

проведені консервативного лікування хворих на ГНТК в групі А і в післяопераційному періоді в групі В в залежності від стану моторики ТК поряд із загальноприйнятою терапією призначали препарати, які гальмували її рухову активність при підсиленні, а при її пригніченні використовували медикаменти із стимулюючою дією на фоні біоенергетичних середників.

Висновки. 1 Використання динамічного лаборторно–інструментального діагностичного комплексу з визначенням рівня інтоксикації, неспецифічної резистентності організму пацієнта, індексу коморбідності дозволяє прогнозувати перебіг захворювання у хворих на гостру непрохідність тонкої кишки і вирішити питання вибору методу лікування цих пацієнтів.

Комплексне визначення ризику розвитку рецидиву гастродуоденальної кровотечі виразкового генезу

І. І. Дутка

Буковинський державний медичний університет

Вступ. Попри успіхи ендоскопічних методів гемостазу, впровадження новітніх методик зупинки, частота рецидивних кровотеч з виразок шлунка і ДПК залишається значною, що потребує проведення хірургічних втручань, наслідки яких часто залишаються далекими від задовільних. Водночас до сих пір не запропонована надійна методика прогнозування рецидиву кровотечі. Найбільш поширеною є шкала Forrest, втім її прогностична цінність не є достатньо високою. Це зумовлює необхідність подальших пошуків, спрямованих на розробку інформативних методів прогнозування рецидивних виразкових кровотеч.

Мета дослідження. Аналіз факторів ризику рецидивних гастродуоденальних кровотеч виразкового генезу.

Об'єкт і методи дослідження. 203 хворих на виразки шлунка і ДПК, ускладнених гострими кровотечами. Чоловіків було 135 (66,5%), жінок – 68 (33,3%). Середній вік становив $56,6 \pm 17$ років. Всім хворим проведено стандартне (ендоскопічне, лабораторне) обстеження і консервативне лікування. Виразка ДПК діагностована у 127 (62,56%) хворих, шлунка – у 68 (33,49%), виразки шлунка і ДПК – у 9 (4,43%) хворих. З метою ендоскопічного гемостазу проводили обколювання виразки сумішшю 0,9% NaCl з адреналіном, або з транексамовою кислотою 1:10. У окремих випадках виконувалась діатермокоагуляцію кровоточивої судини. Рецидиви кровотеч виникли у 24 (11,82%) хворих.

У частини хворих під час ендоскопічного обстеження застосовували напрацьований метод, який полягає у визначенні ширини зони розсіювання монохроматичного лазерного променя з довжиною хвилі випромінювання 0,63 мкм на тромбі, що покриває виразку. Джерелом променя слугував лазерний діод.

Результати та їх обговорення. При аналізі клінічних і лабораторних параметрів хворих з рецидивними кровотечами виявлено, що у 11 (45,83%) хворих рецидиви виникли протягом перших 2–3 діб, а найменше впродовж першої доби – 4 (16,67%) випадки. У 15 (62,5%) хворих не було виразкового анамнезу. Чіткого зв'язку локалізації виразки з частотою рецидиву кровотечі ми не виявили, проте за виразок ДПК це спостерігалось дещо частіше ($n=14$ (58,33%)). У переважній більшості випадків повторні кровотечі були у чоловіків – 17 (70,83%). У 9 (37,5%) пацієнтів визначена I група крові, з них у 3 (12,5%) позитивна резус належність, у решти (25%) – негативна. У 4 (16,67%) хворих

визначена II група крові (всі резус позитивні). По одному (4,17%) випадку було при III і IV групах крові.

У 15 (62,5%) хворих під час первинного ендоскопічного обстеження діагностували клас II A за Forrest, а у решти (37,5%) – ознаки інших класів. Повторні кровотечі не виникли у жодного хворого з класом III. Водночас за даними літератури, найчастіше повторні кровотечі виникають при класі I. Ми поділяємо думку авторів, які відзначають, що ця шкала є статичною, не враховує наслідки застосування ендоскопічних лікувальних заходів, локальні особливості. Недоліком застосування шкали є також певний суб'єктивізм при визначенні окремих класів. Зокрема, за застосування методики оцінки ширини зони розсіювання лазерного променя на тромбі, що покриває виразковий дефект, при класі II A встановлено, що параметри показника відрізняються у окремих хворих. Розподіл даних показав певні відмінності у пацієнтів з рецидивними кровотечами, які свідчать про доцільність розділення такого класу і можливість прогнозу повторної кровотечі на підставі достатньо об'єктивного критерію. Втім, результати потребують уточнення, оскільки базуються на малій кількості спостережень.

Висновки.

1. Ізольоване використання шкали Forrest не дає можливості надійно прогнозувати розвиток рецидивних виразкових кровотеч.

2. Для інформативного передбачення рецидивів доцільно враховувати комплекс наведених клінічних, лабораторних й інструментальних показників.

Обґрунтування вибору мініінвазивних хірургічних втручань у хворих на гострий холецистит з високим операційно–анестезіологічним ризиком

Ю. М. Захараш, В. В. Мороз

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Актуальність теми. Однією із найскладніших і актуальних у невідкладній хірургії органів черевної порожнини, анестезіології та реаніматології залишається проблема вибору хірургічної тактики у хворих на гострий холецистит (ГХ) з високим операційно–анестезіологічним ризиком (ОАР). Дискусія про пріоритетність лапароскопічних і малотравматичних пункційних і пункційно–дренуючих втручань, особливо при лікуванні хворих з помірним (Grade II) і тяжким (Grade III) клінічним перебігом гострого холециститу за класифікацією, представленою у TG 13, ведеться і до сьогодні.

Метою дослідження було покращити результати хірургічного лікування хворих на ГХ з помірним (Grade II) та тяжким (Grade III) клінічним перебігом і високим ОАР за рахунок розробки біохімічних критеріїв прогнозування післяопераційних ускладнень та контролю ефективності обраного втручання.

Результати. З метою пошуку надійних критеріїв прогнозування ризику розвитку післяопераційних гнійно–запальних ускладнень 64 хворим, яким була виконана невідкладна операція холецистектомія, було визначено показники жирнокислотного спектру ліпідів жовчі та сироватки крові перед операцією. Хворі були розділені на 2 групи: Групу 1 – 38 (59,4%) склали хворі з післяопераційними гнійно–запальними ускладненнями, Групу 2 – 26 (40,6%) – з неускладненим післяопераційним періодом. Для об'єктивізації оцінки рівня оксидативного стресу та стану перекисного окислення ліпідів (ПОЛ),