

УДК 616.36-003.215-031.82-089

С.Й.Хмельницький

ДІАГНОСТИЧНІ І ЛІКУВАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНОГО ВИБОРУ ХАРАКТЕРУ І ТЕХНОЛОГІЙ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОСЕРЕДКОВИХ УТВОРЕНЬ ПЕЧІНКИ В УМОВАХ ЗАГАЛЬНОХІРУРГІЧНОЇ КЛІНІКИ

Кафедра хірургічних хвороб (зав. – проф. В.В.Скиба) медичного інституту УАНМ, м. Київ

Резюме. Наведені результати хірургічного лікування осередкових утворень печінки у 78 оперованих осіб у загальнохірургічній клініці. Запропоновані принципи підбору показань до операції і технологій резекції печінки з мінімізацією ризику розвитку інтраопераційних ускладнень. Для остаточної зупинки паренхіматозної кровотечі використані адгезивно-пластичні засоби

гемостазу з клеєм катсил і сульфакрилат. Летальність у групі хворих становила 3,8%. Летальних випадків, пов'язаних з недоліками техніки оперативного втручання і крововтратою, не було. Середня крововтрата при резекції печінки становила 360 ± 120 мл.

Ключові слова: резекція печінки, кровотеча, катсил, сульфакрилат.

Вступ. Інтенсивний розвиток за останні десятиріччя високоінформативних неінвазивних та картиноутворювальних діагностичних технологій дало змогу зробити значний якісний крок до покращання діагностики осередкових утворень печінки і збільшення питомої маси хворих із такою патологією в загальнохірургічних клініках. У багатьох випадках діагноз став верифікуватися на стадіях резектабельності і радикального видалення утворення. Запровадження нових оперативних технологій у регіональних медичних закладах, низка соціально-економічних чинників призвело до того, що значна кількість таких операцій стали виконувати не тільки в спеціалізованих центрах. У зв'язку з цим збільшилась актуальність висвітлення в літературі питань, пов'язаних з різним досвідом і профілактикою ускладнень при операціях на печінці [1].

Мета дослідження. Висвітлити результати резекції печінки в групі хворих, коли витримані принципи діагностики і лікування, які розглядались як раціональні і оптимальні щодо прогнозування задовільного результату операції при виконанні резекції печінки.

Матеріал і методи. Наведені результати резекції печінки стосуються групи з 78 хворих, яким виконані оперативні втручання в загальнохірургічній клініці з дотриманням діагностичного і оперативно-технічного принципів при установленні показань і виконанні операцій.

В основу діагностичного принципу покладено алгоритм дослідження хворого з підозрою на утворення печінки, який включав обов'язковість доопераційного визначення ризику кровотечі, пов'язаної з контактом пухлини з магістральними внутріпечінковими судинами і в такому разі необхідності розширення обсягів резекції до розширених із загрозом технічно нестандартних ситуацій і можливої, у такому випадку, значної крововтрати. Тільки дані комп'ютерної томографії з внутрішньовенним контрастним посиленням дозволяло деталізувати взаємовідносини утворення з магістральними судинними структурами печін-

ки, визначати анатомічні особливості і прогнозувати обсяг втручання.

Хворих обстежували на наявність фонового цирозу печінки з обов'язковою доопераційною пункційною біопсією і морфологічним діагнозом. За наявності цирозу показання до операції знімались, особливо за клінічно-біохімічних даних про порушення синтетичної функції печінки.

У пацієнтів із механічною жовтяницею, маніфестною клінікою гострого холангіту і печінкової недостатності оперативне втручання заздалегідь планувалося у два етапи. На першому етапі обсяг оперативного втручання полягав у виконанні тільки дренажної біліарної тракт операції, додаткової біопсії і уточненні операційної ситуації. Після ліквідації біліарної гіпертензії, явищ гострого холангіту, компенсації печінкової недостатності і стабілізації загального стану хворого – виконувався резекційний етап операції. Міжетапні терміни були індивідуальними в кожного хворого, але в середньому не перевищували 30 днів.

Оперативно-технічний принцип передбачав створення умовно-безкровного поля в напрямі резекції печінки без турнікета печінково-дванадцятипалої зв'язки методом тканинозберігаючого і пошарового розділення печінкової паренхіми тупим шляхом. Визнано за необхідне використання біполярної електрокоагуляції в посиленних режимах із спеціальними нескладними насадками і попередньої черезпаренхіматозної перев'язки всіх трубчастих утворень печінки по лінії резекції. Для остаточного гемо- і жовчестазу використалися судинні ножиці і затискачі, а також перев'язка судин і протоків лігатурою кап-роном або шовком діаметром № 1 – 0.

Для остаточної зупинки паренхіматозної кровотечі в різних комбінації у всіх хворих використовували методику клейового покриття або один із розроблених адгезивно-пластичних засобів гемостазу з клеєм «Катсил» або «Сульфакрилат» [2-7].

