

Міністерство
охорони здоров'я України
Івано-Франківський
національний медичний університет

Засновник та видавець
Івано-Франківський
національний медичний університет
Свідоцтво про державну реєстрацію
серія KB №7296
від 14.05.2003 року

Рекомендовано до друку
Вченою Радою
Івано-Франківського
національного медичного
університету
протокол № 15 від 29.08.2016 р.

Адреса редакції:
Україна,
76018 м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2
Івано-Франківський національний
медичний університет
Телефон: (0342) 53-79-84
факс (03422) 2-42-95
ojs.ifnmu.edu.ua
E-mail: glvisnyk@ifnmu.edu.ua

Комп'ютерний набір і
верстка редакції журналу
"Галицький лікарський вісник"
Підписано до друку 30.08.2016 р.
Формат 60/88 1/2 Обсяг - 16 друк. арк.
Друк офсетний. Наклад 200
Тираж здійснено у видавництві
Івано-Франківського національного
медичного університету.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої
справи до Державного реєстру видавців,
виговіників і розповсюджувачів видавничої
продукції.
ДК №2361 від 05.12.2005 р.
76018, м. Івано-Франківськ,
вул. Галицька, 2.

ISSN 2306-4285 (Ukrainian ed. Print)
ISSN 2414-1518 (English ed. Online)

ГАЛИЦЬКИЙ ЛІКАРСЬКИЙ ВІСНИК

Щоквартальний науково-практичний часопис
Заснований в 1994 році

Журнал включений до міжнародної
наукометричної бази INDEX COPERNICUS

Індексується в: **BASE (Bielefeld Academic Search Engine),
WorldCat, Google Scholar, ResearchBib, OpenAIRE**



Відомості про журнал розміщені в **Electronic Journals Library**

Том 23 - число 3 - 2016
частина 1

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор - М.М. Рожко

Вакалюк І.П. (заступник головного редактора)
Попадинець О.Г. (відповідальний секретар)
Вишиванюк В.Ю. (секретар), Боцюрко В.І., Вірстюк Н.Г.,
Волосянко А.Б., Воронич-Семченко Н.М., Геращенко С.Б.,
Гуда І.М., Ерстенюк А.М., Ємельяненко І.В., Заяць Л.М.,
Ковальчук Л.Є., Мізюк М.І., Мішук В.Г., Ожоган З.Р.,
Середюк Н.М., Яцишин Р.І.

Редакційна рада

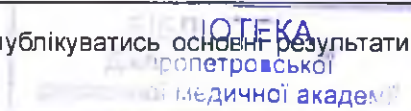
Бальцер К. (ФРН), Вагнер Р. (США), Волков В.І. (Україна),
Волошин О.І. (Україна), Геник С.М. (Україна), Енк П. (ФРН),
Ковальчук І.П. (Канада), Ковальчук О.В. (Канада),
Луценко Н.С. (Україна), Мальцев Е.В. (Україна),
Пенішкевич Я.І. (Україна), Поворознюк В.В. (Україна),
Погрібний І.П. (США), Сергієнко А.М. (Україна),
Сергієнко М.М. (Україна), Скальний А.В. (Росія),
Скрипник Р.Л. (Україна), Усов В.Я. (Україна), Швед М.І. (Україна)

Робота редакційної колегії орієнтована на норми та принципи [International Committee of Medical Journal Editors](#)

Журнал включено до Переліку наукових видань, в яких можуть публікуватися основні результати дисертаційних робіт (Наказ МОН України №241 від 09.03.2016 року)

© Видавництво Івано-Франківського національного медичного університету, 2016

© Галицький лікарський вісник, 2016



11880

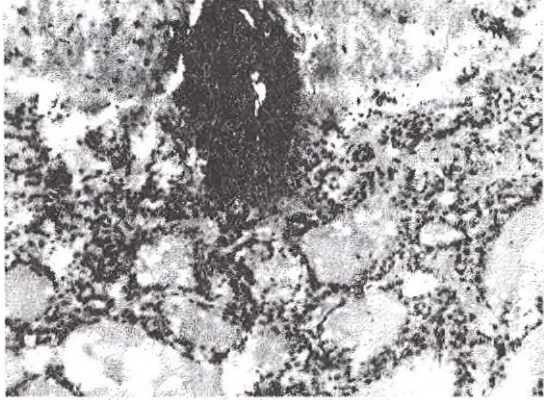


Рис. 2. Підвищення секреторної активності тиреоїдної тканини

кровотоку, тривалості оперативного втручання та післяопераційного стаціонарного лікування.

