

проблеми – це збільшення заготівлі СЗП закладами служби крові протягом 1,5 – 2 років та планомірна її карантинізація.

У п'ятих – не вирішена проблема із зразками донорської карантинізованої СЗП, якщо донори (звільнені у запас військовослужбовці, особи які виїхали у довготривалі відрядження, змінили місце проживання тощо) не прибули для повторного обстеження за викликом ЗСК, або лікувального закладу, а 6-ти місячний термін карантинізації закінчився. За таких обставин нагромадиться значна кількість СЗП у закладах служби крові, яка буде вимушено утилізована, що призведе до значних матеріальних та фінансових втрат.

На нашу думку, вирішення цієї проблеми – впровадження методів генотестування ВІЛ 1/2, вірусів гепатитів В,С пулів плазми, а у виробництво препаратів плазми – технологій вірусінактивності. При такому підході стає очевидним шлях переробки на препарати некарантинізованої та повторно не тестованої СЗП.

ВИСНОВКИ 1. Вирішення розглянутих проблем, пов'язаних з карантинізацією СЗП в закладах служби крові України, буде запобігти розповсюдженню трансмісивних інфекцій через донорську кров, її компоненти та препарати плазми крові. 2. Виникнення нових проблем, пов'язаних з

трансфузійною безпекою компонентів та препаратів плазми крові (наприклад, пріони) стверджують, що гемотерапія компонентами та препаратами донорської крові не може бути безпечною.

1. Гематологія і трансфузіологія: Підручник/ За ред. С.М. Гайдукової. – К.: ВПЦ "Три крапки", 2001 – С. 621-634.
2. Гриза П.В., Мосейчук В.І., Новак В.Л. Діагностика і профілактика трансмісивних інфекцій у донорстві крові, її компонентів й виготовлених з них препаратів // Інфекційні хвороби. – 2003. – № 3. С.52-56.
3. Новак В.Л., Гриза П.В., Вільхова Т.К. Інфекційна безпека донорської крові та шляхи її досягнення. // Інфекційні хвороби. – 2001. № 3. – С.5-10.
4. Безопасность концентратов факторов свертывания крови // Мат. XXIII конгресса Всемирной Федерации Гемофилии. Гаага, 17-21 мая 1998 г. – 35 с.
5. Жибурт Е.Б., Баранова О.В., Вечерко А.В., и др. К вопросу о карантинизации плазмы // Трансфузиология. – 2001. – №5 – С. 102-113.
6. Жибурт Е.Б., Вечерко А.В., Каюмова Л.И., Чемакин Ю.А., Вирон И.О. Анализ деятельности службы крови по карантинизации свежемороженой плазмы // Трансфузиология. – 2002. – № 4. – С. 49-53.
7. Діяльність закладів служби крові України в 2002 р. // Довідник. – К. – 2003. – 30 с.
8. Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components. Recommendation № R (95) 15/ 7 th edition, Council of Europe, 2001. – 256 p.

Йулдашев Г.Й., Худайберганов З.Ю.

ДІАГНОСТИКА Й ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОДИНОКИХ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ УСКЛАДНЕНИХ ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ПЕЧІНКИ

Хорезмський обласний філіал Республіканського наукового центру екстреної медичної допомоги

ДІАГНОСТИКА Й ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ ОДИНОКИХ ВЕЛИКИХ І ГІГАНТСЬКИХ УСКЛАДНЕНИХ ЕХІНОКОКОВИХ КІСТ ПЕЧІНКИ – Під спостереженням перебувало 510 хворих, прооперованих із приводу ехінококозу різних органів. На першому місці було ізольоване ураження печінки (60,4%). Відмічено, що найбільш раціональними методами ліквідації залишкової порожнини після ехінококтомії є plombування шматком великого сальника чи завертання всередину порожнини мобільних країв кисти. До відкритого методу ліквідації залишкової порожнини та дренивання її варто звертатися вкрай рідко, коли закриті методи неможливі.

