

групи. У першу групу увійшли 15 пацієнтів з хронічною ішемією головного мозку (ХІМ) при стабільній стенокардії напруження (СтН) 2 ФК, у другу групу (контрольну) увійшли 14 пацієнтів з ХІМ без ознак СтН.

Усім хворим проводились: клініко-неврологічна оцінка стану за стандартною методикою; дослідження стану вегетативної нервової системи (тести-опитувальники суб'єктивної оцінки вегетативного статусу самим пацієнтом і лікарем; тест-опитувальник оцінки вегетативної функції окремих органів і систем; визначення вегетативного індексу Кердо і Хільдебранда для оцінки тону вегетативної нервової системи; дослідження око-серцевого, синокаротидного й солярного рефлексів для оцінки вегетативної реактивності; ортокліностатичні проби для дослідження вегетативного забезпечення діяльності), добове моніторування артеріального тиску, електрокардіографія, ехокардіографія, доплерографія судин голови та шиї, електроенцефалографія, комп'ютерна та/або магнітно-резонансна томографія головного мозку, оцінка когнітивних функцій пацієнтів — використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini-mental State Examination — MMSE), тест запам'ятовування десяти слів Лурія, тест малювання годинника, батарею лобової дисфункції. Для визначення тривоги й депресії використовувалася госпітальна шкала тривоги й депресії (HADS) і шкала Спілбергера — Ханіна для визначення особистісної та ситуативної тривожності. Статистичну обробку даних проводили за допомогою пакету програм Statistica 6.0.

Результати та обговорення. При проведенні оцінки поширеності факторів ризику розвитку ХІМ у хворих зі СтН було доведено, що при вираженій суб'єктивній оцінці пацієнта виявлена пряма залежність прогресування тривоги й депресії: посилення тривоги ($r = 0,48$) і депресії ($r = 0,42$). Доведено прогресування особистісної тривожності (ОТ) ($r = 0,45$), що не пов'язано з вираженістю реактивної тривожності (РТ) ($r = 0,29$). За даними анкетування доведено, що в більшості пацієнтів зі СтН психологічний статус характеризується схильністю до вираженого й помірно вираженого хронічного стресу, а також субклінічної й клінічно вираженої тривоги й депресії. Виявлено пряму залежність між ступенем вираженості тривоги і посиленням РТ ($r = 0,47$), ОТ ($r = 0,49$) і депресії ($r = 0,49$), виражена пряма залежність між ступенем депресії й посиленням РТ ($r = 0,62$) і ОТ ($r = 0,63$).

При проведенні обстеження виявлена пряма залежність збільшення індексу Кердо від показників індексу Хільдебранда ($r = 0,38$), що відображає активність симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Також доведено, що при вираженості цього показника спостерігається прогресування когнітивної дисфункції за даними MMSE ($r = -0,40$), що свідчить про вплив підвищеної функції симпатичної нервової системи на розвиток когнітивних порушень у хворих на стенокардію на-

пруги і може служити раннім діагностичним критерієм для виявлення когнітивних розладів.

Виявлено пряму залежність між аналізом даних за оцінкою око-серцевого рефлексу і ступеня вираженості когнітивних порушень за тестом малювання годинника ($r = -0,33$), що може вказувати на значення дисфункції вегетативної нервової системи та вплив на когнітивні порушення пацієнтів зі СтН.

У дослідженні було виявлено прогресування когнітивної дисфункції за даними Mini-mental state examination і за даними тесту малювання годинника, пов'язане з вираженістю змін за показниками батареї лобної дисфункції ($r = 0,54$) і ($r = 0,45$) відповідно.

Висновки. При проведенні оцінки поширення факторів ризику розвитку хронічної ішемії мозку у хворих зі стенокардією напруження було доведено, що при вираженій суб'єктивній оцінці пацієнтів спостерігається пряма залежність прогресування тривоги й депресії, особистісної тривожності. Прогресування когнітивної дисфункції свідчить про вплив підвищеної функції симпатичної нервової системи, розвиток когнітивних порушень у хворих на стенокардію напруги й може служити раннім діагностичним критерієм для виявлення розвитку хронічної ішемії мозку.

Оцінка застосування міні-інвазивних ендоскопічних керувань у хворих на некротичний панкреатит

Кебкало А.Б.¹, Гордовський В.А.¹, Рейті А.О.¹, Парацій З.З.¹, Марушко Ю.І.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. За частотою реєстрації гострий панкреатит посідає третє місце серед гострої патології органів черевної порожнини після гострого апендициту та гострого холециститу та перше місце — за летальністю.

Мета дослідження: аналіз ефективності міні-інвазивних дренажних маніпуляцій під контролем ендоскопічного ультразвукового (ендоУЗ) дослідження з використанням знімних контейнерів для некротичних мас у хворих на некротичний панкреатит.

Матеріали та методи. Ендоскопічні міні-інвазивні втручання під ендоскопічним контролем були проведені у 30 хворих на некротичний панкреатит із числа 84 пацієнтів. Маніпуляція полягала у введенні в шлунок декількох контейнерів для некротичних мас, що кріпилися до ендоскопа та від'єднувалися безпосередньо у просвіті шлунка. Це дозволяє уникнути багаторазових ендоскопічних процедур. Контейнери виготовлені з полілактиду (PLA-пластик) з використанням технології 3D-друку. Перевагою застосування є те, що контейнери не підлягають видаленню з шлунка, а залишаються в його просвіті та розчиняються при проходженні по шлунково-кишковому тракці.

