

Міністерство охорони здоров'я України
Національна академія медичних наук України
Асоціація хірургів України
ДУ "Національний інститут хірургії та трансплантології
імені О. О. Шалімова" НАМН України



XXIV З'їзд хірургів України,

присвячений 100-річчю з дня народження
академіка О. О. Шалімова

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

2018

26 -28 вересня
м. Київ

антител к нему (до 20 Ед/мл). И только в двух случаях речь шла об отсутствии данных как по лабораторным признакам (тиреоглобулин меньше единицы и антитела к нему меньше 5), так и по УЗИ. В обоих случаях врач УЗИ описывал лимфоузлы, но отмечал их характеристики как воспаленные (не опухолевые). В обоих случаях дальнейшее наблюдение (без операций и радиойодтерапии подтвердило безрецидивное течение заболевания). Эти данные позволяют заключить, что рутинное использование радиойоддиагностики имеет весьма низкую эффективность и в большинстве случаев сегодня может быть заменено сонографией с исследованием тиреоглобулина и антител к нему.

Сучасний підхід до хірургічного лікування пацієнтів із захворюваннями щитоподібної залози

А. В. Сивожелізов, К. Ю. Пархоменко, І. А. Криворучко, В. В. Чугай,
К. А. Ажгібесов, Н. М. Гончарова, А. Г. Дроздова

Харківський національний медичний університет,
Обласна клінічна лікарня, м. Харків

Вступ. Проблема хірургічного лікування захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) є актуальною внаслідок зростання кількості хворих та рецидивів після операції, а також невизначеності щодо факторів ризику та безпосередніх причин їх розвитку. Крім того, неоднозначність даних відносно застосування малоінвазивних втручань (МВ) у хірургії ЩЗ, значна частота специфічних ускладнень (параліч гортані внаслідок травм поворотних гортанних нервів із розладами фонації і функції зовнішнього дихання, гіпопаратиреоз тощо) визначають той перелік питань, які вимагає уточнень і визначень..

Мета дослідження: аналіз хірургічного лікування та розробка алгоритму хірургічного лікування хворих із захворюваннями ЩЗ.

Матеріали і методи. Були проаналізовані результати оперативного лікування 416 хворих на патології ЩЗ, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КЗОЗ «ОКЛ – ЦЕМД та МК» з 2014 по 2017 рр, з них – жінок – 382 (92%), чоловіків – 34 (8%), віком від 25 до 78 років. Діагностика засновувалась на клініко–лабораторних (загально клінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, визначення рівнів ТТГ, Т3, Т4, антитіл до тиропероксидази та тироглобуліну) та інструментальних методах дослідження (рентгенографія органів шії та грудної клітки, ультразвукове дослідження ЩЗ з еластографією, виконання тонкогільної аспіраційної біопсії з морфологічним дослідженням пунктату за необхідності). Якість життя у хворих, які перенесли оперативне лікування, оцінювалося по запитальника SF–36.

Результати та їх обговорення. У 170 (41%) хворих спостерігались ізольовані вузлові зміни ЩЗ вперше, а у 5 (1,3%) хворих мав місце рецидив захворювання ЩЗ. У 71 (17%) пацієнта було діагностовано багатовузловий зоб первинно та у 1 (0,3%) хворого – рецидивно. У 19 (5%) хворих можна було казати про змішаний зоб. У 29 (7%) пацієнтів мова йшла про дифузний токсичний зоб, що був діагностований уперше, а у 3 (0,8%) – рецидив цієї ж патології. Аутоімунний тиреоїдит із вузлоутворенням спостерігався у 112 (26%) хворих первинно, а в 1 (0,3%) пацієнта відмічався рецидив. Рак ЩЗ було морфологічно підтверджено у 5 (1,3%) пацієнтів.

У 133 (32%) випадках було виконано гемитиреоїдектомію справа, у 121 (29%) – гемитиреоїдектомію зліва, у 83 (20%) – гранично–субтотальну резекцію ЩЗ із видаленням пірамідного відростка, у 42 (10%) – субтотальну резекцію ЩЗ, у 17 (4%) хворих – вида-

лення пірамідного відростка, у 20 (5%) хворих – тиреоїдектомію, причому у 10 (2,5%) із них було виконано екстрафасціальну тиреоїдектомію. 2017 року у 3 пацієнтів клініки із вузлуотворенням ЩЗ були проведені МВ – відеоасистована субтотальна резекція правої частки ЩЗ. У вищевказаних нами випадках використовувався доступ у правій підключичній ділянці, враховуючи розташування вузлових утворень. Також, у всіх 3 випадках мова йшла про доброякісний первинний процес у залозі.

Післяопераційних ускладнень у вигляді парезу гортані, постійного гіпарпаратиреозу, нагноєння рани, кровотечі зафіксовано не було. У 5 хворих (1,3%) мав місце транзиторний гіпарпаратиреоз, який був пов'язаний із видаленням одиничних парацинтоподібних залоз, та був корегований призначенням дегідротахістиролату від 3–5 діб до 3 тижнів післяопераційного періоду.

Зниження якості життя є станом, характерним для більшості хворих, що піддавалися оперативним втручанням з приводу патології щитоподібної залози.

Висновки. За рахунок більш радикального об'єму оперативного втручання (гемі- чи тиреоїдектомія) при вузлових утвореннях ЩЗ знижується вірогідність розвитку рецидиву захворювання, який потребує повторних хірургічних втручань. Якість життя хворих із гемі- або тиреоїдектомією, як правило, залежить лише від дозування замісної терапії (L-тироксин) у післяопераційному періоді.

Хірургічне лікування пацієнтів із первинним гіперпаратиреозом і поєднаною тироїдною патологією

О. М. Сироїд

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

Вступ. Первинний гіперпаратиреоз (ПГПТ) – одне із найпоширеніших ендокринних захворювань, яке виявляють у 0,1–0,2% населення. Кількість пацієнтів із ПГПТ збільшується прямопропорційно до віку. Також з віком зростає кількість осіб із тироїдною патологією, особливо у йододефіцитних регіонах. Крім цього, гіперкальціємію (основний біохімічний маркер ПГПТ) розглядають як важливий зобогнений чинник. Отож, у низки хворих стверджують поєднання ПГПТ і захворювань щитоподібної залози (ЩЗ).

Мета роботи – вивчити особливості хірургічного лікування пацієнтів із ПГПТ і супутньою тироїдною патологією.

Об'єкт і методи дослідження. Протягом 2015–2017рр. у підрозділі ендокринної хірургії ВМКЦ Західного регіону оперовано 38 осіб із ПГПТ віком від 20 до 72 ($51,9 \pm 12,9$) років. Жінок було 33 (86,8%), чоловіків – п'ятеро (13,2%) хворих. ПГПТ діагностували на підставі клінічної картини захворювання, визначення концентрації іонізованого кальцію і паратгормону у сироватці крові. Для топічної діагностики патологічно змінених прищитоподібних залоз (ПЩЗ) застосовували ультрасонографію (УСГ), а при потребі – сцинтиграфію з Tc^{99m} -MIBI, комп'ютерну або магнітно-резонансну томографію.

Хірургічну тироїдну патологію констатовано у 19 (50%) пацієнтів. Функціональний стан ЩЗ вивчали за рівнями тиротропного гормону і вільного тироксину. Структурні зміни тироїдної паренхіми визначали з допомогою УСГ. Морфологічну діагностику вузлових утворень ЩЗ проводили в три етапи: передопераційне цитологічне дослідження пунктів, інтраопераційне гістологічне дослідження криостатних зрізів та остаточний гістологічний аналіз видалених препаратів. Обчислення отриманих результатів здійснювали з допомогою статистичної програми SPSS 12.0 for Windows.

Результати та їх обговорення. Значення іонізованого кальцію у сироватці крові хворих на ПГПТ становило 1,35–1,52 ммоль/л, рівень паратгормону знаходився в межах від 90 до 439 пг/мл. Усім пацієнтам із ПГПТ виконували стандартну відкриту паратироїдектомію. Аденома була морфологічним субстратом гіперфункції ПЩЗ у 27 (71,1%) осіб, гіперплазія – у семи (18,4%), кіста – у трьох (7,9%), рак – в одного (2,6%) хворого.

Порушення тироїдного гомеостазу встановлено у трьох (7,9%) пацієнтів. Тироксикоз (дифузний токсичний зоб, багатовузловий токсичний зоб) діагностовано у двох (5,3%) осіб, гіпотиреоз (автоімунний тироїдит Hashimoto) – в одного (2,6%) хворого. Симультанні операції на ЩЗ проведено у 20 (52,6%) пацієнтів із ПГПТ. Втручання починали з видалення ЩЗ, а в подальшому виконували операцію на ПЩЗ. Отож, тироїдектомію здійснено у шести (30%) осіб (в т.ч. в одного хворого із мультигландулярним раком ПЩЗ), гемітироїдектомію – у 10 (50%), резекцію ЩЗ – у чотирьох (20%) пацієнтів.

При гістологічному дослідженні видаленої ЩЗ, фолікулярну аденому ЩЗ виявлено у п'яти (26,3%) осіб, багатовузловий колоїдний зоб – в 11 (57,9%), автоімунний тироїдит – у двох (10,5%), дифузний токсичний зоб – в одного (5,2%) хворого. Слід зазначити, що у трьох пацієнтів ураження ПЩЗ було діагностовано тільки під час операції з приводу тироїдної патології.

Післяопераційне ускладнення у вигляді тимчасового парезу поворотного гортанного нерва розвинулося в одного (0,5%) хворого, який переніс симультанну тироїдектомію і паратироїдектомію. Терміни стаціонарного лікування пацієнтів із ПГПТ становили 3–7 (Me=4,0) діб і статистично значимо не відрізняли в осіб, яким проведено тільки паратироїдектомію або симультанну операцію на щитоподібній і прищитоподібних залозах.

Висновки. 1. У половини хворих на ПГПТ діагностують хірургічну тироїдну патологію. 2. Своєчасне виявлення поєднаних захворювань щитоподібної і прищитоподібних залоз дозволяє здійснити симультанну операцію та уникнути в подальшому повторних втручань.

Мультидисциплінарний підхід в хірургічному лікуванні пухлин наднирників

А. В. Скумс, О. М. Гулько, В. А. Кондратюк, О. М. Симонов

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Мета дослідження – поліпшити результати хірургічного лікування пухлинної патології наднирників шляхом впровадження мультидисциплінарного підходу.

Матеріали та методи. За період 2015 – 2018 рр. у відділі хірургії поєднаної патології і захворювань заочеревинного простору Національного Інституту хірургії та трансплантології ім. А.А. Шалімова із застосуванням мультидисциплінарного підходу при різних захворюваннях надниркових залоз у 30 пацієнтів було виконано 32 адреналектомій (у двох пацієнтів – білатеральна адреналектомія). Вік пацієнтів становив від 31 до 67 років, в середньому $47,1 \pm 5,5$ років. Першим етапом була виконана ендovasкулярна оклюзія судин наднирника. Другим етапом виконувалась адреналектомія.

Результати. Селективна електрокоагуляційна оклюзія вен наднирника виконана в 32 випадках. В 32 випадках виконана селективна електрокоагуляційна оклюзія артерій наднирника, серед них в 7 випадках верхньої та середньої надниркової артерії, в 5 випадках верхньої та нижньої надниркової артерії, в 2 випадках нижньої надниркової

артерії та в одному випадку тільки середньої надниркової артерії. Під час проведення рентгеноваскулярної оклюзії у жодного пацієнта ускладнень не було. У двох пацієнтів в післяопераційному періоді відзначався больовий синдром, який купувався ненаркотичними анальгетиками.

У пацієнтів з феохромоцитомою наднирника середній рівень метанефрину в сечі до селективної рентгеноваскулярної оклюзії центральної вени наднирника та через 24 години після коагуляції складав $1023,3 \pm 1161,7$ мкг/доб. та $290,9 \pm 71,8$ мкг/доб. відповідно ($p=0,005$).

Нами виконано 27 (84,4%) лапароскопічних адреналектомій, в одному випадку (3,1%) виконана конверсія на відкриту операцію через виражений злуковий процес в черевній порожнині. Відкрита адреналектомія виконана в трьох випадках (9,4%). Адреналектомія з нефректомією та резекцією VI–VII Sg. печінки – 1 випадок та один випадок адреналектомії з нефректомією, резекцією і пластикою нижньої порожнистої вени. Такі ранні післяопераційні ускладнення, як кровотеча, синдром некерованої гемодинаміки, інфікування ран, ми не спостерігали. Середній розмір пухлини – $6,41 \pm 2,0$ см. Середній обсяг інтра- і післяопераційної крововтрати при ЛА склав $49,03 \pm 15,1$ мл, час операції – від 60 до 150 хв. Потреби в застосуванні наркотичних анальгетиків та проведенні гемотрансфузії не було. Летальних випадків не було.

Під час гістологічного дослідження видаленого наднирника в 15 (46,9%) випадках виявлена феохромоцитома, в 5 (15,6%) випадках адреналектомія, альдостерома в 4 (12,5%), Аденома в 4 (12,5%), Кортикостерома в 3 (9,4%), Мієлоліпома в одному випадку (3,1%).

Висновок. Застосування двоетапної тактики лікування, дозволяє виконувати лапароскопічну адреналектомію з мінімальною крововтратою та ризиком пошкодження центральної вени наднирника, а також запобігає розвитку синдрому «неконтрольованої гемодинаміки».

Можливості радіонуклідної терапії в комплексному лікуванні медулярного раку щитоподібної залози

О. І. Солодяникова, Г. Г. Сукач, Д. Л. Саган, В. В. Даниленко

Національний інститут раку, м. Київ

Вступ. Обмеженість можливостей променевих і хіміотерапевтичних методів лікування медулярного раку щитоподібної залози (МРЩЗ) привели до того, що в лікуванні медулярного раку почали застосовувати радіонуклідні фармпрепарати (РФП). Найбільш часто використовуються ^{131}I -мета-йодбензилгуанідин (МІВГ), а також аналоги соматостатину. Проблемним залишається питання моніторингу хворих на МРЩЗ та оцінки ефективності його лікування.

Мета нашого дослідження – проаналізувати результати лікування ^{131}I -МІВГ хворих на МРЩЗ, а також використання $^{99\text{m}}\text{Tc}$ -карбомеку для спостереження та оцінки ефективності лікування цих пацієнтів.

Матеріали та методи. У відповідності до протоколу, затвердженого Європейською Асоціацією ядерних медиків, проліковано 40 хворих, яким внутрішньовенно вводився ^{131}I - МІВГ в дозі 3,7 ГБк. Ускладнень та побічних проявів препарату під час інфузії та на протязі 5 днів перебування в стаціонарі не відмічалось. 11 хворим терапія проведена

повторно з інтервалом в один рік. Спостереження за хворими здійснювалось на основі проведення раз на півроку сцинтиграфії (СГ) щитовидної залози з ^{99m}Tc -карбомеком, визначення рівня тіреокальцитоніну (ТКТ) в крові, ультразвукового дослідження та, в деяких випадках, комп'ютерної томографії. Повторно проліковані пацієнти спостерігались у відділі на протязі двох років, за цей час кожному з них проведено сканування всього тіла на залишковій лікувальній дозі ^{131}I -МІВГ та тричі з ^{99m}Tc -карбомеком. Семи хворим, які пройшли одноразове лікування ^{131}I -МІВГ, тричі виконане діагностичне сканування, термін спостереження – півтора року. У восьми пацієнтів, пролікованих ^{131}I -МІВГ, термін спостереження – один рік, діагностичні обстеження з ^{131}I -МІВГ і ^{99m}Tc -карбомеком виконані двічі. Двадцять п'яти хворим діагностичне сканування з ^{99m}Tc -карбомеком проводилось після хірургічного лікування, з них у 12 – один раз, у 13 – двічі. Термін спостереження за цими хворими від півроку до одного.

Результати. В процесі спостереження за хворими виявлена різнорідна реакція на лікування ^{131}I -МІВГ. У 28 із 40 хворих контрольні ультразвукові дослідження, СГ та рівень кальцитоніну через 6, 9, 12 місяців не виявили ознак пролонгації патологічного процесу. У 6 хворих після першого курсу терапії підвищення рівня кальцитоніну через 6 місяців підтвердилось появою гіперфіксованих лімфатичних вузлів на СГ з ^{99m}Tc -карбомеком. У однієї хворої з наявністю метастатичних вогнищ в печінці терапія ^{131}I -МІВГ та контроль з ^{99m}Tc -карбомеком через півроку не виявив негативної динаміки. У 5 хворих з синдромом МЕН та медулярною пухлиною в щитовидній залозі, СГ з ^{131}I -МІВГ, проведена на залишковій лікувальній дозі, виявила зниження накопичення РФП, однак СГ з ^{99m}Tc -карбомеком, проведена через шість місяців після курсу лікування та рівень кальцитоніну не виявили ознак прогресування захворювання. У 4 хворих із групи нелікованих з допомогою ^{131}I -МІВГ, за даними діагностичного сканування з ^{99m}Tc -карбомеком була проведена дисекція шийних лімфатичних вузлів. Проведена через півроку СГ з ^{99m}Tc -карбомеком ознак пролонгації процесу не виявила.

Висновки.

1. Розроблений протокол ^{131}I -МІВГ-терапії може бути використаний в комплексному лікуванні МРЩЗ у пацієнтів з як регіонарним так і віддаленим метастатичним ураженням.

2. Діагностичне сканування з ^{99m}Tc -карбомеком дозволяє об'єктивно оцінювати перебіг післяопераційного періоду у хворих на МРЩЗ та виявляти ознаки рецидиву і метастатичного ураження на етапі моніторингу, що значно підвищує ефективність спостереження в порівнянні з використанням лише онкомаркери ТКТ.

Клінічний випадок множинної форми первинного гіперпаратиреозу

**Ю. М. Тарашенко, А. М. Кваченюк, М. Ю. Болгов, Б. Б. Гуда,
М. В. Остафійчук, М. Д. Мельник**

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України, м. Київ

Первинний гіперпаратиреоз залишається достатньо складною проблемою сучасної ендокринології, як щодо діагностики, так і лікування. Різноманітність клінічної симптоматики та тривалий перебіг первинного гіперпаратиреозу можуть викликати важкі порушення кальцій-фосфорного обміну з ураженням скелету, багатьох органів та систем

організму, що призводить до різкого погіршення якості життя пацієнтів та інвалідизації. Злоякісна пухлина може ускладнитись регіонарним та віддаленим метастазуванням, з гіршим прогнозом лікування.

Пацієнтка Ш., 58 років, поступила в хірургічне відділення зі скаргами на перебої в роботі серця, болі в ногах, задишку при помірному фізичному навантаженні, періодичне підвищення артеріального тиску. Вважала себе хворою протягом 4-6 місяців але після проведеного лікування за місцем проживання стан пацієнтки не покращився.

При проведенні УЗД щитоподібної залози виявлено, що по заднім поверхням долей щитоподібної залози, в нижніх та середніх третинах, визначаються 4 утворення розмірами справа – 13 x 6 мм та 27 x 17 мм, зліва – розмірами 16 x 8 мм та 22 x 14 мм, правильної форми, з чіткими межами. Також, наявність первинного гіперпаратиреозу була підтверджена лабораторно: підвищеними рівнями паратгормону крові – 865,1 пг/мл (референтні значення: 15,0 – 65,0), іонізованого кальцію крові – 1,84 ммоль/л (референтні значення: 1,16 – 1,32) та зниженим рівнем фосфору крові – 0,78 ммоль/л (референтні значення: 0,81 – 1,45).

З метою уточнення топічного діагнозу була проведена мультиспіральна комп'ютерна шії та органів грудної порожнини з внутрішньовенним контрастуванням, за результатами якої виявлено, що в паравертебральних м'яких тканинах шії зліва та позаду стравоходу та на 30 мм каудальніше грудини визначається утворення овальної форми з чіткими межами, розмірами 60,0 x 15 x 15 мм., а вздовж задніх поверхонь долей ЩЗ визначаються ще два утворення подібної будови. Розміри утворення справа – 23 x 22 x 23 мм., зліва – 17 x 10 x 6 мм. Таким чином, по результатам проведеної топічної діагностики виявлено наявність трьох патологічних вогнищ.

Після підготовки було проведено хірургічне втручання. Під час операції видалено: аденома ПЩЗ, яка розташовувалась параезофагеально та на 2/3 в задньому середостінні, розмірами 6,0 x 2,0 см, м'яко-еластичної консистенції; карцинома ЩЗ в ділянці нижнього полюсу правої долі з макроскопічними ознаками злоякісної пухлини (неправильна форма, щільна консистенція, з інвазією в праву долю ЩЗ, паратрахеальну жирову клітковину, правий поворотний гортанний нерв), розмірами 2,5 x 1,5 см та аденома ПЩЗ зліва, розмірами 2,0 x 1,8 см.

В післяопераційному періоді рівень паратгормону крові знизився до 35,1 пг/мл (референтні значення: 15-65) та нормалізувався рівень Са крові.

Даний клінічний випадок є свідченням того, що не зважаючи на сучасний розвиток діагностичних можливостей проблема раннього виявлення первинного гіперпаратиреозу залишається не вирішеною. Однією з причин даної проблеми є відсутність специфічних клінічних проявів, характерних для даної патології, а всі наявні клінічні симптоми є свідченням ураження серцево-судинної, кісткової системи, шлунково-кишкового тракту, тощо. Одним із шляхів вирішення даної проблеми є широке впровадження визначення рівня кальцію крові з метою скринінгу даних пацієнтів та розробка гібридних методів топічної діагностики.

Рівень цитокінів у сироватці крові хворих на вузловий еутиреоїдний та післяопераційний рецидивний зоб в залежності від об'єму щитоподібної залози

Н. П. Ткачук

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Патологія щитоподібної залози є однією з найбільш поширених клінічних проблем серед 1,5–2 млрд. мешканців Земної кулі, що не залишає сумнівів в актуальності та важливості вивчення даної проблеми. Серед усіх тиреопатій частка вузлових форм зоба складає до 80%, а операції з приводу зазначеної патології виконуються у 45–75% випадків. Однак, операція дозволяє видалити морфологічний субстрат захворювання та не вирішує проблему раз і назавжди. Тиреоїдектомія унеможливорюючи рецидивування призводить до необхідності пожиттєвої замісної гормонотерапії, органозбережні втручання зберігають ризик виникнення післяопераційного рецидиву захворювання, поширеність якого за різними даними складає від 0,3 до 80%.

Мета дослідження. Порівняти рівень цитокінів у сироватці хворих на вузловий еутиреоїдний та післяопераційний рецидивний зоб в залежності від об'єму щитоподібної залози.

Об'єкт і методи дослідження. Клінічний матеріал дослідження склали 60 жінок з вузловим еутиреоїдним зобом (I група), а також 60 жінок із післяопераційним рецидивним зобом (II група). З метою досягнення однорідності, групи не відрізнялися за середнім віком. За об'ємом щитоподібної залози за методом Brunn II група була розділена на дві підгрупи: А – менше 40 куб. см.; Б – більше 40 куб. см. Об'єм щитоподібної залози оцінювали за допомогою ультразвукового дослідження по методу Brunn: V доли = висота \times довжина \times ширина \times 0,479. Визначення вмісту в плазмі крові ФНП- α ; ІЛ-1 β , ІЛ-4, ІЛ-6 проводили за допомогою стандартних наборів фірми «Madgenix» (Белгія) згідно технології, рекомендованої виробником. Статистичне обчислення результатів досліджень проводилося з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel.

Результати дослідження та їх обговорення. Нами було встановлено, що у хворих на післяопераційний рецидивний зоб відбувається активація цитокінової системи. Так, показник вмісту ФНП- α підвищується в осіб II групи, причому в міру зростання об'єму щитоподібної залози. В підгрупі А концентрація підвищується в 2,1 рази, в підгрупі Б – в 3,9 рази порівняно із показниками I групи, $p < 0,05$. Схожі закономірності нами було відмічено і в динаміці вмісту ІЛ-1 β . Менш виражене, проте достовірне підвищення було констатовано в динаміці ІЛ-6. Значення ІЛ-4 у хворих II групи дещо знижувалися порівняно із показниками I групи, однак не було відмічено статистично значимих відмінностей між підгрупами А і Б.

Висновки. Таким чином, порушення балансу між прозапальними (ФНП- α ; ІЛ-1 β , ІЛ-6) та протизапальними (ІЛ-4) цитокінами може призводити до розвитку гіпертрофічних процесів в тканині щитоподібної залози та ймовірно може стати однією із причин рецидивування.

Вираженість йододефіциту у хворих на вузловий еутиреοїдний та післяопераційний рецидивний зоб

Н. П. Ткачук, Я. В. Гирла

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Патологічний вплив дефіциту йоду на щитоподібну залозу зумовлений тим, що нестача цього мікроелемента в організмі людини веде до зменшення синтезу тиреоїдних гормонів, підвищення рівня тиреотропного гормону та активації процесів, які призводять до надмірного синтезу і вивільнення трансформуючого ростового фактора- β з подальшою неконтрольованою проліферацією тиреоцитів. Достовірним маркером оцінки індивідуального йодного статусу є визначення рівня тиреоглобуліну в сироватці крові. В нормі тиреоглобулін не секретується в кров, а його синтез, транспорт і розщеплення регулює тиреотропний гормон. Таким чином, рівень тиреоглобуліну в крові є найбільш чутливим і специфічним маркером, який дозволяє виявити порушення гормоносинтезу ще в фазі компенсації, тобто коли рівень тиреоїдних гормонів знаходиться в референтних межах. Фізіологічний рівень тиреоглобуліну в здорових осіб складає < 10 нг/мл. Проте, при наявності йододефіциту і розвитку зоба, концентрація його різко зростає. Саме тому тиреоглобулін є одним з маркерів зобної ендемії, рекомендованих ВООЗ та ЮНІСЕФ.

Мета дослідження. Встановити вираженість йододефіциту у хворих на вузловий та післяопераційний рецидивний зоб, які перебували на стаціонарному лікуванні в Чернівецькій ОКЛ.

Об'єкт і методи дослідження. Клінічний матеріал дослідження склали 60 жінок з вузловим еутиреοїдним зобом (I група), 60 жінок із післяопераційним рецидивним зобом (II група), а також 30 здорових осіб (III група). З метою досягнення однорідності, групи не відрізнялися за середнім віком. Рівень тиреоглобуліну в крові досліджували імунохімічним методом з електрохемілюмінесцентною детекцією, аналізатор і тест-система Cobas 6000, Roche Diagnostics (Швейцарія). Статистичне обчислення результатів досліджень проводилося з використанням електронних таблиць Microsoft® Office Excel.

Результати та їх обговорення. За рівнем тиреоглобуліну ступінь йододефіциту прийнято вважати: > 40 нг/мл – важкий, $20-39$ нг/мл – середній, < 20 нг/мл – легкий. При дослідженні даного показника в обстежуваних, було виявлено, що середній його вміст в сироватці крові у пацієнтів I групи складав $57,07 \pm 1,02$ нг/мл; II групи перед первинною операцією (гемітиреоїдектомія чи субтотальна резекція щитоподібної залози) – $61,96 \pm 0,94$ нг/мл, перед повторним втручанням – $41,19 \pm 0,95$ нг/мл, III групи – $14,4 \pm 0,26$ нг/мл; $p < 0,05$. Отож, в осіб першої та другої груп встановлено важкий ступінь йододефіциту, який був ще більш вираженим у хворих з рецидивним зобом перед першим операційним втручанням, в осіб третьої групи констатовано легкий йододефіцит без змін тиреоїдного статусу та структури залози при ультразвуковому дослідженні. Неможливо виключити, що саме виражений йододефіцит став однією із причин розвитку рецидиву у пацієнтів другої групи.

Висновки. Визначення рівня тиреоглобуліну у хворих на вузловий еутиреοїдний зоб дає можливість встановити ступінь йододефіциту у конкретного пацієнта, та провести адекватну йодну профілактику в комплексі заходів щодо попередження рецидиву захворювання.

Ультразвукова діагностика регіонарних метастазів раку щитоподібної залози

Є. А. Шелковой, М. Ю. Болгов

Інституті ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

Одним із основних методів виявлення метастазів лімфатичних вузлів (ЛВ) ший є ультразвукова діагностика (УЗД). УЗД більш чутливий метод для виявлення патологічних лімфовузлів у порівнянні із клінічними методами дослідження.

Дослідження проведені в Державній Установі «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка» НАМН України.

У групу обстежених було рандомізовано включено 61 хворих із верифікованими карциномами щитоподібної залози (ЩЗ), з них жіночої статі – 47 (77%), чоловічої – 14 (23%), яким проводилась тиреоїдектомія із дисекцією ший. Усім хворим проводилась екстрафасціальна тиреоїдектомія та центральна дисекція (видалення передгортанних, перед- та паратрахеальних лімфатичних вузлів з жировою клітковиною). У 33 хворих додатково проводилась одно- чи двобічна селективна дисекція ший. За даними патогістологічного дослідження (ПГД) у 60 хворих виявлений папілярний рак, у одного – медулярний рак ЩЗ.

З урахуванням мети та завдань роботи (оцінка виявлення регіонарних метастазів ЩЗ за даними УЗД після проведення хірургічного лікування) був використаний комплекс діагностичних методів дослідження. Усім хворим перед хірургічним лікуванням була проведена УЗД лікарями відділення інституту. Після хірургічного лікування було проведене контрольне УЗД, 4 хворим – тонкоголкава пункційна біопсія. Протокол обстеження та данні цитологічного дослідження вводились до електронного реєстру Інституту.

УЗД обстеження усіх хворих проводилось на ультразвукових апаратах TOSHIBA SSA-550A «NEMIO» та TOSHIBA SSA-580A «NEMIO XG» (Японія).

Результати досліджень. При ретроспективному аналізі встановлено, що при передопераційних УЗД у 45, що складає 73,8% виборки хворих, було виявлено ЛВ підозрілі на метастази. З них в 12 (19,7%) випадках метастази виявлено у центральному лімфатичному колекторі (передгортанні, пре- та паратрахеальні лімфовузли) та в 33 (54,1%) у латеральних лімфатичних колекторах окремо, або у поєднанні із центральними. У 16 хворих (26,2%) метастази за даними УЗД виявлено не було.

