Khrebtiy Ya.V.

RESULTS OF A COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT OF DEEP VEIN THROMBOSIS OF INFERIOR VENA CAVA

Summary. *The aim of our study was to develop based on our own experience differentiated surgical tactics in patients with deep venous thrombosis, complicated with pulmonary embolism, in accordance with datas evidence-based medicine. The results of treatment of 130 patients with venous thromboembolism were analyzed. Among them, there were 58 patients with DVT, complicated by pulmonary embolism and 72 patients with venous thrombosis of different localization, of which 45 patients were diagnosed with floating thrombosis. Patients with high risk of early death for the classification of the European Society of Cardiology was observed in 9 cases (15,5 %), intermediate risk in 14 cases (24 %), with low risk in 35 cases (60,5 %). DVT proximal localization was observed in 46 (79 %) cases. In 55 cases (94 %) cause of pulmonary embolism was DVT, in 3 cases (6 %) the cause of pulmonary embolism could not be found. Therapeutic tactics depended on the massiveness of the defeat of the pulmonary artery and the level of risk of early death related to pulmonary embolism. Systemic thrombolysis of deep venous thrombosis, complicated with pulmonary embolism, conducted in patients with high and moderate risk of early death in 16 (69,5 %) cases. Catheter-directed thrombolysis was performed in patients with iliofemoral DVT, complicated with pulmonary embolism, in patients with a low risk of early death and in terms of thrombosis up to 7 days in 10 (28,5 %) cases. The choice of an adequate treatment strategy in patients with DVT, complicated with pulmonary embolism, get us possibility of satisfactory results and significant clinical improvement in 82 % of cases. At club-femoral floating thromboses in a period of up to 7 days, thrombectomy was performed in 16 patients with femoral access. For the prevention of pulmonary embolism, methods for removing the thrombus using 2 Fogarty catheters were used. No mortal case was noted. During the period of the study of recurrent pulmonary embolism, no recurrence was noted. The choice of the surgical method of treating DVT is determined by the localization and prevalence of the process, the period from the onset of the disease, the severity of the concomitant pathology. Thrombectomy is indicated in the ineffectiveness of thrombolysis. In later times it is necessary to remove the floating part of the thrombus. In the presence of floating DVT and contraindications for surgical intervention, it is necessary to apply means and methods for the prevention of pulmonary embolism. Absolute indications for thrombectomy with DVT are blue limb extremity, against indications before thrombolytic therapy. Systemic thrombolysis of DVT, complicated by the development of pulmonary embolism, is shown in the group of patients with high and average risk of early death. Catheter-controlled thrombolysis is indicated for ileophlebal DVT, complicated by pulmonary embolism, in a group of patients with a low risk of early death and in terms of thrombosis up to 7 days. Anticoagulation therapy is indicated with distal occlusive DVT and low risk of early death.*

Key words: *deep veins thrombosis, pulmonary embolism, thrombolysis.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Шапринський В.О.

Стаття надійшла до редакції 17.08.2017 р.

Хребтій Ярослав Віталійович - к.мед.н., доц. кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(096)9917476; hrebtiy@ukr.net

© Шапринський В.О., Макаров В.М., Луцкер О.Л., Побірчий М.Р.

УДК: 616.36-002.-3-089

Шапринський В.О., Макаров В.М., Луцкер О.Л., Побірчий М.Р.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, кафедра хірургії №1 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018), Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА СПІРАЛЬНОЇ КОМП'ЮТЕРНОЇ ТОМОГРАФІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ АБСЦЕСІВ ПЕЧІНКИ

Резюме. *У статті наведений досвід лікування 71 хворих з абсцесами печінки (АП). 54 хворих були оперовані відкритим традиційним методом, 11 - шляхом використання мініінвазивних технологій, або дренування під контролем УЗД, 6 - проліковано консервативно, з яких 1 хворий помер без операції. Переважна більшість АП (90 %) верифікувалась даними УЗД, в інших випадках для підтвердження діагнозу використовувалась спіральна комп'ютерна томографія (СКТ). АП локалізувались у правій частці - 7, 8 сегменти, лівій частці - в 3, 4 сегментах. Об'єм рідинних утворень сягав від 1-2 мл до 2 літрів. Застосування УЗД та СКТ є доцільним, необхідним та надійним методом діагностики в лікуванні АП.*

