с исходной.

При исходной критической ишемии рецидив её наиболее часто развивается в первые 2 года за счёт тромбоза трансплантата. Это обусловлено плохими путями оттока, так как при критической ишемии поражение аорто-бедренного сегмента, как правило, сочетается с поражением бедренно-берцового сегмента. В эти же сроки развивается и интимальная гиперплазия – одна из основных причин реокклюзии. При исходной Пб степени ишемии рецидив её развивался

преимущественно на 4-6 году, что связано с прогрессированием атеросклероза и возникновением второго уровня окклюзии.

По клиническому течению мы выделяем острый тромбоз трансплантата и хроническую реокклюзию, так как хирургическая тактика по отношению к этим двум категориям больных различна. При остром тромбозе показана экстренная операция, а при хронической реокклюзии операция может быть отсроченной или плановой. Показаниями к операции считаем ишемию Пб-III-IV степени. При ишемии I – II степени проводим консервативное лечение; предпочтение отдаем простагландину E-1, в частности, алпростану фирмы «Лечива».

Непосредственные результаты повторных операций вполне удовлетворительны. Летальных исходов не было, ампутации выполнены лишь 4 больным. В отдалённом периоде процент сохранённых конечностей составил 66,7 % среди выживших больных.

Выводы. Основными причинами рецидива ишемии конечности после аортобедренных реконструкций является интимальная гиперплазия, неудовлетворительные пути оттока и прогрессирование атеросклероза.

С тактической точки зрения целесообразно выделять острый тромбоз трансплантата и хроническую реокклюзию.

Повторные реконструктивные операции, в том числе и многократные, эффективны и позволяют у большинства больных сохранить конечность на длительный срок.

После реконструктивных операций по поводу облитерирующего атеросклероза больные нуждаются в наблюдении в сосудистом центре с периодическим ультразвуковым контролем и систематическом консервативном лечении.

УДК 575.854-616.151.5-575.116.4

Х.И. Исламбеков

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕРИША

НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз

Частота эректильной дисфункции при синдроме Лериша варьирует от 20 % до 100%.

Основной целью хирургической коррекции синдрома Лериша является восстановление кровотока в нижние конечности без учета восстановления эректильной функции.

В отделение хирургии сосудов НЦХ им. акад. В.Вахидова МЗ РУз обследовано 96 мужчин в возрасте от 20 до 63 лет (средний возраст – 49,6 ± 2,3 лет). Среди них было 76 больных с синдромом Лериша с сопутствующей эректильной импотенцией.

Всем больным проводились специальные исследования, заключающиеся в определении состояния регионарного кровотока в половом члене (доплерография и доплерометрия артерий полового члена, реофаллография) с получением исходных и послеоперационных данных.

По ангиографической картине поражения аорто-подвздошно-бедренного сегмента больные разделены на четыре типа;

- отсутствие прямого кровотока к ВПА и по ней с двух сторон (I тип);
- отсутствие прямого кровотока к ВПА и по ней с одной стороны (II тип);
- стенозированный кровоток к ВПА и по ней (III тип);
- сохраненный прямой кровоток к ВПА с поражением НПА (IV тип).

Всем 76 больным произведена хирургическая коррекция синдрома Лериша с целью восстановления или улучшения кровоснабжения артерий нижних конечностей с реваскуляризацией ВПА с попыткой восстановления потерянной эректильной функции полового члена.

Больные с отсутствием прямого кровотока к внутренним подвздошным артериям с двух сторон (I тип, 21 больной, средний возраст равен $49,6 \pm 2,3$ лет.) характеризовались выраженными клиническими проявлениями эректильной дисфункции и нуждающиеся в зависимости от условий, в двухсторонней реконструкции ВПА для коррекции эректильной импотенции.

Большинство больных жаловались на отсутствие спонтанных и адекватных эрекций (47,6 %) или на ослабление их (38,1 %).

У больных II типом поражения (22 больных, средний возраст составил $49,7 \pm 2,4$ лет), учитывая одностороннее поражение ВПА, в большинстве случаев выявлены менее выраженные формы эректильной несостоятельности.

Большинство больных этого типа жаловались на ослабление спонтанных и адекватных эрекций (40,9%), а также на ослабление адекватной эрекции, необходимой для совокупления (36,4%).

Оперативные вмешательства при данном типе отличаются разнообразием и необходимо учитывать периферическое русло как пораженной стороны, так и на степень поражения контрлатеральной стороны, как проксимальных, так и ее дистальных отделов.

Больным III типа, выполнены шунтирующие операции (9 больных, их средний возраст составил $52,7 \pm 1,7$ лет).

Большинство больных этого типа жаловались на отсутствие спонтанных и адекватных эрекций (44,3%).

Следует отметить, что малочисленность этой группы было связана с редкой выявляемостью данного типа поражения.

У больных с IV типом, за счет одностороннего поражения ВПА, выявлены менее выраженные формы эректильной несостоятельности (24 больных, их средний возраст составил $50,5 \pm 2,01$ лет).

Большинство больных этого типа жаловались на ослабление спонтанных и адекватных эрекций (45,8%), а также на ослабление адекватной эрекции, необходимой для совокупления (25%).

Основной операцией при данном типе является подвздошно-бедренное шунтирование, сочетающееся с эндартерэктомией из устья ВПА либо интраоперационной дилатацией ВПА.

Таким образом:

– Комплексное изучение доплерографических, доплерометрических и реофаллографических показателей пенального кровотока позволяет получить значимую информацию о состоянии кровотока в половом члене.

– Эффективность оперативного лечения эректильной импотенции у больных с окклюзирующими поражениями в аорто – подвздошно бедренном сегменте, проведенного с учетом типа поражения, зависит от исходного состояния кровотока полового члена и степени его коррекции при реваскуляризации ВПА.

616.147.3-089.168.1-06-005.6]-089.193.4

В.Я. Кадубець, І.К. Венгер

ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ТРОМБОЗІ АЛОШУНТА У ВІДАЛЕНОМУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ АОРТО-СТЕГНОВИХ РЕКОНСТРУКЦІЙ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Покращення результатів реконструктивних операцій при атеросклеротичній оклюзії аорто-стегнового сегмента є актуальним і вагомим питанням хірургії судин на сучасному етапі її розвитку. Це обумовлено зростанням захворюваності на атеросклероз аорти і судин нижніх кінцівок, ранньою інвалідизацією, значною питомою вагою в структурі летальності, великими матеріальними затратами на діагностику, лікування та реабілітацію хворих. Для підвищення ефективності відновних операцій та зростання якості життя пацієнтів аорто-стегнові реконструкції ми доповнюємо поперековою симпатектомією (ПС), яка за нашими дослідженнями показана пацієнтам із симпатотонічним типом вегетативної нервової системи (ВНС) та гіпер- і еукінетичним типами центральної гемодинаміки (ЦГ), оскільки в цієї категорії пацієнтів існують сприятливі передумови у вигляді розвинених колатералей і мікроциркуляторного русла та адекватних гемодинамічних показників, а також – десимпатизація судинного русла нижніх кінцівок в них сприяє зниженню агресивності атеросклеротичного процесу.

Матеріали та методи. Реконструкцію аорто-стегнового сегмента виконано у 149 хворих із симпатотонічним типом ВНС. У 95 осіб відновні операції доповнювали ПС. З них – у 64 (67,37 %) хворих в післяопераційному періоді виявлено гіперкінетичний тип ЦГ і в 31 (32,63 %) – еукінетичний тип ЦГ. ПС виконували як підготовчу маніпуляцію перед формуванням проксимального

анастомозу аорто-стегнової реконструкції. Серед пацієнтів з ПС у 51 (53,68 %) випадку в кровобіг було включено обидві артерії стегна. В 44 (46,32 %) хворих не вдалося включити в кровобіг, крім глибокої артерії стегна, поверхневу через значне атеросклеротичне ураження як останньої, так і підколінної артерії.

В 54 пацієнтів при реконструктивних операціях ПС не виконували. З них – у 38 (70,37 %) хворих виявлено післяопераційний гіперкінетичний тип ЦГ і в 16 (29,63 %) – післяопераційний еукінетичний тип ЦГ. Серед пацієнтів без ПС в 32 (59,26 %) осіб у кровобіг були включені дві артерії стегна і в 22 (40,74 %) – тільки глибока артерія стегна.

Стан центральної гемодинаміки вивчали методом тетраполярної грудної реографії за W. Kubicek і співавт. в модифікації Ю.Т. Пушкаря і співавт. (1986) з урахуванням рекомендацій І.А. Гундарова (1984). Вегетативний статус досліджували методом варіаційної пульсографії (кардіоінтервалографії) з наступним математичним аналізом структури серцевих скорочень за методикою Р.М. Баєвського (1984).

Для визначення ефективності і доцільності виконання ПС при реконструкції аорто-стегового сегмента у віддаленому періоді після операції враховувалися результати дослідження в тих хворих, у яких ранній післяопераційний період протікав без ускладнень в зоні реконструкції і з боку серцево-судинної системи. Вказані ускладнення в ранньому післяопераційному періоді відмічено у 10 (6,71 %) хворих.

Результати дослідження. Віддалені результати реконструкції аорто-стегового сегмента простежені від одного до п'яти років у 127 (91,37 %) хворих із 139, які були виписані із клініки без ускладнень в зоні реконструкції і з боку серцево-судинної системи в ранньому післяопераційному періоді. Серед цих 127 хворих реконструктивні операції доповнені ПС у 84 (66,14 %), а в 43 (33,86 %) – гангліоектомія не виконувалася.

П'ятирічне функціонування алошунта в групі пацієнтів, у яких виконувалася ПС, склало 82 % проти 69 % у хворих, в яких реконструктивні операції не доповнювалися маніпуляціями на симпатичних стовбурах ($P < 0,001$).

З 84 хворих, у яких реконструктивні операції доповнювалися ПС, порушення кровотоку по судинному алошунту виникло у 15 (17,86 %) випадках, а з 43 пацієнтів без ПС – у 13 (30,23 %) спостереженнях.

Тромбоз судинного алошунта вимагав проведення повторних оперативних втручань. З 15 тромбозів у хворих з ПС стабільно відновити кровобіг після повторного втручання на судинах вдалося у 7 випадках. У 2 пацієнтів повторна операція включала тромбектомію і стегно-підколінне аутофенозне шунтування, у 1 – тромбектомію, у 2 – повторне аорто-стегове алошунтування, у 1 – повторне клубово-стегове алошунтування, у 1 – перехресне стегно-стегове алошунтування без видалення аорто-стегового алошунта. Ще у 2 хворих вдалося зберегти ішемізовану кінцівку без відновлення кровотоку по алошунті. В 1 з них виконано трансметатарзальну ампутацію ступні. В обох цих випадках під час реконструкції аорто-стегового сегмента в кровобіг були включені обидві артерії стегна і була збережена прохідність підколінних артерій. Тромбоз

в цих хворих супроводжувався помірними ознаками ішемії і кінцівки анатомічно та функціонально були збережені.

З 6 пацієнтів, яким виконано ампутацію на рівні стегна, у 4 відновлення кровотоку після повторної операції дало короткочасний ефект, а у 2 спроб відновлення кровотоку по алошунті не робили через виражену ішемію кінцівки і важкий соматичний стан хворих.

З 13 тромбозів у пацієнтів без ПС стабільно відновити кровотіг і зберегти кінцівки після повторних операцій вдалося у 4 випадках. З них у 2 хворих було виконано повторне аорто-стегове алошунтування, у 1 – перехресне стегно-стегове алошунтування і в 1 – тромбектомію і ендартеректомію з поверхневої стегової та підколінної артерій. 1 пацієнт після повторного аорто-стегового алошунтування на 8-у добу після операції помер від гострого інфаркту міокарда. На момент смерті алошунт функціонував.

У 9 пацієнтів виконано ампутацію на рівні стегна. В 6 з них тромбоз супроводжувався вираженою ішемією і спроби відновити кровотіг за допомогою повторної відновної операції не робили. У 3 після повторних оперативних втручань розвинувся ретромбоз реконструйованого сегмента, що вимагало виконання ампутації нижньої кінцівки.

Таким чином, у віддаленому післяопераційному періоді з 84 пацієнтів, у яких реконструкція аорто-стегового сегмента доповнена поперековою симпатектомією, ампутацію нижньої кінцівки було виконано в 6 (7,14 %) випадках, а з 43 хворих без ПС – в 9 (20,93 %) спостереженнях.

Висновок. Доповнення реконструкції аорто-стегового сегмента поперековою симпатектомією у хворих із симпатотонічним типом вегетативної нервової системи і гіпер- та еукінетичним типами центральної гемодинаміки сприяє зростанню збереження прохідності алошунта у віддаленому післяопераційному періоді (5 років) на 13 %, зменшенню кількості ампутацій нижніх кінцівок на 13,79 %.

УДК 616.137 – 089

В.В. Корсак

ПОВТОРНООПЕРАТИВНІВТРУЧАННЯ ВКЛУБОВО-СТЕГНОВОМУ СЕГМЕНТІ

*Ужгородський національний університет, медичний факультет,
кафедра госпітальної хірургії*

На сучасному етапі при важких формах хронічної артеріальної недостатності тільки реконструктивна хірургія черевної аорти та магістральних артерій може тривало зберегти життєздатність кінцівки. Більш ніж у 80 % спостережень хірургічне лікування дає позитивний результат. У той же час у 20-40 % успішно

прооперованих хворих зустрічаються різні післяопераційні ускладнення, здебільшого в зоні реконструкцій, які пов'язані з тромбозом або реоклюзією. Ускладнення, що виникають при цьому, повертають хворих до початкового стану і ставлять під загрозу життєздатність кінцівки. При неефективності консервативної терапії рецидиву ішемії кінцівки виникає необхідність повторного хірургічного втручання, яке може бути спрямованим або на відновлення магістрального кровотоку, або на ампутацію кінцівки. Як показує аналіз літератури, великі технічні складнощі і ризик при виконанні повторних реконструктивних операцій в клубово-стегновому сегменті, відносна безпека і простота ампутацій в багатьох випадках визначають вибір методу хірургічного лікування на користь ампутації.

При сучасному високому рівні розвитку ангіохірургії ампутацію нижньої кінцівки не можна вважати виправданою в тих випадках, коли є реальна можливість повторно відновити кровотік у магістральній артерії.

Наше дослідження базується на результатах хірургічного лікування 115 хворих, які були прооперовані у відділенні судинної хірургії обласної клінічної лікарні за період із 1995 по 2001 рік.

Етіологія оклюзивного процесу: переважна більшість – атеросклероз (111 осіб, 96,5%) та неспецифічний аортоартеріт (4 особи, 3,5%).

Вік хворих – від 35 до 76 років. Майже 60 % – це пацієнти працездатного віку.

Усі хворі вказували на ішемію нижніх кінцівок різного ступеня, яку оцінювали за класифікацією Фонтена-Покровського. Більше половини хворих (53,4 %) госпіталізовані з явищами критичної ішемії, а 13,6 % – з гангренезними змінами.

У переважній більшості хворих виявлені супровідні захворювання: ІХС, кардіосклероз – 93 хворих, ураження судин мозку – 14, ураження легенів – 9, цукровий діабет – 16, виразкова хвороба – 11.

Основним методом топічної діагностики була рентгеноконтрастна аорто-артеріографія за методом Сельдінгера через менш уражену стегнову артерію або через плечову артерію.

Діагностовано 2 високих оклюзії черевної аорти, 3 середніх оклюзії та 10 низьких оклюзій.

Виконано 115 оперативних втручань.

Для пластики використовувалися різноманітні алотрансплантати: 7 біфуркаційних алопротезів Gore-Tex, 11 односторонніх алопротезів Gore-Tex, 10 дакронових біфуркаційних алопротезів (США), 87 фторлонлаванових протезів фірми “Север”, Росія.

Із 54 двосторонніх реконструкцій в 15 випадках виконано аорто-стегнове алопротезування, в 39 – алошунтування.

У 16 випадках виконувалася тромбектомія із аорти.

При односторонніх реконструкціях в 14 випадках виконано алопротезування, в 47 – алошунтування.

Дуже важливим моментом при інтраопераційній ревізії є стан загальної стегнової артерії та її гілок (шляхи відтоку). Інколи доводиться виділяти глибоку артерію стегна у продовж 6-8 см для того, щоб сформувати анастомоз на неураженій стінці артерії. Кожен хірург намагається по можливості уникнути ендартеректомії, але інколи вона є необхідною. Нами було виконано ендартеректомію із стегнових артерій у 22 хворих.

У ранньому післяопераційному періоді померло 10 хворих: інфаркт міокарда – 2, гостра серцево-судинна недостатність – 5, гостра ниркова недостатність – 2, інтоксикація – 1.

У ранньому післяопераційному періоді виникло 5 тромбозів. У трьох випадках внаслідок важкого ураження глибокої артерії стегна повторна операція не дала результату. Хворим виконана ампутація кінцівки. В одному випадку вдало виконана тромбектомія із шунта, в іншому – накладений більш дистальний анастомоз із глибокою артерією стегна. В ранньому післяопераційному періоді виникло три випадки інфікування алопротеза, що вимагало його видалення протягом 1-2 місяців. У двох випадках односторонній алопротез видалено на всьому протязі (інфіковані обидва анастомози), в одному випадку видалено протез тільки на стегні. Померло 2 хворих: один пацієнт на фоні інтоксикації, другий після ампутації нижньої кінцівки.

Віддалені результати вивчені у продовж 3 років. Виникло 23 реоклюзії в різні терміни після операції. Виконано 10 вдалих повторних реконструкцій дистальних анастомозів з відновленням магістрального кровотоку. У 13 випадках магістральний кровотік не відновлено, виконано ампутації кінцівки.

