

продолжения МПВ с последующей разработкой дифференцированной хирургической тактики. **Материал и методы.** Обследовано и пролечено 502 больных, имевших ВБ на 605 конечностях. Каждому больному проводили предоперационное ультразвуковое триплексное сканирование венозной системы пораженных нижних конечностей. **Результаты.** Варикозно расширенная вена Giacomini была обнаружена у 3,8% пациентов (95% ДИ 2,4-5,6%), а патология краниального продолжения МПВ - у 1,7% больных (95% ДИ 0,8-3,0%). При наличии арки МПВ, наблюдались следующие варианты патологии вены Giacomini: 1) распространение рефлюкса из большой подкожной вены (БПВ) в вену Giacomini; 2) рефлюкс из терминального клапана МПВ усиливает антеградный кровоток в вене Giacomini, что приводит к возникновению рефлюкса в БПВ в дистальном направлении от места впадения в нее этой вены. Причинами несостоятельности клапанов ствола краниального продолжения МПВ были: 1) рефлюкс из устья краниального продолжения МПВ; 2) рефлюкс из соединяющейся с ним перфорантной вены; 3) рефлюкс из несостоятельного терминального клапана МПВ. **Выводы.** Патология вены Giacomini и краниального продолжения МПВ далеко не однородна, поэтому хирургическая тактика у каждого такого больного должна быть гемодинамически обоснована и дифференцирована в зависимости от путей распространения патологических рефлюксов.

Ключевые слова: краниальное продолжение малой подкожной вены, вена Giacomini, варикозная болезнь.

R. V. Sbadosh

Damage to Cranial Extension of the Small Saphenous Vein and Vein of Giacomini in Lower Limb Varicose Vein Disease

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

E-mail: r.sbadosh@gmail.com

Abstract. The vein of Giacomini is often identified with the cranial extension of the small saphenous vein despite the fact that according

to the international interdisciplinary anatomical nomenclature they are distinguished from one another.

The objective of the research was to improve the results of treatment of patients with lower limb varicose vein disease studying the variation in anatomy and pathology of the vein of Giacomini and the cranial extension of the small saphenous vein with subsequent development of differential surgical tactics.

Materials and methods. 502 patients with varicose veins on 605 legs were examined and treated. Each patient underwent preoperative ultrasonographic triplex scanning of the lower limb venous system.

Results. Varicose dilatation of the vein of Giacomini was observed in 3.8% of patients (95% CI 2.4-5.6%), and the pathology of the cranial extension of the small saphenous vein was detected in 1.7% of patients (95% CI 0.8-3.0%). When the arch of the small saphenous vein was present the following variations in the pathology of the vein of Giacomini were observed: 1) the spread of reflux from the great saphenous vein to the vein of Giacomini; 2) reflux from the terminal valve of the small saphenous vein intensified the antegrade flow of blood within the vein of Giacomini resulting in reflux in the great saphenous vein distal to the point where the vein of Giacomini drained into the great saphenous vein. The causes of failure of the valves in the trunk of the cranial extension of the small saphenous vein included: 1) reflux from the ostium of the cranial extension of the small saphenous vein; 2) perforating vein reflux; 3) reflux from the incompetent terminal valve of the small saphenous vein.

Conclusions. The pathology of the vein of Giacomini and the cranial extension of the small saphenous vein is not homogeneous; therefore, surgical tactics in every patient has to be hemodynamically justified and differentiated depending on the pathways of pathological reflux spreading.

Keywords: cranial extension of the small saphenous vein; vein of Giacomini; primary chronic venous disease

Надійшла 11.07.2016 року.

УДК: 616.342-002.44-001.5:616.381-072.1]-089

Саволок С. І., Шепетько – Домбровський О. Г., Шепетько–Домбровський Г. М.

