

на. - Челябинск, 2004. - 214 с.
 Лебедев К.А. Иммуная недостаточность /К.А.Лебедев, И.Д.Понякина. - М.: Медицинская книга, 2003. - 443 с.
 Изменения показателей биологической активности нейтрофилов тканях пародонта при экспериментальной ране десны /Н.Н.Маянская, Е.Г.Стеценко, А.М.Абрамович [и др.] // Здравоохранение Дальнего Востока. - 2003. - №1. - С. 16-18.
 Пат. 2311174 Российская Федерация МПК А61К 31/11, А61Р 37/04. Способ локальной иммунокоррекции гнойных ран челюстно-лицевой области /Латюшина Л.С., Долгушин И.И.; заявитель и патентообладатель Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Челябинская Государственная медицинская академия Министерства Здравоохранения Российской Федерации". - №2005104230/14; заявл. 16.02.05; опубл. 27.07.06, Бюл. №33.

Пат. 2361607 Российская Федерация МПК А61К 38/20, А61К 31/10, А61К 33/14, А61Р 37/02. Способ локальной иммунотерапии гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области /Латюшина Л.С., Долгушин И.И.; заявитель и патентообладатель Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Челябинская Государственная медицинская академия ФА по ЗД и СР РФ". - №2007121812/14; заявл. 09.06.07; опубл. 20.07.09, Бюл. №20.
 Пат. 2361626 Российская Федерация МПК А61М 35/00, А61К 38/21, А61Р 37/02, А61Р 17/02. Способ местной иммунотерапии гнойных ран челюстно-лицевой области /Латюшина Л.С., Долгушин И.И., Павлиенко Ю.В.; заявитель и патентообладатель Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Челябинская Госу-

дарственная медицинская академия ФА по ЗД и СР РФ". - №2007120973/14; заявл. 04.06.07; опубл. 20.07.09, Бюл. №20.
 Петропавловская О.Ю. Применение рекомбинантного интерлейкина 1 бета человека при лечении гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой локализации: дис. ... канд. мед. наук /О.Ю.Петропавловская. - СПб, 1999. - 182 с.
 Робустова Т.Г. Факторы неспецифической защиты и иммунная реактивность больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи /Т.Г.Робустова //Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи; под ред. проф. А.Г.Шаргородского. - М.: Медицина, 1985. - 352 с.
 Saxena V. Vacuum-assisted closure: microdeformations of wounds and cell proliferation /V.Saxena //Plast. Reconstr. Surg. - 2004. - №114(5). - P. 1086-1096.

Желиба Н. Д., Бурковский Н. И., Чернопищук Р. Н.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ ПРЕПАРАТОВ ЛИАСТЕН И ЛЕВОМЕКОЛЬ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГНОЙНОЙ РАНЕ

Резюме. В работе приведены клинико-иммунологические результаты экспериментального исследования эффективности местного применения комбинации препаратов Лиастен и Левомеколь в лечении гнойных ран. В динамике установлено положительное влияние данной композиции на процессы заживления, в том числе за счет действия на клеточное звено иммунитета.

Ключевые слова: экспериментальная гнойная рана, левомеколь, лиастен, локальный иммунитет, фактор формы нейтрофильных гранулоцитов.

Zheliba M. D., Burcovskiy M. I., Chornopyshchuk R. M.

CLINICAL AND IMMUNOLOGIC EFFICACY CRITERIA OF THE LOCALLY APPLIED COMBINATION OF LIASTENUM AND LEVOMEKOL FOR TREATMENT OF AN EXPERIMENTAL PURULENT WOUND

Summary. The paper describes the clinical and immunological results of a pilot study of the efficacy of local application of a combination of drugs (Liasten and Levomekol) in the treatment of septic wounds. It has been detected that the combination of these drugs has a positive effect on the healing process, due to the action on cellular immunity in particular.

Key words: experimental septic wound, liasten, levomekol, local immunity, form factor of neutrophilic granulocytes.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013р.

