

РІЗНЕ

УДК 614.253.1(049.5)

ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ ПРОБЛЕМ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Богомаз В.М.

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, м. Київ

Дослідження виконано в 2006 році методом анонімного письмового опитування лікарів 43 медичних спеціальностей з різних регіонів України за спеціально розробленою анкетною. Анкета містила 15 відкритих і закритих запитань з різних аспектів проблеми якості медичної допомоги. Встановлено рейтинг можливих чинників забезпечення якості медичної допомоги хворим за оцінками практичних лікарів. До найважливіших чинників забезпечення якості медичної допомоги лікарі віднесли наявність сучасного медичного обладнання, рівень офіційної заробітної плати, дотримання норм навантаження на лікаря, якість викладання на базовій кафедрі, можливість отримання додаткової оплати, можливість регулярно відвідувати освітні заходи. Визнано необхідною розробку або адаптацію системи персональної оцінки роботи лікарів та елементів їх професійного розвитку за кількісними і якісними критеріями, яка була б підкріплена відповідною системою оплати праці.

Ключові слова: якість медичної допомоги, опитування лікарів.

Забезпечення якості медичної допомоги повинно бути пріоритетною метою діяльності системи охорони здоров'я розвинутих країн [1,3,9,11]. Під якість медичної допомоги розуміють її відповідність потребам пацієнта з урахуванням сучасних можливостей медичної науки та практики і за умови ефективного використання наявних ресурсів[7]. Найважливішими характеристиками якості медичної допомоги на початку третього тисячоліття визнані безпека для пацієнта, своєчасність, результативність, економічна ефективність, орієнтація на потреби і оцінки пацієнта [7,9,11,12]. Як відомо, забезпечення якості медичної допомоги базується, насамперед, на високій кваліфікації, автономності і відповідальності лікарів.

Медична сфера в силу інертності повільно реагує на потребу суспільства в змінах [8]. Лише незначна частина практичних лікарів готові проводити роботу, спрямовану на підвищення якості і ефективності медичної допомоги [5]. Згідно з результатами дослідження Кардаш В.Е та співавторів, повну увагу про систему контролю якості та управління нею мають лише 40% головних лікарів та їх заступників, часткове 12%, неповне 48% [2].

Медична галузь України стоїть на порозі реформування. Важливість ставлення лікарів при впровадженні будь-яких змін в системі надання медичної допомоги не викликає сумнівів, оскільки вони є основою „виробничою одиницею” галузі і саме від їх позиції і поведінки, в значній мі-

рі, залежатиме ефективність запропонованих змін. Актуальна інформація медико-соціологічних досліджень про об'єктивні явища та процеси, що відбуваються в закладах охорони здоров'я може бути використана для розробки адекватних управлінських рішень.

Метою роботи було вивчення думки лікарів про чинники забезпечення якості медичної допомоги в умовах реальної клінічної практики на сучасному етапі розвитку системи охорони здоров'я України.

Об'єкт і методи

Ставлення лікарів до проблеми забезпечення якості медичної допомоги оцінювали за результатами анонімного письмового опитування виконаного в 2006 році за спеціально розробленою анкетною. Анкета містила 15 відкритих і закритих запитань з різних аспектів проблеми якості медичної допомоги. В окремому розділі анкети лікарям було запропоновано оцінити можливі чинники забезпечення якості медичної допомоги в медичному закладі за шкалою оцінки кожного чинника від 0 до 5: 0- чинник значення не має, 1 – значення мінімальне, 2- незначне, 3- має помірне значення, 4 –чинник важливий, 5- надзвичайно важливий. Для забезпечення рівномірного представництва лікарів різних регіонів і рівнів надання медичної допомоги анкети розповсюджувались переважно під час проведення загальноукраїнських освітніх і науково-практичних заходів та серед курсантів академії післядипломної освіти. Під час таких заходів бу-

ло розповсюджено 900 анкет, повернуто - 297 анкет. Повернуті анкети без 4 і більше відповідей на запитання до аналізу не брались. Коректно заповненими визнано 283 анкети. Крім цього лікарі-волонтери сприяли розповсюдженню анкети для вивчення думки лікарів в медичних закладах Харківської, Житомирської, Полтавської областей, міст Києва, Чернігова, Ялти. Таким чином було отримано заповненими 185 анкет. Аналіз отриманих результатів медико-соціологічного дослідження виконаний з використанням статистичного та абстрактно-логічного методів.

Результати та їх обговорення

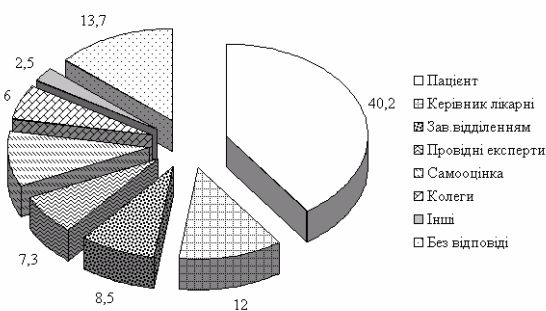
Сучасні методи управління якістю, які передбачають постійне вдосконалення виробничих процесів за участю всього персоналу, наразі майже не застосовуються в вітчизняній системі охорони здоров'я, тому відносно низький відгук лікарів на запропоноване на науково-практичних заходах анкетування був очікуваним. Згідно з результатами дослідження Подоляки В.Л., Слабкого Г.А відомо, що тільки 9,7% лікарів були готові проводити роботу, спрямовану на підвищення якості і ефективності медичної допомоги. Серед причин відсутності зацікавленості в цій роботі лікарі називали відсутність матеріальних стимулів, відсутність умов для впровадження нових високоефективних технологій, необхідність додаткових безповоротних витрат на оволодіння новими технологіями [5].

Вік опитаних в цьому дослідженні лікарів знаходився в межах 24 - 86 років. Середній вік респондентів дослідження склав $42,5 \pm 1,4$ роки. Більшість повернутих анкет - 70,7%, були заповнені жінками, решта - 29,3% - чоловіками, що відображає гендерне співвідношення в галузі охорони здоров'я. Розподіл лікарів за місцем роботи був наступним: 32,5% лікарів працювали виключно з амбулаторними пацієнтами, 37,2% - мали робоче місце в стаціонарах, мали змішаний прийом - 30,3% опитаних осіб. Абсолютна більшість респондентів - досвідчені лікарі, які реально знають стан справ в галузі - середній стаж роботи респондентів за фахом становив на час опитування $16,6 \pm 1,4$ роки. В опитуванні взяли участь лікарі 43 медичних спеціальностей.

Відомо, що якість медичної допомоги хворим є результатом взаємодії всього колективу лікарні. В якості контрольного запитання, яке в певній мірі відображає рівень морально-психологічного клімату і взаємодії медичного персоналу, було задано запитання: „Чи задоволені якістю взаємодії з лікарями діагностичних підрозділів Вашої установи?”. Позитивно відповіли 77,8% опитаних лікарів. Лікарям було запропоновано оцінити в балах середній рівень знань і навичок своїх колег по установі за чотирьохрівневою системою: „відмінно”, „добре”, „задовільно”, „незадовільно”. Роботу медичних сестер в своїх медичних закладах лікарі оцінили на

„відмінно” в 12,7% анкет, на „добре” - в 63,8%, на „задовільно” - в 23,1%, „незадовільно” - 0,2%. Робота колег-лікарів отримала дещо вищі оцінки: „відмінно” - 24,2%, „добре” - 63,1%, „задовільно” - 12,7% відповідей.

Відповіді лікарів на запитання „Хто для Вас є головним експертом якості наданої Вами медичної допомоги?” можна умовно розподілити на 8 груп. Найчисельнішою була група, в якій в якості експерта були названі пацієнти або їх батьки (відповіді лікарів-педіатрів). В другій групі були перераховані представники адміністрації лікарні - „головний лікар”, „начмед”, „керівник установи”. Третє за частотою місце посіла самооцінка, відображена в різних словосполученнях - „спостереження за результатами лікування”, „ефект лікування”, „виздоровлення”, „совість”. Розподіл відповідей за групами відображено на діаграмі 1. Можливо, така неоднозначність відповідей та передача пацієнту, а не професіоналам, експертних повноважень свідчать про відсутність в галузі адекватної системи колегіальної оцінки роботи лікарів, відповідної вимогам науково обгрунтованого управління якістю послуг. Орієнтація лікарів на задоволення інтересів пацієнта потребує доповнення створенням реально діючої системи оцінки медичної результативності та ефективності конкретних медичних послуг у кожного з лікарів за відомими європейськими зразками.



Діаграма 1. Головні експерти якості роботи лікарів (згідно з результатами опитування 468 лікарів)

Вивчення оцінки практичними лікарями чинників забезпечення якості медичної допомоги хворим дозволило встановити рейтинг їх важливості. Хоча не всі відмінності між розташованими послідовно показниками є статистично достовірними, цей рейтинг дає певну уяву про особливості розуміння проблеми якості медичної допомоги практичними лікарями в реальних соціально-економічних умовах (таблиця 1).

Проблема професіоналізму лікарів та їх постійного професійного розвитку останнім часом є об'єктом наукових досліджень в багатьох країнах [9,10,11,12,13]. Не викликає сумнівів положення, що якість медичної допомоги хворим залежить, насамперед, від кваліфікації лікаря. Освітні чинники були оцінені лікарями, як одні з найважливіших для забезпечення якості роботи лікаря. Зокрема, якість викладання на базовій

кафедрі та можливість регулярно відвідувати освітні заходи були оцінені в $4,07 \pm 0,15$ та $4,02 \pm 0,13$ відповідно.

Таблиця 1
Рейтинг чинників забезпечення якості роботи лікаря

Місце в рейтингу	Назва чинника
1	Сучасне медичне обладнання
2	Рівень офіційної заробітної плати
3	Дотримання норм навантаження на лікаря
4	Якість викладання на базовій кафедрі
5	Можливість отримання додаткової оплати
6	Можливість регулярно відвідувати освітні заходи
7	Достатня увага з боку адміністрації закладу
8	Стан особистого здоров'я
9	Стаж роботи лікаря за фахом
10	Сумісне навчання з лікарями інших спеціальностей
11	Наявність інженерного забезпечення в установі
12	Доступ до Інтернету
13	Побутові зручності в кабінеті
14	Зручність поїздки на місце роботи
15	Організація харчування на робочому місці
16	Вік лікаря

Оскільки, як відомо, складовими частинами забезпечення і оцінки якості є якість структури, технології та результату, на відповідні поріднені групи були розподілені нами вивчені чинники. Отримані показники подані в таблицях 2-3.

Таблиця 2
Ресурси медичного закладу, що впливали на забезпечення якості

Чинники	Середнє значення в балах $M \pm m$
Сучасне медичне обладнання	$4,57 \pm 0,09$
Рівень офіційної заробітної плати	$4,3 \pm 0,15$
Наявність інженерного забезпечення в установі	$3,76 \pm 0,15$
Доступ до глобальної комп'ютерної мережі	$3,72 \pm 0,15$
Побутові зручності на робочих місцях	$3,57 \pm 0,14$

Дослідження інформаційних ресурсів вітчизняних лікарів виявило значне відставання їх забезпечення від рівня досягнутого в розвинутих країнах світу. Згідно з результатами анкетування, рівень комп'ютеризації робочих місць виявився невисоким - 35,8% опитаних лікарів використовували комп'ютер на робочому місці. Користувались Інтернетом з професійною метою 55,3% опитаних лікарів, в тому числі 38,7% з них використовували мережеву медичну інформацію для прийняття рішень. Для більшості лікарів – 57,9%, основним джерелом інформації залишаються медична література та періодичні друковані професійні видання. На контрольне запитання „Яка остання публікація в медичних виданнях Вам сподобалась і запам'яталась?” дали відповідь 52,8% лікарів. В цьому дослідженні не вивчалась частота ознайомлення лікарів з новою

медичною інформацією. Згідно з результатами дослідження Нагорної А.М. та співавторів, регулярно працювали з медичною науковою літературою лише 29,6% лікарів [4]. За даними Подоляки В.Л., Слабкого Г.А. тільки 32,8% міських лікарів мали власний абонемент в медичних бібліотеках, а 74,4% періодично відвідували бібліотеки для ознайомлення з новою літературою. Отримували медичні видання за підпискою лише 17,4% лікарів стаціонарів [5].

Таблиця 3
Організація деяких процесів в медичному закладі, що впливали на забезпечення якості

Чинники	Середнє значення в балах $M \pm m$
Дотримання норм навантаження на лікаря	$4,13 \pm 0,13$
Можливість отримання додаткової оплати	$4,03 \pm 0,15$
Достатня увага з боку адміністрації закладу	$3,96 \pm 0,13$
Сумісне навчання з лікарями інших спеціальностей	$3,77 \pm 0,14$
Організація харчування на робочому місці	$3,14 \pm 0,16$

Персональні особливості лікаря, на думку респондентів, мають помірне значення для забезпечення якості медичної допомоги хворим (таблиця 4). Вік лікаря достовірно найменш важливий серед оцінюваних лікарями чинників якісної медичної допомоги. Оцінка впливу стану особистого здоров'я на якість роботи істотно відрізнялась в різних вікових підгрупах.

Таблиця 4
Персоніфіковані чинники, що впливали на забезпечення якості медичної допомоги

Чинники	Середнє значення в балах $M \pm m$
Стан особистого здоров'я	$3,85 \pm 0,4$
Стаж роботи лікаря за фахом	$3,82 \pm 0,16$
Зручність поїздки на місце роботи	$3,43 \pm 0,15$
Вік лікаря	$2,71 \pm 0,17$

На відкрите запитання „Чому, на Вашу думку, більшість пацієнтів незадоволені якістю медичної допомоги в Україні?” відповіли 89% лікарів. Респонденти в більшості випадків (69%) назвали декілька причин такої суспільної оцінки якості медичної допомоги. Найчастіше (в 37% випадків) опитані лікарі вважали причиною ситуації недостатнє фінансове, матеріально-технічне та кадрове забезпечення медичної галузі державою: „матеріально-технічне забезпечення лікувальних закладів та матеріальне становище лікарів незадовільне”, „низький технічний рівень медицини”, „немає сучасного обладнання, низький рівень фінансування”, „недостаточное оснащение медицинской аппаратурой для диагностики и лечения», «низкая оплата труда врачей ведет к оттоку кадров» „низький рівень фінансування, недостатня кількість і велике навантаження на медичних сестер” і т.п.. Низька оцінка лікарями

ресурсів медичних закладів була знайдена останнім часом і в інших дослідженнях. Зокрема, згідно з результатами опитування лікарів в Донецьку, задовільним для можливостей надання якісної медичної допомоги вважали оснащення медичних закладів 17,9% респондентів. Таким, що не відповідає затвердженому МОЗ таблицю оснащення стаціонарних відділень лікарень, назвали своє місце роботи 98,9% лікарів. Всі опитані вказували на недостатню кількість і асортимент медикаментів [5]. Згідно з результатами дослідження Руденя В.В., Гутора Т.Г., ставлення держави до здоров'я населення назвали байдужим 58,51%, негативним - 9,02%, позитивним – лише 32,47% опитаних пацієнтів сімейних амбулаторій [6].

