

етапах видалення ГФСП. Затрата часу на видалення ГФСП зі стравоходу прямо пропорційна місцевим ускладненням.

Застосовували в роботі бронхоскопи, цапки різноманітних діаметрів і захватів німецької фірми «STORZ» та Фріделя. [1, 2, 3].

Після видалення стороннього предмету проводили оцінку післятравматичних змін устінці стравоходу, санацію вогнища кровоточивості. У всіх наших хворих спостерігали, післятравматичний вогнищевий езофагіт різного ступеня виразності. Для ерозивно-фібринозного езофагіту у 39 обстежених був характерний виражений набряк, гіпотонус, фібринні плівки, які відшаровуючись, відкривали ерозивну поверхню та множинні кровоточиві грануляції з надривом на тріщинами слизової, ознаками кровоточивості.

Вогнищева гіперемія, набряк, поверхневі садни та ерозії, гіпотонус стінки стравоходу у 29 хворих свідчили про помірно-виражений, ерозивно-вогнищевий езофагіт. У всіх пацієнтів після видалення СП спостерігали в зоні ураження звуження простору стравоходу за рахунок змін запального характеру.

Тактика лікування післятравматичного езофагіту базувалась на даних динамічного ФЕО. Комплексне медикаментозне лікування включало: антибіотикотерапію, в/в інфузійну терапію, дезінтоксикаційну терапію, дієту, обволакуючі засоби, антацидні препарати, спазмолітини. Травматичних ушкоджень (перфорація, розрив) стравоходу під час проведення ФЕО та інструментального видалення СП ми не спостерігали. У 3 дітей спостерігали порушення прохідності стравоходу. Проводилась балонна дилатація стравоходу. Усі хворі виписані в задовільному стані. Простежено віддалені результати у всіх дітей (ФЕО через 1 місяць, 6 місяців). У 1 дитини діагностовано дивертикул стравоходу без клінічних проявів, який зменшується у процесі динамічного спостереження. Даних про стеноз стравоходу не виявлено у жодної дитини.

Висновки

1. Наявність у стравоході гострого фіксованого стороннього предмету супроводжується проявами гострого респіраторного синдрому, тому видалення його виконується у терміновому порядку.

2. Застосування у клінічній практиці фіброендоскопічного обстеження дозволяє уникнути тактичних та технічних помилок при видаленні гострих фіксованих сторонніх предметів зі стравоходу інструментальним методом.

3. Надання ендоскопічної допомоги у разі наявності гострих фіксованих сторонніх предметів у стравоході необхідно проводити у спеціалізовану хірургічному стаціонарі. Важливою умовою є наявність кваліфікованого медичного

персоналу та відповідного технічного оснащення.

Література.

1. Додарський В.А., Діагностика та лікування сторонніх тіл стравоходу у дітей. Хірургія дитячого віку.-2005.-Том II.-№1(6).-С.21-24.
2. Нікішаєв В.І., Задорожний А.М., Ендоскопічна тактика при сторонніх тілах верхніх відділів ШКТ. Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.-2006.-Том 10.-№1\2.-С.40-46.
3. Савельєв В.С., Руководство по клинической эндоскопии. Москва: Медицина.-1985.-С.536
4. Silverberg M, Pediatr Emerg Care.-2006/-22:262-265.
5. Yardeni D, Yardeni H, Coran AG, Gollady ES. Severe esophageal damage due to button battery ingestion: can it be prevented? Pediatr Surg Int.-2004.-20:496-501.

Додарський В.А.

Острые, фиксированные посторонние предметы в пищеводе у детей

КЗ Ровенская областная детская больница, г. Ровно

Резюме. Проведен ретроспективный анализ оказания специализированной эндоскопической помощи 68 пациентам с острыми фиксированными инородными телами в пищеводе за последние 20 лет. Освещены особенности клинической картины, рентгенологические данные. Акцентировано внимание на фиброэндоскопическом исследовании и удалении инородных тел из пищевода.

Интерпретацию патологических изменений обнаруженных во время фиброэндоскопического исследования осуществляли по общепринятым критериям. Опасных для жизни осложнений, связанных с проведением исследования и инструментального удаления острых фиксированных инородных тел с пищевода, у нас не было.