Ключові слова: *абсцес печінки, ультразвукова діагностика, спіральна комп'ютерна томографія.*

Вступ

За останні десятиріччя суттєво підвищились можливості діагностики АП, у зв'язку з чим частота виявлення їх значно збільшилась. Відсутність типового симптомокомплексу не дозволяє встановити точний доопераційний діагноз без виконання додаткових інструментальних методів обстеження. До застосування сучасних методів діагностики правильний доопераційний діагноз встановлювали лише у 33 % хворих. Все це погіршувало ранню діагностику і результати лікування таких пацієнтів. Тепер застосовуючи УЗД, КТ в 95 % спостережень можливо поставити точний діагноз.

УЗД має велике значення у виявлені осередкових утворень печінки. У більшості пацієнтів за допомогою УЗД вдається отримати достатню інформацію про локалізацію і розміри гнійного осередку. В теперішній час для дослідження використовуються ультразвукові сканери з мультичастотними конвексними і лінійними

датчиками, які дозволяють візуалізувати анатомічні і патологічні утворення різних розмірів і форм, які розташовані на різній глибині. За допомогою УЗД вдається з великою вірогідністю віддиференціювати АП від нагноєної ехінококової кисти печінки. За даними УЗД ехінококова киста без ознак інфікування характеризується 5 ознаками: гіпоехогенне утворення, гіпоехогенний обідок, дочірні кисти, симптом заднього підсилення, двоконтурність стінки. Діагноз ехінококозу печінки можливо вважати дійсним при наявності 3 ознак [1]. Окрім цього, УЗД є неінвазивний і відносно не дорогий метод дослідження і протипоказів до нього практично не існує. При наявності кисти визначається чіткий, ехощільний контур. Абсцес має знижену ехогенність і акустичну неоднорідність. Доведено, що акустична структура і розміри гнійних утворень в печінці не залежать від причин і строків їх формування. УЗД є оптимальним методом контролю голки при пункційних методах лікування і біопсії [2]. Діагноз АП підтверджується наявністю гною при пункції, який потрібно оцінити візуально з подальшим, цитологічним і бактеріологічним дослідженням. Тільки в 25-30 % хворих візуалізуються АП з акустично однорідним вмістом [3]. Згідно Ю. А. Пархисенко і співав., точна топічна діагностика АП за допомогою УЗД становить 85-95 % [4].

СКТ займає провідне місце в діагностиці об'ємних утворень печінки, в тому числі і абсцесів печінки. На сьогодні СКТ діагностика є "золотим стандартом" і є найбільш повною при виконані мультифазового сканування з внутрішньовенним контрастуванням, що дає можливість досягнути чутливості та специфічності діагностики в 95 %. При безконтрастному скануванні: абсцес представлений гіподенсивним утворенням з нечіткими контурами, в частині випадків вдається простежити зниження щільності в центральних відділах за рахунок рідинного компонента. При застосуванні контрастного підсилення: центральна гіподенсивна зона, що представлена рідинним компонентом; включення газу, з рівнем газ - рідина; даний симптом є патогномонічним; кільцеподібне посилення по периферії (посилення піогенної капсули); симптом "мішені" або подвійного кільця - представлений центральною гіподенсивною зоною (рідинний компонент), перифокальним кільцевим посилення (контрастування піогенної капсули) і зовнішнім пери фокальним гіподенсивним кільцем за рахунок набряку; "кластерність" або симптом стільниковості представлений у вигляді агрегації множинних порожнин в єдину на обмеженій ділянці [5, 6].

Завдяки використанню СКТ можливо визначити АП розмірами 0,5 см і візуалізувати інтрапортальні патологічні осередки розмірами 1,5-2,0 см, а також проводити їх диференційну діагностику. При підозрі на наявність паразитарної кисти СКТ обов'язково доповнюють специфічними лабораторними методами дослідження. Для цього використовують імуноферментні методи діагностики. Такий комплексний метод обстеження дозволяє провести диференційну діагностику ехінококової кисти від хронічного абсцесу печінки в 98,5 % спостережень.