Другою за частотою причиною сформованої суспільної думки (23% відповідей) лікарі визнали недостатньо високий професійний рівень медичних працівників: „низький кваліфікаційний рівень значної частини лікарів”, „низький рівень підготовки лікарів”, „падіння кваліфікації багатьох спеціалістів”, „недостаточний рівень знань у медработників”, „недостатній рівень самоосвіти та післядипломної освіти лікарів” і т.д. Близькою за частотою причиною невдоволеності пацієнтів (22% відповідей) лікарі назвали етико-деонтологічні чинники: „відношення, байдужість лікарів”, „людський фактор”, „некоректне поведіння лікарів і медичних сестер”, „потрібна зміна системи цінностей лікаря”, „невміння багатьох лікарів спілкуватися з хворими та їх родичами, відсутність потенції до саморозвитку у багатьох лікарів”, „пацієнти не віряють нашій медицині, вважають всіх лікарів хабарниками”, тощо. В 16% анкет причиною громадської думки названі загальне складне соціально-економічне становище в країні, бідність населення, протиріччя між задекларованими та реальними принципами надання медичної допомоги, що робить якісну медицину недоступною: „незадоволені самою державою і охороною здоров'я, як її складовою”, „невідповідність цін на ліки та отримуваних доходів”, „необхідно платити за ліки, за обстеження, за перебування в лікарні”. Неправильна організація і управління медичної допомоги названі причиною низької оцінки її якості громадянами в 11% відповідей: „відсутність системного підходу до галузі”, „галузь неправильно структурована”, „незадовільна організація медобслуговування”, „глибока системна криза організації медичної допомоги на всіх рівнях”. Низька санітарна культура населення є причиною критичного ставлення до медичної галузі на думку 5% опитаних лікарів: „внаслідок безкоштовного медичного обслуговування пацієнти не навчилися цінувати своє здоров'я”, „проблеми здоров'я покладають тільки на медичну практику”, „незадовільна санітарно-просвітницька робота”.

Вивчені чинники, безумовно, не є повним переліком обставин, що визначають якість медичної допомоги. Скоріше за все, при продовженні

дослідження в межах окремих лікарських спеціальностей, рейтинг чинників може дещо, але не принципово, змінитись. Можливості зростання зацікавленості практичних лікарів в питаннях управління якістю медичних послуг залежить від того, яким шляхом і з якою швидкістю буде реформуватись вітчизняна на система охорони здоров'я. Наразі рівень відставання технічного оснащення українських медичних закладів від європейських аналогів скорочується значно швидше, ніж рівень відставання в управлінських і освітніх технологіях.

Висновки

1. До найважливіших чинників забезпечення якості медичної допомоги практичні лікарі віднесли наявність сучасного медичного обладнання, рівень офіційної заробітної плати, дотримання норм навантаження на лікаря, якість викладання на базовій кафедрі, можливість отримання додаткової оплати, можливість регулярно відвідувати освітні заходи.

2. Назріла необхідність розробки або адаптації системи персональної оцінки роботи лікарів та елементів їх професійного розвитку за кількісними і якісними критеріями, яка була б підкріплена відповідною системою оплати праці.

Це дослідження детально не вивчало чинник додаткових неофіційних виплат населенням медичному персоналу і його значення для системи управління якістю в лікарнях, хоча можна передбачити, що вплив цей значний і, більше, деструктивний. Продовженням дослідження може стати пошук способів оцінки персоналу, які використовуються в немедичних галузях, та оцінка можливостей їх застосування в медичних закладах. Перспективою подальших наукових пошуків може стати також вивчення ролі сучасних принципів постійного професійного розвитку лікарів для безперервного підвищення якості медичної допомоги.

Враховуючи тенденції розвитку суспільства, стають більш актуальними дослідження впливу корпоративної культури та морально-психологічного клімату в колективі на медичну результативність роботи лікувально-профілактичних закладів.

Подяка

Автор висловлює щирі вдячність доктору мед. наук, проф. Бекетовій Г.В., доктору мед. наук, проф. Катеринчуку І.П., доктору мед. наук, проф. Жарінову О.Й., к.м.н. Могилі О.І., к.м.н. Диннику О.Б. за допомогу в проведенні дослідження.

Література

1. Гойда Н.Г. Якість медичного забезпечення – основна мета охорони здоров'я в Україні // Охорона здоров'я України. – 2005. - №3-4. – С.26-29.
2. Кардаш В.Е., Зубович А.П., Навчук І.В. Сучасні підходи до контролю якості в охороні здоров'я // Буковинський медичний вісник. – 2002. –Т.6 №2. – С.149-152.
3. Линденбратен А.Л. О качестве медицинской помощи // Медицинская помощь. - 2005. - №4. – С.3-9.

- Нагорна А.М., Степаненко А.В., Слабкий Г.А., Веремченко Л., Ліщенко С., Уваров В., Палій С. Стан та напрями підвищення якості медичного забезпечення населення з погляду лікарів лікувально-профілактичних установ України// Ліки України. - 2001.- №10.- С.14-15.
- Подолька В.Л., Слабкий Г.А. Отношение врачей крупного промышленного города, работающих в стационарных учреждениях, к повышению качества и эффективности медицинской помощи (по данным медико-социологического исследования)// Український медичний альманах, 2003. – Том 6. -№4. – С.110-112.
- Рудень В.В., Гутор Т.Г. Пацієнти сімейних амбулаторій міста Львова про питання здоров'я та охорону здоров'я (за даними проведеного соціологічного дослідження)// Український медичний часопис – 2006. - № 3 (53).- С.65-68.
- Соціальна медицина та організація охорони здоров'я/ Під заг. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. Тернопіль: „Укрмедкнига”. - 2000. – 680 с.
- Хоменко Т.М., Радиш Я.Ф. Якість медичної допомоги: погляд на проблему (повідомлення друге)//Сучасні аспекти військової медицини. Випуск 10. -2005. - С.103-105.
- Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбрaten А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. Москва: Медицина. – 2002. - 176 с.
- Blank L. Medical professionalism in the new millennium: a physician charter// Ann Intern Med. – 2002. - Vol. 136. – P.243-246.
- Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academy Press. -2001. - 364 p.
- Howie J., Heaney D, Maxwell M. Quality, core values and the general practice consultation: issues of definition, measurement and delivery// Fam. Pract. - 2004. – Vol. 21(4). – P.458 - 468.
- Continuing Professional Development. London: The Royal College of Radiologists. - 2001. - 11 p.

Реферат

ОЦЕНКА ВРАЧАМ ПРОБЛЕМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Богомаз В.Н.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, опрос врачей

Исследование выполнено в 2006 году методом анонимного письменного опроса врачей 43 медицинских специальностей из разных регионов Украины с использованием специально разработанной анкеты. Анкета содержала 15 открытых и закрытых вопросов по разным аспектам проблемы качества медицинской помощи. Установлен рейтинг возможных факторов обеспечения качества медицинской помощи больным по оценкам практических врачей. К важнейшим факторам обеспечения качества медицинской помощи врачи отнесли наличие современного медицинского оборудования, уровень официальной заработной платы, соблюдение норм нагрузки на врача, качество преподавания на базовой кафедре, возможность получения дополнительной оплаты, возможность регулярно посещать образовательные мероприятия. Признана необходимость разработки или адаптации системы персональной оценки работы врачей и элементов их профессионального развития по количественным и качественным критериям, которая была бы подкреплена соответствующей системой оплаты труда.

УДК 616.441-006.5-089

ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ ВУЗЛОВОГО КОЛОЇДНОГО ЗОБУ

Люлька О. М., Кузнєцов А. Я., Ковальов О. П., Соловійов І. Є., Рудий М. О., Дубинський М. В., Немченко І. І., Ситнік Д. А.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Робота присвячена актуальним питанням лікування хворих на вузловий колоїдний зуб. Представлена хірургічна тактика, визначені показання до проведення операції, обґрунтовано її об'єм в залежності від різних клінічних ситуацій. Запропоновані принципи та особливості передопераційної підготовки і післяопераційної реабілітації хворих, профілактики рецидивів зоба.

Ключові слова: вузловий колоїдний зуб, покази до операції, передопераційна підготовка, реабілітація, клінічні рекомендації.

Серед населення країн з наявним йододефіцитом, до яких відноситься і Україна, вузловими утворами в щитоподібній залозі (ЩЗ) є переважно вузловий колоїдний зуб (ВКЗ) – непухлинне захворювання, патологічне значення якого остаточно не з'ясовано. Ставлення науковців до хірургічного лікування вузлового зоба (ВЗ) змінювалось протягом останніх років у діаметрально протилежних напрямках (від занадто радикального до надмірно стриманого). Дотепер у вітчизняній літературі триває дискусія стосовно визначення принципів діагностики, лікування ВКЗ. Це відбувається, переважно, через те, що більшість робіт відноситься до неконтрольованих досліджень, так званих, "досліджень до і після". Основою їх є припущення, що будь-яке покращення стану пацієнта після лікування зумовлене проведеним лікуванням. Більшість практичних рекомендацій щодо діагностики та лікування ВЗ базується не тільки на принципах доказової медицини, а і на погодженій думці експертів чи спі-

льної думці найбільш досвідчених спеціалістів.

По-перше, остаточно не з'ясовано, яке клінічне і патологічне значення ВЗ. Відповідь ускладнюється через те, що ВЗ – збірне клінічне поняття, що об'єднує всі доступні пальпації вогнищеві утвори ЩЗ, які мають різну морфологічну будову. Крім ВКЗ сюди також відносять кісти, аденоми, різноманітні варіанти раку ЩЗ, псевдовузли при автоімунному тиреоїдиту. І хоч ВКЗ принципово відрізняється по генезу від інших вогнищевих утворів ЩЗ, термін був екстрапольований на всі ці стани. Це вплинуло на тлумачення принципів питань хірургії і ендокринології стосовно лікувально-діагностичної тактики, термінів спостереження хворих, показів до хірургічного втручання, об'єму операції, її строків [1].

Крім того, проблеми, пов'язані з ВКЗ, стали переломлюватись через призму онкологічних проблем. На самому ділі, онкологічними можна вважати лише випадки аденом та раку ЩЗ, адже вузловим утвором у залозі дійсно може бути рак.

Як часто це спостерігається, особливо, якщо вузлові утвори широко поширені? Згідно епідеміологічних досліджень вірогідність раку у пальпаторно визначаємих вузлах складає від 1 до 3% [6]. У більшості випадків – це високодиференційована пухлина, сучасні принципи лікування якої забезпечують десятирічне виживання у 99% [7]. Крім того, слід зауважити, що йодний дефіцит зумовлює зростання захворюваності на ВКЗ, а не на рак ЩЗ. Для медицини проблема раку ЩЗ заключається, насамперед, у своєчасному його діагностуванні.

Як приклад, дозволимо собі привести ситуацію з раком шлунка. Так, при дискусії лікарів стосовно виразкової хвороби шлунка, онкологічне сприяння ніколи не було домінуючим. А тим часом, протягом життя виразкова хвороба, як відомо, розвивається у 5-10% людей. Злоякісне переродження виразки шлунка виникає приблизно у 5% випадків. Якщо порівнювати це з ВЗ – все повинно бути навпаки, як стосовно ризику раку ЩЗ, так і прогнозу для хворого.

Проблема своєчасної діагностики раку ЩЗ – компетенція онкологів, яких цікавить (повинно цікавити) лише рак. Вирішення цієї першочергової складної задачі за допомогою арсеналу сучасних лабораторно-інструментально-морфологічних методів дослідження дозволяє визначити подальшу лікувальну тактику при наявності (обґрунтованій підозрі) раку ЩЗ. При діагностуванні доброякісності вогнищевих змін у ЩЗ для ендокринологів питання подальших лікувально-діагностичних заходів не можна назвати легкими та вирішеними. Насамперед треба в'ясувати, що уявляє з себе вузол: фолікулярна аденоплазія, кіста, гематома, ВКЗ? Клінічне значення кожного з названих утворів неоднотипне, а отже, не однакова лікувальна тактика і конкретне лікування. Для ендокринологів ці питання не другорядні і вирішення їх повинно бути чітко регламентовано.

Немає однозначної думки стосовно лікувальної тактики при ВЗ: хірургічне чи консервативне лікування. Не визначені раціональні межі між цими далеко не однозначними за наслідками для життя методами лікування.

У консервативному лікуванні ВЗ немає чітких рекомендацій. Періодично з'являються публікації, присвячені оцінці ефективності (зауважимо, не доцільності – це питання взагалі не обговорюється) супресивної терапії препаратами левотироксину. Ряд авторів вважає, що таке лікування призводить до зменшення вузлів [1,2,4,5]. Проте, є роботи, в яких висловлюється негативне ставлення і доказана неефективність супресивної терапії ВЗ левотироксином [3].

Хірургічний метод лікування ВКЗ залишається найбільш ефективним, бо дозволяє у короткий час досягти функціональної та структурної однорідності залози, відвернути загрози здоров'ю чи життю пацієнта ускладнення. Але, не

дивлячись на зазначене, операція несе в собі потенційний ризик виникнення специфічних та неспецифічних ускладнень. Тому, доцільність хірургічного втручання хворим на ВКЗ повинна бути обґрунтована та визначена із урахуванням індивідуальних особливостей кожного пацієнта.

На нашу думку, оперативному лікуванню за хірургічними показами підлягають хворі на ВКЗ у випадках:

- 1) наявності ознак механічного впливу зобу на оточуючі тканини та структури ший;
- 2) розвитку функціональної автономії ЩЗ на фоні вузлового (багатовузлового) зоба через неефективність консервативної терапії;
- 3) часткового або повного розміщення за грудиною вузла (вузлів);
- 4) швидкого росту вузла (вузлів) незалежно від результатів цитологічної діагностики;
- 5) наявності вад, спричинених зобом (люди публічних професій тощо).

Такий підхід до визначення показів до операції при ВКЗ є клінічно аргументованим і дає змогу відійти від показів до операції, що базуються на розмірах вузла.

