

strains of microorganisms. Their identification was carried out, sensitivity of isolated strains to antibiotics was studied. Microbiological monitoring have shown, that *Staphylococcus*, *Pseudomonas*, *Acinetobacteria* were the main causative agents of burns complications. Gram-positive and Gram-negative bacteria were found as in monoculture so as in associations. There was found high level of resistance of *Staphylococcus*, *Pseudomonas* and *Acinetobacteria* to antibiotics, which were used for prophylaxis of wound infection in patients with burns.

Key words: burns, infection, microflora, antibiotics, resistance.

Стаття надійшла до редакції 27.09.2013 р.

Нагайчук Василь Іванович - доктор медичних наук, доцент кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 509-18-01; vinnitsaoripik17@mail.ru

Назарчук Олександр Адамович - кандидат медичних наук, асистент кафедри мікробіології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 729-37-61; nazarchukoa@gmail.com

Палій Віктор Гордійович - доктор медичних наук, доцент кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; g_paliy@ukr.net

Макац Євгенія Федорівна - кандидат медичних наук, доцент кафедри мікробіології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

Буркот Віта Михайлівна - старший лаборант кафедри мікробіології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 096 963-16-80

© Саволюк С.І., Вовчук І.М., Ярмак О.А., Лосєв В.О.

УДК: 616.36-008.5: 616-089.48

Саволюк С.І., Вовчук І.М., Ярмак О.А., Лосєв В.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ТА БЕЗПЕЧНОСТІ ВІДКРИТИХ МЕТОДІВ ВНУТРІШНЬОЇ БІЛІАРНОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ В ХІРУРГІЇ УСКЛАДНЕНОЮ НЕПУХЛИННОЮ ОБТУРАЦІЙНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Резюме. В роботі аналізуються ранні та віддалені результати хірургічного лікування 121 хворого з ускладненою непухлинною обтураційною жовтяницею, з приводу якої була здійснена відкрита внутрішня біліарна декомпресія (холедоходоуденоанастомоз - 87, холедохоентероанастомоз - 34). Ранні результати аналізуються з позиції оцінки ступеня ризику розвитку та прогресування постдекомпресійної дисфункції печінки, а віддалені результати - шляхом оцінки біохімічних показників мікробної транслокації, напруженості системи регіонарного імунітету та ступеня відновлення функцій печінки в жовчі та аналізу показників якості життя оперованих пацієнтів. Робиться висновок про пріоритетне використання холедохоентероанастомозу як методу вибору відкритої внутрішньої біліарної декомпресії при хірургічному лікуванні хворих з ускладненою непухлинною обтураційною жовтяницею.

Ключові слова: непухлинна обтураційна жовтяниця, традиційні методи внутрішньої біліарної декомпресії, холедоходоуденоанастомоз, холедохоентероанастомоз, ранні та віддалені результати, дисфункція печінки, якість життя.

Вступ

Агресивне впровадження малоінвазивних хірургічних технологій в гепатобіліарну хірургію спочатку створило передумови для протиставлення своїх нових малотравматичних можливостей до відкритих традиційних втручань, формуючи конкурентні полюси в виборі технологій та методів оперативної корекції [Гальперин, 2011]. Проте, по мірі накопичення колективного досвіду та аналізу як ранніх [Ничитайло, Скумс, 2006], так і віддалених результатів [Арутюнов, 2008] хірургічного лікування доброякісної біліарної патології, що ускладнена синдромом непухлинної обтураційної жовтяниці (НПОЖ), сформувався нова хірургічна доктрина [Яльченко, 2012], коли кожний з хірургічних методів малоінвазивної та відкритої корекції на всіх етапах курації цього контингенту хворих має чіткі обмеження, умови безпечного виконання, раціональну оцінку своїх можливостей до використання, особливо при наявності поєднаної біліарної патології [Ничитайло та ін., 2010; Хотиняну та др., 2010] (рубцеві стрик-

тури жовчних протоків, тубулярний стеноз загальної жовчної протоки, множинний, рецидивний холедохолітаз, крупні конкременти загальної жовчної протоки, рецидивний стенозуючий папіліт, ускладнений холангітом, гепатитом, вторинним біліарним цирозом печінки), що зруйнувало створену поляриність вибору хірургічних методів в хірургії ускладненої НПОЖ [Борисенко, 2012]. На зміну конкуренції прийшло обґрунтоване та взаємодоповнює використання всіх хірургічних технологій в кожному конкретному клінічному випадку з намаганням досягти оптимальних результатів раннього післяопераційного періоду з метою профілактики ускладнень, в тому числі постдекомпресійної дисфункції печінки, та зростанню показників якості життя оперованих пацієнтів в віддаленому терміні [Сипливий та др., 2010] для профілактики рецидивів доброякісної біліарної патології та досягнення об'єктивної радикальності при виборі принципів та методів хірургічної корекції, інтегруючи та асо-

