

[3]. З розвитком мініінвазивних методів лікування ВХ доцільність виконання цієї операції частиною авторів ставиться під сумнів. Зокрема, пропонується виконання ендовенозної лазерної коагуляції (ЕВЛК) ВПВ з підведенням лазерного світловоду до ССЗ без застосування кросектомії [4]. Не заперечуючи можливість використання такого методу лікування у частини пацієнтів, зауважимо, що, згідно з інструкціями до апаратів для ЕВЛК, світловід не можна наближати до загальної стегнової вени ближче, ніж за 2-3 см, у зв'язку з ризиком її тромбозу. А таким чином, при використанні ЕВЛК без ризику для пацієнта залишаються 2-3 см пригирлової ділянки ВПВ, не охоплені дією лазерного випромінювання. А 2-3 см – це якраз і є сегмент ВПВ від термінального до претермінального клапанів – основна частина ССЗ. Проведені ж нами дослідження показали, що на 77,7% нижніх кінцівок з ВХ наявний патологічний рефлюкс через термінальний клапан ВПВ. У таких випадках ЕВЛК не ліквідує неспроможність термінального клапана ВПВ. Якщо при цьому термінальні клапани пригирлових гілок ВПВ не уражені, то патологічний рефлюкс не буде поширюватися дистальніше сафено-фemorального з'єднання, але венозний тиск на ці клапани буде значно вищим, ніж у нормі. А отже, ризик виникнення рецидиву варикозного синдрому в таких випадках вкрай високий. Це підтверджується тим, що на 6,4% кінцівок претермінальний клапан ВПВ не був уражений, а рефлюкс з термінального клапана поширювався на пригирлові гілки, зокрема у 0,4% випадків – на найпроксимальнішу гілку - поверхневу надчеревну вену, яку ЕВЛК взагалі ніколи не зачіпає. Сумнівною є ефективність ЕВЛК також при виражених аневризматичних розширеннях пригирлової ділянки ВПВ, її подвоєннях та при неспроможності пахових пронизних вен. Не доцільна ЕВЛК і при ураженні аномальної латеральної підшкірної вени та при варикозному розширенні підшкірних вен, які впадають у загальну стегнову вену в паху окремо від ВПВ. Це обов'язково слід враховувати при виборі тактики лікування, і у всіх вищевказаних випадках імовірність і доцільність застосування ЕВЛК замість кросектомії є вкрай сумнівними. І лише при наявності рефлюкса на певному сегменті стовбура ВПВ без сафено-фemorального рефлюкса ЕВЛК, без сумніву, є операцією вибору. Але частота таких випадків, згідно з нашим дослідженням становить лише 14,4%.

Висновки

1. ССЗ – це складна анатомічна структура з численними варіантами будови та імовірністю виникнення значної кількості різноманітних шляхів поширення патологічних венозних рефлюксів.
2. Особливості будови ССЗ та шляхи поширення чи відсутність патологічних венозних рефлюксів через цю анатомічну структуру повинні визначати хірургічну тактику при лікуванні пацієнтів з ВХ.

УДК 616.27+616-089

Сніжко С.С., Шевчук І.М., Шевчук М.Г.

Хірургічне лікування хворих з гострим медіастинітом

Кафедра хірургії № 2 (зав. каф. - проф. І.М.Шевчук)

ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

Резюме. Проведено аналіз результатів лікування 54 хворих із гострим медіастинітом. Серед інструментальних методів обстеження найбільш інформативною є комп'ютерна томографія. Доказано, що застосування раннього хірургічного втручання супроводжується най-

Перспективи подальших досліджень

Планується вивчення особливостей будови, аномалій розвитку та патологічних змін сафено-поплітеального з'єднання.

Література

1. Гуч А.А., Чернуха Л.М. Варикозная болезнь. Классификация, ультразвуковая диагностика // Клінічна хірургія.-2004.-№ 3.-С.46-51.
2. Сабадош Р.В., Кобза І.І. До питання про впровадження міжнародної номенклатури венозної системи нижніх кінцівок в Україні // Хірургія України.-2012.-№1.-С.16-25.
3. Український Консенсус з лікування пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок.-Київ, 2005.-20 с.
4. Штутин А.А., Свирский Д.М., Розин Ю.А., Кузьменко О.В., Коновалова Е.А., Юркевич Ю.А. Результаты первого года применения 1510 нм лазера в комплексном лечении варикозной болезни // Клінічна флебологія.-2012.-Т.5, №1.-С.134-136.
5. Caggiati A., Bergan J., Glociczki P. et al. Nomenclature of the veins of the lower limb: extensions, refinements, and clinical application // J. Vasc. Surg.-2005.-Vol.41.-P.719-724.