При аналізі ПГЗ була підтверджена наявність метастазів у всіх хворих із метастатичним ураженням ЛВ за даними УЗД. У 1 (1,6%) хворого виявлено метастази у центральному колекторі, як і за даними УЗД, та не підтверджено метастатичне ураження латерального колектору. При ПГД у 2 (3,3%) хворих метастатичні ураження ЛВ ший після дисекції ший не було виявлено як і за даними УЗД.

У 14 (23,0%) хворих, у яких за даними передопераційних УЗД не було виявлено підозрілих на метастатичні ЛВ, при проведенні ПГД у видалених шийних лімфатичних вузлах виявлено метастази папілярних карцином. У 13 хворих, що складає 92,9% у виборці не виявлених метастазів та 21,3% усієї когорти досліджених, при ПГД виявлені поодинокі метастази та мікрометастази у клітковині центрального колектору і лише у 1 хворого, відповідно 7,1% та 1,6%, виявлений метастаз в латеральному лімфатичному колекторі.

При післяопераційних обстеженнях було виявлені метастази у 4 прооперованих хворих, що складає 6,6% виборки. Однак ці данні не остаточні, оскільки не всі хворі пройшли післяопераційні обстеження.

Висновки. Гіпердіагностика встановлення метастазів ЩЗ за даними дослідження складає 1,6%. У 21,3% хворих були виявлені поодинокі метастази та мікрометастази центрального колектора, та у 1,6% – латеральному, не візуалізовані при передопераційному УЗД. У 6,6% хворих виявлені метастази після проведення хірургічного лікування.

Визначення обсягу оперативного втручання у пацієнтів на одnobічний вузловий ендемічний зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту

М. І. Шеремет

Буковинський державний медичний університет»

Вступ. За результатами гістологічного дослідження видаленої тканини ЩЗ у 10,4% пацієнтів виявляють автоімунний тиреоїдит. При цьому у виборі об'єму операції у хворих на ендемічний вузловий одnobічний зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту не враховуються патогенетичні механізми виникнення та прогресування автоімунних процесів в тканині щитоподібної залози.

Мета роботи. Визначення об'єму хірургічного втручання при вузловому зобі на фоні автоімунного тиреоїдиту з урахуванням активності процесів апоптозу та проліферації, індексу проліферативної активності.

Матеріали і методи. На пункційному матеріалі ЩЗ, отриманих від 68 хворих з гістологічно верифікованим діагнозом вузловий зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту проведено імуногістохімічне дослідження шляхом використання моноклональних антитіл проти Ki-67, Fas, FasL, Bcl-2, та P53 антигенів. Другу групу склали 27 хворих, у яких після гемітиреоїдектомії при повторному обстеженні за даними УЗД встановлено збільшення об'єму залишеної частки ЩЗ та формування вузла чи вузлів у ній на фоні вираженої лімфоїдної інфільтрації, а показники рівнів вТ₄ і ТТГ вказували на наявність гіпотиреозу середнього ступеня тяжкості. Діагноз був підтверджений за клінічними даними, даними УЗД та рівнем антитіл до пероксидази (АТПО).

Результати та їх обговорення. Результати дослідження показали високу проліферативна активність лімфоїдної тканини, помірну проліферативну активність тиреоцитів в ділянці лімфоїдної інфільтрації і низьку поза нею, що було враховано під час визначення об'єму хірургічного втручання. Очевидно, що достовірне зростання показників проліферації та пригнічення апоптозу, виявлені у віддаленому періоді після хірургічного лікування ВЗАІТ у хворих другої підгрупи призводять до функціональної недостатності та гіперплазії залишеної частки щитоподібної залози. У зв'язку з цим виникає необхідність перегляду вибору об'єму операції у хворих на ВЗАІТ в залежності від вираженості автоімунного процесу і функціональної спроможності залози.

Таким чином, проведений ретроспективний аналіз дозволяє нам розмежувати вибір об'єму операції – гемітиреоїдектомія чи тиреоїдектомія в залежності від функціональної спроможності ЩЗ та показників апоптозу і проліферації у неуразеній вузлом частці залози. При поєднанні досліджуваних показників: об'єм неуразеної вузлом частки ЩЗ більший за 10 см³, рівень ТТГ більше за 3,55 мОД/л, вільного Т₄ менше за 12,91 пмоль/л, рівень АТПО більше за 80,25 ОД/мл з показниками лімфопроліферативної активності та апоптозу, зокрема рівнів ІПА Ki-67 вищими за 10,55%, ІРК FasL – за 51%, ІРК Bcl-2 – за 90%, та ІРК p53 нижче 50% і ІРК Fas нижче 43% перевагу слід надавати тиреоїдектомії.

Висновки.

1. При однобічному вузловому зобі на фоні автоімунного тиреоїдиту з підвищеною проліферацією в тканині вузла та низькою в контрлатеральній частці, операцією вибору є гемітиреоїдектомія у поєднанні з розробленим комплексом консервативної терапії в післяопераційному періоді.

2. У пацієнтів з однобічним вузловим зобом на фоні автоімунного тиреоїдиту із вираженою проліферативною активністю в тканині контрлатеральної частки патогенетично обґрунтованою операцією є тиреоїдектомія.

3. Ризиком розвитку функціональної недостатності та гіперплазії контрлатеральної частки щитоподібної залози після гемітиреоїдектомії у пацієнтів на вузловий зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту можна вважати об'єм неураженої вузлом частки ЩЗ більшу за 10 см³, рівень ТТГ більше за 3,55 мОД/л, вільного Т₄ менше за 12,91 пмоль/л, рівень АТПО більше за 80,25 ОД/мл та АТТГ більше за 89,34 ОД/мл., ІПА Кі-67 вище 10,55%, підвищення ІРК FasL вище 51%, підвищення ІРК Bcl-2 вище 90%, зменшення ІРК Fas нижче 43% та ІРК p53 нижче 50%.

Вдосконалення післяопераційного лікування пацієнтів на вузловий ендемічний зоб на фоні автоімунного тиреоїдиту

М. І. Шеремет, В. О. Шідловський, Я. В. Гирла

*Буковинський державний медичний університет,
Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського*

Вступ. Найбільш раннім етапом в патогенезі автоімунного тиреоїдиту (АІТ-у) є окиснення ліпідів та білків клітинних мембран, що відбувається під впливом надлишкової продукції активних форм кисню. В результаті відбувається посилення деструктивних процесів, що можуть бути патогенетичним фактором захворювання. Активація процесів пероксидного окиснення (ПО) залежно від місця генерації, розповсюдження, типу вільних радикалів, тривалості й сили їхньої дії, а також від редокс-статусу клітини можуть мати різні ефекти на сигнальні каскади клітини, транскрипційні фактори, окремі білки-ферменти. Це призводить до виживання клітин, їхньої проліферації чи загибелі шляхом апоптозу.

Мета дослідження. Дослідити деякі ланки патогенезу розвитку вузлового ендемічного зобу на тлі автоімунного тиреоїдиту шляхом вивчення активності процесів пероксидного окиснення ліпідів та білків, апоптозу лімфоцитів периферійної крові та рівня про- та протизапальних цитокінів до- та у віддаленому періоді після оперативного втручання таких пацієнтів та розробити ефективні методи профілактики післяопераційних ускладнень.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежили 80 жінок з вузловим ендемічним зобом на фоні автоімунного тиреоїдиту (ВЕЗАІТ). У всіх хворих оцінювали активність ПО та антиоксидантного захисту (АОЗ). Визначали вміст лімфоцитів, що несуть маркер апоптозу – CD95 + рецептор та рівень аннексину V+. В плазмі крові визначали вміст ФНП-α, INF-γ та ІЛ-1β. Вивчали ці ж показники у крові та плазмі 30 практично здорових донорів. Контрольна (I) група хворих в післяопераційному періоді отримували лише знеболюючі препарати. Дослідна (II) група хворих, крім цього лікування, за добу до операції та щоденно після неї (на протязі 4–5 діб) внутрішньовенно отримувала по 300

Од берлігіону, а після виписки – Берлігіон® ОРАЛЬ по 1 таб. (300ОД) на добу протягом 1 місяця. При проведенні комплексної терапії до стандартною схемою додавалися ін'єкції препарату «Лімфоміозот» внутрішньом'язево. Це препарат, який, за даними літератури покращує процеси дренажу міжклітинної простору, лімфовідток і мікроциркуляції, нормалізує імунологічний захист організму, відновлює роботу імунно-ендокринної системи організму. Хворі обох груп не відрізнялись за об'ємом оперативного втручання та методом інтраопераційного знеболення. Слід відмітити, що хворі обох груп до операції отримували замісну терапію L-тироксином (з розрахунку 1,6 мкг./кг./добу). 7 пацієнок дослідної групи були фертильного віку.

Результати та їх обговорення. Встановлено, що у хворих на ВЕЗАІТ після комплексного лікування відбувалось зниження активності процесів ПО та активація систем АОЗ на протязі всього періоду спостереження. Після проведення комплексної терапії у пацієнтів на ВЕЗАІТ мала місце вірогідне зниження рівня цитокінів – концентрація TNF- α , INF- γ та ІЛ – 1 β в сироватці крові пацієнтів II-ої групи зменшилась майже у 2 рази. Поряд з цим, кількість аннексін V-презентуючих клітин лімфоцитів та середній вміст CD95 + лімфоцитів наближались до контрольних показників.

При ультразвуковому дослідженні через 1 та 6 міс. У пацієнтів II-ої групи відзначається достовірне зниження загального об'єму щитоподібної залози, при цьому відмічалась більш інтенсивне відновлення її функціонального стану. Така ж динаміка характерна й для показників антитіл до пероксидази. Через 2–3 роки після оперативного втручання рівень тиреотропного гормону практично не відрізнявся від такого у донорів, а у п'яти жінок фертильного віку вагітність та пологи пройшли без ускладнень.

Висновки. Застосування запропонованої лікувальної тактики та діагностично-лікувального комплексу дозволило:

1. Зберегти функціональну активність тиреоїдної тканини і уникнути постійного застосування замісної терапії.
2. Знизити імовірність прогресування автоімунних та оксидантних процесів в тиреоїдному залишку (на 79,3%).
3. Виключити імовірність розвитку рецидивів вузлового зоба на фоні автоімунного тиреоїдиту.

Інтраопераційна ідентифікація нервів гортані при операціях на щитоподібній залозі

В. О. Шідловський, М. П. Дивак, О. В. Шідловський, А. М. Дивак,
В. І. Тимець, П. В. Комар

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського,
Тернопільський національний економічний університет

Вступ Інтраопераційні травми нервів гортані є найпоширенішим ускладненням операцій з приводу зоба. Частота їх стабільна і становить за даними літератури від 0,3 до 12%. Використання існуючих методів нейромоніторингу не знижує частоти парезів гортані і післяопераційних розладів її голосової функції. Їхні технічні характеристики дозволяють встановити лише цілісність нерва і не дають можливості ідентифікувати його серед тканин операційної рани для запобігання травмування.

Мета Розробити метод і технологію ідентифікації нервів гортані серед тканин операційної рани при виконанні операцій на щитоподібній залозі.

Об'єкт і методи дослідження Для реалізації методу розробили пристрій, який складається з генератора струму заданих характеристик, сенсора звукових сигналів (мікрофон), блоку опрацювання інформації та її відображення. Метод базується на реєстрації змін звукових коливань повітря над голосовими зв'язками на відосі при подразненні нервів гортані електричним струмом з заданими параметрами. При електростимуляції нервів гортані змінюється натяг і положення голосових зв'язок, що і спричиняє зміни характеристик звуку видиху. Експериментально визначені параметри сили струму, величини електропотенціалу і частоти імпульсів для електростимуляції тканин у рані. До обраних характеристик струму високу чутливість і провідність має тканина нерва і низьку – м'язи та інші тканини рани.

Технологія методу полягає в наступному: 1. Операція проводиться під довенним наркозом без міорелаксантів з ларингеальною маскою на спонтанному диханні. В про-світі маски розміщений мікрофон для фіксації звукових коливань видиху. 2. Пасивний електрод – голка вколюється в ділянці дельтовидного м'яза. 3. Активним електродом подразнюються тканини операційної рани в трьох ділянках проходження нервів гортані: нижніх полюсів часток залози, входження поворотних нервів в гортань, зовнішньої гілки верхніх гортанних нервів. 4. По змінах величин амплітуди і частоти звукових коливань визначається нервова тканина (нерв) або ділянка його проходження.

Електрофізіологічну ідентифікацію поворотних і верхніх гортанних нервів виконано інтраопераційно у 200 хворих, оперованих з приводу зоба. Всього провели 354 дослідження по ідентифікації нервів гортані. З них однобічних – 46 і двобічних – 308.

Результати та їх обговорення У першій ділянці, на рівні нижніх полюсів щитоподібної залози, ідентифіковані нерви у 327 і неідентифіковані – у 27 випадках. У другій ділянці серед тканин операційної рани ідентифіковані поворотні нерви у 337 дослідженнях і неідентифіковані – у 17. Ситуації з неідентифікованими нервами мали місце переважно при загрудинній локалізації вузлів, операціях з приводу раку залози, рецидивного та багатовузлового зоба великих розмірів з вираженим компресійним синдромом. У всіх випадках неідентифікованих нервів з допомогою розробленого методу були встановлені ділянки їх проходження. Зовнішню гілку верхнього гортанного нерва з 354 досліджень ідентифіковано у 329 (92,9%). Неможливість ідентифікації зовнішньої гілки верхнього гортанного нерва у цих випадках може бути зумовлена багатьма факторами. Серед них ми виділяємо такі як високе відходження верхнього гортанного нерва від блукаючого, абож високим входженням зовнішньої його гілки під нижній скорочувач глотки і проходження під ним на всьому протязі.

Висновки.

1. Розроблена технологія дозволяє безпомилково інтраопераційно ідентифікувати нерви гортані, абож виявляти ділянки їх проходження і уберегти пацієнтів від парезів гортані.

2. Техніка проведення інтраопераційної ідентифікації нервів гортані проста і невибаглива, не має впливу сторонніх факторів і умов на результати дослідження. Проти-показань до застосування методу немає.

Поєднане використання склеротерапії та лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії у лікуванні вузлового зоба

О. В. Шідловський, С. І. Квач

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Поєднане застосування склеротерапії етанолом (СЕ) та лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії (ЛІТТ) для лікування кістозних вузлів в літературі відоме. Однак широкого застосування ця технологія лікування не отримала. Стримуючими факторами впровадження є нез'ясовані питання показань і протипоказань, технології та режимів проведення, оцінки безпосередніх та віддалених результатів.

Мета дослідження. Розробити технологію лікування вузлового кістозного зоба з використанням комбінації склеротерапії етанолом (СЕ) та лазеріндукованої інтерстиціальної термотерапії (ЛІТТ), оцінити прогностичні фактори ефективності, віддалені результати і побічні ефекти лікування.

Об'єкт і методи дослідження. Проліковано 136 пацієнтів віком від 28 до 62 років, хворих на вузловий кістозний зоб, серед них 125 жінки і 11 чоловіків, тривалість захворювання на зоб становила від 7 до 23 років. Індивідуальні об'єми вузлів були від 1,3 до 10,2 см³ ($4,31 \pm 0,24$, довірчий інтервал 3,84 – 4,77 см³). За результатами гормональних досліджень у всіх хворих був еутироїдний стан.

Методи дослідження: клінічні, цитологічні, гормональні (ТТГ, Т3 та Т4 вільні, АТТПО, кальцитонін), інструментальні (УЗД, КТ);

Показаннями до лікування розробленою технологією вважаємо: ріст вузлів у динаміці спостереження протягом року на 10% та більше, та вузли з кістозною дегенерацією при об'ємі рідинного компоненту від 20 до 80%.

Етапність і послідовність лікування вузлів з кістозною дегенерацією поєднанням СЕ і ЛІТТ наступна: першим етапом є застосування СЕ запропонованою методикою для впливу на слизепродукуючі клітини; завершений етап СЕ – за даними УЗ ознаки відсутності рідинного компоненту; другим етапом – ЛІТТ для впливу на тканинний компонент.

Результати та їх обговорення. Використання 70% розчину етилового спирту призвело до зникнення кістозної порожнини у терміни до 9 місяців.

Усі гіпоехогенні вузли замістились на сполучну тканину до терміну 9 місяців і не потребували повторної процедури лікування. Ізоехогенні вузли замістились на сполучну тканину в період до 12 міс і лише у 12% випадків потребували повторного сеансу ЛІТТ. Гіперехогенні вузли потребували повторного використання ЛІТТ і замістились на сполучну тканину в період 15 – 18 міс. Встановлено, що використання малоінвазивних технологій не впливає на функціональну активність щитоподібної залози.

Висновки.

1. Поєднане застосування СЕ та ЛІТТ показане хворим у лікуванні вузлів з кістозною дегенерацією при об'ємі рідинного компоненту від 20 до 80%.
2. При дотриманні технології та етапності проведення лікування вузлів щитоподібної залози, ефективність становить 99,2%;
3. Поєднання методик СЕ та ЛІТТ не мають патологічного впливу на структуру і функцію щитоподібної залози.

Зміни тяжкості клінічних проявів тиреотоксичної кардіоміопатії – визначальні показники віддалених результатів хірургічного лікування хворих на токсичний зоб

В. О. Шідловський, С. І. Сміян, В. В. Кравців, Г. П. Гаплик

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Хірургічне лікування тиреотоксикозу не завжди покращує життєвий прогноз. Такі ситуації зумовлені наявною на час лікування тиреотоксичної кардіоміопатії (ТТ-КМП) і її ускладнень: фібриляції передсердь (ФП), серцевої недостатності, структурних і функціональних змін серцевого м'яза, які після операції не зазнають зворотніх змін. З огляду на це стає очевидним, що в оцінці віддалених результатів хірургічного лікування таких хворих слід враховувати варіанти наслідків ТТКМП після досягнення стійкого еутиреозу.

Мета. Удосконалення методики оцінки віддалених результатів хірургічного лікування хворих на токсичний зоб з урахуванням змін тяжкості клінічних проявів ТТКМП.

Об'єкт і методи дослідження. Обстежено 150 хворих, оперованих з приводу токсичного зоба: середнього ступеня тяжкості (ТТСТ) – 48 і тяжкого (ТТТ) – 102. Тяжкість ТТКМП і її ускладнень до операції та через рік після неї вивчали за показниками функціональних тестів, добового моніторингу ЕКГ, ехокардіографії. Тестами оцінки віддалених результатів були зміни загального стану хворих, показників фізичної активності, структурно–функціональних розладів міокарда, функціонального класу (ФК) хворих з серцевою недостатністю, розладів ритмічності серцевої діяльності. Для оцінки віддалених результатів розробили наступні градації: повний регрес клінічних і інструментальних проявів ТТКМП та відновлення фізичної активності і працездатності (добрий результат); безсимптомна дисфункція міокарда, яка діагностується за даними ЕхоКС, обмеження фізичної активності та працездатності (задовільний результат); збереження клінічних і інструментальних ознак ТТКМП і втрата працездатності (незадовільний результат, та неефективне лікування).

Результати та їх обговорення. При обстеженні через рік після операції у групі хворих на ТТСТ 13 пацієнтів відмічали себе здооровими. У них ФК з II змінився на I ступінь, а показники діастолічної і систолічної функцій серця змінились до меж норми. Ще у 22 покращились показники фізичної активності, діастолічної і систолічної функцій серця, зникли наявні до операції розлади ритмічності серцевої діяльності. Однак ФК не змінився і залишився на рівні II ступеня тяжкості. У однієї пацієнтки ФК, розлади серцевого ритму і показники фізичної активності не змінились. Отже у цій підгрупі добрий і задовільний результат лікування отримано у 47 (98,0%) хворих і незадовільний – у 1 (2,0%). З 102 хворих на ТТТ 9 з них оцінювали загальний стан як добрий: ФК змінився з II на I ступінь тяжкості, покращились до меж норми структурно–функціональні показники серцевого м'яза. Ще 36 хворих відмічали покращення загального стану, збільшення фізичної активності, а наявні у 20 з них розлади серцевого ритму трансформувались у правильний синусовий ритм. У 57 випадках не встановлено змін на краще у показниках фізичної активності, розладах ритмічності серцевої діяльності і структурно–функціональних показниках діяльності серцевого м'яза. Віддалені результати як добрі і задовільні у цій групі оцінені у 45 (44,1%) випадках, а незадовільні – у 57 (55,9%).

Висновки.

1. Основними тестами оцінки віддалених результатів хірургічного лікування хворих на ТЗ ускладнений ТТКМП є зміни показників фізичної активності, функціонального класу, розладів ритмічності серцевих скорочень та структурно-функціональних показників діяльності серця.

2. Некореговані в післяопераційному періоді розлади ритмічності серцевої діяльності є показником запізненого, несвоечасного хірургічного лікування хворих на токсичний зоб.

Порівняльний аналіз двох 10-річних періодів (1996–2005 та 2006–2015 рр) щодо виконання органозберігаючих операцій з приводу папілярного раку щитоподібної залози

І. Р. Янчій, М. Ю. Болгов

Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України

В роботі порівняно динаміку виконання органозберігаючих операцій (ОЗО) у пацієнтів із групи підвищеного ризику щодо розвитку потенційно радіогенних папілярних карцином (ПК) щитоподібної залози (ЩЗ) (діти та підлітки на час аварії на ЧАЕС). До того ж проаналізовано у порівняльному аспекті клініко-морфологічні характеристики, результати лікування та причини обраної тактики хірургічного втручання пацієнтів із зазначеними карциномами.

Визначено, що впродовж як першого періоду (1996–2005 рр), так і другого (2006–2015 рр), частка пацієнтів з групи підвищеного ризику від загальної кількості пацієнтів з ПК ЩЗ, прооперованих в клініці, була майже однаковою – 38,8% та 40,2%, відповідно. Між тим, частота виконання ОЗО у 2-му періоді була вірогідно ($p < 0,01$) вищою (307 із 1627 чи 18,9%) ніж у 1-му 10-річчі (83 із 691 чи 12,0%).

В обох періодах переважну більшість (95,2% та 93,2%) недостатньо радикально прооперованих пухлин являли собою карциноми з низьким потенціалом злоякісності – мікрокарциноми та інкапсульовані ПК ЩЗ. однаковою була й основна причина виконання ОЗО – неможливість встановлення чіткого діагнозу на передопераційному етапі (в 69,2% та 67,3%, відповідно, за ТАПБ не було навіть підозри на злоякісний процес). Не дивлячись на те, що всі ПК були потенційно радіогенними, лише 21,7% пацієнтів в 1-му періоді та 34,5% у 2-му періоді погодились на проведення повторної радикальної операції, і детермінуючим фактором при цьому являвся розмір пухлини.

Аналіз спостереження за пацієнтами з ПК ЩЗ при ОЗО, котрі регулярно проходять обстеження в клініці, довів, що частка рецидивів була незначною: 0 із 49 в 1-му періоді та 2 із 86 (2,3%) у 2-му періоді, і віддалені метастази були відсутні.

Таким чином, порівняльний аналіз двох 10-річних періодів (1996–2005 та 2006–2015 рр) щодо виконання ОЗО з приводу папілярного раку ЩЗ засвідчив, що як абсолютна кількість, так і відсоткова частка таких оперативних втручань вірогідно збільшувалась на тлі низького відсотку рецидивів. Це співпадає з сучасною точкою зору провідних фахівців в галузі тиреоїдної хірургії щодо недоцільності надлишкової радикалізації у лікуванні карцином з низьким потенціалом агресивності (солітарні інкапсульовані ПК та мікрокарциноми), а наші власні дані свідчать, що для потенційно радіогенних ПК, для яких раніше рекомендували виконувати виключно тиреоїдектомію, також можна застосовувати органозберігаючий хірургічний підхід.

12

ТРАНСПЛАНТАЦІЯ



Аналіз стану здоров'я та якості життя донорів нирки у віддаленому післяопераційному періоді

С. Р. Вільданов, О. С. Никоненко, А. О. Никоненко, Д. А. Буга, І. В. Русанов

Запорізький державний медичний університет,
Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Керівним принципом у трансплантології має бути збереження здоров'я прижиттєвих органних донорів і необхідність подальшого їх спостереження, щоб потенційні несприятливі наслідки прижиттєвого органного донорства не могли негативно вплинути на здоров'я і життя донора (Шкомова Е.М., 2016). Деякі автори (Geir Mjoen, 2014; Yan Yang, 2015) наводять дані про збільшення ризику ниркової недостатності після донорської нефректомії.

Мета роботи: вивчити та оцінити стан здоров'я донорів нирки у віддаленому післяопераційному періоді.

Об'єкт і методи дослідження. Проаналізовано історії хвороби 37 родинних донорів нирки, яким виконана донорська нефректомія в період з 2014 р. по 2017 р. Середній вік пацієнтів був $48,3 \pm 9,7$ роки, чоловіків було 19 (51%), жінок 18 (49%). Згідно з віковою класифікацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (2015 р.) донори були розподілені на 3 групи: молодий вік (22–44 р.) – 8 (21%), середній вік (44–60 р.) – 24 (65%), похилий вік (60–75 р.) – 5 чоловік (14%). У віддаленому післяопераційному періоді ($1,9 \pm 1,1$ роки) вивчали рівень протеїнурії, азотемії, швидкість клубочкової фільтрації (розраховували за формулою Cockcroft–Gault). Якість життя донорів нирки оцінювали за допомогою опитувальника Medical Outcomes Study–Short Form–36.

Результати та їх обговорення. При передопераційному обстеженні донорів в середньому визначали: вміст білку в сечі $0,01 \pm 0,02$ г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові $93,1 \pm 26,8$ мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації $78,9 \pm 24,5$ мл/хв/1,73 м². У віддаленому післяопераційному періоді визначили наступні середні показники. В групі донорів молодого віку: вміст білку в сечі $0,001 \pm 0,01$ г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові $93,5 \pm 20,9$ мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації $77,6 \pm 22,2$ мл/хв/1,73 м²; фізичний компонент здоров'я $51,3 \pm 6,7$, психологічний компонент здоров'я $54,2 \pm 7,9$. В групі донорів середнього віку: вміст білку в сечі $0,007 \pm 0,01$ г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові $91,7 \pm 21,6$ мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації $77,8 \pm 23,7$ мл/хв/1,73 м²; фізичний компонент здоров'я $51,5 \pm 7,1$, психологічний компонент здоров'я $55,2 \pm 7,9$. В групі донорів похилого віку: вміст білку в сечі $0,009 \pm 0,01$ г/л, рівень вмісту креатиніну в сироватці крові $92,3 \pm 20,3$ мкмоль/л, швидкість клубочкової фільтрації $74,8 \pm 23,9$ мл/хв/1,73 м²; фізичний компонент здоров'я $50,6 \pm 7,2$, психологічний компонент здоров'я $54,8 \pm 7,5$. Відмінності між групами статистично недостовірні ($p > 0,05$).

Таким чином, при адекватній селекції пари донор–реципієнт на основі комплексного обстеження, трансплантація нирки являється не тільки ефективним методом лікування термінальної стадії хронічної ниркової недостатності, а й безпечна для здоров'я та подальшої ниркової функції донора. Однак потребується подальше вивчення цього питання з включенням більшої кількості респондентів.

Висновки:

1. Депураційна ниркова функція у прижиттєвих донорів у віддаленому періоді після нефректомії збережена.
2. Фізичний та психологічний компоненти здоров'я донорів різних вікових груп зіставні.

Профілактика дисфункції перитонеального катетера у больных с терминальной стадией почечной недостаточности

В. В. Грянила, А. Б. Кебкало, З. З. Парацизь, Ю. Б. Минин, С. Д. Билик

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика

Актуальность. Перитонеальный диализ (ПД) в течение последних лет широко используется в качестве метода заместительной терапии почек у пациентов с почечной недостаточностью на конечной стадии. Одной из проблем, связанных с функционированием перитонеального катетера является его механическая дислокация из малого таза и окутывание прядью большого сальника.

Цель исследования. Уменьшить количество дисфункций перитонеального катетера путем использования лапароскопической фиксации, парциальной оментэктомии и вливания растворов гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Первая группа – 18 пациентов, которым лапароскопически был поставлен перитонеальный дренаж Tenkoff. Вторая группа – 16 пациентов, которым перитонеальный катетер был установлен в малый таз с фиксацией к передней брюшной стенке, частичной резекцией пряди большого сальника и введением 250 мл гиалуроновой кислоты в составе противоспаечного раствора Defensal. Пациенты наблюдались в течение 5 лет. Режимы проведения перитонеального диализа были одинаковыми. Пациенты сопоставимы по возрасту, полу и заболеваниям приведшим к терминальной стадии почечной недостаточности.

Результаты. В первой группе пациентов: у 9 дислокация возникла в первый год после постановки катетера, у 3 на второй год, у 2 на третий год и у одного на четвертый. Из 14 пациентов с дислокацией катетера, у 12 она сопровождалась окутыванием сальника. У 12 пациентов удалось выполнить лапароскопическую коррекцию, 2 перешли на гемодиализ. У 4 из 14 пациентов лапароскопическая коррекция повторялась дважды. Во второй группе пациентов: у 2 окутывание большим сальником возникло в первый год после постановки катетера, у 1 – на второй и у 1 – на третий год. У всех пациентов была выполнена лапароскопическая коррекция. Таким образом, у пациентов первой группы осложнение в виде дисфункции перитонеального катетера возникло в 77% случаев, причем у половины в первый год после постановки. Во второй группе пациентов осложнения в виде окутывания катетера возникли в 25% случаев.

Выводы. Использование предложенной одномоментной методики лапароскопической фиксации перитонеального катетера Tenkoff с парциальной оментэктомией и внутрибрюшным введением гиалуроновой кислоты приводит к уменьшению дисфункции дренажа в 3,1 раза ($p < 0,01$).

