



антиоксидантного захисту, вираженості ендоксикозу та шляхів транслокації токсинів і мікроорганізмів. Виявлено тісні кореляційні зв'язки між вираженістю клінічних проявів та варіантом гену IL1 β (-511C/T). Встановлено взаємозв'язок між характером запально-деструктивних змін в очервинній порожнині та порушеннями протеолітичної і фібринолітичної активності та варіантами генетичної детермінованості.

Комплексне медикаментозне лікування хворих на розповсюджені форми перитоніту з поліморфізмом гену IL1 β (-511C/T) доповнене нами засобами цілеспрямованої корекції, процесів пероксидного окислення, корекції порушень процесів протеолізу та фібринолізу. Аналіз результатів такої лікувальної тактики свідчить про її ефективність.

Москалюк О.П., Шкварковський І.В., Русак О.Б.
РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ В ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ

Кафедра хірургії № 2

*Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Пахвинні грижі становлять від 75% до 80% від усіх гриж живота. Найчастіше на пахвинну грижу хворіють чоловіки репродуктивного віку, в якому вже саме гриженосійство приводить до виражених морфологічних змін і порушення функції яєчка. Також збільшується кількість наукових повідомлень, що пахвинна алогерніопластика може привести до безпліддя внаслідок прямого контакту полімерного імплантата із сім'яним канатиком.

Метою дослідження стало вивчення показників репродуктивної функції в чоловіків, прооперованих за розробленою методикою, яка виключає контакт імплантата й сім'яного канатика.

Прооперовано 71 хворого за запропонованою методикою (патент України на корисну модель № 81728). Контрольну групу склали 73 хворих, яким було виконано пластику пахвинних гриж за методом I.L. Lichtenstein.

Отримані дані по сонографічному вивченню кровотоку в контрольній групі хворих свідчать про те, що після операції відбувається поступове покращення кровообігу яєчка внаслідок усунення негативного впливу вмісту грижового мішка на структури сім'яного канатика (до операції середня лінійна швидкість кровотоку (СЛШК) становила $9,7 \pm 0,31$ см/с, а через 3 місяці – $10,2 \pm 0,31$ см/с). Однак, не дивлячись на збільшення швидкості кровотоку після операції, жоден показник не зрівнявся з контрлатеральною здоровою стороною. А починаючи з 3 місяця спостереження при формуванні міцного сполучнотканинного рубця навколо імплантату відбувається обкрадання яєчка по артеріальній системі.

При вивченні даних доплерограм в хворих основної групи відбувається поступове підвищення всіх показників кровотоку в усіх термінах спостереження. При чому вже через 1 місяць після операції показники пікової систолічної швидкості кровотоку (ПСШК) ($20,1 \pm 0,44$ см/с) та СЛШК ($10,9 \pm 0,43$ см/с) є достовірно ($p < 0,05$) вищими відповідних доопераційних показників. Також поступово зростає і показник кінцева діастолічна швидкість кровотоку (КДШК), що вже на 3 місяці спостереженні ($6,7 \pm 0,50$ см/с) стає достовірно ($p < 0,05$) вищим за такий же показник до операції. В хворих основної групи відмічено вирівнювання КДШК ($6,7 \pm 0,50$ см/с) і СЛШК ($11,3 \pm 0,46$ см/с) через 3 місяці після операції та ПСШК ($21,3 \pm 0,50$ см/с) через 1 рік після операції між здоровою та оперованою стороною ($p > 0,05$ при порівнянні з показниками здорової сторони).

При аналізі показника коефіцієнта резистентності (КР) в осіб основної групи відмічено поступове зменшення даного показника в післяопераційному періоді, що вже на 3-ому місяці спостереження ($0,67 \pm 0,017$) стає достовірно меншим ($p < 0,05$) за доопераційний та достовірно не відрізняється ($p > 0,05$) від показника здорової сторони. Порівнюючи міжгрупові показники кровотоку варто відмітити достовірно вищі ($p < 0,05$) показники ПСШК, КДШК та СЛШК через 3 місяці та через 1 рік після операції. Натомість КР був вірогідно ($p < 0,05$) меншим в хворих основної групи на 3-ому місяці та через 1 рік після операції.

Об'єм яєчка на ураженій стороні до операції був вірогідно нижчим у хворих обох груп і становив $18,5 \pm 0,36$ см³ ($p < 0,05$) у контрольній та $18,2 \pm 0,29$ см³ ($p < 0,05$) в основній групі хворих. Даний показник на неураженій стороні становив $21,6 \pm 0,44$ см³ та $21,4 \pm 0,41$ см³ відповідно. На 7 добу після операції об'єм яєчка на оперованій стороні збільшувався у хворих обох груп, що можна пояснити набряком тканин яєчка внаслідок оперативної травми, і становив $25,1 \pm 0,38$ см³ у контрольній та $24,9 \pm 0,39$ см³ – в основній групі. Через 1 місяць після операції спостерігається поступове зменшення об'єму яєчка в обох групах хворих: $23,3 \pm 0,37$ см³ в контрольній та $22,1 \pm 0,41$ см³ – в основній групі хворих. При чому даний показник достовірно ($p < 0,05$) вищий в контрольній групі, що можна пояснити збереженням запального набряку тканин сім'яного канатика внаслідок контакту останнього з імплантатом. Через 3 місяці після операції об'єм яєчка у хворих контрольної групи – $18,4 \pm 0,28$ см³. Отримані результати вивчення об'єму яєчка та доплерограм свідчать про ішемію яєчка в хворих контрольної групи в післяопераційному періоді, що можна пояснити втягненням судин сім'яного канатика в післяопераційний рубець та погіршенням кровотоку. Даний показник повертався до норми і був вірогідно вищим в осіб основної групи і становив $20,8 \pm 0,38$ см³ ($p < 0,05$), що свідчить про збереження кровообігу в хворих основної групи в післяопераційному періоді.

