

обумовлює тяжкість течення захворювання у больних острою непрохідністю тонкої кишки. Целью дослідження являється удосконалення результатів лікування больних з острою непрохідністю тонкої кишки шляхом розробки патогенетички обґрунтованої медикаментозної стимуляції шлунково-кишкового тракту після операції на основі морфо-функціональних змін у тонкій кишці та стадії течення захворювання. В експерименті на 53 білих крысах-самцях, 122 прооперованих больних з острою непрохідністю тонкої кишки та 30 медичних карт стаціонарного больноу умерших від цієї патології проведено морфо-функціональні дослідження тонкої кишки, рівня інтоксикації та термінів відновлення моторно-евакуаторної функції шлунково-кишкового тракту. При експериментальній острою непрохідності тонкої кишки в стінці цього органу спостерігалося зниження локального кровообігу, зменшення вмісту АТФ та концентрації іонів Ca^{++} , посилення процесів перекисного окислення ліпідів з паралельним зниженням антиоксидантної захисти. Морфометричні та ультраструктурні дослідження оболонок стінки тонкої кишки при експериментальній острою непрохідності виявило суттєві структурні зміни на всіх рівнях організації. Встановлено, що одним з важливих факторів, який призводить до несприятливих результатів хірургічного лікування больних з острою непрохідністю тонкої кишки, являється пізніше відновлення моторики шлунково-кишкового тракту після операції. Для підвищення ефективності лікування необхідно раніше відновлення моторики тонкої кишки, що призводить до зменшення рівня інтоксикації та корекції порушень загального гомеостазу пацієнта. Представлена медикаментозна стимуляція моторики тонкої кишки з урахуванням стадії метаболічних порушень в стінці органу та течення острою непрохідності тонкої кишки.

Ключові слова: непрохідність кишки, медикаментозна стимуляція моторики.

V.V. Benedykt

Pathogenetic Substantiation of Drug Stimulation of Gastrointestinal Motility after Surgical Treatment in Patients with Acute Small-Bowel Obstruction

I. Ya. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine, E-mail: benedyktvv@gmail.com

Abstract. Motility disorders of the gastrointestinal tract, both prior to surgery and in the postoperative period, determine the severity of the disease in patients with acute small-bowel obstruction.

The objective of the research was to improve treatment outcomes in patients with acute small-bowel obstruction through the development of pathogenesis-based drug stimulation of the digestive tract after surgery on the basis of morphological and functional changes in the small intestine and stage of the disease.

Materials and methods. The study included 53 albino male rats, 122 patients operated on for acute small-bowel obstruction and 30 medical records of hospital patients died due to this disease. Morphological and functional studies of the small intestine, the level of intoxication and duration of recovery of motor-evacuation function of the gastrointestinal tract were conducted.

Results. In experimental acute small-bowel obstruction, in the wall of the small intestine the reduction in local blood flow and concentration of ATP and Ca^{++} ions, enhancement of lipid peroxidation alongside with inhibition of antioxidant defense were observed. Morphometric and ultrastructural study of the small intestinal walls in experimental acute obstruction revealed significant structural changes at all levels. Late recovery of gastrointestinal motility after surgery was found to be one of the important factors leading to adverse results of surgical treatment of this pathology.

Conclusions. The proposed drug stimulation of gastrointestinal motility considering the stage of metabolic disorder in the small intestinal wall and stage of acute small-bowel obstruction should be used for early restoration of gastrointestinal motility which reduces the intensity of intoxication and correction of the patient's homeostasis thereby improving the effect of treatment.

Keywords: bowel obstruction; drug stimulation of motility.

Надійшла 10.08.2016 року.

УДК: 616.37-002-039-06:616.1/4]-039.51

Бідюк Д. М., Фуртак А. І., Микуш А. М.

Рідкісні поєднання пізніх ускладнень гострого панкреатиту з іншими захворюваннями

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії, вул. Пекарська 69, м. Львів, Україна, daryi.bidyuk@gmail.com

Резюме: Гострий панкреатит – важке хірургічне захворювання, яке може супроводжуватись кровотечами з шлунково-кишкового тракту і псевдокістами підшлункової залози, кишковою непрохідністю, перфораціями пептичних виразок. Заслужують на увагу випадки, при яких перерахована патологія була основною причиною госпіталізації, а ураження підшлункової залози (абсцеси, псевдокісти) діагностовано у процесі лікування як фонові захворювання.