Інфікованість цитомегаловірусною інфекцією пар доно́р–реци́пієнт при трансплантації нирки від живого родинного доно́ра, та ймовірність її розвитку у залежності від імунологічного стану у реципієнтів

Р. О. Зограб'ян, С. М. Бочарніков, В. П. Закордонець

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Вступ. Цитомегаловірус (ЦМВ) патогенний для людей різного віку та може викликати у них ряд захворювань. В той же час при послабленню імунітету вірус може визивати генералізоване ураження організму. Таким чином, реципієнти ниркового трансплантату, отримавши імуносупресивну терапію, попадають у групу високого ризику розвитку тяжкої форми ЦМВ–інфекції. Оцінка передопераційного імунологічного ЦМВ–статусу як у доно́ра так, і у реципієнта має важливе значення для визначення оптимальної тактики профілактики цього грозного ускладнення та покращення результатів алотрансплантації нирки (АТН).

Мета. Оцінити ЦМВ–статус пар доно́р (Д), реципієнт (Р) в передопераційному періоді, та визначити ймовірну залежність розвитку ЦМВ–інфекції, від рівня специфічного імуноглобуліну G (Ig G) крові у реципієнтів ниркового алотрансплантату.

Матеріали та методи дослідження. Обстежено 39 пар Д/Р, прооперованих у 2016р. в ДУ «НІХТ ім. О.О. Шалімова» НАМН України. Для діагностики інфікованості пацієнтів ЦМВ в передопераційному періоді використовувався імуноферментний метод виявлення специфічного імуноглобуліну G крові. Одиниця виміру–IU/ml: 0–0,4.–негативний, 0,41–2,0.–слабопозитивний, 2,1–10.–позитивний, 10 та більше–сильнопозитивний, що відображає рівень анти–ЦМВ антитіл. Для оцінки впливу даного показника на вірогідність розвитку активної ЦМВ інфекції в післятрансплантаційному періоді ми порівняли її частоту у реципієнтів з рівнем Ig G до (група 1) та більше 2,0 IU/ml (група 2). Передопераційний статус пар та протокол імуносупресивної терапії (базіліксимаб, такролімус, міфортік та медрол) в групах не відрізнялися. Профілактику ЦМВ проводили в парах Д+Р+, Д–Р+ та Д–Р– валацикловіром, для пар Д+Р– – вальцитом.

Результати

Розподіл ЦМВ–статусу пар Д/Р, склався та вигляде наступним чином:

- доно́р (+)/реципієнт (+) – 71,7%, (28 із 39)
- доно́р (+)/реципієнт (–) – 15,3% (6 із 39)
- доно́р (–)/реципієнт (+) – 10,3% (4 із 39)
- доно́р (–)/реципієнт (–) – 2,6% (1 із 39)

Таким чином інфікованість вірусом доно́рів та реципієнтів виявилася досить високою, що також представляє собою високий ступінь ризику розвитку ЦМВ–інфекції у пацієнтів після алотрансплантації доно́рської нирки на фоні прийому імуносупресивної терапії.

У 16 з 39 реципієнтів до операції рівень специфічного анти–ЦМВ IgG був < 1.9 IU/ml (41%). У 8 з 16 таких реципієнтів (50%) у післяопераційному періоді виникли епізоди активної ЦМВ–інфекції. Реципієнти, у яких до операції рівень імуноглобуліну IgG був > 2.0 IU/ml, склали 59% (23 із 39). У 3 з 23 таких реципієнтів (13%) у післяопераційному періоді виникли епізоди активної ЦМВ–інфекції, що суттєво менше, ніж у першій групі.

Висновок:

Дослідження рівня анти–ЦМВ IgG крові перед трансплантацією нирки як у доно́ра, так і у реципієнта може бути додатковим маркером для прогнозування ризику розвитку у реципієнта активної ЦМВ–інфекції та розробки адекватної профілактичної тактики.

Сечовий затік як ускладнення після алотрансплантації нирки

Р. О. Зограб'ян, В. П. Закордонець, О. С. Вороняк

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова, м. Київ

Вступ. Алотрансплантація нирки є оптимальним методом лікування термінальної хронічної ниркової недостатності. Частка урологічних ускладнень після даної операції, за даними літератури, складає від 8.5 до 30%. До них відносяться стеноз чи некроз сечоводу або ниркової мисочки, некроз паренхіми нирки чи стінки сечового міхура, міхурово-сечовідний рефлюкс, висхідна інфекція сечовивідних шляхів і трансплантата. Одним із проявів їх може бути сечовий затік (СЗ), частота якого, за даними різних авторів, складає від 3 до 6%. Ризик їх виникнення значно збільшується у хворих, які тривалий час знаходяться на лікуванні діалізом. Після початку нирково-замісної терапії видільна функція нирок зменшується, у переважній більшості хворих виникає олігоанурія (у 79,5% таких пацієнтів добовий діурез складає 50–100 мл), внаслідок чого знижується функціональна активність сечовивідних шляхів. Сечові затьки потребують прицільної уваги, оскільки можуть призвести до втрати трансплантата і навіть реципієнта.

Мета. Проаналізувати частоту виникнення сечових затьоків у пацієнтів з термінальною хронічною нирковою недостатністю після алотрансплантації нирки.

Об'єкт і методи дослідження. Проаналізовано результати 471 операції трансплантації нирки виконаних в НІХіТ ім. О.О. Шалімова з 2000 по 2017 рр. З них 441 – від живого родинного, а 30 – від трупного донора. Середній вік реципієнтів був 28.5 ± 23.5 років. Середній час перебування на діалізі складав 70.8 ± 81.2 місяців. Формування уретероцистоанастомозів проводили по методиках Ліч–Грегуара (349 випадки) або Брауна–Мебеля (122 випадки). Стентування сечоводів ниркових алотрансплантантів виконувалось у 10% випадків.

Результати. Виникнення сечового затьоку було діагностовано у 20 (4.2%) пацієнтів. У групі пацієнтів, яким формували анастомоз за методикою Ліч–Грегуара частота сечових затьоків склала 3.72% (13 випадків), а за методом Брауна–Мебеля 5.7% (7 випадків). При живій родинній трансплантації виникнення сечового затьоку відмічено у 14 пацієнтів (3.6%), при трупній алотрансплантації – у 4 пацієнтів (13%). У додіалізних реципієнтів, а також тих, хто знаходилися на діалізі менше 3 років, зі збереженим діурезом (351 пацієнт) – частота виникнення сечових затьоків склала 3.41% (12 випадків). У пацієнтів з анурією більше трьох років (120 пацієнтів) частота виникнення сечових затьоків склала 6.67% (8 випадків).

Причиною СЗ були: неспроможність уретероцистоанастомозу – у 11 хворих, некроз стінки сечоводу – у 6, некроз стінки ниркової мисочки – у 1, некроз ділянки паренхіми з виникненням чашкової нориці – у 2. У 12 пацієнтів виконано резекцію некротизованого участка сечоводу з формуванням неоуретероцистоанастомозу, 6 – нефректомія на стороні операції та формування піелоуретероанастомозу або уретероуретероанастомозу з власним сечоводом і трансплантантом, у 2 пацієнтів – ушивання паренхіми нирки. Усі операції закінчували дренажування мисочки трансплантованої нирки стентом у 19 та нефростомією – у 1 хворого. В 19 випадках отримано позитивний результат, проте один випадок закінчився трансплантатектомією.

Висновки. Сечові затьки після трансплантації нирки зустрічалися у 4.2% випадків. Фактором ризику виникнення СЗ була тривала анурія (більше трьох років) до операції.

Своечасна хірургічна корекція цього ускладнення в переважній більшості випадків дає позитивний результат, дозволяє зберегти трансплантований орган та життя реципієнта.

Трансплантација селезеночной аутооткани после вынужденных спленэктомий при травматических повреждениях селезенки

П. Н. Замятин, М. М. Круглова

Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины,
Харьковский национальный медицинский университет

Вступление. Как известно, сохранение 1/3 части селезенки позволяет сохранить функциональные свойства органа. Учитывая, что сам факт функциональной активности селезеночного имплантата установлен и не вызывает сомнений, для практической хирургии важным является определение оптимального вида, места и размеров имплантатов.

Цель. Определить оптимальный размер, вид и место для селезеночных аутоимплантатов.

Объект и методы исследования. Трансплантация селезеночной аутооткани (ТСА) была выполнена у 71 пострадавшего с повреждениями селезенки 3-мя способами. Имплантация паренхимы у 54 пострадавших производилась по традиционным методикам чаще всего в сформированный карман большого сальника в виде мелких фрагментов до 5 мм (способ 1). При этом селезенка в объеме 1/3–2/5 измельчалась и помещалась чаще в сформированный фартук большого сальника, реже брыжейку тонкой кишки либо забрюшинно.

У 14 пострадавших использовался разработанный нами способ ТСА в круглую связку печени (КСП) (способ 2). Главный принцип способа заключается в следующем: после спленэктомии селезенка гомогенизируется с помощью специальной терки, через перфорационное отверстие в КСП проводится дренажная силиконовая трубка, диаметром до 0,5 см с боковыми перфорационными отверстиями, на всю глубину связки. Дистальный конец дренажной трубки выводится на переднюю брюшную стенку через дополнительный разрез. Гомогенизированная селезеночная ткань набирается в объеме до 100,0 мл в шприц типа Жане и под давлением нагнетается в КСП, за счет чего удается имплантировать более 1/2 паренхимы удаленной селезенки.

В 3 случаях произведена лапароскопическая спленэктомия с последующей ТСА с использованием минилапаротомного ранорасширителя – способ 3, суть которого заключается в следующем: после выполнения лапароскопической диагностики, устанавливаются набор для минилапаротомных операций фирмы Лига-7, выделяется КСП. Подготовленная заранее гомогенизированная измельченная селезеночная ткань под давлением нагнетается в КСП, куда также устанавливается дренажная трубка с боковыми отверстиями. В послеоперационном периоде через дренажную трубку в КСП вводятся антибиотики и антиоксиданты.

Результаты и их обсуждение. Способ 1 – принципиальных отличий в зависимости от вида пересаживаемой ткани нами не получено. Исследование дальнейшего состояния аутооттрансплантата в ближайшем послеоперационном периоде при доплерографии продемонстрировало наличие солидного образования в большом сальнике, а также возникновение кровотока в этой структуре.

Способ 2 позволяет выполнить ТСА в условиях массивной микробной контаминации на фоне перитонита и парапанкреального воспаления.

Преимуществами способа 3 являются возможности проведения постимплантационного местного лечения с введением через дренажную трубку лекарственных препаратов, имплантации в отдаленном послеоперационном периоде после стабилизации общего состояния больного, ТСА при наличии перитонита, ТСА при лапароскопических спленэктомиях, дренирования очага при развитии гнойно-септических осложнений зоны имплантата.

Выводы. Таким образом, нами доказана эффективность всех способов ТСА, при этом меньшее количество противопоказаний установлено для выполнения ТСА двумя последними способами.

Реконструкція венозного відтоку при трансплантації лівої латеральної секції печінки

О. Г. Котенко, Д. О. Федоров, О. О. Попов, О. В. Гриненко, А. В. Гусев,
М. С. Григорян, О. О. Коршак, О. М. Остапишен

Національний інститут хірургії та трансплантації ім. О. О. Шалімова, м. Київ

Вступ: Трансплантація частини печінки від живого родинного донора є золотим стандартом лікування термінальних стадій захворювань печінки, в тому числі у дітей. В якості трансплантату у цієї групи пацієнтів використовують ліву латеральну секцію донора. Це обумовлено малими розмірами черевної порожнини дитини та анатомічною будовою лівої латеральної секції. Головною проблемою реконструкції печінкових вен (ПВ) при трансплантації лівої латеральної секції є варіантна анатомія донора з відсутністю загального устя ПВ, яка робить неможливим використання стандартного способу анастомозування, що включає накладання анастомозу між лівою ПВ трансплантата та загальним єдиним устям ПВ реципієнта.

Мета дослідження: Вивчити результати 45 трансплантацій лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора та розробити алгоритм вибору способу венозної реконструкції ПВ при трансплантації лівої латеральної секції печінки від живого родинного донора.

Матеріали і методи: 45 педіатричних реципієнтів віком 6–36 міс та їх донори були включені до дослідження. Анатомія ПВ донорів та реципієнтів оцінювалась за результатами контрастної комп'ютерної томографії. Ми адаптували відому класифікацію варіантів будови устя лівої та серединної ПВ за Nakamura з позиції венозної реконструкції, та виділили чотири типи будови. Тип А – ПВ 2–3 сегментів печінки формують єдине устя лівої ПВ довжиною не менше 5 мм. Тип В – ПВ 2–3 сегментів печінки формують єдине устя лівої ПВ але його довжина менша 5 мм. Тип С – роздільне впадіння ПВ 2–3 сегменту трансплантату на відстані менш ніж 5 мм. Тип D – роздільне впадіння ПВ 2–3 сегменту трансплантату на відстані більший ніж 5 мм. Донори з анатомією за типом А придатні для виконання стандартного методу анастомозування. Для донорів з типами В, С, D нами запропоновані способи реконструкції.

Результати: З 45 обстежених донорів 30 (66,6%) мали анатомічний тип А, 4 (8,8%) мали тип В, 6 (13,3%) мали тип С та 5 (11,1%) мали тип D. Таким чином в 66,6% трансплантацій ми використали стандартний спосіб анастомозування ПВ. Для інших 33,3% ми викори-

стали один з наступних методів реконструкції: 1) Циркулярна венозна пластика аутовенозною вставкою з біфуркації ворітної вени реципієнту з формуванням загального устя ПВ Sg2–3, була виконана в 3 випадках з анатомією типу В; 2) Формування єдиного устя ПВ трансплантата шляхом пластики бокових стінок роздільно ПВ Sg2–3, що впадають роздільно. Використано у 5 випадках при анатомії типу С; 3) Забір трансплантату лівої латеральної секції печінки з устям серединної вени для формування єдиного устя ПВ трансплантату. Виконано в 4 випадках при анатомії типу D. В післяопераційному періоді не спостерігали жодного випадку стенозу або тромбозу ПВ. 30–денна летальність склала 3 випадки (6,6%). Однорічна виживаність – 77,7%.

Висновки: Анатомія донора визначає спосіб реконструкції ПВ трансплантату. В 33,3% випадків необхідне застосування одного із запропонованих способів реконструкції ПВ, які розширюють анатомічні покази до донування та дозволяють використовувати донорів із будь-якою анатомією ПВ.

Динаміка гуморальної ланки імунітету при застосуванні трансмембранного діалізу

**П. В. Лященко, В. П. Кришень, М. В. Трофімов, С. І. Баранник,
С. О. Мунтян, В. М. Грабчук, В. І. Діденко, С. І. Вальчук**

**Дніпропетровська медична академія МОЗ України,
Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги,
Дніпропетровська міська клінічна лікарня № 2**

Вступ

За останні роки спостерігається зростання кількості хворих з занедбаними формами перитоніту зокрема у осіб похилого віку, що характеризується агресивним перебігом, високим відсотком післяопераційних ускладнень. Як наслідок це приводить к великим економічним та медико–соціальним збиткам. В зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до розробки нових або удосконалення відомих способів санації черевної порожнини, які б могли перешкоджати розвитку прояву синдрому поліорганної недостатності (СПОН).

Мета дослідження

Поліпшити результати комплексного лікування хворих на розповсюджений перитоніт.

Об'єкт і методи дослідження

Всі хворі з розповсюдженим перитонітом були розподілені на дві групи: Група спостереження (ГС) – 58 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили інтраабдомінальний сорбційно–трансмембранний діаліз (ІСТД). Група порівняння (ГП) – 50 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз (ТД) не застосовували.

Для проведення (ТД) використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози яку заповнювали кремнеземним сорбентом.

Наявність порушень ланок гуморального імунітету оцінювали за вмістом у сироватці крові Ig–А (норма 1 – 4,5 г/л.).

Результати та їх обговорення. У хворих ГС у яких застосовували інтраабдомінальний сорбційно–трансмембранний діаліз концентрація Ig–А в сироватці крові початково та в 1–у і 3–ю добу раннього післяопераційного періоду можливо було порівняти з даними ГП ($p > 0,05$, $p < 0,05$ та $p < 0,05$, відповідно). Однак, у ГС в порівнянні з ГП на 5–у та 10–у

добу післяопераційного періоду спостерігалось більш стрімке збільшення концентрації Ig-A сироватці крові хворих на розповсюджений перитоніт, що склала 5,1 коливаючись від 4,6 до 6,3 г/л проти 4,6 коливаючись від 3,8 до 5,2 г/л ($p < 0,05$) та 5,9 коливаючись від 4,7 до 6,4 г/л проти 4,8 коливаючись від 4,0 до 5,6 г/л ($p < 0,05$). На нашу думку це пов'язано з використанням запропонованого способу санації черевної порожнини хворим з розповсюдженим перитонітом.

Висновки:

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

2. Дослідження гуморальної ланки імунітету, а саме Ig-A свідчать про високу ефективність інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу як способу прискорення процесу детоксикації у комплексному лікуванні хворих на розповсюджений перитоніт.

Показники ендогенної інтоксикації при застосуванні інтраабдомінального трансмембранного діалізу

**П. В. Лященко, В. П. Кришень, М. В. Трофімов, С. І. Баранник,
С. О. Мунтян, В. М. Грабчук, В. І. Діденко**

**Дніпропетровська медична академія МОЗ України,
Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги**

Вступ. Однією з найбільш складних проблем сучасної абдомінальної хірургії залишається лікування важких форм перитоніту та його ускладнень. Зменшення ендотоксикозу безпосередньо впливає в бік поліпшення результатів лікування хворих з розповсюдженим перитонітом. В зв'язку з цим, зрозумілий інтерес до вивчення відомих та розробки нових способів детоксикації, запобігаючих в тому або іншому ступені вступу токсинів у кровотік з вогнища запалення.

Мета дослідження. Поліпшити результати комплексного лікування хворих на розповсюджений перитоніт.

Об'єкт і методи дослідження. Проведено аналіз результатів обстеження і хірургічного лікування 108 хворих на розповсюджений перитоніт. Всі хворі з розповсюдженим перитонітом були розподілені на дві групи:

Група спостереження (ГС) – 58 хворих з розповсюдженим перитонітом, яким у післяопераційному періоді проводили інтраабдомінальний сорбційно-трансмембранний діаліз (ІСТД).

Група порівняння (ГП) – 50 хворих з розповсюдженим перитонітом, у комплексному лікуванні яких трансмембранний діаліз (ТД) не застосовували.

Ендогенну інтоксикацію оцінювали за динамікою наступних показників: sequential organ failure assessment (послідовна оцінка органної недостатності) (SOFA), лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ), С-реактивний білок (СРБ), молекули середньої маси (МСМ). Для проведення (ТД) використовували трубчасту мембрану з віскозної целюлози яку заповнювали кремнеземним сорбентом.

Результати досліджень та їх обговорення. Проведений аналіз динаміки маркерів інтоксикації, таких як: SOFA, ЛІІ, СРБ, МСМ свідчать про те, що у більшості хворих обох груп захворювання супроводилося важкими формами сепсису з ознаками син-

дрому поліорганної недостатності (СПОН) початково і на тлі хірургічного лікування ($p > 0,05$). Крім того, не дивлячись на комплексне лікування, явища системного запалення і СПОН у більшості хворих з ГП прогресували або зберігалися до 5 перших діб після операції ($p < 0,05$). На відміну від ГП у більшості хворих з ГС у комплексному лікуванні яких застосовували ІСТД відзначений стійкий регрес явищ системного запалення і проявів СПОН починаючи з 3-ї доби раннього післяопераційного періоду ($p < 0,05$).

Загальна летальність серед всіх хворих з розповсюдженим перитонітом склала у ГП – 13,2%, у ГС – 7,6%. Таким чином, летальність в ГС була в 1,7 рази нижча, ніж в ГП.

Висновки:

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

2. Додаткове використання інтраабдомінального сорбційно–трансмембранного діалізу у хворих на розповсюджений перитоніт дозволив знизити частоту післяопераційних ускладнень та знизити летальність в 1,7 рази. Зниження абсолютного ризику летальності в ГС склало 5,6%, зниження відносного ризику склало 42,3%, що пов'язано зі зниження проявів інтоксикації.

Вплив морфологічних змін в донорській нирці за даними інтраопераційних 0–біопсій на функцію ниркового алотрансплантату

А. В. Траїлін, Т. М. Никоненко, Т. І. Остапенко, С. Р. Вільданов, О. С. Никоненко

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Вступ. Функція ниркових алотрансплантатів є важливим сурогатним предиктором їх виживаності. Прогностичне значення вихідного стану донорської нирки для функції алотрансплантату вивчено недостатньо.

Мета. Оцінити, які індивідуальні гістологічні зміни та композитні гістологічні індекси донорської нирки найкраще пов'язані з функцією ниркового трансплантату в негайному, ранньому та пізньому періодах після трансплантації нирки, а також негативною динамікою змін швидкості клубочкової фільтрації.

Методи. Ми провели дослідження зв'язку гострих та хронічних індивідуальних патогістологічних змін та композитних патогістологічних індексів у предімплантаційних та постреперфузійних 0–біопсіях нирок від померлих донорів ($N = 101$) та живих донорів ($N = 29$) з початковою функцією трансплантата, функцією трансплантата при виписці, через 6 місяців і через 5 років після трансплантації, а також із динамікою швидкості клубочкової фільтрації від виписки до 6 місяців і від 6 місяців до 5 років. Для оцінки патогістологічних змін використовували критерії Banff для посттрансплантаційних та предімплантаційних біопсій, критерії Remuzzi та Cosyns. Гострі зміни оцінювали окремо в предімплантаційних і постреперфузійних біопсіях, а для оцінки хронічних змін матеріал обох біопсій об'єднували.

Результати. Гломеруліт у предімплантаційних біопсіях дозволяв передбачити відстрочену функцію трансплантату. Гіаліноз артеріол дозволяв передбачити порушення початкової функції трансплантату. Гіаліноз артеріол і артеріосклероз обидва дозволяли

прогнозувати нижчу швидкість клубочкової фільтрації при виписці із стаціонару, та зниження швидкості клубочкової фільтрації $\geq 25\%$ після 6-го місяця з дати трансплантації. Гломерулосклероз впливав на швидкість клубочкової фільтрації при виписці і в 6 місяців після трансплантації. Сумарний відсоток клубочків з глобальним і сегментарним склерозом та хронічною ішемічною гломерулопатією передбачав нижчу швидкість клубочкової фільтрації при виписці та у 5 років з дати трансплантації. Гломерулярні тромби в предімплантаційних та посттреперфузійних біопсіях передбачали негативну динаміку швидкості клубочкової фільтрації від виписки до 6 місяців та зниження швидкості клубочкової фільтрації $\geq 25\%$ після 6-го місяця з дати трансплантації, відповідно. Фібриноїдний некроз у клубочках у предімплантаційних біопсіях передбачав зниження функції після 6 місяців із швидкістю ≥ 5 мілілітрів за хвилину на рік. Хронічний та сумарний інтегральні гістологічні індекси за Banff-шкалою для предімплантаційних та посттрансплантаційних біопсій передбачали низку швидкість клубочкової фільтрації при виписці із стаціонару, через 6 місяців та зниження швидкості клубочкової фільтрації $\geq 25\%$ після 6-го місяця з дати трансплантації.

Висновки. Інтраопераційні 0-біопсії є корисними для ідентифікації пацієнтів з ризиком гіршої функції трансплантата, зокрема, з відсутністю покращення функції після виписки та з достеменною і швидкою втратою функції в пізньому періоді.

Терапевтичні аспекти хронічної реакції відторгнення ниркового алотрансплантату

В. В. Шелест, Р. О. Зограб'ян

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Вступ. В даний час виживання ниркового алотрансплантата (НАТ) протягом першого року після операції перевищує 90%. Але в подальшому річна втрата НАТ сягає 3–5% і більше, та до 10 року підвищується до 50%. Серед причин провідне місце займає хронічне відторгнення трансплантата (30–80% за даними різних авторів). Тому пошук нових дієвих методів профілактики та лікування цього ускладнення є одним з найактуальніших завдань сучасної трансплантологічної науки, вирішення якого дозволило б суттєво подовжити тривалість функціонування трансплантованих нирок, зменшити потребу в повторних операціях, що особливо актуально в умовах гострого дефіциту донорських органів в Україні.

Мета. Метою даної роботи є покращення віддалених результатів операції алотрансплантації нирки за рахунок вдосконалення лікувальної тактики хронічної реакції відторгнення ниркового алотрансплантата.

Матеріал та методи. Проведено морфологічне дослідження 83 біоптатів ниркових алотрансплантатів (НАТ) у пацієнтів з хронічною дисфункцією ниркового трансплантата та виявлено 49 випадків хронічного відторгнення (ХВ) НАТ, що склало 59%. При цьому встановлено три форми ХВ: хронічне антитіло-опосередковане відторгнення (ХАОВ) – 59,5% (n = 29), хронічне Т-клітинно-опосередковане відторгнення (ХТ-клОВ) – 28,6% (n = 14) та змішана форма (ЗФ) – 11,9% (n = 6).

На основі морфологічних типів хронічного відторгнення сформовано 3 досліджувані групи: група 1 – 29 реципієнтів з ХАОВ, група 2 – 14 реципієнтів з ХТ-клОВ та 6 реципієнтів із ЗФ. В кожній з груп застосували окрему схему терапії. Оцінка результатів

лікування проводилась протягом 4 місяців після його закінчення з інтервалом 1 місяць.

Результати. У пацієнтів групи 1 застосовували наступну схему терапії: плазмаферез 3–5 сеансів, анти-CD²⁰ моноклональні антитіла (Рітуксимаб) 375 мг/м², внутрішньовенний імуноглобулін (ВВІГ) 0,5 г/кг, підвищення базової дози стероїдів. При цьому у 20 із 29 (69%) реципієнтів спостерігали зниження рівню креатиніну до нормальних показників протягом 4–х місяців, а у 9 (31%) – відсутність ефекту.

У пацієнтів групи 2 групи: пульс-терапія стероїдами (Солу-медрол) 1–2 г у реципієнтів з рівнем креатиніну до 250 мкмоль/л або підвищення рівня базової супресії у реципієнтів з рівнем креатиніну вище 250 мкмоль/л, в стероїдорезистентних випадках – антитимоцитарний глобулін (Тимоглобулін) в дозі 6 мг/кг маси тіла на курс, судинна терапія (Корвігін 0,5 г х № 5–10, Дипіридамол 200 мг/добу). Результати: у 10 із 14 (71,4%) пацієнтів – зниження рівню креатиніну до нормальних показників протягом 4–х місяців, у 4 із 14 (28,6%) реципієнтів – без ефекту.

У пацієнтів групи 3: плазмаферез 3–6 сеансів, Рітуксимаб 375 мг/м², ВВІГ 0,5 г/кг, Тимоглобулін, пульс-терапія Солу-медролом. Результати: у 3 випадках із 6 (50%) – зупинка прогресування хронічної дисфункції ниркового алотрансплантата, у 3 випадках – без ефекту.

Висновки. Вибір методики лікування ХВ ниркового трансплантата залежить від морфологічної форми відторгнення та рівня креатиніну крові на момент початку лікування. Запропоновані методики лікування ХВ дозволяють досягнути позитивного результату в 50–70% випадків.

13

**ГЕРНІОЛОГІЯ,
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА
ХІРУРГІЯ,
РІЗНЕ**

Національний підручник «хірургія» – основне теоретичне підґрунтя підготовки сучасного лікаря з хірургічних дисциплін

Я. С. Березницький, В. В. Гапонов, Р. М. Молчанов, В. П. Сулима, Р. В. Дука

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Ступінь підготовки випускника медичного навчального закладу визначається на професійно-орієнтованому державному іспиті, на якому демонструється рівень засвоєння практичних навичок та теоретичних знань після обстеження пацієнта.

Це стосується в повному обсязі також і вивчення хірургічних дисциплін.

Виходячи з цього весь навчальний процес на клінічних кафедрах повинен підводити студента до вирішення цієї, в окремих випадках, складної задачі.

Кредитно-модульна система навчального процесу найбільш повно відповідає вирішенню цих завдань. При чому в процесі навчання ми використовуємо ступеньково-висхідну систему накопичення знань та вмінь, їх багаторівневий контроль. Відмова від середньої оцінки з переходом на процесну технологію організації навчання, з накопиченням балів та співвідношенням їх з еталонами, дозволяє оцінювати якість підготовки як по окремим учбовим елементам, змістовим модулям, модулям, так і дисципліни в цілому.

Вагомим фактором у підготовці фахівця, який стимулює студента покращувати якість навчання, є зміна оціночного вектору при проведенні контролю знань з існуючих об'ємних показників (оцінки за даними заліків та іспиту) – на управління та контроль якості навчання протягом всього періоду вивчення дисципліни. Нами контроль знань проводиться на кожному практичному занятті, дотримуючись створеної уніфікованої схеми та з залученням для поза аудиторної підготовки розроблених підручників, навчальних посібників та методичних рекомендацій

Задачі професійної діяльності лікаря загальної практики визначають основні вимоги обсягу знань та практичних навичок для випускника вищого навчального закладу III–IV рівня акредитації: цілеспрямована методична послідовність дій з опитування хворого виконання фізикального обстеження (огляд, пальпація, перкусія та аускультация хворого), обґрунтування попереднього діагнозу, визначення алгоритму допоміжних методів дослідження з аналізом отриманих результатів, проведення диференційної діагностики з порівнянням схожих захворювань, формування клінічного діагнозу з відображенням його перебігу, ускладнень та супутніх захворювань, побудови програми лікування та її здійснення.

Національний підручник «Хірургія» у III томах (5 книгах) за редакцією Я.С. Березницького, М.П. Захараша, В.Г. Мішалова, виданий у 2006–2011 роках українською мовою, у 2010 році російською мовою (I та II томи), у 2016 році англійською мовою (II том), є колективною працею багатьох вчених-хірургів медичних навчальних закладів сходу, центру та заходу нашої держави. Він відповідає основним теоретичним засадам підготовки сучасного лікаря з хірургічних дисциплін та готується до перевидання з урахуванням вимог нового Навчального плану, який затверджений Міністерством охорони здоров'я України, із підготовки магістра медицини з дисципліни «Хірургія».

