

робку основних принципів хірургічної тактики при раку прямої кишки, ускладненого кишковою непрохідністю.

### Література

1. Важенин А.В. Результаты лечения больных с опухолевой толстокишечной непроходимостью / А.В. Важенин, Д.А. Маханьков, С.Ю. Сидельников // Хирургия. - 2007. - № 4. - С. 49-53.
2. Классификация obturационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, С.Ф. Алекперов [и др.] // Колопроктология. - 2009. - № 3. - С. 17-23.
3. Ліщишина О.М. Колоректальний рак: стан медичної допомоги хворим в Україні та особливості смертності / О.М. Ліщишина, А.В. Журбенко // Онкологія: прил. к журналу «Експерим. онкологія». - 2008. - Т.10, №1. - С. 161-163.
4. Рак в Україні, 2004-2005. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцерреєстру України. - К.: 2006. - № 7. - 96 с.
5. Шалімов С.О. Сучасна діагностика і лікування злоякісних пухлин ободової кишки / Шалімов С.о., Євтушенко О.І., М'ясоєдов Д.В. - Київ: Четверта хвиля, 2004. - 248 с.

*Мищенко В.В., Горячий В.В., Дехтяренко С.П., Бахар Г.А.*

### Хирургическая тактика при острой obturационной толстокишечной непроходимости

**Резюме.** Основные принципы хирургической тактики при острой obturационной толстокишечной непроходимости заключаются в тщательном обследовании больного с рентгенографией органов грудной клетки, брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости.

Ирригоскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, фиброгастроудоденоскопия, лапароцентез и лапароскопия - по строгим показаниям. Предоперационная подготовка должна быть адекватной, интенсивной и кратковременной с антибиотикопрофилактикой. Операциями выбора является операция типа Гартмана, правосторонняя гемиколэктомия, наложение обходных анастомозов, формирование двухствольных колостомы. Послеоперационная летальность снижена на 10,2%, количество послеоперационных осложнений на 7,8%.

**Ключевые слова:** хирургическая тактика, острая obturационная толстокишечной непроходимости.

*Mishchenko V.V., Goryachiy V.V., Dehtyarenko S.P., Bachar G.A.*

### Surgical Tactics in Acute Colon Obturation

**Summary.** Basic principles of surgical tactic at acute obturation colon impassability consist in the careful inspection of patient with sciagraphy of organs of thorax and abdominal region, ULTRASONIC of organs of abdominal region (irrigoscopy, rektoromanoscopy, fibrocolonoscopy, fibrogastroduodenoscopy, laparocentesis and laparoscopy - on strict testimonies). Preintervention preparation must be adequate, intensive and brief with antibioticoprohylacton, patogenetic infusion and antibacterial therapy. The operations of choice are an operation of type of Gartm, right-side hemycolotomy, imposition of roundabout anastomoses, forming of double-barrelled colostomy. Postintervention mortalities is reduced on 10,2%, amount of postintervention complications - on 7,8%.

**Key words:** surgical tactic is acute obturation colon impassability.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК. 616.345-009.1-074

*Момот Н.В., Плахотников І.О., Борота О.В., Кондратенко Е.Л., Шаламов В.І.*

### Ентероколоносцинтиграфія як метод діагностики функціональних порушень товстої кишки

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання (ДОКТМО)

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

**Резюме.** У діагностиці функціональних порушень товстої кишки вперше використаний радіонуклідний метод - динамічна ентероколоносцинтиграфія. У ролі радіофармпрепарату був використаний DMSA-Tc-99m, який пацієнт одержував як сніданок разом з курячим білком. Надалі за допомогою гамма-камери записували серію зображень товстої кишки через 5, 6, 7, 24, 30, 48, 54, 72 години від початку дослідження. У клініці за 5 місяців за допомогою даної методики обстежено 12 хворих. Отримані результати дозволяють нам прогнозувати подальшу тактику лікування даної категорії хворих. Після проведення лікування можлива оцінка віддалених результатів.

**Ключові слова:** ентероколоносцинтиграфія, товстокишковий стаз.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Товстокишкові стази є важливою медико-соціальною проблемою в усіх країнах світу, насамперед через їхню широку поширеність та зниження соціальної активності і якості життя хворих [1,2]. Вони є поліетіологічним захворюванням зі складним механізмом розвитку моторно-евакуаторних порушень. Під товстокишковим стазом ми розуміємо постійне сповільнення ритму дефекації, яке виникає внаслідок стійкого зниження чи втрати пропульсивних або евакуаторних властивостей товстої кишки (ТК), пов'язаних з порушеннями її рухової активності, що призводить до наростання явищ інтоксикації аж до часткової чи повної втрати працездатності [3]. Залишаються незадовільними результати хірургічного лікування, за даними різних авторів, їхня кількість доходить від 27,3% до 45%. Багато аспектів діагностичного і лікувально-тактичного плану при закрепах, на жаль, залишаються невирішеними, суперечливими, потребують подальшої перевірки та уточнення [4]. З методів визначення моторної функції американські проктологи при функціональних захворюваннях товстої кишки віддають перевагу радіонуклідним [5,6]. Це обумовлено їх неінвазивністю і фізіологічністю (радіофармпрепарат, який не має смаку і запаху, об'ємом менше, ніж

0,5 мл, вводиться пацієнту зі звичайною їжею), низьким променевим навантаженням, поєднанням кількісної та якісної оцінки зображень, можливістю точних динамічних спостережень.

