Карачун, Г. И. Синенченко, Л. Д. Роман [и др.] // Вопр. онкологии. – 2010. – № 1. – С. 24–28.

11. Скоропад В. Ю. Хирургическое лечение распространенного рака желудка / В. Ю. Скоропад, Б. А. Бердов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. – 2004. – № 11. – С. 30–35.

12. Хирургическое лечение острокровоточащего рака желудка / П. Д. Фомин, Е. Н. Шепетько, А. Б. Бельский [и др.] // Матеріали 21 з'їзду хірургів України, 5-7 жовт. 2005 р. – Запоріжжя, 2005. – Т. 2. – С. 540–541.

13. Bleeding stromal tumor / T. Giesler, S. Muller, K. Schmiedehausen [et al.] // Gastrointest. Endosc. – 2005. – Vol. 61, N 4. – P. 593.

14. Kojima M. [Bleeding from the alimentary tract – acute hemorrhage from gastrointestinal tumors] : [article in Japanese] / M. Kojima, F. Konishi // Nippon Rinsho. – 1998. – Vol. 56, N 9. – P. 2360–2364.

15. Iwasa Y. Mortality in gastric cancer patients treated with gastrectomy / Y. Iwasa // J. Insur. Med. – 2004. – Vol. 36, N 2. – P. 111–114.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 616.147.17-007.64-089

РЕЗУЛЬТАТИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕМОРОЙ

А.А. Шудрак, кандидат медичних наук, заступник начальника Головного військово-медичного клінічного центру – Головний хірург МО України
Є.В. Цема, кандидат медичних наук, ординатор відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України
О.І. Уманець, кандидат медичних наук, начальник відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України
В.С. Нечай, лікар-хірург відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України
О.П. Біба, лікар-хірург відділення загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України

Резюме. *В статті представлені безпосередні результати хірургічного лікування 70 пацієнтів на хронічний геморой III-IV стадії, яким виконали гемороїдектомію. Середня тривалість стаціонарного лікування хворих склала 9,9±0,25 днів. Середня тривалість тимчасової втрати працездатності складала 26,5±0,6 днів. В ранньому післяопераційному періоді у 11,4% хворих виникли ускладнення та побічні реакції у вигляді післяопераційних кровотеч (2,8%), дизуричних розладів (7,1%), нагноєння післяопераційної рани (1,4%).*

Ключові слова: *геморой, гемороїдектомія, результати лікування.*

Вступ. Незважаючи на значні досягнення останніх років у розробці нових методів лікування геморою, традиційна гемороїдектомія не втратила своєї актуальності й на сьогоднішній день [3, 6]. Патогенетично обгрунтованим є використання гемороїдектомії у хворих на комбінований геморой (хронічний геморой III-IV стадії), коли в патогенезі гемороїдальної хвороби на перше місце виступає механічний чинник (недостатність зв'язкового апарату гемороїдальних вузлів), який надійно усувається з допомогою традиційної гемороїдектомії [1, 5]. Найчастіше використовується закрита техніка виконання гемороїдектомії (гемороїдектомія за Міліганом-Морганом в другій модифікації НДІ проктології, гемороїдектомія за Фергюсоном). Чималу роль в обмеженні впровадження новітніх технологій та методів лікування геморою відіграє висока їх вартість, що в кілька разів перевищує вартість лікування хворих з використанням традиційної гемороїдектомії [2, 4]. Таким чином,

гемороїдектомія, як метод радикального лікування комбінованого геморою не втратила свого практичного значення й на сьогоднішній день.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведено аналіз безпосередніх результатів лікування 70 хворих на комбінований геморой (хронічний геморой III-IV стадії), яким було виконано закриту гемороїдектомію. Усі хворі проходили лікування у відділенні загальної та онкологічної колопроктології Головного військово-медичного клінічного центру МО України в період з 1 березня 2005 року по 1 листопада 2008 року. 48 (68,6%) хворим виконали операцію Мілігана-Моргана в другій модифікації НДІ проктології (ушивання рани вузловими швами із середини до зовні), а 22 (31,4%) пацієнтам виконували гемороїдектомію за Фергюсоном (відновлення цілісності слизової оболонки неперервним обвивним швом). Серед прооперованих хворих було 52 (74,3%) чоловіки та 18 (25,7%) жінок. У 54 (77,1%) хворих було діагностовано хронічний геморой III стадії, а у 16 (22,9%) — хронічний геморой IV стадії. Середній вік хворих склав 51,26±7,5 років.