Результати дослідження та їх обговорення. Різні варіанти резекції печінки виконані в 78 осіб за період спостереження – 1997 – 2004 роки. Се-

ред оперованих жінок – 53 (68%), чоловіків – 25 (32%). Характер осередкових уражень печінки: первинні злоякісні пухлини – 6 (7,7%), великі солітарні метастази – 39 (50%), рак жовчного міхура – 8 (10,2%), гігантські гемангіоми печінки – 3 (3,9%), ехінококоз – 2 (2,6%), альвеококоз – 1 (1,3%), не паразитарні кісти – 19 (24,3%) хворих.

Характер оперативних втручань у цій групі хворих: правобічна гемігепатектомія – 8, лівобічна гемігепатектомія – 4, навколопухлинна резекція печінки – 6, сегментектомія і субсегментектомія – 25, перицистектомія – 8, крайова резекція печінки – 27 операцій.

Після операції померло 3 (3,8%) хворих – після великих резекцій печінки, але причинами летальності установлені – печінково-ниркова недостатність – 1, пневмонія з прогресуючою дихальною недостатністю на фоні евентерації – 1, тромбоемболія легеневої артерії – 1.

Слід зазначити, що летальних випадків, пов'язаних з недоліками техніки виконання оперативних втручань і крововтратою, не було. Середня крововтрата при резекції печінки в наведеній групі оперованих хворих становила 360 ± 120 мл.

Висновки

1. Запропоновані діагностичні і оперативнотехнічні принципи установлення показань і виконання операцій дозволили в обговорюваній групі хворих уникнути летальності, пов'язаної з крововтратою.

2. Дотримання цих принципів поряд з урахуванням практичних можливостей конкретного лікувального закладу для надання висококваліфікованої хірургічної допомоги може слугувати запорукою задовільних результатів резекції печінки в умовах регіональних клінік, тобто неспеціалізованих гепатологічних центрів.

Перспективи подальших досліджень. Продовжити дослідження можливостей клінічного застосування простих, доступних і ефективних методів остаточної зупинки паренхіматозної кро-

вотечі і профілактики післяопераційних ускладнень, пов'язаних з утворенням внутрішньочеревних гематом.

Література

1. Вишневицкий В.А., Чжао А.В., Назаренко Н.А. и др. Современные принципы техники оперативных вмешательств на печени // *Анналы хирургической гепатологии*. – 1996. – Т. 1. – С. 15 – 23.
2. Скиба В.В., Хмельницкий С.И., Сухин И.А., Амбруш О.О. Новый адгезив – новые возможности улучшения результатов восстановительных и реконструктивных операций на желчных путях // *Хірургія України*. – 2002. – № 3. – С. 94 – 97.
3. Скиба В.В., Лісайчук Ю.С., Хмельницкий С.И. та ін. Новый адгезив в абдоминальной хирургии // *Альм. клін. мед.* – К., 2002. – Вып. 2. – С. 208 – 209.
4. Скиба В.В., Хмельницкий С.И., Сухин И.А., Амбруш О.О. Нові можливості ціаноакрилатного адгезиву в абдоминальній хірургії // *Матеріали XX з'їзду хірургів України*. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – Т.2. – С. 788 – 790.
5. Скиба В.В., Хмельницкий С.И., Сухин И.А. та ін. Нові адгезивно-пластичні методи профілактики неспроможності швів у хірургії біліо-панкреато-дуоденальної зони в експерименті // *IX Конгрес світової федерації українських лікарських товариств: Тез. допов.* – Ж., 2002. – С. 435.
6. Скиба В.В., Хмельницкий С.И., Сухин И.А., Амбруш О.О. Адгезивно-пластические методики профилактики послеоперационных осложнений в восстановительной и реконструктивной хирургии // *Вісн. Укр. мед. стоматол. академії*. – 2006. – Том 6, Випуск 1-2 (13-14). – С. 125-132.
7. Хмельницкий С.И., Остапенко О.М., Пінчук А.С. та ін. Интраоперационный гемостаз при паренхиматозных кровотечениях // *Альм. клін. мед.* – К., 2002. – Вып. 2. – С. 230 – 231.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ВЫБОРА ХАРАКТЕРА И ТЕХНОЛОГИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПЕЧЕНИ В УСЛОВИЯХ ОБЩЕХИРУРГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

С.И.Хмельницкий

Резюме. Приведены результаты хирургического лечения очаговых образований печени у 78 оперированных больных в общехирургической клинике. Предложены принципы подбора показаний к операции и технологий резекции печени с минимизацией риска развития интраоперационных осложнений. Для окончательной остановки паренхиматозного кровотечения использованы адгезивно-пластические способы гемостаза с клеем катсил или сульфакрилат. Летальность в анализируемой группе больных составила 3,8%. Летальных исходов, связанных с недостатками техники оперативного вмешательства и кровопотерей, не было. Средняя кровопотеря при резекции печени составила 360 ± 120 мл.

