

THE EFFECT OF EUPATILIN ON ENDOTHELIAL DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH NSAID-GASTROPATHY WITH CONCOMITANT ISCHEMIC HEART DISEASE

Skrypnyk I. M., Parkhomenko V. V., Gopko O. F., Akimov O. Ye., Iakimishyna L. I.

Abstract. Mechanisms of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)-induced injury of gastric mucosa (GM) include inhibition of cyclooxygenase-1, gastroprotective prostaglandins, increased membrane permeability, activation of proinflammatory mediator products, *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) infection and endothelial dysfunction.

The aim – to study the effect of eupatilin on endothelial dysfunction in patients with NSAID-gastropathy with concomitant ischemic heart disease (IHD).

125 patients with diagnosed stable ischemic heart disease I-II functional class and NSAID-gastropathy were monitored. Depending on the presence of *H. pylori*, patients were divided into two groups: I (n=82) – NSAID-gastropathy, not associated with *H. pylori*, II (n=43) – associated with *H. pylori*. Additional subdivision was done according to the treatment complexes, that were prescribed to patients: I-A (n=44) – received proton pump inhibitors (PPIs) in standard doses and II-A group (n=23) – antihelicobacter therapy (AHBT). Patients of I-B (n = 38) and II-B (n = 20) groups were additionally treated with eupatiline (Stylene) 1 tablet 3 times a day 20-30 minutes before meals during 28 days. *H. pylori* status was determined in the presence of *H. pylori* antigen in the stool before treatment and 1-1.5 months after AHBT completion. The endothelial dysfunction was assessed by peroxynitrite concentration and NO-synthases activity (iNOS, eNOS).

When determining the activity of NOS in the patient's blood serum of groups I and II, a significant increase in iNOS activity in 4.4 times and 6.1 times was determined, with simultaneously decreased eNOS activity in 1.5 times and 2.3 times compared with almost healthy ($p < 0.001$), respectively. In the examined patients of groups I and II the peroxynitrite concentration exceeded in 2.4 times and 3.5 times the indicators of almost healthy individuals ($p < 0.001$).

In patients during treatment, positive clinical dynamics was observed against the background of basic therapy on average after (5.9±0.6) days, and in patients who were additionally treated with eupatilin – after (4.1±0.3) days ($p < 0.05$). Eradication of *H. pylori* was achieved in 19 (82.6%) patients of group II-A and in 18 (90%) of group II-B.

Final results detailed analysis of group I after 14 days and 1.5 months of observation proved an additional positive effect of eupatilin in the complex treatment of NSAID-gastropathy, which was confirmed by 1.4 times lower ($p < 0.02$) serum iNOS activity, a decreased peroxynitrites concentration in patients of group I-B compared with group I-A in 1.2 times and 1.3 times ($p < 0.001$), respectively. After 14 days of treatment, patients of group II-B compared to patients in group II-A the iNOS activity was significantly lower in 1.17 times ($p < 0.02$) while the eNOS activity was in 1.3 times higher ($p < 0.03$) and peroxynitrite content in 1.4 times lower ($p < 0.01$) in the blood serum. Similar changes were observed after 1.5 months, which was confirmed by significantly lower iNOS activity 1.6 times ($p < 0.005$), peroxynitrite content in 2.0 times ($p < 0.001$) in the serum of patients of group II-B compared with relevant indicators of group II-A.

Thus, in patients with NSAID-gastropathy with concomitant ischemic heart disease the signs of endothelial dysfunction were revealed, especially in patients with *H. pylori* infection. Administration of eupatilin on the background of basic acid-suppressive therapy or AHBT contributed to the normalization of endothelial function by reducing the activity of iNOS, the content of peroxynitrites and increasing of eNOS activity.

Key words: NSAID-gastropathy, ischemic heart disease, eupatilin, endothelial dysfunction.

Рецензент – проф. Катеренчук І. П.

Стаття надійшла 03.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-166-170

УДК 616.345-007.272-036.1-073.432.19-089

Тамм Т. И., Непомнящий В. В., Бардюк А. Я.