Питюк А.В., Гончар М., Сабадош Р.В., Рыжук М.Д.

Особенности строения, аномалии развития и патологические изменения сафенобедренного соединения у пациентов с варикозной болезнью

Резюме. Патология сафенобедренного соединения (СБС) играет одну из ведущих ролей в развитии варикозной болезни нижних конечностей. На 533 конечностях с ВХ, используя ультразвуковое триплексное сканирование и интраоперационное подтверждение его результатов, изучены особенности строения, аномалии развития и патологические изменения СБС. Установлено, что СБС - это сложная анатомическая структура с многочисленными вариантами строения и вероятностью возникновения значительного количества разнообразных путей распространения патологических венозных рефлюксов. Особенности строения СБС и пути распространения или отсутствие патологических венозных рефлюксов через него должны определять хирургическую тактику при лечении пациентов с ВБ.

Ключевые слова: варикозная болезнь, сафенобедренное соединение.

Pytyuk O.V., Gonchar M.G., Sabadosh R.V., Ryzyuk M.D.

Peculiarities of Structure, Anomalies of Development and Pathological Changes Saphenofemoral and Saphenopopliteal Junctions in Patients with Varicose Disease

Summary. Pathology saphenofemoral junction (SFJ) plays a leading role in the development of varicose veins (VV) of the lower extremities. In 533 limbs with VV, using ultrasound scanning and intraoperative confirm his results, studied structural features, abnormalities and pathological changes in SFJ. Found that SFJ - is a complex anatomical structure with numerous variations of structure and the probability of a large number of different ways of pathological venous reflux. Features of the structure of SFJ and ways of distribution or absence of pathological venous reflux through this anatomical structure to determine the surgical tactics in patients with VV.

Keywords: varicose disease, saphenofemoral junction.

Надійшла 25.06.2012 року.

меншою кількістю ускладнень та створює сприятливі умови для швидкої ліквідації сепсису і виздоровлення хворих.

Ключові слова: гострий медіастиніт, симптоматика, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гострий медіастиніт (ГМ) залишається однією із найбільш складних форм хірургічної інфекції, яка характеризується вкрай тяжким перебігом, швидким розвитком синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ). За даним різних авторів, частота сепсису у хворих на ГМ коливається від 45 до 100%, летальність сягає 17-80% [1, 3, 7]. Діагностика ГМ на ранніх стадіях захворювання представляє собою складну проблему. Причини діагностичних помилок полягають у відсутності чіткої клінічної симптоматики [2, 4, 6].

Мета дослідження. Розробити алгоритм комплексного хірургічного лікування гострого медіастиніту.

Матеріал і методи дослідження

Упродовж 2000-2011 рр. на лікуванні в торакальному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні знаходилися 54 хворих з діагнозом ГМ. Серед них 40 (74%) чоловіків, 14 (16%) жінок. Середній вік становив $40,7 \pm 4,6$ роки. Згідно з класифікацією медіастиніту передньо-верхній ГМ діагностований у 25 (46,3%) хворих, тотальний – у 17 (31,5%), верхній – у 8 (14,8%), нижній – у 4 (7,4%) хворих. Час від перших проявів до встановлення діагнозу був від 1 до 4 діб і становив у середньому $1,9 \pm 0,8$ днів.

При підозрі на ГМ застосовували рентгенографію органів грудної клітки у 2-х проекціях, рентгеноконтрастне дослідження стравоходу, комп'ютерну томографію межистиння (КТ), УЗД, фібробронхоскопію, ЕФГС, відеоасистовану торакоскопію (ВАТС). Всім хворим з ГМ під час оперативного втручання проводили посів гною на чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів.

Результати дослідження та їх обговорення

Серед основних причин розвитку ГМ були тонзилогенна флегмона ший – у 14 (25,9%) хворих, одонтогенна флегмона ший – у 13 (24%), гнійний лімфаденіт ший – у 7 (12,9%), відкрита травма межистиння – у 4 (7,4%), пошкодження стравоходу – у 3 (5,5%), перфорація стравоходу стороннім тілом – у 3 (5,5%), нагноєна гематома ший – у 2 (3,7%), ін'єкційна наркоманія – у 2 (3,7%), сепсис – у 2 (3,7%), операції на органах грудної клітки – у 2 (3,7%), травматичний розрив трахеї і спонтанний розрив стравоходу – по одному хворому.

