

Кулыгина В.Н., Мунтян Е.В.

СОСТОЯНИЕ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ АДАПТАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ БОЛЬНЫХ С КАРИЕСОМ ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯМИ, НУЖДАЮЩИХСЯ В МЕСТНОМ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБАЛИВАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Резюме. Изучены показатели неспецифических адаптационных реакций у 109 больных с глубоким кариесом, 18 - с острым травматическим пульпитом и гиперемией пульпы, с показанием к биологическому методу лечения и 25 - с острыми и хроническими формами пульпита с показаниями к экстирпационному методу лечения, требующие анестезиологического обеспечения стоматологических вмешательств. У больных с показаниями к консервативному лечению обнаружены преимущественно гармонические физиологические реакции тренировки и активации. Установлены выраженные нарушения адаптационных механизмов неспецифической защиты организма с развитием неполноценных дисгармоничных реакций и хронического стресса у 36% больных, которым осуществляли экстирпационный метод лечения пульпитов свидетельствовали о необходимости их коррекции в процессе лечения.

Ключевые слова: кариес зубов, пульпит, неспецифические адаптационные реакции организма.

Kulygina V.N., Muntian O.V.

STATE OF NONSPECIFIC ADAPTIVE REACTIONS OF PATIENTS WITH CARIES AND IT'S COMPLICATIONS THAT

Summary. Studied indexes of unspecific adaptative reactions of the 109 patients with deep caries, 18 - acute traumatic pulpitis and hyperemia of the pulp, with an indication for biological method of treatment and 25 - acute and chronic forms of pulpitis with indications to extirpation treatment that required anesthesia for dental procedures. The patients with indications to conservative treatment were identified mostly harmonic physiological reactions of training and activation. The expressed disturbances of adaptive unspecific protection mechanisms of the organism with the development of defective dysharmonic reactions and chronic stress of the 36% of patients were established whom performed extirpation method of pulpitis's treatment testified necessity of their correction during the treatment.

Key words: caries of the teeth, pulpitis, unspecific adaptative reactions of the organism.

Стаття надійшла до редакції 22.04.2013 р.

Кулыгина Валентина Николаевна - доктор мед. наук, профессор, завідувач кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 570682;

Мунтян Елена Викторовна - аспірант кафедри терапевтичної стоматології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; mulen77@ukr.net.

© Петрушенко В.В., Біктіміров О.В., Какарькін О.Я., Лавренчук А.П.

УДК: 616.345-006.6:616-089

Петрушенко В.В., Біктіміров О.В., Какарькін О.Я., Лавренчук А.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018),
Вінницький обласний клінічний онкологічний диспансер (вул. Хмельницьке шосе, 84, м. Вінниця, Україна, 21029)

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РАКУ ПРАВОГО ВІДДІЛУ ОБОДОВОЇ КИШКИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДУ ОПЕРАЦІЇ

Резюме. Робота присвячена вивченню морфо-функціонального стану кишечника у хворих на рак ободової кишки після правобічної геміколектомії. В дослідженні прийняли участь 63 хворих на рак правого відділу ободової кишки, які лікувались у Вінницькому обласному клінічному диспансері протягом 2005 - 2010 років. Доведено, що ілеотрансверзоанастомози "бік в бік" і "кінець в бік" не виконують антирефлюксної функції, призводять до розвитку хронічного ентероколіту, тривалих проносів, підтримують хронічну інтоксикацію і анемізацію хворих. Застосування антирефлюксного ілеотрансверзоанастомоза вірогідно покращує функцію кишечника, зменшуючи його запалення і нормалізуючи моторику. Приводить до зменшення інтоксикації та швидкого відновлення рівня гемоглобіну і біохімічних показників крові.

Ключеві слова: рак ободової кишки, правобічна геміколектомія, антирефлюксний анастомоз.

