

УДК 617.55:616.35:378.147

**Я.С. Березницький,
В.В. Гапонов,
Р.М. Молчанов,
В.П. Сулима,
Р.В. Дука,
С.Л. Маліновський,
І.Л. Верхолаз,
Е.О. Ярошенко,
О.В. Білов,
І.Ф. Полулях-Черновол**

**ВИКЛАДАННЯ МОДУЛЯ «НЕВІДКЛАДНА
АБДОМІНАЛЬНА ХІРУРГІЯ ТА
ПРОКТОЛОГІЯ»**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Для додипломної підготовки кваліфікованого лікаря за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» в навчальний процес втілена кредитно-модульна система. Належне викладання хірургії в комплексі інших дисциплін створить умови для якісної підготовки лікаря та якісного надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини в майбутньому. Для адекватного засвоєння студентами необхідного обсягу знань та вмінь необхідно організувати структуру заняття згідно з певними рівнями професійної підготовки або рівнями засвоєння.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Метою роботи є вдосконалення проведення навчального процесу та оцінка реального ступеня засвоєння студентами навчальної програми за європейською кредитно-трансферною системою.

На кафедрі хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» впроваджено планування процесу навчання відповідно до рівнів засвоєння, або рівнів професійної підготовки та з відпрацюванням пропущених практичних занять у додатковий термін. Виробнича практика «Помічник лікаря стаціонара» проводиться під час навчання студентів на модулі.

Модуль «Невідкладна абдомінальна хірургія та проктологія» складається з трьох змістових модулів: «Загальні принципи формування діагнозу», «Невідкладна абдомінальна хірургія» і «Невідкладна проктологія». Кожен зі змістових модулів складається з декількох навчальних елементів. За кожним елементом закріплені проміжний контроль (задачі), ситуативні задачі студенти вирішують вдома.

Заняття складається з: підготовчого етапу (10-25% загального часу заняття), на цьому етапі

контроль знань проводиться за допомогою тестів I-II рівня; основного етапу (60-90%), контроль знань і професійних вмінь на прикладі обстеження хворого відповідає IV рівню, оволодіння практичними навичками – III рівню; підсумкового етапу (10-20%), контроль знань та вмінь не проводиться.

Творчий рівень (V) досягається за рахунок дослідження студентами окремих питань хірургії з доповіддю на засіданнях студентського наукового гуртка.

Алгоритм проведення практичних занять використовується при відпрацюванні пропусків у додатковий термін (канікулярний період).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Побудова навчального процесу за кредитно-модульною системою та структурна побудова практичних занять, коли контроль теоретичних знань згідно з I-II рівнем засвоєння займає близько 6,25%, контроль оволодіння практичними навичками (III рівень) – 31,25%, контроль формування професійних вмінь та навичок (IV рівень) – 50%, дозволяє ефективно формувати у студентів необхідний рівень знань, практичних навичок та вмінь. Так, абсолютна успішність досягає 99,7%, якісна успішність – 65,3%.

Проведення виробничої практики «Помічник лікаря стаціонара» під час проходження модуля дозволяє студентам застосовувати набуті під час практичного заняття навички та вміння у практичній діяльності після занять.

Відпрацювання студентами пропусків практичних занять у додатковий термін мотивує до зниження кількості пропусків, так, кількість пропусків практичних занять суттєво знизилась з 756 годин до 153 годин (КП – 87).

ПІДСУМКИ

Отримані результати вказують на підвищення мотивації студентів до засвоєння предмету, рівня засвоєння практичних навичок, значного зниження пропусків практичних занять без поважних причин, що дозволяє підготувати якісного

спеціаліста за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» з подальшою інтеграцією його в практичну систему охорони здоров'я України.



УДК 616.345-006-089.12-048.34

**В.В. Ганжій,
Р.В. Драгулов,
С.І. Гроздев**

**ОСОБЛИВОСТІ ВИКОНАННЯ
ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ
РЕЗЕКЦІЇ ПРЯМОЇ КИШКИ**

*Запорізький державний медичний університет
пр. Маяковського, 26, Запоріжжя, 69035, Україна
Zaporizhzhia State Medical University
Maiakovskiy av., 26, Zaporizhzhia, 69035, Ukraine*

Зміна харчових переваг сучасної людини з переважанням рафінованих калорійних харчових продуктів виводить на передові позиції в рейтингу онкологічних захворювань рак прямої кишки. Як і раніше, основним методом лікування цієї патології, при розташуванні пухлини від 4 до 6 см від заднього проходу, є екстремально-травматична черевно-анальна резекція прямої кишки, котра включає в себе видалення частини сигмовидної і повністю прямої кишки, що містить пухлину, іноді з частиною заднього проходу. Нами виконується лапароскопічним доступом мобілізація лівої половини товстої кишки з лімфодисекцією по ходу нижньої брижової артерії та лімфодисекцією в басейні здухвинних артерій. Після проведення цієї процедури для заміни втрачених резервуарних функцій прямої кишки з вищерозміщеної (нисхідної кишки) формується "резервуар", потім за допомогою ручного шва формується анастомоз (зшивається кишка із заднім проходом). У зв'язку з розташуванням анастомозу в задньому проході, нами відмічено повільне його загоєння, особливо в пацієнтів, які пройшли попереднє опромінення.

Мета дослідження – удосконалення черевно-анальної екстирпації прямої кишки використанням на черевному етапі лапароскопічного доступу в черевну порожнину з виконанням висхідної лімфодисекції.

У дослідження включено 12 хворих: 4 жінок, 8 чоловіків у віці від 54 до 68 років із середньоампулярним розташуванням пухлини прямої кишки.

Черевно-анальна резекція прямої кишки з використанням SILS – методики здійснювалася через розріз у надпупковій ділянці до 3 см завдовжки. Після виконання кожного розрізу відкритим методом у черевну порожнину після пальцевого та візуального контролю встановлювався SILS-порт, накладався карбокси-перитонеум 12-15 мм рт. ст. У черевну порожнину вводився 10 мм лапароскоп із 30-градусним кутом огляду у поєднанні з SILS-затискачем і Liga Sure, під'єднаним до апарата зварювання живих біологічних тканин. Після проведення оглядової відеолапароскопії і верифікації захворювання за допомогою SILS-затискача проводилися маніпуляції із захвату і відведення латерально товстої кишки, починаючи від селезіночого кута до верхньоампулярного відділу прямої кишки. Рівень мобілізації залежить від розмірів пухлини й анатомічних особливостей, довжини ободової кишки. Основною метою є достатня мобілізація для подальшого зведення сигмоподібної кишки. За допомогою Liga Sure виконувалося розсічення парієтальної очеревини по ходу нисхідної та сигмоподібної кишок. Надалі виконувалося дисекція заочеревинної клітковини апаратом Liga Sure у

поєднанні з апаратом біологічного зварювання тканин. Це поєднання надавало можливість виконувати диссекцію з якісним гемостазом, ранньою судинною ізоляцією. Це ставало можливим у зв'язку з використанням апарата біологічного зварювання тканин, що достовірно зупиняє кровотечу із судин діаметром 5 мм. Це виключало використання при перетині судин кліпування титановими кліпсами.

Надалі другим і найбільш важливим моментом є проведення адекватної лімфодисекції. По-перше, відомо, що існує три шляхи лімфовідтоку від прямої кишки: спадний, латеральний, висхідний. Лімфатичні вузли Герота, розташовані в параректальній клітковині (мезоректум), є вузлами першого порядку для всіх трьох напрямків лімфовідтоку.

Вузли другого порядку при латеральному лімфовідтоку розташовані по ходу внутрішніх клубових артерій, третього порядку - в spatium obturatorium, у просторах уздовж загальних клубових артерій. Усі ці порядки відповідають рівням лімфодисекції D1.2.3

На конференції 2011, присвяченій пухлинам прямої кишки, прозвучала доповідь доктора Хашімото з Японії, в якій зазначено такі моменти: у певних клінічних ситуаціях (Tis, паліативні резекції у хворих високого ризику) допустимо виконання лімфодисекції в обсязі D1. Лімфодисекція в обсязі D3 не має лікувальних переваг перед лімфодисекцією D2, однак розширення обсягу лімфодисекції (D3) дозволяє більш точно здійснити стадіювання, що виправдано для розмежування II і III стадій захворювання (Dukes B або Dukes C). Таким чином, розширення обсягу лімфодисекції (до D3) виправдано при стадіюванні T3-T4, клінічних даних про можливе ураження регіонарних лімфатичних вузлів (cN1-2), а також у пацієнтів молодого віку. Слід виконувати обсяг лімфодисекції, що забезпечує можливість виділення не менше 12 лімфовузлів для визначення стадії N за класифікацією TNM. Лімфовузли віддалялися шляхом «скелетизації» судин. Ми вважаємо доречним виконувати лімфодисекцію по ходу нижньобрижової артерії та по ходу клубових судин, що є найбільш вірогідним шляхом лімфогенного метастазування у висхідному та латеральному напрямках.

Пряма кишка, особливо її задня поверхня, оточена жировою клітковиною, яка називається мезоректум. Мезоректум є безпосереднім продовженням брижі сигмовидної кишки, яка до низу тоншає і закінчується на задній поверхні вище анального сфінктера. У клітковині прямої кишки проходять кінцеві гілки нижніх брижових

судин і лімфатичні вузли. Виділення мезоректуму означає виділення клітковини між парієтальною очеревиною спереду, пресакральною фасцією ззаду і власною фасцією. Так званий «святий простір».

З огляду на анатомічні дані, очевидно доцільність проведення промежинного етапу, при черевному етапі для здійснення мезоректумектомії потрібна додаткова тракція.

Пряма кишка, всупереч назві, утворює вигини – постійні вигини в сагітальній площині і непостійні, мінливі вигини у фронтальній площині. Сагітальний проксимальний вигин звернений опуклістю назад і відповідає угнутості крижів. Його також називають крижовим вигином прямої кишки. Сагітальний дистальний вигин спрямований вперед. Він знаходиться в товщі промежини на рівні куприка. Його також називають промежинним вигином прямої кишки. Це значно ускладнює виконання вказаного етапу.

Другий момент: для того, щоб забезпечити адекватну дистальну резекцію пухлини на відстані не менше 2 см від краю пухлини, потрібно не тільки перетнути кишку, але обійти пухлину з усіх боків. Візуально оптична вісь ока й інструмент хірурга – це пряма лінія, яка спрямована по дотичній до найбільш виступаючої частини пухлини. Виникає питання: чи завжди це можливо при великих розмірах пухлини і вузькому тазі? Так, можливо, але для цього необхідна додаткова тракція в краніальному відділі, що при раніше встановленому SILS – доступі дозволяє виконати цей етап без ускладнень.

Після низведення сигмоподібної кишки на раніше встановлених кордонах перетинали сигмоподібну кишку з подальшим формуванням анастомозу зі сфінктером прямої кишки.

Далі при необхідності дренивалася черевна порожнина та параректальна клітковина. Післяопераційна рана на передній черевній стінці ушивалася PDS ниткою.

ПІДСУМОК

Операції на прямій кишці за допомогою SILS доступу займають майже такий же час, як і операції зі стандартним доступом, проте техніка втручань складніша й трудомістка. Основна перевага SILS – втручання – косметичний ефект, поряд зі зменшенням інтенсивності і тривалості післяопераційного болю, швидке відновлення пацієнта після операції та можливість краніальної тракції на промежинному етапі.

УДК 616.147.17-007.64-089.12

**В.В. Гапонов,
В.П. Сулима,
С.Л. Маліновський,
І.В. Ющенко,
Г.Г. Яроцький**

**РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ
СУЧАСНИМ МЕТОДОМ
ЕЛЕКТРОЗВАРЮВАННЯ
БІОЛОГІЧНИХ ТКАНИН**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії № 1
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Геморої – поширене захворювання, на яке страждає до 100 осіб на 1000 дорослого населення, і серед колопроктологічних захворювань він займає до 40%. На геморої страждають працездатні люди, загострення виникають 2-6 разів на рік, і термін тимчасової непрацездатності сягає 3-4 тижнів, що веде до значних економічних втрат. У наш час використовують 3 основні методи лікування геморою: медикаментозний, малоінвазивний і хірургічний. 30% хворих на геморої потребують оперативного лікування.

Традиційні методи лікування не завжди приводять до бажаних результатів та досить часто призводять до післяопераційних ускладнень, таких як кровотеча, значний больовий синдром, місцевий набряк і запалення.

Метою роботи є вивчення методу хірургічного лікування хворих на геморої за допомогою генератора для електрозварювання вузлів і судин, що постачають до них кров.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У відділенні проктології 6-ї міської клінічної лікарні, що є базою кафедри хірургії № 1 ДЗ «ДМА МОЗ України» та клініці «Гарвіс» проліковано за допомогою LigaSure за 2013-2018 роки 634 хворих (363 жінки, 271 чоловік, вік від 25 до 75 років) з діагнозом «хронічний комбінований геморої 3-4 ст.» технікою удосконаленої гемороїдектомії за Мілліган-Морган.

Хворий у положенні на спині із зігнутими в тазостегнових і колінних суглобах ногами на підставках, виконується обробка операційного поля, знеболення і дивульсія сфінктерів, ревзія анального каналу. Затиском підтягують внутрішній вузол і накладають на його основу з судинною ніжкою електрод апарата LigaSure та

виконують електролігування основи вузла при інтенсивності в 2-3 світлодіоди, після чого внутрішній гемороїдальний вузол видаляють без прошивки судинної ніжки. Захоплюють зовнішній вузол, проводять електролігування його основи, вузол видаляють. Таким же чином видаляють інші 2 внутрішніх та 2 зовнішніх гемороїдальних вузли. Система LigaSure для заварювання судин до 7 мм у діаметрі забезпечує контрольовану подачу енергії до тканин й ефективну компресію з можливістю видалення після завершення електричної дії.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Механізм дії на тканини – розплавлення колагену й еластину. Міцність «зварювальної зони» частково денатурованого протеїну порівняна з міцністю прошитої тканини. Метод гемороїдектомії з електрокоагуляцією судин скоротив час операції до 15-ти хвилин, зменшив операційну травму до утворення лінійних коагуляційних струшів, відсутні ранні запальні післяопераційні ускладнення, тому що немає післяопераційних швів, а тому й не було їх забруднення, відсутня як операційна, так і післяопераційна кровотеча та значно зменшився больовий синдром. Тільки в 7-х хворих (2,5%) була післяопераційна стриктура, яка усунута бужуванням.

ПІДСУМОК

Гемороїдектомія генератором LigaSure зменшує больовий синдром і його тривалість, запобігає кровотечі та запаленню анальної ділянки у прооперованих хворих. Метод може бути широко використаний у різних лікувальних установах і скоротить час перебування хворих у стаціонарі до 1-3 діб.



**В.Г. Гетьман,
В.В. Соколов,
В.В. Васильківський**

УШКОДЖЕННЯ СТРАВОХОДУ: АНАЛІЗ ДОСВІДУ НАШОЇ КЛІНІКИ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра торакальної хірургії та пульмонології
вул. Дорогожиська, 9, Київ, 04112, Україна
Shuryk National Medical Academy of Postgraduate Education
Department of Thoracic Surgery and Pulmonology
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Незважаючи на науково-технічний прогрес у галузі медицини та все частіше застосування сучасних методик у хірургії, лікування ушкоджень стравоходу все ж залишається серйозним викликом для хірурга [4]. Невелика кількість ушкоджень стравоходу призводить до відсутності досвіду роботи з цією патологією, що є причиною виникнення труднощів з ранньою діагностикою та вибором методу лікування. Зі збільшенням частоти використання ендоскопічних методів діагностики та лікування, а також розширення арсеналу оперативних втручань на ділянках, розташованих поряд зі стравоходом, змінило структуру причин ураження стравоходу [5]. До середини 50-х років більшість публікацій була присвячена його спонтанному розриву, який уперше описав у 1724 році Герман Бурхаве [3]. З часу виникнення конфлікту на Донбасі збільшилась кількість зовнішніх травм стравоходу. У діагностиці пошкодження стравоходу основну роль відіграє рентгенографія ший та грудної клітки в двох проекціях та езофагографія [6], проте вони не дозволяють оцінити детально стан межистіння. Після встановлення діагнозу перед хірургом постає ще один виклик – вибір тактики лікування, що залежить від локалізації ушкодження, наявності змін стінки стравоходу, часу від початку захворювання та причини ушкодження [7]. Особливо привертає увагу питання консервативного ведення пацієнта.

Мета – підвищення ефективності діагностики та хірургічного лікування хворих з пошкодженнями стравоходу, розробка показань до різних видів втручань на стравоході та межистінні, заходів післяопераційного ведення хворих.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У клініці за 27 років проліковано 130 пацієнтів з пошкодженнями стравоходу. Застосовувались загальноклінічні, інструментальні, рентгенологічні, бактеріологічні та лабораторні методи досліджень.

Серед 130 пацієнтів серед причин травми відбувся такий розподіл: ятрогенні – 67 (51%), сторонні тіла – 28 (21,5%), розриви стравоходу – 25 (19,2%), зовнішні ушкодження – 10 (7,69%).

Серед ятрогенних причин основними були: бужування – 37 (55,2%), ригідна езофагоскопія – 21 (31,3%), ФГДС – 4 (6%), інтубація трахеї – 2 (3%), а також оперативні втручання – 2 (3%) та видалення стенту – 1 (1,5%). Найбільш частим ускладненням пошкодження стравоходу став медиастиніт, який мав місце у 97 (74,6%) пацієнтів. Час від початку захворювання до спеціалізованої допомоги становив більше 24 годин у 89 (68%) хворих, що свідчить про пізню діагностику та ускладнює подальше лікування. Серед способів лікування, що застосовувались: консервативне лікування у 16 (12,3%) хворих. Види хірургічних втручань: ушивання стравоходу – 64 (56,1%), з яких до 24 год. – 24 (37,5%), після 24 год. – 40 (62,5%), відеоторакоскопичне полідренування – 2 (1,75%), дренивання межистіння – 39 (34,2%), гастростомія – 41 (35,9%).

Хірургічне лікування перфорації стравоходу складалось з кількох послідовних етапів.

1. Хірургічний доступ до стравоходу та межистіння. Ми використовували доступ вздовж *m.sternocleidomastoideus* при перфорації шийного відділу стравоходу (ШВС) та верхнього грудного відділу стравоходу (ГВС). При перфораціях нижнього ГВС та черевного відділу стравоходу (ЧВС) виконували верхню серединну лапаротомію, яку доповнювали сагітальною діафрагмокруротомією за Савіних [1]. Торакотомія була найкращою при ушкодженнях середнього ГВС.

2. Втручання на стравоході. При перфораціях здорової стінки стравоходу втручанням вибору було її поширене зашивання з герметизацією лінії шва прилеглими анатомічними структурами. Зашивання виконувалось поза залежністю від часу з моменту виникнення перфорації до початку хірургічного лікування [2]. Якщо перфорація виникала в зоні короткого (до 2 см) рубцевого стенозу стравоходу та лікування починалось до 12 годин з моменту перфорації, ми робили резекцію стенозованого сегмента стравоходу в $\frac{3}{4}$ кола з анастомозом кінець у кінець. Ми не зашивали малі перфорації рубцево зміненого стравоходу.

3. Втручання на середостінні. При торакотомії медіастинальна плевра широко розтиралася догори та вниз. При перфорації нижнього ГВС доступ межистіння крізь стравохідний отвір діафрагми. Коли дренажування середостіння крізь шийну медіастинотомію або діафрагму було не ефективним, додатково виконували бокову торакотомію та черезплевральну медіастинотомію. У всіх випадках втручання на середостінні завершували встановленням туди подвійних дренажних трубок для цілодобової іригації-аспірації за Н.Н. Каншиним [8].

4. Втручання для забезпечення харчування. Для виключення пасажу їжі по стравоходу виконували гастростомію та пересікали а. colica media в пацієнтів з рубцевим стенозом стравоходу. Гастростомія також виконувались при неспроможності шва великих розривів. У всіх інших харчування забезпечувалось за рахунок назогастрального зонда.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Проведене комплексне лікування ушкоджень стравоходу та супутнього медіастиніту дозволило досягнути одужання в 121 (93,1%) зі 130 пацієнтів, 9 хворих померло, що становило загальний рівень летальності 6,9%. Безпосередньо медіастиніт та поліорганна недостатність стали

причиною смерті в 4 хворих. Серед них – четверо хворих з пізно діагностованою (>72 годин) перфорацією стравоходу, ускладненою медіастинітом та септичним шоком. Двоє хворих померло від виникнення перфорації, коли запальний процес у межистінні клінічно було ліквідовано. Причина смерті ТЕЛА. Троє хворих померло від кровотечі, двоє від гострих виразок шлунка, один від післяопераційної профузної кровотечі з дуги аорти.

Розроблені критерії можливості консервативного лікування:

1. Нещодавня (до 6 год.) або давня, самостійно відмежована перфорація.
2. Несправжній хід у середостінні – короткий (2 см). Він не сполучається з порожнинами тіла або відмежований вісцеральною плеврою легені.
3. Порожнина в середостінні добре дренажується назад у стравохід.
4. Перфорація не абдомінального відділу або не пухлина стравоходу.
5. Мінімальні симптоми інфекції.
6. Бажана відсутність прийому їжі з моменту виникнення перфорації до встановлення діагнозу і початку лікування.
7. Розроблений алгоритм діагностики ушкодження стравоходу.

Алгоритм діагностики ушкодження стравоходу



ВИСНОВКИ

1. Результати лікування перфорації стравоходу залежать від строку встановлення діагнозу та проміжку часу між епізодом ускладнення та початком лікування. Найкращим методом лікування є первинне зашивання перфоративного отвору з герметизацією лінії шва прилеглими анатомічними структурами поза залежністю від строку виникнення перфорації.

2. Діагностичний алгоритм, розроблений у клініці, дозволяє встановити коректний та своєчасний діагноз у всіх пацієнтів.

3. Консервативне лікування можливе в обмеженого контингенту відповідно до розроблених критеріїв.

4. Медіастиніт вимагає розкриття та санації, з подальшим дрениванням межистіння.

