

2. Воскресенский С.Л. Оценка состояния плода. Кардиоотокография. Допплерометрия. Биофизический профиль.: Учеб. пособие. – Мн.: Книжный Дом, 2004. – 304 с.
3. Медведев М.В., Юдина Е.В. Задержка внутриутробного развития плода. - М: Фолиант, 1998. – 205 с.
4. Милованов А.П. Патология системы мать – плацента – плод. - М: Медицина, 1999. – 447 с.
5. Стрижаков А.Н., Бунин А.Т., Медведев М.В. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике. – М.: Медицина, 1990. – 233 с.
6. Чепка Ю.Л. Нові етіопатогенетичні аспекти фетоплацентарної недостатності // Укр. мед. часопис. – 2001. - №6. – С.108-115.

## ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИУТРОБНОГО СОСТОЯНИЯ ПЛОДА И ПЛАЦЕНТАРНОГО КОМПЛЕКСА У БЕРЕМЕННЫХ С ПЛАЦЕНТАРНОЙ ФОРМОЙ ДИСФУНКЦИИ ПЛАЦЕНТЫ

*И.Н.Маринчина*

**Резюме.** Проведен анализ 160 историй родов, морфометрическое исследование 60 плацент женщин с плацентарной формой дисфункции плаценты и соответственно историй развития новорожденных. Результаты исследования свидетельствуют о высокой частоте локализации плаценты в нижнем сегменте матки (73,7%) в данной группе, рождения детей с малой массой тела в 92,5% случаев, возникновения дистресса плода в 77,5% случаев с последующим рождением детей в асфиксии различной степени тяжести.

**Ключевые слова:** дисфункция плаценты, дистресс плода, плацентарный комплекс.

## THE PECULIARITIES OF THE INTRAUTERINE CONDITION OF THE FETUS AND PLACENTAL COMPLEX IN GRAVIDAS WITH THE PLACENTAL FORM OF PLACENTAL DYSFUNCTION

*I.M.Marynchyna*

**Abstract.** An analysis of 160 labor case histories, a morphometric investigation of the 60 placentas of women with the placental form of placental dysfunction and respectively histories of newborns development has been carried out. The experimental findings have demonstrated a high frequency of placental localization in the lower segment of the uterus (73,7%) in this particular group, the birth of infants with a low body weight in 92,5% of the cases, the onset of fetal distress in 77,5% of the cases with a subsequent birth of infants in asphyxia of a diverse degree of severity.

**Key words:** placental dysfunction, fetal distress, placental complex.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – доц. С.П.Польова

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №3.- P.52-54

Надійшла до редакції 13.06.2007 року

УДК 617.55-089.168-06:616.37-002

*М.Е.Ничитайло, А.А.Пидмурняк, П.В.Огородник*

## ФАКТОРЫ РИСКА И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА В МИНИИНВАЗИВНОЙ БИЛИАРНОЙ ХИРУРГИИ

Институт хирургии и трансплантологии АМН Украины, г. Киев

**Резюме.** У 2423 больных изучены результаты выполнения в клинике миниинвазивных лапароскопических и эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ), в том числе, с последующими эндобилиарными манипуляциями. Острый панкреатит в раннем послеоперационном периоде возник у

165 больных, что составило 6,8% от общего числа оперированных.

**Ключевые слова:** острый послеоперационный панкреатит, большой сосочек двенадцатиперстной кишки, общий желчный проток, эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

**Вступление.** Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) и лапароскопическая холцистэктомия (ЛХЭ) обоснованно заняли прочные позиции в хирургии желчных протоков [1-3]. Являясь трудоемкими и технически сложными хирургическими операциями, что, к сожалению, признается не всеми хирургами, ЭПТ и ЛХЭ имеют показания, противопоказания, осложнения и ограниченные возможности [4-6]. Их широкое распространение привело к росту числа научных

публикаций, посвященных их осложнениям и техническим трудностям выполнения [7,8].

