

varicose vein disease. The article presents traditional surgery and endovascular methods of treatment and emphasizes that no technique has been recognized as universally applicable. The issue of reducing postoperative trauma, as well as shortening hospitalization and rehabilitation periods remains topical. Vein removal or any other way of excluding it from blood circulation has to be aimed only at areas with abnormalities in the area with venous reflux confirmed by ultrasonography. Such approach enables preserving autograft, indispensable in cardiovascular surgery. Nowadays, classical combined phlebectomy is replaced by endovascular techniques. The reason is that it is less traumatic, has a good aesthetic effect and a shorter rehabilitation period. Laser coagulation proves to become a priority trend in treating varicose vein disease, as an instrument of so-called "office surgery" when patients can leave the medical center on their own and proceed

with their usual activities in a short time. All known treatment techniques should not be considered as rivals. Combination of various treatment techniques with consideration to their peculiarities makes it possible to achieve better clinic results than when aiming at a single technique. The main criterion to choose a treatment technique is preoperative vascular ultrasonography, which determines anatomic and morphological peculiarities of varicose vein disease, special features of hemodynamic disorders and helps select an optimal treatment option.

Keywords: lower extremity varicose vein disease; treatment technique; endovascular surgery

Надійшла 15.08.2016 року.

УДК:616.364/367-007.271-053.3-07-089

Кулик О.М.*, Курило Г.В.**, Грицак Д.І.**, Никифорок О.М.*

Наш досвід діагностики та лікування біліарної атрезії у дітей

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

**Львівська комунальна міська дитяча клінічна лікарня

e-mail - helenakulyk@meta.ua (Кулик Олена Миколаївна)

Резюме. Біліарна атрезія представляє вроджене захворювання, що протікає з ураженням жовчних проток, яке призводить до розвитку холестазу і проявляється в період новонародженості. Без своєчасного хірургічного втручання хворі з цією патологією вмирають протягом першого року життя від печінкової недостатності, кровотеч зі стравоходу або інфекцій.

Мета роботи: проаналізувати результати обстежень та лікування 21 дитини з атрезією жовчних проток, які знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні вроджених вад розвитку у дітей КМДКЛ м. Львова в період з 2008 по 2015 роки.

Матеріали і методи досліджень: катamnестичні, лабораторні, дуоденальне зондування, УЗД, сцинтиграфія, МРТ, діагностична лапароскопія, пункція печінки, визначення маркерів гепатиту В і С, ДНК ЦМВ-вірусу.

Результати та обговорення. Серед обстежених нами дітей атрезія жовчних проток була діагностована у віці до 2-х місяців у 18 пацієнтів. Всім дітям проведено хірургічне лікування у належний термін. Пересадку печінки потребувало 6 пацієнтів. 3 дітям діагноз було встановлено у віці до 3-х місяців. З них операцію за Kasai проведено 2 дітям. Всі 3 дитини потребували пересадку печінки. Діти після гепатотрансплантації знаходяться на постійній імуносупресивній терапії при задовільній якості життя. У них є ознаки біліарного цирозу печінки, періодично проходять стаціонарне лікування з приводу висхідного холангіту.

У післяопераційному лікуванні (операції за Kasai) основним є підтримання нормального аліментарного (харчового) статусу, збереження прохідності жовчних шляхів і профілактика холангіту та інфекцій.

Висновок. Рання діагностика атрезії жовчних проток та своєчасно проведене хірургічне лікування (до 2-х місяців життя) дає можливість покращити прогноз, неврологічний статус, якість життя дитини та запобігти необхідності пересадки печінки у ранньому віці.

Ключеві слова: біліарна атрезія, діагностика, лікування, прогноз.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Атрезія жовчних проток або біліарна атрезія – вроджене за-

хворювання, що протікає з ураженням жовчних проток, яке призводить до розвитку холестазу і проявляється вже в період новонародженості [5, 6]. Такий тип атрезії зустрічається з частотою 1: 10000 – 13000 живих новонароджених і є найбільш поширеною причиною, що призводить до необхідності трансплантації печінки серед дітей [1, 3]. У випадку пізньої діагностики та несвоєчасного хірургічного лікування біліарна атрезія призводить до летального результату протягом першого року життя [2]. Дане захворювання необхідно діагностувати та при можливості провести хірургічне лікування (операція за Kasai – гепатопортоентеростомія) у віці до двох місяців [4], що в 30-80% випадків робить можливим відтік жовчі з печінки в кишечник.