5. За цей період 6,9% летальних випадків за рахунок покращення діагностики та лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диалектика метода диафрагмокруротомии по А.Г. Савиных / Ф.Ф. Сакс, А.А. Задорожный, Г.В. Борисова [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1988. – Т. 140, № 5. – С. 3-10.

2. Каншин Н.Н. Закрытое лечение нагноительных процессов методом активного промывного дренирования / Н.Н. Каншин // Хирургия. – 1980. – N 11. – С. 18-23.

3. Barrett N. Report of a case of spontaneous rupture of the esophagus successfully treated by operation / N. Barrett // Br. J. Surg. – 1947. – Vol. 35. – P. 216-217.

4. Current concepts in the management of esophageal perforations: a twenty-seven year Canadian experience / P. Bhatia, D. Fortin, R.I. Incullet [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 92. – P. 209-215.

5. Current management of esophageal perforation: 20 years' experience / A. Eroglu, A. Turkyilmaz, Y. Aydin [et al.] // Dis. Esophagus. – 2009. – Vol. 22. – P. 374-380.

6. Manouchehr Aghajanzadeh. Cervical Esophageal Perforation: A 10-Year Clinical Experience in North of Iran / Manouchehr Aghajanzadeh, Nastaran Farahmand Porkar, Hannan Ebrahimi // Indian J. Otolaryngol. Head Neck. Surg. – 2015. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 34-39.

7. Sepesi B. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies / B. Sepesi, D.P. Raymond, J.H. Peters // Curr Opin Gastroenterol. – 2010. – Vol. 26, N 4. – P. 379-383.

8. Whyte R.I. Intrathoracic esophageal perforation. The merit of primary repair / R.I. Whyte, M.D. Iannettoni, M.B. Orringer // J. Thoracic Cardiovascular Surgery. – 1995. – Vol. 109, N 1. – С. 140-144.



УДК 616.381-089-022:616-093:612.821.8

В.І. Десятерик¹,
О.В. Котов¹,
С.К. Масальский²,
К.Р. Саргсян²

ЗМІНИ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ТА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ ІНФЕКЦІЯХ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» ФПО¹

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

КЗ «2-а міська клінічна лікарня» ДОР»²

майдан 30-річчя Перемоги, 2, Кривий ріг, Дніпропетровська обл., 50056, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine» FPE¹

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

CE «2 City Clinical Hospital» DOC»²

30th Peremohy sq., 2, Kryvyi Rih, Dnipropetrovsk reg., 50056, Ukraine

e-mail: a.vkotov@ukr.net

Внутрішньочеревні інфекції (ВЧІ) мають полімікробну етіологію, серед яких провідну роль відіграють грамнегативні мікроорганізми, голов-

ним чином ентеробактерії (E.coli, Proteus spp., Klebsiella spp. та ін.), псевдомонади, неспороутворюючі анаероби (особливо B.fragilis). Частота

виділення граммпозитивних мікроорганізмів становить менше 30%. У мікробіологічній структурі хірургічних інфекцій ділянки післяопераційного втручання, внутрішньочеревних інфекцій, що виникають внаслідок хірургічного втручання, особливого значення набувають нозокоміальні штами стафілокока й ентерококів, а також *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *P.aeruginosa*. Ці мікроорганізми відрізняються високою і полівалентною резистентністю до антимікробних препаратів [1, 2, 3].

Мета роботи – вивчити динаміку змін мікрофлори і чутливості виділених штамів мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів у хворих з внутрішньочеревною інфекцією в умовах багатопрофільного лікувального закладу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено ретроспективний аналіз результатів засівів матеріалу, взятого з внутрішньочеревних гнояків у хворих, які перебували на лікуванні в хірургічній клініці кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО за 2 періоди: I період – з січня 2007 по грудень 2008 року, і II період - з січня 2015 по грудень 2016 року. У I періоді був взятий та досліджений матеріал внутрішньочеревних гнояків у 246 хворих, у II періоді – у 353. За структурою хірургічної патології та кількістю виконаних досліджень розподіл був таким. Гострий деструктивний апендицит: у I періоді досліджений матеріал внутрішньочеревних гнояків у 122 хворих, у II – у 176. При гострому деструктивному холециститі, холангіті відповідно у 24 та 27, при гострому деструктивному панкреатиті і його ускладненнях – у 18 та 29, при перфоративній виразці – у 23 та 28, при гострій кишковій непрохідності – у 15 та 26, при абсцесах черевної порожнини та печінки – в 11 та 28, при іншій патології – у 33 та 39 хворих відповідно. Бактеріологічно досліджували внутрішньочеревний випіт, вміст гнояків, жовч (при гнійному холангіті), рановий вміст з ділянки хірургічного втручання. Виконували засіви на поживні середовища з метою отримання росту збудників для їх ідентифікації та визначення чутливості до антибіотиків. Останню визначали диско-дифузійним методом з набором дисків, що відповідали виділеним групам мікроорганізмів. Період інкубації становив повних 24 години.

До часу отримання результатів засівів хворим з ВЧІ призначали емпіричну антибактеріальну терапію. Антибіотики обирали з урахуванням діагнозу (локалізація і характер первинного вогнища інфекції), анамнезу хворого, клінічного перебігу захворювання, передбачуваних збуд-

ників та їх прогнозованої чутливості до антибіотиків. Результат призначеної емпіричної терапії оцінювали протягом трьох діб. Саме через три доби за результатами засівів проводили першу корекцію терапії. При наявності позитивної клінічної динаміки протягом перших трьох діб емпіричної терапії антибіотикотерапію продовжували тим же або тими ж препаратом (препаратами). При відсутності позитивної клінічної динаміки проводили заміну антибіотиків, а головним орієнтиром для призначення тих чи інших препаратів були дані отриманої антибіотикограми.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У I періоді дослідження позитивними виявилися результати засівів у 188 хворих (з 246), у II періоді - у 201 (з 353). Загальна висіваність зменшилась на 19,5%, що пов'язано не стільки з методикою ідентифікації збудників і властивостями самих мікроорганізмів, скільки з кількісним та якісним обсягом засівів. У другому періоді кількість відібраного матеріалу для досліджень збільшилась на 13,6% порівняно з першим періодом. Істотно розширились показання до відбору матеріалу. Наприклад, відбір матеріалу стали виконувати при різних формах апендицитів, що супроводжувались навіть серозним випотом у черевну порожнину, при перфоративних виразках, які оперовані протягом перших 6 годин, і т.д. Такий підхід дозволив своєчасно корегувати антибактеріальну терапію у випадках виникнення гнійних післяопераційних ускладнень.

Встановлено, що як у першому, так і в другому періодах дослідження основними збудниками інфекційного процесу у хворих з ВЧІ були: *E.coli*, *Staphylococcus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterococcus* spp., *Candida* spp., *P.aeruginosa*, *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Citrobacter* spp., *Bacteroides* spp., *Proteus* spp.

У другому періоді, порівняно з першим, на 65% зросла кількість штамів *Klebsiella* spp., у тому числі й полірезистентних, збільшилась кількість штамів *Staphylococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus* spp. до 5%. Серед *Staphylococcus* spp. зросла кількість оксацилін-стійких штамів: з 43,8% у першому періоді до 64,1% у другому. Увагу привертають виділені штами *Candida* spp.: основною патологією (57,1%) була перфоративна виразка, а кількість полірезистентних штамів зросла на 33,3%.

Чутливість більшості штамів, що були виділені протягом першого та другого періодів дослідження, відповідала рекомендованим схемам емпіричної антибіотикотерапії (Стен-

фордський довідник «Антимікробна терапія», щорічний). Полірезистентні штами були чутливими до карбапенемів (меропенем, доріпенем), антисинегійних пеніцилінів (піперациліну тазобактам, коломіцин), фосфоміцину, аміноглікозидів (тобраміцин), лінкозамідів (лінезолід).

ПДСУМОК

Протягом останнього десятиліття простежується чітка тенденція щодо зміни кількісного і якісного складу мікрофлори у хворих з вну-

трішньочеревною інфекцією. Найбільш помітним стало істотне збільшення кількості полірезистентних штамів *Klebsiella* spp., оксацилінстійких штамів *Staphylococcus* spp., а також полірезистентних штамів *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus* spp. Їх наявність у джерелі інфекції диктує необхідність своєчасної ідентифікації та спрямованої терапії за принципом деескалаційної. Вибір антибіотиків повинен базуватись на даних антибіотикограми.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии: (руководство для врачей, второе издание) / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // режим доступа: www.antibiotic.ru
2. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the surgical infection society and the infectious diseases

society of america / J.S. Solomkin, J.E. Mazuski, J.S. Bradley [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 50. – P. 133-164.

3. Treatment modalities and antimicrobial stewardship initiatives in the management of intra-abdominal infections / Ch. Hoffmann, M. Zak, L. Avery [et al.] // Antibiotics. – 2016. – Vol. 5. – P. 11.



УДК 616.746-001.7:617.555-007.43-007.2

**В.І. Десятерик,
В.В. Шаповалюк,
М.С. Крикун,
С.С. Бондарчук**

КОРЕКЦІЯ ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА В ПОЄДНАННІ З ПУПКОВОЮ ГРИЖЕЮ ТА ДЕФОРМАЦІЄЮ ПАРАУМБІЛІКАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Surgery, Traumatology and Orthopedics of FPE
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Діастаз прямих м'язів живота (ДПМЖ) характеризується потоншенням та розширенням білої лінії в поєднанні зі слабкістю м'язів черевної стінки. Це призводить до того, що серединна лінія «випинається» при збільшенні внутрішньочеревного тиску (G.M. Beer et al., 2009; M. Nahabedian, D.C. Brooks, 2018).

Функція білої лінії полягає в підтримці м'язів живота на деякій відстані один від одного. У випадку довготривалого збільшення внутрішньочеревного тиску біла лінія розширюється.

Білу лінію можна вважати «нормальною» до ширини 15 мм на місці прикріплення до мечоподібного відростка, до 22 мм у контрольній точці на 3 см вище пупка та до 16 мм у контрольній точці на 2 см нижче пупка у жінок, які не народжували (G.M. Beer et al., 2009). Функціональна неповноцінність, пов'язана з випинанням серединної лінії черевної стінки, є поширеною скаргою в жінок після пологів. Значна втрата ваги та / або вроджена диспропорція відношення колагену III / I також можуть призводити до

ДПМЖ (P. Emanuelsson et al., 2016). ДПМЖ діагностується клінічно та за допомогою УЗД (M. Nahabedian, D.C. Brooks, 2018). ДПМЖ часто супроводжується умбілікальною грижею, деформацією передньої черевної стінки (розтягнення шкіри, надлишок жирової тканини, стрії тощо).

Мета роботи – дослідити та оцінити різні методики усунення діастазу, мінімізувати ускладнення з боку пупка при комбінації ДПМЖ, умбілікальної грижі та деформації параумбілікальної ділянки.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Ця робота була проведена в хірургічному відділенні клінічної лікарні № 8, яка є клінічною базою кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО ДЗ “Дніпропетровська медична академія МОЗ України”. Відповідно до поставлених задач, пацієнти були розподілені на 2 групи.

Першу групу дослідження склали 25 хворих з надлишком, розтягненням та птозом шкіри і підшкірної клітковини супра- та інфраумбілікальної ділянок, відсутності ДПМЖ та грижі. Середній вік становив 33 роки. Всі 25 пацієнтів були жінками. Була проведена класична повноцінна абдомінопластика з переміщенням пупка. Для корекції пупкової грижі було проведено часткове висічення ніжки пупка, що призводило до порушення кровопостачання різного ступеня в 73% випадків.

Другу групу, яка й була предметом нашого дослідження, склали пацієнти, в яких були виявлені ДПМЖ, пупкова грижа та надлишок і деформація шкіри параумбілікальної ділянки. Групу склав 21 пацієнт. Середній вік становив 34 роки. Всі – 21 пацієнт були жінками. Анамнестично в 9 (42,8%) пацієток були пологи двійнею.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Перед операцією, разом з ДПМЖ, клінічно була виявлена умбілікальна грижа в 34,7% /n=8/ випадків, та ще в 43,5% /n=10/ остання була виявлена під час операції (розмір воріт був мен-

ше 0,5 см), тобто була інтраопераційною значною. У всіх пацієток групи, що досліджується, була застосована методика операції з відсіченням пупка від фасціально-м'язового шару разом зі шкірно-підшкірним клаптем.

Для корекції пупкової грижі в пацієток першої групи було проведено часткове висічення ніжки пупка, що призводило до порушення кровопостачання різного ступеня в 73% випадків.

У цьому випадку при мобілізації м'яких тканин від м'язового шару пупок відсікався від ніжки та підіймався разом зі шкірно-підшкірним шаром. Після мобілізації виконували герніопластику пупкової грижі місцевими тканинами. Проводили зашивання діастазу 2-х рядним обвивним швом від мечоподібного відростка до лобкової дуги. З метою корекції надлишку супраумбілікальної шкіри ми фіксували пупок до фасції по середній лінії, але не до його початкового розташування (нормальне анатомічне положення пупка на передній черевній стінці знаходиться на 5-7 см вище бікостальної лінії), а на 1-1,5 см нижче. Іншими методами деформацію параумбілікальної ділянки складно корегувати. Всі методики, які пропонують циркулярний розріз навколо пупка, по-перше, критично порушують його кровопостачання, а по-друге – ведуть до гофрування шкіри навколо пупка, яке не приносить бажаного естетичного результату.

ПІДСУМОК

Переміщення пупка на 1-1,5 см нижче його місцезнаходження під час корекції пупкової грижі та деформації шкіри супраумбілікальної ділянки не впливає на естетичне сприйняття розташування пупка на передній черевній стінці (ні одна пацієнтка не скаржилася на естетичну диспропорцію) та дозволяє розправити складку супраумбілікальної шкіри, що поліпшує естетичний результат.



**Р.В. Дука,
С.С. Поступинский,
В.В. Резник**

РЕЗУЛЬТАТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ОПЕРАТИВНОЙ ТЕХНИКИ В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
КУ «Днепропетровская шестая городская клиническая больница» ДООС»
ул. Батумская, 13, Днепр, 49000, Украина,
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua
МЕ «Dnipropetrovsk Sixth City Clinical Hospital» ДООС»
Batumska str., 13, Dnipro, 49000, Ukraine*

Внедрение в практику ургентной хирургии лапароскопической техники происходит повсеместно и достаточно активно. В последнее время значительно расширяется спектр ургентных нозологий, в лечении которых все активнее используются новые технологии. При лечении острого холецистита и аппендицита преимущественно использования методики доказаны и практически не обсуждаются. Как известно, основным преимуществом является малая травматичность, которая позволяет получать ряд преимуществ для самого пациента, а также снизить расходование ресурсов медицинским учреждением. Малая травматичность обеспечивает раннюю активизацию пациента, снижение осложнений, связанных с раной, длительным постельным режимом и длительностью пребывания в стационаре, уменьшение расхода медикаментов. Все эти преимущества в конечном итоге должны сокращать пребывание пациента в стационаре и, тем самым, позволяют рационально использовать медицинским учреждением свой основной и дорогостоящий ресурс – медицинскую койку. Актуальность рационального использования медицинского ресурса приобретает особое значение в условиях финансирования по принципу «оплата за пролеченный случай».

Цель работы – проанализировать в динамике за три года влияние применения лапароскопической технологии в лечении острого холецистита и острого аппендицита на продолжительность пребывания пациента на стационарном лечении в послеоперационном периоде.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализированы статистические данные результатов лечения пациентов с острым хо-

лециститом и острым аппендицитом за период 2015-2017 годы в Днепропетровской шестой городской клинической больнице.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Хирургическая помощь оказывается круглосуточно на базе трех хирургических отделений стационара. При этом не все врачи дежурных бригад владеют техникой лапароскопических вмешательств. Исходя из того, что в лечении острого холецистита используется активно-выжидательная тактика, подавляющее количество оперативных вмешательств выполняется в дневное время при наличии подготовленных специалистов, что привело к тому, что лапароскопический доступ использовался у 88-94% пациентов. В ситуации с острым аппендицитом, когда вмешательства выполняются круглосуточно, лапароскопический доступ использовался только у 22-36% пациентов, преимущественно в дневное время (табл.).

При анализе данных была выявлена определенная тенденция, которая продемонстрировала отсутствие значительной разницы в продолжительности послеоперационного койко-дня в зависимости от выбранного доступа для оперативного вмешательства. Вне зависимости от нозологии и выбранного доступа послеоперационный койко-день составлял около 7 суток. Эта цифра наталкивает на мысль, что это время традиционного снятия швов с раны. Что и подтверждается опросом врачей-ординаторов. Врачи-ординаторы предпочитают не выписывать пациентов из стационара до момента снятия швов, при этом соглашаются с тем фактом, что медицинских показаний для столь длительного пребывания пациентов в стационаре нет.

Распределение количества оперированных пациентов в зависимости от нозологии и оперативного доступа с расчетом послеоперационного койко-дня по годам

Год	Острый аппендицит, традиционный доступ		Острый аппендицит, лапароскопический доступ		Острый холецистит, лапаротомный доступ		Острый холецистит, лапароскопический доступ	
	к-во	п/опер. койко-день	к-во/% от общего количества	п/опер. койко-день	к-во	п/опер. койко-день	к-во/% от общего количества	п/опер. койко-день
2015	320	7,05	89/21,7%	7,15	8	7,26	136/94,4%	6,7
2016	255	7,4	143/35,9%	7,1	18	7,1	142/88,7%	6,7
2017	281	7,6	121/30%	6,8	11	7,0	120/91,6%	6,8

ВЫВОДЫ

1. Необходимо обучение хирургов из состава дежурных бригад навыкам выполнения лапароскопических вмешательств для обеспечения выполнения лапароскопических аппендэктомий вне зависимости от времени суток.

2. Конечная цель применения малоинвазивных технологий – экономия медицинских

ресурсов не достигнута. Основной причиной такой ситуации является «традиционный» подход врачей-ординаторов к выписке пациентов на амбулаторное лечение после снятия швов с ран. Необходимо усиление административного контроля за целесообразностью пребывания пациента в стационаре.



УДК 616.381-002:616.361]-092

*М.А. Капитальян,
А.А. Колотвин*

**ОПТИМІЗАЦІЯ ОБРОБКИ
ЕЛЕМЕНТІВ ШИЙКИ ЖОВЧНОГО МІХУРА
У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ КАЛЬКУЛЬОЗНИЙ
ХОЛЕЦИСТИТ ІЗ СУПУТНІМ ХВГ**

*Одеський національний медичний університет
Валіховський пров., 2, Одеса, 65082, Україна
Військово-медичний клінічний центр південного регіону
вул. Пироговська, 2, Одеса, 65044, Україна
Odessa National Medical University
Valikhovsky Lane, 2, Odessa, 65028, Ukraine
Military Medical Clinical Center of the Southern Region
Pyrohovska str., 2, Odessa, 65044, Ukraine*

Гострий калькульозний холецистит (ГКХ) є однією з важливих медико – соціальних проблем останнього десятиріччя. Безумовну увагу привертають питання профілактики ускладнень при

лікуванні ГКХ, особливо з використанням лапароскопічних методик. Зменшити ризик їх виникнення можливо шляхом всебічного вивчення можливих причин з подальшим

застосуванням сучасних передових технічних підходів лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ). Ця проблема особливо актуальна для такого важливого етапу ЛХЕ, як кліпування елементів шийки жовчного міхура. У той же час, потрібно зазначити, що впровадження в клінічну практику мініінвазивних втручань призвело до появи нових механізмів розвитку ускладнень, у тому числі витікання жовчі з кукси міхурової протоки. Дані літератури свідчать, що частота жовчотеч після ЛХЕ з приводу ГКХ становить від 0,5% до 3,0%. Прорізання кліпованих структур є одним з найбільш складних та серйозних ускладнень. Необхідно враховувати, що супутні хронічні дифузні захворювання печінки супроводжуються гепатомегалією і створюють додаткові труднощі при дисекції та кліпуванні в зоні міхурової протоки та несуть з собою додаткові ризики. З розвитком ендоскопічних технологій з'явилась необхідність у лігуванні анатомічних структур з використанням біологічно інертних полімерних матеріалів. Цим вимогам відповідають полімерні кліпси за типом Hem-o-lock, які мають багато позитивних властивостей і тому їх використання збільшується з кожним роком у всіх напрямках хірургії.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Нами проведений ретроспективний аналіз результатів хірургічного лікування 1832 пацієнтів з ГКХ, прооперованих за період з 2012 по 2017 рік, з яких у 1349 для кліпування міхурової протоки використовували металеві кліпси.

При цьому в період з 2012 по 2014 рік металеві кліпси були використані у 1010 хворих ГКХ, а з 2015 по 2017 рік їх застосовували в 339 прооперованих хворих, у той час, як у 483 пацієнтів кліпування елементів шийки міхурової протоки проводилось полімерними кліпсами за типом Hem-o-lock.

Як видно з таблиці 1, при кліпуванні міхурової протоки металевими кліпсами за період з 2012 по 2017 рік прорізування кукси міхурової протоки виявлено в 2,96% хворих, що потребувало в подальшому вирішення цієї проблеми.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Жовчотеча є ускладненням, яке виникає найбільш часто внаслідок прорізування кліпованих структур. Під час ЛХЕ для контролю гемостазу та можливої жовчотечі усім хворим у підпечінковий простір встановлювався дренаж.

Як представлено в таблиці 2, у 10 (1,03%) пацієнтів ранній післяопераційний період ускладнився виникненням жовчотечі, оцінку якої проводили згідно з класифікацією L. Morgenstern (2006). Жовчотеча до 100 мл за добу розцінюється як 1 ступінь і відмічалась у 7 (70%) пацієнтів, від 100 до 500 мл за добу – 2 ступінь, який відмічався у 2 (20%) хворих, та більше 500 мл за добу розцінюється як 3 ступінь і діагностувався в 1 (10%) випадку. При виділенні жовчі по дренажним трубкам в об'ємі від 100 до 300 мл за першу добу з тенденцією до зменшення в наступні декілька днів проводився динамічний контроль загального стану пацієнтів, об'єму витоку жовчі по дренажам, а також консервативне лікування, яке в 7 (70%) пацієнтів привело до самостійного припинення жовчовитікання. У той же час, при відсутності позитивної динаміки, збільшенні об'єму виділеної жовчі, виявленні жовчі в різних ділянках черевної порожнини та появи ознак та симптомів перитоніту 3 (30,0%) хворим довелось проводити релапароскопію, під час якої було встановлено витікання жовчі з кукси міхурової протоки внаслідок прорізання металеві кліпси.

