

наявності гриж проводили крурорафію і фундоплекцію по Нісену.

### Результати дослідження та їх обговорення

384 пацієнтів, яким проводилася консервативна терапія, ми спостерігали зупинку кровотечі у 50 хворих (59%), рецидив кровотечі у 34 (41%) при летальності 33 хворих (19%). Методики локального ендоскопічного гемостазу ми застосовували у 276 хворих. Ефективно зупинити кровотечу нам вдалося у 224 (81%) хворих. Летальність від неефективного локального гемостазу була у 52 (19%) хворих. Після ендоскопічних втручань у 52 хворих ми виконали лапароскопічну деваскуляризацію кардіального відділу шлунку та абдомінальної частини стравоходу.

У ранньому післяопераційному періоді у переважної більшості хворих ускладнень не було. Підвищення температури тіла до 38,5 С спостерігалось у 6 хворих. Нормалізація температури настала самостійно на 4 - 7 добу. Через 2 - 3 міс. проводилося комплексне обстеження хворих: рентгеноконтрастне дослідження шлунку, УЗД органів черевної порожнини, ЕГДФС, загальний аналіз крові, контроль печінкових проб. За даними фіброскопії, у всіх хворих значно зменшилися, або зникли варикозні венозні вузли стравоходу і шлунку. Рецидивів кровотечі не спостерігалось. При аналізі лабораторних показників спостерігалась нормалізація кількості тромбоцитів.

Через 6 - 36 місяців практично у всіх хворих спостерігалось поліпшення функції печінки. Рецидивів кровотечі не було ні в одному випадку. Проте в 4 хворих з'явилися поодинокі варикозно збільшені стовпи вен в стравоході, які ендоскопічно лікували в плановому порядку.

Подібні результати отримали і японські автори, які проводили деваскуляризацію шлунку і стравоходу [7,9].

Необхідно відзначити, що ці лапароскопічні операції слід виконувати на ранніх стадіях розвитку цирозу печінки для профілактики стравохідно-шлункових кровотеч портального генезу. Ці операції можна поєднувати із ендоскопічним втручанням власне на варикозно-розширених венах стравоходу і шлунку. Як й інші симптоматичні операції, вони впливають на протікання циротичних процесів в самій печінці, при цьому вони попереджують саму варикозну трансформацію вен стравоходу і шлунку, що і є основним патогенетичним чинником розвитку кровотечі.

### Висновки

Ендоскопічний локальний гемостаз є ефективним методом зупинки кровотечі з варикозно-розширених вен стравоходу у хворих з цирозом печінки, знижує летальність у 2 рази.

Лапароскопічна деваскуляризація кардіального відділу шлунку та стравоходу дає змогу попередити рецидив кровотечі та запобігти летальності у віддаленому періоді.

*Гупало Ю.М., Швед О.Є., Лазаренко О.М., Шамрай-Сас А.В., Наболотний О.І.*

### Вибір хірургічної тактики у хворих із дворівневим оклюзійно-стенотичним ураженням артерій нижніх кінцівок на основі гемодинамічних показників

Державна наукова установа «Науково-практичний центр профілактичної та клінічної медицини» ДУС Київ

**Резюме.** На основі обстеження 67 хворих на цукровий діабет, яким виконані реконструктивні операції на артеріях нижньої кінцівки, визначено тип кровотоку по артеріях притоку та відтоку. Визначено, що частота виникнення тромбозу після шунтування в більшій мірі залежить від наявності високорезистентного типу кровотоку в периферичних артеріях. При ньому в підколінній артерії проксимальну реконструкцію слід доповнити дистальним шунтуванням, або накладанням артеріовенозного анастомозу.

