

Таблиця 6. Залежність частоти серцево-судинних ускладнень від величини суми прогностичних коефіцієнтів СПК

СПК	Серцево-судинні ускладнення				р
	не були		були		
	п	%	п	%	
<-40	9	3	8	24	>0,05
-40/-20	28	9	12	35	<0,05
-20/0	64	21	9	29	<0,05
0/20	15	5	2	8	<0,05
20/40	19	6	1	4	>0,05
>40	172	56	0	0	

ризик ранніх післяопераційних серцево-судинних ускладнень у хворих, прооперованих з приводу ускладненої виразки шлунка та дванадцятипалої кишки. На підставі визначених вірогідних маркерів загальноприйнятого клінічного та лабораторного обстеження, інтра- та післяопераційних чинників розроблено алгоритм визначення ризику, що ґрунтується на прогностичному коефіцієнті для кожного маркера. Якщо сума прогностичних коефіцієнтів позитивна, то ризик ССУ незначний, якщо знаходиться у межах від 0 до -20, то ризик помірний, а якщо СПК менш -40, то високий. Це дає можливість своєчасного призначення лікувально-профілактичних заходів для зменшення частоти ранніх післяопераційних серцево-судинних ускладнень.

ЛІТЕРАТУРА

1. Полянський І.Ю., Гринчук Ф.В. Деякі аспекти хірургічної тактики при ускладненні виразкової хвороби у пацієнтів із супровідною патологією // Харківська хірургічна школа. – 2003. – № 1. – С. 23-25.
2. Старостенко І.Н., Прейгелль І.А. Возможности прогнозирования осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Клин. медицина. – 1992. – Т.70, № 2. – С. 81-84.
3. Фомін П.Д., Братусь В.Д., Лісов О.І. та ін. Можливості та

перспективи лікування гострих виразкових кровотеч // Матеріали ювілейної науково-практичної конф., присвяченої 25-річчю створення міської клінічної лікарні швидко медичної допомоги "Сучасні аспекти невідкладної медичної допомоги". – Київ, 1997. – С. 182-183.

4. Мовчан К.Н., Костюченко А.Л., Шанин С.С. Влияние операционной травмы на послеоперационное течение у больных язвой двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 1992. – № 2. – С. 11-14.
5. Минцер О.П. Использование корреляционного и регрессионного анализов в медицинских исследованиях // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2000. – № 3. – С. 75-78.
6. Бачев І. І. К вопросу об улучшении результатов лечения больных язвенной болезнью // Клин. медицина. – 1992. – Т. 70. – № 2. – С. 88-91.
7. Березницький Я.С., Рубан В. М., Спивак В.П. Послеоперационные осложнения и летальность при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и желудка // Клиническая хирургия. – 1994. – № 10. – С. 41-43.
8. Зайцев В.Т., Голобородько Н.К., Криворучко І.А. и др. Профилактика и лечение легочных осложнений после экстренных операций на органах брюшной полости у больных старше 60 лет // Вест. хирург. – 1992. – № 1-3. – С. 216-220.
9. Лісов О. І. Ранні післяопераційні ускладнення у хірургі виразкових кровотеч : Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.03 / Київськ. нац. мед. ун-т. – К., 2000. – 19с.
10. Минцер О.П. Параметрические и непараметрические критерии различия // Біль, знеболювання і інтенсивна терапія. – 2000. – № 2. – С. 68-75.

Матвійчук О.Б., Лаповець Л.Є., Порохнавець Л.Є.