Таблиця 1

Розподіл хворих на ГКХ залежно від прорізування міхурової протоки за досліджуваний період

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всього
Кількість прорізувань міхурової протоки	13	11	7	3	4	2	40

Наведені в таблиці 3 дані свідчать, що ускладнення при ЛХЕ у вигляді прорізування міхурової протоки при кліпуванні металевими

кліпсами було діагностовано в 40 (2,96%) хворих. Необхідно зазначити, що з них 2 пацієнти були із супутнім ХВГ. У той же час, при

застосуванні полімерних кліпс за типом Нем-о-lock не відмічалось виникнення цього ускладнен-

ня, в тому числі в пацієнтів із супутнім хронічним вірусним ураженням печінки.

Таблиця 2

Розподіл хворих залежно від наявності жовчотечі в післяопераційному періоді у хворих на ГКХ у період з 2012 по 2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Всього
Жовчотечі	4	2	2	1	1	-	10

Проведений аналіз за період з 2012 по 2017 рік свідчить про високу ефективність та безпечність використання полімерних кліпс за

типом Нем-о-lock при ГКХ, у тому числі в пацієнтів із супутнім ХВГ.

Таблиця 3

Результати порівняння різних методів кліпування елементів структури шийки жовчного міхура, які викликають ускладнення, за 2012-2017 роки

Спосіб кліпування міхурової протоки й артерії	Прорізування кліпованих структур п/%
Металеві кліпси	40 (2,96%)
Полімерні кліпси	-

ПІДСУМОК

Таким чином, використання полімерних кліпс за типом Нем-о-lock для кліпування елементів структури шийки жовчного міхура при ГКХ, у

тому числі в пацієнтів із супутнім ХВГ, дозволяє попередити виникнення ускладнень у вигляді жовчотечі.



УДК 616.37-002.4-003.2-036.1-08

*П.Г. Кондратенко,
М.В. Конькова,
Г.Е. Самойленко,
С.О. Жариков,
Р.В. Пилипенко,
Н.В. Гмошинский*

ЛЕЧЕНИЕ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ИНФИЛЬТРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Донецький національний медичний університет
вул. Привокзальна, 27, Лиман, Донецька область, 84404, Україна
Donetsk National Medical University
Pryvokzalna str., 27, Lyman, Donetsk region, 84404, Ukraine

Цель исследования – проанализировать результаты лечения парапанкреатических инфильтратов у больных с острым асептическим некротическим панкреатитом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проанализированы результаты лечения 271 пациента с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом и парапанкреатическим инфильтратом, которые находились на стационарном лечении в клинике с 2006 по 2015 год. По данным ультразвукового исследования, поражение менее 30% поджелудочной железы выявлено у 55 (20,3%) больных, поражение от 30 до 50% поджелудочной железы — у 192 (70,8%), поражение более 50% поджелудочной железы — у 24 (8,8%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что комплексная интенсивная терапия позволяет у 24,7% пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом добиться полного регресса парапанкреатического инфильтрата без образования жидкостных коллекторов. При применении в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами этот показатель составил 31,6%, а при применении других антибиотиков без нестероидных противовоспалительных препаратов — лишь 10%. Среди осложнений остро асептического некротического панкреатита ферментативный перитонит наблюдается у 41,1% пациентов, острые асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке — у 49,2%, острые асептические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке — у 14,8% и сочетание острых асептических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке — у 1,1%. У 77,8% пациентов развитие ферментативного перитонита стало единствен-

ным проявлением острого некротического панкреатита, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости с помощью лапароскопии или лапароцентеза наряду с проведением комплексной консервативной терапии. У 18,2% пациентов имело место сочетание ферментативного перитонита с острыми асептическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, что потребовало в дальнейшем выполнения других хирургических вмешательств. При острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке высокоэффективным является применение пункционно-дренирующих операций. Показанием к операции служит наличие в сальниковой сумке, по данным сонографии, жидкостного образования объемом более 50 мл. При асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки предпочтение следует отдавать вскрытию, ревизии и дренированию забрюшинной клетчатки поясничным внебрюшинным доступом. Следует отметить, что люмботомия в большинстве случаев в процессе лечения предполагает выполнение этапных ревизий и санаций.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии карбапенемов в сочетании с нестероидными противовоспалительными препаратами позволило при острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке снизить частоту развития инфицированного панкреатита (абсцесса сальниковой сумки) с 8,3 до 1,8%, а летальность — с 2,8 до 0%. При острых асептических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке частота развития инфицированного панкреатита (флегмоны забрюшинной клетчатки) снизилась с 63,6 до 11,8%, а летальность — с 18,2 до 0%.



УДК 617.541-002.3: 616-089.819.6

**С.О. Косульников¹,
А.В. Снісар¹,
С.О. Тарнопольський¹,
О.М. Бесєдін³,
С.І. Карпенко²,
К.В. Кравченко¹**

МОЖЛИВОСТІ ВАКУУМ-ТЕРАПІЇ В ГНІЙНІЙ ТОРАКАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова»¹
пл. Соборна, 14, Дніпро, 49005, Україна*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»²
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна*

*КЗ «Дніпропетровська міська багатопрофільна клінічна лікарня № 4» ДОР»³
вул. Близня, 31, Дніпро, 49101, Україна*

*ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital I.I. Mechnikov»¹
Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine*

*SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»²
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine*

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

*ME «Dnipropetrovsk City Multidisciplinary Clinical Hospital N 4» DRC»³
Blyzhnia str., 31, Dnipro, 49101, Ukraine*

Використання VAC-терапії в гнійній торакальній хірургії є досить новим та перспективним методом, що вважається безпечним, економічним, дозволяє скоротити терміни одужання та реабілітації пацієнтів. Однак залишається актуальним накопичення досвіду використання VAC-терапії та оцінка її ефективності при різних видах гнійного ураження грудної стінки та плевральної порожнини.

Мета дослідження – проаналізувати досвід використання вакуум-терапії при гнійних ураженнях грудної стінки та плевральної порожнини.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У гнійно-септичному центрі Дніпропетровської обласної клінічної лікарні ім. І.І. Мечникова за період з 2017 по 2018 рік проведено лікування 16 хворих на гнійну торакальну патологію з використанням VAC-терапії. Хворі залежно від патології були розподілені на три групи: I – 7 пацієнтів з остеомиєлітом груднини після стернотомії, II – 5 з гнійною патологією грудної порожнини, що була ускладненням інших гнійних захворювань, III – 4 з вогнепальними проникаючими пораненнями грудної клітки. Для проведення VAC-терапії використані вітчизняні апарати фірми «Агат-Дніпро». Ультразвукову кавітацію проводили апаратом Sörning Sonosa 190. Проведено порівняльний аналіз впливу вакуум-терапії та її поєднання з ультразвуковою кавітацією на динаміку ранового процесу шляхом оцінки ступеня мікробної контамінації та характеру клітинного складу гнійних ран.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У I групі залежно від глибини ураження виконували остеонекректомію груднини, резекцію грудино-реберних зчленувань, дренажу переднього середостіння. Рани залишали відкритими. Санацію гнійної порожнини поєднували із застосуванням ультразвукової кавітації. Важливим моментом є збереження первинної післяопераційної фіксації груднини. При VAC-терапії застосовували постійний режим з тиском 125 мм рт. ст. без захисних мембран. Кількість сеансів VAC-терапії – від 3 до 12, тривалість лікування – від 2 тижнів до 2 місяців.

У II групі всім хворим виконана торакотомія. Проводили дренажу середостіння з санацією плевральної порожнини. При VAC-терапії встановлювали поролон на ділянку рани в захисному мембранному футлярі для запобігання поширення легені. Після очищення плевральної порожнини поролон використовували без мембранного захисту. У цій групі померла одна хвора з тяжкою супутньою патологією.

У III групі після хірургічної обробки ран та некректомії накладали систему VAC-терапії, герметизуючи дефект грудної стінки. Перші сеанси також проводили із захисними мембранами для легеневої тканини. Наявність бронхоплевральних норниць не була протипоказанням до використання VAC-терапії. Початкові сеанси VAC-терапії поєднували з дренажу плевральної порожнини для діалізу і санації. Загинув один постраждалий з поєднаним тяжким пораненням головного мозку.

Доведено, що застосування ультразвукової кавітації під час зміни вакуум-системи сприяє очищенню рани від мікробних тіл швидше ($p < 0,05$), ніж тільки застосуванням VAC-системи.

ПІДСУМОК

Використання вакуум-терапії при хірургічному лікуванні гнійної патології грудної стінки

та плевральної порожнини дозволяє покращити результати лікування цієї складної категорії хворих, особливо в поєднанні з ультразвуковою кавітацією рани.



УДК 612.015.31-541.87+616.36-008.5

О.В. Котов

ПОРУШЕННЯ ГОМЕОСТАЗУ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ У ДИНАМІЦІ ПРОГРЕСУВАННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ МЕХАНІЧНОЇ ЖОВТЯНИЦІ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: a.vkotov@ukr.net*

Механічна жовтяниця супроводжується не тільки значними структурно-функціональними змінами в печінці, але й розвитком змін в інших органах і системах організму, що в цілому порушує сталість гомеостазу. Протягом останніх десятиліть значну увагу дослідників привертає мікроелементна фізіологічна система, яка є однією з провідних у загальній регуляторній системі організму та набуває універсального значення в процесах регуляції життєдіяльності органів, тканин і клітин організму [1]. Зміни та порушення, що відбуваються в багатьох регуляторних системах організму при синдромі механічної жовтяниці, супроводжуються розвитком печінкової недостатності. Саме печінкова недостатність має безпосередній вплив на вибір методу хірургічного лікування механічної жовтяниці [2, 3]. У зв'язку з цим, актуальності набуває вивчення закономірностей та особливостей патологічних змін у системах гомеостазу макро- та мікроелементів як на ранніх, так і, особливо, на пізніх етапах прогресування механічної жовтяниці. Отримані нові дані дозволять не тільки більш детально розуміти патогенез механічної жовтяниці, а й науково обґрунтувати нові методи діагностики, профілактики та лікування.

Мета роботи – вивчити вміст макро- та мікроелементів у крові, печінці та жовчі експериментальних тварин на моделі механічної жовтяниці, що прогресує.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Експериментальні дослідження проводили у відділі експериментального моделювання і трансплантології з експериментально-біологічною клінікою (м. Харків). В експерименті було використано 25 конвенційних рендомбредних аутбредних статевозрілих самців білих щурів, яких утримували в стандартних умовах віварію при сталій температурі та вологості повітря, на стандартному харчовому режимі та вільному доступі до водогінної води, що відстоювалася не менше 24 годин. Умови утримання щурів та всі маніпуляції з тваринами, що включали анестезію та виведення їх з експерименту, відповідали основним принципам Європейської конвенції про захист хребетних тварин, які використовуються для дослідницьких та інших наукових цілей (Страсбург, 1986) та закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження». Усіх тварин було розподілено на 2 групи: основну ($n=19$) та контрольну ($n=6$). Тварин основної групи оперували під загальною анестезією.

Шляхом мінімального доступу в правому під-ребер'ї виділяли та перев'язували капроном 4-0 загальну жовчну протоку нижче конфлюенса. Контрольним шурам оперативне втручання не проводили. За термінами прогресування механічної жовтяниці у щурів основної групи виділяли три підгрупи. Перша підгрупа (n=6) – термін жовтяниці 7 діб, друга (n=6) – 14 діб, третя (n=6) – 28 діб. Після закінчення експериментів щурів спочатку наркотизували, а потім виводили з експерименту шляхом їх декапітації. Для досліджень у щурів відбирали кров, жовч та шматочки печінки. З них готували мінералізати (І.М. Андрусишина і співавт., 2014), а потім за допомогою методу АЕС-ІЗП (прилад «Optima 2100 DV» фірми «Perkin-Elmer», США) досліджували вміст макро- та мікроелементів [4].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У динаміці розвитку механічної жовтяниці в організмі щурів відбувались значущі зміни показників вмісту життєво важливих макро- і мікроелементів у крові, жовчі та печінці. Так, через 7 діб від початку експерименту в крові піддослідних щурів спостерігали значуще ($p_u < 0,05$), порівняно з контролем, зниження вмісту магнію, кальцію, свинцю, кадмію, цинку, заліза, селену та фосфору, а також аналогічне ($p_u < 0,05$), порівняно з контролем ($p_u < 0,05$), збільшення в крові вмісту марганцю та хрому. Разом з цим у печінці виявляли значуще ($p_u < 0,05$), порівняно з контролем, збільшення вмісту магнію, алюмінію, кальцію, марганцю, заліза, міді, хрому та фосфору. Також привертав увагу той факт, що обмін марганцю та хрому характеризувався значущим ($p_u < 0,05$) порівняно з контролем збільшенням його концентрації не тільки у крові, але й у печінці тварин. Особливо значущими ($p_u < 0,05$) також були зміни вмісту заліза й міді. На 7-у добу від початку розвитку жовтяниці вміст заліза ($p_u < 0,05$) й міді в крові щурів зменшився, порівняно з контролем, а в печінці, відповідно, збільшився ($p_u < 0,05$). Це характеризує значні порушення обміну заліза й міді в процесі розвитку

механічної жовтяниці у вигляді надмірної концентрації цих металів у печінці.

Через 14 діб від початку експерименту в крові піддослідних щурів відмічали значуще ($p_u < 0,05$), порівняно з попереднім терміном експерименту, збільшення концентрації магнію, алюмінію, кальцію, кадмію, цинку, міді, вольфраму та фосфору. Разом з цим у них виявляли значуще ($p_u < 0,05$) зменшення у крові вмісту калію, заліза та марганцю. У печінці тварин при цьому виявляли зниження вмісту свинцю, заліза, селену, молібдену та фосфору, а також збільшення вмісту міді та кальцію. У жовчі щурів спостерігали значуще ($p_u < 0,05$), порівняно з попереднім терміном експерименту, збільшення вмісту кальцію, міді та фосфору, а також зменшення вмісту цинку, заліза та селену.

Через 28 діб від початку експерименту (прогресування обтураційної жовтяниці) в крові щурів виявляли значуще ($p_u < 0,05$), порівняно з попереднім терміном експерименту, зменшення вмісту магнію, алюмінію, кальцію, цинку, міді, молібдену, хрому, вольфраму та фосфору. У печінці при цьому виявляли аналогічне ($p_u < 0,05$) зменшення вмісту магнію, кальцію, марганцю, міді, заліза та хрому. Разом з цим, вміст свинцю, селену та фосфору значущо ($p_u < 0,05$) збільшився. У жовчі відмічали зменшення вмісту алюмінію, заліза, міді та фосфору і значуще збільшення вмісту цинку ($p_u < 0,05$).

ПІДСУМОК

Результати проведених досліджень довели, що в організмі тварин при відтворенні експериментальної моделі механічної жовтяниці відбуваються значні порушення обміну макро- та мікроелементів. Встановлений факт потребує подальшого вивчення та з'ясування впливу таких змін як на структурно-функціональний стан печінки, так і на організм в цілому. Встановлені патогенетичні механізми порушень мікроелементного гомеостазу дозволять у подальшому науково обґрунтувати нові підходи до патогенетичної терапії механічної жовтяниці на етапах її хірургічного лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / А.П. Авцын, А.А. Жаворонков, М.А. Риш [и др.]. - Москва: Медицина. - 1991. - 496 с.
2. Даценко Б.М. Коррекция печеночной дисфункции у больных при обтурационной желтухе / Б.М. Даценко, Б.М. Тамм, Б.Б. Борисенко // Клінічна хірургія. – 2013. – Т. 4. – С. 9-12.
3. Сипливый В.А. Морфологические изменения печени при обтурационной желтухе, обусловленной

холедохолитиазом, в зависимости от ее длительности / В.А. Сипливый, Д.В. Евтушенко, О.В. Наумова // Клінічна хірургія. – 2016. – № 2. – С. 20-23.

4. Методичні рекомендації 72.14/133.14 «Оцінка порушень мінерального обміну у професійних контингентів за допомогою методу атомно-емісійної спектрометрії з індуктивною зв'язаною плазмою» / І.М. Андрусишина, О.Г. Лампека, І.О. Голуб [та ін.]. – Київ: Авіцена, 2014. – 60 с.

А.Б. Кутовой¹,
И.В. Люлько¹,
О.А. Сергеев²,
Д.А. Кисилевский¹

ЭВОЛЮЦИЯ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
КП «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова»²
пл. Соборная, 14, Днепр, 49005, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua
ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital I.I. Mechnikov»²
Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine*

Первый опыт хирургического лечения варикозной болезни нижних конечностей (ВБНК) относится к античным временам. Однако активно флебология стала развиваться с конца XIX – начала XX века, когда впервые появились публикации А.А. Троянова (1888 г.) и Ф. Тренделенбурга (1890 г.), которые рекомендовали перевязывать большую подкожную вену (БПВ) в в/3 бедра. В последующем ряд исследователей совершенствовал методики экцизии ствола БПВ (Н. Shede, 1877; М. Madelung, 1884; О. Narat, 1906; W.W. Babcock, 1907), а также поиск ликвидации патологического сброса по перфорантным венам (R.R. Linton, 1938; F.B. Cockett, 1953; D. Felder, 1955). Основными этапами лечения ВБНК стали ликвидация патологического вертикального и горизонтального рефлюкса. С 1907 года, благодаря внедрению W.W. Babcock в практику гибкого зонда с оливой на конце, упростилось выполнение экцизии ствола БПВ. Данная методика наиболее эффективна и обладает меньшей травматичностью и используется до сих пор. Методика минифлебэктомии (МФЭ) по Мюллеру, направленная на удаление варикозно – измененных притоков БПВ и малой подкожной вены (МПВ), вытеснила метод Нарата. Внедрение в практику со середины 90-х годов такого диагностического оборудования, как ультразвуковое ангиосканирование (УЗАС), привело к дифференцированному подходу к лечению каждого пациента. Параллельно с этим тактическим подходом к изменению протяженности экцизии ствола усовершенствовался и инструментарий. На сегодняшний день в практику внедрены современные методики лечения ВБНК – это лазерная, ультразвуковая и радиочастотная абляция. Современный темп жизни требуют от врачей минимизировать риски, сократить сроки пребывания пациентов на койке и сократить реабилитацию.

Цель – оценка результатов лечения варикозного расширения вен нижних конечностей на разных этапах эволюции подходов и развития методов.

В нашей клинике с 1995 по 2018 год располагаем опытом 7457 удалений поверхностных вен с помощью венэкстрактора Бебкока в комбинации с МФЭ, из которых 5201 случай зондом собственной конструкции. Благодаря этому удалость уменьшить длину разреза кожи до менее 10 мм (для извлечения венэкстрактора) с 91,3% (2062) при использовании венэкстрактора Бебкока до 8,6% (447) с зондом собственной конструкции, а также сократить количество подкожных гематом с 12,1% (271) до 3,5% (182) соответственно.

Также мы проанализировали 215 случаев дифференцированного подхода к лечению больных с трофическими язвами. У 89 пациентов выполнялась одномоментная коррекция вертикального и горизонтального рефлюкса, а у 126 – только вертикального. Нагноение послеоперационных ран наблюдалось в 26,9% (24) у пациентов, которым проводилась одномоментная коррекция вертикального и горизонтального рефлюкса, а в случае только вертикального – 4,7% (6) случаев. Краевые некрозы кожи наблюдались у 20,2% (18) и 10,6% (5) пациентов, а средний койко-день уменьшился с 16,3 суток до 4,7 соответственно. Причем из 126 пациентов, которым выполнялась только коррекция вертикального рефлюкса, в 47 случаях потребовалось выполнение второго этапа, т.е. ликвидация горизонтального. Полное устранение горизонтального рефлюкса, по данным УЗАС, в течение 6 месяцев наблюдалось в 62,6% (79) случаях.

С 2013 года в клинике по методике эндовенозной лазерной абляции (ЭВЛК) прооперировано более 100 пациентов по строгим показаниям.

Многообразие способов лечения ВБНК диктует необходимость определения четких показаний для каждого из них и требует индиви-

дуального подхода к пациенту, что определяет успех в лечении данной распространенной патологии.



УДК 616.45-006.03-089

**А.Б. Кутовой¹,
Э.В. Жмуренко¹,
И.В. Дейнеко²**

ОПЕРАЦИИ МАЛЫХ ДОСТУПОВ В ЛЕЧЕНИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина

КП «Днепропетровская областная больница им. И.И. Мечникова»²

пл. Соборная, 14, Днепр, 49005, Украина

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ME «Dnipropetrovsk Regional Clinical Hospital I.I. Mechnikov»²

Soborna sq., 14, Dnipro, 49005, Ukraine

Технические вопросы адреналэктомии изменяются в соответствии с разработкой и внедрением новых технологий. Приоритетом в настоящее время является лапароскопическая адреналэктомия, при этом не теряют своего значения традиционные малоинвазивные вмешательства. Одними из определяющих факторов при выборе метода адреналэктомии являются тип опухоли, её гормональная активность, размеры и плотность. Выполнение адреналэктомий посредством малых доступов представляет особый интерес, так как данный метод сочетает в себе преимущества традиционной и эндоскопической методик.

Цель – сравнить результаты лечения больных с новообразованиями надпочечников в зависимости от метода хирургического вмешательства.

С 2009 по 2011 год на базе отделения эндоскопической хирургии ОКБМ нами прооперировано 135 больных с новообразованиями надпочечников, из них доброкачественные опухоли были выявлены у 115 пациентов, злокачественные – у 20. Средний возраст пациентов составил 54,5±2,6 года. У большинства больных применялась мануально ассистированная адреналэктомия (hand assistant laparoscopic adrenalectomy (HALS)) – у 110 (81,5%), лапароскопическая адреналэктомия (ЛА) выполнена у 10 (7,4%), традиционная – у 15 (17,8%).