ЗАВИСИМОСТЬ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

doktor.nep@gmail.com

Связь публикации с плановыми научно-исследовательскими работами. Работа является фрагментом НИР кафедры хирургии и проктологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины «Особливості запальної реакції тканин в залежності та локалізації захворювань», № государственной регистрации 0117U000511.

Вступление. Острая толстокишечная непроходимость кишечника (ОТКН) в 20-40% случаев возникает на почве опухолей толстой кишки [1,2,3,4]. Несмотря на совершенствование хирургических технологий и медикаментозной терапии количество послеоперационных осложнений у больных с обтурационной

непроходимостью достигает 40-60% [2,4-7]. Среди них гнойно-септические осложнения составляют 50-85% [2,8]. К ним относятся несостоятельность анастомозов (6,7-17,5%), нагноение послеоперационных ран (2,7-37,8%), абсцессы брюшной полости (3,7-11%). Не уменьшаются цифры послеоперационной летальности у больных с острой обтурационной непроходимостью кишечника, достигающие 30-60% [1,7,9-11].

Неутешительные показатели хирургического лечения данной категории больных связаны с рядом факторов. Это медленное развитие обтурационной непроходимости и, как следствие, поздняя госпита-

лизация больных. Больные поступают в стационар уже с выраженными метаболическими и водно-электролитными нарушениями в тяжелом состоянии, из-за которого среди хирургов до сих пор нет единого мнения в вопросах выбора тактики и объема хирургического вмешательства у больных с ОТКН. По мнению одних, в такой ситуации основным методом лечения является срочное хирургическое вмешательство, направленное на устранение признаков кишечной непроходимости [9-11]. Такие операции обычно заканчиваются формированием временной или постоянной колостомы [12]). Другие авторы предлагают выполнять одномоментную радикальную операцию [2]. Третьи стремятся разрешить острую непроходимость кишечника консервативным путем с последующим плановым оперативным лечением [6,7].

Для того чтобы выбрать адекватные сроки и объем оперативного вмешательства больных с ОТКН хирургу необходимо знать до операции не только уровень локализации опухоли и степень ее распространенности, но и получить информацию о степени декомпенсации мышечного тонуса приводящего отдела кишки, информацию о наличии или отсутствии отдаленных метастазов и признаков перитонита. Такие данные можно получить благодаря методу УЗИ, эффективность применения которого в диагностике обтурационной непроходимости подтверждена некоторыми авторами [6,8,13]. В связи с этим, вопросы совершенствования методов диагностики и лечения больных с ОТКН, остаются по-прежнему в центре внимания хирургов.

Цель исследования – установить объективные критерии диагностики обтурационной непроходимости, определяющие выбор сроков и объема оперативного вмешательства у больных ОТКН.

Объект и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 168 больных с острой обтурационной кишечной непроходимостью, находившихся на лечении в клинике с 2014 по 2019 г. Мужчин было 76 (45,2%), женщин 92 (54,8%) в возрасте 37-85 лет. Пациентов старше 60 лет было более 65%. Спустя 4-5 суток от начала заболевания было 85% больных, которые госпитализированы с клиникой субкомпенсированной и декомпенсированной острой непроходимости кишечника.

Диагноз заболевания определяли на основании данных анамнеза, объективного осмотра, клинико-биохимических показателей, лучевых методов (УЗИ и обзорная рентгенография брюшной полости), ректоскопии и колоноскопии.

Результаты исследований и их обсуждение. При поступлении у 163 (97%) больных состояние было тяжелое и очень тяжелое, задержка стула и газов была у 154 (92%); тошнота – у 151 (90%), рвота у 81 (48%). Боль в животе отмечали 145 (89%) больных, из них схваткообразная была у 134 (80%), постоянная – у 32 (19%) и сочетанная у 2 (1%) пациентов. Вздутие живота констатировано у 142 (85%) больных, пустая ампула прямой кишки – у 104 (62%), асимметрия живота у 54 (32%), пальпируемая опухоль в животе у 32 (19%), снижение массы тела – у 60 (36%), лихорадка – у 54 (32%) больных. Положительные симптомы раздражения брюшины были у 144 (88%) больных, анемия – у 45 (27%) пациентов. Патологические выде-

ления при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружены у 4 (2,4%) больных.