Вступ

У структурі онкозахворюваності колоректальний рак (КРР) займає одне з провідних місць. Ризик розвитку КРР у осіб європейської популяції складає на даний час 4 - 5%, частіше він виникає у осіб старше 40 років, максимум захворюваності припадає на вікові групи старше 70 років. Захворюваність у віковій групі 60-69 років майже в 10 разів перевищує рівень захворюваності у віці 40-49 років [Бондарь, 2006].

Останнє десятиріччя характеризується неухильним ростом захворюваності на КРР, як в усьому світі, так і в Україні. Стабільно високі показники захворюваності спо-

стерігаються в Донецькій, Дніпропетровській, Запорізькій областях. За останні 5 років спостерігається підвищення темпу росту захворюваності на КРР по Україні на 5,2% [Гайсенко, 2011]. У Вінницькій області вона стабільно висока, і складає 19,5 на 100 тис. населення, що перевищує середньо-державний показник. Не зважаючи на покращення ранньої діагностики КРР (в І-ІІ ст. виявляється 58,5% хворих), радикальному лікуванню підлягає лише 52,9%.

Основним методом лікування КРР був і залишається - хірургічний (правобічна або лівобічна геміколек-

томія, резекція сигмовидної або поперекової кишки). Правобічна геміколектомія відрізняється від решти операцій, при яких формуються товсто-товстокишкові анастомози, тим, що при ній накладається анастомоз між тонкою і товстою кишкою. При цьому природний клапан (Баугінева заслінка) ліквідується і товстокишковий вміст попадає до термінальних відділів тонкої кишки, що може значно погіршувати її функцію, викликати розвиток ентеритів, дисбактеріозу і впливати не тільки на якість життя (ЯЖ) хворих, але і на віддалені результати лікування. При цьому, досить часто спостерігається збільшення швидкості просування вмісту по кишковому тракту, виникнення патологічних рефлюксів, важких накопичувальних і евакуаторних порушень [Никитенков, 2004].

У даний час проблема реабілітації хворих на рак ободової кишки стає все більш значущою. Сучасна концепція лікування злоякісних новоутворень висуває серйозні вимоги не тільки до онкологічної ефективності проведеного лікування, але і до поліпшення функціональних результатів [Хожаєв, 2007]. Тому в останні роки проводяться активний пошук нових методів лікування, орієнтованих на покращення функціональних показників [Кечеруков, 2009; Плотников і др., 2000; Burch et al., 2000].

Метою нашого дослідження було оцінити морфофункціональні показники товстого кишечника після правобічної геміколектомії з різним типом накладання ілео-транsverзоанастомозу.

Матеріали та методи

Дослідження були включені 63 хворих на рак правого відділу ободової кишки, які лікувались у Вінницькому обласному клінічному диспансері протягом 2005 - 2010 років, і яким в якості основного методу лікування було виконано правобічну геміколектомію.

За методом накладання ілео-транsverзоанастомозу хворі були розділені на три групи: хворі, яким накладався анастомоз бік в бік (Б/Б) - 21 пацієнт; хворі, яким накладався анастомоз кінець тонкої в бік попереково-ободової (К/Б) - 20 пацієнтів; хворі, яким накладався антирефлюксний анастомоз (А/Р) за авторською методикою - 22 пацієнта.

Всі хворі підлягали детальному обстеженню через 3, 6 та 12 місяців із включенням: анкетування (для оцінки якості життя); рентгенологічного та ендоскопічного дослідження (для оцінки морфо-функціонального стану кишечника); лабораторного методу (для виявлення проявів запалення і ендогенної інтоксикації).

