

Нагайчук В.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РАННЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕРМАЛЬНЫМИ ПОВЕРХНОСТНЫМИ ОЖОГАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Резюме. *Статья посвящена вопросу ранней хирургической некрэктомии в челюстно-лицевой области с последующим лечением послеоперационных ран в условиях влажной среды под силиконовым покрытием с использованием биогаальванизации. Клинические исследования выполнены на материале наблюдений за 125 больными с дермальными поверхностными ожогами челюстно-лицевой области.*

Ключевые слова: *ожоги, раннее хирургическое лечение, силиконовое покрытие, ксенодермотрансплантат, влажная среда, биогаальванизация.*

Nagaichuk V.V.

CLINICAL EFFICIENCY OF THE EARLY SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH DERMAL SUPERFICIAL BURNS OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Summary. *The article is devoted to the question of early surgical necrectomy in the maxillofacial area in case of dermal superficial burns and subsequent treatment of postoperative wounds in a wet environment under silicone coating using biogalvanization. The basis of the clinical studies is monitoring of 125 patients with superficial dermal burns in maxillofacial area.*

Key words: *burns, early surgical treatment, silicone coating, liophilized xenograft, wet environment, biogalvanization.*

Стаття надійшла до редакції 29.03.2013 р.

Нагайчук Вікторія - к.мед.н., асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; Vika.nagaychuk@gmail.com.

© Півторак В.І., Одарченко С.П.

УДК: 611.351:611.96:616-006.04:616-089.87

Півторак В.І., Одарченко С.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

СИНТОПІЯ ПРЯМОЇ КИШКИ У ЧОЛОВІКІВ В НОРМІ, ПРИ УРАЖЕННІ ЇЇ ПУХЛИНАМИ, ДО ТА ПІСЛЯ ЧЕРЕВНО-АНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЗА ДАНИМИ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ

Резюме. *В статті проаналізовані результати обстеження хворих чоловіків на рак прямої кишки з використанням комп'ютерної томографії. Визначено, що в нормі у чоловіків асиметричне розташування сечоводів по відношенню до прямої кишки обумовлено, перш за все, ексцентричним розташуванням проксимальних відділів прямої кишки в порожнині малого тазу. У пацієнтів, які обстежувались з приводу новоутворень прямої кишки, визначалось потовщення стінки кишки з нечіткими контурами та циркулярним звуженням зміненої ділянки у випадках інфільтративного росту пухлини і додатковими м'якотканинними утвореннями з нечіткими контурами при діагностиці екзофітного раку. Після операції черевно-анальної резекції прямої кишки в терміни через 30, 180 та 360 днів у чоловіків відбувається достовірне ($p < 0,05$) збільшення відстані від правого і лівого сечоводів на всіх рівнях низведеної кишки та зміна її положення відносно крижової кістки, яка проявляється розширенням пресакарального простору та збільшенням ректокрижового кута.*

Ключові слова: *пряма кишка, синтопія, комп'ютерна томографія, черевно-анальної резекції.*

Вступ

Більшість оперативних втручань на прямій кишці проводиться з приводу раку прямої кишки, який за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я займає 4-5-е місце в структурі онкопатології. За даними Національного канцер-реєстру України на 2013 рік в Україні захворюваність на рак прямої кишки складає 18,6-23,3 випадків на 100 тис. населення, при цьому приріст захворюваності цієї патології перевищує всі інші форми злоякісних новоутворень органів травлення, про що свідчить статистика останніх років [Рак в Україні, 2013].

За останні десятиліття відбувся динамічний розвиток хірургії раку прямої кишки. Прогноз при виявленні хвороби на ранніх стадіях зростає. Не дивлячись на велику кількість робіт по впровадженню нових технологій оперативних втручань та вивченню їх функціо-

нальних результатів [Югов, Чорнобай, 2010], необхідно відмітити відсутність науково обґрунтованої думки, щодо проблеми порушень функції сфінктерного апарата можуть виникати внаслідок післяопераційних топографоанатомічних змін органів малого тазу: зміни анатомічного розташування органу, його форми та функції, які можуть призвести до функціональних та до біомеханічних порушень формування та просування калової грудки. Відомості про стан прямої кишки й навколишніх її тканин у нормі, отримані при використанні комп'ютерної томографії, дають можливість правильно трактувати зміни в цих структурах при уточненні стадії раку прямої кишки [Одарченко, Півторак, 2008].

Метою нашої роботи було встановити за допомогою комп'ютерної томографії топографоанатомічні взаємодії органів малого тазу до та після черевно-

анальної резекції прямої кишки, а також у осіб без патології органів тазу.