ДІАГНОСТИКА И ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДИНОЧНЫХ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ОСЛОЖНЕННЫХ ЭХИНОКОККОВЫХ КИСТ ПЕЧЕНИ – Под наблюдением находилось 510 больных, оперированных по поводу эхинококкоза различных органов. На первом месте было изолированное поражение печени (60,4%). Отмечено, что наиболее рациональные методы ликвидации остаточной полости после эхинококэктомии – plombировка лоскутом большого сальника или вворачивание внутрь полости мобильных краев кисты. К открытому методу ликвидации остаточной полости и дренированию ее следует прибегать крайне редко, когда закрытые методы невозможны.

DIAGNOSTICS END OPERATION CURE OF SINGLE BIG AND GIGANTIC COMPLICATED ECHINOCOCCUS LIVER CYSTS 510 patients, operated by reason of echinococcosis of different organs were investigated. In first tracks was isolated damage of liver (60,4 %). It was marked, that the most rational liquidation methods of residual cavity after echinococctomia are stopping by piece of big stuffing-box or wrapping up in cavities of mobile edges of cyst. The open method of residual cavity liquidation and its drainage is advisable touse rarely, when the closed methods are impossible to be used.

Ключові слова: ехінококоз, печінка, діагностика, оперативне лікування.

Ключевые слова: эхинококкоз, печень, диагностика, оперативное лечение.

Key words: echinococcosis, liver, diagnostics, operation cure.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ Особливістю ехінококозу печінки в країнах Центральної Азії є значна кількість запущених, ускладнених форм. В Узбекистані ехінококоз зустрічається повсюди, однак найбільше поширення він має в північних районах [1].

У хірургічному відділенні Центральної міської лікарні м. Ургенча ехінококоз за частотою займає 4-е місце серед

інших хірургічних захворювань. На першому місці за локалізацією кіст знаходиться ехінококоз печінки (42,6%), а ускладнені форми цього захворювання зустрічаються в 34,1% випадків.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Ми спостерігали протягом 10 років 510 хворих, прооперованих із приводу ехінококозу різних органів. Ізольоване ураження печінки ехінококовим паразитом спостерігалось в 308 (60,4%) з 510, у тому числі ускладнені одиноки великі і гігантські кисти печінки виявлені в 102 (33,1%). Великих кіст було 68, гігантських – 34. Кісти локалізувалися частіше в піддіафрагмальній ділянці (67) і рідше в нижній (21) чи передній (6) поверхні правої частки печінки. Ехінококоз лівої частки печінки був у 8 хворих.

Під великими ехінококовими кістами печінки мають на увазі кисти обсягом від 600 до 1500 мл, під гігантськими – 1500 мл і більше.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Розвиток ускладненої одинокої великої та гігантської ехінококової кисти печінки розглядають, як своєрідний показник низької реактивності організму. Ехінококоз у таких хворих проявляється чітко вираженими ознаками прогресуючого хронічного ендотоксикозу. Великі та гігантські кисти печінки характеризуються підвищенням внутрішньокістозного тиску (600,0±22,6) мм вод.ст., тому їх можна назвати не тільки напруженими, але і передперфоративними.

У формуванні одиноких великих і гігантських ехінококових кіст на перший план виступає принцип конкурентності в розвитку паразита, що виражається найчастіше у відсутності інших паразитарних кіст в ураженому чи в інших органах даного хворого [3].

У клінічній практиці великих і гігантських кіст печінки переважає виражена неспецифічна реакція організму у відповідь на інвазію. Загальний стан хворих важкий. Як правило, вони бліді, мляві, виснажені, відзначаються явища анемії: еритроцити (3,80±0,81)×10¹² гемоглобін (110,0±2,1) г/л, кольоровий показник 0,79±0,02, гематокрит (42,1±1,6)%.