Результати. Обговорення

За віковим цензом хворі розподілились наступним чином. У віковій групі до 50 років знаходилось лише 7 пацієнтів (11,1%). З них 2 хворих в групі Б/Б, 4 - в К/Б і 1 - в групі А/Р. У віковій групі 50-59 років містилось 9 пацієнтів (14,3%), по 3 хворих в кожній з підгруп. Найбільша частина хворих (майже 70%) перебувала у віці з 60 до 79 років, що відповідає літературним даним [Бон-

дар, 2006]. І у віці старше 80 років знаходилось 3 пацієнта (4,8%), по одному в кожній з підгруп. Вірогідних відмінностей між підгрупами в жодній з вікових категорій не спостерігалось. Середній вік хворих склав $64,9 \pm 2,80$ років і між підгрупами також вірогідно не відрізнявся.

У хворих, яким був виконаний А/Р анастомоз переважала локалізація пухлини в сліпій кишці (45,5%), серед пацієнтів, яким були накладені анастомози Б/Б і К/Б - у висхідному відділі (47,6% та 45,5%) відповідно. Хворі з подвійною локалізацією пухлини в дослідження не включались. Локалізація пухлини на вибір методу оперативного втручання не впливала.

За стадією процесу хворі розподілились наступним чином: в I стадії 31,7% хворих; в II ст. - 58,7%; в III ст. - 9,5%; хворі з IV ст. захворювання в дослідження не включались. В усіх підгрупах більшість хворих перебували в I-II ст., а саме: в підгрупі Б/Б - 100%, в підгрупі К/Б - 95%, в підгрупі А/Р - 77,3.

Серед ускладнень захворювання найчастіше зустрічалась анемія, яка супроводжувала майже половину усіх хворих. По підгрупах цей симптом розподілився рівномірно і частота його суттєво не різнилась. Так в підгрупі Б/Б анемія зустрічалась у 57,1% хворих, а у підгрупах К/Б і А/Р - у 45% та 45,5% відповідно. Симптоми хронічної кишкової непрохідності відмічали у 20,6% хворих. В підгрупі Б/Б - 23,8%, в підгрупі К/Б - 15% і в підгрупі А/Р - 22,7%. Явища ендогенної інтоксикації відмічались лише у 3 хворих (4,8%), по одному хворому в кожній з підгруп. Таким чином суттєвої різниці, яка змогла б вплинути на результати лікування хворих, між підгрупами не спостерігалось.

Середній ліжко день у хворих групи Б/Б склав $19,0 \pm 1,27$, хворих групи К/Б - $18,6 \pm 1,17$ і хворих групи А/Р - $16,7 \pm 0,8$ днів. Різниця вірогідна ($p < 0,05$).

При оцінці результатів лікування хворих через 3, 6 та 12 місяців після операції звертала на себе увагу певна відмінність в їх загальному стані і в морфо-функціональному стані товстого кишечника в залежності від методу оперативного лікування. Так частота випорожнень за добу уже на 3 місяць після операції у хворих з антирефлюксним анастомозом була вірогідно нижчою ніж у хворих з анастомозом К/Б і особливо Б/Б і складала $3,2 \pm 0,16$ проти $4,1 \pm 0,13$ та $5,4 \pm 0,15$ рази у відповідних групах (табл. 1).

Ця різниця між групами збільшилась через 6 місяців і особливо помітною була через 12 місяців. Так, коли у хворих в групі А/Р за добу відмічалось не більше 2 випорожнень ($1,8 \pm 0,09$), то у хворих з анастомозом Б/Б - більше чотирьох ($4,2 \pm 0,09$), хворі групи К/Б займали проміжне становище і кількість випорожнень через 12 місяців у них становила $3,1 \pm 0,13$ ($p < 0,05$).

