



оперативного втручання, зустрічається від 10 до 70% випадків. Також, на високому рівні залишається й післяопераційний рецидив гіпертиреозу, який зустрічається в 15-18% випадків оперованих хворих.

У зв'язку із наведеними даними, метою нашої роботи було виявлення деяких ймовірних причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді та окреслення можливих способів його корекції.

Обстежено 46 хворих, які були оперовані з приводу різних форм тиреотоксичного зоба. Обсяг оперативного втручання залежав від тяжкості тиреотоксикозу, віку пацієнтів та обсягу ураження вузловою тканиною щитоподібної залози. В основному були застосовані органозберігаючі операції із збереження макроскопічно не зміненої тканини щитоподібної залози. Серед обстежених, у 22 пацієнтів (47,8%) у післяопераційному періоді порушень тиреоїдного статусу не діагностовано. У 15 хворих (32,6%) діагностовано різні ступені зниження функціональної активності ЩЗ (гіпотиреоз). Цім пацієнтам було призначено тривалу замісну терапію левотироксином, залежно від показників тиреоїдного статусу. Клінічно-лабораторні ознаки рецидиву гіпертиреозу у післяопераційному періоді виявлені у 9 (19,5%) пацієнтів. Для уточнення можливих причин виникнення рецидиву гіпертиреозу у віддалені терміни після операції, нами досліджена активність процесів пероксидного окиснення, антиоксидантного захисту та імунологічної реактивності.

Виявлено, що у пацієнтів із рецидивом гіпертиреозу, порівняно з еутиреоїдним станом, мало місце порушення балансу між про- та антиоксидантними системами. А саме, надмірна активація процесів пероксидного окиснення (зростання рівня малонового альдегіду з $5,71 \pm 0,132$ до $15,31 \pm 0,131$ мкм/л; окиснювальної модифікації білків з $1,38 \pm 0,021$ до $1,44 \pm 0,015$ од.опт.густ/мл) на тлі суттєвого пригнічення активності антиоксидантної системи (каталази з $23,37 \pm 0,462$ до $19,06 \pm 0,661$ мкмоль/хв.л; глутатіону відновленого з $1,03 \pm 0,024$ до $0,76 \pm 0,032$ мкмоль/мл; загальної антиоксидантної активності плазми з $55,02 \pm 0,241$ до $47,55 \pm 0,072\%$).

Встановлено також, зниження питомої ваги Т-лімфоцитів ($56,01 \pm 1,832\%$ проти $61,99 \pm 1,121\%$ у пацієнтів з еутиреоїдним станом), зростання питомої ваги В-лімфоцитів ($32,28 \pm 1,722\%$ проти $16,74 \pm 0,773\%$ відповідно), значиме зростання концентрації IgG ($13,06 \pm 1,412$ проти $10,26 \pm 0,154$ г/л) та ЦІК ($124,14 \pm 15,434$ проти $70,02 \pm 4,051$ г/л). Вірогідно зросли рівні АТ-ТПО ($156,07 \pm 66,933$ проти $31,48 \pm 5,516$ МО/мл; $p < 0,01$) та АТ-ТГ ($305,91 \pm 57,017$ проти $89,6 \pm 8,81$ МО/мл; $p < 0,01$).

Проведено аналіз залежності рецидиву гіпертиреозу від обсягу оперативного втручання у цих хворих. Встановлено, що з 9 осіб, найчастіше рецидив гіпертиреозу виникав після виконання однобічної субтотальної резекції ЩЗ (5 випадки) та гемітиреоїдектомії (4 випадки). У хворих, яким була проведена двобічна субтотальна резекція ЩЗ (22 випадків) та гемітиреоїдектомія із субтотальною резекцією контрлатеральної частки ЩЗ (15 випадків), у віддаленому післяопераційному періоді, спостерігався гіпо- та еутиреоїдний стан. Це свідчить, що надлишок залишеної паренхіми ЩЗ у хворих на гіпертиреоїдні форми зоба, є однією з причин рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Також, ймовірними факторами рецидиву гіпертиреозу у віддаленому післяопераційному періоді можуть слугувати підвищена активність процесів пероксидації, особливо окисної модифікації білків, із пригніченням системи антиоксидантного захисту, що призводить до зміни структур тиреоцитів та тиреоїдних гормонів, які набуваючи антигенних властивостей, піддаються дії імунних реакцій, що з часом, може призвести до виникнення рецидиву гіпертиреозу після операції.

Моніторинг та ефективна корекція дисбалансу у системі пероксидації та антиоксидантного захисту, разом із адекватно підібраним обсягом оперативного втручання, є одним з шляхів запобігання виникненню рецидиву тиреотоксикозу у віддаленому післяопераційному періоді.

Гресько М. М.

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ГОСТРИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИИ

Кафедра хірургії № 1

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

Лапароскопічна діагностика – кінцевий етап логічного мислення хірурга. Застосування лапароскопа для діагностики патології органів черевної порожнини – це достовірний і малотравматичний метод, який в останні десятиріччя набуває все більшого застосування. Сучасні можливості лапароскопічної хірургії дозволяють провести диференціальну діагностику гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, звести до мінімуму тривалість лікування з мінімальними економічними витратами, отримати максимально високі результати і забезпечити високу якість лікування.