Ключевые слова: резекция печени, кровотечение, катсил, сульфакрилат.

DIAGNOSTIC AND MEDICAL PRINCIPLES OF A DIFFERENTIATED CHOICE AS TO THE NATURE AND TECHNOLOGIES OF SURGICAL TREATMENT OF FOCAL FORMATIONS IN THE LIVER UNDER CONDITIONS OF A GENERAL SURGICAL CLINIC

S.Y.Khmel'nyts'kyi

Abstract. The results of surgical treatment of focal liver formations in 78 operated persons at a general surgical clinic have been presented. The principles of selecting indications for operations and technologies for liver resection with risk minimization for the development of intraoperative complications have been proposed. Adhesive-plastic haemostatic techniques with glue and kasil or sulfakrylate were used for a complete arrest of parenchymatous bleeding. Lethality in the analyzed group of patients made up 3.8%. There were no fatal outcomes associated with shortcomings of the operative technique and blood loss. The average blood loss with liver resection made up 360±120 ml.

Key words: liver resection, bleeding, kasil, sulfakrylate.

Medical Institute of UAFM (Kyiv)

Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. - P.87-89

Надійшла до редакції 4.04.2007 року

УДК 616.839+009.16+12-008.331.1

І.М.Чоповський

КОМПЛЕКСНА ОЦІНКА КЛІНІКО-ІНСТРУМЕНТАЛЬНИХ ОЗНАК ВИНИКНЕННЯ, РОЗРОБКА СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ВЕГЕТО-СУДИННИХ РОЗЛАДІВ У ЮНАКІВ У ПРОЦЕСІ НАВЧАННЯ ТА ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ

Івано-Франківський державний медичний університет,
Прикарпатський юридичний інститут, м. Івано-Франківськ

Резюме. Проведено комплексне обстеження чинників, що впливають на здоров'я, функціональний стан серцево-судинної системи, регуляції артеріального тиску, фізичної працездатності, гемодинаміки в 187 юнаків упродовж 3-річного періоду навчання та фізичної підготовки в процесі навчання. Вивчена ефективність оздоровлення і запобігання розвитку вегето-судинних розладів, а також лікування в разі появи про-

явів нейроциркуляторної дистонії шляхом застосування кардонату і АТФ-лонгу. Розроблена цілісна система оцінки стану, профілактики та лікування вегетативних розладів.

Ключові слова: нейроциркуляторна дистонія, адаптація, толерантність до навантажень, кардонат, АТФ-лонг.

Вступ. Функціональні вегетативні порушення є однією з актуальних проблем сучасної медичної науки і практики [1,6,7], оскільки визначають не лише медичні, але й соціальні складові функціонування особи, її працездатність та ризик виникнення наступних органічних захворювань. Особливо важливе значення має розуміння вегетативних дисфункцій у молодих юнаків на різних етапах їх життя (під час навчання, зміни режиму фізичних та психоемоційних навантажень) [3,5], перебіг яких може призводити до формування хронічної патології внутрішніх органів [8].

Серед молодих людей найбільш поширеною клінічною формою вегетативної дисфункції є нейроциркуляторна дистонія (НЦД), що може складати майже третину випадків [5-7]. Пошук ефективних систем оздоровлення, а в разі необхідності, методів лікування є важливою запорукою формування здорового суспільства [11]. Як модель вивчення НЦД, її виникнення, профілактики та лікування можуть бути визначені юнаки організованого колективу, в якому розроблена система навчальних програм, фізичних тренувань, режиму харчування і відпочинку, зокрема

на прикладі студентів Прикарпатського юридичного інституту. Оцінка вказаних напрямів за таких умов створює особливі пріоритети до вирішення вказаної проблеми [5-11].

Мета дослідження. Підвищити ефективність профілактики та лікування вегето-судинних розладів у юнаків у процесі навчання та фізичної підготовки на основі розробки комплексної системи оздоровчих та лікувальних дій.

Матеріал і методи. Обстежено 187 юнаків-курсантів Прикарпатського юридичного інституту віком (18,2±0,1) років. Всі обстежені розподілені на 76 практично здорових і 61 особу з клініко-функціональними ознаками НЦД, відповідно до рекомендацій В.М.Коваленко і О.Г.Несукай, яких обстежували на початку навчання, на початку другого півріччя, наприкінці 1-го року навчання та продовж 2-го і 3-го років.

Оцінювали клінічні ознаки вегетативних розділів за модифікованою схемою А.М.Вейна [6]. Окрім того, проводили анкетування на предмет чинників, що впливають на здоров'я за анкету "CINDI Health Monitor". Оцінку стану психо-