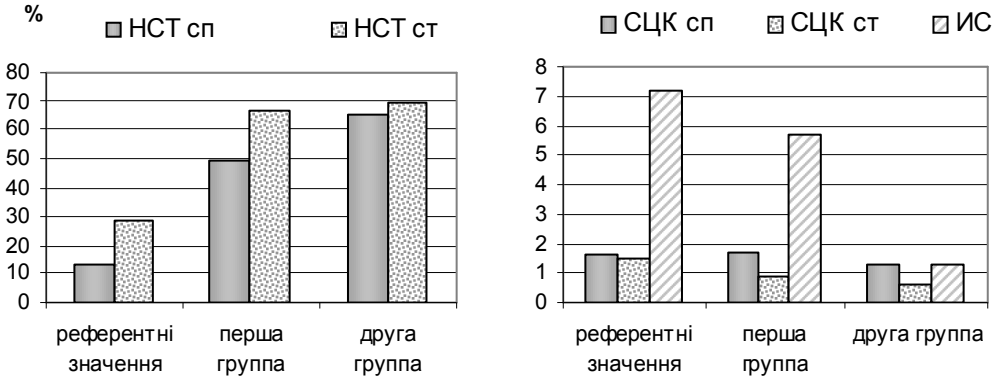

а б

Рис. 1. Показники кисневих процесів фагоцитозу в НСТ-тесті у хворих з ішемією кишечнику: а) спонтанне і стимульоване відновлення барвника НСТ; б) середній цитохімічний коефіцієнт (спонтанний та стимульований), індекс стимуляції

Висновки

1. При ішемічному ураженні кишечника різного ступеня тяжкості виявлені зміни фагоцитарної активності нейтрофільних гранулоцитів, що виражаються у збільшенні хемотаксису і адгезії антигену нейтрофілами in vitro в обох групах, однак ендоцитоз мікроорганізмів фагоцитуючими клітинами був нижчим від контрольних референтних величин, що підтверджує факт незавершеності процесингу патологічних бактеріальних антигенів.

2. У групі хворих з ускладненим перебігом післяопераційного періоду на фоні надлишкової бактеріальної контамінації спостерігалося зниження індексу завершеності фагоцитозу, що виразилося в збільшенні кількості інфікованих нейтрофілів без ознак ефективного ендоцитозу.

3. Зниження ферментативного резерву фагоцитуючих нейтрофілів виявилося у хворих обох груп. При цьому спостерігалась індукція утворення активних форм кисню як наслідок активації внутрішньоклітинних ферментів нейтрофілів у відсутність стимуляції субстратом при проведенні тесту поглинання нітросинього тетразолію крові в обох групах. Стимуляція зимозаном поглинання нітросинього тетразолію не викликала належного респіраторного вибуху нейтрофілів у хворих групи порівняння з ускладненим перебігом.

Література

1. Маянский Д.Н. Роль нейтрофилов в ишемическом и реперфузионном повреждении миокарда / Маянский Д.Н., Маянская С.Д. // Тер. архив. – 2001. – № 12. – С. 84-88.

2. Орел Ю.Г. Прогноз острой мезентериальной ишемии / Орел Ю.Г. // Практическая медицина. – 2008. – Т.14. – №5. – С.183-185;

3. Пермяков П.Е. Значение синдрома ишемии-реперфузии в развитии эндогенной интоксикации при острой кишечной непроходимости.// Пермяков П.Е., Жидивинов А.А., Зурнаджьянц В.А., Красилов В.Л. – Инфекции в хирургии. – 2009. – №2.;

4. Ярошенко И.Ф. Поражение тонкой кишки при ее ишемии-реперфузии./

5. Ярошенко И.Ф., Попова И.С., Фатх Тарик.// Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. 2005. Т1. – С. 3–6.

6. Ярошенко И.Ф. Феномен no-reflow (невозобновления) кровотока (обзор литературы)./ Ярошенко И.Ф., Попова И.С., Фатх Тарик. // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН и Администрации Волгоградской области. 2005. Т.2. - С. 3–5.

