

8. Свиницкий А. С. Патогенез язвенной болезни в свете современных представлений / А. С. Свиницкий, Г. А. Соловьева // Сучасні інфекції. – 2000. – № 1. – С. 1 - 7.
9. Селезнёв С.А. Клинические аспекты микрогемодициркуляции / С.А. Селезнёв, Т.И. Назаренко, В.С. Зайцевю – Ленинград: Медицина, 1985. – 208 с.
10. Томина О.С. Вариабельність серцевого ритму при виразковій хворобі, артеріальній гіпертензії та їхній коморбідності

/ О.С. Томина, О.Ю. Бичкова, М.І. Яблчанський // Медицина транспорту України. – 2009. – 2. – С. 76-82.

11. Філіппов Ю. О. Основні показники гастроентерологічної захворюваності в Україні / Ю. О. Філіппов, І. Ю. Скірда, Л. М. Петречук // Гаст-роентерологія : міжвід. збірник. – Дніпропетровськ, 2006. – Вип. 37. – С. 3–9.

**Козленко Т.В. Динамика изменения показателей микрогемодициркуляции и функций эндотелия у больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки**

**Резюме.** В работе представлены особенности изменения микрогемодициркуляции у больных гипертонической болезнью в сочетании с пептической язвой двенадцатиперстной кишки, приведены изменения показателей первичного гемостаза. Определена динамика анализируемых показателей в процессе лечения и показано сохранение нарушения микрогемодинамики на всех уровнях микроциркуляторного русла после традиционного лечения.

**Ключевые слова:** пептическая язва, гипертоническая болезнь, микрогемодициркуляция, лечение

**Kozlenko T.V. Dynamic of changes some microhaemocirculation and endothelial functions indices at patients with essential hypertension in combination with duodenum peptic ulcer**

**Summary.** This publication presents main peculiarities of changes of microcirculation and vessel-platelets haemostasis indices at the patients with essential hypertension in combination with peptic ulcer before and after treatment. The dynamics of indices and maintenance of microhaemocirculation disturbances after traditional treatment are presented.

**Keywords:** essential hypertension, peptic ulcer, microhaemocirculation, treatment

**Рецензет: проф. Іванова Л.М.**

УДК 616.342-002.44-036.11-08

## **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ТРОФИЧЕСКИХ И ГЕМОКОАГУЛЯЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА И ДПК У БОЛЬНЫХ С ОСТРООСЛОЖНЁННЫМИ ДУОДЕНАЛЬНЫМИ ЯЗВАМИ**

**Кононенко Д.А., Бука Г.Ю.**

*Кафедра хирургии и урологии, ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина*

**Резюме.** Отдаленные результаты хирургического лечения больных с острыми осложнениями дуоденальных язв изучены у 86 больных в сроки от 6 месяцев до 2 лет после произведенной операции. Из них 48 больных входили в основную группу, которым применялось комплексное обследование с целью выявления трофических нарушений гастродуоденальной слизистой, на основании чего определялась рациональная хирургическая тактика. Применение усовершенствованной хирургической тактики у больных с дуоденальными язвами, осложненными кровотечением и перфорацией, позволило уменьшить количество антрумэктомий в 1,4 раза за счет увеличения числа органосохраняющих операций; уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 5,3 до 4,2%; привело к сокращению койко-дня с 11,2 до 9,3 и периода послеоперационной реабилитации, а в отдаленном послеоперационном периоде позволила улучшить показатели физической активности и жизнеспособности больных в 1,2 и 1,4 раза соответственно.

**Ключевые слова:** осложненная дуоденальная язва, трофические нарушения, отдаленные результаты

**Актуальность темы.** Частота возникновения осложненных форм язвенной болезни (ЯБ) не только не уменьшается, но за последние 5 лет имеет тенденцию к увеличению [1], при этом до 25% среди них требуют хирургического лечения [3].

Несмотря на современные достижения хирургии в лечение язвенной болезни, повсеместное внедрение органосохраняющих операций, разработку новых методов послеоперационной реабилитации больных, в 18,6% [6] случаев, имеют место неудовлетворительные результаты хирургического лечения ЯБ [5], которые

проявляются моторно-эвакуаторными нарушениями различной степени тяжести, тяжелой диспепсией и рецидивами язвенной болезни после оперативного лечения [2,4].