За характером випорожнень групи також суттєво відрізнялись. В групі з ілео-транsverзоанастомозом Б/Б рідкий характер стільця відмічався протягом року після операції у всіх 100% хворих. У хворих з групи К/Б

Таблиця 1. Залежність морфо-функціонального стану кишечника від типу іліотрансверзоанастомозу і терміну з моменту операції у хворих на рак ободової кишки

Показники	Тип анастомозу	Термін після операції		
		через 3 місяці	через 6 місяців	через 12 місяців
Кількість випорожнень за добу	Б/Б (n=21)	5,4±0,15	4,5±0,16	4,2±0,09
	К/Б(n=20)	4,1±0,13	3,8±0,24	3,1±0,13
	А/Р(n=22)	3,2 ±0,16	2,5±0,18	1,8±0,09
Рідкий стілець	Б/Б (n=21)	21 (100%)	21 (100%)	21 (100%)
	К/Б(n=20)	19 (95%)	17 (85%)	3 (15%)
	А/Р(n=22)	7 (31,8%)	1 (4,5%)	-
Анастомозит	Б/Б (n=21)	5 (23,8%)	-	-
	К/Б(n=20)	12 (57,1%)	6 (28,6%)	2 (9,5%)
	А/Р(n=22)	4 (19,0%)	-	-
Наявність рефлюкса	Б/Б (n=21)	21 (100%)	21 (100%)	21 (100%)
	К/Б(n=20)	20 (100%)	19 (95%)	19 (95%)
	А/Р(n=22)	1 (4,5%)	1 (4,5%)	1 (4,5%)
Набряк та гіперемія слизової оболонки	Б/Б (n=21)	21 (100%)	12 (57,1%)	4 (19,0%)
	К/Б(n=20)	20 (100%)	13 (65%)	4 (20%)
	А/Р(n=22)	13 (59,1%)	1 (4,5%)	-
Атрофія слизової оболонки	Б/Б (n=21)	-	-	10 (47,6%)
	К/Б(n=20)	-	1 (5,%)	8 (40%)
	А/Р(n=22)	-	-	3 (13,6)
Посилення моторики кишечника	Б/Б (n=21)	21 (100%)	21 (100%)	9 (42,8%)
	К/Б(n=20)	20 (100%)	17 (85%)	7 (35%)
	А/Р(n=22)	16 (72,7%)	1 (4,5%)	-
Зглаженість гаустрації	Б/Б (n=21)	1 (4,7%)	1 (4,7%)	8 (38%)
	К/Б(n=20)	1 (5%)	2 (10%)	2 (10%)
	А/Р(n=22)	-	2 (9,1%)	2 (9,1%)

кількість хворих з проносами зменшилась від 95% в перших 3 місяці після операції до 15% через 12 місяців. У хворих з А/Р анастомозом рідкий стілець спостерігався у 31,8% хворих через 3 місяці після операції у 4,5% - через півроку і не спостерігався в жодного хворого через 12 місяців.

Рідкий стілець і збільшення кількості випорожнень особливо в групі Б/Б пояснюється значним порушенням функції як товстого, так і тонкого кишечника, розвитком ентеритів та дисбактеріозу, які призводять до посилення моторики кишечника.

При іригоскопії на 3 місяць після операції у всіх хворих груп Б/Б і К/Б та у 72,7% хворих групи А/Р відмічалось посилення моторики кишечника. Через 6 місяців показник дещо зменшився в групі К/Б до 85%, в групі Б/Б залишався у всіх 100% хворих, а в групі А/Р спостерігався лише у одного хворого (4,5%). Через 12 місяців посилення моторики відмічалось у 42,8% хворих групи Б/Б, 35% хворих групи К/Б і не спостерігалось у жодного хворого з групи А/Р.

При колоноскопичному дослідженні анастомозу на 3 місяць після операції признаки анастомозиту відмічались у 23,8% хворих групи Б/Б, у 57,1% хворих групи К/Б і лише 19,% хворих групи А/Р. На 6 і 12 місяць після операції признаки анастомозиту в групах Б/Б та А/Р не відмічались, а в групі К/Б зменшились до 28,6% через 6 місяців і 9,5% через 12 місяців. Можливо менша кількість анастомозитів в групі Б/Б пояснюється більшим просвітом анастомозу, а в групі А/Р його більшою фізіологічністю.