Інфікування алопротеза у віддаленому періоді виявлено у 4 випадках. У гнійний процес були втягнуті тільки дистальні анастомози. Виконано видалення алопротезів на стегні без відновлення кровотоку. В усіх випадках розвинулася гостра ішемія нижніх кінцівок і виконана ампутація. Двоє хворих померло.

Таким чином, у 24,3 % випадків настав ретромбоз (реоклюзія), що потребував оперативного втручання. Із усіх досліджуваних померло 14 хворих (12,2 %).

Інфікування аорто-клубово-стегнових трансплантатів настало у 7 випадках (6,1%). У жодному з випадків використання протезів Gore-Tex гнійних ускладнень не виявлено. Процент збережених кінцівок після реконструктивних операцій до другого року спостережень склав 85,5 %, до третього року – 81,2 %.

**О.П.Мустяц, В.К.Запорожець, В.П.Брежнев, В.М.Ходирев,
С.І.Бондаренко, С.А.Буханець, О.А.Орехов,
М.М.Драгомерецький**

ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АМПУТАЦІЇ З ПРИВОДУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЇ ГАНГРЕНИ

Кафедра загальної хірургії Луганського державного медуніверситета

Зростання кількості хворих на облітеруючі захворювання судин нижніх кінцівок, велика кількість ускладнень після операції як зі сторони кукси, так і з сторони інших органів і систем, значна летальність після високої ампутації потребує пошуку сучасних та ефективніших методів лікування, передопераційної підготовки та профілактики післяопераційних ускладнень.

На етапі підготовки до ампутації нижньої кінцівки на рівні стегна у 38 хворих з облітеруючим атеросклерозом судин нижніх кінцівок IV ст. старіше 70 років нами проведена внутрішньоартеріальна терапія (ВАТ).

Проведення ВАТ дало можливість дещо зменшити прояви некротичного процесу та ступінь інтоксикації, корегувати відновлювально-окислювальні процеси в тканинах; зменшити активність гнійних вогнищ в ділянці стопи або гомілки; призводило до зниження периферійного опору і підвищувало регіональний кровообіг.

Перед проведенням ВАТ усім хворим було виконано обстеження периферійного кровообігу з використанням неінвазивних методів дослідження. ВАТ виконували ін'єкційним методом за загальноприйнятою методикою.

У перші 2-3 доби від початку внутрішньоартеріальних інфузій зникав біль (у 62,7% хворих). На 5-7 добу від початку ВАТ відмічено зменшення набряку стопи та гомілки (73,9%). У ряді випадків (24,8%) відмічалось зникнення ціанозу шкірних покривів гомілки, нормалізація їх кольору. У значній кількості хворих (88,4%) з виразково-некротичними змінами на кінцівках виявлялося обмеження некротичного процесу.

Ефективність ВАТ підтверджена даними реовазографії, доплерографії та термографії. Таким чином, поряд з клінічними даними, ці дослідження чітко констатували поліпшення колатерального кровообігу.

Проведення ВАТ сприяло регресу ішемії кінцівки, обмеженню гангрені або переходу вологої гангрені в суху, зняттю загальної інтоксикації.

Наряду з цим проведення ВАТ у 28,2% не дало значного ефекту, у зв'язку з чим їм було встановлено показання для оперативного втручання – ампутації на рівні стегна.

При загальновідомих засобах ампутації досить часті раневі ускладнення – 40,9% (В.Л.Леменев і спів., 1989), а летальність сягає від 35 до 47 % (Р.А.Путелис, 1982). Це пов'язано з травматизаційною дією оперативного

втручання на фоні гнійно-запальних процесів в тканинах кінцівки, при цих засобах не враховуються шляхи розповсюдження інфекції.

Ще одним суттєвим недоліком відомих способів ампутації на рівні стегна є те, що ампутаційна кукса деколи атрофується, м'язи стоншуються. Це обумовлено тим, що при циркулярній ампутації на рівні стегна утворений післяопераційний рубець піддається травматизації кістковим опилом, що і призводить до трофічних порушень, утворення конічної кукси. В результаті цього погіршуються умови для протезування і кукса стає малофункціональною.

Нами удосконалена техніка виконання операції шляхом оригінального (патент № 37810 А) викроювання шкіряного клаптя, завдяки чому створюються оптимальні умови для загоєння рани і формування кукси з подальшим успішним протезуванням.

Суть способу, який пропонується, полягає в тому, що викроювання шкіряно-фасціальних клаптів виконується у сагітальній площині на бокових поверхнях стегна. При цьому латеральний клапоть становить 2/3, а медіальний 1/3 від діаметра стегна на рівні ампутації. В результаті проведеної операції під опилом стегнової кістки знаходиться не рубець, а непошкоджена шкіра.

Важливим моментом є дренажування ампутаційної кукси. Активне дренажування досягається завдяки розміщенню дренажних трубок в різних анатомічних утвореннях, що робить можливим постійний відток ранового серозно-геморагічного ексудату протягом трьох діб. Дренажування здійснюється двома поєднаними поліхлорвініловими трубками: однією – до опилу стегнової кістки, місця найбільш імовірного утворення післяопераційних гематом, іншою – під шкіряно-фасціальний клапоть з подальшою активною аспірацією. Підшкірна клітковина дренажується гумовими випускниками.

Таким чином, запропонований спосіб ампутації дав можливість зменшити кількість ранніх післяопераційних ускладнень з 29,2% до 18,2%, що дозволяє рекомендувати його використання при лікуванні розглянутої категорії хворих.

УДК 616.14-089-06-084

П.П.Сакевич

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ

Украинская медицинская стоматологическая академия г. Полтава

Наиболее частое осложнение после реконструктивных операций с использованием синтетических сосудистых протезов – тромбоз, частота которого составляет по данным различных авторов от 7% до 28%, причем, частота их

увеличивается у больных с тяжелой степенью ишемии и при реконструкции артерий среднего и малого диаметров.

В отделении хирургии сосудов Полтавской областной клинической больницы за последние 8 лет оперировано 63 больных с ранними послеоперационными тромбозами сосудистых протезов, что составило 11,4% от общего числа больных, оперированных по поводу облитерирующего атеросклероза артерий конечностей и которым был поставлен синтетический сосудистый протез.

Преимущественное развитие тромбозов имело место у больных в возрасте свыше 60 лет (82,3%), страдающих атеросклерозом, реже – облитерирующим эндартериитом и аортоартериитом. Среди них – мужчин 61 (96,8%), женщин – 2 (3,2%).

Первичные операции: бифуркационное аорто-бедренное шунтирование – 12 (19,04%), бифуркационное аорто-бедренное протезирование – 11 (17,5%), бифуркационное аортоглубокобедренное шунтирование – 26 (41,26%), линейное подвздошно-бедренное шунтирование – 14 (22,2%). Все операции выполняли в связи с различными формами поражения аорто-подвздошно-бедренного артериального сегмента. Наиболее высокий процент послеоперационных тромбозов аорто-глубокобедренного шунта (41,26%), по сравнению с аорто-бедренным (19,04%), подтверждает мнение ряда авторов о более благоприятных гемодинамических условиях функционирования аортобедренного шунта при сохранении проходимости поверхностной и глубокой бедренных артерий. Огромное значение имеет подбор протеза. Мы использовали бифуркационные протезы “Север”, “Gore-Tex”, “Vascutek”, “Экофлон”. Наиболее часто ранний тромбоз наступал при использовании протезов “Север”, значительно реже “Экофлон”. Оценить достоинства протезов “Gore-Tex” и “Vascutek” не представляется возможным, так как мы их использовали в незначительном количестве.

В 35% наблюдений развитие ишемии конечности в раннем послеоперационном периоде протекало по типу острой артериальной непроходимости с быстро прогрессирующей ишемией. В 65% случаев клиника проявлялась постепенно, как это бывает при тромбозе атеросклеротически измененных артерий.

При ясной клинической картине, в связи с нарастанием ишемии 19 больным выполнена тромбэктомия в экстренном порядке. Всем остальным 44 больным проведено обследование, включающее в себя специальные методы исследования: ультразвуковая доплерометрия, рентгеноконтрастная ангиография, транскутанная полярография. Необходимо отметить высокую информативную ценность ультразвуковых методов исследования. Комбинация данных ультразвуковой доплерографии и транскутанной полярографии в ряде случаев позволила избежать ангиографического исследования.

Основные причины раннего тромбоза: недооценка во время операции путей оттока, стеноз анастомоза, нарушение свертывающей системы крови, падение артериального давления во время операции и в раннем послеоперационном периоде, неадекватная длина протеза (излишне короткий или длинный),

несоответствие угла соединения протеза с артерией и их диаметров, технические ошибки при наложении анастомозов, не выявление и не удаление свежих тромбов из протеза, недостаточное укрытие и изоляция протеза в забрюшинном пространстве и на конечности, неадекватный диаметр протеза (излишне широкий или узкий). Очень важно, как до, так и во время операции выявить гемодинамическую значимость того или иного артериального сегмента используя такие методы исследования, как дуплексное сканирование, рентгеноконтрастную ангиографию, доплерографию и доплерографию, комплекс интраоперационных методов диагностики – прямое измерение регионарного систолического давления, электромагнитная флоуметрия, измерение индекса периферического сопротивления сосуда или дебитометрия. В последние годы мы широко используем разработанную в клинике методику профилактики ранних осложнений после реконструктивных операций на магистральных артериях (декларационный патент Украины від 15.01.2002р.), что значительно улучшило результаты лечения.

Наиболее распространенные повторные операции: тромбэктомия с реконструкцией путей оттока, аортобедренное и бедренно-подколенное шунтирование, шунтирование в глубокую артерию бедра после предварительной профундопластики, тромбэктомия из протеза с реконструкцией дистального анастомоза, экстраанатомическое шунтирование, формирование артерио-венозного соустья с задней большеберцовой артерией.

Таким образом, правильно оценив данные лабораторных и специальных методов обследования до операции, исключив все причины, вызывающие тромбоз, во время операции, а также рациональное ведение послеоперационного периода с использованием новых методик позволяет значительно снизить количество ранних послеоперационных осложнений после реконструктивных операций на магистральных артериях.

УДК 616.13/16 – 089.168.2

Н.Н.Салимжанов

ЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ.

Больница МИД РФ, Россия

Хроническая патология венозной системы нижних конечностей встречается у 35 – 38 млн. населения России, причём в 15% случаев регистрируются декомпенсированные формы заболевания с выраженными трофическими изменениями кожи и рецидивирующими язвами (Савельев В.С., 1996).

С целью повышения эффективности выявления и этапной хирургической реабилитации больных с хронической венозной недостаточностью (ХВН) нижних конечностей, были проведены целевые профилактические осмотры населения. Для более качественного выявления больных с венозной патологией обследование начинали с I Уровня –фельдшерско-акушерский пункт – II Уровня – сельская врачебная амбулатория: при выявлении следующих проявлений заболевания обследуемый направлялся на консультацию к хирургу: а) увеличение всех размеров конечностей (врожденный частичный гигантизм); б) отек конечности — увеличение объема конечности без увеличения длины; в) изменение цвета конечности (синюшность или молочная бледность); г) наличие варикозно-расширенных венозных узлов и синюшных пятен (ангиом); д) измерение температуры конечности, что определяется сравнительным ощупыванием симметричных зон обеих ног и рук. Для выявления изменений размеров конечностей, наряду с осмотром и ощупыванием, проводилось сравнительное измерение окружности конечностей сантиметровой лентой на строго симметричных участках. III Уровень – поликлиника ЦРБ. В условиях поликлиники дополнительно проводили функциональные пробы Троянова-Тренделенбурга, Дельбе-Пертеса. Госпитализированным в хирургическое отделение ЦРБ: вычисление коэффициента асимметрии, определение объема конечности, функциональную электротермометрию (220), функциональную флебографию (278), лимфографию (42), флеботонометрию (96), термографию (69), измерение тканевого давления (70), реовазографию (345), доплерографию глубоких вен (319), дуплексное ангиосканирование (285). После проведения диагностической программы по выявлению больных с ХВН, хирургическая реабилитация больных разделена на 3 этапа. Всего произведено 1115 операций. I этап ЦРБ -произведено 1038 операций: флэбэктомия в различных вариантах – 583, флэбэктомия+операция разобщения глубоких и поверхностных вен-284(из них с лимфонулоулоуеностомией-8), флэбэктомия+коррекция клапанов глубоких вен-105, коррекция клапанов глубоких вен+лимфобеностомия-16, комбинированная флэбэктомия-22, флэбэктомия малой подкожной вены-28. Флэбосклерозирование-205. II этап областная больница – проводились реконструктивные операции на глубоких венах нижних конечностей, коррекция лимфатического оттока-56. III этап межобластной центр микрохирургии – проводились сочетанные реконструкции венозного и лимфатического оттока, кожно-пластические операции-21. Для долечивания и завершения реабилитационного лечения больные, оперированные на II и III этапах, возвращались в ЦРБ.

Выявление больных с ХВН увеличилось в 8 раз, в последующие годы в 2-3 раза. Эффективность этапного реабилитационного лечения повысилось на 24,9 %. Этапная хирургическая реабилитация больных с ВВ обеспечила полноценную реабилитацию 92,6 % больных с восстановлением трудоспособности 85,3 % больных.

Этапная хирургическая реабилитация эффективна для своевременного выявления и полноценной реабилитации больных с ХВН нижних конечностей.

**Н.А. Сафронков, В.Н. Шкуропат, Н.А. Бежнар, С.В. Яворский,
К.А. Цурбан, И.А. Чекулаева, О.М. Панченко**

ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОБЕРЦЕВОГО СЕКМЕНТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сосудистый центр ГКБ №4 г. Днепропетровск

Проблема хирургического лечения реокклюзии или ретромбозов в бедренно-подколенно берцовой зоне (БПБ), является актуальным.

Нами наблюдались 81 человек, ранее оперированных на артериях БПБ сегмента, сроком до 5 лет с момента выполнения первичной операции. Из них 14 (17,3%) составили женщины и 67 (82,7%) – мужчины.

Показанием к повторной операции была ишемия нижней конечности III-IV ст. по Фонтену.

С целью проведения анализа результатов лечения больных с повторными реокклюзиями артерий БПБ сегмента, мы разделили пациентов на 3-и группы по этиологическим признакам.

К первой группе мы отнесли больных атеросклерозом, 48 (59,3%) человек, ко второй – больных сахарным диабетом, 24 (29,6%) больных, больные с неспецифическим тромбангиитом были отнесены к третьей группе, их количество составило 9,1% человек.

В первой группе у больных причиной реокклюзии явилось развитие атеросклеротического процесса как в дистальном отделе конечности так и в проксимальном отделе, в частности рассматривалась реокклюзия общей бедренной артерии.

У 18 (37,5%) человек причиной ретромбоза явились реокклюзии в зоне проксимального анастомоза. Больных, причиной ретромбоза которых явилось развитие окклюзионного процесса в зоне дистального анастомоза было 21 (43,8%) человек. Этим больным выполнялась реконструкция “путей оттока” что включало в себя пластику берцовых артерий: таких больных было 7 человек.

Решунтирование было выполнено 11 больным, когда дистальный анастомоз формировался с подколенной артерии в верхней трети голени с переходом на начальный отдел задней большеберцовой артерии. Троем больным выполнено бедренно-задне большеберцовое шунтирование методом “in situ”, причем дистальный анастомоз формировался в области внутренней лодыжки.

Эндартерэктомии выполнялись больным с локальными окклюзиями, при условии последующего выполнения пластики этого участка артерий. Таких больных было 9 (18,7%) человек.

В итоге, у 36 (75%) человек мы получили хороший результат, у 11 (22,9%) развился ретромбоз, что привело к ампутации нижней конечности, преимущественно это были больные с дистальным типом поражения. Умер 1 больной (2,1%), причиной смерти явилось сердечно-сосудистая недостаточность.

Среди больных второй группы преимущественно были больные с дистальным типом поражения, и выраженным кальцинозом в артериальном русле.

Реконструктивные операции на подколенно-берцовой зоне у больных сахарным диабетом 10 (41,7%) человек преимущественно составила пластика и шунтирование задней большеберцовой артерии с переходом на малоберцовую артерию.

Повторные реконструктивные операции в бедренно-бедренной зоне, 6 человек (25%), значительных технических трудностей не представляли, при условии проходимости периферического артериального русла.

Во второй группе больных положительные результаты были достигнуты у 14 (58,3%) больных. Ампутации выполнены 8 (33,3%) больным, из них первичные ампутации 6 больным. Умерло 2-е (8,4%) больных, причиной смерти явилось острая сердечно-сосудистая и почечная недостаточность.

У больных третьей группы повторные операции проводились 3 (33,3%) больным, которым выполнялась артериализация венозного русла в бассейне задней большеберцовой вены. Больным с субкритической ишемией, на фоне поражения периферического русла, выполнялась остеотрепанация большеберцовой кости с до- и послеоперационным введением препаратов из групп ПГЕ 1. Таких больных было 4-е (44,4%) человек.

Двоим больным (22,2%), с наличием гнойно-некротического процесса в переднем отделе стопы, выполнялась малая ампутация, также с применением препаратов ПГЕ 1.

Положительные результаты наблюдались у 6 (66,6%) больных, ретромбоз с последующей ампутацией наступил у 1 (11,1%) больного, первичные ампутации выполнено 2 (22,2%) больным.

Таким образом, прямые реваскуляризации конечностей при повторных операциях целесообразны и эффективны, альтернативой может служить непрямая реваскуляризация с применением препаратов ПГЕ 1.

