

Savoliuk S.I., Bagriy O.S., Negria Ye.V., Glagolieva A.Yu.

THE EXPERIENCE OF SELF-EXPANDABLE METALLIC STENT (SEMS) USE IN PATIENTS WITH MALIGNANT COLORECTAL OBSTRUCTION

Summary. Despite numerous discussions on the advantages or disadvantages of the use of self-expanding metallic stent (SEMS) compared with operative treatment as the initial stage on management strategy for patients with malignant colorectal obstruction, our research showed that SEMS placement in case of intestinal obstruction caused by malignancies in colorectal zone is a safe treatment option with an acceptable risk profile. We were unable to determine the factors that could predict the development of complications, or factors that may affect the long-term survival. However, based on the current guidelines and the results of our study it was determined that the use of SEMS for malignant colorectal obstructions is the best option of palliative treatment and preparatory stage (bridge to surgery) before radical cancer surgery.

Key words: SEMS, bowel obstruction, palliative care, colorectal cancer.

Рецензент - д.мед.н., доц. Ходос В. А.

Стаття надійшла до редакції 14.11.2016р.

Саволюк Сергій Іванович - зав. кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ; +38(067)9894283; +38(063)8061338; savoluk@meta.ua

Багрий Олексій Сергійович - к.м.н., лікар-ординатор хірургічного відділення № 2 Київської міської клінічної лікарні № 8; +38(044)4322452; savoluk@nmapo.edu.ua

Негрія Євген Васильович - зав. ендоскопічним відділенням Київської міської клінічної лікарні № 8; +38(044)4322452; savoluk@nmapo.edu.ua

Глаголева Анастасія Юріївна - клін. ординатор кафедри хірургії та судинної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика МОЗ України; +38(044)4322452; savoluk@nmapo.edu.ua

© Тамм Т.І., Даценко Б.М., Захарчук О.П., Мамонтов І.М., Аббуд Хамам, Косулін С.В., Яворська Т.М.

УДК: 616.366-002.1-083.98-07-08

Тамм Т.І., Даценко Б.М., Захарчук О.П., Мамонтов І.М., Аббуд Хамам, Косулін С.В., Яворська Т.М.

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра хірургії та проктології (пр. Московський, 197, м. Харків, Україна, 1037)

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ И ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 244 хворих на гострий холецистит (ГХ) з цукровим діабетом (ЦД). Встановлено, що ГХ у хворих на ЦД перебігає по типу швидко прогресуючого деструктивного запалення, клінічні прояви якого не відображають важкості місцевих змін, що відбуваються в жовчному міхурі. Диференційований підхід до вибору раціональної лікувальної тактики, заснований на даних УЗД дозволив в 98,4% здійснити радикальну холецистектомію, з яких у 90% хворих виконана ЛХЕ. Летальність становила 1,2%.

Ключові слова: гострий холецистит, деструктивна форма, цукровий діабет, ЛХЕ.

Вступ

Серед невідкладних захворювань органів черевної порожнини гострий холецистит (ГХ) є одним з найбільш частих захворювань [1, 2, 3, 4, 5]. В даний час визначено лікувально-діагностичний алгоритм у хворих на гострий холецистит, який складається з клінічних симптомів, результатів ультразвукового дослідження (УЗД) і лабораторних даних. Методом вибору в лікуванні хворих неускладненим ГХ є лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Труднощі діагностики ГХ виникають тоді, коли є розбіжності між клінічною картиною, даними лабораторних досліджень і результатами УЗД. У цих випадках хірургу складно визначити терміни і спосіб видалення жовчного міхура. Незначні клінічні прояви ГХ або їх відсутність спостерігається у осіб, які страждають на цукровий діабет (ЦД), число яких прогресивно зростає в останні роки. Метою дослідження є покращення результатів лікування ГХ у хворих на ЦД шляхом підвищення

якості діагностики та диференційованого вибору лікувальної тактики.