В той же узагальнюючих робіт, де були б визначені покази до використання малоінвазивних методів а також оцінка критеріїв що спричиняють конверсію, в літературі явно недостатньо.

З цією метою узагальнено досвід використання лапароскопічних втручань у хворих з ургентною хірургічною, гінекологічною патологією та у хворих з торакальною патологією і встановити критерії, які спричиняють конверсію. У дослідженні взяло участь 5107 хворих на калькульозний холецистит віком від 16 до 84 (жінок – 4584 (89,86%), чоловіків – 523 (10,24%). Хронічний холецистит був у 2905 (56,88%) хворих, гострий холецистит - у 2202 (43,22%), (гангренозний - у 176 хворих, флегмонозний - у 914 хворих, катаральний - у 1112 хворих).



Хворим після накладання карбоперитонеуму вводили лапароскоп і проводили ревізію органів черевної порожнини з метою діагностики. Подальша тактика залежала від діагностованої патології: коли патологія вимагала подальшого оперативного втручання, хворому виконували необхідну операцію після введення додаткових необхідних інструментів. В крайніх випадках, при неможливості проведення адекватної ревізії, на фоні лапароліфтингу одним лапароскопом поставити діагноз було неможливо, переходили на конверсію. В тих випадках, коли патології органів черевної порожнини не було знайдено, лапароскоп й інструменти видаляли з черевної порожнини а троакарні отвори ушивали.

Повторно лапароскопічні втручання виконані у 42 хворих з метою визначення наявності ускладнень в післяопераційному періоді. У 6 хворих лапароскопічні втручання використані для видалення кістозних утворень печінки та серповидної зв'язки а у 64 хворих при гінекологічній патології (23 випадки кіст яєчників, 41 випадків - неплідність різного генезу. Як метод діагностики у 83 хворих застосовувалась лапароскопія, а у 56 хворих - торакокопія.

Серед 2905 хворих на хронічний калькульозний холецистит у 1131 хворих мали місце злуки жовчного міхура з іншими органами, тканинами. Це призвело до конверсії у 43 хворих. З 2202 хворих на гострий калькульозний холецистит у 414 випадках зустрічався біліміхуровий інфільтрат, що стало причиною конверсії у 56 хворих. У 134 хворих була виконана конверсія. Причини конверсії при лапароскопії були: наявність короткої або широкої міхурової протоки - 17 хворих; пошкодження міхурової протоки або холедоху - 19 хворих; пенетруюча виразка ДПК - 9 хворих; виникнення масивної кровотечі - 28 хворих (20 хворих з гострим та у 8 хворих - з хронічним калькульозним холециститом); вклинений конкремент у міхуровій протоці - 12 хворих; підозра на наявність конкременту в залишеній куксі міхурової протоки - 9 хворих; наявність гематоми брижі поперечно-ободової кишки - 2 хворих; пошкодження товстої кишки внаслідок травми - 1 хвора. Причини конверсії при торакокопії були кісти легень великих розмірів - 47 хворих.

Для запобігання ускладнень при проведенні лапароскопічних операцій їх треба застосовувати строго за показами. Конверсію необхідно виконувати своєчасно і вважати її як етап комплексного втручання. Малотравматичність і надійний функціональний результат від лапароскопічних методик прогнозує їх перселективне кількісне зростання в плановій і ургентній хірургії і, паралельно з цим, вимагає удосконалення індивідуальної техніки хірургів. Сучасне захоплення лапароскопічною хірургією з накопиченням досвіду, з глибоким і ретельним вивченням віддалених результатів, з часом дозволить розробити чіткі покази до застосування малоінвазивної і традиційної хірургії.

Ми вважаємо за необхідне ширше ставити покази до використання малоінвазивних оперативних втручань у хворих в ургентному порядку. Це дозволило діагностувати хірургічну патологію в очеревинній порожнині у 76 хворих. Діагностична лапароскопія застосовувалась у 15 хворих з цирозом печінки у яких, крім біопсії печінки, виконана оментогепатопексія. Діагностична торакокопія - у 19 хворих з пневмотораксом, причина якого була ліквідована шляхом коагуляції та у 46 хворих з кістами легень. Таким чином при наявності труднощів у поточненні діагнозу потрібно ширше ставити покази для використання лапароскопічних втручань з метою визначення подальшої лікувальної тактики. Результати проведених досліджень обґрунтовують доцільність напрацювання нових підходів до діагностики, прогнозування перебігу та лікування гострих захворювань органів черевної порожнини.

Отже, при гострому калькульозному холециститі оперативне втручання бажано робити в перші 48 годин від моменту захворювання. Враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажаннями пацієнтів і можливостями вітчизняної ургентної хірургії. У хірургічних хворих з важкою супутньою серцево - легенною патологією лапароскопічні технології дозволяють встановити правильний діагноз що є запорукою успішного лікування.

Гринчук А.Ф., Гринчук Ф.В., Полянський І.Ю. ПРОГНОЗУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ПЕРИТОЇТУ

*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), евітерація (5), інтраабдомінальні інфільтрати і абсцеси (14), неспроможність кишкових швів (18), триваючий перитоніт (18). Померло 39 хворих. У 123 хворих діагностовано супутні захворювання.