Результати та обговорення. 22 пацієнтам маніпуляцію було проведено один раз, решта 8 пацієнтів мали повторне втручання через 2 тижні (мультифокальний некротичний процес). Якщо локалізація некротичного процесу була в голові та тілі підшлункової залози (21 пацієнт), дренажування проводили через просвіт дванадцятипалої кишки. 9 пацієнтів мали локалізацію некротичного процесу у хвості залози, у них дренажування проводили через шлунок. У 14 пацієнтів ми використали тільки 4 контейнери, у 16 пацієнтів застосовували 5 або більше контейнерів (максимум 12 шт.). В одного пацієнта було зафіксовано ускладнення — шлунково-кишкова кровотеча. Кровотеча була зупинена ендоскопічно. Маніпуляції у 8 пацієнтів були доповнені лапароскопічним втручанням та дренажуванням рідинних скупчень під транскутанним УЗД.

Висновки. Запропонований метод є безпечним, забезпечує низький рівень пошкодження й травматизації оточуючих та прилеглих тканин без розрізів на шкірі та дає доступ до всіх частин підшлункової залози.

Вибір хірургічної тактики лікування метаплазій стравоходу в поєднанні з кістами стравохідного отвору діафрагми

Кебкало А.Б.¹, Парацій З.З.¹, Бондарчук Б.Г.¹, Тисельський В.В.¹, Лесик В.П.², Плем'яник С.В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. Стравохід Барретта — це захворювання, при якому нормальні клітини плоского епітелію, що вистилають нижній відділ стравоходу, замінюються перетвореним (метаплазованим) циліндричним епітелієм.

Актуальність цієї проблеми полягає в тому, що вірогідність виникнення залозистого раку в пацієнтів із циліндрично-клітинною (кишковою) метаплазією становить 0,5–0,8 % на рік, або 5–8 % протягом життя. Поширення метаплазії стравоходу у жителів Європи, за різними даними, коливається від 2 до 5 %. У той же час за наявності гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби (ГЕРХ) з кістами стравохідного отвору діафрагми (КСОД) або без неї циліндроклітинна метаплазія слизової оболонки діагностується в 10–15 % пацієнтів.

Мета дослідження: підвищити ефективність лікування метаплазій стравоходу в поєднанні з КСОД на основі раціонального використання малоінвазивних методів лікування.

Матеріали та методи. Виділили 2 групи хворих. У групи входили хворі з коротким сегментом стравоходу Барретта (до 3 см) та дисплазією I–II ст. У 1-й групі (26 хворих) пацієнтам за наявності КСОД на першому етапі виконувалось хірургічне втручання — лапароскопічна фундоплікація й крурорафія. Після операції, через 1 місяць, виконувалась аргоноплаз-

мова коагуляція (АПК) ураженої слизової, а потім проводились контрольні обстеження. У 2-й групі пацієнтів (24 хворі) спочатку виконувалась АПК з подальшою терапією інгібіторами протонної помпи (ІПП) та прокінетиками, а через 3–4 місяці (відстро-чувалось через виражений набряк стінки стравоходу (за даними ендоскопії) та велику ймовірність розвитку стенозу в ділянці кардіоезофагального переходу) виконувалась крурорафія та фундоплікація з наступним моніторингом стану пацієнта. Застосовувались загальноклінічні, лабораторні, інструментальні методи дослідження (ФГДС з біопсією, рН-метрія, рентгеноскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту), морфологічне дослідження біоптатів, статистичний метод дослідження.

Результати та обговорення. При виконанні оперативного втручання першим етапом ліквідується кіста й припиняється патологічне закидання агресивного вмісту зі шлунка в стравохід. У частини таких хворих (5 пацієнтів — 19,2 %) другий етап взагалі не виконується, тому що слизова нормалізується завдяки власним регенераторним можливостям. Після крурорафії з фундоплікацією АПК виконується через 1 міс. У другій групі хворі після виконання АПК на першому етапі 3–4 міс. приймають ІПП та прокінетики (чого немає у хворих 1-ї групи). Після чого виконується пластика кісти. У хворих другої групи порівняно з першою сумарна кількість сеансів АПК слизової стравоходу до та після фундоплікації значно вища (у 3 хворих другої групи (12,5 %) виконувалась повторна АПК). Гістологічна ремісія досягалась у хворих 1-ї групи на 115-й день \pm 7 днів, а у хворих другої групи — на 154-й день \pm 8 днів.

Висновки. З метою покращання результатів лікування метаплазій нижньої третини стравоходу в поєднанні з КСОД необхідно на першому етапі виконувати оперативне втручання в об'ємі крурорафії та фундоплікації, а на другому — АПК ураженої слизової. Тільки при такій послідовності зменшується тривалість лікування, ймовірність повторних АПК, і ця схема є економічно обґрунтованою (вигідною) для пацієнта.

Діагностичне та прогностичне значення показників функціонального стану нейтрофільних гранулоцитів крові при гострих некротичних панкреатитах

Кебкало А.Б.¹, Бондарчук Б.Г.¹, Лесик В.В.², Чантурідзе А.А.², Тисельський В.В.¹

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Комунальний заклад Київської обласної ради «Київська обласна клінічна лікарня», м. Київ, Україна

Актуальність. Недооцінка хірургом особливості перебігу та тяжкості захворювання нерідко є причиною нерациональних лікувальних заходів. Тому практичний інтерес становить можливість раннього виявлення інфікованих форм гострого некротичного панкреатиту