Використання мультимодальної програми Enhanced Recovery After Surgery при лікуванні хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика

кафедра хірургії та судинної хірургії, Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, ashepetkodombrovskii@gmail.com

Резюме. За період з 2006 по 2016 рік на клінічних базах кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги оперовано із використанням лапароскопії 126 хворих з перфоративною виразкою дванадцятипалої кишки (ДПК), із них - у 12 хворих були застосовані деякі положення мультимодальної програми Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Застосування протоколу ERAS дає можливість ефективного лікування та досягнення швидкої реабілітації хворих завдяки комплексному підходу в періопераційному періоді, що базується на принципах доказової медицини.

Ключові слова: перфоративна виразка дванадцятипалої кишки, малоінвазивні відеоендоскопічні технології, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).

Постановка проблеми та аналіз останніх досягнень.

Виразкова хвороба дванадцятипалої кишки (ДПК) у 2-10% хворих ускладнюється перфорацією виразки, із них у 15-20% перфорація виникає на фоні безсимптомного перебігу виразкової хвороби. Хворі без виразкового анамнезу, як правило, не використовують сучасні схеми медикаментозного лікування. [1,2].

Широке впровадження інгібіторів протонної помпи, антихелікобактерної терапії досягло значних успіхів у лікуванні виразкової хвороби. В той же час кількість оперативних втручань з приводу перфорації виразки не зменшується. Наявність підвищеної кистопродукуючої функції шлунку, хелікобактерна інфекція, прийом нестероїдних протизапальних препаратів, препаратів ацетилсаліцилової кислоти, куріння, надмірне вживання алкоголю, стреси є причинами виразкової хвороби ДПК, а іноді і перфорації виразки [1,3].

У хірургічному лікуванні виразкової хвороби ДПК, ускладненої перфорацією, широко впроваджуються лапароскопічні технології, що мають переваги у порівнянні із оперативними втручаннями, за допомогою лапаротомії [2,3,4].

Враховуючи доведену ефективність комплексної проти-виразкової терапії, рекомендованою методикою є зашивання перфорації виразки або її висічення з дуоденопластиком, що виконується за допомогою малоінвазивних відеоендоскопічних технологій, а також за даними Thorsen K. et al. для герметизації перфоративного отвору використовується

пасмо великого чепця – методика “Graham patch” [4,5,8].

В порівняльному аспекті післяопераційний період при використанні лапаротомії та лапароскопії суттєво не відрізняється, але реабілітація хворих після малоінвазивних відеоендоскопічних операцій проходить швидше. Тому відбувається деякий перегляд тактики ведення пацієнтів при застосуванні лапароскопічних технологій [5].

Починаючи з 90-х років почала активно розроблятися та впроваджуватися програма швидкого відновлення після хірургічних операцій – Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) основою якої є принципи доказової медицини [5,6,7].

Протокол швидкого відновлення після хірургічних операцій був запропонований з метою вдосконалення періопераційного ведення та прискорення одужання пацієнта.

Основна мета програми ERAS – максимальне обмеження операційної травми, обумовленої хірургічним втручанням, усунення післяопераційного больового синдрому, а також забезпечення швидкого відновлення пацієнта без супутніх ускладнень в максимально короткий час госпіталізації. Ці положення розроблені для планових хірургічних втручань, але деякі основні положення також впроваджуються і використовуються в ургентній хірургії [7].

Основними положеннями програми ERAS є:

1. Інформування пацієнта та необхідні настанови;
2. Відмова від премедикації опіоїдними анальгетиками, використання регіонарної анестезії та анестетиків короткої дії;
3. Контроль та обмеження інфузії колоїдних та кристалічних розчинів;
4. Використання лапароскопічних технологій;
5. Попередження гіпотермії під час операції;
6. Застосування оксигенотерапії до операції;
7. Зменшення частоти використання опіоїдних анальгетиків;
8. Відмова від традиційного надлишкового встановлення дренажів в черевну порожнину;
9. Раннє видалення катетера сечового міхура, центрального венозного та епідурального катетерів;
10. Призначення прокінетиків в післяопераційному періоді;
11. Призначення раннього післяопераційного ентєрального харчування;
12. Рання активізація пацієнта.

За даними Murat Gonenc et al. (Стамбул, Туреччина) використання положень програми ERAS дає можливість ефективної реабілітації хворих оперованих з приводу перфоративної виразки ДПК [4].