ціуючи всі переваги, недоліки та обмеження існуючих хірургічних методів [Колкин и др., 2009; Захараш та ін., 2011]. Нова хірургічна доктрина вимагає чіткого розмежування показів всіх хірургічних технологій біліарної хірургії для створення оптимальних алгоритмів раціонального вибору методів радикальної ліквідації причинної біліарної патології, що ускладнена проявами НПОЖ та її ускладненнями [Никоненко та ін., 2009; Грубник и др., 2012].

Мета - порівняльна характеристика ступеню післяопераційної безпеки сформованих ХДА та ХЕА в хворих з ускладненою НПОЖ шляхом аналізу динаміки предикторів постдекомпресійної печінкової дисфункції в ранньому періоді та показників біохімічного аналізу протокової жовчі та показників якості життя оперованих хворих в віддаленому терміні.

Матеріали та методи

В основу наукового спостереження покладений аналіз післяопераційного моніторингу, що здійснювався в ранньому та віддаленому післяопераційному термінах, 121 хворого з верифікованим діагнозом НПОЖ, яким виконана внутрішня біліарна декомпресія відкритим хірургічним способом шляхом формування біліодигестивних анастомозів: ХДА (87) та ХЕА за Ру (34).

Розподіл хворих з НПОЖ та створення груп для порівняльного аналізу здійснювався до способу відкритої внутрішньої біліарної декомпресії (ХДА та ХЕА, сфінктеровиключаючий тип втручання) згідно дизайну роботи для репрезентативності за гендерно-віковими та нозологічними ознаками та ступенем важкості печінкової недостатності для об'єктивності та достовірності результатів.

Лабораторно-біохімічне дослідження жовчі (при дуоденальному зондуванні (порція С), при наявності зовнішнього дренажу позапечінкових жовчних протоків, при назобіліарному дренажі) включав визначення питомої ваги, показника кислотно-лужного зсуву (рН) та загальну мікробну забрудненість жовчі (ЗМЗЖ) в колонієутворюючих одиницях в 1 мл (КУО/мл), вмісту середньомолекулярних пептидів (МСМ) за Габриэлян Н.И. (1985), продуктів перекисного окислення ліпідів - дієнових кон'югат (ДК) за методом Стальная И.Д. (1977) та малонового діальдегіду (МДА) за методом Коробейникова Э.Н. (1989), імуноферментне визначення прозапального інтерлейкіну - 1 (ІЛ-1) та імуноглобуліну А (ІgА) методом простої радіальної імунодифузії в модифікації Чернохвостовой Е.В. (1985).

У процесі спостереження за окремими показниками жовчі (рН, МСМ, ДК, МДА, холестерин, ІgА, ІЛ-1) запропоновані діагностичні способи, що дозволяють здійснювати поточний аналіз результатів комплексного хірургічного лікування хворих з НПОЖ як в ранньому, так і віддаленому термінах: 1) спосіб оцінки наслідків хірургічної корекції ускладненої доброякісної біліарної патології (патент № 65157), що передбачає визначення концентрацій ІЛ-1, ІgА та МСМ: зростання МСМ більше за