Кожна тема, що викладена в підручнику, структурована в залежності від основного синдрому, з чітким розподілом головних розділів теми і відповідно до професійно-орієнтованих завдань затверджених галузевих стандартів.

Кожний розділ теми подано в алгоритмізованому вигляді, що на думку авторів повинно сприяти кращому засвоєнню матеріалу при використанні кредитно-модульної системи навчання.

Підручник розраховано на студентів 2–3 курсів (I том), 4–6 курсів (II том) та інтернів-хірургів (III том у 3–х книгах) вищих навчальних закладів медичного профілю III і IV рівнів акредитації, та має гриф МОН і МОЗ України.

Новий спосіб моделювання гнійної рани в експерименті

О. О. Біляєва, І. В. Кароль, Є. Є. Крижевський

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, Київ

Вступ. На даний час існує багато способів моделювання гнійної рани в експерименті, кожен з яких має свої переваги і недоліки. Більшість з них зводиться до висічення ділянки шкіри й прилеглих тканин або ж введення 10% розчину хлористого кальцію, травмування сформованої ранової поверхні (механічним або хімічним шляхом) з подальшим внесенням патологічної культури або ж мікробних асоціацій, підшивання країв рани. Ці методики багатоетапні, не дозволяють отримувати «стандартизовані» рани за розмірами та кількістю мікроорганізмів, створюють змішаний характер ранового процесу з елементами хімічного некрозу, мають низьку достовірність розвитку повноцінного гнійно-запального процесу.

Метою даного дослідження було розробити ефективний спосіб моделювання гнійної рани в експерименті.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження проводилося на базі експериментально-біологічної клініки (віварій) Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л.Шупика на 80 статевозрілих білих щурах-самцях лінії Vistar для вивчення ефективності аплікаційних сорбентів нового покоління. Відповідно до загальноприйнятих етичних норм, всі болісні маніпуляції з тваринами здійснювалися під місцевою інфільтраційною анестезією 0,5% розчином новокаїну.

Вперше у піддослідних тварин моделювали гнійну рану (Патент України на корисну модель, №121047), для чого попередньо готували розчин, який містить Ig щурячих фекалій розведених в 10 мл стерильного 0,9% розчину NaCl і відстояний протягом 30–60 хв. Нами було проведено ряд розведень для отримання критичного числа мікроорганізмів, що викликає нагноєння. У приготовленому розчині містилися такі мікроорганізми: E.coli 10^3 , St.epidermidis 10^4 , E.faecalis 10^7 . Вказана кількість мікроорганізмів є достатньою для розвитку ранової інфекції. В щурів на ділянці спини, найменш доступному для розчісування, вистригали ділянку хутра 2,5 x 3,0 см, обробляли шкіру спиртовим розчином йоду і після місцевої анестезії 0,5% розчином новокаїну, вводили в підшкірну основу 1мл попередньо приготовленого розчину щурячих фекалій.

Результати та їх обговорення.

Після введення вказаної суміші з мікроорганізмами виникав гнійний процес (абсцес) через $46 \pm 1,8$ годин у всіх піддослідних тварин.

Після спонтанного формування гнійника, за вказані вище строки, що визначали за клінічними ознаками у місці введення розчину (гіперемія шкіри, місцеве підвищення температури, припухлість з розм'якшенням в центрі), виконували розкриття його в стерильних умовах під м/а 0,5% розчином новокаїну з подальшим проведенням бак-

теріологічних досліджень в динаміці та лікування гнійної рани, згідно поставленим завданням по проведенню експериментального дослідження.

У всіх тварин в різні строки рани загоювались під впливом проведеного місцевого лікування гнійних ран. Загиблих тварин не відмічалось.

Висновки. Вказаний спосіб моделювання гнійної рани є простий у виконанні і не потребує додаткових маніпуляцій з раною, не вимагає введення музейних штамів мікроорганізмів, нагноєння відбувається у 100% випадків і вже через 2 доби формується абсцес.

Полімери наповнені вуглецевими нанотрубками як перспективні матеріали медичного призначення

Д. В. Боровик, С. П. Галич, І. М. Савицька, Т. А. Алексєєва, Ю. І. Семенцов

Інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова» НАМН України, м. Київ,
Інститут хімії поверхні ім. О. О. Чуйка НАН України, м. Київ

Вступ. Полімерні матеріали широко використовують в медицині у якості імплантів та як їх складові. Однак, для організму вони є чужорідними. Реакція організму реалізується через викид перекисних радикалів, які руйнують полімер (один з елементів «старіння полімеру») та формуванні фіброзно-сполучної капсули навколо імплантату, що приводить до втрати функціональності останнього.

Загалом руйнування полімеру спостерігається у від 10 до 30% прооперованих. Тому пошук нових полімерних матеріалів, які не викликають негативну реакцію у організму пацієнта є нагальним завданням. У пошукових дослідженнях на прикладі поліпропілену було показано, що внесення в полімерну матрицю до 0,1 мас% вуглецевих нанотрубок (ВНТ) крім суттєвого поліпшення фізико-механічних властивостей нового матеріалу у порівнянні з вихідним полімером приводить покращення його сумісних властивостей.

Мета дослідження: встановити вплив ВНТ як наповнювача на поліпшення біосумісних властивостей нейтрального полімеру – поліетилену та іонного – поліаміду (капрон) при імплантації їх зразків до організму експериментальних тварин.

Матеріали і методи. Експериментальним тваринам, лабораторним білим щурам, самцям, вагою 200 г під загальною анестезією 0,2 мл кетаміну у м'язи спини послідовно імплантували зразки вихідного полімеру та нанокompозиту на його основі з різною концентрацією ВНТ. Поліетилен – 0,25 мас% та 0,5 мас% (8 щурів), поліамід – 0,125 мас% та 0,5 мас% (8 щурів). Для визначення впливу ВНТ на біосумісні властивості тварин витримували 24 доби, що відповідає 3 рокам життя людини. Через 24 доби тварин виводили із експерименту шляхом введення летальної дози розчину тіопенталу натрію. Зразки вихідного полімеру та нанокompозитів на його основі висікали із навколишніми тканинами для проведення гісто-морфологічних досліджень.

Результати. Гісто-морфологічний аналіз тканин навколо імплантованих зразків за товщиною утвореної фіброзно-сполучної капсули показав, що внесення ВНТ до матриці полімеру значно поліпшує їх біосумісність. Так навколо вихідного полімеру поліетилену товщина капсули складала 289 ± 38 мкм із включенням часток зруйнованого матеріалу, тоді як навколо композиційних зразків товщина складала 105 ± 15 мкм. Суттєвої різниці між композитами на основі поліетилену з різними концентраціями ВНТ не спостерігалось. Для поліаміду з ВНТ товщина капсули також була менша (156 ± 28 мкм).

проти 346 ± 45 мкм, відповідно), однак, у випадку вихідної матриці і із ВНТ в тканинах спостерігались гігантські клітини з елементами полімеру.

Висновки. Проведені дослідження свідчать, що внесення до полімерної матриці ВНТ низької концентрації позитивно впливають на їх біосумісні властивості. В подальшому планується більш детальне дослідження впливу концентрації ВНТ на біосумісність нових матеріалів.

Выбор способа видеоэндоскопической коррекции сложных и рецидивных паховых грыж

И. И. Булик

Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова

К сложным и рецидивным паховым грыжам относят: большую и гигантскую косую, прямую, комбинированную (косую и прямую), комбинацию паховых и бедренных грыж, билатеральную паховую грыжу, рецидивную и многократно рецидивирующую грыжу, скользящую грыжу, невправимую, со слабой или разрушенной паховой связкой (косая грыжа с выпрямленным каналом), грыжу с высотой пахового промежутка более 2см. и широким (более 2см.) межсвязочным пространством рядом с веной, редкие типы паховых грыж (предбрюшинные, внутривентральные, осумкованные, надпузырные), грыжи с липомой семенного канатика и пахового канала, грыжи с анамнезом более одного года

С целью оценки результатов лечения больных со сложными и рецидивными формами паховых грыж, путем использования эндовидеохирургических технологий нами проанализированы результаты лечения 112 больных с первично сложными и рецидивными паховыми грыжами, которые были прооперированы в отделе лапароскопической хирургии и холелитиаза Института хирургии и трансплантологии АМН Украины за период с 1997 по 2017 год. Из них 22 больных с рецидивными паховыми и 90 больных с первичными сложными паховыми грыжами.

Все 112 пациентов, вошедших в исследование были разделены на две группы в зависимости от способа оперативного лечения: основная группа (ТАРР) – у 81 больного выполнена трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (72,3%), и группа сравнения (ТЕР) – экстраперитонеальная герниопластика у 31 больного (27,7%).

При сравнительной характеристике групп статистически значимых различий демографических и клинических параметров не было выявлено.

Критериями оценки результатов лечения были избраны: продолжительность оперативного вмешательства, частота и тяжесть осложнений, качество раннего послеоперационного периода, сроки пребывания в стационаре и на амбулаторном лечении.

В группе ТЕР медиана продолжительности операции при односторонних паховых грыжах составила 75 [65,0; 83,0] мин, а в группе ТАРР 79 [72,0; 85,0] мин, [P=0,210], при билатеральных паховых грыжах в ТАРР группе медиана составила 117 [95,0; 122,5] мин, в группе ТЕР 105 [96,3; 140,0] мин, [P=0,461].

Таким образом, длительность операции при некоторых видах сложных форм паховых грыж двух групп сравнения сопоставима.

В группе ТАРР интраоперационных осложнений не отмечались по сравнению с группой ТЕР, в которой были зафиксированы 2 (6,3) случая, однако различие не является статистически достоверным [P=0,338].

У двух (6,45%) больных в группе ТЕР и у двух (2,46%) больных в группе ТАРР выявлены гематомы мошонки.

Пациенты в 1-й день после операции вставали с постели без значимых различий в отношении времени активизации, [$P>0,05$].

В четырёх (4,9%) случаях в группе ТАРР и в одном (3,2%) случае в группе ТЕР наблюдались серома надсетчатого пространства.

При сравнении основной группы и группы контроля на основе общего количества ранних послеоперационных осложнений статистически значимых различий не выявлено [$p=0,746$].

Медиана продолжительности пребывания в стационаре со дня операции до готовности к выписке в группе ТАРР составила 72 [48; 72] часа, в группе ТЕР составила 48 [48; 72] часов [$p=0,003$], что является статистически достоверным.

Продолжительность амбулаторного лечения удалось проследить у 72 пациентов ТАРР группы сравнения, 24–ТЕР и она составила 15,8 и 13,6 дней соответственно.

В основной группе через 3 месяца после операции отмечался 1 (1,23%) рецидив грыжи.

Мы пришли к выводу, что общее количество послеоперационных осложнений после пластики ТАРР и ТЕР достоверно не отличаются [$P=1,000$].

Мы выявили, что ТЕР имеет более короткие сроки возвращения к труду – 13,6 дней против 15,8 дней, [$p=0,002$] и более высокое качество жизни на сроках 3 месяцев после операции. Однако на сроках 6 месяцев после операции такое преимущество отсутствует.

Обобщая результаты лечения сложных и рецидивных паховых грыж в долгосрочной перспективе мы унифицировали показания для выполнения ТЕР и ТАРР. Так методика ТЕР показана больным с сложными и рецидивными паховыми грыжами при: билатеральном поражении, при выраженном спаечном процессе в нижнем этаже брюшной полости у больных с высокой степенью анестезиологического риска лабильным к повышению внутрибрюшного давления, у больных с высокой экономической составляющей (позволяет избежать применение стаплера). Методика ТЕРР показана больным с сложными и рецидивными паховыми грыжами при: необходимости интраоперационной диагностики типа грыжи, у больных с ущемленной грыжей, у больных нуждающихся в лапароскопии или симультанных вмешательствах на органах брюшной полости.

1. Эндовидеохирургическая герниопластика сложных форм паховых грыж является методом выбора, обеспечивающим низкую травматичность, асептичность, хорошие условия для заживления ран.

2. ТЕР является менее инвазивным методом лечения по сравнению с ТАРР по причине отсутствия необходимости вхождения в свободную брюшную полость, таким образом достоверно ($p<0,001$) уменьшая интенсивность острой боли в зоне операции в краткосрочной перспективе и значимо (в 1,5 раза) ($p=0,003$) уменьшая продолжительность приема обезболивающих средств и продолжительность пребывания в стационаре. Общее количество послеоперационных осложнений в группе ТЕР и ТАРР в краткосрочной перспективе значимо не отличалось (20% против 15,7% $p=0,746$).

3. На отдаленных сроках общее количество послеоперационных осложнений в группе ТЕР и ТАРР значимо не отличалось (6,7% против 9,3%; $P=1,000$). Преимущество ТЕР по сравнению с ТАРР в долгосрочной перспективе обусловлено более коротким сроком восстановления физической активности и возвращения к труду, а также более высоким качеством жизни на сроках 3 месяцев после операции, однако ТЕР не имеет преимуществ по сравнению с ТАРР в отношении хронической боли, так как осложнение наблюдается с одинаковой частотой на сроках 3 месяцев после операции.

Нові підходи до діагностики патології сполучної тканини у хірургічних хворих

Я. Ю. Войтів

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ

Проблема патології сполучної тканини набуває з кожним роком все більшої актуальності як в Україні, так і у світових масштабах. Про це свідчить велика кількість наукових публікацій, присвячених даній патології, які в першу чергу акцентують увагу на значній поширеності захворювання, появі нових клінічних особливостей перебігу та різноманітності проявів, що трактує необхідність розробки сучасних методів діагностики та лікування. Часто патологія сполучної тканини стає причиною післяопераційних ускладнень, таких як: неспроможність швів та анастомозів, евентерації, післяопераційні вентральні грижі, пострезекційні синдроми, нориці тощо, котрі вимагають хірургічної корекції.

Ми задались метою покращити результатів лікування хворих з абдомінальною хірургічною патологією шляхом напрацювання способу діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини.

Об'єктом дослідження були 96 хворих з хірургічною патологією які лікувались у відділенні хірургії стравоходу, шлунка та кишечника ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова» за 2016–2018 рр. та 20 практично здорових людей (група контролю). Із 96 хворих дослідної групи чоловіків було 44, жінок – 52. Вік хворих – від 28 до 74 років, середній вік – $56,5 \pm 7,7$ років.

Оцінивши отримані дані ми напрацювали спосіб діагностики недиференційованої дисплазії сполучної тканини (патент України на корисну модель №120158) який оцінює найбільш інформаційні фенотипічні та вісцеральні ознаки патології сполучної тканини та за допомогою ультрасонографії аналізує ширину білої лінії живота та оцінює стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору, визначаючи наявність діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу.

Спосіб виконують наступним чином. При об'єктивному обстеженні пацієнта, одразу при поступленні хворого в стаціонар, оцінюється наявність фенотипічних та вісцеральних ознак патології сполучної тканини, які розділяють на малі (1 бал), середні (2 бали) та великі (3 бали). Отримані цифрові показники підставляються в оцінювальну скринінг-шкалу діагностики НДСТ. Додатково за допомогою ультрасонографії високочастотним лінійним датчиком (8МГц/42 мм) аналізують ширину білої лінії живота (середня ширина білої лінії $7\text{мм} \pm 5$ в епігастральній ділянці, $13\text{мм} \pm 7,3$ над пупком і $8\text{мм} \pm 6,2$ під пупком за Coldron et al., 2007) та оцінюють стан органів черевної порожнини та заочеревинного простору конвексним датчиком (3,5 МГц/60°/60 мм). При наявності діастазу прямих м'язів живота та спланхноптозу діагностують дисплазію сполучної тканини.

Розроблений нами спосіб діагностики НДСТ апробований умовах відділення хірургії стравоходу, шлунка та кишечника ДУ «НІХТ імені О.О. Шалімова». Дослідження ефективності використання запропонованого способу діагностики НДСТ засвідчили, що спосіб може використовуватись для діагностики НДСТ у хворих з хірургічною патологією, що необхідно для вибору адекватної та ефективної тактики лікування таких хворих.

Еластографія зсувної хвилі в комплексі з трансректальною біопсією в діагностиці захворювань передміхурової залози

Ф. З. Гайсенюк¹, С. В. Головка², О. Ф. Савицький³, В. М. Кравчук²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ,

²Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ,

³Українська військово-медична академія, м. Київ

Вступ. Як відомо, онкологічні захворювання займають друге місце в структурі причин смерті дорослого населення після серцево-судинних захворювань. У чоловіків рак передміхурової залози – друга за поширеністю злоякісна пухлина. Тож питання своєчасної діагностики даного захворювання є вкрай актуальним. Незважаючи на велику кількість скринінгових обстежень, розробку нових методів візуалізації і використання інвазивних процедур, таких як біопсія, рак передміхурової залози залишається складним для ранньої діагностики.

Матеріали і методи. В дослідження включено 31 пацієнт, які пройшли дослідження у клініці урології НВМКЦ «ГВКГ» м. Київ. Пацієнтів розділили на 4 групи: перша група – контрольна (умовно здорові) (n=7), друга група – пацієнти з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (n=8). Третя група – пацієнти з хронічним простатитом (n=8). Четверта група – пацієнти з раком передміхурової залози (n=8). Всім пацієнтам виконувалося комплексне трансректальне ультразвукове дослідження (ТРУЗД), ендокавітальним ЕС 6.5 MHz/10R датчиком з використанням еластографії зсувної хвилі. Пацієнтам 2,3,4 групи проводилась трансректальна, мультифокальна біопсія передміхурової залози. Біопсія виконувалася за стандартною 12 точковою схемою. Додатково виконувалась біопсія, з підозрілих ділянок, виявлених за допомогою еластографії зсувної хвилі.

Результати та його обговорення. У всіх пацієнтів дані патогістологічного дослідження корелюють з даними еластографії зсувної хвилі.

Під час проведення еластографії, по-перше, визначались підозрілі ділянки, які співпадають з ділянками визначеними за допомогою інших досліджень таких як: ТРУЗД в звичайному сіро шкальному режимі, Color Doppler або МРТ. По-друге визначились ділянки, які не спостерігались при будь-якій техніці візуалізації. По-третє, використання еластографії зсувної хвилі для навігації біопсій дозволило постійно сканувати простату від основи до верхівки для виявлення ділянок більшої пружності, і надаючи кількісну інформацію про еластичність тканини, і визначаючи коефіцієнт пружності між сусідніми тканинами передміхурової залози.

Еластографія зсувної хвилі проводилась після повного, високоякісного ТРУЗД в поперечній та сагітальній площинах, для визначення об'єму простати, виявлення підозрілих гіпо- та гіперехогенних ділянок, та проаналізувавши перипростатичний простір (включаючи сім'яні міхурці).

Еластографія зсувної хвилі мала ряд недоліків, включаючи: мінімальний тиск на датчик (кінець датчика вимагає мінімального притискання до передміхурової залози для отримання зображення передміхурової залози), повільна частота кадрів (одна картинка в секунду), обмежений розмір (пружність визначається лише в певній частині передміхурової залози). Спостерігалася затримка для досягнення стабілізації зображення для кожної окремої ділянки, і затухання сигналу у великій за об'ємом простаті. Інформація про пружність завжди поєднувалась з результатами трансректального УЗД, а також з результатами інших методів візуалізації, таких як МРТ.

Висновок. Еластографія зсувної хвилі повинна стати додатковим методом отримання зображень передміхурової залози, що доповнює традиційне трансректальне ультразвукове дослідження і МРТ.

Порівняння класичного хірургічного методу лікування ринофіми та методу з використанням хірургічного діодного лазера

Ю. О. Гербіш, І. М. Семчишин, М. Б. Черкес

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону,
клініка отоларингології та офтальмології, м. Львів

Резюме В статті автори порівняли два хірургічних метода лікування ринофіми: класичний та з використанням хірургічного діодного лазера, і на основі власних результатів зробили висновок про переваги та недоліки кожного з методів.

Ключові слова: ринофіма, класичний хірургічний метод лікування, хірургічний діодний лазер.

Вступ. Ринофіма є хронічним захворюванням шкіри носа, яке характеризується розростанням усіх її елементів та спотворенням форми носа. Спостерігається частіше в чоловіків віком від 40 до 60 років. При великих розмірах пухлини, крім косметичного дефекту, у пацієнта може порушуватись носове дихання та прийом їжі. Причини виникнення хвороби не з'ясовані. Сприятли розвитку захворювання може вживання алкоголю, забруднене вологе повітря, часті різкі зміни температури зовнішнього середовища, переохолодження. Метод лікування даного захворювання – хірургічний.

Мета: порівняти сучасні методи лікування розацеа носа (ринофіми) із використанням діодного лазера та класичного хірургічного втручання.

Матеріали і методи. Враховуючи рідкість патології у відділенні отоларингології ВМКЦ ЗР в 2017р. було проліковано одного хворого, чоловічої статі, 45-ти років, якому було проведено загально-клінічні обстеження, зовнішній та ендоскопічний огляд носа, Рентгенграфія ДПН, гістологічне дослідження шкіри носа, консультація дерматолога. Встановлено діагноз залозистої форми ринофіми носа. 07.09.2017р. проведено хірургічне лікування. Ліву половину носа (крило та спинка носа з розмірами уражених тканин 2,0×1,0 см) прооперовано за допомогою хірургічного діодного лазера «Ліка – хірург» в безперервному режимі роботи потужністю 10–15 Вт. Втручання проводилось безкровно. Праву половину носа (крило носа з розмірами уражених тканин 1,0×0,7 см) прооперовано класично, скальпелем видалено гіпертрофовану ділянку шкіри. Операція супроводжувалась значною кровоточивістю, яка зупинялась лазерною коагуляцією в безперервному режимі роботи потужністю 3–5 Вт. Операція завершена накладанням асептичної пов'язки. Гістологічне дослідження від 13.09.2017року №12298–99: епідерміс витончений, ділянки сполучної тканини, велика кількість потовщених залоз з кистовидним розширенням, окремі стінки судин потовщенні, навколо помірна запальна інфільтрація. Висновок: морфологічна картина відповідає клінічному діагнозу залозистої форми ринофіми. Післяопераційний перебіг пройшов без ускладнень. Післяопераційні рани загоювались з використанням пов'язок з бетадином до повної епідермізації, яка у випадку з використанням лазера наступила на один тиждень пізніше.

Результати. Косметичний ефект при обох методах втручання хороший і повністю задовільнив пацієнта.

Висновок:

1. Використання хірургічного діодного лазера «Ліка – хірург» дозволяє проводити хірургічне втручання безкровно та добре орієнтуватись в межах патологічного процесу. 2. Повна епідермізація шкіри носа при застосуванні класичного методу хірургічного лікування в нашому випадку наступила швидше. 3. Враховуючи хороший кінцевий косметичний результат, обидва метода можуть застосовуватись рівноцінно. Вибір методу буде залежати від технічних можливостей хірурга.

Морфометричний аналіз особливостей ремоделювання венозного русла клубової кишки при резекціях різних об'ємів паренхіми печінки

М. С. Гнатюк, Л. В. Татарчук, М. В. Гормон

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Відомо, що резекція великих об'ємів паренхіми печінки може призводити до пострезекційної портальної гіпертензії, венозного застою в органах портальної системи та змін їх структурно–функціональних станів. Особливості структурної перебудови венозного русла клубової кишки при резекціях різних об'ємів печінки досліджені недостатньо.

Мета – морфометрично вивчити особливості структурної перебудови вен клубової кишки при резекціях різних об'ємів паренхіми печінки.

Об'єкт і методи дослідження. Морфологічними та морфометричними методами досліджені вени клубової кишки 45 білих щурів–самців, які були розділені на 3–и групи. 1–а група нараховувала 15 інтактних тварин, 2–а – 15 щурів після резекції лівої бокової частки – 31,5% паренхіми печінки, 3–я – 15 щурів після резекції правої та лівої бокових часток печінки (58,1%). Евтаназію тварин здійснювали кровопусканням в умовах тіопенталового наркозу через 1 місяць від початку досліду. Із клубової кишки виготовляли гістологічні мікропрепарати.

Результати, їх обговорення. Усестороннім аналізом отриманих даних встановлено, що резекція 31,5% паренхіми печінки не призводила до вираженої структурної перебудови венозного русла клубової кишки. При видаленні 58,1% паренхіми печінки у клубовій кишці виявлялися виражені судинні розлади, які характеризувалися повнокров'ям переважно венозних судин. У венозній ланці гемомікроциркуляторного русла спостерігалось розширення мікросудин, повнокров'я, стази, тромбози, осередки діapedезних, крововиливів. Описані вище зміни у венозному руслі клубової кишки підтверджували наявність пострезекційної портальної гіпертензії, до якої призвело видалення 58,1% паренхіми печінки.

Морфометрично встановлено, що через місяць після резекції 58,1% паренхіми печінки закапілярні венули гемомікроциркуляторного русла клубової кишки виявилися розширеними на 38,9%, а венули – на 31,7%. Товщина венозних стінок зменшилася при цьому на 11,8% в основному за рахунок зниження висоти ендотеліоцитів та товщини медії. Стоншена стінка вен легко здавлювалася набряком, що деформувало просвіт та виражено порушувало їх дренажну функцію. Нерівномірні, диспропорційні зміни просторових характеристик цитоплазми та ядер ендотеліоцитів венозних судин призводили до порушень відношень між ними, що адекватно відображали ядерно–цитоплазматичні

відношення у ендотеліоцитах. Останні в умовах досліджуваного експерименту виявилися зміненими на 12,6%, що свідчило про суттєве порушення структурного клітинного гомеостазу. Відносний об'єм пошкоджених ендотеліоцитів у венозному руслі клубової кишки при цьому дорівнював $(50,8 \pm 0,7)\%$. Виявлене ремоделювання судин венозного русла клубової кишки через місяць після резекції 58,1% паренхіми печінки супроводжувалося вираженим венозним повнокров'ям, яке призводило до розтягнення, набряку судинних стінок, посилення їх проникності для плазми і формених елементів крові, плазморагічним просяканням стінок, плазморагією перивазальних просторів. Перераховані явища, виражений перивазальний набряк підтримували та посилювали існуючу гіпоксію, яка сприяла збільшенню набряку, дистрофії та некробіозу клітин і тканин, а в подальшому розвитку інфільтративних та склеротичних процесів.

Висновки. Резекція 58,1% паренхіми печінки у лабораторних білих щурів призводить до вираженого ремоделювання судин венозного русла клубової кишки, яке характеризується його розширенням, венозним повнокров'ям, деформацією просвіту, порушенням дренажної функції, гіпоксією, дистрофією, некробіозом клітин і тканин, інфільтративними та склеротичними процесами у досліджуваному органі.

Вплив L-аргініну на перебіг загоєння гнійних ран

Т. В. Городова–Андрєєва, В. І. Ляховський, О. О. Кизименко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Вступ. Лікування гнійних ран є незмінним елементом рутинної праці у практичній діяльності лікаря-хірурга. Що стосується статистичних показників, то протягом багатьох років від 10% до 25% в загальній хірургічній патології становлять гнійні рани. Така їх поширеність привела до формування спеціалізованих вузькопрофільних стаціонарів, які в переважній більшості знаходяться на базі обласних та міських лікувальних закладів. Саме такі лікарні надають високоспеціалізовану допомогу в найбільш тяжких випадках та займаються ускладненнями, які викликані локалізованими гнійними вогнищами інфекції. Проте, подібні відділення, як правило, перевантажені і не можуть охопити всіх пацієнтів з важкою гнійно-септичною патологією. Тому, в наш час, актуальним стає покращення результатів лікування хворих з такими захворюваннями шляхом модифікації класичної лікувальної тактики із залученням лікарських засобів, які на практиці довели свою ефективність у лікуванні гострої хірургічної патології.

Мета дослідження. Вивчити ефективність застосування L-аргініну у лікуванні гнійних ран різної етіології.

Об'єкти і методи дослідження. Дослідження виконувалося на базі хірургічного відділення №1 2-ї міської лікарні, яке є базовим відділенням, що займається гнійно-септичною патологією в м. Полтава. За 2017 рік у відділенні пройшло лікування більше 1600 пацієнтів з гнійними ранами. З цієї когорти було виділено дві групи пацієнтів: перша, загальною кількістю 32 особи, серед яких 10 (31,2%) становили жінки і 22 (68,2%) – чоловіки і друга – 34 особи, де 14 (41,2%) були жінки, а 20 (58,8%) – чоловіки. Середній вік пацієнтів становив $54,3 \pm 5,47$ років. За супутньою патологією обидві групи були подібними. Всі пацієнти обох груп надійшли в ургентному порядку з приводу обмежених та поширених підшкірних гнійних захворювань. У терміновому порядку їм виконане розкриття гнійного вогнища одним повздовжнім розрізом від 7 до 10 см з подальшою

санацією гнійника. Пацієнти обох груп отримували типове консервативне лікування, яке передбачало призначення антибіотиків і дезінтоксикаційної терапії. Однак, хворим першої групи додавалось в/венне введення L-аргініну гідрохлориду в дозі 100 мл (42 мг/мл) раз на добу. Пацієнтам обох груп при надходженні та через 3 і 7 діб лікування проводили бактеріальне дослідження виділень, оцінювали швидкість очищення ран, зміни лейкоцитів.

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно отриманих даних середній ліжко-день у першій групі становив $12,4 \pm 3,57$, а у другій – $15,2 \pm 4,28$ ($p > 0,05$). При цьому, лише у 4 (12,5%) пацієнтів першої групи середній ліжко-день був більшим двох тижнів і це можна пояснити пізнім зверненням та значними розмірами гнійних ран з масивним некрозом підшкірної клітковини. У хворих першої групи відмічалось очищення рани з появою “свіжих” грануляцій в середньому на $3,6 \pm 1,87$ добу з моменту оперативного втручання, тоді як у пацієнтів з другої групи подібні зміни спостерігались у середньому з $5,3 \pm 2,05$ доби. Симетрична ситуація спостерігалась і в зміні лейкоцитарної “картини”. У всіх пацієнтів відмічено збільшення кількості лейкоцитів у периферичній крові, що становило у середньому $13,4 \pm 4,02$ у першій і $14,1 \pm 3,87$ – у другій групах. Однак, у осіб першої групи, починаючи з 3 доби лейкоцитоз не визначався, а у хворих другої групи він зберігався до 7 діб. Що стосується мікрофлори, то мікробна деконтамінація за результатами контрольних посівів в першій групі відбувалась в 2 рази швидше, ніж у другій (6:12 днів).