При поступлении выполнена обзорная рентгенография брюшной полости у 158 (94,2%) больных. У 10 (5,7%) пациентов, которые не могли стоять и сидеть из-за тяжести состояния, это исследование выполнить не удалось. Во время рентгенологического исследования у 84 (50%) пациентов выявлены прямые признаки непроходимости кишечника в виде чаш Клойбера, а у 74 (44,3%) пациентов обнаружен лишь гиперпневматоз кишечника.

Вторым этапом исследования был метод УЗИ, при котором симптом «ложной почки», характеризующий уровень локализации опухоли, обнаружен у 60 (36%) больных. Признаки ОТКН в виде расширения приводящего отдела толстой кишки и наличия в ней жидкости с пузырьками газа обнаружены у 147 (88%) больных. У 20 (12%) пациентов толстая кишка выше места стеноза была раздута газом. Сочетание толсто- и тонкокишечной непроходимости при УЗИ обнаружено у 109 (65%). Наличие расширенных петель тонкой кишки у больных с толстокишечной непроходимостью является признаком нарушения запирающей функции баугиниевой заслонки. Расширение петель тонкой кишки является показанием для декомпрессии кишечника. Наличие сохранения перистальтики или ее отсутствие было определяющим для выбора способа декомпрессии кишки.

Свободная жидкость в брюшной полости при УЗИ обнаружена у 73 (43,5%) пациентов. Этот признак подтверждал наличие у больных ОТКН перитонита, что явилось показанием для срочной операции. У 11 (6,5%) больных, находившихся в крайне тяжелом состоянии, во время УЗИ были обнаружены метастазы в печени. Объем оперативного вмешательства у них был ограничен наложением разгрузочной колостомы выше места препятствия, которое определили по данным УЗИ. У 47 (28%) больного с ОТКН при поступлении после УЗИ, выполняли ректоромано- и колоноскопию с целью уточнения локализации опухоли и проведения декомпрессионного зонда выше места обтурации. Из 47 больных у 8 (4,7%) удалось провести зонд выше опухоли и разрешить клинику обтурационной непроходимости.

Лечение больных в случаях отсутствия жидкости в брюшной полости по данным УЗИ, начиналось с консервативных мероприятий, заключавшихся в проведении инфузионной терапии. Одновременно проводили стоки из желудка и очищение кишки с помощью клизм. В отдельных случаях удавалось с помощью ректоскопа или колоноскопа провести зонд выше опухоли, с последующим отмыванием просвета кишки от содержимого.

Во время операции у 104 (61,6%) больных локализация опухоли обнаружена в левой половине толстой кишки, у 56 (33,6%) – в правой половине и в 8 (4,8%) больных – в прямой кишке. У 11 больных опухоль локализовалась в слепой кишке, у 17 в восходящей кишке, у 28 в области печеночного угла ободочной кишки, у 12 в селезеночном углу, 29 в нисходящей кишке, у 63 в сигмовидной кишке и 8 в прямой кишке.

У больных с локализацией опухоли в слепой или правой половине ободочной кишки была выполнена правосторонняя гемиколэктомия и формирование

илеотрансверзоанастомоза «бок в бок» или «конец в конец» с декомпрессией тонкой кишки. У 10 (6%) больных с декомпенсированной непроходимостью кишечника, карциноматозом брюшины и отдаленными метастазами оперативное вмешательство было ограничено формированием обходного илеотрансверзоанастомоза с постановкой зонда в тонкую кишку.

Хирургическое лечение новообразований изгибов поперечной ободочной кишки заключалось в удалении правой или левой половины, в зависимости от локализации опухоли вблизи правого или левого изгиба. В 6 (3,5%) случаях, в связи с наличием декомпенсированной формы кишечной непроходимости, объем операции ограничили наложением трансверзостомы. Эти больные были оперированы в последующем в плановом порядке.

Больным с локализацией опухоли в левой половине ободочной кишки, с субкомпенсированной непроходимостью, по данным УЗИ, выполнены левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки. Завершение операции по типу операции Гартмана с выведением концевой колостомы произведено у 62 (37%) больных, а у 20 (12%) больных удаление сегмента кишки с опухолью завершено формированием первичного анастомоза по типу «конец в конец» или «конец в бок». В случаях нерезектабельной опухоли у 14 (8,3%) больных с высокой степенью операционного риска операция завершена формированием трансверзостомы.