7. Miranda B. The ISCVT Investigators Venous Thromboembolic Events After Cerebral Vein Thrombosis / Miranda B., Ferro J.M., Canhao P. et al. // Stroke. – 2010. – Vol. 41 (9). – P.1901–1906.; Sogaard K.K., Astrup L.B., Vilsrup H., Gronbaek h. Portal vein thrombosis; risk factors, clinical presentation and treatment // BMC Gasrtoenterol. – 2007. – Vol.7. – P.34.

8. Prandoni P. Recurrent venous thromboembolism and bleeding complications during anticoagulant treatment in patients with cancer and venous thrombosis / Prandoni P., Lensing A.W., Piccioli A. et al. // Blood. – 2002. – Vol.100. – P.3484-3488.

Бойко В.В., Климова А.М., Кордон Т.И., Агаркова А.М., Грома В.Г.

Функциональнуя активность фагоцитов при различных степенях ишемии кишечника

Резюме. На основании исследований и наблюдений 73 больных с ишемией кишечника, различной степени тяжести выявлены изменения фагоцитарной активности нейтрофилов. Установлено, что у больных с необратимой ишемией на фоне избыточной бактериальной контаминации эффективность эндоцитоза значительно ниже за счет снижения ферментного резерва нейтрофилов по сравнению с группой с благоприятным послеоперационным течением.

Ключевые слова: ишемия кишечника, мезентериальный тромбоз, фагоцитоз.

Boyko V.V., Klimova O.M., Kordon T.I., Agarkova A.M., Groma V.G.

Phagocyte Functional Activity in Intestinal Ischemia of Different Degree

Summary. In this paper, based on research and observations of 73 patients with intestinal ischemia of varying severity revealed changes in phagocytic activity of neutrophils. Found that in patients with reversible ischemia on a background of excessive bacterial contamination is much lower efficiency of endocytosis by reducing the enzyme reserve neutrophils compared with the group with a favorable postoperative course, which may has a significant role in the development of postoperative complications.

Key words: ischemia of the intestine, mesenteric thrombosis, phagocytosis.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.34-007-07-089

Бондарєв Р.В., Орєхов О.А., Чибісов О.Л., Селіванов С.С.

Лапароскопічний адгезіолізіс у лікуванні злукової хвороби у хворих після усунення злукової кишкової непрохідності

Державний заклад «Луганський державний медичний університет»
Кафедра хірургії з основами абдомінальної та ендоскопічної хірургії

Резюме. Наведені результати лікування 13 хворих, яким після усунення злукової кишкової непрохідності консервативними методами проведений лапароскопічний адгезіолізіс. Визначені критерії ультразвукового дослідження черевної порожнини та встановлено терміни проведення лапароскопічного адгезіолізіса.

Ключові слова: лапароскопічний адгезіолізіс, злукова кишкова непрохідність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Злукова хвороба очеревини є однією із складних і до кінця не вирішених актуальних проблем абдомінальної хірургії [1, 2, 3]. Ця патологія зустрічається переважно серед пацієнтів працездатного віку від 20 до 50 років і є значною медичною і соціальною проблемою [4, 5, 6]. До теперішнього часу продовжує утримуватися тенденція консервативної тактики лікування злукової хвороби, а після усунення явищ гострої кишкової непрохідності виписувати хворих без подальшого обстеження та планового оперативного лікування, вважаючи його безперспективним. Таких хворих оперують лише в разі виникнення гострої злукової кишкової непрохідності [7, 8, 9]. Часті рецидиви злукової хвороби, висока летальність після повторних хірургічних втручань змушують шукати нові підхіди до вирішення даної проблеми.

Лапароскопічне розсікання спайок (ЛА) має мінімальну хірургічну агресію, і тому є актуальним його застосування після дообстеження хворих з усуненою злуковою кишковою непрохідністю консервативними методами лікування.

