

летальність склала 22,2%.

Висновки

1. Етапне застосування УЗД, папілоскопії та ЕРХПГ дозволяє визначити характер, рівень і причину жовтяниці до 98% випадків.

2. Комплексна оцінка даних папілоскопії, мікроскопії і бактеріологічного дослідження жовчі дозволяє діагностувати ГХ і встановити його вид.

3. Визначення ознак SIRS, ступеня органної дисфункції (недостатності), а також рівня прокальцитоніну крові у всіх випадках дозволяє провести диференціальний діагноз між ОЖ, ГХ і БС.

4. Декомпресія та санація первинного гнійного вогнища в жовчних протоках шляхом транспапільярних втручань і ЧЧХС є етапним або остаточним методом лікування, що дозволяє ефективно ліквідувати явища ОЖ і ГХ, знижуючи вірогідність розвитку БС.

Перспективи подальших досліджень

Подальше удосконалення діагностичної програми шляхом пошуку більш чутливих маркерів ГХ та БС у хворих на ОЖ та розробка нового малоінвазивного способу лукування біліарної гіпертензії та ГХ.

Література

1. Годлевський А.І. Оцінка впливу способу біліарної декомпресії на перебіг післяопераційного періоду у хворих з обтураційною жовтяницею / Годлевський А.І., Саволок С.І. // Клінічна хірургія.- 2007.-№1. – С.30-32.

2. Грубник В.В. Ведення хворих на обструктивні жовтяниці з застосуванням малоінвазивних технологій/ Грубник В.В., Герасимов Д.В., Готка В.В.// Шпитальна хірургія.- 2008.-№1. – С.15-19.

3. Даденко Б.М. Обтурационная желтуха: патогенетическая основа развития гнойного холангита и билиарного сепсиса/ Б.М. Даденко // Вісник Вінницького національного медичного університету.- 2010. - №14(1). - С. 15-19.

4. Дронов О.І. Сучасні можливості ендоскопічної корекції непрохідності жовчних проток непухлинного походження// Дронов О.І., Насташенко В.Я., Шпак В.Я [та ін.]// Клінічна хірургія.- 2009.-№7-8. – С.31-35.

5. Захараш М.П. Мініінвазивні втручання в комплексному лікуванні хворих на механічну жовтяницю, ускладнену гнійним холангітом та біліарним сепсисом/ Захараш М.П., Захараш Ю.М., Усова О.В.// Шпитальна хірургія.- 2008.- №4.- С. 13-16.

6. Ничитайло М.Ю. Тактика лікування хворих на холедохолітіаз, ускладнений гострим холангітом/ Ничитайло М.Ю., Шкрабан В.П. // Клінічна хірургія.- 2007.-№11-12. – С.76-78.

7. Старосек В.Н. Современные тенденции хирургического лечения больных с обтурационной желтухой, осложненной печеночной недостаточностью/ Старосек В.Н., Хилько С.С., Влахов А.К. // Клінічна хірургія.- 2009.-№4. – С.15-18.

Борисенко В.Б.

Комплексная диагностика и лечение больных с обтурационной желтухой, осложненной острым холангитом и билиарным сепсисом

Резюме. В работе представлены результаты диагностики и лечения 84 больных с синдромом обтурационной желтухи, осложненной в 46 (54,8%) случаях острым холангитом и в 18 (21,4%) - билиарным сепсисом. Этапное применения УЗИ, папилоскопии и ЭРХПГ позволяет определить характер, уровень и причину желтухи до 98% случаев. Определение признаков SIRS, степени органной дисфункции, уровня прокальцитонина крови во всех случаях позволяет провести дифференциальный диагноз между ОЖ, ГХ и БС.

Ключевые слова: обтурационная желтуха, острый холангит, билиарный сепсис, комплексная диагностика, лечение.

Borisenko V.B.

Complex Diagnostics and Treatment of Patients with Obturative Icterus Complicated by Acute Cholangitis and Biliary Sepsis

Summary. The results of diagnostics and treatment of 84 patients with obturative icterus syndrome complicated by acute cholangitis in 46 (54,8%) cases and biliary sepsis - 18 (21,4%) cases are presented in the work. Standard clinic-laboratory study was added by signs of the system inflammatory reaction syndrome definition, degree of organ dysfunction, level of procalcitonin in blood, bacteriologic blood study, bile and bile microscopy. Instrumental phase included ultrasonic study, papilloscopy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography. The treatment was carried out with the use of two-phase tactics with the use of miniinvasive endobiliary and intraskin intrusions added by laparotomy operations if needed.

Key words: obturative icterus, acute cholangitis, biliary sepsis, complex diagnostics, treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.61-78:616.14/16-089.86

Борота О.В., Грінцов О.Г., Христуленко А.О., Кірьякулова Т.Г., Куницький Ю.Л., Христуленко А.Л.

