

ника до 48 мг/л, до того ж в імунологічному дослідженні крові було збільшено вміст циркулюючих імунних комплексів до 244 од опт. щ., що є показниками розвитку різноманітних запальних процесів в організмі і активності перебігу аутоімунних захворювань.

Оскільки однією з версій тривалої лихоманки був системний васкуліт, то симптоматично хворій було призначено преднізолон в дозі 30 мг. І лише призначення глюкокортикостероїдної терапії призвело до нормалізації температури тіла з відсутністю вечірніх підйомів до фебрильних цифр. Проте лікар відмітив, що, не зважаючи на нормалізацію температури тіла, спостерігалось збереження тахікардії до 90-100 ударів за хвилину. І саме цей фактор направив вектор діагностичного пошуку в бік захворювань щитовидної залози.

Так, при УЗД щитовидна залоза розташована в типовому місці, не збільшена, капсула ущільнена, в обох долях визначаються утворення розмірами 8-9 мм, округлої форми з чіткими контурами, ізоехогенні; інша тканина залози помірно гіпоехогенна, ехоструктура неоднорідна за рахунок чергування гіпо- та гіперехогенних ділянок, об'єм по Vrup правої долі 7,79 см<sup>3</sup>, лівої - 10,14 см<sup>3</sup>. При дослідженні функції щитовидної залози було виявлено зниження рівня ТТГ до 0,005 мкМЕ/мл, підвищення вільного Т4 до 6,66 нг/дл, антитіла до тиропероксидази були в межах норма (9,85 МЕ/мл). Хвора була

консультувана ендокринологом, виставлено діагноз: Підгострий тиреоїдит, дифузний зоб І ст., тиреотоксикоз середнього ступеня важкості в стадії декомпенсації.

Таким чином, в даному випадку саме призначення патогенетичної терапії стало визначальним у діагностиці причини лихоманки. На користь підгострого тиреоїдиту, як причини тривалого фебрилітету, вказують відсутність ефекту від антибактеріальних препаратів, ефективність фармакотерапії глюкокортикостероїдами, перенесена в анамнезі інфекція, дані УЗД дослідження щитовидної залози, порушення функції останньої, запальні зміни в лабораторних показниках (особливо підвищення ШОЕ до 45-50 мм/год.). В результаті призначення метипреду в початковій дозі 16 мг на добу та тирозолу 10 мг на добу нормалізувалась температура тіла, зменшилась загальна інтоксикація, покращилось самопочуття хворої.

При цьому одна з яскравих діагностичних клінічних ознак підгострого тиреоїдиту на ранніх строках його розвитку, така як біль в ділянці ший та болючість щитовидної залози при пальпації, на догоспітальному етапі можливо була недооцінена чи не вірно трактована самою хворою та лікарем первинної ланки, що уповільнило діагностику даного захворювання та призвело до невинуватого тривалого прийому антибактеріальних препаратів.

### Список літератури

- |  |   |  |
|--|---|--|
| Никонов В.В. Лихорадочные состояния /В.В.Никонов, В.В.Никонова //Медицина неотложных состояний. - 2006. - №1(2). - С. 25-29.     | тложных состояний. - 2009. - №6(25). - С. 59-65.  | adults: 40 years on /D.C.Knockaert, S.Vanderschueren, D.Blockmans //J. Intern. Med. - 2003. - №253. - P. 263-75.                                     |
| Никонов В.В. Лихорадочные состояния в клинической практике (Диагностические подходы) /В.В.Никонов, В.В.Никонова //Медицина неот- | Самсон А.А. Лихорадка неясного генеза: прошлое, настоящее, будущее / А.А.Самсон //Медицина неотложных состояний. - 2005. - №1(1). - С. 117-123. | Roth A.R. Approach to the adult patient with fever of unknown origin /A.R.Roth, G.M.Basello //Am. Fam. physician. - 2003. - №68(11). - P. 2223-2229. |
|  | Knockaert D.C. Fever of unknown origin in   |  |

**Дорошкевич И.А.**

### КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА ПРИЧИНЫ ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

**Резюме.** К патологическим состояниям, вызывающим повышение температуры тела, принадлежит большой перечень заболеваний различного генеза. На примере клинического случая представлен диагностический поиск причины лихорадки неизвестного происхождения.

