



87 patients were under investigation. They were divided into three groups: the 1st group with diagnosed reactive arthritis (n=35), the 2nd group with diagnosed reactive arthritis (ReA) and comorbidity of chronic pyelonephritis (n=32) and 3rd group with diagnosed CKD: chronic pyelonephritis, urinary syndrome (n=20). The study included patients with chronic ReA with average disease duration for 4.0 ± 0.94 years and who from time to time were provided with standard medical therapy. The concentration of potassium and sodium in urine was determined by flame photometry on "FPL-1" creatinine in plasma and urine - the reaction of picric acid on photocalorimeter "CFC-2" and the spectrophotometer "SF-46".

The study described the results of protein level reduction in urine: in the 1st group 0.18 ± 0.021 g/day, in the 2nd group 0.23 ± 0.023 g/day, and in the 3rd group 0.28 ± 0.08 g/day. Increased diuresis for 11.5%, reduction in the concentration of potassium in the urine for 34.5% ($p < 0.05$), reduction in the concentration of sodium in the urine for 10.4% ($p < 0.05$), clearance and the excretion of fraction sodium increased in 1.3 and 1.5 times, respectively ($p < 0.05$) were detected in the 1st group. It can be caused by a decreased GFR ($p < 0.05$) and tubular reabsorption. In the 1st group increased fibronectin in the urine was identified in comparison with indices in other groups ($p < 0.05$). In the 2nd group increased diuresis for 45.4% in comparison with indices in the group of patients with ReA ($p < 0.05$) was found, and the concentration of potassium in the urine decreased for 46.5% and simultaneously tubular reabsorption reduced ($p < 0.05$). In the 2nd group there was a significant increase in GFR at 10.31 mL/min. ($p < 0.05$). In the 2nd group increased fibronectin in the urine in comparison with indexes in the group of patients with chronic pyelonephritis ($p < 0.05$) was detected and nitrite in urine in comparison with indices in the group of patients with a reactive arthritis ($p < 0.05$) and a maximal increase $\beta 2$ -microglobulin in the urine in comparison with indices in other groups.

Thus, in patients with chronic reactive arthritis increased fibronectin in the urine, diuresis, reduction in the concentration of potassium and sodium in the urine, clearance and the excretion of fraction sodium increased. decreased GFR and tubular reabsorption ($p < 0.05$) were found. In patients with a comorbid course of reactive arthritis and chronic pyelonephritis increased fibronectin in the urine in comparison with indices in the group of patients with chronic pyelonephritis ($p < 0.05$) and nitrite in urine in comparison with indices in the group of patients with a reactive arthritis ($p < 0.05$) and a maximal increase $\beta 2$ -microglobulin in the urine in comparison with indices in other groups were found.

СЕКЦІЯ 7

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ, УРОЛОГІЇ ТА ТРАВМАТОЛОГІЇ

Андрієць В.В.

РЕЗЕКЦІЯ ЖОВЧНОГО МІХУРА В ЗБЕРЕЖЕННІ ЖОВЧЕВІДТОКУ ПРИ АНОМАЛЬНІЙ ДОДАТКОВІЙ ПРАВІЙ ПЕЧІНКОВІЙ ПРОТОЦІ

Кафедра хірургії № 1

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Анатомічні аномалії позапечінкових жовчних шляхів є досить частою патологією і можуть стати причиною незадовільних результатів хірургічного лікування патології жовчного міхура. Одним з небезпечних варіантів анатомічної будови жовчних шляхів як при відкритій, так і лапароскопічній хірургії, є впадіння додаткової сегментарної протоки (зазвичай правої) в жовчний міхур. Частота такої аномалії, за даними різних авторів, може сягати 1:600 випадків. В багатьох випадках «дерево» такої протоки не зв'язано з основною біліарною системою.