Передопераційна підготовка хворих є важливим елементом хірургічного лікування. Еутиреоїдного стану у хворих з клінічними ознаками тиреотоксикозу (функціональної автономії) досягали блокадою синтезу тироксину мерказолілом. У випадках тиреотоксикозу, зумовленого переважним синтезом трийодтироніну, разом з мерказолілом застосовували анаприлін. Від загальноновживаного застосування препаратів йоду для блокади синтезу гормонів ЩЗ ми відмовились.

Враховуючи той факт, що ВКЗ є захворюванням всієї залози, причиною якого є йододефіцит, а хірургічне втручання не ліквідує причин виникнення зобу, мінімальним обсягом операції вважаємо гемітиреоїдектомію при одобічному враженні ЩЗ та тиреоїдектомію при двобічному враженні. У випадках багатьох вузлів в одній долі і солітарного вузла в другій долі за певних умов можливим вважаємо виконання відповідно гемітиреоїдектомії і резекції контрлатеральної долі. Це дозволить запобігти виникненню рецидивів захворювання та, як наслідок, повторних операцій.

Особливої уваги заслуговують також питання післяопераційної реабілітації хворих, доцільності і необхідності проведення замісної терапії препаратами левотироксину, призначення препаратів йоду та їх індивідуальне дозування. У випадках проведеної тиреоїдектомії проводилась лише замісна терапія препаратами левотироксину у дозі 1,6-1,8 мкг/(кг×д.) пацієнтам молодого віку і у дозі 1,3-1,6 мкг/(кг×д.) старшого віку. Усім хворим, яким виконана операція із збереженням частини залози, для профілактики можливих рецидивів зоба призначали препарати йоду у добовій дозі 100-200 мкг. Доцільність призначення тиреоїдних гормонів визначалась за результа-

тами дослідження функціонального стану ЩЗ. Таким чином, лікування ВКЗ повинно носити етіопатогенетичний характер і не закінчуватись після оперативного втручання.

З огляду на те, що територія України є регіоном йодного дефіциту, а значна частина країни ще й забруднена радіоактивними речовинами після аварії на ЧАЕС, назріла нагальна необхідність широкого обговорення та впровадження на державному рівні клінічних рекомендацій по діагностиці та лікуванню ВКЗ. Вони повинні базуватись на віддаленому прогнозі захворювання і впливу на нього лікувальних заходів, оцінці клінічної і економічної ефективності лікувально-діагностичних заходів, обґрунтованій доцільності і необхідності їх проведення.

Література

1. Ванушко В. Э., Кузнецов Н. С. Медицинские и экономические аспекты хирургии узлового зоба // Материалы

второго Всероссийского тиреоидологического конгресса "Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы" 20-21 ноября 2002 г. – М., 2002. – С.77-81.

2. Десятерик В. І., Міхно С. П., Поліщук Л. М. Діагностика та лікування захворювань щитовидної залози. Методичні рекомендації / Кривий Ріг, 2003. – 32с.
3. Ларін О. С., Черенько С. М., Журбицька Г. О. Результати лікування супресивними дозами L-тироксину поодиноких доброякісних утворів щитоподібної залози // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. – 2003. - №1(2). – С.38-42.
4. Савран Е. В. и соавт. Терапевтическая тактика ведения больных с узловыми формами зоба. Методические рекомендации. / К., 2000. – 16с.
5. Тронько Н. Д., Олейник В. А., Корпачев В. В. и др. Заместительная и супрессивная терапия тиреоидными гормонами при заболеваниях щитовидной железы // Эндокринология. – 2001. – Т.6, №2. – С.235-244.
6. Feldt-Rasmussen U. Management of Thyroid Carcinoma // Thyroid international. – 1996. – N.1.
7. Mazzaferri E. L., Jhiang S. M. Long-term impact of initial surgical and follicular thyroid carcinoma // Thyroid. – 1999. – Vol.9, N.5. – P.421-427.

Реферат

ХИРУРГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УЗЛОВОГО КОЛЛОИДНОГО ЗОБА

Люлька А. Н., Кузнецов А. А., Ковалёв А. П., Соловьёв И. Е., Рудой М. А., Дубинский Н. В., Немченко И. И., Сытник Д. А.

Ключевые слова: узловой коллоидный зоб, показания к операции, предоперационная подготовка, реабилитация, клинические рекомендации.

Работа посвящена актуальным вопросам лечения больных с узловым коллоидным зобом. Представлена хирургическая тактика, определены показания к проведению операции, обоснован её объём в зависимости от различных клинических ситуаций. Предложены технология, особенности предоперационной подготовки и послеоперационной реабилитации больных, профилактики рецидивов зоба.

УДК 616.147.3-072.7

ДІАГНОСТИКА ДИСТАЛЬНИХ ФОРМ УРАЖЕННЯ СТЕГНОВО-ПІДКОЛІННО-ГОМІЛКОВОГО СЕГМЕНТА

Корсак В.В., Попович Я.М.

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

У роботі проаналізовано діагностичні можливості рентгеноконтрастної та радіонуклідної артеріографії у хворих із дистальними формами атеросклеротичного ураження артерій нижніх кінцівок. За відсутності візуалізації артерій гомілки та стопи для визначення кровопостачання та життєздатності м'яких тканин необхідно використовувати радіонуклідні методи дослідження. Радіоізотопну ангіографію при стенозійно-оклюзійному ураженні судин кінцівки доцільно проводити шляхом внутрішньоартеріального введення радіофармпрепарату.

Ключові слова: атеросклероз, стеново-підколінно-гомількова оклюзія, рентгеноконтрастна та радіонуклідна артеріографія.

Вступ

Серйозним завданням сучасної ангіології є своєчасна діагностика оклюзії у стеново-підколінно-гомільковому сегменті (СПГС). Серед інструментальних методів діагностики оклюзій найрозповсюдженішою залишається ангіографія. Не дивлячись на те, що ангіографічне дослідження дозволяє виявити звуження та закупорку судини у більшості хворих, цей метод має ряд суттєвих недоліків, пов'язаних із його інвазивністю, значним опроміненням пацієнтів, неможливістю адекватної візуалізації ділянок судинного русла, які розташовані нижче критичного стенозу або ділянки оклюзії [2, 3].

Окрім ангіографії, розповсюдженим методом також є і ультразвукове ангіоскеноування, яке дозволяє вивчити гемодинаміку в басейні ревазуляризованої артерії, опосередковано оцінити ступінь стенозу та його локалізацію. Неінвазій-

ність цього методу дозволяє застосовувати його в усіх пацієнтів багаторазово, у тому числі й для динамічного спостереження [1].

Уже в перших працях Rosentall (1966) та Dibos зі співавторами (1971) були наведені можливості радіонуклідної ангіографії в діагностиці захворювань аорти й магістральних артерій, однак до сьогодні у літературі немає всебічної клінічної оцінки цього методу [8, 9]. Дослідження, які проведені переважно закордонними авторами, базуються на невеликій кількості спостережень, не розкривають усіх можливостей радіонуклідної ангіографії в судинній хірургії [2, 5, 7].

Таким чином, виходячи із потреб судинної хірургії, великого значення набуває віднайдення достовірного й інформативного методу дослідження функціональних можливостей судин мікроциркуляторного русла в передопераційному періоді з метою прогнозування ефективності на-

ступного операційного втручання, оскільки методи, які застосовують сьогодні, недостатньо відповідають необхідним критеріям.

Мета дослідження. Дослідити можливості рентгеноконтрастної та радіонуклідної ангиографії в діагностиці дистальних форм ураження стегово-підколінно-гомількового сегмента.

Матеріали та методи

Робота основана на аналізі 74 хворих із дистальною оклюзією СПГС, яким виконано прямі (16 пацієнтів) та непрямі (58 пацієнтів) методи ревазуляризації кінцівок. Вік хворих становив від 40 до 73 років, середній – $53 \pm 3,2$ роки.

Загальними показаннями до діагностичної артеріографії були необхідність визначення характеру, локалізації патологічного процесу і оцінка стану артеріального русла в ділянці ураження, вивчення компенсаторних можливостей колатерального кровообігу, визначення адекватної хірургічної тактики лікування. Абсолютних протипоказань до ангиографічного обстеження не було. Із 2000 року впроваджено метод дигітальної субтракційної ангиографії з використанням установки „Integris-2000” (“Philips”, Нідерланди). При ураженні підколінної артерії та артерій гомілки виконували пункційну артеріографію. У якості контрастної речовини використовували верографін, триомбраст, йодамід.

У останній час впроваджено метод внутрішньоартеріальної радіонуклідної ангиографії (^{99m}Tc -пертехнетат), яка проводилася на емісійному комп'ютерному томографі „Тамара” (ГКС-301Т) виробництва ГПФ СКТБ „Оризон” (Україна), НІО ЩГК НТК „Інститут монокристалів” НАН України, СП „Амкрис-Зйч”.

Двом пацієнтам проведено обстеження за стандартним методом, який полягає у реєстрації першого проходження внутрішньовенно введеного короткотривалого життя радіофармпрепарату (РФП) по аорті та крупних артеріях за допомогою гама-камери та ЕОМ [4]. У якості індикатора використовували ^{99m}Tc -пертехнетат. Індикаторна доза на одного хворого складала 600 МБк. Препарат вводили в невеликій кількості (до 1 мл) швидко, у ліктьову вену. Проводили обстеження обох кінцівок одночасно із наступним порівнянням показників у ділянках зацікавлення ішемізованої та контрлатеральної (здорової) кінцівки. У багатьох наших хворих виявлено оклюзійне ураження контрлатеральної кінцівки, яке ставило під сумнів порівняльну оцінку результатів дослідження. Тому ми запропонували спосіб уведення радіофармпрепарату в загальну стегонову артерію ураженої кінцівки (12 хворих) і провели підрахунок радіоактивності в імпульсах за секунду в різних ділянках ішемізованої кінцівки. Наш спосіб полягав у пункції загальної стегової артерії тонкою голкою 0,6 x 25 мм і введенні ^{99m}Tc -пертехнетату в дозі 600 МБк [6].

Положення хворого – лежачи на животі, детектор гама-камери встановлювався на ділянку сте-

гнової артерії, судин гомілки та стопи. Збір інформації починали з моменту ін'єкції РФП зі швидкістю 1 кадр за секунду протягом 60 секунд. Кількісно регіональний кровообіг оцінювали за процентним співвідношенням перфузії ділянки зацікавлення ішемізованої кінцівки і перфузії ділянки стегової артерії за формулою

$$C = \frac{B - A}{A} \cdot 100\%, \text{ де } C - \text{величина, яка виражає}$$

вклад перфузії в ділянці зацікавлення ішемізованої кінцівки; В – підрахунок радіоактивності в імпульсах за секунду на комірку матриці в ділянці зацікавлення ішемізованої кінцівки; А – підрахунок радіоактивності в імпульсах за секунду на комірку матриці в ділянці стегових артерій [5].

Результати та їх обговорення

Слід підкреслити, що, не дивлячись на успішний розвиток та впровадження новітніх неінвазивних діагностичних методів, тільки артеріографія дає можливість найбільш точно й усебічно оцінити колатеральне русло, яке розвивається при оклюзійних захворюваннях нижніх кінцівок. При оклюзії стегової артерії в її верхній та середній третинах дуже важливо оцінити прохідність глибокої артерії стегна як основної колатералі. При сегментарній оклюзії стегової артерії в ділянці гантерового каналу основну колатеральну роль відіграють м'язові гілки, які відходять від артерії вище місця оклюзії. При закупорці підколінної артерії важливе значення мають анастомози між верхніми та нижніми артеріями колінного суглоба.

Важливим моментом для вибору метода хірургічної корекції оклюзії є виявлення ураження артерій гомілки. Можливі наступні варіанти: прохідні всі три артерії гомілки, стенозійне ураження артерій або тибіоперонеального стовбура, оклюзія однієї або двох артерій гомілки. Глибока артерія стегна здатна забезпечити або покращити кровопостачання ішемізованої кінцівки і, тим самим, збільшити відсоток задовільних результатів у віддаленому післяопераційному періоді. Визначення ступеня ураження дистального судинного русла буде впливати на вибір метода реконструкції: або виконати пряму відновну операцію, або використати один із методів непрямой ревазуляризації нижньої кінцівки. Важливим фактором, який впливає на стабільність результатів прямої або непрямой реконструкції, є збереження прохідності артерій стопи. Ураження артерій стопи може бути виявлено як при збереженій трифуркації підколінної артерії, так і при оклюзії однієї або двох артерій гомілки і стенозійному ураженні третьої. Важливим фактором у прогнозуванні результатів прямої та непрямой реконструкції нижніх кінцівок є визначення уражень підколінної артерії та артерій стопи. При збільшенні ступеня та розповсюдженості стенозійно-оклюзійного процесу в підколінній артерії та артеріях гомілки різко погіршується кровопос-

тачання стопи. Ангіографічне дослідження судин при критичній ішемії нижніх кінцівок у багатьох випадках виявляється абсолютно неефективним, внаслідок погано розвинутих колатералей, особливо при гострому тромбозі. При відсутності візуалізації артерій стопи для визначення кровопостачання та життєздатності м'яких тканин гомілки та стопи необхідно використовувати радіонуклідні методи дослідження.

Виконавши радіонуклідну ангіографію за стандартним методом шляхом внутрішньовенного введення РФП, ми отримали наступний результат: на рівні стегон розподіл ізотопу більший на здоровій кінцівці без чіткої візуалізації магістральних артерій; на рівні гомілок відмічалось накопичення РФП, яке, починаючи від 30-ї секунди, було удвічі більшим, ніж в ішемізованій кінцівці, а на рівні стоп відмічалась гіперперфузія РФП, яку можна пояснити венозним застоєм на тлі ішемії.

При дослідженні статичного накопичення РФП виявляється більш значне його накопичення в здоровій кінцівці як на рівні гомілок, так і на рівні стоп. Таким чином, при спогляданні динаміки виведення радіофармпрепарату виявляється його затримка на боці ураження внаслідок ішемії тканин і сповільнення колатерального кровоплину, а при статичному дослідженні виявляється гіперперфузія в порівнянні зі „здоровою” кінцівкою.

При внутрішньоартеріальному введенні РФП відмічена значно інтенсивніша візуалізація судинного русла. Протягом першої хвилини дослідження чітко виявляли поверхневу стегнову артерію та глибоку артерію стегна, артерії гомілок візуалізували достатньо слабо. На рівні нижньої третини гомілки та на рівні стопи виявлені ділянки накопичення РФП. При кількісній оцінці регіонального кровоплину в різних ділянках зацікавлення виявлено наступне: при порівнянні кровоплину у стегновій ділянці та у ділянці гомілки і стопи виявлено його зменшення відповідно на 23,6% та 32,6% при явному візуальному збільшенні ділянки гіперперфузії на стопі. Таким чином, збереження колатерального кровообігу є одним із факторів, які призводять до гіперперфузії стопи та гомілки. Другим чинником є стан венозного русла.

