

печінки різної етіології (невірусної, вірусної, змішаної) класів В та С за Child–Pugh.

Хворі були розподілені на 2 групи. Дослідну групу склали 25 (26,05%) пацієнтів, які отримували консервативну терапію. Група порівняння включала 71 (73,95%) пацієнта, яким було виконано ендоскопічний гемостаз шляхом лігування вариксу, що кровив, а з метою профілактики рецидиву кровотечі – емболізацію селезінкової артерії спіралями Гіантурко.

Для оцінки ефективності проведеного лікування стан пацієнтів контролювався протягом 6 місяців.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Середній вік пацієнтів групи порівняння становив $56,8 \pm 4,4$ року. Використовуючи тільки лікарську терапію, ми зупинили кровотечу у 54 (76,1%) хворих. У всіх випадках в кінці лікування ми отримували поліпшення клінічних та лабораторних показників. 17 (23,9%) пацієнтів померли. Тривалість лікування становила $10,1 \pm 2,4$ дня.

Середній вік пацієнтів дослідної групи становив $55,2 \pm 5,6$ року. Виконуючи ендоскопічне лігування вариксів, що кровили, ми зупинили крово-

течу у 23 (92,0%) хворих. У всіх випадках у кінці лікування ми отримували поліпшення клінічних та лабораторних показників. 2 (8,0%) пацієнти померли. Тривалість лікування становила $6,5 \pm 2,7$ дня.

При статистичному аналізі показників смертності та тривалості лікування була виявлена достовірна різниця ($p < 0,01$) між групами за обома показниками.

При виконанні емболізації селезінкової артерії пацієнтам дослідної групи у всіх випадках вдавалося досягти редуції кровотоку 60-80%.

При спостереженні пацієнтів із досліджуваного контингенту протягом 6 місяців серед 54 пацієнтів групи порівняння рецидив кровотечі мав місце в 12 (22,2%) випадках. У дослідній групі цей показник становив 8,7% (2 пацієнти). При цьому показник у дослідній групі достовірно ($p < 0,01$) відрізнявся від аналогічного показника в групі порівняння.

ПІДСУМОК

Виконання емболізації селезінкової артерії у хворих із кровотечами портального генезу дозволяє знизити тиск у портальній системі, що в свою чергу веде до зниження частоти рецидивів кровотечі.



УДК 616.366-003.7-07-089.163/.166

І.Ф. Полулях-Чорновол

ЗНАЧЕННЯ ДИНАМІЧНОГО ПОВЕРХНЕВОГО НАТЯГУ ЖОВЧІ У ХВОРИХ НА АТИПОВІ ФОРМИ ХОЛЕДОХОЛІТІАЗУ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії № 1*

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

Як відомо, у хворих на холелітіаз літогенність жовчі підвищена, вона стає більш в'язкою, при наявності холангіту може ставати гнійною і т.п. Все це призводить до порушення взаємозв'язку між показниками динамічного поверхневого натягу (ДПН) жовчі. Інтегральну інформацію про склад поверхневих шарів жовчі, її реологічні

властивості, про процеси, що виникають у рідинній фазі, циркуляцію та динаміку жовчі по жовчних капілярах та протоках дозволяє отримати динамічна міжфазна тензіометрія (ДМТ).

З метою прогнозу післяопераційного перебігу захворювання та подальшої оцінки ефективності лікування проаналізовано ДПН жовчі у хворих

на атипові форми холедохолітіазу (АФ ХДЛ). При АФ ХДЛ немає однієї або декількох типових ознак: нападоподібного болю в правому під-ребер'ї, механічної жовтяниці, холангіту, а також розширення діаметра загальної жовчної протоки (ЗЖП) при ультразвуковому дослідженні (УЗД).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

ДПН жовчі вивчено в динаміці (1-й, 5-й, 10-й дні) у 33 хворих на АФ ХДЛ (після зовнішнього дренажу жовчних проток). Розподіл за статтю: 20 жінок та 13 чоловіків у віці 24-80 років. Пацієнти розподілені на 2 групи: 1-а (стан тяжкий) – 14 (7 жінок та 7 чоловіків у віці 56-80 років); 2-а (стан середньої тяжкості) – 19 (10 жінок та 9 чоловіків у віці 24-59 років). Тяжкий стан відмічено в 6 пацієнтів із псевдопухлинною, у 4 – з безбольовою жовтяницею та в 4 – з безжовтушною холангітичною формами.

Стан середньої тяжкості – у 7 пацієнтів з безбольовою жовтяницею, у 6 – з безжовтушною холангітичною, у 3 – з кардіобіліарною та в 3 – з безсимптомною формами. Контрольну групу склали 18 практично здорових донорів (10 жінок та 8 чоловіків у віці 18-42 років) – 3 гр.

ДПН жовчі вивчали за допомогою комп'ютерного тензіометра МРТ-2 Lauda (Німеччина), принцип дії якого базується на методі максимального тиску в пухирці. Розподіл інтервалу між пухирцями на так званий мертвий час та період життя поверхні визначається існуванням критичної крапки тиску від потреби повітря (в ній спостерігається перехід від пухирцевого режиму перебігу газу з капіляра до струминного).

Комплексне лікування у хворих на АФ ХДЛ проводилось під контролем ДМТ жовчі (1-й, 5-й, 10-й дні).

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати дослідження представлені у вигляді тензіограм – кривих залежності ДПН від часу (t), на яких позначаються крапки, які відповідають $t=0,01c$ (δ_1), $t=1c$ (δ_2), $t=100 - 1000c$ (δ_3) і $t \rightarrow \infty$, який наближається до нескінченності (δ_4), та куту нахилу кривої (λ) в координатах $t^{-1/2}c$, $t=0,01c$,

Міжфазними динамічними тензіометричними маркерами жовчі при сприятливому прогнозі є: зниження δ_1 ($N - 46,4 \pm 0,41 \mu\text{Нм}$), зниження δ_2 ($N - 41,04 \pm 0,51 \mu\text{Нм}$), зниження δ_3 ($N - 37,95 \pm 0,84 \mu\text{Нм}$), нормалізація δ_4 ($N - 36,18 \pm 1,31 \mu\text{Нм}$) і λ ($N - 8,71 \pm 0,57 \mu\text{Нм}^{-1} \cdot c^{1/2}$), а при несприятливому – підвищення δ_1 , підвищення δ_2 , підвищення δ_3 , підвищення δ_4 , зниження λ ($p < 0,05$).

Найбільш інформативною з них є δ_1 , яка відображає поверхневу в'язкість жовчі, та λ , яка характеризує реологічний стан моношарів. Показник δ_4 може бути критерієм контролю проведеної медикаментозної терапії.

ВИСНОВКИ

1. Динамічний поверхневий натяг жовчі дозволяє контролювати тяжкість стану хворих на атипові форми холедохолітіазу та комплексне лікування.

2. Маркери сприятливого прогнозу перебігу захворювання: $\downarrow \delta_3$, $\downarrow \delta_4$, $\uparrow \lambda$, несприятливого прогнозу: $\uparrow \delta_1$, $\uparrow \delta_2$, $\uparrow \delta_3$, $\uparrow \delta_4$, $\downarrow \lambda$.

3. При сприятливому перебігу захворювання збільшується інтенсивність і частота прямих кореляційних зв'язків між показниками та навпаки, при несприятливому прогнозі стає більш інтенсивним зворотній зв'язок та зменшується кількість прямих зв'язків між показниками ДПН.