Матеріали та методи

У клініці хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова з 2003 по серпень 2017 року нами проаналізовані результати лікування 71 хворого з АП, які знаходились на стаціонарному лікуванні. Вік хворих склав від 18 до 81 року, чоловіків - 40, жінок - 31. Основна інформаційна цінність базувалась на даних ультразвукової діагностики та комп'ютерної томографії, що взаємонезалежно доповнювали або рідше суперечили один одному. Поодинокі абсцеси спостерігались у 52 хворих, множинні - у 19. Об'єм рідинних утворень сягав від 1-2 мл до 2000 мл. За нашими даними гнійними накопиченнями частіше вражалась права частка печінки - у 48 пацієнтів, ліва - у 17, обидві частки - у 6. АП вражали всі сегменти, але найчастіше в правій частці це були - 7, 8 і в лівій - 3, 4 сегменти.

Результати. Обговорення

Найбільш достовірними методами діагностики АП на сьогоднішній день є УЗД (рис. 1) і КТ (рис. 2), які майже у 98 % випадків дають можливість правильно поставити діагноз. За результатами ретроспективного аналізу та на основі даних пролікованих власно хворих спостерігаємо поступове збільшення кількості АП за останні роки, що вірогідніше всього обумовлено точністю виявлення патологічного осередку.

У проаналізованих 71 пацієнтів ультразвукова діагностика проводилось у 68 випадках, спіральна комп'ютерна томографія у 14 та у 8 випадках після УЗД виконувалась СКТ з метою уточнення діагнозу.

Серед хірургічних методів втручань 54 хворих оперовано через лапаротомний доступ. З малоінвазивних операцій у 10 випадках пацієнтам проводили че-

Рис. 1. Ультразвукова діагностика абсцесу печінки.

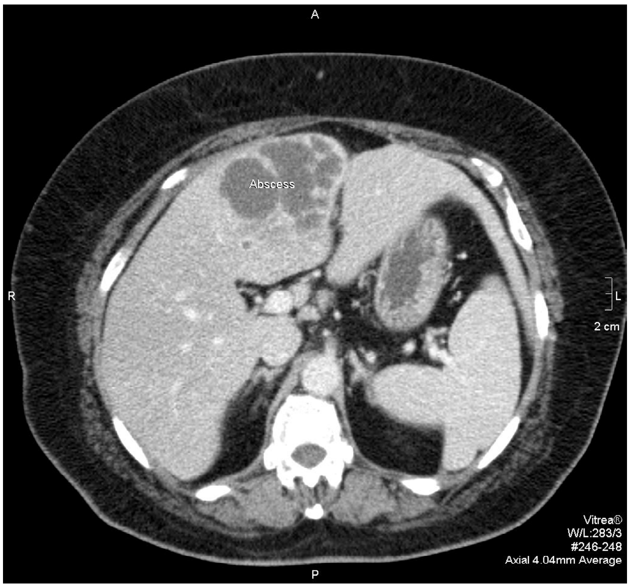

Рис. 2. Абсцес печінки діагностований СКТ.

резшкірне дренування АП троакаром за допомогою УЗД навігації (у динаміці у двох хворих виконувалось передренування за аналогічною методикою), одному з хворих черезшкірне дренування АП виконано під час діагностичної лапароскопії.

У 100 % випадків лікування доповнювалось внутрішньовенним введенням антибактеріальних препаратів. Найчастіше цефалоспорини III-IV покоління, антипротозойні препарати; рідше фторхінолони, аміноглікозиди, карбапенеми. При неефективності даних препаратів антибактеріальна терапія проводилась після оцінки бактеріального посіву, враховуючи чутливість флори до антибіотиків.

Найпоширенішими ускладненнями після лапаротомних операцій є нагноєння післяопераційної рани. Із суміжних ускладнень виявлено реактивний ексудативний плеврит відповідно до оперованої долі печінки, пневмонія.

Таким чином зрозуміло, що найдоступнішим та інформативним методом діагностики до сьогодення залишається ультразвукова діагностика. Однак, при нечітких або сумнівних даних УЗД на допомогу приходять інноваційні можливості СКТ, що в останні роки завойовує значно більшу популярність для постановки діагнозу.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Серед арсеналу сучасних інноваційних методів обстежень абсцесів черевної порожнини, в тому числі і АП, провідне місце займає ультразвукова діагностика та спіральна комп'ютерна томографія.