**Ключевые слова:** лихорадка неизвестного происхождения, подострый тиреоидит.

**Doroshkevich I.A.**

### CLINICAL CASE OF DIAGNOSTIC SEARCH OF CAUSE OF FEVER OF UNKNOWN ORIGIN

**Summary.** The pathological states that cause fever include a long list of diseases of various origins. The diagnostic search of fever of unknown origin is presented on the example of the clinical case.

**Key words:** fever of unknown origin, subacute thyroiditis.

Стаття надійшла до редакції 11.12.2012р.

© Дроненко В.Г.

УДК: 616.348-007.253

**Дроненко В.Г.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра онкології (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 2018)

## РЕКОНСТРУКТИВНО-ВІДНОВНЕ ОПЕРАТИВНЕ ЛІКУВАННЯ СТОМОВАНИХ ХВОРИХ З КОЛОРЕКТАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

**Резюме.** Проаналізовані результати лікування 163 колостомованих хворих з різною колоректальною патологією після реконструктивно-відновлювальних операцій, які були виконані в період від 1 місяця до 2 років. Комплексна оцінка клінічних, топографоанатомічних та морфофункціональних даних у таких хворих дозволила застосувати найбільш доцільні методи колопластики, вибрати вдалий строк для проведення реконструкції від часу першої операції та зменшити кількість післяопераційних ускладнень.

**Ключові слова:** реконструктивно-відновні операції, колостома, хворі з колоректальною патологією.

### Вступ

З кожним роком збільшується питома вага колостомованих хворих, зважаючи на неухильний ріст онкологічної [Алиев, 2007; Бондаренко і др., 2007; Zurita et al., 2004] і неонкологічної захворюваності товстої кишки [Гюльмамедов і др., 2005; Новожилов і др., 2006; Martel et al., 2002], яка потребує хірургічного лікування.

Гостра кишкова непрохідність, гнійно-септичні процеси в черевній порожнині, травматичні пошкодження кишки з порушенням цілісності кишкової трубки особливо на тлі важкої супутньої патології вимагають на першому етапі накладання колостоми, через високий ризик неспроможності анастомозу та летальності [Винник і др., 2006; Сафронов, 2005; Anthony et al., 2003].

Реконструктивно-відновне лікування таких хворих є надзвичайно актуальною проблемою, оскільки наявність колостоми прирікає їх на фізичне, психічне страждання, усамітнення, самоізоляцію та призводить до значних економічних втрат для держави з огляду їх інвалідизації [Пойда, 2009; Помазкин, 2008; Faivre, 2001].

Тому, відновлення цілісності кишкової трубки є першочерговим завданням реконструктивно-відновної хірургії, яке потребує оптимізації, удосконалення існуючих методів та розробки комплексних програм із залученням багатофакторного аналізу при встановленні строків реконструкції, вибору методу відновлення кишкової прохідності з метою профілактики неспроможності швів та інших післяопераційних ускладнень [Миминошвили і др., 2004; Помазкин, 2008; Сафронов, 2005].

Для вирішення даної проблеми вагоме значення мають особливості первинного втручання, вид сформованої колостоми, протяжність проведеної резекції, довжина проксимального та дистального відділу кишки, морфометричні зміни кишкової стінки, характер основної патології, наявність периколостомічних ускладнень та запальних процесів у черевній порожнині, вираженість злукового процесу, загального стану хворого, корекція супутньої патології тощо [Бондаренко і др., 2007; Пойда, 2009]. Такий підхід дозволяє вибрати найбільш раціональний спосіб колопластики та строк її проведення.

*Мета* дослідження - покращити результати реконструктивно-відновних операцій (РВО) у колостомованих хворих.

### Матеріали та методи

Проведено комплексний аналіз реконструктивно-відновних оперативних втручань колостомованих хворих в період 2000-2012 рр., які були прооперовані в період від 1-го місяця до 2-х років від першої операції

у 163 хворих.

При цьому до одного місяця від початку першої операції було проведено реконструкцію у 9 (5,5%) хворих, двох місяців - 78 (47,9%), трьох місяців - 30 (18,4%), чотирьох місяців - 17 (2,9%), п'яти і більше місяців - 21 (12,9%) хворий.

Найбільш часто формування колостоми виконувалось при ускладненому колоректальному раку - 127 хворих (77,9%), у решти хворих мали місце непухлинні захворювання та пошкодження кишки внаслідок травм, панкреатиту, онкопатології геніталій та заочеревинного простору.