Висновки. Застосування препарату L-аргініну гідрохлориду при лікуванні гнійних ран має ряд позитивних ефектів у вигляді прискорення мікробного очищення ран, стимуляції грануляцій, зниження лейкоцитозу, що виливає на зменшення орієнтовних термінів перебування в хірургічних стаціонарах. Тому, доцільно продовжити дослідження позитивного впливу незамінного донатору оксиду азоту в лікуванні інфікованих ран.

Возможность использования самофиксирующихся сеток proGrip при лапароскопической пластики больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы

В. В. Грубник, В. В. Ільяшенко, В. В. Грубник

Одесский национальный медицинский университет,
Одесская областная клиническая больница

Вступление. Недавние исследования, связанные с богатой тромбоцитами плазмой (БотП) при ремоделировании тканей, показали многообещающие результаты, поскольку БотП содержит множество факторов роста и хемокинов, которые могут стимулировать заживление тканей. Согласно недавним исследованиям, образование больших грыж пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД) может быть связано с низким содержанием коллагена типа I и типа III в диафрагмально-пищеводной связке. Следуя нашей гипотезе, мы считаем, что использование сетчатого имплантата с аутологичным БотП может быть эффективным для предотвращения большого числа рецидивов у пациентов с большими ГПОД.

Цель работы: изучение возможности применения самофиксирующихся сетчатых имплантатов с наличием микрокрючков на задней поверхности (ProGrip™, производство фирмы Covidien, США), которые не нужно фиксировать к тканям с помощью шовного

матеріала с дополнительным использованием БоТП для профилактики большой частоты рецидивов у больных с большими ГПОД.

Матеріали и методи. В исследование приняло участие 144 пациента возрастом от 30 до 78 лет с наличием ГПОД площадью от 10 до 20 см². Пациентов было разделено на две группы. Первая составила 71 больных которым выполнялась крурорафия с дополнительным укреплением швов самофиксирующейся сеткой ProGrip™. В группе сравнения, которая включала в себя – 73 больных, швы крурорафии не укрепляли сетчатым имплантатом. У пациентов I группы фрагменты сетки инфильтрировали 2–4 мл аутологичного БоТП. Мы определили коллагены типа I и типа III у 17 пациентов обеих групп. Динамическое наблюдение за пациентами проводилось в сроки через 3,6,12,24,36,48,60 месяцев после операционного лечения. Последующее наблюдение было завершено у 97% пациентов со средней продолжительностью периода наблюдения 36 месяцев (диапазон 24–48 месяцев).

Результаты и обсуждение. Тяжелые интраоперационные и послеоперационные осложнения отсутствовали в обеих группах больных. Среднее время операции в I и II группах больных существенно не отличалось, 94 ± 12 минут и 92 ± 15 минут соответственно ($p > 0.1$). Количество коллагена общего типа, типа I и типа III было снижено примерно на 57% у пациентов обеих групп. У пациентов I группы проблем с фиксацией сетки не возникало. Хирурги могут идентифицировать надежную фиксацию сетки ProGrip™, инфильтрированной аутологичным БоТП к ножкам диафрагмы. Последняя прижималась с помощью эндоскопического зажима к ножкам диафрагмы в течение 1–2 минут. В отдаленные строки наблюдения количество рецидивов ГПОД составило 3,1% в I группе и 21.5% – в II группе. Качество жизни у больных I группы согласно опроснику SF-36 было достоверно лучше чем в группе сравнения ($p < 0.05$).

Выводы. Наше исследование показало, что содержание коллагена снижено у пациентов с большими ГПОД. Таким образом, у таких больных целесообразно использовать сетчатый имплантат для укрепления ножек диафрагмы. Использование аутологичного БоТП может увеличить прочность фиксации сетки ProGrip™. Использование самофиксирующихся сеток ProGrip™ для укрепления швов крурорафии при пластике больших ГПОД является безопасной и высокоэффективной новой методикой. Использование сетки ProGrip™ позволяет в 5 раз снизить частоту рецидивов ГПОД и значительно улучшить результаты оперативных вмешательств.

Формування білідигестивних анастомозів методом ВЧ–електрозварювання тканин в експерименті

А. І. Гуцуляк, М. Ю. Ничитайло, Ю. О. Фурманов, І. І. Булик, О. С. Ткачук, О. В. Прудніков

Івано–Франківський національний медичний університет,
Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Вступ. В поточній хірургічній практиці актуальною залишається проблема накладання білідигестивних анастомозів з метою відновлення магістрального жовчовідтоку. Гепатикоєюностомія займає домінуюче місце серед методів відновлення жовчовідтоку і є стандартною операцією при доброякісних та злоякісних ураженнях жовчних проток. Проте рівень ускладнень після накладання гепатикоєюноанастомозів залишається до-

сильно високим. Також значні труднощі виникають при наявності виражених запальних явищ в зоні операції, а наявність гнійного холангіту чи жовчного перитоніту часто є протипоказом до виконання реконструктивних втручань, через високу загрозу неспроможності шовних анастомозів.

Мета дослідження. Розробити новий спосіб формування білідигестивних анастомозів з застосуванням сучасних ВЧ–електрозварювальних технологій.

Об'єкт дослідження. Метод ВЧ–електрозварювання м'яких біологічних тканин.

Методи дослідження: гістологічні, бактеріологічні, гідропресія, пневмопресія, оцилографія.

Результати дослідження та їх обговорення. В експерименті на 50 кролях проводили формування холецистоентеро– та енттероентероанастомозів на виключеній по Ру петлі тонкого кишечника. Тварини були поділені на основну групу (n=35) та групу порівняння (n=15). В основній групі формували однорядні евертуючі анастомози методом ВЧ–електрозварювання апаратом «Патонмед ЕКВЗ–300», в групі порівняння накладали однорядні шовні анастомози. Формування зварювальних та шовних анастомозів проводили, як на незапалених тканинах, так і на фоні жовчного перитоніту. В різні терміни після операції проводили визначення прохідності, герметичності та міцності отриманих з'єднань, а також проводили макро– та мікроскопічне дослідження.

Встановлено, що всі анастомози, сформовані методом ВЧ–електрозварювання, були прохідні та герметичні, а також володіли достатньою міцністю. Початкова міцність анастомозів, як в умовах незмінених, так і в умовах запалених тканин, коливалася в межах 40–100 мм рт ст. Через 3 тижні міцність зварювального шва практично досягала міцності інтактної кишки (240–250 мм рт ст). Безпосередньо після зварювання з'єднання ззовні мало вигляд циркулярно охоплюючого анастомоз валика, зсередини – вигляд полоси світло–сірого кольору шириною 1,5–2 мм, термічних уражень слизової оболонки поза межами шва не спостерігали. Внутрішній діаметр анастомозів відповідав довжині розрізів стінок, пролабування в просвіт тканин стінок зварюваних органів не було.

Гістологічно визначено, що цілісність з'єднання досягалась за рахунок термоадгезії. З'єднання тканин відбувалося за рахунок підслизової та м'язової оболонок, тонкі слизова та серозна оболонки під впливом електроструму майже повністю руйнувалися. Зона електротравми практично не поширювалась за межі ділянок безпосереднього термічного впливу, коагуляційний рубець був вузький, термічне пошкодження оболонок локальне, в межах 2700–3000 мкм. Процеси регенерації в ділянці зварювального шва проходили аналогічно, як і при накладанні анастомозів традиційним шовним методом. Повністю формування рубця та його епітелізація завершувалась в терміни від 3 до 6 місяців.

Висновки:

1. Метод ВЧ–електрозварювання дозволяє формувати надійні білідигестивні та міжкишкові анастомози, як на незапалених тканинах, так і в умовах розлитого жовчного перитоніту.

2. Анастомози сформовані методом ВЧ–електрозварювання прохідні, герметичні, а також володіють достатньою міцністю.

«Традиційні» результати хірургічної корекції косметичних дефектів передньої черевної стінки

В. С. Драбовський, С. В. Малик

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Хірургічні методи корекції косметичних дефектів тулуба набули останнім часом великого розповсюдження та популярності і складають один з найбільш актуальних розділів сучасної пластичної хірургії. Не дивлячись на це, їх естетичні результати хірургічного лікування нерідко залишаються малозадовільними та далекими від оптимальних. Незадовільні результати лікування створюють психологічний дискомфорт для пацієнтів та погіршують рівень якості життя.

Мета дослідження – проаналізувати місцеві естетичні результати та небажані наслідки корекції косметичних дефектів передньої черевної стінки для покращення результатів лікування.

Для досягнення поставленої мети проведено аналіз результатів хірургічного лікування косметичних дефектів передньої черевної стінки (ПЧС) 62 пацієнтів (11 чоловіків та 51 жінка) на базі хірургічної клініки №3 Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія» за традиційними методиками. Середній вік пацієнтів склав $49,8 \pm 7,8$ років (чол. – $51,3 \pm 7,1$; жін. – $49,1 \pm 8,0$). Хворі були співставимі за віком, статтю, типом конституції та індексом маси тіла. Домінуючими причинами косметичних дефектів ПЧС були післяопераційні та післяпологові наслідки, деформуючі рубці, нерівномірність розподілу підшкірно-жирової клітковини, деформації ПЧС за рахунок поєднання етіологічних факторів. Корекцію косметичних дефектів ПЧС пацієнтам здійснювали шляхом виконання традиційних видів абдомінопластики (АП): відкрита, мініабдомінопластика, класична АП, апронектомія, дерматоліпектомія. Результати лікування оцінювали в ранньому та пізньому післяопераційному періоді.

Результати і їх обговорення. Аналізуючи характеристики рубцевої тканини за Ванкуверською шкалою виявлено, що найгірші параметри рубця при виписці були пов'язані із його еластичністю ($2,6 \pm 0,3$), що можна пояснити змінним рівнем тканинного напруження, внаслідок якого починає формуватись груба сполучна тканина. Компоненти васкуляризації та пігментації знаходились майже на однаковому рівнях ($1,6 \pm 0,2$ та $1,5 \pm 0,1$), що обумовлено коротким проміжком часу, що пройшов від моменту операції. При огляді через 6 місяців після лікування, сумарна оцінка залишилась на сталому рівні ($7,4 \pm 0,4$). Було відмічено зменшення компонентів васкуляризації ($1,1 \pm 0,2$) та чутливості ($1,8 \pm 0,1$). Еластичність рубця через півроку після лікування погіршилась внаслідок продовження формування грубої сполучної тканини, що за своїми структурними особливостями відрізнялась від прилеглої ($2,6 \pm 0,3$ проти $2,9 \pm 0,3$ при $p \leq 0,05$), що призводило до появи небажаних косметичних наслідків у віддаленому п/о періоді (незадовільні п/о рубці – 22,2%, незадовільна форма живота та контурів – 14,8%, нерівномірність розподілу підшкірно-жирової клітковини – 7,5%), що свідчило про відсутність позитивної динаміки щодо формування нормотрофічних косметичних рубців.

Таким чином, у структурі незадовільних місцевих результатів та небажаних наслідків корекції переважали результати із формуванням грубої сполучної тканини. Для поліпшення косметичних результатів потрібно враховувати весь спектр біомеханічних та гістотопографічних властивостей тканин ПЧС. Підвищення рівня тканинного тиску в післяопераційній рані в певній мірі сприяє формуванню грубої сполучної тканини,

гіпертрофічних та келоїдних рубців, та має вплив на якісні характеристики рубцевої тканини.

Кріохірургічні технології в абдомінальній хірургії

О. І. Дронов, С. В. Земсков, Є. А. Крючина, П. П. Бакунець,
Р. Д. Добуш, Д. І. Хоменко, Є. С. Козачук

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця,
Київський міський центр хірургії печінки, жовчних протоків та підшлункової залози і
імені В. С. Земскова

Вступ. В роботі представлений власний досвід застосування кріохірургічних технологій в лікуванні онкопатології органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу.

Мета – оцінити результати застосування кріохірургічних технологій в комплексному лікуванні хворих з онкопатологією органів черевної порожнини, заочеревинного простору та малого тазу.

Матеріали та методи. В період з 2003–2017 рік в Київському міському центрі хірургії печінки, жовчних протоків та підшлункової залози імені академіка В.С.Земскова кріохірургічні технології застосовано у 456 хворих з: неоплазіями органів черевної порожнини – 432 (підшлункової залози – 113, печінки, жовчних проток та жовчного міхура – 319), злоякісними мезенхімальними пухлинами заочеревинного простору – 5 та злоякісними пухлинами органів малого тазу – 19. Застосовували наступні кріохірургічні методики: кріофіксація пухлини підшлункової залози + резекція; кріофіксація + потенційовання інтратуморальним введенням дистильованої H_2O + резекція; кріоабляція резидуальних пухлин на магістральних судинах; кріоабляція резидуальних пухлин при R_1/R_2 ; кріоциторедукція нерезектабельних пухлин; кріоабляція пухлин Клацкіна; кріоабляція метастазів печінки; спліт–резекція печінки + кріоабляція пухлин печінки.

Основна мета застосування кріохірургічних технологій – забезпечення локального контролю при нерезектабельних або умовно резектабельних злоякісних пухлинах. Мета кріофіксації солідних злоякісних пухлин підшлункової залози – профілактика інтраопераційної дисемінації пухлинних клітин.

Результати. В групі пацієнтів з кріоабляцією резидуальної злоякісних пухлини підшлункової залози на магістральних судинах 1-, 3-, і 5-річна виживаність склала 73, 41 і 18%, медіана – 22 мес. В групі хворих, яким була виконана кріоциторедукція нерезектабельної пухлини підшлункової залози вдалось досягти 3-річної (актуральної) виживаності – 17%, і медіани виживаності – 16 мес. Кріофіксація резектабельної солідної пухлини підшлункової залози з послідуною резекцією без потенційовання та в комбінації з потенційованням дистильованою H_2O не погіршують безпосередні результати лікування, а частота післяопераційних ускладнень достовірно не відрізняється від групи пацієнтів, яким виконувалась класична резекція підшлункової залози на рівні значущості ($p > 0,05$) і не перевищує 35,3%.

Застосування кріохірургічних технологій при лікуванні первинно нерезектабельних неоплазій печінки дозволило досягнути конверсії в 32,9% пацієнтів. Частота локального рецидиву (медіана спостереження 34,7 міс.) при використанні кріохірургічного метода як самостійного метода, становила 11,6%, при кріоабляції лінії резекції ($R1/R2$) – 23,2%.

Частота специфічних ускладнень становила 6,1%. Летальності пов'язаної із кріовпливом не спостерігалось.

Медіана виживаності пацієнтів з місцево–розповсюдженими неоплазіями малого тазу (60% пацієнтів з рецидивами раку шийки матки) після застосування кріотехнологій (R2) становила 11 місяців. Летальності не спостерігалось.

Висновки. Застосування кріохірургічних технологій дозволяє покращити безпосередні та віддалені онкорезультати, при оптимальних рівнях ускладнень та летальності.

Особливості впровадження принципів «fast track» в лікування післяопераційних вентральних гриж

О. Ю. Іоффе, Т. В. Тарасюк, О. П. Стеценко, Ю. П. Цюра,
М. С. Кривопустов

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Вступ: В Україні традиційною залишається «відкрита» методика оперативного втручання при лікуванні післяопераційних вентральних гриж. При цьому тривалість перебування хворого в стаціонарі коливається в широких межах та в середньому складає 5–6 діб. Застосування лапароскопічних мініінвазивних технологій дає змогу скоротити період післяопераційної реабілітації. Впровадження мультимодальної стратегії ведення пацієнта при виконанні оперативних втручань з приводу післяопераційних вентральних гриж, в основі якої покладені принципи «fast track», потребує вивчення та оцінки ефективності використання.

Мета: вивчити особливості впровадження принципів «fast track» в лікування післяопераційних вентральних гриж.

Матеріали та методи: В клініці кафедри загальної хірургії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця в період з серпня 2011 по лютий 2018 року знаходились на лікуванні 52 хворих, які були оперовані з приводу післяопераційної вентральної грижі. Пацієнтам було виконано лапароскопічну протезуючу герніопластику. З метою оцінки результатів лікування для порівняння було обрано 80 хворих, яким в цей період проводили лікування післяопераційної вентральної грижі за традиційною методикою sublay. Групи були співставимі за віком та статтю. Мультимодальна програма ведення хворих включала в себе спільні для обох груп елементи, що передбачали дотримання принципів швидкої реабілітації (fast track) пацієнта в післяопераційному періоді.

Результати: Дотримання основних принципів «fast track» було можливим у всіх пацієнтів при виконанні лапароскопічної протезуючої герніопластики. Середня тривалість «відкритої» герніопластики склала 151 ± 33 хв., лапароскопічної – 123 ± 20 хв. Лапароскопічна методика герніопластики не передбачала дренивання ран та черевної порожнини. При застосуванні лапаротомного доступу післяопераційна рана в 72 (90%) випадках дренивалася за Редоном. Рання активізація рухового режиму хворого та його вертикалізація впродовж перших 5 годин після операції були можливими у всіх хворих після лапароскопічної герніопластики та у 62 (77,5%) пацієнтів після герніопластики за методикою sublay. Післяопераційний ліжко–день серед пацієнтів після «відкритої» герніопластики становив $7,6 \pm 1,2$, після лапароскопічної операції – $2,5 \pm 0,8$.

Висновки: Застосування мініінвазивних методик виконання оперативного втручання при хірургічному лікуванні післяопераційних вентральних гриж дозволяє дотриматись

принципів «fast track» в повній мірі. Використання лапароскопічних технологій дає змогу скоротити тривалість перебування пацієнта в стаціонарі та прискорити соціальну та трудову реабілітацію. Впровадження принципів «fast track» потребує комплексних заходів ведення пацієнта в до-, інтра- та післяопераційному періоді.

Порушення функціонального стану печінки при експериментальному абдомінальному сепсисі

В. О. Кавин

Івано-Франківський національний медичний університет

Вступ. Серед актуальних та невирішених проблем в хірургії залишається абдомінальний сепсис, який є причиною не тільки значних фінансових витрат на лікування таких хворих, але й супроводжується їх високою смертністю. Всебічне вивчення патогенетичних ланок виникнення важкого сепсису та поліорганної недостатності допоможе у діагностиці та лікуванні хворих з абдомінальним сепсисом. Одним з важливих органів, який має значення в розвитку та прогресуванні сепсису є печінка. Печінка бере активну участь в ліпідному обміні організму. Порушення ліпідного обміну в умовах абдомінального сепсису, що виникає внаслідок ендотоксемії, є однією з патофізіологічних ланок септичного стану. Як показують дослідження, ліпопротеїди можуть брати участь у зв'язуванні й видаленні бактеріального токсину [1], впливають на моноцити та міграцію макрофагів, рівень запальних цитокінів, беруть участь в активації ендотеліальної синтази оксиду азоту (E-NO) [2].

Мета: вивчити зміни функціонального стану печінки, що проявляються порушенням ліпідного обміну та вмістом аланінамінотрансферази й аспартатамінотрансферази в умовах експериментального абдомінального сепсису.

Об'єкт дослідження: дослідження проведено на 14 щурах-самцях.

Нами проведено вивчення ліпідного обміну та деяких біохімічних показників, що характеризують стан печінки в 14 щурів при експериментальному абдомінальному сепсисі. Для дослідження були використані щурі-самці вагою 156–205гр. Абдомінальний сепсис був викликаний шляхом ін'єкції 30% калової суспензії в черевну порожнину щура. Під загальним знеболенням калова суспензія була введена внутрішньоочеревинно. Забір крові проводився через 24 год від початку експерименту. Критеріями оцінки загального стану щура були ознаки: стан шерсті, наявність чи відсутність виділень з очей, порушення дихання, втрата ваги, наявність чи відсутність діареї, порушення орієнтації в просторі та порушення активності у щура. Зміни ліпідного обміну через 24 год експерименту, характеризувалися порушенням вмісту α -ліпопротеїдів (ХЛВГ), який зростав та становив $1,47 \pm 0,02$ ммоль/л в порівнянні з контрольними показниками. Вміст β -ліпопротеїдів (ХЛНГ) в порівнянні з контрольними показниками незначно змінювався та становив $0,28 \pm 0,02$ ммоль/л в порівнянні з контрольними показниками. Вміст тригліцеридів теж незначно змінювався та становив $0,84 \pm 0,03$ ммоль/л. Нами виявлено виражені зміни вмісту холестерину та пре- β -ліпопротеїдів (ХЛДНГ) у щурів з абдомінальним сепсисом, що підтверджує дані досліджень, що збільшення вмісту холестерину розглядається як захисний механізм при системній запальній реакції. Так, вміст холестерину зростав до $2,13 \pm 0,06$ ммоль/л у цих щурів. Нами відмічено зростання вмісту пре- β -ліпопротеїдів до $0,42 \pm 0,06$ ммоль/л, які поряд з β -ліпопротеїди відносять до прозапальних ліпопротеїдів.

Біохімічні зміни стану печінки в умовах експериментального сепсису характеризувалися порушенням вмісту аланінамінотрансферази та аспаргатамінотрансферази. Як показали дослідження, вміст аланінамінотрансферази зростав та становив $185,3 \pm 0,6$ Од/л, вміст аспаргатамінотрансферази у крові піддослідних щурів те ж зростав та становив $477,2 \pm 0,3$ Од/л, що вказувало на пошкодження гепатоцитів при сепсисі.

Висновок. В умовах експериментального абдомінального сепсису виникають порушення функціонального стану печінки, що проявлялися біохімічними змінами печінки та порушенням ліпідного обміну, що вимагає подальшого вивчення патогенезу септичного процесу.

Дослідження впливу нестероїдних протизапальних засобів та антипіретиків на процес імплантації аллотрансплантату у ранньому післяопераційному періоді

О. Є. Каніковський, В. В. Мосьондз

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Вентральні грижі (ВГ) складають 22,9% від загальної кількості гриж (Нечитайло, 2011).

«Золотим стандартом» в хірургічному лікуванні вентральних гриж є аллогерніопластика.

У комплексі післяопераційних лікувальних заходів важливим є призначення нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). Проте відсутність єдиної доктрини і доказової бази доцільності застосування НПЗП у ранньому післяопераційному періоді може негативно впливати на процес імплантації аллотрансплантату.

Підставою для нашого дослідження стали клінічні спостереження за хворими, яким була виконана аллогерніопластика.

В частини хворих спостерігався триваліший перебіг імплантації на тлі прийому НПЗП та відсутності тригерних факторів.

Мета: Оцінити та визначити вплив нестероїдних протизапальних засобів та антипіретиків на формування сполучно-тканинного матриксу в зоні імплантації аллотрансплантату у ранньому післяопераційному періоді.

Об'єкт і методи дослідження: Проведено імплантацію аллотрансплантату методом open lay 30 білим статевозрілим самцям лабораторних мишей, середньою масою $228 \pm 5,2$ г.

Дана методика передбачає розміщення поліпропіленової сітки над апоневрозом. Для імплантації використовувався сітчастий поліпропіленовий матеріал круглої форми розміром 1×1 см.

Результати та їх обговорення: Лабораторні миші були розділені на 3 групи:

1. група «Контролю» ($n=10$) – інтактні тварини;
2. група «НПЗП» ($n=10$) вводили внутрішньом'язево 1 раз на добу в дозі 3 мг/кг розчин НПЗП протягом 5 діб;
3. група «АНТИПІРЕТИК» ($n=10$) вводили внутрішньом'язево 1 раз на добу в дозі 24 мг/кг розчин антипіретика протягом 5 діб.

Забір матеріалу для гістологічного дослідження було проведено на 3-й і 5-й день після імплантації аллотрансплантату. Матеріал поміщався в флакон та фіксували розчином формаліну.

Результати гістологічного дослідження показали:

У 1 групі спостерігався перебіг формування сполучно-тканинного матриксу, на фоні відсутньої протизапальної терапії. В таких тварин домінувала фаза ексудативного запалення, менш виразно формувалась молода грануляційна тканина.

У 2 групі спостерігали швидкий розвиток молодої грануляційної тканини та менш виражені ознаки запальної реакції.

У 3 групі ознаки запального процесу також менш виражені та присутня молода грануляційна тканина.

Висновки:

1. Згідно гістологічних результатів на фоні використання НПЗП протягом 3 днів вже у 40% мишей була сформована молода грануляційна тканина і присутні лише залишкові ознаки ексудативного запалення. На 5-й день у всіх мишей було сформована молода грануляційна тканина без ознак запалення.

2. У 3 групі на 3-тю добу у 60% мишей була відсутня фаза ексудації та присутня молода грануляційна тканина тоді як на 5-ту добу у всіх мишей була сформована грануляційна тканина.

Отже, використання НПЗП та антипіретиків створює оптимальні умови для формування сполучно-тканинного матриксу у зоні аллотрансплантату шляхом вкорочення фази ексудації з прискоренням розвитку продуктивного запалення і утворенням молодої грануляційної тканини.

Альтернативні методи лікування гігром

О. Є. Каніковський, В. В. Мосьондз

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

Вступ. Гігрома одне з часто зустрічаємих захворювань опорно-рухового апарату. Пік захворювання припадає на молодий та працездатний вік. Основним чинником, що продовжує спонукати до розгляду проблеми – лікування гігром, було, є, і продовжує залишатися питання профілактики рецидиву, що спонукає лікарів хірургічного профілю до пошуку нових та удосконалення існуючих методів лікування. За даними Gibson T., Бабич І.В., консервативне лікування дає можливість одужання у 50 – 60% випадків. Рівень рецидивів після різноманітних оперативних втручань коливається від 20 до 35% тоді як при пункційному лікуванні рецидиви наявні лише у 11 – 18%.

Мета. Покращення результатів лікування гігром шляхом удосконалення ефективності малоінвазивного методу лікування.

Об'єкт і методи дослідження: хворі з первинними гігромами .

Результати та їх обговорення: В основі даної роботи покладено ретроспективний аналіз лікування хірургічної корекції гігром у 42 хворих в порівнянні з віддаленими результатами лікування 42 хворих з первинними гігромами різної локалізації малоінвазивним методом на базі кафедри хірургії медичного факультету №2 протягом 2014–2017 років.

Через 3 місяці після лікування із застосуванням хірургічного способу ознаки рецидиву спостерігалися у 2 (0,8%) хворих, тоді як через 6 місяців він був у 11 (4,61%) хворих та 0,8% (2) хворих через рік .

Результати хірургічного лікування, які на наш погляд не є абсолютно задовільними і не забезпечують повноцінного вирішення проблеми – високий рівень рецидивів, витрати

на лікування, довгий термін реабілітації, тимчасова втрата працездатності спонукали нас до пошуку альтернативного – більш щадячого методу, який міг би покращити усі ці показники. Нами була запропонована удосконалена пункційна методика в поєднанні зі склеро терапією – одномоментна, двопозиційна пункція гігроми двома голками з наступною евакуацією вмісту гігроми, розрахунком об'єму склерозанту (сотрадеколу) в залежності від кількості видаленого вмісту гігроми, його введенням, тугим бинтуванням місця ін'єкції з послідувочою іммобілізацією.

Даним способом було проліковано 42 хворих з первинними гігромами різної локалізації. Середній вік пацієнтів 23 ± 7 років. Результат оцінювався на 3, 6 та 12 місяць. Через 3 місяці рецидив виявлено у 4 (3,94%) хворих, 6 місяців у 1 (0,4%) хворих. У віддаленому періоді один випадок у групі спостереження – 0,4%. Домінуючим етіологічним чинником було ранне порушення нормативного навантаження.

Висновки:

1. Застосування безнатягового методу лікування гігром дає кращі статистичні показники в порівнянні з хірургічним методом, що і обумовлює його альтернативність, як малоінвазивного методу.

2. Перевагами методу є органозберігаючий, косметичний аспекти, малотравматичність та фінансова доступність, низька частота рецидиву і короткий реабілітаційний період.

3. Рання поява рецидиву у досліджуваній групі обумовлена коротким періодом реабілітації порівняно з групою порівняння на тлі раннього порушення нормативного навантаження.

Результати комплексного лікування хворих на бронхоектатичну хворобу

П. І. Корж, А. Г. Краснояружський, Д. В. Мінухін, А. А. Серенко

Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В. Т. Зайцева НАМН України, м. Харків, Харківський національний медичний університет

Вступ. В даний час простежується чітка тенденція до зростання кількості хворих з захворюваннями органів дихання, зростанню інтенсивності запального процесу в легенях, збільшенням кількості ускладнених форм протікання захворювання. Не дивлячись на досягнуті успіхи в лікуванні грибка-інфекційних захворювань легень тенденцій до зменшення їх числа не спостерігається. З числа багатьох гнійно-інфекційних захворювань легень одним з досить важких є бронхоектатична хвороба (БЕХ). БЕХ, серед інших захворювань легень у дорослих, складає від 10% до 20%. Ретроспективний аналіз результатів лікування пацієнтів на бронхоектатичну хворобу показує, що у 65–75% випадків виникає нестабільний стан клінічного одужання з періодичним рецидивуванням грибка-інфекційного процесу. БЕХ займає одне з провідних місць у світі серед усіх причин летальності у хворих пульмонологічного профілю – так в промислово розвинених країнах на 2010 рік вона зайняла 12-те місце.

Мета роботи: оцінити результати комплексного лікування пацієнтів на бронхоектатичну хворобу.

Матеріали і методи. Нами були проаналізовані результати комплексного лікування 110 хворих на бронхоектатичну хворобу (локальна форма), що знаходились на лікуванні у відділенні торако-абдомінальної хірургії ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії»

НАМН України», м.Харків. Хворі були розподілені на 2 групи: основну – 60 пацієнтів та групу порівняння – 50 осіб. Групи досліджених хворих були репрезентативні. Діагноз бронхоектатична хвороба був встановлений на основі клінічних, лабораторних та бронхоскопічних даних, змін бронхів на КТ або МРТ. У хворих групи порівняння були застосовані загальноприйняті методи лікування. У хворих основної групи бронхоскопічно хворим встановлювали санаційний катетер до дільового бронху на стороні ураження та проводили санаційні заливки, проводиме лікування доповнювалося призначенням препарату «Сингуляр» селективного блокатора лейкотриєнових рецепторів (добова доза 10 мг) та інгаляційне введення препарату екзогенного сурфактанту – Інфасурф (добова доза 35 мг). Також пацієнтам основної групи проводили локальне електромагнітне опроміювання грудної клітини в проекції локалізації бронхоектазів установкою «Яхта-3» з частотою 0,915 ГГц протягом 15–20 хвилин.