**Цель исследования.** Определить наиболее опасные факторы риска развития острого панкреатита после миниинвазивных операций на внепеченочных желчных путях и создать эффективные методы профилактики этого осложнения.

**Материал и методы.** Было обследовано 165 больных, перенесших миниинвазивные транспапиллярные оперативные вмешательства по

поводу доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных путей (ВЖП) и большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БС ДПК), у которых ранний послеоперационный период осложнился развитием острого панкреатита. Исследуемые больные были в возрасте от 19 до 82 лет, средний возраст 49 лет; мужчин было 74, женщин – 91. Наибольшее количество пациентов было в возрасте от 30 до 60 лет – 106 больных.

В зависимости от перенесенного оперативного вмешательства пациенты, у которых ранний послеоперационный период осложнился острым панкреатитом (ОП), были разделены на три группы.

Первая группа - 59 больных, у которых первым этапом (после ЭРПХГ) выполняли эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) с необходимыми транспапиллярными эндобилиарными манипуляциями, а через 1-2 сут. – лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ), которую проводили на видеолапароскопической стойке фирмы «Олимпус» (Япония), со всем необходимым набором лапароскопических инструментов. Во время выполнения эндоскопического этапа в 10% случаев после ЭПСТ отмечалось самопроизвольное отхождение конкрементов, в остальных 90% случаях применяли транспапиллярные вмешательства: литоэкстракцию у 70,7% больных, механическую литотрипсию – у 21,9%, назобилиарное дренирование в 3,4% случаев, эндобилиарное дренирование в 4%.

Вторая группа - 11 больных с острым послеоперационным (ОПП), у которых выполнялась лапароскопическая эксплорация ОЖП и холецистэктомию. Использовали фиброоптический холедохоскоп (Olympus P20) диаметром 4,9 мм с рабочим каналом диаметром 2,2 мм.

Третья группа - 95 больных - выполнялись только эндоскопические транспапиллярные вмешательства. Основную часть этой группы составили больные с постхолецистэктомическим синдромом (ПХЭС), в развитии которого одно из первых мест занимает не диагностированный и не устраненный во время холецистэктомии холедохолитиаз. В 88% больных этой группы применяли транспапиллярные вмешательства: литоэкстракция у 56,1% больных, механическая литотрипсия – у 44,9%. Операцию заканчивали назобилиарным дренированием в 13% случаев, эндобилиарным – 14%. Типичная ЭПСТ была выполнена у 78% больных, атипичная в 22% случаев.

Клиническая картина ОПП характеризовалась скудностью и непостоянством. Наиболее часто ОПП сопровождался следующими симптомами: боль в верхних отделах живота (98 случаев), тахикардия (90), выраженный парез кишечника, неподдающийся лечению (59), гипертермия (41), повторная рвота (49), напряжение мышц живота в эпигастральной области (48), икота (19). Именно эти симптомы наиболее часто наблюдались в случаях, когда состояние больного в раннем послеоперационном периоде не соответствовало характеру и тяжести перенесенной операции.

Одновременно проводились лабораторные исследования, которые включали общий анализ крови с определением количества лейкоцитов, сахар крови, С – реактивный белок (частота выявления), количество ионов кальция в крови, активность амилазы крови, мочи и экссудата брюшной полости получаемого через дренажные трубки, а также биохимические показатели крови (фракционное исследование билирубина, АлТ, АсТ, щелочная фосфатаза). Динамика наиболее информативных для диагностики ОПП лабораторных показателей представлена в таблице 1.

Исследования проводили на 2, 3, 7-е и 10-е сутки после операции. Со стороны анализов крови у 131 больного отмечался выраженный лейкоцитоз, у 59 - сдвиг лейкоцитарной формулы влево, у 45 – токсическая зернистость лейкоцитов, у 89 - СОЭ. Повышение активности  $\alpha$ -амилазы в сыворотке крови было отмечено у 120 обследуемых пациентов, диастазурия наблюдалась в 64 случаях, но только у 20 человек она достигла значительных цифр, а у 79 больных было значительное повышение амилазы в экссудате из брюшной полости. У 35 больных имелось повышение показателей билирубина преимущественно за счет прямой фракции, у 37 – уровня трансаминаз крови, у 29 – содержания сахара крови. У 38 больных отмечалось снижение содержание кальция в крови.