Проаналізовано клінічний перебіг та лікування п'яти пацієнтів з наступною основною патологією: перфорації пептичних виразок (2), виразкова кровотеча (1), злукова кишкова непрохідність (1), мієлофіброз, спленомегалія (1). У всіх пацієнтів під час лікування з'явилась симптоматика пізніх ускладнень некротичного панкреатиту у вигляді псевдокісти та абсцесів, які до госпіталізації не були діагностовані і характеризувались асимптоматичним перебігом. З анамнезу встановлено, що усі описані хворі в минулому лікувались і були виписані з хірургічних стаціонарів з діагнозом «гострий панкреатит».

Заакцентовано увагу на можливість неконтрольованого асимптоматичного розвитку пізніх ускладнень гострого панкреатиту, які в подальшому проявляються як фонові патології і обтяжують перебіг інших захворювань.

Ключові слова: гострий панкреатит, ускладнення гострого панкреатиту.

Актуальність: Гострий панкреатит – важке хірургічне

захворювання, яке частото супроводжується ускладненнями, інвалідизацією та високою летальністю. Панкреатит – гострий чи хронічний – може ускладнюватись шлунково-кишковими кровотечами, кровотечами з псевдокіст підшлункової залози, кишковою непрохідністю, перфорацією пептичних виразок. Заслужують на увагу випадки, при яких перерахована патологія є основною причиною госпіталізації, а ураження підшлункової залози (абсцеси, псевдокісти), діагностовано в процесі лікування як фонові захворювання.

Мета: на основі аналізу власних клінічних випадків закцентувати увагу на можливості розвитку непанкреатичної патології (пептичні виразки з перфораціями та кровотечами, кишкова непрохідність, мієлофіброз, спленомегалія) на фоні персистуючих пізніх ускладнень гострого панкреатиту.

Матеріали та методи

Проспективний аналіз та опис 5-ти клінічних випадків захворювань, на фоні яких випадковою знахідкою були пізні ускладнення гострого панкреатиту. Пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні в період з 2014 до 2016 рр. в хірургічних відділеннях комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Усім пацієнтам проводилось загальноклінічні та інструментальні обстеження: УЗД, рентгено-

графія; ситуативно - фіброгастроскопія, комп'ютерна томографія.

Результати

Упродовж одного року у різні стаціонарні відділення поступило 5 пацієнтів з верифікованою патологією: пептична виразка шлунка, ускладнена перфорацією (2), пептична виразка шлунка, ускладнена кровотечею (1), гостра злукова кишка непрохідність (1), мієлофіброз, спленомегалія (1). В усіх перелічених пацієнтів діагноз був верифікований клінічно, інструментально та субопераційно. Слід зазначити, що у кожному описаному випадку в анамнезі виявлявся гострий панкреатит, який після проведеної в стаціонарних умовах терапії, був вилікуваний. Попри це, у 2 пацієнтів з перфорацією пептичних виразок шлунка, супутньо у одного з них було виявлено псевдокісту підшлункової залози та панкреатичний абсцес - у другого. Псевдокіста підшлункової залози була виявлена на КТ під час доопераційної підготовки. Виконано ушивання перфоративного отвору, зовнішнє дренивання псевдокісти та дренивання черевної порожнини.

У другого пацієнта з перфорацією виразки шлунка симптоматика абсцесу проявила себе вже після первинного ушивання і зумовила повторну операцію.

Ще один пацієнт поступав з ознаками кровотечі із виразки дванадцятипалої кишки. Патологію вдалося опанувати консервативними та ендоскопічними методами лікування. Через тиждень після гемостазу у хворого стрімко розвинулася клініка обтураційної жовтяниці, яка була зумовлена псевдокістою головки підшлункової залози. Подальше черезшкірне дренивання псевдокісти забезпечило виздоровлення пацієнта.

Наступний пацієнт поступав у хірургічний стаціонар з маніфестуючою клінічною картиною злукової кишкової непрохідності, яку сановано шляхом атрезіолізу в ділянці тонкої кишки. В післяопераційному періоді з'явилась симптоматика системної запальної відповіді, джерелом якої був виявлений на КТ „старий” панкреатичний абсцес. Пацієнту успішно виконано черезшкірне пункційне дренивання.