Основними клінічними симптомами ГМ були біль за грудиною або в міжлопатковій області (67%), при закиданні голови дозад (49%), при натисканні на грудину (47%), задуха (38%), порушене ковтання (21%). Серед загальних симптомів преувальювали прояви ССЗВ і сепсису (землистий колір шкіри, підвищення температури тіла до $39-40,5^{\circ}\text{C}$, тахікардія до 100-140 на 1 хв, тахіпульс до 24-28 на 1 хв, зниження артеріального тиску до $11,99/6,66$ кПа (90/50 мм рт. ст.) і нижче, зменшення діурезу менше 1000 мл на добу на фоні адекватної корекції).

При оглядовій рентгенографії основним синдромом ГМ було розширення тіні межистиння у 47 (87%) хворих. Однак, розширення тіні межистиння було незначним або відсутнє у хворих з гнійно-некротичним ГМ. Вирішальним методом діагностики, який дає можливість отримати повну картину стану клітковини межистиння, є КТ. Основними діагностичними критеріями наявності ГМ, згідно з даними КТ, є збільшення розмірів та набряк клітковини межистиння – у 47 (87%) хворих, наявність сформованих гнійників – у 29 (53,7%), необмежених рідинних скупчень – у 28 (51,8%), міхурців повітря – у 19 (35,1%) хворих. Непрямими ознаками ГМ були наявність ексудату в перикарді – у 12 (22,2%) хворих, в плевральних синусах – у 28 (51,8%) хворих. Під час фібробронхоскопії катаральний ендобронхіт виявлено у 25 (46,2%), гнійний – у 22 (40,7%) хворих.

Всі хворі з діагностованим ГМ були прооперовані. При передньо-верхньому ГМ розкриття і дренивання гнійного вогнища починали з передньо-бокової цервікотомії за Разумовським. При такому доступі досягнути адекватного розкриття та дренивання гнійника вдалося у 16 (64%) із 25 хворих. У 9 (36%) хворих додатково застосували торакотомію. Показами для проведення правобічної бокової торакотомії у 7 хворих були поширення гнійного процесу до рівня дуги аорти, поява ексудату в плевральній порожнині або перикарді, неефективність дренивання передньо-верхнього середостіння та недостатнє розкриття

гнійника через доступ за Разумовським. Цервікотомію та лівобічну бокову торакотомію виконали при лівобічному розміщенні гнійника на ший з поширенням гною у ліву частину межистиння і наявністю ексудату у лівій плевральній порожнині (один хворий). Цервікотомію та двобічну бокову торакотомію провели при двобічній флегмоні ший з поширенням гною у передньо-верхнє середостіння та двобічним плевральним ексудатом (один хворий).

У 17 (31,5%) хворих з тотальним ГМ хірургічна тактика передбачала випереджувальний характер оперативних втручань. При двобічній глибокій флегмоні ший з поширенням гнійного процесу у переднє і заднє межистиння, при гнійно-некротичному ГМ, ексудаті в обох плевральних порожнинах та перикарді у 10 (58,8%) із 17 хворих провели двобічну цервікотомію та двобічну бокову торакотомію по IV-V міжребір'ю. Перевагами такої тактики є максимально повний доступ до всіх відділів межистиння, можливість виявлення та розкриття всіх гнійників, створення максимальних умов для проведення місцевої терапії і ефективного дренивання.

При односторонній локалізації флегмони ший з поширенням гнійного процесу у переднє і заднє межистиння у 3 (17,6%) хворих застосували однібочну цервікотомію та двобічну бокову торакотомію. У 4 (23,5%) хворих при односторонній локалізації флегмони ший і ураженні тільки переднього межистиння виконали однібочну цервікотомію та однібочну торакотомію за умови повноцінного розкриття всіх гнійників при торакотомії.

Застосування відеоасистованої торакоскопії (ВАТС) дозволяє підвищити ефективність лікування, уникнути невинуватого торакотомії. В нашому дослідженні ВАТС було додатково застосовано з діагностичною метою у 2 хворих при односторонній локалізації флегмони ший та ураженні тільки переднього межистиння. Показаннями до ВАТС вважали наявність невеликої кількості плеврального ексудату на контрлатеральній стороні і підозру на недостатнє розкриття гнійників при торакотомії.

Основними причинами верхнього ГМ у 8 (14,8%) хворих, крім нагноєних процесів на ший, були відкриті травми органів грудної клітки і пошкодження трахеї. Для ліквідації верхнього ГМ проводили цервікотомію з боковою односторонньою торакотомією (7 хворих) та двохсторонньою торакотомією (один хворий).