Операция по типу Гартмана выполнена у 8 (4,8%) больных с локализацией опухоли в верхнеампулярном отделе прямой кишки и в области ректосигмоидного перехода. При этом у 4 (2,4%) больных, с аналогичной локализацией опухоли, оперировали в плановом порядке, так как у них был проведен зонд для декомпрессии кишечника с помощью сигмоскопа за место сужения в момент поступления.

Нарушение сократительной способности стенки кишки, определяли до операции с помощью УЗИ. С этой целью выявляли такие критерии, как диаметр кишки, толщина ее стенки, наличие складок Керкринга, наличие возвратно-поступательных движений химуса и количество этих движений в минуту. Совокупность этих признаков стала основой определения степени компенсации острой непроходимости кишечника (Патент Украины № 135032 от 10.06.2019) [14]. Декомпенсация сократительной способности стенки кишки в обязательном порядке требует декомпрессии ее просвета, с последующим лаважем. Пролонгированная декомпрессия кишечника с помощью назоинтестинального зонда выполнена у 56 (33%) больных с декомпенсированной ОТКН. Одномоментная декомпрессия кишечника выполнена у 21 (12,5%) пациентов.

В послеоперационном периоде осложнения различного рода возникли у 39 (23%) пациентов. Среди них нагноение послеоперационных ран было у 17 (10,1%), частичная несостоятельность первичных анастомозов, которая не потребовала повторных операций возникла у 5 (3%) больных, эвентерация в следствии продолжающегося перитонита была у 6 (3,5%), а межпетельные абсцессы у 2 (1,2%) больных. Послеоперационные пневмонии возникли у 9 (5,4%) больных с пролонгированной интубацией кишеч-

ника. Кроме этого у 87 (52%) были в послеоперационном периоде проявления острого пиелонефрита. Умерло 20 (11,9%) пациентов. Все случаи летальных исходов были у лиц пожилого и старческого возраста с декомпенсированной формой непроходимости кишечника. Причиной смерти у 10 (6%) пациентов явилась прогрессирующая интоксикация за счет возникших гнойных осложнений, полиорганной недостаточностью, у 6 (3,5%) больных – абсцедирующая пневмония, которая подтверждена на аутопсии; у 2 (1%) – острая сердечно-сосудистая недостаточность, у 2 (1%) нарушение мозгового кровообращения. Послеоперационная летальность составила 11,9%.

Анализ результатов диагностики и лечения 168 больных с ОТКН, показал, что клинические признаки и данные лабораторных методов исследования отражают лишь степень декомпенсации заболевания и тяжесть состояния больных. В то время, как лучевые и инструментальные методы исследования являются основными в диагностике ОТКН. С помощью лучевых методов (обзорная рентгенография органов брюшной полости и УЗД) выявляют прямые или косвенные признаки обтурационной непроходимости. Предпочтение отдается УЗИ, которое позволяет не только установить диагноз обтурационной непроходимости, но и определить степень компенсации сократительной способности кишки и несостоятельность баугиниевой заслонки. Полученная информация лежит в основе дифференцированного подхода к применению декомпрессии кишечника и критерием для определения длительности нахождения зонда в его просвете.

Выявленные при обследовании признаки генерализации процесса (метастазы в парааортальные лимфоузлы или в печень) позволяют ограничить оперативное вмешательство в виде выведения разгрузочной колостомы. Предполагаемый уровень препятствия в толстой кишке также помогает определить УЗИ. Кроме этого, наличие жидкости в брюшной полости, выявленное при УЗИ у больных с ОТКН следует расценивать как перитонит, который требует экстренного оперативного вмешательства.

Инструментальные методы в виде ректороманоскопии и колоноскопии позволяют определить уровень локализации опухоли, а в ряде случаев провести зонд выше опухоли для декомпрессии приводящих отделов толстой кишки. Это позволяет ликвидировать острую обтурационную непроходимость кишечника и подготовить больных к плановому оперативному лечению.