З метою стандартизації оцінки безпосередніх результатів хірургічного лікування оцінювалися наступні показники: тривалість стаціонарного лікування, тривалість втрати працездатності, інтенсивність больового синдрому, ранні післяопераційні ускладнення та побічні реакції.

Інтенсивність больового синдрому в післяопераційному періоді ми проводили за візуально-аналоговою шкалою оцінки больового відчуття (табл. 1).

Таблиця 1

Візуально-аналогова шкала оцінки больового відчуття (Rudkin G.E., 1997)

Візуальна оцінка					
	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
Вербальна оцінка	Відсутній біль	Незначний біль	Біль середньої інтенсивності	Дуже інтенсивний біль	Біль неможливо терпіти
Експертна оцінка	Біль не виникає	Терпимий біль при рухах	Виникає дискомфорт	Біль, що виникає, може бути зменшений	Біль, що виникає, носить нестерпний характер

Оцінка інтенсивності післяопераційного больового синдрому проводилась за десятибальною системою кожного дня протягом тижня після втручання. Як непрямий показник інтенсивності больового синдрому враховувалася кількість спожитих наркотичних та ненаркотичних анальгетиків, які були необхідні для адекватного знеболення в ранньому післяопераційному періоді.

Мета. Мета дослідження: оцінити безпосередні результати хірургічного лікування хворих на комбінований геморой після закритої гемороїдектомії.

Результати дослідження та їх обговорення. Важливим критерієм оцінки хірургічного лікування хворих на хронічний геморой є середня тривалість втрати працездатності, чим визначається соціально-

економічна значимість даної проблеми. Середня тривалість стаціонарного лікування хворих склала 9,9±0,25 днів. Середня тривалість тимчасової втрати працездатності складала 26,5±0,6 днів. В значній мірі велика тривалість стаціонарного лікування та періоду тимчасової втрати працездатності хворих обумовлені травматичністю оперативного втручання на рефлексогенній зоні, що супроводжується тривалим післяопераційним больовим синдромом, який потребує медикаментозного купування.

Так, інтенсивність больового синдрому у пацієнтів, які перенесли закриту гемороїдектомію в середньому склала 7,65±0,79 балів. З метою оцінки динаміки больових відчуттів у післяопераційному періоді цей показник визначався на першу, другу, третю і сьому добу.

При простеженні динаміки післяопераційного больового синдрому виявлено, що протягом перших трьох діб після операції відмічається утримання больових відчуттів на стабільно високому рівні (5-6 балів) з підвищенням значення цього показника на третю добу (до 8 балів), що пояснюється першим актом дефекації. Після першого акту дефекації больові відчуття поступово зменшувалися, хоча протягом семи діб після операції залишалися на рівні 3,0±0,2 балів. Всім досліджуваним пацієнтам протягом перших 2-х діб призначали наркотичні анальгетики (2% розчин промедолу 1 мл до трьох разів на добу), які в подальшому заміняли ненаркотичними (дексалгін, анальгін, ксефокам).

В ранньому післяопераційному періоді у 8 (11,4%) досліджуваних пацієнтів були виявлені післяопераційні ускладнення та побічні реакції лікування. Так, у 2 (2,8%) хворих виникла рання післяопераційна кровотеча, що потребувала додаткових хірургічних маніпуляцій (прошивання місця кровотечі Z-подібним гемостатичним швом). Причиною кровотечі було підтікання крові з підслизової гематоми, яка утворилася під час прошивання анально-стовбурової гілки верхньої прямокишкової артерії. У 5 (7,1%) хворих виникли дизуричні ускладнення, що поряд з медикаментозною корекцією потребувало одно- чи дворазової катетеризації сечового міхура уретральним катетером. А у одного хворого з доброякісною гіперплазією передміхурової залози III стадії уретральний катетер довелося залишити на 5 діб. Появу гострої затримки сечі після закритої гемороїдектомії ми пояснюємо значною травматичністю оперативного втручання, що зумовлює рефлекторну затримку сечі. Крім того, має місце і механічний чинник - перетиснення сечівника введеним до прямої кишки мазевим тампоном. Так, у жодному випадку, в якому оперативне втручання завершували введенням в анальний канал гемостатичної губки "Спонгостан" не було відмічено дизуричних післяопераційних ускладнень. У 1 (1,4%) пацієнта виникло нагноєння післяопераційної рани, яке потребувало додаткового її дренування та розпускання накладених швів.

Висновки

1. Гемороїдектомія є травматичним хірургічним втручанням, що потребує тривалого стаціонарного лікування (9,9±0,25 ліжко-днів) та спричиняє значну тимчасову втрату працездатності (26,5±0,6 днів).