Длительность операции при HALS в среднем составила 63,4±2,5 мин., при ЛА – 81±4 мин., при традиционной – 98,8±9,1 мин. Размер опухоли, удаленной по методике HALS, достигал 4,48±0,1 см при доброкачественных опухолях (104 (77,0%)) и 5,4±0,2 см при злокачественных (6 (4,4%)), при ЛА – 2,75±0,4 см при доброкачественных (7 (5,2%)) и 3,1±0,1 см при злокачественных (3 (2,2%)), при традиционной – 3,63±0,4 см при доброкачественных опухолях (6 (4,4%)) и 7,3±0,3 см при злокачественных (9 (6,7%)). В ходе лапароскопической адреналэктомии в 4 (2,9%) случаях была выполнена конверсия, в связи с прорастанием злокачественной опухоли за пределы надпочечниковой железы, поражением близлежащих органов и тканей и как следствие необходимостью в расширении объема вмешательства. При выполнении HALS потребовалась конверсия в 3 (2,2%) случаях в связи с кровотечением из нижней полой вены и нижней диафрагмальной артерии.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов после HALS и эндоскопической адреналэктомии наблюдался менее выраженный болевой синдром, происходила быстрая активизация и восстановление моторно-эвакуаторной функции кишечника по сравнению с

традиційними вмешательствами, в середньому на $1,8 \pm 0,4$ і $3,7 \pm 0,1$ сутки відповідно.

ВИВОДИ

HALS адреналектомія дозволяє удалити опухоль більше 4 см вне зависимости от гистоло-

гической структуры при отсутствии признаков распространения злокачественного процесса.

Методика HALS расширяет возможности хирурга, облегчает выполнение основного этапа операции и ликвидацию возникающих осложнений.



УДК 616.366.-003.7-07-089

**О.Б. Кутвий,
К.О. Денисова,
Д.В. Балик**

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПУХЛИНАМИ ПЕРИАМПУЛЯРНОЇ ЗОНИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпр, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Захворюваність на рак підшлункової залози неухильно зростає і становить близько 9,5-11 на 100 тис. населення на рік.

Мета роботи – оцінка безпосередніх та віддалених результатів хірургічного лікування пухлин периапулярної зони.

Нами проведено аналіз результатів 92 ПДР, виконаних за період з 2008, у клініці хірургії № 2 на базі Дніпровської обласної лікарні ім. І.І. Мечникова. Серед хворих було 49 (53,2%) чоловіків і 43 (46,8%) жінки у віці від 24 до 81 року. Середній вік пацієнтів – $58,5 \pm 7,9$ року. У гістологічній структурі пухлин аденокарцинома головки підшлункової залози становила – 74,6%, псевдотуморозний панкреатит – 12,0%, аденома підшлункової залози – 3,6%, скірозний рак – 3,6%, нейроендокринні пухлини – 2,4%, ГІСТ – 1,2%, ацинарний паренхіматозний рак – 1,2%, протоковий рак – 1,2%. При цьому у 80 (86,9%) випадках пухлина виходила з головки підшлункової залози, у 7 (7,6%) – з великого дуоденального сосочка, у 5 (5,4%) – з холедоха. За наявності жовтяниці легкого або середнього ступеня тяжкості хірургічне втручання виконували одним етапом. У випадку наявності жовтяниці важкого ступеня був реалізований двоетапний підхід до лікування. Першим етапом проводили деком-

пресію жовчних шляхів (черезшкірно – через печінкове дронування жовчних проток). Після зовнішнього дронування повертали жовч до шлунково-кишкового тракту та проводили гепатотропну терапію. Жовч повертали перорально, призначаючи антисекреторні та обволікуючі засоби для захисту слизової стравоходу та шлунка. Для нейтралізації гірких властивостей жовчі її розводили з напоями, що містили лимонну кислоту, таким чином виключаючи появу печії та нудоти. Проміжок часу між першим та другим етапами лікування становив $29 \pm 9,4$ доби. Критерієм виконання хірургічних втручань другого етапу був рівень білірубінемії нижче 50 мкмоль/л. 62 (67,3%) хворим панкреатодуоденальна резекція була виконана другим етапом лікування, 30 (32,6%) хворим – першим. Виділення і видалення органокмплексу проводили стандартним шляхом у 47 (51,0%) пацієнтів, за "no-touch" технологією – у 45 (48,9%). Пілорозберігаюча ПДР виконана в 12 (13,0%) випадках. Відновлювальний етап ПДР здійснювався за Whipple. Вибір методу панкреатоєюноанастомозу залежав від поперечних розмірів перешийка і тіла підшлункової залози, діаметра Вірсунгової протоки. У 18 (19,5%) випадках проведена вірсунгоєюностомія, у

12 (13,0%) – анастомоз за типом «кінець у бік», у 61 (66,3%) – анастомоз за типом «кінець у кінець», у тому числі у власній модифікації. У 60 (65,2%) хворих паренхіма підшлункової залози була твердою, у 32 (34,7%) – м'якою. Для порівняння результатів використовували групу зі 120 хворих, що перенесли паліативні операції.

Серед ранніх ускладнень ПДР спостерігали: неспроможність панкреатоєюноанастомозу – 15 (16,3%), гастростаз – 6 (6,5%), шлунково-кишкові кровотечі – 4 (4,3%), неспроможність гепатикоєюноанастомозу – 3 (3,2%), некроз культі підшлункової залози – 3 (3,2%), тромбоз артеріального алопротеза – 1 (1,08%), кровотеча в черевну порожнину – 1 (1,08%), гостра рання спайкова непрохідність – 1 (1,08%). У 10 (10,8%) випадках неспроможність панкреатоєюноанастомозу розвивалась після формування телескопічних панкреатоєюноанастомозів «кінець у кінець», у 3 (3,2%) – після вірсунгоєюностомії і в 1 (1,08%) – після панкреатоєюноанастомозу «кінець у бік». Крім того, неспроможними частіш за

все були анастомози при «м'якій» паренхімі підшлункової залози – 11 (11,9%), ніж при «твердій» – 4 (4,3%).

Пізні ускладнення представлені післяопераційними вентральними кілами – 18 (19,5%), виразковою хворобою гастроентероанастомозу – 1 (1,08%). Померло 8 хворих, післяопераційна летальність – 8,6%.

Аналіз виживаності пацієнтів, що перенесли радикальне і паліативне лікування, виконаний за методом Каплана-Меєра. При цьому 1-річна виживаність пацієнтів, що перенесли ПДР, становила 59,0%, 3-річна – 33,5%, 5-річна – 20,4%.

Скорочення загального числа ускладнень і летальності після панкреатодуоденальної резекції пов'язане з оптимальним вибором хірургічної тактики. Аналіз виживаності хворих, що перенесли радикальне хірургічне лікування з приводу злоякісних новоутворень, порівняно з хворими, що перенесли паліативні операції, дозволяє говорити про достовірну ефективність ПДР.



П.В. Лященко¹,
В.П. Кришень¹,
М.В. Трофімов¹,
С.І. Баранник¹,
С.О. Мунтян¹,
Б.В. Гузенко¹,
Т.М. Панікова¹,
В.В. Задорожний¹,
Н.М. Нор¹,
К.С. Слесаренко¹,
В.М. Грабчук²,
В.І. Діденко²,
Є.І. Чередниченко²

ІНТРААБДОМІНАЛЬНИЙ СОРБЦІЙНИЙ ДІАЛІЗ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА РОЗПОВСЮДЖЕНИЙ ПЕРИТОНІТ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹
кафедра загальної хірургії*

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР»²

вул. В. Антоновича, 65, Дніпро, 49006, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

Department of General Surgery

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ME «Dnipropetrovsk Clinical Association of Ambulance» DRC»²

V. Antonoycha str., 65, Dnipro, 49006, Ukraine

Важливу роль у розвитку запального процесу при перитоніті відіграють клітинні ланки імунітету, а саме Т-хелпери (CD4) - Т-лімфоцити, головною функцією яких є посилення адаптивної імунної відповіді, яка полягає у функції розпізнавання антигенів і посилення утворення антитіл.

Мета роботи – дослідити динаміку показників CD4 (Т-хелпери) лімфоцитів при інтраабдомінальному сорбційно-трансмембранному діалізі у хворих на розповсюджений перитоніт.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Досліджено 108 хворих з розповсюдженим перитонітом. Хворі були розподілені на дві групи: група спостереження (ГС) – 50 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили сорбційно-трансмембранний діаліз; контрольна група (КГ) – 58 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз не застосовували.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворих на ГС, у яких застосовували інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз, концентрацію CD4 лімфоцитів у сироватці крові початково та в першу добу післяопераційного періоду можливо було порівняти з

даними КГ ($p=0,567$ та $p=0,514$ відповідно). За отриманими даними, у хворих на ГС початково і до 3-ї доби після операції відмічено також збільшення відносно норми показників CD4 лімфоцитів. У цей період на тлі прогресування системного запалення і ендотоксикозу наростала концентрація цього показника. Початково на 1, 3-ю добу після операції концентрація CD4 лімфоцитів становила 0,95, коливаючись від 0,94 до 0,96 $10^9/л$, 0,96, коливаючись від 0,95 до 0,97 $10^9/л$, та 0,97, коливаючись від 0,96 до 0,98 $10^9/л$ відповідно ($p<0,001$). Тільки на 5-у добу концентрація CD4 лімфоцитів знизилася нижче початкового рівня і становила 0,88, коливаючись від 0,87 до 0,89 $10^9/л$, а на 10-у добу становила 0,86, коливаючись від 0,85 до 0,87 $10^9/л$ ($p<0,001$). Однак у ГС порівняно з КГ на 5-у та 10-у добу післяопераційного періоду спостерігалася більш стрімке зниження концентрації CD4 лімфоцитів у сироватці крові хворих на розповсюджений перитоніт, що становила 0,88, коливаючись від 0,87 до 0,89 $10^9/л$, проти 0,92, коливаючись від 0,90 до 0,93 $10^9/л$ ($p=0,036$), та 0,86, коливаючись від 0,85 до 0,87 $10^9/л$, проти 0,90, коливаючись від 0,88 до 0,91 $10^9/л$ ($p=0,045$). На нашу думку, це пов'язано з використанням запропонованого способу промивання черевної порожнини хворим з розповсюдженим перитонітом.

ВИСНОВКИ

1. Інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз у хворих на розповсюдженій перитоніт сприяє прискоренню регресу запального процесу в черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу та системного запалення.

2. Дослідження клітинної ланки імунітету, а саме CD4 лімфоцитів, свідчить про високу ефективність інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу як способу прискорення процесу детоксикації в комплексному лікуванні хворих на розповсюдженій перитоніт.



УДК 616.381-002-08:616.94

*П.В. Лященко*¹,
*В.П. Кришень*¹,
*М.В. Трофімов*¹,
*С.І. Баранник*¹,
*С.О. Мунтян*¹,
*Б.В. Гузенко*¹,
*Т.М. Панікова*¹,
*В.В. Задорожний*¹,
*Н.М. Нор*¹,
*К.С. Слесаренко*¹,
*В.М. Грабчук*²,
*В.І. Діденко*²,
*Є.І. Чередниченко*²

**ВИКОРИСТАННЯ
ТРАНСМЕМБРАННОГО ДІАЛІЗУ
В ХІРУРГІЧНИХ ХВОРИХ**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»¹
кафедра загальної хірургії*

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

КЗ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» ДОР»²

вул. В. Антоновича, 65, Дніпро, 49006, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»¹

Department of General Surgery

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

ME «Dnipropetrovsk Clinical Association of Ambulance» DRC»²

V. Antonoycha str., 65, Dnipro, 49006, Ukraine

Важливу роль у розвитку запального процесу при розповсюдженому перитоніті (РП) відіграє ендогенна інтоксикація, маркерами якої є: лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) за Кальф-Каліфом та показники шкали SOFA, головна функція яких полягає у визначенні наявності і ступеня проявів поліорганної недостатності (ПОН).

Мета роботи – дослідити динаміку показників ендогенної інтоксикації за ЛІІ та шкалою SOFA при інтраабдомінальному сорбційно-трансмембранному діалізі у хворих на розповсюдженій перитоніт.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Досліджено 108 хворих з розповсюдженим перитонітом. Хворі були розподілені на дві групи: група спостереження (ГС) – 50 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили сорбційно-трансмембранний діаліз; контрольна група (КГ) – 58 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз не застосовували.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

При аналізі динаміки ПОН було встановлено, що початково показники за шкалою SOFA становили в КГ 6 (5; 8) балів та в ГС 7 (5, 8) балів ($p=0,354$). Та починаючи з 1-ї доби післяопераційного періоду, у хворих ГС відмічене більш швидке зниження показників за шкалою SOFA, ніж у КГ: на 1-у добу – $p<0,001$, на 3-ю добу – $p<0,001$, на 5-у добу – $p<0,001$, на 10-у добу – $p=0,005$.

Початково значення показника ЛШ у сироватці крові хворих на РП значно перевищувало нормальний діапазон ($1,0\pm 0,5$) та дорівнювало в КГ 3,9 (3,5;4,9), у ГС 4,3 (3,4;5,0) ($p=0,110$). При цьому встановлено, що у хворих ГС, починаючи з 3-ї доби післяопераційного періоду, відмічено більш швидке зниження ЛШ, ніж у КГ: на 3-ю добу – $p<0,001$, на 5-у добу – $p<0,001$, на 10-у добу – $p<0,001$.

Таким чином, результати аналізу маркерів інтоксикації: SOFA, ЛШ – свідчать про те, що в більшості хворих обох груп захворювання супроводилося тяжкими формами сепсису з ознаками ПОН початково і на тлі хірургічного лікування. Крім того, незважаючи на комплексне

лікування, явища системного запалення і ПОН у більшості хворих КГ прогресували або зберігалися в перші 5 днів після операції. На відміну від КГ, у більшості хворих ГС, у комплексному лікуванні яких застосовували трансмембранний діаліз, відзначений стійкий регрес явищ системного запалення і ПОН, починаючи з 3-ї доби післяопераційного періоду.

ВИСНОВКИ

1. Інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз у хворих на розповсюджений перитоніт сприяє прискоренню регресу запального процесу в черевній порожнині, а також прояву ендотоксикозу та системного запалення.

2. Додаткове використання інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволить знизити частоту післяопераційних ускладнень та знизити летальність у два рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС становило 5,6%, зниження відносного ризику становило 42,3%, що пов'язано з темпами зниження інтоксикації.



УДК 616-001.4:611.018.52

*С.В. Малик,
Я.В. Рибалка,
М.В. Безручко,
О.С. Осінов*

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНИХ РАН У ПАЦІЄНТІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ АУТОЛОГІЧНОЇ ПЛАЗМИ, ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАМИ

*Українська медична стоматологічна академія
вул. Шевченка, 23, Полтава, 36011, Україна
Ukrainian Medical Dentistry Academy
Shevchenko str., 23, Poltava, 36011, Ukraine*

Рани та їх лікування є однією з найдавніших проблем хірургії, що дотепер не втратила своєї актуальності. При лікуванні ран часто хірурги мають справу з дефектами покривних тканин, яким властиві ознаки хронічного запалення, висока бактеріальна контамінація, а також переважання дегенеративних процесів над регенеративними, що значно ускладнює найближчі та віддалені результати.

Літературні експериментальні та клінічні дані свідчать про позитивний вплив аутологічної плазми, збагаченої тромбоцитами (АПЗТ, PRP), у стимуляції ангіогенезу тканин та ранозагоєння, що дозволяє припустити ефективність застосування методики PRP у пацієнтів з хронічними ранами (ХР).

Метою роботи було покращення результатів лікування хронічних ран шляхом впливу на

регенераторні процеси за допомогою застосування в комплексі лікувальних заходів PRP-терапії.

У період з 2011 по 2017 рік на базі хірургічного відділення І МКЛ м. Полтави проведено комплексне обстеження і лікування за допомогою запропонованої та обґрунтованої методики 99 хворим з ХР. Ця група складала основну (І група), яка додатково до комплексного лікування ХР отримували місцеве лікування плазмою, збагаченою тромбоцитами (PRP). Групу порівняння (ІІ група) склав 101 пацієнт з ХР, що лікувався за традиційними підходами.

Групи були ідентичні за кількістю хворих з трофічними виразками при хронічній артеріальній недостатності, з трофічними виразками при хронічній венозній недостатності, ХР іншої етіології.

Хворим основної групи застосовували АПЗТ у вигляді щоденних підшкірних та внутрішньошкірних ін'єкцій та аплікацій, яку отримували за методикою J.Chukrun шляхом центрифугування. Утворену плазму набирали в два інсулінові шприци по 1 мл кожен і вводили по периферії рани (близько 20 ін'єкцій по 0,1 мл). Частина плазми, що залишилася, у вигляді аплікації прикладали на рановий дефект і закривали сухою серветкою на 24 год.

Цитологічна картина ранового процесу визначалася з виділенням 6 типів цитологічної кар-

тини мазків-відбитків за Штейнбергом. Дослідження виконувалось на 4 та 10 добу після початку лікувальних заходів.

Аналіз результатів досліджень показав, що на 4 добу ІV тип цитограми превалював у пацієнтів І (основної) групи, а отже й відносна «готовність» до подальшого пластичного закриття ранового дефекту, що виявлено всього в 3 (3,03%) пацієнтів. У ІІ групі це був 1 (0,99%) пацієнт. Різниця статистично достовірна, що свідчить про позитивний вплив PRP-терапії на перебіг ранового процесу.

На 10-у добу ранового процесу спостерігалось статистично значуще зміщення цитологічної картини в підгрупах, що отримували PRP-терапію, у бік регенераторних типів, ІV, V, VI типу цитограми, а отже, відмічалася відносна «готовність» до подальшого пластичного закриття ранового дефекту, що підтверджує позитивний терапевтичний вплив PRP-терапії на перебіг ранового процесу у пацієнтів з ХР.

Отже, використання PRP-терапії в комплексі лікування хронічних ран є клінічно ефективним, що підтверджується даними динамічного цитологічного дослідження. Метод дозволяє прискорити процеси репарації ран, підготувати рану до пластичних відновних втручань. Отримані дані дозволяють рекомендувати застосування PRP-терапії в якості додаткового засобу лікування пацієнтів з ХР.



УДК 616.351-006-089

**Н.Н. Милиця,
Н.Д. Постолєнко,
К.Н. Милиця,
И.Н. Ангеловский**

ВЫБОР СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИСТАЛЬНЫМ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ

*ДЗ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины»
бул. Винтера, 20, Запорожье, 69096, Украина
SE «Zaporizhzhia medical academy for post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»
Vinter boul., 20, Zaporizhzhia, 69096, Ukraine
e-mail: naukazmapo@gmail.com*

На сьогоднішній день сохранияется стойкая тенденция к росту заболеваемости раком прямой кишки (РПК). По данным большинства исследователей, в настоящее время РПК занимает 3-е место среди злокачественных новообразований.

Рост числа сфинктеросохраняющих операций по поводу РПК обусловлен разработкой принципиально новых подходов к методам вмешательства при локализации опухоли в дистальных отделах прямой кишки.

Цель данной работы - изучение непосредственных результатов хирургического лечения у больных с дистальным раком прямой кишки, проведенных в клинике за последние 10 лет.

С 2008 по 2018 г. было оперировано 264 пациента с локализацией опухоли в дистальных отделах прямой кишки, средний возраст составил 62,2 года, доля больных старше 60 лет – 61,4%.

При локализации опухоли в нижеампулярном отделе ПК выполняли интрасфинктерную (полную или частичную) резекцию прямой кишки – 106 (40,6%) больных, резекцию с колоанальным анастомозом – 51 (20,1%) или брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки с формированием колостомы – 19 (7,3%) пациентов.

В связи с широким внедрением лапароскопических технологий в колоректальную хирургию, в клинике разработан и применен у 24 (9,2%) больных метод брюшно-анальной резекции прямой кишки. Последний заключается в лапароскопической мобилизации нисходящих отделов ободочной и прямой кишки до уровня

леваторов, формирование трансплантата, с последующей демукозацией слизистой анального канала, низведением ободочной кишки и формированием колоанального анастомоза.

При локализации опухоли в среднеампулярном отделе ПК операцией выбора являлась низкая передняя резекция с формированием аппаратного колоректоанастомоза и наложением у 73% пациентов превентивной коло- или илеостомы. Данное оперативное вмешательство проведено у 47 больных. Ручной шов использовали у 31 пациента.

Расширение показаний к выполнению брюшно-анальных резекций дало возможность увеличить удельный вес сфинктеросохраняющих операций до 90%, сохранив удовлетворительный уровень непосредственных функциональных результатов.

Внедрение лапароскопических технологий в хирургию дистального рака ПК позволяет сократить сроки реабилитации, сохранив радикализм операции.



УДК 616.345-089.843-047.42

**М.М. Милиця,
К.М. Милиця,
В.В. Стебляк**

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ЗМІЦЕННЯ ТОВСТОКИШКОВИХ АНАСТОМОЗІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

бул. Вінтера, 20, Запоріжжя, 69096, Україна

SE «Zaporizhzhia medical academy for post-graduate education Ministry of Health of Ukraine»

Vinter boul., 20, Zaporizhzhia, 69096, Ukraine

e-mail: naukzmapo@gmail.com

Надійність кишкового шва залишається одним з найважливіших та найактуальніших аспектів у хірургії шлунково-кишкового тракту, у зв'язку з тим, що останній лежить в основі більшості операцій.

Неспроможність кишкових швів є небезпечним ускладненням хірургічних операцій з летальністю до 68%. При цьому 45-69% з них зумовлені гнійно-септичними ускладненнями, найбільш тяжким з яких є перитоніт. Невирішеною залишається проблема аргументованого вибору методу укріплення кишкового шва. Таким чином, вивчення шляхів зміцнення

анастомозу є актуальним питанням сучасної хірургії.

