

тонита и выработать соответствующую тактику лечения.

**Ключевые слова:** перитонит, сердечнососудистая система.

*Churpiy I.K., Churpiy K.L., Churpiy V.K.*

### CHANGES IN PARAMETERS OF THE CARDIO-VASCULAR SYSTEM IN PATIENTS WITH PERITONITIS, DEPENDING ON ITS PREVALENCE ON ADMISSION

**Summary:** On admission to hospital in patients with peritonitis, is noticed significant irregularities of CAS parameters that affect the course of the underlying disease and in need of serious correction.

Determination of changes in terms of CAS by calculation method on admission to hospital does not require expensive equipment, it can be used in every hospital so that you can adjust the status of CAS, to predict the course of peritonitis and develop an appropriate treatment strategy.

**Key words:** peritonitis, cardio-vascular system.

Стаття надійшла до друку 03.12.2013 р.

*Чурпій Ігор Костянтинович* - к.мед.н., доц. кафедри хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 050 967-18-40; churpiy\_igor@yahoo.com

*Чурпій Костянтин Леонідович* - к.мед.н., кафедра хірургії стоматологічного факультету Івано-Франківського національного медичного університету; +38 052 585-10-66; ifdmu@ifdmu.edu.ua

*Чурпій Володимир Костянтинович* - зав. хірургічним відділенням Маловисківської ЦРЛ; +38 052 585-10-66

---

© Полунин Г.Е., Косарь Н.В., Танасов И.А.

УДК: 616.351-007.286:616.348-002.44+615.032.13

*Полунин Г.Е., Косарь Н.В. Танасов И.А.*

Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького, кафедра общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета (пр. Ильича, 16, г. Донецк, Украина, 83003)

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ КУЛЬТИ ПРЯМОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ЯЗВЕННОГО КОЛИТА

---

**Резюме.** В статье представлены результаты хирургического лечения 76 пациентов с тяжелой формой неспецифического язвенного колита (НЯК), перенесших на первом этапе хирургического лечения резекцию толстой кишки (ТК) в объеме субтотальной колонэктомии (СК). У 36 пациентов, перенесшим на первом этапе хирургического лечения СК, для введения препаратов использована методика катетеризации сигмовидной артерии. Общее количество осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства, в ближайшем послеоперационном периоде, в контрольной группе составило 11 (27,5±7,1%), в основной группе - 5 (13,9±5,8%). В послеоперационном периоде летальность в основной группе составила 11,1±5,2%, в контрольной группе - 20,0±6,3%. Морфологический контроль за состоянием слизистой оболочки ТК показал наличие в основной группе через 7 суток зон физиологической регенерации эпителия и признаки хронизации. Длительность пребывания в стационаре в основной группе уменьшилась в среднем на 10,4±2,1 дней. Сроки до выполнения проктэктомии и восстановительного этапа хирургического лечения в основной группе уменьшились в среднем на 7,2±3,2 мес. Количество неудовлетворительных результатов в контрольной группе составило 17 (42,5±7,8%), в основной группе - 7 (19,4±6,6%) ( $p < 0,05$ ).

**Ключевые слова:** язвенный колит, хирургическое лечение, внутриартериальная терапия.

---

### Введение

Неспецифический язвенный колит (НЯК) относится к группе неспецифических воспалительных заболеваний толстой кишки (НВЗТК) и на сегодняшний день консервативно не излечим [Greifer, Markowitz, 2006]. Несмотря на достигнутые успехи медикаментозного лечения НВЗТК и снижение общего процента больных, нуждающихся в оперативном лечении, абсолютное их число, с учетом роста заболеваемости, растет. Послеоперационная летальность при плановых операциях составляет от 5,6% до 16,0% [Nicholls et al., 2010], а при экстренных вмешательствах достигает 50% [Воробьев, Халиф, 2008].

В сложной проблеме хирургического лечения ВЗТК есть несколько весьма трудных для решения вопросов, имеющих важное практическое значение. В част-

ности, в литературе встречаются разнообразные мнения по поводу объема операции, особенно при тяжелых формах заболевания [Galandiuk et al., 2012]. Колонпроктэктомия (КПЭ) является наиболее радикальным методом хирургического лечения НЯК [Федоров и др., 1989]. Но те задачи, которые стремятся решить хирург, нередко оказываются недостижимыми. КПЭ больные с тяжелым течением заболевания не всегда могут перенести.

В этих случаях субтотальная колонэктомия (СК) с раздельной илео- и сигмостомией на первом этапе хирургического лечения, может быть операцией выбора по устранению патологического очага и минимальным объемом, который на данном этапе может перенести пациент. Операция переносится значительно легче, чем

КПЭ, а сохранение хотя бы части толстой кишки (ТК) оставляет надежды на выполнение, в последующем, восстановительной операции.