Матеріали та методи

За період з 2007 по 2016 рр. з приводу ГХ в клініці оперовано 1940 хворих з яких у 244 (12,6%) в якості супутньої патології діагностовано ЦД. З 244 хворих чоловіків було 32 (13%), жінок - 212 (84%) Вік хворих склав 26 - 78 років. У віці до 40 років було 8 пацієнтів, до 60 років - 91, до 70 років - 76 і старше 70 років - 69 хворих. Таким чином в групі хворих, що підлягає аналізу 144 (59,4%) були пацієнти похилого віку. На цукровий діабет першого типу страждав 21 (8,6%) пацієнт, діабет другого типу - 223 (91,4%) хворих. Легка форма ЦД була у 100 (41%), середня у 86 (35%), важка у 26 (10,7%), 32 (13,3%) хворих з декомпенсацією вуглеводного обміну, причиною якого став гострий холецистит, були доставлені не в хірургічне, а в токсикологічне

відділення клініки. При надходженні хворим проводився клінічний і біохімічний аналіз крові, УЗД органів черевної порожнини, рентгенологічне дослідження органів грудної клітини та електрокардіограму.

Результати. Обговорення

Аналіз скарг пацієнтів при надходженні показав, що 126 (52%) відзначали незнаний біль або відчуття тяжкості в правому підребр'ї. При цьому живіт під час пальпації залишався м'яким без напруги м'язів і симптомів подразнення очеревини. Слабо позитивними були симптоми Ортнера і Кера. Підвищення температури тіла до субфібрильних цифр відзначено у 207 (44%), а тахікардія від 90 до 110 ударів в 1 хвилину виявлена у 224 (92%) хворих. Підвищення кількості лейкоцитів і зсув лейкоцитарної формули вліво виявлено у 144 (59%) хворих. У біохімічному аналізі крові у всіх пацієнтів виявлено гіперглікемію від 11,2 до 28 ммоль/л, а 32 (13,3%) пацієнта госпіталізовані в токсикологічне відділення в стані кетоацидозу.

Основу комплексу діагностики причини декомпенсації вуглеводного обміну з боку органів черевної порожнини у хворих на цукровий діабет склало термінове УЗД, при якому в 100% випадків були виявлені ознаки гострого холециститу, в тому числі і його ускладнених форм. При цьому больовий синдром був у цих хворих незначним або зовсім відсутній. Були не вираженими і ознаки запалення в клінічному аналізі крові, де кількість лейкоцитів коливалася в діапазоні $10 - 8 \times 10^9$ /л.

Одним із завдань УЗД було виявлення ознак ОХ у вигляді зміни його об'єму, рельєфу слизової, товщини стінки жовчного міхура. Другим завданням УЗД було підтвердження або виключення наявності позаміхурових ускладнень у вигляді абсцесу або інфільтрату, які мають істотний вплив на вибір обсягу хірургічного втручання.

За даними УЗД у 244 хворих, що страждали на ЦД, були виявлені ознаки гострого холециститу в 100% випадків. З них у 13 (5,3%) під час УЗД виявлені ознаки інфільтрату в ділянці шийки у 16 (16,6%) хворих - ознаки перфорації з формуванням навколо міхурового абсцесу.

Після підтвердження діагнозу гострого холециститу хворим здійснювали передопераційну підготовку з корекцією глікемії тривалість якої залежала від тяжкості стану хворих. Пацієнтам з декомпенсацією вуглеводного обміну, що надійшли до відділення токсикології передопераційну підготовку проводили в умовах реанімаційного відділення.

Діагноз неускладненого гострого холециститу у 165 (67,6%) хворих з компенсованим цукровим діабетом став показанням до виконання термінового (в перші 48 годин) хірургічного втручання у вигляді ЛХЕ. Наявність важкої супутньої патології з боку серцево-судинної та дихальної системи у 50 (20,5%) пацієнтів зажадало про-

ведення системної комплексної терапії, спрямованої на ліквідацію інфекції, детоксикацію організму і стабілізацію вітальних функцій. Ефективність проведеного лікування здійснювали за допомогою УЗД. З 50 хворих у 7 (38%) під впливом антибактеріальної терапії, за даними УЗД, було зупинено прогресування запального процесу в жовчному міхурі. Протягом 5-8 днів на тлі консервативної терапії була відновлена діяльність серцево-судинної і дихальної системи. Цим хворим виконана ЛХЕ в плановому порядку. З 12 хворих у 8 в зв'язку з прогресуванням деструкції стінки жовчного міхура виконана змушена холецистектомія з лапаротомного доступу. Черезшкірна пункція жовчного міхура з мікрохолецистостомією під контролем УЗД виконана 4 хворим у зв'язку з декомпенсацією функцій серцево-легеневої системи. Померло 2 хворих в ранньому післяопераційному періоді в наслідок прогресування серцево-легеневої недостатності.

