

- C. 50-51.
 Лечение и профилактика повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии /М.Е.Ничитайло //Здоров'я України. - 2013. - №2. - С. 34-35.
 Эндоскопические технологии - метод профилактики осложнений /В.Я.Генюк //Эндоскопическая хирургия. - 2008. - №3 - С. 13-15.
 de Silva M. Management and prevention of iatrogenic bile duct injury /de Silva M. //The Sri Lanka Journal of Surgery. - 2010. - Vol.28. - P. 13-21.
 Gouma D.J. Conversion from laparoscopic to open cholecystectomy /D.J.Gouma /The Netherlands British Journal of Surgery. - 2006. - Jul. - P. 905-906.
 Norman O.M. Biliary Complications Post Laparoscopic Cholecystectomy: Mechanism, Preventive Measures, and Approach to Management: A Review /O.M.Norman //Diagnostic and Therapeutic Endoscopy. - 2011. - April. - P. 9.
 Surgical rates and operative mortality for open and laparoscopic cholecystectomy in Maryland /A.Steiner, B.Bass, A.Talamini [et al.] //Thr. New England Journal of Medicine. - 1994. - Feb. - P. 403-408.

Герич И.Д., Огурцов О.В., Федоров В.Ю., Семань Т.Е.

АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, КАК ФАКТОР РИСКА ИНТРАОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ

Резюме. В статье представлены результаты анализа объективных обстоятельств, которые затрудняют выполнение ЛХЭ, или угрожают возникновением интраоперационных осложнений при хирургической патологии желчного пузыря. Ретроспективно за 2009 - 2013 гг. обработано 3665 протоколов лапароскопических оперативных вмешательств по поводу хирургической патологии желчного пузыря. Отобраны и проанализированы 30 клинических случаев, подпадающих под критерии исследования и трактовки "тяжелая лапароскопическая холецистэктомия". Все указанные оперативные вмешательства проводились с техническими трудностями и выполнялись по поводу ОКХ (14 случаев, 47%), ХКХ (11, 37%) или ХКХ сочетанного с холедохолитиазом (5, 17%). Своеобразным объективным обоснованием тяжести ЛХЭ стала высокая инцидентность вынужденного перехода на открытое оперативное вмешательство, которое в анализируемой группе составила 42% (13 из 40 случаев). Учитывая различный генез указанных изменений и их потенциальное негативное влияние на сложность выполнения оперативного вмешательства, мы стратифицировали топографо-анатомические изменения гепатодуоденальной зоны на 3 группы.

Ключевые слова: калькулезный холецистит, лапароскопическая холецистэктомия, осложнения.

Gerych I.D., Ogurtsov O.V., Fedorov V.Y., Seman T.E.

ANATOMICAL AND TOPOGRAPHICAL CIRCUMSTANCES, AS AN INTRAOPERATIVE RISK FACTOR FOR COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

Summary. This article presents an analysis of the results of the objective circumstances, which complicate the laparoscopic cholecystectomy procedure, or threaten the occurrence of intraoperative complications in the surgical pathology of gallbladder. In the retrospective study for 2009-2013, 3665 laparoscopic protocols from surgical interventions in the gallbladder pathology were made. From all the protocols, 30 clinical cases which were subject to the study criteria were chosen, questioned and analyzed. All the surgical interventions were carried out with technical difficulties and were performed in cases of: acute cholecystitis (14 cases; 47%), chronic cholecystitis (11; 37%) or in the chronic cholecystitis combined with choledocholithiasis (5; 17%). The objective justification of the laparoscopic cholecystectomy severity was high incidence of forced conversions into open surgery, which in the test group was 42% (13 of 40 cases). Considering the different genesis of the mentioned changes and their potential negative impact on the complexity of surgical intervention we have distinguished the topographical and anatomical changes of the hepatoduodenal zone and divided them into 3 groups.

Key words: calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, complications.

Стаття надійшла до друку 13.12.2013р.

Герич Ігор Діонісійович - д.м.н., проф., завідувач кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 050 674-97-71; +38 032 275-05-80; igor.gerych@gmail.com

Огурцов Олександр Володимирович - клініч. ординатор кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 067 424-66-99; o.ogurtsov@gmail.com

Федоров Володимир Юрійович - аспірант кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 093 326-90-85; fedorov87@mail.ru

Семань Томаш Євгенович - клініч. ординатор кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 063 844-36-47; tomasz.seman@gmail.com

© Гур'єв С.О., Соловійов О.С., Танасієнко П.В.