Характерна локальна симптоматика великих і гігантських паразитарних кіст печінки, що виявляється деформацією зовнішніх покриттів тіла хворого. Найбільше часто відзначається випинання правої половини грудної клітки (19) і правої реберної дуги (21). При локалізації кісти в лівій частці печінки контури пухлиноподібного утворення виявляються в підложковій ділянці (4).

При паразитарних кістах правої частки торакальна апертура з цієї сторони розширена, нижній край реберної дуги піднятий та вивернутий назовні. Хворі скаржаться на постійне відчуття тяжкості (76) і тупий біль (56) у правому підребер'ї. Перкуторно розміри печінки, особливо нижнього її краю, як правило, розширені. Виключення можуть скласти великі кісти, що розташовуються під діафрагмою. Найвираженіше збільшення розмірів печінки констатується при локалізації кісти на нижній поверхні її. Пальпаторно визначається пухлиноподібне утворення тугоеластичної консистенції із гладкою поверхнею, що виходить із правої (68) чи лівої (8) частки печінки, злегка (64) чи різко (31) болюче при легкій пальпації. При піддіафрагмальному розташуванні великої чи гігантської (67) кісти купол діафрагми виявляється піднятим досить високо, до II-III ребра, а в результаті тиску кісти на бічну чи передньобочкову поверхню грудної клітки утворюється випинання, частіше всього в проміжку між паховою і правою середньоключичною лініями. Нижній край печінки може виступати з підребер'я до 12-13 см. При локалізації кісти на нижній чи передньонижній поверхні печінки пухлиноподібне утворення звичайно вибухає з правого підребер'я (у 27) чи з підложкової ділянки (у 8) при локалізації кісти в лівій частці печінки.

При переважній локалізації кісти на передній, передньонижній поверхні правої частки печінки спостерігається деформація реберної дуги з розширенням нижньої апертури. Крім того, кісти, які локалізуються на нижній чи нижньо-задній поверхні правої частки печінки, різко відтискують вниз печінковий кут товстої кишки і заочеревинно розташовані органи.

Аскерханов Р.П. (1976) вказує на те, що ехінококові кісти, які локалізуються в піддіафрагмальному просторі по задній поверхні печінки й у товщі паренхіми печінки, досягають великих розмірів, але представляють значну складність у діагностиці. Ехінококові кісти передньої і нижньої поверхні печінки діагностуються частіше навіть при малих розмірах [3]. У хворих, що спостерігалися нами, піддіафрагмально розташовані кісти були гігантськими (67), а кісти, що локалізувалися на нижній чи нижньопередній поверхнях печінки (27), виявилися великими.

З врахуванням напруженого, передперфоративного стану великих і гігантських кіст печінки потрібно проводити мінімальні, вкрай необхідні обстеження. У діагностиці великих і гігантських кіст печінки цінними є оглядові рентгенологічні та радіоізотопні дослідження. За допомогою оглядової рентгенографії в хворих з гігантськими піддіафрагмальними кістами печінки виявляється досить високе стояння діафрагми (67). При гепатоскануванні (41) виявляється німа зона в області локалізації кісти. Крім того, у діагностиці великих кіст печінки можна використовувати поліпозитронну рентгенографію, проведenu на фоні пневмоперитонеуму (8).

Однак, при локалізації кісти печінки на нижній поверхні чи наявності спайок з навколишніми органами, пневмоперитонеум не дає переконливих відомостей. Тому з хворим обстеження було доповнено пневмоіригоскопією. У таких випадках при поєднанні пневмоперитонеуму з пневмоіригоскопією вдається орієнтовно виявити контури кісти, її локалізацію і напрямок зсуву прилягаючих до печінки і кісти органів. Трьом хворим з метою диференціювання від ехінококозу правої нирки була зроблена внутрішньовенна урографія.