УДК 616.13/16 – 089.168.2

**М.В. Суховій, І.В. Лозян, О.І. Сопко, П.В. Ющенко,
П.Ф. Демидюк, С.М. Терехов, В.І. Семеняка**

ТРОМБОТИЧНІ ТА ТРОМБОЕМБОЛІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ АУТОІМУННИХ ГЕМОЦИТОПЕНІЯХ

*Клініка хірургічної гематології
Інституту гематології та трансфузфології АМН України*

Активна участь селезінки в патогенезі деяких гематологічних захворювань та відсутність ефекту від проведення консервативного лікування призвели до того, що спленектомія завоювала своє місце в якості одного з етапів комплексної

терапії хворих ідеопатичною тромбоцитопенічною пурпурою (ІТП), та автоімунною гемолітичною анемією (АГА). Однак нарівні із задовільними клінічними результатами після вилучення селезінки спостерігається значний відсоток післяопераційних ускладнень. До останніх традиційно відносяться: гостра наднирковозалозна недостатність, тромбоз вен порталної системи, після-спленектомічний панкреатит, легеневі ускладнення тощо.

Окреме місце займають тромботичні та тромбоемболічні ускладнення, наявність яких зумовлена специфічними порушеннями системи гемостазу (які являються основними проявами або провідними симптомами захворювання) та наслідками впливу спленектомії на згортальну та протизгортальну активність крові. Найбільш грізними є тромбоз вен порталної системи та тромбоемболія легеневої артерії.

Якщо діагностика тромбозів та флебітів в системі порожнистих вен (ці ускладнення являються джерелом емболів в гілках легеневої артерії, наслідком чого є інфаркти легень і пневмонії) не викликає значних труднощів, то більшість тромботичних ускладнень з боку вен порталної системи залишаються нерозпізнаними.

Основним місцем тромбоутворення являється кукса селезінкової вени, звідки відбувається поширення тромбу на ворітну вену і вени підшлункової залози, що приводить до пілефлебіту, тромбозу мезентеріальних судин та гострого набряку підшлункової залози (останній є вирішальним у патогенезі післяопераційного панкреатиту).

Нами проаналізовано результати 348 спленектомій хворим на ІТП та 61 – на АГА, виконаних в клініці за останні 20 років. Гострий тромбофлебіт поверхневих вен нижніх та верхніх (наслідок венепункції) кінцівок мав місце у 11 хворих з ІТП і у 4 хворих з АГА. У 2 пацієнтів розвинувся тромбоз глибоких вен нижніх кінцівок, а у 1 – флеботромбоз підключичної вени. Тромбоемболія гілок легеневої артерії діагностована в 3 випадках (в дану групу нами віднесено хворих з клінічними і рентгенологічними ознаками сегментарної та лобарної пневмонії на фоні тромбофлебітів), фатальних наслідків не було.

Децю складніше підсумувати кількість тромботичних ускладнень спленектомії в річищі ворітної вени. Опіраючись на результати експериментальних досліджень як факт, можна говорити про поширення тромбу кукси селезінкової вени із залученням в процес панкреатичних гілок цієї судини, а також тромбозу самої ворітної вени. В клінічній практиці (згідно аналізу історій хвороб спленектомованих у нашому відділенні пацієнтів) в 12% післяопераційний період характеризувався наявністю різного ступеню і локалізації болів в черевній порожнині, гарячкою, блювотою, здуттям живота тощо, причинами яких визначались “післяопераційний панкреатит”, “парез кишечника”, “піддафрагмальний інфільтрат”, “глевропневмонія”. Але переконливих клінічних, лабораторних та допоміжних інструментальних ознак котрі б підтверджували діагноз в більшості випадків не виявлялось. Лише у 2 випадках при УЗ-скануванні діагностовано поширений тромбоз селезінкової вени і у 9 – набряк

хвоста і тіла підшлункової залози (ятрогенного ушкодження залози не було). У всіх цих хворих мав місце післяопераційний гіпертромбоцитоз і гіперкоагуляція.

При аналізі післяопераційного диспансерного нагляду у 3 хворих розвинувся синдром портальної гіпертензії з під печінковим блоком, у 1 – псевдокіста підшлункової залози, у 4 – хронічний рецидивуючий панкреатит. Напевно ці захворювання явилися наслідками перенесеного в найближчому післяопераційному періоді тромбозу в системі ворітної вени.

Враховуючи вищезгадане можна констатувати, що процент тромботичних ускладнень після спленектомії хворим на аутоімунні гемоцитопенії значно більший загальноновизнаного і вирішення цієї проблеми потребує більш щільної уваги щодо специфічної профілактики цих станів.

УДК 616.131-005.7-084:618.1ë

**А.В.Чурилов, С.В.Кушнір, С.А.Петренко, Л.А.Третьякова,
П.Д.Филонов, Т.Д.Ханина**

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ГНОЙНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины, г.Донецк

В гнойной гинекологии тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА) занимает первое место как причина смерти в послеоперационном периоде. Предрасполагающими факторами развития данного осложнения является сдавление гнойными образованиями вен таза и нижней полой вены, что приводило к снижению кровотока и венозному застою, воспалительные изменения стенок сосудов, нарушение реологических свойств крови, гиподинамия, а так же сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение. До настоящего времени профилактика ТЭЛА заключалась в назначении антикоагулянтов, малых доз ацетилсалициловой кислоты, дезагрегантов, венотоников. В последние годы вышеуказанные мероприятия дополнились установкой противоэмболических фильтров, которые отличаются высокой эмболоулавливающей активностью, простотой установки, надежностью фиксации, которая исключает его миграцию, возможностью временной имплантации в нижнюю полую вену без подбора диаметра. Одним из противопоказаний для установки кава-фильтра является наличие септического состояния. Нами была разработана методика подготовки к имплантации отечественного кава-фильтра «ОСОТ» у больных с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки, основным этапом которого является введение антибактериальных препаратов непосредственно в лимфатическое русло. Основанием для выбора данного метода введения являются анатомические

особенности лимфатической системы и её роль в гнойно-воспалительном процессе. Анатомически лимфатическая система делится на две составляющие – лимфатические сосуды и лимфатические узлы. Главной функцией сосудистой части является образование и транспорт лимфы. Лимфатические капилляры резорбируют из межклеточного пространства органов и тканей продукты жизнедеятельности, белки, эмульсии, коллоиды, микроорганизмы и их токсины, некоторые лекарственные препараты, гормоны и другие вещества. Лимфатические узлы играют важную роль в поддержке нормального состояния организма. В них происходит выработка почти всего спектра гуморальных и клеточных факторов иммунитета человека. Также происходит обмен жиров, белков, витаминов и гемоглобина, разрушение эритроцитов, вырабатываются лейкоцитарный фактор, прокоагулянты и фибринолитические вещества, цитомедины. При массивной инвазии и высокой вирулентности микрофлоры лимфатическая система теряет свои барьерные свойства, становясь местом размножения и распространения инфекции. При создании высоких концентраций антибактериальных препаратов в лимфатической системе происходит ее санация и прерывается лимфогенный путь дессиминации и размножения возбудителя, восстанавливается дренажная, резорбтивная, барьерная, иммунная, гемоцитопоэтическая и др. функции, что в конечном итоге имеет важное значение в поддержании гомеостаза организма. Под действием эндолимфатической антибиотикотерапии нормализуется время свертывания крови, исчезают продукты дегидратации фибрина и фибринмономерные комплексы, улучшается микроциркуляция и создаются условия для лучшей доставки антибиотиков к пораженным тканям.

Цель работы: оценить эффективность разработанной методики подготовки к имплантации кава-фильтра, включающей прямую длительную антибактериальную терапию, в гнойной гинекологии.

Материалы и методы: За период с 1998 по 2001 год нами было пролечено 14 больных с осложненными формами гнойных воспалительных заболеваний придатков матки и высоким риском развития ТЭЛА в послеоперационном периоде. Катетеризацию эфферентного лимфатического сосуда осуществляли по общепринятой методике на бедре в первый день после госпитализации. Эндолимфатическое введение антибактериальных препаратов производили пассивным капельным способом, без использования специальных электро-механических дозирующих устройств, что делало методику более доступной и надежной. Для инфузии использовали растворы антибактериальных препаратов широкого спектра действия. Объем вводимого лекарственного препарата составлял от 30 до 100 мл. Инфузию производили один раз в сутки. Количество инфузий составляла от 5 до 7 раз.

Имплантацию кава-фильтра производили на 4-5 сутки проведения эндолимфальной антибактериальной терапии после нормализации клинико-лабораторных показателей антеградным способом через бедренные вены. Методика имплантации кава-фильтра не отличалась от общепринятой. После установки

кава-фільтра производилось хірургічне лікування. В післяопераційному періоді больні продовжали отримувати як ендолімфально, так і внутрішньо антибактеріальні препарати.

Противопоказаннями для проведення імплантації кава-фільтра по вищеуказанній методикі служили: загроза сепсису або сепсис, який уже виник; перфорація гнійного утворення придатків матки; формування внутрішніх абсцесів; генітальні свищі; неефективність проводимої консервативної терапії. В цих випадках було показано екстрене оперативне лікування.

Результати. Всім 14 больним в передопераційному періоді на 4-5 днів перебування в стаціонарі було встановлено вітчизняний кава-фільтр «ОСОТ» по вищеуказанній методикі. Осложнень, пов'язаних з установкою кава-фільтра і катетеризацією лімфатичного судини, відзначено не було. У 2-х больних в післяопераційному періоді тромб задержаний фільтром і був в результаті вилучений. Всі больні виписані на 10-14 днів післяопераційного періоду без ускладнень.

Висновки. Кава-фільтр є високоєфективним методом профілактики ТЭЛА в гнійній гінекології, а запропонована методика застосування прямої тривалої ендолімфальної антибактеріальної терапії дозволяє створити умови для його імплантації.

616.147.3-008.64-08

Р.М. Цісик, В.Я. Кадубець

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК В СТАДІЇ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

Накопичений колективний досвід хірургічного лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок (ВХНК) і посттромбофлебійної хвороби нижніх кінцівок (ПТФХНК) свідчить, що запорукою успіху оперативного лікування цієї патології є не тільки втручання, направлене на корекцію патологічних змін кровотоку в системі підшкірних вен, але найперше – нормалізація функції “м’язово-венозної помпи” нижніх кінцівок та корекція відтоку крові по глибоких венах. Високий рівень захворюваності ВХНК та ПТФХНК і пов’язаної з ними хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок (ХВННК), розповсюдженість та сумнівна очевидність простоти оперативного втручання при цих патологічних станах, а також незадовільні віддалені результати хірургічного лікування ХВННК диктують необхідність пошуку нових та вдосконалення існуючих шляхів лікування даної патології.

Матеріали та методи. Проведено аналіз діагностики та оперативного лікування 57 хворих (39 жінок і 18 чоловіків) на ХВННК в стадії декомпенсації. З них у 36 – при ВХНК і в 21 – при ПТФХНК. Наявність клінічних проявів декомпенсації венозного кровобігу нижніх кінцівок (трофічні виразки в поєднанні з вираженими набряками та варикозним розширенням підшкірних вен), подібність патогенезу розладів гемодинаміки дозволили нам об'єднати цих пацієнтів в одну групу, яка потребувала оперативного втручання, направлено на корекцію відтоку крові по глибоких венах нижніх кінцівок. Усім хворим виконували реовазографію, ультразвукову доплерографію, оклюзійну венозну плетизмографію та флебографію нижніх кінцівок. Рентгенконтрастне дослідження венозної системи включало динамічно-висхідну і ретроградну тазову флебографію.

Об'єм оперативного втручання включав видалення варикозно розширених підшкірних вен, екстравазальну корекцію клапанів стегнової і підколінної вен каркасною лавсановою спіраллю за Веденським, над- і підфасціальну перев'язку недостатніх перфорантних вен в нижній третині стегна та верхній третині гомілки, дистальну оклюзію задніх великогомілкових вен автовеною. У зв'язку з наявністю виразок і виражених трофічних розладів м'яких тканин та великою ймовірністю гнійно-некротичних ускладнень в післяопераційному періоді перев'язку комунікантів в нижній третині гомілок за методами Лінтона чи Фелдера в даній категорії хворих не застосовуємо, а з цією метою виконуємо дистальну оклюзію задніх великогомілкових вен. Слід зауважити, що в роботі аналізуються пацієнти з реканалізованою формою ПТФХНК, а хворі з оклюзійними та змішаними формами ПТФХНК підлягали іншій програмі лікування.

Результати досліджень. Із 36 хворих на ВХНК, у яких були відсутні анамnestичні дані за перенесений тромбоз глибоких вен, у 13 (36,11 %) – флебографічна семіотика свідчила про наявність патологічних змін у глибокій венозній системі нижніх кінцівок, характерних для ПТФХНК. Ці зміни проявлялися порушенням контурів внутрішнього просвіту глибоких вен різного рівня, наявністю рефлюкса контрастної речовини з глибоких вен через комуніканти в підшкірні вени, ретроградний венотік на висоті проби Вальсальви по стегновій та підколінній венах. Ультразвукове дослідження магістральних вен нижніх кінцівок не завжди давало таку вичерпну інформацію про стан венозної системи. Тому вказані методи не повинні протиставлятися, а доповнювати один одного для отримання цілісної картини морфологічних та гемодинамічних змін при ХВННК.

Вказаний об'єм оперативного лікування викликав у післяопераційному періоді швидку позитивну динаміку клінічних ознак та покращував гемодинамічні параметри відтоку крові з нижніх кінцівок за даними реовазографії та оклюзійної венозної плетизмографії.

У представленій групі хворих трофічні виразки нижніх кінцівок як основний критерій декомпенсованості ХВННК в доопераційному періоді

відмічено в 49 (85,96 %) хворих. В післяопераційному періоді (терміном до 6-ти місяців) стійке загоєння трофічних виразок, зникнення чи зменшення набряково-більового синдрому відмічено у всіх хворих.

Ускладнень в ранньому післяопераційному періоді у вигляді венозних тромбозів не відмічено. В 4 (7,01 %) випадках спостерігали нагноєння післяопераційних ран, яке не потребувало видалення каркасних спіралей з глибоких вен.

Віддалені результати лікування простежені від 6-ти місяців до 3-ох років в 51 (89,47 %) пацієнта. Серед них помірні клінічні ознаки ХВННК (втомлюваність, парестезії, пастозність і набряки нижніх кінцівок після ходьби і тривалого вертикального положення) спостерігалися в 14 (27,45 %) осіб. Рецидив трофічних виразок виявили у 6 (11,76 %) пацієнтів. Консервативне лікування цих хворих із застосуванням венотоніків (аесцину, детралексу, діовенору), цинктералу, метилурацилу, куріозину та цинк-желатинових пов'язок дозволило отримати в 5 випадках повну епітелізацію виразкової поверхні. В 1 пацієнта з великою площею виразкового дефекта на фоні використання компресійних пов'язок успішно провели автодермопластику.

Висновки: 1. При варикозній хворобі нижніх кінцівок в стадії декомпенсації і відсутності в анамнезі даних за тромбоз глибоких вен флебографічно часто виявляються зміни, які характерні для реканалізованої форми посттромбофлебітичної хвороби. 2. Наявність однотипних патологічних змін венотної гемодинаміки при хронічній венотній недостатності в стадії декомпенсації у хворих варикозною хворобою і посттромбофлебітичною хворобою зумовлює необхідність корекції функції "м'язово-венотної помпи" і відтоку крові по глибокій венотній системі. 3. Методом вибору оперативного лікування вказаної категорії пацієнтів є поєднання сафенектомії, екстравазальної корекції клапанів стегнової і підколіної вен, над- і підфасціальної перев'язки комунікантних вен в зонах відсутності трофічних змін м'язих тканин та дистальної оклюзії задніх великогомілкових вен.

УДК 616.137 83-005.6

І.І. Кобза, Р.А. Жук, Т.Г. Сорока

ХІРУРГІЧНАКОРЕКЦІЯШЗШХУСКЛАДНЕНЬАОРТО-СТЕГНОВИХРЕКОНСТРУКЦІЙ

Львівський державний медичний університет

Частота повторних реконструкцій аорто-стегнової зони з приводу пізніх ускладнень, зокрема рецидиву ішемії нижніх кінцівок, інфікування протезів та анастомотичних псевдоаневризм, збільшилась за останні роки майже на 10% і складає до 1/3 всіх первинних операцій [1,2,3]. Принципи повторної рекон-

структивної хірургії окреслені недостатньо, складність їх зумовлена поширеністю ураження шляхів відтоку та притоку крові, відсутністю алгоритму ранньої діагностики порушень функції протезів та їх інфікування, змінами анатомії і вираженістю рубцевого процесу, важкістю супутньої патології та загального стану хворих [4,5].

Мета роботи полягала в оптимізації діагностично-лікувальної тактики в хірургії пізніх ускладнень аорто-стегнових реконструкцій.

Матеріали і методи. У відділенні судинної хірургії Львівської обласної клінічної лікарні в 1994-2000 роках спостерігали 137 хворих із пізніми ускладненнями аорто-стегнових реконструкцій Вік хворих сягав від 30 до 78 років, чоловіки склали 95,62%. На момент первинної операції атеросклеротичне ураження черевної аорти та її гілок діагностували в 132 (96,35%), неспецифічний аорто-артеріт у 5 (3,65%) випадках Біфуркаційне аорто-стегнове протезування (шунтування) виконали в 106 пацієнтів, однобічні реконструкції – в 32 випадках. Термін до повторної госпіталізації сягав від одного місяця до 18 років, становлячи, в середньому, 3,2 року.

Згідно виявлених ускладнень хворих розподілили наступним чином.

I група – 112 (81,75%) пацієнтів із рецидивом ішемії нижніх кінцівок внаслідок пізніх тромбозів аорто-стегнових протезів (ПТ АСП) та стенозів дистальних анастомозів (СДА);

II група – 19 (13,87%) пацієнтів з інфікуванням аорто-стегнових протезів (ІАСП);

III група – 6 (4,38%) пацієнтів з псевдоаневризмами анастомозів аорто-стегнових протезів (ПА АСП) неінфекційного генезу.