**Ключові слова:** артеріографія, оклюзійно-стенотичні захворювання судин, оперативне лікування.

### Література

1. Братусь В. Д. Дифференціальна діагностика і лікування острих желудочно-кишечних кровотечень. – К.: Здоров'я, 1991. – с.213-250
2. Борисов А. Е., Кузьмин-Крутецкий М. И., Кашенко В. А., Васюкова Е. Л., Распереза Д. В. Кровотечения портального генеза. – СПб.: НИИ СПбГУ ООП 2001. – с. 26-38
3. Дроздова А. С. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка: обзор // Международные медицинские обзоры. – 1994. - №5. – с. 326-329.
4. Abralde JG, Angermayr B, Bosch J. The management of portal hypertension. Clin Liver Dis. - №9. – 2005.- p. 685-713
5. Corley DA, Cello JP, Adkisson W. et al: Octreotide for acute esophageal variceal bleeding: A meta-analysis. Gastroenterology, №120. - 2001. – p. 946-954.
6. Peura DA, Lanza FL, Gostout CJ, et al: The American College of Gastroenterology Bleeding Registry: Preliminary findings. Am J Gastroenterol. - № 92, 1997, p.924-928.
7. Portal Hypertension: Pathobiology, Evaluation, and Treatment, edited by Arun J. Sanyal and Vijay H. Shah, Humana Press, Totowa, New Jersey, 2005 p. 167-283.
8. Rokey DC: Gastrointestinal bleeding. Gastroenterol Clin North Am. № 34, - 2005. – p. 581-588.
9. Sugiura M, Futagawa S. Esophageal transection with paraesophageal devascularizations (the Sugiura procedure) in the treatment of esophageal varices. World J Surg 1984;8:673-679

*Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Московченко И.В., Грубник Ю.В., Крыжановский В.В., Кравченко А.И.*

### Лапароскопические операции в лечении кровотечений у больных с циррозом печени

**Резюме.** Пролечено 360 больных, госпитализированных по поводу кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода на фоне цирроза печени. Доказано, что эндоскопический локальный гемостаз является эффективным методом остановки кровотечения у данной категории больных, снижает летальность в 2 раза. Лапароскопическая деваскуляризация кардиального отдела желудка и пищевода позволяет предупредить рецидив кровотечения и предотвращения летальности в отдаленном периоде.

**Ключевые слова:** цирроз печени, эндоскопический гемостаз, лапароскопические операции, кровотечение.

*Grubnik Y.V., Fomenko V.A., Moskovchenko I.V., Grubnik Y.V., Krizhanovsky V.V., Kravchenko A.I.*

### Laparoscopic Operation in Patients with Cirrhosis and Bleeding

**Summary:** We cured 360 patients with cirrhosis and bleeding. In 84 patients we used only conservative therapy. Endoscopic local hemostasis are effective method to stop the bleeding from vein of esophagus in patients with cirrhosis. Laparoscopic operation of devascularization of cardiac part of stomach and abdominal part of esophagus effectively prevent the rebleeding.

**Key word:** Cirrhosis, endoscopic, hemostasis, laparoscopic operation, bleeding.

Надійшла 25.06.2012 року.

альної стінки, як одного з проявів діабетичної ангіопатії, оцінити прохідність артерій стопи.

**Мета дослідження:** проаналізувати гемодинамічні показники по артеріях притоку та відтоку до та після виконання судинної реконструкції у хворих з дворівневим оклюзійно-стеногічним ураженням артерій нижніх кінцівок.

#### Матеріал і методи дослідження

Обстежено 67 хворих на цукровий діабет, яким виконані реконструктивні операції на артеріях нижньої кінцівки. УЗДС виконували за допомогою апаратів Philips «EnVisor» та Toshiba Nemio XG з лінійним датчиком L 5-12 МГц та конвексним датчиком С 3-5 МГц. Ангіографію виконували за допомогою апарата Diagnost – 76 Plus з рентгенівською трубкою фірми «Philips», в імпульсному режимі.