Матеріали та методи

Клінічне обстеження хворих чоловіків на рак прямої кишки з використанням комп'ютерної томографії було проведено 42 особам. Всі хворі були розподілені на чотири групи, репрезентативні за статтю та віком. Перша група (15 хворих) - це група пацієнтів, у яких не виявили патології органів малого тазу (для визначення чіткої анатомічної норми цієї ділянки, як у чоловіків, так і в жінок). Друга група (15 хворих) - група пацієнтів, які госпіталізувались у Вінницький обласний онкологічний диспансер для проходження спеціалізованого лікування з приводу пухлини прямої кишки (для вивчення змін синтопії органів малого тазу, які викликані утворенням). Третя група (12 хворих) - група пацієнтів, яким виконувалось оперативне втручання в об'ємі черевно-анальної резекції прямої кишки за Петровим-Холдіним (для вивчення топографо-анатомічних змін органів малого тазу внаслідок виконаного втручання в різні строки після операції).

Обстеження пацієнтів проводили за допомогою спірального комп'ютерного томографа компанії General Electric. З метою кращої візуалізації органів малого тазу хворим вводили контрастну речовину - триомбраст per os, ввечері та за дві години до дослідження. Для візуалізації сечоводів використовували контрастну речовину - урографін 76 % в дозі 1 мл/кг маси тіла, який вводили внутрішньовенно. Для візуалізації сечоводів субопераційно вводили метиленовий синій 1 % внутрішньовенно. Всі вимірювання, які відображали величину та топографо-анатомічні взаємовідношення між органами, судинами та сечоводами, виконували за допомогою програмного забезпечення комп'ютерного томографа.

Дослідження тазу проводилось в горизонтальному положенні (на спині). Нульовою точкою відліку є був нижній край лобкового симфізу. Дослідження проводилось в краніальному напрямку. Оцінювались та співставлялись особливості поперечних зрізів на однакових рівнях, які ми визначили самостійно.

Результати. Обговорення

Пряма кишка починається з рівня верхнього краю III крижового хребця та лягає на передню поверхню крижової кістки майже по середній лінії, тобто повторює її форму. Діаметр її змінюється від 4 до 7 см. Навколо неї розташовуються в фасціальній капсулі параректальна клітковина з регіонарними лімфатичними вузлами. В нормі на зрізах, які зроблені на рівні III-IV крижового хребця чоловічого тазу, визначається сечовий міхур, величина і форма якого залежать від ступеня його наповнення. Наповнений сечовий міхур має грушоподібну, широкою частиною направлений доверху, в зв'язку з чим його розмір зменшується на кожному зрізі, що

зроблений нижче. Верхівка іноді деформована петлями тонкої кишки, які при відсутності в них контрастної речовини імітують пухлиноподібне утворення.

Нами встановлено, поперечник кишки на рівні ректосигмоїдного відділу дорівнює 3,5-5 см, на рівні верхньоампулярного відділу - 5,5-6,5 см, а на рівні середньоампулярного відділу її розміри сягають 5-7 см. Зустрічаються і дуже великі розміри прямої кишки.

Правий і лівий сечоводи розташовуються на різній відстані від країв кишки. Лівий сечовід розташовується завжди ближче до прямої кишки, ніж правий. Середня відстань від нього до прямої кишки (на рівні верхньоампулярного відділу) дорівнює 1 см. А, у жінок ця відстань ще менша. Правий сечовід розташований в 3,5-5,0 см від прямої кишки. Асиметричне розташування сечоводів по відношенню до прямої кишки обумовлено перш за все ексцентричним розташуванням проксимальних відділів прямої кишки в порожнині малого тазу. На всіх томограмах пацієнтів, яким не виконувались оперативні втручання на прямій кишці, очеревинний її відділ, був зміщений вліво. У чоловіків правий край кишки відповідає середній лінії крижової кістки на відміну від жінок, у яких він зміщений на 1-1,5 см вліво. Тільки з рівня нижнього краю IV крижового хребця (рис. 1) пряма кишка розташовувалась по середині порожнини малого тазу (по середній лінії крижової кістки та куприка).

Спереду прямої кишки розміщені сім'яні міхурці з двох сторін у вигляді довгастих мішечків довжиною 5-6 см, які по середній лінії переходять в сім'явиносні протоки. Сім'яні міхурці відділені від прямої кишки черевно-промежиною фасцією (апоневроз Деновільє). Нижче від виходу сечовипускного каналу із сечового міхура розташовується передміхурова залоза, яка попереду обмежена жировим прошарком від лонного з'єднання. Позаду відділена черевно-промежиною фасцією від ампули прямої кишки, знизу прилягає до сечостатевої діафрагми.

У другій групі пацієнтів, які обстежувались з приводу новоутворень прямої кишки, у випадках інфільтра-



Рис. 1. Томограма пацієнта Л, 54 років (без патології органів тазу) на рівні SIV.