При внутрішньоартеріальному введенні відмічається пряма залежність розподілу РФП на стопі від ступені порушення кровоплину. Чим краще кровопостачання стопи, тим більш виражена гіперперфузія м'яких тканин.

Необхідно зауважити, що статичне спостереження за накопиченням РФП відбувається протягом 30 хвилин або 1 години. Різні апарати накопичують за цей період часу різну дозу РФП, тому важко провести співставлення накопичення РФП і ступеня порушення кровоплину кінцівки.

При радіонуклідній ангіографії важливо вивчити динамічні зміни накопичення РФП. При внутрішньоартеріальній ангіографії у хворих із неза-

довільним кровопостачанням нижньої кінцівки в перші секунди обстеження взагалі не виявляються імпульси радіації (рисунок 1). При задовільному кровопостачанні кінцівки з перших секунд обстеження виявляється гіперперфузія стопи (рисунок 2). При посекундному аналізі радіонуклідних ангіограм чітко виявляється гіперперфузія стопи при задовільному колатеральному кровопостачанні (рисунок 3) та відсутність розповсюдження РФП при незадовільному кровоплині (рисунок 4).

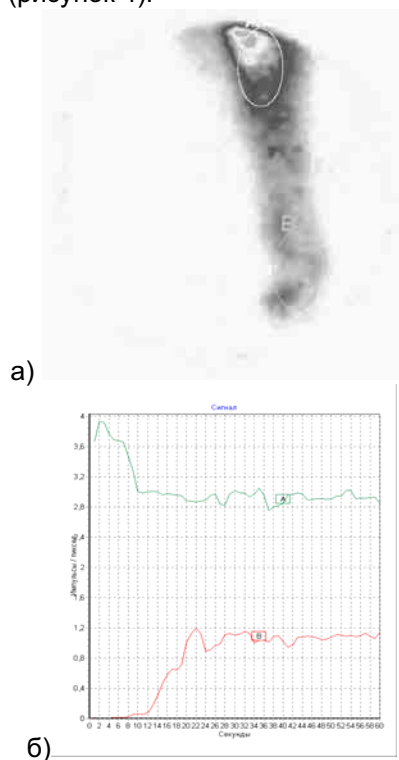


Рисунок 1. Рівень накопичення РФП на рівні гомілки і стопи при внутрішньоартеріальному введенні хворого П. при незадовільному кровопостачанні: а) радіонуклідна ангіограма; б) динаміка накопичення РФП.

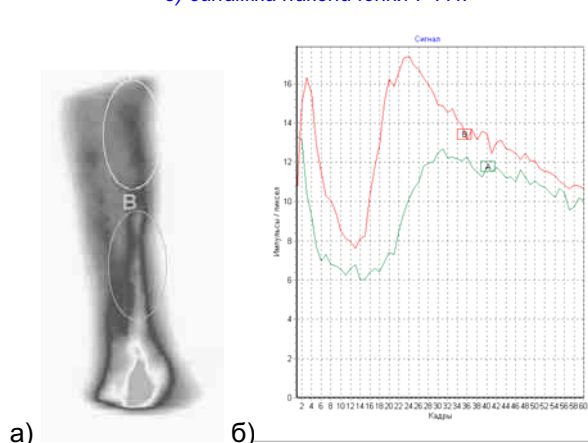


Рисунок 2. Рівень накопичення РФП на рівні гомілки і стопи при внутрішньоартеріальному введенні хворого М.: а) радіонуклідна ангіограма; б) динаміка накопичення РФП.



Рисунок 3. Радіонуклідна ангіографія при задовільному кровопостачанні нижньої кінцівки (гіперперфузія стопи).

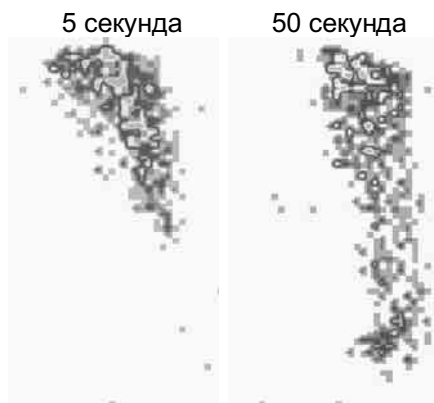


Рисунок 4. Радіонуклідна ангіографія при незадовільному кровопостачанні нижньої кінцівки (гіпоперфузія стопи).

Якщо порівняти ці дані з отриманими при внутрішньовенному введенні РФП, то виявляється, що при стандартному введенні на 5 секунд взагалі неможливо отримати будь-яку інформацію про кровопостачання кінцівки. Тільки на 13-15 секунд виявляється незначне накопичення РФП на стопі, що свідчить про малоінформативність стандартного методу внутрішньовенного введення ізотопу.

Висновки

Радіонуклідна ангіографія є достатньо інформаційним методом діагностики ішемії тканин нижніх кінцівок; радіоізотопну ангіографію при стенозійно-оклюзійному ураженні контрлатеральної кінцівки доцільно проводити шляхом внутрішньоартеріального введення РФП. Перевага цього

методу полягає у можливості порівняння ішемії різних ділянок кінцівки зі стегновою ділянкою, де збережена пульсація артерій, а не з контрлатеральною кінцівкою при стандартному внутрішньовенному введенні РФП.

Внутрішньоартеріальна радіонуклідна ангіографія дозволяє чітко візуалізувати стегові артерії, а гіперперфузію стопи можна вважати хорошою прогностичною ознакою ефективності операційного втручання. Таким чином, використання комплексу клініко-інструментальних методів дослідження дає змогу ретельно обстежити хворого з дистальною формою оклюзії СПГС та вибрати найраціональніший спосіб хірургічної корекції артеріальної недостатності нижніх кінцівок.

Література

1. Галкин Р.А., Макаров И.В., Преображенская Н.М. Показатели ультразвукового дуплексного сканирования в оценке эффективности гравитационной терапии и консервативного лечения больных облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей // *Ангиология и сосудистая хирургия.* – 2004. – Т.10, №3. – С. 47-50.
2. Затевахин И.И., Чадаев А.П., Лисин С.В., Латонов В.В., Марков А.В., Прямиков А.Д., Поляев А.Ю. Выбор объема и сроков санирующих вмешательств после сосудистой реконструкции у больных с хронической артериальной недостаточностью нижней конечности IV стадии // *Хирургия.* – 2005. – №2. – С. 13-17.
3. Кузнецов М.Р., Евграфов А.И., Туркин П.А. Хирургическое лечение хронической артериальной недостаточности нижних конечностей: современное состояние проблемы // *Грудная и сердечно-сосудистая хирургия.* – 2002. – №2. – С. 56-59.
4. Малов Г.А., Сабиров Б.У. Радіонуклідная аортоартериография. – М.: Медицина, 1982. – С. 4-7, 48-61.
5. Мясник Б.Н., Абидов М.М., Каримов З.З. Сцинтиграфическая оценка эффективности нестандартных методов хирургического лечения критической ишемии нижних конечностей // *Хирургия.* – 2002. – №6. – С. 48-51.
6. Пат., МПК А61В 6/02, А61К 49/04. Спосіб діагностики ішемії тканин при реоклюзії стегново-підколінно-гомількового сегмента. В.І. Русин, В.В. Корсак. № у 2006 02758. заявл.15.03.2006. Опубл. 17.07.2006. Бюл.№ 7.
7. Русин В.І., Корсак В.В., Воловик Н.В. Радіонуклідна ангіографія в діагностиці реоклюзії стегново-підколінно-гомількового сегмента // *Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії.* – 2006. – Vol.10., № 1-2. – С. 25-28.
8. Dibos P.E., Carlos F., Ottersen O.E. Radionuclide peripheral arteriography // *J.nucl. Med.* – 1971. – Vol.12, №6. – P. 428-429.
9. Rosenthal L. Applications of the gamma-ray scintillation camera to dynamic studies in men // *Radiology.* – 1966. – Vol.86. – P. 634-639.

Реферат

ДІАГНОСТИКА ДИСТАЛЬНИХ ФОРМ ПОРАЖЕННЯ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННО-ТИБІАЛЬНОГО СЕГМЕНТА

Корсак В.В., Попович Я.М.

Ключевые слова: атеросклероз, бедренно-подколенно-тибиальная окклюзия, рентгеноконтрастная и радионуклидная ангиография.

В работе проанализированы диагностические возможности рентгеноконтрастной и радионуклидной ангиографии у больных с дистальными формами атеросклеротического поражения артерий нижних конечностей. При отсутствии визуализации артерий голени и стопы для определения кровоснабжения и жизнеспособности мягких тканей необходимо использовать радионуклидные методы исследования. Радионуклидную ангиографию при стенозиро-окклюзионном поражении сосудов конечности следует проводить путём внутриа-ртериального введения радиофармпрепарата.

УДК 616.329-002:616.233-002]-071

СТРУКТУРНИЙ СТАН БРОНХОЛЕГЕНЕВОЇ СИСТЕМИ У ХВОРИХ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ, ПОЄДНАНОЮ З ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ

Майкова Т.В., Аксьонов І.Г., Потапова Т.М

Державна установа «Інститут гастроентерології АМН України» м. Дніпропетровськ, СМЧ-6, м. Дніпропетровськ

У статті розглянуто структурний стан бронхолегеневої системи у хворих на гастроезофагальну рефлюксну хворобу у поєднанні з хронічними обструктивними захворюваннями легень.

Ключові слова: гастроезофагальна рефлюксна хвороба, хронічні обструктивні захворювання легень.

На сьогоднішній день хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) являються однією з найбільш актуальних проблем клінічної медицини. За даними ВООЗ у світі ця патологія посідає на 4 місці серед основних причин смертності [1, 2]. Щороку реєструється понад 3 млн. смертельних випадків. Останніми десятиліттями відбувається несподіване зростання рівня захворюваності, зумовлене забрудненням довкілля, поширенням тютюнопаління і старінням населення в розвинутих країнах світу. Усе це визначає особливу соціальну і медичну значимість цієї патології [3].

Наряду з відомими можливими причинами розвитку ХОЗЛ, на теперішній час приділяється багато уваги значенню рефлюксу шлункового вмісту у стравохід у хворих з супутньою гастроезофагальною рефлюксною хворобою (ГЕРХ), яка може бути як ендоскопічно негативною, що в популяції зустрічається значно частіше, так і в стадії рефлюкс-езофагіта. Основа виникнення ХОЗЛ – підвищення чутливості дихальних шляхів до різноманітних «подразників», під дією яких розвиваються та поглиблюються набряк слизової оболонки бронхів, накопичення слизу в їх просвіті та бронхоспазм [5, 6, 7, 8].

За даними S.M. Harding та співав., клінічні симптоми ГЕРХ виявлені у 82,4% пацієнтів на бронхіальну астму, з них при 24-добовому рН-моніторингу – у 72,0% випадків [9]. Окрім того, ГЕР виявляли у 10 (29,0%) з 35 пацієнтів, що не відмічали клінічних проявів («німий» рефлюкс). Даний факт вказує на необхідність більш уважніше обстежувати шлунково-кишковий тракт у пацієнтів з ХОЗЛ, а також вивчення можливих патогенетичних механізмів взаємозв'язку цих двох хвороб, що утрудняють перебіг кожного з них, значно погіршуючих якість життя хворих [10].

Мета дослідження: дослідити структурний стан бронхолегеневої системи у хворих з ГЕРХ, поєднаною з ХОЗЛ.

Матеріали і методи

Обстежено 62 пацієнта. I групу склали 23 пацієнта з ГЕРХ віком ($38,5 \pm 2,3$) років, II групу – 39 пацієнтів з ГЕРХ поєднаною з ХОЗЛ віком ($40,3 \pm 1,9$) років. Серед обстежених переважали чоловіки (67,7%), жінки склали – 32,3%. Тривалість захворювання у більшості хворих колива-

лася в межах 6-8 років.

Комплексне обстеження, яке проводилось індивідуально кожному хворому, включало збирання скарг, вивчення анамнезу хвороби і життя, об'єктивного статусу хворих, аналізу результатів вивчення структурних особливостей органів травлення і бронхолегеневої системи.

Ендоскопічну оцінку слизової оболонки (СО) бронхів у хворих на ГЕРХ, поєднану з ХОЗЛ, проводили за допомогою фібробронхоскопії фібробронхоскопом фірми "Olympus BF 4" (Японія) за рекомендаціями Інституту фтизіатрії та пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМНУ [11].

Рентгенологічне дослідження для верифікації рефлюксу та визначення рівня ретроградного закиду барію у стравохід проводили у горизонтальному положенні пацієнта, у експіраторній та інспіраторній фазах, із затримкою дихання з одночасним натужуванням (проба Вальсальви) та використанням деяких інших функціональних навантажень (підняття тазу, різні повороти, нахили, збільшення кількості барієвої суміші тощо) [12].

Для верифікації ХОЗЛ проводили рентгенологічне дослідження органів грудної клітини у фронтальній та латеральній позиціях.

Результати дослідження

При аналізі макроскопічної картини СО бронхів у більшості хворих II групи було виявлено запальний процес, переважно 2 ступеня вираженості (64,1%), на тлі стоншення СО (71,8%). Стан СО у цих хворих погіршувався за рахунок мікрогеморагій, як поодиноких так і множинних (48,7%) (табл. 2).

При ендоскопічному дослідженні виявлено практично в усіх обстежених хворих трахеобронхіальну дискінезію, яка відповідала переважно мінімальному ступеню вираженості. Дискінезія проявлялася збільшенням амплітуди дихальних рухів мембранозної частини стінки трахеї і головних бронхів з деяким сплюсненням їх просвіту. Бронхіальні залози відрізнялися розширенням і утягнутістю усть. Скупчення секрету в просвітах бронхів і на їх стінках практично у однакового числа хворих були слизуватого (41,0%) або слизово-гнійного (56,4%) характеру.

Таблиця 2.
Макроскопічна характеристика стану СО бронхів у хворих II групи

Ендоскопічні критерії	Частота зустрічаємо- сті ознаки, %
запалення: 1 ступеня	35,9
2 ступеня	64,1
запалення на тлі стоншення СО	71,8
стоншення СО без запалення	28,2
трахеобронхіальна дискінезія: всього	97,4
1 ступеня	58,9
2 ступеня	38,5
мікрогеморагії: всього	48,7
поодинокі	12,8
множинні	35,9
характер патологічного секрету:	97,4
слизуватий	41,0
слизово-гнійний	56,4

За даними рентгенологічного дослідження грудної клітини встановлено, що майже у всіх хворих II групи спостерігалась деформація бронхіального дерева, підсилення прозорості легеневого поля, підвищена щільність стінки бронхів, обмеження рухомості діафрагми. У пацієнтів I групи патологічних змін органів дихання не виявлено.