Наявність рефлюксу вмісту товстого кишечника в тонку кишку перевірялась колоноскопичним і іригоскопічним методом. Рефлюкс був наявний у всіх 100% хворих з анастомозом Б/Б на протязі року і хворих групи К/Б, хоча через 6 і 12 місяців в цій групі у одного хворого (5%) рефлекс не спостерігався. Тоді, як у хворих з А/Р анастомозом на протязі 12 місяців рефлекс спостерігався лише у одного хворого (4,5%), що відбулось, як ми вважаємо, через погіршність в дотриманні техніки накладання анастомозу.

При колоноскопії звертали увагу і на стан слизової оболонки товстого кишечника. Явища характерні для коліту (набряк і гіперемія) відмічались через 3 місяці у всіх хворих груп Б/Б та К/Б і трохи більше половини (59,1%) хворих групи А/Р. Через 6 та 12 місяців запальні явища поступово зменшились, в групі Б/Б відповідно до 57,1% та 19%, в групі К/Б до 65% та 20%, в групі А/Р до 4,5% через 6 місяців, а через 12 місяців явища запалення кишечника в цій групі не спостерігались.

Тривале хронічне запалення призводило до атрофії слизової оболонки, характерним для якої була її блідість, витончення, збідніння судинного малюнку. Характерним симптомом при іригоскопії була зглаженість гаустрації.

Атрофія слизової оболонки на 12 місяць після операції спостерігалась у 47,6% хворих групи Б/Б, 40% хворих групи К/Б і 13,6% хворих групи А/Р. подібна картина відбувалась і при оцінці рентгенологічних симптомів. Зглаженість гаустрації, яка у поодиноких хворих відмічалась уже через 3 і 6 місяців після операції, до кінця року спостерігалась у 38% хворих групи Б/Б, 10% хворих групи К/Б і 9% хворих групи А/Р.

Тривалі проноси, хронічний запальний процес в кишечнику призводили до зневоднення, наростання ендогенної інтоксикації, що не могло не відбитись на загальному стані хворих і якості їх життя.

При проведенні порівняльного аналізу лабораторних показників у хворих різних груп, звертає на себе увагу повільне відновлення рівня гемоглобіну і загального білку у хворих групи Б/Б (табл. 2).

Так, коли через 3 місяці після операції рівень гемоглобіну в усіх групах вірогідно не відрізнявся і коливався в межах (100,3 - 106,2) г/л, то через 6 місяців, а особливо через 12 різниця була суттєвою і вірогідною (p<0,05). В групі з А/Р анастомозом гемоглобін через 6 місяців становив 115,4±4,28, а через 12 місяців 127,6±4,47 г/л. В групі К/Б 109,8±5,09 та 117,3±3,33 г/л

Таблиця 2. Залежність лабораторних показників у хворих на рак ободової кишки від терміну з моменту операції і типу іліотрансверзоанастомозу.