На сегодняшний день, при выборе метода оперативного вмешательства необходимо не только учесть кислотопродукцию желудка, но и полноценная оценка его моторно-эвакуаторной функции, состояния сфинктерно-клапанных аппаратов, микроциркуляторного русла, обсемененности *Helicobacter pylori*, состояния защитного слизистого барьера, степени нарушений местного иммунитета,

дуоденальной проходимости, гемокоагуляционные свойства слизистой оболочки, которые можно объединить в группу трофических изменений гастродуоденальной слизистой, что требует дальнейшего углубленного изучения.

**Цель работы** изучение отдаленных результатов хирургической коррекции трофических и гемокоагуляционных нарушений слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) у больных с остроосложнёнными дуоденальными язвами.

**Связь работы с научными программами, планами, темами.** Представленная работа является частью плановой научно-исследовательской работы «Клініко-патогенетичні особливості поєднаної патології внутрішніх органів, їх корекція та прогнозування перебігу» государственный регистрационный номер 0109U002725.

**Материалы и методы** Отдаленные результаты хирургического лечения больных с острыми осложнениями дуоденальных язв (ДЯ) изучены у 86 больных в сроки от 6 месяцев до 2 лет после произведенной операции. Из них 48 больных входили в основную группу, которым применялось комплексное обследование с целью выявления трофических нарушений гастродуоденальной слизистой, на основании чего определялась рациональная хирургическая тактика. Группу сравнения составили 38 больных, которым проводился стандартный объём диагностических исследований, с традиционным подходом к выбору хирургической тактики и метода оперативного вмешательства.

Все операции выполнены в ургентном порядке, показания к оперативному вмешательству у больных группы сравнения и основной группы представлены в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Показания к оперативному вмешательству у больных с острыми осложнениями дуоденальных язв**

Группы	Показания	
	ОЖКК	Перфорации
Основная	16 (33,4%)	32 (66,6 %)
Сравнения	12 (31,6%)	26 (68,4%)

Объём и характер оперативного вмешательства больных основной группы зависел от локализации язвенного дефекта, выявленных интраоперационно трофических нарушений слизистой оболочки ДПК и желудка, наличия явлений хронического нарушения дуоденальной проходимости (ХНДП), выраженности и распространенности перитонита. По показаниям проводилась интенсивная предоперационная подготовка.

Коррекция гастродуоденальной ишемии проведена 47 (58,75) больным основной группы. В основной группе хирургическая коррекция гастродуоденальной ишемии проводилась больным с II, III и IV степенью гастродуоденальной ишемии. С целью коррекции гастродуоденальной ишемии использовалась химическая периаартериальная симпатэктомия левой желудочной и верхней брыжеечной артерии.

Для коррекции дуоденогастрального рефлюкса (ДГР) как проявления II-III степени ХНДП использовался усовершенствованный способ комплексной коррекции ДГР (декларационный патент Украины «Спосіб комплексного хірургічного лікування дуоденальної виразки, поєднаної з ДГР» № 66491 от 10.01.2012), который заключается в селективной химической периаартериальной симпатэктомии верхней брыжеечной артерии, селективной ваготомии желудка и пилорусвосстановительной операции. Благодаря селективной химической периаартериальной симпатэктомии верхней брыжеечной артерии происходит коррекция тонуса ДПК, а благодаря сочетанию пилорусвосстанавливающей операции с селективной ваготомией желудка происходит восстановление запирающей функции привратника, кото-

рая страдает при ДГР, и угнетается кислотопродукция желудка.

Коррекция гемокоагуляционных нарушений слизистой оболочки (СО) ДПК проведена 20 (25%) больным основной группы с выявленными нарушениями в системе гемостаза. Коррекция проводилась как местно с использованием эндоскопического гемостаза раствором транексамовой кислоты так и системно с использованием внутривенного введения раствора транексамовой кислоты в дозировке 1000 мг два раза в сутки в течение 3-х дней.

Среди больных основной группы с острыми осложнениями дуоденальных язв с выявленными трофическими нарушениями слизистой оболочки у 41(85,4%) были выполнены органосохраняющие операции. У больных с острыми осложнениями дуоденальных язв в группе сравнения у 30 (78,9%) были органосохраняющие операции, у 8 (21,1%) выполнена антрэктомия со стволовой ваготомией, коррекция трофических нарушений СО не проводилась.