Хворим, у яких під час УЗД було виявлено навколоміхуровий абсцес, передопераційна підготовка здійснювалася в умовах реанімаційного відділення. Після стабілізації вітальних функцій їм було виконано холецистектомію з відкритого доступу. Помер один хворий.

Хворим (13) з підтвердженням під час УЗД навколоміхуровим інфільтратом призначався курс антибактеріальної терапії і спазмолітики протягом 8-10 днів. Після цього відбулася резорбція інфільтрату, що було підтверджено результатами УЗД. Цим хворим виконана ЛХЕ. У 2 випадках у зв'язку з труднощами диференціювання шийки міхура і гепатодуоденальної зв'язки виконана конверсія, без летальних випадків.

У всіх оперованих хворих з ГХ на тлі цукрового діабету морфологічне дослідження жовчних міхурів виявило наступні форми: флегмонозно-виразковий - 88 (36%), гангренозний - 104 (43%), гангренозно-перфоративний - 48 (19,6%).

Аналіз результатів лікування 244 хворих на гострий холецистит з супутнім цукровим діабетом показав, що місцеві симптоми гострого холециститу у них виражені слабо і абсолютно не відображають важкості гнійно-запальних процесів, що відбуваються в стінці жовчного міхура. У всіх хворих під час гістологічного дослідження видаленого жовчного міхура встановлено деструктивні форми його ураження і в 29 (11,9%) виявлені ускладнені форми у вигляді навколоміхурового інфільтрату і абсцесу.

Відсутність клінічної симптоматики пов'язано з ураженням нервових волокон в стінці ЖМ, що прогресує по мірі прогресування цукрового діабету.

Швидкий розвиток деструктивних форм ГХ у хворих на ЦД обумовлено підвищенням рівня глюкози не тільки в крові, але і у вмісті жовчного міхура. При дослідженні міхурової жовчі під час операції високий вміст глюкози (від 8,4 до 11,2 ммоль/л) виявлено у 192 (78,9%) хворих.

Основним методом діагностики ГХ у хворих на ЦД є УЗД, яке не корелює ні з клінічними проявами, ні з

лабораторними даними. Як ознака гострого запалення в черевній порожнині у 92% хворих відзначена тахікардія. У передопераційну підготовку у хворих на ГХ і ЦД необхідно включати дезінтоксикаційну, антибактеріальну терапію і корекцію глікемії. Хворим з тяжкою і декомпенсованою формами ЦД передопераційну підготовку слід проводити в умовах реанімаційного відділення.

Хворим з неускладненими формами ГХ і компенсованим цукровим діабетом слід виконувати ЛХЕ. Лапароскопічне видалення жовчного міхура можливо у хворих з декомпенсованими формами ЦД і навколomіхуровим інфільтратом після проведення системної антибактеріальної, детоксикаційної терапії і стабілізації вітальних функцій.

З 244 хворих на ГХ і ЦД 216 (88,5%) виконана лапароскопічна холецистектомія, без ускладнень і летальних випадків. Померло 3 (1,2%) хворих з важкою супутньою серцево-судинною і легеневою патологією від

поліорганної недостатності, яким проведені відкрита холецистектомія (1) і холецистостомія (2).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Гострий холецистит у хворих на цукровий діабет перебігає по типу швидко прогресуючого деструктивного запалення, клінічні прояви якого не відображають важкості місцевих змін

2. Необхідно здійснювати диференційований підхід до вибору раціональної лікувальної тактики з обов'язковим використанням УЗД для оцінки місцевого ефекту консервативної терапії у хворих з ускладненими формами ГХ і важкими формами ЦД. Виконання радикальної холецистектомії можлива у 98,4%, з яких у 90% хворих можливе виконання ЛХЕ.

Можливості диференційованого підходу до вибору раціональної лікувальної тактики потребують подальшого детального вивчення.