Передопераційне обстеження включало клінічний огляд, лабораторні та бактеріологічні дослідження, аортоангіографію, УЗ-флюометрію, дуплексне УЗ-сканування, фістулографію. Основною причиною ПТ АСП та СДА у 95 хворих (84,82%) була блокада дистального русла внаслідок гіперплазії неоінтими чи прогресування атеросклеротичного ураження. Важкість рецидиву ішемії здебільшого переважала ступінь недокрів'я при первинній операції. Аналізуючи причини ІАСП виділили такі фактори ризику, як наявність критичної ішемії на час імплантації; ускладнене загоєння операційних ран на стегнах; тривалість первинної операції понад 4 години; попередні повторні реконструкції; наявність перипротезної сероми понад 1 місяць після імплантації, зміни в імунологічному статусі. Розвиток ПА АСП неінфекційного генезу в одного хворого пов'язали з травмою, у решти спостерігали дегенеративні зміни анастомотичних зон на ґрунті прогресування атеросклеротичного ураження та супутньої артеріальної гіпертензії.

Виконали 125 повторних реконструктивних операцій у 112 хворих. Відновлення центрального кровотоку при ПТ АСП досягали шляхом тромбоектомії протезу в 58 випадках, репротезування у 36, екстраанатомічних реконструкцій у 21. Для забезпечення прохідності шляхів відтоку проводили реконструкцію дистального анастомозу (РДА) шляхом резекції або без повного його виділення

з інтерпозицією вставки з протезу в кінець бранші та глибокої артерії стегна чи новоствореної біфуркації стегнових артерій, а також шляхом автовенозної реконструкції глибокої та поверхневої стегнових артерій з формуванням їх співустя (за власною методикою). У 23 хворих (18,4%) реконструкцію шляхів відтоку доповнювали автовенозним чи ало-стегново-дистальним шунтуванням переважно протезом з ПТФЕ.

Тактика хірургічного лікування у хворих II групи полягала в одномоментній реваскуляризації нижніх кінцівок та видаленні інфікованого протезу. При інфікуванні біфуркаційних протезів (14 хворих) виконували аксілярно-стегнове алошунтування на стороні менше виражених проявів септичного процесу. Реваскуляризацію протилежної кінцівки, а також відновлення кровотоку при інфікуванні однобічних реконструкцій (5 хворих) здійснювали шляхом перехресного стегново-стегнового шунтування автовеною. Інфікований протез видаляли зі сторони стегон після висічення центрального анастомозу в межах здорових тканин, а куксу аорти ушивали дворядним неперервним швом і прикривали очеревиною. Ложе видаленого протезу санували та ставили активний дренаж із зрошувальною системою на 1-3 дні.

Повторні реконструкції при ПА дистальних анастомозів АСП розпочинали із заочеревинного виділення бранші протезу для контролю можливої кровотечі з наступною резекцією псевдоаневризми та реконструкцією анастомозу шляхом інтерпозиції вставки з протезу. У 2 випадках ПА проксимального та дистальних анастомозів провели біфуркаційне аорто-стегнове репротезування з виключенням попереднього протезу з кровотоку.

Результати дослідження та їх обговорення. В цілому, позитивний результат отримали в 115 хворих (83,94%), необхідність високої ампутації виникла в 16 випадках (11,68%) при періопераційній летальності 4,38%.

Місцеві ускладнення спостерігали в 36 хворих (26,27%), інфікування протезу настало в 4 пацієнтів з ПТ АСП. Системні ускладнення відзначили в 16,06%.

Необхідно відзначити, що повторні реконструкції у хворих зі стенозами анастомозів технічно простіші, результати суттєво кращі, ніж при ПТ АСП. Слід виділяти групу пацієнтів з КІНК з огляду на вищу складність реконструкції, значний ризик періопераційних місцевих та системних ускладнень. Згідно наших спостережень, при ІАСП видалення інфікованого протезу першим етапом у 3 з 7 хворих ускладнилось розвитком незворотньої ішемії з необхідністю високої ампутації кінцівки. Подальша зміна тактики з першочерговим виконанням реконструктивної операції дозволила відновити кровотік у всіх випадках. Проведення аксілярно-стегнового шунтування на стороні менших проявів інфікування та використання автовени для перехресного шунтування пов'язуємо з відсутністю рецидиву інфікування за час спостереження.

Висновки. 1. Об'єм повторної реконструкції визначається типом і причиною ускладнення, характером ураження дистального артеріального русла та загальним станом пацієнта. 2. При ПТ АСП оптимальні результати рекон-

трукцій, обмежених стегновими доступами, схиляють до зменшення значно травматичніших, обтяжених частими ускладненнями і вищою летальністю операцій із заміни біфуркаційного протезу чи його бранші. З. При ІАСП оправдана одномоментна ревазуляризація кінцівок першим етапом з подальшим видаленням інфікованого протезу. Відновлення кровотоку доцільне шляхом екстраанатомічних реконструкцій: аксілярно-стегнового алошунтування на стороні менших проявів інфекції та перехресного стегново-стегнового шунтування авговеною для профілактики реінфікування.

Література

1. Whittemore A.K., Konaldson M.C., Mannic J.A. Aortoiliac occlusive disease / Vascular Surgery: A Comprehensive Review / Edit. by Moore W.S. – W.B. Saunders Company, 1993-Р. 451-464.
2. Покровский А.В., Зотиков А.Е. Перспективы и действительность в лечении атеросклеротических поражений аорты. – М., 1996. – 192 с.
3. Сухарев ИИ, Никульников ПИ, Доминяк АБ, Влайков ГГ. Повторные реконструктивные операции на брюшной части аорты и периферических артериях // Матеріали ХІХ з'їзду хірургів України. – Харків, 2000. – С. 188-189.
4. Cron J.P., Cron C., Blanchard K. et al. Long-term of patients receiving an aorto-bi-femoral prosthesis for atherosclerotic occlusive disease of the aortic bifurcation // Int.Angiology. – 1994. – V.13, №4. – Р. 300-307.
5. Леменев В.П., Михайлов В.П. Хирургическая тактика при инфицировании сосудистого протеза // Хирургия. – 1997. – №7 – С. 10-12.

УДК 616.12-089

**Б.М.Тодуров, А.П.Мазур, С.Н.Фуркало, Н.В.Гончаренко,
В.Ф.Онищенко, В.Й.Сморжевский, Е.В.Шныркова,
А.И.Мараренко**

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г.Киев

По статистическим данным в различных странах мира частота тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) колеблется от 23 до 220 случаев на 100 000 населения в год. Фатальная ТЭЛА, подтвержденная на аутопсии, регистрируется у 50 человек на 100000.

В нашем отделении за последние 10 лет наблюдалось более 500 пациентов с ТЭЛА, 70 из которых был проведен системный тромболизис. Было выполнено 25 операций эмболектомии, в том числе 11 в течение последних двух лет. В 7 случаях одномоментно выполнялось удаление тромбов из нижней полой вены. Более 2000 пациентов проведена профилактика ТЭЛА и ее рецидивов путем постановки кава-фильтров.

Для подтверждения диагноза и определения лечебной тактики все больные проходили обследование по схеме предложенной авторами S.Konstantinides, A.Geibel, W.Kasper. В первую очередь рутинно всем пациентам с подозрением на

ТЭЛА выполнялась ЭКГ, рентгенография органов грудной клетки, анализ газов крови. Следующим этапом в плане обследования была ЭхоКГ, в результате которой определялись размеры правых отделов сердца, давление в правом желудочке и легочной артерии, а также в некоторых случаях наличие тромбов в просвете легочной артерии. Практически 100% пациентов, имеющих ЭхоКГ признаки ТЭЛА, выполнялась ангиопульмонография с одномоментной постановкой кава-фильтра. Для оперативного лечения отбирались пациенты с сочетанным поражением (ТЭЛА и тромбоз нижней полой вены), а также с поражением крупных ветвей ЛА и имеющие противопоказания к проведению системного тромболизиса.

Операция выполнялась в условиях искусственного кровообращения. В послеоперационном периоде все больные получали комплексную терапию, направленную на нормализацию гемореологического статуса и профилактику рецидивов. На ЭхоКГ после операции у всех пациентов достоверно снижалось давление в легочной артерии и уменьшалась перегрузка правых отделов, ни у одного из них не было зарегистрировано симптомов сердечно-легочной недостаточности. Все пациенты выписались в удовлетворительном состоянии на 15-17 сутки после операции.

Таким образом, лечение больных с ТЭЛА требует методического подхода к плану обследованию и определению тактики лечения. Своевременное назначение современных тромболитических препаратов позволяет быстро и эффективно устранить тромбоэмболию и сохранить жизнь пациенту. Хирургическое лечение является эффективным в случаях сочетания ТЭЛА и тромбоза полых вен, а также при невозможности выполнить системный тромболизис (давность ТЭЛА более 1 месяца, в раннем послеоперационном периоде после общехирургических вмешательств).

УДК 616.12-089

**Б.М. Тодуров, А.П. Мазур, С.Н. Фуркало, И.Н. Кузьмич,
В.Й. Сморжевский, Г.И. Ковтун, И.В.Хасянова, В.П. Захарова,
Е.В. Шныркова, Н.И. Витковская**

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев

Несмотря на большой арсенал медикаментозных средств, проблема лечения пациентов с дилатационной кардиомиопатией (ДКМП) остается не решенной.

С тех пор, как 1967 году Кристианом Бернардом была выполнена первая трансплантация сердца, этот метод лечения считается единственным шансом на продление жизни у таких пациентов. 2 марта 2001 года в нашей клинике выполнена первая в Украине трансплантация сердца пациенту 42 лет с ДКМП в терминальной стадии. Несмотря на удовлетворительную функцию трансплантата, пациент умер на 11-е сутки от почечно-печеночной недостаточности.

Несовершенство закона о трансплантации органов и тканей в Украине, и связанный с этим острый дефицит донорских органов резко ограничивает возможности трансплантации сердца. В течение последних 2 лет в нашем отделении умерло 8 пациентов, находящихся на листе ожидания. Безысходность данной ситуации заставило нас искать новые, альтернативные пути лечения данной категории больных. В марте 2002 года была выполнена серия операций, направленных на редукацию объема левого желудочка (ЛЖ). Для оперативного лечения были отобраны три пациента в возрасте 30–46 лет с диагнозом ДКМП, относящиеся к IV ФК по NYHA, с фракцией выброса – 17, 19 и 24%. Всем пациентам наряду с общеклиническими исследованиями выполнялась коронароангиография с эндомиокардиальной биопсией, подтвердившей диагноз ДКМП. После анализа данных обследования определялась степень поражения миокарда, клапанного аппарата сердца, коронарных сосудов, степень снижения сократительной способности ЛЖ и дилатации полостей сердца, объем, зону возможной сегментарной резекции стенки ЛЖ и возможность ремоделирования его полости. Двое пациентов до операции находились на постоянной инотропной поддержке.

Всем больным была выполнена частичная вентрикулоэктомия (объем-редуцирующая резекция левого желудочка по методике Батисты). После операции все пациенты были переведены во II функциональный класс по NYHA, фракция выброса увеличилась до 34, 36 и 43%, соответственно. Все трое больных выписаны домой на 12–18 суток в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, пациентам с терминальными формами дилатационной кардиомиопатии наряду с трансплантацией сердца, возможно выполнение операции частичной резекции левого желудочка с удовлетворительным результатом. А с учетом дефицита донорских органов, для многих больных данная операция может стать единственным шансом для продления жизни.

УДК 616.12-089

**Г.И.Ковтун, В.В.Дяченко, И.В.Хасянова, В.Ф.Онищенко,
В.А.Шевченко, Н.В.Гончаренко, Н.И.Витковская,
Б.М.Годуров**

ПРИМЕНЕНИЕМИНИИНВАЗИВНЫХМЕТОДИКВ ХИРУРГИИВРОЖДЁННЫХПОРОКОВСЕРДЦА

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины. г. Киев

Развитие современного медицинского оборудования, совершенствование хирургической техники позволяет всё шире применять минимальноинвазивные методики в кардиохирургии.

При коррекции врождённых пороков сердца нами использованы: методика Port-Access для видеоторакоскопического клипирования открытого артериального

протока (ОАП), и мини-доступы при коррекции дефектов межпредсердной перегородки (ДМПШ) и дефектов межжелудочковой перегородок (ДМЖП).

В общей сложности, за 2001 год, в отделении кардиохирургии и трансплантации сердца ИХИТ АМН Украины выполнено 11 операций с использованием миниинвазивных методик.

Видеоторакоскопическое клипирование ОАП выполнено пяти пациентам. Возраст больных с ОАП колебался от 1 года до 3 лет, девочек было 3, мальчика 2. Размеры ОАП варьировали от 4 до 6 мм. Радикальная коррекция ДМПШ из правостороннего переднебокового миниинвазивного доступа выполнена у четырёх девушек, в возрасте от 12 до 17 лет. Двум больным коррекция ДМЖП была выполнена с использованием стернотомии без рассечения рукоятки грудины. Возраст пациентов был 1 год 2 мес. и 8 мес.

Видеоторакоскопическое закрытие ОАП выполнялось из трёх-троакарного доступа. Через 2 порта по III межреберью (переднеподмышечной и заднеподмышечной линиям), диаметром отверстий 5 мм, вводились манипуляторы и через порт 10 мм по IV межреберью, по среднеподмышечной линии вводилась торакоскоп. ОАП клипировался 2 металлическими клипсами клипатором фирмы «ETHICSкN». В послеоперационном периоде отмечался минимальный болевой синдром, осложнений не было. Пациенты выписаны из стационара на 3-4 сутки. При отдаленных сроках наблюдения (6 – 18 мес.) рещунтирования ОАП нет.

Переднебоковая правосторонняя торакотомия применялась для коррекции ДМПШ у девушек в подростковом возрасте. Разрез кожи производился на 2 см ниже края молочной железы. Железа отводилась кверху, торакотомию выполняли по IV межреберью. После подключения аппарата искусственного кровообращения (ИК) и начала ИК, используя методику фибрилляции сердца, проводилась правая атриотомия и пластика дефекта. В 3 случаях было выполнена пластика двойным непрерывным швом, в 1 наблюдении – пластика выполнялась заплатой из аутоперикарда. Дренирование осуществлялась в V межреберье по заднеподмышечной линии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больные были выписаны на 5-6 сутки. В отдаленном периоде рещунтирования ДМПШ нет, получен хороший косметический эффект.

У детей до 1,5 года для коррекции ДМЖП нами была применена стернотомия без рассечения рукоятки грудины. Это позволило значительно уменьшить разрез кожи и снизить травматизацию грудной клетки. Неполная оксификация грудины позволяла развести края раны в достаточном объеме для оперативного доступа к сердцу. Закрытие ДМЖП проводили черезпредсердным доступом дакроновой заплатой. Использование данной методики позволило значительно уменьшить объем операционной травмы, снизить болевой синдром и сократить период послеоперационной реабилитации.

Использование миниинвазивных методик при коррекции врожденных пороков сердца позволяет уменьшить операционную травму, снизить вероятность развития послеоперационных осложнений и сократить период реабилитации больных в послеоперационном периоде. Важным, особенно для женщин, является косметический эффект использования миниинвазивных методик. Это исключает психологическую травму при наличии большого послеоперационного рубца.

В.А. Сандриков, Л.М. Кузнецова, Б.В. Кузнецов, Г.В. Ревуненков

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО МУЛЬТИЧАСТОТНОГО ДАТЧИКА ACUNAV

Российский научный центр хирургии РАМН, Москва (Россия)

Возникла необходимость разработать методику и определить область применения нового мультимодального векторного ультразвукового датчика в клинической практике.

Материалы и методы. Интраоперационно и в условиях ангиографии обследовано 67 пациентов с ИБС, врожденными и приобретенными пороками сердца с помощью катетерного векторного датчика AcuNav. Длина катетера 90 см, диаметр 10 Fr, частота сканирования 5–10 МГц, моноплановый. Конечный отдел датчика управляемый, рентгеноконтрастный, герметичный. Режимы сканирования: одно- и двухмерное сканирование, спектральный доплер с цветным сканированием, тканевой доплер. Область применения – диагностика в кардиологии, кардиохирургии, ангиологии, гастроэнтерологии и гепатологии.

Результаты исследования и их обсуждение. При локализации датчика в правом предсердии визуализируется межпредсердная перегородка, трикуспидальный клапан, выходной отдел правого желудочка, межжелудочковая перегородка в верхней её части, левое предсердие с ушком, устья лёгочных вен, основание аорты, выходной тракт левого желудочка, аортальный клапан, устье и ствол левой коронарной артерии до бифуркации. Проведение датчика в выходной отдел правого желудочка и ствол легочной артерии позволяет не только исследовать гемодинамику, но и оценить структуру стенок ствола лёгочной артерии и клапана. Локализация датчика в правом желудочке: правый желудочек, межжелудочковая перегородка, левый желудочек, выходной отдел левого желудочка, основание аорты, устье и ствол правой коронарной артерии, клапаны аорты и лёгочной артерии.

Выводы. Совмещение ультразвука и доплера в катетерном датчике позволяет исследовать гемодинамику и ультраструктуру сердца, а также кровотоки в коронарном русле.