Несмотря на то, что мы стремимся выполнять оперативные вмешательства при НЯК одноэтапно, в радикальном объеме, количество "вынужденных" СК ежегодно остается на прежнем уровне. Поэтому необходимо стремиться в этой группе больных: снизить риск при выполнении оперативного вмешательства, уменьшить время длительности интоксикационного синдрома после операции, сократить сроки до- и увеличить шансы пациента выполнения реконструктивного этапа хирургического лечения. Лекарственная терапия отключенной части ТК остается нерешенной до конца проблемой. В настоящее время не вызывает сомнения эффективность внутриартериального введения лекарственных препаратов в комплексном лечении различной хирургической патологии.

*Цель* - оценить эффективность внутриартериальной терапии культуры прямой кишки (ПК) у пациентов с тяжелой формой НЯК.

### Материалы и методы

В основу работы включены сведения о 76 больных с тяжелой формой НЯК, перенесших на первом этапе хирургического лечения резекцию ТК в объеме СК. Мужчин было 41 (53,9±5,7%), женщин 35 (46,1±5,7%). Средний возраст прооперированных составил 38,9±2,7 лет. Возраст дебюта НЯК в среднем составил 33,9±2,4 лет. Время, прошедшее от дебюта НЯК до операции в среднем составило 5,3±2,3 года.

С целью внутриартериального введения препаратов 36 пациентам, перенесшим на первом этапе хирургического лечения СК, использована методика, при которой после выполнения СК и формирования илео- и сигмостомы, проводят инфузионный катетер через культуру сигмовидной артерии вне пределов брюшной полости, в месте ее пересечения в области концевой отдела стомированной кишки (Патент Украины № 66607) (рис. 1). Эти пациенты вошли в основную группу (ОГ), оставшиеся 40 составили контрольную группу (КГ). В послеоперационном периоде клинически оценивалось общее состояние пациентов, показатели клинико-лабораторных исследований, количество послеоперационных осложнений, длительность лечения, время трудовой реабилитации, а так же сроки до проведения реконструктивно-восстановительной операции, осуществлялся морфологический контроль состояния слизистой ПК.

Статистическая обработка результатов исследования была произведена на персональном компьютере Pentium-IV с применением лицензионного статистического пакета "Stadia 6.0".

### Результаты. Обсуждение

Показаниями к СК послужили: неэффективность консервативной терапии с развитием синдрома поли-

органной недостаточности (СПОН) - 28 (36,8±5,5%), кишечное кровотечение - 18 (23,7±4,9%), перфорация ТК и перитонит - 13 (17,1±4,3%), токсическая дилатация ТК - 8 (10,5±3,5%), кишечная непроходимость - 5 (6,6±2,8%), рак - 4 (5,3±2,6%) случая. Несмотря на тяжелое общее состояние всех пациентов 50 (65,8±5,4%) операций были выполнены в плановом порядке, 26 (34,2±5,4%) - по ургентным показаниям.

Общее количество осложнений, требующих повторного оперативного вмешательства, в ближайшем послеоперационном периоде, в КГ составило 11 (27,5±7,1%) - спаечная кишечная непроходимость (КН) - 5, перфорация тонкой кишки - 5, абсцесс брюшной полости - 1. В ОГ имеет место тенденция к снижению числа ранних послеоперационных осложнений, количество которых составило 5 (13,9±5,8%) спаечная кишечная непроходимость (КН) - 2, перфорация тонкой кишки - 2, абсцесс брюшной полости - 1 (p>0,05).

В послеоперационном периоде в ОГ умерло 4 пациентов, в КГ - 8, таким образом, летальность в ОГ составила 11,1±5,2%, в КГ - 20,0±6,3%. Причинами летальных исходов явились: прогрессирование СПОН - 4, перитонит - 4, кровотечение - 2, сердечнососудистая недостаточность - 2 пациента. Средний возраст умерших составил 44,2±5,7 года.

Морфологический контроль за состоянием слизистой оболочки ТК показал, что перед выполнением СК имеет место резко выраженная деформация крипт, очаговое уменьшение числа бокаловидных клеток, или уменьшение размеров вакуоли муцина, снижение интенсивности PAS-реакции, равномерную, резко выраженную лимфо-плазмоцитарную инфильтрацию с большим числом эозинофилов, нейтрофилов с наличием гликогена в цитоплазме. Имеются межэпителиальные лейкоциты, лимфоциты, встречаются скопления лейкоцитов в просвете крипт (крипт-абсцессы). Местами истончен, десквамирован поверхностный эпителий (рис. 2).