Безсумнівну цінність у діагностиці великих і гігантських кіст печінки представляє і методика ультразвукового дослідження (УЗД). Більш того, при можливості проведення УЗД,

з огляду на загальний важкий стан в хворих з великими і гігантськими кістами печінки, від застосування складних рентгенологічних методів дослідження потрібно утриматися [5]. Так, у хворого 28 років з великою ехінококовою кістою, що виходила з нижньої поверхні правої частки печінки, під час пневмоперитонеуму випадково зроблена пункція кісти. Наступило часткове спорожнення кісти в червну порожнину. Виникли перитонеальні явища, довелося зробити невідкладну операцію. При цьому дотримуються принципів інтенсивної терапії, спрямованих на зниження загального алергічного фону, поліпшення функціонального стану печінки. Режим хворого до операції напівпостільний.

Введення медикаментозних і білкових препаратів проводиться з великою обережністю, щоб уникнути можливої активізації паразита. Необхідна дієта, що містить легкозасвоювані харчові продукти, мікроелементи, вітаміни і т.д. Обов'язковим є дотримання запобіжних заходів і дбайливе ставлення до хворого на всіх етапах (премедикація, перекладання на операційний стіл, введення в наркоз, протягом усього періоду оперативного втручання), тому що найменша випадкова травма, пов'язана з транспортуванням чи перекладанням у ці періоди, може супроводжуватися розривом напруженої кісти печінки з наступним обсіюванням черевної порожнини.

Успішне проведення операції при ехінококозі печінки в значній мірі залежатиме від правильно обраного доступу.

При оперативному втручанні при великих і гігантських кістах правої бічної, передньої і нижньої поверхонь печінки доцільне застосування широкої торакофренолапаротомії.

Наш досвід ґрунтується на 38 ехінококектоміях з такого доступу при великих і гігантських кістах печінки. При розширеному торакофренолапаротомному доступі, на відміну від інших доступів, створюються найкращі умови для доступу до важкодоступних сегментів печінки. Щоб уникнути розриву напруженої кісти печінки на початку операції проводиться пункція кісти ін'єкційною голкою, з'єднаною з 20-грамовим шприцом, і її вміст евакуується поступово, щоб високий внутрішньокістозний тиск знижувався повільно. Якщо поза ін'єкційною голкою починає просочуватися рідина, то до цього місця підводиться наконечник електровідсмоктувача. Після повної евакуації вмісту кісти порожнина фіброзної капсули широко розкривається.

Особливою обережністю дотримуються при знезаражуванні паразита, особливо при використанні формаліну, тому що при наявності великої і гігантської паразитарної кісти витрачається велика кількість цієї токсичної речовини, яка має виражену ваготропну дію, що проявляється брадикардією. Ми цілком відмовилися від введення формаліну в порожнину ехінококової кісти і з метою знезаражування фіброзної капсули кісти користуємося 70% етиловим спиртом.

В даний час загальноприйняте використання закритих методів ехінококектомії [2, 5]. Однак, ліквідація залишкової порожнини при ехінококектомії великих і гігантських кіст печінки є складним завданням, тому нерідко оперативне втручання зводиться до максимального зменшення обсягу порожнини та її дренивання. З цією метою проводиться висічення усієї вільно виступаючої з паренхіми печінки ділянки фіброзної капсули, включаючи і ті ділянки, де над капсулою зберігається тонкий шар печінкової тканини. При цьому порожнина фіброзної капсули виявляється широко розкритою, як правило, по всьому периметру. Проводиться ретельний гемостаз судин, що кровоточать, по краях кісти. Потім мобільні краї фіброзної капсули, покриті тонким шаром печінкової тканини, завертаються і фіксуються до дна залишкової порожнини окремими вузловими швами. Цим досягається зменшення зовнішнього діаметра і глибини залишкової порожнини.