Остання пацієнтка переведена з гематологічного відділення із верифікованим мієлофіброзом, спленомегалією. В процесі лікування розвинулася абдомінальна симптоматика, яка була зумовлена кровотечею в псевдокісту хвоста підшлункової залози. Патологія верифікована ангіографічно та санована шляхом ендovasкулярної емболізації ураженої судини.

Слід наголосити, що усі пацієнти не мали при поступленні очевидної симптоматики гострого панкреатиту; вона проявилась як фонова патологія в процесі лікування основних захворювань.

Обговорення

Проблеми пізніх ускладнень гострого панкреатиту, які є приводом для ургентної госпіталізації та лікування, описані в медичній літературі [2, 6, 9, 11, 12]. Зокрема, спостерігаються випадки паралітичної та механічної кишкової непрохідності [4], шлунково-кишкових кровотеч [7], перфорацій виразок [10]. Перелічена патологія фігурує як ускладнення основного захворювання – гострого панкреатиту, який і є об'єктом первинної хірургічної агресії [1, 3, 5, 8]. Ми навели клінічні випадки, які первинно проявлялися без симптоматики гострого панкреатиту та його ускладнень (псевдокісти, абсцеси). За даними анамнезу панкреатична патологія на попередніх етапах лікування була вилікувана. Але, як показують наші спостереження (5 випадків упродовж року), вони були “заліковані” до рівня асимптоматичного перебігу. Симптоматика таких абсцесів та псевдокіст почала проявляти себе на фоні інших захворювань, що ускладнювало перебіг та потребувало корекції діагностично-лікувальної програми.

Висновки

1. Сучасна терапія гострого панкреатиту поліпшує результативність лікування захворювання, але водночас відтермінує розвиток ускладнень у формі абсцесів та псевдокіст.

2. Розвиток пізніх ускладнень гострого панкреатиту може протікати неконтрольовано та асимптоматично.

3. Спостерігаються випадки гострої хірургічної патології, при якій ускладнення деструктивного панкреатиту починають маніфестувати як фонова патологія, змінюючи та обтяжуючи перебіг основного захворювання.

Перспективи подальших досліджень у даному напрямку Подальше вивчення та удосконалення діагностики і лікування ускладнень гострого панкреатиту.

Література

1. Андрющенко Д. В. Гострий панкреатит, як мультидисциплінарна проблема невідкладної хірургії / Д. В. Андрющенко // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”. – 2014. – №2(50). – С. 26-30.
2. Бідюк Д. Клініко-епідеміологічні характеристики пізніх ускладнень гострого панкреатиту / Д. Бідюк, А. Фуртак // Праці НТШ. Мед. Науки. - 2015. - Т. XLIII. - С. 94-100.
3. Криворучко І. А. Класифікація гострого панкреатиту: перегляд інтернаціональним консенсусом у 2012 р., класифікації, прийнятої в Атланті / І. А. Криворучко, В. М. Копчак, О. Ю. Усенко // Клінічна хірургія. - 2014 - №9. - ст. 19-24.
4. Патологія дванадцятипалої кишки при деструктивному панкреатиті / Д. М. Бідюк, В. П. Андрющенко, Ю. С. Лисюк [та ін.] // Буковинський медичний вісник. - 2001. - Т. 5. - №3. - Ст. 6-8.
5. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / Peter A Banks, Thomas L Bollen [et al.] // Gut. - 2013. - №62. – P. 102-111.
6. Eliason K. Endoscopic ultrasound-guided transmural drainage of infected pancreatic necrosis developing 2 years after acute pancreatitis / K. Eliason, D.G. Adler // Endoscopic Ultrasound J – 2015. - №4(3) – P. 260-265.
7. Gastrointestinal bleeding in acute pancreatitis: etiology, clinical features, risk factors and outcome / S.S. Rana, V. Sharma, D.K. Bhasin [et al.] // Trop Gastroenterol. - 2015. - 36(1): 31-5.
8. Gutzinger P. Management der akuten Pankreatitis / P.Gutzinger // Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen. - 2010. - №8 (1) - P. 14-18.
9. Mediastinal pancreatic pseudocyst with hemorrhage and left gastric artery pseudoaneurysm, managed with left gastric artery embolization and placement of percutaneous trans-hepatic pseudocyst drainage [Електронний ресурс] / P. Brahmhatt, J. McKinney, J. Litchfield [et al.] // Gastroenterol Rep (Oxf). – 2014. – P. 1-5.
10. Laparoscopic treatment experience of severe acute pancreatitis complicated by peptic ulcer perforation / J.Y. Sun, D.J. Sun, X.J. Li [et al.] // Eur Rev Med Pharmacol Sci. – 2016. - №20(2) – P. 285-90.
11. Risk Factors and Clinical Course of Pancreatic Fluid Collections in Acute Pancreatitis / Mei Lan Cui, Kook Hyun Kim, Ho Gak Kim [et al.] // Dig Dis Sci J. - 2013. - №59(5) – P. 1055-1062.
12. Upchurch E. Local complications of acute pancreatitis / E. Upchurch // Br J Hosp Med (Lond) - 2014. - №75(12) – P. 698-702.