#### Результати дослідження та їх обговорення

При наявності ангіографічної картини стенозів здухвинно-стегового та стегово-підколінного сегментів на 20-30% діаметру, показники кровотоку по артерії притоку дорівнювали: Vps - 46,8±3,4 см/с, Vd - 8,0±1,8 см/с, S/D - 5,8±1,2, АТ - 46±5 мс, що відповідало магістральному типу кровотоку у 29 спостереженнях. Локальне стенозування до 30-50% по діаметру в артерії притоку з показниками кровотоку: Vps - 42,6±3,6 см/с, Vd - 6,3±1,6 см/с, S/D - 6,8±1,2, АТ - 68±8 мс виявлене в - 21. Дифузне стенозування артерій притоку на 40-70% по діаметру з показниками кровотоку: Vps - 36,4±3,1 см/с, Vd - 4,9±1,1 см/с., S/D - 7,4±1,3, АТ - 84±10 мс у-8. У всіх цих 58 хворих гемодинамічні характеристики проксимального кровотоку дозволили виконати шунтування в артерії стопи.

За показником індексу RI в артеріях відтоку, кровотік з низьким периферійним опором (RI<0,8) був виявлений у 36 спостереженнях, з високим (RI 0,8-1) у- 22.

Ранній тромбоз шунта при високорезистивному типі кровотоку виник у 5 (22,7%) спостереженнях, низькорезистентному у-1 (2,8%), показники проксимального кровотоку у цих хворих не впливали на частоту тромбозу шунта.

У 9 спостереженнях виявлена дворівнева оклюзія артерій нижньої кінцівки. Гемодинамічні показники (Vps, об'ємна швидкість кровотоку, PI, RI, діаметр та об'ємна швидкість кровотоку по суральній артерії) свідчили про задовільні шляхи відтоку підколінної артерії, що у 4 спостереженнях дозволило обмежитись виконанням проксимальної реконструкції.

При незадовільних шляхах відтоку підколінної артерії (оклюзія чи гемодинамічно значимий стеноз дистального сегменту, трифуркації, або анатомічно недорозвиненій суральній артерії та інших колатеральних гілок) в 5 спостереженнях проксимальну реконструкцію доповнили дистальним шунтуванням, при прохідних артеріях стопи, або виконали артеріовенозний анастомоз.

Таким чином, у хворих з високорезистентним типом кровотоку на артеріях відтоку, зареєстрованим перед операцією за допомогою УЗДС, тромбоз шунта виник в 5 спостереженнях з 22 (22,7%). У хворих з низькорезистентним кровоотом тромбоз шунта виник в 1 спостереженні з 36 (2,8%). Зміни ультразвукових гемодинамічних показників по артеріях притоку в межах магістрального, магістрально зміненого або перехідного кровотоку не мають суттєвого впливу на частоту післяопераційного тромбозу.

Наявність кровотоку з високим периферичним опором на голмілкових артеріях в нижній третині голілки свідчить про обмеженість можливостей дистального русла до дилатації, обумовлених ригідністю стінок артерій стопи внаслідок фіброзу, кальцинозу артеріальної стінки, або про оклюзійно-стеногічне ураження артерій стопи, що було підтверджено даними інтраопераційної ревізії.

#### Висновки

1. УЗДС, як неінвазивний метод діагностики, неоціненний для контролю гемодинамічних показників після виконаного шунтування.

2. Визначення типу кровотоку по артеріях притоку та відтоку

відіграє важливе значення при прогнозуванні результатів шунтування.

3. Частота виникнення тромбозу після шунтування в більшій мірі залежить від наявності високорезистентного типу кровотоку в периферичних артеріях.

4. При високорезистентному типі кровотоку в підколінній артерії проксимальну реконструкцію слід доповнити дистальним шунтуванням, або накладанням артеріовенозного анастомозу.