При гігантських кістах печінки, як правило, спостерігаються щільні, площинні зрощення фіброзної капсули з прилягаючими до печінки органами (діафрагма, товста кишка,

нижня порожниста вена). Прагнення до обов'язкової мобілізації і видалення таких ділянок фіброзної капсули, особливо якщо вона займає, наприклад, значну площу діафрагми чи щільно спаяна з кишкою чи порожнистою веною, невиправдано. Більш того, така тактика веде до збільшення тривалості операції і зайвої крововтрати. При спробі видалення фіброзної капсули, зрощеної з діафрагмою, у 4 з 46 хворих з піддіафрагмальними гігантськими кістами печінки спостерігалася перфорація діафрагми з розвитком пневмотораксу. Тому, в подальшому в 42 хворих ділянки фіброзної капсули розміром 6x10-12x15 см, які щільно зрощені з діафрагмою, були залишені у вигляді острівців.

З урахуванням розмірів і глибини залишкових порожнин, що утворилися після висічення і занурення фіброзної капсули, проводиться пломбування чи дренування такої порожнини. Нерідко після висічення виступаючої з печінки частини фіброзної капсули, розташованої на нижній чи передньонижній її поверхні, утворюється плоска увігнута ділянка. У таких випадках, така ділянка накривається розгорнутим шматком великого сальника на ніжці. Шматок до країв ділянки фіксується окремими швами.

Якщо утвориться широка ділянка, що має глибину 2-3 см, то шматок сальника фіксується швами до її дна з підведенням сигарного дренажу.

При досить широкій за розмірами залишковій порожнині з глибиною 6-7 см пломбування сальником доповнюється підведенням дренажної трубки з бічними отворами до пологої частини з активною аспірацією протягом декількох діб, щоб запобігти можливості скупчення ексудату в залишковій порожнині.

Найбільш складним завданням є ліквідація залишкових порожнин після ехінококтомії кіст, що розташовуються на верхній і верхньозадній поверхні печінки, тому що надалі в піддіафрагмальному просторі, особливо після видалення гігантських кіст печінки, це практично малоефективно [4]. Задача ускладнюється якщо, незважаючи на всі спроби зменшення обсягу порожнини, залишається вільний простір між діафрагмою і верхньою чи верхньозадньою поверхнею печінки. Пломбувати цю залишкову порожнину шматком сальника неможливо у зв'язку з його недорозвитком чи

перегином ніжки сальника по краю залишкової порожнини і, згодом, порушенням його кровообігу. Тому в таких ситуаціях доводиться застосовувати тампонаду залишкової порожнини мазевими серветками з дренуванням її, що дає можливість у післяопераційному періоді здійснювати постійну аспірацію вмісту кісти. У таких випадках навіть велика жовчна нориця, що відкривається в залишкову порожнину, може надалі закритися. При тривало існуючій жовчній нориці її можна ліквідувати проведенням фістулографії за допомогою йодвмісної контрастної речовини.

З урахуванням розмірів і глибини залишкової порожнини, що утворюється після висічення, були застосовані завершення частини фіброзної капсули всередину порожнини (56), ліквідація залишкової порожнини за допомогою пломбування сальником (32), відкрите активне дренування (14).

ВИСНОВКИ Таким чином, у хворих з великими та гігантськими ехінококовими кістами, щоб уникнути їхнього розриву, потрібна особлива обережність як у виборі методів діагностики, так і в проведенні всього передопераційного й операційного періодів. Під час оперативного втручання важлива методична послідовність при евакуації рідкого вмісту та знезараженні великої чи гігантської ехінококової кісти печінки. Найбільш раціональні методи ліквідації залишкової порожнини після ехінококтомії – пломбування шматком великого сальника чи завершення всередину порожнини мобільних країв кісти. До відкритого методу ліквідації залишкової порожнини та дренування її варто звертатися у виняткових випадках, коли закриті методи неможливі.

1. Садиков В. М. Альвеолярний ехінококкоз в Узбекистане. // Узбекск. Биол. Ж. – 1963. – С. 6-13.

2. Герасимов Н.В. Клиника и хирургическое лечение эхинококка печени // Тезисы докл. 2-го съезда хирургов Алтайск. Края. – Барнаул. – 1987. – С. 56.