0,362±0,02 од. опт. щільн. свідчить про порушення детоксикаційної здатності печінки, зростання ІgА більше за 1,2±0,07 г/л та ІЛ-1 більше за 6,12±0,82 пг/мл свідчить про загрозу виникнення бактеріального запалення позапечінкових жовчних протоків та про існування післяопераційного холангіту (латентний, хронічний чи ймовірність його розвитку) з констатацією відповідного ступеня печінкової дисфункції; 2) спосіб діагностики латентного холангіту та оцінки ступеня тяжкості гострого холангіту (патент № 65160), що передбачає визначення константи рН: про відсутність запальної патології жовчних протоків свідчить значення рН жовчі в межах 7,93±0,05 - 8,27±0,05, про латентний (субклінічний) холангіт 7,42±0,04 - 7,72±0,04 (навіть за відсутності макроскопічних змін жовчі та протоків), зниження рН до 7,1±0,03 - про гострий гнійний холангіт легкого ступеню, рН до 6,7±0,04 - про гострий холангіт середнього ступеню, а зниження рН до 6,1±0,06 засвідчує гострий холангіт важкого ступеню; 3) спосіб визначення дисфункції печінки в ранньому та віддаленому післяопераційному періоді (патент № 65171), що передбачає визначення концентрації холестерину, МСМ, ДК та МДА: коливання значень, що прямо пропорційні зростанню загального білірубину до 100 мкмоль/л і обернено пропорційні при подальшому зростанні загального білірубину більше 100 мкмоль/л по мірі поглиблення печінкової недостатності, МСМ (норма 0,362±0,02 од. опт. щільн.) свідчить про порушення детоксикаційної здатності печінки, коливання вмісту ДК (норма 0,8±0,1 мкмоль/л), МДА (норма 2,2±0,09 мкмоль/л) та холестерину (норма 0,6±0,18 ммоль/л) свідчить про порушення екскреторно-детоксикаційної функції, корелюючи з відповідним ступенем печінкової дисфункції.

Лабораторний моніторинг за хворими з НПОЖ створив накопичувальну первинну базу клінічної інформації, здійснювався в межах 9 лабораторних синдромів: системне запалення, імунореактивність, антиоксидантний дисбаланс, цитопатична гіпоксія, ендотеліальна дисфункція, функціональний стан печінки, ендотоксемія, ліпідний та вуглеводний обмін, загалом 62 показника та 10 традиційних розрахункових індексів. Створення накопичувальної матриці діагностичної інформації за кожним окремим хворим та послідовно її статистична обробка дозволили виокремити 14 метаболічних предиктора, що асоціюються з максимальним ризиком розвитку післяопераційних ускладнень, ризиком розвитку та прогресування постдекомпресійної печінкової дисфункції, оцінюючи ступінь операційної агресії та ступінь післяопераційної безпеки обраного методу хірургічного коригуючого впливу на подальший перебіг післяопераційного періоду з констатацією специфічного критичного моменту, впродовж якого існує максимальний ризик виникнення ускладнень, існування яких було доведено математичним способом шляхом побудови та порівняння прогностичних післяопераційних кривих розподілу відповідних значень досліджуваних показ-

ників: системне запалення (фібриноген), антиоксидантний дисбаланс (малоневий діальдегід (МДА), холестерин, каталаза (КА), церулоплазмін (ЦП)), функціональний стан печінки (орнітинкарбамоілтрансфераза (ОКТ)), ендотоксемія (гліколізований гемоглобін (HbA1c), ефективна концентрація гемоглобіну (ЕКА), молекули середньої маси (МСМ), сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ)), вуглеводний (глюкоза) та ліпідний обміни (ліпопротеїни високої та низької щільності (ЛПВЩ, ЛПНЩ)).

Оцінку якості життя проводили через 12 місяців після операції шляхом анкетування під час активного виклику пацієнтів для контрольного огляду за опитувальником Outcomes Study Short Form (SF-36, J.E.Ware, 1988) в редакції Міжнародного центру дослідження якості життя (м. Санкт-Петербург, 1998), що включав вивчення 8 параметрів, що згруповані в 2 компоненти: фізичний компонент здоров'я (функціонування - фізичне (PF) та рольове (RP)), інтенсивність болю (BP), загальний стан здоров'я (GH)), психологічний компонент здоров'я (життєва активність (VT), функціонування - соціальне (SF) та рольове (RE)), психічне здоров'я (MH)).

Статистичну обробку даних проводили з використанням пакета статистичних програм Microsoft Excel. За рівень статистичної значущості приймали $p < 0,05$. Проводячи розрахунки, попередньо перевіряли показники на нормальний розподіл з використанням критерію Колмогорова-Смірнова, а у разі обсягу вибірки менше 50 додатково використовували тест Шапіро-Вілка. За нормального розподілу у вибірці дані представляли у вигляді середнього значення показника (M) із середньою квадратичною похибкою (m). Для порівняння кількісних показників незалежних груп у випадку нормального розподілу використовували тест Стюдента, а у разі необхідності порівняння більше ніж двох незалежних груп - однофакторний дисперсійний аналіз. При порівнянні двох груп, показники яких не відповідали нормальному розподілу ознак, застосовували непараметричний U-критерій Манна-Уїтні. При порівнянні кількох груп з ненормальним розподілом ознак використовували непараметричний критерій Крускала-Уолліса. Різницю між групами за частотою наявності ознак визначали за допомогою критерію χ^2 . Кореляційний аналіз показників проводили з використанням рангового коефіцієнта кореляції за Спірманом. Для визначення предикторів застосовували однофакторну та багатофакторну модель логістичної регресії з визначенням відношення шансів (ВШ) та 95% довірчих інтервалів. Інформаційну цінність незалежних предикторів вираховували за допомогою методики ROC-аналізу шляхом визначення оптимальної величини відсічення ("критичних значень" показника), за яких функція дорівнює заданому значенню, при цьому розраховували її чутливість та специфічність.