Ключевые слова: щитовидная железа, хирургическое лечение, электрокоагуляция.

I.M. Deykalo, O.V. Shidlovsky, Ya.Ya. Bodnar, T.V. Bodnar
Application of LigaSure Technology in Thyroid Surgery

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine
E-mail: bodnar.tv@mail.ru

Abstract. The incidence of nodular forms of goitre, compression syndrome in particular, as well as thyroid oncopathology is steadily growing. The number of patients with diffuse toxic goitre and functional autonomy of nodular forms of goitre exhibits no tendency toward reduction. Thyroid surgery remains one of the major and most effective methods of treatment. Parathyroid glands and laryngeal nerves are located close to large branches of the thyroid arteries; therefore, thyroid surgery should be performed in a dry operative field.

The objective of the research was to assess the efficacy of the LigaSure technology in the formation of reliable homeostasis as well as to provide morphological basis for blood clot quality and morphofunctional state of the thyroid parenchyma after hemithyroidectomy.

Materials and methods. The results of surgical treatment of 100 patients with nodular and toxic forms of goitre being treated in the surgical department of the Ternopil Municipal Emergency Hospital during 2011-2012 were compared with the results of surgical treatment of 200 patients with similar pathology who underwent surgical treatment during 2014-2016. According to the in-patient medical records, in patients operated on during 2011-2012 to achieve homeostasis the traditional ligature method was used; the length of surgical access was 6-8 cm. However, to achieve homeostasis in patients operated on during 2014-2016 the LigaSure device was used during surgery; the length of surgical access was 2.5-3 cm. The removed part of the thyroid gland was sent for morphological examination. The thyroid tissue was fixed in a 10% neutral formalin solution to be studied macro- and microscopically. A 1.0x0.5-cm fragment of the thyroid tissue was dissected out from three areas: the first fragment was dissected out from the area of the impact of

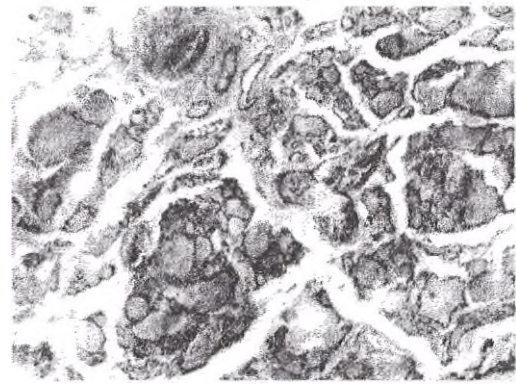


Рис. 3. набряк сполучної тканини. Тромбоз судин

radio-frequency current; the second fragment was dissected out in the perifocal area 0.5 cm from the electrocoagulation area, and the third one was dissected out 0.8-1.0 cm from the electrocoagulation area. Dewaxed sections were stained with haematoxylin, eosin as well as with Hart and Mallory's fuchselin. Histological preparations were studied using the SEOSCAN and Lumam P-8 microscopes at different magnifications.

Results. Histological study revealed local coagulative necrosis in the area of the impact of LigaSure radio-frequency current. The contours of the follicles without coloured structures, which were saturated with haemolytic erythrocytes, indicated necrosis. The thyrocyte cytoplasm and intercellular tissue were eosinophilic; the nuclei were not identified. In the lumen of intraorganic blood vessels, there was formed homogeneous agglutinative thrombus tightly adhering to the vascular wall indicating the formation of reliable and high-quality homeostasis in the area of direct effect of radio-frequency current. In the perifocal area there were the signs of the adaptive processes on the background of pronounced microcirculatory disturbances. Changes in thyrocytes manifested themselves as necrotic and dystrophic swelling and enlightenment of the cytoplasm. Clinically, these changes may manifest themselves as an increase in the secretory function of the thyroid gland in the particular area. Changes being typical to chronic manifestations of nodular goitre were found in the areas more distant from coagulative necrosis. The thyroid parenchyma was represented by clusters of large and small follicles separated by connective tissue interlayers.

