

ткевич. – Практическое руководство. – К: Морион, 2003. – 448с.

References

1. Nasonov E.L., Skripnikova I.A., Nasonova V.A. The problem of osteoporosis in rheumatology. – M: Steen, 1997. – pp.375-411.
2. Osteoporosis and osteoarthritis. Modern trends in the diagnosis, prevention and treatment. (According to the XII European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and osteoarthritis March 21-24, Bordeaux, France). Pain, joints, spine. Vol.1. 2012. — pp. 78-89.
3. Kovalenko V.M. Shyba N.M., Bortkiewicz O.P. that in. (2008). Ultrasonic doslidzhennya musculoskeletal Rukhovo aparata. Method. rekomendations. Kiev. — p.40.
4. Kovalenko V.N., Bortkiewicz O.P. Otseoartroz. – A Practical Guide. – By: Morion 2003. – p.448.

Резюме

ВИКОРИСТАННЯ ЦИТРАТУ КАЛЬЦІЮ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗУ У ХВОРИХ З РАННІМ РЕВМАТОЇДНИЙ АРТРИТ, ПРИЙМАЮЧИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОЇДИ

Кравчук О.Є., Дець В.В., Богдан Н.М., Сидоренко І.А.

На групі пацієнтів, які страждають раннім ревматоїдним артритом (рРА) і приймаючих в комплексному лікуванні

глюкокортикостероїди (ГКС), доведена ефективність застосування цитрату кальцію для профілактики остеопорозу (ОП).

Ключові слова: цитрат кальцію, мінеральна щільність кістки, остеопороз.

Summary

USE CITRATE CALCIUM FOR PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN PATIENTS WITH EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS, WHICH TAKE GLUCOCORTICOSTEROIDS

Kravchuk O.E., Dets V.V., Bogdan N.M., Sidorenko I.A.

On a group of patients with early rheumatoid arthritis (ePA), and taking in the complex treatment of glucocorticosteroids (GCS), proved the effectiveness of calcium citrate for the prevention of osteoporosis (OP).

Keywords: calcium citrate, bone mineral density and osteoporosis.

Впервые поступила в редакцию 05.05.2014 г. Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.345-007.272-006-099-092

РОЛЬ РАННИХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ IV СТАДИИ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Миминошвили О.И., Сабодаш А.В., Михайличенко В.Ю.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака НАМН Украины», Донецк, Украина. E-mail: pancreas1978@mail.ru

Нами были прооперированы 82 пациента с раком ободочной кишки IV стадии осложненный ОКН в период с 2005 по 2012 года. Всем больным было выполнено удаление основного очага опухоли по типу Микулича, несмотря на отдаленные метастазы. Больные разделены на 2 группы: в 1 группу — 41 пациент, у которых в последующем не выполнялись восстановительные операции; во 2 группу – 41 пациентов, которым через 35-45 дней после операции

выполнялось восстановление кишечной непрерывности, в том числе у 36 больных внебрюшинно, несмотря на паллиативный характер первичной операции. После выписки из стационара больные получали специфическое лечение в онкодиспансерах.

Через 3, 6 и 9 месяцев выполняли анкетирование пациентов по опроснику качества жизни EORTC QLQ-C30 и сравнивали полученные результаты.

Через 3 месяца после оперативного лечения, в 1 группе свою жизнь как «хорошую» и «удовлетворительную» расценивает 18 пациентов, что составило 43,9 %. Во второй группе данные показатели были – 39 (94,1 %) пациентов. В срок через 6 месяцев в 1 группе количество пациентов с качеством жизни «неудовлетворительное» было 28 (68,3 %), а во 2 группе 3 (7,3 %). Несмотря на то, что количество пациентов «хорошим» и «удовлетворительным» качеством жизни незначительно снизилось в обеих группах, тем не менее, во 2 группе данные показатели были гораздо лучше. В срок через 9 месяцев качество жизни как «хорошее» расценило 3 (7,3 %) пациентов во 2 группе, в 1 – уже не было не одного пациента. «Удовлетворительное» в 1 группе считало 9 (22 %) против 26 (63,8 %) во 2 группе и «неудовлетворительное» 32 (78 %) в 1 группе и 12 (29,3 %). Несмотря на то, что ранее закрытие стомы не влияет на опухолевый процесс, тем не менее, во 2 группе длительность жизни увеличилась на $2,2 \pm 1,4$ месяца по сравнению с 1 группой.