З метою верифікації діагнозу та визначення висоти затікання рефлюксату у стравохід усім хворим проводили спеціальне рентгенологічне дослідження (табл. 3).

Таблиця 3.
Результати спеціального рентгенологічного дослідження

Патологічні прояви	I група (n=23)		II група (n=39)	
	n	%	n	%
затікання контрастної маси у дистальний відділ стравоходу	9	39,1	36	92,0*
затікання контрастної маси до середньої третини стравоходу	2	8,0	19	48,0*

Примітка * – $p < 0,0001$ – вірогідність розходжень між показниками I та II груп

Як видно з представлених даних більшість пацієнтів II (92,0%) групи при дослідженні у горизонтальному положенні з піднятим тазовим кінцем мали затікання контрастної маси у дистальний відділ стравоходу (С) ($p < 0,0001$). Між тим затікання контрастної маси до середньої третини С спостерігалось у хворих II групи у 6 разів достовірно частіше ($p < 0,0001$) порівняно з I групою.

Реферат

СТРУКТУРНОЕ СОСТОЯНИЕ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ С ГАСТРОЭЗОФАГАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ

Майкова Т.В., Аксенов И.Г., Потапова Т.М.

Ключевые слова: гастроэзофагальная рефлюксная болезнь, хронические обструктивные заболевания легких.

В статье рассмотрены структурное состояние бронхолегочной системы у больных с гастроэзофагальной рефлюксной болезнью в сочетании с хроническими обструктивными заболеваниями легких.

Таким чином, було досліджено структурний стан СО бронхолегеневої системи у хворих з ГЕРХ, поєднаною з ХОЗЛ.

Висновки:

1. Ендоскопічне дослідження СО бронхів у хворих II групи дозволило встановити абсолютну ознаку ХОЗЛ - трахеобронхіальну дискінезію 1 ступеню вираженості та запальний процес, переважно 2 ступеню вираженості на тлі стоншення СО з ділянками мікрогеморагій.

2. При рентгенологічному дослідженні у хворих II групи спостерігалось затікання контрастної маси до середньої третини С, що свідчить про більш тяжкий перебіг захворювань при поєднанні гастроентерологічної та бронхолегеневої патології.

Література

1. Глобальная стратегия: диагностика, лечение и профилактика хронической обструктивной болезни легких / Доклад рабочей группы Национального Института Сердца, Легких и Крови и Всемирной Организации Здравоохранения / Краткое изложение / , 2001. – 435 с.
2. Rennard S.I., Farmer S.G., COPD in 2001: a major challenge for medicine, the pharmaceutical industry, and society. Chest. 2002, 121: 113S-115S.
3. І.І. Сахарчук, Р.І. Ільницький, Ю.М. Бондаренко, П.Ф. Дудка, І.П. Марченко, О.І. Бодарецька Клінічна пульмонологія. Київ, «Книга плюс»; 2002. 364 с.
4. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Горовенко Н.Г. Хронические обструктивные заболевания легких. Киев: Моріон; 2001.
5. Harding S.M., Richter J.E., Guzo M.R. Asthma and gastroesophageal reflux acid suppressive therapy improves asthma outcome // Amer. J. Med. – 1996. – Vol. 100, №4. – P.395-405
6. (K. Wasowska-Krolikowska, E. Toporowska-Kowalska, A.Krogulska. Astma and gastroesophageal reflux in children. Med Sci Monit, 2002; 8 (3): RA 64–71
7. Приворотский В.Ф., Луппова Н.Е. Кислотозависимые заболевания у детей. – С-Пб.: СПб-МАПО, 2002. – 89 с.
8. Федосеев Г.В. Механизмы обструкции бронхов. – СПб: МИА, 1995. – 333 с.
9. Harding S.M., Richter J.E., Guzo M.R. Asthma and gastroesophageal reflux acid suppressive therapy improves asthma outcome // Amer. J. Med. – 1996. – Vol. 100, №4. – P.395-405.
10. Чучалин А.Г., Билевский А.С., Смоленов И.В. Качество жизни больных бронхиальной астмой в России: результаты многоцентрового популяционного исследования // Пульмонология. – 2003. - №5. – С. 88-96.
11. Использование эндобронхиальных и функциональных методов исследования в диагностике острой пневмонии, хронического бронхита, туберкулеза, саркоидоза: Метод. рекомендации / Авторы: Р.Н. Шевченко, И.В. Гомоляко, О.И. Шпак. – Киев, 1987. – 20 с.
12. Диагностика рефлюкс-эзофагита и рефлюкс-гастрита: Метод. рекомендации / Авторы: В.Е. Медведев, Н.И. Тутченко, Я.В. Гоер и др. – К., 1985. – 17 с

УДК: 616.718 –002.1-053.2/5

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ

Момотов А.Г., Литвинов Г.А., Момотов А.А., Яровая О.А.,
Бомахраз Мохаммед Амир.

Луганский Государственный медицинский университет, г. Луганск

Симптоматика острого гематогенного остеомиелита весьма разнообразна и зависит от многих факторов: вирулентности возбудителя, иммунологической активности организма, локализации процесса, возраста больного, сроков поступления в стационар. Мы провели анализ клиники, диагностики и лечения 309 детей с острым гематогенным остеомиелитом за период с 1991 по 2005 гг. В первые дни заболевания полное суждение о степени деструктивных изменений в пораженной кости невозможно, учитывая течение остеомиелита, особенно, в период новорожденности и младшей возрастной группе.

Ключевые слова: остеомиелит, течение, дети.

Введение

Острый гематогенный остеомиелит, его клинические проявления, диагностика и лечение у детей остается актуальной проблемой, которая не утратила своего значения и в наши дни. Большая частота заболевания, особенности течения и клинических проявлений в детском возрасте – пути к несвоевременной диагностике, поздней госпитализации, увеличению частоты септических осложнений, переходу в хронические формы болезни, инвалидности и летальным исходам [1, 2].

Большую роль в процессе развития остеомиелита у детей играют возрастные анатомические особенности строения и кровоснабжения костей [3].

Материалы и методы исследования

Мы провели анализ клиники, диагностики и лечения 309 детей с острым гематогенным остеомиелитом, которые находились в клинике хирургии детского возраста Луганского государственного медицинского университета на базе Луганской областной детской клинической больницы за период с 1991 по 2005 гг. Из них 186 мальчиков, 123 девочки в возрасте от периода новорожденности до 15 лет.

По нашим наблюдениям острый гематогенный остеомиелит локализовался: бедренная кость - 46,7%, большеберцовая кость - 23,2%, малоберцовая кость - 4,1%, плечевая кость - 12,8%, кости предплечья - 6,1%, плоские кости - 7,1%.

Результаты и их обсуждение

У детей, особенно при метаэпифизарной локализации хронического воспалительного процесса, возможно разрушение ростковой зоны, что приводит к укорочению конечности. При метаэпифизарной локализации остеомиелита раздражение ростковой зоны наоборот, может обусловить ускорение роста кости и искривление конечности.

Мы пользуемся классификацией Г.Н.Ажигитова (1986г.), согласно которой острый гематогенный остеомиелит имеет следующие клинические формы: генерализованную, местную и атипичную.

Местная форма (очаговая) (45-60 суток)

встречается наиболее часто у старшей возрастной группы (8-12лет) и характеризуется преимущественно развитием гнойно-воспалительного процесса. Общее состояние больного при этом существенно не страдает.

Острый гематогенный остеомиелит начинается остро, внезапно, во многих случаях пусковым механизмом развития острого гематогенного остеомиелита является травма. Продромальный период его короток. Перед этим в течение нескольких дней или даже часов больные отмечают слабость, вялость, недомогание, легкий озноб. Повышается температура тела до 37,5 – 38,5° С и почти одновременно возникают боли в пораженной конечности. Боли выраженной интенсивности, распирающего характера. Дети беспокойны, лишаются сна. Жалобы на боли во всей конечности, однако при осторожной перкуссии удается локализовать наибольшую болезненность над очагом воспаления. Активные и пассивные движения в ближайших к очагу воспаления суставах отсутствуют из-за болевого синдрома, что заставляет придавать конечности вынужденное положение с расслаблением мышц.

Продолжительность болей связана с развитием возникающей гипертензии и гнойного процесса в костномозговом канале. Чем раньше производится декомпрессия костномозгового канала, или самостоятельно прорывается гнойник, тем быстрее стихают болевые ощущения. Наиболее интенсивный характер болей бывает при интрамедуллярной фазе процесса. После прорыва гноя в мягкие ткани боли становятся несколько слабее, а после хирургической декомпрессии стихают. У отдельных больных болевой синдром может быть не выражен. В таких случаях, нередко возникают ошибки. Диагностика становится затруднительной, нередко возникают ошибки и только появления других местных признаков заболевания и рентгенологических изменений в кости, устанавливают правильный диагноз.

В области пораженной кости через 2-3 дня возникает отечность мягких тканей. Окружность пораженного участка по сравнению со здоровыми увеличивается. При большом отеке кожа начинает лосниться, в ней просвечиваются по-

верхностные венозные сплетения. Местная температура кожи и окружающих тканей значительно повышается.

К концу первой недели удается пальпировать инфильтрат, который быстро увеличивается и захватывает окружающие мягкие ткани, появляется флюктуация и другие признаки гнойного расплавления.

Генерализованная форма, развивается при недостаточной сопротивляемости организма и высокой вирулентности микрофлоры. Начало острое, быстро развивается интоксикация. Через несколько дней основное заболевание осложняется появлением других воспалительных очагов в костях или других органах и системах организма, чаще в легких. Температура 39-40° С постоянного характера, с ознобом. Характерны жалобы на сильные боли в пораженной конечности. Объективно отечность и пастозность тканей, пальпаторно можно вызвать острейшую локальную болезненность кости. Возникновение гнойных очагов в других органах, еще более усугубляет тяжесть состояния больного в связи с присоединением других осложнений (неврит, гнойный периартрит, менингит).

Токсическая, адинамическая или молниеносная формы фактически соответствует генерализованной форме остеомиелита, осложненной септическим течением.

С первых часов заболевание характеризуется бурным началом и тяжелой интоксикацией, быстро приводящей к дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности. Температура до 40° С и выше, потеря сознания. На коже появляются токсические высыпания в виде петехий, частый пульс, слабого наполнения и напряжения, поверхностное дыхание, нередко явление шокового легкого, иногда менингеальные симптомы (многократная рвота, ригидность затылочных мышц). Диагностировать заболевание крайне тяжело, поскольку на фоне критического состояния, местные признаки не успевают развиваться и оказываются минимальными. При несвоевременном начале лечения больные погибают в ближайшие дни от начала заболевания.

Метаэпифизарный остеомиелит (28-30 суток) заболевание встречается преимущественно у детей грудного возраста. Иногда процесс, начавшийся в метафизе, прорывает в каком-либо участке препятствие, которое представляет для его распространения ростковая зона и проникает в суставной конец кости, а оттуда в сустав с резким увеличением внутрисуставного давления (80-100 мм вод.ст.), нарушается кровообращение суставной капсулы, и развивается миогенная контрактура. Это приводит к ишемии эпифиза и его разрушению. Гнойный экссудат также дает выраженный хондролитический эффект.

Гнойное воспаление сустава в преобладающем большинстве случаев, является следствием эпифизарного остеомиелита. Как правило,

это бывает в тех случаях, где эпифизарная зона лежит в самой полости сустава, как это имеет место в тазобедренном суставе. Здесь в воспалительный процесс всегда вовлекается синовиальная оболочка, этим и объясняется, что этот сустав гораздо чаще других подвергается гнойному воспалению при эпифизарном остеомиелите.

Метаэпифизарный остеомиелит, как правило, начинается остро с повышения температуры, вялости, отказа от еды, ограничения движений в пораженной конечности.

Осмотр выявляет припухлость над зоной поражения, деформацию близлежащего сустава, местное повышение температуры. Гиперемия появляется позже. Пальпация и пассивные движения в пораженной конечности вызывают резкую болезненность.

Морфологически при остеомиелите у детей раннего возраста преобладают некротические процессы, сопровождающиеся гибелью и рассасыванием костной ткани в области метафиза, повреждением ростковой зоны и суставных поверхностей. Однако в этом возрасте репаративные процессы выражены хорошо, в связи, с чем перехода этой формы остеомиелита в хроническую не происходит. Функциональные нарушения в отдаленные сроки могут быть выражены значительно и объясняется нарушение роста конечности, деформациями в суставах.

Рентгенологические признаки остеомиелита выявляются раньше, чем при других формах. Уже на 3-5 день можно найти ряд характерных симптомов: утолщение мягких тканей на стороне поражения, расширение суставной щели, легкую периостальную реакцию, однако очаги деструкции в метафизе на рентгенограммах выявляются лишь на 3-й неделе от начала заболевания, а о степени разрушения эпифиза кости, и зоны можно с достоверностью судить лишь после того, как появится ядро окостенения.

Наиболее часто поражаются дистальный и проксимальный концы бедренной кости, проксимальный – плечевой и большеберцовой костей.

Выводы

Учитывая вышеизложенное, необходимо отметить, что симптоматика острого гематогенного остеомиелита весьма разнообразна и зависит от многих факторов: вирулентности возбудителя, иммунологической активности организма, локализации процесса, возраста больного, сроков поступления в стационар.

В первые дни заболевания полное суждение о степени деструктивных изменений в пораженной кости невозможно, учитывая течение остеомиелита, особенно, в период новорожденности и младшей возрастной группе, даже при применении рентгенологического исследования.

Большое значение имеет выраженность процессов сенсibilизации, если возникновение остеомиелита совпало с максимумом гиперерги-

ческой фазы иммуногенеза в сенсibiliзировавшем организме, на первый план выступает бурная общая реакция организма. В других случаях общие проявления не так выражены.

Литература

1. Аджигитов Г.Н., Юдин Я.Б. Гематогенный остеомиелит. – М.: Медицина, 1998. – 206 с.

2. Нейков Г.Н., Мингазов И.Г. Диагностика и лечение ОГО у детей // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. – 1999. – №1-2. – С.75-78
3. Bilicki A., Reguska K., Roszkowski D. Zapalenie kosci u noworodkow i niemowlat. - Lublin, 1994. – 664 s.

Реферат

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМІЕЛІТУ У ДІТЕЙ

Момотов А.Г., Литвинов Г.А., Момотов А.А., Яровая О.А., Бомохраз Мохаммед Амир.