Conclusions. The application of the LigaSure technology in surgical treatment of the thyroid gland improves the quality of surgical interventions due to a decrease in intraoperative blood loss, duration of surgery as well as postoperative in-patient treatment. In addition, the LigaSure technology provides better surgical access, thereby improving cosmetic effect. Morphologic changes in the thyroid gland due to the effect of radio-frequency current were distance-dependent: in the area of direct effect of radio-frequency current coagulative necrosis developed; in the perifocal area intensified secretory response of the thyroid tissue to the extreme factor occurred; in distant areas the typical structure of the nodular goitre with the signs of disturbed microcirculation was found.

Keywords: thyroid gland; surgical treatment; electrocoagulation
Прийшла 01.08.2016 року.

УДК: 616-0.38.22+616.316.76.12

Десятерик В. І., Давиденко О. В., Аксентьев С. О., Слободянюк В. А., Желізняк В. Г., Богатирьов О. Б., Прокуда О. М., Малюта С. В.

Перший досвід створення клінічного реєстру хворих з ТЕЛА, аналіз причин розвитку емболії

Дніпропетровська державна медична академія,
Міська клінічна лікарня №2, м. Кривий Ріг

Резюме. Представлено ретроспективний аналіз причин розвитку тромбоемболічних ускладнень (ТЕУ) у стаціонарних хворих багатопрофільної лікарні. Для більш детального вивчення причин ТЕУ та підвищення результативності профілактичних заходів був створений клінічний реєстр хворих, які протягом 1,5 років лікувались в нашому лікувальному закладі з приводу ТЕЛА. За період з 2015 по 2016 рік було включено до реєстру 26 хворих

з ТЕЛА. З них у 17 (65,3%) ТЕУ розвилось безпосередньо в після-операційному періоді у відділеннях хірургічного стаціонару; 9 (34,7%) - лікувались у відділеннях терапевтичного профілю, але в 4 випадках (44,4%) в анамнезі було оперативне, або інтервенційне втручання протягом останніх 6 місяців. Задовільний результат лікування ТЕЛА відзначений у 19 (73%) хворим цієї патологією. Летальність склала 6 випадків (23,07%).

Вступ. В сучасному індустріальному місті тромбоемболічні ускладнення (ТЕО) як у хворих оперованих з різних причин, так і хворих, які лікуються консервативно, не є рідкісною патологією, і від того настільки організовано проведення профілактичних заходів та надання невідкладної спеціалізованої допомоги, залежить життя цієї категорії хворих.

Щороку кількість пацієнтів з ТЕО в багатопрофільній лікарні, у складі якої 1000-ліжок, зростає і складає до 25 випадків на рік. Про зростання ТЕО свідчать відкриті реєстри хворих з ТЕЛА такі як Master, DVT FREE, IMPRUE, проведене у Великій Британії та інших європейських країнах, загальна кількість 69536 обстежених [1;3]. У сукупній структурі внутрішньогоспітальної летальності таких хворих, частота розвитку ТЕУ складає 7-10%. В той же час, за даними міжнародних реєстрів у такій групі пацієнтів нехірургічного профілю тромбoproфілактику проводять на недостатньому рівні (менше 50% хворих), що потребує більш широкого впровадження антитромботичної профілактики у практику нехірургічних спеціальностей. У цій роботі представлено ретроспективний аналіз причин, які привели до розвитку ТЕО у хворих, що лікувались в багатопрофільній лікарні за останні 1,5 роки.

Для більш детального вивчення причин та підвищення результативності профілактичних заходів був створений клінічний реєстр хворих, які протягом 1,5 років лікувались в нашому лікувальному закладі з приводу ТЕЛА. За період з 2015 по червень 2016 року було включено до реєстру 26 хворих з ТЕЛА, 17 хворих (65,3%) були оперовані з різних причин і тромбоемболічне ускладнення розвилось безпосередньо у відділеннях хірургічного стаціонару, 9 хворих (34,7%) лікувались у відділеннях терапевтичного профілю, але в 4 випадках (44,4%) в анамнезі було оперативне або інтервенційне втручання протягом останніх 6 місяців. Відновно-реконструктивні операції на судинах або органах черевної порожнини виконані у 7 хворих. При цьому особливу увагу ми звернули на проведення стратегії профілактики ризиків ТЕУ, оціненої хірургами перед операцією за шкалою J.A. Caprini 2005 року, та адекватність доз призначених гепаринів. Аналізувалось проведення профілактики і у хворих які не були оперовані. Особливу увагу звертали на термін проведення специфічної профілактики до операції та в перші три доби з моменту ймовірного розвитку тромбозу вен, коли хворий здебільшого лежить в ліжку. Задовільний результат проведення профілактики відзначений у 12 (46,15%) хворих, а недостатньою профілактика признана у 14 (53,85%) всіх включених до реєстру хворих. Це свідчить про низький рівень проведення профілактики ТЕУ, хоча вже більш 20 років це питання обговорюється. Летальність складала 6 випадків (23,07%).