#### Література

1. Безпосередні результати та ускладнення ендovasкулярного лікування облітеруючого атеросклерозу артерій нижніх кінцівок / О. І. Пітик, Ю. В. Авдосьєв, О. І. Саньков // *Практ. медицина*. – Львів, 2006. – Т. 12, № 1. – С. 78 – 80.
2. Досвід комплексного лікування хронічної критичної ішемії нижніх кінцівок / О. В. Піптюк // *Клін. хірургія*. – 2007. – № 2-3. – С. 117 – 118.
3. Методи хірургічної корекції критичної ішемії при дистальних формах атеросклерозу нижніх кінцівок: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.03 / Я. М. Попович; Ужгород. нац. ун-т М-ва освіти та науки України, Львів. нац. мед. ун-т ім. Д. Галицького. – Л., 2009. – 20 с.3.
4. Непряма реvascularизація в комплексному лікуванні хворих з облітерацією дистального артеріального русла / О. В. Піптюк, Р. В. Сабадош, В. О. Піптюк // *Практ. медицина*. – 2008. – Т. 14, № 5. – С. 194 – 197.
4. Показання к формированию артериовенозной фистулы при выполнении реконструктивных операций у больных с атеросклеротическим поражением магистральных артерий бедра и голени в стадии критической ишемии / Ю. И. Казаков, М. Г. Хатыпов, А. Ю. Казаков [и др.] // *Вестн. хирургии им. И. И. Грекова*. – 2007. – № 4. – С. 16 – 19.
6. Прогнозирование отдаленных результатов оперативного лечения больных с облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей / М. Р. Кузнецов, Б. В. Болдин, В. М. Кошкин [и др.] // *Ангиология и сосуд. хирургия*. – 2008. – Т. 14, № 1. – С. 106 – 112.
7. Прогнозирование исхода реконструкции артерий бедренно-подколенного сегмента у больных с хронической критической ишемией нижних конечностей по результатам транскутанной оксигенометрии / В. Н. Пшеничный // *Вестн. неотлож. и восстановит. медицины*. – 2006. – Т. 7, № 3. – С. 438 – 440.
8. Протяженная эндартерэктомия при дистальных формах поражения артерий нижних конечностей / В. Л. Леманев, Ю. М. Кошелев, В. И. Варнавских [и др.] // *Хирургия им. Н. И. Пирогова*. – 2005. – № 1. – С. 13 – 17.
9. Результаты хирургического лечения хворих на критичну ішемію нижніх кінцівок, поєднану з мультифокальним атеросклерозом / В. Г. Мішалов, В. А. Черняк, В. М. Селюк [та ін.] // *Укр. бальнеол. журн.* – 2007. – № 2-3. – С. 81-83.
10. Роль объема кровотока при лечении синдрома диабетической стопы / В. Б. Ахрамеев, П. Ф. Головня, А. А. Деревянко [та ін.] // *Мед. реабилитация, курортология, физиотерапия*. – 2010. – № 3. – С. 39.
11. Хирургическая профилактика инфраингвинальных тромботических реоклюзий у больных с многоуровневым поражением артерий нижних конечностей / В. Н. Пшеничный // *Серце і судини*. – 2010. – № 3. – С. 42 – 47.

*Гупало Ю.М., Швед А.Е., Лазаренко О.М., Шамрай-Сас А.В., Наболотний А.І.*

**Выбор хирургической тактики у больных с двухуровневым поражением артерий нижних конечностей на основе гемодинамических показателей**

**Резюме.** На основании обследования 67 больных сахарным диабетом, которым выполнены реконструктивные операции на артериях нижних конечностей, определен тип кровотока по артериям притока и оттока. Определено, что частота возникновения тромбоза после шунтирования в большей степени зависит от наличия високорезистентного типа кровотока в периферических артериях. При этом в подколенной артерии, проксимальную реконструкцию следует дополнить дистальным шунтированием, или наложением артериовенозного анастомоза.