УДК: 616-001-031.82:616.98-092.19]-6:616.9

Гур'єв С.О., Соловійов О.С., Танасієнко П.В.

Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України (вул. Братиславська 3, м. Київ, Україна, 00100)

ВІЛ-ПОЗИТИВНІ ПОСТТРАВМАТИЧНІ ПОЛІТРАВМОЮ: ДІАГНОСТИКА ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ

Резюме. Зростання множинної та поєднаної травми в структурі ушкоджень населення спостерігається в усьому світі, при тому смертність внаслідок політравми не тільки не зменшується, а невпинними темпами зростає. У діагностиці гнійно-септичних ускладнень політравми крім клінічних параметрів, інструментальних методів на перший план виступають лабора-

торні методи діагностики, результати яких можуть використовуватися для визначення подальшої тактики лікування, оцінки його проведення терапії та прогнозування перебігу травматичної хвороби. Метою дослідження було вивчення прокальцитоніну крові як маркера запалення у постраждалих з політравмою з наявністю або відсутністю ВІЛ-інфекції. Для виконання мети дослідження ми проаналізували діагностику та лікування 74 постраждалих з політравмою та одним з інфекційних ускладнень, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в одній з міських лікарень. Визначення кількісного вмісту ПКТ крові є цінним діагностичним маркером ранньої діагностики інфекційних ускладнень у постраждалих з політравмою. Однак, у постраждалих з політравмою та ВІЛ-інфекцією його діагностична цінність різко падає. Наведені нами дані тільки підтверджують неможливість використання даного маркера запалення у постраждалих з ВІЛ-інфекцією та політравмою. На нашу думку, це пов'язано з іншими імунологічними механізмами запалення у постраждалих з ВІЛ-інфекцією.

Ключові слова: політравма, інфекційні ускладнення, прокальцитонін.

Вступ

Зростання множинної та поєднаної травми в структурі ушкоджень населення спостерігається в усьому світі, при тому смертність внаслідок політравми не тільки не зменшується, а невпинними темпами зростає [Frink et al., 2009]. Аналіз ситуації з летальністю внаслідок політравми вказує на певну зміну причин виникнення летального результату перебігу травматичного процесу. Якщо раніше, ще 10-15 років тому основною причиною смерті був шок і його наслідки, то зараз все більше причиною смерті є ускладнення травматичної хвороби септичного характеру, або за сучасною термінологією інфекційного характеру [Золотухин и др., 2011]. Інфекційні ускладнення перебігу травматичного процесу у постраждалих з політравмою з сучасних поглядів є не тільки наслідком поліорганної недостатності, а й дуже часто причиною такої недостатності, що докорінно змінює клінічну тактику з профілактики та лікування постраждалих [Галимов и др., 2010; Adams, 2011].

У діагностиці гнійно-септичних ускладнень політравми крім клінічних параметрів, інструментальних методів на перший план виступають лабораторні методи діагностики, результати яких можуть використовуватися для визначення подальшої тактики лікування, оцінки його проведення терапії та прогнозування перебігу травматичної хвороби [Гуманенко, 2010]. Протягом багатьох років маркерами інфекційного процесу вважали лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ і рівня глюкози в крові, але в останні роки все частіше вказується на більш ефективні й точні маркери гнійно-септичного процесу. До цих предикторів відносять рівень вільного прокальцитоніну (ПКТ) крові. Визначення ПКТ крові у травмованих постраждалих є одним з найбільш ранніх маркерів розвитку інфекційного процесу у постраждалих з політравмою, однак, чи можемо ми розраховувати на його діагностичну цінність у постраждалих з ВІЛ-інфекцією. Нажаль, в доступній літературі ми не знайшли повідомлень про ефективність вищезазначеного маркера гнійно-септичного процесу у ВІЛ-інфікованих постраждалих, що і стало метою нашого дослідження.

Метою дослідження було вивчення прокальцитоніну крові як маркера запалення у постраждалих з політравмою з наявністю або відсутністю ВІЛ-інфекції.