Мета роботи Оптимізація профілактики тромбоемболічних ускладнень на основі аналізу результатів створеного клінічного реєстру хворих з ТЕЛА в багатопрофільній лікарні.

Матеріали і методи

Проведено ретроспективний аналіз причин виникнення ТЕУ і ефективності проведених профілактичних та лікувальних заходів за даними створеного клінічного реєстру хворих, у яких було діагностовано це ускладнення як за життя, так і виявлених при розтині. Вивчені результати різних методів лікування цих хворих.

Результати і їхнє обговорення

У період з 2015 по червень 2016 р. у відділенні судинної хірургії, яке є підрозділом міської клінічної багатопрофільної лікарні і скеровує весь потік тяжких хворих з ТЕУ до лікарні, було включено до реєстру 26 хворих з цим ускладненням. Чоловіків було 11(42,3%), жінок - 15(57,7%). Середній термін лікування при встановленні діагнозу до виписки склав 9,3 днів. Вік хворих з підтвердженою ТЕЛА склав

від 38 до 76 років. У 17 хворих (65,3%) були оперативні втручання і ТЕУ розвилось безпосередньо у відділеннях хірургічного стаціонару, 9 хворих (34,7%) лікувались у відділеннях терапевтичного профілю, але в 4 випадках (44,4%) в анамнезі було оперативне, або інтервенційне втручання протягом останніх 6 місяців. Звертає увагу той факт, що у 6 хворих(23%) була діагностована онкопатологія різних локалізацій після розвитку ТЕУ. Наприклад в одному випадку рак підшлункової залози був встановлений при секції у хворого, який помер від масивної ТЕЛА і був госпіталізований до неврології з приводу люмбалгії.

Причинами розвитку тромбозу вен здебільше були травми кісток кінцівок та тазу, які більше 7-10 діб лікувались консервативно, а лише потім їм виконувались оперативні втручання. Таких випадків внесено до реєстру- 6 (23,07%). У 3 випадках (11,5%) хворі оперовані з приводу кишкової непрохідності в тому числі і обтураційної. У 2 випадках (7,7%) ТЕУ встановлено у хворих оперованих з приводу міжхребцевих кил та неврологічного дефіциту. В одному випадку (3,8%) хворий оперований на аорті, якому виконано аортостегнове шунтування з приводу тромбозу здухвинних артерій, який мав ризик ШКК 6 балів за шкалою HAS BLED, гепарин відмінено на добу і це стало причиною фатальної ТЕЛА.

В одному випадку (3,8%) ТЕУ виникла у хворих, оперованих з приводу урологічної патології: гіперплазія передміхурової залози та пухлини нирки. В одному випадку ТЕЛА діагностована у хворої, якій проведено емболізацію судин матки з приводу кровоточивої лейоміоми. Звертає увагу той факт, що ускладнений перебіг післяопераційного періоду був встановлений лише у 4 (23,5%) хворих, тому і час до моменту призначення лікувальних доз гепарину перевищував 18-36 годин з моменту ймовірного розвитку ТЕЛА. В інших 9 випадках (34,6%), хворі лікувались в терапевтичному стаціонарі і були доставлені до клініки з діагнозом ішемічна хвороба серця (ІХС) та гіпертонічна хвороба (ГХ), пневмонія, інсульт, ішіорадикуліт 3 них лише у 2 випадках проводилась профілактика ТЕУ.

Під час аналізу представленої медичної документації профілактика гепарином не проводилась взагалі у 14 випадках (53,8%), а у 9 випадках (34,6%) дози гепарину не відповідали вимогам рекомендацій АССР 2012 року.