Таким образом, нами получены статистически достоверные улучшения качества жизни у больных с ранним восстановлением непрерывности кишки, как в ранние сроки через 1 месяц, так и на более поздних 6, 9 месяцев и позже. Следует подчеркнуть, что восстановительные операции имеют смысл в улучшении качества жизни пациентов и реабилитации, а также хотя и в незначительном ($2,2 \pm 1,4$ месяц) увеличении срока жизни пациентов. Морфологически подтвержденное нивелирование воспалительных явлений в стенке кишки в сроки 4 недели, позволило нам в ранние сроки 35-45 дней послеоперационного периода выполнять закрытие стом толстой кишки.

Ключевые слова: *обтурационная кишечная непроходимость, качество жизни.*

Одним из наиболее актуальных и дискуссионных аспектов хирургической реабилитации является выбор оптимальных сроков выполнения восстановительных операций. На данный момент времени сроки восстановительных операций не являются строго регламентированными и исчисляются от 2 до 8-10 месяцев [1]. Наложение различного вида колостом на переднюю брюшную стенку является одним из завершающих этапов около 50-80 % радикальных оперативных вмешательств, выполняемых по поводу рака толстой кишки [2, 3]. Использование двухэтапного лечения острой обтурационной толстокишечной опухолевой непроходимости при исключении перитонита, вследствие деструкции стен-

ки кишки, с формированием декомпрессивной колостомы на первом этапе и радикальной операции с одномоментной ликвидацией стомы, выполняемой в специализированном стационаре на втором этапе, позволяет снизить риск послеоперационной летальности, выполнить адекватный объем вмешательства, включая возможность проведения комбинированных и расширенных операций, а также повысить качество жизни таких больных за счет значительного сокращения сроков существования временной колостомы [4].

Цель: изучить роль ранних восстановительных операций при раке ободочной кишки IV стадии, осложнен-

ной кишечной непроходимостью.

Материал и методы

Нами был прооперирован 82 пациента, с раком ободочной кишки IV стадии осложненный ОКН в период с 2005 по 2012 года. Всем больным было выполнено удаление основного очага опухоли по типу Микулича, несмотря на отдаленные метастазы. Больные разделены на 2 группы: в 1 группу — 41 пациент, у которых в последующем не выполнялись восстановительные операции; во 2 группу — 41 пациентов, которым через 35-45 дней после операции выполнялось восстановление кишечной непрерывности, в том числе у 36 больных внебрюшинно, несмотря на паллиативный характер первичной операции. После выписки из стационара больные получали специфическое лечение в онкодиспансерах.

Через 3, 6 и 9 месяцев выполняли анкетирование пациентов по опроснику качества жизни Европейской организации научных исследований и лечения рака — EORTC QLQ-C30 и сравнивали полученные результаты.

Результаты и их обсуждение

Нами при формировании первичной стомы, после радикального удаления первичного очага, отдается преимущество выполнения операции по типу Микулича, с формированием двустольной стомы и задней стенки будущего анастомоза. Техническая простота, надежность, быстрота внебрюшинного закрытия кишечной стомы в данном случае, по-нашему способу обеспечивает малоинвазивное вмешательство, к тому же сама операция по времени занимает 42 ± 11 минут. Поэтому операция легко переносится больными в отличие от релапаротомии и продолжительной, травматичной полостной операции у пациентов группы сравнения. К тому же необходимо подчеркнуть, что в случае несостоятельности швов при закрытии внебрю-

шинное стомы, формируется свищ, который закрывается при консервативной терапии в течении 8-14 дней.

Дискутабельным может быть вопрос о сроках закрытия кишечных стом. Для выбора оптимально ранних сроков возможности хирургического вмешательства на стенке кишки, выведенной за пределы брюшной полости, мы изучили ее морфологические изменения через 1,2,3 и 4 недели.

При анализе морфологической картины и степени выраженности воспаления кишечной стенки представляется возможным сделать вывод, о редукции изначально имеющих воспалительных изменений и уменьшении степени выраженности воспалительно-клеточного инфильтрата.

Морфологическая оценка степени и выраженности воспалительно-клеточного инфильтрата кишечной стенки в зоне кишечной стомы через три недели свидетельствует о незначительных его проявлениях, что создает благоприятные условия для выполнения восстановительного этапа хирургического лечения — закрытие кишечной стомы в ранние сроки. Таким образом на фоне уменьшения воспаления кишечной стенки нами в сроки 35-45 суток после операции, мы производили закрытие стомы. К тому же следует отметить, что в случае выполнения операции по типу Микулича, уже сформирована задняя губа анастомоза и остается сформировать только переднюю.