Показами до формування колостоми під час первинного оперативного втручання у 118 (72,4%) хворих мала місце гостра кишкова непрохідність, у 45 (27,6%) хворих - запальні ускладнення та перитоніт.

Найбільш часто реконструкція виконувалась після обструктивної резекції за Гартманом в класичному варіані та з різними типами 102 (62,6%) хворих.

Усі хворі оперувались у плановому порядку та були обстежені по загальноприйнятому переліку. З додаткових методів використовували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, заочеревинного простору, малого тазу, спіральну комп'ютерну томографію з контрастуванням, фіброколоноскопію, іригоскопію, -графію з введенням контрасту в пряму кишку та колостому, рентгенографію органів грудної клітки, морфологічне дослідження біоптатів слизової оболонки анастомотичних ділянок кишки. Після проведення даних обстежень у 4 (2,4%) онкологічних хворих через рік після виконання первинної радикальної операції діагностовано метастатичні солітарні ураження печінки, що змусило виконати комбіновані операції з резекцією печінки. Враховували антропометричні, топографо-анатомічні дані проксимального і дистального відділів кишки, вираженість спайкового процесу, супутню патологію, яка була скоригована згідно з рекомендаціями суміжних спеціалістів. Тактика анестезіологічного забезпечення вироблялась спільно з анестезіологами-реаніматологами.

Підготовку кишечника забезпечували згідно із загальноприйнятою методикою в індивідуальному порядку. Також виконувалась санація проксимального і дистального відділів товстої кишки, параколостомічної ділянки 0,05% розчином декасану або діоксидину через колостому і анус прямої кишки відповідно.

Основними етапами РВО були виділення та відсічення колостоми, лапаротомія, ревізія органів черевної порожнини, заочеревинного простору, мобілізація проксимального, дистального відділів кишки,

формування анастомозу, заочеревинне укладання останнього, профілактичні заходи направлені на можливу неспроможність швів. На завершальному етапі всім хворим була проведена декомпресія товстої кишки.

Вибір методу формування анастомозу залежав від комплексної оцінки ряду критеріїв до операції та під час операції: анатомо-топографічних особливостей привідної та відвідної ділянки кишки, стану кишкової стінки, кровопостачання, співвідношення просвітів кишкової трубки, довжини мобільних частин, можливості заочеревинного укладання співустья, а також супутньої патології (цукровий діабет, атеросклероз).

У 142 хворих перебіг основної патології був обтяжений поєднаною супутньою патологією: ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз - у 122 (74,8 %) випадках; постінфарктний кардіосклероз - у 12 (7,4%); гіпертонічна хвороба - у 78 (47,8%); хронічні обструктивні захворювання легень - у 29 (17,7%); ожиріння - у 32 (19,6%); цукровий діабет - у 14 (8,6%); захворювання опорно-рухової системи - у 25 (15,3%); оклюзійні захворювання судин нижніх кінцівок - у 14 (8,5%); посттромбофлеботичні ушкодження та варикозна хвороба вен нижніх кінцівок - у 29 (11,6 %); церебросклероз, ДАЕ II-III ст. з кохлевестибулярним та атаксичним синдромом - у 11 (6,7%); доброякісна гіперплазія передміхурової залози - у 35 (21,4 %). В середньому на одного хворого приходиться поєднання від 2 до 3 супутніх захворювань. Всім хворим проводилась коригуюча терапія супутньої патології.

### Результати. Обговорення

У 121 (74,2%) хворих застосовували традиційні технічні прийоми по відновленню топографо-анатомічного розташування анастомотичних ділянок кишечника для формування анастомозу, у решти - 42 (25,8%) власні методики. Після чого, привідну та відвідну частину кишки з'єднували із застосуванням інвагінаційного двохрядного ручного шва наступними способами: кінець в бік - 74 (45,3%) хворих, кінець в кінець - 68 (41,7%) , бік в бік - 21 (19,0%). В залежності від локалізації коломи виконано наступні види міжкишкових сполучень, використовуючи різні типи формування міжкишкового співустья: у 87 (53,3%) хворих - сигморектоанастомоз, у 27 (16,5%) - сигмосигмоанастомоз, 13 (7,9%) - ілеотрансверзоанастомоз, 21 (12,8%) - трансверзосигмоанастомоз, 15 (9,2%) - трансверзоректоанастомоз.

У 19 (10,8%) хворих з двохствольною колоостою виконали поза-перитонеальне закриття колоостою без лапаротомії з формуванням інвагінаційного двохрядного анастомозу по типу "кінець в кінець".