2. В ранньому післяопераційному періоді у 11,4% хворих після виконання гемороїдектомії виникають ускладнення та побічні реакції у вигляді післяопераційних кровотеч, дизуричних розладів, нагноєння післяопераційної рани.

Література

1. Захараш М.П. Сучасні принципи діагностики і лікування геморою / М.П. Захараш, О.І. Пойда, В.М. Мальцев [та ін.]: метод. рекомендації. – К., 2002. — 24 с.

2. Лурін І.А. Віддалені результати малоінвазивного лікування хворих з хронічним внутрішнім гемороєм за методикою інфрачервоної фотокоагуляції / І.А. Лурін, Є.В. Цема // Український медичний часопис. — 2009. — № 1. — С. 84-87.

3. Лурін І.А. Результати лікування хворих з хронічним гемороєм за методом інфрачервоної фотокоагуляції / І.А. Лурін, Є.В. Цема // Матеріали наукового конгресу "IV міжнародні Пироговські

читання", XXII з'їзд хірургів України. — Вінниця, 2010. — Том 2. — С. 22.

4. Лурін І.А. Результати лікування хворих на внутрішній геморой / І.А. Лурін, А.А. Шудрак, Є.В. Цема та ін. // Збірник наукових праць головного військово-медичного клінічного центру "ГВКГ" МО України "Сучасні аспекти військової медицини". — К., 2009. — Випуск 14. — С. 177—184.

5. Мішалов В.Г. Порівняльний аналіз функціональних результатів малоінвазивного лікування хворих з хронічним внутрішнім гемороєм з використанням інфрачервоної фотокоагуляції / В.Г. Мішалов, Є.В. Цема // Хірургія України. — 2009. — № 1. — С. 80—85.

6. Мішалов В.Г. Хірургічне лікування геморою / В.Г. Мішалов, В.А. Діброва, Є.В. Цема // Хірургія України. — 2008. — № 3. — С.67—86.

Науковий рецензент доктор медичних наук, професор Заруцький Я.Л.

УДК 616.366-003.7-085-089.12:616.1

ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ЖОВЧНОКАМ'ЯНУ ХВОРОБУ З СУПУТНІМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

О.М. Литвиненко, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу хірургії печінки, підшлункової залози та лапароскопічної хірургії Національного інституту хірургії і трансплантології ім. О.О.Шалімова НАМН України
О.В. Федосенко, лікар-хірург хірургічного відділення КМКЛ №3

Резюме. *В статті наведені результати лікування 151 хворого на жовчнокам'яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. У контрольну групу увійшли 73 хворих, які були проліковані без застосування розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. До дослідної групи увійшли 78 хворих, які були проліковані із застосуванням розробленого діагностично-лікувального алгоритму лікування хворих на жовчнокам'яну хворобу з супутньою патологією серцево-судинної системи. Хворим була виконана лапароскопічна холецистектомія з застосуванням методу електричного зварювання біологічних тканин.*

Ключові слова: *жовчнокам'яна хвороба, захворювання серцево-судинної системи, хірургічне лікування, електричне зварювання біологічних тканин.*

Вступ. Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) зустрічається у 3-20% світової популяції. Данні перепису вказують, що з 1995 року відсоток населення віком 65 років і старше, 75 років і старше, 85 років і старше з 12,8%, 5,6% та 1,4% зросте відповідно до 15%, 6,8% та 2% в 2020 році [5]. Холецистектомія залишається найбільш ефективним способом лікування при симптоматичному лікуванні жовчнокам'яної хвороби. За час, що пройшов з моменту впровадження ЛХЕ (лапарохолецистектомії), цей метод повністю замінив традиційну відкриту холецистектомію, це підтверджується тим, що в 75-95% усіх холецистектомій, у наш час, виконується з мінімальним хірургічним втручанням і цій метод більш розповсюджується [6] Головною причиною пролонгації стаціонарного лікування після ЛХЕ у літніх хворих є супутні захворювання[1, 2]. Частота ЖКХ та пов'язаних з нею ускладнень зростає з віком. Біліарні камені визначаються у 80% пацієнтів старше 90 років [7]. Це пояснюється тим, що літні пацієнти із ускладненою ЖКХ звертаються пізніше при вираженій появі симптомів. Крім того, багатьом літнім хворим з відомою жовчнокам'яною хворобою не було запропоновано хірургічне лікування, поки не розвивалися ускладнення. Ця затримка призводила не лише до збільшення частоти