Показники	Тип анастомозу	Термін після операції		
		через 3 місяці	через 6 місяців	через 12 місяців
Гемоглобін, г/л	Б/Б (n=21)	100,3±2,99	103,4±2,53	105,7±1,61
	К/Б (n=20)	103,6±3,68	109,8±5,09	117,3±3,33*
	А/Р (n=22)	106,2±4,02	115,4±4,28*	127,6±4,47**
Лейкоцити, тис/мл	Б/Б (n=21)	7,6±0,47	7,9±0,52	6,1±0,26
	К/Б (n=20)	6,5±0,63	6,6±0,4	5,3±0,23*
	А/Р (n=22)	5,4±0,35*	4,9±0,33*	4,1±0,19*#
ШОЕ, мм/год	Б/Б (n=21)	38,9±2,9	27,2±2,65	19,5±1,97
	К/Б (n=20)	25,4±3,16*	21,2±2,71	16,8±2,4
	А/Р (n=22)	25,0±5,23*	17,5±3,09*	11,8±1,92**
Загальний білок, м.моль/л	Б/Б (n=21)	68,9±1,08	67,9±0,78	70,9±0,48
	К/Б (n=20)	70,5±1,58	69,8±1,88	73,1±0,91*
	А/Р (n=22)	71,1±1,63	74,6±1,68**	77,5±1,34**
Фібриноген, мк.моль/л	Б/Б (n=21)	5,6±0,48	5,7±0,42	5,0±0,32
	К/Б (n=20)	4,3±0,28*	4,8±0,18*	4,2±0,22*
	А/Р (n=22)	4,0±0,22*	3,7±0,24**	3,4±0,23**
Протромбінів індекс, %	Б/Б (n=21)	82,5±3,38	85,8±2,85	82,4±2,134
	К/Б (n=20)	86,0±2,44	87,8±2,4	83,7±2,64
	А/Р (n=22)	87,0±1,97*	84,0±2,11	79,0±2,55

Примітки: * - вірогідні відмінності (p<0,05) щодо групи Б/Б; # - вірогідні відмінності (p<0,05) щодо групи К/Б.

відповідно, тоді як в групі хворих з анастомозом Б/Б, яка характеризувалась найбільшими порушеннями евакуаторної функції та вираженими запальними змінами в кишечнику, відновлення рівня гемоглобіну протягом року так і не відбулось і його рівень через 12 місяців становив 105,7 ± 1,61 г/л.

Подібна картина спостерігалась і з рівнем загального білку. Коли початковий рівень білка і рівень через 3 місяці між групами вірогідно не відрізнялись, то через 6 і 12 місяців підвищення його рівня в групі А/Р вірогідно відрізнялось від показників групи К/Б і особливо Б/Б. Динаміка змін загального білку для групи Б/Б через 3,6 та 12 місяців становила відповідно 68,9±1,08 ; 67,9±0,78 та 70,9±0,48 ммоль/л. Для групи К/Б 70,5±1,58; 69,8±1,88 та 73,1±0,91 ммоль/л відповідно. І для групи А/Р 71,1±1,63; 74,6±1,68 та 77,5±1,34 ммоль/л.

Протилежна картина спостерігалась при аналізі показників запалення. Лейкоцитоз і висока ШОЕ найдовше тримались в групі хворих з анастомозом Б/Б і швидше всього нормалізувались у хворих з А/Р анастомозом. Найбільш виразними показники запалення були на 3 місяць після операції. Так середній рівень лейкоцитів в периферичній крові хворих з анастомозом Б/Б

на 3 місяць після операції складав 7,6±0,47 тис/мл, ШОЕ - 38,9±2,9 мм/год., в групі хворих з анастомозом К/Б відповідно 6,5±0,63 тис/мл та 25,4±3,16 мм/год. І в групі А/Р 5,4±0,35 тис/мл та 25,0±5,23 мм/год.

Непрямими показниками запалення можна вважати рівень фібринугена, який протягом року залишався високим в групі Б/Б і через 12 місяців після операції залишався на рівні 5,0±0,3 ммоль/л. В групі хворих А/Р він був вірогідно нижчим 3,4±0,23 ммоль/л.

Таким чином накладання антирефлюксного ілеотрансверзоанастомозу є найбільш фізіологічною операцією. Перешкоджаючи зворотному руху кишкового вмісту А/Р анастомоз попереджує розвиток ентериту, анастомозиту, запалення і послідуочної атрофії слизової оболонки товстого кишечника, нормалізує його функцію в термін від 6 до 12 місяців після операції. У хворих з А/Р анастомозом швидше відновлюється рівень гемоглобіну, загального білка та фібриногену, відсутні явища запалення та ендогенної інтоксикації.