УДК 616.127/13-007.64/-089

**Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, Л.В. Попов, С.П. Паша,
А.Н. Блеткин, А.Г. Ломаки**

ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА

*Научно-исследовательский институт грудной хирургии.
Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова*

Выключение части миокарда из эффективной работы левого желудочка, в результате острого инфаркта миокарда и развития постинфарктной аневризмы,

приводит к снижению как систолической, так и диастолической функций. Морфологические изменения миокарда и в первую очередь межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка, значительно ускоряют развитие геометрических изменений левого желудочка, снижение сократимости резидуальных сегментов до критического уровня. Применение “золотого стандарта” диагностики, как вентрикулография, эхокардиография и стресс-эхокардиография, позволяют с высокой степенью достоверности визуализировать форму постинфарктной аневризмы левого желудочка, ее локализацию, размеры, наличие тромботических масс в полости, оценить митральную недостаточность, кинетику стенок, зоны асинергии и посегментарное сокращение миокарда.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов у 215 пациентов, оперированных за последние 12 лет по поводу ишемической болезни сердца, осложненной развитием постинфарктной аневризмы левого желудочка с вовлечением межжелудочковой перегородки. Возраст больных от 28-72 лет (средний 49,5 лет).

Во всех случаях резекция аневризмы была дополнена прямой реваскуляризацией миокарда в максимально необходимом объеме (среднее количество шунтов 2,15). В 95,6%(328) случаев отмечались различного вида нарушения ритма в дооперационном периоде. Практически все пациенты отнесены к 3-4 функциональному классу по NYHA. Из оперативных методов, получивших распространение, мы остановились на модифицированной операции по Кор с использованием аутоэндокардиальной заплаты (Kor V. 1989, Kor V.1997), завершающим этапом которой выполняли укрытие заплаты верхушкой правого желудочка двухрядным непрерывным швом на тefлоновых прокладках.

Результаты исследований и их обсуждение. Общая госпитальная летальность составила 4,2% (9). Эффективность операций определялась на основе сравнительного анализа клинического обследования как до, так и после операции.

Основой хирургического вмешательства при аневризмах верхушечно-перегородочной локализации является удаление рубцово-измененной части межжелудочковой перегородки. При этом, выключение более чем 2/3 длины межжелудочковой перегородки во время операции, может привести к развитию сердечной недостаточности и формированию синдрома «малого выброса» (Mills 1993, Salati 1993, Salati 1995). Значимой проблемой остается вопрос о функциональной значимости «переходной зоны» между рубцово-измененными тканями и сокращающейся частью миокарда, определения степени инвалидизации миокарда. Определение степени жизнеспособности миокарда в «сумеречной зоне» производилась с помощью однофотонной эмиссионной томографии (99m Tc – МИБИ) в покое, и с нагрузочным тестом добутамином. Изменения сократимости миокарда оценивали при фазово-амплитудном анализе, основываясь на интегральном показателе сократительной способности миокарда – фракции выброса (ФВ). По данным ЭхоКГ, радионуклеидной (99m Tc – эритроциты) и рентгеноконтрастной вентрикулографий у(17) 7,9% пациентов отмечалось резкое снижение ФВ ниже 25%, у (148)68,8%

ФВ составила 25-40%, и у (50)23,3% была выше 40% (через 1,5 месяца после операции). Отмечено существенное улучшение кинетики стенок левого желудочка (особенно оставшейся части межжелудочковой перегородки), значительное увеличение показателей общей и региональной сократимости миокарда (увеличение ФВ в среднем в 2,5 раза от уровня исходных данных). Динамика показателей характеризующих геометрию (конечно- диастолический и конечно-систолический индексы и размеры, индекс сферичности ЛЖ, и др) и диастолическую функцию (V_e/V_a , LVCI) свидетельствовали о хирургическом моделировании полости левого желудочка максимально приближенной к физиологической.

Вывод. Функциональное восстановление левого желудочка в результате хирургического моделирования зависит от степени инвалидизации миокарда в дооперационный период и адекватности объема оперативного вмешательства.

УДК 616.12-089

**В.Е. Толпекин, Э.Н. Казаков, А.Я. Кормер, Д.В. Шумаков,
В.В. Честухин, И.В. Мелемука, Р.А. Нарзикулов,
К.Н. Васильев, М.Е. Мошков**

ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИОРТАЛЬНОЙ КОНТРУЛЬСАЦИИ

*Научно-исследовательский институт трансплантологии и искусственных органов
МЗ РФ, Москва*

После первого сообщения (А. Kantrowitz с соавт., 1968 г.) об успешном клиническом применении внутриортальной контрпульсации (ВАКП) у больных с острым инфарктом миокарда (ОИМ), осложненным кардиогенным шоком, интерес кардиохирургов к этому методу стал возрастать во всем мире и сегодня ежегодно выполняется до 200 тысяч ВАКП.

Физиологические эффекты ВАКП - усиление коронарного кровотока и снижение постнагрузки, что опосредованно снижает работу сердца, потребность миокарда в кислороде, улучшает перфузию тканей и увеличивает сердечный выброс.

В настоящей работе анализируются результаты применения ВАКП при чрезкожной транслюминальной коронарной ангиопластики (ЧТКА) высокого риска, нестабильной стенокардии с низкой фракцией изгнания (ФИ) до аорто-коронарного шунтирования (АКШ), при невозможности отключения от искусственного кровообращения (ИК), при послеоперационном синдроме низкого сердечного выброса (СНСВ), для повышения эффективности обхода левого желудочка (ОЛЖ) с помощью центробежного насоса, при остром инфаркте миокарда (ОИМ), осложненного кардиогенным шоком, для поддержания гемодинамики у больных, ожидающих трансплантацию сердца.

Материалы и методы. ВАКП осуществлялась с помощью перкутанно вводимых баллончиков аппаратами Katascope 96, 97E, 98XT.

С марта 1997 по март 2002 г. выполнено 162 ВАКП. Средний возраст больных составил 48,0±5.7 лет, среди них 137 мужчин и 25 женщин.

Результаты исследований и их обсуждение. 25 больным на фоне ВАКП выполнена ЧТКА. Показаниями к превентивной ВАКП являлись: критический стеноз ствола левой коронарной артерии, нестабильная стенокардия и низкая фракция изгнания левого желудочка (<30%). Выписано 20 (80%) больных. Длительность ВАКП до ЧТКА от 2 до 12 часов, после – от 12 до 36 часов.

Превентивная ВАКП до АКШ при нестабильной стенокардии и/или низкой фракции изгнания левого желудочка (<30%) выполнена у 35 больных. Выписано 26 (74.2%) больных. Длительность ВАКП до операции от 2 до 12 часов, после – от 2 до 8 суток.

При невозможности отключения от ИК и после отключения ИК в связи с развитием СНСВ ВАКП выполнена 55 больным. Выписано 25 (45.4%). Длительность ВАКП составила от 12 часов до 12 суток.

У 24 больных ВАКП начата на 2-3 сутки после операции в отделении реанимации в связи с развитием СНСВ, обусловленного периоперационным ОИМ. Выписано 13 (54.1%) больных. Длительность контрпульсации составила от 12 часов до 21 суток.

У 12 больных в связи с неэффективной ВАКП подключен ОЛЖ с помощью центробежного насоса «Biopump-Medtronic». ВАКП обеспечивала пульсирующий кровоток и продолжалась в течение нескольких суток после отключения ОЛЖ. Отключено от ОЛЖ 5 больных, выписано – 3 (25%) больных. Длительность применения вспомогательного кровообращения составила от 12 часов до 21 суток.

4 больных с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком умерли на фоне применения ВАКП, длительность которой составила от 24 часов до 6 суток.

ВАКП от 5 до 9 суток использована у 4 пациентов, ожидающих трансплантацию сердца. Успешная пересадка сердца выполнена только у 1 пациента через 5 суток ВАКП. Длительность наблюдения этого больного к моменту настоящего сообщения более 3 лет. Остальные больные погибли, не дождавшись донорского сердца.

У 3 больных в связи с тяжелой дисфункцией трансплантата после пересадки сердца использована ВАКП. Все больные погибли. Длительность ВАКП составила от 12 часов до 8 суток.

Выводы. ВАКП является эффективным методом механической поддержки при синдроме низкого сердечного выброса. ВАКП позволяет эффективно выполнять ангиопластику критических стенозов ствола левой коронарной артерии. ВАКП может быть использована у некоторых пациентов, ожидающих трансплантацию сердца, в связи с развитием прогрессирующей сердечной недостаточности, рефрактерной к медикаментозной терапии. Роль ВАКП у больных с ОИМ, осложненным кардиогенным шоком и у пациентов с тяжелой дисфункцией трансплантата после пересадки сердца остается неясной.

А.Д.Гаибов У.А. Гулов

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

*Республиканский клинический центр сердечно-сосудистой хирургии
Республика Таджикистан*

На современном этапе развития методов диагностики и усовершенствования принципов хирургического лечения больных с повреждениями кровеносных сосудов, несмотря на явные преимущества сосудистого шва перед лигатурой, перевязка магистральных артерий все ещё остается одним из распространенных видов оперативного вмешательства, частота применения которого по данным разных авторов составляет от 10 до 25 % (М.Г. Гончарь, 1986; В.П. Токмачев, 1980). Это обусловлено не только тяжестью состояния пострадавших, но и отсутствием навыков у большинства лиц оказывающих помощь в общехирургических отделениях. В случае компенсации кровообращения и сохранения конечности у 25–80 % из них развивается состояние известное как «болезнь перевязанного сосуда» (Краковский Н.И., 1964; Иосиалиани Г.Д., 1996).

К артериальной непроходимости травматического генеза относятся также посттравматическая окклюзия, которая чаще всего встречается при нераспознанных в острой стадии закрытых травмах сосудов.

С ишемией конечности обусловленной перевязкой или окклюзией сосуда вследствие травмы лечились 85 больных, у 48 больных имелась посттравматическая окклюзия, и у 37 – болезнь перевязанного сосуда.

Консервативное лечение в связи с отсутствием показаний к операции проведено 9 пациентам. 5 больных отказались от операции.

Одному пациенту с болезнью перевязанного сосуда поверхностной бедренной артерии и вены из-за наличия инфильтрата, анемии и общей интоксикации реконструкция сосуда временно отложена.

У 7 больных при ревизии сосудов отмечена облитерация дистального русла вследствие организации внутрисосудистых тромбов, в связи с чем операция завершена поясничной симпатэктомией.

Реконструктивно-восстановительные операции выполнены 68 пациентам. Операцией выбора при данной форме артериальной непроходимости на наш взгляд является обходное шунтирование без мобилизации сосудов в зоне их окклюзии и перевязки. Сторонниками подобной тактики являются большинство хирургов, которые отмечают ряд ее преимуществ: малотравматичность, сохранение естественного коллатерального кровообращения, отсутствие опасности вспышки дремлющей инфекции.

Обходное шунтирование нами производилось 32 больным. В 27 случаях в качестве трансплантата была использована аутовена, а в 5 случаях синтетические протезы.

Мобилизацию сосудов производили за пределы поврежденной зоны, а анастомозы накладывали по типу «конец в бок».

К протезированию прибегали лишь в случаях, сопутствующего повреждения нервов и при экстравазальной компрессии сосудов рубцовым процессом.

Протезирование с анастомозом «конец в конец» было произведено в 31 случае, у 5 больных с экстравазальной компрессией производилось иссечение сдавливающих рубцов и декомпрессия артерий. Большинство из них были больные с посттравматической окклюзией – 26 пациентов. Из них в 7 случаях было произведено «У» - образное протезирование. Этим больным одновременно производились восстановление поврежденных нервов и сухожилий.

В послеоперационном периоде осложнения наблюдали у троих больных: кровотечение на почве прорезывания швов анастомоза отмечено у 1, тромбоз – у 2 больных. Все больные были повторно оперированы с хорошим исходом. Случаев ампутации и летальных исходов не было.

Таким образом, аутовенозное шунтирование в обход поврежденного сегмента артерии является операцией выбора, при посттравматической артериальной непроходимости, обладающее рядом преимуществ. Местно-реконструктивные операции показаны лишь в случаях необходимости восстановления непрерывности нервов и при экстравазальной компрессии сосудов.

УДК-616.147.3-089.15

А.Д. Гаибов, М.Ш. Бахруддинов

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ НА БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ АОРТО-БЕДРЕННОЙ ЗОНЫ

*Республиканский центр сердечно-сосудистой хирургии,
Таджикский государственный медицинский университет, Таджикистан*

Поражение аорто-подвздошного сегмента больше чем в половине случаев сочетается с выраженными изменениями бедренных сосудов в области бедренного треугольника, которые нередко распространяются и в дистальные сегменты. С этим и связаны технические сложности при выполнении дистальных анастомозов и ранние тромбозы трансплантатов. Лишь адекватная параллельная коррекция поражения бедренных артерий может гарантировать качество аорто-бедренных реконструкций и удлиняет период функционирования имплантированных протезов.

В период с 1992 по 2001 годы нами прооперированы 88 больных с окклюзионно-стенозирующими поражениями брюшной аорты и подвздошных артерий. У 38 из них (43,18 %) имелись сопутствующие поражения бедренных сосудов: общей (ОБА); глубокой (ГБА) и поверхностной бедренной артерии (ПБА). Окклюзия или стеноз общей и поверхностной бедренных артерий с переходом лентовидной бляшки в начальный сегмент ГБА отмечено в

большинство случаев – 81,82 %. Изолированное поражение ПБА при интактном просвете ГБА имелось место у 7 пациентов. В данных наблюдениях ишемические изменения всегда были выражены в большей степени и зависели от протяженности вовлечения бедренных артерий в процесс.

Информацию о состоянии бедренных сосудов до операции получали на основании доплерографического исследования, дуплексного сканирования и ангиографии, однако степень их изменения и необходимость дополнительной коррекции решались во время операции после визуальной оценки состояния сосудов.

Во всех наблюдениях основным методом операции явилось аорто-бедренное шунтирование (протезирование): двухстороннее – у 26, одностороннее – у 12 больных. В зависимости от типа пораженных бедренных артерий и распространенности процесса, с целью разгрузки кровотока по протезу производилась дополнительная их коррекция перед наложением дистального анастомоза. В основном это были различные варианты профундопластики. Так, 11 больным выполнена эверсионная эндартерэктомия из проксимального сегмента ГБА и устьев огибающих ее ветвей с наложением протезно-глубокобедренного анастомоза «конец в конец»: условиями для его выполнения явилось полное удаление бляшки до появления адекватного ретроградного кровотока.

В 7 наблюдениях стенозирующая бляшка из просвета ОБА проросла в устье глубокой ее ветви в связи, с чем эндартерэктомия выполнена из просвета общей бедренной артерии.

При пролонгированном поражении ГБА доходящем ветвей II и III порядка (13 случаев) эндартерэктомия выполнена путем широкого вскрытия просвета артерии на протяжении 10-12 см. Дистальный анастомоз протезе при этом формировали с ОБА, а на разрез ГБА вшивали заплату из аутовены. Показанием к данному варианту профундопластики явилось наличие проходимости проксимального сегмента ПБА с функционирующими ветвями, идущими к мышцам. У 2 больных с облитерацией ПБА при ревизии установлено инфантильная ГБА с недостаточно развитым, по данным ангиографии, коллатеральным перетоком в подколенной области. Включение подобной артерии в кровоток без дополнительной реконструкции путем оттока считали нецелесообразным в связи с риском развития раннего тромбоза. В связи с этим в 4 случаях наряду с аорто-бедренной реконструкции дистальный блок скорректирован шунтированием бедренно-подколенного сегмента, а у 3 – интраоперационной дилатацией стеноза ПБА. У 8 пациентов отмечено многоэтажное поражение сосудов: бифуркации аорты, устья ГБА, окклюзия поверхностной и одной или двух артерий голени. Этим пациентам аорто-глубокобедренное шунтирование сочеталось с поясничной симпатэктомией со стороны поражения.

В послеоперационный период тромбоз аорто-бедренного шунта развился у 2 больных. В обоих случаях причинами тромбоза явилось распространенное поражение ГБА. Оба больных были повторно оперированы. Ампутации и летальных исходов не было.

Таким образом, успех операции при аорто-подвздошных окклюзиях во многом зависит от адекватности коррекции дополнительных блоков в зоне предполагаемого дистального анастомоза.

М.А. Фахратов, С.М. Расулов, ШС. Норкузиев, М.У.Каримов

ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

Самаркандский медицинский институт

Несмотря на определенные успехи экстренной ангиохирургии некоторые вопросы тактики при тромбоэмболиях до сих пор окончательно нерешены.

Обследованы 69 больных с тромбоэмболическими осложнениями периферических артерий. Кроме обще клинических методов исследования, для диагностики применялись ангиография – у 15 больных, ультразвуковое доплеровское исследование – у 39 больных и 15 больных – цветная термография с помощью жидких кристаллов. Оперированы 53 больных произведены тромбоэмболэктомии на уровне бифуркации аорты (3), подвздошно-бедренного сегмента (17) бедренно-подколенного сегмента (12), подкрыльцовой артерии (7) и локтевой (3) у одной из артерий обеих верхних конечностей. Трое больных отказались от оперативного лечения. 13 больным из-за острой дистальной окклюзии артерий не было показано оперативное лечение – все они выздоровели после усиленной консервативной дезагрегационной терапии, и у всех, почти полностью, восстановились функции конечности. У 15 больных второй группы (тромбоэмболэктомия на 3-4 сутки), после операции в различной степени наблюдались нарушения трофики тканей, особенно, в области коленных суставов, внутренней поверхности бедер и подошвенной поверхности стоп в виде ограниченных и поверхностных некрозов, для чего мы с успехом, применяли после операции 30-40 % раствор димексида, как болеутоляющее, некролитическое и улучшающее трофику средство. У 5 больных из-за позднего поступления, после тромбоэмболэктомии на 2-3 сутки были произведены ампутации бедра, у двух больных ампутации верхней конечности, а так же у одной больной экзартикуляция трех пальцев кисти после демаркации.