3. Богданов К.Ф. Об альвеолярном эхинококкозе печени. // Сборник научных трудов Красноярск. мед. инст-та: Красноярск. – 1988, в. 5. – С. 178.

4. Deve F. L'echinococcose alveolaire chez l'homme et chez les animaux L'echinococcose alveolaire humaine en France. // Rev. Patol. Comp., 1977, 37-453.

5. Daniellou P. Echinococcose alveolaire hepatopulmonaire. // Essai le Traitement medical. – Lyon. – 1992. – P. 320.

П'ятничка О.З.

РОЛЬ ІНФІКУВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА HELICOBACTER PYLORI У ВИНИКНЕННІ ТА ПЕРЕБІГОВІ ГАСТРИТИВ, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ

Тернопільська державна медична академія ім. І.Я. Горбачевського

РОЛЬ ІНФІКУВАННЯ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ШЛУНКА HELICOBACTER PYLORI У ВИНИКНЕННІ ТА ПЕРЕБІГОВІ ГАСТРИТИВ, УСКЛАДНЕНИХ КРОВОТЕЧЕЮ – У клінічних умовах проаналізовано перебіг геморагічних гастритів та їх зв'язок із тяжкістю інфікування слизової оболонки шлунка гелікобактерною інфекцією у 113 хворих. Встановлено, що частота тяжкого ступеня інфікування за умов вказаної патології обернено пропорційна частоті рецидивних кровотеч. Найбільшим є відсоток інфікування при антрум-гастритах, який сягає 91,3%. Із зміщенням локалізації ураження у проксимальному напрямку роль HP, як пускового механізму розвитку досліджуваної патології зменшується.

РОЛЬ ІНФИЦИРОВАНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА HELICOBACTER PYLORI ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ И ТЕЧЕНИИ ГАСТРИТОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ – В клинических условиях проанализировано течение геморрагических гастритов и их связь со степенью тяжести инфицирования слизистой оболочки желудка HP у 113 больных. Установлено, что тяжесть инфицирования обратно пропорциональна частоте рецидивов кровотечения. Наибольшее количество – 91,3%, в том числе и тяжелой HP инфекции установлено в условиях хронического антрум-гастрита. Количество HP-инфицированных больных при проксимальных геморрагических гастритах значительно ниже предыдущей группы.

ROLE OF GASTRIC MUCOSA INFECTING BY HELICOBACTER PYLORI IN APPEARANCE AND COURSE OF GASTRITIS, COMPLICATED – In clinical conditions the current of hemorrhagic gastritis and their link with a degree of

severity of infection of stomach mucosa by HP for 113 patients is analysed. Fixed, that the severity of infection is inversely proportional to frequency of relapses of a bleeding. The greatest amount – 91,3%, including serious HP of an infection fixed in conditions of chronic antrum-gastritis. The amount of a Hp-infection of the patients at a proximal hemorrhagic gastritis is much lower than the previous group.

Ключові слова: геморагічний гастрит, рецидив кровотечі, слизова оболонка шлунка, гелікобактерна інфекція, бактеріоскопія, експрес-біопсія, ендоскопія.

Ключевые слова: геморрагический гастрит, рецидив кровотечения, слизистая оболочка желудка, хеликобактерная инфекция, бактериоскопия, экспрес-биопсия, эндоскопия.

Keywords: hemorrhagic gastritis, relapse of a bleeding, mucosa of stomach, HP infection, bacteriostcopy, express - biopsy, endoscopy.

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ І АНАЛІЗ ОСТАННІХ ДОСЛІДЖЕНЬ Впродовж останніх десятиріч частка ерозивно-геморагічних уражень слизової оболонки шлунка у структурі шлунково-кишкових кровотеч прогресивно зростає, сягаючи 15-17% [5,6]. Поряд із цим, значні зусилля провідних морфологів та гастроентерологів спрямовані на