Результати. Обговорення

Створення графічного профілю післяопераційної безпеки формування ХДА та ХЕА на основі реєстрації

14 метаболічних предикторів у вигляді узагальнення цифрових показників 8 післяопераційних днів (цифрові значення на 1, 3, 5, 7, 9, 12, 15, 18 добу) та їх представлення по відношенню до нормальних значень у вигляді їх різниці дозволив здійснити порівняльний аналіз ступеня післяопераційної безпеки при їх використанні в ранньому післяопераційному періоді, дозволяючи математично оцінювати ступінь ризику розвитку та прогресування проявів постдекомпресійної дисфункції печінки у хворих з ускладненою НПОЖ. Аналіз представленого графічного зображення післяопераційної динаміки досліджуваних показників у хворих з НПОЖ групи виявив, що після здійснення внутрішньої біліарної декомпресії шляхом створення ХДА критичний момент постдекомпресійного періоду спостерігався впродовж 1-5 післяопераційних днів, після яких відбувалась достовірна статистично значима тенденція до зменшення силоваткових концентрацій метаболічних предикторів і, відповідно, ризик постдекомпресійних ускладнень, що співпадало з періодом фізіологічного звуження зони анастомозу внаслідок асептичного запалення та набряку, внаслідок чого забезпечується відносна фізіологічність та дозованість реалізації методу внутрішньої біліарної декомпресії. Аналізуючи графічне зображення післяопераційного розподілу досліджуваних показників у хворих з ускладненою НПОЖ після здійснення внутрішньої біліарної декомпресії шляхом формування ХЕА, було встановлено, що критичний момент постдекомпресійного періоду в хворих після формування ХЕА спостерігався впродовж 1-3 післяопераційних днів, після чого відмічена достовірна різниця досліджуваних метаболічних предикторів післяопераційних ускладнень з відповідним зниженням ризику їх клінічної маніфестації, що спостерігалась раніше, ніж відбувалось фізіологічне звуження зони анастомозу внаслідок асептичного запалення (5-7 післяопераційна доба) і пов'язана, на нашу думку, із незначною різницею тиску в біліарній системі та відключеній за Ру петлі, що й забезпечило таку фізіологічність здійснення процесу внутрішньої біліарної декомпресії. Відмінності післяопераційних кривих безпеки ХДА та ХЕА полягали не лише в статистично доведеному зменшенні тривалості критичного моменту постдекомпресійного періоду, але й в достовірно меншій концентрації метаболічних предикторів ускладнень впродовж терміну післяопераційного спостереження.

Спостерігаючи динаміку виявлених змін показників жовчі хворих через 12 місяців після формування білідигестивних анастомозів, а саме ХДА, були виявлені наступні характерні особливості змін досліджуваних параметрів: 1) всі значення досліджуваних показників жовчі хворих після формування ХДА були достовірно вищими за аналогічні значення в групі здорових донорів (Хс - $1,72 \pm 0,1$, $t=5,44$, $p < 0,001N$, ДК - $2,1 \pm 0,1$, $t=9,19$, $p < 0,001N$, МДА - $3,6 \pm 0,12$, $t=9,33$, $p < 0,001N$, МСМ - $0,54 \pm 0,01$, $t=7,96$, $p < 0,001N$, ІЛ-1 - $11,0 \pm 0,34$, $t=5,5$, $p < 0,001N$, ІgА - $2,4 \pm 0,12$, $t=8,64$,