Желиба Микола Дмитрович - д.м.н., проф., завідувач кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; m.d.zheliba@rambler.ru

Бурковський Микола Іванович - к.м.н., доц. кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; burcov@gmail.com

Чернопищук Роман Миколайович - магістрант кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 097 212-89-63; ro_man@mail.ru

© Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Собко В.С., Цмок С.В.

УДК: 616.34-007.64:616.357-005.7

Петрушенко В.В., Пашинський Я.М., Собко В.С., Цмок С.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

РОЛЬ ДИВЕРТИКУЛІВ ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ У РОЗВИТКУ УСКЛАДНЕНЬ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Резюме. У роботі представлено результати ендоскопічного лікування 72 хворих з холедохолітазом, 32 з яких мали дивертикули дванадцятипалої кишки. Проаналізовано ускладнення у кожній групі пацієнтів. Запропоновано ряд профілактич-

них заходів, які дозволять у перспективі подальших досліджень знизити рівень ускладнень у хворих з дивертикулами дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: холедохолітаз, дивертикул дванадцятипалої кишки, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

Вступ

Сучасні ендоскопічні методи корекції холелітазу та його ускладнень дозволили суттєво покращити результати лікування, зокрема показали економічну вигідність, знизили рівень ускладнень та летальності у порівнянні з відкритими оперативними втручаннями [Артемьева, 1996]. Так, за різними даними, частота ускладнень після ендоскопічної папілосфінктеротомії (ЕПСТ) складає 5,6-17%, а летальність - 0,9-1,7% [Гостищев, 1996; Шаймарданов, 2003]. Разом з тим, проведення ЕПСТ значно утруднює наявність перипапілярних або парапапілярних дивертикулів дванадцятипалої кишки (ДПК). За різними даними, частота їх виявлення у хворих з холелітазом становить від 9 до 22% [Egawa et al., 2010]. При наявності дивертикулів ДПК, в умовах змінених анатомічних взаємозв'язків органів панкреато-біліарної зони, виникає збільшений ризик розвитку ускладнень ендоскопічних оперативних втручань. Метою роботи є вивчення структури ускладнень після ЕПСТ у хворих з дивертикулами ДПК, порівняти їх частоту з такою у хворих без дивертикулів, а також вказати шляхи профілактики ускладнень.

Матеріали та методи

У роботі представлені результати лікування 72 хворих із холедохолітазом. Усі хворі розподілені на 2 групи: в дослідну групу включено 32 хворих, у яких виявлено дивертикули ДПК; в контрольній групі було 40 хворих з холедохолітазом без наявності дивертикулів ДПК. Хворі обох груп мали вік від 40 до 75 років, серед пацієнтів було 29 чоловіків та 43 жінки.

Для підтвердження діагнозу використовувались клініко-лабораторні методи дослідження, УЗД ОЧП, спіральна комп'ютерна томографія, інтраопераційна холангіографія. Розміри конкрементів загальної жовчної протоки варіювали від 4 до 11 мм.

Усім хворим контрольної групи виконувалась ЕПСТ канюляційним методом з подальшою літоекстракцією. Розріз великого сосочка ДПК проводився в напрямку 11-12 год. і мав протяжність до 15-16 мм. У складних випадках втручання виконувались у декілька етапів.

При виконанні ендоскопічних втручань у хворих дослідної групи ми дотримувались певних методологічних та технічних правил. При перипапілярних дивертикулах виконували ЕПСТ канюляційним методом, намагаючись проводити папілотомний розріз в межах стінки дивертикула, паралельно повздожній складці при довжині розрізу не більше 10-15 мм. При парапапілярних ДПК проводили дозовану папілотомію торцевим електродом, після чого вже канюляційним методом виконували адекватну для літоекстракції ЕПСТ. У складних випадках втручання також виконувались у декілька етапів.