#### Результаты исследования и их обсуждение.

Послеоперационный панкреатит у 82% больных возникал, как правило, на 3-4-е сутки, только у 18% – на 6-9-е сутки. Частота встречаемости клинических и лабораторных проявлений ОПП в зависимости от вида миниинвазивного оперативного вмешательства представлены в таблице 2.

Выявление диастазурии и амилаземии в раннем послеоперационном периоде, по нашему мнению, является самым ранним признаком вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы, что служит показанием к использованию других дополнительных методов исследования для его подтверждения и определения фазы течения патологического процесса ПЖ.

Однако, высокий процент не диагностированных случаев ОПП и результаты нашего исследования свидетельствуют о целесообразности выделения групп больных с повышенным риском возникновения ОПП в целях своевременной его диагностики и использования эффективных средств профилактики ранних форм.

На основании изучения анамнеза пациентов, у которых развился послеоперационный панкреатит, клинических симптомов при поступлении в стационар, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, морфологических изменений поджелудочной железы отмеченных во время операции, степени интраоперационной травмы железы, а также учитывая течение послеоперационного периода, мы определили факторы риска развития ОПП.

Таблица 1

**Значение лабораторных показателей в диагностике  
острого послеоперационного панкреатита в рассматриваемых группах больных**

Показатели	Амилаза крови г/(ч-л)		Диастаза мочи г/(ч-л)		Кальций крови ммоль/л		С-реактивный белок	
	1-4 сут	5-10 сут	1-4 сут	5-10 сут	1-4 сут	5-10 сут	1-4 сут	5-10 сут
Операция	1-4 сут	5-10 сут	1-4 сут	5-10 сут	1-4 сут	5-10 сут	1-4 сут	5-10 сут
1-я группа	512±68	68±10,2	600±100	500±80	2,5±0,2	2,5±0,2	34,4	32,2
2-я группа	512±68	68±10	1100±200	1000±150	2,3±0,4	2,4±0,3	35,2	30,1
3-я группа	1024±68	512±68	2000±300	1700±200	2,1±0,2	2,2±0,6	30,3	28,3

Таблица 2

**Частота острого послеоперационного панкреатита  
в зависимости от вида оперативного вмешательства**

Операции	Число больных	Признаки ОПП	Гиперамилаземия
<b>Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) с лапароскопической холедохолитомией (ЛХЛТ)</b>	44	13	5
ЛХЭ с ЛХЛТ через культю пузырного протока	14	4	-
ЛХЭ с ЛХЛТ через холедохотомное отверстие	16	5	2
ЛХЛТ через холедохотомное отверстие	14	4	3
<b>Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с ретроградной панкреатохолангиографией (ЭРПХГ)</b>	52	25	43
ПСТ с самопроизвольным отхождением камней	20	7	3
ЭПСТ с активной экстракцией конкрементов	26	10	19
ЭПСТ с активной экстракцией конкрементов и билиарным дренированием общего желчного протока	6	8	21
<b>Комбинированная двухэтапная мининвазивная методика оперативного вмешательства</b>	69	24	30
ЭПСТ с ЛХЭ	39	3	4
ЭПСТ с ЛХЭ и ЛХЛТ	19	12	15
ЭПСТ с ЛХЭ и ЛХЛТ, наружное дренирование общего желчного протока	11	9	11
<b>Всего</b>	165	124	156

Так называемые, предоперационные факторы риска анализировались после сбора анамнеза и объективного исследования пациентов при поступлении в стационар. Эта группа включала следующие критерии: наличие в анамнезе приступов острого панкреатита или обострение хронического; заболевания соседних с ПЖ органов; перенесенные раннее операции на органах гастро-панкреато-билиарной зоне; наличие лабораторных и инструментальных данных, подтверждающих воспалительный процесс в ПЖ при поступлении; рефлюкс контрастного вещества в проток ПЖ при ЭРХГ; тяжелые сопутствующие заболевания (гипертоническая болезнь, тиреоидиты, заболевания артерий и вен, гормональные нарушения).