Через 3, 6 и 9 месяцев выполняли анкетирование пациентов по опроснику качества жизни Европейской организации научных исследований и лечения рака — EORTC QLQ-C30 и сравнивали полученные результаты. Через 3 месяца после оперативного лечения, в 1 группе свою жизнь как «хорошую» и «удовлетворительную» расценивает 18 пациентов, что составило 43,9 %. Во второй группе дан-

ные показатели были – 39 (94,1 %) пациентов. В срок через 6 месяцев в 1 группе количество пациентов с качеством жизни «неудовлетворительное» было 28 (68,3 %), а во 2 группе 3 (7,3 %). Несмотря на то, что количество пациентов «хорошим» и «удовлетворительным» качеством жизни незначительно снизилось в обеих группах, тем не менее во 2 группе данные показатели были гораздо лучше. В срок через 9 месяцев качество жизни как «хорошее» расценило 3 (7,3 %) пациентов во 2 группе, в 1 – уже не было не одного пациента. «Удовлетворительное» в 1 группе считало 9 (22 %) против 26 (63,8 %) во 2 группе и «неудовлетворительное» 32 (78 %) в 1 группе и 12 (29,3 %) в 2 группе. Таким образом мы получили статистически достоверные улучшения качества жизни у больных с ранним восстановлением непрерывности кишки, как в ранние сроки через 1 месяц, так и на более поздних 6, 9 месяцев и позже. Следует подчеркнуть, что несмотря на то, что ранее закрытие стомы не влияет на опухолевый процесс, тем не менее, во 2 группе длительность жизни увеличилась на $2,2 \pm 1,4$ месяца по сравнению с 1 группой. Также необходимо отметить экономическую эффективность раннего восстановления кишечной непрерывности, даже при запущенных стадиях опухоли, связанные с отсутствием стомы. Следует отметить, что 93 % пациентов умирали от основного заболевания в сроки до 18 месяцев, то увеличении полноценной, без стомы, их жизни играет важную социальную роль.

Выводы

Таким образом, нами получены статистически достоверные улучшения качества жизни у больных с ранним восстановлением непрерывности кишки, как в ранние сроки через 1 месяц, так и на более поздних 6, 9 месяцев и позже. Следует подчеркнуть, что восстановительные операции име-

ют смысл в улучшении качества жизни пациентов и реабилитации, а также хотя и в незначительном ($2,2 \pm 1,4$ месяц) увеличении срока жизни пациентов. Морфологически подтвержденное нивелирование воспалительных явлений в стенке кишки в сроки 4 недели, позволило нам в ранние сроки 35-45 дней послеоперационного периода выполнять закрытие стом толстой кишки.

Литература

1. Дарвин В.В. Комплексная программа реабилитации больных с опухолевой обтурационной толстокишечной непроходимостью / В.В. Дарвин, М.М. Лысак, В.В. Васильев // Вестник Сургутского государственного университета.-2009.- №2.-С.76-80.
2. Афендулов С. А. Реконструктивно-восстановительные операции в колопроктологии / С. А. Афендулов, С.А. Тарасенко, Ю. П. Латышев [и др.] // Актуальные вопросы колопроктологии: тез. II съезда колопроктологов России с междунар. участием. – Уфа, – 2007. – С. 479–480.
3. Воробьев Г. И. Основы хирургии кишечных стом / Г. И. Воробьев, П. И. Царьков.– М.: Стольный град, – 2002.– 160 с.
4. Памазкин В.И. Двухэтапная тактика лечения острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / В.И. Памазкин // Вестник Уральской медицинской академической науки.-2009.- №3.-С.116-119.

References

1. Darvin V.V. Complex rehabilitation program of patients with tumor obstruction of large intestinal obstruction / V.V. Darvin, M.M. Lysak, V.V. Vasylyev // Herald of Surgut State University. - 2009. - № 2. - P. 76-80. [Rus.]
2. Afendulov S. A. Reconstructive and

rehabilitation surgeries in coloproctology / S. A. Afendulov, S.A. Tarasenko, I. P. Latyshev [et al.] // Actual questions of coloproctology: thesis of II conference of coloproctologists of Russia with international participation. – Ufa, – 2007. – P. 479–480. [Rus.]

3. Vorobyov G. I. Basis of intestine stomas surgeries / G. I. Vorobyov, P. I. Tsarkov.– M.: Stolnii Grad, – 2002.– 160 p. [Rus.]
4. V. I. Pomazkin Two-stage tactic of treatment of acute bowel obstruction due to colorectal carcinoma / V.I. Pomazkin // Ural Herald of Medical academic science. - 2009. - № 3. - P. 116-119. [Rus.]