**Ключевые слова:** *артериография, окклюзионно-стеногические заболевания сосудов, оперативное лечение.*

*Hupalo Yu.M., Shved O.Ye., Lazarenko O.M., Shamray-Sas A.V., Nabolotnyi O.I.*

**The Choice of Surgical Tactics for Patients with Two-Level Occlusal and Stenotic Lesions of the Arteries of the Lower Extremities on the Basis of Hemodynamic Indices**

**Summary.** The analysis of results of preoperative ultrasonic duplex

inspection of 67 patients with two-level occlusion-artery stenotic lesions lower extremities undergoing pedal bypass procedure has been executed. It is established, that definition of type of a blood flow in inflow and outflow arteries plays the important role at forecasting results of pedal bypass procedure. Frequency of occurrence of thrombosis after pedal bypass operation depends on presence of high resistant type of a blood flow in outflow

arteries.

**Key words:** two-level occlusion-artery, ultrasound duplex scanning, types of a blood flow, pedal bypass procedure .

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.381-002-036.11-08

Дзюбановський І.Я., Мігенько Б.О.

### Комплексне лікування хворих на гострий поширений перитоніт

Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського»

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічного лікування 123 хворих з гострим поширеним перитонітом. Вивчено динаміку активності некротичних процесів у слизовій оболонці тонкої кишки за маркером її ушкодження I-FABP, печінки L-FABP та серця – H-FABP в доопераційному періоді та на 1, 3, 5, 7 добу після операції. Обґрунтовані покази до вибору методу (закритої, відкритої) інтубації кишки, програмованої лапаростомії, розроблені способи медикаментозної корекції синдрому поліорганної недостатності.

**Ключові слова:** гострий поширений перитоніт, синдром поліорганної недостатності, хірургічне лікування, медикаментозна корекція.

#### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Загальна летальність при гострому поширеному перитоніті не сягає від 24% до 80–90% [3]. При цьому прогресуюча поліорганна недостатність залишається основною причиною смерті хворих [4,5,7]. Суттєву роль в ініціюванні поліорганної недостатності в токсичній та термінальній стадіях гострого поширеного перитоніту відводять синдрому ентеральної недостатності [1,2,6]. Проте етапність ураження внутрішніх органів і систем в умовах різних стадій гострого поширеного перитоніту потребує подальшого вивчення.

**Мета дослідження:** покращити результати хірургічного лікування хворих з гострим поширеним перитонітом.

#### Матеріал і методи дослідження

Клінічний розділ роботи включав аналіз безпосередніх результатів хірургічного лікування 123 пацієнтів на гострий поширений перитоніт (ГПП). Усі пацієнти були поділені на дві групи. В контрольну групу ввійшли 64 пацієнти, які лікувалися у 2000–2003 роках, в основну групу – 59 пацієнтів, які лікувалися у 2004–2007 роках. Також обстежено 10 практично здорових осіб контрольної групи.

Чоловіків було 88 (71,5%), жінок 35 (28,5%). Вік пацієнтів коливався від 20 до 80 років і, в середньому, складав  $(48,8 \pm 18,7)$  років, осіб літнього та старечого віку було 31,7%. В термін до 6-ти годин поступило – 20,3% пацієнтів з гострим поширеним перитонітом, 6–24 години – 43,9%, 24–48 годин – 23,6%, пізня госпіталізація відзначена у 44 хворих (35,8%), причому 15 з них (12,2%) поступило в термін понад 48 годин з моменту початку захворювання. Причиною ГПП у 35 (28,4%) хворих були проривні гастродуоденальні виразки, у 24 (19,5%) – гострий деструктивний апендицит, у 9 хворих (7,3%) – травматичні пошкодження порожнистих органів черевної порожнини, у 12 (9,8%) – перфорація пухлини товстої кишки, у 12 (9,8%) – гострий деструктивний холецистит, у 12 (9,8%) – гостра кишкова непрохідність, у 5 (4,0%) – післяопераційний перитоніт, у 14 (11,4%) – абсцеси, які самовільно розкрилися в черевну порожнину. В основній групі у 16 хворих діагностовано реактивну стадію перитоніту (27,1%), у 32 – токсичну (54,2%), у 11 (18,6%) – термінальну (за класифікацією Симоньяна К.С., 1976). В контрольній групі розподіл був наступним: реактивна стадія у 21 (32,8%), токсична – у 30 (46,9%), термінальна – у 13 (20,3%) хворих з ГПП.