Рис. 2. Томограма хворого К., 64 р., діагноз: Рак середньо-ампулярного відділу прямої кишки Т3N1M0 III ст., III кл.гр. Стан після черевно-анальної резекції прямої кишки за Петровим-Холдніним (180 діб).

тивного росту пухлини пацієнтів, визначалось потовщення стінки кишки з нечіткими контурами та циркулярним звуженням зміненої ділянки. Екзофітний рак проявлявся додатковими м'якотканинними утвореннями з нечіткими контурами. Ступінь поширення процесу оцінювали за міжнародною класифікацією TNM. Незначна товщина стінки кишки з нечітким диференціюванням шарів відповідає розмірам пухлини T1-T2. Принципово важливим для визначення подальшої тактики лікування та прогнозу перебігу захворювання є проростання серозної оболонки кишки та вrostання в суміжні органи (T4). Основною ознакою розповсюдження онкопроцесу на жирову клітковину було зменшення її прозорості та наявність лінійних структур, які поширюються від стінки, або наявність вузлових структур, які розташовувались поблизу пухлинного осередку (рис. 3). Зміни топографоанатомічних взаємовідношень органів малого тазу пов'язані із наявністю пухлинного процесу, який відтісняє органи, а цим змінює їх місце розташування.

Після черевно-анальних резекцій прямої кишки, один орган заміщається іншим, а саме - пряма кишка замінюється сигмоподібною кишкою, або низхідним відділом ободової кишки, в наслідок чого виникає атипове розташування органу та виконання нових функцій, які йому не характерні. Завдяки цьому змінюються звичайні топографоанатомічні норми. В усіх випадках низведена кишка розташовувалась по середині порожнини малого тазу (по середній лінії крижової кістки та куприка) на всьому протязі. Кишка має грушоподібну форму, немає вигинів, діаметр кишки вдвічі менший ніж у прямої. Відмічається розширення об'єму кишки в середній третині, на всьому протязі визначаються дублікатури слизової різної товщини. Кишка має відносно коротку брижу. Вона щільна фіброзно змінена, її судини, особливо вени - деформовані та хвилясті. По ходу них знайдені різкі вигини, бухтоподібні розширення, які в 1,5-2 рази перевищують звичайний діаметр. Сечоводи, як правило, зміщені. Дуже часто лівий сечовід лежить по ліво-

му краю кишки і на деяких ділянках щільно спаяний з нею. Зміни в низведеній кишці пов'язані з її атиповим розташуванням, та пристосовувальними процесами в зв'язку з виконанням нових функцій, а спайкові та запальні процеси в порожнині тазу, зміщують сечоводичим змінюють їх звичайні синтопічні межі.

Через 6 міс після операції зберігався набряк, набряк з наступним переходом в фіброз. Набрякла запальна слизова виявляється на томограмах циркулярно потовщеною, потовщення симетричне, з рівними чіткими краями. Іноді зображення може бути "розшарованим". У віддалені строки після втручання відмічається заповнення штучно створених порожнин та розширень фіброзною тканиною - потовщення параректальної клітковини, наявність фіброзних включень (рис. 2).

Окрім змін які описувались вище звертає на себе увагу розташування низведеної кишки після втручання, що на нашу думку є одною з причин виникнення в післяопераційному періоді недостатності сфінктера. Ми провели вимірювання пресакрального простору на рівні нижньої та середньої третини крижової кістки. Вимірювання проводилось від задньої стінки кишки до крижової кістки. Порівнявши наші данні, які отримали в цій групі пацієнтів з даними в першій групі, зробили висновки, що відмічається значне розширення пресакрального простору на всьому протязі низведеної кишки. Вимірявши цю відстань та провівши умовні горизонтальні лінії в найбільш віддалених точках мису та куприка ми отримали кут під яким розташовується кишка в післяопераційному періоді. У 15 випадках це 450 у решті випадків цей кут коливався між 46 та 480. Отримані дані співпадають з іншими дослідниками [Силантьєва и др., 2003].

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У нормі у чоловіків асиметричне розташування сечоводів по відношенню до прямої кишки обумовлено перш за все ексцентричним розташуванням проксимальних відділів прямої кишки в порожнині малого тазу.

2. У пацієнтів, які обстежувались з приводу новоутворень прямої кишки, визначалось потовщення стінки кишки з нечіткими контурами та циркулярним звуженням зміненої ділянки у випадках інфільтративного росту пухлини і додатковими м'якотканинними утвореннями з нечіткими контурами при діагностиці екзофітного раку.

3. Після операції черевно-анальної резекції прямої кишки в терміни через 30, 180 та 360 днів у чоловіків відбувається достовірне ($p < 0,05$) збільшення відстані від правого і лівого сечоводів на всіх рівнях низведеної кишки та зміна її положення відносно крижової кістки, яка проявляється розширенням пресакрального простору та збільшенням ректокрижового кута.