Список літератури

1. Каніковський О. Є. Хірургічна тактика при лікуванні ускладнених форм жовчнокам'яної хвороби у хворих похилого та старечого віку / О.Є. Каніковський, О.І. Бондарчук, Я.В. Карий // Український журнал хірургії. - 2014. - № 2 (25). - С. 63-66.
2. Уханов А. П. Использование лапароскопической холецистэктомии при лечении деструктивных форм острого холецистита у больных старших возрастных групп / А.П. Уханов, А.И. Игнатьев, С.В. Ковалев // Эндоскопическая хирургия. - 2012. - Т. 18. № 2. - С. 16-20.
3. Хожибов А. М. Малоинвазивные методы лечения осложненных форм острого калькулезного холецистита у лиц пожилого и старческого возраста. /А.М. Хожибов //Вестник экспериментальной медицины. - 2010. - № 4. - С. 94-98.
4. Шевченко Б. В. Критерии выбора и способы холецистэктомии / Б.В. Шевченко, А.М. Бабий, А.В. Косинский // Украинский журнал малоинвазивной и эндоскопической хирургии. - 2009. - Т. 13, № 3. - С. 20-21.
5. Brescia A. Laparoscopic cholecystectomy in day surgery: feasibility and outcomes of the first 400 patients / A. Brescia // Surgeon. - 2013. - Vol. 11, Suppl. 1. - P. 514-518.

Тамм Т.И., Даценко Б.М., Захарчук А.П., Мамонтов И.М., Аббуд Хамам, Косулин С.В., Яворская Т.М.
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 244 больных острым холециститом (ОХ) с сахарным диабетом (СД). Установлено, что ОХ у больных СД протекает по типу быстро прогрессирующего деструктивного воспаления, клинические проявления которого не отражают тяжести местных изменений, происходящих в желчном пузыре. Дифференцированный подход к выбору рациональной лечебной тактики, основанный на данных УЗИ, позволил в 98,4% выполнить радикальную холецистектомию, из которых у 90% больных выполнена ЛХЭ. Летальность составила 1,2%.

Ключевые слова: острый холецистит, деструктивная форма, сахарный диабет, ЛХЭ.

Tamm T.I., Datzenko B.M., Zakharchuk A.P., Mamontov I.N., Abbud Hamam, Kosulin S.V., Javorskaya T.N.
SPECIAL FEATURES OF CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Summary. We analyzed the results of treatment of 244 patients with acute cholecystitis and diabetes mellitus. We concluded that these group of patients have quick progressing destructive form of an inflammation, while clinical features of the disease do not correlate with local changes in gallbladder. Differential view on rational tactics based on the results of ultrasound data allows to perform cholecystectomy in 98,4% of patients, 90% could be treated with LC. The mortality level is 1,2%.

Key words: acute cholecystitis, diabetes mellitus, destructive form, LC.

Рецензент - д.мед.н., проф. Шевченко Р.С.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2016р.

Тамм Тамара Іванівна - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(050)6379002; tamm_ti@ukr.net

Даценко Борис Макарович - д.мед.н., проф. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(067)7341381; surg-proct@yandex.ua

Захарчук Олександр Петрович - к.мед.н., доц. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(067)1201872; dr-zakhar@rambler.ru

Мамонтов Іван Миколайович - к.мед.н., асистент кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії післядипломної освіти; +38(050)9395321; surg-proct@yandex.ua

Аббуд Хамам - к.мед.н., ординатор хірургічного відділення Харківської міської клінічної лікарні №2 ім. О.О. Шалімова;

+38(097)1922698; surg-proct@yandex.ua

Косулін Станіслав Валерійович - лікар-інтерн хірургічного відділення Харківської міської клінічної лікарні №2 ім. О.О. Шалімова; +38(050)1591568; surg-proct@yandex.ua

Яворська Тетяна Миколаївна - Харківська обласна лікарня, лікар УЗД; +380972422731; surg-proct@yandex.ua

© Корнієнко С.М.

УДК: 618.14-006.5-002.2-073-053.84/.86

Корнієнко С.М.

ДУ Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України (вул. Платона Майбороди, 8, м. Київ, Україна, 04050)

УЛЬТРАСОНОГРАФІЧНІ КРИТЕРІЇ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ ПОЛІПІВ ЕНДОМЕТРІЯ ТА ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ

Резюме. Метою даного дослідження було визначення точності ультрасонографії в діагностиці поліпів ендометрія та вироблення критеріїв диференційованого підходу до проведення гістероскопії. Гістероскопічне дослідження виконано 160 жінкам віком 35-53 роки, яким при трансвагінальній ультрасонографії був встановлений діагноз "поліп ендометрія". Жінки з хронічним ендометритом (9 випадків, 5,6%) становили основну групу, а 146 жінок з підтвердженим діагнозом поліпа ендометрія - групу порівняння. Частота хибно позитивного діагнозу поліпа ендометрія становила 8,8%. Показано, що найбільш інформативними ознаками хронічного ендометриду є наявність мікрополіпів (не більше 2 мм), особливо множинних; гіперехогенних включень в ендометрії; збільшення товщини ендометрія та невідповідність його товщини фазі менструального циклу. При виявленні на УЗД поліпів розміром менше 2 мм отримані дані свідчать про необхідність виключення наявності хронічного ендометриду, проведення протизапальної терапії та лише у подальшому направленні пацієнток на гістероскопію.

Ключові слова: поліп ендометрія, ендометрит, УЗД, диференційна діагностика, гістероскопія.

Вступ

Внутрішньоматкова патологія є найбільш частим приводом для діагностичних і оперативних втручань у структурі гінекологічних захворювань. Існують різні методи діагностики вказаної патології. Дослідження Padilla зі співавторами. [19] досить чітко продемонстрували обмеження бімануального огляду в правильному встановленні діагнозу. Тому на даний час дуже широко використовується трансвагінальне ультразвукове дослідження (ТВУЗД). Внутрішньоматкові зміни, які були запідозрені на підставі результатів ТВУЗД, можуть бути діагностовані з більшою точністю за допомогою прямої візуалізації порожнини матки, тобто гістероскопії [20]. Кожен із цих методів має як слабкі, так і сильні сторони, тому вони є взаємодоповнюючими. Гістероскопія є прямим і точним методом дослідження, котрий дозволяє при безпосередньому огляді оцінити все детально: форму, контури, рельєф, колір, судинну мережу, ступінь щільності і рухливості. ТВУЗД є непрямим методом, але неінвазивним і при цьому досить точним в діагностиці патології ендометрія. Чутливість ТВУЗД при діагностиці захворювань матки становить 95%, специфічність - 90% (N. Towbin (91%) та M. Emanuel (89%)) [13, 20]. Чутливість гістероскопії в діагностиці патології матки становить 87%, специфічність при виключенні уражень ендометрію - 93%. Тобто, гістероскопія має більш високу специфічність, ніж ТВУЗД, тоді як останній метод вирізняється дещо більшою чутливістю при діагностиці патології порожнини матки [11].

Найбільш складною, на думку багатьох авторів, є діагностика поліпів ендометрію. Так, за даними літератури, рівень помилково позитивних результатів для ТВУЗД у діагностиці поліпів ендометрія становить від

19% до 25% [14, 16]. Melki зі співавторами порівняли дані ТВУЗД та гістероскопії у 273 пацієнток з поліпами ендометрія. Діагноз був підтверджений у 60,5% випадків, у 71 (15,8%) жінки патології не виявлено, у 51 (11,4%) виявлено ендометрит, сінехії та кальцинати. Сукупно авторами виявлено розходження між даними ТВУЗД та гістероскопії в 39,5% випадків [17]. Найчастіше у разі відсутності при гістероскопічному дослідженні поліпів автори діагностували хронічний ендометрит (ХЕ).

За даними різних авторів, поширеність ХЕ варіює від 10% [7] до 85% [12], що обумовлено певними труднощами діагностики, клінічної та морфологічної верифікації цього захворювання. Хронічний ендометрит найчастіше виникає внаслідок недолікованого гострого післяпологового/післяабортного ендометриду та повторних внутрішньоматкових втручань. Причиною ХЕ можуть бути ВМК або фрагменти кісток плода, що залишилися після переривання вагітності на великих термінах, шовний матеріал після кесаревого розтину. У деяких випадках ХЕ виникає і без гострої стадії запалення [1, 5, 6]. Важливо підкреслити, що тривалий перебіг ХЕ сприяє розвитку вторинних морфофункціональних змін ендометрія (активації склеротичних процесів з пошкодженням екстрацелюлярного матриксу, порушенню медіаторних міжклітинних взаємодій, зміні ангіоархітекτονіки тканини і розвитку ішемії [1]), що може впливати на його вигляд при УЗД та гістероскопії.

Мета дослідження - розробити критерії, котрі дозволили би підвищити ефективність діагностики поліпів ендометрія та диференційовано підійти до проведення гістероскопії у жінок з вказаною патологією.