Выводы

1. Консервативную терапию у больных ОТКН можно проводить при отсутствии признаков перитонита и положительной динамике местных изменений в кишке по данным УЗИ.

2. Экстренные оперативные вмешательства у больных ОТКН выполняли при наличии свободной жидкости в брюшной полости и отрицательной динамике ультразвуковых критериев со стороны кишечника.

3. Степень нарушения сократительной способности стенки кишки, определяемая при УЗИ, является критерием выбора способа декомпрессии кишечника.

Перспективы дальнейших исследований. В диагностике обтурационной непроходимости кишечника ультразвуковое исследование требует дальнейшего изучения и уточнения объективных критериев, позволяющих определять уровень обструкции тол-

стой кишки, степень компенсации сократительной способности вышележащего отдела кишечника, позволяющих в свою очередь, определить сроки и объем оперативного вмешательства у данной категории больных.

Литература

1. Rusin VI, Chobey SM, Rusin AV, Boldizhar OO, Ihnat VI. Tovstokyskova neprokhidnist' pukhlynnoho henezu. Navchal'no-metodychnyy posibnyk. Vydavnytstvo UzhNU «Hoverla»; 2010. s. 298. [in Ukrainian].
2. Vorob'yev AI, Khalov YuN, Grishin KN. Ekstrennyye odnomomentnyye vmeshatel'stva pri rake levoy poloviny obodochnoy kishki. Vestnik khirurgicheskoy gastroenterologii. 2008;4:111-2. [in Russian].
3. Boyko VV. Diahnostyka ta likuvannya khvorykh z hostroyu neprokhidnistyu kyshky. Kh.: KhNU imeni VN Karazina; 2014. 176 s. [in Ukrainian].
4. Radzikhovskiy AP, redaktor. Belyayeva OA, Kolesnikov YeB. Neprokhidnost' kishechnika: rukovodstvo dlya vrachev. K.: Feniks; 2012. 504 s. [in Russian].
5. Ivanova YuV, Logachev VK. Mestnoye lecheniye posleoperatsionnykh gnoyno-vospalitel'nykh oslozhneniy. Kharkivska khirurgichna shkola. 2012;3(54):92-4. [in Russian].
6. Tamm TI, Nepomyashchyy VV, Dvornik IA, Barduk AY, Yavorskaya TP, Ustinov AT. Vliyanie metoda UZI na rezul'taty lecheniya bol'nykh ostroy kishechnoy neprokhidnosti. Kharkivska khirurgichna shkola. 2015;2(71):53-7. [in Russian].
7. Sjo OH, Larsen S, Lunde OC. Short term outcome after emergency and elective surgery for colon cancer. Colorectal Dis. 2009;11(7):733-9.
8. Tamm TI, Barduk OYa, Hvozdk YuA. Morfolohichni zminy u pryvidnomu viddili tonkoy kyshky pry obturatsiyniy kyshkoviy neprokhidnosti. Acta medica Leopoliensia. 2008;3:119-22. [in Ukrainian].
9. Uematsu D, Akiyama G, Magishi A. Laparoscopic Hartmann's procedure for fecal peritonitis resulting from perforation of the left-sided colon in elderly and severely ill patients. Tech Coloproctol. 2012;16(3):243-6.
10. Akiyoshi T, Fujimoto Y, Konishi T. Prognostic factors for survival after salvage surgery for locoregional recurrence of colon cancer. Am J Surg. 2011;201(6):726-33.
11. Ansaloni L, Andersson RE, Bazzoli F. Guidelenines in the management of obstructing cancer of the left colon: consensus conference of the world society of emergency surgery (WSES) and peritoneum and surgery (PnS) society. World J Emerg Surg. 2010;5:29.
12. Aslar AK, Ozdemir S, Mahmoudi H. Analysis of 230 cases of emergent surgery for obstructing colon cancer-lessons learned. J Gastrointest Surg. 2011;15(1):110-9.
13. Bohun OA. Profilaktyka hniyno-septychnykh uskladnen' u khvorykh na hostroyu neprokhidnist' kyshechnyky [avtoreferat]. Kharkiv: 2010. 16 s. [in Ukrainian].
14. Tamm TI, Nepomyashchyy VV, Barduk OYa, Polyans'kyy DP, vynakhidnyky. Sposib vyznachennya stupenya hostroy kyshkovoy neprokhidnosti. Patent Ukrainy na korysnu model' № 135032. 2019 Cherv 10. [in Ukrainian].