Усім хворим перед проведенням ендоскопічних

втручань проводилась премедикація, спрямована на седацію пацієнта, знеболення, зниження секреції підшлунковою залозою, а також зменшення перистальтики з метою створення адекватних умов для проведення операції: Діазепам 10 мг внутрішньом'язово; Налбуфин 10-20 мг. внутрішньом'язово; Октреотид 0,1 мг підшкірно; Бутилскополамін 40 мг. внутрішньовенно.

Результати. Обговорення

Серед пацієнтів контрольної групи ускладнення зареєстровані у 4 випадках (10%). У 2 пацієнтів (5%) розвинулись явища гострого панкреатиту, які ліквідовані на 3-5 добу інтенсивної терапії. Ще у 1 хворого (2,5%) ЕПСТ ускладнилась кровотечею з папілотомного розрізу, яка потребувала призначення ліжкового режиму та гемостатиків протягом 1 доби. В одному випадку (2,5%) зафіксовано вклинення кошика Дорміа, хворій було виконано відкрите оперативне втручання: лапаротомія, дуоденотомія, додаткова папілосфінктеротомія, вилучення кошика з конкрементом. Випадків перфорації ДПК та летальних випадків не було. Досягти повної літоекстракції вдалось у 38 пацієнтів (95%). В обох невдалих випадках у хворих були виявлені крупні (10 та 11 мм.) та щільні конкременти.

У хворих контрольної групи ускладнення зареєстровані у також 4 випадках (12,5%). У 1 випадку (3,1%) ЕПСТ ускладнилась розвитком гострого панкреатиту, який був купований після 4 днів інтенсивної терапії. Ще у 1 хворого (3,1%) після ендоскопічного втручання розвинулись явища холангіту, які потребували призначення спазмолітичної та антибіотикотерапії протягом 5 днів. Кровотеча з папілотомного розрізу зафіксована в одному випадку (3,1%) і потребувала призначення гемостатиків та ліжкового режиму протягом доби. У одного хворого (3,1%) сталось вклинення кошика Дорміа, яке вдалось ліквідувати за допомогою ендоскопічних маніпуляцій. Випадків перфорації ДПК та летальних випадків також не зареєстровано. Успішними ендоскопічними втручаннями були у 30 хворих (93,7%). У двох випадках невдачі дивертикули ДПК унеможлилювали введення кошика Дорміа та виконання літоекстракції після проведеної папілосфінктеротомії.

Нижчий рівень успішних втручань у хворих дослідної групи пояснюється анатомічними особливостями панкреато-біліарної зони пацієнтів з дивертикулами ДПК. Також однією з вагомих причин невдач при ендоскопічних втручаннях є дивертикуліти, які, протікаючи в більшості випадків латентно, супроводжуються перипроцесом, сприяють розвитку стенозів термінального відділу холедоха та значно ускладнюють канюляцію великого дуоденального сосочка.

При порівнянні загальної частоти ускладнень серед

пацієнтів контрольної та дослідної груп відмічається незначне її переважання у хворих з дивертикулами ДПК. Це можна пояснити тим, що в умовах змінених анатомічних взаємозв'язків органів панкреато-біліарної зони виникає збільшений ризик розвитку ускладнень ендоскопічних оперативних втручань.

Наявність холангіту як ускладнення у хворих дослідної групи пов'язана із тим, що пара- і перипапілярні дивертикули ДПК внаслідок стиснення термінальних відділів холедоха і формування стенозів порушують евакуаторну функцію жовчних шляхів. При цьому застій жовчі створює сприятливі умови для розвитку холангіту. Травматичний набряк великого дуоденального сосочка після проведення папілосфінктеротомії потенціє порушення пасажу жовчі, проте за даними клінічних спостережень, зникає через 1-2 доби під впливом адекватного лікування.