У 18 випадках (69,2%) в медичній карті не враховувалась маса пацієнта при розрахунках доз гепаринів. При тому, що ще в рекомендаціях АССР 2012 року розділ 8,1 свідчить «пацієнтам з ВТЕ і масою тіла більш 100 кг ми рекомендуємо підвищити дозу фондапаринукса із стандартної 7,5 мг до 10 мг, а дози НМГ розраховувати за рекомендацією 6,2-7,1» [2].

Навіть у 4 випадках, коли тромбоз вен був діагностований в післяопераційному періоді, доза НМГ була недостатня (призначено цибор 3500 хворому з вагою 87 кг, коли розрахункова доза повинна бути 115 МО х87 = 10 000).

Лише в 1 випадку гепаринопрофілактика проводилась до операції, в 16 після операції (38,46%) через 12 годин після операції. При тому, що ще в рекомендаціях АССР 2012 року розділ 2.1.1 свідчить «пацієнтам перед тотальним ендопотезуванням колінного або стегнового суглобів та хірургічними втручаннями з приводу переломів шийки стегна ми рекомендуємо протягом мінімум 10-14 днів до операції використовувати один із наступних режимів профілактики тромбоутворення –НМГ, фондапаринукс, ривароксидан, НФГ в невеликих дозах (рівень 1в) для всіх вказаних препаратів з відміною за 12 годин перед операцією. Така тактика показує кращі результати, ніж відсутність такої профілактики».

Профілактика ТЕУ у хворих, які внесені до нашого клінічного реєстру, проводилась 3-5 діб, жодного випадку проведення профілактики 7-10 діб, навіть у хворих оперованих з приводу онкологічної патології. Якщо повернутися до рекомендації 2.4 АССР 2012 «у хворих при виконанні великих

травматичних операцій ми рекомендуємо проводити профілактику тромбоемболічного ризику навіть в амбулаторних умовах в період до 35 днів з дня хірургічного втручання, а не тільки 10-14 днів (рівень 2в)».

У нашому реєстрі ми мали 3 випадки (11,5%), коли з різних причин профілактика була перервана на 1-2 доби (коли хворому виконувалося повторне втручання з приводу ускладнень) і, як наслідок, – фатальна ТЕЛА.

У таких випадках, як правило, перерив гепаринотерапії не повинен перебільшувати 12 годин.

Висновки

1. Аналіз першого року складеного нами клінічного реєстру хворих з ТЕЛА дозволяє зробити висновки про низьку якість проведення профілактики ТЕУ як в групі оперованих, так і не оперованих хворих.

2. При дотриманні схем рекомендованих експертами АССР 2012 та АССР 2016 в жодному випадку ми не отримали великих кровотеч, та в 7,7% при підозрі на шлункову кровотечу ми відмінили гепарин, кровотеча не підтвердилася, проте, в обох випадках ми мали фатальну ТЕЛА.

Література

1. Національний міждисциплінарний консенсус по лікуванню венозного тромбоемболізму (Перегляд 2013 року) Київ 2013р.- С. 5-7.
2. Рекомендації комітета експертів з венозного тромбоемболізму АССР 2012 <http://vascular.Stanford.edu/endovasc/documents/PIIS0741521406022968.pdf>
3. Источник см. статью Falck Ytter и соавторы.

УДК :616.366-003.7-7-06:616.381-089.85

Десятерик В. І., Лук'яненко В. М., Береговенко І. М., Зіненко Д. Ю., Савенко В. А.

Сучасні можливості та проблеми використання міні-лапаротомії при хірургічному лікуванні хворих на жовчнокам'яну хворобу та її ускладнення
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
Міська лікарня №16, м. Кривий Ріг