Мета дослідження – вивчити механічну міцність та морфологічні зміни в ділянці низхідної ободової кишки у щурів після накладання та укріплення анастомозу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Досліджували ділянки низхідної ободової кишки 45 статевозрілих білих щурів лінії Вістар. Стать щурів не визначали. У роботі досліджено 2 групи тварин: 1 – тварини, яким після поперечного розсічення ободової кишки накладався анастомоз однорядовим швом, з використанням

шовного матеріалу «Вікріл 5.0». Тваринам 2 групи після накладання однорядового шва додавали адгезив для тканин «Катсил» (виробник: Rusan Pharma (Індія)). Щурів виводили з експерименту шляхом декапітації під ефірним наркозом на 3, 7, 14, 21 та 30 добу після оперативного втручання. Після розтину вимірювали міцність кишки в ділянці анастомозу шляхом пневмопресії з подальшим її гістологічним дослідженням. Догляд за тваринами здійснювали відповідно до норм і вимог, розроблених згідно з кодексом Ради Міжнародних медичних організацій "Міжнародні рекомендації для проведення медико-біологічних досліджень з використанням тварин".

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Дослідження продемонстрували, що анастомоз, накладений із використанням адгезиву для

тканин «Катсил», на 3 добу був на 37,7%, на 7 добу – на 26,7%, на 14 добу – на 13,7% міцніше, ніж звичайний анастомоз, про що свідчать дані, отримані шляхом пневмопресії. Гістологічне дослідження показало зменшення післяопераційних дистрофічних процесів та помітне випередження процесів відновлення тканин у щурів 2 групи, що виражалося більш рівномірним сполученням оболонок, збільшенням швидкості епітелізації слизової оболонки та формування сполучної тканини в ділянці анастомозу товстої кишки.

ПІДСУМОК

Застосування адгезиву сприяє збільшенню міцності та швидкості процесів регенерації у ділянці однорядового товстокишкового анастомозу.



УДК 616.149-008.341.1

**В.В. Петрушенко,
Д.І. Гребенюк,
Я.В. Радьога,
Д.В. Цигалко,
М.О. Мельничук,
Ю.А. Дорожнинський,
А.Є. Татарін**

ПРОФІЛАКТИКА КРОВОТЕЧ У ХВОРИХ ІЗ СИНДРОМОМ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
кафедра ендоскопічної та серцево-судинної хірургії
вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21018, Україна
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Pirogov str., 56, Vinnytsya, 21018, Ukraine
e-mail: admission@vnmu.edu.ua*

Кровотеча із варикозно розширених вен стравоходу – остання ланка у послідовності ускладнень цирозу печінки. Ризик розвитку рецидиву кровотечі становить 28% при цирозі класу А (Child–Pugh), 48% – при цирозі класу В, 68% – при цирозі класу С. Вже перший її епізод супроводжується смертністю 30–50%. Перспективним напрямком у профілактиці кровотеч портальної генезу є мініінвазивна хірургія, а саме ендovasкулярні втручання, направлені на зниження тиску в портальній системі.

Мета дослідження – оцінити ефективність застосування емболізації селезінкової артерії з метою профілактики кровотеч портального генезу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Дослідження включало 96 пацієнтів, що проходили лікування в клініці кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова з приводу кровотеч з варикозно розширених вен стравоходу, які розвивалися внаслідок декомпенсованого цирозу

печінки різної етіології (невірусної, вірусної, змішаної) класів В та С за Child–Pugh.

Хворі були розподілені на 2 групи. Дослідну групу склали 25 (26,05%) пацієнтів, які отримували консервативну терапію. Група порівняння включала 71 (73,95%) пацієнта, яким було виконано ендоскопічний гемостаз шляхом лігування вариксу, що кровив, а з метою профілактики рецидиву кровотечі – емболізацію селезінкової артерії спіралями Гіантурко.

Для оцінки ефективності проведеного лікування стан пацієнтів контролювався протягом 6 місяців.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнтів групи порівняння становив $56,8 \pm 4,4$ року. Використовуючи тільки лікарську терапію, ми зупинили кровотечу у 54 (76,1%) хворих. У всіх випадках в кінці лікування ми отримували поліпшення клінічних та лабораторних показників. 17 (23,9%) пацієнтів померли. Тривалість лікування становила $10,1 \pm 2,4$ дня.

Середній вік пацієнтів дослідної групи становив $55,2 \pm 5,6$ року. Виконуючи ендоскопічне лігування вариксів, що кровили, ми зупинили крово-

течу у 23 (92,0%) хворих. У всіх випадках у кінці лікування ми отримували поліпшення клінічних та лабораторних показників. 2 (8,0%) пацієнти померли. Тривалість лікування становила $6,5 \pm 2,7$ дня.

При статистичному аналізі показників смертності та тривалості лікування була виявлена достовірна різниця ($p < 0,01$) між групами за обома показниками.

При виконанні емболізації селезінкової артерії пацієнтам дослідної групи у всіх випадках вдавалося досягти редуції кровотоку 60-80%.

При спостереженні пацієнтів із досліджуваного контингенту протягом 6 місяців серед 54 пацієнтів групи порівняння рецидив кровотечі мав місце в 12 (22,2%) випадках. У дослідній групі цей показник становив 8,7% (2 пацієнти). При цьому показник у дослідній групі достовірно ($p < 0,01$) відрізнявся від аналогічного показника в групі порівняння.

ПІДСУМОК

Виконання емболізації селезінкової артерії у хворих із кровотечами портального генезу дозволяє знизити тиск у портальній системі, що в свою чергу веде до зниження частоти рецидивів кровотечі.



УДК 616.366-003.7-07-089.163/.166

І.Ф. Полулях-Чорновол

ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІЧНОГО ПОВЕРХНЕВОГО НАТЯГУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА АТИПОВІ ФОРМИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії № 1*

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

Як відомо, у хворих на холелітіаз літогенність жовчі підвищена, вона стає більш в'язкою, при наявності холангіту може ставати гнійною і т.п. Все це призводить до порушення взаємозв'язку між показниками динамічного поверхневого натягу (ДПН) жовчі. Інтегральну інформацію про склад поверхневих шарів жовчі, її реологічні

властивості, про процеси, що виникають у рідинній фазі, циркуляцію та динаміку жовчі по жовчних капілярах та протоках дозволяє отримати динамічна міжфазна тензіометрія (ДМТ).

З метою прогнозу післяопераційного перебігу захворювання та подальшої оцінки ефективності лікування проаналізовано ДПН жовчі у хворих

на атипові форми холедохолітіазу (АФ ХДЛ). При АФ ХДЛ немає однієї або декількох типових ознак: нападopodobного болю в правому під-ребер'ї, механічної жовтяниці, холангіту, а також розширення діаметра загальної жовчної протоки (ЗЖП) при ультразвуковому дослідженні (УЗД).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

ДПН жовчі вивчено в динаміці (1-й, 5-й, 10-й дні) у 33 хворих на АФ ХДЛ (після зовнішнього дренажу жовчних проток). Розподіл за статтю: 20 жінок та 13 чоловіків у віці 24-80 років. Пацієнти розподілені на 2 групи: 1-а (стан тяжкий) – 14 (7 жінок та 7 чоловіків у віці 56-80 років); 2-а (стан середньої тяжкості) – 19 (10 жінок та 9 чоловіків у віці 24-59 років). Тяжкий стан відмічено в 6 пацієнтів із псевдопухлинною, у 4 – з безбольовою жовтяницею та в 4 – з безжовтушною холангітичною формами.

Стан середньої тяжкості – у 7 пацієнтів з безбольовою жовтяницею, у 6 – з безжовтушною холангітичною, у 3 – з кардіобіліарною та в 3 – з безсимптомною формами. Контрольну групу склали 18 практично здорових донорів (10 жінок та 8 чоловіків у віці 18-42 років) – 3 гр.

ДПН жовчі вивчали за допомогою комп'ютерного тензіометра МРТ-2 Lauda (Німеччина), принцип дії якого базується на методі максимального тиску в пухирці. Розподіл інтервалу між пухирцями на так званий мертвий час та період життя поверхні визначається існуванням критичної крапки тиску від потреби повітря (в ній спостерігається перехід від пухирцевого режиму перебігу газу з капіляра до струминного).

Комплексне лікування у хворих на АФ ХДЛ проводилось під контролем ДМТ жовчі (1-й, 5-й, 10-й дні).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження представлені у вигляді тензіограм – кривих залежності ДПН від часу (t), на яких позначаються крапки, які відповідають $t=0,01c$ (δ_1), $t=1c$ (δ_2), $t=100 - 1000c$ (δ_3) і $t \rightarrow \infty$, який наближається до нескінченності (δ_4), та куту нахилу кривої (λ) в координатах $t^{-1/2}c$, $t=0,01c$,

Міжфазними динамічними тензіометричними маркерами жовчі при сприятливому прогнозі є: зниження δ_1 ($N - 46,4 \pm 0,41 \mu\text{Нм}$), зниження δ_2 ($N - 41,04 \pm 0,51 \mu\text{Нм}$), зниження δ_3 ($N - 37,95 \pm 0,84 \mu\text{Нм}$), нормалізація δ_4 ($N - 36,18 \pm 1,31 \mu\text{Нм}$) і λ ($N - 8,71 \pm 0,57 \mu\text{Нм}^{-1} \cdot c^{1/2}$), а при несприятливому – підвищення δ_1 , підвищення δ_2 , підвищення δ_3 , підвищення δ_4 , зниження λ ($p < 0,05$).

Найбільш інформативною з них є δ_1 , яка відображає поверхневу в'язкість жовчі, та λ , яка характеризує реологічний стан моношарів. Показник δ_4 може бути критерієм контролю проведеної медикаментозної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Динамічний поверхневий натяг жовчі дозволяє контролювати тяжкість стану хворих на атипові форми холедохолітіазу та комплексне лікування.

2. Маркери сприятливого прогнозу перебігу захворювання: $\downarrow \delta_3$, $\downarrow \delta_4$, $\uparrow \lambda$, несприятливого прогнозу: $\uparrow \delta_1$, $\uparrow \delta_2$, $\uparrow \delta_3$, $\uparrow \delta_4$, $\downarrow \lambda$.

3. При сприятливому перебігу захворювання збільшується інтенсивність і частота прямих кореляційних зв'язків між показниками та навпаки, при несприятливому прогнозі стає більш інтенсивним зворотній зв'язок та зменшується кількість прямих зв'язків між показниками ДПН.



**С.І. Саволук,
В.М. Лисенко,
М.Ю. Крестянов**

ВИКОРИСТАННЯ МОЖЛИВОСТЕЙ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ОРГАНІЗАЦІЇ ПІСЛЯДИПЛОМНОГО НАВЧАННЯ ЗА СПЕЦІАЛЬНІСТЮ "ХІРУРГІЯ"

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра хірургії та судинної хірургії
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна
Shuryk National medical academy of postgraduate education
Department of Surgery and Vascular Surgery
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Розповсюдження та використання, постійне вдосконалення та прогрес інформаційно-комунікаційних технологій (ІКТ) започатковують нові можливості організації навчального процесу. Актуальним є зміна ролі викладача, який стає консультантом з постійним підвищенням власної творчої активності і кваліфікації стосовно впровадження нововведень, інновацій, технологій та методів презентації матеріалу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Кафедральна база знань формується на основі сукупних знань викладацького складу з презентацією у вигляді електронних носіїв – підручників, монографій, дистанційних курсів очного та заочного навчання, методичного забезпечення лекцій, семінарів, практичних занять, позааудиторної самостійної підготовки, електронної бази програмної та додаткової літератури, рефератів, збірників матеріалів науково-практичних конференцій з коментарями та їх дискусійним обговоренням, протоколів та стандартів за спеціальністю, постійно оновлюваними базами тестових завдань для ліцензійного та практично-орієнтованого іспитів, які й створюють інформаційну складову мережі поряд із наявним потужним бібліотечним ресурсним фондом, що включає інтегрований електронний репозитарій наукових праць співробітників та науковців інших закладів, бібліотеку наукової літератури, електронний каталог видань та інтернет-посилань, відеохостингів, як власних (у сукупному хмарному сервісі), так і через посилання, з вимогою до системного та систематичного оновлення.

Розглядаючи створення власних навчальних мереж в якості потужного засобу підвищення ефективності навчального та науково-дослідного процесу як викладацького складу, так і інтернів, курсантів, на кафедрі виконується кропітка робота зі створення власного локального тематичного віртуального ресурсу за вибудованою

відповідно до навчальної програми структурою зі змістовним його інноваційним контентним наповненням. Відповідно до структури тем навчальної програми (ургентна абдомінальна хірургія, планова хірургічна гастроентерологія, колопроктологія, лапароскопія, малоінвазивна флебологія, бариатрична хірургія, малоінвазивна онкохірургія, хірургія швидкого відновлення) ресурс вибудовується на основі плану практичного заняття та принципів міждисциплінарної інтеграції з висвітленням всіх аспектів етіопатогенезу нозології, питань клініки, діагностики та диференційної діагностики, принципів консервативного та оперативного лікування та післяопераційної реабілітації шляхом створення електронної бази відповідного відеоматеріалу, тексту лекцій та рефератів, презентацій, підручників, методичних рекомендацій, клінічних протоколів і стандартів та гіперпосиланням на точки доступу до їх перегляду та форматування. Розроблений ресурс активно використовується та постійно вдосконалюється для аудиторної та позааудиторної підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю "Хірургія", курсантів на циклах тематичного вдосконалення та передатестаційних циклах на кафедрі хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Кожен фахівець для реалізації певного поставленого перед ним завдання, змодельованої ситуації, програми чи практичного тренінгу повинен мати такий простір для навчання, в якому доступний весь необхідний для роботи матеріал у будь-який момент часу (on-line режим), що можливо у віртуальному (хмарному) просторі та середовищі, що дозволяє інтерну, курсанту постійно рухатись вперед по розділах навчальної програми, не втрачаючи набутих раніше знань, навичок та вмінь.

Для викладацького складу – проєкція системи персональних кабінетів для створення власного професійного портфолію, що є персональною візитівкою фахівця на сучасному ринку праці, підготовки лекційних курсів, практичних занять, семінарів, підсумкових заліків, списків основної та допоміжної програмної літератури з гіперпосиланням та переліком тем для самопідготовки та написання рефератів, власної електронної бази першоджерел, відеоматеріалів, збірників матеріалів наукових конференцій із власними коментарями та зауваженнями, самопублікації власних наукових матеріалів в електронному репозитарії, користування засобами обліку знань (модулі, відомості, журнали поточних оцінок та пересклади), ведення викладацької документації (планування роботи, контроль за її виконанням), створення віртуальної дошки пошани, поєднуючи навчальний процес з дослідницьким.

Для інтернів, курсантів - проєкція індивідуальної навчальної картки для контролю за навчанням та успішністю, компонування методичних та навчальних матеріалів, баз тестів з дисципліни та іспиту, об'єднання у віртуальні групи в межах роботи наукових товариств, впливаючи на його ефективну роботу, дискутуючи програми їх роботи та розробляючи власні наукові проєкти. Можливості створення віртуальних команд для виконання поставлених

функціональних задач, віртуальні наукові дискусійні групи, форуми, інтернет-конференції в режимах реального часу, що створює передумови до активізації сумісної дослідницької діяльності викладачів та інтернів і поточного контролю за її виконанням (спільні публікації, конференції молодих вчених, гранти та конкурси на кращу наукову роботу, відеоматеріал тощо). Зменшення часових термінів навчальної підготовки та зростання показників її успішності, враховуючи попередню систематизацію матеріалу, вже знайдені джерела основної та допоміжної літератури, викладені відеоматеріали із зауваженнями та коментарями профільних фахівців.

ПІДСУМОК

Вимога сучасності – це активна інтеграція в навчальний процес інформаційних технологій, кількість яких стрімко зростає. На першому етапі створення подібних ресурсних баз, процес її побудови вимагає значних часових ресурсів та залучення ІТ-фахівців, проте після її запуску та агресивного налаштування на самооновлення через низку професійних соціальних мереж система функціонує самостійно, систематично оновлюючись при наявності сигнальних ключових слів, що значно спрощує її подальше обслуговування.



УДК 616.34-007.43-031:611.957]-089.844-036.1-092.6/9

**С.І. Саволук,
В.М. Лисенко,
М.Ю. Крестянов,
А.Ю. Глаголева,
Д.С. Завертиленко**

РЕЗУЛЬТАТИ ЗАСТОСУВАННЯ МОДИФІКОВАНОЇ БЕЗШОВНОЇ БЕЗФІКСАЦІЙНОЇ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ТАРР-ГЕРНІОПЛАСТИКИ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра хірургії та судинної хірургії
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна
Shupyk National medical academy of postgraduate education
Department of Surgery and Vascular Surgery
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Мініінвазивні оперативні техніки при грижах, зокрема ендо- та лапароскопічні, не тільки зменшують загальну стресову відповідь організму на хірургічне пошкодження тканин, але і сприяють

зниженню ризику ускладнень, відсотка післяопераційного гострого та хронічного больового синдрому та скороченню терміну відновлення.

Мета – покращити безпосередні (гострий пахвинний біль) та віддалені (хронічний пахвинний біль) результати лікування хворих на пахвинні грижі шляхом застосування модифікованої техніки TAPP-герніопластики та технологій хірургії швидкого відновлення (протокол Fast Track Surgery).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У ретроспективне клінічне дослідження були включені 124 хворих віком від 18 до 88 р. (середній вік становив $46 \pm 2,1$ року) з первинними унілатеральними пахвинними грижами, які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафебри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛІ № 8 м. Київ). Період спостереження становив 1 рік. У 78 хворих була виконана модифікована TAPP (спінальна анестезія, троакальний блок, термінальна анестезія очеревини та діафрагми, преперитонеальна дисекція в умовах місцевої анестезії, безфіксаційна пластика шляхом встановлення анатомічного імпланту, безшовне відновлення очеревинного дефекту шляхом електрозварювання) та 46 хворим проведена пластика за методом Lichtenstein. Усім пацієнтам виконувалась пахвинна герніопластика імплантом Bard 3D Max Mesh. Дефект очеревини в основній групі після встановлення імпланту реконструювався методом електрозварювання.

Експериментальний розділ роботи включав експеримент на 12 безпородніх кролях масою 1,95-3,75 кг (середня маса $2,30 \pm 0,52$). Кожній тварині виконувалось розрізання очеревини в 3 місцях з обох сторін та реконструкція дефекту на одній стороні методом зварювання, а на другій – зашиванням синтетичним шовним матеріалом.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спостерігалось скорочення терміну перебування пацієнта в стаціонарі в 4,2 раза та періоду

до відновлення здатності виконувати професійні обов'язки в 3,4 раза при застосуванні нового хірургічного методу. Значущої різниці в рівнях післяопераційних ускладнень ($p=0,036$) та повторних операцій через ускладнення ($p=0,023$) не виявлено. Відзначалась суттєва різниця в показниках болю в спокої ($p<0,001$), болю при навантаженні ($p<0,001$), рівнях рецидивів ($p<0,001$). Відзначено зменшення необхідності в анальгетиках в основній групі у ранньому післяопераційному періоді ($p<0,001$) та зниження ризику розвитку тривалої інгвінодинії ($p<0,001$).

У зразках від експериментальних тварин зменшення кількості живих мезотеліоцитів не підвищувало вираженість запальної реакції ($p<0,001$). При зварювальному шві спостерігалась статистично значуща різниця з вищою інтенсивністю колагенотворення, аніж при лігатурному, що забезпечувало більшу міцність з'єднання тканини.

ПІДСУМОК

Модифікована лапароскопічна преперитонеальна алогерніопластика для первинних унілатеральних пахвинних гриж в умовах протоколу хірургії швидкого відновлення, яка включає знеболення троакальних ран, термінальну анестезію очеревини та діафрагми, гідропрепарування очеревини для дисекції преперитонеального простору, встановлення анатомічно конформованого сітчатого протеза без фіксації та реконструкцію дефекту очеревини методом електрозварювання, є ефективною та надійною з огляду на рівень ускладнень (відсутність морфологічної основи для гострого та хронічного пахвинного болю), якість життя пацієнтів в ранньому та віддаленому післяопераційному термінах та ризик розвитку рецидиву.



УДК 616-008.9:616.33-089

**С.І. Саволук,
В.М. Лисенко,
М.Ю. Крестянов,
Д.С. Завертиленко,
А.Ю. Глаголєва**

ДОСВІД ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ГАСТРОПЛІКАЦІЇ В ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра хірургії та судинної хірургії
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна
Shuryk National medical academy of postgraduate education
Department of Surgery and Vascular Surgery
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Ожиріння є значущим фактором ризику розвитку багатьох захворювань, що зумовлюють підвищення рівня смертності серед дорослого населення. Зокрема ожиріння є компонентом метаболічного синдрому, при якому також розвивається цукровий діабет (ЦД) 2-го типу, дисліпідемія, артеріальна гіпертензія та нічне апное. На сьогоднішній день більше ніж 603 млн дорослих у світі серед загальної популяції 7,5 млрд (12%) страждають на ожиріння (за даними Health Metrics and Evaluation, 2017). В Україні рівень ожиріння серед дорослого населення на 2016 р. становив 22,0% для чоловіків та 25,7% для жінок. Лапароскопічна гастроплікація є рестриктивною бариатричною операцією, яка дозволяє обмежити об'єм шлунка без резекції в пацієнтів з морбідним ожирінням. Окрім механічного зменшення просвіту шлунка, при цій процедурі відбувається компресія грелін-продукуючих зон з наступною ішемізацією, що додатково сприяє корекції метаболічних порушень.

Метою роботи є вивчення ефективності лапароскопічної гастроплікації в короткостроковому періоді при лікуванні хворих на метаболічний синдром.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У ретроспективне клінічне дослідження були включені 56 пацієнтів (середній вік 38,2±7,4 року), що були прооперовані на базах кафедри хірургії та судинної хірургії НМАПО ім. П.Л. Шупика в період з 2015 по 2017 р. З них чоловіків було 14 (25%), жінок – 42 (75%). Середній показник ІМТ до операції становив 38±6,5 кг/м². У пацієнтів були виявлені такі супутні патології –

дисліпідемія (49 пацієнтів), артеріальна гіпертензія (35 пацієнтів), обструктивне нічне апное (23 пацієнти), ЦД II типу (13 пацієнтів), ЖКХ (6 пацієнтів), варикозна хвороба вен нижніх кінцівок (2 пацієнти), рефлюкс-езофагіт (2 пацієнти). Всім пацієнтам лапароскопічно була виконана гастроплікація, у 8 (14,3%) випадках виконувались симультанні операції (холецистектомія, антирефлюксна операція). Період спостереження становив 1 рік.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середня тривалість оперативного втручання становила 95±15,4 хв. Тільки в 1 випадку розвинулося тривале блювання, що вимагало реоперації з конверсією в рукавну резекцію. ІМТ через рік становив 29±4,8 кг/м². У 6 пацієнтів (10,71%) відмічався повторний набір надлишкової ваги через порушення дієтарного режиму. Діапазон зниження надлишкової ваги становив 33,4-48,21% (середнє значення 42,36%). Компенсація супутньої патології протягом усього часу спостереження відмічалась у 10 випадках цукрового діабету II типу (76,9%), у 31 випадку артеріальної гіпертензії (88,6%); нормалізація ліпідного профілю – у 40 (81,6%). Середня тривалість перебування хворих у стаціонарі становила 2,5±0,7 дня.