Особливою проблемою під час проведення РВО був спайковий процес органів черевної порожнини різного ступеня вираженості, який спостерігали у 134 (82,2%) хворих. При цьому, у 41(25,1%) хворого після обструктивної резекції товстої кишки за Гарманом виникли складнощі при виділенні куksi дистальної частини кишки, внаслідок анатомо-топографічних змін органів малої

миски на тлі злукових змін, що спонукало у 29 (17,8%) клінічних випадках використати ендоскопічну візуалізацію анастомотичних ділянок кишки. Це дозволило зменшити тривалість оперативного втручання, зберегти адекватне кровопостачання кишки та знизити ризик пошкодження судин малого тазу, структур сечовидільної системи.

Аналізуючи інтраопераційні ускладнення, спостерігали у 19 (11,7 %) хворих кровотечу з яєчкових, яєчникових, передміхурових, пресакральних судин, яку було зупинено. У 7 (4,1%) пацієнтів виникла нестабільність гемодинаміки, зниження артеріального тиску нижче 90 мм рт.ст.

Одним із основних критеріїв результатів операції була оцінка спроможності анастомозу. За результати оперативного лікування в 147 (90,2%) хворих анастомоз був спроможним. При цьому у 108 (66,2%) пацієнтів оперативне втручання проведено в період від 2 до 3 місяців. В 14 (8,5%) прооперованих на 5 - 7 день виникла неспроможність швів анастомозу. 8 (4,4%) з яких, оперувались до 1 місяця від першої операції, 3 (1,8%) - від 2 до 3 місяців, ще 3(1,8%) хворих більше 6 місяців. В 6 (3,7%) хворих довелося накладати повторну колостому, дренажувати черевну порожнину. У 8 (4,9 %) - неспроможність закрилась самостійно.

Термін проведення колопластики від початку проведення першою операції відігравав першочергове значення. Отримані результати гістологічного дослідження анастомотичних ділянок у 43 хворих, взятих у від 1 місяця до 6 місяців вказували на повне відновлення морфологічних структур кишкової стінки не раніше ніж через 2-3 місяці при відсутності супутньої патології, яка сповільнювала репаративні процеси .

Аналізуючи інші післяопераційні ускладнення, у 21 (12,8 %) хворого спостерігали затяжний газовий період. З сторони лапаротомної рани у 14(8,5%) хворих виникла серома, у 9 (5,5%) - лігатурні нориці, 10 (6,1%) хворих післяопераційні вентральні грижі.

У 32 (19,6%) хворих з надмірною масою тіла ранні ускладнення зі сторони післяопераційної рани профілакували шляхом скрізного дренажування надапоневротичного простору поліхлорвінільною трубкою, яку промивали розчинами антисептиків.

Післяопераційна летальність становила 5 (3,1%) хворих. З них 3 (1,8%) хворих загинули від ТЕЛА, 1 (0,7%) - інфаркту міокарда, 1 (0,7%) - загострення панкреатиту.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Реконструктивно-відновні операції відносять до складних хірургічних втручань, оскільки, не завжди можна передбачити найбільш оптимальний тип анастомозу та ймовірні післяопераційні ускладнення.

2. Спроможність анастомозу значною мірою залежить від адекватного відновлення функцій організму, маси тіла, структури кишкової стінки, ступеня вираженості рубцево-злукових процесів у черевній порожнині.

3. Обов'язковим є ретельна оцінка анатомо-топографічних даних анастомотичних ділянок кишки, які потрібно досліджувати до та під час операції.

4. Найбільш оптимальним періодом для проведення реконструкції є 2-3 місяці від початку першої опе-

рації при компенсованій супутній патології.

Перспективою подальших розробок є створення комплексної програми у визначенні терміну проведення реконструкції та вибору типу співустя індивідуально для кожного хворого.

