

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

(ГНП), при цьому одним із тестів може бути застосування методів діагностики для визначення зв'язку між цитохімічним складом лейкоцитів та фагоцитарними показниками нейтрофільних гранулоцитів (НГ). Їх різнобічний ефекторний потенціал забезпечує реалізацію захисних функцій організму. Одна з найбільш вагомих функцій — антибактеріальна.

Мета дослідження: дослідити особливості показників функціонального стану нейтрофільних гранулоцитів крові при гострих некротичних панкреатитах.

Матеріали та методи. Оскільки нейтрофільні гранулоцити є одними з головних учасників ранньої реакції-відповіді на будь-які зміни в тканинах організму, ми дослідили особливості показників НГ крові при неінфікованих та інфікованих формах ГНП. Для вивчення особливостей кількісного та якісного складу лейкоцитів крові хворих на ГНП були сформовані три групи: 1-ша — основна група (104 хворих), пацієнти з інфікованим некротичним панкреатитом, 2-га — група порівняння (20 хворих), пацієнти з неінфікованим некротичним панкреатитом, 3-тя — група контролю (25 здорових донорів — мешканців даного регіону). Усього було 149 хворих. За статтю та віком визначені групи не відрізнялись.

Дослідження виконували в першу добу перебування у стаціонарі, перед операцією, надалі — протягом усього післяопераційного періоду: на 1-шу — 3-тю, 5-ту — 7-му добу, а також до кінця лікування. У хворих, які оперовані два і більше рази, додатково виконували дослідження напередодні повторних операцій. У групі контролю для встановлення норми цитохімічних показників обстеження проводили одноразово.

Результати та обговорення. У всіх хворих на ГНП при госпіталізації до стаціонару як в основній групі, так і в групі порівняння ми спостерігали підвищення кількості лейкоцитів у периферичній крові в 1,6 (2,1) рази ($p < 0,05$), а показника лейкоцитарного індексу інтоксикації — майже в 9 разів ($p < 0,001$) порівняно з контролем.

З цитохімічних показників ми досліджували в нейтрофільних гранулоцитах вміст глікогену (ГЛ), мієлопероксидази (МП), лужної фосфатази (ЛФ), хлорацетатестерази (ХЕ), фосфоліпідів (ФЛ) (табл. 1). Стан синтетичних та пластичних процесів у НГ крові відображає глікоген. Підвищений вміст глікогену в НГ крові хворих (обох досліджуваних груп) з деструктивними й набряковими формами ГП свідчив про значні потреби нейтрофілів у енергії, що відображає їх активну участь у розвитку та прогресуванні запального процесу. Помітну різницю у визначених групах хворих ми спостерігали серед цитохімічних показників вмісту ферментів ЛФ та МП.

Так, у хворих основної групи показник вмісту ферменту ЛФ у НГ крові у 2,9 рази перевищував аналогічний показник у групі порівняння ($p < 0,05$) і в 6,9 рази — у групі контролю ($p < 0,001$). У свою чергу, показник вмісту ферменту МП у хворих основної групи був в 1,9 рази нижчий, ніж аналогічний показник у групі порівняння ($p < 0,05$), і у 2,1 рази — ніж

у групі контролю ($p < 0,001$). Цей факт демонструє важливу діагностичну цінність визначення ферментів ЛФ та МП у НГ крові хворих на ГНП. Вміст ЛФ у НГ крові хворих основної групи не відрізнявся від такого в групі порівняння, на той час як у групі контролю цей показник був на 12,2 і 13,7 % меншим, ніж показники у хворих основної групи та групи порівняння відповідно ($p < 0,05$). Цей факт пов'язаний з активацією процесів перекисного окислення ліпідів унаслідок перебігу запального процесу в ПЗ у хворих із некротичними формами ГП.

Отже, отримані нами дані дозволяють стверджувати, що недостатня фагоцитарна активність мігруючих нейтрофільних лейкоцитів у вогнище запалення сприяє інфікуванню та поширенню інфекції в некротичних вогнищах самої залози й заочеревинній клітковині. Підвищена кількість «молодих» форм лейкоцитів з високою фосфатазною активністю й низькою активністю мієлопероксидази та хлорацетатестерази характеризує розвиток деструкції тканин у ПЗ і ЗК та прогресування інфікованого некротичного процесу у хворих на ГНП і визначається в периферичній крові. Низька активність мієлопероксидази та хлорацетатестерази в лейкоцитах периферичної крові у хворих на панкреонекроз свідчить про суттєві розлади в бактеріцидній системі цих клітин, що є одним з важливих факторів інфікування некротів.

Висновки. Визначення цитохімічних показників вмісту ферментів ЛФ, МП та ХЕ в НГ крові може бути надійним диференціально-діагностичним тестом наявності інфікованого некротичного процесу в ПЗ та ЗК, що дасть змогу запобігти інфікуванню та зупинити прогресування гнійно-некротичного процесу, а також вибрати раціональну лікувальну тактику.

Профілактика дислокації катетера Тенкоффа при проведенні перитонеального діалізу у хворих із термінальними стадіями хронічної хвороби нирок

Кебало А.Б.¹, Грянило В.В.¹, Парацій З.З.¹, Мінін Ю.Б.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. Хронічна хвороба нирок є надзвичайно поширеним захворюванням, тому усунення ускладнень, що виникають при проведенні процедури перитонеального діалізу у хворих із термінальними стадіями хронічної хвороби нирок, є надзвичайно актуальним питанням сьогодення.

Мета дослідження: покращання результатів лікування хворих на хронічну хворобу нирок, що отримують замісну терапію методом перитонеального діалізу.

Матеріали та методи. Проведено ретроспективне та проспективне дослідження 83 пацієнтів з термінальними стадіями хронічної хвороби нирок, які отримували замісну терапію методом перитонеаль-