Мета. Визначити роль і терміни проведення лапароскопічного адгезіолізису у хворих з усуненою злуковою кишковою непрохідністю.

Матеріал і методи дослідження

У групу дослідження увійшло 13 пацієнтів віком від 21 до 60 років, в яких у результаті проведеного консервативного лікування явища злукової кишкової непрохідності були усуненні і проведений ЛА. Чоловіків - 5, жінок - 8. З них 8 пацієнтів госпіталізовані з клінікою часткової злукової кишкової непрохідності. В термін до 12 годин від початку захворювання консервативне лікування проведено 4 хворим, до 24 годин - 7, після 24 годин - 2 хворим. Діагностична програма до початку лікування включала збір скарг і анамнезу, огляд суміжними фахівцями, загальноклінічні дослідження, УЗД органів черевної порожнини, оглядову рентгенографію черевної порожнини.

Причинами спайкоутворення були: раніше проведені оперативні втручання традиційними методами з приводу гострого апендициту - 6, перфоративної виразки дванадцятипалої кишки - 1, травми живота - 1, злукової кишкової непрохідності - 1, гінекологічних операцій - 4. Тільки 3 пацієнти вперше госпіталізовані в хірургічний стаціонар з клінікою кишкової непрохідності. Решта як мінімум 1 раз вже перебували на стаціонарному лікуванні з типовою клінічною симптоматикою кишкової непрохідності. Після усунення явищ злукової кишкової непрохідності хворі були дообстежені у подальшому. Зокрема у процесі клінічних та лабораторних досліджень проводили контрастну ентерографію з барієм, моніторинг УЗД черевної порожнини.

Вибір точки введення першого троакару в 10 (76,9%) випадків був визначений за даними УЗД черевної порожнини. У 3 (23,1%) хворих проведена «відкрита» лапароскопія за методикою Хассена, перший троакар був введений після пальцевої ревізії черевної порожнини. Під час виконання лапароскопічної ревізії визначали локалізацію злукового процесу, види спайок, стан органів, об'єм передбачуваного лапароскопічного втручання і можливість його проведення.

Під час лапароскопічного адгезіолізіса дотримувалися принципу поєднання радикальності і найменшої травматичності операції. Дисекції підлягали спайки, які деформували петлі тонкої і товстої кишок та впливали на пасаж кишкового вмісту. Плівчасті і площинні флангові і тазові спайки товстої кишки, які не впливали на пасаж кишкового вмісту, не розсікали. Вісцеропарієтальні спайки області правого надпечінкового простору розсікали при наявності в анамнезі періодично виникаючого болю в правому підребер'ї і правій половині живота. Аналогічно при залученні в злуковий процес матки з придатками, сальпінгооваріолізіс проводили тільки у жінок репродуктивного віку.

Результати дослідження та їх обговорення

На етапі доклінічного обстеження, після усунення злукової кишкової непрохідності, у 4 хворих при виконанні контрастної ентерографії виявляли сповільнення пасажу контрасту з «тимчасовим» утворенням депо барію.

Найбільш інформативним виявилося УЗД черевної порожнини. Незважаючи на клінічні дані усуненої кишкової непрохідності, одним з основних показників термінів проведення ЛА були дані УЗД. Оцінка функціонального стану кишечника проводилася за наступними критеріями: діаметр кишки, товщина стінки, наявність антиперистальтики, вираженість складчастості, симптом «внутрішньопросвітного депонування рідини», наявність вільної рідини між петлями кишечника та в інших відділах черевної порожнини.

Показами до проведення ЛА після усунення злукової кишкової непрохідності були наступні числові показники критеріїв УЗД: діаметр кишки до 3,5 см, товщина кишкової стінки до 4-5 мм, ширина складок слизової оболонки до 4 мм, також брали до уваги відсутність антиперистальтики та вільної рідини між петлями кишечника та в інших відділах черевної порожнини, відсутність або невелике скупчення депонуючої рідини у просвіті кишечника. Збільшення числових значень виявлених показників критеріїв УЗД вказує на те, що зберігається певна ступінь порушення функції кишечника. Також збільшення кишки в об'ємі сприяє ускладненню проведення технічних аспектів лапароскопічної ревізії черевної порожнини та адгезіолізіса. Тому, незважаючи на клінічний симптомокоплекс усуненої кишкової непрохідності ЛА не проводили, продовжували консервативне лікування та моніторинг УЗД черевної порожнини.