Матеріали та методи

Для виконання мети дослідження ми проаналізували діагностику та лікування 74 постраждалих з політрав-

мою та одним з інфекційних ускладнень, що знаходяться на стаціонарному лікуванні в одній з міських лікарень. Чоловіків було 51 чоловік (68,92%), жінок відповідно 23 (31,08%). Вік хворих коливався від 18 до 66 років. У 44 постраждалих (59,46 %) причиною політравми було ДТП, у 19 постраждалих (25,67%) - кримінальна травма, у 10 - побутова травма, у 1 - причина травми невідома. Важкість стану оцінювали за шкалою APACHE-II. При надходженні до стаціонару вона в середньому склала $29 \pm 3,5$ балів, а тяжкість отриманої травми за шкалою ISS була $34 \pm 3,1$ бала. Всі постраждалі були поділені на 2 групи. У першу групу увійшли 48 постраждалих з політравмою, інфекційним ускладненням і негативною реакцією на ВІЛ, у другу групу 26 постраждалих з політравмою та інфекційним ускладненням з верифікованою ВІЛ-інфекцією. ВІЛ-інфіковані постраждалі визначалися або в процесі вербального контакту (визнання пацієнта і родичів) або ж в результаті експрес-діагностики. Всім постраждалим визначалися кількісні показники прокальцитоніну (ПКТ) в 3 та 10 добу лікування. Для кількісного визначення рівня ПКТ в крові постраждалих застосовувався маркер, виготовлений комерційною фірмою BRAHMS Diagnostica GmbH, Berlin, Germany.

Результати. Обговорення

На атаку будь-якого агента організм відповідає загальною пристосувальною реакцією в інтересах цілісного організму. Реакції можуть формуватися відразу або протягом якогось часу. Розгортання в часі дії агента і формування відповідних реакцій визначають характер перебігу захворювання. Зростання концентрації ПКТ починається тільки в разі нашарування суперінфекції. ПКТ-тест може бути використаний для диференціації бактеріальної суперінфекції і запальної відповіді лихоманкою (flare-ups). Для дослідження чутливості ПКТ крові ми виміряли його кількісні значення в 3 добу лікування. Дані представлені в таблиці 1.

Аналізуючи дані представлені в таблиці 1 ми прийшли до висновку, що в обох групах дослідження на першому ранговому місці постраждалий з рівнем ПКТ 1-1,5 нг / мл. Це прикордонний з нормою показник, який свідчить про відповідь організму на травму. На другому ранговому місці в обох групах розмістилися постраждалий з нормальним рівнем ПКТ (0,5-1 нг/мл). На третьому ранговому місці в першій групі розмістилися постраждалий з рівнем ПКТ 1,5-2 нг/мл. Серед цих

Таблиця 1. Рівень прокальцитоніну крові у постраждалих досліджуваних груп в 3 добу лікування.

Рівень ПКТ нг/мл	1 група		Ранг	2 група		Ранг
	абс.	%		абс.	%	
0-0,5	-	-	-	4	15,38	3
0,5-1	11	22,92	2	7	26,92	2
1-1,5	30	62,50	1	12	46,15	1
1,5-2	4	8,33	3	3	11,54	4
2-5	3	6,25	4	-	-	-
5-10	-	-	-	-	-	-

Таблиця 2. Розрахункові значення вірогідності показників зв'язку.

Показник	Значення показника	Вірогідність
Показник взаємного сполучення ϕ^2	0,0113	+
Поліхоричний показник зв'язку С	0,0129	+
Критерій вірогідності Пирсона χ^2	4,158	+

Таблиця 3. Рівень прокальцитоніну крові у постраждалих досліджуваних груп на 10 добу лікування.

Рівень ПКТ нг/мл	1 група		Ранг	2 група		Ранг
	абс.	%		абс.	%	
0-0,5	-	-	-	4	15,38	3
0,5-1	2	4,17	5	10	38,46	2
1-1,5	9	18,75	2	11	42,31	1
1,5-2	29	60,42	1	1	3,85	4
2-5	5	10,42	3	-	-	-
5-10	3	6,25	4	-	-	-

потерпілих надалі в 80% випадків розвинулися вісцеральні інфекційні ускладнення. На третьому ранговому місці у другій групі відзначені постраждалі з нормальним рівнем ПКТ (0-0,5 нг/мл). Четверте рангове місце в першій групі займають постраждалі з високим рівнем ПКТ, що вказувало в 100% випадків на розвиток інфекційного ускладнення. Потрібно відзначити, що в обох групах дослідження приблизно рівна кількість постраждалих мають нормальні або субнормальні показники ПКТ у крові в перебігу третьої доби лікування. Це вказує на той факт, що бактеріальні механізми агресії ще не запущені, і йде боротьба організму з шоком. Розрахункові значення вірогідності показників зв'язку виявилися наступними (табл. 2).