Ключевые слова: дети, пищевод, острые фиксированные инородные тела, диагностика, лечение, последствия.

V.A. Domaratsky

Sharp, Fixed Esophageal Foreign Bodies in Children

Rivne Regional Children's Hospital, Rivne, Ukraine

E-mail: vikahanzha@gmail.com

Abstract. The retrospective analysis of specialized endoscopic assistance in 68 patients with fixed acute esophageal foreign bodies over the past 20 years was made. The peculiarities of clinical picture and X-ray data were highlighted.

The attention was focused on fiber endoscopy and removal of foreign bodies from the esophagus.

The interpretation of pathological changes revealed by fiber endoscopy was made using standard criteria. There were observed no life-threatening complications associated with fiber endoscopy and instrumental removing of the sharp fixed foreign bodies from the esophagus.

Keywords: children; esophagus; acute fixed foreign bodies; diagnosis; removal; treatment; consequences

Надійшла 29.07.2016 року.

УДК 616.33/342-002.44-005.1-07-036.65

Дутка І. І., Гринчук Ф. В.

Визначення ризику рецидиву виразкової гастродуоденальної кровотечі

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна, dutka86@mail.ua

Резюме. Вступ. Не дивлячись на успіхи ендоскопічного гемостазу, частота рецидивних виразкових кровотеч залишається значною, що зумовлює необхідність подальших пошуків методів їх прогнозування і лікування.

Мета дослідження. Аналіз факторів ризику рецидивних виразкових гастродуоденальних кровотеч.

Матеріал і методи дослідження. 203 хворих на гастродуоденальні кровотечі виразкової етіології. Чоловіків 135 (66,5%), жінок -

68 (33,3%). Всім хворим проведено обстеження і консервативне лікування згідно з протоколами.

Результати дослідження. Виразку ДПК діагностовано у 127 (62,3%) випадків, виразка шлунка - у 68 (33,3%), гастродуоденальна - у 9 (4,4%) пацієнтів. Рецидиви кровотечі відзначені в 24 (11,8%) випадках. Більшість рецидивів кровотечі (n=11 (45,8%)) відбувалися протягом 2-3 доби після надходження. В пізніші терміни рецидив спостерігався у 9 (37,5%) хворих. Найменше

рецидивів відбулося протягом першої доби - 4 (16,7%) випадки. Більшість випадків була у чоловіків - 17 (70,8%). У 9 (64,29%) пацієнтів з рецидивами кровотеч визначена I група крові, у 4 (28,57%) - II, по одному (7,14%) випадку було при III і IV групах крові. Переважна більшість рецидивів (n=15 (62,5%)) була у хворих, що не мали виразкового анамнезу. Ми не виявили чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі.

Висновки. 1. Відомі шкали прогнозування рецидивів кровотеч не враховують низку важливих клінічних чинників та патогенетичне їхнє підґрунтя.

2. Покращення результатів лікування кровоточивих виразок можливе лише з урахуванням комплексу факторів, які визначають ефективність процесів регенерації.

Ключові слова. Виразкова кровотеча, рецидив, прогнозування.

Вступ. Актуальною проблемою сьогодення залишається виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки (ДПК), ускладнена гострою кровотечею. Не дивлячись на значні успіхи консервативного лікування виразкової хвороби, частота виникнення гострих кровотеч з виразок шлунка і ДПК впродовж останнього часу зростає [1,5]. Гострі шлунково-кишкові кровотечі (ГШКК) ускладнюють також низку інших захворювань, їх частота становить 50-150 випадків на 100 тис. населення в рік [3]. Не дивлячись на успіхи ендоскопічного гемостазу, частота рецидивних кровотеч залишається значною [2,7], що зумовлює необхідність подальших пошуків методів їх прогнозування і лікування.

Мета дослідження. Аналіз факторів ризику рецидивних гастроуденальних кровотеч виразкового генезу.

Матеріал і методи

Дослідження. 203 хворих на гастроуденальні кровотечі виразкової етіології. Чоловіків 135 (66,5%), жінок - 68 (33,3%). Середній вік становив 56,6±17 років. Всім хворим проведено обстеження і консервативне лікування згідно з протоколами [3].