Мета роботи: проаналізувати результати обстежень та лікування 21 дитини з атрезією жовчних проток, які знаходилися на лікуванні в хірургічному відділенні вроджених вад розвитку у дітей КМДКЛ м. Львова в період з 2008 по 2015 роки.

Методи досліджень: катamnестичні, лабораторні, дуоденальне зондування, УЗД, сцинтиграфія, МРТ, діагностична лапароскопія, пункція печінки, визначення маркерів гепатиту В і С, ДНК ЦМВ-вірусу.

Результати досліджень

При проведенні катamnестичних досліджень виявлено, що у всіх випадках діти з біліарною атрезією були народжені доношеними з нормальними антропометричними показниками, які відповідали фізіологічній нормі. Жовтяниця проявлялася на 2 — 3 добу життя (аналогічно до фізіологічної жовтяниці). У 14 дітей відмічалася наявність „світлого проміжку” - зменшення інтенсивності жовтяниці приблизно до 10 доби з наступним поступовим її наростанням до кінця першого місяця життя. Після відходження меконія з'являвся ахолічний стілець, який і був найбільш раннім клінічним

критерієм хвороби. Сеча інтенсивно забарвлюється.

Розміри печінки при народженні відповідали нормі. Протягом двох місяців після народження у всіх дітей розвивалася гепатомегалія, підвищення її щільності.

До другого місяця від народження у всіх дітей відзначався дефіцит ваги, ступінь виразності якого залежала від виду вигодовування, істотно збільшується селезінка, з'являється портальна гіпертензія з асцитом, погіршується загальний стан.

При проведенні лабораторних обстежень найбільш ранньою ознакою захворювання було підвищення білірубину за рахунок прямої фракції. Загальний білірубін у середньому — 170 - 450 мкмоль/л, пряма фракція — 90 - 290 мкмоль/л. З 2-3 тижня відзначалося підвищення біохімічних маркерів холестази, таких як гаммаглутамінтрансфераза (ГГТ) (до 885), лужна фосфатаза (ЛФ) (до 650), холестерин (до 7,0) жовчеві кислоти (ЖК), Я — ліпопротеїди та ін. З максимальним зростанням концентрації до 2 місяця життя.

У 12 дітей в 1, 5 місяців відзначався геморагічний синдром, що пов'язано зі змінами показників згортальної системи крові внаслідок порушення всмоктування вітаміну К.

Ферменти цитолізу (АЛТ, АСТ) підвищуються переважно після 1 місяця життя в наслідок цитолізу гепатоцитів. Показники, що відображають білково-синтетичну функцію печінки (альбумін, фібриноген та ін.) змінюються переважно на пізніх стадіях захворювання.

При УЗД дослідженнях у всіх дітей жовчний міхур відсутній або значно зменшений (у вигляді трикутного тяжа), не змінює розміри при прийомі їжі. При постановці під контролем УЗД назодуоденального зонду в дистальний відділ дуоденум на 24 години з подальшим дослідженням вмісту - жовч відсутня.

При гепатобілярній скінтиграфії відзначається відсутність поступлення радіоізотопної речовини в кишечник на фоні задовільного накопичення її в печінці.

При МРТ дослідженні — відсутня візуалізація жовчних проток, жовчевий міхур маленьких розмірів.

При проведенні діагностичної лапароскопії привертає увагу змінений колір печінки, порожній жовчний міхур, відсутність жовчних проток.

Пункція печінки з подальшим гістоморфологічним дослідженням виявляє ознаки холестази, накопичення жовчного пігменту в цитоплазмі гепатоцитів, ознаки прогресуючого перипортального фіброзу. Ознаки цирозу розвиваються індивідуально від 1 до 6 місяців життя.