ЗАЛЕЖНІСТЬ ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТОВСТОКИШКОВУ НЕПРОХІДНІСТЬ ВІД РЕЗУЛЬТАТІВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

Тамм Т. І., Непомнящий В. В., Бардюк О. Я.

Резюме. Результати лікування хворих ГТКН є незадовільними з-за високих цифр післяопераційних ускладнень (40-60%), а також післяопераційної летальності, яка досягає 30-60%. З-за тяжкості стану хворих з обтураційною непрохідністю серед хірургів немає єдиної думки щодо вибору тактики їх лікування. Мета роботи – встановити об'єктивні критерії у хворих з ГТКН, які визначають вибір строків та обсягу оперативного втручання. В роботі надано результати лікування 168 хворих на гостру товстокишкову непрохідність. Показано переваги УЗД у діагностиці субкомпенсованої та декомпенсованої товстокишкової непрохідності. Діагностика захворювання та тактика лікування у них ґрунтувалася на даних УЗД. Встановлено, що консервативну терапію у хворих з ГТКН можливо проводити при відсутності ознак перитоніту та позитивній динаміці місцевих змін в кишці за даними УЗД, екстрені оперативні втручання у хворих ГТКН виконували при наявності вільної рідини в черевній порожнині та негативній динаміці ультразвукових критеріїв з боку кишківника, ступінь скорочувальної здатності стінки кишки, яка визначається при УЗД, є критерієм вибору способу декомпресії кишківника. Післяопераційна летальність була 11,9%.

Ультразвуковий метод дослідження є неінвазивним, доступним та високо інформативним в діагностиці товстокишкової непрохідності пухлинного генезу.

Ключові слова: гостра товстокишкова непрохідність, ультразвукове дослідження, декомпенсація кишківника, гнійне ускладнення.

ЗАВИСИМОСТЬ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ОТ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тамм Т. И., Непомнящий В. В., Бардюк А. Я.

Резюме. Результаты лечения больных ОТКН являются неудовлетворительными, из-за высоких цифр послеоперационных осложнений (40-60%), так и послеоперационной летальности, достигающей 30-60%. Из-за тяжести состояния больных с обтурационной непроходимостью среди хирургов нет единого мнения в выборе тактики их лечения. Цель работы – установить объективные критерии у больных с ОТКН, определяющие выбор сроков и объема оперативного вмешательства. В работе представлены результаты лечения 168 больных с острой толстокишечной непроходимостью. Показано преимущество УЗИ в диагностике субкомпенсированной и декомпенсированной толстокишечной непроходимости. Диагностика заболевания и тактика лечения у них основывалась на данных УЗИ. Установлено, что консервативную терапию у больных ОТКН можно проводить при отсутствии признаков перитонита и положительной динамике местных изменений в кишке по данным УЗИ, экстренные оперативные вмешательства у больных ОТКН выполняли при наличии свободной жидкости в брюшной полости и отрицательной динамике ультразвуковых критериев со стороны

кишечника, степень нарушения сократительной способности стенки кишки, определяемая при УЗИ, является критерием выбора способа декомпрессии кишечника. Послеоперационная летальность составила 11,9%.

Ультразвуковой метод исследования является неинвазивным, доступным и высокоинформативным в диагностике толстокишечной непроходимости опухолевого генеза.

Ключевые слова: острая толстокишечная непроходимость, ультразвуковое исследование, декомпрессия кишечника, гнойные осложнения.

DEPENDENCE OF THE TREATMENT TACTICS OF THE PATIENTS WITH ACUTE COLONIC OBSTRUCTION ON THE ULTRASOUND RESEARCH RESULTS

Tamm T. I., Nepomnyaschy V. V., Barduck A. Ya.