Резюме

РОЛЬ РАННІХ ВІДНОВЛЕНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ ПРИ РАКІ ОБОДОВОЇ КИШКИ ІV СТАДІЇ ПІСЛЯ ЛІКВІДАЦІЇ ГОСТРОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Міміношвілі О.І., Сабодаш А.В., Михайліченко В.Ю.

Ціль: вивчити роль ранніх відновних оперативних втручаннями при раці ободової кишки ІV стадії, ускладненого кишковою непрохідністю.

Матеріал і методи дослідження. Нами був прооперовано 82 пацієнта, з раком ободової кишки ІV стадії ускладнений ГKN у період з 2005 по 2013 року. Усім хворим було виконане видалення основного вогнища пухлини по типу Мікуліча, незважаючи на віддалені метастази. Хворі розділені на 2 групи: в 1 групу — 41 пацієнт, у яких надалі не виконувалися відновні операції; в 2 групу – 41 пацієнтів, яким через 35-45 днів після операції виконувалося відновлення кишкової безперервності, у тому числі у 36 хворих внеочередивно, незорючи на паліативний характер первинною операції. Після виписки зі стаціонару хворі одержували специфічне лікування в онкодиспансерах.

Через 3, 6 і 9 місяців виконували анкетування пацієнтів по опитувачеві якості життя EORTC QLQ-C30 і порівнювали отримані результати.

Результати й обговорення.

Через 3 місяця після оперативного лікування, в 1 групі своє життя як «гарну» і «задовільну» розцінює 18 пацієнтів, що склало 43,9 %. У другій групі дані показники були – 39 (94,1 %) пацієнтів. У строк через 6 місяців в 1 групі кількість пацієнтів з якістю життя «незадовільне» було 28 (68,3 %), а в 2 групі 3 (7,3 %). Незважаючи на те, що кількість пацієнтів «гарним» і «задовільним» якістю життя незначно знизилася в обох групах, проте в 2 групі дані показники були набагато краще. У строк через 9 місяців якість життя як «гарне» розцінило 3 (7,3 %) пацієнтів в 2 групі, в 1 – уже не було не одного пацієнта. «Задовільне» в 1 групі вважало 9 (22 %) проти 26 (63,8 %) в 2 групі й «незадовільне» 32 (78 %) в 1 групі й 12 (29,3 %). Незважаючи на те, що раніше закриття стоми не впливає на пухлинний процес, проте, в 2 групі тривалість життя збільшилося на $2,2 \pm 1,4$ місяця в порівнянні з 1 групою.

Висновки. Таким чином, нами отримані статистично достовірні поліпшення якості життя у хворих з раннім відновленням безперервності кишки, як у ранній термін через 1 місяць, так і на більш пізніх 6, 9 місяців і пізніше. Слід підкреслити, що відновні операції мають сенс у поліпшенні якості життя пацієнтів і реабілітації, а також хоча й у незначному ($2,2 \pm 1,4$ місяць) збільшенні строку життя пацієнтів. Морфологічно підтверджене нівелювання запальних явищ у стінці кишки в строки 4 тижня, дозволило нам у ранній термін 35-45 днів післяопераційного періоду виконувати закриття стом товстої кишки.

Ключові слова: *обтураційна кишково непрохідність, якість життя.*

Summary

ROLE OF EARLY RECONSTRUCTIVE OPERATIVE INTERFERENCES IN IV STAGE COLON CANCER AFTER THE LIQUIDATION OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION.

*Miminoshvili O.I., Sabodash A.V.,
Mihailichenko V.Yu.*

Purpose: to study the role of early reconstructive operations in IV stage colon cancer complicated by intestinal obstruction.

Materials and methods. We operated on 82 patients with IV stage colon cancer complicated by the acute intestinal obstruction (AIO) during the period from 2005 to 2012 years. All the patients went through the main focus tumorectomy by Mikulicz despite of the long-term metastases. The patients were divided into two groups: the first group numbered 41 patient that don't went through the reconstructive operations in the future; the second group consisted of 41 patients that in 35-45 days after the surgery went through the intestinal continuity reconstruction, including 36 patients with extraperitoneal reconstruction, in spite of palliative character of primary operation. After the discharge from the hospital the patients got a specific treatment in the oncospensaries.

In 3, 6 and 9 months the patients were questioned with the help of EORTC QLQ-C30 quality of life questionnaire and compared the received results.