З метою виявлення причини неонатального холестази всім хворим досліджувалися маркери гепатитів В, С, ДНК ЦМВ-вірусу. ДНК ЦМВ-вірусу в біоптаті печінки виявлено в 16 дітей (80%), в крові — у 5 дітей (25%).

Серед обстежених нами дітей атрезія жовчних проток була діагностована у віці до 2-х місяців у 18 пацієнтів. Всім дітям проведено хірургічне лікування у належний термін. Пересадку печінки потребувало 6 пацієнтів. З дітям діагноз було встановлено у віці до 3-х місяців. З них операцію за Kasai проведено 2 дітям. Пересадку печінки проведено 3 дітям від близьких родичів в клініках IP CZD Варшаві та Saint-Lus, Брюсселі. Ці діти знаходяться на постійній імуносупресивній терапії при задовільній якості життя. У них є ознаки білярного цирозу печінки, періодично проходять стаціонарне лікування з приводу висхідного холангіту.

У післяопераційному лікуванні (операції за Kasai) основним є підтримання нормального аліментарного (харчового) статусу, збереження прохідності жовчних шляхів і профілактика холангіту та інфекцій. Всі соматичні захворювання дітей необхідно лікувати під строгим контролем біохімічних показників з метою своєчасної їх корекції під спостереженням хірурга та гастроентеролога.

Висновок

Рання діагностика атрезії жовчних проток та своєчасно

проведене операційне лікування (до 2-х місяців життя) дає можливість покращити прогноз, неврологічний статус, якість життя дитини та запобігти необхідності пересадки печінки у ранньому віці.

Література

1. Дегтярева А.В., Куликова Н.В., Разумовский А.Ю. и др. Возрастная динамика клинико-лабораторных проявлений билиарной атрезии у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2013. - № 2. – С. 17 – 23.
2. Саввина В.А., Варфоломеев А.Р., Николаев В.Н. и др. Билиарная атрезия как причина неонатального холестаза // Детская хирургия. – 2013. - № 4. – С. 25 – 28.
3. Giannattasio A., Cirillo F., Liccardo D. et al. Diagnostic Role for biliary atresia // Radiology. – 2008. – V. 247. - № 3. – P. 912 – 913.
4. Kasai M. Treatment of biliary atresia with special reference to hepatic portoenterostomy and its modifications // Progr Pediatr Surg. – 1974. – Vol. 6. – P. 5 – 52.
5. Shi-Xing Li, Yao Zhandg, Mei Sun et. Al. Ultrasonic diagnosis of biliary atresia: a retrospective analysis of 20 patient // World J Gastroenterol. - 2008. – V. 14. - № 22. – P. 3579 – 3582.
6. Terry M. Humphrey, Mark D. Stringer. Biliary atresia: USdiagnosi // Radiology. – 2007. – V. – 244. – P. 845 – 851.

Кулик Е.Н, Курило Г.В.**, Грицак Д.И.**, Никифорок О.М.**
Наш опыт диагностики и лечения билиарной атрезии у детей.

*Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого. **Львовская коммунальная городская клиническая больница.

Резюме. Билиарная атрезия представляет собой врожденное заболевание, которое протекает с поражением желчных протоков, что приводит к развитию холестаза и проявляется в период новорожденности. Без хирургического вмешательства больные с данной патологией умирают на протяжении первого года жизни от печеночной недостаточности, кровотечений с пищевода или инфекций.

Цель работы: проанализировать результаты обследований и лечения 21 ребенка с атрезией желчных протоков, которые находились на лечении в хирургическом отделении врожденных пороков развития у детей КТДКБ г. Львова в период с 2008 по 2015 год.

Материалы и методы исследования: катamnестические, лабораторные, дуоденальное зондирование, УЗИ, скинтиграфия, МРТ, диагностическая лапароскопия, пункция печени, определение маркеров гепатита В и С, ДНК ЦМВ-вируса.