Особенности формирования судинного доступа для проведения гемодиализа

Кафедра загальної хірургії і хірургічних хвороб стомагологічного факультету (зав. кафедрою проф. О.В.Борота)
Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Резюме. Гемодиаліз є альтернативою трансплантації нирки при лікуванні термінальної ниркової недостатності. Кращим судинним доступом для проведення гемодиалізу є нативна артеріо-венозна фістула. Проаналізовані причини незадовільних результатів операцій по формуванню артеріо-венозної фістули. Запропоновані заходи щодо поліпшення результатів оперативного лікування. При підготовці до операції слід звертати увагу на ретельний відбір хворих, які мають виражену супутню патологію, проводити профілактику інфекційних ускладнень, підтримку нормального рівня артеріального тиску. Під час операції ретельно дотримуватися правил мікрохірургічної техніки формування анастомозу.

Ключові слова: хронічний гемодиаліз, судинний доступ, артеріо-венозна фістула, методика формування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Судинний доступ для гемодиалізу є основою проведення адекватної процедури. Його формування залишається достатньо складною технічною проблемою. Забезпечення достатнього кровотоку по екстракорпоральному контуру є найважливішою задачею, без вирішення якої неможливе лікування.

Ефективним є доступ, який забезпечує відповідність швидкості кровотоку призначеній дозі діалізу, функціонує багато років і не має ускладнень. В даний час жоден з відомих варіантів постійного судинного доступу не є ідеальним, але іншим вимогам, що пред'являються, відповідає артеріо-венозна фістула [2]. Найчастіше застосовується методика Чиміно-Брешиа, при якій фістула формується шляхом накладення анастомозу між артерією і веною по типу «кінць в бік» на передпліччі (можливі й інші локалізації) [3]. Проте середня тривалість функціонування фістули, за даними американських авторів, не перевищує двох років [4].

У зв'язку з тим, що в Центральній міській клінічній лікарні № 1 м. Донецька протягом 4 років функціонує відділення хронічного гемодиалізу, в клініці виникла необхідність у виконанні операцій по формуванню артеріо-венозних фістул для забезпечення судинного доступу.

Мета роботи: Проаналізувати причини незадовільних результатів операцій по формуванню артеріо-венозної фістули для гемодиалізу і запропонувати заходи щодо поліпшення резуль-

тапів.

Матеріал і методи дослідження

Об'єктом дослідження були 34 хворих, яким виконано 47 операцій по формуванню артеріо-венозної фістули в нижній третині передпліччя. У даній групі чоловіків було – 22 (64,7%), жінок – 12 (35,3%). Захворювання, що привели до хронічної ниркової недостатності розподілилися серед досліджуваних таким чином – хронічний гломерулонефрит – 13 (38,3%), цукровий діабет – 10 (29,5%), полікістоз нирок – 6 (17,6%), хронічний пієлонефрит, двосторонні зморщені нирки – 2 (5,9%), сечокам'яна хвороба, коралоподібні камені, хронічний пієлонефрит – 1 (2,9%), синдром Гудпасчера – 1 (2,9%), гіпертонічна хвороба, первинно зморщені нирки – 1 (2,9%). Всім хворим перед операцією проводилася доплерографія і дуплексне сканування судин верхніх кінцівок. Середній діаметр артерій склав 2,4 мм. Як знеболення застосовувалася місцева анестезія сумішшю 0,5% розчину новокаїну з 0,5% розчином бупівокаїна в рівних частках. Анастомози між а. radialis і v. cephalica виконані методом «кінць в бік» або «кінць в кінць» вузловим проленовим швом 6/0-7/0. У післяопераційному періоді всі хворі одержували ін'єкції низько молекулярних гепаринів підшкірно 1 раз на добу в ранньому післяопераційному періоді, з наступним переходом на антиагрегантні препарати. Не дивлячись на це, в післяопераційному періоді в 11 випадках розвинувся тромбоз анастомозу, що вимагало виконання реконструктивних операцій.