Оцінку ефективності комплексного лікування хворих проводили за наступними критеріями: динаміка респіраторних симптомів, динаміка регресу задишки, зміни показників функції зовнішнього дихання (ФЗД), динаміку показників ендобронхіальної цитограми, частота загострень протягом року.

Результати та їх обговорення. Оцінка результатів комплексного лікування проводився протягом 5 років. Після проведеного лікування відмічено: у пацієнтів основної групи відмічається більш швидкий регрес респіраторних симптомів та задишки в середньому на $4,2 \pm 1,2$ діб, нормалізація показників ФЗД наступала раніше в середньому на $7,06 \pm 0,67$ діб, нормалізація показників ендобронхіальної цитограми наступала раніше в середньому на $7,9 \pm 0,55$ діб, частота загострень протягом року зменшилася на 56,4%.

Висновки. Запропонована методика комплексного лікування хворих на бронхоектатичну хворобу, яка включає бронхоскопічну катетерізацію дільового бронху на стороні ураження та проведення санаційних заливок, призначенням препарату «Сингуляр», інгаляційне введення препарату екзогенного сурфактанту – Інфасурф та локальне електромагнітне опроміювання грудної клітини в проекції локалізації бронхоектазів дозволяє значно поліпшити результати лікування.

Обґрунтування симультанних дермліпектомій при грижосіченнях у хворих з абдомінальними проявами ожиріння

А. О. Кот

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

В сучасному суспільстві в Україні більше половини населення має надлишкову вагу і стовщені шари черевних стінок, що відіграють патогенетичну роль у поширенні грижової хвороби та її ускладненого перебігу. Багаторічні клінічні спостереження дозволили вважати, що процес формування та збільшення зовнішніх черевних гриж завжди супроводжується герніогенною експансією і деформацією оточуючих очеревинний мішок тканин з утворенням додаткового ліподермального надлишка переважно парапортально-надапоневрозної локалізації. Метричні його характеристики в наших дослідженнях у 40 оперованих хворих із зайвою вагою ($IM\ 30,6 \pm 4,9$) kg/m^2 визначались відповідно розмірам гриж і виразності жировмісних шарів передньо-бокової черевної стінки, склавши при середніх розмірах гриж об'ємно-масову різницю (порівняно з симетричною негрижозною інтактною ділянкою аналогічної площі) в межах 15–25% з коефіцієнтом

0,2+0,05 тканинного надлишка; при великих – 0,3+0,05 (25–35% надлишкового об'єма), і в разі гігантських гриж на тлі ожиріння $> 0,35$. Попередньо виявлені нашими макроморфологічними та патогістологічними дослідженнями регресивно–компенсаторні зміни у надлишкових парагерніальних тканинах відіграють потенційно негативну роль у виникненні та розвитку післяопераційних місцевих ускладнень, а встановлений даною роботою переважно диспластично–запальний характер мікроструктурних змін м'якотканинних надлишків підтвердив їх низьку придатність для відновлювальних хірургічних цілей, що сукупно дорзвало обґрунтувати доцільність дозовано–прецизійного їх видалення під час операцій грижосічення. Раціональним й універсальним способом видалення надлишкових парагерніальних тканин передньої черевної стінки при оперуванні гриж середніх та великих розмірів ми вважаємо еліпсоподібну дермліпектомію («convex») або дуго–човноподібну форму ліподермального висічення («hemi-convex» – як варіант для гриж підпупково–гіпогастральних локалізацій) із додатковим усуненням зайвих жировмісних скупчень в межах периметра грижових воріт, що інтраопераційно запобігає їх інтеропозиції в каркасні шви і забезпечує щільність апоневрозно–пластичних з'єднань, згідно уточненого нами принципу «апоневрозна герніопластика без натяжінь, а поверхнева – без надлишків м'яких тканин». Самостійна операція дермліпектомія поза втручання в м'язо–апоневротичні структури у огрядних пацієнтів з негрижовими деформаціями черевної стінки не викликала площинної редукції її каркасного шару і достовірних підвищень внутрішньочеревного тиску (63 + 9) мм вод.ст. відносно нормального діапазона його значень (50–70) мм вод. ст., $p > 0,05$), обумовлюючи цим невиразність (3–4 бали з 11) і нетривалість (до 2 діб) післяопераційного болю за «Pain Rating Scale». Зв цих причин симультанна дермліпектомія як додатковий етап операції грижосічення–герніопластики негативно не впливала на коливання показників внутрішньочеревного тиску (76 + 11) мм вод. ст., $p > 0,05$) і суттєво не обтяжувала больовий синдром (до 6 балів), обумовлені хірургічним закриттям грижових воріт, а навпаки, забезпечувала позитивний механічний вплив на зону апоневрозної пластики відтворенням ефекта її локального бандажування з'єднаними поверх неї м'якими тканинами без їх надлишка. Крім вказаного, дермліпектомії забезпечували оптимальні умови покращеного інтегрування onlay–розташованих синтетичних сітчастих імплантатів у оперовану черевну стінку. Додатково обґрунтована нами спрощена швова техніка герніопластики (Пат. UA №85192) дозволяла компенсувати додатковий час (до 30 хв.), витрачений на симультанне видалення надлишкових тканин, і достовірно скоротити загальну тривалість операції грижосічення–грижепластики, поєднаної з дермліпектомією ($p < 0,05$). А розроблений новий спосіб герніоабдомінопластики (Пат. UA №87345) забезпечував технічну сумісність із масивними дермліпектоміями і доповнював лікувально–профілактичні та естетичні принципи оперування грижоносіїв з абдомінальними проявами ожиріння. Виконані нами симультанні дермліпектомії при грижосіченнях, усуваючи парагерніальний м'якотканинний надлишок як основний субстрат післяопераційних запалень, суттєво зменшили частоту локальних ускладнень грижепластик у хворих з зайвою вагою – з 20–30% (за даними літератури і опитувань стандартно оперованих респондентів) до 5% ($p < 0,05$), забезпечуючи поліпшений лікувальний і економічний ефекти, в т.ч. завдяки зменшенню потреб у використанні протизапально–знеболювальних ліків, аспіраційно–вакуумних дренажних пристроїв і тривалих моніторингових внутрішньочеревного тиску. Обґрунтовані даною роботою і клінічно випробувані вдосконалення грижосічень у хворих з зайвою вагою, оперованих з симультанними дермліпектоміями, позитивно впливають на якість їх життя і показники здоров'я за міжнародною системою ретро-

спективних бальних оцінок «MOSSF», зокрема, на психоемоційний стан (показник RE (Role-Emotional functioning) = 94 бали зі 100 можливих – проти 69 балів у стандартно прооперованих респондентів, $p < 0,05$), завдяки поліпшеним лікувально-естетичним ефектам (ER (Esthetic Result) = 95 балів – проти «стандартних» 72, $p < 0,05$) виконаних їм елементів абдомінопластики та симультанної корекції форми живота.

Порушення обміну мікроелементів при експериментальній й механічній жовтяниці

О. В. Котов

Дніпропетровська медична академія

Вступ. Прогресування механічної жовтяниці, внутрішньо печінкового холестазу, жовчної гіпертензії, ахолії викликає суттєві функціональні та морфологічні зміни печінки, які призводять до формування печінкової недостатності. При цьому в печінці виникають білкова і зерниста дистрофія, некроз і атрофія печінкових клітин, розлади кровообігу, запальні зміни строми, фіброзні й циротичні процеси. Вищевказані патологічні зміни ініціюють анаеробне окислення і тим самим підвищують концентрацію вільних радикалів в тканинах, що поглиблює ендогенну інтоксикацію, викликає значні розлади діяльності органів і систем організму та є однією з основних причин високої летальності. Відповідно до цих змін порушується обмін цілого ряду мікроелементів: заліза, міді, цинку, кобальту, молібдену, марганцю; порушується синтез транспортних білків, які забезпечують перенос мікроелементів (трансфери, церулоплазмин); порушується екскреція мікроелементів із жовчю.

Мета дослідження: виявити порушення обміну мікроелементів в організмі тварин за умов експериментальної моделі механічної жовтяниці та встановити їх структурно-функціональну значущість.

Матеріали і методи. В дослідженні використані загально клінічні, біохімічні, гістологічні, імуногістохімічні, цитологічні (проточна спектрофлуометрія гепатоцитів), фотометричні (атомно-сорбційна спектрофотометрія), статистичні методи дослідження. Експериментальне дослідження виконане на 25 конвенційних рендомбредних аутбредних статевозрілих самцях білих щурів. Лабораторія є сертифікованою, а всі дослідження (включаючи анестезію, виведення тварин з експерименту) повною мірою відповідали принципам Європейської конвенції про захист хребетних тварин, що використовуються для дослідних та інших наукових цілей (Страсбург, 1986), закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження».

Тварин розподілили на 2 групи: основну ($n=19$) та контрольну ($n=6$). Всіх тварин основної групи оперували під загальною анестезією шляхом міні доступу в правому підребер'ї: виконали виділення та перев'язку загальної жовчної протоки нижче конфлюенса капроном 4-0. В контрольній групі тварин (інтакт) втручань не виконували. За прогресування механічної жовтяниці тварин основної групи розділили на три підгрупи. Перша підгрупа з терміном жовтяниці 7 діб, друга – 14, третя – 28. По закінченню вказаних термінів тварин виводили з експерименту.

Результати та їх обговорення. З моменту відтворення обтураційної жовтяниці й по мірі її прогресування в організмі тварин відбувались суттєві порушення збоку вмісту життєво необхідних мікроелементів в крові, жовчі та печінці. Особливо значущими

були зміни вмісту заліза: через тиждень від моделювання жовтяниці, середній рівень заліза в крові зменшився на 27,25% у порівнянні з відповідним рівнем в крові тварин групи контролю, водночас із підвищенням середнього рівня заліза в печінці на 127,64% порівняно з відповідним показником в групі контролю. Цей процес, на нашу думку, скоріше всього пов'язаний з активацією утворення гепсидину, який через білок феро-портин (FPN) виконував свою функцію щодо накопичення заліза в печінці. Підвищення вмісту заліза в печінці призводило до стимуляції синтезу в ній колагену та розвитку сполучної тканини. Починаючи з 14 доби експерименту, разом зі зниженням вмісту білірубину в крові, рівень заліза збільшувався, а в печінці та жовчі зменшувався, поступово наближаючись до рівня в контрольній групі (28 доба експерименту). Тобто цей процес метаболізму мав всі ознаки зворотного наслідку. Накопичення заліза в печінці призводило до значущих структурних змін: включення гемосидерину в цитоплазмі клітин Купфера, фіброз, з формуванням несправжніх дольок та колагеногенез, поява на поверхні епітелію протоки конкрементів.

Висновки. Таким чином, в організмі тварин за умов експериментальної жовтяниці відбуваються значущі порушення обміну мікроелементів, які мають суттєвий вплив на структурно-функціональний стан печінки та дозволяють науково обґрунтувати нові підходи до патогенетичної терапії.

Доплерівське картування та еластографія у оцінці результатів герніопластики

А. В. Кудрявцев, В. П. Кришень, В. С. Дубченко

Дніпропетровська медична академія, м. Дніпро

Вступ: За останні роки авторами був проведений аналіз перебігу найближчого післяопераційного періоду при виконанні різних методик у хворих з защемленої пахової грижею. При цьому використовувалися традиційні критерії оцінки якості проведеного лікування, у вигляді частоти виникнення післяопераційних ускладнень, тривалості реабілітації, витратності методик, суб'єктивної оцінки рівня якості життя за шкалою Visik, SF-36. На думку авторів, має місце необхідність об'єктивізації оцінок віддалених результатів лікування, з метою довести зв'язок між суб'єктивно визначаємою якістю життя пацієнта у післяопераційному періоді і морфо-функціональними змінами в тканинах зони операційної інвазії.

Мета: Дослідити відмінності у перебігу віддаленого післяопераційного періоду у хворих на защемлену пахову грижу після відкритої та лапароскопічної герніоалопластики використовуючи традиційні методи, імплементувати запропоновані ультразвукові методи діагностики.

Об'єкт і методи дослідження: В дослідженні брали участь 40 осіб, в першу групу увійшли 20 пацієнтів, яким була проведена лапароскопічна герніоалопластика за методикою TAPP, у другу – 20 пацієнтів після проведеної пластики за Liechtenstein. Термін спостереження становив від 1 до 7 років, в середньому $2,2 \pm 0,6$ років. Якість проведеного лікування визначалася за частотою виникнення синдрому хронічної пахової болі, парестезії, невритів шкірних нервів, визначенням суб'єктивної оцінки рівня якості життя за шкалами Visik та SF-36, рівня рецидивів. Також використана ультразвукова методика оцінки з використанням енергетичного доплера і проведенням еластографії якісним

способом, суть якої полягає в наступному: порівнюється стан тканин пахових областей одного і того ж хворого в зоні операції, та контралатеральної їй стороні, зміни оцінюються за кількісною та якісною шкалою по відношенню до сторони, контралатеральної до зони операції. У дослідженні беруть участь пацієнти після перенесених операцій з приводу односторонньої пахової грижі, і на момент дослідження з відсутністю дефекту в протилежній паховій області. Критеріями є наступні показники: рівень васкуляризації, однорідність васкуляризації, рівень кровотоку, однорідність кровотоку, щільність тканини, однорідність тканини, рівень кістозних трансформацій в тканині. Результат прив'язується до даних суб'єктивної оцінки хворими рівня якості життя за шкалами Visik та SF-36 та даними обстеження традиційними методами.

Результати і їх обговорення: Використовуючи традиційні методи оцінки у першій групі кількість добрих результатів склала 11, відмінних результатів – 6, у другій групі – 8 і 5 відповідно, незадовільних результатів не було в обох групах. При ультразвуковій оцінці структури тканин і рівня кровотоку було виявлено, що досліджувані параметри були ближче до нормальних у хворих з добрими та відмінними результатами, з розбігом параметрів до 24%, у хворих із задовільними результатами розкид параметрів склав 35%. Васкуляризація тканин була якісно вищою у пацієнтів, оперованих за допомогою відкритої методики в $1,2 \pm 0,1$ рази, товщина асоційованого з трансплантатом фіброзного шару в них також була більшою в $1,4 \pm 0,2$, при цьому тканини були менш однорідними.

Висновки: Еластографія та доплерографія можуть використовуватися при оцінці післяопераційного періоду у хворих з паховими грижами; при цьому є зв'язок між наявними структурними змінами у тканинах і суб'єктивним станом пацієнта. Таким чином, використання даних методик дозволяє об'єктивізувати дослідження віддаленого післяопераційного періоду у хворих з герніоімплантом.

Хірургія діабету 2 типу: можливості, результати, проблеми

А. С. Лаврик, А. С. Тивончук, А. Ю. Згонник, О. А. Лаврик,
В. В. Москаленко

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О. О. Шалімова НАМН України

Економічні, медичні та соціальні проблеми лікування діабету стають глобальними. Поняття хірургії при діабеті безумовно вимагає особливого розуміння лікарів і патофізіологічного обґрунтування. Діабет 2 типу в останні роки стає хірургічною проблемою. Хірургічне втручання при діабеті є метод інвазивного лікування і несе ризики, пов'язані як з анестезією, так і з самою операцією. Слід добре розуміти, що хірургічне лікування діабету показано не всім. Крім того, з нашими сьогоденнішніми знаннями, поки неможливо визначити точні показання та протипоказання до операції. Розвиток хірургії діабету 2 типу має пройти кілька непростих бар'єрів, в тому числі вкоріненого поняття діабету як суворо терапевтичного захворювання. Ще однією серйозною перешкодою для розвитку хірургії діабету може бути недостатня кількість підготовлених бариатричних і метаболічних хірургів, які володіють лапароскопічними методами. Однак нові дослідження показують, що хірургічне лікування діабету і ожиріння дійсно економічно вигідно. Впровадження метаболічної хірургії викликало перегляд цілей лікування діабету, від контролю до ремісії. Потенціал хірургії для визначення складної

фізіології нейрогуморальних регуляцій в шлунково-кишковому тракті може призвести до кращого розуміння тієї ж патофізіології діабету. Це, в свою чергу, може призвести до нових цілей медичної та інтервенційної терапії. Зрештою, це може бути комбінація хірургічного лікування та медичного спостереження, яка забезпечує найкращі довгострокові результати у цих пацієнтів. Це стане хорошим засобом в зниженні смертності від раку і серцевих захворювань.

Накопичений нами більш ніж 30 річний досвід лікування хворих на ожиріння і діабет 2 типу дозволяє вважати, що сьогодні не існує інших реальних ефективних методів лікування ожиріння і обумовленого ним діабету 2 типу. Нами проаналізовані результати як мальабсорбтивних, так і гастрорестриктивних операцій. Безумовно класичні операції білопанкреатичного шунтування є найбільш ефективними в лікуванні діабету 2 типу, але можливість розвитку ускладнень, пов'язаних з мальабсорбцією, пояснює пошук нових методик. Рукавна резекція шлунка, класичне шунтування шлунка по Ру і міні шунтування шлунка дозволяють досягти хороших результатів у більшості хворих на діабет. Основним патофізіологічним механізмом визнається інкретиновий ефект, інші вимагають вивчення. З огляду на нинішню нездатність досягти значної ремісії і знизити смертність при консервативному лікуванні, метаболічна хірургія представляє собою нову сторінку при лікуванні діабету. За останні 30 років бариатричних хірургія виявилася досить ефективною в лікуванні не тільки ожиріння, але і діабету 2 типу. Хірургію тепер слід розглядати як ефективний метод лікування не тільки тих, хто страждає ожирінням, але також і для пацієнтів з діабетом, які виходять за межі діючих рекомендацій з урахуванням показників маси тіла. Потенційні можливості метаболічної хірургії насправді величезні. Однак реалізація вимагає переосмислення основних цілей і стратегій лікування діабету. Тим часом дослідження патофізіологічних основ діабету тривають і можуть визначити оптимальні і найбільш обґрунтовані оперативні втручання.

Обґрунтування концепції «реанімаційної хірургії»

С. І. Панасенко

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Медична допомога постраждалим із політравмою (ПТР) – це складна і далеко не вирішена проблема. В останні два десятиліття в Україні була розроблена і успішно розвивалася оригінальна система лікування таких травм, яка основана на об'єктивній оцінці тяжкості травми (ТТ) та вірогідному прогнозуванні її клінічного перебігу. Не зважаючи на певний клінічний прогрес, летальність серед постраждалих із ПТР і «несприятливим» прогнозом перебігу травми сягає 75–96%. Саме тому мета даного дослідження полягала в обґрунтуванні концепції «реанімаційної хірургії», як провідного чинника підвищення виживаності цієї категорії пацієнтів.

Об'єктом дослідження був лікувальний процес, а метод дослідження полягав ретроспективному когортному клініко-епідеміологічному всебічному вивченні різних аспектів надання медичної допомоги пацієнтам із ПТР.

Результати і їх обговорення. Нами було опрацьовано 3098 медичних карток стаціонарних хворих, серед яких відповідно до мети дослідження було відібрано 2009 (64,9%) клінічних випадків поєднаної торакоабдомінальної травми (ПТАТ). Окремо вивчалися складові оперативного прийому на грудній клітці – 404 (29,1%) операції та животі – 306 (15,2%) операцій. Розподіл компонентів торакального і абдомінального оперативного

прийому у групах пацієнтів із ПТАТ і ПТР мав повну узгодженість. Виявлені відмінності статистично не достовірні ($p > 0,05$) при порівнянні торакального оперативного прийому і статистично достовірні ($p < 0,05$) при порівнянні абдомінального оперативного прийому в групах пацієнтів із ПТАТ і вісцеральною ПТР. Таким чином, у загальному клінічному масиві система анатомо-функціонального прогнозування перебігу травми суттєво не впливала на визначення оперативної тактики у групі постраждалих із ПТР. Подібний підхід доцільний лише при відсутності ефективних і малотравматичних методів усунення шокогенних ушкоджень. Ми вважаємо, що першочерговій оперативній корекції повинні підлягати не домінуюча травма, а ті ушкодження і їх ускладнення, які становлять небезпеку для життя в даний момент. Тому окрім традиційної градації операцій на екстрені, термінові, відтерміновані і планові ми виділяємо «реанімаційні» операції. За своїм змістом «реанімаційні» операції, в контексті хірургічної тактики «damage control» (DC), відповідають переліку екстрених операцій, але можуть виконуватися поза межами операційної і обов'язково у скороченому об'ємі. Проведений ретроспективний аналіз великого клінічного масиву ПТАТ не виявив випадків наявності конкуруючих ушкоджень у таких постраждалих, що підтверджує нашу думку про недоцільність симультанних операцій при ПТР, які ми вважаємо предикторами несприятливих (летальних) наслідків. В реальних клінічних умовах першочерговість операції на тій чи іншій анатомо-функціональній ділянці (АФД) визначається не морфологічними, а функціональними критеріями значимості наявних ушкоджень для загрози життю пацієнта. На відміну від черевної порожнини, оперативний прийом в грудній клітці не може бути завершений торакостомією, тим паче із застосуванням тампонів, хоча реанімаційна пауза може тривати і кілька годин. Необхідність оперативного переходу на іншу АФД може виникнути в будь-який момент операції, головний критерій для прийняття такого рішення – відсутність позитивної «гемодинамічної відповіді» під час реанімаційної паузи після декомпресії перикарду або плевральної порожнини, тимчасової зупинки кровотечі. В подібній ситуації, оперативний прийом завершається в об'ємі DC (затискачі, тампони і т. п.), оперативний доступ не ушивається. Після виконання оперативного прийому в об'ємі DC в іншій АФД і повторній переоцінці гемодинамічного профілю пацієнта приймається рішення про остаточний об'єм оперативного прийому в тій чи іншій АФД. Зазначені принципи концепції «реанімаційної хірургії» реалізовані нами при лікуванні 25 постраждалих із украй тяжкою ПТАТ (в т. ч. травматичними розривами серця та аорти), що дозволило знизити летальність із 35,9% до 12,0% порівняно із конгруентною за ТТ групою порівняння.

Висновки:

1. Принциповий напрямок підвищення виживаності пацієнтів із ПТР полягає в розробці нових і удосконалення існуючих методів хірургічного лікування ПТР за канонами DC.
2. Існує нагальна необхідність клінічної імплементації «реанімаційних операцій», які можуть виконуватися за межами операційної.

Результати хірургічного лікування велетенських рецидивних післяопераційних вентральних гриж методом «underlay»

М. І. Пекарь

Ужгородська міська поліклініка, м. Ужгород

Вступ. Післяопераційні грижі живота (ПГЖ) виникають у 18 – 21,2% хворих, які перенесли хірургічні втручання на органах черевної порожнини і складають 20 – 22,4% від загальної кількості гриж живота. Водночас, алогерніопластика велетенських ПГЖ (ВПГЖ) супроводжується високою частотою післяопераційних ускладнень (11,8 – 30%), частими рецидивами грижі (15 – 35%) та високою летальністю (2 – 7%) навіть після планових операцій. Незадовільні результати лікування ВПГЖ пов'язані з тим, що традиційні методи алопластики («onlay», «sublay», «inlay») виконуються з великим натягом та травматизацією м'язово-апоневротичних тканин, зменшенням об'єму черевної порожнини, що створює підґрунтя для розвитку абдомінальної гіпертензії.

Мета. Вивчити безпосередні (до 30 днів), ранні (від 1 до 12 місяців) та віддалені результати (від 1 до 5 років) хірургічного лікування пацієнтів з рецидивними ВПГЖ методом «underlay»

Об'єкт і методи дослідження. Проведено ретроспективний клініко-статистичний аналіз 27 медичних карт амбулаторного хворого (форма 025/о; наказ МОЗ України від 14.02.2012 №110), які продовжували амбулаторне лікування після операцій з приводу рецидивної ВПГЖ методом «underlay» в умовах УМП протягом 2010 – 2017 років. Всі пацієнти були жіночої статі у віці від 39 до 76 років. Відповідно до Міжнародної класифікації Chevrel—Rath (SWR classification) пацієнти розподілені наступним чином: M – 21, ML – 6; W3 (10 – 15 см) – 4; W4 (понад 15 см) – 23. У всіх пацієнток спостерігали рецидивну грижу (R1 – 2). Операції виконано за принципом tension free. Для пластики використовувалася композитна сітка Proceed (Johnson & Johnson), Parietex (Тусо) розміром 20×30 см, 30×30 см, 28×37 см, яку імплантували «underlay».

Результати. У безпосередньому післяопераційному періоді у 7 пацієнтів виникли ускладнення місцевого характеру: 5 – серома, 2 – гематома, які, завдяки інтенсивному лікуванню, не вплинули на віддалений результат операційних втручань. Рецидиву грижі за період спостереження 5 років не було. Післяопераційної летальності не спостерігалось.

Висновки. Пластика ВПГЖ методом «underlay» з використанням композитних сіток належних розмірів є безальтернативним в лікуванні даної патології.

Рецидиви післяопераційної грижі живота після алопластики та їх лікування

С. М. Піотрович, О. В. Васильчук, П. В. Коломієць, В. Г. Яцентюк,
В. О. Дубенець, О. В. Чиньба, О. В. Мамонов, О. О. Кузнецов,
В. І. Смовженко

Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,
Міський центр хірургії гриж живота, м. Київ

Лікування післяопераційних гриж живота (ПГЖ) залишається актуальною проблемою хірургії через високий відсоток виникнення рецидиву грижі, навіть після виконання

алоластики. Так, за даними вітчизняних і зарубіжних авторів відсоток рецидиву ПГЖ після алогерніопластики становить 5–20%. Виникає необхідність аналізу причин таких незадовільних результатів лікування.

Мета. Метою нашого дослідження було вивчення причин виникнення рецидиву ПГЖ після алоластики і визначення шляхів поліпшення результатів хірургічного лікування пацієнтів з даною патологією.

Матеріали і методи. За період з 2003 по 2017 рр. у міському центрі хірургії гриж живота з приводу рецидивної ПГЖ після алогерніопластики було прооперовано 133 пацієнта. Чоловіків було 23 (17,3%), жінок – 110 (82,7%). Середній вік пацієнтів $61,2 \pm 0,8$ років. Серед них пацієнтів з грижами M2–3W1R1 (SWR класифікація) було 80(60,15%), M3–5W2R1 – 40(30,1%), M3–5W3R2 – 3(2,25%), L3W2R1 – 6(4,5%), L4 W2R2 – 4(3%). У 41(30,8%) пацієнта рецидив грижі виник у 1–ий рік після операції, у 62(46,6%) – на 2–й рік і у 30(22,6%) – через 2 і більше років. У 91(68,4%) пацієнта відмічали наявність супутньої патології: ожиріння, цукрового діабету, ішемічної хвороби серця, хронічних обструктивних захворювань легень. Вид рецидиву та спосіб попередньої пластики визначали безпосередньо під час виконання самої операції. Оскільки, у виписних документах пацієнтів спосіб виконаної операції вказувався як алогерніопластика, без інформації про методику розташування імплантату та його розмірів. Оперативні втручання виконували під загальним знеболенням в поєднанні з постановкою перидурального катетера. При виконанні операції перевагу надавали способам, які максимально зменшували можливість підвищення ВЧТ. Особливу увагу приділяли прецизійній техніці оперування, широкому перекриттю сіткою країв грижового дефекту, надійній фіксації протеза, ретельному гемостазу та дренажу місця імплантації сітки і рани.

Результати і їх обговорення. Під час оперативного лікування нами встановлено, що у 42(31,6%) пацієнтів з грижами M2–3W1R1 причиною рецидиву був діастаз прямих м'язів живота, який не ліквідували при виконанні попередньої операції. У 36(27,1%) хворих з M2–3W2R1 із преперитонеальним розміщенням імплантату рецидив пов'язаний з невідповідним розміром сітки та технічними похибками при її фіксації. У 2(1,5%) пацієнтів з M2–3W1R1 рецидив грижі виник по периметру імплантату внаслідок «прорізання» фіксуючих швів з утворенням дефектів в опорних тканинах передньої черевної стінки (ПЧС). У 19(14,3%) пацієнтів з M3–5W2R1 і у 4(3%) з L4 W2R2 причиною рецидиву був відрив сітки від дистрофічно змінених опорних тканин ПЧС. У 21(15,8%) пацієнта з M3–5W2R1, у 3(2,2%) з M3–5W2–3R2, у 6(4,5%) з L3W2R1 причиною рецидиву грижі були запальні ускладнення в ранньому післяопераційному періоді. При виконанні оперативного втручання «стару» сітку видалили у 51 пацієнта. Причини видалення імплантату були: дислокація, зморщування і скручування сітки, контакт імплантату з органами черевної порожнини та часткова секвестрація сітки.

При задовільному стані опорних тканин у 80(61,1%) пацієнтів з грижою M2–3W1R1 виконали реконструкцію за способом sublay retromuscle, у 40(29,8%) з грижою M3–5W2R1 – sublay preperitoneal, у 2(2,3%) з M3–5W3R2 – inlay– sublay preperitoneal, у 5(5,3%) з L3 W2R1 – sublay preperitoneal, у 4 з L4 W2R2 inlay– sublay preperitoneal, і у 2(1,5%) з M3–5W3R2 та L3W3R1 виконано інтраабдомінальне розміщення композитної сітки. В післяопераційному періоді ускладнення запального характеру мали місце у 6(4,2%) пацієнтів і були ліквідовані консервативними заходами. Віддалені результати лікування рецидивних ПГЖ вивчені у 102 пацієнтів в строки від 1 до 10 років, рецидиву грижі не виявлено.

Висновки. Виникненню рецидиву ПГЖ сприяють морфо–функціональні вікові зміни тканин передньої черевної стінки, діастаз прямих м'язів живота, ожиріння, цукровий діабет та хронічні обструктивні захворювання легень.