Основними причинами нижнього ГМ у 4 (7,4%) хворих були перфорація стравоходу, його спонтанний розрив та ятрогенне пошкодження при видаленні сторонніх тіл. У 3 хворих провели лівобічну торакотомію, у одного – правобічну, при перфорації середньої третини стравоходу, що забезпечило вільний доступ до пошкодженого стравоходу, повноцінне розкриття гнійників та дренивання середостіння.

Серед найбільш частих ускладнень відмічали сепсис – у 54 (100%) хворих, ексудативний плеврит – у 26 (48,1%), пневмонію – у 24 (44,4%), емпієму плеври – у 21 (38,9%), токсичну анемію середнього і важкого ступеня – у 17 (31,5%), гнійний перикардит у 11 (20,4%), респіраторний дистрес-синдром дорослих – у 11 (20,4%), фіброторакс у 12 (22,2%) пацієнтів.

Під час бактеріологічного дослідження *Str. epidermidis* в концентрації 5×10^5 - 5×10^6 мікробних тіл в 1 cm^3 виявлено у 21 (38,8%) хворого, *P. aeruginosa* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 cm^3 у 7 (12,9%), *E. coli* в концентрації 5×10^5 - 5×10^6 мікробних тіл в 1 cm^3 – у 5 (9,25%), *St. aureus* в концентрації 5×10^5 мікробних тіл в 1 cm^3 у 5 (9,25%) хворих. Посів росту не дав у 18 (33,3%) пацієнтів.

Померли 16 (29,6%) хворих. Серед основних причин тяжкої сепсис та прогресуюча поліорганна недостатність у 11 (68,7%) хворих, рефрактерний септичний шок у 4 (25%) хворих, респіраторний дистрес-синдром та двобічна тотальна пневмонія – у 12 (75%) хворих, арозивна кровотеча з дуги аорти внаслідок перфорації та проникнення стороннього тіла з стравоходу в середостіння у одного хворого.

Висновки

Своєчасна діагностика гострого медіастиніту є вирішальною

при виборі методу лікування. Застосування раннього хірургічного втручання, спрямованого на випередження поширення гнійного процесу по клітковинних просторах середостіння, дозволило зменшити частоту ускладнень та летальність.

Перспективи подальших досліджень

Подальші дослідження спрямовані на підвищення ефективності використання відеоасистованої торакоскопії.

Література.

1. Бисенков Л.Н., Тулунов А.Н. Острый медиастинит // Неотложная хирургия груди: Сб. научн. тр. Под общ. ред. Л.Н. Бисенкова. - СПб.: Издательство "Logos", 1995. - С. 227-240.
2. Науменко В.Н., Демченко П.С., Моряк О.Ю., Буштрук С.С., Посудевский С.С., Валюта В.И., Кривцов В.Н. Диагностика и лечение гнойного медиастинита // Клиническая хирургия. - 1991. - №10. - С. 25-27.
3. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н., Паршин В.Д. Хирургия поврежденной гортани и трахеи. - М.: Издательство "Медкнига", 2007. - 364 с.
4. Слесаренко С.С., Агапов В.В., Прелагов В.А. Медиастинит. - М.: Изд. Мед. практика. 2005. - 200 с.
5. Двадцатилетний опыт диагностики и лечения при различных формах гнойного медиастинита/ М. М.Абакумов, А. Н.Погодина, Т. Г. Бармина и др.// Вестник хирургии -2001. - №1. - С. 80-85.
6. Шипулин, П. П. Лечение острого гнойного медиастинита / П. П. Шипулин // Хирургия. - 2001. - № 8. - С. 58-61.

7. Harustiak S., Holoman M., Bilicky J., Benej R., Novota M., Bohucky S. Mediastinitis-still a dangerous disease. // Bratisl. Lek. Listy. - 1995. - Vol. 96, №5. - P. 271 - 273.

Снежко С.С., Шевчук И.М., Шевчук М.Г.

Хирургическое лечение больных с острым медиастинитом

Резюме. Проведен анализ результатов лечения 54 больных с острым медиастинитом. Среди инструментальных методов обследования наиболее информативной является компьютерная томография. Доказано, что применение раннего хирургического вмешательства сопровождается наименьшим количеством осложнений и создает благоприятные условия для быстрой ликвидации сепсиса и выздоровления больных.

Ключевые слова: острый медиастинит, симптоматика, хирургическое лечение.

Snizhko S.S., Shevchuk I.M., Shevchuk M.G.