Результати дослідження та їх обговорення

З 11 випадків, що вимагали виконання повторних операцій, у 1 хворого (9%) спостерігалася виражена серцево-судинна недостатність, що не дозволила виконати операцію без ретельної її корекції на фоні проведення сеансів гемодіалізу через центральний венозний катетер. В 1 випадку (9%) у хворого з лабільним перебігом цукрового діабету мав місце тромбоз фістули в результаті нагноєння в рані, причиною якого був фурункульоз. Відзначено 3 випадки (27,3%) тромбозу фістули в післяопераційному періоді у хворого з вегето-судинною дистонією, що проявлялася епізодами зниження артеріального тиску до рівня 100/70 мм рт. ст. У 3 хворих (27,3%) виявлено виражений кальциноз стінки периферичних артерій, що створило складнощі як на етапі формування анастомозу, так і в післяопераційному періоді. Слід зазначити, що одержані нами дані дуплексного сканування і доплерографії судин верхніх кінцівок не забезпечили нас достатньою інформацією щодо даного ускладнення. Це найімовірніше пояснюється малим діаметром судин, що цікавлять нас. Дані УЗД використовувалися нами в першу чергу в плані можливості реконструкції з формуванням анастомозів «кінць в кінць» між артерією і веною. Проаналізувавши 3 випадки (27,3%), що залишилися із незадовільним результатом, ми дійшли висновку, що причиною їх були огріхи мікрохірургічної техніки, а саме зайве натягнення при зав'язуванні швів судинного анастомозу, що привело до мікронадривів інтими судин, вивертання адвентиції в просвіт судини, що й стало причиною тромбозу.

У досліджуваній групі хворих ні в одному випадку кровотеч з анастомозу відзначено не було.

Для профілактики вивертання адвентиції судини в її просвіт під час формування анастомозу нами був запропонований і виготовлений спеціалізований підйомник. Застосування даного пристрою дозволяє хірургу «підняти» досить тонку венозну стінку і полегшити накладання швів анастомозу.

Висновки

1. При підготовці до операції по формуванню артеріо-венозної фістули для проведення гемодіалізу слід звертати увагу на ретельний відбір хворих, що мають виражену супутню патологію, проводити профілактику інфекційних ускладнень, підтримку нормального рівня артеріального тиску.

2. Під час операції ретельно дотримуватися правил мікрохірургічної техніки формування анастомозу.

Література

1. Лотц В. И. Первичный сосудистый доступ для гемодиализа, варианты формирования, сроки функционирования Автореферат дисс. ... к. мед. н. Кемерово – 2009, 22 с.
2. Беляев А. Ю. Формирование артерио-венозных фистул для гемодиализа у пациентов с сахарным диабетом "Нефрология и диализ" Т. 11, 2009 г., №3 С. 12-15.
3. Мойсюк Я.Г., Беляев А.Ю. Постоянный сосудистый доступ для гемодиализа. Триада. 2004. 152 с.
4. Сафонов В.В. Особенности трансплантации почки у детей. Автореферат дисс. ... д-ра мед. Москва, 2003, 59 с.
5. NKF-DOQI clinical practice guidelines for vascular access New York, National Kidney Foundation, 1997, 191.
6. <http://www.dr-denisov.ru/faq/8-1>
7. Arnold W.P. Improvement in hemodialysis vascular access outcomes in a dedicated access center. Semin Dial 2000 Nov-Dec; 13 (6): 359–63.

Борота А.В., Гринцов А.Г., Христуленко А.А., Кирьякулова Т.Г., Куніцький Ю.Л., Христуленко А.Л.

Особенности формирования сосудистого доступа для проведения гемодиализа

Резюме. Гемодиализ является альтернативой трансплантации почки при лечении терминальной почечной недостаточности. Лучшим сосудистым доступом для проведения гемодиализа является нативная артерио-венозная фистула. В статье проанализированы причины неудовлетворительных исходов операций по формированию артерио-венозной фистулы. Предложены мероприятия по улучшению результатов оперативного лечения. Так, при подготовке к операции следует обращать внимание на тщательный отбор больных, имеющих выраженную сопутствующую патологию, проводить профилактику инфекционных осложнений, поддержание нормального уровня артериального давления. Во время операции тщательно придерживаются правил микрохирургической техники формирования анастомоза.

Ключевые слова: хронический гемодиализ, сосудистый доступ, артерио-венозная фистула, методика формирования.

Borota A.V., Grintsov A.G., Khristulenko A.A., Kiryakulova T.G., Kunicky Y.L., Khristulenko A.L.

Features of Forming of Vascular Access for Conducting of Procedure Hemodialysis

Summary: Hemodialysis is the alternative of transplantation of kidney at treatment of terminal kidney insufficiency. For conducting of hemodialysis a artery-vein fistula is the best vascular access. The reasons of unsatisfactory ends of operations on forming of artery-vein fistula are analysed in the article. Measures on the improvement of results of operative treatment are offered. So, at preparation to operation it is necessary to pay attention to the careful selection of patients having the expressed concomitant pathology, to conduct the prophylaxis of infectious complications, maintenance of normal level of arterial pressure. During operation carefully to the lines of microsurgical technique of forming of anastomosis.

Keywords: chronic hemodialysis, vascular access, artery-vein fistula, method of forming.

Надійшла 25.06.2012 року.