ПІДСУМОК

Лапароскопічна гастроплікація є надійною, безпечною та ефективною рестриктивною операцією в лікуванні ожиріння та метаболічного синдрому в короткостроковому періоді.



**С.В. Слесаренко,
Н.М. Нор,
К.С. Слесаренко**

ЗАСТОСУВАННЯ ПЛІВКОВИХ ПОКРИТТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДОНОРСЬКИХ РАН У ХВОРИХ З ОПІКАМИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра загальної хірургії
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
Дніпропетровський центр термічної травми та пластичної хірургії
пр. Сергія Нігояна, 53, Дніпро, 9064, Україна
Дніпропетровський медичний інститут ТНМ
вул. Севастопольська, 17, Дніпро, 49005, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of General Surgery
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua
Dnipropetrovsk Center for Thermal Injury and Plastic Surgery
Serhiy Nigoyan ave., 53, Dnipro, 9064, Ukraine
Dnipropetrovsk Medical Institute of Traditional and Alternative Medicine
Sevastopolska str., 17, Dnipro, 49005, Ukraine*

Вільна аутодермопластика з формуванням донорських ран посідає центральне місце в комплексі заходів, спрямованих на стабілізацію стану хворого з великими глибокими опіками.

Мета роботи – оптимізація загоєння донорських ран у хворих з глибокими дермальними опіками шляхом застосування плівкових покриттів.

Досліджено 68 хворих з донорськими ранами. З них: 35 чоловіків і 33 жінки у віці від 25 до 60 років. Хворі були розподілені на дві групи: основна – 40 осіб, яким застосовувалися плівкові пов'язки: «Тегадерм», «Гідрофільм», «Юбан» і порівняння – 28 хворих, яким застосовувалися марлеві пов'язки з розчином «Бетадин».

В основній групі в донорських ранах був відсутній больовий синдром, незначна запальна

реакція, мізерні виділення. Повна епітелізація наставала на 8-10 добу після операції. Ускладнень не було, а колір поверхні після загоєння мало відрізнявся від оточуючих покривів шкіри. У хворих групи порівняння спостерігався виражений больовий синдром, у 5 випадках відмічалось запалення донорських ран. Загоєння завершувалося на 12-15 добу з формуванням яскраво-червоних ділянок епітелізації.

Використання плівкових покриттів сприяє прискореному розмноженню епідермальних клітин у вологому середовищі і скороченню термінів загоєння донорських ран, зводить до мінімуму кількість перев'язок, що в свою чергу зменшує ризик контамінації.



УДК 616-083.98:612.398

Е.Ю. Сорокина

БЕЛКОВОСОХРАНЯЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Чтобы правильно спланировать нутритивную поддержку пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, важно понять основные изменения в метаболизме, которые возникают в результате хирургической травмы. Сама хирургия приводит к воспалению, которое соответствует степени хирургической травмы и приводит к развитию метаболического стресса.

В 2017 году в разделе ESPEN guideline было опубликовано руководство по клиническому питанию у хирургических больных «Clinical nutrition in surgery». Оно явилось обновлением Руководства ESPEN для энтерального питания в хирургии и трансплантации 2006 года, Руководящих принципов ESPEN для парентерального питания: хирургия 2009 года и Руководства Германского общества по нутритивной медицине (DGEM) по клиническому питанию в хирургии 2013 года. Идея Руководства состоит в том, чтобы охватить аспекты питания концепцией ERAS, которая направлена на большинство пациентов, подвергающихся хирургическому вмешательству, и покрывает их потребности в питании, а также особые потребности в питании, и основано на традиционных принципах метаболической и нутритивной терапии.

Авторы обосновывают, что для правильного планирования нутритивной поддержки пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, важно понять основные изменения в метаболизме, которые возникают в результате хирургической травмы, необходимо учитывать способность пациента переносить метаболическую нагрузку и обеспечивать соответствующую питательную поддержку.

К целям нутритивной поддержки у пациентов при критических состояниях относят: сохранение нежировой массы тела и восполнение ее дефицита, предотвращение дефицита макро- и микронутриентов, снижение летальности и смертности, улучшение исходов заболевания, профилактику осложнений, связанных с недостаточностью питания.

Нутритивная поддержка включает: дополнительное оральное питание, энтеральное питание

(ЭП) через зонд, частичное или полное парентеральное питание (ПП). На метод выбора метода нутритивной поддержки непосредственно влияет функция желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Интестинальная недостаточность (ИН) согласно ESPEN endorsed recommendations (Definition and classification of intestinal failure in adults, 2015) определяется как снижение функции кишечника ниже минимума, необходимого для усвоения макронутриентов и/или воды и электролитов, в связи с чем для поддержания здоровья и/или роста требуется их внутривенное введение). Интестинальная недостаточность делится на три типа в зависимости от первоначальных симптомов, ожидаемых прогностических исходов данного состояния (функциональная классификация ИН):

Тип I – острая, кратковременная и обычно разрешающаяся самостоятельно патология. Этот тип ИН есть кратковременным и часто само разрешающимся состоянием, которое встречается у 15% пациентов в послеоперационном периоде после хирургических абдоминальных вмешательств. Продолжительность данного состояния может быть сокращена с помощью мультимодальных техник восстановления, целью которых является ранняя мобилизация и раннее начало орального питания. Такие пациенты обычно находятся в хирургическом стационаре, хотя некоторые пациенты ОИТ также могут попадать в эту категорию.

Тип II – это продленное во времени острое состояние, часто у пациентов с нестабильным метаболическим статусом, которые нуждаются в мультидисциплинарном уходе и внутривенном парентеральном питании в течение недель или месяцев. Этот тип ИН чаще всего встречается в условиях после интраабдоминальной катастрофы (например, перитонит на фоне острой хирургической патологии) и практически всегда ассоциирован с септическими, метаболическими и сложными нутритивными осложнениями. Это обычно острое состояние, которое развивается у ранее здоровых пациентов (ишемия

мезентериальных сосудов, острая кишечная непроходимость, абдоминальная травма) как осложнение хирургических вмешательств на кишечнике (несостоятельность анастомоза, упущенная или нераспознанная травма кишечника), необходимость в большой по объему энтерэктомии наряду или с развитием кишечной фистулы с/или без образования проксимальной стомы. Чаще всего исход данного состояния – это полное восстановление кишечника (у 40% пациентов), переход к энтеральному питанию наряду с дистальным вскармливанием (10%) или развитием типа III интестинальной недостаточности, требующей длительного ПП на дому (50%).

Тип III – хроническое состояние у метаболически стабильных пациентов, которые нуждаются в парентеральном питании в течение месяцев или лет. Данное состояние может быть обратимым или необратимым. Хроническая ИН регистрируется у метаболически стабильных пациентов, которые обычно нуждаются в дли-

тельном высококалорийном парентеральном питании и может развиваться на фоне острой интестинальной недостаточности II типа или как результат прогрессирующих гастроинтестинальных или системных доброкачественных заболеваний, которые требуют проведения множественных резекций кишечника (таких как болезнь Крона, радиационный энтерит, семейный полипоз кишечника, хроническая кишечная псевдообструкция, кишечная лимфангиэктазия или системный склероз).

Согласно гайдлайну Definition and classification of intestinal failure in adults (2015), выделяют пять основных патофизиологических состояний, которые возникают на фоне заболеваний ЖКТ и системных заболеваний (таб.).

Полный покой кишечника вызывает атрофию его слизистой оболочки. Дегенеративные изменения в кишечной стенке возникают уже через несколько дней покоя, причём они прогрессируют, несмотря на проведение полного ПП.

Патофизиологическая классификация интестинальной недостаточности (ESPEN endorsed recommendations, 2015)

Состояние	Первичный механизм интестинальной недостаточности	Сопутствующие механизмы
Синдром короткой кишки	Уменьшение общей абсорбционной поверхности слизистой	Увеличение потерь жидкости и электролитов через поверхность кишечника (дополнительный механизм в случае концевой еюностомии), ограничение орального / энтерального питания (чтобы снизить интестинальные потери), связанный с болезнью отказ от приема пищи, нарушение адаптационного чувства голода, повышение скорости прохождения пищи по гастроинтестинальному тракту, увеличение роста патогенной микрофлоры в тонком кишечнике
Интестинальная фистула	Обход мимо большой поверхности слизистой оболочки кишечника	Повышенные потери жидкости и электролитов, нарушение энтерогепатического цикла, ограничение орального / энтерального питания или полное голодание (энтеральный покой), чтобы снизить потери из фистулы, нарушение перистальтики кишечника и повышение метаболических потребностей на фоне сопутствующего сепсиса и воспаления
Нарушение моторики кишечника	Ограничение орального / энтерального питания или полное голодание из-за интолерантности, которая развивается на фоне возобновления питания в виде гастроинтестинальных симптомов или в виде немеханической интестинальной обструкции	Нарушение всасывания в связи с повышенным ростом бактериальной флоры в тонком кишечнике, увеличение кишечной секреции жидкости и электролитов в сегментах, где развилась обструкция, увеличение интестинальных потерь жидкости и электролитов в связи со рвотой, желудочным содержимым и/или диареей
Механическая обструкция	Неполное или полное голодание (покой кишечника)	Увеличение кишечной секреции жидкости и электролитов в сегментах, где развилась обструкция, увеличение интестинальных потерь жидкости и электролитов в связи со рвотой, желудочным содержимым и/или диареей
Обширное повреждение слизистой оболочки тонкой кишки	Неэффективное всасывание и потеря питательных веществ через слизистую оболочку	Увеличение потерь жидкости и электролитов с кишечным содержимым, ограничение орального/энтерального питания, связанный с болезнью отказ от приема пищи

Раннее ЭП способно участвовать в сохранении защитного барьера, отделяющего патогенные микроорганизмы кишечника от системной циркуляции, оказывает положительный эффект на состояние кишечника и снижает частоту развития у больных нозокомиальной инфекции, что значительно улучшает исход заболевания (Deane A., 2010).

Поэтому в клиническом руководстве *Clinical nutrition in surgery* (2017) четко обозначены показания к лечебному питанию и даны рекомендации по обследованию хирургического пациента с целью назначения нутритивной поддержки. А с точки зрения метаболизма и питания ключевые аспекты периоперационного ведения

включают: интеграцию вопросов питания в общий план терапии пациента, избегать длительных периодов предоперационного голодания, возобновление перорального кормления как можно раньше после операции, начало нутритивной терапии на раннем этапе, метаболический контроль (глюкоза крови), снижение факторов, которые усугубляют связанный со стрессом катаболизм или нарушают функцию ЖКТ, минимизировать использования миорелаксантов для синхронизации пациента при проведении ИВЛ в послеоперационном периоде, ранняя мобилизация для облегчения синтеза белка и восстановления функции мышц.



УДК 616-001.17-036.1-089

**О.Ю. Сорокіна,
Ж.В. Філіп**

ПЕРИОПЕРАЦІЙНА МЕДИЦИНА – НОВИЙ НАПРЯМ ЛІКУВАННЯ ТЯЖКОЇ ОПІКОВОЇ ТРАВМИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Площа глибокого опіку (ПГО), вік постраждалого та інгаляційні ураження пов'язані з високим ризиком розвитку синдрому поліорганної недостатності (СПОН), сепсису і високою смертністю (Salehi S.H., 2017; Pompermaier L., 2017). За останні роки широкого впровадження набула система раннього активного хірургічного лікування хворих з глибокими і поширеними опіками (Keshavarzi A., et al, 2016). Але останні дослідження показали, що хірургічна тактика в опікових хворих може втратити свою ефективність, ймовірно, з таких причин, як: прогресування агресивної запальної відповіді; неадекватна глибина висічення, що зумовлює дезрегуляцію тканинного ремоделювання (Plichta J.K., et al, 2017). У зв'язку з цим, пацієнти з опіками більше 10%-15% поверхні тіла потребують периопераційний анестезіологічний менеджмент (Т.А. Anderson, 2016). Периопераційний період включає час передопераційної підготовки, інтра-

операційний час та післяопераційний перебіг з оцінкою ефективності лікувальних заходів.

Актуальність дослідження зумовлена проблемою збереження високої інтрагоспітальної летальності пацієнтів з тяжкими опіками, й однією з вагомих причин такої динаміки є дискусабельність питання адекватності периопераційної інтенсивної терапії тяжких опіків для безпечного початку раннього хірургічного лікування опіків.

Метою дослідження було покращення результатів лікування опікової хвороби шляхом оптимізації периопераційної інтенсивної терапії на підставі вивчення патофізіологічних змін показників гомеостазу, динаміки синдрому системної запальної відповіді та поліорганної дисфункції залежно від термінів початку етапного хірургічного лікування тяжких опіків.

Обстежено та проаналізовано 105 постраждалих з термічною травмою, що перебували на стаціонарному лікуванні в опіковому центрі на

базі КЗ «8 міська клінічна лікарня» м. Львова, за період 2012-2016 рр. Стратифікація пацієнтів проводилася згідно зі ступенем тяжкості термічного ураження на підставі оцінки індексу тяжкості ураження (ІТУ) та необхідністю проведення етапного оперативного лікування опіків, пацієнти розподілені на групи дослідження:

1 група дослідження (n=46) – ІТУ від 61 од. до 90 од., з опіковою хворобою й опіковим шоком тяжкого ступеня. У пацієнтів 1 групи ІТУ становив $67,7 \pm 1,44$ од., загальна площа опіку (ЗПО) досягала $27,7 \pm 0,9\%$, при площі глибокого опіку (ПГО) – $16,8 \pm 1,0\%$. Середній вік становив – $47,4 \pm 1,81$ року.

2 група дослідження (n=29) – ІТУ від 91 од., коли діагностується ОХ і опіковий шок вкрай тяжкого ступеня. ЗПО становила $57,3 \pm 3,6\%$ при ПГО – $22,3 \pm 2,6\%$, ІТП досягав $134 \pm 6,31$ од. Середній вік хворих – $41,4 \pm 2,4$ року.

Залежно від термінів оперативного втручання пацієнти 1 і 2 груп розподілені на підгрупи: 1.1 і 2.1, де перше оперативне втручання проводилося до 5 доби ОХ; 2.1 і 2.2 – оперативне лікування починали після 5 доби ОХ.

3 група дослідження (n=30) – ІТУ від 10 од. до 60 од., ОХ легкого та середнього ступеня тяжкості перебігу, яким не проводилися оперативне лікування опіків. Середній ІТУ – $31,1 \pm 2,2$ од. при ЗПО – $14,1 \pm 1,1\%$ і ПГО – $3,6 \pm 0,9\%$. Середній вік – $38,6 \pm 2,98$ року.

Для порівняння лабораторних показників обстежено групу регіонарної норми. Точки контролю: 1, 3, 5, 7, 14, 21, 28 і 35 доби.

Після отримання термічної травми всім постраждалим проводилася оцінка ступеня тяжкості, формулювання діагнозу та діагностично-лікувальна програма в умовах відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ), де проводився погодинний моніторинг і корекція основних показників вітальних функцій і лабораторних даних. Для дослідження змін гомеостазу аналізували показники загального аналізу крові та сечі, біохімічного аналізу крові, а саме: рівень загального білка, глюкози, електrolітів, креатиніну, сечовини, трансаміназ та білірубину; показники системи гемостазу (коагулограма). Дослідження рівня С-реактивного протеїну (СРП) сироватки крові потерпілих проводилось з метою ідентифікації та порівняння динаміки септичних ускладнень на етапах лікування. Проводилось дослідження рівня прозапального цитокіну – інтерлейкіну-6 (ІЛ-6) і визначався рівень кортизолу сироватки крові на різних етапах обстеження. Для оцінки рівня свідомості використовували шкалу ком Глазго. З

метою діагностики та оцінки тяжкості ураження шлунково-кишкового тракту (ШКТ) та дихальних шляхів виконувались езофагодуоденоскопія (ЕФГДС) та фібробронхоскопія (ФБС). Для характеристики зміни больового синдрому використовувалась візуально-аналогова шкала (ВАШ). З метою оцінки ризику розвитку захворюваності та смертності, пов'язаної із сепсисом, використовувалась шкала оцінки органної недостатності, пов'язаної із сепсисом (Sepsis-related Organ Failure Score, SOFA).

Поряд з моніторингом основних вітальних функцій та відновленням водного балансу, проводилась замісна трансфузійна терапія, знеболення, профілактика та лікування ранової інфекції, відновлення реологічного стану крові, профілактика тромбоемболічних ускладнень, гастропротекція, корекція метаболічного статусу, дезінтоксикаційна терапія, лікування та діагностика ранніх ускладнень ОХ, розглядалось питання можливості та об'єму ранніх та етапних некретомій з аутодермо- чи ксенопластикою. Оперативна активність супроводжувалась виконанням загальної та регіонарної техніки анестезії.

У результаті дослідження, що проведене, визначено, що на збільшення термінів передопераційної інтенсивної терапії у хворих з тяжкими опіками вірогідно впливала наявність супутньої патології ($p=0,002$) на тлі алкогольного сп'яніння ($45,5\%$), в яких реєстрували більш високий рівень ІТУ ($p=0,001$) за рахунок превалювання ПГО ($p=0,014$). У хворих із вкрай тяжкими опіками на відтермінування оперативного лікування впливав етіологічний чинник ($p=0,022$), зокрема наявність опіку полум'ям з одночасним ураженням дихальних шляхів ($p=0,027$) у $53,3\%$ постраждалих.

Встановлено, що у хворих з тяжкими опіками з відтермінованим часом початку оперативного лікування опіків протягом 1 і 2 доби ОХ для досягнення рівня діурезу більше $0,5$ мл/кг/годину збільшувався індивідуальний об'єм рідинної ресусцитації ($p=0,001$) та її загальна тривалість ($p=0,001$). При порівнянні ефективності відновлення водного балансу в пацієнтів із вкрай тяжкими опіками протягом 1 доби після опіку визначено, що загальний об'єм ресусцитації вірогідно не відрізнявся між підгрупами та був ефективним за темпом погодинного діурезу ($0,9$ мл/кг/год. і $1,2$ мл/кг/год. відповідно). Але вірогідно збільшувалася потреба в загальних термінах проведення інфузійної терапії у хворих з вкрай тяжкими опіками з відтермінованим терміном початку оперативного лікування

($p=0,002$). У пацієнтів з тяжкими та вкрай тяжкими опіками значення середнього АТ не відрізнялися від норми (>70 мм рт. ст.) на всіх етапах обстеження та не було потреби у вазопресорній підтримці гемодинамічних показників.

Підтверджено, що термічна травма вже на 1 добу спостереження супроводжувалася розвитком гіперметаболічного синдрому в постраждалих 1, 2 і 3 груп спостереження, що проявлялося значним збільшенням рівня кортизолу, середні значення якого перевищували норму в 15,6, 10,3 і 10,8 раза відповідно ($p<0,001$). Вираженість відповіді за рахунок збільшення рівня кортизолу крові та розвитку стресіндукованої гіперглікемії відрізнявся у хворих з різною тяжкістю опікової травми ($p=0,056$ і $p=0,056$ відповідно). Зниження рівня кортизолу крові спостерігалось на 3 добу після опіку. Але на тлі проведення раннього оперативного лікування тяжких і вкрай тяжких опіків реєстрували повторне підвищення рівня кортизолу крові, відповідно на 27% і 82% на 7 добу ОХ. Припущено, що проведення раннього хірургічного лікування опіків супроводжувалося подальшою активацією симпато-адреналової системи, що потребує вибору раціонального знеболення періопераційного періоду ($p=0,001$) та забезпечення адекватної нутритивної підтримки ($p=0,029$). При цьому проведення раннього оперативного лікування тяжких і вкрай тяжких опіків супроводжувалося більш швидкою нормалізацією рівня глюкози крові на 5 і 7 доби ОХ ($p=0,037$ до попереднього етапу відповідно).

Визначено, що на тлі термічної травми на 1 добу ОХ у пацієнтів всіх груп спостереження визначався лейкоцитоз, нейтрофіліоз і лімфопенія. Розвиток синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) супроводжувався вірогідним збільшенням СРП у 18,4, 14,4 і 11,7 раза за норму та ІЛ-6 – у 12,3; 13,6 і 10,9 раза відповідно. Вихідний рівень ІЛ-6 корелював з більшими значеннями ЗВО ($p=0,014$), ПГО ($p<0,001$) та ІГУ ($p<0,001$). Обґрунтовано, що проведення періопераційної інтенсивної терапії на тлі раннього оперативного лікування тяжких та вкрай тяжких опіків супроводжувалося вірогідним підвищенням рівня лімфоцитів крові на 5 і 14 доби ($p=0,041$ і $p=0,048$ відповідно) та зменшенням рівня ІЛ-6 в 1,6 раза ($p=0,057$) на 7 добу ОХ. Високий рівень ІЛ-6 пацієнтів з тяжкими опіками корелював з пізнім терміном початку оперативного втручання ($p=0,001$). Визначено формування кореляційного зв'язку між пізнім терміном ОВ та високим рівнем лейкоцитів, ПН і фібриногену сироватки крові ($p=0,067$; $p<0,001$ і $p=0,024$ відповідно).

Незалежно від терміну початку оперативного лікування опіків середні значення показників органної дисфункції не відрізнялися вірогідно на етапах лікування, що свідчило про ефективність проведення періопераційної інтенсивної терапії гострого періоду ОХ. Кількість хворих з ускладненим перебігом ОХ у хворих з тяжкими та вкрай тяжкими опіками була меншою при ранньому початку оперативного лікування опіків на 10,8% і 40,6% відповідно. Це зумовило зменшення тривалості госпіталізації для пацієнтів 1.1 і 2.1 підгруп ($p=0,078$ і $p=0,019$ відповідно).