Причиною рецидиву ПГЖ є невідповідність розмірів імплантату розмірам грижового дефекту та технічні помилки при його фіксації, запальні ускладнення в рані та тривале підвищення внутрішньочеревного тиску в післяопераційному періоді.

Комплексний підхід до передопераційної підготовки хворих з ПГЖ, вибір оптимального способу реконструкції та розмірів імплантату, прецизійна техніка оперування з профілактикою запальних ускладнень, дадуть змогу значно зменшити можливість виникнення рецидиву захворювання.

Пацієнти з рецидивними грижами живота повинні оперуватись в спеціалізованих центрах.

Наслідки впливу опіюду на екзокринну функцію підшлункової залози в експерименті

М. П. Попик, П. М. Попик

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Вступ. Широке використання наркотичних середників в клінічній практиці з метою отримання знеболювального та протизапального ефектів вимагає комплексного морфологічного дослідження особливостей структурної організації органів за умов впливу опіюдів та опіатів. Дослідження структурних змін органів за умов довготривалого застосування опіюдів є однією з актуальних проблем сучасної медицини.

Мета. Метою даного дослідження є встановлення особливостей ультраструктурної організації екзокринної частини підшлункової залози під впливом опіюду в експерименті.

Об'єкт і методи дослідження. Дослідження виконані на 24 статевозрілих білих щурах–самцях, віком 4,5–5,5 місяців і масою тіла 150–170 г. Експериментальні тварини розподілено на 3 серії: у першій серії (5 щурів) вивчено структуру екзокринної частини підшлункової залози білих щурів через 2 тижні введення налбуфіну, у 2 серії дослідів (5 щурів) вивчено зміни ультраструктури екзокринної частини підшлункової залози білих щурів через 4 тижні перебігу експерименту, а в 3 серії дослідів (5 щурів) встановлено перебудову екзокринної частини підшлункової залози білих щурів через 6 тижнів введення налбуфіну. Контролем слугували 9 білих щурів, яким вводили фізіологічний розчин. Введення налбуфіну проводили внутрішньом'язово за наступною схемою: I тиждень – 8 мг/кг, II тиждень – 15 мг/кг, III тиждень – 20 мг/кг, IV тиждень – 25 мг/кг, V тиждень – 30 мг/кг, VI тиждень – 35 мг/кг. Вивчення і фотографування матеріалу проводили з допомогою електронного мікроскопа УЕМВ–100 К при напрузі прискорення 75 кВ і збільшеннях на екрані мікроскопу 4000–8000 х.

Результати та їх обговорення. Через 2 тижні введення щурам налбуфіну, ультраструктура екзокринної частини підшлункової залози переважно збережена. Виявлено поодинокі змінні екзокринні панкреатоцити, цитоплазма яких просвітлена, порівняно з контролем, каналці ендоплазматичної сітки та цистерни комплексу Гольджі розширені. Через 4 тижні експерименту плазмалема деяких екзокринних панкреатоцитів зруйнована, спостерігається десквамація цитоплазми в інтерстицій, у цитоплазмі багатьох клітин виявлено вакуолі і ліпідні включення. Ядра збільшені, неправильної форми, нуклеоле-

має нерівні контури, утворює численні інвагінації, гетерохроматин розміщений по периферії. Мітохондрії набряклі, оболонки деяких мітохондрій зруйновані, несущільні, кристи деструктуровані, матрикс електронно-прозорий. Канальці ендоплазматичної сітки та цистерни комплексу Гольджі розширені. Через 6 тижнів плазмолема екзокринних панкреатоцитів несущільна, ядра неоднорідні за формою та електронною щільністю, гіперхромні, з конденсованим по краях хроматином, ядерця переважно не виявляються, ядерна оболонка має нерівні контури, розширений обвід, утворює інвагінації. Міжклітинні простори розширені, розширені також і навколопротокові простори, в яких відбувається розростання колагенових волокон, гіпертрофія і гіперплазія фібробластів. Просвіти вставних проток розширені, стінки їх склерозовані, потовщені.

Висновки. Довготривалий вплив опіюду в експерименті зумовлює глибокі дистрофічні зміни екзокринних панкреатоцитів, зокрема, втрату правильної форми, каріопікноз та каріорексис ядер, набряк та просвітлення цитоплазми, розвиток мікрокістозної дегенерації клітин, розпушення та дезорганізацію базальної мембрани, що може призводити до порушення екзокринної функції підшлункової залози та затруднення процесу виведення секреторних гранул в просвіт вставних проток. Отримані дані дозволяють рекомендувати клініцистам проводити адекватну корекцію екзокринної функції підшлункової залози при здовженому застосуванні наркотичних середників, як засіб знеболення гострого панкреатиту.

Сучасні погляди на лікування гриж

Г. І. П'ятикоп, О. В. Кравець, І. Я. Гресько

Сумський державний університет

Вступ. Герніотомія – одна з найбільш поширених операцій, яка становить 10–15% від усіх хірургічних втручань.

Мета нашої роботи: проаналізувати хірургічне лікування гриж передньої черевної стінки з використанням різних способів пластики власними тканинами та за допомогою синтетичного сітчастого матеріалу.

Об'єкт і методи дослідження. Нами були вивчені результати лікування 2558 пацієнтів з різними видами гриж, які перебували на лікуванні в КЗ СОКЛ протягом 2008–2017 рр. Всі хворі були оперовані. Вік пацієнтів коливався від 20 до 92 років (середній вік – 65 років); 23,5% хворих були молодшими за 50 років; 17,5% – старшими за 70. Жінок було 1059, чоловіків – 1499. Усі пацієнти виписані в задовільному стані.

Герніотомію власними тканинами виконано 1435(56%) пацієнтам, алопластичну герніопластику – 1123 (44%).

Усі хворі були поділені на 3 групи. До першої входило 1480 пацієнтів з паховою грижею, що становить 58%. До другої – 708 хворих з післяопераційними грижами черевної стінки (28%), до третьої – 370 хворих з пупковими грижами і грижею білої лінії живота (14%).

Результати та їх обговорення. Індивідуальний і колективний досвід хірургів свідчить, що герніотомія з пластикою власними тканинами та алогерніопластика сіткою не є конкуруючими методами, а доповнюють один одного. Відмова від кожного з них збіднює арсенал хірургічних можливостей при даній патології. Професійне володіння обома методами дозволяє в кожному конкретному випадку застосовувати позитивні сторони різних методів герніопластики.

Головним недоліком пластики власними тканинами є зменшення ємності черевної порожнини, що негативно позначається на функції кишечника та кардіореспіраторній системі. Алогерніопластика сіткою без натягу дозволяє мінімізувати ці недоліки. Такий диференційований підхід до вибору методу герніопластики знижує ризик розвитку рецидивів.

Ми дослідили дані про лікування 708 пацієнтів з грижами черевної стінки (66%) та 370 пацієнтів з пупковими грижами та грижами білої лінії живота (34%). Рецидивних гриж серед них було 56 (5%), множинних та багатокамерних також 56 (5%) пацієнтів. Це найбільш складний контингент хворих за характером та генезом гриж і морфофункціональними порушеннями. Післяопераційний генез значної кількості гриж черевної стінки визначає їх особливості: множинні, багатокамерні, ускладнені (невправимість, защемлення, злукова хвороба і непрохідність в грижовому мішку), наявність супутніх захворювань та вікові зміни. Все це вимагає індивідуального підходу, комплексного обстеження пацієнта, його підготовки до операції, профілактики ускладнень на всіх етапах хірургічного лікування.

Для цього контингенту грижозосіїв алогерніопластика сіткою без натягу є операцією вибору, тому що стан тканин, що утворюють грижу та прилягають до неї, робить їх непридатними для пластики власними тканинами. Таких операцій виконано 685 з 708 хворих з обширними та множинними післяопераційними грижами черевної стінки. Закриття грижового дефекту власними тканинами здійснювали переважно використовуючи принцип Сапежко, та в рідкісних випадках вдавалися до методики Мейо.

Висновки.

1. Герніопластика власними тканинами та алогерніопластика без натягу мають свої покази, які слід враховувати при виборі методу лікування.

2. Професійне володіння обома методами дозволяє в кожному конкретному випадку герніотомії застосовувати їх позитивні сторони, оптимальні для пацієнта; відмова від будь-якого з них збіднює арсенал хірургічних можливостей в герніології, обмежує можливість урахування всього розмаїття варіантів гриж, вікових особливостей та супутньої патології.

Імплементация протоколу Fast Track Surgery в амбулаторну хірургію пахвинних гриж

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

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. 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, відсотку 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 і методи. У ретроспективне клінічне дослідження були включені 124 хворих віком від 18 до 88 р. (середній вік склав $46 \pm 2,1$ років) з первинними унілатеральними

пахвинними грижами, які перебували на лікуванні в умовах клінічних баз кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України (МКЛ № 8 м. Київ). Період спостереження склав 1 рік. У 78 хворих була виконана модифікована TAPP (спінальна анестезія, троакарний блок, термінальна анестезія очеревини та діафрагми, преперитонеальна дисекція в умовах місцевої анестезії, безфіксаційна пластика шляхом встановлення анатомічного імпланту, безшовне відновлення очеревиного 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 кролях лінії 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. Спостерігалось скорочення терміну перебування пацієнта в стаціонарі в 4,2 рази та періоду до відновлення здатності виконувати професійні обов'язки в 3,4 рази при застосуванні нового хірургічного методу. Значущої різниці у рівнях післяопераційних ускладнень ($p=0,036$) та повторних операцій через ускладнення ($p=0,023$) не виявлено. Відзначалась суттєва різниця у показниках болю у 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 колагеноутворення, аніж при лігатурному, що забезпечувало більшу міцність з'єднання тканини.

Висновки. Модифікована лапароскопічна преперитонеальна алогерніопластика для первинних унілатеральних пахвинних гриж в умовах протоколу хірургії швидкого відновлення, яка включає знеболення троакарних ран, термінальну анестезію очеревини та діафрагми, гідропрепарування очеревини для дисекції преперитонеального простору, встановлення анатомічно конформованого сітчатого протезу 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.

Результаты аллогерниопластики послеоперационных вентральных грыж в условиях общехирургического стационара центральной районной больницы

В. В. Ставицкий

Знаменская центральная районная больница, г. Знаменка Кировоградской области

Актуальность. Несмотря на широкое использование в последние десятилетия различных методов аллопластики передней брюшной стенки и совершенствование современных аллопластических материалов хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж (ПВГ) остается актуальной проблемой абдоминальной, реконструктивной и

пластической хирургии, требующей дальнейшего изучения и анализа. Использование сетчатых аллотрансплантатов в хирургии ПВГ позволило достигнуть значительного улучшения результатов лечения больных с данной патологией, однако индивидуальный подход и оценка критериев при выборе метода аллогерниопластики (АГП) передней брюшной стенки еще остаются не решенными.

Цель работы. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ПВГ.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Знаменской центральной районной больницы в 2002–2016 гг. по поводу ПВГ прооперированы 702 больных в возрасте от 20 до 92 лет. Средний возраст составил 42, 9 года. Женщин было 522 (74,4%), мужчин – 180. Длительность заболевания менее 6 месяцев наблюдалась у 78 (11,15) больных, от 6 месяцев до 1 года – у 142 (20,2%), от 1 года до 5 лет – у 488 (69,5%) и свыше 5 лет – у 104 (14,8%). В плановом порядке прооперированы 573 (81,6%) больных, в ургентном при ущемлении грыжи – 129. Согласно международной классификации Chevrel–Rath (SWR classification) грыжи малых и средних размеров (W1–2) наблюдали у 476 (67,8%) больных, больших (W3) – у 172 (24,5%) и гигантских (W4) – у 54 (7,7%). Рецидивные грыжи наблюдались у 96 (16,8%). Сопутствующая соматическая патология (диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, хроническое обструктивное заболевание легких, сахарный диабет, ожирение и др.) наблюдалась у 362 (51,5%) больных.

Оперативные вмешательства выполнялись после проведения специальной предоперационной подготовки, включающей мероприятия направленные на оптимальное очищение кишечника и повышение функциональных резервов организма больного. Способ герниопластики выбирали строго индивидуально с учетом размеров и локализации грыжевого дефекта, объема грыжевого мешка и распространенности патологических изменений тканей брюшной стенки, общего состояния больного, наличия и степени выраженности сопутствующей патологии.

У 448 (64,9%) больных АГП выполнена методом onlay, у 188 (26,8%) – методом sublay и у 12 – комбинированным методом в модификации Белоконева (1,7%). У 44 (6,3%) больных с гигантскими вентральными грыжами использовались различные модификации операции Ramirez. В связи с выраженными гнойно–некротическими изменениями брюшной стенки или тяжелым состоянием у 12 (1,7%) больных с ущемленными грыжами выполнена аутопластика грыжевого дефекта. Операционные раны (ОР) дренировали с помощью одной–двух полимерных трубок подсоединенных к низковакуумному устройству. Контроль за эффективностью вакуумного дренирования ОР осуществляли с помощью ультразвукового исследования.

Всем больным в послеоперационном периоде проводилась стандартная корригирующая терапия, стимуляция легочно–сердечной системы и функции кишечника и системная профилактика тромбоэмболических осложнений.

Результаты и их обсуждение. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли у 90 (12,8%) больных. У 6 больных, на фоне проведения системной тромбопрофилактики, развилась тромбоэмболия легочной артерии, у 5 больных отмечена застойная нижнедолевая пневмония, у 1 – острый инфаркт миокарда, у 1 – острая сердечная недостаточность и у 1 – острое нарушение мозгового кровообращения. Умерли 5 больных (0,7%), в том числе 4 оперированных в ургентном порядке. Таким образом, летальность при плановом лечении составила 0,2% и при ургентных операциях – 3,1%. У 4 больных причиной смерти стала тромбоэмболия легочной артерии и у пятой больной – острая сердечная недостаточность. В остальных случаях осложнения купированы медикаментозно.

Серозная экссудация из ОР на протяжении 4–7 дней наблюдалась у 588 (85,2%) больных. У 52 (7,5%) больных, в том числе у 34 (7,6%) – после проведения аллопластики методом onlay, у 6 (3,2%) – после аллопластики методом sublay и у 12 (27,3%) – после аллопластики в модификации Ramirez, длительная экссудация в ране на протяжении 14–16 дней потребовала задержки нахождения дренажей и проведения неоднократных пункций. Дренажи удалялись после снижения объема экссудации менее 20 мл/сутки. Инфильтрат ОР наблюдали у 8 (1,1%) больных. У всех больных осложнение ликвидировано консервативными мерами. Нагноение ОР отмечено у 14 (2,0%) больных, в том числе у 12, перенесших АГП методом onlay, и у 2 – после операции Ramirez. Необходимости в удалении проленовой сетки при данном осложнении не возникло. Причиной нагноения стал асептический некроз кожи и подкожно–жировой основы в области ОР, вызванный ишемией тканей после пересечения и лигирования перфорантных артерий брюшной стенки.

У 1 больного, перенесшего аппаратную У–образную десцендоректостомию и АГП (симультанный этап) по поводу одноствольной сигмостомы после операции Гартмана и ПВГ, возникла частичная несостоятельность швов анастомоза, что потребовало проведения релапаротомии с удалением аллотрансплантата и наложением проксимальной двуствольной трансверзостомы с проведением в дальнейшем программированных релапаротомий. У 1 больной, оперированной по поводу рецидивной ПВГ, возник наружный толстокишечный свищ. Причиной развития свища стал неудаленный первичный аллотрансплантат, расположенный предбрюшинно и спровоцировавший пролежень и краевой некроз передней стенки поперечно–ободочной кишки. Лечение данного осложнения потребовало проведения санации ОР и иссечения участка сетки в области прилежащей кишки. В последующем, после заживления ОР, больной потребовалось проведение реконструктивно–восстановительной операции с резекцией поперечно–ободочной кишки, иссечением толстокишечного свища и повторной АГП брюшной стенки.

Отдаленные результаты прослежены в сроки от 6 месяцев до 12 лет у 656 (95,1%) больных. У 2 больных выявлены лигатурные свищи передней брюшной стенки, возникшие в сроки 6 и 8 месяцев после проведения операции.

Рецидивы после проведения АГП отмечены у 15 (2,3%) больных с ПВГ W3, в том числе у 6 (1,3%) больных после АГП методом onlay и у 9 (4,8%) больных, оперированных методом sublay. У 5 больных (onlay), рецидив грыжи спровоцирован техническими погрешностями в период освоения аллопластических методов, в частности, у 3 пациентов неполным иссечением воспалительных лигатурных гранул и оставлением старых лигатур, а, также, фиксацией аллотрансплантата капроновыми лигатурами, что при возникновении гнойно–воспалительных осложнений потребовало иссечения участков сетки с образованием в дальнейшем грыжевых дефектов. У 4 больных, оперированных в более поздний период методом sublay, рецидив грыжи был вызван техническими погрешностями при проведении герниопластики, в частности, фиксация аллотрансплантата непрерывным проленовым швом, от применения которого в последующем мы отказались. Недостаточно прочная и надежная фиксация сетчатого протеза привела к его миграции и образованию рецидивного грыжевого дефекта. Еще у 2 больных (sublay) причиной рецидива грыжи стал недостаточный размер сетчатого протеза. У 1 больной (sublay) рецидив ПВГ вызван дорожной травмой через 3 месяца после проведения операции: падением с велосипеда и ударом животом об руль с разрывом протеза. У 3 больных (1 – onlay и 2 – sublay) причиной возникновения рецидива ПВГ стало значительное прибавление в весе в отдаленном послеоперационном периоде с увеличением и птозом передней брюшной стенки.

Выводы. При оптимальном ведении больных с ПВГ с индивидуальным подходом к выбору способа АПП с учетом характера, размеров и локализации грыжевого дефекта можно достигнуть хороших ближайших и отдаленных результатов, в том числе в условиях общехирургического стационара центральной районной больницы.

Експериментальне зміцнення та морфологічні зміни в ділянці товстокишкових анастомозів

В. В. Стебляк, М. М. Милиця, К. М. Милиця, А. А. Жердев

Запорізька медична академія післядипломної освіти

Одним з найнебезпечніших ускладнень колоректальної хірургії є неспроможність кишкового шва, з летальністю до 68%. Невирішеною залишається проблема аргументованого вибору техніки накладання та зміцнення кишкового шва. Вивчення особливостей розвитку відновлювальних змін в залежності від способу накладення анастомозу, виявлення загальних закономірностей репаративного процесу, морфогенезу тканин, способи і механізми відновлення порушених функцій в зоні з'єднання кишкової стінки особливо актуальні у зв'язку з тим, що саме від них залежить формування якісного анастомозу.

Мета дослідження: вивчити механічну міцність та морфометричні показники відновлення оболонок товстої кишки щурів після накладання анастомозу.

Матеріали і методи: досліджували ділянки низхідної ободової кишки 45 статевозрілих білих щурів лінії Вістар. Щурам робили поперечне розсічення ободової кишки, після чого, накладали однорядові шви крізь усі оболонки органу. В роботі досліджено 3 групи тварин: перша – тварини, яким накладався товстокишковий анастомоз однорядовим швом, з використанням шовного матеріалу «Вікріл 5.0». Тваринам другої групи після накладання однорядового шва, додавали сучасний адгезив для тканин «Катсил». Третя група – щури, яким в ділянці накладання анастомозу, після додавання адгезиву, накладали гемостатичну серветку з окисленої целюлози «Traumastem». Для контролю використовували ділянки низхідної ободової кишки інтактних тварин. Проводили догляд за тваринами відповідно до норм і вимог, розроблених згідно з кодексом Ради Міжнародних медичних організацій.

Проводили гістологічне дослідження шматочків товстої кишки та визначення міцності анастомозу методом пневмопресії. За допомогою програмного продукту AxioVision, вимірювали товщину слизової, підслизової, м'язової та серозної оболонок низхідної ободової кишки в ділянці анастомозу. Щурів виводили з експерименту на 3-ю, 7-у, 14-у, 21-у та 30-ту добу після операції.

Результати: дослідження отримані шляхом пневмопресії 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. Гістологічне дослідження показало зменшення дистрофічних процесів та помітне випередження процесів відновлення тканин у щурів другої та третьої групи в порівнянні з першою, що відобразалося більш рівномірним сполученням оболонок, збільшенням швидкості епітелізації слизової оболонки та формування сполучної тканини в ділянці анастомозу товстої кишки.

Висновки: Застосування адгезиву та гемостатичної серветки з окисленої целюлози сприяє збільшенню міцності анастомозу та більш швидкому відновленню оболонок товстої кишки.

Лікування посттравматичних стриктур уретри малоінвазивними методами

В. В. Твердохліб, А. І. Мисак, С. О. Нестерук

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського

Вступ. Лікування посттравматичних стриктур сечівника до цього часу залишається однією зі складних проблем реконструктивної урології. Разом із травматичними стриктурами зростає кількість стриктур сечівника, що зумовлена безпосередньо лікарською діяльністю – значно збільшилася кількість внутрішньоуретральних маніпуляцій з приводу захворювань передміхурової залози, сечового міхура, сечокам'яної хвороби. Сучасні досягнення в галузі ендouroлогії сприяли розвитку нових малоінвазивних методів лікування, в тому числі і при звуженнях сечівника різного генезу.

Мета. провести аналіз результатів внутрішньооптичної уретротомії у хворих з посттравматичною стриктурою уретри.

Результати та їх обговорення. Терміни спостереження пацієнтів після оперативного лікування варіювали від 2 до 24 міс. Рецидив стриктури сечівника після внутрішньооптичної уретротомії у пацієнтів із протяжністю стриктури до 5 мм виник у 7,9% пацієнтів. У пацієнтів з протяжністю 5–10 мм 44% пацієнтів. У пацієнтів з протяжністю 10 мм і більше рецидив виник у 86% хворих. Протяжність стриктури після рецидиву збільшувалася до 6 мм. Основними факторами ризику рецидиву стриктури сечівника визначені: локалізація стриктури сечівника в пенальному і бульбомембранозному відділах, протяжність сечівника більше 1 см, важкий ступінь звуження сечівника і виконання операції більш двох разів.

Серед ускладнень після внутрішньооптичної уретротомії: уретрорагія 1,4%, яку вдалося вирішити консервативно, уретральна лихоманка 9,2% оперованих хворих.

Висновки. Аналіз найближчих і віддалених результатів внутрішньої оптичної уретротомії показує, що даний метод при звуженні сечівника посттравматичного генезу є малотравматичним, економічно обґрунтованим та високоефективним при лікуванні звужень сечівника невеликої (до 10 мм) протяжності і може служити альтернативою відкритим оперативним втручанням.

Оптимізація вибору методики роз'єднання анатомічних компонентів черевної стінки в комбінації з алопластикою при гігантських післяопераційних вентральних грижах

Я.П. Фелештинський, В.В. Сміщук, В.Ф., Ватаманюк,
М. О. Йосипенко, В. В. Преподобний

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика

Вступ. Класичні методики алогерніопластики при гігантських післяопераційних вентральних грижах (ПВГ) часто викликають зменшення об'єму черевної порожнини та підвищення внутрішньочеревного тиску (ВЧТ), що призводить до абдомінального компартмент синдрому (АКС) (2,4–6,4%) та летальності (0,9–1,2%). Це вимагає використання спеціальних методик закриття гігантських дефектів черевної стінки, які не сприяють значному підвищенню ВЧТ.

Мета роботи. Покращення результатів хірургічного лікування гігантських ПВГ шляхом диференційованого підходу до вибору методик роз'єднання анатомічних компонентів черевної стінки (component separation technique) (CST).

Матеріал і методи. В клініці за період з 2009 по 2017 рр. з приводу гігантських ПВГ було прооперовано 246 хворих віком від 30 до 75 років (середній вік $54,7 \pm 3,3$). Жінок було 157 (63,8%), чоловіків – 89 (36,2%). Відповідно до класифікації Європейської асоціації хірургів–герніологів (EHS classification, Гент, Бельгія, 2008 р.) у всіх хворих грижі були гігантського розміру $M_{1-5}W_3R_{0-2}$, в тому числі рецидивні $M_{1-5}W_3R_{1-2}$ – у 45 (18,3%) хворих. Контрактура прямих м'язів живота спостерігалась у 217 (88,2%) хворих, що підтверджувалось на УЗД та КТ.

В залежності від вибору методики component separation хворі були розділені на 3 групи. В I групі (n=82) виконувалась передня методика component separation (ACST) у поєднанні з алопластикою «onlay». В якості імплантата використовували поліпропіленову сітку. В II групі (n=82) виконувалась передня методика ACST у поєднанні з інтраабдомінальною алопластикою (IPOM) з використанням сітки Parietex composite з антиадгезивним покриттям. В III групі (n=82) виконувалась задня методика component separation (PCST) у поєднанні з методикою «sublay». В якості імплантата використовувалась поліпропіленова сітка.

Результати та їх обговорення. В ранньому післяопераційному періоді серед хворих I групи у 6 (7,3%) впродовж 48 годин спостерігалась стійка інтраабдомінальна гіпертензія $14 \pm 1,8$ мм рт. ст. ($1,9 \pm 0,2$ кПа), що призвело до виникнення АКС I–II ступеня. Завдяки консервативним заходам, відновленню перистальтики та пасажу по кишечнику ВЧТ нормалізувався у всіх хворих та був ліквідований АКС. В II групі хворих, зокрема у 2 (2,4%) інтраабдомінальна гіпертензія $8,2 \pm 1,3$ мм рт. ст. ($1,1 \pm 0,2$ кПа) спостерігалась впродовж перших 24 годин після операції. В III групі інтраабдомінальна гіпертензія $9,1 \pm 1,4$ мм рт. ст. ($1,2 \pm 0,2$ кПа) спостерігалася у 3 (3,7%) впродовж 24 годин після операції. Явища інтраабдомінальної гіпертензії були ліквідовані консервативними заходами.

Серед ускладнень з боку рани у хворих I групи серома спостерігалася у 18 (21,9%), інфікування рани – у 4 (4,9%), у хворих II групи серома – у 16 (19,5%), інфікування рани – у 3 (3,7%), у III групі серома – у 5 (6,1%), інфікування рани – у 1 (1,2%).

Висновок. Оптимальним варіантом алогерніопластики гігантських ПВГ є задня методика component separation у поєднанні з «sublay», що підтверджується низькою частотою виникнення інтраабдомінальної гіпертензії та ускладнень з боку післяопераційної рани.

Методика Vascom II (cleft–lift technique) в хірургічному лікуванні вторинної норицевої форми пілонідальної кістки

Є. В. Цема, О. І. Уманець, О. Є. Юрків, О. В. Оссовський, В. С. Нечай,
О. П. Біба, Ю. О. Кісельов

Національний військово–медичний клінічний центр
«Головний військовий клінічний госпіталь» МО України,
Національний медичний університет імені О. О. Богомольця,
Військово–медичне управління Служби безпеки України, Київ

Мета дослідження – оцінити безпосередні та віддалені результати хірургічного лікування пілонідальних кіст крижово–куприкової ділянки з використанням cleft–lift technique.

Матеріали та методи.

Проаналізовано результати хірургічного лікування 63 хворих на пілонідальну кістку з використанням методики «cleft–lift» (операція Vascom II). Пацієнти були розподілені на дві групи: група I — 37 (58,7%) хворих на норицеву форму пілонідальної кістки та група II — 26 (41,3%) пацієнтів з післяопераційним рецидивом пілонідальної кістки.

Результати.

Середня тривалість стаціонарного лікування у хворих групи I склала $3,2 \pm 0,28$ днів, а у пацієнтів групи II — $3,4 \pm 0,19$ днів. Тривалість амбулаторного лікування у пацієнтів групи I склала $11,7 \pm 1,05$ днів, групи II — $12,3 \pm 0,98$ днів. У післяопераційному періоді у 1 (2,7%) хворого групи I та у 1 (3,8%) пацієнта з групи II виникло нагноєння післяопераційної рани. У 1 (2,7%) хворого групи I було діагностовано первинне розходження країв післяопераційної рани. У 2 (5,4%) пацієнтів групи I та у 1 (3,8%) хворого групи II виникло вторинне розходження країв післяопераційної рани. У 3 (8,1%) прооперованих хворих групи I та 1 (3,8%) пацієнта групи II діагностовано гематому післяопераційної рани. В строки спостереження від 1 до 3–х років післяопераційний рецидив пілонідальної кістки виник у 1 (2,7%) хворого з норицевою формою пілонідальної кістки. Повторних рецидивів захворювання у пацієнтів групи II не було.

Висновки.

Операція Vascom II є малотравматичним радикальним хірургічним втручанням у хворих, як з вторинними норицями пілонідальної кістки та і при післяопераційних рецидивах захворювання, яке дозволяє усунути основні причини виникнення пілонідальної кістки виходячи з уявлень про набутий етіопатогенез цього захворювання.

Досвід ендоваскулярного закриття гострого постінфарктного дефекту міжшлуночкової перегородки серця

К. С. Бойко, М. В. Стан, М.В. Шиманко, А. О. Максаков,
Я. А. Антонюк, А. В. Хохлов

ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

Постінфарктний дефект міжшлуночкової перегородки є одним з трьох основних ускладнень інфаркту міокарда, що включає в себе гостру мітральну недостатність, розрив стінки шлуночка, розрив міжшлуночкової перегородки.

Постінфарктний ДМШП зустрічається з частотою від 1% до 3%. У зв'язку з впровадженням стратегії ранньої реперфузії і додаткової медикаментозної терапії кількість ускладнень значно скоротилося до <1% (0,2% при глобальному використанні стрептокінази і тканинних активаторів плазміногену). Розрив МШП, як правило, відбувається на 3-8 добу після інфаркту міокарда. Смертність після ІМ з ДМШП становить 50% за перший тиждень, 90% за 2 місяці з консервативним лікуванням.

Мета. Оцінити ефективність транскатетерного методу закриття гострого постінфарктного ДМШП у пацієнтів що знаходяться в важкому клінічному стані.

Матеріали і методи. За період 2011 р.- 2017 р. в відділенні ангіографії і рентгеноендоваскулярної хірургії державної установи «Інститут серця» МОЗ України виконано транскатетерне закриття гострого постінфарктного ДМШП 7 пацієнтам.