Причинами виникнення злукової непрохідності стали: зрощення кишечника з маткою і придатками після гінекологічних операцій - 4 пацієнта; локальне зрощення в правій клубовій ділянці із залученням петель тонкої кишки, сліпої кишки, парієтальної очеревини, одиничних зрощень кишки у вигляді «двохстволки» (в анамнезі - апендектомія) - 6; деформація петель тонкої кишки, товстої кишки, сальника множинними спайками, наявність на великому протязі вісцеропарієтальних зрощень (перенесли серединну лапаротомію) - 4.

Протипоказами до виконання ЛА були: масивний спайковий процес, конгломерати петель кишечника, щільні вісцеропарієтальних зрощення із залученням петель тонкої кишки.

Ускладнень під час операцій не було. У всіх хворих спостерігався гладкий перебіг післяопераційного періоду.

Висновки

У хворих після усунення злукової кишкової непрохідності показаний ЛА з метою профілактики її рецидиву. Для спрощення технічних аспектів ЛА і зменшення можливих ускладнень в післяопераційному періоді необхідно визначити терміни його проведення. Найбільш інформативними критеріями, які визначають терміни проведення адгезіолізіса, є критерії УЗД.

Перспективи подальших досліджень

Розробка лікувально-діагностичного алгоритму для проведення ЛА у хворих з різними формами злукової хвороби очеревини.

Література

1. Бова Л.С. Спаечная болезнь (обзор) / Л.С. Бова, Н.П. Семенюта, Н.П. Фу-льмес // Клин.хирургия. - 1989. - №6. - С. 57-59.

2. Женчевский Р.А. Спаечная болезнь / Р.А. Женчевский. - М.: Медицина, 1989. - 186 с.

3. Streiwardson R.H. Critical operative management of small bowel obstruction / R.H. Streiwardson, C.T. Bombeck, L.M. Nyhus // Ann. Surg. - 1978. - Vol. 187, №5. - P. 189-193.

4. Ковалев М.М. Сенсибилизация организма к кишечной флоре (как фактор развития послеоперационной спаечной болезни) / М.М. Ковалев, В.П. Рой // Общая и неотложная хирургия. Киев. - 1983. - Вып. 13. - С. 33-37.

5. Operative Laparoscopy Study Group: Postoperative adhesion development after operative laparoscopy: Evaluation at early second-look procedures. Fertile Sterile. - 1991. - Vol. 55. - P. 700-704.

6. Prevention of postoperative adhesions in the rat by in sity photopolumerization of bio resorbable hydro gel barriers / I.L. Hill West, S.M. Chowdhury, A.S. Sawhney [et al.] // Obstet. Gynecology. - 1994. - Vol. 83, № 1. - P. 59-64.

7. Способ профилактики спаечной болезни брюшной полости / В.А. Ступин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - №1. - С. 152.

8. Laparoscopic management of a small bowel obstruction of unknown / E. Burton [et al.] // JSLS. - 2008. - Vol. 12, №3. - P. 299-302.

9. Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology and clinical significance / T. Liakakos [et al.] // Digest. Surg. - 2001. - Vol. 18. - P. 260-273.

Бондарев Р.В., Орехов О.А., Чибисов А.Л., Селиванов С.С.

Лапароскопический адгезиолизис в лечении спаечной болезни у больых после устранения спаечной кишечной непроходимости

Резюме. Представлены результаты лечения 13 больных, которым после устранения спаечной кишечной непроходимости консервативными методами проведен лапароскопический адгезиолизис. Определены критерии ультразвукового исследования брюшной полости, с определением сроков проведения лапароскопического адгезиолизиса.