Аналіз останніх досліджень в хірургії перфоративної виразки ДПК показує, що реабілітація хворих після використання малоінвазивних технологій настає значно швидше, ніж після використання лапаротомії. Розробка, впровадження та оцінка цих положень є актуальною проблемою на теперішній час.

Мета роботи: можливість застосування деяких положень мультимодальної програми ERAS при малоінвазивному відеоендоскопічному лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК з метою ефективного лікування та реабілітації хворих.

Матеріали та методи дослідження

За період з 2006 по 2016 рік на клінічних базах кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика та Київській міській клінічній лікарні швидкої медичної допомоги оперовано із використанням лапароскопії 126 хворих з перфоративною виразкою ДПК із них у 12 хворих були застосовані деякі положення мультимодальної програми ERAS.

Чоловіків було – 10 (83,3%), жінок – 2 (16,7%). Середній вік становив – 32±13,2 роки. Час від моменту захворювання до операції становив від 2 до 7 годин. Розміри перфоративного отвору виразки

ДПК, що була розташована на передній стінці ДПК, коливалася від 2 до 5 мм. Середній час виконання оперативного втручання 71±16,3 хв.

За характером та розповсюдженістю перитоніту – у 1 (8,3%) пацієнта при ревізії черевної порожнини був виявлений місцевий серозний перитоніт, у 3 - х (25%) – дифузійний серозно – фібринозний перитоніт, у 8 (66,7%) – розлитий серозно – фібринозний перитоніт.

Відповідно до етапів ERAS всім пацієнтам в передопераційному періоді проводилось встановлення шлункового зонду, введення пантопрозолу 40 мг, цефтріаксону 1500 мг внутрішньовенно та корекція водного – електролітного балансу.

Всі оперативні втручання виконувались під загальною анестезією із застосування малоінвазивних відеоендоскопічних технологій. Положення хворого на операційному столі – лежачи на спині. Карбоксиперитонеум створювався за допомогою голки Вереща або за методом Хассона. Через розріз 1 см вище пупка на 0,5 см встановлювався 10 мм порт для лапароскопу та інсуфляції вуглекислого газу. По правій та лівій параректальній лінії нижче від реберної дуги на 2-3 см під візуальним контролем встановлювались 10 та 5 мм порти справа та зліва відповідно. Проводився огляд черевної порожнини, передньої стінки ДПК та шлунку. При необхідності встановлювався додатковий 5 мм порт нижче мечоподібного відростка на 3 см для введення ретрактора або граспера з метою відведення правої та лівої долі печінки і візуалізації ДПК. Оцінювалось розповсюдження та характер перитоніту, розмір перфоративного отвору. При виявленні перфоративного отвору більше 6 мм із склеротично зміненими краями виконувалась лапаротомія. Для зашивання перфоративного отвору використовували синтетичний нерозсмоктуючий плетений шовний матеріал із поліаміду №3-0 з атравматичною голкою. Зашивання виконувалось паралельно повздовжній осі ДПК і використовувалось від 1 до 3 вузлових швів, після чого виконувалась “bubble test” – тест на герметичність швів.

Санация черевної порожнини виконувалась поетапно, починаючи із правого піддіафрагмального та підпечінкового простору, правого фланку, лівого піддіафрагмального простору, лівого фланку черевної порожнини, ретельна санация міжпечінкових просторів та малого тазу. Під час санації черевної порожнини використовувались всі функціональні можливості операційного столу для надання такого положення хворому, щоб санация була максимально ефективною. Після закінчення санації черевної порожнини встановлювались дренажі в підпечінковий простір справа через 10 мм порт та в малий таз через додатковий 5 мм порт в правій здухвинній ділянці.

В післяопераційному періоді пацієнтам проводилась інфузійна, антибактеріальна терапія, внутрішньовенне введення інгібіторів протонної помпи, прокінетиків, знеболюючих з урахуванням положень програми ERAS.