К интраоперационным факторам риска развития ОПП мы отнесли показатели, выявленные во время оперативного вмешательства, а именно: «мокрая», то есть очень мягкая поджелудочная железа; узкий (менее 4 мм) главный выводной проток железы; непосредственная травма ПЖ во время операции; ишемия ткани ПЖ; длительное (более 4 часов) оперативное вмешательство на органах брюшной полости.

И наконец, к послеоперационным факторам риска были отнесены следующие: симптомы высокой кишечной непроходимости (парез кишечника) в раннем послеоперационном периоде, в том числе и дуоденостаз; несоответствие состоя-

ния больного тяжести перенесенного оперативного вмешательства; не адекватное обезболивание.

Благодаря указанным факторам риска, с целью профилактики ОПП, мы смогли разделить пациентов, подвергающихся оперативному лечению на органах близких к ПЖ на три группы риска, в зависимости от степени возможного развития ОПП. Первая группа – пациенты с малой вероятностью развития в раннем послеоперационном периоде острого панкреатита; вторая – пациенты со средней степенью риска развития ОПП; третья – пациенты, у которых существует высокий риск развития ОП в раннем послеоперационном периоде.

Данная классификация легла в основу системы профилактики данного осложнения у оперированных больных. Согласно последней, у пациентов с малой вероятностью развития в послеоперационном периоде ОП, его профилактику можно не проводить или ограничиться минимальным объемом. При средней степени риска развития ОПП необходимо проведение, так называемых, «неинвазивных» профилактических методов. И в случае высокого риска развития ОПП хирург обязан применить профилактические мероприятия в полном объеме.

Высокая летальность при ОПП требует от хирургов своевременной его профилактики и лечения, которое необходимо начинать уже во время оперативного вмешательства, а иногда и до

операции, в случае опасности развития ОПП, особенно у больных, у которых имелось травмирование железы в процессе операции, что позволяет в ряде случаев предупредить его возникновение. Профилактика ОПП должна обеспечиваться выбором более щадящего оперативного вмешательства, прежде всего с целью минимизации травмы ПЖ, интраоперационным и ранним послеоперационным введением необходимых патогенетических медикаментозных препаратов (антисекреторных средств, ингибиторов протеаз, цитостатиков) в комплекс интенсивной терапии.

Мы выделяем три этапа профилактических мероприятий при опасности развития ОП в раннем послеоперационном периоде.

**Предоперационная** профилактика (специфическая – при выявлении высокого риска развития ОПП) может быть *медикаментозная* (снижение секреции (диета, антисекреторные препараты), снижение воспаления в ПЖ (вплоть до переноса операции), антибиотикопрофилактика) или *хирургическая* (декомпрессия полых органов).

**Интраоперационную** профилактику можно разделить на две категории. *Неспецифическая*: а) бережное отношение к паренхиме и сосудам ПЖ (прецизионная техника оперирования на тканях (атравматический шовный материал, «мягкие» пинцеты и зажимы, биполярная лупа); б) снижение общей токсемии (уменьшение длительности операции (стресс) и действия наркоза, адекватная анестезия, ранняя ликвидация очага воспаления или инфекции). *Специфическая*: а) неинвазивная (физическая (локальная гипотермия, УВЧ, СВЧ, лазер, ультразвук, местные аппликации (примочки) лекарственных веществ и т.д.), медикаментозная); б) инвазивная, в том числе - малоинвазивная (местные обезболивающие (новокаиновые) блокады, пункционное введение лекарств под капсулу ПЖ, в региональные сосуды или окружающие ткани (круглая связка), пункция или дренирование протоковых систем (холедох, вирсунг) и полых органов (ДПК) с целью декомпрессии или введения лекарств и т.п.) и хирургическая - при эндоскопических транспапиллярных вмешательствах это: 1) рассечение сфинктера при подтянутом на тетеve папиллостома дивертикуле ДПК; 2) более частое использование механической литотрипсии для измельчения камней; 3) более осторожное применение баллонной дилатации; 4) чрезпанкреатическая папиллостома; 5) строгое соблюдение топографии анатомических стриктур БСДК, 6) осторожное применение панкреатикограммы; 7) уменьшение попыток канюляции сосочка.