Abstract. The treatment results of the patients with ACO are unsatisfactory because of both high figures of post-operative complications (40-60%) and post-operative mortality up to 30-60%. Surgeons have not yet reached consensus about treatment tactics of the patients with obstructive ileus because of their serious condition.

The aim of the work is to set objective criteria among patients with ACO which determine the choice of the terms and volume of operative intrusion.

Results. The results of the treatment of 168 patients with acute colonic obstruction having been in the hospital from 2014 to 2019 are presented in the work. There were 76 (45,2%) men, 92 (54,8%) women at the age from 37 to 85 years old. The patients over 60 were more than 65%. In 4-5 days from the beginning of the disease 85% of the patients were hospitalized with sub-compensated and decompensated clinical picture of acute colonic obstruction. The diagnosis of the disease was defined on the basis of anamnesis data, objective examination, clinic-biochemical marks, radiation research methods (USR and abdominal x-ray), rectoscopy and colonoscopy. Advantage of USR was demonstrated in sub-compensated and decompensated colonic obstruction diagnostics. The diagnostics and treatment tactics of the disease was based on USR data. The conservative therapy among patients with ACO was stated to be carried out in the absence of peritonitis signs and positive dynamics of local changes in the colon according to USR data, urgent operative intrusions in patients with ACO were carried out in presence of free fluid in the abdominal cavity and negative dynamics of ultrasound criteria from outside the intestine, degree of impaired bowel contractility determined with the help of USR is the criteria of the choice of intestine decompression method. Post-operative mortality was 11,9%.

Ultrasound research method is not invasive, available and highly informative in diagnostics of colonic obstruction of tumor genesis.

Key words: acute colonic obstruction, ultrasound research, intestinal decompression, purulent complications.

Рецензент – проф. Дудченко М. О.

Стаття надійшла 10.05.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-170-174

УДК 616.858.616.833-07

Таряник К. А.

ОЦІНКА ПЕРИФЕРИЧНИХ УРАЖЕНЬ ПРИ ХВОРОБІ ПАРКІНСОНА

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

tkapolt@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана стаття є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри нервових хвороб із нейрохірургією та медичною генетикою Української медичної стоматологічної академії на тему «Клінічні, молекулярно-генетичні та нейрофізіологічні особливості перебігу різних форм хвороби Паркінсона» (№ державної реєстрації 0119U102848).

Вступ. Хвороба Паркінсона (ХП) – хронічне прогресуюче захворювання головного мозку, переважно пов'язане з дегенерацією дофамінергічних нейронів чорної субстанції з накопиченням у них білка α -синуклеїну та утворенням особливих внутрішньоклітинних включень (тілець Леві), яке проявляється поєднанням гіпокінезії з ригідністю, тремором спокою та постуральною нестабільністю, а також широким спектром немоторних проявів [1,2,3]. Немоторним симптомам (НМС) хвороби Паркінсона почали приділяти багато уваги в останні кілька років, оскільки вони значною мірою сприяють на якість життя пацієнтів і є частою причиною інвалідизації пацієнтів [4-9].

Частота та вираженість НМС при ХП призвели до класифікації хворобливих відчуттів на одну або кілька з декількох категорій: біль при проблемах опорно-рухового апарату, радикулярний або невропатичний біль, біль, пов'язаний із дистонією, дискомфорт внаслідок акатизії, первинний, центральний паркінсонічний біль [8,9]. Проведено чимало досліджень, які вивчали зміни м'язового тону, включаючи згинання шиї, нахил тулуба з опусканням плечей і згинанням в зап'ястях, пальцях, ліктях, стегнах, колінах при хворобі Паркінсона. Ці зміни прогресують із часом і ведуть до зміни постави, загальної рухливості пацієнта [8,9].

Крім дегенеративних змін, однією з причин рухового неспокою в кінцівках можуть бути периферичні нейропатії (ПНП) [10]. Хоча патогенез захворювання залишається незрозумілим, деякі дослідження розглядають ПН як нейродегенеративний процес, в якому беруть участь як центральна, так і периферична нервова системи. Серед причин виникнення виділяють такі симптоми, як ригідність, тремор, вимушена постава [10-12]. Це дуже вагомі фактори, які підкреслюють асиметричну вираже-