Пацієнти літнього та старечого віку склали 31,7% від загальної кількості пацієнтів. Індекс поліморбідності у контрольній групі складав 1,42, у основній – 1,37. Серцево-судинні захворювання відзначено у 75,6%, хронічні неспецифічні захворювання дихальної системи – у 34, % пацієнтів.

СЕН в стадії компенсації діагностовано у 25,2%, в стадії субкомпенсації – у 31,7% та декомпенсації – у 43,1% пацієнтів. Рівень ПОН

визначали за шкалою Bernard G.R. та співавт. (1995). При наявності від 6 до 10 балів відмічали помірно виражену ПОН, 11 балів та більше – виражені явища ПОН.

Для оцінки ролі окремих ланок патогенезу поліорганної дисфункції при ГПП вивчали: рівні у сироватці крові маркера активності некротичних процесів в тонкій кишці – I-FABP, маркера пошкодження печінки – L-FABP, маркера пошкодження серця – H-FABP. Дослідження рівнів даних показників проводили до операції, на 1, 3, 5 і 7 доби після операції. Рівень бактеріальної контамінації черевної порожнини під час оперативного втручання визначали за кількістю колонієутворюючих одиниць на 1 мл матеріалу (КУО/мл). Динаміку показників ендогенної інтоксикації і вільнорадикального окислення, активність ферментів антиоксидантної через 6 годин, 1 і 3 добу після операції.

#### Результати дослідження та їх обговорення

У хворих з реактивною стадією ГПП пік активності некротичних процесів зафіксовано в кардіоміоцитах та гепатоцитах на першу добу післяопераційного періоду. Рівень I-FABP сягав свого піку на третю добу після операції.

На токсичній стадії ГПП (рис. 1) рівень H-FABP в одиницях відносно контролю до операції перевищував рівень інших маркерів пошкодження більше, ніж у 2 рази, а на першу добу після операції – більше, ніж у 3 рази. Згодом відмічалось стрімке зниження активності некротичних процесів в кардіоміоцитах, на сьому добу після операції цей показник перевищував контрольний у 5,7 разів. Пік активності некротичних процесів у гепатоцитах також припадав на першу добу післяопераційного періоду з поступовим зниженням його рівня до сьомої доби. Навпаки, рівень маркера пошкодження тонкої кишки поступово зростав до п'ятої доби післяопераційного періоду, на сьому добу перевищував контрольний показник у 4 рази.

На термінальній стадії ГПП (рис. 2) пік концентрації маркера пошкодження кардіоміоцитів припадав на першу-другу добу післяопераційного періоду. На сьому добу після операції його рівень в 10,3 рази перевищував контрольну величину. Рівень активності некротичних процесів в печінці був максимальним також на першу добу, поступово знижувався, і з четвертої доби післяопераційного періоду залишався на тому ж рівні. Рівень I-

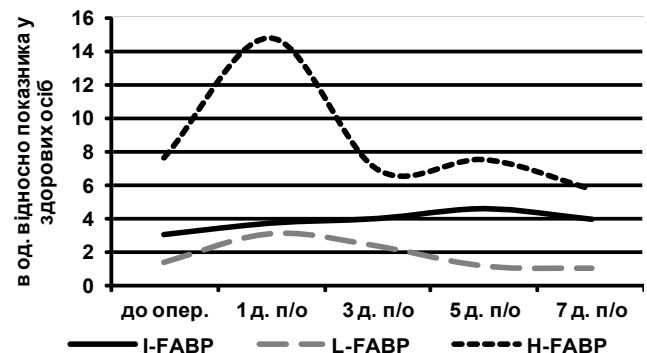


Рис. 1. Динаміка активності некротичних процесів у хворих з токсичною стадією ГПП