Аналіз дослідження рівня ПКТ на 10 добу показав дещо іншу картину. Отримані дані представлені в таблиці 3.

Аналізуючи дані таблиці 3 ми прийшли до висновку,

Список літератури

Галимов О.В. Пути решения проблемы профилактики и лечения больных с гнойными осложнениями травм конечностей /О.В.Галимов, С.Р.Туйсин, Т.З.Закиев //Хирург. - 2010. - №6. - С. 14-17.
Гуманенко Е.К. Политравма: шок - сис-

темный воспалительный ответ - полиорганная дисфункция/недостаточность - сепсис /Е.К.Гуманенко, В.Ф.Лебедев, А.А.Рудь //Пироговская хирургическая неделя: материалы Всероссийского форума / [отв. ред. П.К. Яблонский]. - СПб.:

Изд-во СПбГУ, 2010. - С. 747-748.
Золотухин С.Е. Особенности развития бактериемии и сепсиса при гнойно-воспалительных осложнениях травматической болезни /С.Е.Золотухин, Д.С.Битюков, Н.Н.Шпаченко //Травма. - 2011. - Т.12, №3.

що в першій групі на першому ранговому місці постраждали з рівнем ПКТ 1,5-2 нг/мл. Кількість яких склала більше 60%. Серед них у подальшому у 21 (72,41%) розвинулися вісцеральні інфекційні ускладнення, у 6 (20,69%) - місцеві, а у 1 (3,45%) - сепсис. У другій групі перше рангове місце займають постраждалі з рівнем ПКТ 1-1,5 нг/мл, яких налічувалося більше 42%. Серед них у 54,54% постраждалих розвинулися вісцеральні інфекційні ускладнення і у 9,09% місцеве інфекційне ускладнення. На другому ранговому місці постраждалі з рівнем ПКТ рівним 1-1,5 нг/мл. Серед них у 3 (33,33%) розвинулися вісцеральні інфекційні ускладнення, у 2 (22,22%) - місцеві інфекційні ускладнення. На третьому ранговому місці виявлені постраждалі з рівнем ПКТ 2-5 нг/мл, серед яких у 100% в подальшому діагностовано одне з інфекційних ускладнень, а у 3 постраждалих з рівнем ПКТ 5-10 нг/мл розвинувся сепсис. Дещо інша картина у постраждалих в другій групі. Так, у 25 постраждалих (96,15%) були виявлені нормальні або субнормальні показники ПКТ крові, і лише в 1 постраждалого було виявлено підвищення ПКТ до 1,6 нг/мл. Однак у 20 (76,92%) з них були виявлені вісцеральні інфекційні ускладнення, у 3 - наявні місцеві гнійні ускладнення, ще у 3 (11,53) виявлені клінічні ознаки сепсису.

Таким чином, підсумовуючи вище приведені дані потрібно вказати, що визначення кількісного вмісту ПКТ крові є цінним діагностичним маркером ранньої діагностики інфекційних ускладнень у постраждалих з політравмою. Однак, у постраждалих з політравмою та ВІЛ-інфекцією його діагностична цінність різко падає.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Тест на ПКТ крові є цінним діагностичним дослідженням у постраждалих з політравмою та може використовуватися для діагностики інфекційних ускладнень.

2. Рівень ПКТ є раннім діагностичним маркером з високою специфічністю, що дозволяє прогнозувати перебіг травматичної хвороби.

3. Діагностична цінність рівня ПКТ крові у постраждалих з ВІЛ-інфекцією не висока і не може з певністю застосовуватися цієї категорії хворих.

Наведені нами дані тільки підтверджують неможливість використання даного маркера запалення у постраждалих з ВІЛ-інфекцією та політравмою. На нашу думку, це пов'язано з іншими імунологічними механізмами запалення у постраждалих з ВІЛ-інфекцією. Саме вивчення цих механізмів і будуть присвячені наші подальші дослідження.

- Adams CA Jr. Sepsis biomarkers in polytrauma patients /C.A.Adams //Crit Care Clin. - 2011. - Vol.27(2). - P. 345-54.
- Liu Y. Risk factors of mortality in severe chest trauma patients /Y.Liu, D.Y.Du, X.Hu //Zhongguo Yi Xue Ke Xue Yuan Xue Bao. - 2013. - Vol.35(1). - P. 74-9.
- Polytrauma management - a single centre experience /M.Frink, C.Zeckey, P.Mommsen [et al.] //Injury. - 2009. - Vol.40 (Suppl 4). - S. 5-11.