Изучение отдаленных результатов проводилось путем оценки качества жизни больных при помощи опросника SF-36, наряду с которым изучение отдаленных результатов включало в себя эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), лазерную доплеровскую флоуметрию, УЗИ диагностику, stool-test.

Изучение отдаленных результатов при помощи опросника SF-36 проведено у 83 больных.

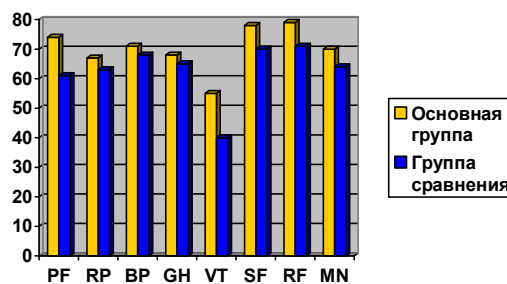
ЭГДС выполнена 63 больным (33 больных основной группы, 30 больных группы сравнения), 24 (38,1%) из них определяли наличие хронического нарушения дуоденальной проходимости согласно критериев предложенных Х.Д. Джумабаевым, проводился забор желудочного аспирата для выявления концентрации билирубина, у 19 больных проводилась исследование микроциркуляции СО желудка и ДПК с помощью лазерного доплеровского флоуметра.

УЗИ выполнено 38 больным (20 больных основной группы и 18 больных группы сравнения). Во время проведения

УЗИ оценивались следующие параметры: размер просвета ДПК; наличие ретроградного синхронного тока пузырьков жидкости

С целью контроля эффективности антихеликобактерной терапии у 88 больных проводился stool-test (68 больных основной группы, 20 больных группы сравнения), который представляет собой иммунохроматографический cito-test для выявления антигенов *H. pylori* в кале.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Изучение данных опросника SF-36 показало, что 57 (68,7%) больных основной группы и группы сравнения жалоб не предъявляли и отметили хорошее самочувствие в отдалённом послеоперационном периоде (рисунок 1).

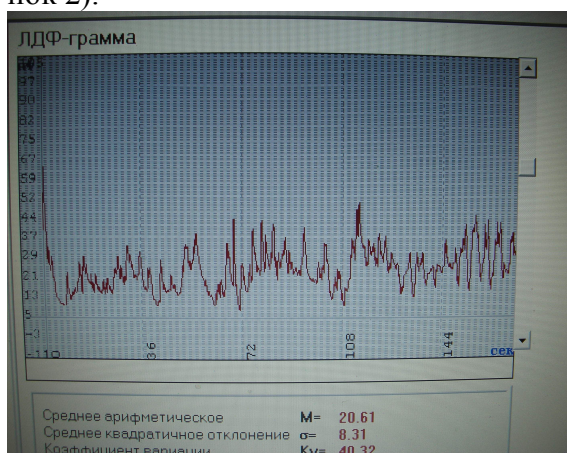


**Рис. 1** Показатели качества жизни у больных основной группы и группы сравнения в течении 1 года в баллах (по оси ординат): PF — физическое функционирование (Physical Functioning); BP — интенсивность боли (Bodily pain); VT — жизненная активность (Vitality); RF — ролевое функционирование (Role Functioning)

В раннем послеоперационном периоде улучшение качества жизни в основной группе по сравнению с группой сравнения наблюдается практически по всем шкалам. Наиболее значимо улучшились показатели физической активности (PF) и жизнеспособности (VT) в 1,2 и 1,37 раза соответственно. Это говорит о преимущественном влиянии заболевания на физическую составляющую жизни больных, в то время как психическая составляющая страдает, но относительно меньше. Таким образом, в результате коррекции выявленных трофических нарушений у больных с острыми осложнениями ДЯ качество жизни пациентов

улучшается, и по многим параметрам достигает уровня качества жизни в здоровой популяции.