Ключові слова: остеомиеліт, перебіг, діти.

Симптоматика гострого гематогенного остеомиеліту дуже різноманітна та залежить від багатьох факторів: вірулентності збудника, імунологічної активності організму, локалізації процесу, віку хворого, строків надходження до стаціонару. Ми провели аналіз клініки, діагностики та лікування 309 дітей з гострим гематогенним остеомиелітом за період з 1991 до 2005 рр. В перші дні захворювання повна думка про ступінь деструктивних змін в ураженій кінцівці неможлива, враховуючи перебіг остеомиеліту, особливо, в період новонародженості та молодшої вікової групи.

УДК 618.31-089

ЛАПАРОСКОПІЧНІ ОПЕРАЦІЇ ПРИ ПОЗАМАТКОВІЙ ВАГІТНОСТІ

Семенюк Ю.С., Федорук В.А., Потійко О.В., Журавель В.В., Сидорук І. В.

Рівненська обласна клінічна лікарня, м. Рівне

За період з 1998р по 2006р. у центрі лапароскопічних та малоінвазивних хірургічних втручань з приводу позаматкової вагітності оперовано 14 пацієнток. Вік хворих коливався від 20 до 33 років. При вивченні особливостей репродуктивної функції встановлено, що 7 пацієнток страждали вторинним непліддям, 1 - первинним. Тривалість непліддя від 2 до 10 років. Одна з пацієнток з приводу гідросальпінгса перенесла тубектомію шляхом лапаротомії. Троє з пацієнток раніше мали неускладнені вагітності та пологи.

Діагноз ектопічної вагітності в кожному з випадків підтверджувався клінічними даними (затримка менструації, болі в нижніх відділах живота - у всіх пацієнток; менометрорагія - у 3 хворих), сонографічно (ектопічне локалізоване плідне яйце з ембріоном - в усіх спостереженнях) та позитивними тестами на вагітність. Терміни гестації становили від 3 до 5-ти тижнів.

При лапароскопії в усіх пацієнток була верифікована трубна вагітність з локалізацією плідного яйця в істмічному відділі - в 1 випадку, в істмічно-ампулярному - у 9 спостереженнях та в ампулярному відділі - у 4 пацієнток. У 2-х випадках при ампулярній вагітності спостерігався неповний трубний аборт. В цілому порушена трубна вагітність мала місце в 11 спостереженнях, причому об'єм крововтрати був від 50 до 300 мл., а в одному випадку становив 500 мл.

У 9 пацієнток мала місце злукова хвороба ор-

ганів малого тазу, в 1 випадку - кіста яйника та склерополікістоз ячників – у 1 спостереженні.

В 11 спостереженнях проведена поздовжня сальпінготомія над плідним яйцем з видаленням останнього, чи його фрагментів. В одному з цих випадків, у зв'язку з продовжуючою кровотечею (незважаючи на коагуляцію судин та ретельний гемостаз) виконано видалення маткової труби. Тубектомію проведено також у випадку істмічної вагітності - в 1 пацієнтки, та при істмічно-ампулярній вагітності зі значними деструктивними змінами труби і перитубарною гематомою - в 1 випадку. При неповному трубному аборті в 1 пацієнтки фрагменти плідного яйця видалені зі сторони фімбріальної частини маткової труби.

В усіх спостереженнях зі злуковим процесом в малому тазу проведений сальпінгооваріоадгезіолізис. У двох пацієнток, в яких мали місце кіста яйника та склерополікістоз ячників, виконані відповідно видалення кісти та електрокоагуляція ячників у 5-7 точках на глибину 7-10 мм.

Післяопераційний перебіг в усіх спостереженнях перебігав без ускладнень. Термін перебування у стаціонарі складав від 2-х до 5-ти діб, в середньому 4,1 ліжкодня.

Протягом 1-2 років після операції маткова вагітність наступила в 4 із 10 пацієнток, які перебували під спостереженням. Повторної ектопічної вагітності діагностовано не було.

УДК 617.541+617.57/58]-001.5-089

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТАДАВШИХ С ТОРАКОТРАВМОЙ И ПОВРЕЖДЕНИЕМ КОНЕЧНОСТЕЙ

Танцюра В.П., Песчанский Р.Е.

Донецкий НИИ травматологии и ортопедии (ДНИИТО)

Донецкое областное клинико-территориальное медицинское объединение (ДОКТМО), м. Донецьк

На основании исследования 156 пострадавших с торакоотравмой и повреждением конечностей, авторами изложены принципы диагностики и лечения пациентов с указанной патологией, основанные на выявленных особенностях гемодинамических нарушений в системе макроциркуляции. Предложены принципы лечебной тактики при субкомпенсированном и декомпенсированном состоянии гемодинамики. При двусторонних повреждениях грудной клетки, требующих оперативного вмешательства, авторы предлагают использовать разработанный ими способ трансторакальной медиастинотомии. Применение предлагаемой лечебной тактики, усовершенствованных методов хирургического лечения, позволило уменьшить количество осложнений на 5,49%, снизить уровень летальности в остром периоде травматической болезни на 4,82%.

Ключевые слова: торакоотравма, повреждение конечностей, гемодинамика, хирургическое лечение.

Введение

Торакотравма – один из наиболее тяжелых видов повреждений и составляет от 8-10% до 24,1% всех видов травм [2,5,11]. При этом летальность стабильно остается в пределах от 10 до 35%, а при сопутствующих повреждениях других органов, которые встречаются в 80% случаев, она колеблется от 43,5% до 50-60% [1,6,13].

Частота сочетанных повреждений грудной клетки и опорно-двигательного аппарата варьирует от 3,39% до 10,54% [7], а по данным других авторов возрастает до 20% - 30% [3]. Поэтому, ввиду увеличения количества пострадавших с тяжелыми травмами, актуальность вопросов их лечения и профилактики осложнений не снижается [8,10].

Повреждения конечностей значительно отягощают течение травмы груди, нередко приводят к развитию острого респираторного дистресс-синдрома, что в свою очередь увеличивает количество осложнений и летальных исходов [9].

Одним из важных аспектов проблемы глубоких гемодинамических расстройств в патогенезе травматической болезни, по-прежнему остается вопрос о механизмах их формирования [4].

В связи с вышеизложенным, мы поставили цель: снизить уровень летальности и осложнений среди пострадавших с травмой груди и конечностей на основе усовершенствованной диагностики и применения новых методов хирургического лечения.

Материалы и методы

Для выполнения настоящего исследования нами были изучены 156 пострадавших с травмой груди и повреждением конечностей в остром периоде травматической болезни, находившихся на лечении в ДОКТМО и ДНИИТО.

Возраст больных находился в пределах от 19 до 76 лет. Мужчин было 112 (71,8%), женщин – 44 (28,2%). Большинство пациентов – 92 (58,9%) от 25 до 55 лет, т.е. трудоспособного возраста. Средний возраст составил 38,6 лет.

По механизму возникновения травма груди подразделялась на: сдавление – 49 (31,5%) пациентов, причем у 59% пострадавших имела место шахтная травма; ушибы груди 81 (52,1%),

проникающие колото-резаные ранения составили 26 (16,4%).

Множественные односторонние переломы ребер отмечены у 40 (25,6%), множественные двухсторонние - 31 (19,9%), флотирующие переломы ребер и грудины у 14 (8,9%), травма груди с переломом 1-2-х ребер были у 30 (19,2%), ранения сердца у 6 (3,8%) пострадавших. Продолжающееся внутриплевральное кровотечение после эвакуации гемоторакса отмечено у 28 (17,9%), разрывы трахеи, главных бронхов и легкого у 7 (7,7%) пациентов.

В структуре повреждений конечностей переломы бедра составили 24 (18,2%), переломы голени 30 (22,7%), переломы предплечья 59 (44,7%), переломы плеча 19 (14,4%) наблюдений. Травматические ампутации, травмы с массивным размождением тканей, сопровождающиеся повреждением сосудисто-нервного пучка, отмечены у 12 (7,7%) пациентов, ушибы мягких тканей с обширными гематомами у 12 (7,7%). Открытых переломов было 27 (20,5%), закрытых – 105, что составило 79,5%.

В схему обследования пострадавших с сочетанной травмой груди и конечностей входили общеклинические, рентгенологические, сонографические, эндоскопические и электрофизиологические методы.

Все пострадавшие были распределены на 2 группы. Группу А составили 48(30,8%) пострадавших, в лечении которых была использована усовершенствованная нами диагностика и применены новые методы лечения. Группу Б – 108 (69,2%), составили больные, лечение которых проводилось по общепринятым методикам. С целью объективизации клинического течения, обе группы были разделены на 3 подгруппы в зависимости от степени дефицита объема циркулирующей крови (ОЦК) (табл. 1).

*Таблица 1.
Распределение больных по группам с учетом степени дефицита ОЦК.*

Степень дефицита ОЦК	Группа А (n=48)	Группа Б (n=108)
До 20%	24	43
20% – 40%	17	39
Более 40%	7	26

Для разработки оптимальной тактики лечения у пострадавших в группе А нами были изучены показатели гемодинамики в системе макроциркуляции: ударный объем сердца – УОС, минутный объем сердца – МОС, должный минутный объем сердца - ДМОС, время полного кругооборота крови – ВПКК, среднее время кровотока - СК, интраторакальная масса крови - ИТМК, общее периферическое сопротивление сосудов кровотоку – ОПС, должное периферическое сопротивление сосудов кровотоку – ДПС, центральное венозное давление – ЦВД, средняя мощность, удельная энергия и рабочий индекс левого желудочка сердца, соответственно – СМЛЖС, УЭЛЖС, РИЛЖС, объем циркулирующей крови – ОЦК, плазматический объем – ПО, глобулярный объем – ГО, среднединамическое артериальное давление - АД ср.дин., частота сердечных сокращений – ЧСС.

Результаты и их обсуждение

Данные изученных показателей гемодинамики на момент поступления представлены в табл. 2 и табл. 3.

Таблица 2. Показатели дефицита ОЦК и его компонентов.

Показатели	Дефицит ОЦК и его компонентов		
	20%	20-40%	Более 40%
ОЦК	-11,46 ±8,3**	-33,46 ±2,1**	-48,13 ±2,9***
ПО	-15,33 ±4,8***	34,71 ±0,53***	-56,88 ±1,3**
ГО	-12,38 ±1,6**	-32,17 ±2,4**	-49,74 ±3,1***

Таблица 3. Показатели гемодинамики в системе макроциркуляции

Показатели гемодинамики и производительности сердца	Степень дефицита ОЦК		
	20%	20-40%	Более 40%
АД ср. дин.	+14,36±2,32*	23,57±1,16**	-36,3±2,4*
ЧСС	+39,9±6,11**	+46,3±2,4***	+53,31±3,61*
УОС	19,63±11,16*	29,44±2,48**	51,66±5,64**
МОС	+35,71±3,4*	+1,2±0,5**	49,84±3,46**
ОПС	-18,85±3,1**	+15,41±3,46***	+68,34±2,33*
ИТМК	-9,48±1,24*	+12,8±3,4**	+121,74±12,3**
ВПКК	-9,48±1,24**	61,7±2,0**	67,0±2,8*
ЦВД	Норма	-25,1±3,8**	-34,6±9,7**
РИЛЖС	+18,62±2,63*	-25,1±3,8**	-47,7±0,4*
УЭЛЖС	+18,62 ±2,63*	-4,21±1,62**	-25,1±0,17*
СМЛЖС	+19,18±1,21*	-5,64±2,1***	-25,1±0,17*

Примечание к табл. 2 и табл. 3:

- * - достоверность отличий P < 0,01
- ** - достоверность отличий P < 0,02
- ***- достоверность отличий P < 0,05

Как свидетельствуют данные таблиц 2 и 3, по-

казатели гемодинамики усугублялись по мере увеличения дефицита ОЦК, т. е. с увеличением объема и тяжести механических повреждений груди и конечностей.

Нами было выявлено, что наиболее выраженные значения дефицита ОЦК и его компонентов отмечены при: тяжелых повреждениях груди, сопровождающихся кровотечением в плевральные полости, наружном кровотечении, при переломах бедра, плеча, голени, предплечий, размождении мягких тканей, кровотечении из поврежденных сосудов. При этом отмечались высокие показатели ОПС.

В группе с относительно нетяжелыми повреждениями конечностей (дефицит ОЦК до 20%) наиболее высокие цифры МОС были отмечены при легкой травмой груди. МОС при этом был повышен на 35,71±3,4% (p<0,01). При увеличении дефицита ОЦК (в группе с дефицитом ОЦК свыше 40%) МОС был снижен на 49,84±3,46% (p<0,01). Показатели ИТМК имели четкую тенденцию к повышению, свидетельствующие о централизации кровообращения происходящей за счет перераспределения крови в жизненно важные органы грудной клетки для поддержания функциональной их способности.

Гиповолемия является причиной метаболических нарушений, в результате чего снижается производительность сердца. Недостаточность энергетики сердечной деятельности, о чем свидетельствуют цифры УЭЛЖС, влечет за собой снижение его мощности, рабочей характеристики и производительности сердца в целом.

Мы пришли к мнению, что для выявления нарушений гемодинамики наиболее простым и рациональными показателями диагностики являлись АД ср дин, МОС, ЦВД, ЧСС изученные в динамике.

При повреждениях конечностей наибольшее значение имеет массивность травматического повреждения и как следствие, кровопотеря. При доминировании повреждений грудной клетки падали показатели мощности, работы и производительности сердечной деятельности. Резко увеличивались показатели ОПС и ИТМК.

Одним из основных методов диагностики внутригрудных осложнений являлась рентгенография грудной клетки, которая позволяет выявить повреждения костного каркаса грудной клетки, наличие пневмо- и гидроторакса, смещение средостения и его эмфизему, а также другие повреждения.

Рентгенологическое исследование в двух взаимно перпендикулярных проекциях, прямой и боковой, выполнено всем 156 пострадавшим. Наличие пневмоторакса отмечено у 41 (26,3%), гемопневмоторакса у 75 (48,1%) пациентов.

При невозможности рентгенологического исследования в ортостатической позиции пострадавших, мы использовали трансторакальное ультразвуковое исследование плевральных полостей.

Преимущество трансторакального ультразвукового исследования заключалось в возможности определения экоструктуры выпота, толщины листков плевры, состояния их поверхности. Выполнение трансторакальной сонографии давало возможность выявить наличие жидкости даже при ее небольшом объеме. Диагностическая ценность метода значительно возростала при использовании его в динамике. Отсутствие лучевой нагрузки позволяло неоднократно выполнять трансторакальную сонографию для определения оптимального доступа при пункции, при оценке эффективности локальной фибринолитической терапии, проводимой у данной группы пациентов.