У 2 (16,7%) хворих з місцевим серозним перитоніт назогастральний зонд видалявся після закінчення анестезії, у 2 (16,7%) – через 24 години, а у 8 (66,7%) – через 48 годин. Відновлення перистальтики відбувалось через 48 годин після оперативного втручання. Починаючи з 2-ї доби пацієнти починали самостійно пити воду. На початку 3-ї доби вживали до 100 мл рідкої їжі 3 рази на день. Видалення дренажу з підпечінкового простору виконувалось через 12 годин після початку харчування, дренаж з малого тазу видалявся на 2-у добу. Відновлення повної рухової активності відбувалось на 3-у добу у 4 (33,3%) пацієнтів, на 4-у добу – у 8 (66,7%) пацієнтів. Знеболення проводилось шляхов внутрішньом'язевого введення декскетопрофену 25 мг 3 рази на день. На 3 добу не потребували знеболення 3 (25%) хворих, на 4-у добу – 9 (75%) хворих. Всі пацієнти були виписані зі стаціонару на 5 добу.

Результати дослідження

Застосування лапароскопічних технологій при лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК в середньому зменшує перебування хворого в стаціонарі на 3-4 доби. Використання деяких положень мультимодальної програми ERAS та відсутність у хворого лапаротомної рани дає можливість швидкої реабілітації та ефективного лікування хворих з перфоративною виразкою ДПК.

Подальші дослідження використання програми FTS в ургентній хірургії та корекція перед-, інтра- та післяопераційного періоду надасть можливість більш широкого впровадження у хірургічному лікуванні пацієнтів з перфоративною виразкою ДПК. Найбільш суттєвим моментом засто-

сування мультимодальної програми ERAS є можливість застосування лапароскопічного методу лікування перфорації виразки ДПК у хворих з цією патологією.

Висновки

Застосування мультимодальної програми ERAS, що базуються на принципах доказової медицини, в лікуванні хворих з перфоративною виразкою ДПК дає можливість покращити результати лікування.

Можливість застосування малоінвазивних відеоендоскопічних технологій для лікування хворих з перфорацією виразки ДПК є основним критерієм використання принципів ERAS.

Література

1. Колосович І. В. Діагностика та хірургічне лікування гелікобактер-асоційованих перфоративних пілородуоденальних виразок / І. В. Колосович, Б. Г. Безродний, В. О. Красовський, П. В. Чемоданов, М. О. Мірошніченко, М. Г. Джурко // Хірургія України. - 2013. - № 4. - С. 21-28.
2. Матвійчук О. Б. Відеолапароскопія в хірургії перитоніту / О. Б. Матвійчук, І. І. Матишинець, О. В. Рораговська, В. В. Підсуктевич, Є. І. Кубарич // Шпитальна хірургія. - 2010. - № 3. - С. 37-38.
3. Bertleff M.J.O.E. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment / M.J.O.E. Bertleff, J.F. Lange // Surgical Endoscopy - 2010. - №27. - С.161-169.
4. Enhanced postoperative recovery pathways in emergency surgery: a randomised controlled clinical trial / [M. Gonenc, A. Dural, F. Celik та ін.]. // The American Journal of Surgery. - 2014. - №6. - С. 807-814.
5. Grantcharov T. P. Laparoscopic gastric surgery in an enhanced recovery program / T. P. Grantcharov, H. Kehlet. // British Journal of Surgery. - 2010. - №97. - С. 1547-1551.
6. Kehlet H. Principles of fast track surgery. Multimodal perioperative therapy programme /H. Kehlet // Der Chirurg. - 2009. - №8. - С. 687-689.
7. Thorsen K et al. Epidemiology of perforated peptic ulcer: age and gender adjusted analysis of incidence and mortality / K.Thorsen, J.A. Soreide, J. T. Kvaloy, T. Glomsaker, K. Soreide // World J. Gastroenterol. - 2013. -Vol.19. - P.347- 354.
8. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer [Thorsen K., Glomsaker T. B., von Meer A. та ін.] // Journal of Gastrointestinal Surgery.- 2011.-№15. С.1329-1335.

УДК: 616.155:616.346.2-002

Саволюк С. І., Гудзь М. А., Жмур А. А.