**Послеоперационная** (как правило, специфическая): медикаментозная (диета (голод), снижение секреции (M2-холиноблокаторы, H2-блокаторы гистамина, нейропептиды, цитостатики, антиферментная терапия (ингибиторы протеаз) и вос-

паления ПЖ, уменьшение дуоденостаза и пареза кишечника (прокинетики), уменьшение (ликвидация) билиарной и/или панкреатической гипертензии, адекватное обезболивание, антибиотикопрофилактика; хирургическая (декомпрессия полых органов (наружные гастродигестивные зонды), региональные обезболивающие (новокаиновые) блокады (круглой связки, эпидуральная или перидуральная блокада);

### Выводы

1. После операций на органах панкреато-билиарной зоны следует выделять группы больных с повышенным риском возникновения ОПП и проводить его активную профилактику.

2. Диагностика ОПП должна быть комплексной и последовательной для своевременной его профилактики.

### Перспективы дальнейших исследований.

С целью улучшения диагностики и профилактики развития ОПП следует создать программу компьютерного программирования послеоперационного панкреатита на основании факторов риска развития ОПП.

### Литература

1. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Буриев И.М., Гаврилин А.В. Острый послеоперационный панкреатит (состояние проблемы в многопрофильном институте) // Эксперим. и клин. мед. - 2004.- № 3.- С. 59-63.
2. Лупальцов В.И. Патогенетическое обоснование профилактических мероприятий при остром послеоперационном панкреатите // Клин. хірургія.- 2004.- № 11-12.- С. 59.
3. Ничитайло М.Ю., Підмурняк О.О. Виникнення гострого панкреатиту після операцій на органах гастродуоденальної та панкреатобіліарної зон // Клін. хірургія. - 2004.- № 11-12. - С. 76-77.
4. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Беляев В.В., Дейниченко А.Г. Современная тактика лечения холедохолитиаза // Клін. хірургія. - 2006.- № 7.- С. 13-16.
5. Ничитайло М.Ю., Огородник П.В., Беляев В.В. и др. Осложнения эндоскопических транспапиллярных вмешательств // Клін. хірургія. - 2006.- № 8.- С. 19-21.
6. Decker G., Borie F., Millat B. et al. One hundred laparoscopic choledochotomies with primary closure of the common bile duct // Surg. Endosc. - 2002. - Vol. 24. - P. 1291-1296.
7. Moreaux J. Traditional surgical management of common bile duct stones: A prospective study during a 20-year experience // Am. J. Surg. - 1995. - Vol. 169, N 2. - P. 220-226.
8. Tzovaras G., Shukla P., Kow L. et al. What are the risks of diagnostic and therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography? // Aust. N. I. J. Surg. - 2000. - Vol. 70, N 11. - P. 778-782.

**ФАКТОРИ РИЗИКУ ТА МЕТОДИ ПРОФІЛАКТИКИ ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ В МІНІІНВАЗИВНІЙ БІЛІАРНІЙ ХІРУРГІЇ***М.Ю.Ничитайло, О.О.Підмурняк, П.В.Огородник*

**Резюме.** У 2423 хворих вивчені результати, які набуті в клініці мініінвазивних лапароскопічних і ендоскопічних транспапільярних втручань (ЕТПВ), зокрема, з подальшими ендобіліарними маніпуляціями. Гострий панкреатит у ранньому післяопераційному періоді виник у 165 хворих, що становило 6,8% від загального числа оперованих.