СТАН НЕСПЕЦИФІЧНО РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІ ТОНКО ТА ТОВСТО КИШОК

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

СТАН НЕСПЕЦИФІЧНО РЕЗИСТЕНТНОСТІ У ХВОРИХ ІЗ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІ ТОНКО ТА ТОВСТО КИШОК – Проаналізовано вміст імуноглобуліну А, білків середньої молекулярної маси і С-реактивного білка в сироватці крові та їх динаміку в 103 хворих, прооперованих з приводу гострих хірургічних захворювань тонкої та товстої кишок. У 11 пацієнтів у післяопераційному періоді розвинулись гнійно-септичні ускладнення. На основі серійного визначення вмісту вказаних показників виявлено статистично значущу закономірність їх динаміки: за умов неускладненого перебігу післяопераційного періоду рівень імуноглобуліну А поступово знижувався і періопераційно виявився статистично значуще нижчим порівняно з таким при ускладненому перебігу. Вміст імуноглобуліну А на 7 добу в групі без ускладнень теж був статистично значуще нижчим від такого в добу гнійно-септичного ускладнення. Виявлено статистично значущу різницю у вмісті білків середньої молекулярної маси між групами періопераційно та на 3-тю добу на користь групи з гнійно-септичними ускладненнями, проте на 7-му добу ця різниця зникла. При неускладненому післяопераційному періоді вміст С-реактивного білка статистично значуще знижувався, чого не виявлено у групі хворих із гнійно-септичними ускладненнями.

СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА – Проаналізовано рівень імуноглобуліну А, білків середньої молекулярної маси і С-реактивного білка в сироватці крові і їх динаміку в 103 хворих, прооперованих по поводу острих хирургических заболеваний тонкого и толстого кишечника. У 11 пациентов в послеоперационном периоде развились гнойно-септические осложнения. На основе серийного определения уровня упомянутых показателей обнаружено статистически достоверные

закономірності їх динаміки: в случае неосложнённого течения послеоперационного периода уровень иммуноглобулина А постепенно уменьшался и периоперационно оказался статистически достоверно ниже сравнительно с таким в случае осложнённого течения. Уровень иммуноглобулина А на 7-й день в группе без осложнений также был статистически значуще ниже, чем такой в день возникновения гнойно-септического осложнения. Замечено статистически достоверную разницу между уровнями белков средней молекулярной массы между группами периоперационно и на 3-й день в пользу группы с гнойно-септическими осложнениями, однако на 7-й день эта разница исчезла. В условиях неосложнённого послеоперационного периода уровень С-реактивного белка статистически достоверно снижался, чего не было обнаружено в группе больных с гнойно-септическими осложнениями.

CONDITION OF NON-SPECIFIC RESISTANCE IN PATIENTS WITH SEPTIC-PURULENT COMPLICATIONS IN EMERGENCY SURGERY OF SMALL AND LARGE BOWEL – We had analyzed the levels of immunoglobulin A, medium-weight proteins and C-reactive protein in blood serum and their dynamics in 103 patients, who underwent surgery for acute surgical diseases of small and large bowel. Postoperatively, in 11 patients had developed septic-purulent complications. On the basis of serial investigation of the abovementioned parameters, we had revealed significant changes of their dynamics: in case of uncomplicated postoperative period, the level of IgA gradually decreased and perioperatively was significantly lower than such in case of complicated period. Level of IgA on the 7th day in the group of patients without complications was also significantly lower than on the day of complication. We had also revealed significant difference between the levels of medium-weight proteins on the 3rd day in patients with septic-purulent complications, though till the 7th day this difference disappeared. In an uncomplicated postoperative period, the level of C-reactive protein decreased with time.

**Ключові слова:** гострі хірургічні захворювання тонко та товсто кишок, імуноглобулін А, білки середньо молекулярно маси, С-реактивний білок, гнійно-септичні ускладнення.

**Ключевые слова:** острые хирургические заболевания тонкого и толстого кишечника, иммуноглобулин А, белки средней молекулярной массы, С-реактивный белок, гнойно-септические осложнения.

**Key words:** acute surgical diseases of small and large bowel, immunoglobulin A, medium-weight proteins, C-reactive protein, septic-purulent complications.

**ВСТУП** Гнійно-септичні ускладнення (ГСУ) у невідкладній хірургії завжди були та надалі залишаються актуальною проблемою [3]. Частота ГСУ сягає 71,2% [6]. Хірургічне втручання в силу своє стресорно ді чинить несприятливий вплив на всі ланки резистентності організму, що створює передумови для розвитку післяопераційних ГСУ [1]. Діагностику ГСУ рекомендують ґрунтувати на детальному вивченні всіх ланок імунного захисту [4].

Мета дослідження – оцінити зміни вмісту імуноглобуліну А (Ig A), білків середньо молекулярно маси (БСММ) та С-реактивного білка (СРБ) при виникненні ГСУ у хворих із гострими хірургічними захворюваннями тонко та товсто кишок.

**МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ** Обстежено 103 хворих віком від 16 до 85 років (середній 51,29). Незначно переважали чоловіки (50,5%). З приводу гострого апендициту прооперовано 62 пацієнти (60,2%), гостро непрохідності кишок – 14 (13,6%), ускладненого раку товсто кишки – 7 (6,8%), перфораційно виразки дванадцятипало кишки – 6 (5,8%), гострого тромбозу мезентерійних судин – 5 (4,9%), травми живота – 5 (4,9%) та перфораційного дивертикуліту товсто кишки – 4 (3,8%). Всіх хворих оперовано із застосуванням антибіотикопрофілактики. Виконано 62 апендектомії, резекцій сегмента тонко кишки з ентеро-ентеростомією – 18, санацій і дренавань черевно порожнини – 8, термінальних колостомій – 7, зашивань перфораційно виразки – 6, лівобічну геміколектомію – 1, діагностичну лапаротомію – 1.

Післяопераційний період 11 (10,7%) пацієнтів на 8-12 добу після операції ускладнився ГСУ: перитоніт – 5, нагноєння рани – 3, флегмона передньо черевно стінки – 1, гнійний оментит – 1 та тромбофлебіт – 1. Ці хворі отримали системну антибактерійну та протизапальну терапію, у 7 випадках проведено реллапаротомію та хірургічну санацію у 3 випадках. Троє хворих померли на 16-ту, 27-му та 35-ту добу після операції від тяжкого сепсису.

Оцінка змін гуморально ланки захисних сил було визначено періопераційно, на 7-му добу та в добу появи ГСУ: Ig A – методом радіально дифузії за Mancini (1965 р.), БСММ – за методом В.В. Кірковського (1994 р.) та СРБ – методом латекс-аглютинації. Отримані цифрові результати опрацьовано за допомогою пакета програм STATISTICA for Windows 5.0 (StatSoft, USA).

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА Х ОБГОВОРЕННЯ**

Розподіл хворих, у яких визначали наведені параметри неспецифічно резистентності, склав 11 (із ГСУ) та 92 (без ГСУ) особи. За умов неускладненого перебігу післяопераційного періоду рівень Ig A поступово знижувався. При міжгруповій оцінці його вміст виявився статистично значуще (p=0,009) нижчим, порівняно з таким при ускладненому перебігу лише періопераційно (табл.1). Вміст Ig A на 7-му добу в групі без ускладнень теж був статистично сигніфікантно нижчим (p=0,02) за такий в добу ГСУ.

Виявлено статистично значущу різницю у вмісті білків середньо молекулярно маси між групами періопераційно (p=0,04) та на 3-тю добу (p=0,02) на користь групи з гнійно-септичними ускладненнями, проте на 7-му добу ця різниця зникла (p>0,05).

При порівнянні вмісту СРБ між групами виявлено тенденцію (p=0,08) до різниці на 3-тю добу та статистично значущу (p<0,05) відмінність на 7-му добу в бік зниження у групі без ГСУ (табл. 2). Відсутність зниження СРБ в післяопераційному періоді розцінено як прогностично негативну та вагомішу ознаку, ніж періопераційно високий його рівень.

Спостережені в результаті дослідження зміни мають певні закономірності залежно від перебігу післяопераційного періоду та є частково співзвучними з іншими роботами. Вміст Ig A розцінено як відносну ознаку прогнозу післяопераційних ускладнень [7]. Рівень цього показника, на думку різних клініцистів, не зазнає змін протягом післяопераційного періоду [8], а й навіть знижується [5]. Виявлено кількакратне зростання вмісту БСММ при розвитку перитоніту [2], що корелює з результатами нашого дослідження. Рівень СРБ вважають маркером інтенсивності запалення [9]. Отож, виявлені зміни вмісту досліджених показників є інформаційними критеріями порушення неспецифічно резистентності організму хворих із гнійно-септичними ускладненнями у невідкладній хірургії тонко та товсто кишок, відтак можуть бути використаними у прогнозуванні розвитку ГСУ.