Surgical Treatment of Patients is with Acute Mediastinitis

Summary. The analysis of results of treatment is conducted 54 patients with an acute mediastinitis. Among the instrumental methods of inspection most informing is a computer tomography. Application of early surgical intervention from the distribution of pus directed on passing on the checked spaces of mediastinum is accompanied the least amount of complications and creates favourable terms for rapid liquidation of sepsis and of patients.

Keywords: acute mediastinitis, symptoms, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК: 616.36+616.366-003.7+616.379-008.64+615.244

Ткачук О.Л., Гончар М.Г., Пюрлик М.В.

Доцільність імунорекції при хірургічному лікуванні хворих на хронічний калькульозний холецистит із супутнім цукровим діабетом II типу

Кафедра хірургії факультету післядипломної освіти (зав. каф. - проф. О.Л.Ткачук)
Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Обстежено 129 хворих на хронічний калькульозний холецистит із супутнім цукровим діабетом II типу. Встановлено у даній категорії хворих вторинний імунodefіцитний стан. Використання імунomodulatory в комплексному лікуванні і реабілітації призвело до ефективної корекції імунологічних порушень у 83,1%.

Ключові слова: хронічний калькульозний холецистит, цукровий діабет, імунodefіцит, імунofан.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хронічний калькульозний холецистит (ХКХ) є одним з найпоширеніших хірургічних захворювань, що зустрічається у 10-15% населення [1, 5]. Незадовільні результати лікування хворих на ХКХ часто обґрунтовуються наявністю супутньої патології, серед якої провідне місце належить цукровому діабету (ЦД) [1, 2, 3].

Щорічно кількість пацієнтів на ЦД збільшується. В Україні зареєстровано більше 1 млн хворих на ЦД (близько 2% від всього населення) [7, 8, 9]. За даними багатьох авторів, порушення в імунному статусі є одними з основних факторів, які визначають характер захворювання та особливості клінічного перебігу [6, 10, 11, 13].

На сьогоднішній день немає одностайної думки про патогенетичне значення порушень імунної реактивності у хворих на ХКХ зі супутнім ЦД II типу. В наявних наукових публікаціях ми не змогли знайти інформацію щодо проведення ефективної імунорегулюючої терапії у хворих на ХКХ зі супутнім ЦД.

Мета дослідження: вивчити рівні показників клітинної та гуморальної ланок імунітету у хворих на хронічний калькульозний холецистит із супутнім цукровим діабетом II типу і довести клінічну ефективність імунofану при хірургічному ліку-

ванні даних хворих.

Матеріал і методи дослідження

Обстежено 129 хворих на ХКХ зі супутнім ЦД II типу середнього ступеня тяжкості, які знаходились на стаціонарному лікуванні у відділенні малоінвазивної хірургії Івано-Франківської обласної клінічної лікарні (ОКЛ). Обстеження проводилось як на амбулаторно-поліклінічному етапі, так і в умовах ОКЛ. З них чоловіків було 41 (31,8%), жінок – 88 (68,2%). Середній вік хворих склав (42,3±2,1) роки. Тривалість захворювання на цукровий діабет в середньому була (8,4±0,8) років, на ХКХ – (4,3±0,6) років. Всім хворим проведена лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Хворі, які підлягали обстеженню, були нами рандомізовані за послідовним поступленням, віком та статтю. Всі пацієнти склали 2 групи. В I групу ввійшли 70 хворих, які отримували загальноприйнятну терапію в до- і післяопераційному періоді; в II групу – 59 хворих, яким на фоні традиційного лікування додатково призначали імунofан внутрішньом'язово по 1 мл 0,001% розчину 1 раз на добу впродовж 3 діб до операції та 7 діб після проведення оперативного втручання.

Контрольну групу склали 20 практично здорових осіб.

Оцінку стану імунної системи пацієнтів обох груп проводили до операції, в ранньому післяопераційному періоді та через 3 місяці після операції. Імунологічне дослідження включало визначення показників клітинного імунітету, а саме: кількість CD₃₊-лімфоцитів та їх субпопуляцій: CD₄₊-хелперів та CD₈₊-супресорів, CD₂₂₊- і CD₁₆₊-лімфоцитів, функціональну здатність нейтрофілів та імунoglobulinів крові. Дослідження проводили імунofерментним методом з використанням специфічних моноклональних антитіл виробництва ТОВ НВЛ «Гранум», м. Харків. Оцінку показників системи фагоцитозу здійснювали за допомогою тестів, що характеризують функціональну активність нейтрофілів: фагоцитарний індекс і фагоцитарне число. Рівень кисневого метаболізму фагоцитів визначали в тесті відновлення нітро-