Результати дослідження і обговорення

У більшості випадків виразкові дефекти локалізувалися в ДПК - 127 (62,3%) випадків. Виразка шлунка виявлена у 68 (33,3%) хворих. Гастроуденальна виразка спостерігалася у 9 (4,4%) пацієнтів. Незалежно від локалізації виразкового дефекту частота виникнення виразки була вищою у чоловіків, ніж у жінок. Відсутність виразкового анамнезу у переважній більшості випадків (n=109 (53,4%)). Виразковий анамнез до 1 року мали 10 (4,9%) пацієнтів, 1-3 роки - 21 (10,3%) пацієнт, 16 (7,8%) чоловік хворіли на виразкову хворобу від 5 до 10 років. Виразковий анамнез більше 10 років мали 39 (19,2%). Після первинної ЕГДС пацієнтам виконувалася щонайменше одна ЕГДС протягом наступних 3 днів з метою контролю гемостазу та ефективності лікування. Крім того, 31 (15,2%) пацієнту було виконано більше однієї контрольної ЕГДС. У разі потреби під час контрольної ЕГДС виконували ендоскопічний гемостаз.

З метою ендоскопічного гемостазу проводимо обколювання виразки. Для цього використовуємо фізрозчин натрію хлориду з адреналіном у співвідношення 1:10, або з препаратами транексамової кислоти (транексам, гемаксан) у такій же пропорції. Обколювання проводимо по периферії виразки. Частота рецидивів при цьому становить, залежно від локалізації та інших чинників, 2 - 5%. У разі неможливості досягнення гемостазу ендоскопічним шляхом виконувалося хірургічне втручання.

Рецидиви кровотечі відзначені в 24 (11,8%) випадках. Більшість рецидивів (n=11 (45,8%)) відбувалися протягом 2-3 доби після надходження. Найменше рецидивів відбулося протягом першої доби - 4 (16,7%) випадки. Більшість випадків була у чоловіків - 17 (70,8%). У 9 (64,29%) пацієнтів з рецидивами кровотеч визначена I група крові, з них у 3 (21,43%) позитивна резус належність, у решти (42,86%) - негативна. У 4 (28,57%) хворих визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (7,14%) випадку було при III і IV групах крові. Переважна більшість рецидивів крово-

течі (n=15 (62,5%)) виникла у хворих, що не мали виразкового анамнезу. Ми не виявили чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі.

Викладене свідчить, що основні шкали прогнозування ризику кровотеч потребують вдосконалення. Зокрема, найбільш поширена шкала Forrest [6] є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості, механізми виникнення кровотечі. Шкала Glasgow Blatchford [4] базується лише на клінічних і лабораторних проявах, не враховує ендоскопічні стигмати кровотечі. Шкала Rockall [8] заснована на комплексі клінічних і ендоскопічних критеріїв. Це дає змогу оцінювати можливість рецидиву вже під час первинного ендоскопічного огляду, що робить її застосування більш прийнятним. Однак дана шкала не враховує усі можливі чинники, які сприяють рецидивам. Відзначимо, що поширені способи оцінки ризику рецидивів засновані, переважно, на клінічних спостереженнях, не враховують активність механізмів гемостазу, процесів регенерації тощо. Це не дозволяє оцінити їхні потенційні можливості, визначити можливу неспроможність.

Висновки

1. Відомі шкали прогнозування рецидивів кровотеч не враховують низку важливих клінічних чинників та патогенетичне їхнє підґрунтя.

2. Покращення результатів лікування кровоточивих виразок можливе лише з урахуванням комплексу факторів, які визначають ефективність процесів регенерації.

Перспективи подальших досліджень

Вивчення патогенетичного підґрунтя рецидивних кровотеч.