При ЭГДС у 43 (68,25%) пациентов патологии обнаружено не было. У 14 пациентов были выявлены различные формы гастрита, у 3-х из них картина рефлюкс-гастрита, у 6 больных, выявленные при эндоскопии изменения не имели клинических проявлений. Из 24 больных, которым проводилось исследование желудочного аспирата, концентрация билирубина не превышала 12,5 мкг/мл у 19 (79,2%) больных, при этом пилорус смыкался полностью, желчь в просвете желудка присутствовала у 3 (12,5%) больных, у 5 (20,8%) больных концентрация билирубина в желудочном аспирате отмечалась на уровне 28,6-33,2 мкг/мл. При проведении исследования микроциркуляции гастродуоденальной слизистой у 19 (23,75%) больных основной группы отмечено увеличения показателя М на 34% и миогенной компоненты сосудистого тонуса на 23% (рисунок 2).



**Рис. 2 ЛДФ-грамма больного основной группы (18 день после коррекции микроциркуляторных нарушений)**

Во время проведения УЗИ расширения ДПК не выявлено у больных как основной, так и группы сравнения. У 4 (22%) больных группы сравнения отмечался ретроградный синхронный ток пузырьков жидкости, при этом больные субъективно жалоб не предъявляли.

У 3 (4,4%) из 68 больных основной группы получавших АХТ, при контрольном исследовании при помощи

stool-test, выявлен положительный результат на *H. pylori*, у остальных больных результат был отрицательным. Исходя из полученных данных, эффективность эрадикации составила 95,6%, что полностью соответствует современным требованиям, предъявляемым к антихеликобактерной терапии. При проведении теста недействительных результатов не получено.

**Выводы.** 1. Применение усовершенствованной хирургической тактики у больных с дуоденальными язвами, осложненными кровотечением и перфорацией, базирующейся на диагностике трофических и гемокоагуляционных нарушений гастродуоденальной слизистой, позволило уменьшить количество антрумэктомий в 1,4 раза за счет увеличения числа органосохраняющих операций; уменьшить частоту послеоперационных осложнений с 5,3 до 4,2%; привело к сокращению койко-дня с 11,2 до 9,3 и периода послеоперационной реабилитации;

2. Комплексная коррекция трофических и гемокоагуляционных нарушений у больных с остро осложненными дуоденальными язвами в отдаленном послеоперационном периоде позволила улучшить показатели физической активности и жизнеспособности больных в 1,2 и 1,4 раза соответственно.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Современные подходы в хирургии осложненных форм язвенной болезни / Н.Н. Велигоцкий, В.В. Комарчук, А.С. Трушин [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 2.1 (17). – С.31-34.
2. Органосохраняющий подход в реконструктивной хирургии рецидивных послеоперационных язв двенадцатиперстной кишки / Н.Н. Велигоцкий, А.Н. Велигоцкий, Г.Ю. Бука Г.Ю. [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С.31-34.
3. Краснов О.А. Современные принципы хирургического лечения осложненных дуоденальных язв : автореф. дис. на соискание уч. Степени док. мед. наук : спец. 14.00.27 «Хирургия» // О.А. Краснов. – Москва, 2009. – 42 с.
4. Лупальцов В.И. Лечебная тактика при ранних постваготомических моторно-эвакуаторных расстройствах желудка у больных с осложненной язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки / В.И. Лупальцов, И.А. Дехтярук, А.И. Ягнюк // Врачебная практика. – 2002. – № 6. – С. 9-12.
5. Отдаленные результаты малоинвазивных операций с ваготомией при язвенной болезни, осложненной перфорацией и кровотечением / Ю.М. Панцырев, С.Г. Шаповальянц, А.И. Михалев [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2004. – № 3. – С. 45-48.
6. Поташов Л.В., Семенов Д.Ю., Ушвиридзе Д.Г., Османов З.Х., Чекмасов Ю.С., Панина А.В. Отдаленные результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв / Л.В. Поташов, Д.Ю. Семенов, Д.Г. Ушвиридзе [и др.] // Вестник хирургии. – 2005. – № 5. – С. 40-42.