$p < 0,001N$); 2) порівняльний аналіз параметрів жовчі хворих після формування ХДА виявив наявну статистично достовірну різницю досліджуваних значень між показниками групи зовнішнього дренивання холедоxa (ЗДХ), після ендоскопічного стентування, після ендоскопічної папілотомії (ЕПТ) та після ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ). Ці виявлені зміни параметрів жовчі хворих після формування ХДА проявлялися в вигляді прогресивно вищих величин досліджуваних показників. Тобто, значення маркера мікробної транслокації ІЛ-1 та гуморального фактору регіонарного захисту ІgА був вищим за аналогічні значення після ЗДХ, ендоскопічного стентування, після ЕПТ та ЕПСТ, що характеризує метод створення ХДА як варіант сфінктеровиключаючого втручання з повною втратою автономності функціонування біліарної системи та існування дуодено-біліарного рефлюксу. Показники Хс, ДК, МДА та МСМ характеризують вищий з поміж усіх досліджуваних хірургічних методів ступінь зростання метаболічних показників існуючої хронічної печінкової дисфункції як внаслідок неефективних заходів післяопераційної реабілітації, так і внаслідок повного виключення замикальної функції ВДС в підтримці автономності біліарного тракту та існування персистуючого дуодено-біліарного рефлюксу, що провокує печінкову дисфункцію, вимагаючи обмеження показів до його виконання на безпечні варіанти операцій.

Аналіз показників якості життя хворих з НПОЖ після формування ХДА та ХЕА в порівняльному аспекті представлений наступним чином: РF - ХДА $46,9 \pm 1,1$ ($t=34,71$, $p < 0,001N$), ХЕА $71,4 \pm 1,2$ ($t=17,35$, $p < 0,001N$), $t=15,05$, $p < 0,001$; РР - ХДА $37,0 \pm 1,8$ ($t=13,75$, $p < 0,001N$), ХЕА $54,6 \pm 2,2$ ($t=8,34$, $p < 0,001N$), $t=6,19$, $p < 0,001$; ВР - ХДА $50,0 \pm 0,9$ ($t=23,07$, $p < 0,001N$), ХЕА $63,1 \pm 1,2$ ($t=13,72$, $p < 0,001N$), $t=8,73$, $p < 0,001$; ГН - ХДА $41,3 \pm 1,8$ ($t=7,77$, $p < 0,001N$), ХЕА $62,9 \pm 2,4$ ($t=2,68$, $p < 0,05N$), $t=7,2$, $p < 0,001$; VT - ХДА $38,4 \pm 1,4$ ($t=11,48$, $p < 0,001N$), ХЕА $50,7 \pm 1,8$ ($t=6,37$, $p < 0,001N$), $t=5,39$, $p < 0,001$; SF - ХДА $44,6 \pm 2,0$ ($t=3,83$, $p < 0,001N$), ХЕА $63,8 \pm 2,4$ ($t=3,12$, $p < 0,01N$), $t=6,15$, $p < 0,001$; RE - ХДА $50,0 \pm 2,1$ ($t=7,45$, $p < 0,001N$), ХЕА $68,2 \pm 2,5$ ($t=3,02$, $p < 0,01N$), $t=5,57$, $p < 0,001$; МН - ХДА $53,6 \pm 1,3$ ($t=6,28$, $p < 0,001N$), ХЕА $60,0 \pm 1,8$ ($t=3,49$, $p < 0,01N$) $t=2,88$, $p < 0,01$. Порівняння цих показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я дозволив зробити наступні висновки: 1) всі досліджувані показники хворих після формування ХДА в віддаленому періоді характеризуються значно низькими величинами досліджуваних параметрів відносно значень групи порівняння (донори) ($p < 0,001$), 2) величини досліджуваних показників якості життя в хворих після формування ХЕА також були достовірно меншими в порівнянні з значеннями групи здорових донорів, проте ступінь цього зменшення була набагато меншою за аналогічні значення в групі хворих після ХДА, 3) при порівнянні досліджуваних величин групи ХДА та ХЕА була виявлена достовірна різниця досліджуваних показників: показники