Ілеотрансверзоанастомоз К/Б значно поступається за показниками функції кишечника А/Р, але є більш фізіологічним ніж анастомоз Б/Б. При правобічній геміколектомії не слід рекомендувати накладання іліотрансверзоанастомозу Б/Б, через значне погіршення морфо-функціонального стану кишечника, відновлення нормальної функції іноді не наступає і через 12 місяців після операції.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Рак ободової кишки - одне з найбільш частих онкологічних захворювань населення Вінницької області і часто призводить до розвитку кишкової непрохідності та анемії. Найбільша частина хворих на рак ободової кишки (майже 70%) перебуває у віці з 60 до 79 років.

2. Основним методом лікування пухлин локалізованих у сліпій, висхідній кишці та в печінковому відділі ободової кишки є правобічна геміколектомія з формуванням ілео-трансверзоанастомозу "бік в бік" або "кінець в бік".

3. Загально прийняті методи накладання ілео-трансверзоанастомозу призводять до погіршення функції кишечника з розвитком його хронічного запалення, посилення моторики, проносів і хронічної інтоксикації.

Перспективним методом покращення морфо-функціональних показників кишечника може стати застосування антирефлюксного ілео-трансверзоанастомоза, що дозволить зменшити кількість анастомозитів, частоту запалення і атрофії слизової оболонки, нормалізує характер випорожнень та їх частоту, забезпечить більш швидке відновлення рівня гемоглобіну та інших біохімічних показників крові.

Список літератури

Бондарь Г.В. Лекції з клінічної онкології [Т. 1] /Бондарь Г.В. - Донецьк, 2006. - 559 с.
Гайсенко А.В. Епідеміологія раку в Ук-

раїні. Тенденції та прогноз /А.В.Гайсенко //Клиническая онкология. - 2011. - Спец. выпуск II. Матеріали XII з'їзду онкологів України. - С. 5-6

Кечеруков А.И. Устройство для формирования клапанного арефлюксного тонко-толстокишечного анастомоза /Кечеруков А.И. //Патент на изобре-

- тение РФ №2350285 от 27.03.2009.
- Интеллек. собственность ГОУ ВПО ТюмГМА Росздзрва [Электронный ресурс] Режим доступа <http://bd.patent.su/2350000-2350999/pat/servlet/servlet49c2.html>
- Никитенков А.Г. Анатомо-экспериментальное обоснование инвагинационных тонко-толстокишечных антирефлюксных анастомозов при правосторонней гемиколэктомии /А.Г. - Никитенков //Клинич. анатомия и эксперим. хирургия. - Оренбург, 2004. - №4. - С. 215-220.
- Способ формирования компрессионного инвагинационного тонко-толстокишечного анастомоза конец в конец /В.В.Плотников, Ю.Б.Чинарев, С.В.Мысливцев [и др.] //Проблемы колопроктологии. - 2000. - Вып.17. - С. 217-221.
- Хожаев А.А. Пути улучшения функциональных результатов лечения и качества жизни больных раком правой половины ободочной кишки / А.А.Хожаев //Медицина. - 2007. - №7. - С. 14-15.
- Burch J.M. Single-layer continuous versus two-layer interrupted intestinal anastomosis: a prospective randomized trial /J.M.Burch, R.J.Francoise, E.E.Moore //Ann. Surg. - 2000. - Vol.231(6). - P. 832-837.

Петрушенко В.В., Биктимиров А.В., Какаркин А.Я., Лавренчук А.П.
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРАВОГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕТОДА ОПЕРАЦИИ

Резюме. Работа посвящена изучению морфо-функционального состояния кишечника у больных раком ободочной кишки после правосторонней гемиколэктомии. В исследовании приняли участие 63 больных раком правого отдела ободочной кишки, лечившихся в Винницком областном клиническом диспансере на протяжении 2005 - 2010 годов. Доказано, что илеотрансверзоанастомоза "бок в бок" и "конец в бок" не выполняют антирефлюксной функции, приводят к развитию хронического энтероколита, длительных поносов, поддерживают хроническую интоксикацию и анемию больных. Применение антирефлюксного илеотрансверзоанастомоза достоверно улучшает функцию кишечника, уменьшая его воспаление и нормализуя моторику. Приводит к уменьшению интоксикации и быстрому восстановлению уровня гемоглобина и биохимических показателей крови.