### Список літератури

- Алиев С.А. Колоректальный рак: заболеваемость, смертность, инвалидность, некоторые факторы риска /С.А. Алиев, Э.С.Алиев //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - СПб, 2007. - №4. - С. 118-122.
- Ангиофибролиптома поперечной ободочной кишки /В.Н.Новожилов, У.Р.Доллидзе, Д.Б.Детярев [и др.] //Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. - 2006. - Т. 165, №2. - С. 102-103.
- Винник Ю.А. Пути улучшения результатов лечения больных с обтурационной непроходимостью толстой кишки /Ю.А.Винник, В.В.Отчиченко, А.Е.Гавриков //Врачебная практика. - 2006. - №2. - С. 66-69.
- Восстановительная хирургия при раке толстой кишки /Н.В.Бондаренко, Г.Г.Псарас, Н.Г.Семикоз [и др.] //Клініч. хірургія. - 2007. - №10. - С. 44-47.
- Несостоятельность швов анастомозов при операциях на кишечнике /О.И.Ми-
- миношвили, О.С.Антонюк, С.В.Ярошак [и др.] //Клінічна хірургія. - 2004. - №11. - С. 67.
- Пойда А.И. Реконструктивно-восстановительные операции в хирургии толстой кишки //Здоров'я України. - 2009. - №12/1. - С. 44-45.
- Помазкин В.И. Хирургическая реабилитация пациентов с двустольными кишечными стомами /В.И.Помазкин, Ю.В.Мансуров //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2008. - Т. 18, №4. - С. 69-73.
- Реконструктивные восстановительные операции по поводу неспецифического язвенного колита и болезни Крона толстой кишки /Ф.И.Гюльмамедов, П.Ф.Гюльмамедов, В.И.Волоков [и др.] //Клінічна хірургія. - 2005. - №1. - С. 15-18.
- Сафронов Д.В. Хирургическое лечение заболеваний и травм ободочной кишки /Д.В.Сафронов, Н.И.Богомолов // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - СПб, 2005. - Т.164, №2. - С. 21-25.
- Crohn's Colitis: Eoperience with Segmental Resections; Results in a series of 84 Patients /P.Martel, P.Olivier Betton, D.Gallot [et al.] //J. Am. Coll. Surg. - 2002. - Vol. 194, №4. - P. 448-453.
- Faivre J. Screening for colorectal cancer: who, when, how? //3 Inter-national conference, (Dublin (Ireland), June 7-9, 2001). - Dublin, 2001. - P. 13.
- The association of pretreatment health-related quality of life with surgical complications for patients undergoing open surgical resection for colorectal cancer /T. Anthony, L. S. Hyman, D. Rosen [et al.] //Ann. Surg. - 2003. - Vol.238, №5. - P. 690-696.
- A new neovalve type in short bowel syndrome surgery /M.Zurita, J.M.Raurich, A.Ramerez [et al.] //Rev. Esp. Enferm Dig. - 2004. - Vol.96. - P. 110-118.

**Дроненко В.Г.**

### РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

**Резюме.** Проанализированны результаты лечения 163 колосто-мированных больных с различной колоректальной патологией после реконструктивно-восстановительных операций, которые были выполнены в период от 1 месяца до 2 лет. Комплексная оценка клинических, топографоанатомических, морфофункциональных данных позволяла применить наиболее целесообразные методы колопластики, выбрать удачный срок для проведения реконструкции от времени первой операции и уменьшить количество послеоперационных осложнений.

**Ключевые слова:** реконструктивно-восстановительные операции, колостома, больные с колоректальной патологией.

**Dronenko V.G.**

### RECONSTRUCTIVE-RESTORATIVE OPERATIONS IN PATIENTS WITH COLORECTAL PATHOLOGY WHO UNDERWENT STOMA SURGERY

**Summary.** The results of treatment of 163 patients with various colorectal pathology who underwent stoma surgery followed by reconstructive-restorative operations performed within the period of one month to two years were analyzed. Complex assessment of clinical, topographo-anatomical and morpho-functional findings in these patients made it possible to use the most reasonable methods of coloplasty, to choose the most appropriate time for performing reconstructions after the primary operations as well as to decrease the number of postoperative complications.

**Key words:** reconstructive-restorative operations, colostoma, patients with colorectal pathology.

Стаття надійшла до редакції 11.12. 2012р.

© Запорожан С.Й.

УДК: 616.33/. 342/002.45/036/88

**Запорожан С.Й.**

ДВНЗ "Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського"

## МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ У ХВОРИХ З ВИРАЗКОВИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ КРОВОТЕЧАМИ

**Резюме.** У статті автор аналізує результати лікування 2986 пацієнтів з виразковими гастродуоденальними кровотечами в умовах спеціалізованого хірургічного стаціонару. Розкриває особливості проведення інфузійно-трансфузійної терапії у пацієнтів з геморагічним шоком.

**Ключові слова:** виразкова гастродуоденальна кровотеча, інфузійно-трансфузійна терапія, геморагічний шок.