В класифікації пошкоджень жовчних шляхів S.M. Strasberg (1995) віділяється тип Б: пошкодження секторальної протоки з обструкцією частини біліарної системи. Частіше всього перекидається права аномальна печінкова протока, що призводить до перенстуючого холангіту, атрофії сегмента чи сегментів печінки, з яких виходить аномальна протока. Надійна перев'язка не призводить до витікання жовчі в очеревину порожнину і діагностика причини нетипового перебігу післяопераційного періоду вкрай важка. До пошкоджень типу В автори віднесли пересічення аномальної протоки з жовчевитіканням. Не виявлене інтраопераційно пересічення такої аномальної протоки може призвести до великого чи середнього витікання жовчі в очеревину порожнину з розвитком післяопераційного жовчного перитоніту, біломи чи зовнішньої жовчевої нориці. В класифікації стриктур жовчних шляхів Bismuth (1982) тип V включає в себе стриктуру правої аномальної протоки (ізолювано або в поєднанні з загальною печінковою протокою). В класифікації біліарних ускладнень лапароскопічної хірургії J. Bergman (1999) в тип А включає витік жовчі з міхурової чи додаткової печінкової протоки. М.Є. Ничитайло та співавтори віднесли такі пошкодження до «малих».

Питання лікування виявлених інтраопераційних пошкоджень жовчних шляхів широко описані, однак стосуються в основному «великих» пошкоджень (загальної печінкової та загальної жовчної протоки). Стосовно тактики ведення пацієнтів з аномальною печінковою протокою, виявленою чи пошкодженою під час операції, даних небагато. Найбільш часто пропонується зовнішнє дренирування додаткової печінкової протоки, яке в подальшому може призвести до формування нориці, холангіту, атрофії сегменту печінки, постійної помірної білірубінемії.

В нашій клініці оперована пацієнтка 47 років з гострим калькульозним холециститом. Стандартні доопераційні обстеження (УЗД, ФГДС, біохімічні дослідження) звичайно не вказували на наявність анатомічної аномалії. Хвора взята на лапароскопічну холецистектомію. При ревізії міхур атонічний, стінка дещо потовшшена, злуки відсутні. Розсічення серозної оболонки міхура в ділянці шийки по правому краю не надало, як зазвичай,



жовчному міхуру мобільності. При обережній ревізії даної ділянки нами виявлено трубчасту білісувату структуру біля 3-4 мм в діаметрі, яка міцно з'єднувала стінку міхура з печінкою.

Враховуючи лікування та спостереження в клініці за іншою пацієнткою, яка перенесла вже декілька операційних втручань з приводу пересіченої під час холецистектомії додаткової аномальної протоки (холецистектомія, релапаротомія з зовнішнім дрениванням протоки яке завершилося формуванням та подальшим закриттям жовчної пориці, дворазова ендоскопічна ретроградна папілотомія з літоекстракцією пігментних конкрементів холедоха, постійна гіпербілірубінемія на рівні 40-50 мкмоль/л) нами вирішено виявлену протоку не пересікати. Лапароскопічно жовчний міхур виділено від дна до рівня додаткової протоки та проведено конверсію. Міхур вскрито вище додаткової протоки, множинні конкременти та жовчя видалено. При зондовій ревізії зі сторони міхура протока йде в напрямку центру правої доли, з протоки в значній кількості поступає світла жовч. Міхурова протока розширена до 4-5 мм, відстань від місця впадіння додаткової протоки в жовчний міхур до зони злиття міхурової протоки та загальної печінкової протоки біля 4-5 см. Жовчний міхур пересічено на 1 см вище додаткової протоки. Через куксу жовчного міхура в загальну жовчну протоку заведено дренаж, який фіксовано шляхом ушивання кукси жовчного міхура евертованим неперервним вікріловим швом. При інтраопераційній холангіографії контраст виводився внутрішньо- та позапечінкової жовчні протоки, в значній кількості потрапляє в ДПК, додаткова протока біля 3-4 мм з відокремленими внутрішньопечінковими протоками, які захоплюють як мінімум 1 сегмент печінки. Операцію завершено зовнішнім дрениванням холедоха та дрениванням підпечінкового простору. Пацієнтка в задовільному стані виписана додому, спостерігалася на протязі 2 років – больових нападів та ознак рецидиву холелітіазу не було.