якості життя після формування ХДА були набагато меншими за аналогічні значення в групі після ХЕА. Таким чином, здійснений нами порівняльний аналіз показників якості життя хворих контрольної групи після формування ХДА та ХЕА констатував, що за всіма досліджуваними параметрами фізіологічного та психологічного компоненту здоров'я оперованих пацієнтів показники в групі після ХДА були набагато меншими в порівнянні з ХЕА. Ці отримані статистично достовірні дані спростовують сформовані уявлення про можливість використання методу ХДА як методу вибору при лікуванні хворих з ускладненою НПОЖ доброякісною біліарною патологією, оскільки віддалені його наслідки в вигляді низьких показників якості життя оперованих пацієнтів, підтвержені лабораторним дослідженням показників жовчі в цих хворих, засвідчують незадовільний характер отриманих результатів комплексного лікування цих хворих. Такі дані, як загроза мікробної транслокації (зростання ІЛ-1), наявність дуодено-біліарного рефлюксу (високі показники гуморального компоненту регіонарного імунітету біліарної системи ІgА) та показники хронічної персистуючої дисфункції печінки (зростання МСМ, Хс, ДК, МДА), є патологічним підґрунтям до отримання в віддаленому періоді таких низьких результатів медико-соціальної реабілітації хворих у вигляді зниження показників якості життя, що вимагає здійснення активного спостереження за цими хворими для ранньої діагностики можливих ускладнень та їх превентивного лікування та профілактики, оскільки саме в цій площині лежить вирішення проблеми віддалених результатів лікування цього контингенту хворих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Ранній післяопераційний період у хворих з ускладненою НПОЖ після здійснення відкритих операцій внутрішньої біліарної декомпресії характеризується різним ступенем ризику постдекомпресійних ускладнень в залежності від методики формування білідигестивного анастомозу (пріоритет ХЕА над ХДА згідно профілю післяопераційної безпеки та ризику постдекомпресійної дисфункції печінки).

2. Дослідження біохімічних показників жовчі, що відображають ступінь мікробної транслокації (ІЛ-1), ступінь напруженості систем регіонарного захисту (ІgА) та ступінь печінкової дисфункції (ДК, МДА, МСМ) свідчить, що метод ХДА має всі ознаки сфінктеровиключаючого оперативного втручання, що є об'єктивною основою до виникнення ускладнень віддаленого післяопераційного терміну та зниження показників якості життя оперованих хворих з приводу ускладненої НПОЖ.

3. Дослідження показників якості життя за фізіологічним та психологічним компонентом здоров'я виявив, що формування ХЕА є більш доцільним методом внутрішньої біліарної декомпресії порівняно з ХДА, оскільки забезпечує високий ступінь медико-соціальної реа-

білітації хворих з доброякісною біліарною патологією, що ускладнена НПОЖ.

Наступні наукові розробки будуть спрямовані на досягнення чіткої регламентації показів до застосування відкритих традиційних оперативних втручань та малоінвазивних малотравматичних методів хірургічної інтер-

венції у хворих з доброякісною біліарною патологією, що ускладнена НПОЖ, їх етапної взаємодії та асоціації для забезпечення принципу радикальності хірургічної корекції при збереженні принципів раціональної періопераційної безпеки при виконанні одномоментних та етапних операцій.

Список літератури

- Арутюнов С.Э. Отдаленные результаты хирургического лечения больных с осложненной желчно-каменной болезнью / С.Э. Арутюнов // Вісник Української стоматологічної академії. - 2008. - Т. 7, Вип. 1 - 2. - С. 15 - 17.
- Борисенко В.Б. Миниінвазивные способы коррекции билиарной гипертензии в профилактике и лечении острого холангита и билиарного сепсиса / В.Б. Борисенко // Медичні перспективи. - 2012. - Т. 17, № 1, Ч. 2. - С. 54 - 56.
- Використання антеградних ендобіліарних втручань під ультразвуковим і рентгенологічним контролем в гепатобіліарній хірургії / М.П. Захараш, Ю.М. Захараш, А.І. Стельмах [та ін.] // Сучасні медичні технології. - 2011. - № 3 - 4. - С. 437.
- Гальперин Э.И. Механическая желтуха: состояние мнимой стабильности, последствия второго удара, принципы лечения / Э.И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. - 2011. - № 16 (3). - С. 16 - 26.
- Комплексное хирургическое лечение доброкачественных стриктур магистральных желчных протоков / В.Ф. Хотиняну, А.Г. Фердохлеб, А.В. Хотиняну, С. Марга // Вісник Вінницького національного медичного університету. - 2010. - № 14 (2). - С. 330 - 334.
- Ничитайло М.Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия: [Монография] / М.Е. Ничитайло, А.В. Скумс. - К.: Макком, 2006. - 344 с.
- Состояние проблемы наружного дренирования желчных протоков в эпоху эндоскопической хирургии / В.В. Грубник, А.И. Ткаченко, Ю.Н. Кошель [та ін.] // Медичні перспективи. - 2012. - Т. 17, № 1, Ч. 2. - С. 36 - 40.
- Стенозуючий папіліт як хірургічна проблема / М.Ю. Ничитайло, П.В. Огороднік, І.В. Гомоляко [та ін.] // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 3. - С. 28-33.
- Хирургическое лечение постхолецистэктомического синдрома / А.С. Никоненко, С.Н. Завгородний, Н.Г. Головки [та ін.] // Харківська хірургічна школа. - 2009. - № 4.1 (36). - С. 351 - 352.
- Хирургическое лечение рубцовых стриктур желчных протоков как причины постхолецистэктомического синдрома / Я.Г. Колкин, А.Е. Кузьменко, В.В. Хацко и др. // Харківська хірургічна школа. - 2009. - № 4.1 (36). - С. 211 - 213.
- Хирургическое лечение холедохолитиаза: анализ с позиции оценки качества жизни пациента / В.А. Сипливый, А.В. Береснев, Д.В. Евтушенко, В.И. Робак // Матеріали конгресу "IV Міжнародні Пироговські Читання". - Вінниця, 2010. - Т. 2. - С. 141.
- Яльченко Н.А. Обоснование показаний к одно- и двухмоментным операциям при холедохолитиазе без и с обтурационной желтухой / Н.А. Яльченко // Медичні перспективи. - 2012. - Т. 17, № 1, Ч. 2. - С. 24 - 28.