**Таблиця 1. Вміст Ig A та БСММ у сироватці крові хворих з ГСУ та без ГСУ, M±σ**

Показник	Доба	ГСУ (n=11)	без ГСУ (n=92)	Значущість відмінностей, p
Ig A, г/л	періопераційно	3,54±0,64	2,58±1,02	0,009
	7-ма	2,07±0,59	1,55±0,91	>0,05
БСММ, г/л	періопераційно	2,42±0,75	1,8±0,89	0,04
	3-тя	2,19±0,8	1,68±0,79	0,02
	7-ма	2,07±0,59	1,55±0,91	>0,05

**Таблиця 2. Вміст СРБ у сироватці крові хворих з ГСУ та без ГСУ**

Вміст СРБ, мкг/л	періопераційно, % вмісту у групі		3-тя доба, % вмісту у групі		7-ма доба, % вмісту у групі	
	ГСУ	без ГСУ	ГСУ	без ГСУ	ГСУ	без ГСУ
0	-	-	0	5,63	16,9	0
6	10	4,05	0	5,63	5,63	0
12	0	6,76	0	5,63	7,04	0
24	0	8,11	0	7,04	9,86	0
48	20	14,86	10	12,68	11,27	10
96	20	22,97	20	32,4	25,35	50
192	20	22,97	40	18,31	15,49	20
384	20	18,92	30	12,68	2,82	20
768	10	1,36	-	-	-	-
912	-	-	-	-	5,64	0
Значущість відмінності, p	>0,05		=0,08		<0,05	

**ВИСНОВКИ** 1. ГСУ є одними з найважчих у невідкладній хірургії тонко та товсто кишок.

2. Зміни вмісту Ig A, БСММ та СРБ в сироватці крові є інформаційними критеріями порушення неспецифічно резистентності організму хворого з гострими хірургічними захворюваннями тонко та товсто кишок.

3. Порушення неспецифічно резистентності організму при ГСУ в ургентній хірургії тонко та товсто кишок можуть бути компонентом методу математичного прогнозування розвитку ГСУ.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Винницький Л.И. Проблемы клинического применения иммунокорректоров в хирургической клинике // Антибиотики и химиотерапия. – 2000. – Т. 45, № 12. – С. 12-16.

2. Демидов В.М. Перспективи застосування коректорів нейропептидів при лікуванні перитоніту // Одеський мед. журнал. – 1998. – № 2. – С. 14-16.

3. Грубник В.В., Зайчук А.И. Значение инфекционного контроля в хирургии // Кліні. хірургія. – 2007. – № 11-12. – С. 16-17.

4. Гюльмамедов Ф.И., Кухто Г.К., Шаламов В.И., Нестеренко А.Н., Гюльмамедов П.Ф., Кухто А.П. Антибактериальная терапия в хирургическом лечении больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона // Матеріали ХХ з'їзду хірургів Укра ни. – Тернопіль, 2002. – С. 387-388.

5. Кавин В.О. Прогнозування ускладнень у хворих на гострий апендицит та х лікування: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тернопіль, 2003. – 19 с.

6. Кулаков А.В., Карсонова М.И., Пинегин Б.В. Прогнозирование гнойных осложнений в хирургии с помощью определения аффинности антител // Хирургия. – 2001. – № 11. – С. 55-58.

7. Перфильев Д.Ф. Иммунологические аспекты послеоперационного перитонита // Хирургия. – 1998. – № 13. – С. 24-27.

8. Потапов А.Л. Синдром системного воспалительного ответа и антиэндоксинный иммунитет после операций на органах брюшной полости // Кліні. хірургія. – 2008. – № 1. – С. 22-24.

9. Hill A.G. Metabolic response to severe injury // Br. J. Surg. – 1998. – Vol. 85, № 7. – P. 884-888.

**Попович В.І., Савчук О.І.**

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ РАНЬО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНО РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ РИНОСИНУТИ**

**Івано-Франківський державний медичний університет**

**ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СХЕМ РАНЬО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНО РЕАБІЛІТАЦІ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ РИНОСИНУТИ** – Доведена необхідність активного введення раннього післяопераційного періоду у хворих з хронічними риносинуситами. Вивчено зміни ендориноскопічно картини слизово оболонки носа і синусів під дією різних методик ранньої післяопераційно реабілітації, проаналізована їх клінічна ефективність.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СХЕМ РАННЕЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ РИНОСИНУИТАМИ** – Обоснована необхідність активного ведення раннього післяопераційного періоду у хворих з хронічними риносинуситами. Изучены изменения эндориноскопической картины слизистой оболочки носа и синусов под влиянием различных методик ранней послеоперационной реабилитации, проанализирована их клиническая эффективность.