2. Кожен з цих методів має право на незалежне існування і може бути достатнім для верифікації діагнозу. В інших випадках дані методи обстежень симбіотично доповнюють один одного.

3. В умовах теперішнього економічного становища лікар і пацієнт дотримуються принципу ескалаційно-бюджетного обстеження і, як метод резерву, використовують СКТ, завдяки чому збільшилась кількість виявлення АП.

Перспективним залишається вибір оптимального методу для діагностики та лікування АП.

Список посилань

1. Zenda, T., Kaizaki, C., Sato, H., Miyamoto, S., Okada, T. & Mabuchi H. (2001). Irrigation of liver abscess: proposal of a novel method and possible indications. *Hepatogastroenterology*, 48 (39), 847-850.
2. Gerzof, S. G., Johnson, W. C., Robbins, A. H. & Nabseth, D. C. (2005). Intrahepatic pyogenic abscess: treatment by percutaneous drainage. *Am. J. Surg.* 149, 487-494.
3. Мошковский, Г. Ю., Ничитайло, М. Е. & Шкарбан, В. П. (2003). Холангиогенный абсцесс печени: этиологические, патогенетические аспекты, особенности эхо-диагностики, место чрескожных вмешательств под контролем ультразвукового исследования в их комплексном лечении. *Клінічна хірургія*, 4-5, 27-28.
4. Пархисенко, Ю. А., Глухов, А. А., Новомлинский, В. В. & Мошуров, И. П. (2000). Диагностика и лечение абсцессов печени. *Хирургия*, 8, 35-37.
5. Матиас Прокоп, Михаєль Милански. (2011). *Спиральная и многослойная компьютерная томография* (Т. 2, с. 251-253); пер. с англ., под ред. А.В. Зубарева, Ш.Ш. Шотемора. М.: МедПресс.
6. Mortel□, K. J., Segatto, E. & Ros P. R. (2004). The Infected Liver: Radiologic-Pathologic Correlation. *Radio Graphics*, 24 (4), 937-55.

Шапринський В.О., Макаров В.М., Луцкер О.Л., Побирчий М.Р.

РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ И СПИРАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССОВ ПЕЧЕНИ

Резюме. *В статье приведен пример лечения 71 пациента с абсцессами печени (АП). 54 больных были прооперированы открытым традиционным способом, 11 - методом использования миниинвазивных технологий или дренирования под УЗД контролем, 6 - имели консервативное лечение, 1 из которых умер без операции. Большинство АП (90 %) идентифицировались данными УЗД, в остальных случаях диагноз подтверждался спиральной компьютерной диагностикой (СКТ). АП находились в правой доле - 7, 8 сегментах, левой доле - в 3, 4 сегментах. Вместимость жидкостных образований содержала от 1-2 мл до 2 литров. Использование УЗД и СКТ есть целесообразным, необходимым и надежным методом для диагностики и лечения АП.*

Ключевые слова: *абсцесс печени, ультразвуковая диагностика, спиральная компьютерная диагностика.*

Shaprinskyj V.O., Makarov V.M., Luzker O.L., Pobirchiy M.R.

THE ROLE OF ULTRASOUND DIAGNOSTICS AND SPIRAL COMPUTER TOMOGRAPHY IN DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF LIVER ABSCESSES

Summary. *The article describes the experience of treatment of 71 patients with liver abscess. 54 patients were operated on using*

a traditional open method, 11 - minimally invasive technologies under control of ultrasonography, 6 - patients had a conservative treatment, one of them died. The majority of liver abscess (90%) diagnosed of ultrasonography, others confirmed spiral computer tomography. The liver abscess of the right share was localized in 7th and 8th segments, the left share - 3d and 4th. The volume of liquid formations ranged from 1-2 ml to 2 l. The use of ultrasound diagnostics and computer tomography is expedient, necessary and reliable method of diagnostics in liver abscess treatment.
Key words: *liver abscess, ultrasound diagnostics, spiral computer tomography.*

Рецензент - д.мед.н., проф. Хіміч С.Д.

Стаття надійшла до редакції 16.08.2017 р.