Саволук С.И., Вовчук И.Н., Ярмак О.А., Лосев В.А.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОТКРЫТЫХ МЕТОДОВ ВНУТРЕННЕЙ БИЛИАРНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ В ХИРУРГИИ ОСЛОЖНЕННОЙ НЕОПУХОЛЕВОЙ ОБТУРАЦИОННОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Резюме. В работе анализируются ранние и отдаленные результаты хирургического лечения 121 больного с осложненной неопухолевой обтурационной желтухой, по поводу которой была выполнена открытая внутренняя билиарная декомпрессия (холедоходуоденоанастомоз - 87, холедохозентероанастомоз - 34). Ранние результаты анализируются с позиции оценки степени риска развития и прогрессирования постдекомпрессионной дисфункции печени, а отдаленные результаты - путем оценки биохимических показателей микробной транслокации, напряженности системы регионарного иммунитета и степени восстановления функций печени в желчи и анализа показателей качества жизни оперированных пациентов. Делается вывод про приоритетное использование холедохозентероанастомоза как метода выбора открытой внутренней билиарной декомпрессии при хирургическом лечении больных с осложненной неопухолевой обтурационной желтухой.

Ключевые слова: неопухолевая обтурационная желтуха, традиционные методы внутренней билиарной декомпрессии, холедоходуоденоанастомоз, холедохозентероанастомоз, ранние и отдаленные результаты, дисфункция печени, качество жизни.

Savoljuk S.I., Vovchuk I.N., Yarmak O.A., Losiev V.O.

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EFFICACY AND SAFETY OPEN METHODS INTERNAL BILIARY DECOMPRESSION IN SURGERY OF COMPLICATED NONCANCER OBSTRUCTIVE JAUNDICE

Summary. This paper analyzes the early and late results of surgical treatment of 121 patients with complicated noncancer obstructive jaundice which occasion by open internal biliary decompression (choledohoduodenostomy - 87, choledohoenterostomy - 34). Early results are analyzed from the perspective of risk assessment development and progression postdecompressive liver dysfunction and long-term results - by assessing the biochemical indicators of microbial translocation, tensions regional immunity system and the degree of recovery functional liver into the bile and analysis of quality of life of the operated patients. The conclusion about the priority use choledohoenterostomy as the method of choice open internal biliary decompression in the surgical treatment of patients with complicated noncancer obstructive jaundice.

Key words: noncancer obstructive jaundice, the traditional methods of internal biliary decompression, choledohoduodenostomy, choledohoenterostomy, early and late results, liver dysfunction, quality of life.

Стаття надійшла до редакції 23.10.2013р.

Саволюк Сергій Іванович - доктор медичних наук, доцент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 67-07-15; savoluk@meta.ua.

Вовчук Ігор Миколайович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 251-75-60

Ярмак Олег Анатолійович - аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 54-94-00; ole_jik@i.ua.

Лосєв Владислав Олександрович - аспірант кафедри хірургії №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 098 950-83-04

© Власов В.В., Калиновський С.В.

УДК: 616.34-007.43:616-018.2-007.7

Власов В.В., Калиновський С.В.