**Ключові слова:** гострий післяопераційний панкреатит, великий сосочок дванадцятипалої кишки, спільна жовчна протока, ендоскопічна папілосфінктеротомія.

**RISK FACTORS AND METHODS OF PREVENTING ACUTE POSTOPERATIVE PANCREATITIS IN MININVASIVE BILIARY SURGERY***M.Ye.Nichitailo, A.A.Pidmurnyak, P.V.Ogorodnik*

**Abstract.** The results of performing miniinvasive laparoscopic and endoscopic transpapillary interferences (ETPI), including subsequent endobiliary manipulations at the clinic have been studied in 2423 patients. Early pancreatitis at an early stage of the postoperative period occurred in 165 patients, constituting 6.8% of the overall number of operated subjects.

**Key words:** acute postoperative pancreatitis, major duodenal papilla; common biliary duct, endoscopic papillosphincterotomy.

Institute of Surgery and Transplantology of Ukraine's AMS (Kyiv)

Рецензент – проф. О.І.Івашук

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №3.- P.54-58

Надійшла до редакції 7.05.2007 року

УДК 616.831-005.1-071.7

*Н.В.Пашковська***ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРИХ ПОРУШЕНЬ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ**Кафедра клінічної імунології, алергології та ендокринології (зав. - проф. І.Й.Сидорчук)  
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

**Резюме.** Ретроспективно вивчено 333 випадки гострих порушень мозкового кровообігу у хворих на цукровий діабет з метою встановлення особливостей їх клінічного перебігу в цієї категорії пацієнтів. Наведені дані щодо структури гострих цереброваскулярних порушень,

їх характеру та локалізації, особливостей клінічного перебігу, залежності від періоду доби та пори року за цукрового діабету порівняно з пацієнтами без такого.

**Ключові слова:** гострі порушення мозкового кровообігу, цукровий діабет, чинники ризику.

**Вступ.** Мозковий інсульт є найбільш розповсюдженим і тяжким за своїми наслідками гострим судинним ураженням, летальність за якого значно вища, ніж за інфаркту міокарда, а перспективи відновлення працездатності досить обмежені [1]. Неухильне збільшення його поширеності зумовлено зростанням числа чинників ризику ураження церебральних судин, серед яких важливу роль відіграє цукровий діабет (ЦД) [3,4].

Роль ЦД як чинника ризику виникнення першого інсульту переконливо продемонстрована в популяції 55-84 років на основі десятирічного спостереження, що проводилося в м. Фрамінгем (США). Під час дослідження виявлено, що в людей старше 40 років гострі порушення мозкового кровообігу (ГПМК) виникають на фоні ЦД у півтора – два рази частіше, ніж в осіб, що не страждають цим захворюванням, а у віці до 40 років – у три – чотири рази частіше, причому серед хворих значно переважають жінки [5].

Водночас механізми ураження ЦНС за ЦД представляють собою складний комплекс мета-

болічних та судинних змін [3], і, отже, клініка церебральних порушень різнитиметься від такої в осіб без ЦД. За даними деяких дослідників, ступінь тяжкості неврологічних порушень за інсульту у хворих на ЦД та без такого суттєво не відрізняється. Проте слід взяти до уваги, що ці дані ґрунтуються на невеликих за кількістю групах обстежених хворих [1], а отримані результати відрізняються суперечливістю.

**Мета дослідження.** Обґрунтувати особливості клінічного перебігу гострих порушень мозкового кровообігу у хворих на цукровий діабет.

**Матеріал і методи.** Проведений ретроспективний аналіз 333 медичних карт стаціонарних хворих, що перебували на лікуванні в неврологічному відділенні 3-ї міської клінічної лікарні м. Чернівці впродовж 2003-2005 років, яким встановлено діагноз ГПМК, що виникло на фоні ЦД. Проаналізований характер рухових, мовних порушень, стану свідомості, а також особливості розподілу основних симптомів залежно від локаліза-