4. Однією з причин незадовільних функціональних результатів хірургічного лікування раку прямої кишки

можуть бути порушення топографоанатомічних взаємовідношень органів малого тазу після оперативних втручань на прямій кишці.

В перспективі дослідження синтопії прямої кишки після впровадження нових розробок черевно-променевої резекції прямої кишки.

Список літератури

- Одарченко С.П. Топографоанатомічні взаємозв'язки органів малого тазу після черевно-анальної резекції прямої кишки / С.П. Одарченко, В.І. Півторак, П.Я. Дарченко // Онкологія. - 2008. - Т. 10, № 1. - С. 172-175.
- Рак в Україні 2011-2012: Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. - Бюлетень національного канцерреєстру України №14. - Київ, 2013. - 120 с.
- Рак прямой кишки: компьютерно-томографическая диагностика лучевых реакций тканей малого таза на различные дозы лучевой терапии / Н.К. Силантьева, Б.А. Бердов, Л.Н. Титова [и др.] // Российский онкологический журнал: Научно-практический журнал. - 2003. - № 4. - С. 10-15.
- Югов В.К. Комп'ютерно-томографічні ознаки нормального стану прямої кишки та структур, що її оточують / В.К. Югов, А.В. Чорнобай // Проблеми екології та медицини. - 2010. - Т. 14, № 5-6. С. 37-41.

Пивторак В.І., Одарченко С.П.

СИНТОПИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ У МУЖЧИН В НОРМЕ, ПРИ ПОРАЖЕНИИ ЕЕ ОПУХОЛЯМИ, ДО И ПОСЛЕ БРЮШНО-АНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПО ДАННЫМ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

Резюме. В статье проанализированы результаты обследования больных мужчин раком прямой кишки с использованием компьютерной томографии. Определено, что в норме у мужчин асимметричное расположение мочеточников по отношению к прямой кишке обусловлено, прежде всего, эксцентричным расположением проксимальных отделов прямой кишки в полости малого таза. У пациентов, обследованных по поводу новообразований прямой кишки, определялось утолщение стенки кишки с нечеткими контурами и циркулярным сужением измененного участка в случаях инфильтративного роста опухоли и дополнительными мягкоткаными образованиями с нечеткими контурами при диагностике экзофитного рака. После операции брюшно-анальной резекции прямой кишки в сроки через 30, 180 и 360 дней у мужчин происходит достоверное ($p < 0,05$) увеличение расстояния от правого и левого мочеточников на всех уровнях низведенной кишки, изменение ее положения относительно крестца, которая проявляется расширением пресакрального пространства и увеличением прямокишечно-крестцового угла.

Ключевые слова: прямая кишка, синтопия, компьютерная томография, брюшно-анальная резекция.

Pivtorak V.I., Odarchenko S.P.

THE SYNTOPY BASED ON COMPUTED TOMOGRAPHY OF RECTUM IN MEN NORMALLY, AT TUMOR AFFECTION BEFORE AND AFTER ABDOMINAL-ANAL RESECTION

Summary. The article analyzes the results of the survey of male patients with rectal cancer using computer tomography. It was determined that asymmetrical arrangement of the ureters relatively to the rectum causes in normal men, first of all, eccentric proximal colon in the pelvic cavity. In patients who were examined at the tumors of the rectum, bowel wall thickening was determined with fuzzy contours and circular narrowing of the changed area in cases of infiltrative tumor growth and additional soft tissue formations with indistinct outlines during the diagnostics of exophytic cancer. After abdominal-anal resection of the rectum through the timeline 30, 180 and 360 days, the distance from the right and left ureter at all levels relegated intestine is significantly ($p < 0,05$) increased in men, changing its position relative to the sacrum, which manifests by extension of presacral space and increasing of recto-sacral angle.

Key words: rectum, syntopy, computer tomography, stomach and anal resection.

Стаття надійшла до редакції 3.04.2013 р.

Півторак Володимир Ізяславович - д.мед.н., професор кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (067) 7576486.

Одарченко Сергій Петрович - к.мед.н., асистент кафедри онкології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 357339.

© Распутіна Л.В.

УДК: 612. 2-01.611.1/02

Распутіна Л.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, 21028, Україна)

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНЕ ОБСТРУКТИВНЕ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ

Резюме. Проаналізовано особливості клінічного та функціонального перебігу хронічного обструктивного захворювання легень та артеріальної гіпертензії за умови їх поєданого перебігу залежно від статі. Аналіз встановив, що серед обстежених чоловіки були молодшого віку, однак порушення функції зовнішнього дихання були більш важчими. Серед жінок діагностуються шлуночкові порушення ритму, зокрема екстрасистолі високих градацій. Серед жінок діагностовані епізоди фібриляції передсердь більш тривалі. Відмічається підвищення симпатичної регуляції як серед чоловіків, так і серед жінок. Серед