Резюме. У роботі проведено ретроспективний аналіз результатів використання мінілапароскопічного доступу для хірургічного лікування жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) та її ускладнень. Ми проаналізували десятирічний досвід таких втручань це 2182 хворих. Для забезпечення такого доступу користувалися базовим набором інструментів «Міні-Асистент» зі спеціалізованим біліарним комплектом. Переважним контингентом були хворі, які мали відносні та абсолютні показники для використання лапароскопічної холецистектомії. Серед них 833 (38,2%) це хворі з ішемічною хворобою серця, гіпертонічна хвороба спостерігалася у 685 (31,4) хворих. Перенесені в процесі раніше оперативні втручання на органах черевної порожнини спостерігалися 593 (27,1%) хворих. В процесі хірургічного втручання у 32 випадках (1,6%) інтраопераційна ситуація потребувала переходу на широку лапаротомію. Післяопераційні ускладнення були у 31 хворого (1,4%). Реяпатома виконана у 6 хворих. Після операції померло четверо хворих (0,18%). Висновок: результати використання міні-лапаротомії для хірургічного лікування ЖКХ за кількістю ускладнень та післяопераційною летальністю були порівняно з результатом лапароскопічної холецистектомії.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, хірургічне лікування, міні-лапаротомія, ускладнення, летальність.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Актуальність проблеми хірургічних втручань на органах гепатобіліарної системи визначається тенденцією до зростання захворюваності в Україні та у цілому світі. Кількість хворих на ЖКХ збільшується та в теперішній час складає близько 40% серед захворювань органів шлунково-кишкового тракту [1]. Щорічно у світі виконується близько

Реферат. Представлен ретроспективный анализ причин развития тромбоземболических осложнений (ТЭО) у стационарных больных многопрофильной больницы. Для более детального изучения причин и улучшения результативности профилактических мероприятий был сформирован клинический реестр пациентов, которые лечились в клинике по поводу ТЭЛА на протяжении последних полутора лет. За период 2015-2016 гг. в реестр включено 26 пациентов с ТЭЛА. Из них у 17 (65,3%) ТЭО развились в послеоперационном периоде при лечении в хирургических отделениях; 9 (44,4%) пациентов лечились в отделении терапевтического профиля, но в анамнезе в течение 6 месяцев перенесли хирургическое или малоинвазивное вмешательство. Удовлетворительный результат лечения ТЭО наблюдался у 19 (73%) пациентов. Летальность составила 6 случаев – (23,07%)

V.I. Desiateryk, O.V. Davydenko, S.O. Aksentiev, V.A. Slobodianiuk, V.H. Zhelizniak, O.B. Bohatyrov, O.M. Prokuda, S.V. Maliuta

First Experience in Creating Clinical Registry of Patients with Pulmonary Artery Thromboembolism, Analysis of Embolism Causes
Dnipropetrovsk State Medical Academy, Dnipro, Ukraine
Kryvyi Rih City Clinical Hospital No 2, Kryvyi Rih, Ukraine

Abstract. A retrospective analysis of the results of treating patients with thromboembolic complications and pulmonary embolism was made. The results of the analysis of 26 patients with pulmonary embolism included in the registry and treated during 2015-2016 were presented. Reconstructive and restorative surgeries were performed in 17 (63.3%) patients with pulmonary embolism. 9 (34.7%) patients were treated in therapeutic department. In 4 (44.4%) persons with pulmonary embolism cancer was diagnosed. Satisfactory results of treatment of pulmonary embolism were observed in 19 (73%) patients with this pathology. 6 patients died (23.07%).
Надійшла 02.08.2016 року.

2,5 млн операцій з приводу ЖКХ, яка досягає соціального рівня [2].

Основним методом лікування ЖКХ є малоінвазивні втручання. Спрямованість на зменшення травматичності операції, при збереженні її адекватності, являється основою мінімально інвазивних втручань, як одного з важливих напрямків сучасної хірургії [1,2]. У розвинених країнах на теперішній час виконується 75-95% операцій з видалення жовчного міхура лапароскопічним методом [1,3,4,5]. Можливості широкого використання відеолапароскопічного метода у хворих, які раніше перенесли операції на органах черевної порожнини, або мають високу ступінь операційно-анестезіологічного ризику, значно обмежені [6,7]. Пневмоперітонеум значно ускладнює проведення ЛХЕ у хворих с захворюваннями серцево-судинної та дихальної систем у стадії субкомпенсації [8]. До переліку протипоказань та обмежень виконання ЛХЕ відносять також виражений злукочий процес черевної порожнини, діагностовані виражені інфільтративні зміни в зоні операції, великі вентральні кили [9].

Окремо стоїть проблема використання відеолапароскопічної методики при наявності холедохолітіазу та різних видів механічної жовтяниці не пухлинного генезу. Приміром методики, яка не відходить від сучасних принципів малоінвазивності, та дозволяє виконати адекватний оперативний прийом при неможливості використання «золотого стандарту», є технологія міні-лапаротомії з використанням інструментарію «Міні-асистент» [10,11]. При появі інтрапе-