Література

- Інноваційні технології хірургічного лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч: монографія /Л. Я. Ковальчук, Є. М. Шепетько, В. О. Шапринський [та ін.]; за ред. Є. М. Шепетька.- Київ: Фенікс, 2014.- 421 с.
- Шепетько Є. М. Сучасна хірургічна тактика і безпосередні результати лікування гострих виразкових дуоденальних кровотеч / Є. М. Шепетько, В. В. Єфремов // Хірургія України.- 2013.- № 4.- С. 29-36.
- Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання медичної допомоги хворим з невідкладною хірургічною патологією органів живота / Я. С. Березницький, В. В. Бойко, Р. Й. Василішин [та ін.]. - К.: Здоров'я України, 2010. - 470 с.
- Blatchford O. A risk score to predict need for treatment for upper gastrointestinal haemorrhage / O. Blatchford, W.R. Murray. M. Blatchford // The Lancet.- 2000.- Vol. 356, № 9238.- P. 1318-1321.
- Endoscopic management of nonvariceal upper gastrointestinal bleeding: state of the art / N. Muguruma, S. Kitamura, T. Kimura [et al.] // Clin. Endosc.- 2015.- Vol. 42, № 2.- P. 96-101.
- Forrest J.A. Endoscopy in gastrointestinal bleeding / J.A. Forrest, N.D. Finlayson, D.J. Shearman // The Lancet.- 1974.- Vol. 2, № 7877.- P. 394-397.
- Predictors of early rebleeding after endoscopic therapy in patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding secondary to high-risk lesions /D. Maggio, A.N. Barkun, M. Martel [et al.] // Can. J. Gastroenterol.- 2013.- Vol. 27, № 8.- 454-458.
- Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage / T.A.Rockall, R.F.A. Logan, H.B. Devlin, T.C. Northfield // Gut.- 1996.- Vol. 38, № 3.- P. 316-321.

Дутка І.І., Гринчук Ф.В.

Определение риска рецидива язвенного гастроуденального кровотечения

ВГУЗУ «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина

Резюме. Введение. Несмотря на успехи эндоскопического гемостаза, частота рецидивов язвенных кровотечений остается значительной, что требует дальнейших поисков методов их прогнозирования и лечения.

Цель исследования. Анализ факторов риска рецидивных язвенных гастроуденальных кровотечений.

Матеріал і методи дослідження. 203 больних с гастро-дуоденальним кровотеченням язвенної етіології. Мужчин 135 (66,5%), жінок - 68 (33,3%). Всем больним проведено обстеження і консервативне лікування згідно протоколів.

Результати дослідження. Язва ДПК діагностована в 127 (62,3%) випадках, язва шлунка - в 68 (33,3%), гастро-дуоденальна - в 9 (4,4%) випадках. Рецидиви кровотечення відзначені в 24 (11,8%) випадках. Більшість рецидивів кровотечення ($n = 11$ (45,8%)) відбувалися в період 2-3 днів після прийому. Менше рецидивів відбулося в перші дні - 4 (16,7%) випадки. Більшість випадків було у чоловіків - 17 (70,8%). У 9 (64,29%) пацієнтів с рецидивами кровотечення була I група крові, у 4 (28,57%) - II, по одному (7,14%) випадку було при III і IV групах крові. Подавляюче більшість рецидивів кровотечення ($n=15$ (62,5%)) відбулася на групу больних, не імевших язвенної анамнези. Ми не виявили чіткої зв'язи локалізації язви с частотою рецидива кровотечення.

Висновки. 1. Відомі шкали прогнозування рецидивів кровотечення не враховують ряд важливих клінічних факторів і їх патогенетичні передумови.

2. Улучшення результатів лікування кровоточащих язв можливо лише с учетом комплексу факторів, визначаючих ефективність процесів регенерації.

Ключові слова. Язвенное кровотечение, рецидив, прогнозирование.

I.I. Dutka, F.V. Grynychuk

Determination of the Risk of Recurrent Gastroduodenal Ulcer Bleeding

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

E-mail: fedir_grynychuk@ukr.net

Abstract. Despite the advances in endoscopic haemostasis, the

incidence of recurrent ulcer bleeding remains to be high. It necessitates further search for its prognosis and methods of treatment.

The objective of the research was to analyse risk factors for recurrent gastroduodenal ulcer bleeding.

Materials and methods. The study included 203 patients with gastroduodenal ulcer bleeding. There were 135 (66.5%) males and 68 (33.3%) females. All the patients were examined and received conservative treatment according to treatment protocols.