УДК 616.14-007.64-089.168.7:617.58

И.Н Гришин, И.С. Старосветская, С.Н. Корниевич

КРИОФЛЕБЭКСТРАКЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВОВ

Беларуская медицинская академия последипломного образования

В основу работы положен клинический материал 309 наблюдений. В качестве методики использованы криозонды, охлаждаемые до -96°C закисью

азота (аппарат «Криометрум», Польша). Формы зондов были различные, что позволяло извлекать подкожные вены из разрезов или проколов кожи. В процессе исследования определены 4 методики криофлебэкстракции.

Первая методика (11 больных) – удаление венозных стволов по принципу операции Бебокка. Вена выворачивалась в ретроградном направлении. Частые отрывы вен ограничили применение этой методики.

Вторая методика (49 больных). Она применялась как вспомогательная при выполнении стандартной флебэктомии через имеющиеся кожные разрезы. Примораживание вен к зонду позволяло выдергивать мелкие варикозные вены, что не требовало добавочных разрезов.

Третья методика (41 больной). Заключалась в том, что криоэкстракторы подводились к венам через кожные проколы. После излечения вен не требовалось наложения кожных швов. У 6 больных операции выполнены в условиях стационара. У остальных, в том числе и при послеоперационных рецидивах, эта методика использовалась в условиях поликлиники. В процессе операции иногда требовалось несколько кожных проколов. Нами разработана и успешно применена криофлебэкстракция перфорантных вен на уровне апоневроза или в более глубоких слоях. Данная методика имеет преимущество перед склеротерапией, т.к. она более радикальная. Среднее пребывание больных в стационаре не превышало 3 – 5 дней.

Четвертая методика (25 больных). Предусматривала удаление вен через кожные проколы и кожные разрезы.

Установлено, что в 61,3% развивающийся рецидив являлся результатом прогрессирования клапанной недостаточности магистральных и перфорантных вен. В остальных случаях это связано с техническими погрешностями первичной операции.

Для профилактики послеоперационных рецидивов у 30 больных в комплексном лечении проведено формирование клапана магистральной вены по следующей методике: после выделения устья подкожной вены, отступя на 2,5 см, последняя продольно или поперечно клипировалась танталовой клипсой. Дистальнее клипсы она пересекалась. Фрагмент вены с клипсой инвагинировался в просвет бедренной вены. Основание инвагинации ушивалось в поперечном направлении атравматичной иглой. Для создания замыкательной функции дистальнее созданного инвагината, напротив его свободной флации, клипсой пережимался на половину просвет бедренной вены. Как во время операции, так и в послеоперационном периоде, а также в отдаленные сроки (до 7 лет) с помощью функциональных проб, ультразвуковой диагностики, флебографии подтверждена хорошая функция созданного аутовенозного бесшовного венозного клапана. Подобные результаты отмечены при использовании коррекции клапанов по А.Н. Веденскому. У всех указанных больных в отдаленные сроки (до 10 лет) рецидива варикозной болезни не отмечено.

Нами обоснована хирургическая коррекция послеоперационных рецидивов варикозной болезни в условиях поликлиники. В связи с этим выделено 5

клінічних груп больних. Найбільше прийнятним явилось використання такого малоінвазивного методу, як криофлебекстракція, із окремих шкірних проколів. Іноді для цих цілей вимагалось декілька подібних проколів. Ефективним виявилось вилучення варикозних сплетень і перфорантних вен при рецидивах, при трофічних расстройствх або ж при наявності трофічних язв. В останніх випадках руйнувалась так звана «решетка вен під дном язви».

Терми стаціонарного лікування при використанні даної методики складали не більше 1 дня проти 7 – 22 дня при традиційному лікуванні. Терми тимчасової нетрудоспосібності скорочувались в 3 – 5 раз.

УДК 616.136-007.64-001.5-089.847

К Бальцер, М.Гайдріх

НЕВІДКЛАДНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПЕРФОРУЮЧИХ АНЕВРИЗМ ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ

Судиннохірургічна клініка Академічної лікарні Університету Дюссельдорф, ФРН

Швидкий розвиток ендovasкулярної хірургії аорто-іліакального сегмента зумовив поширення цієї лікувальної методики на лікування аневризм черевного відділу аорти із застосуванням ендопротезів. Точна морфометрія аневризми і оцінка стану артеріальної системи стали можливими із використанням спіральної комп'ютерної томографії, магнітно-ядерного резонансу, субтракційної артеріографії та дуплексного сканування (щонайменше двох із вказаних методів обстеження достатньо для класифікації аневризми за способом Гейдельберг). Критерії для застосування ендovasкулярного втручання на сьогодні є чітко визначеними, типові ускладнення стали мінімальними, тому такі втручання проводяться все частіше. Метою даної роботи було вивчити ранні результати ендovasкулярного лікування перфоруєчих аневризм інфраренального відділу аорти.

У нашій клініці з червня 1996 року по січень 2002 року було прооперовано 467 пацієнтів й аневризмою інфраренального відділу аорти, із них 125 хворих (27%) – ендovasкулярно. У 87 пацієнтів було проведено невідкладне оперативне лікування й використанням звичної методики, а у 14 – ендovasкулярне, що склало біля 2,5% всіх аневризм. Середній діаметр аневризм в ургентних пацієнтів – 61 мм, а їх середній вік – 75 років. Середня тривалість післяопераційного спостереження склала 36 місяців. Відносно малий процент ендovasкулярно прооперованих пацієнтів можемо пояснити дуже строгими критеріями їх відбору (побудованими на основі літературних даних).

У 14 випадках ургентну імплантацію ендопротезів було проведено 8 хворим: із перфорацією аневризми (у позаочеревинний простір – 7, у одного хворого виникла аорто-тонкокишкова норія), і 6 хворим із симптоматичними аневризмами (біль у спині та попереку). Використано 12 разів моноіліакальні

протези (такіх фірм, як “Vanguard”, “Talent”, “Tahmed”, “Aneurux” та “Lifepath”) і тільки у 2 випадках біфуркаційні протези (“Endologix” та “Talent-Graft”).

Як основний метод контролю якості втручання було використано кольорове дуплексне сканування, а 2 рази у рік виконувалась комп'ютерна томографія Артеріографія проводилась тільки у виключних випадках для діагностики нориць ендпротезів або при наявності інших ускладнень

Подальші спостереження за хворими вказували на дуже добрі результати проведеного лікування (первинно успішними втручання виявились у 94,5% випадків). Це стосувалось як біфуркаційних, так і аорто-моноілакальних протезів у комбінації із перехресним шунтуванням У 2 хворих самої імплантації протезів було недостатньо для зупинки кровотечі, тому в них виконано стандартне втручання. Пацієнтка із аорто-тонкокишковою норицею померла через 4 тижні після операції по причині мезентеріальної ішемії. Ми констатували також ще один летальний випадок по причині інфаркту міокарда, ще один хворий помер через півроку після імплантації протезу також по причині інфаркту міокарда. Решта пацієнтів вижили Цікавим, на наш погляд, є той факт, що у одного хворого навіть через 3 роки після втручання при контрольному обстеженні була констатована позаочеревинна гематома.

Ми спостерігали також ряд ускладнень, пов'язаних із технікою втручання (тільки на початку клінічного впровадження методики) Так, в місці пункції загальної стегової артерії із-за вираженого кальцинозу спостерігали виникнення пульсуючих гематом, які вимагали реконструкції вказаної артерії із використанням латок або протезних вставок В одному випадку була проведена повторна операція з приводу лімфатичної нориці.

У віддалений післяопераційний період (до 36 місяців) основним ускладненням були нориці між протезом і артеріальною стінкою Ми констатували такі ускладнення у 2 (14,3%) хворих Проксимальну норицю (тип I), яка виникла через 2 місяці після операції було успішно усунуто ендovasкулярним методом. Окремий випадок виникнення нориці типу-III (через 11 місяців після втручання) пояснюємо диспропорцією діаметрів бранші протеза та клубової артерії, але це ускладнення було усунуто імплантацією нового стенту.

Згадані артеріальні нориці були констатовані на основі комп'ютерної томографії та артеріографії, але підозра на їх присутність виникла вже при дуплексному обстеженні. Ми переконані, що стандартне дуплексне обстеження (на власному досвіді більше 100 пацієнтів) може бути достатнім для констатації вказаних ускладнень. Тільки у сумнівних випадках повинні проводитись глибокі інвазивні обстеження. Це робить післяопераційний контроль більш дешевим.

Таким чином, при правильному відборі хворих можна отримати добрі ранні та віддалені результати ендovasкулярного лікування хворих із перфоруючою аневризмою черевного відділу аорти. Ми вважаємо, що таке лікування виправдане у пацієнтів із високим ризиком традиційного оперативного лікування. Наші перші результати переконливо свідчать про доцільність розширення показань до застосування ендovasкулярних методик у пацієнтів із судинною патологією.

Ю.Л.Шевченко, Ф.А.Зайниддинов, С.Б.Кашеваров

БАНДАЖИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА СИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УПРАВЛЯЕМОГО СИЛИКОНОВОГО БАНДАЖА СИСТЕМЫ «LAP BANK».

НИИ грудной хирургии, Московская медицинская академия им. И.М.Сеченова

В индустриально развитых странах, по данным исследований ВОЗ, примерно у 10-33,3 % населения отмечается избыточная масса тела. В Российской Федерации ожирением страдают 50% женщин и 30% мужчин. Из-за чрезмерного избытка массы тела у тучных людей часто возникают тяжелые сопутствующие заболевания, такие как артериальная гипертония, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, полиартриты, сердечная и легочная недостаточность. В подавляющем большинстве случаев эти больные утрачивают трудоспособность и вынуждены находиться на инвалидности, поэтому массивные формы ожирения, сопровождающиеся различными соматическими заболеваниями, называют болезненным или морбидным ожирением.

Существующие разнообразные методы консервативного лечения пациентов с крайними степенями ожирения малоэффективны.

В настоящее время считается, что только хирургическое лечение, способно обеспечить значительное и стойкое снижение массы тела, вернуть больного с крайней степенью ожирения к здоровому и комфортабельному образу жизни, существенно уменьшить степень тяжести сопутствующих заболеваний. Из существующих способов хирургического лечения ожирения одним из наиболее перспективных по нашему мнению является бандажирование желудка синтетической лентой или “управляемым” силиконовым бандажом (система Lap Band).

Нами было проведено комплексное обследование 91 больного с алиментарно-конституциональным ожирением III-IV степени. Основную группу пациентов составили 36 больных, которым выполнялось бандажирование желудка с использованием управляемого силиконового бандажа Lap Band, контрольную группу- 55 больных, которым выполнено бандажирование с использованием синтетической ленты. Бандажирование желудка с использованием Lap Band может выполняться лапароскопически, а с синтетической лентой- “открытым путем”.

Возраст больных в основной группе в среднем составил $37,7 \pm 6,48$ лет. Масса тела составила $127,9 \pm 20,6$ кг. Рост в среднем равнялся $168,3 \pm 6,5$ см.

Избыток массы (ИМТ) тела составил в среднем составили $91,4 \pm 30,9\%$ в основной группе, в контрольной группе ИМТ- $120,4 \pm 25,9\%$. До операции индекс массы тела (ВМТ) в основной группе больных колебался в среднем равнялся $45,6 \pm 7,04$ кг/м², в контрольной группе- $52,6 \pm 5,80$ кг/м².

Для изучения эвакуаторной функции желудка был использован метод динамической гастросцинтиграфии.

Кислотопродуцирующая функция желудка изучалась с помощью максимального гистаминового теста A.W.Kay.

В до операции базальная кислотность в среднем составила $1,06 \pm 0,14$ ммоль/час, а стимулированная – $8,4 \pm 0,55$ ммоль/час.

Эвакуаторная функция: У больных основной группы скорость эвакуации из “малого” желудка в послеоперационном периоде остается практически неизменной (период полувыведения пищи TS из “малого” желудка через 6 мес. $7,25 \pm 2,21$ мин., через 12 мес. $6,7 \pm 1,8$ мин. TS в контрольной группе – через 6 мес. $20,4 \pm 8,17$ мин., через 12 мес. $10 \pm 3,8$ мин.). Это объясняется тем, что внутреннее силиконовое кольцо бандажа оказывает меньшее давление на стенку желудка чем фторлавансановая лента, в меньшей степени развиваются атрофические изменения слизистой оболочки, и если вследствие этого увеличивается диаметр соустья, то его можно коррегировать, путем наполнения системы Lap Band. Это позволяет в достаточной степени поддерживать постоянство скорости эвакуации из “малого” желудка.

С течением времени скорость эвакуации пищи из “малого” желудка ускоряется вдвое ($p < 0,05$) у больных контрольной группы. Это можно связать с восстановлением моторики желудка после операции, исчезновением отека стенки желудка в месте перетяжки и отчасти с развитием атрофических изменений в слизистой оболочке под синтетической лентой и за счет этого некоторого расширения соустья.

Исследование эвакуаторной функции желудка показало, что степень снижения массы тела обратно пропорционально скорости эвакуации из “малого” желудка. В течение первых 6 мес. у больных контрольной группы отмечается максимальная задержка пищи в “малом” желудке. Этот период соответствует времени активного снижения массы тела. У больных основной группы скорость эвакуации пищи сохраняется практически на одном уровне, благодаря регулированию диаметра соустья между проксимальным и дистальным отделами желудка, а масса тела снижается постепенно.

После операции у больных основной группы в течение года ИМТ снизился на 47%, контрольной группы – 66%. У больных основной группы ВМТ снизился на 11,7 кг/м², в контрольной группе – на 15 кг/м².

Однако, снижение массы тела происходит плавно у больных основной группы, что не вызывает у больных психологического дискомфорта, астенического синдрома, т.е. является более физиологичной операцией.

Таким образом, операция бандажирования желудка при помощи “управляемого” силиконового бандажа “Lap Band” является малотравматичной, эффективной в плане снижения избыточной массы тела и может с успехом применяться в хирургическом лечении алиментарно-конституционального ожирения крайних степеней.

І. Гук, Дж. Дулак, А. Джосковіч, Дж. Нанобашвілі, А. Фюгль,
П. Полтер'єр

**ГЕННАПЕРЕДАЧАНЕІЗОЛЬОВАНОГОПЛАЗМІДУ
СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ
(СЕФР) СПРИЧИНЮЄ УТВОРЕННЯ МІКРОСУДИН, А НЕ
ПОВНОЦІННИХ КОЛАТЕРАЛЕЙ УМ'ЯЗАХ ІШЕМІЧНИХ
КІНЦІВОК**

*Медична колегія, Польща
Віденський університет*

Дослідний інститут судинної медицини ім. Людвіга Болтсмана

Background. Several studies demonstrated the increased numbers of angiographically detectable collaterals after vascular endothelial growth factor (VEGF) gene transfer. However, VEGF appears to be not sufficient for stimulation of the growth of mature blood vessels. Therefore, we decided to reinvestigate in what way the VEGF gene transfer to rabbit ischemic muscle can restore blood flow impaired by femoral artery excision.

Methods. Naked KNA, either control plasmid (pSVbgal) or pSG5-VEGF₁₆₅ (harbouring human VEGF cKNA) were injected into adductor magnus muscle.

Results. Human VEGF₁₆₅ mRNA was detected in the ischemic muscle injected with pSG5-VEGF₁₆₅ and human VEGF protein was present in the blood plasma of the same animals, but not in rabbits treated with control plasmid. However, rabbit VEGF synthesis was also enhanced in ischemic legs of both b-gal and VEGF-treated animals. In spite of the augmented generation of endogenous VEGF, the local blood flow decreased to 75±13.9 % (of flow before excision) after 28 days in pSVbgal injected animals, whereas it was preserved (97.3±15 %) in pSG5-VEGF₁₆₅ treated rabbits (p<0.02). Muscles of rabbits treated with pSG5-VEGF₁₆₅ showed significantly higher number of microvessels in comparison to ischemic muscles treated with pSVbgal (230±66 vessels/mm² vs. 134±48; p<0.01), but angiographic analysis did not demonstrate significant differences in the number of collaterals between animals.

Conclusions. The restoration of blood flow is most probably due to increased local angiogenesis, but not the formation of stable collateral vessels.

**І. Гук, Д. Нанобашвілі, Г. Тюфельсбауер, Д. Ламмер,
П. Полтер'єр, Г. Крещмер**

СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМИ АОРТАЛЬНИМИ АНЕВРИЗМАМИ

Віденський університет, Австрія

Background. Open surgical repair is still the “golden standard” for treatment of infrarenal abdominal aortic aneurysms (AAA). Transfemoral endovascular aneurysm management (TEAM) of AAA patients is used as alternative. However, certain morphological preconditions are necessary. Our single center experience with regard to mortality rate will be presented.

Methods. Two periods of elective AAA treatment were analyzed. From 1995 until 2000 both open surgery and TEAM were concurrently carried out (open surgery: n=248; TEAM: n=206;) Both treatment groups were compared by risk adjusted analysis. During the second period (2001-) the conclusions from this analysis were drawn and applied to 122 consecutive patients prospectively. MR were calculated and compared.

Results. Within the first period overall MR was 3.7% (following open surgery 4.8%, after TEAM 2.4%, respectively). Risk adjusted analysis revealed superior survival rates in high risk patients with impaired kidney and/or pulmonary function after TEAM. During the second period overall MR was 1.6%. No patient died after open surgery (0% vs 4.8%).

Conclusion. Mortality rate after open surgical repair can be minimized by introducing TEAM as less invasive procedure for therapy of AAA.

УДК 617.58-005-085.844.3

І.М.Гудз

ЧИ НАБУДЕ ПОШИРЕННЯ В УКРАЇНІ СИЛІВА-МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ НЕДУГИ?