Гурьев С.Е., Соловьев А.С., Танащенко П.В.

ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ПОСТРАДАВШИЕ С ПОЛИТРАВМОЙ: ДИАГНОСТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Резюме. Рост множественной и сочетанной травмы в структуре поврежденных населения наблюдается во всем мире, при этом смертность вследствие политравмы не только не уменьшается, а неудержимо растет. В диагностике гнойно-септических осложнений политравмы кроме клинических параметров, инструментальных методов на первый план выступают лабораторные методы диагностики, результаты которых могут использоваться для определения дальнейшей тактики лечения, оценки его проведения терапии и прогнозирования течения травматической болезни. Целью исследования было изучение прокальцитонина крови как маркера воспаления у пострадавших с политравмой с наличием или отсутствием ВИЧ-инфекции. Для выполнения цели исследования мы проанализировали диагностику и лечение 74 пострадавших с политравмой и одним из инфекционных осложнений, находящихся на стационарном лечении в одной из городских больниц. Определение количественного содержания ПКТ крови является ценным диагностическим маркером ранней диагностики инфекционных осложнений у пострадавших с политравмой. Однако, у пострадавших с политравмой и ВИЧ-инфекцией его диагностическая ценность резко падает. Приведенные нами данные только подтверждают невозможность использования данного маркера воспаления у пострадавших с ВИЧ-инфекцией и политравмой. По нашему мнению, это связано с другими иммунологическими механизмами воспаления у пострадавших с ВИЧ - инфекцией.

Ключевые слова: политравма, инфекционные осложнения, прокальцитонин.

Guriev S.O., Soloviov A.S., Tanasienko P.V.

AIDS-POSITIVE VICTIMS WITH A POLYTRAUMA: DIAGNOSTICS OF INFECTIOUS COMPLICATIONS

Summary. Increase in the number of multiple trauma injuries in the structure of the population not only does not decrease but rather increases rapidly. In the diagnosis of purulent-septic complications of multiple trauma in clinical settings, instrumental methods come to the fore laboratory diagnostic methods, with results that can be used to determine further treatment strategy, evaluation of treatment and predict the course of traumatic disease. The aim of the study was to investigate procalcitonin in blood as a marker of inflammation in patients with polytrauma with the presence or absence of HIV infection. In order to fulfill the purpose of research, we analyzed the diagnosis and treatment of 74 victims of polytrauma and other infectious complications are hospitalized in one of the city hospitals. PKT test is a promising marker because of its high sensitivity and specificity, but it is not suitable for use with victims of HIV infection. Our findings confirm the impossibility of the use of this marker of inflammation in patients with AIDS - infection and multiple injuries. In our opinion, this is connected with other immunological mechanisms of inflammation in patients with AIDS - infection.

Key words: polytrauma, infectious complications, procalcitonin.

Стаття надійшла до друку 18.12.2013 р.

Гур'єв Сергій Омелянович - д.м.н., проф., заступник директора з наукової роботи Українського науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; +38 044 518-57-04

Соловйов Олексій Станіславович - к.м.н., ст. н. співроб. Українського науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; +38 044 518-57-04

Танащенко Павло Васильович - к.м.н., провідний наук. співроб. Українського науково - практичного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України, лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки; +38 044 518-57-04

© Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А., Дворник И.А.

УДК: 616.345-006.6+616.348-089.8

Тамм Т.И., Захарчук А.П., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А., Дворник И.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, кафедра хирургии и проктологии (ул. Корчагинцев, 58, г. Харьков, Украина, 61022)

ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Резюме. В статье проанализированы результаты лечения 46 пациентов раком ободочной кишки различной локализации, лечение которых осуществлялось с помощью лапароскопического метода. Установлено, что применение лапароскопических методик позволяет значительно улучшить результаты лечения данной категории больных за счет меньшей травматичности операции, ранних сроков восстановления физической активности пациентов, а также уменьшением количества гнойно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, лапароскопические операции, гнойные осложнения.

Введение

Рак толстой кишки является одной из самых распространенных патологий в структуре онкологических заболеваний, основным методом лечения которых остается хирургический.