Results and discussion. In three months after the surgery treatment their life as "good" and "satisfactory" assesses 18 patients from the first group; it was 43,9 %. In the second group the results numbered 39 (94,1 %) of patients. After the 6-month period in the first group the number of patients with "unsatisfactory" quality of life assessment

was 28 (68,3 %); and in the second one only 3 (7,3 %) of patients. Despite of the number of patients with "good" and "satisfactory" quality of life decreased insignificantly in the both groups, in the second group the rates were significantly better. After the 9-month period 3 (7,3 %) of the patients assessed their quality of life as "good" in the second group; in the first one there were no patients at all. As "satisfactory" in the first group numbered 9 (22 %) against 26 (63,8 %) in the second group and "unsatisfactory" 32 (78 %) in the first one there were 12 (29,3 %). Despite of the early stoma closing that doesn't influence the tumor process, in the second group nevertheless the long life survival increased on $2,2 \pm 1,4$ of months in comparison with the first group.

Conclusions. Thus we achieved statistically reliable facts of improvement of life quality in patients with early recovering of intestinal continuity as during the early periods after 1 month as well as during the later ones, videlicet 6, 9 months and later. Also it should be underlined that the reconstructive surgeries have sense in improvement of patients' quality of life and rehabilitation; and also even not very significant ($2,2 \pm 1,4$ month) increase of patients' survival. From the morphological point of view the confirmed levelling procedure of inflammatory events in the intestine wall during four weeks allowed implementing in the early terms of 35-45 days of postoperative period large intestine stoma closing.

Key words: intestinal obstruction, life quality.

*Впервые поступила в редакцию 05.05.2014 г.
Рекомендована к печати на заседании
редакционной коллегии после рецензирования*

УДК: 616-001:622.81-07-089

ДИНАМИКА УРОВНЯ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАКТИКИ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ШАХТЕРОВ В СТАДИИ ОЖОГОВОГО ШОКА

Солошенко В.В.

ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака НАМН Украины», г. Донецк, burncenter@i.ua

В статье представлено ретроспективное исследование посвященное изучению динамики лейкоцитарного индекса интоксикации в группах обожженных шахтеров, отличающихся по тактике хирургического лечения в стадии ожогового шока. Пациентам основной группы в стадии ожогового шока выполнялась первичная хирургическая обработка ожоговых ран, соответствующих ожогу II степени, с одновременным закрытием послеоперационной поверхности ксенодермотрансплантатами. У этих больных получено статистически значимое снижение лейкоцитарного индекса интоксикации в послеоперационном периоде, в отличие от пациентов группы сравнения, которые находились в клинике до внедрения тактики хирургического лечения в стадии ожогового шока. Полученная зависимость позволяет считать, что оперативное лечение участков поверхностного ожога в стадии шока позволяет уменьшить резорбтивную составляющую синдрома эндогенной интоксикации у обожженных шахтеров.

Ключевые слова: эндогенная интоксикация, хирургическое лечение, ожоговый шок.

Введение

Укрупнение масштабов промышленного производства, его концентрация, рост городов, ведут к тому, что техногенные и природные катастрофы становятся все более масштабными. Если взрывные поражения еще недавно были преимущественно боевой травмой и прерогативой специалистов военной медицины, то в наши дни с патологией взрывного генеза, сопровождающейся термическими поражениями, практически ежедневно приходится встречаться врачам гражданской системы здравоохранения [1]. Эндотоксикоз, обусловленный наличием обширных ожоговых ран, является причиной нарушения функции большинства органов и систем [2, 3]. При этом степень эндогенной интоксикации может определяться аналитическим путем: лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), средние молекулы, сорбционная способность эритроцитов, уровень перекисного окисления, им-

мунные комплексы и др.) и интегральным путем: парамицельный тест, исследование центральной гемодинамики, данные ЭКГ и ЭЭГ и другие [4]. Главной целью оперативного лечения в стадии ожогового шока является скорейшая ликвидация ожоговых ран с целью уменьшения системного воспалительного ответа и эндогенной интоксикации [3]. Для временного закрытия ран различного происхождения широко используются биологические покрытия. В нашей клинике имеется положительный опыт клинического применения ксенодермотрансплантатов отечественного производства в лечении шахтеров, пострадавших при взрывах метано-угольной смеси.

Цель работы – изучить динамику лейкоцитарного индекса интоксикации в группах обожженных шахтеров, отличающихся по тактике оперативного лечения в стадии ожогового шока.