Для визначення взаємозв'язку між розвитком ускладнень ОХ залежно від методів інтенсивної терапії та вихідного стану постраждалих проведений однофакторний логіт-регресійний аналіз. Вперше обґрунтовано, що ризик ускладненого перебігу ОХ вірогідно асоціюється з площею глибоких опіків ($p=0,001$), об'ємом інфузійної терапії на 1 добу ($p=0,001$) і 2 добу ($p=0,005$) опікового шоку, а також зі збільшенням необхідного об'єму інфузійної терапії для досягнення цільового темпу діурезу $>0,5$ мл/кг/год ($p=0,001$). При цьому критичними рівнями зазначених показників визначено: ПГО $\geq 20\%$, об'єм інфузійної терапії понад 5500 мл протягом 1 доби і понад 4200 мл на 2 добу опікового шоку, різниця між необхідним об'ємом інфузійної терапії та діурезом $>0,5$ мл/кг/год протягом 1 доби після опіку понад 2700,0 мл. Це вимагає проведення обов'язкової інтерпретації об'ємного навантаження в клінічному контексті для окремого потерпілого і вибору індивідуалізованої схеми інфузійної терапії.

Отримані результати дають змогу стверджувати, що при розрахунку об'єму та швидкості волемічної ресусцитації опікового шоку виявлена пріоритетність орієнтації на цілеспрямовану інфузійну терапію для індивідуального пацієнта з погодинним моніторингом темпу діурезу для необхідності прийняття рішення щодо зміни об'єму інфузійної терапії для досягнення цільового темпу діурезу $>0,5$ мл/кг/год у постраждалих з тяжкими та вкрай тяжкими опіками.

При визначенні оптимальних термінів передопераційної підготовки в пацієнтів з тяжкими та вкрай тяжкими опіками обґрунтовано дотримуватися принципів тактики «Damage Control», що спрямована на виконання відстроченого оперативного лікування опіків з урахуванням стабілізації стану постраждалого. А саме, враховувати спроможність адаптаційних можливостей організму, які проявляються компенсацією гематологічних показників: забезпечення рівня гемоглобіну крові не менше 120 г/л ($p=0,005$),

загального білка крові не менше 60 г/л, налагодження та профілактика задовільної функції нирок за рахунок нормалізації креатиніну

($p=0,016$) та сечовини сироватки крові ($p=0,034$) і згладженні агресивності метаболічної відповіді (рівень глікемії до 5,5-6,0 ммоль/л).



УДК 616.37-002-036.1-083.98

*Е.Ю. Сорокина,
Л.С. Белых*

ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»
ул. В. Вернадского, 9, Днепр, 49044, Украина
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Острый панкреатит (ОП) относится к тяжелейшим неотложным заболеваниям органов брюшной полости и имеет тяжелое течение у 15-20% пациентов, что требует мультидисциплинарного подхода к оказанию диагностической и лечебной помощи. Печеночно-почечная недостаточность отмечается у каждого 4 больного тяжелым ОП, являясь причиной смерти в 40% случаев. В условиях повышенной эндотоксической агрессии на печеночную паренхиму происходит мощный сброс насыщенной токсинами крови в системный кровоток, что приводит к нарушению основных метаболических процессов в организме, обуславливая развитие печеночной энцефалопатии (ПЭ), отека мозга, почечной недостаточности, отека легких, коллапса, комы.

В 2014 г. Европейской ассоциацией по изучению печени (European Association for the Study of the Liver, EASL) совместно с Американской ассоциацией по изучению болезней печени (American Association for the Study of Liver Diseases, AASLD) были опубликованы рекомендации по лечению ПЭ при хронических заболеваниях печени.

По данным Poordad F.F. (2007), включение L-орнитин-L-аспартата в комплекс интенсивной терапии при остром панкреатите позволяет уменьшить явления латентной ПЭ. Рядом клиницистов было отмечено, что при остром токсическом поражении печени использование

L-орнитин-L-аспартата (LoLa) приводило к стремительной нормализации клинико-лабораторных показателей, что нельзя было объяснить только моделированием орнитинового цикла.

Цель работы – оценить эффективность проводимой терапии L-орнитин-L-аспартатом в комплексе интенсивной терапии при помощи электрофизиологического метода диагностики печеночной энцефалопатии у больных с острым панкреатитом.

Клиническое исследование выполнено в отделении интенсивной терапии (ОИТ) хирургического профиля на базе КУ «Днепропетровское клиническое объединение скорой медицинской помощи» ДООС» за период 2016 года. Обследовано 46 пациентов с острым панкреатитом, госпитализированных в первые 24 часа от начала заболевания с наличием критериев умеренно тяжелого и тяжелого ОП, требующего госпитализации в ОИТ. Всем больным при госпитализации в клинику проводилась диагностика ОП, определение степени его тяжести и назначение комплекса интенсивной терапии согласно приказу МОЗ от 02.04.2010 № 297 "Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія".

Выявление латентной ПЭ при госпитализации и в динамике проводили всем больным при помощи нейрофизиологического теста критической частоты слияния мельканий (КЧСМ) прибором HEPAtonorm™-Analyzer (CFF-003 версии

3.1), который позволяет неинвазивно проводить точные, недлительные и воспроизводимые измерения частот мерцания.

В зависимости от исходных значений КЧСМ при госпитализации, все больные с острым панкреатитом были разделены на 2 группы. В 1 группу (контроль) вошли 24 больных, у которых исходно показатели КЧСМ регистрировались в пределах нормы. Им проводилась стандартная интенсивная терапия ОП. Во 2 группу (основная) вошли 22 пациента, у которых показатели КЧСМ исходно были ниже регионарной нормы. Пациентам основной группы с первых суток заболевания дополнительно был назначен L-орнитин-L-аспартат (Гепа-Мерц) по 10 г внутривенно капельно ежедневно в течение 5 дней. Критериями исключения для основной группы были повышенная индивидуальная чувствительность к препарату, острая печеночная или почечная недостаточность, больные с крайне тяжелым течением ОП и симптомами панкреатогенного шока.

Для выявления регионарной нормы КЧСМ нами проведен анализ показателя у 23 здоровых добровольцев, возраст которых составил $47,2 \pm 3,2$ года. В исследовании приняли участие 13 женщин и 10 мужчин. Выявлено, что среднее значение показателя КЧСМ у здоровых добровольцев составило $45,7 \pm 0,7$ Гц. Нижнюю норму показателя регистрировали у 17,4% пациентов ($40,1$ Гц).

При госпитализации исходные значения КЧСМ у пациентов 1 группы были в пределах $41,9 \pm 0,1$ Гц, 2 группы – $38,9 \pm 0,2$ Гц, межгрупповые отличия достоверные ($p < 0,05$).

Для описания первичного массива данных использовали результаты описательной статистики. Различия были статистически значимы при $p < 0,05$.

У всех пациентов обеих групп наблюдения на фоне проводимой интенсивной терапии отмечался регресс болевого, астенического и диспептического синдромов, связанных с острым панкреатитом без достоверных различий. Показатели кислотно-щелочного равновесия и электролитного дисбаланса крови у пациентов 1 и 2 групп достоверно не отличались между собой на протяжении всего периода наблюдения.

Исходно у всех пациентов групп наблюдения регистрировали повышение уровня амилазы сыворотки крови и диастазы мочи. Так, у пациентов 1 группы средний уровень амилазы крови колебался на уровне $147,5 \pm 13,8$ (норма 16-32 г/ч-л), диастаза мочи – $965,0 \pm 36,0$ (норма 160-320 г/ч-л), что превышало норму в 4,6 и 3 раза соответственно. У больных 2 группы средний уровень

амилазы крови колебался на уровне $125,4 \pm 22,3$ г/ч-л, диастазы мочи – $887,5 \pm 40,9$ г/ч-л, что превышало норму в 4 и 2,7 раза соответственно. Показатели снижались в динамике и достигли нормы к 5 суткам наблюдения и в 1, и 2 группах.

Выраженность синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) оценивали, основываясь на показателях С-реактивного белка (СРБ) и расчетного показателя лейкоцитарного индекса интоксикации в модификации по Б.А. Рейсу (ЛИИр). Исходно средние значения СРБ у пациентов 1 и 2 групп наблюдения превышали норму (норма до 6 мг/л) и составили соответственно $77,6 \pm 13,5$ мг/л и $95,4 \pm 15,5$ мг/л, межгрупповые отличия были не достоверные ($p > 0,05$). Уже при госпитализации больных с ОП регистрировали проявления ССВО, когда средние значения ЛИИр (норма – от $1,0 \pm 0,5$ до $1,6 \pm 0,6$ ед.) составили у пациентов 1 группы $7,1 \pm 0,6$ ед., 2 группы – $7,7 \pm 2,4$ ед., что превышало норму в 4,4 и 4,8 раза соответственно.

Средние значения билирубина крови при госпитализации превышали верхнюю границу нормы у больных 1 и 2 групп. При этом у пациентов 1 группы средние значения билирубина были $21,8 \pm 0,1$ мкмоль/л и $23,2 \pm 0,4$ мкмоль/л – во 2 группе. Межгрупповые различия были достоверные ($p < 0,05$).

Исходно регистрировали повышение средних значений креатинина сыворотки крови до $139,3 \pm 17,2$ мкмоль/л в 1 группе, $140,0 \pm 24,3$ мкмоль/л – во 2 группе ($p > 0,05$). Нормализация показателей достигалась на фоне проводимой терапии уже к 3 суткам и в основной, и в контрольной группах. Различия показателей в группах не отличались достоверностью.

У всех больных исследовался уровень гликемии, так как одним из показателей поражения поджелудочной железы является регистрация стресс-индуцированной гипергликемии. У наблюдаемых пациентов в анамнезе отсутствовали данные о наличии сахарного диабета. У пациентов 1 и 2 группы исходно уровень глюкозы крови составил $12,0 \pm 0,5$ и $11,0 \pm 0,8$, межгрупповые отличия не достоверные ($p > 0,05$). На фоне проведения интенсивной терапии на 3 сутки наблюдали снижение уровня гликемии у пациентов 1 и 2 групп до $9,1 \pm 0,4$ ммоль/л и $8,2 \pm 0,6$ ммоль/л, но он продолжал превышать норму в 1,7 и 1,5 раза соответственно. Только к 5 суткам средние значения глюкозы крови вошли в границы нормы у пациентов 2 группы и составляли $5,1 \pm 0,3$ ммоль/л и продолжали находиться в зоне нормы до конца наблюдения. При этом

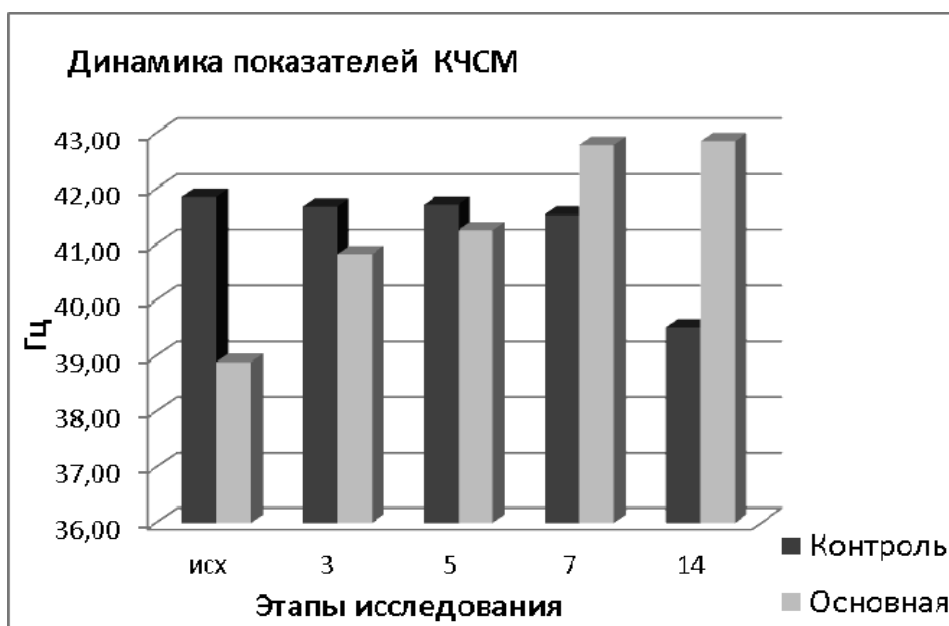
средние значения в 5 сутки наблюдения в 1 группе превышали верхнюю границу нормы и были в пределах $6,1 \pm 0,2$ ммоль/л. Достоверность различия показателей гликемии между группами $p < 0,05$. Нормализация показателей гликемии у больных контрольной группы до $5,4 \pm 0,1$ ммоль/л регистрировалась только к 7 суткам проведения интенсивной терапии.

У большинства больных СРБ 1 и 2 группы произошло снижение уровня СРБ к 3 суткам проведения интенсивной терапии. На 5 сутки проведения комплекса ИТ во 2 группе отмечено достоверно большее снижение уровня СРБ до $30,5 \pm 5,4$ мг/л в сравнении с $59,2 \pm 12,7$ мг/л в 1 группе исследования. При дальнейшей оценке динамики показателей также регистрировалось снижение уровня СРБ в первой группе до уровней $20,1 \pm 3,9$ мг/л и $41,2 \pm 9,6$ мг/л во второй группе на 7 сутки наблюдения. Достоверность статистически доказана уровнем $p < 0,05$. На 14 сутки зарегистрировано повышение уровня СРБ во 2 группе до $51,2 \pm 9,5$ мг/л, а у пациентов 1 группы достоверно в меньшей степени до уровня $24,0 \pm 5,7$ мг/л ($p < 0,05$).

Показатели ЛИИр к третьим суткам снизился в 1 и 2 группе, на фоне проводимой терапии, в 1,82 раза и 1,97 раза (рис. 2). К пятым суткам в первой группе вновь превышал норму в 2,45 раза, на седьмые в 2,1 раза и на 14 сутки превышал норму в 2,3 раза. В то же время, начиная с 5 суток, во второй группе показатель ЛИИр снижался в большей степени, превышая норму в 1,6 раза, приблизился к норме на 7 сутки, а на 14 сутки также регистрировали превышение нормы, но всего в 1,5 раза.

Различие регистрируемых показателей СРБ и ЛИИр в обеих группах исходно не достоверно, а с 5 суток показатели сравниваемых групп достоверно отличались ($p < 0,05$). Это позволяет судить об опосредованной органотекции и влиянии на процессы иммуномодуляции препарата LoLa.

На фоне проводимой терапии у пациентов 2 группы на 3 сутки показатели КЧСМ достигли нормы и составили $40,8 \pm 0,1$, в последующие 5, 7 и 14 сутки показатели улучшались и составили $41,3 \pm 0,2$, $42,8 \pm 0,1$ и $42,86 \pm 0,2$ соответственно (рис.).



Динамика показателей КЧСМ у больных с ОП на фоне комплекса терапии с включением L-арнитина-L-аспартата

В 1 контрольной группе динамика показателей, в сравнении с исходным уровнем, практически не наблюдалась и составила на 3 сутки $41,7 \pm 0,2$ Гц, на 5 и 7 сутки соответственно $41,7 \pm 0,1$ Гц и $41,5 \pm 0,2$ Гц. На 14 сутки наблюдения отмечена отрицательная динамика и зафиксировано снижение показателя КЧСМ в группе контроля ниже регионарной нормы $39,5 \pm 0,1$ Гц

на 15%. Достоверность различия показателей подтверждалась на всех этапах наблюдения ($p < 0,05$). Таким образом, применение электрофизиологического метода определения критической частоты слияния мерцания позволяет достоверно выявлять латентную печеночную энцефалопатию.

ВИВОДИ

1. Улучшение результатов лечения при остром панкреатите может быть достигнуто за счет ранней диагностики латентной печеночной энцефалопатии, стратификации больных по показателю КЧСМ и своевременной коррекции явлений латентной ПЭ.

2. Препарат L-орнитин-L-аспартат может быть рекомендован для включения в комплексную терапию ОП с первых суток начала патогенетического лечения, так как позволяет

достаточно эффективно воздействовать на регресс ССВО, цитолитического синдрома, и, следовательно, влиять на возникновение и течение ПОН.

3. Использование L-орнитин-L-аспартата в комплексе лечебных мероприятий при остром панкреатите является патогенетически обоснованным, так как позволяет быстрее купировать метаболические нарушения и проявления эндогенной интоксикации.



УДК 616.381-002-089.165-072.2:615.28

**Я.П. Фелештинський,
О.П. Демкович,
В.В. Смішук,
В.Ф. Ватаманюк**

**ПЕРИТОНЕАЛЬНИЙ ЛАВАЖ
У ХВОРИХ НА ЗАГАЛЬНИЙ ПЕРИТОНІТ
З ВИКОРИСТАННЯМ ГЕЛЕВОГО
АНТИСЕПТИЧНОГО РОЗЧИНУ**

*Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика
кафедра хірургії та проктології
вул. Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна
Shuryk National Medical Academy of Postgraduate Education
Department of Surgery and Proctology
Dorohozhytska str., 9, Kyiv, 04112, Ukraine*

Летальність при загальному перитоніті становить 14-27% (Арсент'єв О.В., 2012; Federico C.C., 2011; Tobias T.D., 2010), а за умов поліорганної недостатності при тривалих термінах захворювання у термінальній стадії летальність сягає 85-100% (Шуркалін Б.К., 2003; Ромашенко П.Н., 2013; Fortelny R.H., Hofmann A., 2014; Ananthakrishnan S., Sekercioglu N., Elias R. et al. 2014).

Основними в лікуванні загального перитоніту є ліквідація вогнища інфекції, інтраопераційна санація та дренивання черевної порожнини, перитонеальний лаваж, адекватна антибактеріальна та детоксикаційна терапія.

За останні роки серед великого арсеналу комплексних лікувальних заходів, тактичних та технічних, щодо ліквідації причини перитоніту в літературі, що обговорюється значно менше порівняно з проблемою ефективної санації черевної порожнини, яка багато в чому визначає результати лікування. Доведено, що успішний

результат лікування тяжкої форми абдомінальної інфекції – перитоніту на 15-20% залежить від ефективної антибактеріальної терапії, а останні 80-85% – від ефективної хірургічної санації черевної порожнини (Савельєв В.С. 2006).

Класичні методики перитонеального лаважу з антисептиками, що використовуються для санації черевної порожнини: водний розчин хлоргексидину 0,02%, декаметоксин 0,02%, фізіологічний розчин – є ефективними лише в перші 24 години, адже у зв'язку з процесом адгезії у черевній порожнині антисептик протікає по каналах, що формуються, а у місцях застою розчину виникає патоморфологічний субстрат для формування міжпетельних абсцесів, не відбувається адекватного зрошення всієї черевної порожнини та внутрішніх органів, що зумовлює пошук оптимальної методики перитонеального лаважу.

Мета – оптимізувати ефективність перитонеального лаважу шляхом використання гелевого антисептичного розчину.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено аналіз комплексного лікування загального перитоніту у 62 хворих віком від 23 до 76 років. Серед них чоловіків було 41, жінок 21.

Причиною загального гнійно-фібринозного перитоніту у хворих був: гангренозно-перфоративний апендицит у 12 хворих, перфоративна виразка ДПК у 25 хворих, перфорація злоякісних пухлин ободової кишки у 15 хворих, перфорація дивертикула ободової кишки у 3 хворих, защемлені грижі з некрозом петель тонкого кишківника у 7 хворих. Всім хворим виконувалась лапаротомія, ліквідація джерела інфекції, санація черевної порожнини водним розчином декаметоксину 0,02% до 2000 мл з подальшим дренажуванням черевної порожнини полівінілхлоридними дренажами з чотирьох точок: правої та лівої піддіафрагмальних ділянок, правого бокового каналу та малого тазу. Залежно від методики перитонеального лаважу хворі були розподілені на дві групи. У першій основній групі – 29 хворих, перитонеальний лаваж проводився за розробленою нами методикою з використанням гелевого антисептика (патент на корисну модель від 12.03.18 UA 123924 U). Після зашивання лапаротомної рани у верхні дренажі вводили 500 мл гелевого антисептика. Повторне введення діалізату проводили фракційно через верхні дренажі на 8, 16, 24 годину по 250-500 мл залежно від об'єму черевної порожнини, а на 32, 40, 48, 56, 64, 72 годину по 250 мл, відтік діалізату відбувався через нижні дренажі. У другій групі порівняння – 33 хворим проводився перитонеальний лаваж класичною методикою з використанням водного розчину декаметоксину 0,02%.

Хворі I та II групи у післяопераційному періоді отримували адекватну антибактеріальну,

детоксикаційну терапію, корекцію водно-електролітного та білкового обміну.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Серед хворих II групи (n=33) у 2 (6%) хворих спостерігались множинні міжпетлеві абсцеси, у 2 (6%) хворих було виявлено піддіафрагмальний абсцес, у 1 (3%) хворого тазовий та підпечінковий абсцеси. У більшості випадків абсцеси були успішно пунктовані під контролем УЗД. Також у 2 (6%) хворих спостерігалась рання спайкова кишкова непрохідність - виконувалась релапаротомія, ліквідація кишкової непрохідності.

У I групі (n=29) у жодного з хворих після операційних ускладнень у вигляді внутрішньочеревних абсцесів та ранньої спайкової непрохідності не спостерігалось. Такий спосіб перитонеального лаважу з використанням гелевого антисептичного розчину на основі гіалуранової кислоти забезпечує оптимальне зрошення парієтальної та вісцеральної очеревини, попереджує формування зрощень, формування окремих каналів за рахунок гелевого компонента, а також максимальну дію антисептика на всій площі очеревини. За рахунок гелевої форми антисептика збільшується період виведення, що зменшує енергоємність процесу перитонеального лаважу, а за рахунок формування гелевого бар'єру, що вкриває вісцеральну та парієтальну очеревину, зменшується всмоктування токсинів з черевної порожнини.