Results. Duodenal ulcer was diagnosed in 127 (62.3%) patients, gastric ulcer was found in 68 (33.3%) patients, gastroduodenal ulcer was seen in 9 (4.4%) patients. The recurrence of bleeding was observed in 24 (11.8%) cases. Most cases of recurrent bleeding ($n=11$ (45.8%)) occurred within 2-3 days after the admission. 9 (37.5%) patients developed the recurrence of bleeding later. The lowest number of recurrent bleeding occurred within the first day - 4 (16.7%) cases. The incidence of recurrent bleeding was higher in men rather than in women - 17 (70.8%). Recurrent bleeding was observed in 9 (64.29%) patients with blood type O; 4 (28.57%) patients with blood type A; 1 (7.14%) patient with blood type B; 1 (7.14%) patient with blood type AB. The majority of recurrences ($n=15$ (62.5%)) occurred in patients without ulcer in anamnesis. There was found no clear connection between ulcer location and the rate of recurrent bleeding.

Conclusions. 1. The scales of predicting recurrent bleeding that are known today do not consider a number of important clinical and pathogenetic factors as a basis of recurrence. 2. The improvement of the results of treating bleeding ulcers is possible only on the basis of the complex of factors determining the effectiveness of regeneration.

Keywords: ulcer bleeding; recurrence; prognosis

Надійшла 12.07.2016 року.

УДК 615.831.4/6:616-002.3-08

Желіба М. Д., Хіміч С. Д., Чорношук Р. М., Ошовський І. Н., Шевня П. С.

Стан неспецифічного захисту організму у хворих з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин та його корекція шляхом фотомодифікації

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Резюме. Проаналізовано результати дослідження показників факторів неспецифічного захисту організму 116 хворих з гострими гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин. Виявлено закономірності пригнічення цих показників залежно від ступеня важкості перебігу гнійно-запального процесу. Використання ультрафіолетового і лазерного опромінення в однаковій мірі стимулює підвищення рівня факторів неспецифічного захисту організму і сприяє позитивному перебігу захворювання.

Ключові слова: інфікована рана, неспецифічний захист організму, фотомодифікація крові.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Відомо, що тяжкі форми гострої хірургічної інфекції супроводжуються різко вираженою ендотоксичною інтоксикацією, зумовленою надходженням з гнійних осередків в судинне русло великої кількості бактеріальних токсинів і продуктів розпаду уражених тканин, які є сильними біологічно активними речовинами. В результаті їх безпосередньої дії на ендотелій судин, клітини імунної системи і форменні елементи крові вивільнюється величезна кількість речовин, під дією яких запускається надзвичайно складний механізм змін у мікроциркуляторному руслі, загортальній системі крові і серцевій діяльності, що, в кінцевому результаті, призводить до глибоких порушень гемодинаміки, метаболічних процесів, наростанню тканинної гіпоксії і декомпенсації функцій життєвоважливих органів і систем, в тому числі й імунної.

Отже, гнійно-запальний процес – це складна імунно-інфекційна реакція, що розвивається у відповідь на антигенно-

змінені у процесі хвороби тканини і мікроорганізми, що проникають в них. Важлива роль в її реалізації належить системі неспецифічного захисту організму. Дія факторів неспецифічної резистентності постійна і негайна. Ці фактори детерміновані генетично, існують в організмі не вимагаючи попереднього контакту (сенсibiliзації) із чужорідним матеріалом і являють собою першу лінію захисту організму, індукуючи гостре запалення як неспецифічну реакцію знищення і елімінації всього чужого. Якщо ж дія першої лінії захисту організму буде недостатньою для локалізації запального процесу, то це призведе до генералізації інфекції і прогресування ендотоксичної інтоксикації. А чим тяжча ендотоксикація, тим сильніше пригнічення факторів неспецифічної резистентності: фагоцитозу, лізоциму, комплементу [5].

На жаль, в науковій літературі недостатньо представлені результати поглибленого вивчення стану неспецифічної резистентності організму при гострій хірургічній інфекції і її корекції з застосуванням фототерапії [2, 3, 4, 6].

Мета дослідження. Вивчити стан неспецифічного захисту організму у хворих на гостру гнійну патологію м'яких тканин в залежності від ступеня важкості перебігу та його зміна в процесі комплексного лікування із застосуванням фотомодифікації крові.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 116 хворих з гострими гнійно-запальними проце-