Серед методів профілактики ускладнень після ендоскопічних операцій ефективними є правильна підготовка пацієнтів, адекватна премедикація, щадна техніка виконання втручань на великому дуоденальному соску, раціональна терапія у післяопераційному періоді. З ме-

тою виявлення станів гіпокоагуляції та профілактики кровотеч необхідне вивчення коагулограми та згортання крові, а також призначення гемостатиків з профілактичною метою при необхідності. За умови наявності великих конкрементів (більше 10 мм) на тлі стенозу термінального відділу холедоха слід утриматись від літоекстракції при неможливості адекватної папілосфінктеротомії. Це дає змогу уникнути вклинення кошика Дорміа.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Загалом, при дотриманні методологічних та технічних рекомендацій, результати ендоскопічного лікування хворих з дивертикулами ДПК є задовільними і не відрізняються від таких у хворих з незміненою анатомією панкреато-біліарної зони.

Частота ускладнень після ендоскопічних втручань у пацієнтів з дивертикулами ДПК (12,5%) відповідає світовим показникам ускладнень після ендоскопічних операцій на великому дуоденальному сосочку (5,6-17%) і може бути знижена у перспективі подальших досліджень.

Список літератури

- Артемьева Н.Н. Осложнения после эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке /Н.Н.Артемьева, М.В.Пузань //Вестник хирургии. - 1996. - №6. - С. 72-75.
- Гостищев В.К. Профилактика осложнений при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном сосочке /В.К.Гостищев, Р.А.Меграбян, В.И.Мисник //Анналы хирургической гепатологии. - 1996. - Т.1, Приложение. - С. 82.
- Старков Ю.Г. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия при дивертикулах папиллярной области двенадцатиперстной кишки /Ю.Г.Старков, В.П.Стрекаловский, В.А.Вишневецкий //Анналы хирургической гепатологии. - 1999. - Т.4, №2. - С. 32-37.
- Шаймарданов Р.Ш. Диагностика и лечение осложненной дивертикул двенадцатиперстной кишки /Р.Ш.Шаймарданов, Л.С.Фассахова //Казанский медицинский журнал. - 2003. - №2. - С. 64-66.
- Egawa N. Juxtapapillary duodenal diverticula and pancreatobiliary disease /N. Egawa, H.Anjiki, K.Takuma //Dig. Surgery. - 2010. - Vol.27(2). - P. 105-109.

Петрушенко В.В., Пашинский Я.Н., Собко В.С., Цмок С.В. **РОЛЬ ДИВЕРТИКУЛОВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В РАЗВИТИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

Резюме. В работе представлены результаты эндоскопического лечения 72 больных с холедохолитиазом, 32 из которых имели дивертикулы двенадцатиперстной кишки. Проанализированы осложнения в каждой группе пациентов. Предложен ряд профилактических мероприятий, которые позволят в перспективе дальнейших исследований снизить уровень осложнений у больных с дивертикулами двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: холедохолитиаз, дивертикул двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Petrushenko V.V., Pashinskiy Y.M., Sobko V.S., Tsmok S.V.

THE DUODENAL DIVERTICULA'S VALUE ON DEVELOPMENT OF COMPLICATIONS OF ENDOSCOPIC TREATMENT

Summary. The results of endoscopic treatment of 72 patients with choledocholithiasis, 32 of whom had duodenal diverticula, are presented. Complications are analyzed in each group of patients. A number of preventive measures, that will enable to reduce the incidence of complications in patients with duodenal diverticula, are proposed.

Key words: choledocholithiasis, duodenal diverticula, endoscopic sphincterotomy.

Стаття надійшла до друку 19.12.2013 р.

Петрушенко Вікторія Вікторівна - д.м.н., проф., завідувача курсом ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1, проректор з наукової роботи Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 66-10-51

Пашинський Ярослав Миколайович - к.м.н., ас. кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; pashinsky29@gmail.com

Собко Вадим Сергійович - ас. курсу ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1, аспірант курсу ендоскопічної та лазерної хірургії кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова без відриву від виробництва; sv_eskulap@bk.ru

Цмок Сергій Васильович - лікар-ендоскопіст Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова; tsmok-17@ya.ru