Ключевые слова: лапароскопический адгезиолизис, спаечного кишечная непроходимость.

Bondarev R.V., Orehov A.A., Chibisov A.L., Selivanov S.S.

Laparoscopic Adhesiolysis in the Treatment of Adhesive Disease in Patients after the Reduction of the Adhesive Intestinal Obstruction

Summary. Presents the results of treatment of 13 patients who, after the reduction of the adhesive intestinal obstruction conservative methods performed laparoscopic adhesiolysis. Established the criteria for ultrasonic examination of abdominal cavity, on the basis of which exhibited the timing of laparoscopic adhesiolysis. Marked the technical aspect of the operation and postoperative period depending on the timing of the laparoscopic adhesiolysis after the reduction of the adhesive intestinal obstruction.

Key words: laparoscopic adhesiolysis, adhesive disease, adhesive intestinal obstruction.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 617-089+616.36-008.5+616.361-002+616.94-092:616.361-002.3]-089

Борисенко В.Б.

Комплексна діагностика та лікування хворих на обтураційну жовтяницю, ускладнену гострим холангітом та біліарним сепсисом

Харківська медична академія післядипломної освіти, факультет загальної практики – сімейної медицини
Кафедра хірургії та проктології

Резюме. Представлені результати діагностики і лікування 84 хворих із синдромом обтураційної жовтяниці, ускладненої в 46 (54,8%) випадках гострим холангітом, 18 (21,4%) - біліарним сепсисом. Встановлено, що етапне застосування УЗД, папілоскопії та ЕРХПГ визначає характер, рівень і причину жовтяниці в 98% випадків. Визначення ознак SIRS, ступеня органної дисфункції, рівня прокальцитоніну крові дозволяє провести диференціальний діагноз між ОЖ, ГХ і БС.

Ключові слова: обтураційна жовтяниця, гострий холангіт, біліарний сепсис, комплексна діагностика, лікування.

Постановка проблеми і іаналіз останніх досліджень. Обтураційна жовтяниця (ОЖ) з наростаючою жовчевою гіпертензією і можливою трансформацією в гострий холангіт (ГХ) і біліарний сепсис (БС) залишається актуальною проблемою абдомінальної хірургії. Недостатньо вивчені механізми розвитку ГХ і БС на фоні ОЖ [3], а також висока летальність, яка сягає 28-52%, а у випадках БС і поліорганної недостатності - 90% [5,6,7], спричиняє невирішеність низки питань щодо профілактики, комплексної діагностики та лікування хворих на ОЖ, ускладненої ГХ і БС. Суперечливими залишаються питання визначення виду, способу, об'єму, етапності та терміновості оперативного лікування і, зокрема, визначення показів до традиційних лапаротомних і мініінвазивних ендобіліарних і черезшкірних втручань [1,2,4].

Мета дослідження. Розробка комплексної програми діагностики і лікування хворих на ОЖ, ускладнену ГХ і БС, спрямованої на поліпшення результатів лікування.

Матеріал і методи дослідження

Проаналізовано результати обстеження і лікування 84 хворих на ОЖ, які перебували в клініці кафедри хірургії і проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти в 2010 та 2011 роках. Вік пацієнтів був від 23 до 84 років і в середньому склав - 61±6,3 роки. Жінок було 54 (64,3%), чоловіків - 30 (35,7%). Тривалість жовтяничного періоду становила від 1 до 30 діб, в середньому - 15±2,6 діб.

Комплексна діагностична програма включала стандартну клініколабораторну діагностику, визначення рівня прокальцитоніну крові, бактеріологічне дослідження крові, жовчі, мікроскопію жовчі, вивчення ознак SIRS, ступеня органної дисфункції (шкала SOFA), а також УЗД, папілоскопії та ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ). Ступінь тяжкості печінкової недостатності визначали за критеріями Зіневича В. П. (1986 р.).