Бідюк Д. М., Фуртак А. І., Микущ А. М.

Редкие сочетания поздних осложнений острого панкреатита с другими заболеваниями

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, кафедра общей хирургии, ул. Пекарская 69, г. Львов, dariy.bidyuk@gmail.com

Резюме: Острый панкреатит - тяжелое хирургическое заболевание, которое может сопровождаться кровотечениями из желудочно-кишечного тракта и псевдокист поджелудочной железы, кишечной непроходимостью, перфорациями пептических язв. Заслуживают внимания случаи, при которых перечисленная патология была основной причиной госпитализации, а поражение поджелудочной железы (абсцессы, псевдокисты), диагностировано в процессе лечения как фоновые заболевания.

Проанализировано клиническое течение и лечение пяти пациентов со следующей основной патологией: перфорации пептических язв (2), язвенное кровотечение (1), спаечная кишечная непроходимость (1), миелофиброз, спленомегалія (1). У всех пациентов во время лечения манифестировала симптоматика поздних осложнений

некротического панкреатита в виде псевдокист и абсцессов, которые до госпитализации не были диагностированы и характеризовались асимптоматичным течением. Из анамнеза установлено, что все описанные больные в прошлом лечились и были выписаны из хирургических стационаров с диагнозом "острый панкреатит".

Акцентируется внимание на возможность неконтролируемого асимптоматичного развития поздних осложнений острого панкреатита, которые в дальнейшем проявляются как фоновая патология и отягощают течение других заболеваний.

Ключевые слова: острый панкреатит, осложнение острого панкреатита.

D.M Bidiuk, A.I. Furtak, A.M. Mykush

Rare Combinations of Late Complications of Acute Pancreatitis and Other Diseases

Department of General Surgery, Danylo Halatsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine, Clinical Municipal Communal Emergency Hospital, Lviv, Ukraine, E-mail: dariy.bidyuk@gmail.com

Abstract. Acute pancreatitis is a severe surgical disease which can be accompanied by gastrointestinal bleeding and bleeding from

pancreatic pseudocysts, bowel obstruction, and perforations of peptic ulcers. The cases in which the aforementioned pathological processes were the main cause of hospitalization and lesions of the pancreas (abscess, pseudocyst) were diagnosed during treatment as a background disease are noteworthy. Clinical development and treatment of the disease were analyzed in 5 patients with the following basic pathologies: perforations of peptic ulcers (2 patients), ulcerous bleeding (1 patient), adhesive bowel obstruction (1 patient), myelofibrosis, splenomegaly (1 patient). During treatment, all the patients developed symptoms of late complications of necrotizing pancreatitis in the form of pseudocysts and abscesses which were not diagnosed before hospitalization and were characterized by an asymptomatic course. Based on the anamnesis it was revealed that all the patients were previously treated in surgical department with the diagnosis of acute pancreatitis. The possibility of an uncontrolled asymptomatic development of late complications of acute pancreatitis which further manifest themselves as background pathology and aggravate the course of other diseases was emphasized.

Keywords: acute pancreatitis; complication of acute pancreatitis

Надійшла 06.06.2016 року.

УДК 617.557-007.43

Білянський Л. С., Абу Шамсія Р. Н., Дубенко С. М., Васильєв А. В., Кравченко Т. Г., Кальченко А. Д.