**Мета дослідження:** Впровадити радіоізотопну ентероколоносцинтиграфію як метод у діагностиці моторно-евакуаторних порушень товстої кишки.

### Матеріал і методи дослідження

У дослідження були залучені 12 хворих. Жінок 10, чоловіків 2. Вік хворих від 20 до 75 років. При надходженні в клініку усі хворі пред'являли скарги на зкрепи від 3 до 7 діб, відсутність позивів на дефекацію. З метою виключення органічної патології ТК усім хворим перед дослідженням виконувалася ректороманоскопія, колоноскопія, іригографія. Для проведення ЕКСТГ пацієнт, що знаходився на звичайному харчуванні, одержував зі звареним у круту курячим яйцем радіофармпрепарат DMSA-Tc-99 m, який не всмоктується в ЖКТ. Надалі за допомогою гамма-камери записували серію зображень кишечника через 5, 6, 7, 24, 48, 54, 72 години від початку дослідження і проводили їхню обробку за спеціальною комп'ютерною програмою. Візуальний аналіз отриманих зображень дозволяє одночасно оцінювати стан тонусу кишкової стінки за виразністю сегментації, а так само виявити деякі особливості будови і розташування відділів ОК, її подовження, опущення її відділів, мегаколон.

Комп'ютерна обробка зображень мала наступні етапи.

1. Одержання сумарного зображення для визначення ділянок інтересу, що відповідають 8 сегментам ТК.
2. Відтворення динамічних кривих, які наочно відбивають проходження радіоактивного вмісту виділеними сегментами.
3. Обчислення і представлення у виді стандартного протоколу дослідження кількісних показників сегментарного транзиту.
4. Розрахунок показника швидкості транзиту і його кількість у досліджуваному сегменті протягом усього дослідження.

### Результати дослідження та їх обговорення

У 2 хворих функціональних порушень не відзначено, тран-

зит РФП 24-48 годин. У 2 хворих порушення моторної функції ТК характеризувалося помірним сповільненням транзиту РФП по усіх виділених сегментах і відповідало 48-54 годинам, у 1 хворого уповільнення транзиту до 54 годин зафіксовано в попереочноободовій кишці, що анатомічно відповідало птозу цього відділу (синдром Пайра), у 3 хворих сповільнення транзиту відбувалося в ректосигмоїдному відділі ТК 54 -72 годин (3 хворих у цій групі опрацюються тільки за допомогою великих доз проносних і застосовують очисні клізми). У 4 хворих стійкий стаз виявлений у прямій більш 72 годин затримка РФП (опрацюються тільки при допомозі очисних клізм). У 2 випадках виявлена доліхосигма, у 2 доліхоколон, в 1 низька фіксація купола сліпої кишки, у 1 високий селезінковий кут, у 1 розширення ампули ПК, нормальна анатомія ТС при наявності закрету (такі результати обстеження не відрізняються від іригографії).

### Висновки

ЕКСГ є фізіологічним дослідженням функції товстої кишки. ЕКСГ на відміну від рентгенконтрастних методик, дозволяє точно визначити рівень і тривалість функціональних порушень у товстій кишці. ЕКСГ дозволяє не тільки точно визначити форми товстокишкового стазу за локалізацією сегментів з найбільш сповільненим транзитом вмісту, але й оцінювати функціональний стан інших відділів товстої кишки.

### Перспективи подальших досліджень

За допомогою ЕКСГ можна проводити диференціальну діагностику різних форм товстокишкових стазів.

### Література

1. Гусак В.К., О.И. Миминошвили Хронический толстокишечный стаз. Донецк 2000г. – 210 с.
2. Кабанова И.Н., Клыккова Е.В. Рос. Журнал Гастроэнтерологии, гепатологии, проктологии. – 2007. – Т. 9, №-5, – С 152.
3. А.И. Ленишкино., Баранов К.Н., Саруханян О.О. Современные критерии диагностики и показаний к хирургическому лечению хронического колостазу у детей и подростков // Детская хирургия – 2004. № 1. – С 18-22.
4. Федоров В.Д., Воробьев Г.И. Мегаколон у взрослых Медицина

– 1988. – 188 с.