Однако противопоказанием к использованию данного метода являлись агональное состояние пациента при прогрессирующих признаках дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности, требующих реанимационных мероприятий.

Во всех группах пострадавших при наличии гемо- или гемопневмоторакса мы стремились к максимально раннему дренированию плевральных полостей с целью декомпрессии органов грудной клетки и восстановления функции внешнего дыхания.

Учитывая тяжесть и обширность повреждений, субкомпенсированное и декомпенсированное состояние гемодинамики в 2 и 3 подгруппах для стабилизации костного каркаса мы использовали экстраплевральные методы фиксации в комбинации с ИВЛ на фоне проведения корригирующей медикаментозной терапии.

К выполнению торакотомии в состоянии шока, по нашему мнению, следует относиться сдержанно. Дополнительная операционная травма усугубляла течение травмы. Поэтому выполнение торакотомии должно осуществляться исключительно по жизненным показаниям (повреждение элементов корня легкого, ранение сердца и т.д.).

В связи с торакотравмой, нами прооперирован 41 пострадавший (26,3%). Односторонние вмешательства на грудной клетке выполнены у 26 пациентов (63,4%). В 15 случаях была необходима двусторонняя торакотомия. Показаниями к операции являлись: ранения сердца с внутриперикардальной тампонадой, повреждение крупных сосудов груди, разрывы трахеи, главных бронхов и легкого на фоне быстро нарастающего пневмоторакса, медиастинальной эмфиземы, продолжающееся внутриплевральное кровотечение с быстрым повторным накоплением крови после пункционного удаления гемоторакса.

При двусторонних повреждениях органов грудной клетки, требующих оперативного вмешательства двусторонняя торакотомия была выполнена у 8 (53,3%) больных. У 7 (46,7%) пострадавших был использован разработанный нами способ трансторакальной передней ме-

диастинотомии [13].

В подгруппе 1, при наличии компенсированного состояния гемодинамики и при наличии поврежденных сегментов конечностей прибегали к иммобилизации стержневыми и спицестержневыми аппаратами внешней фиксации.

В подгруппе 2, при субкомпенсированном состоянии гемодинамики, также проводили оперативные вмешательства на органах грудной клетки, направленные на восстановление функции внешнего дыхания, при этом выполняли иммобилизацию костных фрагментов конечностей.

В третьей подгруппе, у наиболее тяжело пострадавших с декомпенсацией гемодинамики, выполняли оперативные вмешательства на органах грудной клетки по жизненным показаниям при наличии повреждения крупных сосудов, сердца, бронхов, обширных флотирующих переломов ребер, грудины. Оперативное пособие на поврежденных сегментах конечностей откладывалось до стабилизации гемодинамических показателей.

При обширных повреждениях тканей конечностей, сопровождающихся повреждением сосудисто-нервного пучка, травматических отрывах конечностей оперативное вмешательство рассматривали как реанимационное пособие, которое производили сразу же после остановки угрожающего внутриплеврального кровотечения, стабилизации центрального венозного и артериального давления.

У 129 пациентов (82,7%), течение травматической болезни в послеоперационном периоде протекало без осложнений.

В 138 случаях (88,5%) исход - выздоровление. У 18 (11,5%) больных, осложнения, привели к летальному исходу в сроки от 12 часов до 7 суток с момента получения травмы. Причинами летальных исходов явились - у 12 (66,7%) пациентов – геморрагический шок III-IV ст. с развитием острой сердечно-сосудистой недостаточности, у 6 (33,3%) – пневмония и отек легких, в том числе респираторный дистресс-синдром.

При применении усовершенствованной лечебной тактики, основанной на диагностике гемодинамических нарушений, в группе А по сравнению с группой Б нам удалось снизить количество осложнений с 21 (19,4%) до 6 (12,5%), а летальность уменьшить с 14 (12,9%) до 4 (8,3%) случаев.

Выводы

1. Для диагностики доминирующего повреждения целесообразно изучение гемодинамического комплекса, включающего показатели ОЦК, ОПС, ИТМК, ЦВД, МОС, АД среднединамическое и ЧСС, изученного в динамике.
2. При двусторонних повреждениях органов грудной клетки, требующих оперативного вмешательства, рационально применение способа трансмедиастинальной торакотомии.
3. Для стабилизации костного каркаса груди

целесообразно использовать экстраплевральные методы фиксации в комбинации с ИВЛ.

4. При субкомпенсированном и декомпенсированном состояниях гемодинамики применение остеосинтеза в остром периоде возможно только после её стабилизации.

5. Применение разработанной лечебной тактики позволило уменьшить количество осложнений на 5,49%, снизить уровень летальности в остром периоде травматической болезни на 4,82%.

Литература

1. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М. и др. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей/ Под ред. Л.Н.Бисенкова, П.Н.Зубарева.- СПб.:Гиппократ, 2002.-512с.
2. Гайко Г.В., Костюк А.Н. Теоретичні та практичні аспекти травматизму в Україні// Травма.-2003.-Т. 4, – №6.-С.603-607
3. Гаркави А.В., Горшков С.З., Политравма. Особенности оказания медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе // Мед. помощь. – 1999.- №3. – С.19 - 26
4. Горячев А.Н., Дементьев В.Н. Механизмы регуляции гемодинамики при тяжелой механической травме // Нарушение механизмов регуляции при экстремальных и терминальных состояниях. — Омск: Изд. ОГМИ, - 1991. - С. 83 - 88.
5. Десятерик В.І., Міхно С.П., Мірошніченко В.М., Богатирьов М.Б. Диференційований підхід до лікування торакальної травми // Вестник неотложной и восстановительной медицины.-2004.-Т. 5, – №1.-С.141-142
6. Жестков К.А. Хирургическая тактика при травмах органов грудной клетки // Новости медицины и фармации, 2002. - №21-22.-С.24-25
7. Жуков Ю.Б. Диагностика, профилактика и лечение эндогенной интоксикации у пострадавших с тяжелой политравмой // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1999. - № 1. - С. 49 - 52.
8. Климовицкий В.Г., Бабоша В.А., Пастернак В.Н. Организационные и клинические аспекты проблемы совершенствования экстренной медицинской помощи при тяжелой шахтной травме // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1998. - № 4. - С. 99 - 102.
9. Кучин Ю.Л., Глумчер Ф.С., Макаров А.В., Алексеев В.М. Залежність тяжкості перебігу контузії легенів від поєднаної скелетної травми // Травма. – 2004. – Т. 5, № 2. - С.153 – 157
10. Литвин Ю.П., Бойко И.В., Бойко К.П., Гупалов И.Г. Чрезкостный компрессионный остеосинтез аппаратами из композиционных материалов в клинике политравм // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1997. - №1. - С. 88-91
11. Пастернак В.Н. Политравма – вопросы организации и объём лечения пострадавших на этапах острого периода травмы // Травма. – 2003.-Т.4. – №6.- С.703-711
12. Патент 56881 Украины, МКИ А61В17/00 Способ трансторакальной передней медиастинотомии / Гринцов А.Г., Высоцкий А.Г., Евич Ю.Ю., Песчанский Р.Е. (Украина); №108351; Заявл. 22.10.2002; Оpubл. 15.05.2003. Бюл.№5
13. Урсол Г.Н., Бондарчук С.П., Давыдкин В.А. и др. Закрытая травма грудной клетки: тактика и лечение // Политравма – оказание медицинской помощи: Мат.11 Всеукраинской научно-практической конференции. - Киев, 2006

Реферат

ЛІКУВАННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ З ТОРАКОТРАВМОЮ ТА ПОШКОДЖЕННЯМ КІНЦІВОК

Танцюра В.П., Песчанский Р.Е.

Ключові слова: торакотравма, пошкодження кінцівок, гемодинаміка, хірургічне лікування.

На підставі дослідження 156 потерпілих з торакотравмою та ушкодженням кінцівок, авторами викладені принципи діагностики й лікування пацієнтів із зазначеною патологією, засновані на виявлених особливостях гемодинамічних порушень у системі макроциркуляції. Запропоновано принципи лікувальної тактики при субкомпенсованому і декомпенсованому станах гемодинаміки. При двобічних ушкодженнях грудної клітки, що вимагають оперативного втручання, автори пропонують використовувати розроблений ними спосіб трансторакальної медіастинотомії.

Застосування запропонованої лікувальної тактики, удосконалених методів хірургічного лікування дозволило зменшити кількість ускладнень на 5,49%, знизити рівень летальності в гострому періоді травматичної хвороби на 4,82%.

УДК 616.135-001

ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ЛІКУВАННЯ ДЕЦЕЛЕРАЦІЙНОГО СИНДРОМУ ПРИ ПОЛІТРАВМІ

Шейко В.Д., Панасенко С.І., Лисенко Б.П., Лисенко Р.Б.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено аналіз діагностичної і лікувальної тактики у 5 постраждалих з травматичним розривом грудного відділу аорти – децелераційним синдромом (ДС), який виявлений у 0,8% постраждалих з політравмою. Виникнення ДС обумовило вкрай тяжкий перебіг травматичної хвороби з летальністю 80%. Розглянуті питання оптимізації діагностичної і лікувальної тактики при даній патології.

Ключові слова: децелераційний синдром, травматична аневризма аорти, діагностика, лікування.

Вступ

Проблема ДС у пацієнтів із закритою травмою грудей при політравмі (ЗТГП) останніми роками стає все більш актуальною. Пацієнти з тяжкими ЗТГП після дорожньо-транспортних пригод і падіння з висоти госпіталізуються в загальнохірургічні стаціонари із зростаючою частотою [2, 3, 4, 5, 9]. Високо-кінетичний вплив на аорту призводить до розриву або надриву її внутрішньої оболонки з утворенням субінтимальної гематоми, яка в по-

дальшому може формуватися в посттравматичну аневризму. Розрив аорти при травмі відбувається на межі фіксованих і рухомих її відділів, при цьому, як правило, виникає поперечний (циркулярний) розрив дистальніше відходження лівої підключичної артерії на початку низхідного відділу грудної аорти. У більшості клінічних ситуацій протягом декількох годин після розриву інтими гостра аневризма проривається, обумовлюючи негайну смерть, проте у 6,7- 20% хворих

формується стабільна несправжня аневризма, і вони виживають [1, 4, 6, 7]. Але наявність не діагностованої посттравматичної аневризми аорти у тих пацієнтів що вижили є фактором ризику раптової смерті при будь-якому фізичному навантаженні, навіть під час реабілітації. Проте абсолютна більшість цих хворих гине протягом першої доби, а ризик відстроченого розриву аорти надзвичайно високий, тому проблема своєчасної діагностики і хірургічної корекції таких пошкоджень залишається вкрай актуальною [1, 2, 4, 5, 7].

Матеріали та методи

Проведений ретроспективний аналіз результатів лікування 5 постраждалих із ДС, який виявлений у 0,8% постраждалих з полі травмою, що перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні хірургії Полтавської міської клінічної лікарні №1 у 2000-2006 рр. У всіх випадках розвиток ДС спостерігався внаслідок т. з. «рульової травми». Усі пацієнти були чоловічої статі віком 31-48 років. Постраждали доставлені в стаціонар протягом першої години після травми бригадами швидкої медичної допомоги.

Клініко-лабораторна діагностика проводилася за загальноприйнятими методиками, отримані дані надавали суттєву допомогу при оцінці тяжкості стану хворих. Тяжкість шоку визначали за типовими клінічними ознаками (ASC, 1982). Рентгенологічне обстеження проводилося на апаратах РУМ-20, РУМ-30, EDR-750 (із телевізійною приставкою), пересувних рентгенівських апаратах «Арман» і «Simens DE-50», цифровому флюорографі «КРАС-12Ф9», комп'ютерна томографія (КТ) на томографі «STE-Dual». Сонографічне обстеження проводилося на апараті «Simens SL-450». Тяжкість травми оцінювали за шкалою NISS, стану – за APACHE-II.

Результати та їх обговорення

На момент госпіталізації в усіх випадках було діагностовано вкрай тяжку ЗТГП. При цьому вкрай тяжкою була як тяжкість анатомічних ушкоджень (NISS>45 балів), так і тяжкість стану постраждалих (APACHE-II >22 балів). Діагноз ДС прижиттєво встановлено у 4 пацієнтів та у одному випадку під час судово-медичного розтину. Вижив 1 пацієнт, який переведений на етап спеціалізованої кардіохірургічної допомоги.

Програму діагностичного пошуку та лікування постраждалих із ЗТГП визначали за чотирма головними принципами: 1) прогнозування ДС, 2) рання діагностика; 2) раціональна інтенсивна терапія; 3) оптимальні терміни, об'єм та послідовність оперативних втручань.

В останні два роки нами проводився цілеспрямований моніторинг випадків тяжкої ЗТГП із ДС, орієнтований на прогнозування його виникнення, відпрацювання діагностичної і лікувальної тактики в умовах загальнохірургічного стаціонару, а набутий позитивний досвід дозволяє ініціювати

дискусію щодо окремих питань тактичного характеру при цій вкрай тяжкій травматичній патології.

В залежності від наслідків, ми виділяємо дві форми ДС:

1) ДС із несприятливим перебігом – двомоментний розрив гострої травматичної аневризми аорти (4 спостереження);

2) ДС із сприятливим перебігом – формування несправжньої аневризми (1 спостереження).

У першому випадку, при двомоментному (інтима-розслаблення-адвентиція) розриві аорти гематома межистіння проривається у плевральну порожнину безпосередньо після травми або в першу добу. Як правило, відстрочений прорив гематоми в плевральні порожнини обумовлюється підйомом артеріального тиску в процесі виведення постраждалого із шоку. Спорожнення гематоми межистіння в плевральні порожнини, в таких випадках, обумовлює швидку масивну крововтрату і негайну смерть. Діагностичні заходи в таких випадках мінімальні (оглядова рентгенографія грудної клітки, ЕКГ, торакопункція).

Сприятливий перебіг ДС характеризується формуванням в післятравматичному періоді стабільної несправжньої аневризми аорти. Саме цей варіант ДС є перспективним, у хірургічному відношенні, для лікування на етапі кваліфікованої допомоги в умовах загальнохірургічного стаціонару. Першочерговим завданням, в таких випадках – є своєчасна діагностика ДС, що дозволяє попередити розриви аневризми та перевести постраждалих на етап спеціалізованої хірургічної допомоги.

Стратегічним завданням етапу кваліфікованої медичної допомоги залишається питання діагностики ДС. Саме прогнозування і наступне підтвердження діагнозу ДС визначає необхідність суттєво коригувати встановлені принципи надання хірургічної допомоги постраждалим із ЗТГП, а інколи кардинально змінювати лікувальну тактику.