Настороженість під час виконання лапароскопічної холецистектомії, знання можливостей анатомічних аномалій жовчних шляхів та наслідків їх перекриття спонукало нас виконати резекцію жовчного міхура з метою збереження функції додаткової аномальної правої печінкової протоки в даному випадку і уникнути небажаних негативних наслідків обструкції та розвитку важких післяопераційних ускладнень.

Білокий В.В., Білокий О.В. РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У ПАТОГЕНЕЗІ НЕІНФІКОВАНОГО ТА ІНФІКОВАНОГО ЖОВЧНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Прогнозування післяопераційних ускладнень є важливим компонентом лікування гострого перитоніту. Численні методи, які базуються на урахуванні різноманітних показників не знайшли визнання внаслідок їхньої значної кількості, що зумовлює складність застосування. Методи, засновані на малій кількості критеріїв залишаються недостатньо вірогідними. Залишається поширеним застосування Мангаймського перитонітного індексу (МПІ), за допомогою якого визначають тяжкість перитоніту. По мірі її зростання ймовірність розвитку післяопераційних ускладнень збільшується, проте диференціювати ризик виникнення окремих ускладнень це не дозволяє. У зв'язку з цим розробка ефективного методу прогнозування ПУ залишається актуальним питанням сьогодення.

Нами проведений ретроспективний аналіз наслідків лікування 169 хворих на різні форми перитоніту, віком від 17 до 84 років. Чоловіків було 98, жінок - 71. Місцевий перитоніт був у 45 хворих, дифузний - у 53, розлитий - у 57, загальний - у 13 хворих. У 79 пацієнтів були післяопераційні ускладнення: запалення і нагноєння рани (24), евертерация (5), інтраабдомінальні інфільтрати і абсцеси (14), неспроможність кишкових швів (18), триваючий перитоніт (18). Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання. Аналізували клінічні дані, результати лабораторних методів, параметри МПІ, класу поєднаної патології, вік. Вплив досліджених показників на розвиток післяопераційних ускладнень визначали за допомогою дисперсійного аналізу.

Виконаний аналіз дозволив розробити шкалу, згідно якої прогнозування ПУ проводиться у два етапи. На першому етапі, до операції, у шкалу включені показники, які характеризують хірургічну патологію, перитоніт і супутні захворювання. Кожному з них надана певні кількість пунктів: гострий апендицит, гострий простий холецистит, гінекологічна патологія, кишкова обструкція (не пухлинна) без некрозу (1); кишкова обструкція (не пухлинна) з некрозом, гострий деструктивний холецистит, перфорація гастродуоденальних виразок, тонкої кишки, пухлин шлунка, гостра виразкова кровотеча, акушерська патологія (2); травма живота, пухлина ободової кишки з непрохідністю, хвороба Крона, гострий панкреатит, мезентеріальний тромбоз, післяопераційний перитоніт (3); місцевий перитоніт (2), дифузний перитоніт (4), розлитий перитоніт (6); супутня патологія відсутня (0), клас коморбідності 0 (0), клас 1 (1), клас 2 (2), клас 3 (3).

Результати дисперсійного аналізу засвідчили статистично істотну залежність частоти розвитку ускладнень від визначеної суми пунктів. Згідно шкали, хворі попередньо поділяються на групи звичайного (2-4 пункти), збільшеного (5-7 пунктів), середнього (8-9 пунктів) і високого (10 і більше пунктів) ризику виникнення післяопераційних ускладнень. Таке виділення груп ризику дозволяє застосовувати необхідні заходи з профілактики ускладнень вже на етапі передопераційної підготовки хворих. Остаточне визначення ризику проводиться з урахуванням даних інтраопераційної ревізії та лабораторних досліджень. На цьому етапі склад і внесок прогностичних критеріїв наступні: характеристики хірургічної патології згідно передопераційних даних; характеристики перитоніту згідно показника МПІ; характеристики супутньої патології згідно доопераційних