Результаты и обсуждение. С обследованных нами детей атрезия желчных протоков была диагностирована в возрасте до 2-х месяцев у 18 пациентов. Все дети прооперированы (по Kasai) своевременно. Пересадку печени необходимо было провести 6 пациентам. 3 детям диагноз был поставлен в возрасте до 3-х месяцев. Из них операцию по Kasai проведено 2 детям. Всем 3 детям необходима была пересадка печени.

Дети после гепатотрансплантации находятся на постоянной иммуносупрессорной терапии при удовлетворительном качестве жизни. У них есть признаки билиарного цироза печени, периодически проходят лечение по поводу восходящего холангита.

В послеоперационном лечении (операции по Kasai) основным является поддержание нормального алиментарного (пищевого) статуса, сохранение проходимости желчных путей и профилактика холангита и инфекций.

Вывод. Ранняя диагностика атрезии желчных протоков и своевременно проведенное хирургическое вмешательство (до 2-х месяцев жизни) дает возможность улучшить прогноз, неврологический статус, качество жизни ребенка и избежать необходимость пересадки печени в раннем возрасте.

Ключевые слова: билиарная атрезия, диагностика, лечение, прогноз.

О.М. Кулик, Г.В. Кurylo**, Д.И. Hрыtsak**, О.М. Nykyforuk**
Our Experience in Diagnosis and Treatment of Children with Biliary Atresia

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine
 **Lviv City Children's Clinical Hospital, Lviv, Ukraine

Abstract

Biliary atresia is a congenital disease that occurs with lesions of the bile ducts leading to the development of cholestasis and manifests

in the neonatal period. Without timely surgical treatment, patients with this pathology die during the first year of liver failure, esophagus bleeding or infections.

The objective of the research was to analyze the results of examinations and treatment of 21 children with biliary atresia who were treated at the surgical department of conformational abnormalities in children in Lviv City Children's Clinical Hospital since 2008 to 2015.

Methods of the research included follow-up, laboratory ones, duodenal intubation, ultrasound, scintigraphy, MRI, diagnostic laparoscopy, liver paracentesis, determination of hepatitis B and C markers, DNA of CMV virus.

Results of the research. Among the examined children biliary atresia was diagnosed in 18 patients at the age under 2 months. All children were operated timely. 6 patients needed liver transplantation. Diagnosis was made in 3 children under the age of 3 months. The

Kasai operat was conducted in 2 children. All 3 children needed liver transplantation. Children with satisfactory quality of life after liver transplantation are on permanent immunosuppressive therapy. They have signs of biliary cirrhosis and undergo periodically inpatient treatment of an ascending cholangitis.

Maintenance of normal nutritional (food) status, biliary tract patency and prevention of cholangitis and infections are the primary task in the course of postoperative treatment (The Kasai procedure).

Conclusions. Early diagnosis of biliary atresia and timely conducted surgical treatment (under 2 months of age) makes it possible to improve the prognosis, neurological status, quality of life and to prevent the necessity of liver transplantation at an early age.

Keywords: *biliary atresia; diagnosis; treatment; prognosis.*

Надійшла 30.06.2016 року.

УДК: 617-089.844

Куліш С. О., Смирнов О. Б., Ситнік П. О., Залевський Д. М.

Використання PRP терапії у комплексному лікуванні пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок

ТОВ “Дім Медицини”, клініка “Одрекс”, Одеса, Україна

Резюме. Вступ. До виникнення критичної ішемії призводять хронічні зміни стінки судин різного діаметра, які, в свою чергу, запускають каскад мікроциркуляторних порушень, що призводить до практично повного припинення притоку артеріальної крові до тканин. Основним ефективним методом відновлення кровопостачання ураженого сегмента кінцівки є шунтуючі реконструктивні оперативні втручання. Ключовим моментом лікування облітеруючих захворювань судин нижніх кінцівок є етапна консервативна терапія. Враховуючи нагальну потребу у більш ефективних допоміжних методиках реваскуляризації, наявність розробок з використанням клітинної терапії та факторів росту ендотелію судин, ми вирішили застосувати методику PRP терапії у хворих із критичною ішемією нижніх кінцівок із метою зменшення рівня ішемії.