Слід зазначити, що верифікація ДС дуже складна. У наших спостереженнях, жодне із досліджень не надавало переконливих даних за наявності розриву аорти. На діагностичний процес суттєво впливали тяжкість стану постраждалих та наявність екстраторакальних ушкоджень. У всіх випадках діагностичні заходи застосовувалися поряд із інтенсивною інфузійно-трансфузійною та респіраторною терапією в процесі виведення постраждалого із шоку, а інколи паралельно із реанімаційними заходами.

Вирішальне значення для ранньої діагностики ДС належить його прогнозуванню. Імовірність ДС визначали при аналізі механізму травми, як правило – це локальна висококінетична (інерційна) дія на ділянку грудної клітки із множинним ушкодженням елементів грудинно-реберного каркасу та внутрішньогрудних структур. В усіх спостереженнях у пацієнтів з ДС були виявлені переломи I-III ребер (100%), у більшості – грудини

(80%).

В клінічній картині ЗТГП із ДС домінували неспецифічні ознаки тяжкого травматичного шоку. При фізикальному обстеженні частіше виявляли: деформацію грудної клітки, несиметричні дихальні екскурсії з парадоксальним диханням, тахіпное, патологічну рухливість грудини і ребер, підшкірну емфізему, укорочення перкуторного звуку в дорзальних відділах, ослаблення або відсутність дихальних шумів, глухість серцевих тонів, екстрасистолію.

Найбільш інформативним, в наших спостереженнях, методом діагностики була оглядова рентгенографія. Спостерігалися наступні рентгенологічні феномени: затемнення межистіння, розширення верхнього межистіння, дислокація тіні межистіння. Дані симптоми є рентгенологічним еквівалентом медіастінальної гематоми межистіння, формування гострої аневризми аорти. Рентгенознаки гідротораксу при первинному дослідженні зустрічалися не постійно (3 спостереження), а пневмоторакс відмічено лише в одному випадку. У всіх випадках діагностувалися поліфокальні ушкодження кісткового каркасу грудей.

Окремої уваги заслуговує, описаний нами рентгенологічний симптом округлої тіні верхнього межистіння, яка в динаміці збільшується та «світлішає», супроводжується появою ознак гідротораксу та спостерігається у різні терміни післятравматичного періоду [4]. Цей симптом відображає момент прориву медіастінальної гематоми в плевральну порожнину, і, як правило, супроводжується різким (інколи критичним) погіршенням загального стану пацієнтів.

У сумнівних випадках проводили торако- та перикардіальні пункції.

Зміни ЕКГ характеризувалися зниженням вольтажу, розширенням шлуночкових комплексів, депресією сегменту ST в 2-3 грудних відведеннях. На підставі яких в усіх спостереженнях діагностували застій серця.

При сприятливому перебігу ДС, після стабілізації основних вітальних показників, створювалися умови для застосування додаткових методів обстеження.

Цифрову флюорографію використовували для динамічного моніторингу за станом внутрішньогрудних органів. При даному дослідженні чітко візуалізувалося в динаміці затемнення межистіння, розширення меж серця та судинного пучка, девіація трахеї вправо.

Сонографічне обстеження (в т. ч. трансторакальна доплерографія) також виконувалося в динаміці, але переконливих даних за наявності або відсутності ДС (аневризми) при цьому дослідженні не було отримано. Ретроспективний аналіз виявив дві суттєві причини не інформативності даного методу. По-перше, аневризма мала ретроаортальне розташування і невеликі розміри (до 45 мм в діаметрі). По-друге, дослідження проводилося після прориву і спорожнен-

ня основної медіастінальної гематоми в плевральну порожнину.

Як і сонографія, КТ прямого підтвердження діагнозу ДС не надає. Лише при КТ із болюсним введенням рентгенконтрасту вдалося візуалізувати і локалізувати аневризму дуги аорти.

Враховуючи відсутність умов для ургентного протезування або стентування грудної аорти на етапі кваліфікованої хірургічної допомоги при сприятливому перебігу ДС - оперативне лікування аневризми слід вважати недоцільним, а консервативна інтенсивна терапія повинна бути скорегована на підтримку помірної гіпотензії на рівні 90-100 мм рт.ст. Велике значення має рання стабілізація флотуючих реберно-грудинних сегментів. При цьому доцільно використовувати типові або оригінальні апаратні фіксуючі конструкції, які сприятимуть не тільки ранній активізації хворих, але й оптимізації подальшого діагностичного пошуку. У край тяжкої категорії хворих з прогнозуємим ДС при накладанні апаратних конструкцій на грудну клітку доцільно ставити за мету лише стабілізацію флотуючого фрагменту, без обов'язкової репозиції уламків, для мінімізації травматичності і довготривалості термінового втручання. Несприятливий перебіг ДС вимагає проведення екстреної (реанімаційної) трансстернальної торакотомії з метою ушивання розриву аорти – операції відчаю.

Висновки

1. Діагностика ДС при ЗТГП залишається складною проблемою і повинна ґрунтуватися на прогнозуванні цієї патології.
2. Золотим стандартом в діагностичній програмі виявлення ДС залишається оглядове рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини.
3. Застосування додаткових методів дослідження можливе і доцільне лише при сприятливому перебігу ДС.
4. Хірургічна тактика при ДС в загальнохірургічних стаціонарах повинна бути обмеженою дренажуванням плевральної порожнини та стабілізацією реберного каркасу, ушивання розриву аорти показане тільки при несприятливому перебігу ДС.

Література

1. Ситар Л.Л., Антощенко А.А., Попов В.В., Кравченко И.Н. Хирургическая тактика при коррекции травматических аневризм нисходящей грудной аорты // 36. науч. праць співробітн. КМАПО ім. П.Л. Шупика. - К., 2000. - Вип. 9, кн. 1. - С.321-325.
2. Ситар Л.Л., Гетьман В.Г., Кравченко И.Н., Глагола М.Д. Травматический разрыв нисходящего отдела грудной части аорты // Клін. хірургія. - 1991. - № 7. - С.69-70.
3. Шейко В.Д., Лисенко Б.Ф., Білошапка А.Н., Панасенко С.И. Децелерационный синдром при политравме // Клін. хірургія. - 2006. - № 8. - С.59-61.
4. Флорикян А.К. Хирургия поврежденной груди. - Х.: Основа, 1998. - 504 с.
5. Brundage S.I., Harruff R., Jurkovich G.J., Maier R.V. The epidemiology of thoracic aortic injuries in pedestrians // J. Trauma. - 1998. - Vol.43. - P.1010-1014.

6. Fabian T.C., Richardson J.D., Croce M.A. et al. Prospective of blunt aortic injury: multicenter trial of the American Association for the Surgery of Trauma // J. Trauma. - 1997. - Vol.42. - P.374-383.
7. Gammie J.S., Shah A.S., Hattler B.G. et al. Traumatic aortic rupture diagnosis and management // Ann. thorac. Surg. - 1998. - Vol.66. - P.1295-1300.
8. Langanay T., Verhoye J.-Ph., Corbineau H. et al. Surgical treatment of acute traumatic rupture of the thoracic aorta a timing reappraisal // Europ. J. Cardiothorac. Surg. - 2002. - Vol. 21.-P.282-287.
9. Richens D., Field M., Neale M., Oakley C. The mechanism of injury in blunt traumatic rupture of the aorta // Europ. J. Cardiothorac. Surg. - 2002. - Vol.21. - P.288-293.

Реферат

ПРОБЛЕМА ДІАГНОСТИКИ І ТАКТИКИ ЛЕЧЕННЯ ДЕЦЕЛЕРАЦІЙНОГО СИНДРОМА ПРИ ПОЛІТРАВМЕ

Шейко В.Д., Панасенко С.И., Лысенко Б.Ф., Лысенко Р.Б.

Ключевые слова: децелерационный синдром, травматическая аневризма аорты, диагностика, лечение.

Проведен анализ диагностической и лечебной тактики у 5 пострадавших с травматическим разрывом грудного отдела аорты – децелерационным синдромом (ДС), который выявлен у 0,8% пострадавших с политравмой. Возникновение ДС обусловило крайне тяжелое течение травматической болезни с летальностью 80%. Рассмотрены вопросы оптимизации диагностической и лечебной тактики при данной патологии.

УДК: 616-053.31-008.64

СИНДРОМ ПОЛІОРГАННОЇ НЕДОСТАТНОСТІ У НОВОНАРОДЖЕНИХ: ТЕРМІНОЛОГІЯ І ДІАГНОСТИКА

Шкурупій Д.А., Дикий О.М., Могильник А.І., Лазуркевич О.В.

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

В статті наведений авторський погляд щодо питання термінології і діагностичних критеріїв поліорганної недостатності взагалі і у новонароджених зокрема. На думку авторів доцільним є відокремлення понять «поліорганна недостатність» і «поліфункціональна недостатність». Діагностика поліорганної недостатності має базуватись лише на тих критеріях, які корелюють з морфологічним підтвердженням органних уражень.

Ключові слова: синдром поліорганної недостатності, новонароджені

Вступ

Механізми синдрому поліорганної недостатності (СПОН) чітко не встановлені, однак відомо, що це є не просто сума недостатності органів чи систем, а єдиний патофізіологічний процес. Дискутуються послідовність ураження органів при СПОН і його критерії. У новонароджених діагностика і механізми розвитку цього синдрому мають різнитись через анатомо-фізіологічні відмінності цих пацієнтів. Наразі уніфіковані критерії визначення СПОН у новонароджених відсутні.

Матеріали і методи

Метою дослідження стало визначення критеріїв органного ураження у новонароджених для чого був проведений ретроспективний аналіз історій хвороб і протоколів патологоанатомічних досліджень 16 померлих новонароджених. Співставлялась оцінка uszkodження органів і систем із критеріями СПОН за Morescroft I.A. et al. (1994 p.), Сулімою О.Г (2003 p.), Shah P. et al. (2004 p.). Кожна з діагностичних ознак оцінювалась за показником чутливості і специфічності по відношенню до результатів патоморфологічного дослідження, які були обрані як золотий стандарт оцінки uszkodження органів і систем.

Результати та їх обговорення

У вказаних вище шкалах ознаки органних уражень оцінювались переважно за функціональними критеріями. Проведене дослідження довело, що не всі показники порушення функцій органів і систем є статистично значимими і корелюють з патоморфологічним підтвердженням органних уражень. Отже, доцільно окремо виріз-

няти поліфункціональну і поліорганну недостатності: першу з них можна роздивлятися як оцінку тяжкості критичного стану і показання до призначення посиндромної терапії, другу – як маркер uszkodження органів і призначення цілеспрямованої органопротекторної терапії.

За показником чутливості були визначені ознаки, відсутність яких дозволяють виключити СПОН у новонародженого: частота серцевих скорочень (ЧСС) <100 чи >180 за хв., залежність від штучної вентиляції легень (ШВЛ), PaO₂ <50 мм.рт.ст., PaCO₂ > 60 мм.рт.ст., ознаки набряку мозку, відсутність фотореакції, сечовина крові >3,0 ммоль/л, креатинін сироватки > 90 мкмоль/л, рН 7,1 і менше, BEa -15 ммоль/л і менше.

За показником специфічності були визначені критерії, наявність яких свідчить про ураження конкретного органу чи системи: з боку системи гемодинаміки – артеріальний тиск нижче вікової норми, ішемія міокарду на ЕКГ, ЧСС <80 и >180 за хв.; порушення серцевого ритму; інотропна підтримка; з боку дихальної системи - Fi O₂ > 0,4 більше ніж 4 год. для підтримки PO₂ >50 мм.рт.ст. чи усунення ціанозу; частота дихань > 40 за хв., ШВЛ з Fi O₂ > 0,4 більше 4 год. від народження чи показання до нього; з боку нервової системи – ознаки набряку мозку, відсутність фотореакції; з боку системи гемостазу - гемоглобін <150 г/л (з 4-ї доби - <100), гематокрит < 40% (з 2-го тижня - <30), тромбоцити <150*10⁹/л; початок згортання крові >5 хв.; з боку сечовидільної системи - діурез < 1 мл/кг/год протягом принаймні 2 год; добова прибавка маси тіла >100 г/добу, креатинін сироватки > 100 ммоль/л при

діурезі < 1 мл/кг/год більше 24 год. або креатинін сироватки > 125 мкмоль/л незалежно від темпів діурезу, сечовина крові більше 10 ммоль/л; з боку гастроінтестинальної системи - стаз в шлунку від 1,5 мл/год, відсутність перистальтики і стулу; з боку гепатобіліарної системи - білірубін крові >103 мкмоль/л, АлАт > 100 IU/l, АсАт > 100 IU/l; з боку системи мікроциркуляції - підшкірна склерема.

Висновки

Таким чином, в діагностиці СПОН у новонароджених доцільно вирізняти поліфункціональну і поліорганну недостатності, для чого слід орієнтуватись на статистично значимі критерії виключення і підтвердження СПОН.

Реферат

СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЇ НЕДОСТАТОЧНОСТІ У НОВОРОЖДЕНИХ: ТЕРМИНОЛОГІЯ І ДІАГНОСТИКА

Шкурупий Д.А., Дикий А.Н., Могильник А.И., Лазуркевич А.В.

Ключевые слова: синдром полиорганной недостаточности, новорожденные

В статье приведен авторский взгляд касательно вопроса терминологии и диагностических критериев полиорганной недостаточности вообще и у новорожденных в частности. По мнению авторов целесообразным является разделение понятий «полиорганная недостаточность» и «полифункциональная недостаточность». Диагностика полиорганной недостаточности должна базироваться только на тех критериях, которые коррелируют с морфологическим подтверждением органических поражений.

Література

1. Кижяева Е.С., Закс И.О. Полиорганная недостаточность в интенсивной терапии // Вестник интенсивной терапии.-2004.-№1.- С. 14-18.
2. Shah P., Riphagen S., Beyene J., Perlman M. Multiorgan dysfunction in infants with post-asphyxial hypoxic-ichaemic encephalopathy // Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition.-2004.-Vol. 89.-P.152-155/
3. Суліма О.Г. Сучасні аспекти асфіксії новонародженого // Актуальні питання неонатології: клінічні лекції та матеріали 1-ої науково-практичної школи-семінару.- К.: КМАПО-2003.- С. 137-151.
4. Миронов П.И., Хуссамова Н.Р. Оценка течения заболевания и исходов лечения новорожденных в зависимости от наличия синдрома системного воспалительного ответа // Вестник интенсивной терапии.-2002.-№4.- С. 60-63.