Кафедра хірургії ФПО ВНМУ імені М.І. Пирогова (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, 29000, Україна), Хмельницька обласна лікарня (вул. Пілотська, 1, м. Хмельницький, 29000, Україна)

ФЕНОТИПОВІ ПРОЯВИ НЕДИФЕРЕНЦІЙОВАНОЇ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ У ХВОРИХ НА ПУПКОВУ ГРИЖУ

Резюме. *Фенотипові ознаки недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) визначені у 208 хворих на пупкову грижу. Найчастіше спостерігали порушення моторної функції травного каналу (91,4 %), порушення постави (87,02 %), зниження тону м'язів живота (86,5 %), плоскостопість (82,69 %). Згідно критеріїв Т.Ю. Смольнової (2003) найбільше було пацієнтів з ознаками НДСТ середнього ступеня тяжкості (51,4 %), яка була у осіб з мезоморфним, ендоморфним та ендомезоморфним соматотипами. Найбільше було пацієнтів з MASS-подібним фенотипом (63,5 %), НДСТ з марфаноїдним і елерсоподібним фенотипами спостерігали у 15,9 % і 23,1 % хворих відповідно. НДСТ тяжкого ступеня мали переважно особи брахіморфного типу статури (18,28 %). Часто у пацієнтів з ознаками НДСТ середнього ступеня тяжкості спостерігали підвищену масу тіла (45,68 %).*

Ключові слова: *пупкова грижа, недиференційована дисплазія сполучної тканини, соматотип, тип статури, грижовий дефект.*

Вступ

Під терміном "дисплазія сполучної тканини" розуміють аномалію тканинної структури, що проявляється в зниженні вмісту окремих видів колагена або порушенні їх співвідношення. Клінічно цей стан проявляється зміною механічних властивостей, "слабкістю" сполучної тканини більшості органів і систем [Аббакулова, 2006; Смирнова и др., 2006; Кадурина, 2009; Kucharz, 1992]. Грижа передньої черевної стінки, як відомо, є важким проявом недиференційованої дисплазії сполучної тканини (НДСТ) [Шиляев, Шальнова, 2003; Кадурина, 2009; Воловар, 2013]. Досвід, що був накопичений в світі за останні роки диктує необхідність цілеспрямованого вивчення проблеми НДСТ в герніологічній практиці. В доступних нам публікаціях ми не зустріли опису клінічних особливостей прояву синдрому НДСТ у хворих на пупкову грижу (ПГ). Тому вважаємо це вивчення доцільним.

Матеріали та методи

Обстежено 208 хворих на ПГ віком від 20 до 80 років (56,78±13,8 років). За кількістю переважали жінки (74,52 %).

Для виявлення характерних фенотипових ознак НДСТ у хворих на ПГ вивчали наступні критерії: тип статури (ТС), тонус і стан м'язів, еластичні властивості шкіри, стан хребта, схильність до алергічних і застудних захворювань, наявність деформації нижніх кінцівок, арахнодактилії, плоскостопості, варикозної хвороби ніг, гемо-рою, пролапсу статевих органів, грижі передньої черев-

ної стінки, порушення прикусу і розвитку зубів, готичного піднебіння, синдрому блакитних склер, деформації вушної раковини, спланхноптозу, порушення моторної функції травного тракту, що підтверджені ендоскопічними дослідженнями. ТС визначали за В.Н. Шевкуненко (1936) [Шапаренко, 2000]. Дослідження м'язового тону проводили в умовах повного розслаблення м'язів пацієнта в горизонтальному положенні. Для його оцінки використовували метод визначення резистентності т. біцепс і глибини вдавлення пальців лікаря в м'яз. Гіпотрофію м'язів оцінювали візуально і пальпаторно. Зниження тону м'язів передньої черевної стінки оцінювали візуально за профілем живота (фотодокументували), виявляючи діастаз прямих м'язів живота. Довжину стопи вимірювали лінійкою від кінчика першого пальця до зовнішньої поверхні горба п'яти. Висоту стопи: вимірювали від підлоги до верхньої поверхні човноподібної кістки. Ознаками поперечної плоскостопості є натоптиші і hallus valgus - відхилення І-ї пальця стопи назовні, аж до розміщення над іншим пальцем. Подовжню плоскостопість визначали з анамнезу і по подометричному індексу. Синдром блакитних склер оцінювали візуально.

Усі хворі розподілені на групи за розмірами грижового дефекту (ГД) згідно класифікації EHS [Muysoms et al., 2009] масою тіла згідно індексу Кетле, соматотипом та ТС. Для визначення соматотипів була використана математична схема соматотипування за J.L. Carter, В.Н. Heath [Carter, 1990], згідно якої визначали ендоморф-