Лікувальна програма включала мініінвазивні транспапілярні, ендобіліарні втручання: ендоскопічну папілосфінктеротомію (ЕПСТ), механічну літоекстракцію, назобіліарне дренування (НБД), стентування, а також черезшкірні втручання під контролем УЗД: черезшкірну черезпечінкову холангіостомію або холецистостомію (ЧЧХС) за методикою Сельдінгера.

Результати дослідження та їх обговорення

За результатами обстеження пацієнти були розподілені на три групи: перша - з механічною жовтяницею (SIRS-0, SOFA-0) - 20(23,8%) хворих; друга - з гострим холангітом (SIRS -1, SOFA>0) - 46(54,8%) хворих; третя - з біліарним сепсисом (SIRS_2, SOFA>0) - 18 (21,4%) хворих. Рівень прокальцитоніну крові становив: перша група 0-0,2 нг/мл; друга - 0,2-1,3 нг/мл; третя >1,3 нг/мл. За ступенем тяжкості ОЖ хворі розподілилися таким чином: 1 ступінь - 16 (19%) пацієнтів (білірубінемія - 41±5,8 мколь/л), 2 ступінь- 24 (28,6%) пацієнти (білірубінемія - 86,7±8,4 мколь/л), 3 ступінь - 34 (40,5%) пацієнти (білірубінемія - 142±9,6 мколь/л), 4 ступінь - 10 (11,9%) пацієнтів (білірубінемія - 274±12, 4 мколь/л).

Холедохолітіаз виявлено - у 64 (76,2%), структура термінального відділу холедоха - у 3 (3,6%), рак головки підшлункової залози - у 3 (3,6%), синдром Міріззі - у 4(4,8%), рак великого дуоденального сосочка (ВДС) - у 2(2,4%), рак холедоха - у 3(3,6%), стеноз ВДС - у 5 (5,9%) пацієнтів. ГХ встановлено у 64 (76,2%) хворих, що підтверджує результати рівня прокальцитоніна крові. Катаральний холангіт діагностовано у 34 (40,5%), фібринозний - у 9 (10,7%), фібринозно-гнійний - у 3 (3,6%), гнійний - у 18 (21,4%) пацієнтів.

Бактеріемію виявлено у 19 (22,6%) пацієнтів: у 3 (3,6%) - першої групи, у 3 (3,6%) - другої, та 12 (14,3%) - третьої групи. Бактеріохолія спостерігалася у 56 (66,7%) пацієнтів: кишкову паличку висіяно у 28(33,3%), клебсієлу - 8 (9,5%), протей - 7 (8,3%), ентерококи - 7 (8,3%), стрептококи - 2(2,4%), асоціацію мікрофлори - 4 (4,8%) випадках.

Мініінвазивні втручання проведені всім 84 хворим, яким виконано 236 лікувальних маніпуляцій. ЕПСТ виконана 78 (92,8%) хворим, НБД - 46 (54,7%) пацієнтам з ГХ, а також при етапному лікуванні холедохоліазу і синдрому Міріззі, стентування холедоха - 2 (2,4%) пацієнтам у випадках раку головки підшлункової залози. Остаточна ендоскопічна санація холедоха при холедохолітіазі досягнута в 57 (67,9%) спостереженнях. При неефективності транспапіллярних втручань у 7 (8,3%) хворих під контролем УЗД була виконана ЧЧХС.

У 16 (19%) випадках мініінвазивний етап не був остаточним, після ліквідації біліарної гіпертензії і явищ ГХ були проведені «відкриті» операції. У пацієнтів з мегахоледохолітіазом - виконано відкриту холедохолітотомію, із синдромом Міріззі - холецистектомію з пластикою холедоха, з структурою холедоха, раком підшлункової залози, холедоха і ВДС - виконані обхідні біліодигестивні анастомози.

Летальний результат мав місце у 4 (4,8%) пацієнтів з прогресуючою поліорганною недостатністю на фоні БС, у групі БС