Кононенко Д.О., Бука Г.Ю. Віддалені результати хірургічної корекції трофічних та гемокоагуляційних порушень слизової оболонки шлунка і ДПК у хворих з гостроускладненими дуоденальними виразками  
**Резюме.** Віддалені результати хірургічного лікування хворих з гострими ускладненнями дуоденальних виразок вивчені у 86 хворих у строки від 6 місяців до 2 років після проведеної операції. З них 48 хворих входили в основну групу, яким застосовувалося комплексне обстеження з метою виявлення трофічних порушень гастроуденальної слизової, на підставі чого визначалася раціональна хірургічна тактика. Застосування вдосконаленої хірургічної тактики у хворих з дуоденальними виразками, ускладненими кровотечею і перфорацією, дозволило зменшити кількість антрумектомії в 1,4 рази за рахунок збільшення числа органозберігаючих операцій; зменшити частоту післяопераційних ускладнень з 5,3 до 4,2%; привело до скорочення ліжко-дня з 11,2 до 9,3 і періоду післяопераційної реабілітації, а у віддаленому післяопераційному періоді дозволила поліпшити показники фізичної активності та життєздатності хворих в 1,2 і 1,4 рази відповідно.

**Ключові слова:** ускладнена дуоденальна виразка, трофічні порушення, віддалені результати

**Kononenko D.A., Buka G.Yu. Remote results of surgical correction of trophic and hemocoagulation disorders of the stomach and duodenum mucosa in patients with acute complicated duodenal ulcers**

**Summary.** Remote results of surgical treatment of patients with acute complications of duodenal ulcers were studied in 86 patients in a period of 6 months to 2 years after surgery produced. It were 48 patients included in the primary group, whom used a comprehensive survey to identify the trophic disturbances of gastroduodenal mucosa, which was determined on the basis of a rational surgical approach. The use of advanced surgical tactics in patients with duodenal ulcers complicated by bleeding and perforation, has reduced the number of antrumectomy in 1.4 times by increasing the number of organ operations, reduce the incidence of postoperative complications from 5.3 to 4.2%, led to a reduction in hospital day from 11.2 to 9.3 and the period of postoperative rehabilitation, and in the late postoperative period improved the performance of physical activity and viability of patients in 1.2 and 1.4 times respectively.

**Keywords:** complicated duodenal ulcer, trophic disorders, remote results

**Рецензент: проф. Іоффе І.В.**

УДК 618.3:616.637

## **ОЦЕНКА ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У БЕРЕМЕННЫХ С БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИЕЙ**

**Лубяная С.С.<sup>1</sup>, Гаврюшов Д.Н.<sup>1</sup>, Миненко Т.В.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> - *Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО, ГЗ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск, Украина*

<sup>2</sup> - *Луганская областная клиническая больница, г. Луганск, Украина*

**Резюме.** В работе проведено изучение частоты и характера экстрагенитальной и гинекологической патологии у 182 беременных с бессимптомной бактериурией, выявленной при поступлении в стационар. 43,5 % женщин I группы и 98,7% пациенток II группы до беременности имели экстрагенитальные очаги хронической инфекции. Влагалищные инфекции, эрозия шейки матки и воспалительные заболевания придатков матки зарегистрированы в 54,1% и 57,7% беременных I и II групп.

**Ключевые слова:** инфекция мочевыводящих путей, бессимптомная бактериурия, беременность, экстрагенитальная патология

**Введение.** На сегодняшний день существует серьезная необходимость изучения факторов, которые влияют на уровень рождаемости, так как в Украине с 90-х годов четко наметился негативный прирост населения [1]. Поэтому охрана материнства и детства — одна из важных медико-социальных задач, которую призвано решать современное акушерство [2]. К сожалению, в последние годы наметилась тенденция к увеличению частоты отягощенного соматического и акушерского анамнеза, а также неблагоприятного течения беременности.

В структуре экстрагенитальных заболеваний беременных женщин высока частота патологии мочевыделительной системы (МВС), причем отмечается про-

грессирующий рост инфекционного поражения мочевыводящих путей (МВП). Например, частота бессимптомной бактериурии (ББ) составляет, по данным ряда авторов, от 2 до 18% при обследовании крупных контингентов беременных [3, 4]. Данная проблема имеет огромное значение в связи с высокой частотой распространения в Украине, а также с ростом осложнений гестационного периода, перинатальной патологии, которые развиваются на фоне инфекции МВП [1].

До настоящего времени в литературе недостаточно исследований, посвященных изучению бессимптомной бактериурии. Факторы риска ББ не определены, а ведущим критерием, определяющим