Антиспермальні антитіла до операції виявлені у 21 (29,6%) хворого основної та 22 (30,1%) хворих контрольної групи. Це доводить негативний вплив на репродуктивну функцію самої пахвинної грижі. На 7 добу після хірургічного втручання антиспермальні антитіла виявлені у 31 (43,7%) хворого основної та 33 (45,2%) хворих контрольної групи, що можна пояснити реакцією на оперативну травму. Даний показник був вірогідно



нижчим на 6-ому місяці після операції в основній групі і становив 12 (16,9%) хворих порівняно з 25 (34,1%) хворими контрольної групи ($p < 0,05$).

Вивчення індексу вільного тестостерону (ІВТ) показало, що він суттєво не змінювався у післяопераційному періоді в хворих контрольної групи. Натомість в основній групі достовірна різниця ($p < 0,05$) між доопераційним та післяопераційним ІВТ виявлена на 6-ому місяці спостереження. В цьому ж терміні ІВТ був вірогідно вищим в осіб основної групи – $82,5 \pm 5,17\%$ проти $64,3 \pm 4,18\%$ у хворих контрольної групи ($p < 0,05$).

Таким чином відсутність контакту полімерного імплантанта з елементами сім'яного канатика зменшує вплив запальних реакцій на структури пахвинного каналу, що попереджує негативний вплив на репродуктивну функцію прооперованих чоловіків.

Паляниця А.С.

ВИКОРИСТАННЯ МУЛЬТИФАКТОРНИХ ШКАЛ ПРИ ПРОГНОЗУВАННІ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра загальної хірургії

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

Рання діагностика форми гострого панкреатиту зумовлена необхідністю якомога скоріше розпочати інтенсивну терапію при важкому перебігу захворювання. Гострий панкреатит вважають важким, якщо він супроводжується розладами функції органів черевної порожнини та наявністю місцевих ускладнень (некроз, абсцедування, утворення псевдокіст). Не одне покоління хірургів проводить пошук методів передбачення цих ускладнень на основі ряду певних критеріїв. Ranson та співавт. (1974 р.) були одними з перших, які впровадили клінічні прогностичні чинники для визначення тяжкості гострого панкреатиту. Він був розроблений для гострого алкогольного панкреатиту та в подальшому адаптований для міліарного. Шкала Ranson ґрунтується на аналізі 12 клінічних параметрів, які визначають на момент госпіталізації хворого в стаціонар та протягом 48 год.

На момент госпіталізації:

- вік > 55 років
- глюкоза крові > 11 ммоль/л
- лейкоцитоз $> 16 \times 10^9$ /л
- ЛДГ > 400 МО/л
- АСТ > 250 МО/л

Через 48 год.:

- Зниження гематокриту більш ніж на 10%
- Кальцій плазми < 2 ммоль/л
- Дефіцит основ > 5 meq/l
- Сечовина $>$ на 1,8 ммоль/л
- $pO_2 < 60$ мм рт. ст.
- BE > 4 ммоль/л
- Дефіцит рідини 6 л

Наявність чинника дорівнює одному балу. Залежно від суми балів вираховують прогнозовану летальність:

Сума балів:	0-2	3-4	5-6	7 і більше
Прогнозована летальність:	1%	15%	40%	100%

Чутливість та специфічність індексу становлять відповідно 72% та 76%.

Із мультифакторних систем для оцінки тяжкості гострого панкреатиту найбільш популярною є шкала APACHE (Acute physiologic and chronic health estimation). Ця шкала передбачає визначення 15 фізіологічних параметрів пацієнта і даних про попередні захворювання. Загальне прогностичне значення шкали APACHE порівнянне з такими шкалами, як Ranson і Глазго. Перевагою шкали APACHE є можливість її використання в динаміці, що дає змогу виявляти прогресування або регрес захворювання. Порівняно з ними індекс Glasgow (Imrie), який базується на 8 критеріях, значно спрощений. Він нескладний у застосуванні, проте достатньо ефективний. Його предиктивна (передбачувальна) спроможність межує з шкалою APACHE. Класифікація Ranson et Balthazar ґрунтується на даних КТ, враховує наявність випоту та скупчень рідини у ділянці підшлункової залози та на віддалі від неї, що дає змогу передбачити абсцедування. Дослідження васкуляризації підшлункової залози при ангіографії та на основі цього оцінка поширення некротичних змін дає змогу підтвердити дані КТ при ранньому прогнозуванні важкості перебігу захворювання, що й зумовлює доцільність цього дослідження при гострому панкреатиті. OSF (Organ System Failure) – це ще один стандартний індекс, неспецифічний для гострого панкреатиту. Крім нього також використовують системи оцінки органної недостатності (MOD, SOFA, LOD, MOF).

На жаль, наявність великої кількості різних діагностичних шкал не дає достатньо ефективного діагностично-прогностичного патогенетично обґрунтованого прогнозу перебігу гострого панкреатиту.