Через 7 суток после начала внутриартериального введения препаратов в ТК отмечается резкая дефор-

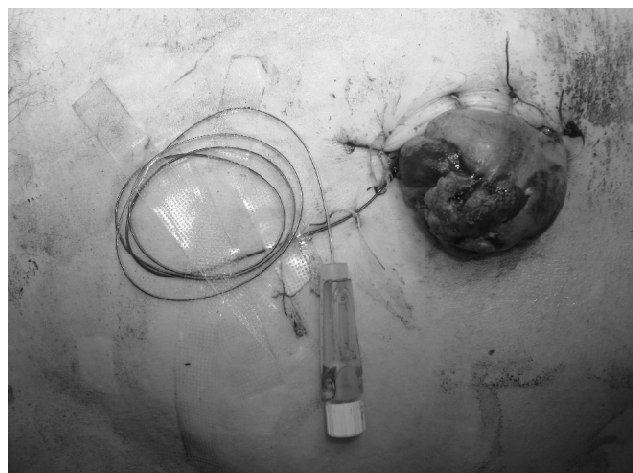
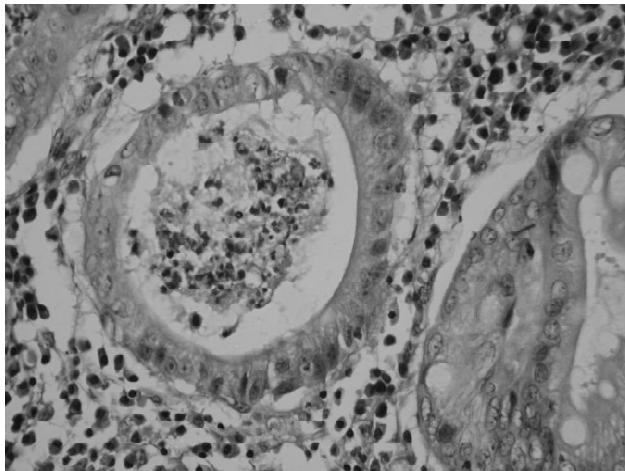


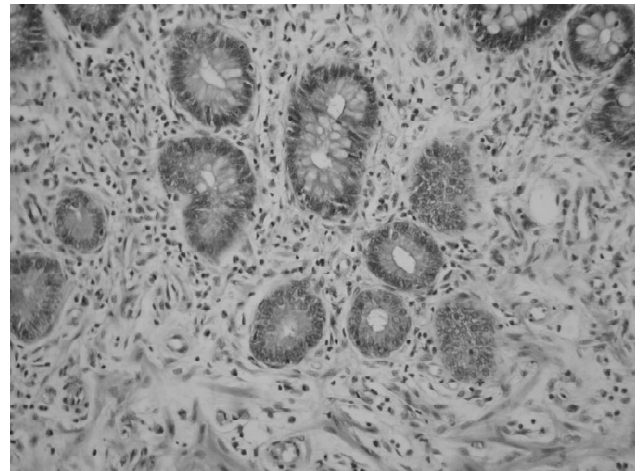
Рис. 1. Методика катетеризации сигмовидной артерии.



**Рис. 2.** Состояние слизистой оболочки ТК перед лечением (ув. х 400).

мация крипт с большим числом бокаловидных клеток, умеренной и выраженной PAS-реакцией в них. В собственной пластинке слабая до умеренной лимфо-плазмоцитарная реакция с небольшим числом лейкоцитов с гликогеном в цитоплазме. В базальном отделе слизистой оболочки крипт с малым числом бокаловидных клеток, единичные крипты без бокаловидных клеток с более крупными ядрами (зона физиологической регенерации эпителия). Отмечается слабая, до умеренного в базальных отделах разрастание волокнистой соединительной ткани (признак хронизации) (рис. 3). В эти сроки в ОГ отмечалась значительная стабилизация состояния пациентов, нормализация температуры тела у же на 1-2 сутки, положительные изменения общих и биохимических показателей крови. Длительность пребывания в стационаре в ОГ уменьшилась в среднем на  $10,4 \pm 2,1$  дней. Сроки до выполнения проктэктомии и восстановительного этапа хирургического лечения в ОГ уменьшился в среднем на  $7,2 \pm 3,2$  мес.