Шапринський Володимир Олександрович - д.мед.н., проф., зав. кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(050)4450085
Макаров Віктор Михайлович - лікар абдомінальної хірургії ВОКЛ ім. М. І. Пирогова, аспірант кафедри хірургії №1 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38(097)9426827; makarov_zdorovia@ukr.net
Луцкер Оксана Леонідівна - лікар ультразвукової діагностики ВОКЛ ім. М. І. Пирогова; +38(097)3058088
Побірчий Михайло Русланович - лікар рентгенолог ВОКЛ ім. М. І. Пирогова; +38(067)6964309

© Майко В.М., Луцишин В.Г., Вознюк А.В., Деркач Ю.П., Колодій В.С., Гладкий В.Л., Філоненко Є.А., Машталер А.П., Антонюк А.С.
УДК: 616.718.45/55.65-001.5:616-089.84.003.13
Майко В.М., Луцишин В.Г., Вознюк А.В., Деркач Ю.П., Колодій В.С., Гладкий В.Л., Філоненко Є.А., Машталер А.П., Антонюк А.С.
Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М. І. Пирогова (вул. Пирогова, 46, м. Вінниця, Україна, 21018)

ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКУЮЧОГО ІНТРАМЕДУЛЯРНОГО ОСТЕОСИНТЕЗУ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ДІАФІЗАРНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ СТЕГНОВОЇ КІСТКИ

Резюме. *Проаналізовано дані лікування 127 хворих із діафізарними переломами стегнової кістки. Залежно від методу лікування пошкоджень хворі умовно були розподілені на дві групи, стандартизовані за віком та тяжкістю пошкоджень. До основної групи відносили 62 хворих з діафізарними переломами стегнової кістки, котрих лікували за допомогою блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу. До контрольної групи - 65 хворих, котрих лікували за допомогою металоостеосинтеза пластинами, АЗФ та інтрамедулярним стержнем без блокування. Виявлено, що застосування БІОС дозволяє скоротити період медичної та соціальної реабілітації на 7-59 тижнів (приблизно 2 місяці), покращити результати лікування у порівнянні до застосування інших видів лікування переломів стегнової кістки. Широке застосування БІОС для лікування діафізарних переломів стегнової кістки в Україні може дати значний економічний ефект для держави. Тільки прямий щорічний економічний ефект від скорочення термінів непрацездатності може скласти понад 200 млн. грн.*
Ключові слова: *блокуючий інтрамедулярний остеосинтез (БІОС), апарат зовнішньої фіксації (АЗФ), металоостеосинтез (МОС) пластинами, інтрамедулярний стержень без блокування.*

Вступ

Відсутність в Україні диференційованого підходу до вибору оптимальної методики хірургічної фіксації відламків, затягування з виконанням оперативного втручання, а також не завжди виправдане захоплення вітчизняними спеціалістами апаратами зовнішньої фіксації (АЗФ) та накістковими металевими пластинами при оперативному лікуванні постраждалих з переломами стегнової кістки, на сьогоднішній день не призвело до відчутного покращення результатів лікування та зниження рівня первинної інвалідності пацієнтів [2, 4].

У сучасній травматології та ортопедії блокуючий інтрамедулярний остеосинтез (БІОС) являється загальновизнаною методикою оперативного лікування, що широко використовується [8, 10, 11]. В розвинених країнах світу ця технологія стала найбільш прийнятною при хірургічному лікуванні хворих з діафізарними переломами [9, 12].

У нашій країні професором І.М. Рублеником були розроблені схожі технології блокуючого остеосинтезу ще 30 років тому, які були впроваджені в практичну охорону здоров'я тільки в декількох областях України [1, 7]. Нажаль, внаслідок різних причин, в тому числі, через недостатнє фінансування галузі вони не знайшли свого разповсюдження в широких масштабах. Тільки з 2004 року сучасний БІОС почав входити в арсенал хірургічних засобів вітизняних травматологів-ортопедів, завдяки польській компанії "ChM", яка вийшла на ринок нашої країни з інструментами та імплантатами для його виконання.

Мета дослідження - оцінити ефективність застосування сучасного блокуючого інтрамедулярного остеосинтезу у хворих з діафізарними переломами стегнової кістки порівняно до застосування традиційних методів лікування.

Матеріали та методи

Нами проаналізовані дані відносно лікування 127 хворих із діафізарними переломами стегнової кістки.