Всі пацієнти знаходилися в важкому клінічному стані, зі зниженою фракцією викиду ($ФВ \leq 40\%$), високою легеневою гіпертензією (≥ 55 мм.рт.ст.), $Qr/Qs > 3$ та з серцевою недостатністю - III-IV ФК за NYHA та високим операційним ризиком.

Результати. У всіх пацієнтів відмічалось перипроцедурне зниження скиду крові з лівого шлуночка в правий та постпроцедурне зниження легеневої гіпертензії (в середньому на 20 мм.рт.ст.), Qr/Qs на > 2 од, летальні випадки – 28,6% (2 пацієнти).

Висновки. Ендоваскулярне закриття постінфарктного дефекту міжшлуночкової перегородки є перспективною технікою, яка могла б запропонувати альтернативу хірургії. Черезшкірна техніка дозволяє негайно закрити дефект після установки діагнозу або значно зменшити скид крові на міжшлуночковому рівні.

Незважаючи на успішне закриття ДМШП інтервенційним методом смертність залишається високою, що обумовлено кардіогенним шоком. Але процедура технічно можлива, доцільно не затягувати її, тому що вторинні ускладнення можуть погіршити прогноз перебігу хвороби.

Ендоваскулярні технології в сучасному лікуванні вад аортального та мітрального клапанів

М. В. Стан, О. В. Зеленчук, А. В. Хохлов, Б. М. Тодуров

ДУ «Інститут серця МОЗ України», м. Київ

Аортальний стеноз (АС) в даний час є найпоширенішим захворюванням клапанів, що потребують втручання в Європі та Північній Америці, і ця потреба збільшується вслід

за старінням населення. Частота склерозу аортального клапана становить приблизно 25% у віці 65 років, після 75 років зростає до 48%, а частота АС становить 4-5% у осіб старше 65 років. АС став найпоширенішим показанням для хірургічного втручання, а також для транскатетерного втручання при структурній хворобі серця.

Вибір методу втручання має враховувати серцеві характеристики пацієнта, індивідуальний ризик операції, який оцінюється бригадою лікарів «Heart team» а також можливостей TAVI та місцевого досвіду.

Мітральна регургітація являється другим найбільш частим показом для хірургічного втручання на клапані в Європі. Ізольована недостатність

мітрального клапана зустрічається рідко, приблизно у 2% хворих з вадами серця.

Зниження поширеності ревматичної лихоманки і збільшення тривалості життя в індустріальних країнах змінили причини виникнення цієї вади, у зв'язку з чим сьогодні в Європі домінує дегенеративна мітральна недостатність (61%) над ревматичною (14%). Іншими причинами виникнення вади є інфекційний ендокардит, системні захворювання сполучної тканини (системний червоний вовчак, системна склеродермія), ІХС.

За період 2017-2018 рр. в відділенні ангіографії і рентгенендоваскулярної хірургії державної установи «Інститут серця» МОЗ України були виконані 6 транскатетерних імплантацій клапанів серця: 3 пацієнтам – аортального клапана (TAVI) і 3 – мітрального клапана (TMVR).

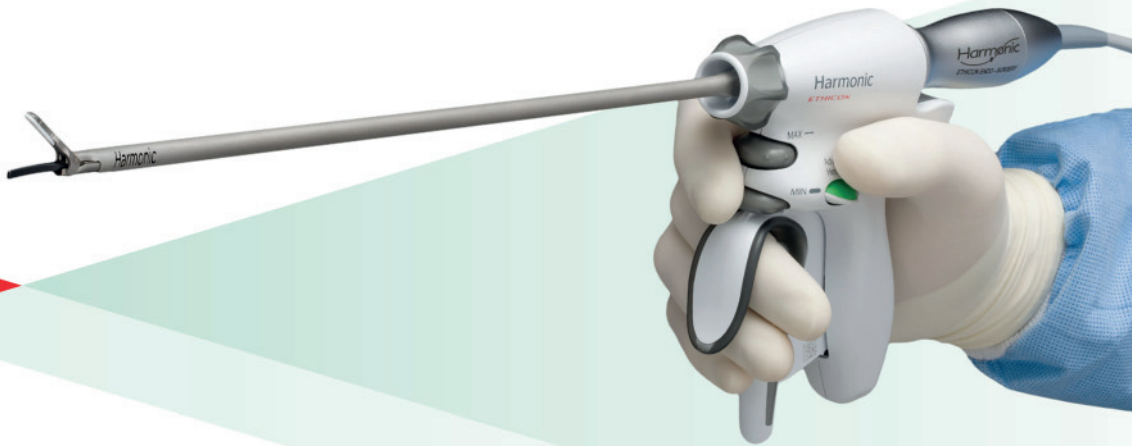
Висновки. Методи транскатетерної корекції клапанних вад серця на сьогодні являються пріоритетним напрямком в сфері ендovasкулярної хірургії. Однак, якщо покази та техніка ендопротезування аортального клапана є чітко визначеними і включають в основному пацієнтів похилого віку та з високим периопераційним ризиком відкритих хірургічних методик, то ендопротезування мітрального клапана знаходиться на етапі активної розробки та досліджень.

Олександр Олексійович Шалімов – вчений, хірург, педагог (до 100-річчя з дня народження)	4
Розділ 1. Бойові ушкодження та травми мирного часу.....	7
Розділ 2. Хірургічне лікування захворювань стравоходу та шлунка	36
Розділ 3. Хірургія кишечника	79
Розділ 4. Гепатобіліарна хірургія	125
Розділ 5. Хірургія підшлункової залози	173
Розділ 6. Проблеми перитоніту, сепсису та інфекцій, пов'язаних з лікуванням	229
Розділ 7. Ургентна хірургія	273
Розділ 8. Хірургія магістральних судин та серця	318
Розділ 9. Мікросудинна та пластична хірургія, комбустіологія	411
Розділ 10. Дитяча хірургія	448
Розділ 11. Хірургія ендокринних органів	486
Розділ 12. Трансплантація	542
Розділ 13. Герніологія, експериментальна хірургія та різне	554

Harmonic

HARMONIC ACE™+7

Точність важлива



Створений для перемог

- Менше латеральне пошкодження тканин та значно менший тепловий слід порівняно з іншими виробами*
- Потужніша, надійніша коагуляція порівняно з Covidien, Stryker та Olympus у широкому діапазоні діаметру судин до 7 мм включно**

* У доклінічному дослідженні 5-7 мм сонних артерій кіз, порівнюючи з LigaSure™ Blunt Tip та 5 мм сонних артерій свиней, порівнюючи з Thunderbeat™ з функцією досконалого гемостазу, середнє теплове пошкодження значно відрізнялось від HARMONIC ACE™+7 (p=0,003 і p=0,002, відповідно). У доклінічному дослідженні сонних артерій свиней ≤ 5мм vs LigaSure™ Blunt Tip (рівень потужності 2) і vs Thunderbeat™ (Режим коагуляції та розрізання). Середній ступень пошкодження порівнювали і визначали за допомогою гістологічного дослідження (p <0,001). Розмір сліду = латеральне теплове пошкодження (справа + зліва) + ширина браншів.(C1948) (C1647, C1899, C1892, C1893). Ethicon, Inc, SCN033130, Harmonic Ace + 7 з функцією досконалого гемостазу (HARH23, HARH36 та HARH45) істотно не відрізняється від Harmonic Ace+ з технологією адаптації до тканин (HAR23 і HAR36) за рівнів потужності 1-5, лютий 2014 р. Дані з файлу

** У лабораторному тесті використовувались сонні артерії свиней 5-7 мм, для яких порівнювали середні значення тиску на розрив при застосуванні HARMONIC ACE™+7 (1716,5 мм рт.ст.) vs Thunderbeat™ (1528,3 мм рт.ст.) (P = 0,0226); HARMONIC ACE™+7 (1419,5 мм рт.ст.) vs LigaSure™ Advance (670,5 мм рт.ст.) (P <0,001); і HARMONIC ACE™+7 (1419,5 мм рт.ст.) vs LigaSure™ 5 мм Blunt Tip (591,0 мм рт.ст.) (P<0,001). Дані з файлу, Ethicon Endo-Surgery, Inc. (PRC064872B, PRC064872B). Ethicon, Inc, PRC064872B, Harmonic Ace+ 7 тиску на розрив у порівнянні з конкурентами, листопад 2013 р. Дані з файлу

Завжди ознайомлюйтесь з Інструкцією з використання / Листком-вкладіщем, що постачається разом із пристроєм, для отримання найновішої та вичерпної інформації про застосування.

Торговельні знаки незалежних виробників, що використовуються в цьому документі, є власністю відповідних власників

www.ethicon.com

ETHICON
PART OF THE **Johnson & Johnson** FAMILY OF COMPANIES

Shaping
the future
of surgery

© Ethicon Endo-Surgery (Europe) GmbH 2016, 062072-161023 EMEA EMEA

BOWA об'єднує світ

ARC 100



ARC 303
ARC PLUS



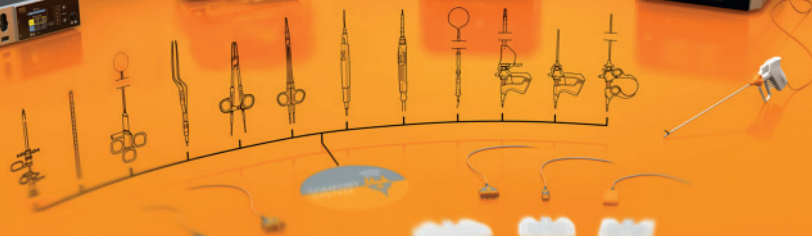
ARC 350
ARC PLUS



ARC 400
ARC PLUS



LOTUS



BOWA-electronic GmbH & Co.KG
проспект Григоренка 22/20, оф 248,
Київ, 02081, Україна
Телефон +38(044) 593 86 99
office_ukraine@bowa.de
www.bowa-medical.com

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE



AESCULAP® — експерт в оснащенні
та забезпеченні хірургічних клінік



Повторений море Оригинал один

STORZ
KARL STORZ—ENDOSKOPE

СУЧАСНІ СИСТЕМИ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ В ЛАПАРОСКОПІЇ В HD ТА ULTRA HD ЯКОСТІ



**УНІВЕРСАЛЬНА ЕЛЕКТРОХІРУРГІЧНА ПЛАТФОРМА З МОЖЛИВІСТЮ
ОДНОЧАСНОЇ ПОДАЧІ УЛЬРАЗВУКОВОЇ ТА БІПОЛЯРНОЇ ЕНЕРГІЇ.
НАДІЙНИЙ ГЕМОСТАЗ СУДИН ДО 7 ММ**



Діюча речовина **ДЕКСКЕТОПРОФЕН**

Таблетки

Рекомендована доза – **12,5–25 мг** залежно від виду та інтенсивності болю

Інтервал – **4–8 годин** (12,5 мг), **8 годин** (25 мг)

Максимальна добова доза – **75 мг**

Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня

Розчин

Рекомендована доза – **50 мг**

Інтервал – **8–12 годин**

Максимальна добова доза – **150 мг**

Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності

Коротка інструкція для медичного застосування препарату **КЕЙВЕР® (KEYWER)**

Склад. Діюча речовина: 1 мл розчину або 1 таблетка містить диклофенофу триметамолу у перерахуванні на 100% сухої речовини 36,9 мг, що еквівалентно диклофенофу 25 мг. **Лікарська форма.** Код АТХ M01A E17. Розчин для ін'єкцій. Таблетки, шкаріт плівковою оболонкою. **Фармакологічні властивості.** Диклофенофу триметамол — це сіль пролівоної кислоти, що чинить анальгетичну, протизапальну та жарознижувальну дію і належить до класу нестероїдних протизапальних засобів (НПЗЗ). **Показання.** Розчин для ін'єкцій. Симптоматичне лікування гострого болю середньої та високої інтенсивності у випадках, коли пероральне застосування препарату неадекватне, наприклад, при післяопераційних болях, ниркових коликах і болю у попереку. **Таблетки.** Симптоматична терапія болю від легкого до помірного ступеня, наприклад, м'язово-скелетного болю, болісних менструацій (дисменорея), зубного болю. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до диклофенофу, будь-якого іншого НПЗЗ або до допоміжних речовин препарату; препарат протипоказано, якщо речовини аналогічної дії, наприклад, ацетилсалicyлинової кислоти або інші НПЗЗ, спричиняють напади бронхіальної астми, бронхоспазм, гострий риніт або призводять до розвитку поліпів у носі, кропив'ячки або ангіоневротичного набряку; активна фаза виразкової хвороби/кровотеча у травному тракті або підозра на їх наявність; рецидивуючий період виразкової хвороби/кровотеча у травному тракті в анамнезі (не менше 2 підтверджених фактів виразки або кровотечі), а також хронічна диспепсія; кровотеча або перфорації у травному тракті в анамнезі; пов'язані із застосуванням НПЗЗ; кровотеча у травному тракті, інші кровотечі в активній фазі або підвищена кровоточивість; хвороба Крона або нестероїдний виразковий коліт; бронхіальна астма в анамнезі; тяжка серцева недостатність; помірна або тяжка порушення функції нирок (спірен креатиніну <50 мкмоль/л); тяжке порушення функції печінки (10–15 балів за шкалою Чайлд-Пігу); геморагічний діатез або інші порушення згортання крові; застосування з метою нирково-сальняного зв'язання. **Побічні реакції.** Розчин для ін'єкцій. Часто (від 1/100 до 1/10): нудота, блювання, біль у місці ін'єкції, реакції у місці ін'єкції, у т. ч. запалення, гематома, кровотеча. Нюди (від 1/1000 до 1/100): анемія, безсоння, головний біль, загаморочення, сонливість, нечіткість зору, артеріальна гіпотензія, почервоніння обличчя та шиї, біль у животі, диспепсія, діарея, запор, блювання з домішками крові, суєність у роті, дерматити, свербіж, висип, підвищення потовиділення, протизапальні, підвищена втомлюваність, біль, озноб. Таблетки. Часто (1–10%): нудота та/або блювання, біль у животі, діарея, диспепсія, нюди (0,1–1%), безсоння, занепокоєність, головний біль, загаморочення, сонливість, вертільний, прилипи, гастрит, запор, суєність у роті, метеоризм, виснаження, втомлюваність, біль, астения, ригідність м'язів, нездужання. Рідко (0,01–0,1%): набряк гортани, відсутність апетиту, парестезія, синкопе, артеріальна гіпертензія, брадикардія, виразкова хвороба, кровотеча з виразки або її перфорація, гелатит, кропив'янка, акне, підвищена пітливість, біль у спині, гостра ниркова недостатність, поліурія, порушення менструального циклу, порушення функції передміурової залози, периферичний набряк, відхилення показників функції печінки. Дуже рідко/очікує випадки (<0,01%): нейтропенія, тромбоцитопенія, ангіфалітичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, розмиритість зору, шум у вухах, тахікардія, артеріальна гіпотензія, бронхоспазм, диспепсія, пивкварит, гіпатоцелюлітарне ушкодження, синдром Стивенса-Джонсона, синдром Лайєлла, свербіж, ангіоневротичний набряк обличчя, фотосенсибілізація, нефрит або нефротичний синдром. **Виробник.** ПАТ «Фармак». Р. в. № UA1397701/01, Назва МОЗ України № 771 від 24.10.2014, № UA1397702/01, Назва МОЗ України № 905 від 01.12.2014.

Інформація для розповсюдження серед лікарів під час проведення семінарів, конференцій, симпозіумів та інших наукових заходів з медичної тематики.



ФЛЕНОКС®

Оптимальний НМГ за рахунок ідеального поєднання ефективності та безпеки



Коротка інструкція для медичного застосування препарату **ФЛЕНОКС®**

Фармакотерапевтична група. Антитромботичні засоби. Група гепарину. Еноксапарин. Код АТХ B01A B05. **Клінічні характеристики.** **Показання.** Профілактика венозного тромбозу та емболії при ортопедичних або загальнохірургічних операціях; профілактика венозних тромбоемболій у складенні у терапевтичних хворих, які перебувають на ліжковому режимі у зв'язку з гострими захворюваннями (серцева недостатність III або IV класу за класифікацією NYHA, дихальна недостатність, тяжкий гострий інфекційний процес, ревматичний заворування); попередження тромбоемболії в екстракорпоральній системі кровообігу при гемодіалізі; лікування діагностованого тромбозу глибоких вен, який супроводжується або не супроводжується тромбоемболією легеневої артерії, крім випадків, які потребують проведення тромболітичної терапії чи хірургічного втручання; лікування нестабільної стенокардії і гострої фази інфаркту міокарда без зубця Q у комбінації з ацетилсалicyлиновою кислотою; лікування гострого інфаркту міокарда з підйомом/елевациєю сегмента ST у комбінації з тромболітичними засобами у хворих, яким можливе подальше застосування коронарної ангиопластики, а також у хворих, яким цю процедуру не проводять. **Побічні реакції.** Геморagicні прояви викликані переважно: супутніми факторами ризику (органічні ураження, при яких існує ймовірність виникнення кровотечі, вік, ниркова недостатність, мала маса тіла та деякі комбінації лікарських засобів); невиконанням терапевтичних рекомендацій, а саме — тривалості лікування та корекції дози з урахуванням маси тіла пацієнта. Повідомлялося про поодинокі випадки виникнення гематоми спинного мозку під час спинально-мозкової анестезії, анальгезії або епідуральної анестезії, що проводилися після застосування низькомолекулярного гепарину. Повідомлялося про випадки виникнення тромбозитопії. Можливо також безсимптомне та зворотне підвищення кількості тромбоцитів. Повідомлялося про виникнення гіперкаліємії та транзиторне підвищення рівня трансаміназ. **Рестраїційне повідомлення.** № UA/9353/01/01. Назва МОЗ України № 771 від 10.09.2012.



ПАТ «Фармак», Україна,
04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 63,
тел.: (044) 531 9676, 239 1944,
www.farmak.ua

ІМУНОСУПРЕСИВНІ ПРЕПАРАТИ



- ТАКПАН 0,5 мг ● ТАКПАН 1 мг ●
- ТАКПАН 5 мг ●
- МІКОМЕДА 180 МГ ● МІКОМЕДА 360 ●

ТАКПАН 0,5 МГ Р.П. UA/15856/01/01; ТАКПАН 1 МГ Р.П. UA/15856/01/02; ТАКПАН 5 МГ Р.П. UA/15856/01/03; МІКОМЕДА 180МГ Р.П. UA/16867/01/01; МІКОМЕДА 360МГ Р.П. UA/16867/01/02

ІНФОРМАЦІЯ ДЛЯ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦІВ У ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я. ІНФОРМАЦІЯ ПРИЗНАЧЕНА ДЛЯ РОЗМІЩЕННЯ В СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВИДАННЯХ, ПРИЗНАЧЕНИХ ДЛЯ МЕДИЧНИХ УСТАНОВ ТА ЛІКАРІВ, А ТАКОЖ ДЛЯ ПОШИРЕННЯ НА СЕМІНАРАХ, КОНФЕРЕНЦІЯХ, СІМПОНІУМАХ НА МЕДИЧНУ ТЕМАТИКУ.

ТОВ «АЛМЕДА УКРАЇНА»
04215, м. Київ, пр-кт Георгія Гонгадзе,
буд. 20-В, 2-й пов., оф. 10
Тел.: 044 331 50 70
E-mail: office@almedapharma.ch
www.almedapharma.ch



Впевненість, заснована на доказах*, підтверджена в реальній клінічній практиці у пацієнтів з ТГВ/ТЕЛА^{1,2}



Ефективна терапія ТГВ з або без ТЕЛА, перевірена в дослідженні реальної клінічної практики XALIA^{1,2}



Майже в 2 рази нижчий ризик великих кровотеч порівняно з НМГ+АВК^{a,1}



Просто почати, легко продовжувати

Ксарелто®
РИВАРОКСАБАН

Ксарелто®: Таблетки, вкриті плівковою оболонкою, по 15 мг або 20 мг. 1 таблетка, вкриті плівковою оболонкою, містить 15 мг ривароксабану; 1 таблетка, вкриті плівковою оболонкою, містить 20 мг ривароксабану;

Будь ласка, зверніть увагу! Більш детальна інформація викладена в Інструкції для медичного застосування препарату, також її можна отримати в ТОВ «БАЙЕР».

Показання: Профілактика інсульту та системної емболії у дорослих пацієнтів із неклапанною фібриляцією передсердь та одними чи кількома факторами ризику такими як застійна серцева недостатність, артеріальна гіпертензія, вік > 75 років, цукровий діабет, інсульт або транзиторна ішемічна атака в анамнезі. Лікування тромбозу глибоких вен (ТГВ), тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) і профілактика рецидиву ТГВ та ТЕЛА у дорослих.

Протипоказання: Підвищена чутливість до ривароксабану або до будь-яких допоміжних речовин препарату. Клінічно значуща активна кровотеча. Ушкодження або стани, що супроводжуються значним ризиком розвитку кровотеч, до яких належать наявні на даний час або нещодавно діагновані виразки шлунково-кишкового тракту, зльокнісі пухлини з високим ризиком кровотеч, нещодавно перенесена травма головного або спинного мозку, нещодавно перенесене оперативне втручання на головному, спинному мозку або очач, нещодавній внутрішньоочерпний кроволив, варикозне розширення вен стравоходу (виявлене чи підозрюване), артеріовенозні мальформації, аневризма судин або значні за розміром внутрішньооспіральні або внутрішньоцеребральні судинні аномалії. Одночасне застосування з будь-якими іншими

антикоагулянтами, зокрема з нефракціонованим гепарином, низькомолекулярними гепаринами (еноксапарин, дальтепарин і т.п.), похідними гепарину (фондапаринукс і т.п.), пероральними антикоагулянтами (варфарин, апіксабан, дабігатран і т.п.), окрім специфічних обставин переходу на альтернативну антикоагулянтну терапію або коли нефракційований гепарин призначається у дозах, необхідних для функціонування відкритого катетера центральних вен або артерій. Заховорення печінки, які асоціюються з коагулопатією та клінічно значущим ризиком розвитку кровотечі, у тому числі широк печінки класу В та С (за класифікацією Чайлда-П'ю). Діти віком до 18 років. Період вагітності або годування груддю.

Побічні реакції зафіксовані на тлі прийому: часті (частота від $\geq 1/100$ до $\leq 1/10$) – анемія (включаючи відповідні лабораторні параметри), запаморочення, головний біль, очний кроволив (включаючи кроволив у кон'юнктиву), артеріальна гіпотензія, гематома, носова кровотеча, кровохаркання, кровотечі з ясен, шлунково-кишкової кровотечі (включаючи ректальну кровотечу), біль у шлунково-кишковому тракту та животі, диспепсія, нудота, запор, діарея, блювання, свербіж (включаючи нечасті випадки генералізованого свербіжу), висипання, екхімоз, шкірний та підшкірний кроволив, біль у кінцівках, уrogenітальні кровотечі (включаючи гематурію і менорагію), порушення функції нирок (включаючи підвищення рівня креатиніну в крові, підвищення рівня сечовини в крові), гарячка, периферичний набряк, загальне погіршення самопочуття та зниження активності (включаючи втомлюваність та

астенію), підвищення рівня трансаміназ, постпроцедурна кровотеча (включаючи післяопераційну анемію та кровотечу з ран), синці, секрція з рани. Детальна інформація про можливі побічні реакції міститься в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. **Дата останнього перегляду інструкції** – 24. 02. 2016. **Відпускається за рецептом.**
РП. №UA/9201/01/02, №UA/9201/01/03

ТГВ – тромбоз глибоких вен; ТЕЛА – тромбоемболія легеневої артерії; НМГ – низькомолекулярний гепарин; АВК – антагоніст вітаміну К.

* Під виразом «докази» мається на увазі результати досліджень EINSTEIN DVT/PE/Extension.

^a Частота клінічно значущих кровотеч була співставною в групах Ксарелто® та Еноксапарин+АВК.

Література:

1. Prins M.H., Lensing A.W.A., Bauersachs R. et al. Oral rivaroxaban versus standard therapy for the treatment of symptomatic venous thromboembolism: a pooled analysis of the EINSTEIN-DVT and PE randomized studies. *Thrombosis J.* 2013;11(1):21.

2. Ageno W., Mantovani L., Haas S. et al. Safety and effectiveness of oral rivaroxaban versus standard anticoagulation for the treatment of symptomatic deep vein thrombosis (XALIA): an international prospective non-interventional study. *The Lancet Haematology* 2016;3(1):e12–e21
[http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3026\(15\)00257-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3026(15)00257-4)

Інформація про лікарський засіб. Інформація призначена для медичних та фармацевтичних працівників.



ВІДКРИТА РЕЄСТРАЦІЯ на курси в 2019 році!

Не пропусти свій шанс, встигни зареєструватись!



ДЕРЖИ В УЗДЕ ПРОГРЕССИРОВАНИЕ

Соматулин Аутожель 120 мг имеет показание для лечения гастроэнтеропанкреатических нейроэндокринных опухолей (ГЭП-НЭО) 1 и 2 степени (Ki-67 до 10%) у взрослых пациентов с местно-распространенным либо метастазирующим типом заболевания¹



Соматулин Аутожель 120 мг, применяемый в качестве противоопухолевой терапии 1-ой линии, способен **значительно улучшить течение заболевания**²

**ПЕРВЫЙ И ЕДИНСТВЕННЫЙ
УТВЕРЖДЕННЫЙ***
АНАЛОГ СОМАТОСТАТИНА ДЛЯ КОНТРОЛЯ
НЕЙРОЭНДОКРИННЫХ ОПУХОЛЕЙ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И СРЕДНЕЙ КИШКИ

1. Соматулин Аутожель 120 мг, инструкция к применению препарата. Утверждено приказом МЗ Украины №67 от 23.01.2014 г.; изменения внесены приказом МЗ Украины №614 от 21.09.2015 г.

2. Caplin M. et al., NEJM 2014, 371(3): 224-233.

* значительно улучшает выживаемость без прогрессирования заболевания у пациентов с метастатическими энтеропанкреатическими нейроэндокринными опухолями.

Информация о лекарственном средстве для использования медицинскими и фармацевтическими работниками в профессиональной деятельности. **Соматулин Аутожель 120 мг.** Регистрационное свидетельство № UA/13432/01/01. Сокращенная инструкция для медицинского использования препарата Соматулин Аутожель 120 мг. **Состав.** Действующее вещество: lanreotide; 1 предварительно наполненный шприц содержит ланреотид (в виде ланреотида ацетата) 120 мг; вспомогательные вещества: кислоты уксусная, вода для инъекций. **Лекарственная форма.** Раствор для инъекций пролонгированного высвобождения в предварительно наполненном шприце. Для глубокого подкожного введения. **Фармакотерапевтическая группа.** Гормоны, замедляющие рост. Код АТС N01C ВОЗ. **Клинические характеристики. Показания:** Лечение акромегалии при повышенном уровне циркулирующего гормона роста (GH) и инсулиноподобного фактора роста (IGF-1) после оперативного вмешательства и/или радиотерапии, или в случае, если противопоказаны оперативное вмешательство и/или радиотерапия. Лечение клинических симптомов, вызванных акромегалией. Лечение нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта или поджелудочной железы (GEP-NETS) 1-й степени дифференцирования и подмножества опухолей 2-й степени дифференцирования (индекс Ki67 до 10%) с первичной локализацией в средней кишке, поджелудочной железе или с неизвестной первичной локализацией, при исключении локализации с участков задней кишки, у взрослых пациентов при нерезектабельных местнораспространенных или метастатических опухолях. Лечение клинических симптомов карциноидных опухолей. **Противопоказания:** Гиперчувствительность к соматостатину или родственным пептидам, а также к любому из компонентов препарата. **Производитель.** ИПСЕН ФАРМА БИОТЕК (IPSEN PHARMA BIOTECH). Местонахождение. Parc d'activités du Plateau de Signes chemin departemental № 402 83870 SIGNES, France. Более детальная информация о препарате Соматулин Аутожель 120 мг приведена в инструкции по применению препарата.

Представительство «Ипсен Фарма»
Украина, 01004, г. Киев, ул. Пушkinsкая, 36
Тел./факс: +38 044 502 65 29; www.ipsen.ua

SOM-UA-000006

Medtronic

Further, Together



Герниопластика
Сетчатые
имплантаты и фиксация



Лапароскопический
доступ и лигирование
Троакары и инструменты



Соединение тканей
Шовные материалы
и аксессуары



Безузовой шов
V-Loc™ - инструмент
ушивания раны



Эффективный гемостаз
Гемостатическая
пластина Veriset™



Кардиохирургия
Ti-Cron™ – золотой стандарт
в протезировании клапанов



Монофилофия
Caprosyn™ Biosyn™
Maxon™



БМТ Украина дочернее предприятие
Чешского завода
BMT Medical Technology s.r.o.
предлагает:

Проектирование и оснащение централизованных стерилизационных отделений (ЦСО) под ключ.

Другое медицинское, фармацевтическое
и лабораторное оборудование

- Паровые стерилизаторы (автоклавы) от 15 до 1500 литров
- Воздушные стерилизаторы, лабораторные термостатические камеры (инкубаторы), инкубаторы с CO₂, хладотермостаты и климатические камеры
- Формальдегидный низкотемпературный стерилизатор t — 55 °C, 60 °C
- Плазменные стерилизаторы
- Дезинфекционные камеры для кроватей и матрацев
- Ультразвуковые мойки
- Автономные моечно-дезинфекционные автоматы
- Профессиональные стиральные, сушильные машины, гладильные катки
- Моечно-дезинфицирующие машины для суден и мочеприёмников
- Утилизаторы медицинских отходов
- Термозапаечные машины для упаковки медицинского инструментария и материала
- Биксы для стерилизации
- Мебель из нержавеющей стали по индивидуальным размерам: рабочие столы, мойки, шкафы, полочки, стеллажи и др.



Тел./факс: 044 501-50-30,
Тел.: 044 332-50-30,
Киев, 03067,
ул. Генерала Тупикова, 4
E-mail: info@bmt.ua,
<http://www.bmt.ua>