Івано-Франківськ

Стандартом радикального лікування варикозного розширення підшкірних вен нижніх кінцівок (варикозна недуга – ВН) на сьогоднішній день залишаються перев'язка великої підшкірної вени (ВПВ) та її бокових гілок у місці впадіння у стегнову вену (кроссектомія) з наступним видаленням ВПВ за допомогою зонда (операція Вавсока), а її бокових гілок – через окремі розрізи (подібно здійснюється операція і при недостатності малої підшкірної вени МПВ) [1,2].

Дані літератури свідчать, що при виконанні венекзерезу судинними хірургами частота рецидивів складає 6,5%, в той час як у загальних хірургів дане ускладнення становить до 34% [3]. Тому продовжуються дослідження, спрямовані на розробку оптимальних схем радикального лікування ВН.

У 1988 році судинний хірург Claude Franceschi (Париж) розробив і впровадив у франкомовних країнах CHIVA-метод лікування ВН. CHIVA є аббревіатурою від французьких слів: С – консервативне лікування, Н – геодинаміки, І – недостатності, V – венозної, А – амбулаторний. За останніми даними (Франція, 2000 рік) 50% судинних хірургів при лікуванні ВН застосували традиційний венекзerez, 40% – поєднання CHIVA із венекзerezом, а 10% – виключно CHIVA-метод [4].

Основною ціллю згаданого метода є збереження стовбурів ВПВ та МПВ як дренажних шляхів для відтоку крові із уражених зон у глибоку венозну систему. При цьому автор посилається на Trendelenburg (як попередник CHIVA-методу), який ще у 1891 році після впровадження операції перев'язки ВПВ у середній третині стегна констатував зворотній розвиток варикозне розширених вен у половини пацієнтів [4].

За С.Franceschi оперативному лікуванню ВН передують ретельне вивчення стану венозного кровоплину на ураженій кінцівці з допомогою кольорового дуплексного сканування (КДС). При цьому визначається кровоплин, його напрямок по ВПВ та МПВ, їх основних гілках (варикозне розширених і незмінених) та перфорантних венах. На основі даних КДС будується схема кровоплину по підшкірних венах кінцівки із зазначенням сегментів ВПВ і МПВ із клапанною недостатністю (де спостерігається рефлюкс крові) та локалізацією їх з'єднань із боковими гілками або перфорантними венами. Надалі виробляється стратегія: після визначення місць, де кров починає переповнювати підшкірні венозні сегменти та тих зон, де вона знову дрeнується у “здорові” вени, складаються основні 4 типи норичь (по Franceschi). Для кожного із цих типів формується завдання так роз'єднати підшкірні вени щоби кров текла тільки у напрямку із поверхневої у глибоку венозну сітку (ліквідація патогемодинаміки ВН). На думку автора при цьому йде циркуляція крові по всіх поверхневих венозних сегментах, але перенавантаження їх не відбувається і в кінцевому результаті спостерігається зворотне зменшення діаметрів варикозне розширених підшкірних вен.

Оперативно CHIVA-метод полягає у здійсненні наступних етапів: 1) спочатку виконується кроссектомія, але при цьому лігатура накладається тільки на ВПВ у місці впадіння її у стегнову вену, а ряд бокових гілок, які впадають у цьому місці у ВПВ не перев'язуються (вони служитимуть надалі для ретроградної перфузії ВПВ з метою попередження її тромбування). Аналогічно роблять із МПВ; 2) стовбури ВПВ чи МПВ не видаляються, а перев'язуються нижче відходження їх основних гілок або з'єднань із перфорантними венами (якщо вони не мають ознак недостатності); 3) варикозне розширені бокові гілки залишаються за винятком тих, які не мають шляхів дрeнування (видаля-

ються через окремі розрізи – “міні-флебектомія”). При неускладненому перебігу післяопераційного періоду через 4–6 тижнів хворі з’являються для першого обстеження. За даними автора у більшості із них спостерігається, попри суб’єктивне покращення, зворотна редукція значної частини варикозне розширених вен і, провівши повторне КДС, можна судити чи залишилися недостатні перфорантні вени та бокові гілки ВПВ. У випадку їх виявлення необхідне повторне оперативне втручання (перев’язка) для усунення патологічних кровоплинів.

Представлений вище СНІВА метод лікування ВН закономірно спонукає до дискусії стосовно його переваг перед традиційним оперативним втручанням. Так, автор відмічає наступні позитивні сторони методу: 1) ВПВ зберігається і в майбутньому вона може бути використана як можливий шунтуючий матеріал (варикозне розширена?!) при реваскуляризації міокарду та нижніх кінцівок; 2) втручання проводиться під місцевим знеболенням в амбулаторних умовах; 3) малі розрізи є косметичне сприятливими і не дають вираженого больового синдрому; 4) мінімальний ризик пошкодження лімфатичних протоків та шкірних нервів. При цьому мало наголошується на негативних сторонах застосування такої лікувальної методики. Так, навряд чи реальним є майже годинне передопераційне обстеження кожного хворого із ВН з допомогою КДС спеціалістом, який повинен мати глибокі анатомічні знання. Чи дійсно можлива зворотна редукція тих величезних варикозних вузлів, які ми постійно знаходимо у наших пацієнтів і наскільки терплячим повинен бути пацієнт (місяці компресійної терапії) для очікування кінцевого косметичного ефекту? Чи погодиться він на повторні втручання і як ми пояснимо йому необхідність їх проведення (за даними автора вони неминучі у 20% пацієнтів)? Чи маємо ми можливості обстежувати сотні хворих після венекзерезу з допомогою КДС? Варто також відмітити той факт, що прихильники СНІВА-методу констатують відносно часте виникнення у післяопераційному періоді тромбофлебіту сегментів ВПВ та МПВ, не забезпечених достатнім ретроградним кровоплинном. Чи не є це грізним ускладненням, яке може бути причиною відмови від застосування згаданого методу лікування?

Звичайно, судити однозначно про доцільність застосування СНІВА-методу лікування ВН в клініках України на основі представлених вище аргументів неможливо. Такий нетрадиційний підхід до лікування ВН потребує додаткових пояснень, оскільки викликає багато запитань у судинних хірургів, які десятиліттями переконались у перевагах та недоліках традиційного оперативного лікування ВН. Остаточну відповідь на ці запитання можна отримати тільки провівши клінічну апробацію на достатній кількості хворих.

О.Э. Михневич, В.О. Михневич

НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЮ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Институт травматологии и ортопедии АМН Украины

Проблема профилактики осложнений и адекватного лечения хронической ишемии нижних конечностей и сегодня является одной из наиболее сложных. Это обусловлено, зачастую, не только возрастом и, соответственно, общим состоянием больных, но и невозможностью выполнения реконструктивных операций на сосудах как в результате «многоэтажности» поражения артерий, так и в связи со стенозом и окклюзией сосудов дистальных отделов голени, что не позволяет выполнить прямую реваскуляризацию конечности.

Работами сотрудников ИТО АМН Украины по изучению подфасциального давления (ПФД) в костно-фиброзных футлярах (КФФ) мышц при различных патологических состояниях доказано, что его повышение в 1,5-2 раза на протяжении 6 часов вызывает очаговые ишемические изменения в мышцах даже у здоровых людей.

Экстраполируя полученные данные на больных с хроническими ангиопатиями нижних конечностей различной этиологии, мы предположили, что у этого контингента больных должны происходить аналогичные процессы, но более растянутые во времени (годы).

На основании вышеизложенного, нами был выявлен еще один существенный механизм декомпенсации кровообращения у этого контингента больных усугубляющий течение хронической ишемии - повышенное ПФД в КФФ мышц нижней конечности.

Механизм повышения ПФД изучался как при «острых» состояниях (переломах костей, crush-syndrome, гнойно-некротических процессах и т.п.), так и при перегрузочной болезни (хронический компартмент синдром). Наиболее полно ишемическое повреждение мышц при повышении ПФД объясняет теория «артерио-венозного» градиента Матсена. Поэтому для четкого разграничения этих состояний и ранее известного хронического компартмент синдрома нами был предложен рабочий термин – синдром футлярной интерстициальной гипертензии (СФИТ). В мировой литературе мы не нашли работ по изучению влияния повышенного ПФД, а также ДКФ на трофику при СФИТ.

Анализируя результаты лечения 61 больного с хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей 111-1У стадии (облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартерит, диабетическая ангио-нейропатия), 70% которых имели гнойно-некротические процессы на стопе, нами эмпирически было установлено положительное влияние декомпрессионной фасциотомии (ДКФ) на эти результаты. Так, высокие ампутации после выполненной

только некрэктомии в последующем были произведены у 7 больных из 12, а при сочетании с ДКФ – у 6 из 49 пациентов.

Во всех случаях после проведения ДКФ, которая, при необходимости, сочеталась с некрэктомией, у больных отмечалась позитивная динамика уже на следующие сутки: исчезали или значительно уменьшались боли, быстро подвергались регрессу проявления гнойно-некротического процесса. У более чем 80% больных оперативное вмешательство заканчивалось на уровне стопы. У всех прооперированных больных отмечалось снижение ПФД на 10-40%. Об улучшении кровообращения в пораженной конечности свидетельствовали так же данные и других обследований.

В частности, увеличивались: реографический, дикротический индексы, пульсовое кровенаполнение у больных с магистральным типом кровообращения конечностей, снижалась асимметрия реовазографических кривых, что подтверждало увеличение кровенаполнения тканей исследуемого сегмента.

Данные термографического исследования также подтверждали улучшение кровообращения, что проявлялось повышением температуры дистальных отделов конечности на 0,8 – 3,2°C.

Изменение доплерографических показателей у части больных (5 наблюдений) – изменение формы доплерограммы (появление или увеличение диастолической составляющей), увеличение амплитудных показателей (в частности, линейной скорости кровотока), также было расценено нами, как позитивное влияние фасциотомии на регионарную гемодинамику.

Выводы: 1. Фасциотомия является органосохраняющей операцией, увеличивающей сроки выживаемости конечности при хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. 2. В случаях критической ишемии эту операцию можно рассматривать как метод выбора, и её задачей является уменьшение объёма оперативного вмешательства, сохранение конечности, ликвидация гнойно-некротического очага, или снижение уровня ампутации. 3. Кроме того, фасциотомия может быть предложена как подготовительный этап к последующим реконструктивным операциям на сосудах, т.к. она улучшает венозный отток, что обеспечивает выполнение прямой реваскуляризации в условиях относительно компенсированного кровообращения.

Литература

1. Raithel et al// XIII World Congress of the International union of Angiology. //- Rochester-1983-p.322
2. Затевахин И.И., Говорунов Г.В., Сухарев И.И. Реконструктивная хирургия поздней реокклюзии аорты и периферических артерий.//Москва –1993–с.18.
3. Теплинский А.В., Алексеев Г.И., Баранович В.Ю. Возможности реконструктивной сосудистой хирургии в лечении тяжелой ишемии нижних конечностей.-Вестник Российского университета дружбы народов.-серия медицина.-1999.-№1.-С.124-126.
4. Геник С.М., Пиптюк О.В. Лікування критичної ішемії нижніх кінцівок.-Шпитальна хірургія.-додаток до номера.- 2001.-№ 3.-С.19-21.
5. Михневич О.Э. Биомеханические аспекты профилактики трофических расстройств нижних конечностей у больных с патологией стоп./Літопис травматології та ортопедії, Київ, Ленвіт, 1999, с.104-106.
6. Страфун С.С., Бруско А.Т. Профилактика и лечение местного гипертензивного ишемического синдрома // Ортоп., травматол. и протез.- 1995. - № 1. - С.33-37.
7. Страфун С.С., Бруско А.Т. Ишемическое повреждение мышц при повышенном подфасциальном давлении // Ортоп., травматол. и протез.- 1995. - № 1. - С.33-37.
8. Matsen F.F. Compartmental syndromes.- New York: Grune and Stratton, 1980.-129 p.

А.Е. Турчин

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины, г. Харьков

Профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений в реконструктивной хирургии аорты и артерий нижних конечностей является одной из актуальных проблем, стоящих перед сосудистыми хирургами всего мира. Катамнестическое наблюдение в течении 10 лет (с 1991 по 2001гг.) за 88 мужчинами 36-70 лет, ранее перенесшими реконструктивные операции на артериях аорто-подвздошно-бедренного сегмента, позволило диагностировать гнойно-септические осложнения у 51 (57,95%) пациента. Раннее инфицирование трансплантата (до 6 мес) возникло у 23 (45,1%) больных. В остальных случаях (54,9%) гнойно-септический процесс развился в позднем послеоперационном периоде. Среди пациентов с инфицированием трансплантата у 24 больных (47,06%) диагностировано аррозивное кровотечение, из них: у 16 (31,37%) – в раннем и у 8 (15,69%) – в позднем послеоперационном периоде, приведшее к летальному исходу в 31,37% (16 человек) случаев. У 10 человек (19,61%) развившийся гнойно-септический процесс явился причиной ампутации нижней конечности.

Все вышеизложенное обуславливает необходимость поиска новых подходов к профилактике развития раневой инфекции.

Материалы и методы. С целью профилактики развития гнойно-септических осложнений в послеоперационный период у пациентов с критической ишемией нижних конечностей (КИНК), сопровождающейся гнойно-некротическими изменениями на стопах, а также для создания оптимальных условий выполнения реконструктивных сосудистых операций, предложено включать в предоперационную подготовку данной категории больных: санацию гнойно-некротических очагов на стопах с использованием современных антисептиков, антибиотикотерапию, с учетом чувствительности выделенной микрофлоры к антибактериальным препаратам, применение алпростадилла (ПГЕї). В динамике наблюдения изучены основные показатели кислотно-щелочного состояния (КЩС) крови. Выполнено также экспериментальное исследование, посвященное изучению противомикробных свойств ксенотрансплантата, обработанного различными методами: импрегнация протеза-металлическим серебром в реакции «серебряного зеркала», замачивание в 0,1% и 0,5 % растворе мирамистина или в 0,5 % растворе вантола. Для изучения противомикробной активности фрагменты протезов, помещали на свежезасеянный газон свежeweделенных и референс-культур грампозитивных и грамнегативных микроорганизмов в чашки Петри с 2% мясо-пептонным агаром (МПА). Определение бактерицидной и бактериостатической активности водного раствора нитрата серебра проводили методом серийных разведений в мясо-пептонном бульоне (МПБ).

Результаты исследований и их обсуждение. Изучение КЩС крови у пациентов с КИНК при поступлении в клинику свидетельствовало о наличии гипоксемии, снижении насыщения крови кислородом, сдвиге кривой диссоциации оксигемоглобина вправо, лактатацидемии, некомпенсированном метаболическом и респираторном ацидозе, что указывало на выраженные метаболические нарушения в ишемизированных тканях. Несмотря на то, что у всех пациентов было выявлено поражение в аорто-подвздошно-бедренном сегменте, что явилось показанием к проведению реконструктивных операций с использованием синтетического трансплантата, наличие у них гнойно-некротических поражений стопы, сопровождающихся выраженными признаками воспаления (лимфангоит, паховый лимфаденит), представляло реальную угрозу нагноения синтетического протеза. В результате выбранной тактики лечения диагностировано улучшение общего состояния пациентов, уменьшение болей в покое, отмечено очищение гнойных очагов с тенденцией к заживлению некротических поражений. Выявлена положительная динамика в КЩС пациентов. Так, отмечено значительное снижение уровня молочной кислоты и сдвиг буферных оснований вправо. Что сочеталось с нормализацией кислотности крови на фоне повышения парциального давления кислорода и снижения парциального давления двуокиси углерода.

Таким образом, выбранная тактика проведения предоперационной подготовка пациентов с КИНК позволяет обеспечить благоприятные условия для выполнения успешной реконструктивной операции на аорто-подвздошно-бедренном сегменте с применением синтетического трансплантата и значительно снизить риск развития гнойно-септических осложнений в послеоперационный период.

Не менее перспективным направлением в профилактике гнойно-септических осложнений в реконструктивной сосудистой хирургии является обработка ксенотрансплантата асептическими препаратами с целью придания им антимикробных-свойств. Оценивая противомикробную-активность обработанных, различными методами фрагменты протеза, установлено, что наиболее выраженным противомикробным действием обладают протезы импрегнированные нульвалентным серебром, проявляющие бактерицидное действие в отношении как грамнегативной, так и грампозитивной флоры. Более простым, но менее эффективным является метод, основанный на придании протезу антимикробных свойств путем замачивания его в 0,5% растворе вантола. Обработка трансплантата раствором мирамистина позволяет получить бактерицидный эффект преимущественно для грампозитивной микрофлоры.

Вывод. Представленные выше данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к профилактике гнойно-септических осложнений в сосудистой реконструктивной хирургии и разработки мероприятий, направленных как на санацию первичного очага инфицирования, стабилизацию метаболического состояния больного, а также методов обработки шовного и трансплантационного материала, позволяющих значительно снизить риск развития этого грозного осложнения.