Метою нашої роботи було дослідити ефективність використання PRP терапії у хворих із критичною ішемією нижніх кінцівок за умов ускладненого перебігу атеросклеротичного процесу. За період з 2014 по 2016 років, нами проліковано 12 хворих із критичною ішемією нижніх кінцівок. За гендерними ознаками було 8 чоловіків, 4 жінки. Вік хворих складав від 52 до 78 років. Ступінь артеріальної недостатності складав за Фонтейном III – IV ст. 7-м хворим попередньо було виконане реконструктивне оперативне втручання на судинах нижніх кінцівок, але у подальшому, внаслідок прогресування атеросклеротичних змін, у них настали різноманітні ураження шунтів. У 5-ти хворих, при попередньому дослідженні судинного басейну нижніх кінцівок, умов для ефектної реконструктивної корекції гемодинамічних розладів не виявлено. Всі хворі були обстежені відповідно до стандартного протоколу обстеження судинного хворого. На тлі загальної реологічної, дезагрегантної, антикоагулянтної, ангіолітичної терапії ми використовували введення збагаченої активованими тромбоцитами плазми в м'язово-фасціальні футляри та навколосудинні клітковинні простори за методиками, що наведені вітчизняними авторами. Ефективність лікування оцінювалась за показниками ультразвукової діагностики (визначення гомілко-плечового індексу), зупиненням прогресування трофічних порушень та клінічними проявами: оцінка інтенсивності больового синдрому (за шкалою Frank A.J.M., 1982 р.), оцінка дистанції безбольової ходи.

Висновки.

1. PRP терапія як метод може бути використаний у комплексному лікуванні пацієнтів із критичною ішемією нижніх кінцівок.

2. Застосування методики PRP терапії є безпечним та ефективним засобом комплексного лікування хворих із критичною ішемією нижніх кінцівок.

3. Застосування PRP терапії в комплексному лікуванні хворих із критичною ішемією нижніх кінцівок сприяє зниженню інтенсив-

ності больового синдрому, збільшенню показників ППГ, покращенню показників дистанційної ходи.

Ключові слова. *PRP терапія, критична ішемія кінцівок.*

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Хронічні атеросклеротичні облітеруючі захворювання магістральних судин нижніх кінцівок характеризуються повільним, постійно прогресуючим перебігом. На тлі адекватної консервативної терапії прогноз лікування даних пацієнтів є сприятливим. Однак у тих хворих, які з тих чи інших причин мають ускладнення у вигляді облітерації просвіту артеріальних судин, виникає критична ішемія, що супроводжується функціональними розладами в нижніх кінцівках. До виникнення критичної ішемії призводять хронічні зміни стінки судин різного діаметра, які, в свою чергу, запускають каскад мікроциркуляторних порушень, що призводить до практично повного припинення притоку артеріальної крові до тканин. Виникає біль у стані спокою, з'являються артеріальні трофічні виразки та некрози дистальних ділянок. Частота втрати кінцівки у таких хворих, за даними різних авторів, складає без реваскуляризації – 50 %; після реваскуляризації – 26%. Відносний ризик смерті: кумулятивний – 20% на рік; без реваскуляризації – 50%; після реваскуляризації – 18%. Прогноз після ампутації: частково себе обслуговують – 33%, повністю себе обслуговують – 33%, помирають – 33%.

Наведені дані є опосередкованими та значно відрізняються у залежності від економічних та соціальних чинників держави.

Виходячи із наведених даних, кінцевою метою лікування є збереження функціонального стану кінцівки, застосовуючи методи прямої та непрямой реваскуляризації.

Основним ефективним методом відновлення кровопостачання ураженого сегмента кінцівки є шунтуючі реконструктивні оперативні втручання. Однак, ресурс життєздатності шунтів обмежений. За даними різних авторів, в перший рік після оперативного втручання спостерігається оклюзія 15 – 20% шунтів, а в кожен наступний рік додатково закриваються від 1 до 4 відсотків. Механізм та морфологія ураження аутовенозних шунтів можуть бути різноманітними. У різні терміни після операції можуть виникати тромбоз, гіперплазія інтимального шару та атероматоз.