Что касается социальной реабилитации, мы оценивали результаты лечения как "хорошие" в том случае, когда пациенту была восстановлена кишечная непрерывность и он мог возвратиться к активной трудовой и общественной жизни. В том случае, когда трудовая и



**Рис. 3.** Состояние слизистой оболочки ТК на 7 сутки после начала проведения внутриаартериальной терапии (ув. х 200).

общественная жизнь протекает с некоторыми ограничениями, результат лечения расценивался как "удовлетворительный". В случае смерти пациента, возникновения поздних хирургических осложнений, невозможность трудовой деятельности, результат лечения оценивался как "неудовлетворительный". Количество неудовлетворительных результатов в КГ составило 17 ( $42,5 \pm 7,8\%$ ), в ОГ - 7 ( $19,4 \pm 6,6\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

### Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Проведенный анализ показал, что внутриаартериальное введение препаратов у пациентов с НЯК, перенесших на первом этапе СК, значительно ускоряет сроки достижения клинической ремиссии, уменьшает количество послеоперационных осложнений (в среднем на 13,6%), уменьшает длительность пребывания в стационаре (в среднем на  $10,4 \pm 2,1$  дней), укорачивает сроки до выполнения проктэктомии и восстановительного этапа хирургического лечения (в среднем на  $7,2 \pm 3,2$  мес).

В перспективе необходимо провести дополнительные исследования по оптимизации комплекса внутриаартериальной терапии у данной категории пациентов.

### Список литературы

- Воробьев Г.И. Неспецифические воспалительные заболевания кишечника /Г.И.Воробьев, И.Л.Халиф. - М.: Миклош, 2008. - 400 с.
- Федоров В.Д. Реконструктивные операции у больных неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона /В.Д.Федоров, П.Н.Олейников, В.Ю.Алипов //Хирургия. - 1989. - №10. - С. 74-77.
- Field cancerization in the intestinal epithelium of patients with Crohn's ileocolitis /S.Galandiuk, M.Rodriguez-Justo, R.Jeffery [et al.] // Gastroenterology. - 2012. - Vol.142, №4. - P. 855-864.
- Greifer M.K. Update in the treatment of paediatric ulcerative colitis / M.K.Greifer, J.F.Markowitz //Expert Opin. Pharmacother. - 2006. - Vol.7, №14. - P. 1907-1918.
- Nationwide linkage analysis in Scotland implicates age as the critical overall determinant of mortality in ulcerative colitis /R.J.Nicholls, D.N.Clark, L.Kelso [et al.] //Aliment Pharmacol Ther. - 2010. - Vol.31, №12. - P. 1310-1321.

*Полунін Г.Є., Косар Н.В., Танасов І.А.*

### ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ КУКСИ ПРЯМОЇ КИШКИ У ПАЦІЄНТІВ З ВАЖКОЮ ФОРМОЮ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ

**Резюме.** У статті представлено результати хірургічного лікування 76 пацієнтів з важкою формою неспецифічного виразкового коліту (НВК), що перенесли на першому етапі хірургічного лікування резекцію товстої кишки (ТК) в обсязі субтотальної колонектомії (СК). У 36 пацієнтів, яким на першому етапі хірургічного лікування виконано СК, для введення препаратів застосовано методику катетеризації сигмоподібної артерії. Загальна кількість ускладнень, що вимагають повторного опе-

ративного втручання в найближчому післяопераційному періоді, в контрольній групі становила 11 (27,5±7,1%), в основній групі - 5 (13,9±5,8%). У післяопераційному періоді летальність в основній групі склала 11,1±5,2%, в КГ - 20,0±6,3%. Морфологічний контроль за станом слизової оболонки ТК показав наявність в основній групі через 7 діб зон фізіологічної регенерації епітелію і ознак хронізації. Тривалість перебування в стаціонарі в основній групі зменшилася в середньому на 10,4±2,1 днів. Відрізок часу до виконання проктомії і відновного етапу хірургічного лікування в основній групі скоротився в середньому на 7,2±3,2 міс. Кількість незадовільних результатів в контрольній групі склала 17 (42,5±7,8%), в основній групі - 7 (19,4±6,6%) ( $p < 0,05$ ).  
**Ключові слова:** виразковий коліт, хірургічне лікування, внутрішньоартеріальна терапія.