ПІДСУМОК

Перитонеальний лаваж з використанням гелевого антисептичного розчину (декаметоксин на основі гіалуранової кислоти) у хворих основної групи сприяє значному покращенню результатів лікування загального перитоніту порівняно з класичною методикою перитонеального лаважу.



УДК 378.147-057.87-054.6

**С.Д. Хімич,
М.І. Бурковський,
Р.М. Чернопищук**

**ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ
НАВЧАЛЬНО-МЕТОДИЧНОЇ
ТА НАУКОВОЇ РОБОТИ У СТУДЕНТІВ
З АНГЛОМОВНОЮ ФОРМОЮ НАВЧАННЯ**

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21018, Україна
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Pirogov str., 56, Vinnytsya, 21018, Ukraine
e-mail: admission@vntmu.edu.ua*

Нагальною проблемою вищої медичної школи є підготовка висококваліфікованих спеціалістів з таким рівнем професійних знань та набутих компетентностей, що дозволить їм конкурувати на світовому ринку праці [4]. Підготовка ж спеціалістів із числа іноземних громадян є важливим і престижним напрямком діяльності вищого навчального закладу. При цьому навчання англійською мовою стало одним з факторів, що деякою мірою стимулює підвищення якості освіти, розвиток міжнародних контактів, сприяє підвищенню фахового рівня викладачів та інтеграції навчального процесу в міжнародний освітній простір, до того ж забезпечує збільшення обсягу фінансових надходжень до університету [3]. Одним з напрямків покращення результатів навчання, у тому числі й англомовних студентів, є створення умов для розвитку особистості, її самовизначення й самореалізації [2].

Метою нашого повідомлення стало висвітлення деяких шляхів щодо сприяння самореалізації іноземних студентів під час навчання у вищому медичному навчальному закладі. Одним з напрямків для цього є залучення англомовних студентів до роботи в наукових гуртках СНТ, як форми самостійної роботи, що поглиблює знання з окремої дисципліни, дозволяє застосувати на практиці свої теоретичні знання, отримати навички роботи з літературою, дає можливість оволодіти методами наукових досліджень, навчитись формулювати та відстоювати власні погляди. Спілкування зі співробітниками кафедри – досвідченими науковцями під час роботи в гуртку збільшує для студентів коло академічного спілкування, сприяє їх удосконаленню та може вплинути в майбутньому на обрання фахового шляху.

На ступінь активності студентів у роботі наукового гуртка впливає багато об'єктивних чинників: віддаленість клінічних баз, тривалість навчального дня тощо [1]. На нашу думку, на активність роботи англомовного студента в

науковому гуртку також суттєво додатково впливає ще й мовний бар'єр. Відсутність спілкування англійською мовою під час проведення засідань наукових гуртків практично відсторонює цей контингент студентів від такої важливої для них форми отримання знань і умінь. Вирішення цієї проблеми, на нашу думку, полягає в проведенні додаткових засідань наукового гуртка англійською мовою. При цьому до роботи в таких засіданнях можуть долучатись і вітчизняні студенти, що бажають вдосконалювати «свою» англійську мову і набувати навички виступів цією мовою. Керівництво такими гуртками має здійснюватись одним чи групою англомовних викладачів. Стимуляційним фактором для виконання цієї роботи могло б бути додаткове фінансування чи виділення додаткових академічних годин, які б входили в загальне педагогічне навантаження викладача.

Іншою важливою частиною участі студента в науковій діяльності є оприлюднення результатів дослідження під час наукових форумів молодих вчених, що традиційно, раз на рік проводяться у вищому навчальному закладі. За нашими спостереженнями, іноземні студенти дуже неактивно беруть участь у цих заходах, а студенти, що навчаються англійською мовою – досить рідко. Основною причиною такого положення також є мовний бар'єр. Для підвищення інтересу англомовних студентів до цих заходів, мабуть, необхідно організувати окремі секції під час конференції, де доповіді та їх обговорення будуть відбуватись тільки англійською мовою. Секцій, наприклад, може бути дві: для теоретичних дисциплін і для клінічних дисциплін. До участі в англомовних секціях можуть долучатись як бажаючі вітчизняні, так й іноземні студенти, що навчаються українською чи російською мовами.

Отже, на нашу думку, підвищення інтересу англомовних студентів до участі в науковому гуртку, до виконання студентської наукової роботи та оприлюднення її результатів є можливим

при створенні відповідних умов, а саме: використання англійської мови під час засідань студентських наукових гуртків та на окремих англомовних секціях під час проведення студентських наукових форумів. Важливим момен-

том при цьому може стати й додаткова фінансова чи інша стимуляція для викладачів-керівників англомовними гуртками чи студентськими науковими роботами за участі англомовних студентів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бондарева О.О. Студентський науковий гурток як форма самостійної роботи студентів: власний досвід: збірник наукових праць наук.-практ. конф. з міжнародною участю «Вища медична освіта: сучасні виклики та перспективи», Київ, 3-4 березня 2016 р. / О.О. Бондарева, І.В. Тищенко. – Київ. – 2016. – С. 27-32.

2. Макарова М.О. Навчально-методичне та організаційне забезпечення навчального процесу на кафедрі дитячої хірургії та анестезіології для англомовних студентів. Актуальні питання якості медичної освіти (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку): мате-

ріали XIII Всеукраїнської. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, м. Тернопіль, 12–13 трав. 2016 р. / М.О. Макарова, О.В. Лятуринська. – Тернопіль: ТДМУ. – 2016. – Т. 1. – С. 211.

3. Савка І.Г. Досвід підготовки іноземних громадян з англомовною формою навчання / І.Г. Савка, С.Д. Савка, С.В. Юрнюк // Мед. освіта. - 2016. - № 4. - С. 56-58.

4. Феджага О.П. Шляхи вдосконалення підготовки англомовних студентів на кафедрі загальної хірургії / О.П. Феджага // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2013. – Т. 13, № 1 (41). – С. 327-328.



УДК 615.4:616-002.3:616-71:616-08-031.84:617

**В.О. Шапринський,
С.С. Скальський**

СПОСІБ КОРЕКЦІЇ КИСЛОТНО-ЛУЖНОГО СТАНУ ГНІЙНИХ РАН ПРИ ЛІКУВАННІ КЕРОВАНИМ ТИСКОМ АЕРОДИСПЕРСНОЇ СУМІШІ

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
вул. Пирогова, 56, Вінниця, 21018, Україна
National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya
Pirogov str., 56, Vinnytsya, 21018, Ukraine
e-mail: admission@vntmu.edu.ua*

На сучасному етапі пацієнти хірургічного профілю з гнійно-запальними захворюваннями складають 35-45% всіх хворих. Летальність при хірургічній гнійній інфекції останніми роками практично не зменшується та становить 40-60%. У процесі лікування, зокрема і гнійних ран, важливу роль відіграє кислотно-лужний стан ранового вмісту, що на практиці визначається водневим показником (рН). Вимірювання поверхневого рН рани дозволяє прогнозувати динаміку ранового процесу, а корекція цього показника – прискорити очищення рани, інгібувати бактеріальні ферменти, сприяє посиленню імунної відповіді. Місцеве лікування включає

застосування антисептиків та антибіотиків, ефективність яких також залежить від кислотно-лужного середовища в рані. рН більшості гнійних ран становить 6,5-8,5. Лужне середовище покращує лізис некротичних тканин, водночас сприяючи розповсюдженню інфекції, утворенню біоплівки, розвитку резистентності, знижуючи ефективність місцевого лікування. Кислотно-лужний стан – динамічний процес, рани в процесі загоєння проходять від лужного середовища до слабко кислого. Одним зі способів лікування гнійних ран є розроблений нами метод: “Лікування аеродисперсною сумішшю під підвищеним керованим тиском” (патент України

на корисну модель № 100923 від 10.08.2015 р.). Він включає в себе дренажування, розпилення антибактеріального аерозолу під тиском, який сприяє проникненню антибактеріального препарату в тканини та прискорює евакуацію ексудату. Водночас, корегування рН вихідного розчину антибіотика, шляхом зміни розчинника, здатне активно змінювати рН рани, підвищуючи його ефективність та сповільнюючи розвиток резистентності.

Мета дослідження – дослідити динаміку змін водневого показника гнійних ран після проведених процедур лікування підвищеним керованим тиском аеродисперсної суміші із заданим показником рН.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Обстежено 26 хворих з гнійними ранами, у тому числі і на тлі цукрового діабету – 22 (84,6%) хворих, яким проводилось лікування за вказаною методикою. Необхідною умовою відбору хворих була виявлена чутливість ідентифікованого збудника ранової інфекції до амікацину. В якості розчинника використовували фізіологічний розчин натрію хлориду (рН $5,85 \pm 0,5$), водневий показник отриманого розчину був у межах $6,35 \pm 0,5$. Вимірювання рН проводили плоским електродом E526BNC та аналітичною частиною PH98110 для напівтвердих середовищ (виробник Kelilong Electron Co. Ltd, Китай). Статистична обробка отриманих результатів проводилась табличним процесором "Office Excel 2013". Оцінювання показника рН ран проводили перед початком, відразу після проведеного сеансу лікування та через 3 год. Значений термін вибраний як середній час напіввиведення ($T_{1/2}$) амікацину, тобто час його максимальної дії на збудник. Різниця показників обчислювалась як середнє арифметичне на 1, 3, 5 добу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній показник рН ран усіх хворих перед початком лікування становив на 1 добу –

$8,45 \pm 0,5$; на 3 добу – $7,94 \pm 0,5$; на 5 добу – $7,43 \pm 0,5$. Відразу після сеансу лікування запропонованим методом показники відповідно становили: 1 доба – $6,76 \pm 0,5$; 3 доба – $6,58 \pm 0,5$; 5 доба – $6,40 \pm 0,5$, тобто суттєво не відрізнялись від рН розчину антибактеріального засобу. Отже, середнє арифметичне різниці водневого показника відразу після проведеного сеансу лікування становило на 1 добу 1,69 од.; на 3 добу 1,36 од.; 1,03 од. Через 3 год. після проведеної процедури відповідні показники рН становили у хворих 1 доби лікування – $7,65 \pm 0,5$ од.; у хворих після 3 діб лікування – $7,34 \pm 0,5$ од.; у хворих на 5 добу лікування – $7,04 \pm 0,5$ од. Таким чином, середня різниця в показниках рН через 3 год. становила для хворих 1 доби лікування 0,8 од., на 3 добу лікування 0,6 од., після 5 діб лікування – 0,4 од. Слід зазначити, що рН – це обернений десятковий логарифм концентрації водневих іонів (H^+), тому наведена різниця показників відповідає зменшенню кислотності відповідно у 8, 6, 4 рази порівняно з попередніми.

ВИСНОВКИ

1. Використання розчину із заданим рН під час лікування підвищеним керованим тиском аеродисперсної суміші дозволяє корегувати поверхневий рН гнійної рани.

2. Ефективна зміна рН за допомогою зазначеного методу зберігається протягом декількох годин.

3. Величина змін рН рани залежить від терміну лікування зазначеним методом з максимальною різницею показників у перші 3-5 діб лікування.

4. Застосування розчинників з різними рН-показниками, які сумісні з використовуваним антибіотиком, дозволяють підвищити його ефективність та тривалість дії при місцевому застосуванні.



**Є.М. Шепетько,
О.Б. Біляков-Бельський,
Д.О. Гармаш,
Ю.С. Козак**

ОСОБЛИВОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АДЕНОМИ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
бул. Т. Шевченка, 13, Київ, 01601, Україна
Vogomolets National medical university
T. Shevchenko boul., 13, Kyiv, 01601, Ukraine*

Поліп кишечника, розташований у дванадцятипалій кишці (ДПК), у 67% випадків симптоматично ніяк не проявляється, але має здатність до малігнізації. Доброякісні новоутворення тонкого кишечника зустрічаються рідко і становлять приблизно 3-4% всіх пухлин кишечника.

Наводимо клінічний випадок застосування розробленого реконструктивного втручання зі збереженням великого дуоденального сосочка (ВДС) у пацієнтки А., 61 р, з гістологічно підтвердженою ворсинчастою аденомою ДПК за даними біопсії. Операція (04.09.2015 р.): при поздовжній дуоденотомії виявлена пухлина по передньо-медіальному контуру, схожа на ворсинчастий поліп, край її знаходиться на 1,5 см від ВДС. Виконана резекція ДПК з пухлиною і збереженням ВДС, ДПК пересічена дистальніше пілоричного жому з накладенням кисетного шва, а дистальний кінець ДПК у місці переходу в нижньогоризонтальну частину заглушений; за зв'язкою Трейца пересічена петля тонкої кишки і мобілізована на судинній брижовій аркаді, подана проксимально позаду ободової кишки і на відстані 5 см від її кінця сформований тонкокишковий резервуар із потрійної петлі тонкої

кишки за допомогою лінійного зшивача Proximat 55 мм з наступним накладенням апаратного дуоденоєюноанастомозу циркулярним зшивачем Ethicon 25 мм; виконана реімплантація ВДС у тонкокишковий резервуар з формуванням панкреатоєюноанастомозу з транспапілярним трансєюнальним роздільним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха і головної панкреатичної протоки, накладено ентеро-ентероанастомоз за Ру і єюностома для ентерального харчування.

Патологогістологічне дослідження № 9089-95: резектована частина ДПК з пухлиною – тубулярно-ворсинчаста аденома ДПК. Зовнішній дренаж панкреатичної протоки видалений 21.09.2015г. і пацієнтка виписана з клініки. Дренаж холедоха і трубка єюностоми видалені через 5 діб на амбулаторному етапі лікування. Одування.

ПІДСУМОК

Резекція ДПК з реімплантацією ВДС і транспапілярним трансєюнальним роздільним зовнішнім керованим дренажуванням холедоха і панкреатичної протоки може розглядатися як операція вибору при аденомах ДПК.



УДК 616-001.19-089

**М.Б. Шулик,
К.Л. Цуркан,
В.В. Сопілка**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ВІДМОРОЖЕННЯМИ**

*Донецький національний медичний університет
Кропивницький, 25000, Україна
Donetsk National Medical University
Kropivnitsky, 25000, Ukraine*

Актуальність проблеми лікування хворих з відмороженнями пов'язана з частотою випадків та високою інвалідизацією, як ускладненнями цієї патології.

Некротичні тканини в рані є основним джерелом ендогенної та мікробної інтоксикації. Найважливішу роль у патогенезі холодової травми відіграють порушення мікроциркуляції, пов'язані з підвищенням ексудації і розвитку набряку тканин, здавлюванням їх у кістково-фасціальних футлярах і фіброзно-кісткових тунелях з розвитком мікротромбозів та формуванням некрозу тканин. Одним із шляхів ліквідації підвищеного внутрішньотканинного набряку є медикаментозна корекція та декомпресивні оперативні втручання.

Мета дослідження – поліпшення результатів і скорочення термінів лікування хворих з відмороженнями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням перебувало 49 хворих з локальною холодовою травмою різного ступеня тяжкості. З них 45 (91,2%) – чоловіки і 4 (8,8%) – жінки. Вік хворих від 25 до 63 років. Усі хворі були госпіталізовані в дореактивному періоді перебігу кріоураження.

Лікування починали з інтенсивної консервативної терапії, направленої на поступове контрольоване відновлення температури уражених ділянок, корекції порушень кровообігу і мікроциркуляції дистальних відділів кінцівок, профілактики загальних та місцевих ускладнень. Проводились декомпресивні оперативні втручання (некректомії, некрофасціотомії). Ці втручання доповнювались фізіотерапевтичними методами лікування, баротерапією. У більш пізніх термінах при формуванні некрозу за сухим типом виконувалась етапна некректомія, аутодермопластика або ампутація сегмента по лінії демаркації.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Доопераційний період становив 7,8, середні терміни лікування 36,3 ліжко-дня. Ускладнення становили 12,8%. Ампутації на різних рівнях проведені в 42% хворих. Летальності не було.

ВИСНОВКИ

1. Локальна холодова травма в дореактивному і ранньому реактивному періоді має зворотній характер.

2. Адекватна медикаментозна терапія та декомпресивні ранні оперативні втручання зменшують кількість ампутацій.



**М.Б. Шулик,
К.Л. Цуркан,
В.В. Сопілка**

ЗАСТОСУВАННЯ ІНФУЗІЙНО-ТРАНСФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ З ХОЛОДОВОЮ ТРАВМОЮ

*Донецький національний медичний університет
Кропивницький, 25000, Україна
Donetsk National Medical University
Kropivnitsky, 25000, Ukraine*

Проблема лікування хворих з відмороженнями актуальне та потребує подальшого вдосконалення. Результати лікування залежать від своєчасності та якості надання їм хірургічної допомоги.

При відмороженнях явища інтоксикації пов'язані з підвищеним розпадом тканин, посиленими процесами катаболізму, недостатністю функції печінки та нирок, зниженням мікроциркуляції. В організмі хворого накопичуються бактеріальні екзо- та ендотоксини, тканинні антигени, токсичні органічні речовини, біологічні аміни і медіатори запалення.

Основна задача інтенсивної терапії пацієнтів з відмороженнями полягає в своєчасному призначенні етіотропної терапії та профілактиці поліорганної недостатності.

Мета дослідження – оцінити ефективність інтенсивної інфузійної терапії у хворих з відмороженнями.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У матеріали включено аналіз лікування 49 хворих з відмороженнями. Хворі поступали у відділення з 1 до 14 доби після отримання холодової травми. Поверхневі відмороження спостерігались у 13 (26,2%), глибокі – у 36 (73,8%) хворих.

Лікування хворих з локальною холодовою травмою було комплексним та включало інфузійно-трансфузійну терапію для покращення реологічних властивостей крові, дезінтоксикації, корекції білкових розладів, кислотно-лужного балансу та водно-електролітного обміну. Антибактеріальна терапія призначалась з урахуванням чутливості ранової мікрофлори. Для корекції реологічних властивостей циркулюючої крові

застосовували низькомолекулярні гепарини. Для дезагрегації та ангіопротекторної терапії призначали довенно реосорбілакт, реополіглюкін, пентоксифілін.

Хворі, в яких відмороження поєднувались з гіпотермією, були госпіталізовані у відділення інтенсивної терапії, де інфузія проводилась розчинами, підігрітими на водяній бані до 38 - 40 градусів С.

Аналізували дооперційний період, терміни лікування, інфікування відморожених ран, відсоток ускладнень та рівень ампутації, вихід на інвалідність та функціональні результати.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Спостереження за хворими з поверхневим відмороженням показало, що своєчасно призначена консервативна терапія дозволяє досягти позитивних результатів без оперативного втручання.

У хворих з III та IV ст. холодової травми консервативну терапію проводили в комплексі з оперативними втручаннями. Етапні декомпресивні операції дозволили знизити кількість ампутацій до 42% з відсотком ускладнень 12,8. Інвалідність призначена 22% хворих з ампутацією пальців кистей та великих кісткових сегментів.

ВИСНОВКИ

1. Адекватна консервативна терапія при поверхневих відмороженнях дозволяє відновити живлення дистальних сегментів.

2. Комплексне застосування інтенсивної терапії з декомпресивними оперативними втручаннями запобігає виникненню ускладнень та зменшує інвалідизацію постраждалих.



УДК 378.091-057 87:617

**М.Б. Шулик,
К.Л. Цуркан,
Г.М. Урсол**

ОРГАНІЗАЦІЙНО-МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ПІДГОТОВКИ СТУДЕНТІВ ДО ВИВЧЕННЯ ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ

*Донецький національний медичний університет
кафедра анатомії людини № 2
вул. Велика Перспективна, 1, Кропивницький, 25006 Україна
Donetsk National Medical University
Department of Human Anatomy N 2
Velika Perspektivna str., Kropivnitsky, 25000, Ukraine*

Нові Державні стандарти вищої медичної освіти в галузі знань «Охорона здоров'я» вимагають пошуку нових підходів до навчального процесу на кафедрі анатомії людини.

Мета дослідження – оцінити ефективність викладання предмету анатомії людини на всіх етапах занять, обґрунтувати їх спрямованість на інтеграцію предмета з питаннями загальної хірургії, орієнтацію опанування теми на випускаючих кафедрах.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Вивчення та аналіз нормативно-правових документів, стандартів вищої медичної освіти, враховуючи Болонський процес, узагальнення, порівняння та формування висновків.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для досягнення максимального ефекту від вивчення дисципліни на кафедрі розроблені тематичні плани лекцій, навчальних занять, перелік теоретичних питань та практичних навичок до кожного модуля, методичні рекомендації до практичних занять. З найбільш важливих та складних тем викладаються лекції з використанням сучасних технологій (таблиці, слайди, відеофільми).

Практичні заняття проходять у вигляді дискусій з обговоренням незрозумілих питань, демонстрацією слайдів, обговоренням клінічних випадків. Студенти користуються послугами бібліотеки, набувають практичних навичок на моделях анатомічного музею, активно користуються джерелами інтернету. Наочні методи навчання спрямовані на формування в студентів уявлення про будову людського тіла та його ін-

дивідуальні особливості за допомогою ілюстрацій, схем, малюнків, препаратів, муляжів, атласів.

Адекватне засвоєння практичних навичок інтенсифікує вивчення та засвоєння матеріалу, стимулює цікавість до предмету, дає розуміння застосування отриманих знань. Акцентуються опорні точки інтеграції предмета з фундаментальними та клінічними дисциплінами. Важливе місце на кафедрі відводиться питанням історії предмета з акцентами на діяльність видатних вчених — анатомів та хірургів.

У зв'язку з введенням кредитно-модульної системи з'явилась можливість оцінити рівень знань на етапі проміжного та завершального контролю, виявити питання, в яких студенти найгірше орієнтуються. Студенти мають можливість отримати від викладача повну інформацію про рівень знань та консультацію з питань навчального процесу. Успішне засвоєння матеріалу залежить від викладача та старанності й раціонального використання часу навчального процесу студентами.

ВИСНОВКИ

1. Оптимізація вивчення анатомії людини передбачає комплексне використання лекційного матеріалу з наочними методиками навчання та практичними навичками, впровадження обов'язкового тестового контролю з кожної теми дисципліни.

2. Залучення ситуативних задач з госпітальної практики, дотичних до теми уроку з анатомії, виробляє у студентів клінічне мислення, націлює їх на оволодіння практичними навичками лікарської діяльності.