Удосконалення технічних прийомів лапароскопічної герніопластики

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, кафедра хірургії №1, Київська міська клінічна лікарня №18

Резюме. Мета. Поліпшити результати лікування пацієнтів на первинну пахвинну грижу шляхом вдосконалення технічних прийомів виконання лапароскопічного хірургічного втручання.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективний аналіз 125 відеолапароскопічних операцій з приводу пахвинної грижі у 112 (89,6%) чоловіків і 13 (10,4%) жінок, віком 17 – 84 (57±19,8) років за методикою трансабдомінальної преперитонеальної пластики (ТАПП) за період з 2013 по 2015 роки. Досліджувалися місце та довжина розрізу очеревини, якість гемостазу при використанні енергії монополярних інструментів та біполярних, використовуючи енергію електроварювання живих тканин обладнанням «Патонмед», техніка та повнота виділення грижового мішка, вибір типу протеза, його розміри, спосіб фіксації сітки та зашивання очеревини.

Висновки: 1. Застосування для мобілізації та відновлення цілісності очеревини біполярних ножиць з енергією електроварювального обладнання «Патонмед» дозволяє виконати мінімальний розріз очеревини, практично виключити геморагічні ускладнення та прискорити етап відновлення очеревини. 2. Виникнення хронічного післяопераційного пахвинного болю пов'язане з методикою фіксації протезу за допомогою стиплерів. 3. Використання самофіксуєючих сіток при лапароскопічній протезній пластичі за методикою ТАПП дозволяє уникнути гематом, знизити кількість сером, не викликає хронічного пахвинного болю в післяопераційному періоді. 4. Методика електроварювання м'яких тканин та сучасних протезних матеріалів дозволяє зменшити матеріальні витрати на операцію, що сприяє більшій популяризації лапароскопічного втручання.

Вступ. Щорічно у світі виконується понад 2 млн. хірургічних втручань з приводу гриж черевної стінки, з них з приводу пахвинної грижі – 80%, що складає 10 - 15% всіх оперативних втручань [1]. В Україні щорічно виконується понад 90 тис. операцій з приводу гриж, з них з приводу пахвинної грижі - 65-70% [2]. Слід відзначити, що вартість витратних матеріалів для лапароскопічної герніопластики в умовах сучасної економічної ситуації залишається досить

високою, що пов'язано з необхідністю застосування сучасних сітчастих протезів, стиплерів та шовного матеріалу. Використання новітніх технологій, а саме, самофіксуєючих протезів та технології електроварювання м'яких тканин дають можливість зменшити витрати на лапароскопічну герніопластику, не втрачаючи якості, що може сприяти її більшій популяризації. Однією з актуальних проблем трансабдомінальної преперитонеальної пластики (ТАПП) пахвинного каналу є вдосконалення техніки розсічення та мобілізації очеревини, досягнення надійного гемостазу, вибір типу протезу, його фіксація та методика зашивання очеревини.

Мета роботи: поліпшення результатів лікування пацієнтів на первинну пахвинну грижу шляхом вдосконалення технічних прийомів виконання лапароскопічного хірургічного втручання.

Матеріали і методи

Проведено ретроспективний аналіз 125 відеолапароскопічних операцій з приводу пахвинної грижі у 112 (89,6%) чоловіків і 13 (10,4%) жінок, віком 17 – 84 (57±19,8) років за методикою ТАПП на базі кафедри хірургії № 1 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця за період з 2013 по 2015 роки. Предметом дослідження були місце та довжина розрізу очеревини, якість гемостазу при використанні енергії монополярних та біполярних інструментів, техніка та повнота виділення грижового мішка, яка передбачала б мінімізацію травми елементів сім'яного канатика при пахвино-каліткової грижі та максимальне збереження очеревини, вибір типу протеза та його розміри, спосіб фіксації сітки та зашивання очеревини.

Для виконання пластики у 80 пацієнтів проводився горизонтальний, або напівовальний розріз очеревини над латеральною і медіальною пахвинними ямками, довжиною від 10 до 14 см за допомогою лапароскопічного гачка, чи монополярних ножиць. Формувалося ложе протезу шляхом препарування очеревини за традиційною методикою до рівня стегової ямки і