Ключевые слова: рак ободочной кишки, правосторонняя гемиколэктомия, антирефлюксный анастомоз.

Petrushenko V.V., Biktimirov O.V., Kakarkin O.J., Lavrenchuk A.P.
ANALYSIS OF RESULTS SURGICAL TREATMENT CANCER THE RIGHT SECTION OF COLON IN DEPENDING ON METHOD OF SURGERY

Sammary. The paper is devoted to the study of morphological and functional state of the intestine of the patients with cancer of the colon after right-sided hemicolectomy. In study 63 patients with cancer of the right colon were involved, who were treated in Vinnytsia Oblast Clinical dispensary during 2005 - 2010. It is proved that ileotransversoanastomozы "side to side" and "end to side" do not perform antireflux function, leading to the development of chronic enterocolitis, prolonged diarrhea, chronic toxicity and maintain anemia of the patients. The use of antireflux ileotransversoanastomozа significantly improves bowel function, reducing inflammation and normalizing its motility. This leads to the reduce of the toxicity and rapid recovery of hemoglobin and biochemical parameters of the blood.

Key words: cancer of colon, right-sided hemicolectome, antyreflux anastomosis.

Стаття надійшла до редакції 30.04.2013 р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - доктор мед. наук, проф., зав. кафедри ендоскопічної хірургії, проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (0432) 57-03-60;

Биктимиров Олександр Вікторович - ординатор хірургічного відділення Вінницького обласного клінічного онкологічного диспансера; (067) 7969090;

Какаркин Олександр Якович - к.мед.н., доц. кафедри онкології Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; (067) 7997666; kakarkin@rambler.ru;

Лавренчук Анатолій Петрович - ординатор хірургічного відділення Погребищенської ЦРЛ; (067) 9362026.

© Синько У.В.

УДК: 616.127-005.8+616.233-002+616.092+616.072.7-08

Синько У.В.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №4 та медсестринства (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76000)

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІЇ ЗОВНІШНЬОГО ДИХАННЯ, ЛІЗОЦИМУ БРОНХОАЛЬВЕОЛЯРНОГО СЕКРЕТУ ТА ФУНКЦІОНАЛЬНИХ РЕЗЕРВІВ МІОКАРДУ У ПАЦІЄНТІВ З ХОЗЛ, ЩО ПОЄДНУЄТЬСЯ З ІХС

Резюме. Показники функції зовнішнього дихання, рівень лізоциму бронхо-альвеолярного секрету, фракцію викиду лівого шлуночка вивчали у 60 пацієнтів з ХОЗЛ в поєднанні з ІХС, причому вони були розділені на 2 групи в залежності від проведеної терапії: 1 група - 30 пацієнтів, що отримували стандартну терапію; 30 пацієнтів 2 групи, крім стандартної терапії, отримували настоянку ехінацеї та хлорофіліпт. Отримані результати свідчать про зниження рівня лізоциму бронхо-альвеолярного секрету у хворих обох груп, який покращувався під впливом терапії, що проводилася, причому більш значна динаміка вказаного показника спостерігалась у пацієнтів 2 групи і відбувалася одночасно з покращенням показників функції зовнішнього дихання і функціональних резервів міокарда. Приєднання до комплексної терапії препаратів ехінацеї та хлорофіліпту дозволить попередити розвиток ускладнень і покращить прогноз захворювання у такої категорії пацієнтів.

Ключові слова: ХОЗЛ, ІХС, лізоцим бронхоальвеолярного секрету, ехінацея, хлорофіліпт.