Динаміка імунного статусу хворих на гнійний перитоніт

Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова, м. Вінниця, Україна, savoluk@meta.ua

Резюме. Проведено аналіз показників клітинного і гуморального імунітету в крові у хворих з гнійним перитонітом (ГП) із визначенням їх діагностичної цінності при встановленні стадії перитоніту. Досліджено рівні CD3, CD4, CD8, CD4/CD8, CD19, CD16, CD95, CD25, IgA, IgM, IgG на етапі госпіталізації у 126 хворих на ГП. Моніторинг імунологічної реактивності констатував закономірні та обумовлені впливом цитокінового профілю зміни клітинного та гуморального імунітету, що характеризують імносупресію, ступінь наряду якої залежить від тривалості та стадії ГП. Прогресуюче поглиблення стадій ГП (в реактивній та токсичній стадіях) призводило до зростання лейкоцитозу, CD95, що обумовлено дозозалежним впливом зростання ІЛ-6, CD19, IgM, G та НК-клітин (CD16) та CD25, динаміка якого тісно пов'язана та наряду залежала від ІЛ-2. Це відбувалось на тлі прогресивної лімфоцитопенії, зменшення CD3, CD4, що при незмінній або

Саволюк С.І., Шепетько – Домбровский А.Г., Шепетько – Домбровский Г.Н.

Использование мультимодальной программы Enhanced Recovery After Surgery в лечении больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, Кафедра хирургии и сосудистой хирургии, Киевская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, ashepetkodombrovskii@gmail.com

Резюме. За период с 2006 по 2016 год на клинических базах кафедры хирургии и сосудистой хирургии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика и Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи оперировано с применением лапароскопии 126 больных с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки (ДПК) из них у 12 больных были использованы некоторые положения мультимодальной программы Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). Применение программы ERAS дает возможность эффективного лечения и достижения быстрой реабилитации больных, благодаря комплексному подходу в периоперационном периоде, которая основана на принципах доказательной медицины.

Ключевые слова: перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, малоинвазивные видеоэндоскопические технологии, Enhanced Recovery After Surgery (ERAS).

S.I. Savolyuk, A.G. Shepetko-Dombrovskiy, G.M. Shepetko-Dombrovskiy

Application of Multimodal Enhanced Recovery after Surgery Program in Patients with Perforated Duodenal Ulcer

Department of Surgery and Vascular Surgery, Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine, Kyiv City Clinical Emergency Care Hospital, Kyiv, Ukraine, ashepetkodombrovskii@gmail.com

Abstract. 126 patients with perforated duodenal ulcer were operated at the Department of Surgery and Vascular Surgery at Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education and Kyiv City Clinical Emergency Care Hospital over the period from 2006 to 2016. Some protocols of Enhanced Recovery After Surgery were applied (ERAS) in 12 patients.

Application of ERAS Protocol provides a possibility of effective treatment and achievement of quick patients' rehabilitation through an integrated approach in the perioperative period, based on the principles of evidence-based medicine.

Keywords: perforated duodenal ulcer; minimally invasive videoendoscopic technologies; Enhanced Recovery after Surgery (ERAS).

Надійшла 27.07.2016 року.

незначно зростаючій концентрації CD8 вело до зменшення ІРІ (CD4/CD8), обумовлене імносупресивним впливом ІЛ-6, постатійне зменшення IgA. У хворих із встановленою термінальною стадією ГП спостерігався виражений вторинний імунodefіцит, і при наростанні лейкоцитозу, CD95, прогресувала лімфоцитопенія, із дезорганізацією субпопуляцій Т-лімфоцитів (зниження CD4, незмінність або несуттєве зростання рівня CD8), з критичними показниками ІРІ, також визначено різке зменшення CD25, CD16 та дисфункція CD19 з різким пригніченням синтезу антитіл – падіння концентрації IgM та G, А.

Ключові слова: гнійний перитоніт, імунний статус.

Вступ. Розвиток гнійного перитоніту (ГП) характеризується наявністю трьох стадій - реактивної, токсичної і