**Polunin G.E., Kosar N.V., Tanasov I.A.**

#### SUBTOTAL COLECTOMY AS THE FIRST STAGE OF SURGICAL TREATMENT OF SEVERE NONSPECIFIC ULCERATIVE COLITIS

**Summary.** The surgeons are split on the question of the extent of surgical intervention in severe ulcerative colitis (UC). The problem of drug therapy of the remain part of the colon does not appear to have been resolved. For this reason we studied the efficiency of intraarterial therapy. The results of surgical treatment of 76 patients with severe nonspecific UC, who were undergoing colon resection (subtotal colectomy [SC]) as the first stage of surgical treatment, are discussed. For 36 patients, who were undergoing SC as the first stage of surgical treatment, catheterization of sigmoid artery was performed. General number of complications which required surgical intervention was 11 (27,5±7,1%) in the control group (CG) including adhesive intestinal obstruction (AIO) in 5 patients, intestinal perforation in 5 patients and intraabdominal abscess in 1 patient. The tendency to decreasing of early postoperative complication was observed in the study group (SG) to 5 (13,9±5,8%) cases including adhesive intestinal obstruction (AIO) in 2 patients, intestinal perforation in 2 patients, and intraabdominal abscess in 1 patient ( $p > 0,05$ ). Four patients in the SG died in postoperative period and 8 patients died in the CG; therefore lethality was 11,1±5,2% in the SG and 20,0±6,3% the CG. Causes of death included the multiple organ dysfunction syndrome progression in 4 patients, peritonitis in 4 patients, bleeding in 2 patients, and cardiovascular failure in 2 patients. The mean age of death of patients was 44,2±5,7 years. Pathohistology monitoring of intestinal mucosa condition was performed in 7 days, its results have demonstrated the presence of focuses of physiological epithelium regeneration and signs of chronic process. Length of stay in hospital was shorter in the SG by a mean of 10,4±2,1 days. Time to proctectomy and reconstructive surgery was shorter in the SG by a mean of 7,2±3,2 months. Unacceptable outcomes were observed in 17 (42,5±7,8%) patients of the CG and in 7 (19,4±6,6%) patients of the SG ( $p < 0,05$ ).

**Key words:** ulcerative colitis, surgical treatment, intraarterial therapy.

Стаття надійшла до друку 09.12.2013р.

Полунин Герман Евгениевич - к. мед. н., доц. кафедри общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета, ; +38 062 304-11-00, +38 062 295-65-74, +38 050 620-87-14; poluningerman@gmail.com

Косарь Наталья Викторовна - аспирант кафедры общей хирургии и хирургических болезней стоматологического факультета Донецкого национального медицинского университета; +38 050 905-42-05; dr.kosar@rambler.ru, science@dsmu.edu.ua

Танасов Игорь Анатольевич - врач-ординатор Донецкого областного клинического территориального медицинского объединения (ДОКТМО); +38 050 593-05-65, +38 062 295-67-14

© Лисюк Ю. С., Савчак Я. О., Романчук Д. Л.

УДК: 616.74-002.4-07

**Лисюк Ю.С., Савчак Я.О., Романчук Д.Л.**

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, кафедра загальної хірургії (вул. Миколайчука, 9, м. Львів, Україна, 79059)

## ДІАГНОСТИЧНІ ПРОБЛЕМИ В ЛІКУВАННІ НЕКРОТИЗУЮЧИХ ІНФЕКЦІЙ М'ЯКИХ ТКАНИН

**Резюме.** В статті наведено результати ретроспективного вивчення особливостей клінічного перебігу некротизуючих інфекцій м'яких тканин у 15 хворих. на час госпіталізації клінічна симптоматика була із маніфестаційною маскою різноманітних захворювань, основними діагностичними помилками було трактування процесу як бешихи (26,7%), інфікованої рани (13,3%) або ускладненої патології вен нижніх кінцівок (13,3%). У 14 (93,3%) хворих були ознаки поліорганної дисфункції, в т.ч. у 7 (46,7%) - вияви інфекційно-токсичного шоку, а також констатовано суттєве підвищення показників лейкоцитарного індексу інтоксикації за Кальф-Каліфом (від 3 до 15,3 ум. од.). Хірургічне втручання виконано 14 пацієнтам, загальна летальність становила 60% (9 пацієнтів), післяопераційна - 57,1%. Зроблено висновок, що на початкових етапах некротизуючі інфекції м'яких тканин можуть проявлятися маніфестаційними масками різноманітних захворювань. Доцільним для своєчасної діагностики може стати підвищення поінформованості лікарів нехірургічного профілю. Лейкоцитарний індекс інтоксикації є раннім інформативним критерієм важкості інтоксикаційного синдрому.

**Ключові слова:** некротизуючі інфекції м'яких тканин, некротизуючий фасциїт, маніфестаційні маски, діагностичні помилки, лейкоцитарний індекс інтоксикації.

### Вступ

Некротизуючі інфекції м'яких тканин (НІМТ) - група небезпечних хірургічних захворювань, яким притаманне швидке прогресування процесу із розвитком важ-

кої токсемії та поліорганної недостатності. Проте на початкових етапах захворювання нерідко спостерігається невідповідність шкірних проявів до змін у глибоких