СУДИННАХІРУРГІЯ	557
Г.В. Кньшов, Р.М. Витовский, А.М. Воробьева, В.П. Захарова, Е.В. Руденко, З.Т. Баланник. ПЕРВИЧНЫЕ ОПУХОЛИ СЕРДЦА	558
Л.Л.Ситар, В.В.Попов. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТИЧЕСКИХ СОЧЕТАННЫХ МИТРАЛЬНО-АОРТАЛЬНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	560
В.А.Сандриков, Л.М.Кузнецова, Н.Л.Черепенина, Т.А.Буравикина, Б.В.Кузнецов, Г.В.Ревуенков. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА	563
Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, Л.В. Попов, А.Н. Блеткин, А.Г. Ломакин. ХИРУРГИ- ЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСТИНФАРКТНЫХ АНЕВРИЗМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	565
Ю.В.Белов. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РАССЛАИВАЮЩИХ АНЕВРИЗМ ГРУДНОГО И ТОРАКОАБДОМИНАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ АОРТЫ	566
А.Г.Гринцов, А.И.Терменжи, О.Н.Ступаченко, С.И.Гольмамедов, В.В.Кравец РАНЕНИЯ СЕРДЦА	567
Л.Л. Ситар, В.В. Попов, І.М. Кравченко, А.А. Антощенко, В.П. Захарова РОЗШАРОВУЮЧІ АНЕВРИЗМИ ГРУДНОЇ АОРТИ: ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ	570
Р.І. Лекан, М.Ф. Зінковський, В.В. Лазоришинець, А.Г. Горячев. ВИКОРИСТАННЯ ЕКСТРАКАРДІАЛЬНИХ КОНДУІТІВ У ВІДНОВЛЕННІ ЛЕГЕНЕВОГО КРОВООБІГУ	572
Ф.Ш. Бахритдинов, Ш.М. Камипов, А.М. Масудов. ПЕРВЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУТОАРТЕРИАЛЬНЫХ КОНДУИТОВ В КОРОНАРНОЙ ХИРУРГИИ	574
Г.В.Кньшов, А.М.Воробьева, В.В.Максименко, О.И.Моргунов, З.Т.Баланник, С.И.Вовянюк, Е.Я.Беспалова, А.Н.Гуртовенко, А.А.Крикунов. ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ НА ИММУНОЛОГИЧЕСКУЮ РЕАКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННЫМ ЭНДОКАРДИТОМ	575
К.Б. Бабаджанов, А.А. Хикматов, М.М. Махмудов, М.М. Зуфаров. ДИНАМИКА ТЕНЗИОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЦА ПРИ ЕСТЕСТВЕННОМ ТЕЧЕНИИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ОБСТРУКЦИЙ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА	577
К.Б. Бабаджанов, А.А. Хикматов, М.М. Махмудов. ТАКТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИЗОЛИРОВАННЫХ ОБСТРУКЦИЯХ ПУТЕЙ ОТТОКА КРОВИ ИЗ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА СЕРДЦА	578
Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, Л.В. Попов, С.П. Паша, А.Н. Блеткин, А.Г. Ломакин ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	580
Ф.Ш. Бахритдинов, Ш.М. Камипов, С.А. Бабаджанов. ПРЯМАЯ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЯ МИОКАРДА НА РАБОТАЮЩЕМ СЕРДЦЕ ПЕРВЫЙ ОПЫТ	582
О.В. Вятченко-Карпінська, С.О.Гур'єв, С.Г. Білогривенко. АНАЛІЗ ІНФОРМАТИВНОСТІ ПІДВИЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ РІВНЯ ТРАНСФЕРУ КРОВІ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ЗАКРИТОЮ ТРАВМОЮ СЕРЦЯ, ЯК КОМПОНЕНТУ ПОЛІСИСТЕМНОГО ПОШКОДЖЕННЯ	583
І. Сухарев, А.Б. Доміняк, Ю.І. Ящук, Г.Г. Влайков. ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКТИВНІ ВТРУЧАННЯ НА ЧЕРЕВНІЙ ЧАСТИНІ АОРТИ ТА ПЕРИФЕРИЧНИХ АРТЕРІЯХ	587

А.С. Никоненко, А.В. Губка, В.И. Перцев, Л.П. Карнаух. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АНЕВРИЗМАХ БРЮШНОЙ АОРТЫ	590
Н.Ф.Дрюк, А.В.Самсонов. НЕПРЯМЫЕ МЕТОДЫ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ КОНЕЧНОСТЕЙ КАК АЛЬТЕРНАТИВА АМПУТАЦИИ	591
В.К. Гусак, В.Н. Пшеничный, А.А.Иваненко, А.А. Штутин, Г.Н. Лившиц, О.Н. Ковальчук, В.Н. Пузанов, Н.В. Адаменко, А.В. Басацкий, Д.Л. Виокуров. ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ У БОЛЬНЫХ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	593
В. Г. Мишалов, В. А. Черняк, Н. Ю. Литвинова, В. М. Селюк, А. И. Осадчий, Г. А. Костромин, Ю. И. Кошевский, Д. В. Демидюк. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СОЧЕТАННЫХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ СОСУДОВ СЕРДЦА, ВЕТВЕЙ ГРУДНОЙ И БРЮШНОЙ АОРТЫ	595
Г.Р.Нурмухамедов, А.В.Трынкин. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ХРОНИЧЕСКОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ИШЕМИИ	597
Н.А. Сафронков, В.Н. Шкуропат, Н.А. Бежнар, С.В. Яворский, К.А. Цурбан, И.А. Чекулаева, О.М. Панченко. ОПЫТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С РЕОККЛОЗИЯМИ АРТЕРИЙ АОРТО-ПОДВЗДОШНО-БЕДРЕННОГО СЕГМЕНТА	599
О.В. Артеменко, В.М. Кучер, В.П. Грабарчук, С.П. Бородавко, М.В. Вітів, М.М. Гвоздяк, Д.С. Бородавко. ПОВТОРНІ РЕКОНСТРУКЦІЇ ЕКСТРААНАТОМІЧНИХ АРТЕРІАЛЬНИХ ШУНТІВ	601
І.М. Гудз. ЕФЕКТИВНІСТЬ НАПІВЗАКРИТИХ ДЕЗОБЛІТЕРАЦІЙ ПРИ ПОШИРЕНИХ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНИХ ОККЛОЗІЯХ СТЕГНА	602
А.Б. Доміняк, Ю.І. Ящук. ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ НЕСПРАВЖНИХ АНЕВРИЗМ АНАСТОМОЗІВ	604
В.К. Гусак, В.П. Шано, Е.В. Иванова. ОСОБЕННОСТИ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В АНГИОХИРУРГИИ	606
А.С. Никоненко, А.В. Губка, В.И. Перцев, Л.П. Карнаух, А.Н. Матерухин, Т.П. Котова, В.А. Губка. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОККЛОЗИОННО-СТЕНОТИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	607
Д.Н. Крушин, Ю.Э. Полищук, А.В. Самсонов. ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ СИНДРОМЕ ГРУДНОГО ВЫХОДА И ИХ ХИРУРГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ	609
В.А. Черняк, В. М. Селюк, А. И. Осадчий, Н. Ю. Литвинова. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНЕВРИЗМ АОРТЫ ПРИ СОЧЕТАННОМ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ АРТЕРИЙ КОРОНАРНОГО И БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО БАССЕЙНОВ	610
Х.А.Акилов, Ф.Ш.Бахритдинов, А.В.Трынкин, З.З.Каримов. ЭТАПНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СОЧЕТАННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ КОРОНАРНЫХ И БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ	613
Л.Я.Ковальчук, І.К. Венгер, А.В. Левицький, О.В. Підловський, В.В. Шкробот. ПЕРИФЕРІЙНА ГЕМОДИНАМІКА ТА КОЛАТЕРАЛЬНИЙ КРОВОТІК ПРИ ВИБОРІ ОБ'ЄМУ РЕКОНСТРУКЦІЇ ОККЛОЗІЙ СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА	614
А.И. Трегубенко, Ю.А. Трегубенко, А.Г. Иванов, В.Н. Абашкин. РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОККЛОЗИЯХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-БЕРЦОВЫХ СЕГМЕНТОВ	617

Л.В. Березовчук, М.В. Костылев, П.И. Никульников. ИЗМЕНЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЭКСТРАКРАНИАЛЬНЫХ ВЕТОК ДУГИ АОРТЫ ПО ДАННЫМ ЭЭГ	619
І.К. Венгер, О.І. Орап, С.Я. Костів, Л.В. Шкробот, А.Р. Вайда В.В. Шкробот. ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНІЙ ОКЛЮЗІЇ СОННИХ АРТЕРІЙ ТА АОРТО-СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА	620
Л.Я. Ковальчук, І. К. Венгер, В.А. Надал, С.Я. Костів, Шкробот В.В. ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ СИНДРОМУ ОБКРАДАННЯ ПРИ РЕКОНСТРУКЦІЇ АОРТО- СТЕГНОВОГО СЕГМЕНТА	622
В.Т.Бурий. ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЇ ЛЕГЕНЕВОЇ АРТЕРІЇ	624
А.І. Захарьян. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ВРЕМЕННЫХ КАВА-ФИЛЬТРОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТРОМБЭМБОЛИЙ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	626
В.Г.Мішалов, О.І.Осадчий, В.А.Черняк, В.М.Селюк, Л.В.Кулик, Л.Ю.Маркулан, С.В. Бейчук, Д.В. Демидюк, Д.М. Соловійов, В.М. Дроганов. ШЛЯХИ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ПРАКТИЦІ БАГАТОПРОФІЛЬНОЇ ЛІКАРНІ	629
Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, А.В. Левицький, Ю.Ю. Свідерський. КОРЕКЦІЯ КЛАПАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ ГЛИБОКИХ ВЕН У ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНОГО СИНДРОМУ НИЖНІХ КІНЦІВОК	631
А.Б. Доминяк, Ю.І. Ящук. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ ТРОМБОЗОВ АОРТОБЕДРЕННЫХ И БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННЫХ РЕКОНСТРУКЦИЙ	633
Л.Я. Ковальчук, І.К. Венгер, О.В. Шідловський. СУДИННО-ТРОМБОЦИТАРНІЙ МЕХАНІЗМ ТРОМБОУТВОРЕННЯ В СИСТЕМІ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРОМБОЗУ СЕГМЕНТА РЕКОНСТРУКЦІЇ	634
А.К. Баратов. ИШЕМИЯ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ ПОВРЕЖДЕНИЯМИ АРТЕРИЙ ГОЛЕНИ	637
І.К. Венгер, В.В. Гошинський, А.В. Левицький. ІНТРАОПЕРАЦІЙНЕ ВИКОРИСТАННЯ ВАЗАПРОСТАНУ ЯК МЕТОД ПОПЕРЕДЖЕННЯ ТРОМБОЗУ СЕГМЕНТА РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІД ЧАС РЕВАСКУЛЯРИЗАЦІЇ НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ З АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЮ ОКЛЮЗІЄЮ АРТЕРІЙ СТЕГНО-ПІДКОЛІННОГО СЕГМЕНТА	639
Л.В. Березовчук, М.В. Костылев, Н.Я. Калига. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПО ДАННЫМ ЭЭГ	641
І.В. Дмитрів. ДЕРМАТОГЛІФІКА ЯК МЕТОД ЕФЕКТИВНОЇ ДОКЛІНІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ ГОСТРОГО ТРОМБОФЛЕБІТУ І ВАРИКОЗНОГО РОЗШИРЕННЯ ВЕН	642
А.А. Иваненко, В.Н. Пшеничний, Г.Н. Лившиц, Н.В. Адаменко, С.Г. Лившиц, ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ РЕЦИДИВЕ ИШЕМИИ У БОЛЬНЫХ С СИНДРОМОМ ЛЕРИША	644
Х.И. Исламбеков. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭРЕКТИЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ЛЕРИША	646

В.Я. Кадубець, ІК. Венгер. ПОВТОРНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ТРОМБОЗІ АЛОПУНТА У ВИДАЛЕНОМУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ АОРТО-СТЕГНОВИХ РЕКОНСТРУКЦІЙ	648
В.В. Корсак. ПОВТОРНІ ОПЕРАТИВНІ ВТРУЧАННЯ В КЛУБОВО-СТЕГНОВОМУ СЕГМЕНТІ	650
О.П.Мустьяц, В.К.Запорожець, В.П.Брежнев, В.М.Ходирев, С.І.Бондаренко, С.А.Буханець, О.А.Орехов, М.М.Драгомерецький. ПРОФІЛАКТИКА УСКЛАДНЕНЬ ПРИ АМПУТАЦІЇ З ПРИВОДУ АТЕРОСКЛЕРОТИЧНОЇ ГАНГРЕНИ	653
П.П.Сакевич. ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЯХ	654
Н.Н.Салимжанов. ЭТАПНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ..	656
Н.А. Сафронков, В.Н. Шкуропат, Н.А. Бежнар, С.В. Яворский, К.А. Цурбан, И.А. Чекулаева, О.М. Панченко. ПОВТОРНЫЕ РЕКОНСТРУКТИВНЫЕ ОПЕРАЦИИ НА АРТЕРИЯХ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО БЕРЦЕВОГО СЕГМЕНТА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	658
М.В. Суховій, І.В. Лозян, О.І. Сопко, П.В. Юценко, П.Ф. Демидюк, С.М. Терехов, В.І. Семеняка. ТРОМБОТИЧНІ ТА ТРОМБОЕМБОЛІЧНІ УСКЛАДНЕННЯ СПЛЕНЕКТОМІЇ ПРИ АУТОІМУННИХ ГЕМОЦИТОПЕНІЯХ	659
А.В.Чурилов, С.В.Кушнір, С.А.Петренко, Л.А.Третьякова, П.Д.Филонов, Т.Д.Ханина. ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ В ГНОЙНОЙ ГИНЕКОЛОГИИ	661
Р.М. Ціпак, В.Я. Кадубець. ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ХРОНІЧНОЮ ВЕНОЗНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ НИЖНИХ КІНЦІВОК В СТАДІЇ ДЕКОМПЕНСАЦІЇ	663
П. Кобза, Р.А. Жук, Т.Г. Сорока. ХІРУРГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПІЗНІХ УСКЛАДНЕНЬ АОРТО-СТЕГНОВИХ РЕКОНСТРУКЦІЙ	665
Б.М.Тодуров, А.П.Мазур, С.Н.Фуркало, Н.В.Гончаренко, В.Ф.Онищенко, В.Й.Сморжевский, Е.В.Шныркова, А.И.Мараренко. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОЭМБОЛИИ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ	668
Б.М. Тодуров, А.П. Мазур, С.Н. Фуркало, И.Н. Кузьмич, В.Й. Сморжевский, Г.И. Ковтун, И.В.Хасянова, В.П. Захарова, Е.В. Шныркова, Н.И. Витковская. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ	669
Г.И.Ковтун, В.В.Дяченко, И.В.Хасянова, В.Ф.Онищенко, В.А.Шевченко, Н.В.Гончаренко, Н.И.Витковская, Б.М.Тодуров. ПРИМЕНЕНИЕ МИНИИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ХИРУРГИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	670
В.А. Сандриков, Л.М. Кузнецова, Б.В. Кузнецов, Г.В. Ревуненков. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ВНУТРИСОСУДИСТОГО МУЛЬТИЧАСТОТНОГО ДАТЧИКА AcuNav	672
Ю.Л. Шевченко, И.А. Борисов, Л.В. Попов, С.П. Паша, А.Н. Блеткин, А.Г. Ломакие. ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИИ МИОКАРДА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ПОСТИНФАРКТНОЙ АНЕВРИЗМЫ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	672
В.Е. Толпекин, Э.Н. Казаков, А.Я. Кормер, Д.В. Шумаков, В.В. Честухин, И.В. Мелемука, Р.А. Нарзикулов, К.Н. Васильев, М.Е. Мошков. ПЯТИЛЕТНИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИАОРТАЛЬНОЙ КОНТРАПУЛЬСАЦИИ	674

А.Д.Гаибов У.А. Гулов. ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ	676
А.Д. Гаибов, М.Ш. Бахруддинов. ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАЦИИ НА БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ АОРТО-БЕДРЕННОЙ ЗОНЫ	677
М.А. Фахратов, С.М. Расулов, Ш.С. Норкузиев, М.У.Каримов. ОСОБЕННОСТИ ТАКТИКИ ПРИ ТРОМБОЭМБОЛИЯХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ	679
И.Н. Гришин, И.С. Стросветская, С.Н. Корниевич. КРИОФЛЕБЭКСТРАКЦИЯ И КОРРЕКЦИЯ КЛАПАННОГО АППАРАТА МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РЕЦИДИВОВ ...	679
К. Балыцер, М.Гайдрих. НЕВИДКЛАДНЕ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ПЕРФОРУЮЧИХ АНЕВРИЗМ ЧЕРЕВНОГО ВІДДІЛУ АОРТИ	681
Ю.Л.Шевченко, Ф.А.Зайниддинов, С.Б.Кашеваров. БАНДАЖИРОВАНИЕ ЖЕЛУДКА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УПРАВЛЯЕМОГО СИЛИКОНОВОГО БАНДАЖА СИСТЕМЫ «LAR BANK».	683
І. Гук, Дж. Дулак, А. Дзюсковіч, Дж. Нанобашвілі, А. Фюгель, П. Полтер'єр. ГЕННА ПЕРЕДАЧА НЕІЗОЛЬОВАНОГО ПЛАЗМІДУ СУДИННОГО ЕНДОТЕЛІАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТУ (СЕФР) СПРИЧИНЮЄ УТВОРЕННЯ МІКРОСУДИН, А НЕ ПОВНОЦІННИХ КОЛАТЕРАЛЕЙ У М'ЯЗАХ ШЕМІЧНИХ КІНЦОВОК	685
І. Гук, Д. Нанобашвілі, Г. Тюфельсбауер, Д. Ламмер, П. Полтер'єр, Г. Крещмер. СУЧАСНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З АБДОМІНАЛЬНИМИ АОРТАЛЬНИМИ АНЕВРИЗМАМИ	686
І.М.Гудз. ЧИ НАБУДЕ ПОШИРЕННЯ В УКРАЇНІ СНІВА-МЕТОД ЛІКУВАННЯ ВАРИКОЗНОЇ НЕДУГИ?	686
О.Э. Михневич, В.О. Михневич. НОВЫЙ ПОДХОД К ПРОФИЛАКТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЛЕЧЕНИЮ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	689
А.Е. Турчин. ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В СОСУДИСТОЙ РЕКОНСТРУКТИВНОЙ ХИРУРГИИ И ПУТИ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ	691