5. Arhan P., Gehanin B. et al. Segmental colonic transit time // Dis. Colon Rectum- 2005. – Vol. 24, № 2 – P.625.

6. Yamada T. Textbook of Gastroenterology. 6<sup>th</sup> ed. –Lippincott Raven Publishers, 2007. – 2935p.

*Момот Н.В., Плахотникова И.А., Борота А.В., Кондратенко Е.Л., Шаламов В.И.*

**Ентероколоноскintiграфия, как метод диагностики функциональных нарушений кишечника**

**Резюме.** В диагностике функциональных нарушений толстой кишки впервые использован радионуклеидный метод - динамическая ентероколоноскintiграфия. В качестве радиофармпрепарата был использован DMSA-Tc-99m, который пациент получал, как завтрак вместе с куриным белком. В дальнейшем с помощью гамма-камеры записывали серию изображений толстой кишки через 5, 6, 7, 24, 30, 48, 54, 72 часа от начала исследования. В клинике за 5 месяцев с помощью данной методики обследовано 12 больных. Полученные результаты позволяют нам прогнозировать дальнейшую тактику лечения данной категории больных. После проведения лечения возможна оценка отдаленных результатов.

**Ключевые слова:** ентероколоноскintiграфия, толстокишечный стаз.

*Momot N.V., Plahotnikov I.A., Borota A.V., Kondratenko E.L., Shalakov V.I.*

**Radioisotop Technique in Diagnosis of Motor-Evacuator Disturbances of Bowel**

**Summary:** A chronic coolonostasis is a long time or complete delay of intestinal contents on all colon or on it segment while consequence of infirmgement motor-evacuatory function; and mechanical obstacles is absence. In diagnostics motor-evacuatory function a colon is used radionuclid method. Dynamic enterocoloscintiography (ECSG). In quality radioactivisotop DMSA-Tc-99m was used, patients received radioactivisotop DMSA-Tc-99m. There were a series of the images of a colon through 5, 6, 7, 24, 30, 48, 54, 72 hours. In clinic during 5 months with technique 12 patients are surveyed. The received results allow us to prognosticate further tactics at this patient of treatment. After realization of treatment to estimate the should be.

**Key words:** Enterocoloscintiography. Colonostasis.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.147.3-007.64-002.44-089:612.1

*Нагайчук В.І., Желіба М.Д., Головащенко В.С., Басюни Фарраг Х.М.*

**Резекція грануляцій з одномоментною аутодермопластиком трофічних виразок та її вплив на модуляцію мікроциркуляторного кровотоку**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

**Резюме.** Досліджена мікроциркуляція шкіри при трофічних виразках методом лазерної доплерівської флоуметрії та механізми її регуляції після хірургічного лікування. Доказано, що резекція грануляцій трофічних виразок у перші три доби після госпіталізації з одномоментним закриттям післяопераційних ран сітчастими аутодермотрансплантатами з подальшим їх лікуванням в умовах вологої камери з використанням біогальванізації дозволила скоротити терміни загоєння в 2,13 рази.

**Ключові слова:** трофічні виразки, лазерна доплерівська флоуметрія, хірургічне лікування, аутодермотрансплантати, волога камера, біогальванізація.

### Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гнійно-некротичні дефекти нижніх кінцівок характеризуються повільним перебігом запалення, своєрідним та тривалим загоєнням, що пов'язано з порушенням кровотоку в зоні ураження [1].

Етіологічними факторами в розвитку хронічної венозної недостатності (ХВН) є слабкість судинної стінки, дисфункція її ушкодження ендотелію вен, їх клапанів. Наступне збільшення венозного тиску капілярної фільтрації приводить до порушення

балансу між гідростатичним і колоїдно-осмотичним тиском і до інтерстиціального набряку. Гемодинамічні та гемореологічні зміни разом з патологічними змінами судинної стінки формують порочне коло, яке призводить до трофічних ушкоджень шкіри [2].

Активна хірургічна тактика при лікуванні хворих з трофічними виразками зумовлює видалення некротичних тканин і хірургічне відновлення шкірного покриву в максимально короткі терміни. Рання некректомія є патогенетично обґрунтованим методом профілактики і лікування трофічних виразок [3].

**Мета дослідження.** Вивчити параметри мікроциркуляції в шкірі хворих з трофічними виразками до та після резекції грануляцій, закриття післяопераційних ран сітчастими аутодермотрансплантатами, подальшого їх лікування в умовах вологої камери з використанням біогальванізації.

### Матеріал і методи дослідження

Проаналізовані результати лікування 37 хворих (22 жінки та 15 чоловіків) з трофічними виразками венозної етіології. Вік хворих коливався від 52 до 80 років. Тривалість існування трофічних виразок