**COMPARATIVE ESTIMATION OF EFFECTIVENESS OF SCHEDULES OF EARLY POSTOPERATIVE REHABILITATION OF PATIENTS WITH CHRONIC RHINOSINUSITES** – The necessity of active conducting of early postoperative period at the patients with chronic rhinosinusitis has been proved. The changes of endorhinoscopic picture of nasa and sinus mucosa under the influence of various methods of early postoperative rehabilitation have been investigated, their clinical efficiency has been analysed.

**Ключові слова:** рання післяопераційна реабілітація, ендориноскопічна картина слизово оболонки носа і синусів.

**Ключевые слова:** ранняя послеоперационная реабилитация, эндориноскопическая картина слизистой оболочки носа и синусов.

**Key words:** early postoperative rehabilitation, endorhinoscopic picture of nasal and sinus mucosa.

**ВСТУП** Щорічний приріст захворюваності на хронічні риносинусити на сучасному етапі перевищив 2 %, а питома вага дано патології в структурі стаціонарно захворюваності складає 50-60 %, що є переконливим свідченням недостатньо ефективності існуючих методів лікування [1, 2, 5, 7, 10].

Сьогодні загально визнаною вважається необхідність комплексного лікування хронічних риносинуситів. Такий принцип передбачає обов'язковість адекватного оперативного втручання, яке є основною ланкою комплексно терапії і проводиться після належно передопераційно підготовки, та післяопераційну реабілітацію, покликану потенціювати ефект операції та попередити рецидивування хвороби [3, 5]. На тлі відчутного прогресу функціонально ендоназально хірургії, дедалі ширшого впровадження в роботу отоларингологічних відділень, увага, що приділяється удосконаленню методик післяопераційного лікування хворих, на наш погляд, є недостатньою.

В ранньому післяопераційному періоді в результаті операційно травматизації виникає набряк слизово оболонки, застій патологічного вмісту в порожнині носа та синусів, блокада співусть та порушення аерації навколоносових пазух, несприятливі зміни реологічних властивостей носового секрету, його вторинне інфікування [6, 8, 10, 11]. Згодом виникає патологічна регенерація слизово оболонки, втрачаються основні фізіологічні функції, що, зрештою, створює передумови для розвитку рецидивів. В зв'язку з цим постає необхідність активного ведення раннього післяопераційного періоду у хворих, що перенесли органозберігаючі ринохірургічні втручання з приводу хронічних риносинуситів. З'ясування клінічної ефективності запропонованих методик післяопераційно реабілітації стало метою даного дослідження.

**МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ** До комплексного обстеження та лікування було залучено 110 хворих з хронічними гнійними та поліпозно-гнійними гайморозом дитими віком від 21 до 60 років. Жінок було 64, чоловіків – 46. Клінічний діагноз встановлювали на підставі збору скарг та анамнезу, за даними ендориноскопії порожнини носа та синусів і результатами рентгенологічного та комп'ютерно-томографічного методів дослідження [1, 3]. Комплексне лікування хворих на першому етапі включало в себе оперативне втручання, об'єм якого залежав від результатів попереднього обстеження. Хворим проводились традиційні синусотомії та ендоскопічні оперативні втручання (табл. 1).

В порожнину носа після операції вводили фрагмент стерильно гумово рукавички, який виконував функції тампона і видаляли наступного дня після оперативного втручання. Кровотеч при цьому не спостерігали. З першого дня післяопераційного періоду хворим проводили туалет носово порожнини, анемізували слизову оболонку, призначали десенсибілізатори та системні деконгестанти, а через 4-5 год після видалення тампонів – курс ранньої післяопераційно реабілітації, об'єм якого визначав розподіл досліджуваного контингенту хворих на групи спостереження (табл. 2).

Хворим контрольно групи призначали "Салін" – офіційний сольовий розчин, який здійснює активне зволоження слизово оболонки носа, розріджує густий слиз та кірки, полегшуючи х евакуацію з порожнини носа і навколоносових пазух [8]. Препарат використовувався 5-6 разів на день по 1 розпиленню в кожен носовий хід. II групу сформували 40